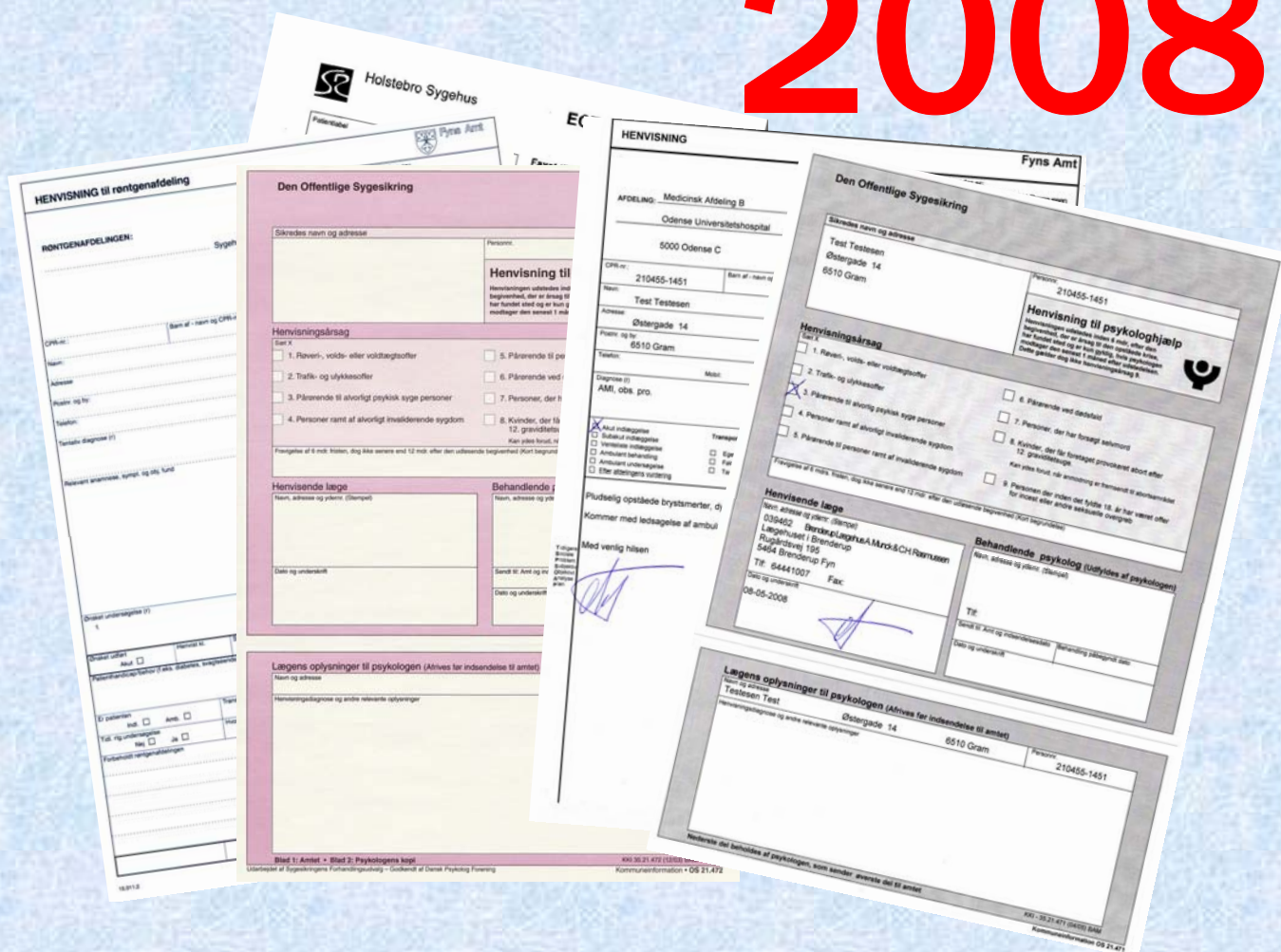


HENVISNINGER FRA ALMEN PRAKSIS EN ÆNDAGSREGISTRERING 2008



Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense
Syddansk Universitet

Kolofon

Henvisninger fra almen praksis – en èndagsregistrering

Udarbejdet af: Audit Projekt Odense (APO), Forskningsenheden for almen praksis i Odense, Syddansk Universitet.

Copyright: 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

ISBN: 978-87-7610-267-0 (elektronisk version)

Version: 1. version

Versionsdato: 22. september 2008

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

HENVISNINGER FRA ALMEN PRAKSIS - EN ÈNDAGSREGISTRERING

FORORD

Rapporten "Henvisninger fra almen praksis – en èndagsregistrering" indeholder resultaterne af en praksisaktivitetsanalyse, som er udført af Audit Projekt Odense (APO) ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved Syddansk Universitet på foranledning af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Aktivitetsregistreringen, som er en del af en større kortlægning, er ønsket i henhold til en aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL, hvor der blev opnået enighed om at gennemføre en analyse af henvisningsmønstret i almen praksis.

Formålet med undersøgelsen har været at kortlægge årsager til, at lægen vælger at henvise en patient – dels årsager relateret til sygdom, dels årsager som ikke direkte relaterer sig til sygdom, og endelig søger undersøgelsen at afdække aspekter omkring samspillet mellem den alment praktiserende læge og sundhedssektoren i øvrigt.

Undersøgelsen er planlagt og gennemført af en projektgruppe bestående af professor Kjeld Møller Pedersen, seniorforskerne Dorte Gilså Hansen og Peter Vedsted samt praktiserende læger Lars Poulsen, Jens Damsgaard og Anders Munck. Arbejdet er foregået i tæt dialog med en arbejdsgruppe under Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS) med medlemmer fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Det er projektgruppens håb, at undersøgelsens resultater vil være til nytte i den videre planlægning vedrørende almen praksis' udvikling, som bl.a. skal finde sted i den kommission for almen praksis, som regeringen har nedsat i foråret 2008.

Odense, juni 2008

På projektgruppens vegne

Anders Munck, Leder af APO
Kjeld Møller Pedersen, Professor
Dorte Gilså Hansen, Seniorforsker

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	3
INDHOLDSFORTEGNELSE	
1. RESUMÉ	6
1.1 Formål	
1.2 Regi	
1.3 Metode	
1.4 Hovedresultater	
1.4.1 <i>Henvisningshyppighed</i>	
1.4.2 <i>Patient- og sygdomsrelaterede faktorer</i>	
1.4.3 <i>Læge- og praksisrelaterede faktorer</i>	
1.4.4 <i>Geografiske og udbudsrelaterede faktorer</i>	
1.4.5 <i>Samspillet med det sekundære sundhedsvæsen</i>	
2. BAGGRUND	8
3. FORMÅL	8
4. METODE	9
5. DELTAGERNE	10
5.1 Køn, alder og praksistype	
5.2 Antal registreringer pr. deltager	
6. RESULTATER FRA LÆGERNES AKTIVITETSREGISTRERING.....	11
6.1 Oversigtstabel: Alle henvisninger	
6.2 Hvor henvises der til og med hvilke overvejelser?	
6.3 Henvisningshyppighed	
6.4 Hvem henvises?	
6.5 Sygdommene	
6.5.1 <i>Kræft og mistanke om kræft</i>	
6.5.2 <i>Hjerte-karsygdom</i>	
6.5.3 <i>Lungesygdom</i>	
6.5.4 <i>Bevægeapparatsygdom</i>	
6.5.5 <i>Endokrin sygdom</i>	
6.5.6 <i>Mave-tarm/gyn/urinveje</i>	
6.5.7 <i>Hudsygdom</i>	
6.5.8 <i>Psykisk sygdom</i>	
6.5.9 <i>Socialt problem</i>	
6.6 Særlige omstændigheder	
6.6.1 <i>Henvisning i forbindelse med telefonkonsultation</i>	
6.6.2 <i>Akutte henvisninger</i>	
6.6.3 <i>Tvivlsom indikation</i>	

7. RESULTATER FRA LÆGERNES SPØRGESKEMA.....	28
7.1 Praksisforhold og henvisningsmuligheder	
7.2 Hjælpeforanstaltninger i forbindelse med henvisning	
8. RESULTATER: FORSKELLE MELLEM LÆGER, PRAKSISTYPER OG OMRÅDER	31
8.1 Analyser og hypoteser	
8.2 Univariate analyser	
8.3 Regressionsanalyser I	
8.4 Regressionsanalyser II	
9. UNDERSØGELSENS STYRKER OG SVAGHEDER	45

BILAG

Bilag 1: Oversigtstabel: Henvisninger for hver region (Tabel 17).....	47
Bilag 2: Oversigtstabel: Henvisninger ved hver kontaktform (Tabel 18)	49
Bilag 3: Oversigtstabel: Henvisninger for hver sygdom (Tabel 19)	51
Bilag 4: Hvorfor henvisningssted	54
Bilag 5: Kommunale tilbud (Tabel 20 og 21)	56
Bilag 6: APO-skema til éndagsregistrering	58
Bilag 7: Vejledning til APO-skema	59
Bilag 8: Spørgeskema til lægerne.....	60

1. RESUME

1.1 Formål

At kortlægge typiske årsager til, at lægen vælger at henvise en patient, herunder

- årsager relateret til sygdom, bl.a. om henvisningen omhandler udredning, behandling, forebyggelse eller rehabilitering.
- medvirkende årsager ikke relateret til sygdom, herunder patientønsker, ventetid, geografiske forhold o.a.

Endelig vil analysen afdække aspekter omkring samspillet mellem den alment praktiserende læge og sundhedsvæsenet i øvrigt samt belyse eventuelle forskelle mellem læger i forskellige regioner, kommuner og typer af lægepraksis.

1.2 Regi

Undersøgelsen er gennemført af Audit Projekt Odense, Syddansk Universitet, i tæt dialog med en arbejdsgruppe under Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde med medlemmer fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

1.3 Metode

Resultaterne er baseret på registrering af 4671 henvisninger fra almen praksis gennemført i løbet af én arbejdsdag blandt 1097 praktiserende læger i marts 2008. Alle henvisninger til det øvrige sundhedsvæsen inkl. henvisninger til kommunale tilbud som hjemmesygepleje og fysioterapi, men ekskl. blodprøver og materiale til mikrobiologi og patologi, er registreret. Lægerne udfyldte desuden et mindre spørgeskema.

Henvisningshyppigheden udtrykker den andel af patientkontakterne, der medførte en henvisning.

1.4 Hovedresultater

1.4.1 Henvisningshyppighed

- En praktiserende læge foretager i gennemsnit 4,3 henvisninger pr. dag til det øvrige sundhedsvæsen, svarende til 9,7 henvisninger pr. 100 kontakter
- En tredjedel af alle henvisninger sendes til praktiserende speciallæger
- Henvisning til sygehusindlæggelse udgør 8% af samtlige henvisninger, til sygehusambulatorium drejer det sig om 24%
- Henvisninger til kommunale instanser udgør kun få procent af de samlede henvisninger
- Hver femte henvisning effektueres i forbindelse med en telefonkonsultation

1.4.2 Patient- og sygdomsrelaterede faktorer

- Hovedformålet med godt halvdelen af alle henvisninger er udredning og mistanke om sygdom
- Genoptræning, rehabilitering og forebyggelse er emnet for i alt 11,4% af alle henvisninger
- En tredjedel af alle henvisninger vedrører muskelskeletsygdomme, som er hyppigste sygdomsårsag.
- Andre hyppige sygdomme som kræft og hjerte-karsygdom er ikke nær så ofte årsag til henvisning (7,7% henholdsvis 6,8%)

1.4.3 Læge- og praksisrelaterede faktorer

- Kvindelige praktiserende læger henviser væsentlig oftere patienten i forbindelse med en patientkontakt end deres mandlige kolleger
- Den samlede henvisningshyppighed er uafhængig af undersøgte praksis- og andre lægekarakteristika, dvs:
- Læger i praksis med en eller få læger henviser ikke hyppigere end læger i større praksis
- Der er ingen sammenhæng mellem henvisningshyppighed og antal personaletimer pr. læge
- Læger med mange års anciennitet henviser ikke mindre end deres yngre kolleger, men relativt sjældnere til sygehusindlæggelse og ambulante behandling på sygehus

1.4.4 Geografiske og udbudsrelaterede faktorer

- Den samlede henvisningsfrekvens er i det væsentlige uafhængig af geografi
- Henvisning til praktiserende speciallæge, ambulatorium og indlæggelse er indbyrdes afhængige. *Hvilken* instans, der henvises til, relaterer således til både læge, praksis og geografiske forhold
- Praktiserende læger i hovedstadsregionen vælger relativt oftere at henvise til andre praktiserende speciallæger sammenlignet med kolleger i andre regioner

1.4.5 Samspelet med det sekundære sundhedsvæsen

- Hyppigheden af henvisning til praktiserende speciallæge, ambulatorium henholdsvis indlæggelse er indbyrdes afhængig
- Praktiserende læger i kommuner uden sygehus henviser mere til praktiserende speciallæger sammenlignet med læger i sygehuskommuner
- Lægerne peger på, at muligheden for direkte henvisning til udvalgte specialundersøgelser vil gøre det muligt at løse flere opgaver
- Initiativer som praksiskonsulentordningen, lokale vejledninger og DSAMs vejledninger angives at være til god hjælp i arbejdet med henvisninger

2. BAGGRUND

Denne undersøgelse er rekvireret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i henhold til en aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL for 2008, hvor det blev besluttet at gennemføre en analyse af praktiserende lægers henvisninger til det øvrige sundhedsvæsen. Formålet med initiativet har været at få kortlagt og analyseret henvisningsmønstre og -årsager i almen praksis i Danmark med henblik på videre planlægning og prioritering. Resultaterne i denne rapport baseres på data indsamlet i marts 2008, hvor alle landets læger var inviteret til at registrere én dags henvisninger og udfylde et mindre spørgeskema. Ministeriet får desuden af en anden forskergruppe udarbejdet en gennemgang af den relevante litteratur samt en undersøgelse baseret på data fra eksisterende registre. De tre undersøgelsesdesign har hver deres fordele og ulemper, og resultaterne forventes at supplere hinanden.

Almen praksis' rolle som 'gatekeeper' til ydelser i det øvrige sundhedsvæsen har været af væsentlig betydning for opbygningen af det samlede sundhedsvæsen i Danmark. Strukturreformen og den nye sundhedslov har betydet væsentlige ændringer af flere instansers opgaver, bl.a. er forebyggelse og genoptræning nu primært kommunernes ansvar. I en tid med stigende opgaver i forbindelse med en voksende gruppe af patienter med kroniske sygdomme, lægemangel, ændret opgavefordeling mellem sektorerne samt opgaveglidning fra læger til sygeplejersker er også strukturen af almen praksis til debat. Regeringen har nedsat en kommission til kulegravning af almen praksis' forhold, og ønsket om en opdateret undersøgelse af henvisninger fra almen praksis skal ses i lyset af alle disse forhold.

Det må understreges, at undersøgelsen ikke har haft til formål at beskrive kvaliteten af de enkelte henvisninger.

3. FORMÅL

Undersøgelsen, der omfatter én dags registrering af alle henvisninger i almen praksis samt oplysninger fra et spørgeskema til lægen, havde til formål at kortlægge typiske årsager til, at lægen vælger at henvise en patient, herunder

- årsager relateret til sygdom, bl.a. om henvisningen omhandler udredning, behandling, forebyggelse eller rehabilitering.
- medvirkende årsager ikke relateret til sygdom, herunder patientønsker, ventetid, geografiske forhold o.a.

Endelig vil analysen afdække aspekter omkring samspillet mellem den alment praktiserende læge og sundhedsvæsenet i øvrigt samt belyse eventuelle forskelle mellem læger i forskellige regioner, kommuner og typer af lægepraksis.

4. METODE

Et APO-skema til aktivitetsregistrering (Bilag 4-5) blev i begyndelsen af marts udsendt til alle landets læger med anmodning til lægen om at registrere alle henvisninger på en enkelt arbejdsdag. For hver enkelt henvisning skulle lægen angive patientens køn, kontaktart, hovedformål med henvisningen, medvirkende faktorer til henvisningen, sygdomskategori, hast, henvisningsinstans, faktorer af betydning for netop henvisning til aktuelle instans og endelig lægens faglige vurdering.

Der blev spurgt ind til følgende hovedformål:

- mistanke om sygdom
- behandling/kontrol af sygdom
- forebyggelse
- rehabilitering/genoptræning
- andet

Sygdomskategorierne var

- kræft
- hjertekredsløb
- lungesygdomme
- bevægeapparat
- endokrine lidelser
- mave/tarm/gyn/urinveje
- hud
- psykisk sygdom
- socialt problem
- andet

Mulige henvisningsinstanser var

- praktiserende speciallæge
- sygehusindlæggelse
- sygehusambulatorium
- billeddiagnostik
- psykolog
- praktiserende fysioterapeut
- hjemmeplejen
- andre kommunale tilbud
- andet

Samtidig med indsendelse af APO-skemaet blev lægen bedt om at besvare et kort spørgeskema (Bilag 6) med centrale baggrundsfaktorer som alder og anciennitet, praksisforhold (praksistype og -størrelse), antal læger, klinikpersonale samt laboratoriefaciliteter i klinikken. Endvidere blev der spurgt om muligheder for henvisning til specielle undersøgelser samt vurdering af initiativer, der kunne være til hjælp i henvisningssituationen.

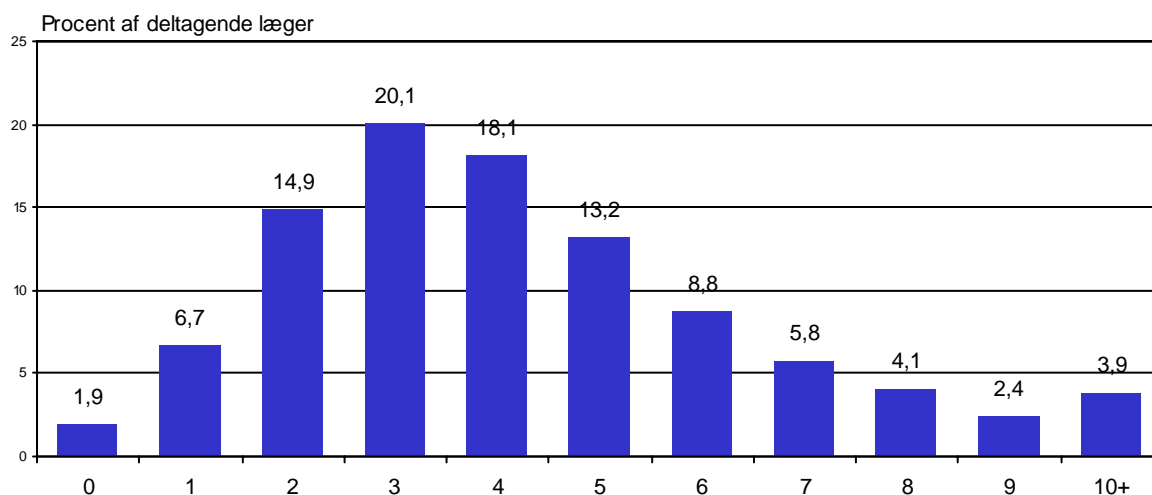
5. DELTAGERNE

5.1 Køn, alder, praksistype

Alle landets 3588 læger blev inviteret til at deltage. I alt 1097 (30,6%) gennemførte aktivitetsregistreringen, og 1067 returnerede spørgeskemaet. Aldersgennemsnittet for de deltagende læger var 52,5 år (53,4 blandt de ikke deltagende læger). Kvinder udgjorde 43% mod 34% blandt læger, der ikke deltog (ifølge PLOs praksistælling fra 2007 er 37% af landets praktiserende læger kvinder). Sololæger udgør 37% af landets læger, små flermandspraksis med 2-3 læger 41% og større flermandspraksis 22%. Der var størst tilslutning blandt læger i 2-3-mandskompagniskab (34%), lavest fra enkeltmandspraksis (24%). I kompagniskabspraksis med 4 læger eller flere deltog 31%. Der deltog læger fra alle fem regioner, hvor læger i Region Hovedstaden udgør 30% af landets læger, Region Midtjyllands læger 23%, Region Nordjyllands 10%, Region Sjællands 15% og Region Syddanmarks læger 22%. Tilslutningen var nogenlunde ens i de 5 regioner.

5.2 Antal registreringer pr. deltager

De 1097 læger registrerede i alt 4671 henvisninger svarende til gennemsnitligt 4,3 henvisninger pr. læge pr. dag. Ganske få (21) læger havde ingen henvisninger den dag, de registrerede. De fleste havde 2-6, en enkelt læge registrerede 18 henvisninger. Samlet set blev der skrevet en henvisning i forbindelse med 9,7% af alle kontakter beregnet ud fra de henvisninger (4257), hvor alle dagens kontakter var oplyst (43.671).



Figur 1: Figuren viser hvor mange procent af deltagerne, der registrerede hvor mange henvisninger (n=1097).

6. RESULTATER FRA LÆGERNES AKTIVITETSREGISTRERING

6.1 Oversigtstabel: Alle henvisninger

Table 1: Samlet resultat af aktivitetsregistreringen (n=4671 henvisninger).

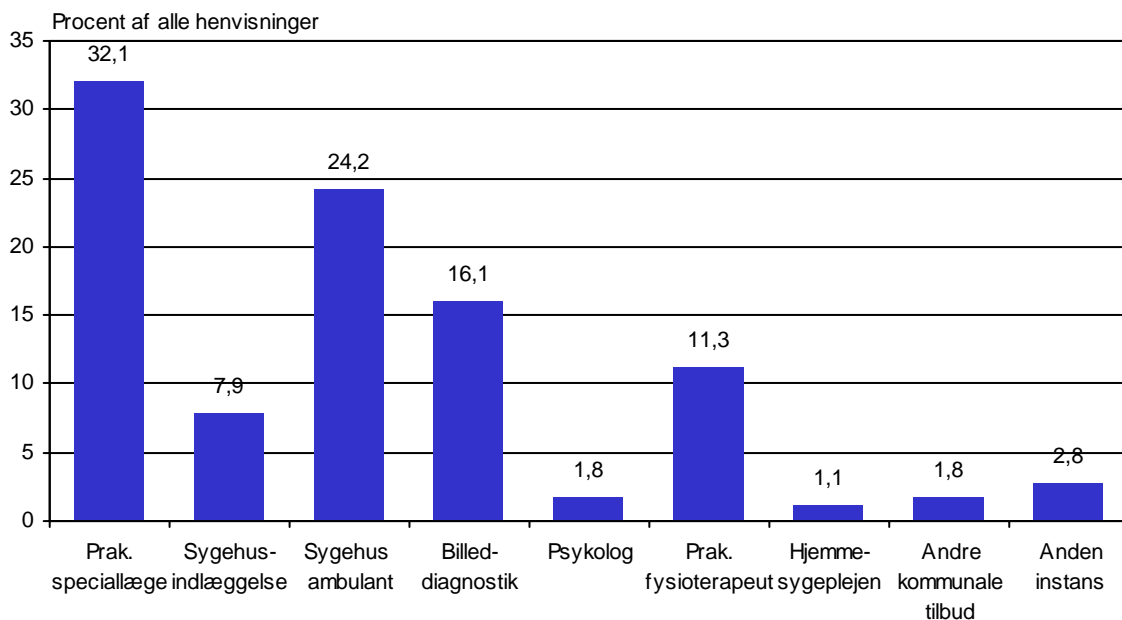
		Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Mand/dreng	1768	37,9%
	Kvinde/pige	2861	61,3%
	Uoplyst	42	0,9%
I alt		4671	100,0%
KONTAKTART	Konsultation	3730	79,9%
	Telefonkonsultation (TK)	802	17,2%
	Besøg	118	2,5%
	Uoplyst	21	0,4%
I alt		4671	100,0%
HOVEDFORMÅL MED HENVISNING	Udredning/mistanke om sygdom	2432	52,1%
	Behandling/kontrol af sygdom	1471	31,5%
	Rehabilitering/genoptræning	333	7,1%
	Forebyggelse	202	4,3%
	Andet	191	4,1%
	Uoplyst	42	0,9%
I alt		4671	100,0%
MEDVIRKENDE FAKTORER TIL HENVISNING (mulighed for flere afkrydsninger)	Patientønske	1550	33,2%
	Second opinion	319	6,8%
	"Kørt fast i problemet"	443	9,5%
	Defensiv medicin/for at sikre mig	143	3,1%
	Ingen af førnævnte	2352	50,4%
	Uoplyst	111	2,4%
I alt		4671	105,3%
SYGDOMSKATEGORI	Kræft/mistanke om kræft	362	7,7%
	Hjerte-karsygdom	316	6,8%
	Lungesygdom	267	5,7%
	Bevægeapparatsygdom	1545	33,1%
	Endokrin sygdom	146	3,1%
	Mave-tarm/gyn/urinveje	518	11,1%
	Hudsygdom	479	10,3%
	Psykisk sygdom	228	4,9%
	Socialt problem	61	1,3%
	Andet	711	15,2%
	Uoplyst	38	0,8%
	I alt		4671
HAST	Akut (<24 timer)	554	11,9%
	Ikke akut	3885	83,2%
	Uoplyst	232	5,0%
I alt		4671	100,0%

Tabel 1 fortsat

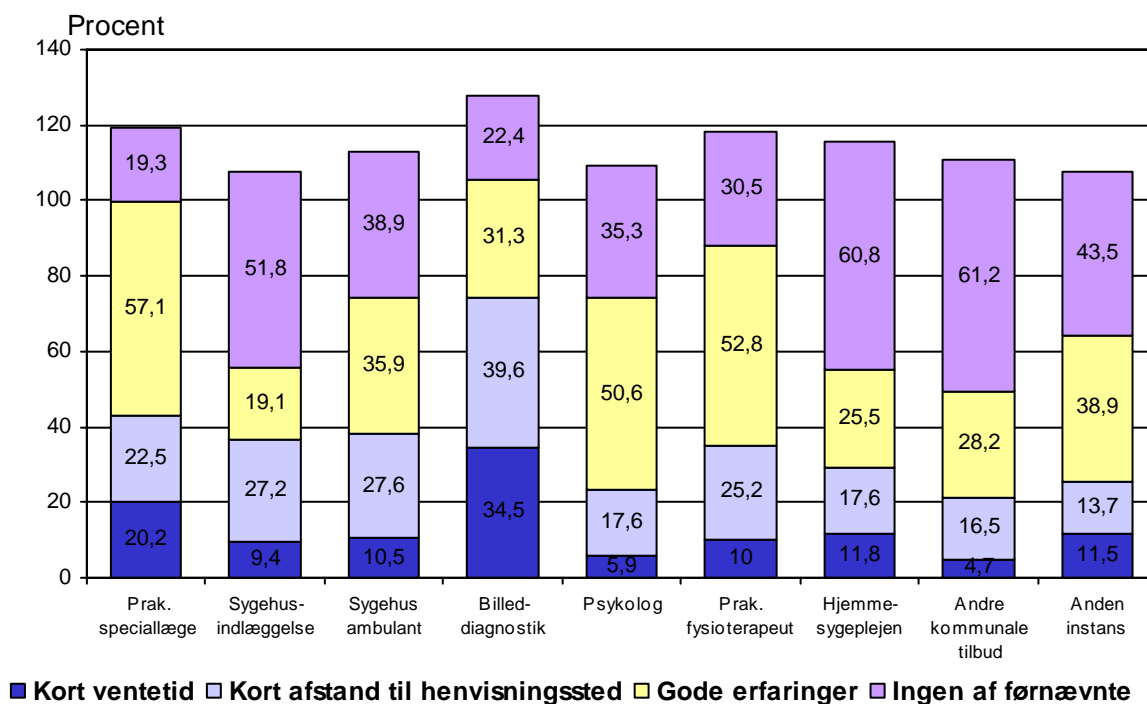
		Antal	Procent
HENVISES TIL	Praktiserende speciallæge	1501	32,1%
	Sygehusindlæggelse	371	7,9%
	Sygehus ambulant	1132	24,2%
	Billeddiagnostik	753	16,1%
	Psykolog	85	1,8%
	Praktiserende fysioterapeut	528	11,3%
	Hjemmesygeplejen	51	1,1%
	Andre kommunale tilbud	85	1,8%
	Anden instans	131	2,8%
	Flere afkrydset	15	0,3%
	Uoplyst	19	0,4%
I alt		4671	100,0%
HVORFOR HENVISNINGSSTED (mulighed for flere afkrydsninger)	Kort ventetid	802	17,2%
	Kort afstand til henvisningssted	1244	26,6%
	Gode erfaringer	1986	42,5%
	Ingen af førnævnte	1433	30,7%
	Uoplyst	57	1,2%
I alt		4670	115,1%
DIN FAGLIGE VURDERING	Absolut indikation	2346	50,2%
	Rimelig indikation	2091	44,8%
	Tvivlsom indikation	197	4,2%
	Uoplyst	37	0,8%
I alt		4671	100,0%

6.2 Hvor henvises der til og med hvilke overvejelser?

Der henvises hyppigst til andre praktiserende speciallæger (32% af alle henvisninger). Derefter følger sygehusambulatorium, billeddiagnostik og fysioterapi. Henvisninger til hjemmepleje og andre kommunale tilbud udgør kun få procent af samtlige henvisninger. Som medvirkende årsag til henvisningssted angiver lægerne som vigtigste enkeltfaktor "gode erfaringer" – specielt med praktiserende speciallæge, psykolog og fysioterapeut. Ved sygehusindlæggelser scorer denne faktor relativt lavt. Der var mulighed for flere afkrydsninger i "hvorfor henvisningssted". Se endvidere Bilag 4.



Figur 2: Procentvis fordeling af henvisninger til forskellige instanser, n= 4671 henvisninger.



Figur 3: Procentvis hyppighed af medvirkende faktorer for henvisning til forskellige instanser.

6.3 Henvisningshyppighed

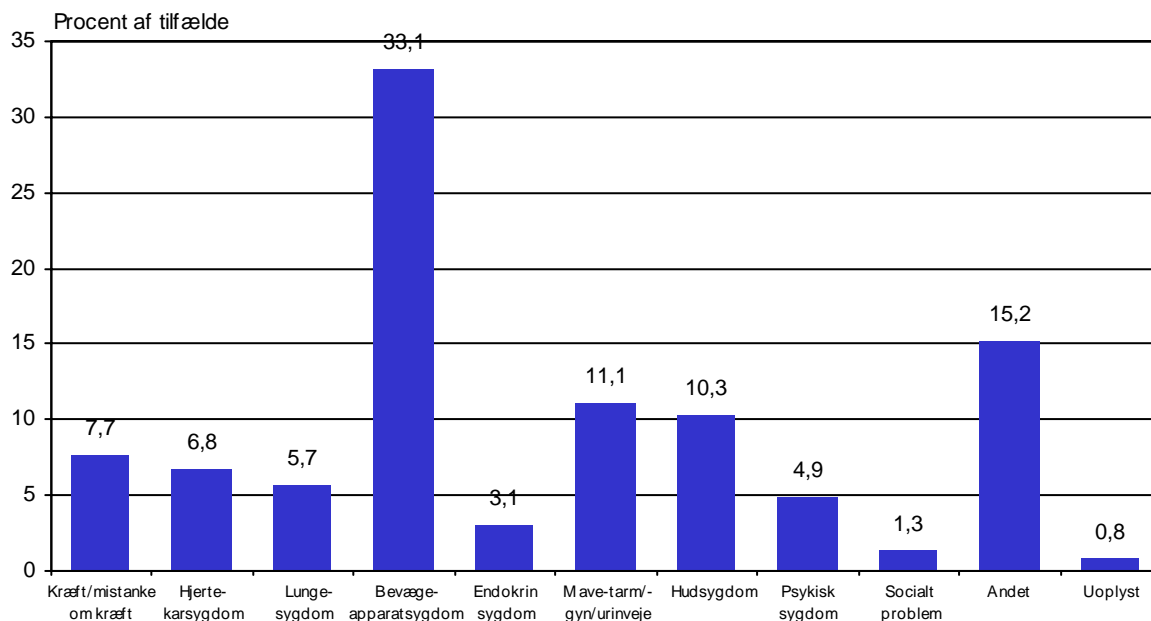
Nedenfor er henvisningsmønstret til forskellige instanser beskrevet som % dels af alle kontakter, dels af antal konsultationer, dels af antal telefonkonsultationer (TK) og endelig af antal besøg. 996 læger havde udfyldt alle 3 felter på registreringskemaet under "Antal konsultationer i dag". Ikke overraskende ses den største henvisningsfrekvens i forbindelse med indlæggelse ved besøg. Henvisningshyppigheden i forbindelse med konsultationer er tre gange højere end ved telefonkonsultationer. Problemstillingerne adskiller sig også, idet der ved TK i højere grad henvises til behandling efter patientønske og i højere grad til fysioterapeut, hjemmesygeplejen og andre kommunale tilbud (*Bilag 2, Tabel 18*).

Tabel 2: Tabellen viser, hvor hyppigt patienten henvises, når kontakten foregår som direkte konsultation, telefonkonsultation hhv. besøg.

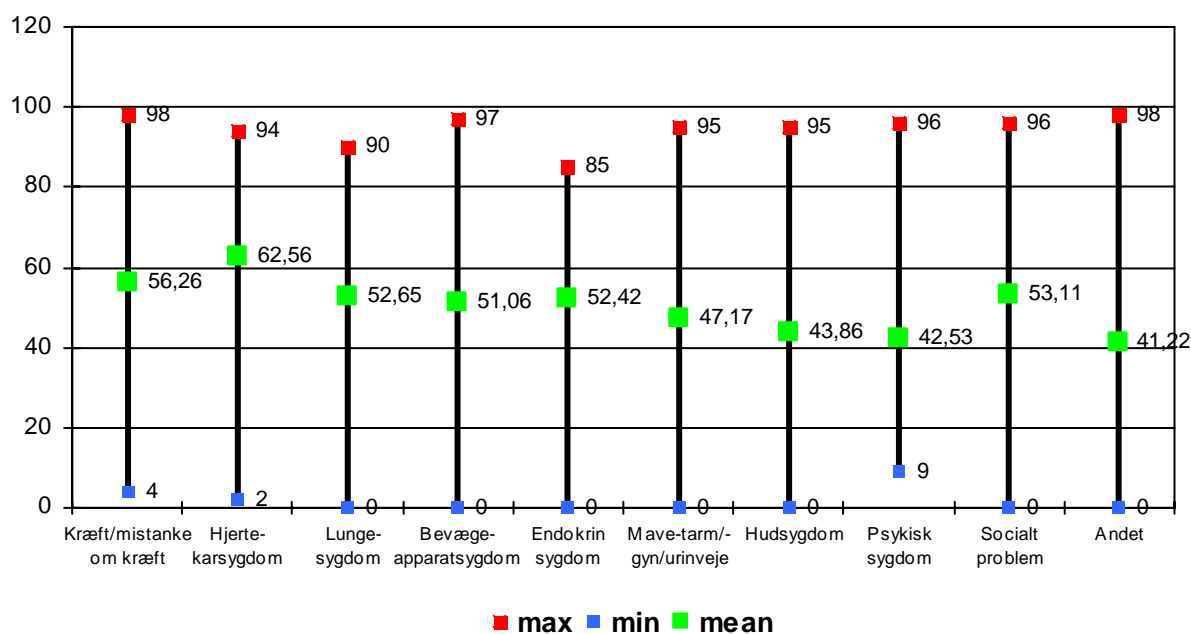
	Henvisningshyppighed				
	Antal henvisninger	Alle kontakter	Konsultationer	TK	Besøg
		n=43.671	n=24.885	n=18.142	n=644
Alle instanser	4257	9,7%	13,6%	4,4%	18,3%
Praktiserende speciallæge	1359	3,1%	4,5%	1,3%	0,9%
Sygehusindlæggelse	339	0,8%	0,9%	0,4%	7,8%
Sygehus ambulant	1045	2,4%	3,5%	0,8%	3,1%
Billeddiagnostik	697	1,6%	2,5%	0,4%	1,4%
Psykolog	74	0,2%	0,22	0,1%	0,0%
Praktiserende fysioterapeut	483	1,1%	1,4%	0,7%	0,6%
Hjemmesygeplejen	46	0,1%	0,1%	0,1%	1,9%
Andre kommunale tilbud	75	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%
Anden instans	113	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%
Flere afkrydset	13				
Uoplyst	13				
Henvisninger i alt	4257	4257	3393	741	106

6.4 Hvem henvises?

Kvinder udgjorde 61% af de henviste. Den hyppigste sygdomskategori, der foranlediger en henvisning, er bevægeapparatsygdomme, der tegner sig for 1/3 af alle henvisninger. Derefter følger mave-tarm/gyn/urinveje med 11%, hudsygdomme med 10%, mistanke om kræft 8%, hjerte-karsygdom 7% og lungesygdom 6%. Aldersfordeling af de henviste ses på nederste figur.



Figur 4: Procentvis fordeling af sygdomskategori for alle typer henvisning.

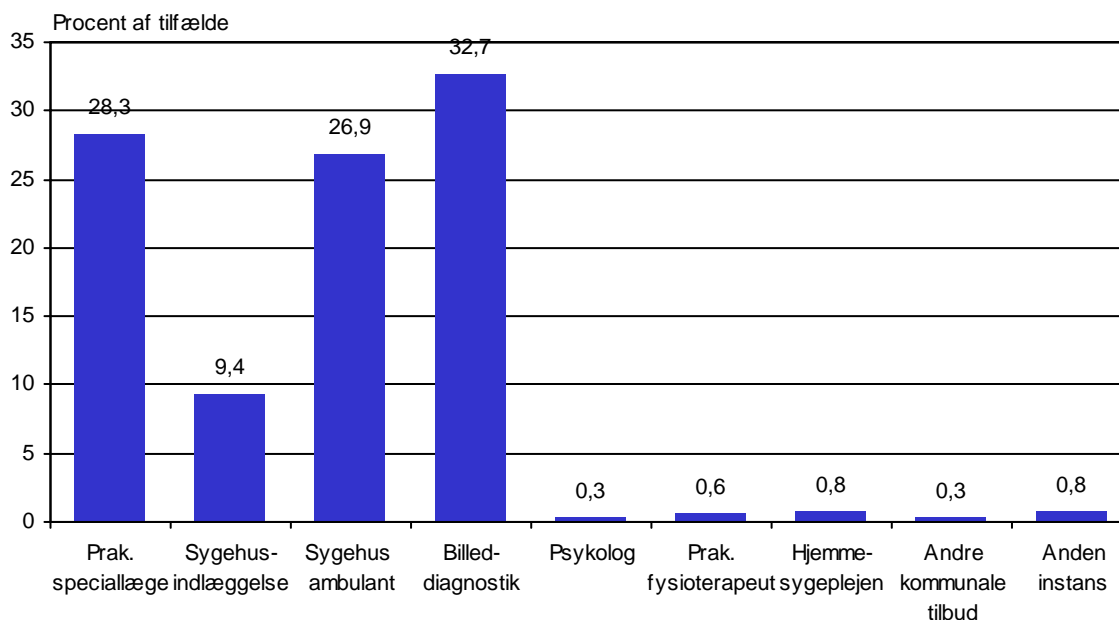


Figur 5: Aldersfordeling for patienter der blev henvist med forskellige sygdomme: grøn er gennemsnitsalder, blå er minimums- og rød maximumsalder.

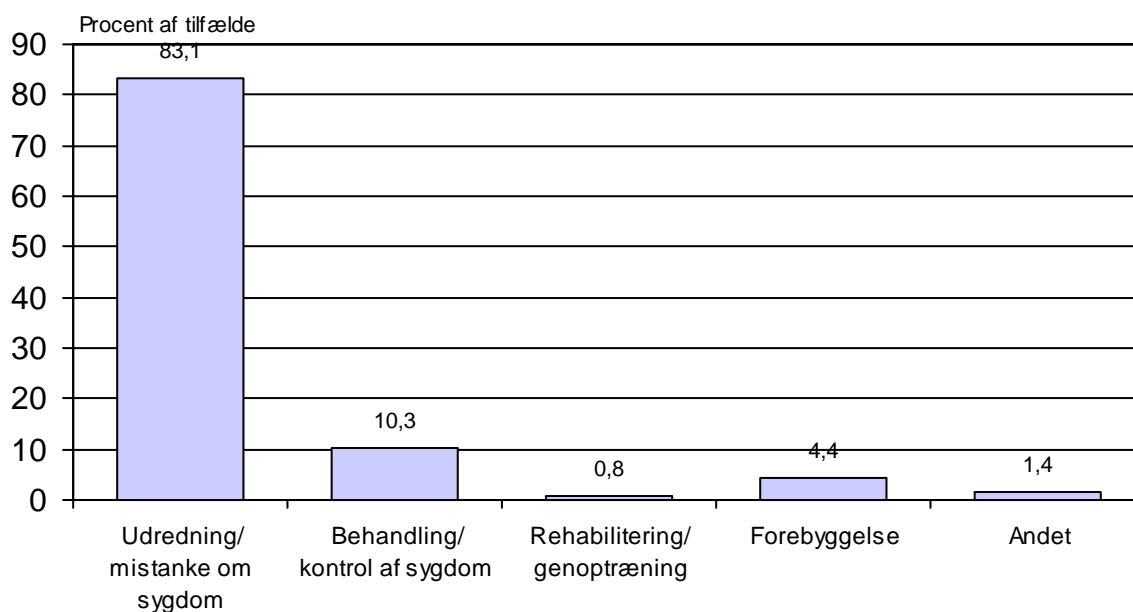
6.5 Sygdommene

6.5.1 Kræft og mistanke om kræft

8% af alle henvisninger vedrører kræft/mistanke om kræft. 85% henvises ved konsultation/besøg. 17% af henvisningerne er akutte, og 64% har absolut indikation, dvs. det vurderes, at der foreligger stærk faglig begrundelse. Der blev hyppigst henvist til praktiserende speciallæge og billeddiagnostik og oftest mhp. udredning. Se i øvrigt *Bilag 3*.



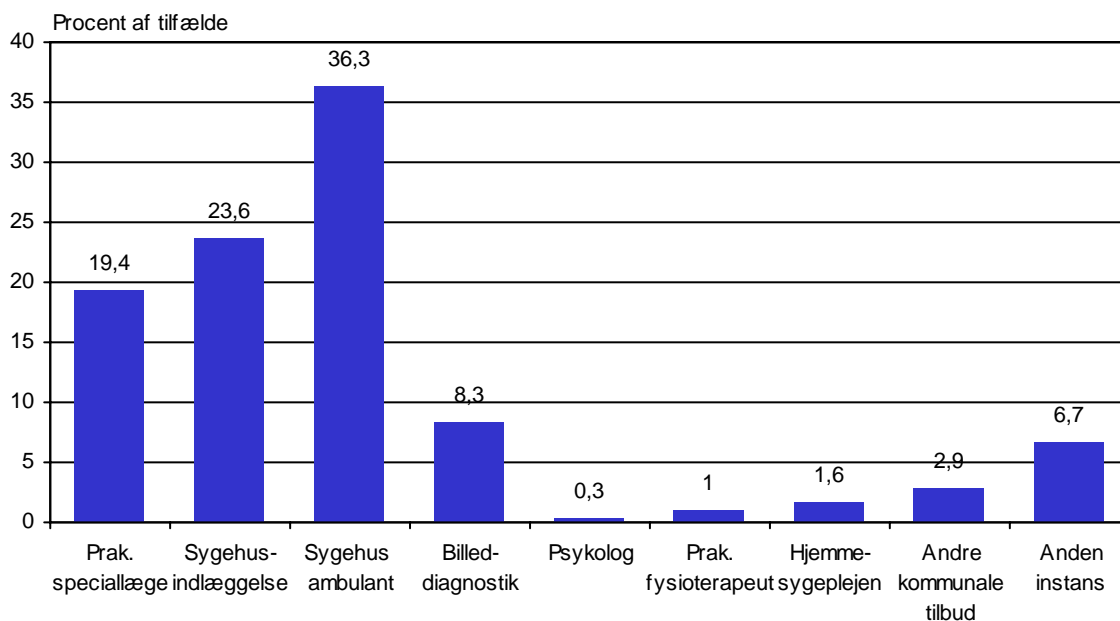
Figur 6: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med kræft/mistanke om kræft (n=361).



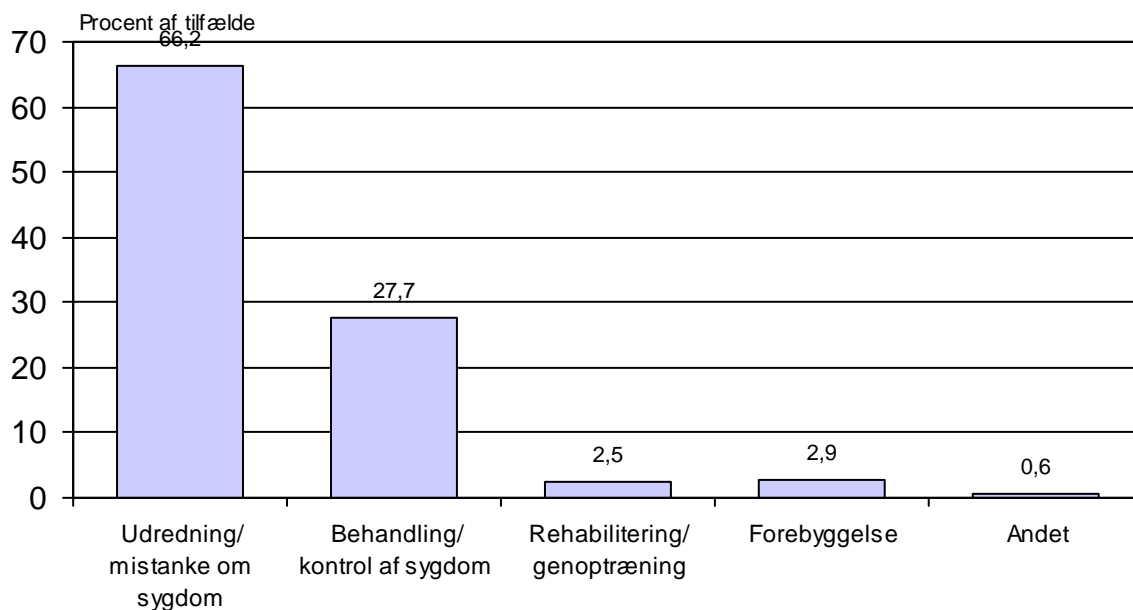
Figur 7: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med kræft/mistanke om kræft (n=360)

6.5.2 Hjerte-karsygdom

7% af alle henvisninger vedrører hjerte-karsygdom. 86% henvises ved konsultation/besøg. 26% af henvisningerne er akutte, og kun 2,5% har tvivlsom indikation. Der blev hyppigst henvist til sygehusambulatorium og oftest mhp. udredning. Se i øvrigt *Bilag 3*.



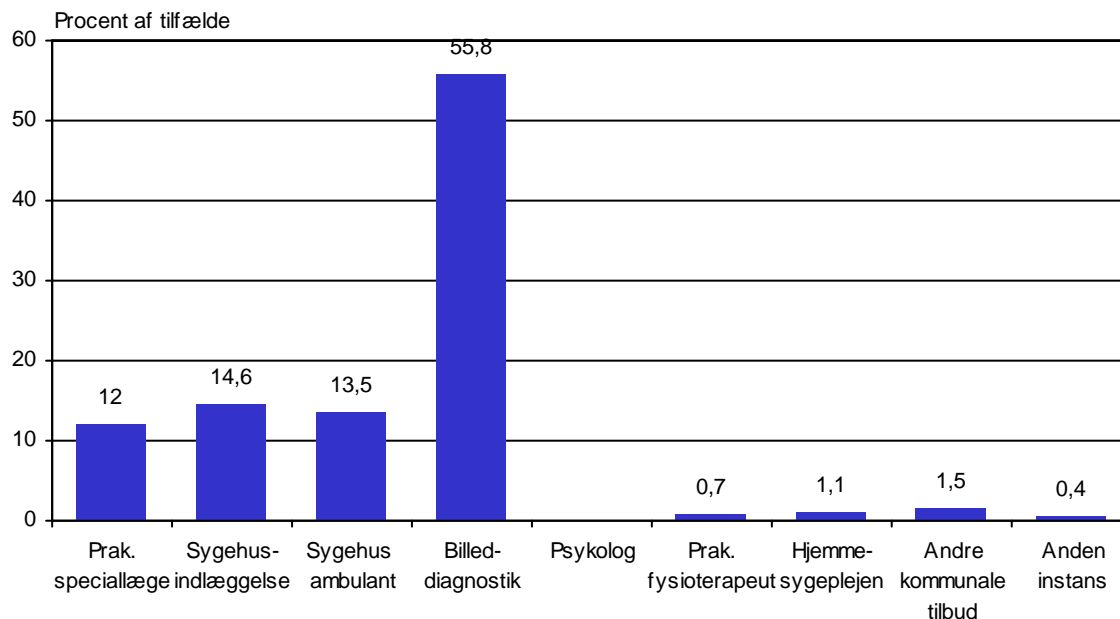
Figur 8: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med hjerte-karsygdom (n=314).



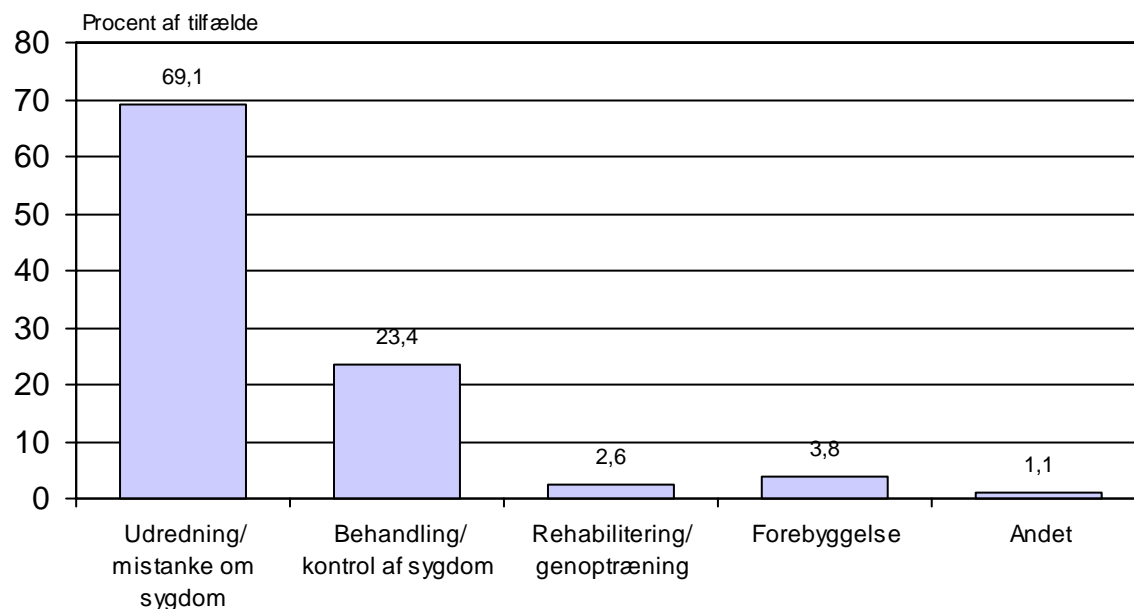
Figur 9: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med hjerte-karsygdom (n=314).

6.5.3 Lungesygdom

6% af alle henvisninger drejer sig om lungesygdom. 86% henvises ved konsultation/besøg. 26% henvises akut, og kun 2,6% har tvivlsom indikation. Der blev hyppigst henvist til billeddiagnostik og oftest mhp. udredning. Se i øvrigt *Bilag 3*.



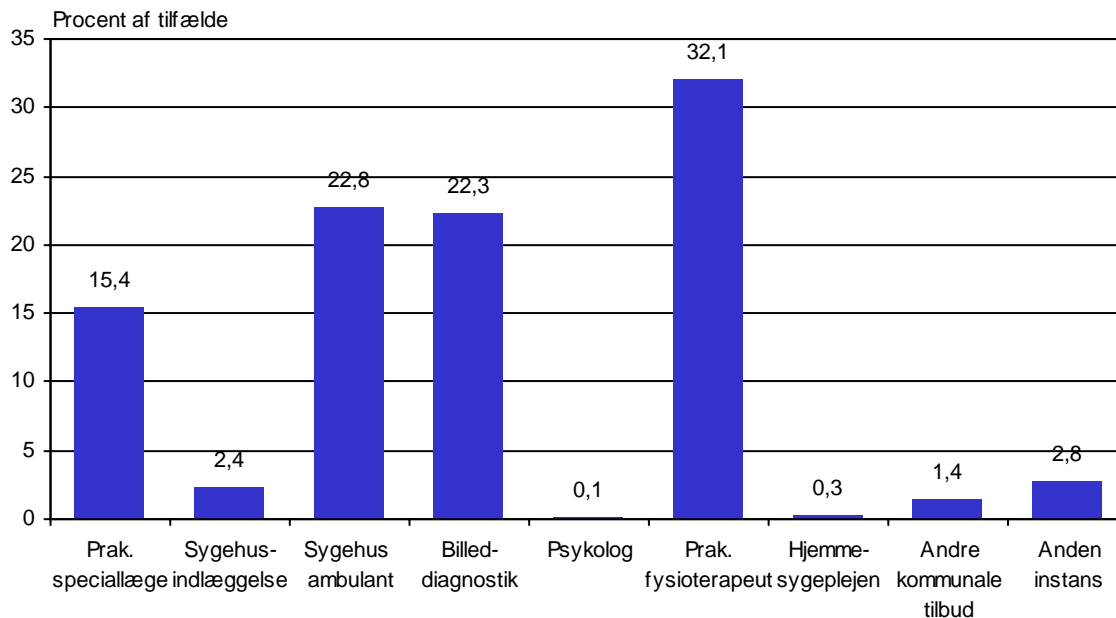
Figur 10: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med lungesygdom (n=267).



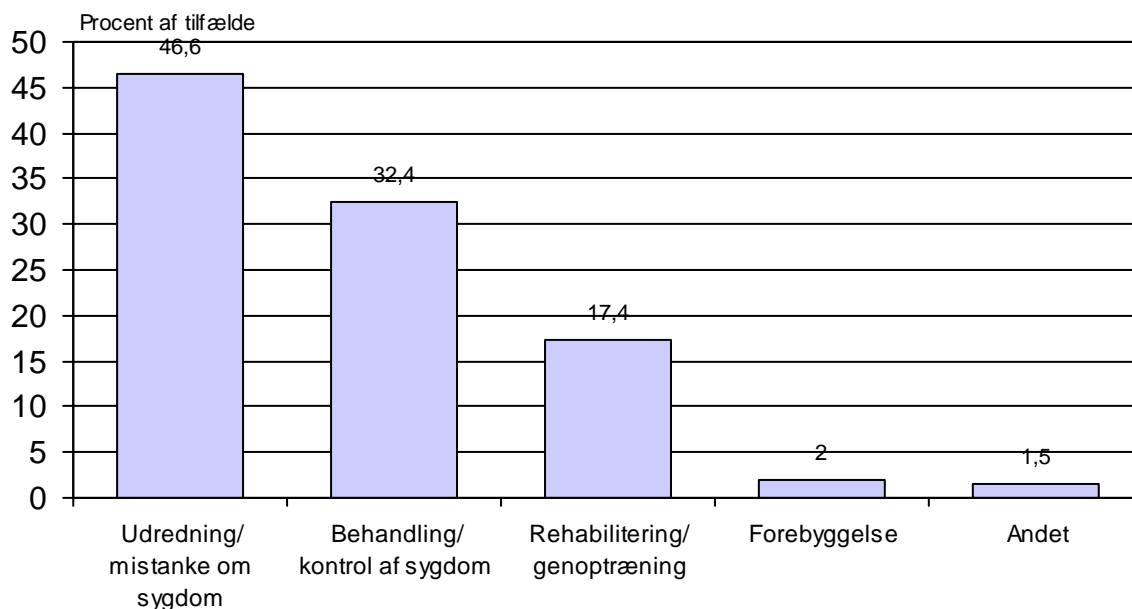
Figur 11: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med lungesygdom (n=265).

6.5.4 Bevægeapparatsygdom

33% af alle henvisningerne vedrører bevægeapparatsygdomme. 81% henvises ved konsultation/besøg. 6% af henvisningerne er akutte, og 5% har tvivlsom indikation. 1/3 af henvisningerne var til praktiserende fysioterapeut. Behandling var hovedformålet ved 1/3 af alle henvisningerne, rehabilitering ved 17%. Se i øvrigt *Bilag 3*.



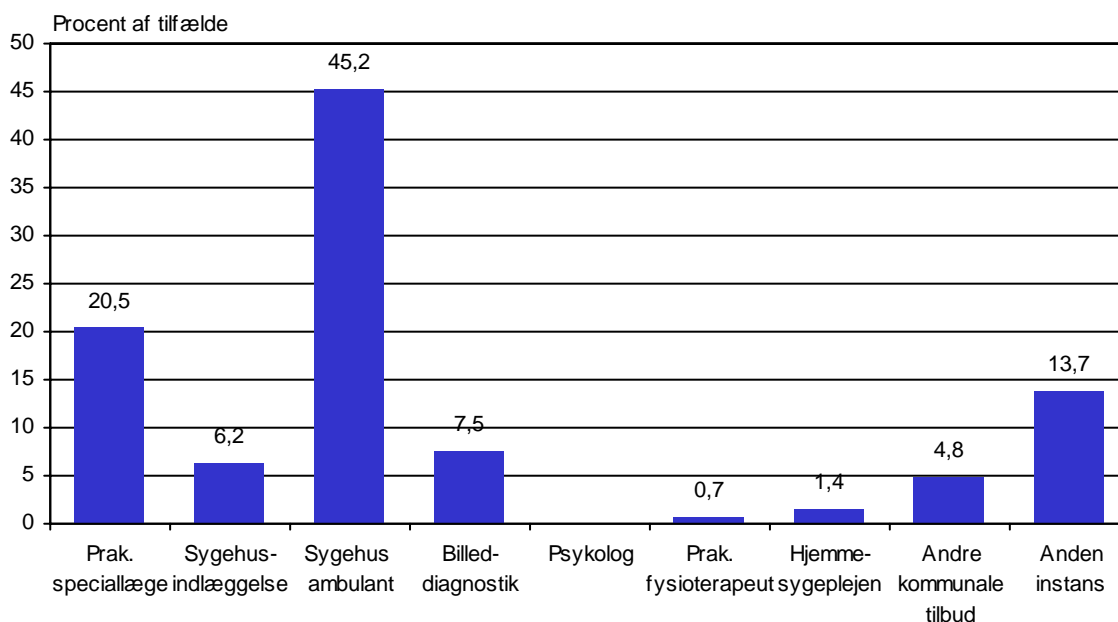
Figur 12: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med bevægeapparatsygdom (n=1541).



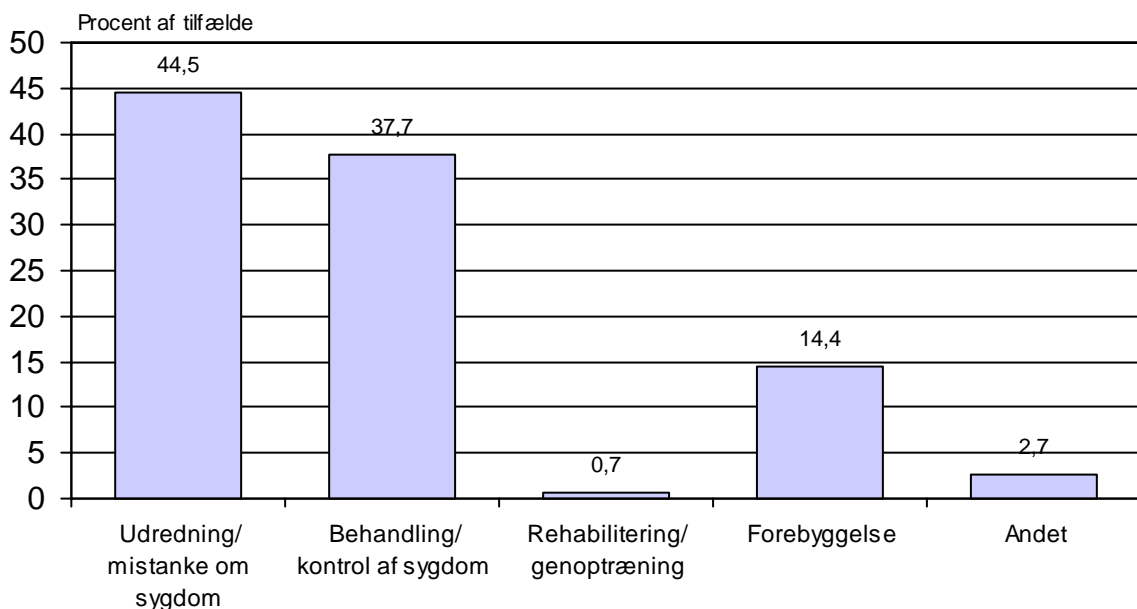
Figur 13: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med bevægeapparatsygdom (n=1533).

6.5.5 Endokrin sygdom

3% af alle henvisninger drejer sig om endokrine sygdomme. 8% henvises akut, kun 2% har tvivlsom indikation. Næsten halvdelen af henvisningerne var til sygehusambulatorium. Stort set lige mange mhp. udredning og behandling. Se i øvrigt *Bilag 3*.



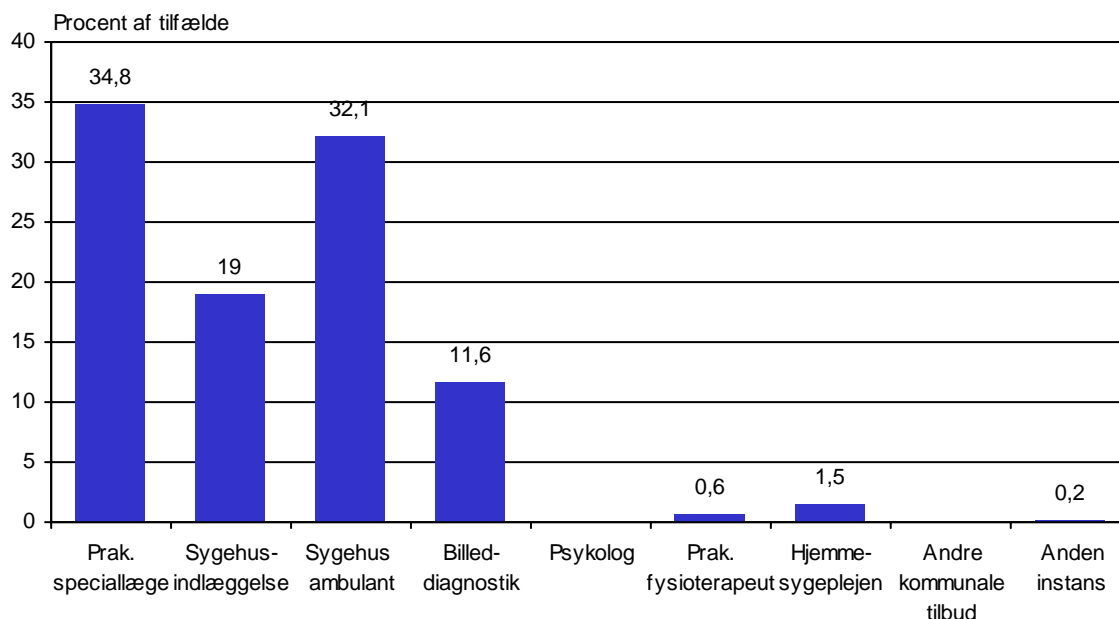
Figur 14: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med endokrin sygdom (n=146).



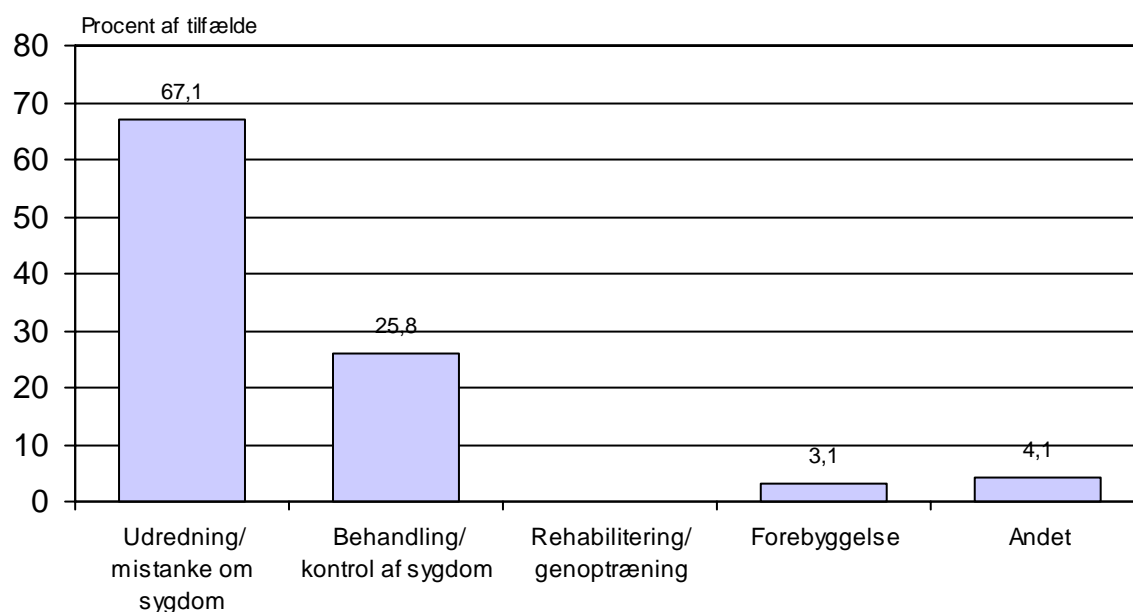
Figur 15: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med endokrin sygdom (n=146).

6.5.6 Mave-tarm/gyn/urinveje

11% af alle henvisninger vedrører mave-tarm/gyn/urinlidelser. 17% er akutte henvisninger, og kun 2,7% skønnes tvivlsomt indicerede. Flest henvisninger var til praktiserende speciallæger, men også mange gik til sygehusambulatorium. 2/3 var mhp. udredning. Se i øvrigt Bilag 3.



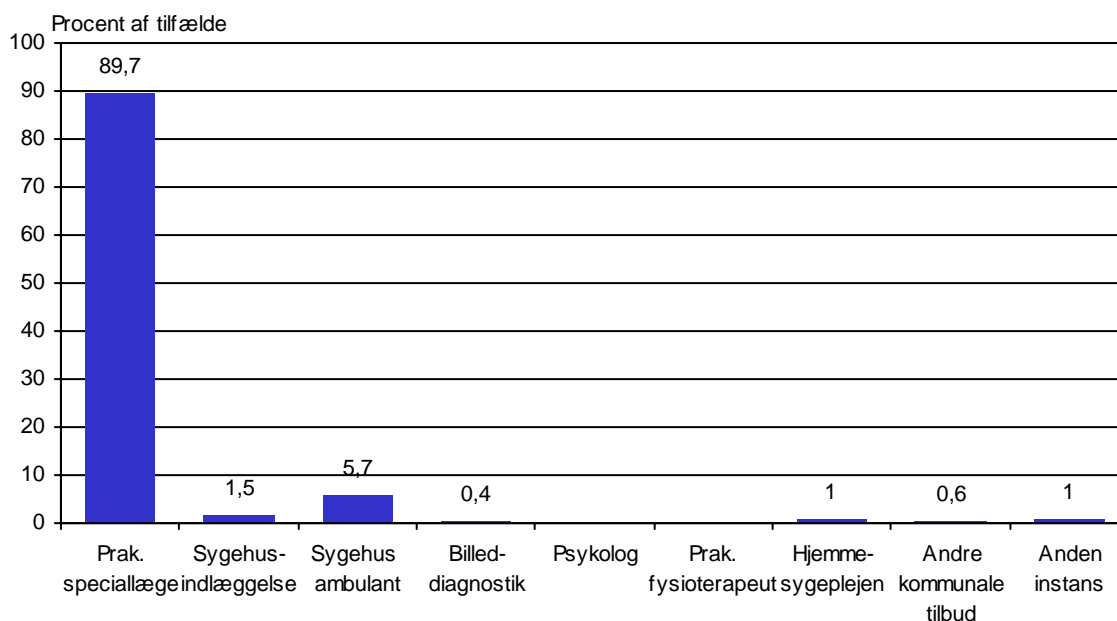
Figur 16: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med mave-tarm/gyn/urinveje (n=517).



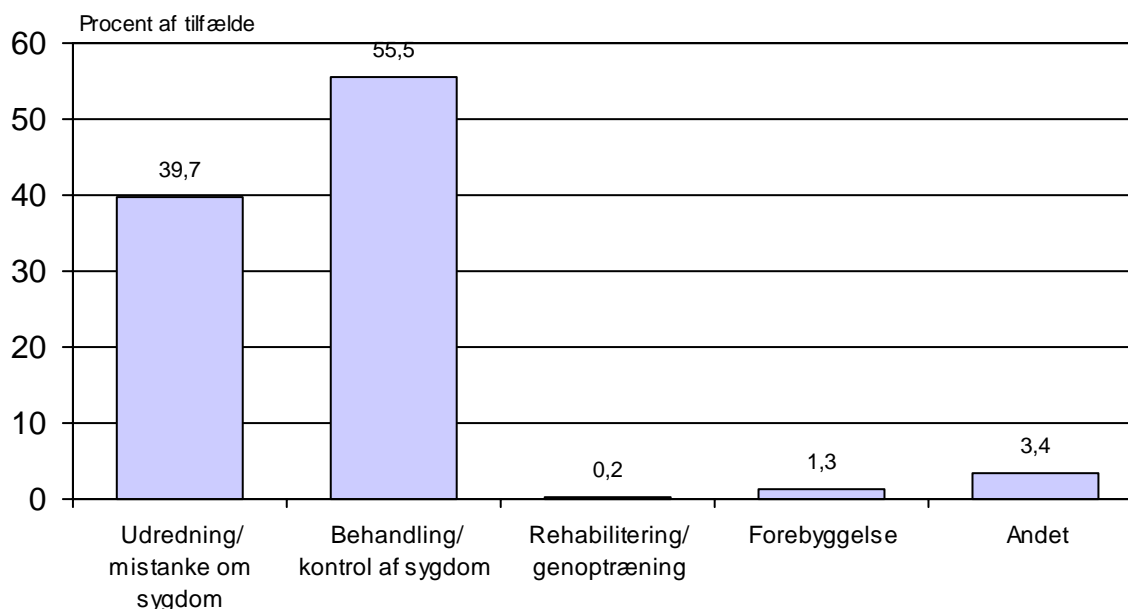
Figur 17: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med mave-tarm/gyn/urinveje (n=516).

6.5.7 Hudsygdom

10% af alle henvisninger vedrører hudsygdomme. 6% er akutte, og 6% er tvivlsomt indicerede. 90% af henvisningerne var til praktiserende speciallæge. Hovedformålet var oftere behandling end udredning. Se i øvrigt *Bilag 3*.



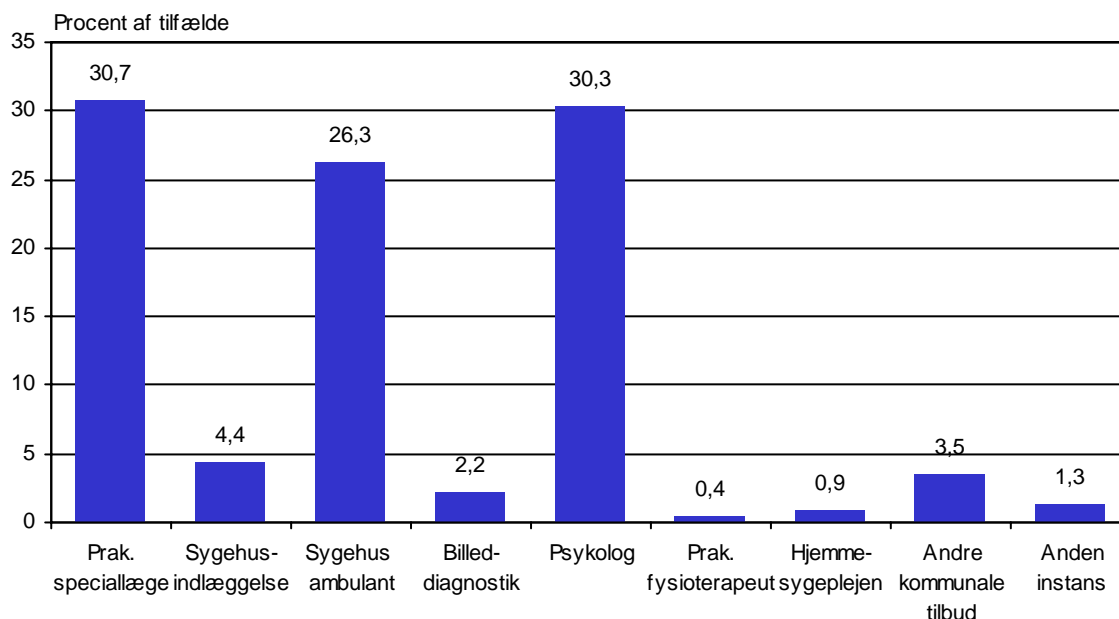
Figur 18: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med hudsygdom (n=477).



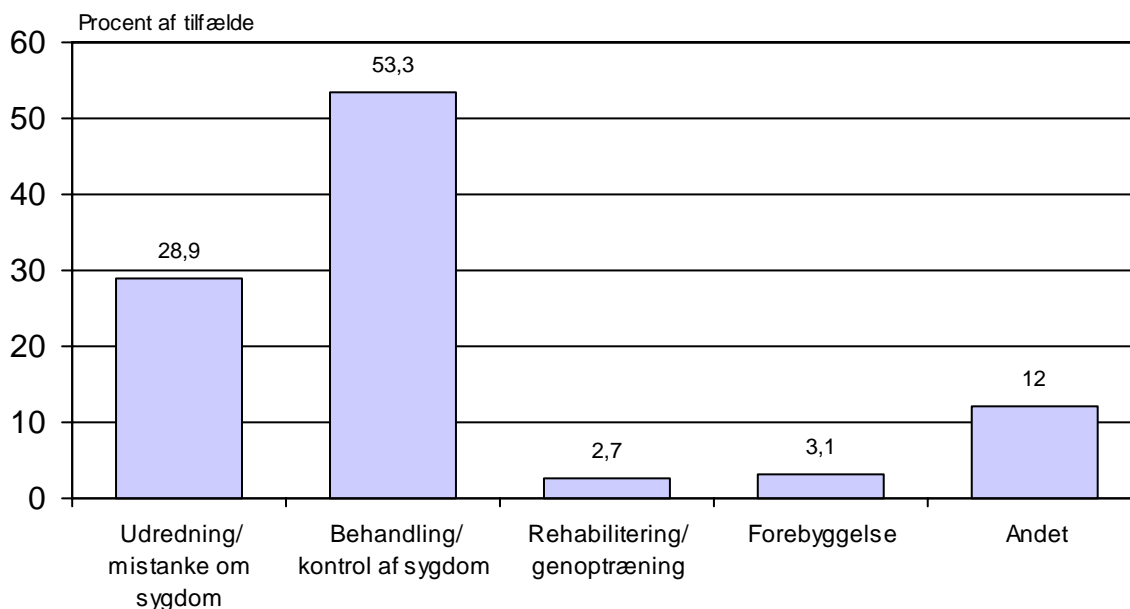
Figur 19: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med hudsygdom (n=476).

6.5.8 Psykisk sygdom

5% af alle henvisninger drejer sig om psykisk sygdom. 7% er akutte, og 4% er tvivlsomt fagligt begrundede. Praktiserende speciallæge, sygehusambulatorium og psykolog modtog hver knap 1/3 af henvisningerne. Hyppigere til behandling end til udredning. Se i øvrigt Bilag 3.



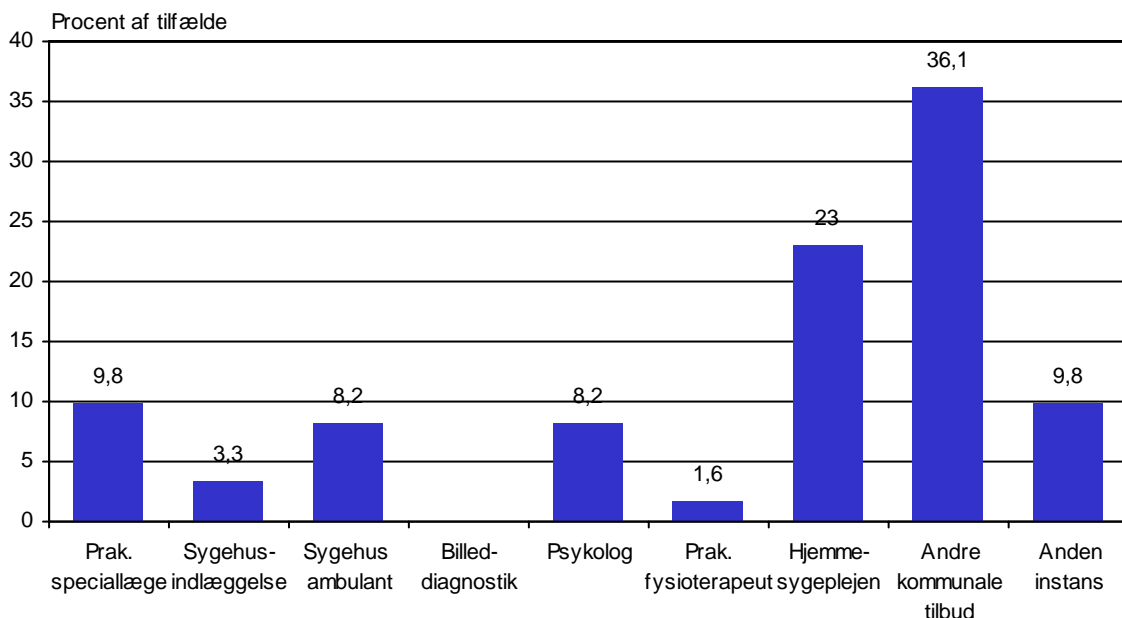
Figur 20: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med psykisk sygdom (n=228).



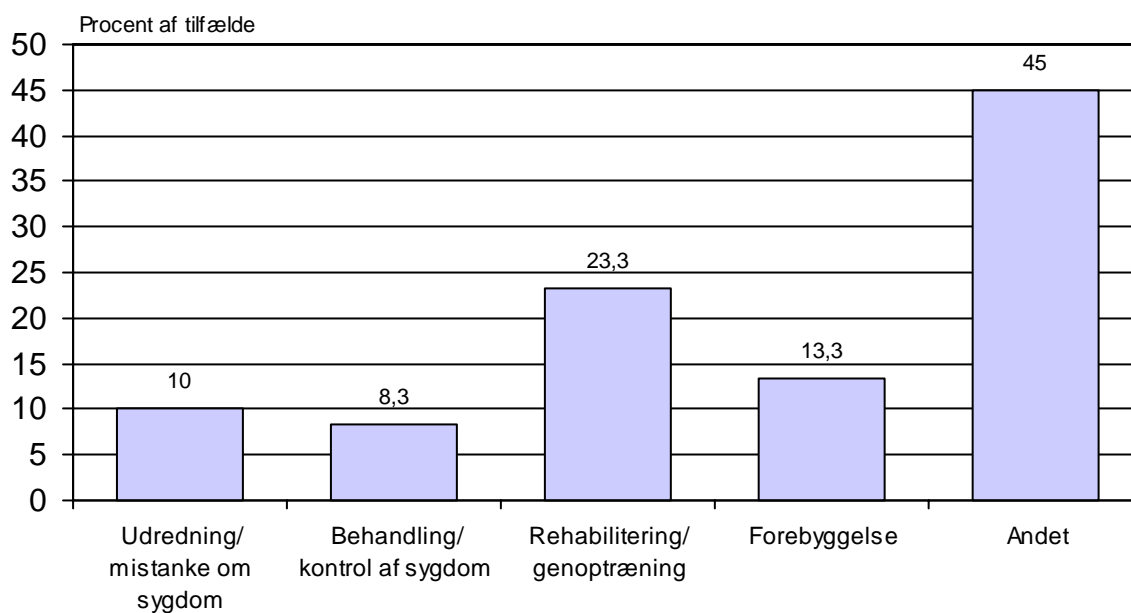
Figur 21: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med psykisk sygdom (n=225).

6.5.9 Socialt problem

1,3% af alle henvisninger vedrører socialt problem. Socialt problem omfatter støtteforanstaltninger til børn og ældre, dagpengesager, pensionssager, misbrugssager – alle problemstillinger, hvor kommunen indgår som naturlig samarbejdspartner. 70% henvises via konsultationer og besøg, 23% henvises akut, mens 8% af henvisningerne skønnes tvivlsomt indicerede. Hovedformålet var hyppigst "andet", genoptræning og forebyggelse. Se i øvrigt Bilag 3 og 5.



Figur 22: Procentvis fordeling på henvisningsinstans for alle henvisninger af patienter med socialt problem (n=61).

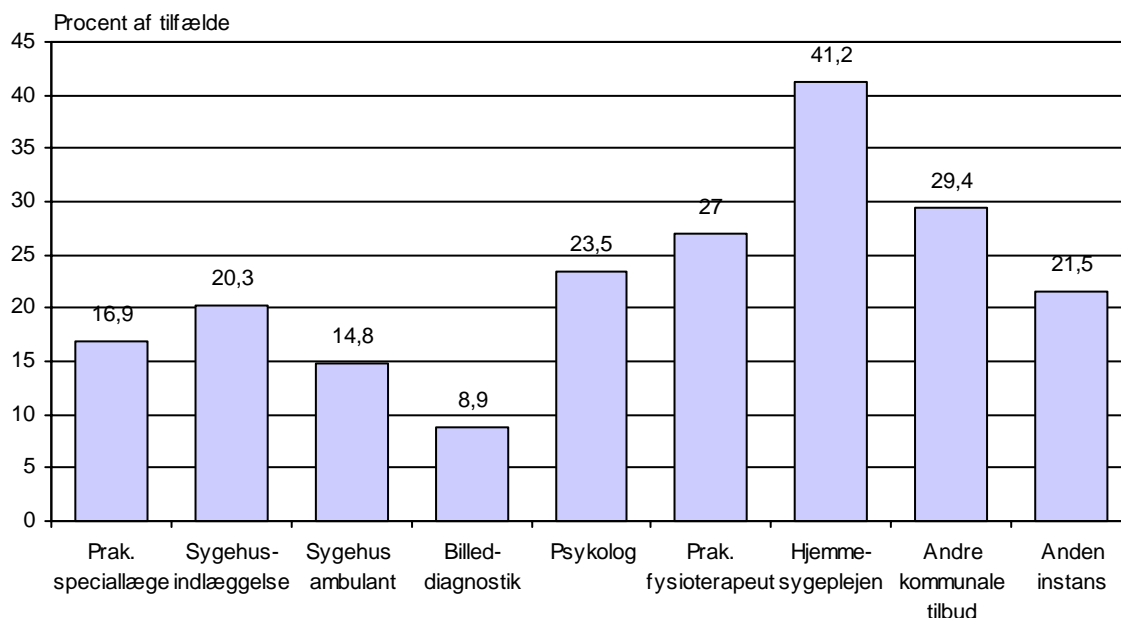


Figur 23: Procentvis fordeling af hovedformål med henvisning af patienter med socialt problem (n=60).

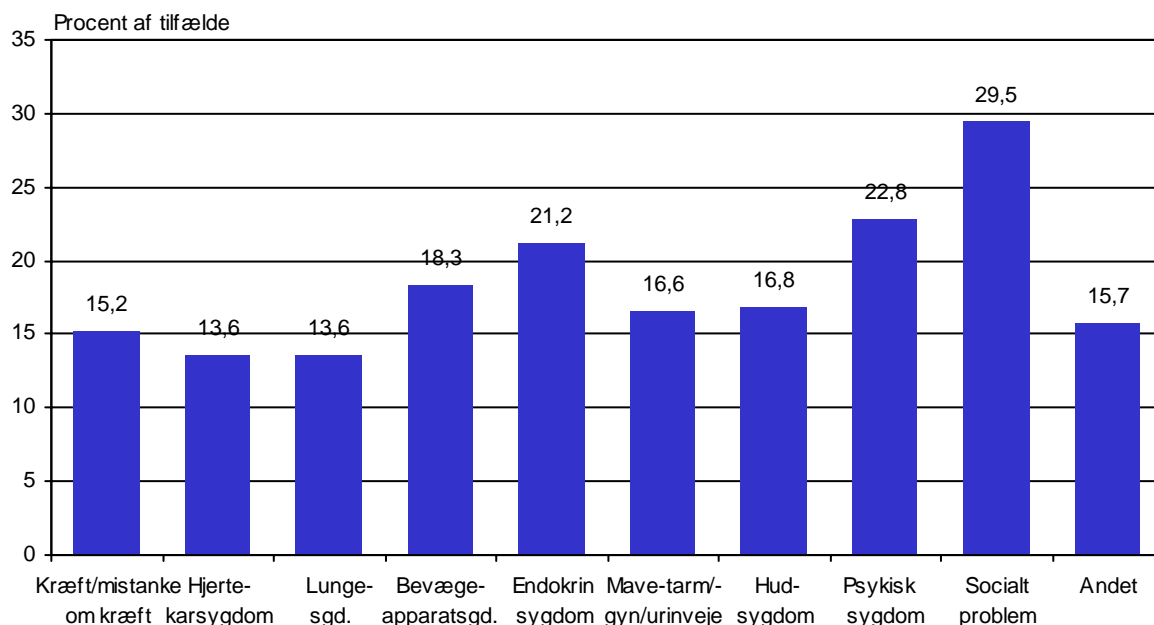
6.6 Særlige omstændigheder

6.6.1 Henvisninger i forbindelse med telefonkonsultation

17% af alle henvisninger sker i forlængelse af en telefonkonsultation. Det drejer sig hyppigst om henvisninger til hjemmeplejen og andre kommunale tilbud, sjældent henvisninger til billeddiagnostik.



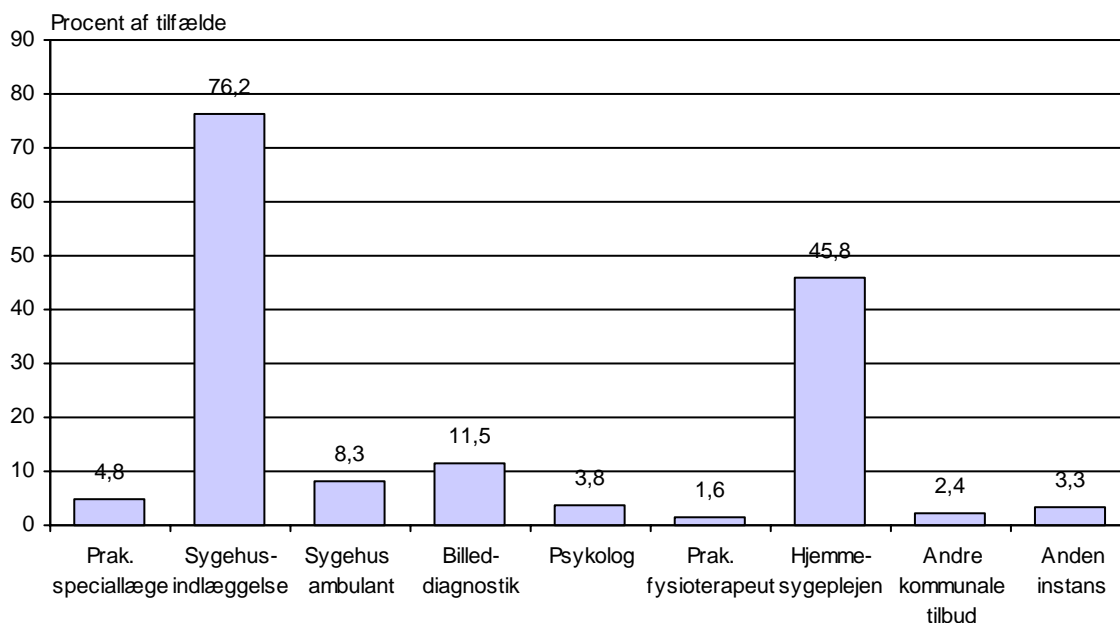
Figur 24: Procentdel af henvisninger til forskellige instanser der foregik i forbindelse med en telefonkonsultation.



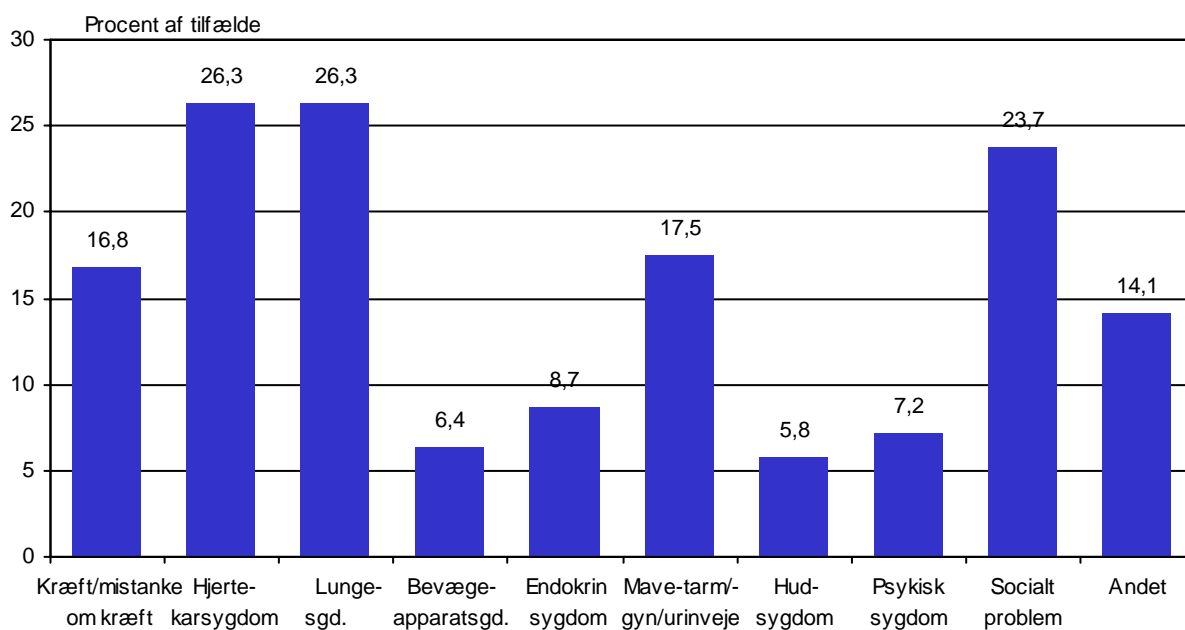
Figur 25: Procentdel af henvisninger af patienter med forskellige sygdomme der foregik i forbindelse med en telefonkonsultation.

6.6.2 Akutte henvisninger

12% af alle henvisninger er akutte (dvs. patienten ønskes/kræves modtaget inden for 24 timer). I 76% af tilfældene sker sygehusindlæggelse akut, og ca. halvdelen af henvisningerne til hjemmesygeplejen er akutte. Godt 25% af henvisninger for såvel hjerte- som lungesygdom er akutte, hvilket er tilfældet for ca. 17%, når der er kræft/mistanke om kræft. Kun 0,5% af de akutte henvisninger havde tvivlsom indikation.



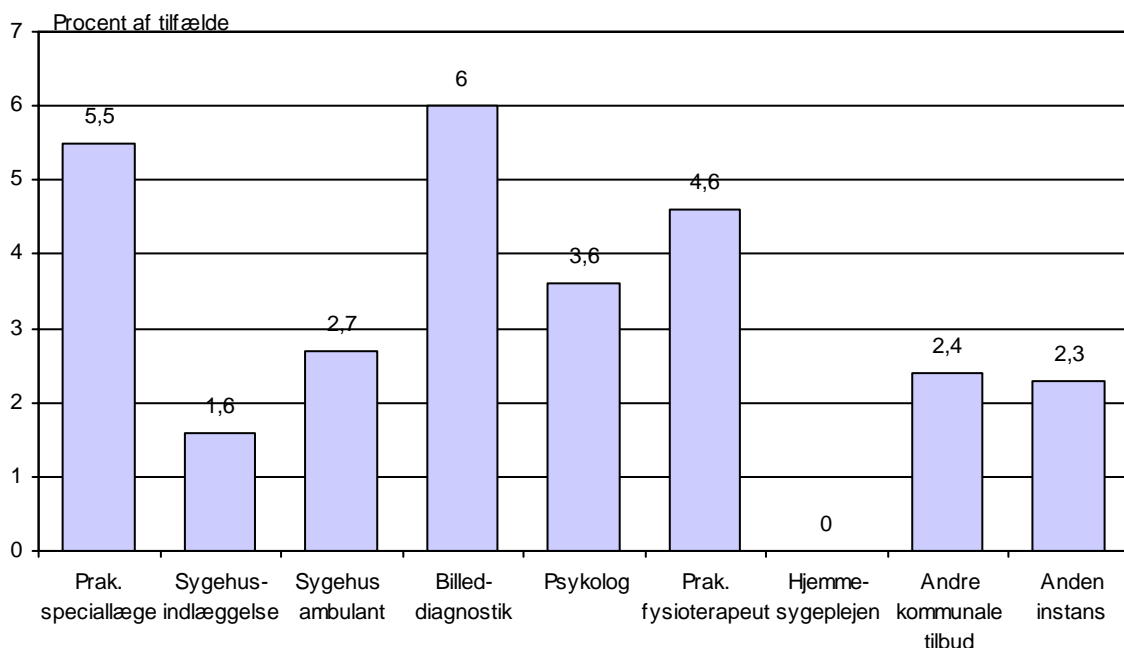
Figur 26: Procentdel af henvisninger til forskellige instanser der blev vurderet som akutte.



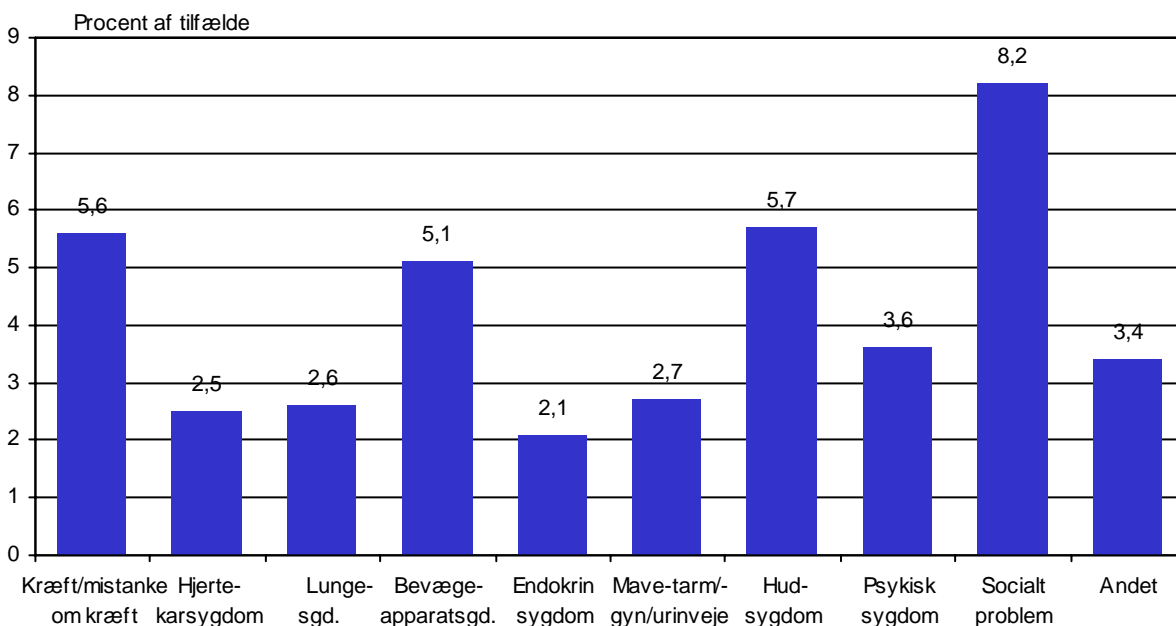
Figur 27: Procentdel af henvisninger af patienter med forskellige sygdomme der blev vurderet som akutte.

6.6.3 Tvivlsom indikation

Lægerne vurderede, om indikationen (det faglige grundlag) for henvisningen var absolut, rimelig eller tvivlsom. Om lægen har vurderet indikationen som absolut eller rimelig kan i høj grad være et spørgsmål om temperament, mens "tvivlsom" indikation formentlig udgør en mere ensartet gruppe. Fordelingen i forhold til instans og sygdomsproblem ses nedenfor.



Figur 28: Procentdel af henvisninger til forskellige instanser hvor lægen vurderede, at indikationen var tvivlsom.

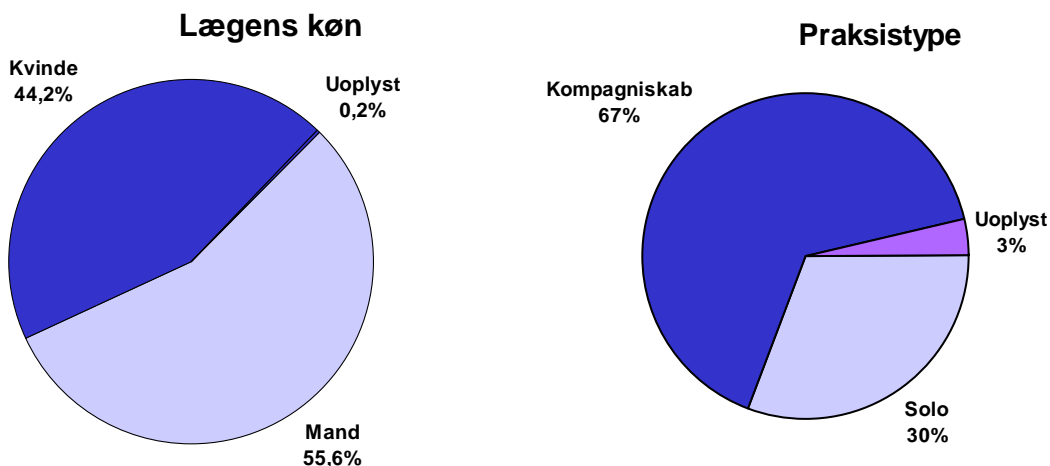


Figur 29: Procentdel af henvisninger af patienter med forskellige sygdomme hvor lægen vurderede, at indikationen var tvivlsom.

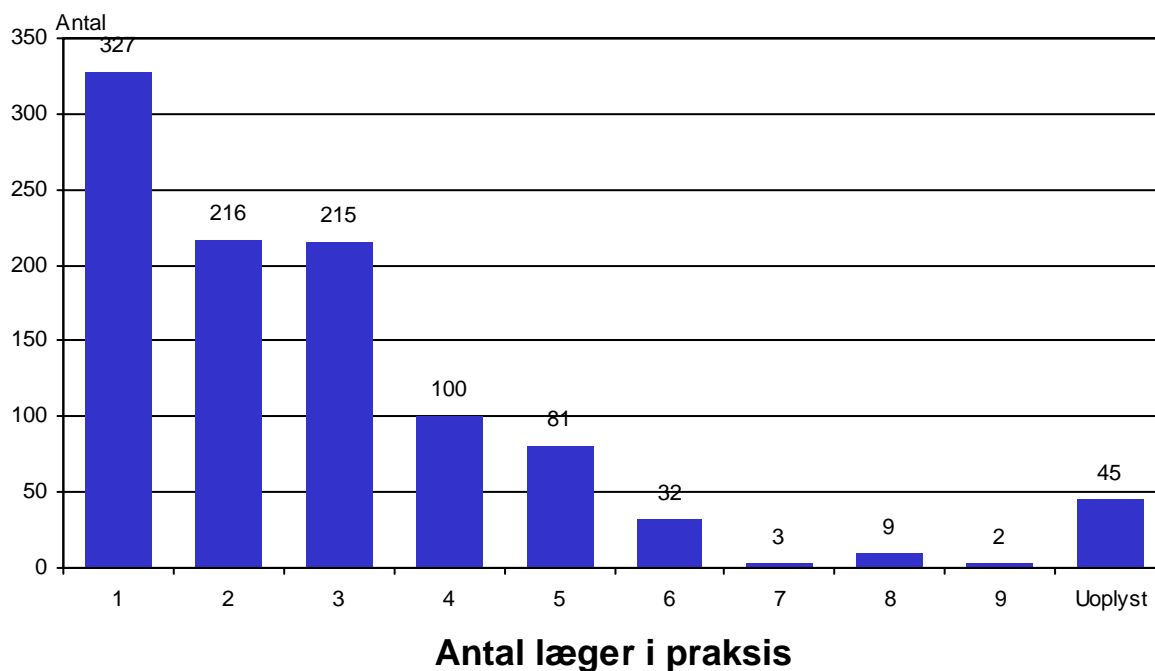
7. RESULTATER FRA LÆGERNES SPØRGESKEMA

7.1 Praksisforhold og henvisningsmuligheder

1067 af de 1097 deltagende læger besvarede spørgeskemaet (Bilag 6). 56% af disse var mænd. 327 var solopraktiserende, mens 46 læger arbejdede i store praksis med 6 eller flere læger.



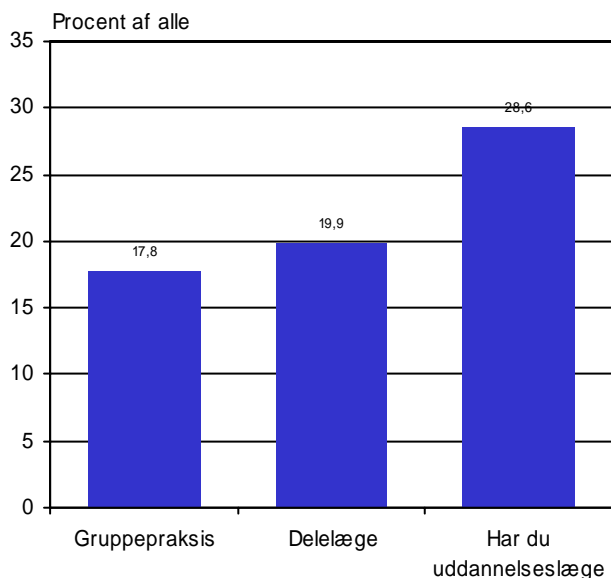
Figur 30 og 31: Lægens køn og praksistype (n=1067).



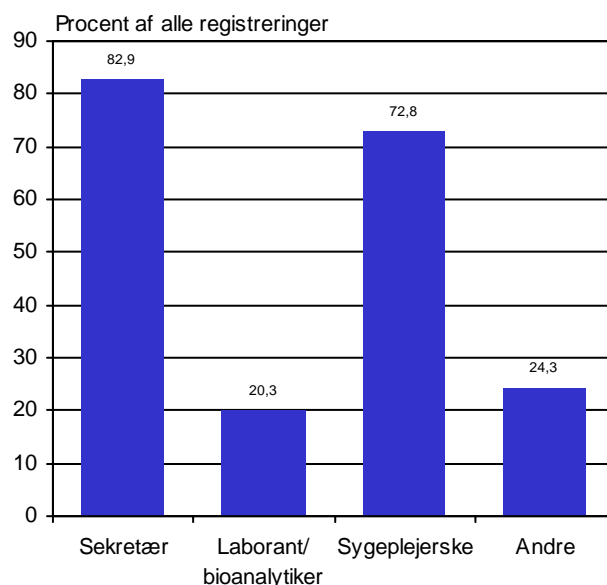
Figur 32: Antal deltagere fra praksis af forskellig størrelse (antal læger i praksis), n=1067.

18% af lægerne var i gruppepraksis, 20 var delelæger, og 27% havde uddannelseslæger. 83% havde ansat sekretær og 73% sygeplejerske. De fleste praksis havde EKG, spirometri, audiometri, tympanometri og fasekontrastmikroskopi, og knap 2/3 havde adgang til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. I alt 24% havde adgang til kommunale akuttilbud.

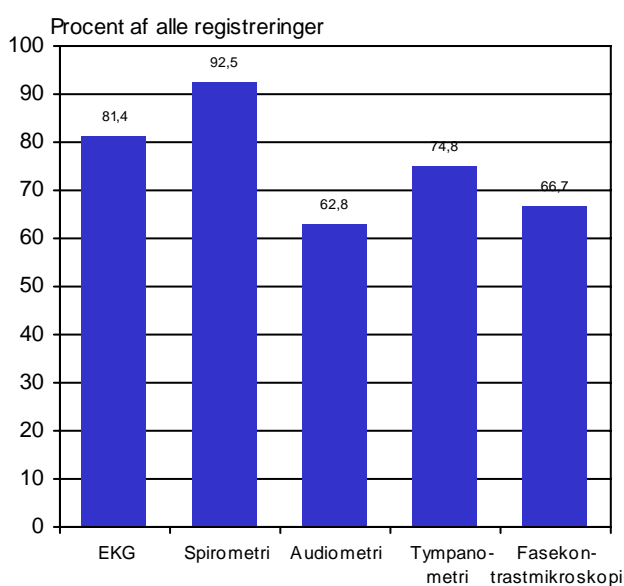
Figur 33: Andre praksiskarakteristika



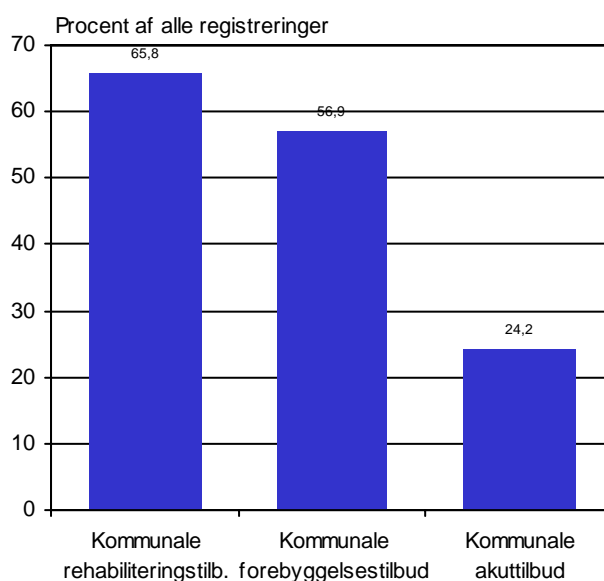
Figur 34: Hvilket hjælpepersonale er ansat



Figur 35: Laboratoriefaciliteter i klinikken



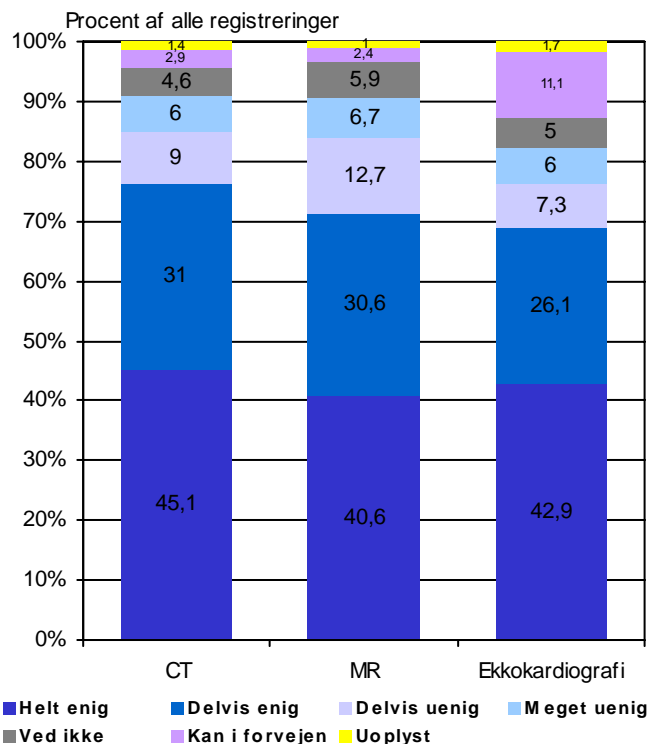
Figur 36: Der er aftale om, at der kan henvises til



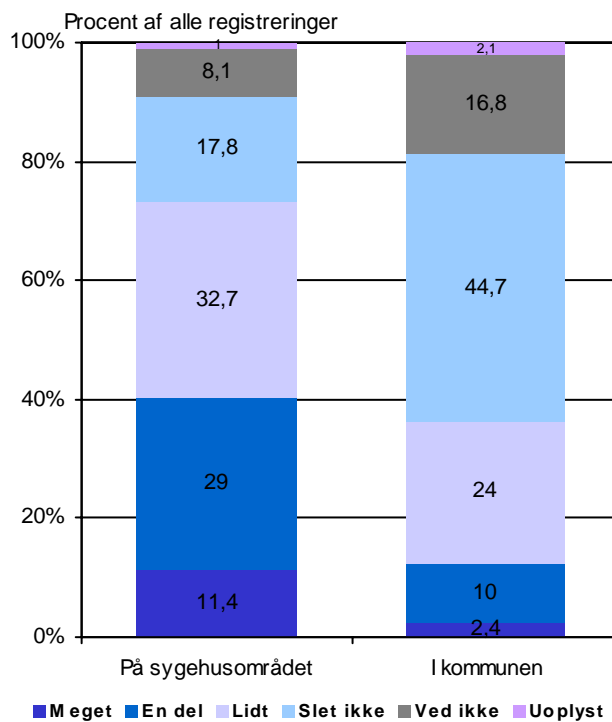
7.2 Hjelpeforanstaltninger i forbindelse med henvisning

Mere end 2/3 af lægerne mente, at mulighed for at kunne henvise direkte til CT- og MR-skanning samt ekkokardiografi ville kunne hjælpe dem til selv at løse flere problemer. Praksiskonsulentordningen var til størst hjælp m.h.t. henvisninger på sygehusområdet. Lokale og DSAMs vejledninger var de mest gavnlige af en række initiativer til hjælp for henvisninger.

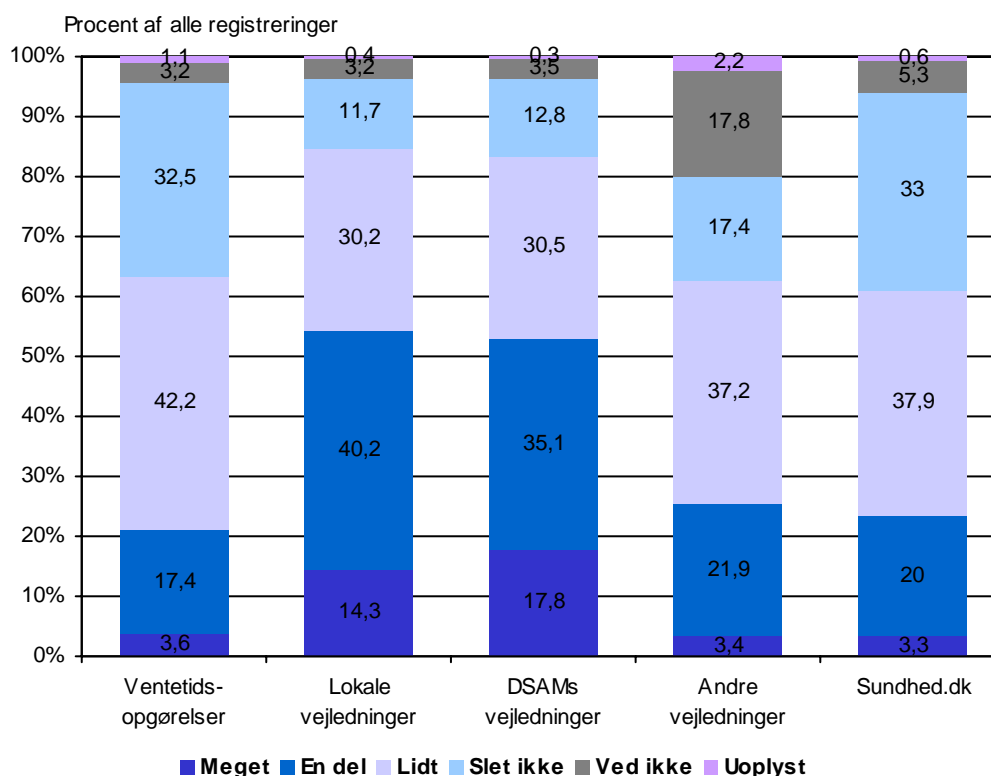
Figur 37: Jeg ville kunne løse flere problemer selv, hvis jeg kunne henvise direkte til:



Figur 38: Har praksiskonsulentordningen været til hjælp i dit arbejde med henvisninger?



Figur 39: Initiativer, der har været til hjælp i henvisningsarbejdet



8. RESULTATER: FORSKELLE MELLEM LÆGER, PRAKSISTYPER OG OMRÅDER

Efter den deskriptive del af rapporten bringes her et analyseafsnit, hvor data fra aktivitetsregistreringen og spørgeskemaundersøgelsen er sammenkørt. Resultaterne er summeret i en række tabeller og figurer.

8.1 Analyser og hypoteser

For hver læge og for hver type henvisning har vi beregnet et *henvisningsindeks* som antal henvisninger i % af dagens samlede antal kontakter (konsultationer, telefonkonsultationer og besøg).

Sammenhængen mellem læge- og praksiskarakteristika og henvisningsindeks er belyst i) ved simpel krydstabulering (afsnit 8.2) og ii) ved multipel regression, der tager højde for de andre karakteristikas mulige underliggende indflydelse på sammenhængen (afsnit 8.3-4). F.eks. tages der i analysen af lægens erfaring højde for lægens køn, hvor vi jo ved, at kvindelige læger som gruppe har færre års erfaring end deres mandlige kolleger. Ved beregning af testværdi er der endvidere taget højde for en vis sammenhæng mellem observationer fra læger i samme praksis (clustereffekt). Da fordelingen af henvisningsfrekvensen er "venstre-skæv", er analyserne gentaget med $\ln(\text{henvisningsfrekvens})$ som outcome. Disse analyser medtages dog ikke her, da de ikke ændrede konklusionen på de første analyser.

Signifikansniveau: 0,05. P-værdier < 0,05 er markeret med *.

FORKLARING: Ved tabeller med to variable, f.eks. lægens køn og henvisningsindeks, bruges en (Pearson) chi-i-anden signifikanstest for at undersøge, om de to forhold er uafhængige af hinanden ('ingen sammenhæng'). P-værdien angiver sandsynligheden for, om der er uafhængighed. Værdien 0,05 viser, at sandsynligheden for uafhængighed er på 5% eller derunder.

Forskellige geografiske forhold samt læge- og praksiskarakteristika kan tænkes at påvirke henvisningsindeks i op- eller nedadgående retning. Som beskrevet i analyseafsnittet har vi undersøgt mulige sammenhænge ud fra nedenstående hypoteser:

Tabel 3: Læge- og patientkarakteristika som kan tænkes at påvirke henvisningshyppigheden med kort begrundelse for hypoteserne.

	Påvirkning af henvisningsindeks	Kort begrundelse
Antal år i praksis	Mindsker med stigende antal år	På grund af større erfaring
Antal patienter tilknyttet ydernummeret	Øger med stigende antal patienter	På grund af arbejdspress
Praksistype/størrelse	Mindsker med stigende størrelse	Stor specialviden samlet i praksis og ofte mere hjælpepersonale
Hjælpepersonale	Jo mere hjælpepersonaletimer pr. læge jo færre henvisninger	Aflastning og støttefunktioner
Laboratoriefaciliteter	Mindsker visse typer henvisning	Giver bedre mulighed for lokal udredning
Køn	Kvinder henviser mere end mænd	Forsigtighed/omhu og flere kvindelige patienter

8.2 Univariate analyser

Tabel 4: Variation i henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning (n=975 læger).

Henvisningsindex	Antal læger	%
0%	4	0,4
1-10%	592	60,7
11-20%	322	33,0
21-30%	45	4,6
31-40%	7	0,7
41-50%	4	0,4
51-100%	1	0,1

I det følgende slås 0% og 1-10% sammen og den højeste kategori bliver >31%.

Tabel 5: Henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning blandt læger i forskellige typer praksis.

Henvisningsindeks	Delepraksis	Solopraksis	Kompagniskab	
		1 læge	2-3 læger	>3 læger
0-10%	5	218	234	139
	55,6%	69,0%	56,4%	59,1%
11-20%	2	86	145	89
	22,2%	27,2%	34,9%	37,9%
21-30%	2	10	27	6
	22,2%	3,2%	6,5%	2,6%
>30%	0	2	9	1
	0%	0,6%	2,2%	0,4%
Alle	9	316	415	235
	100%	100%	100%	100%

Pearson chi2(9) = 28.6949 Pr = 0.001

I den simple krydstabel ses der at være en klar tendens til, at solopraksis henviser mindst efterfulgt af store kompagniskabspraksis (>3 læger). Tendensen er, at praksis med 2-3 læger henviser mest.

Table 6: Henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning blandt læger i praksis af forskellig størrelse (antal læger i praksis).

Henvisningsindeks					
Antal læger	0-10%	11-20%	21-30%	>30%	I alt
1	219	86	11	2	318
%	68,9	27,0	3,5	0,6	100
2	109	70	12	3	194
%	56,2	36,1	6,2	1,6	100
3	103	65	13	6	187
%	55,1	34,8	7,0	3,2	100
4	44	41	2	1	88
%	50	46,6	2,3	1,1	100
5	51	24	2	0	77
%	66,23	31,2	2,7	0,0	100
> 5	27	14	1	0	42
%	64,29	33,3	2,4	0,0	100
I alt	553	300	41	12	906
	61,0	33,1	4,5	1,3	100

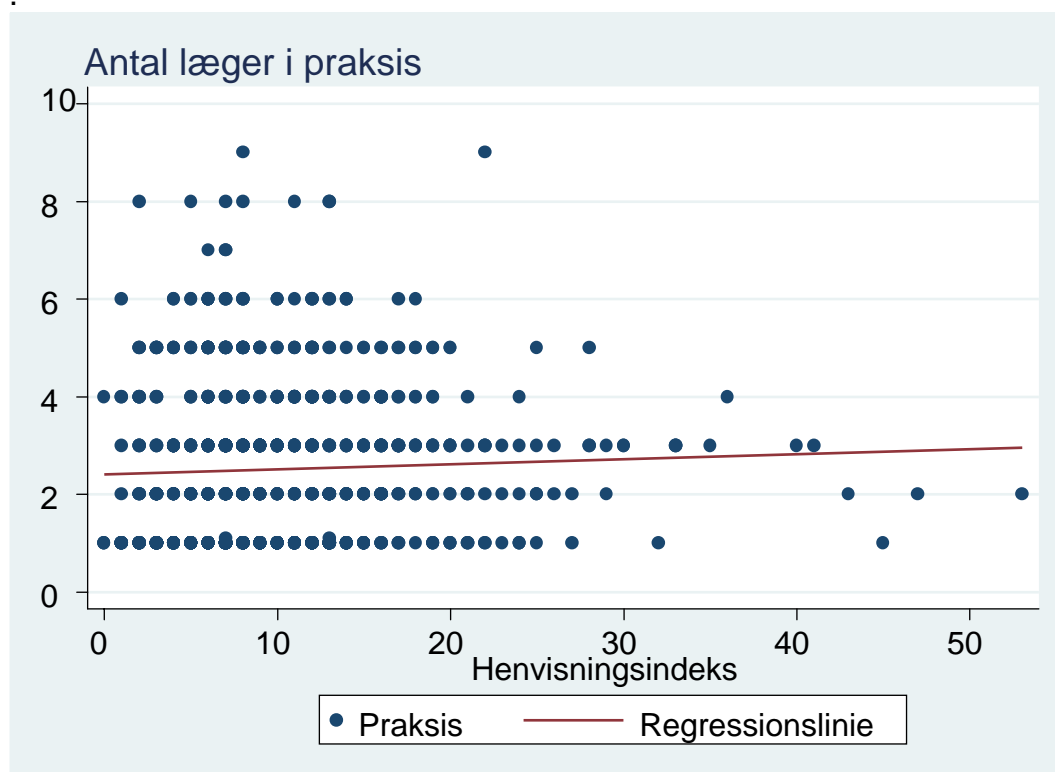
Pearson $\chi^2(15) = 30.6272$ Pr = 0.010

På grund af få tilfælde ('cases') med henholdsvis 7, 8 og 9 læger i en praksis, er de sammenlagt med 6 til >5

Signifikanstesten viser, at der ikke er uafhængighed (= 'sammenhæng') mellem henvisningsindekset og antal læger, se også Figur 40 på næste side. Sammenholder man f.eks. solopraksis med 4-mands praksis, ser man, at der er færre i 4-mandspraksis, der henviser mellem 0-10% patienterne, men flere der henviser mellem 11-20%. For så vidt angår 21-30% og > 30% henvisninger, skal man være forsigtig med at sammenligne, fordi der er få 4-mands-praksis (henholdsvis 2 og 1), der henviser mellem 21-30% og 30%.

Det centrale er, at det forventede mønster, nemlig at der henvises mindre, når praksisstørrelse stiger, ikke viser sig tydeligt. For at gøre dette tydeligere er Figur 40 konstrueret.

Figur 40: Sammenhæng mellem henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning og antal læger i praksis.



Trenden (regressionslinie) viser, at der er en svag tendens til, at henvisningsfrekvensen stiger med praksisstørrelse. Ved tolkningen skal man dog erindre, at der ikke er kontrolleret for andre forhold, der kan påvirke henvisningsfrekvensen, f.eks. lægens erfaring og hjælpepersonale. Det sker i regressionsanalyserne.

Tabel 7: Henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning blandt mandlige hhv. kvindelige læger.

	Mænd	Kvinder	Total
0-10%	352	222	574
%	65,6	55,09	61,06
11-20%	156	155	311
%	29,1	38,46	33,09
21-30%	22	21	43
%	4,1	5,21	4,57
>30%	7	5	12
%	1,3	1,24	1,28
Total	537	403	940
100	100	100	100

Pearson chi2(3) 10.9221 Pr = 0,012

Der er en signifikant forskel mellem kvinders og mænds henvisninger, således at kvinder henviser mere end mænd.

Tabel 8: Henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning blandt læger med forskellig anciennitet i praksis.

	Antal år i praksis				I alt
	0-10 år	11-20 år	21-30	> 30 år	
0-10%	192	190	132	30	544
%	59,63	62,09	64,08	52,63	61,05
11-20%	108	106	61	20	295
%	33,54	34,64	29,61	35,09	33,11
21-30%	19	9	7	6	41
%	5,9	2,94	3,4	10,53	4,6
>30%	3	1	6	1	11
%	0,93	0,33	2,91	1,75	1,23
I alt	322	306	206	57	891
	100	100	100	100	100

Pearson $\chi^2(9) = 17.3112$ Pr = 0.044

Der er en tendens til, at henvisningsindeks er lavere med stigende antal år i praksis.

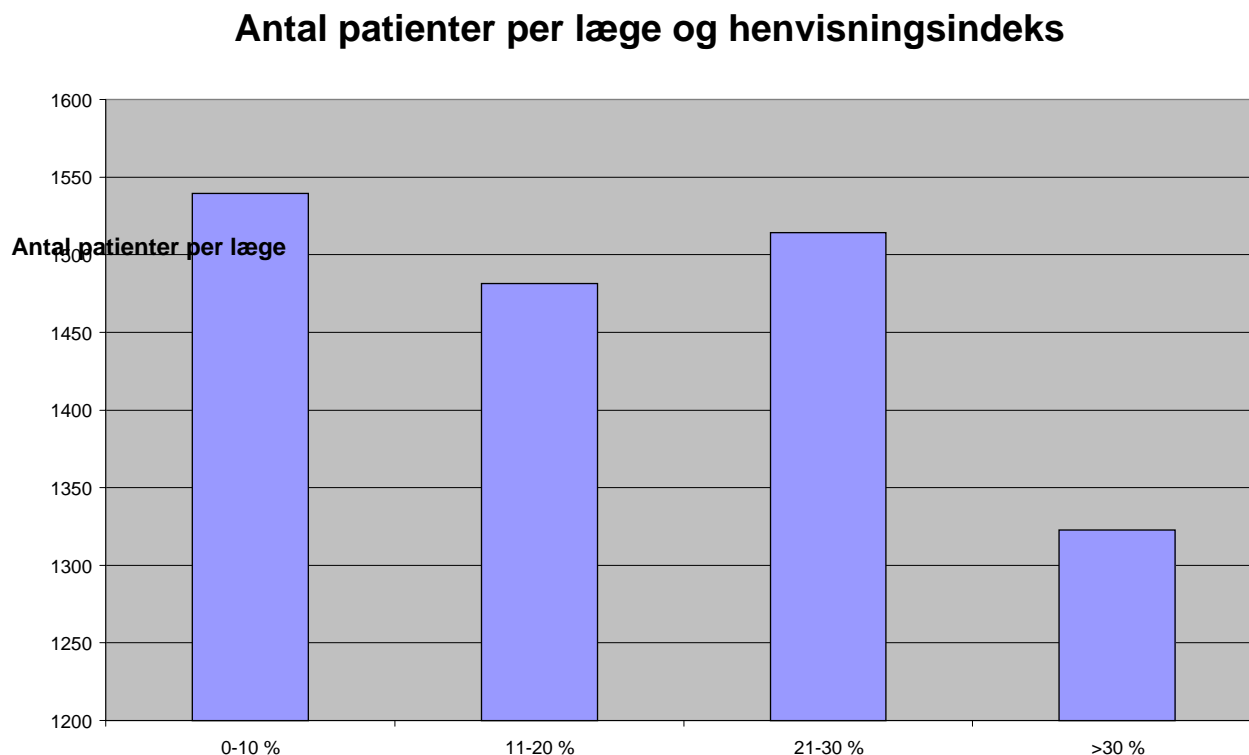
Tabel 9: Henvisningsindeks: Procentvis andel af de samlede kontakter der medførte en henvisning blandt læger i forskellige regioner.

	0-10%	11-20%	21-30%	> 30%	I alt
Hovedstaden	143	87	17	3	250
%	24,91	27,97	39,53	25	26,6
Midtjylland	153	72	11	3	239
%	26,66	23,15	25,58	25	25,43
Nordjylland	56	36	4	1	97
%	9,76	11,58	9,3	8,33	10,32
Sjælland	78	58	5	2	143
%	13,59	18,65	11,63	16,67	15,21
Syddanmark	144	58	6	3	211
%	25,09	18,65	13,95	25	22,45
I alt	574	311	43	12	940
	100	100	100	100	100

Pearson $\chi^2(12) = 14.2548$ Pr = 0.285

Der er ingen signifikant forskel mellem regionernes henvisningsindeks.

Figur 41: Gennemsnitlig antal patienter i praksis hos læger med forskellig henvisningsindeks.



Der er bølgeformet sammenhæng i *Figur 41*: Et højt antal patienter pr. læge giver få henvisninger (0-10%), medens et lavere antal patienter giver flere henvisninger (11-20%), og svagt flere patienter fører til flere henvisninger (21-30%), medens de ret få læger med mere end 30% henvisninger havde det laveste antal patienter. I det omfang man kan tale om en trend, peger den mod stigende henvisningsindeks med faldende antal patienter.

8.3 Regressionsanalyser I

De foregående analyser har undersøgt en række determinanter for variation i henvisningsindekset én for én. Det indebærer den fare, at en sammenhæng, f.eks. mellem køn og henvisningsindekset, kan skyldes en bagvedliggende faktor (confounder), f.eks. at mænd har længere praksiserfaring end kvinder.

I *Tabel 10* rapporteres derfor resultatet af en regressionsanalyse, hvor man undersøger virkningen af de forskellige determinanter omtalt i *Tabel 3*. I analysen kan man undersøge virkningen af de enkelte variable samtidig med, at man holder de øvrige variable i analysen konstant, dvs. virkningen af køn er 'kontrolleret' for bl.a. praksiserfaringer (antal år i praksis). Hvis man alene lader sin tolkning af data hvile på de ovenstående, univariate tabeller med to variable ad gangen, risikerer man at drage forkerte konklusioner. I regressionsanalyserne kan man derimod studere virkningen af de enkelte faktorer, når der er korrigeret for virkningen af de øvrige faktorer.

Tabel 10: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem det generelle henvisningsindeks og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=798 læger).

	Koefficient	Stand.fejl	t	p-værdi	95% konfidens-interval	
Læge- og praksisforhold						
antal år i praksis	0,023	0,029	0,78	0,438	-0,035	0,080
kvinder (m. mænd som sammenligning)	1,673	0,489	3,42	0,001*	0,714	2,633
antal patienter	-0,001	0,000	-1,63	0,104	-0,001	0,000
antal læger i praksis	0,904	0,482	1,88	0,061	-0,042	1,851
antal sekretærtimer per læge	-0,021	0,021	-1,02	0,309	-0,062	0,020
antal laboranttimer	0,006	0,032	0,19	0,85	-0,057	0,070
antal sygepl.-timer	0,033	0,020	1,6	0,109	-0,007	0,073
Geografiske forhold						
Region						
Hovedstaden som sammenligning						
Midtjylland	-1,083	0,648	-1,67	0,095	-2,355	0,189
Nordjylland	0,022	0,792	0,03	0,978	-1,533	1,577
Sjælland	0,438	0,735	0,6	0,551	-1,004	1,880
Syddanmark	-0,721	0,708	-1,02	0,309	-2,111	0,669
Konstantled	9,148	0,948	9,65	0	7,287	11,008

$R^2 = 0,04$. For hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. * $P < 0,05$.

Hovedindtrykket fra regressionsanalysen er, at den *ikke* bekræfter ret mange af de forventninger, der er beskrevet i *Tabel 3*. Tallene kan læses på to supplerende måder: først regressionskoefficienten, hvor det er fortegnet (=retningen af sammenhængen), der interesserer, og dernæst om koefficienten er signifikant.

Antal år i praksis: Fortegnet peger i modsat retning af det forventede. Henvisningsfrekvensen øges med antal år i praksis. Der er dog ikke tale om en signifikant sammenhæng.

Køn: I den simple tabelanalyse blev det vist, at kvindelige læger henviser mere end mandlige. Dette bekræftes i analysen, dels med en ret stor koefficient (den største), dels at koefficienten er signifikant. Her skal erindres, at der ved denne beregning er kontrolleret for de forhold, som fremgår af tabellens forpalte.

Antal læger i praksis: Den forventede sammenhæng genfindes ikke. Fortegnet er ikke negativt, men positivt, således at henvisningshyppigheden stiger med stigende antal læger. Sammenhængen er 'næsten' signifikant (på 6%-niveauet, hvor 5% er valgt her).

Antal personaletimer: Kun ved sekretærtimer er sammenhængen den forventede, nemlig negativ og dermed en tendens til, at antal henvisninger falder med stigende antal sekretærtimer. Denne og de øvrige to koefficienter er dog ikke signifikante.

Regioner: Sammenlignet med Region Hovedstaden (og med samtidig kontrol for de øvrige forhold) ses det, at henvisningsfrekvensen er højere i Nordjylland og Sjælland og mindre i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Kun koefficienten for Nordjylland er signifikant.

Konstantleddet viser gennemsnittet, dvs. at der i gennemsnit henvises ved 9,1% af kontakterne hos de læger, som er inkluderet i regressionsanalysen.

Ved regressionsanalysen er der forsøgt taget højde for, at der kan være en vis sammenhæng mellem de enkelte observationer, dvs. at flere læger fra samme praksis deltager. Det er sket ved at beregne en såkaldt 'robust' standardfejl. Da fordelingen af henvisningsindekset er 'venstreskæv', jfr. *Tabel 5*, er der også lavet en analyse, hvor den naturlige logaritme til henvisningsindekset er brugt som afhængig variabel. Det ændrer ikke noget ved resultaterne.

Der er udført analyser, hvor der i stedet for antal læger er benyttet en firedeling af praksistyper, jfr. *Tabel 5*. Dette ændrer ikke på billedet. Der er også lavet analyse, hvor det samlede antal medhjælpstimer pr. læge er benyttet i stedet for tredelingen i *Tabel 10*. Dette ændrede heller ikke på resultaterne.

Resultaterne i *Tabel 10* må således betragtes som robuste over for ændringer.

8.4 Regressionsanalyser II

I henvisningsindekset er der ikke skelnet mellem forskellige typer af henvisninger, f.eks. til speciallæge, til diagnostik eller til indlæggelse/ambulatorium.

Ved at konstruere et indeks for henvisning til speciallæge osv. kan variationen i dette henvisningsindeks analyseres ved hjælp af regressionsanalyse.

Følgende indeks er konstrueret: antal henvisninger til speciallæge (ambulatorium, sygehus osv.) som procentdel af samtlige henvisninger. For praktiske formål udtrykkes det som pct., dvs. 'antal henvisninger til speciallæge som procentdel af samtlige henvisninger'.

Der er konstrueret indeks for henvisning til:

- Speciallæge
- Ambulatorium
- Sygehus
- Fysioterapi
- Hjemmesygepleje
- Andre kommunale foranstaltninger

Regressionsanalyserne heraf fremgår af separate tabeller (*Tabel 11-16*). Der er imidlertid en vis sammenhæng mellem især de tre førstnævnte henvisningstyper. Eksempelvis kan nogle henvisninger til speciallæge være alternativ til henvisning til ambulatorium, ligesom ambulatorium også i nogle tilfælde kan være alternativ til indlæggelse. Derfor indgår henvisningsindeksene også som forklarende variable i nogle af regressionsanalyserne.

Tabel 11: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem *indeks for henvisning til øvrige praktiserende speciallæger* og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=871 læger).

	Koefficient	Standard-fejl	t	p-værdi	95% konfidensinterval	
Indeks ambulante henvisninger	-0.439	0.03	-13.51	0.00*	-0.50	-0.38
Indeks sygehusindlæg.	-0.443	0.04	-10.55	0.00*	-0.53	-0.36
Læge- og praksisforhold						
Antal år i praksis	0.066	0.09	0.71	0.48	-0.12	0.25
Kvindelig læge (sammenlignet m. mandlig)	0.552	1.83	0.30	0.76	-3.03	4.14
Antal patienter	-0.001	0.00	-1.41	0.16	0.00	0.00
Henviste patienters gennemsnitsalder	-0.417	0.07	-6.21	0.00*	-0.55	-0.29
Andel mænd blandt henviste	0.571	3.31	0.17	0.86	-5.93	7.07
Praksisform, 2-3 læger er sammenligningsgruppen						
Solo	1.163	2.31	0.50	0.62	-3.37	5.70
>3 læger	4.492	2.88	1.56	0.12	-1.16	10.14
Antal sekretærtimer per læge	0.002	0.07	0.03	0.98	-0.14	0.14
Antal laboranttimer	-0.044	0.13	-0.34	0.73	-0.29	0.21
Antal sygepl.timer	-0.031	0.07	-0.47	0.64	-0.16	0.10
Geografiske forhold						
Region						
Hovedstaden som sammenligning						
Midtjylland	-14.416	2.40	-6.00	0.00*	-19.13	-9.70
Nordjylland	-17.113	2.85	-6.01	0.00*	-22.70	-11.52
Sjælland	-6.686	2.65	-2.52	0.01*	-11.89	-1.48
Syddanmark	-16.321	2.53	-6.44	0.00*	-21.29	-11.35
Større sygehus i kommune er sammenligningsgruppe						
Mindre sygehus i komm.	-0.004	2.12	0.00	1.00	-4.16	4.15
Ikke sygehus i kommune	3.735	1.84	2.03	0.04*	0.12	7.35
Konstantled	77.487	5.08	15.27	0.00*	67.53	87.45

$R^2 = 0,36$. Ved hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. * $P < 0,05$.

Af *Tabel 11* fremgår det, at:

- Der er markante regionale forskelle i henvisningen til speciallæge: de praktiserende læger i de fire 'ikke-hovedstadsregioner' henviser markant og signifikant mindre til praktiserende speciallæger.
- Det negative fortegn til henvisningsindekset for ambulante behandling viser, at med stigende henvisning til ambulatorium henvises der mindre til speciallæge. Koefficienten er signifikant.
- Det samme gør sig gældende for henvisning til sygehusindlæggelse.
- De henviste patienters gennemsnitsalder hænger negativt sammen med henvisning til speciallæge, dvs. faldende med stigende alder.
- Praktiserende læger bosiddende i kommuner uden sygehus henviser signifikant mere til praktiserende speciallæger sammenlignet med praktiserende læger i sygehuskommuner.
- Praksisstørrelse, den praktiserende læges erfaring, alder og køn spiller ikke en signifikant rolle. (Analyser for lægens alder og antal læger i praksis fremgår ikke).

Tabel 12: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem *indeks for henvisning til ambulant sygehusbehandling* og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=871 læger).

	Koefficient	Standardfejl	t	p-værdi	95% konfidensinterval
Indeks speciallægehenvvisninger	-0.419	0.031	-13.350	0.000*	-0.481; -0.358
Indeks sygehusindlæg.	-0.403	0.043	-9.290	0.000*	-0.488; -0.318
Læge- og praksisforhold					
Antal år i praksis	-0.261	0.097	-2.680	0.007*	-0.452; -0.070
Kvindelig læge (sammenlignet m. mandlig)	0.505	1.755	0.290	0.774	-2.940; 3.951
Antal patienter	0.000	0.001	-0.100	0.922	-0.001; 0.001
Henviste patienters gennemsnitsalder	-0.047	0.068	-0.700	0.483	-0.180; 0.085
Andel mænd blandt henviste	4.582	3.416	1.340	0.180	-2.123; 11.286
Praksisform, 2-3 læger er sammenligningsgruppen					
Solo	5.688	2.173	2.620	0.009*	1.423; 9.952
>3 læger	0.810	2.733	0.300	0.767	-4.555; 6.175
Antal sekretærtimer per læge	0.006	0.070	0.080	0.932	-0.131; 0.143
Antal laboranttimer	0.184	0.126	1.470	0.142	-0.062; 0.431
Antal sygepl. Timer	-0.060	0.071	-0.850	0.398	-0.199; 0.079
Geografiske forhold					
Region					
Hovedstaden som sammenligning					
Midtjylland	6.441	2.263	2.850	0.005*	2.000; 10.882
Nordjylland	2.500	3.117	0.800	0.423	-3.617; 8.618
Sjælland	2.617	2.151	1.220	0.224	-1.604; 6.838
Syddanmark	2.130	2.405	0.890	0.376	-2.590; 6.851
Større sygehus i kommune er sammenligningsgruppe					
Mindre sygehus i komm.	4.057	2.208	1.840	0.066	-0.276; 8.390
Ikke sygehus i kommune	1.936	1.808	1.070	0.284	-1.612; 5.484
Konstantled	40.841	5.293	7.720	0.000	30.452; 51.229

$R^2 = 0,26$. Ved hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. * $P < 0,05$.

Af *Tabel 12* fremgår det, at:

- Som ventet ud fra *Tabel 11* betyder øget henvisning til speciallæge faldende henvisning til ambulatorium. Resultatet er signifikant.
- Øget henvisning til sygehusindlæggelse betyder faldende henvisning til ambulatorium. Resultatet er signifikant.
- Øget praksiserfaring fører til færre henvisninger til ambulatorium. Signifikant resultat. Lægens alder udviser ikke signifikant sammenhæng (data ej vist).
- Solopraktiserende læger henviser mere til ambulant behandling sammenlignet med praksis med 2-3 læger. Signifikant resultat. Analyseres praksis' størrelse som antal læger i praksis, findes imidlertid ingen signifikant sammenhæng (data ej vist).
- I Region Midtjylland henvises der signifikant flere til ambulant sygehusbehandling end i Region Hovedstaden.

Tabel 13: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem *indeks for henvisning til indlæggelse på sygehus* og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=871 læger).

	Koefficient	Standard-fejl	t	p-værdi	95% konfidensinterval	
Indeks speciallægehenvisninger	-0.179	0.026	-7.010	0.000*	-0.230	-0.129
Indeks ambulanthenvisning.	-0.188	0.024	-7.810	0.000*	-0.236	-0.141
Læge- og praksisforhold						
Antal år i praksis	-0.120	0.057	-2.100	0.036*	-0.233	-0.008
Kvindelig læge (sammenlignet m. mandlig)	-3.134	1.137	-2.760	0.006*	-5.366	-0.902
Antal patienter	0.000	0.000	-0.180	0.858	-0.001	0.001
Henviste patienters gennemsnitsalder	0.025	0.055	0.460	0.648	-0.082	0.132
Andel mænd blandt henviste	1.110	2.379	0.470	0.641	-3.559	5.778
Praksisform, 2-3 læger er sammenligningsgruppen						
Solo	-0.476	1.476	-0.320	0.747	-3.373	2.421
> 3 læger	1.710	2.296	0.740	0.457	-2.797	6.216
Antal sekretærtimer per læge	0.056	0.044	1.270	0.203	-0.031	0.143
Antal laboranttimer per læge	0.089	0.079	1.130	0.259	-0.065	0.243
Antal sygeplejersketimer per læge	0.093	0.045	2.050	0.041*	0.004	0.182
Geografiske forhold						
Region Hovedstaden som sammenligning						
Midtjylland	-0.042	1.637	-0.030	0.979	-3.255	3.170
Nordjylland	0.101	2.153	0.050	0.963	-4.124	4.326
Sjælland	-3.070	1.532	-2.000	0.045*	-6.077	-0.063
Syddanmark	-3.618	1.526	-2.370	0.018*	-6.614	-0.623
Større sygehus i kommune er sammenligningsgruppe						
Mindre sygehus i komm.	2.242	1.735	1.290	0.197	-1.163	5.647
Ikke sygehus i kommune	2.914	1.289	2.260	0.024*	0.383	5.444
Konstantled	18.191	4.493	4.050	0.000*	9.373	27.009

$R^2 = 0,15$. Ved hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. * $P < 0,05$.

Af Tabel 13 fremgår det, at:

- Det velkendte 'sammenhængsmønster' mellem henvisning til ambulatorium, speciallæge og sygehuse genfindes også, når henvisning til sygehusindlæggelse analyseres: indekset for sygehusindlæggelse falder med øget henvisning til ambulatorium og speciallægepraksis. Signifikant.
- Praksiserfaring spiller en signifikant rolle: faldende sygehusindlæggelse med øget praksiserfaring. Lægens alder udviser ikke signifikant sammenhæng (data ej vist).
- Kvindelige læger henviser signifikant mindre til indlæggelse.
- I den syddanske og sjællandske region henvises der signifikant mindre til sygehus end i Hovedstadsregionen.
- Analyseres praksis' størrelse som antal læger i praksis, findes ingen signifikant sammenhæng (data ej vist).

Tabel 14: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem *indeks for henvisning til fysioterapeut* og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=910 læger).

	Koefficient	Standardfejl	t	p-værdi	95% konfidensinterval	
Læge- og praksisforhold						
Praksiserfaring (år)	0,030	0,033	0,930	0,351	-0,034	0,095
Kvindelig læge vrs. mandlig	-0,331	1,515	-0,220	0,827	-3,304	2,643
Lægens alder (år)	-0,035	0,091	-0,380	0,701	-0,214	0,144
Antal patienter per læge	0,898	0,491	1,830	0,068	-0,066	1,862
Henviste patienters gennemsnitsalder	0,017	0,060	0,280	0,780	-0,102	0,135
Andel mænd blandt henviste	-2,670	2,967	-0,900	0,368	-8,494	3,153
Antal læger	-1,004	0,697	-1,440	0,150	-2,372	0,363
Sygeplejersketimer per læge	-0,080	0,056	-1,420	0,157	-0,191	0,031
Sekretærtimer per læge	-0,056	0,064	-0,870	0,382	-0,180	0,069
Laboranttimer per læge	0,087	0,147	0,590	0,554	-0,201	0,375
Geografiske forhold						
Region Hovedstaden som sammenligning						
Midtjylland	2,712	1,890	1,430	0,152	-0,998	6,422
Nordjylland	3,976	2,237	1,780	0,076	-0,414	8,366
Sjælland	-0,015	1,753	-0,010	0,993	-3,456	3,425
Syddanmark	3,845	1,987	1,940	0,053	-0,055	7,745
Konstant	11,253	5,940	1,890	0,058	-0,404	22,910

$R^2 = 0,017$. Ved hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. * $P < 0,05$.

Det karakteristiske for analysen af henvisninger til fysioterapeut er, at der samlet set forklares meget lidt af variationen i datamaterialet. Dette ser man af den lave værdi af R^2 . Kun knap 2% af variationen er forklaret ved de medtagne variable. Ingen af koefficienterne er signifikante, om end der er en tendens til, at man i Region Syddanmark henviser hyppigere til fysioterapeut end i Region Hovedstaden. Det samme gælder i Region Nordjylland.

Vi har desuden gennemført en analyse, hvor muligheden for at henvise til kommunal rehabilitering (ja/nej) indgik, hvilket ikke ændrede på resultaterne (data er ikke medtaget i rapporten).

Tabel 15: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem *indeks for henvisning til hjemmesygepleje* og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=910 læger).

	Koefficient	Standard-fejl	t	p-værdi	95% konfidensinterval	
Læge- og praksisforhold						
Praksiserfaring (år)	-0,005	0,005	-1,130	0,260	-0,015	0,004
Kvindelig læge vrs. mandlig	0,314	0,425	0,740	0,459	-0,519	1,148
Lægens alder (år)	-0,005	0,033	-0,160	0,872	-0,070	0,060
Antal patienter per læge	-0,148	0,183	-0,810	0,417	-0,507	0,210
Henviste patienters gennemsnitsalder	0,068	0,021	3,240	0,001*	0,027	0,109
Andel mænd blandt henviste	-1,165	0,846	-1,380	0,169	-2,825	0,495
Antal læger	0,123	0,291	0,420	0,672	-0,447	0,694
Sygeplejersketimer per læge	0,010	0,018	0,580	0,563	-0,025	0,045
Sekretærtimer per læge	-0,032	0,020	-1,600	0,110	-0,071	0,007
Laboranttimer per læge	-0,024	0,047	-0,510	0,610	-0,117	0,069
Geografiske forhold						
Region Hovedstaden som sammenligning						
Midtjylland	0,126	0,500	0,250	0,801	-0,856	1,108
Nordjylland	0,350	0,685	0,510	0,610	-0,995	1,695
Sjælland	0,141	0,560	0,250	0,801	-0,958	1,240
Syddanmark	1,225	0,892	1,370	0,170	-0,526	2,977
Konstant	-0,899	1,721	-0,520	0,602	-4,277	2,479

$R^2 = 0,03$. Ved hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. * $P < 0,05$.

Det karakteristiske for analysen af henvisninger til hjemmesygepleje er, at der samlet set forklares meget lidt af variationen i datamaterialet. Dette ser man af den lave værdi af R^2 . Kun 3% af variationen er forklaret ved de medtagne variable. En medvirkende faktor hertil kan være, at henvisningsproceduren til hjemmesygeplejen ikke er systematiseret i samme grad som ved de øvrige former for henvisninger.

Kun en enkel koefficient er signifikant: patienternes gennemsnitlige alder, dvs. at jo højere gennemsnitsalder jo højere henvisningsfrekvens. Koefficientens størrelse er dog beskedent, dvs. det betyder ikke meget.

Tabel 16: Multipel lineær regressionsanalyse af sammenhængen mellem *index for henvisning til øvrige kommunale foranstaltninger* og forskellige læge-, praksis- og geografiske forhold (n=910 læger).

	Koefficient	Standard-fejl	t	p-værdi	95% konfidensinterval	
Læge- og praksisforhold						
Praksiserfaring (år)	0,003	0,010	0,300	0,766	-0,017	0,023
Kvindelig læge vrs. mandlig	-0,022	0,433	-0,050	0,959	-0,872	0,828
Lægens alder (år)	0,024	0,028	0,840	0,401	-0,032	0,080
Antal patienter per læge	0,082	0,194	0,420	0,674	-0,299	0,463
Henviste patienters gennemsnitsalder	0,048	0,019	2,530	0,012*	0,011	0,084
Andel mænd blandt henviste	-0,577	0,874	-0,660	0,510	-2,292	1,139
Antal læger i praksis	0,011	0,225	0,050	0,960	-0,430	0,453
Sygeplejersketimer per læge	-0,004	0,012	-0,320	0,753	-0,028	0,021
Sekretærtimer per læge	0,000	0,020	-0,020	0,982	-0,040	0,039
Laboranttimer per læge	0,014	0,051	0,280	0,783	-0,085	0,113
Geografiske forhold						
Region Hovedstaden som sammenligning						
Midtjylland	0,154	0,627	0,250	0,806	-1,077	1,385
Nordjylland	-0,152	0,810	-0,190	0,851	-1,742	1,437
Sjælland	0,794	0,748	1,060	0,289	-0,673	2,261
Syddanmark	0,086	0,711	0,120	0,904	-1,310	1,482
Konstant	-2,556	2,114	-1,210	0,227	-6,705	1,593

R =0,02. Ved hver koefficient er der korrigeret for de øvrige faktorer. *P<0,05.

Det karakteristiske for analysen af henvisninger til kommunale foranstaltninger er, at der samlet set forklares meget lidt af variationen i datamaterialet. Dette ser man af den lave værdi af R^2 . Kun 2% af variationen er forklaret ved de medtagne variable. En medvirkende faktor hertil kan være, at henvisningsproceduren til andre kommunale foranstaltninger ikke er systematiseret i samme grad som ved de øvrige former for henvisninger, ligesom kategorien er bred og udefineret.

Kun en enkel koefficient er signifikant, nemlig patienternes gennemsnitlige alder: Jo højere gennemsnitsalder jo højere henvisningsfrekvens. Koefficientens størrelse er dog beskedent, dvs. det betyder ikke meget.

9. UNDERSØGELSENS STYRKER OG SVAGHEDER

I denne undersøgelse har vi bl.a. anvendt det for en stor del af danske praktiserende læger så velkendte og simple APO-registreringsskema til indsamling af oplysninger om daglige aktiviteter i klinikken. Metoden har bl.a. den styrke, at det er hurtigt og relativt nemt at indsamle fokuserede oplysninger om et veldefineret emne - her henvisninger. Der blev registreret knap 4.700 henvisninger på en typisk martsdag i almen praksis: Et betydeligt og nyttigt datamateriale som vi ikke kunne finde i registre eller lægesystemer.

En svaghed ved den hurtige og simple dataindsamling er, at der kun registreres ret få oplysninger om den enkelte henvisning, men en stram prioritering af registreringsdetaljer øger imidlertid samtidig fokus på, hvad der er undersøgelsens hovedformål. Der kan altid være usikkerhed om, hvor repræsentativt dagen for dataindsamlingen er: Repræsentativ for hele året eller kun marts måned? Ses der bort fra evt. sæsonvariationer, skal det noteres, at den pågældende uge i marts måned, hvor der kunne registreres på én af ugedagene, ikke var præget af helligdage m.m. Derfor er der ikke anledning til at tro, at fremgangsmåden med én registreringsdag skaber store skævheder i forhold til ugedage eller årstider.

Vi har mødt stor velvilje fra de praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen og uden honorering registrerede en hel arbejdsdags henvisninger og udfyldte et spørgeskema. Uden rykkerprocedure deltog 31% af landets læger, hvilket var lidt over det forventede. Selv om mænd og læger i solopraksis var let underrepræsenterede i forhold til kvinder og læger i flermåndspraksis (*side 10*), skønnes undersøgelsen at give et repræsentativt billede af henvisningsmønsteret blandt danske praktiserende læger på en typisk martsdag. Ved at kombinere data fra henvisningsregistreringen og spørgeskemaet vedr. lægen og hans/hendes praksis kan undersøgelsen endvidere belyse forskellige hypoteser om mulige forhold af betydning for forskelle i praktiserende lægers henvisningshyppighed.

Ligesom i alle andre undersøgelser mangler nogle af deltagerne at afkrydse en kategori eller to vedrørende visse henvisninger, og vi mangler spørgeskema fra knap 3% af deltagerne. Glemte variable optræder formentlig helt usystematisk og næppe i større omfang end i andre undersøgelser. En vis underrapportering af henvisninger til hjemmeplejen og andre kommunale tilbud kan dog næppe udelukkes, idet henvisningspraksis til disse instanser er mindre formaliseret end til det øvrige sundhedsvæsen.

På grund af undersøgelsens specielle design med én tilfældig dags registrering pr. deltager kan materialet ikke bruges til at sammenligne enkelte lægepraksis. Vi har skønnet, at sammenligning mellem kommuner kun i beskedent omfang ville frembringe valide resultater, og vi har derfor ikke gennemført sådanne analyser.

Sammenligning med andre undersøgelser og perspektivering af undersøgelsens resultater ligger uden for dette arbejdes rammer, men vil fremgå af sammenskrivningen af de tre delprojekter.

Registreringsmaterialet og spørgeskema er udarbejdet i samarbejde mellem APO, Peter Vedsted og Mette Ide Davidsen og pilottestet blandt en mindre gruppe praktiserende læger. Undersøgelsen er designet, gennemført og analyseret under stort tidspres, men vi skønner, at vores resultater giver et væsentligt supplement til de to delprojekter om henvisninger i almen praksis, der er baseret på en litteraturgennemgang og registerbaserede analyser.

Rapporten indeholder såvel rent beskrivende materiale, f.eks. hvortil der henvises og hvorfor som egentlige analyser af henvisningsmønsteret, f.eks. determinanter for henvisning til praktiserende speciallæge. Dette er utvivlsomt en styrke uden at hævde, at analyserne på nogen måde er udtømmende.

I analyserne (*Tablet 10-16*) er der benyttet en almindeligt accepteret analysemetode, regressionsanalyse. Fordelen herved er, at man får mulighed for at 'kontrollere' for bagvedliggende forskelle og ikke risikerer at drage forkerte konklusioner. Hvis man f.eks. i en tabel med oplysninger om henvisningshyppighed og lægens køn finder, at kvindelige læger henviser hyppigere end deres mandlige kollegaer, kunne en bagvedliggende forklaring (såkaldt konfounder) være, at kvindelige læger enten er yngre og/eller har mindre praksiserfaring. Regressionsanalyse giver mulighed for at 'kontrollere' for dette: Når betydningen af lægens køn undersøges, sker det på en sådan måde, at man statistisk antager, at den kvindelige læges gennemsnitsalder og/eller praksiserfaring svarer til gennemsnittet for alle læger. På denne måde 'rendyrker' man betydningen af køn. Ulempen ved brugen af regressionsanalyse er, at den umiddelbare 'intuitive' datatolkning går tabt, og at tabeller med regressionskoefficienter kan være svære at læse. Fordelen er, at man mindsker sandsynligheden for at drage forkerte konklusioner om et vigtigt emne.

BILAG 1: HENVISNINGER FOR HVER REGION

Tabel 17: Procentvis fordeling af resultaterne for læger i forskellige regioner.

		REGION				
		Hoved- staden	Midt- jylland	Nord- jylland	Sjæl- land	Syddan- mark
		N=1379	N=1062	N=504	N=763	N=963
PATIENTENS KØN	Mand/dreng	36,6%	36,2%	40,7%	36,7%	40,9%
	Kvinde/pige	62,9%	62,0%	58,9%	62,9%	58,0%
	Uoplyst	,5%	1,9%	,4%	,4%	1,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
KONTAKTART	Konsultation	83,8%	78,2%	75,8%	76,8%	80,6%
	Telefonkonsultation: TK	14,1%	18,3%	20,8%	20,3%	16,0%
	Besøg	1,6%	2,8%	3,0%	2,5%	3,3%
	Uoplyst	,6%	,7%	,4%	,4%	,1%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
HOVEDFORMÅL MED HENVISNING	Udredning/mistanke om sygdom	50,1%	52,9%	52,8%	50,7%	54,6%
	Behandling/kontrol af sygdom	33,6%	30,6%	31,0%	32,4%	29,0%
	Rehabilitering/genoptræning	7,5%	6,0%	8,9%	7,6%	6,5%
	Forebyggelse	4,0%	5,2%	2,8%	4,8%	4,3%
	Andet	4,1%	4,1%	3,0%	3,5%	5,1%
	Uoplyst	,7%	1,1%	1,6%	,9%	,5%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
MEDVIRKENDE FAKTORER TIL HENVISNING (mulighed for flere afkrydsninger)	Patientønske	36,5%	33,0%	32,5%	30,3%	31,4%
	Second opinion	7,6%	6,7%	5,0%	7,7%	6,1%
	"Kørt fast i problemet"	10,9%	8,5%	9,7%	8,7%	9,1%
	Defensiv medicin/for at sikre mig	3,6%	3,2%	2,0%	2,9%	2,9%
	Ingen af førnævnte	45,4%	51,8%	54,6%	52,8%	51,7%
	Uoplyst	2,8%	2,3%	1,0%	2,8%	2,4%
I alt		106,7%	105,4%	104,8%	105,1%	103,6%
SYGDOMSKATEGORI	Kræft/mistanke om kræft	7,0%	7,5%	6,2%	9,6%	8,4%
	Hjerte-karsygdom	6,7%	6,5%	6,9%	7,1%	6,9%
	Lungesygdom	6,2%	5,3%	7,5%	4,1%	5,8%
	Bevægeapparatsygdom	29,6%	34,2%	36,3%	32,8%	35,4%
	Endokrin sygdom	2,8%	3,4%	2,6%	3,0%	3,6%
	Mave-tarm/gyn/urinveje	13,1%	11,1%	11,5%	8,8%	9,9%
	Hudsygdom	13,6%	8,1%	7,5%	10,9%	8,8%
	Psykisk sygdom	4,9%	5,2%	5,0%	5,4%	4,2%
	Socialt problem	,9%	1,2%	2,0%	1,4%	1,6%
	Andet	14,4%	16,5%	14,3%	16,1%	14,7%
	Uoplyst	,9%	1,0%	,2%	,9%	,7%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
HAST	Akut (<24 timer)	11,5%	12,2%	15,1%	9,6%	12,1%
	Ikke akut	83,7%	81,4%	81,2%	84,1%	84,7%
	Uoplyst	4,9%	6,4%	3,8%	6,3%	3,1%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

BILAG 1

Tabel 17 fortsætter

		Hoved- staden 1379	Midt- jylland 1062	Nord- jylland 504	Sjæl- land 763	Syddan- mark 963
HENVISES TIL	Praktiserende speciallæge	46,3%	24,2%	22,2%	35,0%	23,6%
	Sygehusindlæggelse	7,1%	8,6%	11,9%	6,2%	7,8%
	Sygehus ambulant	16,3%	29,6%	25,6%	21,8%	30,9%
	Billeddiagnostik	12,4%	16,8%	19,6%	16,0%	19,0%
	Psykolog	1,9%	1,7%	1,8%	2,4%	1,5%
	Praktiserende fysioterapeut	10,2%	12,9%	13,3%	10,1%	11,1%
	Hjemmesygeplejen	,8%	1,1%	,8%	1,3%	1,5%
	Andre kommunale tilbud	1,7%	1,6%	1,8%	2,2%	2,0%
	Anden instans	2,5%	3,0%	2,4%	4,5%	1,9%
	Flere afkrydset	,2%	,2%	,2%	,5%	,5%
Uoplyst	0,7%	0,4%	0,4%	0,1%	0,3%	
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
HVORFOR HENVISES (mulighed for flere afkrydsninger)	Kort ventetid	16,1%	16,9%	21,8%	14,2%	19,0%
	Kort afstand til henvisningssted	23,2%	28,3%	25,6%	25,8%	30,8%
	Gode erfaringer	46,5%	39,8%	40,7%	45,7%	38,2%
	Ingen af førnævnte	30,3%	31,4%	31,3%	26,3%	33,5%
	Uoplyst	1,4%	1,3%	,4%	1,8%	,8%
I alt		114,4%	114,7%	116,9%	112,3%	118,0%
DIN FAGLIGE VUR- DERING	Absolut indikation	49,7%	49,6%	51,0%	51,8%	49,9%
	Rimelig indikation	44,5%	45,8%	45,8%	41,4%	46,1%
	Tvivlsom indikation	4,9%	4,0%	2,8%	5,5%	3,3%
	Uoplyst	,9%	,7%	,4%	1,3%	,6%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 17a. Henvisningsfrekvens i forhold til region.

	Hele landet	Hoved- staden	Midt- jylland	Nord- jylland	Sjæl- land	Syd- dan- mark
Henvisninger pr. læge pr. dag	4,3	4,6	3,9	4,5	4,5	3,9
Henvisninger pr. læge pr. 100 kontakter	9,7	10,4	9,2	10,1	10,2	9,1

Henvisninger pr. læge pr. dag er beregnet i forhold til alle registrerede henvisninger, henvisninger pr. læge pr. 100 kontakter er beregnet ud fra registreringerne hos de læger der har oplyst deres samlede antal kontakter.

BILAG 2: HENVISNINGER VED HVER KONTAKTFORM

Tabel 18: Procentvis fordeling af resultaterne for henvisninger skrevet i forbindelse med direkte konsultationer, telefonkonsultationer hhv. sygebesøg.

		Konsultation	TK	Besøg
		N=3730	N=802	N=118
PATIENTENS KØN	Mand/dreng	38,3%	34,8%	48,3%
	Kvinde/pige	61,0%	63,8%	50,0%
	Uoplyst	,7%	1,4%	1,7%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
KONTAKTART	Konsultation	100,0%	,0%	,0%
	Telefonkonsultation: TK	,0%	100,0%	,0%
	Besøg	,0%	,0%	100,0%
	Uoplyst	,0%	,0%	,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HOVEDFORMÅL MED HENVISNING	Udredning/mistanke om sygdom	55,4%	37,3%	51,7%
	Behandling/kontrol af sygdom	29,5%	40,9%	30,5%
	Rehabilitering/genoptræning	6,0%	12,0%	8,5%
	Forebyggelse	4,5%	4,1%	1,7%
	Andet	3,8%	4,9%	6,8%
	Uoplyst	,8%	,9%	,8%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
MEDVIRKENDE FAKTORER TIL HENVISNING (mulighed for flere afkrydsninger)	Patientønske	31,0%	45,9%	17,8%
	Second opinion	7,2%	5,4%	3,4%
	"Kørt fast i problemet"	9,4%	10,5%	7,6%
	Defensiv medicin/for at sikre mig	3,4%	1,7%	2,5%
	Ingen af førnævnte	51,9%	40,1%	68,6%
	Uoplyst	2,4%	1,7%	3,4%
I alt		105,4%	105,4%	103,4%
SYGDOMSKATEGORI	Kræft/mistanke om kræft	7,9%	6,9%	11,0%
	Hjerte-karsygdom	6,8%	5,4%	16,9%
	Lungesygdom	5,8%	4,5%	11,0%
	Bevægeapparatsygdom	33,1%	35,0%	17,8%
	Endokrin sygdom	3,1%	3,9%	,0%
	Mave-tarm/gyn/urinveje	11,0%	10,7%	16,9%
	Hudsygdom	10,6%	10,0%	,8%
	Psykisk sygdom	4,5%	6,5%	8,5%
	Socialt problem	1,0%	2,2%	4,2%
	Andet	15,5%	13,8%	11,9%
	Uoplyst	,7%	1,1%	,8%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HAST	Akut (<24 timer)	10,5%	11,0%	60,2%
	Ikke akut	84,3%	85,3%	37,3%
	Uoplyst	5,2%	3,7%	2,5%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%

BILAG 2

Tabel 18 fortsætter

		Konsultation	TK	Besøg
		N=3730	N=802	N=118
HENVISES TIL	Praktiserende speciallæge	33,1%	31,5%	5,1%
	Sygehusindlæggelse	6,4%	9,4%	46,6%
	Sygehus ambulant	25,1%	20,8%	19,5%
	Billeddiagnostik	18,0%	8,4%	9,3%
	Psykolog	1,7%	2,5%	,0%
	Praktiserende fysioterapeut	10,2%	17,7%	4,2%
	Hjemmesygeplejen	,5%	2,6%	11,0%
	Andre kommunale tilbud	1,5%	3,1%	2,5%
	Anden instans	2,7%	3,5%	,8%
	Flere afkrydset	,3%	,2%	,0%
	Uoplyst	0,4%	0,2%	0,8%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HVORFOR HENVISES (mulighed for flere afkrydsninger)	Kort ventetid	18,1%	14,2%	9,3%
	Kort afstand til henvisningssted	28,0%	20,7%	27,1%
	Gode erfaringer	43,8%	38,7%	29,7%
	Ingen af førnævnte	28,3%	39,5%	45,8%
	Uoplyst	1,2%	1,2%	,8%
I alt		119,3%	114,3%	112,7%
DIN FAGLIGE VUR- DERING	Absolut indikation	50,8%	43,6%	78,0%
	Rimelig indikation	44,5%	49,8%	21,2%
	Tvivlsom indikation	4,0%	6,0%	,0%
	Uoplyst	,8%	,6%	,8%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%

BILAG 3: HENVISNINGER FOR HVER SYGDOM

Tabel 19: Procentvis fordeling af resultaterne for henvisninger skrevet i forbindelse med direkte konsultationer, telefonkonsultationer hhv. sygebesøg.

		Kræft/mistanke N=362	Hjerte-karsygd. N=316	Lungesygd. N=267
PATIENTENS KØN	Mand/dreng	34,8%	52,8%	40,1%
	Kvinde/pige	64,4%	46,5%	59,6%
	Uoplyst	,8%	,6%	,4%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
KONTAKTART	Konsultation	80,9%	80,1%	80,9%
	Telefonkonsultation: TK	15,2%	13,6%	13,5%
	Besøg	3,6%	6,3%	4,9%
	Uoplyst	,3%	,0%	,7%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HOVEDFORMÅL MED HENVISNING	Udredning/mistanke om sygdom	82,6%	65,8%	68,5%
	Behandling/kontrol af sygdom	10,2%	27,5%	23,2%
	Rehabilitering/genoptræning	,8%	2,5%	2,6%
	Forebyggelse	4,4%	2,8%	3,7%
	Andet	1,4%	,6%	1,1%
	Uoplyst	,6%	,6%	,7%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
MEDVIRKENDE FAKTORER TIL HENVISNING (mulighed for flere afkrydsninger)	Patientønske	25,4%	19,3%	18,0%
	Second opinion	5,2%	7,9%	2,6%
	"Kørt fast i problemet"	3,9%	10,1%	11,6%
	Defensiv medicin/for at sikre mig	8,3%	5,4%	7,9%
	Ingen af førnævnte	58,0%	60,1%	60,7%
	Uoplyst	3,3%	1,9%	3,0%
I alt		104,1%	104,7%	103,7%
HAST	Akut (<24 timer)	15,7%	25,6%	25,5%
	Ikke akut	77,9%	71,8%	71,5%
	Uoplyst	6,4%	2,5%	3,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HENVISES TIL	Praktiserende speciallæge	28,2%	19,3%	12,0%
	Sygehusindlæggelse	9,4%	23,4%	14,6%
	Sygehus ambulant	26,8%	36,1%	13,5%
	Billeddiagnostik	32,6%	8,2%	55,8%
	Psykolog	,3%	,3%	,0%
	Praktiserende fysioterapeut	,6%	,9%	,7%
	Hjemmesygeplejen	,8%	1,6%	1,1%
	Andre kommunale tilbud	,3%	2,8%	1,5%
	Anden instans	,8%	6,6%	,4%
	Flere afkrydset	,0%	,0%	,4%
	Uoplyst	,3%	,6%	,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HVORFOR HENVISES (mulighed for flere afkrydsninger)	Kort ventetid	30,9%	14,2%	34,8%
	Kort afstand til henvisningssted	25,1%	25,0%	33,3%
	Gode erfaringer	39,2%	39,2%	35,2%
	Ingen af førnævnte	27,6%	37,7%	22,1%
	Uoplyst	1,1%	,6%	,7%
I alt		124,0%	116,8%	126,2%
DIN FAGLIGE VURDERING	Absolut indikation	63,5%	63,0%	56,9%
	Rimelig indikation	29,6%	34,2%	40,1%
	Tvivlsom indikation	5,5%	2,5%	2,6%
	Uoplyst	1,4%	,3%	,4%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%

BILAG 3:

Table 19: Fortsat

		Bevægeapp. N=1545	Endokrin sygd. N=146	Mave/tarm/gyn. N=518
PATIENTENS KØN	Mand/dreng	38,1%	31,5%	36,5%
	Kvinde/pige	61,1%	68,5%	62,4%
	Uoplyst	,8%	,0%	1,2%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
KONTAKTART	Konsultation	80,0%	78,8%	79,3%
	Telefonkonsultation: TK	18,2%	21,2%	16,6%
	Besøg	1,4%	,0%	3,9%
	Uoplyst	,5%	,0%	,2%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HOVEDFORMÅL MED HENVISNING	Udredning/mistanke om sygdom	46,3%	44,5%	66,8%
	Behandling/kontrol af sygdom	32,2%	37,7%	25,7%
	Rehabilitering/genoptræning	17,3%	,7%	,0%
	Forebyggelse	2,0%	14,4%	3,1%
	Andet	1,5%	2,7%	4,1%
	Uoplyst	,8%	,0%	,4%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
MEDVIRKENDE FAKTORER TIL HENVISNING (mulighed for flere afkrydsninger)	Patientønske	39,4%	28,1%	27,8%
	Second opinion	6,4%	5,5%	6,6%
	"Kørt fast i problemet"	8,7%	10,3%	9,7%
	Defensiv medicin/for at sikre mig	1,9%	,7%	3,7%
	Ingen af førnævnte	47,3%	55,5%	56,0%
	Uoplyst	1,8%	3,4%	1,9%
I alt		105,6%	103,4%	105,6%
HAST	Akut (<24 timer)	6,1%	8,2%	16,8%
	Ikke akut	88,9%	86,3%	79,0%
	Uoplyst	5,0%	5,5%	4,2%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HENVISES TIL	Praktiserende speciallæge	15,3%	20,5%	34,7%
	Sygehusindlæggelse	2,4%	6,2%	18,9%
	Sygehus ambulant	22,7%	45,2%	32,0%
	Billeddiagnostik	22,3%	7,5%	11,6%
	Psykolog	,1%	,0%	,0%
	Praktiserende fysioterapeut	32,0%	,7%	,6%
	Hjemmesygeplejen	,3%	1,4%	1,5%
	Andre kommunale tilbud	1,4%	4,8%	,0%
	Anden instans	2,8%	13,7%	,2%
	Flere afkrydset	,4%	,0%	,2%
	Uoplyst	,3%	,0%	,2%
	I alt		100,0%	100,0%
HVORFOR HENVISES (mulighed for flere afkrydsninger)	Kort ventetid	17,0%	6,2%	15,6%
	Kort afstand til henvisningssted	29,4%	17,8%	30,7%
	Gode erfaringer	43,0%	41,8%	44,6%
	Ingen af førnævnte	29,1%	43,2%	30,7%
	Uoplyst	1,4%	,7%	,8%
I alt		120,0%	109,6%	122,4%
DIN FAGLIGE VURDERING	Absolut indikation	41,2%	63,7%	58,9%
	Rimelig indikation	53,1%	33,6%	37,8%
	Tvivlsom indikation	5,1%	2,1%	2,7%
	Uoplyst	,5%	,7%	,6%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%

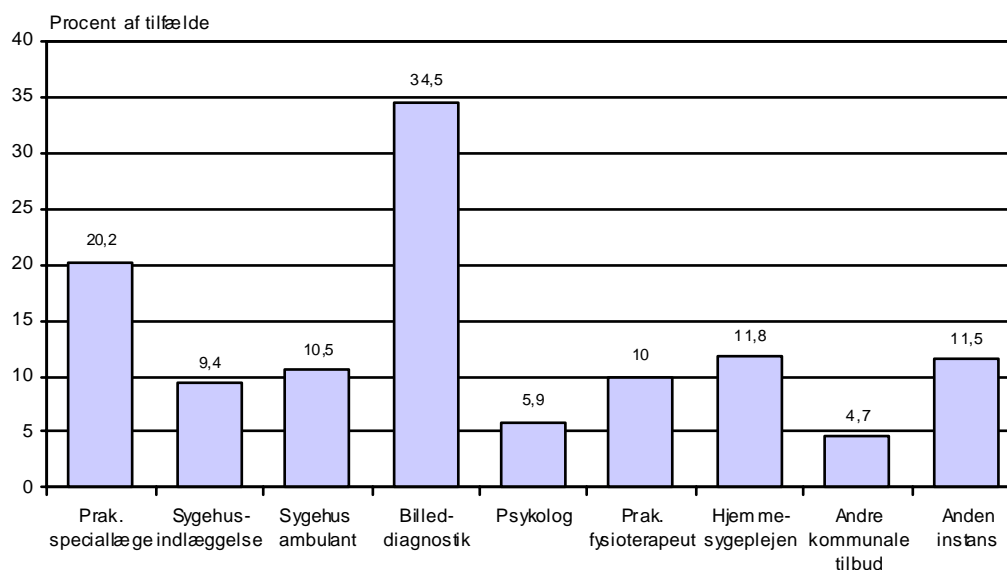
BILAG 3:

Tabel 19: Fortsat

		Hudsygdom	Psyisk sygd.	Socialt prbl.
		N=1545	N=228	N=61
PATIENTENS KØN	Mand/dreng	40,3%	34,6%	39,3%
	Kvinde/pige	58,7%	64,5%	59,0%
	Uoplyst	1,0%	,9%	1,6%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
KONTAKTART	Konsultation	82,7%	72,8%	62,3%
	Telefonkonsultation: TK	16,7%	22,8%	29,5%
	Besøg	,2%	4,4%	8,2%
	Uoplyst	,4%	,0%	,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HOVEDFORMÅL MED HENVISNING	Udredning/mistanke om sygdom	39,5%	28,5%	9,8%
	Behandling/kontrol af sygdom	55,1%	52,6%	8,2%
	Rehabilitering/genoptræning	,2%	2,6%	23,0%
	Forebyggelse	1,3%	3,1%	13,1%
	Andet	3,3%	11,8%	44,3%
	Uoplyst	,6%	1,3%	1,6%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
MEDVIRKENDE FAKTORER TIL HENVISNING (mulighed for flere afkrydsninger)	Patientønske	40,3%	43,4%	32,8%
	Second opinion	11,9%	7,0%	3,3%
	"Kørt fast i problemet"	12,5%	14,5%	14,8%
	Defensiv medicin/for at sikre mig	1,0%	,0%	,0%
	Ingen af førnævnte	38,0%	40,4%	52,5%
	Uoplyst	2,1%	3,1%	1,6%
I alt		105,8%	108,3%	104,9%
HAST	Akut (<24 timer)	5,4%	6,6%	23,0%
	Ikke akut	88,1%	85,1%	73,8%
	Uoplyst	6,5%	8,3%	3,3%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HENVISES TIL	Praktiserende speciallæge	89,4%	30,7%	9,8%
	Sygehusindlæggelse	1,5%	4,4%	3,3%
	Sygehus ambulant	5,6%	26,3%	8,2%
	Billeddiagnostik	,4%	2,2%	,0%
	Psykolog	,0%	30,3%	8,2%
	Praktiserende fysioterapeut	,0%	,4%	1,6%
	Hjemmesygeplejen	1,0%	,9%	23,0%
	Andre kommunale tilbud	,6%	3,5%	36,1%
	Anden instans	1,0%	1,3%	9,8%
	Flere afkrydset	,0%	,0%	,0%
	Uoplyst	,4%	,0%	,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%
HVORFOR HENVISES (mulighed for flere afkrydsninger)	Kort ventetid	15,0%	10,5%	4,9%
	Kort afstand til henvisningssted	27,6%	18,9%	16,4%
	Gode erfaringer	51,4%	39,0%	23,0%
	Ingen af førnævnte	21,1%	39,9%	62,3%
	Uoplyst	,6%	2,2%	,0%
I alt		115,7%	110,5%	106,6%
DIN FAGLIGE VURDERING	Absolut indikation	37,2%	58,3%	63,9%
	Rimelig indikation	56,8%	36,0%	27,9%
	Tvivlsom indikation	5,6%	3,5%	8,2%
	Uoplyst	,4%	2,2%	,0%
I alt		100,0%	100,0%	100,0%

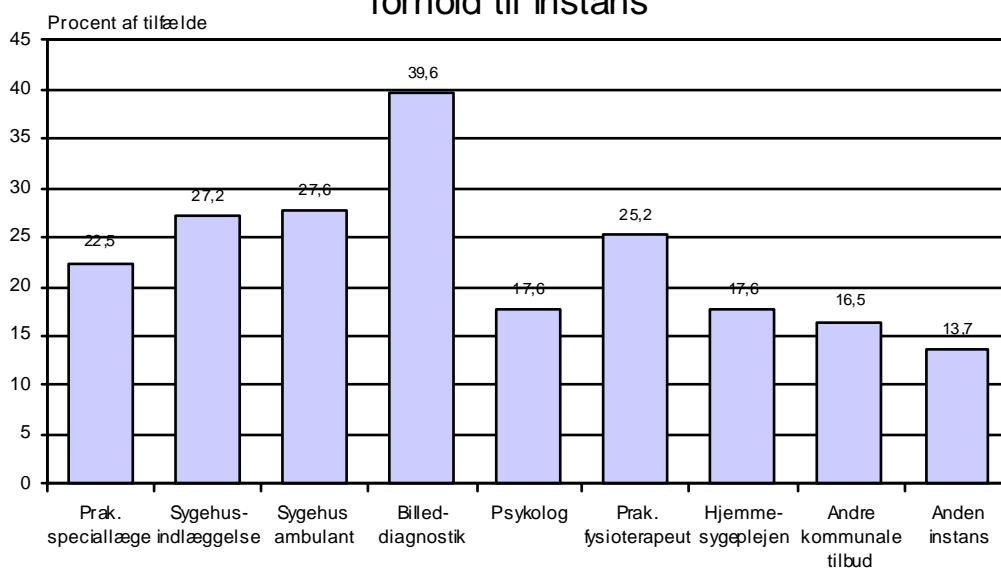
BILAG 4: HVORFOR HENVISINGSSTED

Hyppighed af "Kort ventetid" i forhold til instans



Figur 42: Procentvis andel af henvisningerne hvor "kort ventetid" var medvirkende årsag til valg af henvisningssted

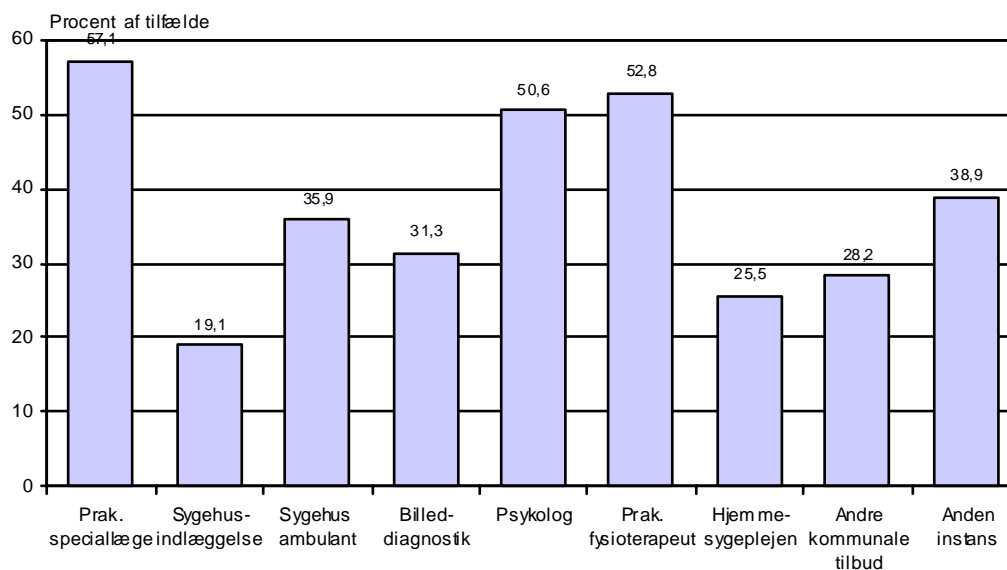
Hyppighed af "Kort afstand til henvisningssted" i forhold til instans



Figur 43: Procentvis andel af henvisningerne hvor "kort afstand til henvisningssted" var medvirkende årsag til valg af henvisningssted

BILAG 4: HVORFOR HENVISNINGSTED

Hyppighed af "Gode erfaringer" i forhold til instans



Figur 44: Procentvis andel af henvisningerne hvor "gode erfaringer" var medvirkende årsag til valg af henvisningssted

BILAG 5: KOMMUNALE TILBUD

Betydning af muligheden for at kunne henvise til kommunale akuttilbud, rehabiliteringstilbud og forebyggelsestilbud.

De praktiserende læger har i baggrundsskemaet oplyst, om der foreligger aftale om, at de kan henvise til følgende tre tilbud i kommunen: akuttilbud, rehabiliteringstilbud og forebyggelsestilbud.

De to første muligheder kan muligvis påvirke henvisningsfrekvensen til sygehus og genoptræning, medens forebyggelsestilbudet næppe kan påvirke henvisningsfrekvensen. Det skal understreges, at oplysningerne i baggrundsskemaet ikke belyser, om lægerne faktisk benytter disse muligheder. I henvisningsskemaet blev det registreret, om der henvises til hjemmeplejen eller andre kommunale tilbud.

Tabel 20: Oplysninger om aftale om henvisning til kommunale tre kommunale tilbud

Aftale om, at der kan henvises til kommunale rehabiliteringstilbud		
	Antal	Procent
ja	702	65.79
nej	290	27.18
uoplyst	75	7.03
Total	1,067	100

Aftale om, at der kan henvises til kommunale forebyggelsestilbud		
	Antal	Procent
ja	607	56.89
nej	383	35.9
uoplyst	77	7.22
Total	1,067	100

Aftale om, at der kan henvises til kommunale akuttilbud		
	Antal	Procent
ja	258	24.18
nej	692	64.85
uoplyst	117	10.97
Total	1,067	100

BILAG 5: KOMMUNALE TILBUD

Tabel 21: Henvisning til sygehusindlæggelse (henvisningsprocent) og muligheden for at henvise til kommunale akuttilbud

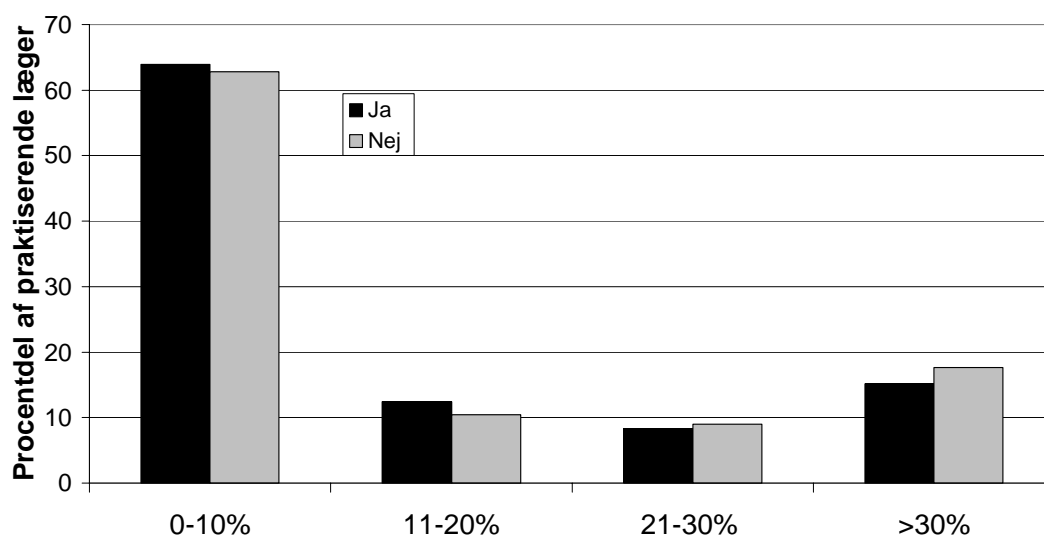
Henvisning til sygehusindlæggelse	Kan henvise til kommunale akuttilbud		
	ja	nej	Total
0-10%	188	473	661
%	74.9	70.7	71.85
11-20%	28	78	106
%	11.16	11.66	11.52
21-30%	10	45	55
%	3.98	6.73	5.98
> 30%	25	73	98
%	9.96	10.91	10.65
I alt	251	669	920
%	100	100	100

$$\text{Chi}^2(3) = 2.9 \quad P = 0.40$$

Tabel 21 viser, at der ikke er sammenhæng mellem muligheden for at henvise til kommunale akuttilbud og den procentdel af henvisninger fra praksis, der går til sygehus. Søjlediagrammet viser det samme.

Der er lavet en analyse svarende til Tabel 21, blot for henvisningsfrekvens til fysioterapeut og aftale om at kunne henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. 'Kommunale rehabiliteringstilbud' omfatter mere, end hvad henvisning til fysioterapeut indebærer. Derfor skulle man heller ikke umiddelbart forvente en sammenhæng. Som det fremgår af figuren kunne der da heller ikke eftervises en sammenhæng (chi-i-anden signifikanstesten var der heller ikke signifikant på 5%-niveauet).

Figur 45: Henvisningsprocent (til fysioterapeut) og mulighed for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud (ja eller nej)



Vejledning til èndagsregistrering af henvisninger fra almen praksis

Du skal registrere alle henvisninger, som du sender fra praksis på den første hele arbejdsdag, hvor du er i praksis. **Du skal ikke registrere blodprøver samt materiale til patologi og mikrobiologi, men alle øvrige henvisninger inklusive henvisninger til kommunale tilbud som f.eks. hjemmesygepleje og fysioterapi.**

Vi anbefaler, at du udfylder en linje umiddelbart efter, at du har færdiggjort en henvisning. Øverst på auditskemaet står det løbenummer, som du er udstyret med fra APO. Udfyld venligst med den dato, du registrerer og til sidst på dagen, hvor mange konsultationer du har haft.

Kontaktart	Kun ét kryds. Hvorvidt henvisningen udløses i forbindelse med en konsultation, en telefonkonsultation eller et besøg.
Formål med henvisningen	Kun ét kryds. Afkryds formål med henvisningen. Er der flere formål, så afkryds det primære formål.
Medvirkende faktorer til henvisningen	Mindst ét, højst 4 kryds. Hvorvidt din henvisning er påvirket af et patientønske, hvorvidt du ud fra et fagligt synspunkt ønsker en 'second opinion', hvorvidt du er kørt fast i problematikken, og endelig hvorvidt der i henvisningen er et element af defensiv medicin.
Sygdomskategori	Kun ét kryds. Vi har her valgt nogle meget store kategorier inspireret af de nyligt definerede folkesygdomme. Vælg den kategori, der bedst karakteriserer patientens sygdomsproblem.
Hast	Kun ét kryds. Hvorvidt patienten ønskes/kræves modtaget inden for 24 timer, eller modtagelse af patienten kan vente længere.
Henvises til	Kun ét kryds. Den instans, du henviser til. Vedrørende kommunale tilbud deler vi op i henvisning til hjemmesygeplejen eller henvisning til andre instanser (profylakse, rehabilitering, andre sociale tilbud).
Hvorfor henvisningssted	Højst 3 kryds. Hvorvidt din henvisning er influeret af forventning om eller kendskab til kort ventetid, hvorvidt kort afstand har haft indflydelse, samt hvorvidt du har haft gode erfaringer med instansen.
Din faglige vurdering	Kun ét kryds. Hvorvidt du ud fra en bred almenmedicinsk vurdering finder, at din henvisning repræsenterer en absolut indikation, en rimelig indikation, eller at henvisningen er tvivlsomt forankret ud fra et lægefagligt synspunkt.

Efter endt registrering og senest 27. marts 2008 sendes registreringsskemaet i den vedlagte returkuvert sammen med dit baggrundsskema til APO, J.B. Winsløvs Vej 9A, 5000 Odense C.

