



Henvisning og visitationspraksis i de fem regioner

Kortlægning og inspiration

Henriette Mabeck
Marie Henriette Madsen
Anne Brøcker

Dansk Sundhedsinstitut
Juni 2011

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2011

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-678-5 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 3116

Design: DSI

Forord

Det udvidede frie sygehusvalg har været en rettighed for patienter i det danske sundhedsvæsen siden 2002. Det udvidede frie sygehusvalg betyder, at patienten kan vælge at blive behandlet på et privat hospital, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage, og patienten kan blive behandlet hurtigere på privathospitalet.

Denne undersøgelse har til formål at kortlægge regionernes organisering og arbejdstilrettelæggelse i relation til håndtering af henvisninger og visitation. Herudover skal undersøgelsen bidrage med et katalog af gode ideer, der kan bruges som inspirationskilde til fremtidig organisering og tilrettelæggelse af henvisnings- og visitationsprocedurer. De fem regioner og de tilhørende sygehuse har forskellige erfaringer med organisering af henvisnings- og visitationspraksis i relation til udvidet frit sygehusvalg. Tanken er, at en kortlægning af regionernes forskelligheder kan tjene som gensidig inspiration og bruges i erfaringsudveksling. Der er derfor tale om et øjebliksbillede, og situationen har siden da udviklet sig i de enkelte regioner. Vi tror og håber, at rapporten på trods af det kan give et indblik i en række af de udfordringer, der er og har været på området, samtidig med at den kan bidrage med inspiration og gode ideer til det fremadrettede arbejde.

Både sundhedspersoner, patientrådgivere, patientvejledere, visitatorer og administrative medarbejdere i regionerne har bidraget til rapportens indhold via interviews og seminarer, ligesom de har været behjælpelige med at indsamle skriftligt materiale og data. DSI vil gerne sige tak til alle, der i en travl hverdag har engageret sig i undersøgelsen og taget sig tid til at bidrage til gennemførelse af denne undersøgelse.

Projektet er bestilt og finansieret af Danske Regioner. Denne rapport har været i internt review hos undertegnede. Rapporten er desuden læst og kommenteret af regionssundhedsdirektørerne og projektets baggrundsgruppe, som består af medarbejdere, der arbejder centralt i regionerne med håndtering af udvidet frit sygehusvalg i de fem regioner.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Baggrund	9
2. Design og metode	11
3. Beskrivelse af henvisnings- og visitationspraksis i fem regioner, efteråret 2010.....	13
3.1 Trin 1: Fra modtagelse af henvisning til 1. booking	14
3.2 Viderehenvisning eller ombooking i forbindelse med udvidet frit sygehusvalg.....	17
3.3 Afslutning ved viderehenvisning.....	20
4. Fælles udfordringer og idéer til inspiration	23
4.1 Forbedret overblik over kapacitet, udbud og kontraktarbejde	23
4.1.1 Central informations- og rådgivningsenhed	28
4.1.2 Overlæger fra samme speciale samarbejder om kapacitetsudnyttelse i hele regionen.....	28
4.1.3 Systematisk overvågning og prioritering af egne behandlinger versus udbud	29
4.1.4 Krav til samarbejdspartnere indarbejdet i kontrakter.....	30
4.2 Bedre kommunikation mellem region, sygehus og patient	31
4.2.1 Anvendelse af kommunikationsmedarbejder	33
4.2.2 Mundtlig dialog med patientrådgiver/-vejleder/-visitator øger information til patient .	34
4.2.3 Øget synlighed af vidensressourcer vedrørende love og regler.....	34
4.2.4 Patienten prioriterer hos praktiserende læge.....	34
4.2.5 Forbedring af henvisninger.....	35
4.3 Forbedring af arbejdsgange og opgaveglidning	35
4.3.1 Lean eller arbejdsgangsanalyse af lokale opgaver	36
4.3.2 Fælles visitation og afklaring af forventninger på fedme- og rygområdet	37
4.3.3 Netværksdannelse, erfaringsudveksling og studieture.....	37
4.4 Overblik over udfordringer og idéer til forbedring	38
5. Ændringer i regionernes praksis siden efteråret 2010.....	39
5.1 Nationale ændringer	39
5.2 Ændringer i de fem regioner	39
6. Konklusion og afsluttende bemærkninger.....	43
6.1 Afsluttende bemærkninger	44
Litteratur	45
Bilag 1: Personer der har deltaget i projektet	47
Bilag 2: Uddrag af sundhedsloven.....	51

Bilag 3: Nærmere beskrivelse af undersøgelsens metode	53
Bilag 4: Anbefalinger og konklusioner fra Sundhedsstyrelsens rapport om ventetider	55
Bilag 5: Problemer og løsningsforslag fra seminaret	57

Resumé

Denne rapport beskriver regionernes rådgivningsmæssige og administrative opgaver i relation til visitation og henvisninger, som det så ud i efteråret 2010. Rapporten omhandler primært regionernes opgaver i forbindelse med udvidet frit valg – dvs. hvordan er praksis i de fem regioner, når patienterne ikke kan tilbydes behandling inden for 30 dage?

Rapporten giver ikke entydigt svar på, hvordan man bedst muligt organiserer arbejdet med visitation og henvisning – det kan gøres på mange måder. I stedet listes en række inspirerende ideer og konkrete gode erfaringer og eksempler fra de enkelte regioner.

Baggrund

Udgangspunktet for undersøgelsen er et ønske om at give inspiration til yderligere udvikling af regionernes indsats i forhold til visitation og henvisning til egne tilbud, samarbejdssygehuse og privathospitaller. Baggrunden for dette er fokus på håndtering af frit og udvidet frit sygehusvalg i de fem regioner.

Konklusioner og ideer til inspiration

Arbejdet med projektet viser, at selvom der er forskellige måder at gribe opgaven med visitation og henvisning an på, er der også en række fælles udfordringer. På tværs af regionerne peges på følgende indsatsområder:

- ◆ Forbedret overblik over kapacitet, udbud og kontraktarbejde
- ◆ Bedre kommunikation mellem region, sygehus og patient
- ◆ Forbedring af arbejdsgange og opgaveglidning.

Inden for hvert af områderne, peges på en række gode erfaringer og ideer til inspiration:

Vedrørende overblik over kapacitet m.v. peger rapporten på 4 områder, hvor der kan hentes inspiration:

En række af de deltagende regioner har gode erfaringer med etablering af central informations- og rådgivningsenhed. Hovedparten af regionerne oplever, at denne organisationsform er med til at give overblik, og alle regioner arbejder for øjeblikket med en eller anden form for hel eller delvis centralisering af processen omkring visitation og henvisning.

Undersøgelsen viser, hvordan gode rammer for tværregionalt samarbejde kan medvirke til bedre overblik over ledig kapacitet, hvorved regionen sikrer optimering af den regionale kapacitetsudnyttelse.

Også en forvaltningsmæssigt baseret indsats vedrørende systematisk og løbende analyse af efterspørgsel og kapacitet har skabt bedre mulighed for at tilpasse kapaciteten, og finde det rette niveau mellem egen kapacitet, udbud og opgaver som løses via udvidet frit sygehusvalg. I den forbindelse viser undersøgelsen eksempler på regioner, der har gode erfaringer med selvudviklede overbliksværktøjer.

Endelig peger analysen på, at regionerne i kontrakter bør være specifikke i beskrivelsen af hele patientforløbet, således at de indgåede kontrakter indeholder specifikation af, hvilke opgaver og procedurer, der er indeholdt i aftalen.

Vedrørende kommunikation og information til patienterne er der fremkommet gode ideer vedrørende 5 temaer:

Samtlige interview viser, at det er vanskeligt for en del patienter at forstå den skriftlige information, de får fra sygehuset. Der er både en lovbestemt informationsforpligtelse, og en række lokale og speciale-specifikke informationsbehov, der skal tilgodeses i det materiale, sygehuset sender til patienten. På den baggrund anbefaler vi, at sygehusene gennemgår materialet og inddrager en kommunikationsrådgiver i udformningen af det materiale, der sendes til patienterne.

Samtidig viser undersøgelsen, at den mundtlige dialog mellem patient og patientvejleder spiller en væsentlig rolle i forløbet. Patientrådgiver/-vejleder/-visitatorernes¹ rådgivning giver patienterne en bedre forståelse for de valgmuligheder, de har i den konkrete situation. Eksempelvis vil betydningen af frafald af kørselstilskud betyde, at nogle patienter vælger at beholde det oprindelige tilbud frem for at benytte udvidet frit sygehusvalg.

Undersøgelsen peger også på, at regionerne med fordel kan forbedre informationsmulighederne, så de henvisende læger har lettere ved at finde ud af, hvor de skal sende henvisninger hen. Regionerne kan med fordel samarbejde med de henvisende læger omkring information, således at patienterne allerede i forbindelse med henvisning fra praktiserende læger angiver præferencer i forhold til prioritering mellem eventuel ventetid og ønske om lokal behandling. Dette vil kunne reducere administrative opgaver i regionerne.

Vedrørende tid og arbejdstilrettelæggelse fremhæves tre områder:

Der foregår stadig meget papirarbejde, og processerne omkring visitationen er meget forskelligt tilrettelagt på de enkelte afdelinger. Vi vurderer derfor, at lokale arbejdsgangsanalyser kan medvirke til at optimere en række arbejdsgange og administrative procedurer.

Flere af de interviewede peger også på gode erfaringer med fælles visitation af medicinsk og kirurgisk område. Dette sikrer en samlet vurdering, der betyder, at medicinsk behandling tilbydes før kirurgisk når det er hensigtsmæssigt.

Mange af de involverede i processen har givet udtryk for, at det har været rigtig positivt både at samles på tværs i egen region og med kolleger i andre regioner. Vi vil derfor opfordre til, at der arbejdes videre med netværksdannelse og erfaringsudveksling.

Metode

Undersøgelsen er gennemført som et kvalitativt studie med brugerinddragelse. Der er gennemført opstartsmøde, fokusgruppeinterviews og workshop med en række centrale aktører udvalgt af de fem regioner selv. Med udgangspunkt i positiv benchmarking, der har til formål at finde positive erfaringer og gode eksempler, er materialet efterfølgende analyseret. Centrale problemstillinger og gode erfaringer er udvalgt i forhold til en vurdering af deres generelle interesse på tværs af regionerne.

¹ De fem regioner har forskellige betegnelser for funktionen: I forbindelse med denne rapport har Danske Regioner ønsket, at alle betegnelser fremgår, hver gang der henvises til funktionen.

1. Baggrund

Baggrunden for denne undersøgelse er et ønske om at komme med idéer i forhold til regionernes organisering og procedurer relateret til behandling af henvisninger og visitation gennem læring og erfaringsudveksling. Undersøgelsen er igangsat af regionsdirektørerne, der på møde den 10. januar 2010 besluttede at gennemføre en analyse af henvisnings- og visitationspraksis. Der har været tilknyttet en baggrundsgruppe (Bilag 1) bestående af medarbejdere i de fem regioner, der arbejder med frit og udvidet frit sygehusvalg, til arbejdet med rapporten.

På tidspunktet for undersøgelsen – efteråret 2010 – fungerer sagsbehandling af henvisninger og viderehenvisning inden for frit og udvidet frit sygehusvalg forskelligt i de fem regioner. Nogle regioner er organiseret med en central enhed, der varetager viderehenvisning, mens andre regioner varetager viderehenvisning decentralt dvs. fra de enkelte afdelinger, eller via en enhed der viderehenviser for udvalgte specialer. I fire af fem regioner arbejdes med konkrete planer for en mere centraliseret visitationsprocedure.

Undersøgelsen er gennemført med to formål:

1. At kortlægge den aktuelle praksis (dvs. organisering og procedurer) for henvisning og visitation inden for rammerne af frit og udvidet frit sygehusvalg i de fem regioner
2. At identificere gode eksempler fra arbejde med visitation og henvisning til inspiration for alle regioner.

Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg er to centrale begreber i denne undersøgelse. Det frie sygehusvalg gælder for alle offentlige sygehuse². Denne rettighed er ikke afhængig af ventetid mm. Det udvidede frie sygehusvalg³ giver patienterne ret til at vælge et privathospital, Danske Regioner har indgået aftale med, hvis ikke bopælsregionen kan tilbyde tid til undersøgelse/behandling inden for 30 dage på et af regionens egne sygehuse, eller på et sygehus regionen samarbejder med (1). Både patienter og andre har til tider svært ved at skelne mellem disse to begreber og de medfølgende rettigheder. Bilag 2 indeholder uddrag af sundhedsloven § 86 & § 87 vedrørende frit og udvidet frit sygehusvalg.

Fokus i denne undersøgelse er at indsamle materiale og danne grundlag for erfaringsudveksling, der kan inspirere de fem regioner i forhold til henvisnings- og visitationspraksis.

Undersøgelsen er afgrænset til at fokusere på ekspertområderne knæ, skulder, hofte og ryg inden for det ortopædkirurgiske speciale. Det er områder, hvor der er mange patienter, hvorfor det er områder, der fylder i arbejdet omkring henvisning og visitation.

Tilgangen til at forstå og undersøge området er kvalitativ benchmarking⁴. Målet er at skabe læring og inspiration til forandring. I undersøgelsen ses benchmarking som læring gennem motivation og inspiration, der opstår via dialog mellem regionerne. Udgangspunktet er forståelse og respekt for regionernes diversitet, dvs. forskelligheder mht. traditioner, struktur, kultur, mm. Vores grundholdning er, at alle gør noget godt, som andre kan lære af.

² Basispatienter kan afvises af kapacitetsmæssige årsager.

³ Gælder for somatiske – for psykiatriske patienter kan adgang til at vælge efter stk. 1 begrænses, hvis hensyn til den pågældende patient taler herfor.

⁴ En traditionel benchmarking fokuserer på kvantitative sammenligninger af organisatoriske enheders produktion og produktivitet. Formålet er at finde et mønstereksempel på baggrund af datasammenligning af produktion o.l. Filosofien er, at hvis de øvrige efterligner mønstereksemplet, opnår de samme høje produktivitet.

Den kvalitative og eksplorative tilgang betyder, at undersøgelsen ikke udpeger én bedste måde at organisere henvisning og visitation på. Derimod præsenterer undersøgelsen forskellige idéer, som regioner og sygehuse kan lade sig inspirere af.

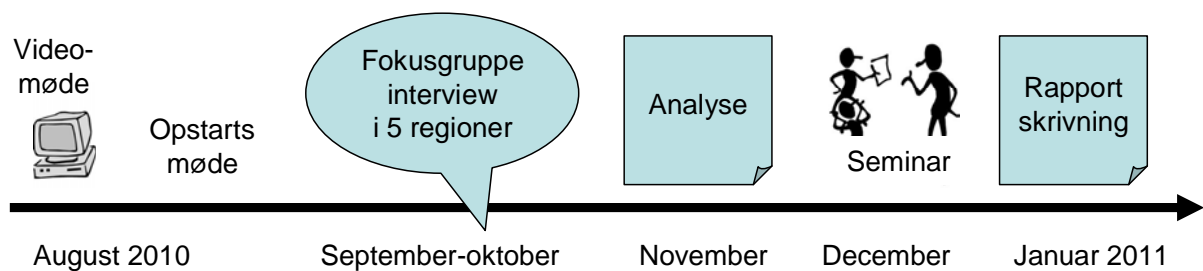
2. Design og metode

Undersøgelsen er en kvalitativ undersøgelse. Som supplement til den kvalitative tilgang er inddraget analyse af diverse skriftligt materiale. Undersøgelsen er gennemført i tæt samarbejde og dialog med medarbejdere i de fem regioner og på sygehusene. Bilag 1 viser deltagere i baggrundsgruppen, samt medarbejdere der deltog i interview og på seminaret. En mere detaljeret gennemgang af rapportens metode findes i bilag 3.

Undersøgelsen er gennemført i perioden august 2010 til januar 2011. Undersøgelsen er gennemført i tre faser:

- ◆ Opstart – afklaring af undersøgelsens indhold og rammer
- ◆ Dataindsamling og analyse af data
- ◆ Verificering og afslutning af undersøgelsen – herunder formidling.

Figur 1. Undersøgelsens tidsplan og indhold.



Proces

Efter et kort videomøde blev der afholdt et egentligt opstartsmøde. Herefter blev der afholdt fem fokusgruppeinterviews, ét i hver region. DSI begyndte derefter det første analysearbejde.

Undersøgelsens foreløbige resultater blev præsenteret på et seminar den 16. december 2010. Her havde både baggrundsgruppen og en række nøglepersoner mulighed for at kommentere de foreløbige konklusioner og komme med yderligere forslag og ideer til forandringer og fremadrettede forslag.

Input fra seminaret er indarbejdet i rapporten, og rapporten er efterfølgende sendt til baggrundsgruppen for at sikre, at den virkelighed, rapporten skildrer, også er genkendelig blandt de medarbejdere, der har med området at gøre til daglig.

3. Beskrivelse af henvisnings- og visitationspraksis i fem regioner, efteråret 2010

I dette kapitel beskrives regionernes daglige praksis vedrørende henvisning og visitation med udgangspunkt i fokusgrupeinterviews i de fem regioner, som det så ud i efteråret 2010.

Overordnet kan visitation og sagsbehandling af henvisning af patienter opdeles i tre trin, som nedenstående figur illustrerer.

Figur 2. Overordnet henvisnings- og visitationsproces.



Trin 1:

Praktiserende læge m.fl. sender henvisning til det lokale sygehus⁵. En speciallæge visiterer patienten til behandling. Lægen foretager en faglig vurdering af patientens behandlingsbehov, herunder om patienten er akut, subakut eller om patienten kan vente. Herefter booker afdelingssekretæren en tid til patienten.

Trin 2:

Hvis den tid, sygehuset kan tilbyde patienten, ligger mere end 30 dage efter henvisningstidspunktet, eller hvis patienten ønsker frit sygehusvalg, kan patienten, afhængig af regionens organisering, kontakte afdelingen eller patientrådgiveren/-vejlederen/-visitatoren angående ændring af behandlingssted. Patienten informeres altid om denne ret. Regionen/sygehuset undersøger muligheden for behandling inden for 30 dage på andet regionssygehus samt på samarbejdssygehuse. Kan dette ikke lade sig gøre, viderehenviser patientrådgiveren/-vejlederen/-visitatoren til behandling på privathospital = *trin 2*.

Trin 3:

Afdelingen, der modtog henvisningen, får besked om viderehenvisningen, hvorefter afdelingens sekretær sender henvisning og materiale til det nye behandlingssted og aflyser patientens tid lokalt = *trin 3*.

Trin 1 udføres relativt ens i de fem regioner. De enkelte opgaver i trin 1 beskrives i afsnit 3.1. Procedurer og praksis omkring viderehenvisning er mere varieret organiseret. De forskellige løsninger omkring viderehenvisning beskrives i afsnit 3.2. Afslutning og aflysning af tider foretages også relativt ensartet på de interviewede afdelinger. Dette beskrives i afsnit 3.3.

⁵ Eller det sygehus praktiserende læge har aftalt med patienten. Eksempelvis hvis regionen har fordelt specialerne på forskellige sygehuse, eller patienten har ønske om et særligt behandlingssted jf. regler for frit sygehusvalg – bilag 2.

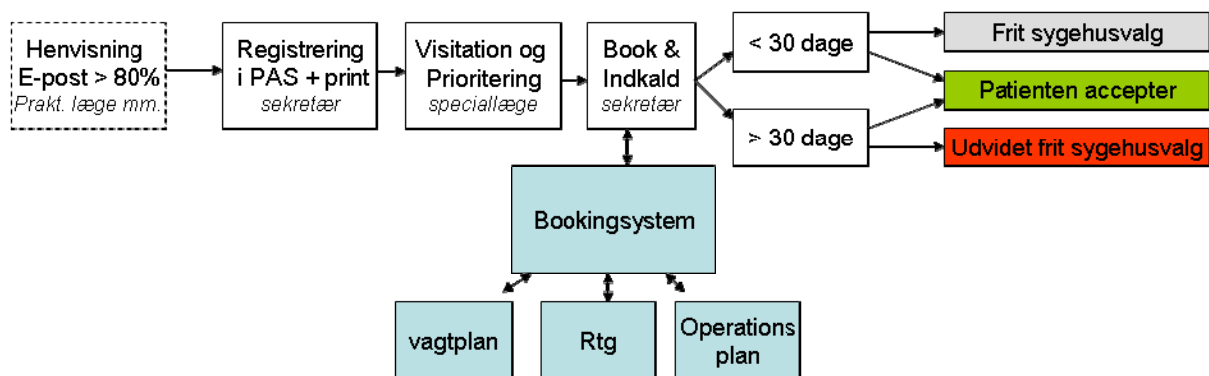
Til slut bør det bemærkes, at henvisnings- og visitationsprocessen er knap så lineær og enkel, som figur 4 illustrerer. Figuren er en kraftig forenkling af virkeligheden. Henvisnings- og visitationsprocessen er i virkeligheden en kompleks proces, der er præget af de lovgivningsmæssige, organisatoriske, kulturelle, personalemæssige og teknologiske rammer for arbejdet.

Organisering og arbejdstilrettelæggelse af sagsbehandling og ændringer i praksis i relation til henvisning og visitation bør ses i sammenhæng med såvel regionens som afdelingens og sygehusets øvrige funktioner, kultur og teknologiske hjælpemidler mm.

3.1 Trin 1: Fra modtagelse af henvisning til 1. booking

Helt overordnet udføres den første del af sagsbehandlingen af henvisninger relativt ensartet. Der er tre hovedopgaver: registrering, visitation og booking. Disse tre opgaver uddybes i det følgende.

Figur 3. Procestrin fra modtagelse af henvisning til booking.



1. Modtagelse og registrering

Ca. 80 % af henvisningerne modtages elektronisk fra praktiserende læger. En afdelingssekretær registrerer i det patientadministrative system (PAS), at henvisningen er modtaget. Herefter printer sekretæren henvisningerne ud og videregiver dem til visiterende overlæge(r). Nogle steder sorterer sekretæren henvisningerne i forhold til subspecialer, andre steder er det en læge, som foretager denne sortering.

2. Visitation

Visitationen foretages alle steder af speciallæge(r), der noterer forskellige informationer på print af henvisningen, eksempelvis:

- ◆ Klar / uklar diagnose
- ◆ prioritering af behandling (akut, subakut, fremskyndet, alm. venteliste etc.)
- ◆ behov for supplerende prøver eller materialer
- ◆ bemærkning m.m.

Papirhenvisningen med lægens noter returneres til sekretæren, som herefter booker tid til undersøgelse m.m. og sender brev til patienten.

I Randers, hvor sygehuset har implementeret elektronisk patientjournal (EPJ)⁶, foretages visitation i EPJ-systemet. Lægen markerer via en drop-down-liste ventegruppe, diagnosekode, klar/uklar diagnose mm.

Interviewrunden viser, at der er stor forskel på antallet af subspecialer og antallet af læger, der visiterer. Samtidig er der stor forskel på, hvordan arbejdet er tilrettelagt på de enkelte afdelinger. På nogle afdelinger visiteres systematisk tidligt på dagen hver dag, andre steder samles visitationerne op, og sagerne behandles, når det kan passe ind i afdelingens og de visiterende lægers øvrige opgaver. I praksis betyder det, at der er stor variation i, hvordan og hvornår visitationen på de enkelte afdelinger foregår. Nogle steder visiteres samme dag, mens lægerne andre steder i gennemsnit visiterer 3-4 gange ugentligt.

Et positivt eksempel på god visitationspraksis er Ortopædkirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital. Afdelingen har efter et LEAN-projekt indarbejdet en daglig visitationspraksis, så alle henvisninger visiteres inden kl. 10:30. Det betyder, at afdelingen sender brev med tid til undersøgelse samme dag, afdelingen har modtaget henvisningen.

3. Booking, fremsendelse af brev til patienten og indberetning til venteinfo

Viden om ventetid er i høj grad lokal. Den er mere eller mindre baseret på den erfaring og viden, bookingpersonalet opnår via bookingarbejdet.

Alle regioner har elektroniske bookingsystemer, hvor sekretæren kan bede systemet finde ledig tid til forundersøgelse, kontrol etc. Afdelingernes bookingsystemer kan vise konkrete ledige tider, men systemerne kan ikke vise det samlede antal ledige tider inden for en afgrænset tidsperiode.

Som hovedregel er dagsprogrammerne i bookingsystemerne bygget op efter en skabelon, hvor der er defineret et antal forundersøgelser, kontroller etc. Bookingskabelonerne er udarbejdet og tilpasset afdelingens forhold. De er dannet på baggrund af informationer om vagtplaner, røntgenkapacitet og operationskapacitet. Den afdelingsbaserede opsætning betyder, at sekretæren kan søge efter tid hos en bestemt læge, hvis visiterende læge har noteret, at patienten skal undersøges af en bestemt navngiven læge. Ud over at sikre koordination med vagtplaner og kapacitet på operationslejer mm, skal sekretæren også sikre, at der eksempelvis er ledige røntgentider til de patienter, der skal have taget røntgenbilleder før forundersøgelsen.

Interviewede sekretærer fortæller, at de via bookingarbejde får 'en god fornemmelse' for de lokale ventetider og ændringer i ventetider samt 'årstidsbestemte mønstre' som ferieafholdelse og kapacitet omkring jul og i sommerferien. Sekretærernes erfaring og kendskab til lægerne medvirker til smidige programmer, hvor sekretæren ved, hvornår og hos hvilke læger der kan laves en dobbeltbooking og derved presse en ekstra undersøgelse ind. Ligeledes fortæller de erfarne sekretærer, at de i forbindelse med sommerferie, jul etc. venter med at booke, til de kender lægernes ferieplaner, så de undgår dobbeltarbejde med aflysning af tider og ekstra breve til patienterne.

Når sekretæren har fundet en tid til forundersøgelse, bookes patienten, og der sendes brev med indkaldelse og information til patienten, hvorefter henvisningen lægges til side. Henvisningen findes frem igen et par dage før, patienten kommer til undersøgelse, eller hvis der skal foretages en viderehenvisning.

Indkaldelsesbrevet til patienten indeholder mange forskelligartede informationer. Nogle informationer er specifikke og relateret til den forestående undersøgelse. Dette gælder eksempelvis tidspunkt og

⁶ Flere steder har elektronisk patientjournal, men definitionen og anvendelsesmønstre er forskellige.

mødested. Andre informationer er af mere generel karakter, som eksempelvis information om rettigheder relateret til frit og udvidet frit sygehusvalg, parkering, pjece til patientrådgiver/-vejleder/-visitator, kort over sygehuset etc. Nogle sygehuse medsender print af venteinfo, mens andre henviser til hjemmesiden.

Samtlige fokusgruppeinterviews peger på, at der er mange patienter, som har svært ved at forstå informationsmaterialet og sortere de vigtige og specifikke oplysninger fra den generelle information. Medarbejderne fortæller, at de medsender de mange informationspjecer mm., fordi lovgivningen stiller krav til, hvilke informationer patienterne skal modtage.

Indberetning til venteinfo sker på baggrund af oplysninger fra sekretærerne på afdelingerne. Rapporten om venteinfo viser, at der er forskel på, hvordan ventetid defineres.

"Arbejdsgruppen foreslår følgende definition til de fremadrettede ventetider, der skal indberettes til venteinfo.dk: "Ventetiden til næste ledige tid for den patient, som ikke kræver særlige kliniske hensyn". Denne definition har en række fordele. Definitionen svarer til, hvordan langt størstedelen af afdelingerne i forvejen opgør den fremadrettede ventetid, hvilket gør arbejdsgangene nemmere på afdelingerne. Ventetiden indberettes i uger, og for udredning er det ventetiden for den nyhenviste patient." (2)

Den ventetid, der skal indberettes til venteinfo, finder sekretæren manuelt. Hun finder et undersøgelsestidspunkt til en fiktiv patient. Hvis bookingsystemet foreslår en ledig tid, der ikke stemmer overens med sekretærens 'eget billede' af ventetiden, undersøger hun, om der er flere ledige tider, eller om der er tale om et afbud eller en afvigelse. Hvis det kun er en enkelt tid, der er opstået pga. afbud, indberettes tiden ikke. Sekretæren foretager et nyt opslag. Sekretæren foretager således en subjektiv vurdering og validering af, at den tid, systemet automatisk foreslår, også svarer overens med det reelle billede af ventetiden. Sekretæren indberetter ventetid, som den tid der er til, at der forekommer en samlet blok af ledige tider.

Sekretærerne indberetter som hovedregel ventetid til venteinfo en gang om måneden, men samtlige sekretærer fra interviewrunden fortæller, at den faktiske ventetid ændres løbende – eksempelvis ved meraktivitet, udbud mm. Nogle regioner har aftalt, at afdelingerne skal opdatere venteinfo, når der opstår væsentlige ændringer i ventetider.

På seminaret kom det frem, at i mindst en region har afdelingerne fået et bestemt tidspunkt, hvor de kan indberette til venteinfo. Ifølge deltagerne skyldes det mangel på licenser, at afdelingerne ikke må opdatere uden for deres tildelte 'time slot'.

4. Bemanding

Der er i efteråret 2010 stor forskel på, hvordan regionerne organiserer og bemande henvisning og visitationsområdet.

I alle regioner er det speciallæger, der visiterer. Der er til gengæld stor variation i forhold til, hvem der varetager de mere administrative opgaver (fx afsøger ledige tider på andre sygehuse, sender henvisninger mm). Ligeledes er der forskel på, hvilke titler medarbejderne benytter.

På nogle af de kliniske afdelinger er det primært 1-2 sekretærer, der varetager opgaver relateret til henvisninger og visitation, mens det på andre afdelinger er en opgave, sekretærerne varetager på skift. Ligeledes er der forskel på, om det er en afdelingssekretær eller en patientrådgiver/-vejleder/-visitator i regionen, der varetager informationen og kommunikation med patienter. Forskellen ses både mellem forskellige specialer i den samme region og mellem regionerne.

De store forskelle i regionernes organisering og bemanning af området betyder, at det ikke er muligt at opgøre eller sammenligne bemanning, ressourcer eller tidsforbrug for visitations- og henvisningsområdet på en ensartet måde.

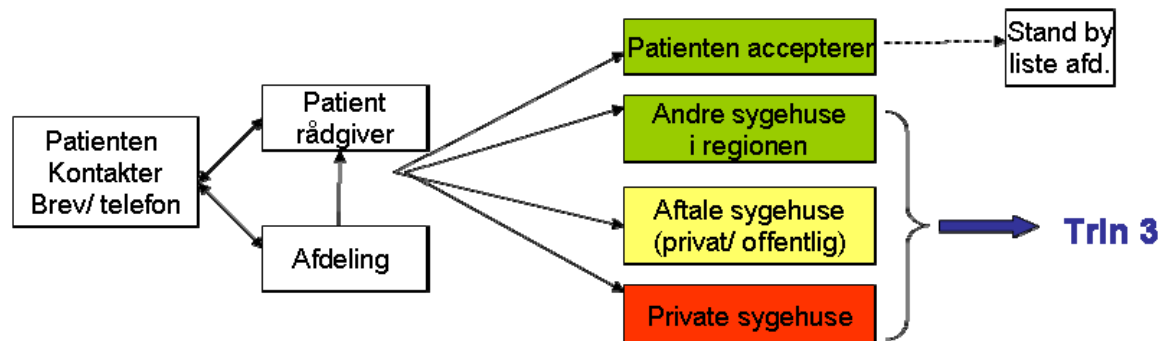
3.2 Viderehenvisning eller ombooking i forbindelse med udvidet frit sygehusvalg

Hvis første sygehus ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage findes 4 muligheder:

- ◆ Patienten kan acceptere den tilbudte dato, selvom der går mere end 30 dage inden behandlingsstart
- ◆ Regionen kan tilbyde patienten behandling på andet sygehus i regionen
- ◆ Regionen kan tilbyde patienten behandling på et offentligt eller privat samarbejdssygehus⁷
- ◆ Regionen kan tilbyde patienten at kontakte patientkontoret eller den regionale visitationsenhed, som er behjælpelig med at omvisitere til et privathospital, Danske Regioner har indgået aftale med (udvidet frit sygehusvalg).

Fokusgruppeinterviewene viser, at flere afdelinger har oprettet en lokal venteliste/stand-by-liste, som afdelingen benytter, når der kommer afbud. Afdelingen kan med kort varsel indkalde patienter fra listen, der fungerer som buffer ved afbud. Når patienterne henvender sig, oplyser patientrådgiver/-vejleder/-visitator eller sekretær om denne mulighed. Flere interviewpersoner fortalte om eksempler, hvor patienter, der havde fået en tid senere end 30 dage efter henvisning, fraveg deres ønske om udvidet frit sygehusvalg til fordel for tilbuddet om at komme på stand-by-listen.

Figur 4. Muligheder når sygehus 1 ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage⁸.



Undersøgelsen viser, at regionerne benytter to forskellige modeller for viderehenvisning:

- ◆ Én central regional enhed der koordinerer viderehenvisning ved frit sygehusvalg
- ◆ Kombination af central og afdelingsbaseret viderehenvisning ved frit sygehusvalg.

Region Hovedstaden har en samlet central enhed, der varetager viderehenvisning for alle sygehuse og specialer. De øvrige fire regioner har en kombination af central henvisning til private samarbejdssygehuse og udvidet frit sygehusvalg, og afdelingsbaseret viderehenvisning til frit sygehusvalg. Viderehenvisning foretages af en fælles patientrådgiver/-vejleder/-visitator for nogle specialer, mens det for andre specialer er afdelingssekretæren, der foretager viderehenvisning. Andelen af viderehenvisninger, der varetages centralt/decentralt, varierer i de enkelte regioner. I afsnit 4.4 beskriver vi kortfattet kort status for situationen i marts 2011.

⁷ Et samarbejdssygehus er et privat eller offentligt sygehus, regionen har indgået en aftale med angående behandling af bestemte patienter til en aftalt pris. Disse aftaler indgår som en del af regionens kapacitet.

⁸ Ud over de fire muligheder, der er angivet i figuren, har patienten også mulighed for frit sygehusvalg.

Central viderehenvielse – et case eksempel fra Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har central viderehenvielse. Især ved interviewet i Region Hovedstaden fik vi et godt indblik i arbejdet omkring viderehenvielse. Vi har derfor valgt at beskrive denne organiseringsform som et konkret case eksempel, hvor vi tager udgangspunkt i Region Hovedstadens erfaringer.

Region Hovedstaden har oprettet en central rådgivningsenhed, der varetager alle patienthenvendelser angående ønske om frit og udvidet frit sygehusvalg. Rådgivningsenheden er derfor den primære indgang til privathospitaler og andre samarbejdssygehuse.

Målet med den centrale rådgivningsenhed er at aflaste sekretærene på afdelingerne. Enheden er bemannet med 25 ansatte, heraf er 10 ansat i patientrådgivningen. Patientrådgivningen er organiseret i to hovedteams: medicinsk og kirurgisk. Disse er bygget op således, at de enkelte medarbejdere har kontakt til bestemte specialer. Medarbejderne samarbejder med personalet på afdelingerne og opbygger herigennem specifik viden om kapacitet, særlige problematikker etc. relateret til de afdelinger, de har kontakt til. Medarbejderne skifter specialeområde ca. hver 6. måned, således at deres behov for ny viden og enhedens behov for vidensdeling sikres.

Den løbende dialog om afdelingernes lokale kapacitet og ventetid sikrer, at patientrådgiveren/-vejlederen/-visitatoren er opdateret med lokal viden, når de skal rådgive patienter om sygehusvalg. De interviewede afdelingssekretærer fortæller, at patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne aflaster dem i forhold til telefonkontakt med patienter vedrørende frit og udvidet frit sygehusvalg.

Rådgivningsenheden har også tæt kontakt med de private sygehuse om aktuelle ventetider. Dette gælder ikke mindst på fedmeområdet, hvor der er stor forskel på ventetiderne.

Enheden holder sig orienteret om kapacitet og ventetid på tre måder:

1. *Vidensbank*: Rådgivningsenheden har oprettet en vidensbank, som rådgiverne løbende opdaterer, fx vedrørende specialefordeling, afdelingernes lokale kapacitet, ventetider mm. Et dynamisk dokument, som rådgiverne bruger en del tid på at holde opdateret. Informationerne bliver brugt direkte i rådgivning af patienter.
2. *Faste og ad hoc dialogmøder*: Rådgivningsenheden afholder løbende møder med afdelinger/specialer. Interval og intensitet er afhængig af lokale problemstillinger, hvad der aktuelt fylder i rådgivningsenheden, politisk bevågenhed mm. Enheden har faste møder med ortopædkirurgi i hele regionen om udnyttelse af fælles kapacitet.
3. *Selvudviklet overvågningssystem*: Rådgivningsenheden har sammen med ortopædkirurgien udviklet et system, hvor de enkelte afsnit melder ventetider ind én gang om ugen. Systemet er mere detaljeret end venteinfo, ligesom systemet er inddelt i subspecialer og diagnosekoder.

Rådgivningsenheden er i kontakt med de fleste af de patienter, som ikke får tilbudt behandlingstid inden for en måned. Enheden opfanger derfor relativt hurtigt, hvis der opstår særlige problemstillinger hos nogle patientgrupper – eksempelvis hvis nogle afdelinger har givet patienterne opfattelse af ret-tigheder, de ikke er reelt har. I sådan et tilfælde kontakter rådgivningsenheden afdelingen, så de ændrer deres information til patienterne.

Medarbejderne og lederen fra rådgivningsenheden pointerer i interview, at det er nødvendigt og værdifuldt med løbende dialog med afdelingerne. Dialogen giver rådgiverne indsigt i den aktuelle situation på afdelingerne, så rådgiverne kan forstå og forklare patienterne om deres muligheder mm.

I vores fokusgruppeinterview fortæller rådgivningsenhedens medarbejdere, at de oplever følgende udfordringer ved central viderehenvielse:

- ◆ Systemet kræver tæt samarbejde mellem rådgivningsenheden og de enkelte afdelinger/specialer
- ◆ De enkelte afdelinger inden for et speciale og rådgivningsenheden skal have en fælles forståelse af målsætningen.

Medarbejderne fra ortopædkirurgien fortæller, at deres erfaringer er, at rådgivningsenheden medvirker til at skabe overblik over fælles kapacitet og tilbyde behandling til flest mulige patienter i regionen. Baggrunden for, at samarbejdet mellem rådgivningsenheden og ortopædkirurgien er en succes, er blandt andet:

- ◆ Enighed og ønske om at udnytte den samlede kapacitet blandt de ortopædkirurgiske afdelingers overlæger. Overlægerne har udvidet fokus på drift og sammenhæng i egen afdeling til også at gælde den samlede ortopædkirurgiske kapacitet i regionen – man samarbejder til fælles glæde
- ◆ Fælles interesse i en central koordineringsenhed, hvilket opleves som en lettelse for sekretærerne på afdelingerne
- ◆ Fælles målsætning og enighed på alle niveauer
- ◆ Ekstraordinær politisk bevågenhed⁹
- ◆ Løbende møder og dialog mellem klinikken og den centrale enhed
- ◆ Synlig effekt ved at der er færre henvist til udvidet frit sygehusvalg. Dermed er der sparet penge.

Afdelingsbaseret eller delvis central viderehenvvisning

Fire regioner har på undersøgelsestidspunktet mere eller mindre decentral viderehenvvisning. Eksempelvis har Region Syddanmark en central viderehenvvisning til alle private samarbejdsygehuse og udvidet frit sygehusvalg, hvorimod almindeligt frit sygehusvalg til regionens øvrige offentlige sygehuse varetages decentralt på afdelingsniveau.

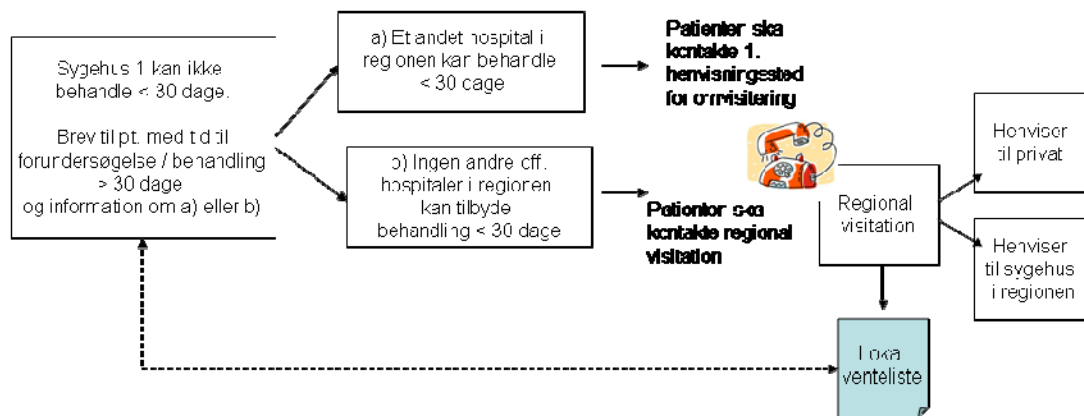
Flere informanter fortalte, at praksis i deres regioner er, at den afdeling, der har modtaget henvisningen, undersøger muligheden for behandling andre steder i regionen, ligesom de kontakter de sygehuse, regionen samarbejder med, før de sender brev til patienten.

Hvis der ikke er andre sygehuse i regionen, der kan tilbyde behandling, får patienten et brev fra afdelingen, der har modtaget henvisningen. I brevet står, at regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage, hvorfor patienten kan henvende sig til patientkontoret/den regionale rådgivningsenhed med henblik på information om mulighed for frit sygehusvalg herunder valg af private hospitaler.

Herefter kan patienten henvende sig telefonisk til afdelingen eller patientrådgiveren/-vejlederen/-visitatoren/den regionale visitationsenhed, der informerer om betingelser ved udvidet frit sygehusvalg. Ved henvendelse undersøger rådgiveren/vejlederen/visitatoren, om der er opstået ledig tid, siden patienten modtog sit brev, således at patienten kan tilbydes behandling på et af regionens sygehuse inden for de 30 dage.

⁹ Der har i alle regioner i en årrække været politisk bevågenhed på området. I det konkrete eksempel er der tale om, at en mediebegivenhed i en periode gav området en ekstraordinær politisk opmærksomhed.

Figur 5. Eksempel på delvis central visitation fra Region Midtjylland.



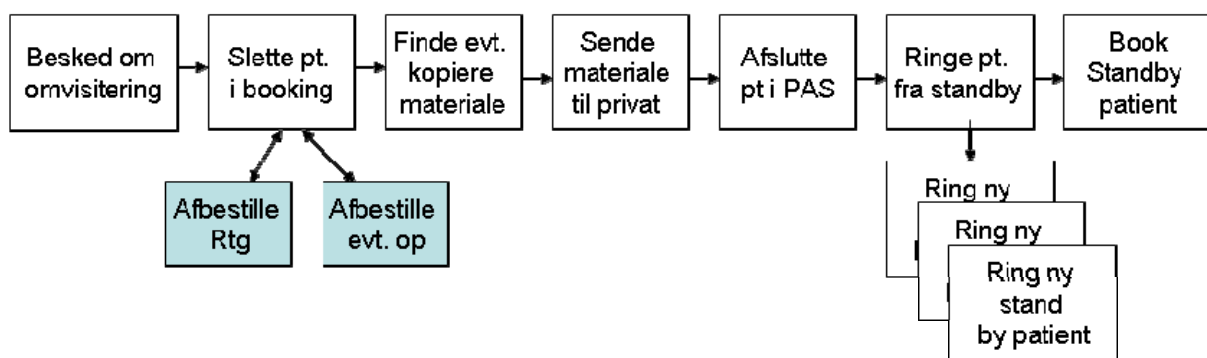
Som hovedregel er det sekretærer fra de kliniske afdelinger, der sender første brev med tid til patienterne.

3.3 Afslutning ved viderehenvisning

Når patienten er viderehenvist, skal patientrådgiveren/vejlederen/visitatoren eller afdelingen sende papirer, henvisning etc. til det nye sygehus, patienten er henvist til. Dernæst skal alle patientens aftaler aflyses, og patienten skal afsluttes administrativt, dvs. sekretæren registrerer og afslutter patienten i PAS-systemet. I nogle tilfælde suppleres med et notat i journalen.

Figur 6. Afslutning af patient der er viderevisiteret.

Trin 3



Hvis der findes en standby liste, kontakter sekretæren en ny patient, når hun har afsluttet den patient, der meldte afbud eller valgte et andet tilbud.

Sekretærene fra de kliniske afdelinger fortæller, at de bruger meget tid på ændringer og ombookinger. Dette gælder især patientgrupper, der får tid meget langt frem i tiden. Eksempelvis giver de overlæger, der visiterer patienter til fedmekirurgi, udtryk for, at det er fagligt utilfredsstillende at bruge tid på at visitere patienter, de alligevel aldrig ser, fordi en del patienter vælger at benytte udvidet frit sygehusvalg, når de tilbydes tid til behandling 1-2 år frem i tiden¹⁰.

En afdeling havde for at spare tid til ombooking sendt et brev til patienten, hvor der stod, at patienten kunne forvente indkaldelse til undersøgelse/behandling i en given uge, dvs. uden at angive en dato.

¹⁰ Nye retningslinjer for henvisning til fedmekirurgi forventes at føre til et væsentligt fald i antallet af denne type henvisninger, hvorved denne problemstilling reduceres.

Afdelingen fik besked om at ændre denne praksis, da lovgivningen fastlægger, at patienten skal have en dato til behandling.

Sekretærene oplyser, at de gennemsnitlig bruger 5-10 minutter pr. patient på booking, og ligeledes 5-10 minutter ved afslutning af en patient, der skal behandles andet sted. Altså benytter sekretæren 10-20 minutter pr. patient, der viderevisiteres. Dette gælder også patientgrupper, hvor regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage. Ud over den tid sekretærene bruger på booking og viderevisitering, kommer den tid, lægerne bruger til visitation.

Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne fortæller, at der generelt er meget travlt ved telefonen om mandagen, og at de i gennemsnit bruger ca. fem minutter pr. patient på rådgivning. Telefontiden varierer lidt, men hovedparten af rådgiverne har ca. tre timers telefontid dagligt.

4. Fælles udfordringer og idéer til inspiration

I dette afsnit redegøres for en række fælles udfordringer i relation til henvisning og visitation. Dernæst opstilles forskellige idéer til inspiration. De udvalgte idéer er fremkommet på baggrund af de problemer og løsningsforslag, der er identificeret på de afholdte fokusgruppeinterview og på det fælles seminar.

Undersøgelsen peger i retning af tre hovedudfordringer:

- ◆ Forbedret overblik over intern kapacitet, udbud og kontraktarbejde
- ◆ Bedre kommunikation og informationsmateriale
- ◆ Forbedring af arbejdsgange.

De enkelte afsnit er struktureret således, at de identificerede udfordringer præsenteres først, hvorefter de tilhørende idéer og løsninger beskrives i de efterfølgende underafsnit.

De forskellige interessenter har påpeget forskellige udfordringer. Baggrundsgruppen var på det første møde meget enige om, at det er en relativt stor udfordring, at få overblik over den samlede kapacitet i egen region. På de efterfølgende fokusgruppeinterview bekræfter medarbejdere på sygehusene og i regionerne, at den primære udfordring er at skabe overblik over kapacitet. Problemet omkring utilstrækkeligt overblik kan således give udfordringer i forhold til planlægning og strategiske overvejelser.

Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne og afdelingssekretærerne påpeger to væsentlige problemer. Det ene problem er relateret til anvendelse af ventefo, som er det primære redskab, disse medarbejdere benytter til at skabe overblik. Det andet problem er relateret til patientinformation. Samtlige interview viser, at regionerne og sygehusene gør sig stor umage for at sikre, at de udsender alt det informationsmateriale, som loven foreskriver. Det resulterer i, at patienterne modtager en meget stor mængde information, hvilket betyder, at der er en del patienter, der ikke kan finde de væsentlige informationer i det informationsmateriale, de modtager.

De interviewede ortopædkirurgiske overlæger, vi har talt med gennem møder, fokusgruppeinterviews og seminarer, fortæller, at kapacitetssituationen inden for deres speciale er forbedret, hvorfor de ikke oplever de store problemer i relation til henvisninger og visitationsarbejde. De interviewede overlæger inden for endokrinologi og fedmekirurgi oplever, at de dagligt har mange administrative opgaver med visitation af henvisninger vedrørende personer, der reelt ikke bliver deres patienter, da ventetiden er mere end et år¹¹.

Ud over disse problemstillinger blev der på flere interview identificeret forsinkelser og dobbeltarbejde i den daglige arbejdstilrettelæggelse.

Bilag 5 beskriver mere detaljeret de udfordringer og ideer, deltagerne drøftede på seminaret.

4.1 Forbedret overblik over kapacitet, udbud og kontraktarbejde

Intern kapacitetsudnyttelse i regionerne er kernen i denne undersøgelse. I alle fem regioner ønsker medarbejderne at få et bedre overblik over eksisterende og fremtidig kapacitet. Regionerne har behov for at sikre:

¹¹ Nye retningslinjer for henvisning til fedmekirurgi forventes at føre til et væsentligt fald i antallet af denne type henvisninger, hvorved denne problemstilling reduceres.

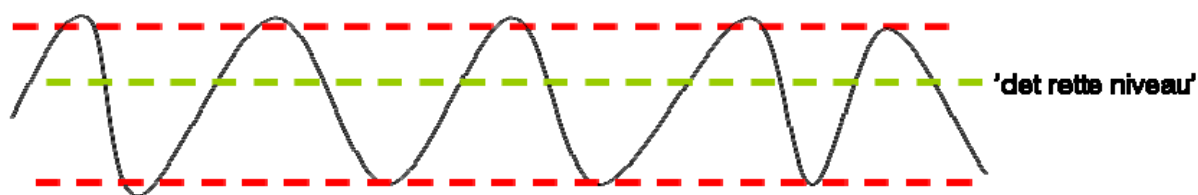
- ◆ At regionens egen kapacitet er udnyttet bedst muligt
- ◆ At det rette kapacitetsniveau er til stede, dvs. at der er sammenhæng mellem kapacitet og efterspørgsel.

For at opfylde disse to behov er der blandt andet brug for arbejdsgange og systemer, der kan give overblik baseret på valide og tidssvarende data.

At finde det rigtige kapacitetsniveau

Antallet af henvisninger varierer dag for dag og måned for måned, hvilket gør det til en udfordring at finde den rette balance mellem kapacitet og efterspørgsel.

Figur 7. Variation i antal henvisninger og kapacitetsniveau.



De to røde streger i figur 7 illustrerer henholdsvis over- eller underkapacitet. Udfordringen er at fastlægge niveauet for den grønne linje. Hvis kapaciteten er for lav, kan regionen ikke tilbyde behandling inden for 30 dage. Hvis kapaciteten er for høj, opstår der 'stille perioder', hvor ressourcerne ikke udnyttes optimalt.

Udbudsaftaler mm. udgør et fornuftigt buffersystem, hvor regionerne kan benytte samarbejdsygehuse i perioder med øget efterspørgsel. Samarbejdsaftalerne betyder, at regionerne kan tilbyde behandling inden for 30 dage til en aftalt pris. Udbudsaftalerne indebærer, at regionerne har indgået en aftale med private eller andre offentlige sygehuse, som forpligter sig til at varetage behandlinger til en fastsat pris. Nogle aftaler er rammeaftaler, og andre har valgt at indgå aftale et bestemt antal behandlinger med mulighed for udvidelse.

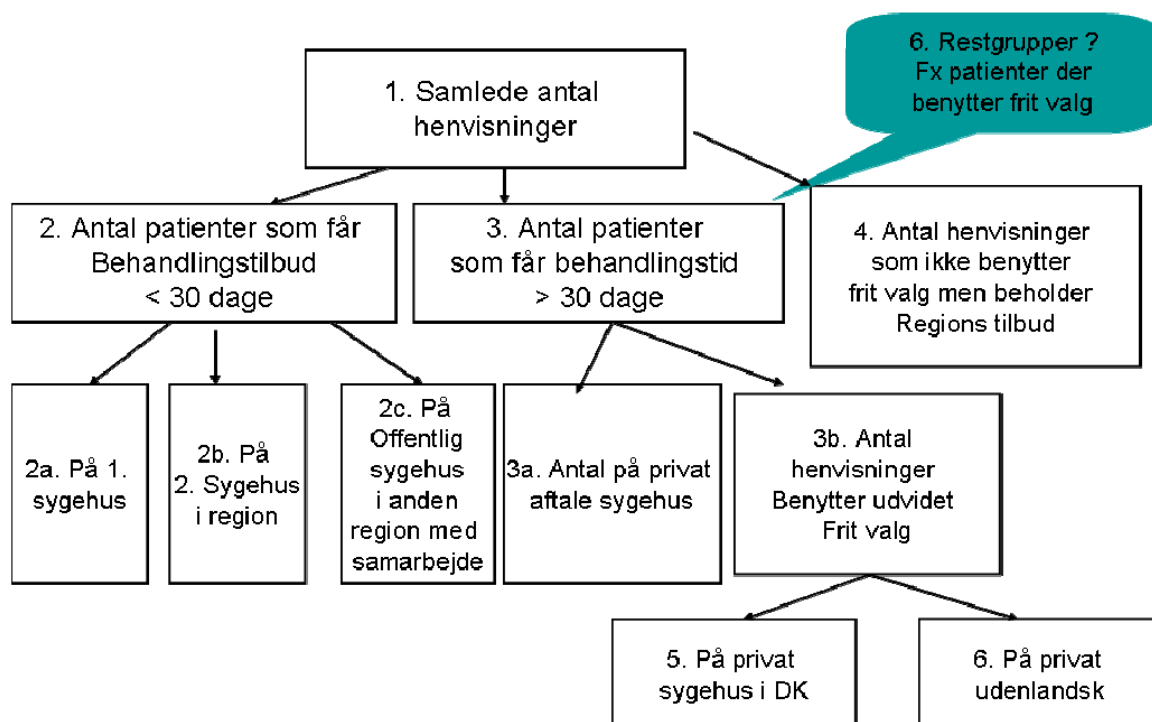
Datagrundlag til dannelse af overblik over behov og egen kapacitet

Selvom udnyttelse af egen kapacitet har stor politisk og økonomisk bevågenhed, er det et område, hvor det kan være vanskeligt at fremskaffe data, der kan give overblik.

På første møde i baggrundsgruppen blev det aftalt, at: *"Økonomi dækkes via sammenligning af antal henvisninger i alt, antal der benytter frit valg og udvidet frit valg"*, samt at data skulle *"Opgøres på 2. halvår – sidste del af 2009 og første del af 2010"*. Vi pilottestede derefter dataønskerne ved at kontakte medlemmer af baggrundsgruppen, herefter blev der fremsendt en vejledning og en tegning, der illustrerede undersøgelsens ønsker til data til de fem regioner – se figur 8.

Figur 8. Figur fremsendt til regionerne angående dataønsker til økonomi.

Data ønsker antal patienter/henvisninger



Tilbagemeldingen fra regionerne viser, at man i alle regioner har opbygget systemer, der betyder, at embedsmænd og politikere kan følge udviklingen i antal henvisninger til både private samarbejdssygehuse og private aftalesygehuse.

Når man kigger på det samlede system – altså både det samlede antal henvisninger til regionens sygehuse, udvikling og variation i egen kapacitet på de enkelte områder, og antal af henvisninger til hospitaler uden for regionen – viser undersøgelsen et mere varieret billede. Alle regioner har øje for problemstillingen, men man arbejder forskelligt med opgaven.

I alle regioner registrerer sekretæren på afdelingen modtagelse af henvisningen i sygehusets patient-administrative system (PAS). Tilbagemeldinger fra regionerne viser, at det kun er en region, der følger udviklingen i antal modtagne henvisninger systematisk. Regionen trækker listerne, som de anvender til at vurdere behov for at udvide egen kapacitet eller indgå aftaler om udbud mm.

De primære årsager til, at medarbejderne ikke kan trække lister, kan være et eller flere forhold:

- ◆ Ingen har efterspurgt antal henvisninger, som derfor ikke er indarbejdet i systemerne eller de daglige arbejdsrutiner.
- ◆ Personalet mangler viden om, hvordan de kan trække data ud af PAS.
- ◆ PAS-systemet (og eventuel tilhørende rapportgenerator) kan ikke vise en liste med disse data.

Denne undersøgelse kan ikke sige, om det er mangel på funktionalitet i it-systemerne, eller om det er mangel på viden om it-systemernes funktionalitet, der er årsagen til, at medarbejderne ikke har adgang til og bruger data.

Undersøgelsen viser som sagt, at der alle steder er fokus på information om udvikling i antal henvisninger til behandling uden for regionen, og at regionerne har forskellige procedurer og systemer til at forsøge at få overblik over kapacitet. Samtidig viser vores forespørgsel til baggrundsgruppen i efteråret 2010, at medarbejderne i fire af fem regioner ikke havde mulighed for at hente alle data. Medarbejderne fortæller, at de håber, det bliver muligt fremover, men at det er en krævende proces, som regionerne er gået i gang med.

"Jeg har sendt de tal, jeg har kunnet fremskaffe for ortopædkirurgi, og vi har ganske enkelt ikke resourcer til at gå hele eSundhed igennem på diagnoser og behandlingskoder for alle specialer. Jeg beklager, det er oplysninger, vi også gerne selv ville have til rådighed, men indtil vi får centraliseret henvisnings- og visitationsprocessen, så er der alt for mange aktører, der skal involveres."

Citat mail fra baggrundsgruppemedlem

Fra lokal viden til generel information – venteinfo

Generelt er viden om ventetid og bookinghorisont ikke indarbejdet i et fælles system. Viden om ventetid genereres hos de medarbejdere, der foretager booking af undersøgelse og behandling. Overblikket over ventetid og kapacitet findes i hovedet på sekretærer og bookingpersonale på de kliniske afdelinger, der via deres erfaring og daglige arbejde har en afdelingsspecifik og detaljeret viden om bookinghorisont og kapacitet.

Udfordringen er at få gjort den lokale afdelingsspecifikke og konkrete viden om ventetid og kapacitet mere tilgængelig og dermed mere transparent for regionens medarbejdere, så regionen kan få et samlet overblik over ledig kapacitet.

Www.venteinfo.dk er et af de redskaber, der findes til at få viden om ventetid på forskellige afdelinger. Venteinfo henvender sig til borgere, praktiserende læger, sygehuspersonale, regioner m.fl. Den meget heterogene brugergruppe giver udfordringer i forhold til valg af sproglige betegnelser og behov for detaljer.

Både personale fra regionerne, patientrådgiverne/vejlederne/visitatorerne og sekretærerne er enige om, at venteinfo ikke opfylder deres behov for opdateret viden om ventetider. De to primære problemer, medarbejdere fra regionerne og fra sygehusene oplever i relation til venteinfo, er:

- ◆ At kategorierne i venteinfo er for brede og inkonsistente. Ventetiderne er ofte kun relateret til anatomisk område og ikke beskrevet på procedure/operationsniveau. Eksempelvis er det ikke altid muligt at se, hvor lang ventetid der er for børn eller bestemte operationer mm.
- ◆ At data ikke er tidstro. Eksempelvis viser opslag på venteinfo den 6. januar 2011 flere eksempler på behandlingssteder, der ikke har opdateret deres ventetid siden august og september 2010¹². Informationer i venteinfo opdateres som hovedregel en gang månedligt¹³.

¹² Der er krav om, at private sygehuse skal opdatere en gang om måneden, men der er ikke krav til interval for opdatering for de offentlige sygehuse.

¹³ Nogle regioner har aftalt, at afdelingerne skal opdatere venteinfo, hvis der i perioden er forhold, der ændrer ventetiden væsentligt. Hvis den sidste opdatering er mere end en måned gammel, er teksten markeret med rød, så det er nemt at se i venteinfo.

Kort om venteinfo

I september 1998 blev www.venteinfo.dk etableret. Her opgøres ventetider for udvalgte behandlinger og operationer. I dag indeholder venteinfo ventetidsinformation for ca. 250 behandlinger (2).

Formålet med www.venteinfo.dk er at forbedre patienternes muligheder for at vælge udrednings- og behandlingssted med kortest ventetid. Indberetning er frivillig, men de fleste offentlige sygehuse indberetter mindst en gang om måneden. Danske regioner har aftalt med de private sygehuse, at de skal indberette ventetider en gang om måneden.

Teksten på [venteinfo](http://venteinfo.dk) gør opmærksom på, at tiderne er vejledende og opfordrer patienter til få hjælp hos egen læge, patientrådgiver/vejleder/visitator eller sygehuspersonale til at fortolke, hvor lang ventetiden er hos egen læge, patientrådgiver/vejleder/visitator eller sygehuspersonale.

Vores interview viser, at patientrådgiverne/vejlederne/visitatorerne m.fl. benytter [venteinfo](http://venteinfo.dk). Mange af patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne kontrollerer validiteten af oplysningerne ved at kontakte afdelingerne telefonisk, før de videregiver informationer til patienterne.

De ortopædkirurgiske afdelinger og den centrale enhed i Region Hovedstaden har samarbejdet om at udvikle et system, hvor de hver uge indberetter og opgør kapacitet på et mere detaljeret niveau end oplysningerne i [venteinfo](http://venteinfo.dk). Regionen arbejder stadig med at forbedre og udvikle systemet, men deltagerne vurderer, at systemets detaljeringsgrad giver et bedre overblik over kapacitet end [venteinfo](http://venteinfo.dk).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner har tidligere gennemført en undersøgelse af [venteinfo](http://venteinfo.dk) (2). Undersøgelsen peger på, at der skal udarbejdes en bedre og mere stringent vejledning, samt at der skal udarbejdes en ny indberetningsdel, så indberetningen kan foretages mere løbende. Herudover skal der nedsættes en følgegruppe. Undersøgelsens resultat er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk. I Bilag 4 ses anbefalinger og hovedkonklusioner fra rapporten om indberetning af ventetider.

Som følge af ovenstående undersøgelse blev der nedsat en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppen skulle revidere kategorierne samt se på 'en teknisk modernisering' af systemet.

De behov, der er fremkommet omkring [venteinfo](http://venteinfo.dk) i denne undersøgelse, er således ikke hverken overraskende eller ukendte. Som det ses af tabel 2, er disse idéer i tråd med løsningerne fra den tidligere rapport på området, hvorfor vi anbefaler at afvente resultater fra det allerede igangsatte arbejde, før eventuelle nye tiltag iværksættes.

Tabel 1. Problemer og forslag fra seminaret angående [venteinfo](http://venteinfo.dk)

Idéer fra seminaret: Venteinfo
<i>Differentiering og opdeling af venteinfo i borgerdel & personale</i> Der blev stillet forslag om at opdele venteinfo i en patientdel/borgerdel og en del, der kun er tilgængelig for sundhedspersonale. Derved kunne man målrette sprog og informationer til henholdsvis borgere og personale.
<i>Mere specifikke informationer</i> Sundhedspersonalet har behov for meget specifikke informationer om ventetider på procedureniveau for at kunne viderehenvise rigtigt.
<i>Hyppigere opdateringer</i> På tværs af regionerne var man enige om, at det ville være en god ide med hyppigere og mere regelmæssige opdateringer af venteinfo – og man var enige om, at det er noget, som kan aftales regionerne imellem uden ændringer i det eksisterende system og uden behov for ændringer af formelle eksisterende aftaler.

I de følgende fem afsnit beskriver vi fem forslag, der kan medvirke til at forbedre gennemsigtighed og udnyttelse af egen kapacitet.

4.1.1 *Central informations- og rådgivningsenhed*

Undersøgelsen viser, at så længe der ikke findes it-systemer, der kan samle al relevant data, er såvel formelt som uformelt samarbejde mellem centrale medarbejdere og sekretærer på de enkelte afdelinger afgørende for at bringe viden fra det afdelingsspecifikke til det regionale niveau.

Undersøgelsen peger på, at en central enhed kan medvirke til at forbedre arbejdet med viderehenvisninger i relation til at tilbyde behandling på regionens sygehuse inden for 30 dage. De to væsentligste årsager til succes ved central rådgivning er:

- ◆ *Viden samlet i en central enhed giver overblik.* En forudsætning for succes er tæt kontakt med de kliniske afdelinger og indberetning fra afdelingerne. Indberetninger er grundlaget for, at patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne kan vide, hvor de kan tilbyde behandlinger på andre sygehuse i regionen.
- ◆ *Den centrale enhed har mulighed for at sikre en ensartet rådgivning.* Medarbejderne fra den centrale enhed er dagligt i dialog med patienter fra mange specialer og forskellige afdelinger. Enhedens medarbejdere kan dermed høre, hvis der er afdelinger, som har misforstået eller fejlfortolket retningslinjer vedrørende frit eller udvidet frit sygehusvalg. Rådgivningsenheden kan kontakte afdelingen og rette misforståelser. Samtidig vil en fælles enhed bedre kunne sikre en fælles forståelse og tolkning af retningslinjer, således at patienterne får ensartet information.

4.1.2 *Overlæger fra samme speciale samarbejder om kapacitetsudnyttelse i hele regionen*

Undersøgelsen viser, at der har været øget politisk fokus på det ortopædkirurgiske område. Flere regioner fortæller, at dette fokus har medvirket til, at regionen nu udnytter sin egen kapacitet bedre, samtidig med at kapaciteten på det ortopædiske område nu nærmer sig en fornuftig balance¹⁴ mellem udbud og efterspørgsel.

Personale fra Region Hovedstaden fortæller, at den øgede politiske interesse har været afgørende for at skabe en fælles målsætning om kapacitetsudnyttelse på overlægeplan, som har medvirket til, at der i Region Hovedstaden er etableret et godt og stærkt netværk mellem de ortopædkirurgiske afdelinger.

De ortopædkirurgiske afdelingsledelser mødes og drøfter fælles kapacitet en gang månedligt. De regelmæssige møder og det personlige kendskab til hinanden betyder, at der på afdelingsledelsesplan er en gensidig interesse for at udnytte den samlede kapacitet. Hvor overlægerne tidligere fokuserede på at optimere egen afdeling, er der nu en fælles interesse og accept for at forbedre udnyttelse af regional kapacitet, som eksempelvis betyder, at afdelingerne accepterer hinandens forundersøgelser samt at lægerne arbejder for at koordinere ferieplaner på tværs af sygehuse.

Denne fælles kapacitetsforståelse og samarbejde er sket gradvist. Den tidligere tradition for høj produktion og prestige i egen afdeling er gradvist ændret hen imod en højere grad af koncerntankegang.

¹⁴ Der er dog stadig subspecialer, hvor regionerne ikke har kapacitet.

4.1.3 Systematisk overvågning og prioritering af egne behandlinger versus udbud

Som nævnt har det været vanskeligt for regionerne at indsamle data omkring det samlede antal henvisninger og antal henvisninger til udvidet frit sygehusvalg, samt at sammenholde udgifterne mellem egne behandlinger og udgifter til udvidet frit sygehusvalg.

Intern undersøgelse i Region Midtjylland – anvendelse af udvidet frit sygehusvalg og udbudsaftaler

Region Midtjylland indgik pr. 1. juli 2010 seks udbudsaftaler inden for det ortopædkirurgiske speciale. Som led i den løbende opfølgning på udviklingen på området, konstaterede Region Midtjylland i løbet af 2010, at 30-40 % af de patienter, der henvendte sig til Patientkontoret for at blive omvisiteret til privathospital, blev henvist til udvidet frit sygehusvalg i stedet for at benytte en af de etablerede udbudsaftaler.

Behandlinger foretaget under udvidet frit valg vurderedes af Region Midtjylland at være 20-25 % dyrere¹⁵ end tilsvarende behandling på et af regionens egne sygehuse. På baggrund af dette, igangsatte regionen i 2010 en intern undersøgelse, der skulle analysere årsagerne til, at patienter blev viderehenvist til udvidet frit sygehusvalg på de områder, hvor regionen havde indgået udbudsaftaler.

Undersøgelsen blev forberedt af patientrådgiveren/-vejlederen/-visitatoren. Herefter brugte fire medarbejdere og en studentermedhjælper en dag på at gennemgå 197 henvisninger¹⁶ til udvidet frit sygehusvalg med henblik på at analysere, hvorfor udbudsaftalerne ikke blev benyttet.

Analysen af anvendelsesmønstre resulterede i et overblik over problemer og årsager til, at patienterne var blevet tilbudt udvidet frit sygehusvalg i stedet for at få et behandlingstilbud inden for rammerne af udbudsaftalen.

Region Midtjyllands undersøgelse viste, at halvdelen af henvisningerne skyldes to ting. Enten var diagnose eller operationskoder ikke nævnt i udbudsmaterialet (ca. 30 %), eller også havde de private udbydere ikke kunnet tilbyde behandling inden for 30 dage (ca. 20 %). Herudover var der ca. 14 % af patienterne, der havde fået et forkert informationsbrev. Selvom brevet ikke i sig selv gav patienten ret til udvidet frit sygehusvalg, medførte informationsbrevet, at det var overordentlig vanskeligt for patientkontoret at dokumentere, at der var givet et behandlingstilbud inden for 30 dage. De resterende henvisninger omfattede: børn, aflyste operationer, fejlregistreringer mm.

På baggrund af analysen blev der opstillet en række idéer. Eksempelvis bedre dialog omkring tolkning og indhold i aftaler, backup-aftaler med andre sygehuse, sanktioner ved manglende overholdelse af behandlingstilbud inden for 30 dage, opfølgning og dialog med afdelinger, der sender forkerte breve etc.

Idéerne er relateret til de enkelte problemstillinger, og der er udpeget en enhed, der er ansvarlig for iværksættelse af tiltag til forbedring.

Opfølgning på undersøgelsen har efterfølgende resulteret i højere procentsatser på flere områder, dvs. at patienterne i højere grad henvises til et privat samarbejdssygehus end efter reglerne om udvidet frit valg. Undersøgelsen gentages på udvalgte områder i foråret 2011 i forbindelse med forberedelse til en ny udbudsrunde.

¹⁵ Vurderet ud fra 2010 takster.

¹⁶ I undersøgelsesperioden blev 467 patienter omvisiteret til et privathospital. 197 af disse blev henvist til udvidet frit sygehusvalg (42 %).

Systematisk overvågning

Flere regioner arbejder med at forbedre mulighederne for at følge udviklingen på området, ligesom regionerne benytter databaser til at trække oplysninger, som de benytter i planlægningen.

Region Syddanmark har i 2008 oprettet en database, hvor de kan trække statistikker omkring:

- ◆ antal personer, der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg
- ◆ antal personer, der har benyttet sig af et privat samarbejdssygehus
- ◆ hvilke afdelinger, der omvisiteres fra
- ◆ hvilke diagnoser/procedurer, der omvisiteres til.

Region Nordjylland har indført en systematisk overvågning af ændringer i forhold til anvendelse af privathospitaler baseret på data fra deres PAS-system. Administrative medarbejdere i Region Nordjylland trækker hver uge lister fra PAS-systemet, hvor de systematisk undersøger:

- ◆ Hvilke patientgrupper der henvises til privatsygehuse?
- ◆ Sker der ændring i mønsteret for henvisninger til privatsygehuse?

Ved ændringer kontakter medarbejderne afdelingen. Medarbejderen fra regionen vurderer i samråd med afdelingen, om situationen er midlertidig eller mere permanent. Herefter overvejer planlægningsenheden i regionen, hvad der er den bedste løsning:

- ◆ at udvide området
- ◆ at starte et meraktivitetsprojekt¹⁷
- ◆ at indlede en udbudsforretning.

Medarbejdere fra regionen fortæller, der er tre væsentlige problemer ved at benytte deres PAS-system til at vurdere kapacitet:

- ◆ DRG-takster afspejler ikke nødvendigvis de omkostninger, regionen har til behandling.
- ◆ PAS-koderne er knyttet til diagnoser og ikke procedurer. Regionen kan se, at der henvises 'skuldre eller rygge', men ikke hvilke behandlinger eller procedurer der henvises til.
- ◆ Registreringen og overvågningen er bagudrettet og viser, hvor mange der ventede sidste uge. Det er ikke muligt at se fremtidig kapacitet eller behov. Regionen kan kun se, hvem der blev viderehenvist i sidste uge.

Systematisk kapacitetsovervågning udføres foreløbig kun på udvalgte områder, men området udvikles stadig. Regionen håber at reducere nogle af de manuelle opgaver relateret til data og gøre analysearbejdet mere automatisk.

4.1.4 Krav til samarbejdspartnere indarbejdet i kontrakter

Regionerne indgår efter udbud kontrakter med private samarbejdspartnere, og der indgås offentlige samarbejdsaftaler med aftale om pris for behandling(er). Denne undersøgelse afslører i tråd med undersøgelsen fra Region Midtjylland, at regionerne i nogle tilfælde er blevet 'overraskede' over fortolkning af indhold i kontrakterne. Ligeledes kom det frem i fokusgruppeinterview, at en region havde forhandlet ekstra ydelser i form af knowhow og uddannelse ind i kontrakten.

¹⁷ Dvs. at udvide kapacitet midlertidigt.

Kontraktindgåelse på samlet behandlingsforløb uden ekstraregninger

En region fortalte, at de ikke havde været opmærksomme på, at kontrakten ikke indeholdt de ydelser, regionen normalt anså som en del af behandlingen. Regionen havde opfattet kontrakten dækkede 'hele behandlingen', men en privat samarbejdspartner vurderede opgaven som en ekstra ydelse, hvorfor regionen modtog en ekstra regning for dette. Sårskift og fjernelse af sting efter operation er eksempler på opgaver, regionen fik ekstra regning på. Regionen igangsatte et analysearbejde med det formål at afdække de samlede behandlingsopgaver, således at regionen var bedre rustet i forbindelse med definerings af kontraktens omfang. Målet var at sikre, at fremtidige aftaler omfattede behandlingsforløb, hvor alle opgaver og procedurer var inkluderet.

Eksemplet viser, at regionerne skal være opmærksomme på, at der kan være forskellige opfattelser af, hvad der er en del af behandlingsforløbet, og hvad der er tillægsydelser. Ligeledes viser analysen fra Region Midtjylland, at regionerne bør sikre sig, at kontrakten indeholder aftale om eventuelle konsekvenser, hvis samarbejdspartneren ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage.

4.2 Bedre kommunikation mellem region, sygehus og patient

Undersøgelsen afslører en række udfordringer i forhold til kommunikation og information. De fire væsentligste udfordringer relateret til kommunikation er:

- ◆ Patienter overinformeres med generel information
- ◆ Nogle patienter mangler information relateret til behandling og komplikationer
- ◆ Lovteksten kan være svær at forstå, og det kan medføre lokale fortolkninger
- ◆ Henvisninger fra praktiserende læge er ofte mangelfulde.

Patienterne overinformeres

Sundhedslovens § 90 angiver regionernes oplysningspligt forholdsvis detaljeret. Deltagerne fra de fem fokusgruppeinterview er enige om, at patienterne modtager meget information, de ikke altid forstår, når de bliver indkaldt til undersøgelse og behandling. Alle regioner benytter standardbreve ved indkaldelse af patienter. Antallet af standardbreve varierer fra region til region, og hver region har sine egne standardbreve. Ud over indkaldelsesbrevet vedlægges informationsmateriale i form af pjecer om frit og udvidet frit sygehusvalg, parkering etc.

I forbindelse med interview fik vi eksempler på informationsbreve og de pakker med informationsmateriale, afdelingerne sender til patienterne. Generelt er billedet, at der er tale om meget materiale. Mængden kan i sig selv være overvældende og uoverskuelig, ikke mindst for borgere der ikke er vant til at læse. I nedenstående tekstboks har vi beskrevet indholdet i en tilfældig informationspakke, men billedet er ens for alle de eksempler, vi har modtaget. Indholdet kan være svært at forstå, og der er tale om en heterogen samling af materiale fra forskellige afsendere, der har hver sit formål med informationen.

Eksempel på indhold i informationsbrev:

Vejviser – kort over sygehus: 10 sider 11x21 cm

Indkaldelsesbrev – tid og sted for undersøgelse, info om frit og udvidet frit sygehusvalg: en side A4

Oplysnings-skema – skema patienten skal udfylde ang. stamdata, tidl. indlæggelser mm.: en side A4

Samtykkeerklæring om videregivelse af helbredsoplysninger: to sider A4

Print fra venteinfo om ventetider: tre sider A4

Pjece fra ministeriet: 12 sider A5

I alt 7 A4 sider, 12 A5 sider + pjece på 10 sider = 29 sider i forskelligt format

Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne og sekretærene oplever, at mange patienter ikke kan overskue og selektere informationen, med det resultat at patienterne indimellem overser de vigtige og relevante informationer. Dernæst fortæller sekretærer og patientrådgivere/-vejledere/-visitatorer fra samtlige fokusgruppeinterview, at de kan høre på patienternes spørgsmål, at en relativt stor del af patienterne slet ikke har læst det tilsendte materiale.

Eksempelvis ringer patienterne til afdelingerne, selvom det står i brevet, at patienten skal ringe til patientrådgivning. Ligeledes er der flere patienter, der ikke har forstået, at deres ret til befordringsgodtgørelse bortfalder, hvis de vælger privat sygehus, selvom det er oplyst i materialet.

I alle interview fremgik det, at de medarbejdere, der sender brevene ud, er klar over, at mange patienter har svært ved at overskue informationen. Når personalet alligevel vælger at sende så meget materiale ud, skyldes det det eksisterende regelsæt. Medarbejderne er meget opmærksomme på at overholde oplysningspligten over for borgerne og vil ikke risikere, at deres afdeling eller deres region ikke overholder eksisterende regler.

Information om behandlingsmulighed og valgmuligheder mangler ved udfyldelse af henvisning

Et aspekt, som kom frem under interview, var, at personale tilknyttet fedmeområdet oplever, at der er patienter, som har fået tid til behandling, der fraviger deres ønske, når de informeres om bivirkninger ved operation. Det er personalets opfattelse, at en del patienter er mangelfuldt oplyst om komplikationer mm., før henvisende læge sender henvisningen.

Ikke overraskende er der forskel på patienternes prioritering. Nogle patienter ønsker behandling på det lokale sygehus frem for en hurtigere behandlingstid på et sygehus længere væk, mens andre ønsker tid hurtigst mulig, uanset hvor de kan behandles. Interviewpersonerne giver udtryk for, at de i nogle tilfælde bruger en del administrativ tid på at finde behandlingstilbud inden for 30 dage til patienter, som i virkeligheden ønsker noget andet.

Lovteksten er svær, og det kan medføre lokale fortolkninger

I alle regioner har man udarbejdet vejledninger til bl.a. sekretærene, som beskriver, hvilke breve de skal sende til hvilke patienter. Hensigten er naturligvis at hjælpe de udførende niveauer med at forvalte loven om frit og udvidet frit sygehusvalg. Interviewene viser, at der alligevel løbende opstår tvivls-spørgsmål om fortolkning lokalt.

I interviewmaterialet fortalte sekretærene, hvordan de indimellem har fortolket reglerne fra sag til sag, når de har været i tvivl. En af konsekvenserne kan være, at der opstår forskellig praksis inden for den samme region. Gennem interviewene kom det også frem, at nogle sekretærer ikke var klar over, hvor de kunne henvende sig, når de kom i tvivl.

Et sted havde tidligere sendt brev til patienterne uden angivelse af konkret behandlingstid¹⁸, hvilket ikke er i overensstemmelse med loven, og afdelingen måtte ændre dette.

Medarbejderne i regionerne kom med et andet eksempel på forskellig fortolkning. Regionsmedarbejderne diskuterede, om det er tilladt 'bare' at henvise til www.venteinfo.dk, eller om regionen skal medsende print af [venteinfo](http://www.venteinfo.dk)¹⁹.

Begge ovenstående eksempler illustrerer, at reglerne omkring frit og udvidet frit sygehusvalg er komplicerede for såvel patienter som for personale.

Henvisninger fra praktiserende læger er ofte mangelfulde

Fokusgruppeinterviewene og deltagerne på seminaret tilkendegav, at personale alle steder oplever, at de modtager for mange mangelfulde henvisninger fra de praktiserende læger. Henvisningerne mangler relevante informationer til brug for vurdering af behandlingstilbud og behandlingssted. Ud over tid til opklaring og fremfindelse af relevante oplysninger er problemet, at tiden tæller fra modtagelse af henvisning, også selvom henvisningen ikke indeholder relevante oplysninger eller peger på en bestemt behandling.

De mangelfulde henvisninger kræver ekstra arbejde, og sagsbehandlingen forsinkes med det resultat, at tiden går med administrativ opklaring, så patienten får tilbudt udvidet frit sygehusvalg, selvom regionen reelt havde kapacitet til at gennemføre et behandlingstilbud på tidspunktet for modtagelse af henvisningen.

4.2.1 Anvendelse af kommunikationsmedarbejder

Lovgivningen omkring frit og udvidet frit sygehusvalg angiver, hvilke informationer patienterne skal have. Undersøgelsen viser, at regionerne og sygehuse i høj grad lever op til lovens krav om information, hvilket har den konsekvens, at nogle patienter 'overloades' med informationer, de ikke kan forstå og forholde sig til.

På baggrund af interview og gennemgang af de tilsendte eksempler på informationsbreve, anbefaler vi, at regionerne gennemgår og forbedrer informationsmaterialet, således at en person, der er vant til at arbejde med kommunikation gennemgår, strukturerer og målretter informationsmaterialet til patienterne, således at materialet overholder lovgivningen samtidig med, at det er 'nemt at finde rundt i', også for patienter der ikke er vant til at læse den type materiale.

Både under interview og på seminaret drøftede deltagerne mulighed for besparelse på portoudgiften til de mange breve. Med en porto på 24 kr.²⁰ for maxibrev + omkostninger til trykning, manuel samling og afsendelse er omkostningerne til udsendelse af breve ikke uvæsentlige. Herudover kommer resourceforbrug til klargørelse, trykning, pakning, lager etc. En gennemgang af materialet kan eventuelt også medføre en reduktion i udgifter til porto og pakkeomkostninger.

Det er vores vurdering, at gennemgang, strukturering og bedre layout kan gøre informationsmaterialet mere læsevenligt og forståeligt, hvilket både vil medvirke til en bedre service for borgerne, men også en formodet besparelse i form af færre telefonsamtaler. En bedre skriftlig information skal dog ikke erstatte mulighed for dialog med patientrådgiver/-vejleder/-visitator.

¹⁸ Afdelingen sparede på denne måde ressourcer på at booke og ombooke patienter, når de først bookede patienterne senere i forløbet, brugte de ikke tid på at booke de patienter, som ønskede at benytte udvidet frit valg.

¹⁹ I vejledningen fra Danske Regioner står: "Der skal oplyses om ventetiden på bopælsregionens egne sygehuse, samarbejdssygehuse, andre regionale sygehuse og relevante private specialsygehuse. Det vil normalt være tilstrækkeligt at give de oplysninger, som kan findes på www.venteinfo.dk". (3)

²⁰ 2011-priser.

4.2.2 Mundtlig dialog med patientrådgiver/-vejleder/-visitator øger information til patient

Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne fortæller, de primært rådgiver patienterne i telefonen. Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne foretager både vejledning og administrativ opfølgning, samt vedligeholdelse af viden om kapacitet mm.

I flere regioner har en stor del af patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne arbejdet i klinikken, før de blev rådgivere, så de har kendskab til rutiner og administrative opgaver i klinikken. Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne benytter forskellige opslagsværker og it-systemer som eksempelvis venteinfo, men der er regionale forskelle på om patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne har adgang til eksempelvis folkeregisteret mm.

Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne forklarer patienterne, hvilke regler for befordring, hjælpemidler mm. der gælder i forhold til det valg, patienten er ved at foretage. Patienterne er ikke altid klar over, at eksempelvis kørselstilskud bortfalder, hvis de vælger behandling på privat hospital. Flere patientrådgivere/-vejledere/-visitatorer fortæller, at de oplever, patienter der efter information fra patientrådgiveren/-vejlederen/-visitatoren beholder den tilbudte behandlingstid, og fraviger deres initiale ønske om at benytte udvidet frit sygehusvalg.

Rådgivningen supplerer den generelle skriftlige information. Den direkte kommunikation betyder, at rådgiveren kan sikre sig, at patienten har forstået muligheder og konsekvenser af sit valg.

Dialog og telefonisk rådgivning er mere ressourcekrævende end skriftligt materiale, men erfaringerne fra undersøgelsen viser, at rådgivning medvirker til en kvalitativt bedre information, samt at patienterne i nogle tilfælde beholder det regionale behandlingstilbud efter rådgivning, selvom der er ventetid på mere end 30 dage. Et af de problemer, som alle rådgivningsenhederne i interview beskriver, er, at der periodevis kan være ventetid på at komme igennem. Problemet er størst mandag eller efter periode med helligdage. Nogle regioner beskriver på deres hjemmeside, hvilke tidspunkter der kan være ventetid. I de efterfølgende kommentarer fra regionerne er der flere som påpeger, at der ikke længere er ventetid i forbindelse med opkald til patientrådgiver/-vejleder/-visitator.

4.2.3 Øget synlighed af vidensressourcer vedrørende love og regler

Interviewene viser, at det kan være svært for sekretærerne, der sidder decentralt på de kliniske afdelinger, at have overblik over love og regler. Sekretærerne fortæller, at de forsøger at løse opgaverne, men når de bliver i tvivl, mangler de viden om, hvor de kan henvende sig. Vores fornemmelse siger også, at sekretærerne har en forventning om, at de bør kunne løse opgaven, og at forventningen til dem selv gør det svært at 'bede om hjælp'. Fokusgruppeinterviewene, hvor der deltog flere sekretærer, viste således, at der nogle steder var forskellig praksis fra afdeling til afdeling inden for den samme region. Da der centralt i alle regionerne er ansat medarbejdere med bred viden om gældende regler og lovgivning, oplever vi, at der er et behov for øget viden begge veje. Dvs. at de centrale medarbejdere, der er specialister i forhold til lovgivning mm., får viden om, hvilken viden der mangler lokalt, samt at de lokale sekretærer får viden om, hvilke muligheder de har for at hente hjælp og vejledning fra de centrale specialister.

4.2.4 Patienten prioriterer hos praktiserende læge

Overlægerne på seminaret pointerede meget klart, at 'visitationen starter hos den praktiserende læge', hvor der skabes forventninger til behandlingstilbud og behandlingssted.

Region Midtjylland etablerede i 2010 et elektivt visitationscenter (EVC) som en forsøgsordning. I den forbindelse har de praktiserende læger godkendt, at de fremover tager dialogen med patienten, om

patienten prioriterer hurtig behandling, eller om patienten ønsker at komme på et bestemt hospital uanset ventetid.

Hvis patienten ønsker behandling på et bestemt hospital uanset ventetid, skal den praktiserende læge anføre det på henvisningen. Er der ikke på henvisningen påført et specifikt ønske om behandlingssted, forventes det, at patienten ønsker den hurtigst mulige tid til behandling. Når et hospital modtager en henvisning uden anførelse af et specifikt ønske om behandlingssted, undersøger hospitalet, om de har mulighed for at tilbyde patienten en tid inden for behandlingsfristen. Er det ikke muligt, videresendes henvisningen til det elektive visitationscenter. EVC modtager information om ledig kapacitet fra alle hospitaler i regionen og kan derfor matche nye henvisninger med ledige tider. Region Midtjylland forventer, at de kan spare ressourcer til en del ombookinger, når henvisningerne allerede er kategoriseret ved modtagelsen.

4.2.5 Forbedring af henvisninger

Problemer med mangelfulde henvisninger er ikke nyt. Det har i mange år været en akilleshæl i kommunikationen mellem primær og sekundær sektor. Deltagerne på seminaret påpegede, at ændringer som følge af den nye specialeplan sandsynligvis vil betyde, at det bliver endnu sværere at finde frem til den rigtige behandlingsenhed, hvorfor overlægerne frygter, de får endnu flere henvisninger, der skulle have været et andet sted. På seminaret fortalte en af overlægerne, at han i dag har 10-15 % fejlhenvisninger.

På seminaret kom en række konkrete forslag til forbedring af henvisningspraksis frem:

- ◆ *Prædefinerede skabeloner* med felter der skal udfyldes, før henvisningen kan sendes, således at systemet forhindrer, at mangelfulde henvisninger sendes. En sådan løsning kræver enighed om, hvilke informationer der er nødvendige. Ligeledes kræver arbejdet, at disse skabeloner indarbejdes i henvisnings-standarder.
- ◆ *At patienten prioriterer hos praktiserende læge – er beskrevet i 4.2.2.*
- ◆ *Elektronisk visitationshåndbog* med information om afdelingernes behandlingsfunktioner og niveau (hovedfunktionsniveau, basisfunktionsniveau mm.), således at praktiserende læge og sygehuslæger kan slå specialeniveau op. Der skal afsættes ressourcer til oprettelse og vedligeholdelse, ligesom der skal indarbejdes procedurer for opdatering ved ændringer. En sådan håndbog formodes at medvirke til hurtigere og smidigere henvisningshåndtering.
- ◆ *Akkreditering af praktiserende læger/henvisninger* således at regionerne kan kræve, at praktiserende læger lever op til et foruddefineret kvalitetsniveau.
- ◆ *Øget dialog* med praktiserende læger om henvisningspraksis samt ønske dialog med de praktiserende læger om bedre og mere præcis henvisnings og visitationspraksis – både med henblik på tidlig afklaring af patientens prioritering (geografi eller ventetid) og med henblik på at sikre, at henvisningen sendes til den rigtige afdeling.

4.3 Forbedring af arbejdsgange og opgaveglidning

Kortlægning af henvisnings- og visitationspraksis viser, at der ud over de overordnede strukturelle udfordringer også er en række lokale arbejdsprocesser, som kan styrkes.

Tunge papirgange og print af elektroniske henvisninger

Det er overraskende, at store dele af sagsbehandlingen foregår på papir og dermed er afhængig af intern og ekstern post. Mere end 80 % af henvisningerne modtages elektronisk. Alligevel sendes me-

get papir og fax mellem de forskellige enheder. Medarbejderne var i flere fokusgruppeinterview inde på, at nogle af disse papir- og postgange forsinkes og besværliggør processerne.

Det vides fra tidligere undersøgelser, at der er flere steder, der har EPJ, men i de fokusgruppeinterviews, der er gennemført i denne undersøgelse, har vi kun hørt om et sted (Randers i Region Midtjylland), hvor lægerne visiterer i den elektroniske patientjournal.

På Hvidovre Hospital modtages alle e-henvisninger centralt, hvor de printes ud, så de kan sendes med intern post til afdelingerne dagen efter modtagelse – altså mindst en dags forsinkelse, risiko for fejlpost og anvendelse af ekstra ressourcer til postomdeling og sortering.

Et andet sted på et sygehus med flere matrikler, modtages og sorteres henvisningerne på hovedsygehuset, hvorefter de elektroniske henvisninger printes ud og køres med taxa til de øvrige sygehuse.

Få visiterende læger og nedprioritering af visitationsopgave

Alle steder er det speciallæger, der visiterer. Nogle steder er det en bestemt læge – ofte den ledende overlæge – andre steder er visitationen opdelt, så overlæger i de forskellige subspecialer visiterer egne patienter. Der er forskel på, om der visiteres dagligt eller 3-4 gange ugentligt. Flere sekretærer fortæller, at der ikke er en fast praksis med visitation om formiddagen. Da sekretæren ikke kan begynde booking, før visitationen er afsluttet, betyder visitation sent på dagen, at der kan gå en dag ekstra, før booking kan begynde. Kun et sted fortæller, at de ikke kan nå at visitere og dermed besvare henvisning inden for otte dage. Her sender sekretæren kvitteringsbrev for modtagelse af henvisning før visitation.

Meget administrationsarbejde vedrørende fedmepatienter der ikke behandles på afdelingen

Alle regioner har oplevet en stor stigning i antallet af henvisninger til fedmeoperationer, og der er i dag ca. 1-2 års ventetid på kirurgisk behandling af fedme i regionerne. På interviewtidspunktet gav dette anledning til en lang række ulemper. Arbejdsprocedurerne i forbindelse med visitation af patienter, som lægerne på forhånd vidste ikke ville kunne tilbydes behandling i eget regi, opleves frustrerende og utilfredsstillende. Også i de tilfælde, hvor afdelingen kunne tilbyde behandling i eget regi, gav denne type patienter udfordringer. Da den interne kapacitet var lav, medførte det, at de tider, patienten kunne tilbydes, lå langt ude i fremtiden. Det betød dels, at der var administration med den række patienter, som endte med at vælge et andet tilbud, dels at en del af de patienter, som tog i mod tilbuddet om behandling 1-2 år frem i tiden, ikke dukkede op alligevel, fordi de i mellemtiden havde fortrudt eller var blevet behandlet andre steder.

Der er siden gennemførelse af undersøgelsen udarbejdet nye retningslinjer for henvisning og visitation til fedmekirurgi, som forventes at indebære, at færre henvises til fedmekirurgi. De nye retningslinjer indebærer både en skærpelse af betingelserne for henvisning til fedmebehandling, og nye procedurer som betyder, at patienterne altid skal gennem et ambulant forløb på en medicinsk afdeling, inden de eventuelt henvises til fedmekirurgi (4).

4.3.1 Lean eller arbejdsgangsanalyse af lokale opgaver

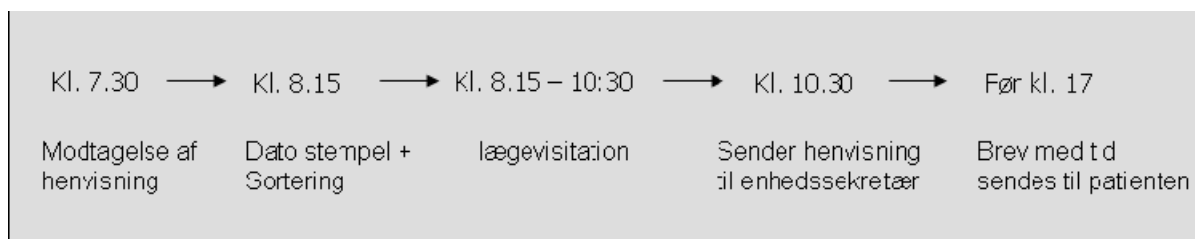
Som nævnt sker der nogle steder en forsinkelse i postgangen fra modtagelse af henvisning til visitation.

Interviewrunden viser, der er stor forskel på, hvor hurtig den enkelte afdeling er til at visitere patienter. En afdeling har efter et LEAN-projekt indført 'dag til dag visitation'. Afdelingens målsætning er, at alle henvisninger bliver visiteret og får tid samme dag, som henvisningen er modtaget. Forudsætningerne for denne praksis er:

- ◆ Arbejdsgangsanalyse (LEAN) og fokus på målsætning om hurtig behandling af henvisninger
- ◆ Lægerne accepterer at visitere før kl. 10:30 – hver dag
- ◆ Sammenhæng mellem kapacitet og efterspørgsel.

Arbejdsgangsanalysen medvirkede til, at afdelingen fik fokus på processen og indførte nye rutiner. Afdelingen etablerede dag-til-dag visitation og satte tidspunkter på, hvornår de enkelte opgaver skulle udføres, se figur 11.

Figur 9. Eksempel på tidsplan for procedurer for visitation og booking



Det er vores vurdering, at en gennemgang og lokal drøftelse af arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelsen kan forbedre og effektivisere arbejdstilrettelæggelsen alle steder. Dette gælder både i forhold til procedurer, it-anvendelse og kommunikation.

4.3.2 Fælles visitation og afklaring af forventninger på fedme- og rygområdet

En af regionerne arbejder for, at de praktiserende læger m.fl. skal give patienterne mere fyldestgørende information før visitation til fedmeoperation. Hensigten er, at patienter, der henvises, har modtaget tilstrækkelig information, inden henvisningen sendes, til, at de på et oplyst grundlag har taget stilling til, om de ønsker operation på trods af mulige komplikationer og bivirkninger.

Fedmekirurgi er et område i hastig vækst med nye behandlingsmetoder. Det handler derfor ikke om at skabe overblik over kapacitet, men derimod om at sikre en løbende dialog om samarbejdsaftaler mellem private sygehuse og regionerne samt at sikre fornuftige løsninger på arbejdstilrettelæggelse. En mulighed kunne være at lægge nogle af vurderingsopgaverne ud til de henvisende læger.

I Region Syddanmark har man gode erfaringer med fælles visitation for medicin og kirurgi på rygområdet. Den ledende overlæge påpeger, at denne model medvirker til en samlet vurdering, der betyder, at medicinsk behandling ofte tilbydes før kirurgisk – hvilket svarer til de nye retningslinjer for henvisning og visitation på ryg- og fedmeområdet.

4.3.3 Netværksdannelse, erfaringsudveksling og studieture

De afholdte møder, interview og seminaret viser, der er stor interesse blandt deltagerne til fortsat at danne netværk og udveksle erfaringer.

Flere regioner har i forbindelse med ændringer på området benyttet netværksmodeller, hvilket de har gode erfaringer med. Ligesom eksempelvis Region Nordjylland havde anvendt studieture til at indsamle viden fra andre regioner og Sundhedsstyrelsen. Derudover har fire regioner etableret et tværregionalt netværk mellem de regionale visitationsenheder.

Det er vores oplevelse, at deltagerne i denne undersøgelse er meget motiverede for samarbejde, og ønsker at arbejde videre i netværk, hvor de kan anvende hinandens erfaringer.

4.4 Overblik over udfordringer og idéer til forbedring

Behov for bedre overblik over regional kapacitet
a) central informations- og rådgivningsenhed b) samarbejde mellem ledende overlæger som koordinerer ressourcer c) systematisk overvågning af forbrug af udvidet frit sygehusvalg på udvalgte områder/diagnoser d) regionerne stiller krav til samarbejdspartnere i udbud og kontraktarbejde
Bedre kommunikation og information
e) mundtlig dialog med patientrådgiver/-vejleder/-visitator, der kan guide patienten f) patienten prioriterer allerede hos praktiserende læge g) forbedringer af henvisninger fra praktiserende læger h) professionel kommunikationsrådgiver
Forbedring af arbejdsgange og opgaveglidning
i) LEAN eller arbejdsgangsanalyser på afdelinger og i regioner j) fælles visitation af medicinsk og kirurgisk behandling k) netværksdannelse, erfaringsudveksling og studieture

5. Ændringer i regionernes praksis siden efteråret 2010

Dette kapitel beskriver meget kort, hvilke ændringer der er sket siden dataindsamlingen i efteråret 2010.

5.1 Nationale ændringer

I relation til henvisning, visitation og udvidet frit sygehusvalg er der sket to væsentlige ting på det nationale plan.

1. Nye retningslinjer for fedme og ryglidelser

Der er kommet nye retningslinjer på fedme og rygområdet, som betyder, at regionerne skal bestræbe sig på, at patienten kommer i gang med et 3-måneders behandlingsprogram inden for en måned. Hvis ikke regionerne kan opfylde dette, har patienterne ret til udvidet frit sygehusvalg. I teksten omkring fedmebehandling er det præciseret, at det indledende program skal være et medicinsk/konservativt behandlingsprogram, hvorved der sendes et signal om, at medicinsk behandling skal være forsøgt før kirurgisk behandling iværksættes (4;5).

2. Ny specialeplan

Den anden af disse ændringer vedrører specialeplanen fra januar 2011. Specialeplanen indebærer, at der fra den 1.1.2011 findes tre behandlingsniveauer:

- ◆ Laveste: Hovedfunktionsniveau (tidligere basisniveau)
- ◆ Mellemsite: Regionsfunktionsniveau
- ◆ Højeste: Højt specialiseret niveau.

Specialeplanen betyder, at praktiserende læger mm. i nogle tilfælde skal sende henvisninger andre steder hen, end de plejer. Specialeplanen betyder, at det er essentielt, at regionerne får skabt et let tilgængeligt og løbende opdateret system for overblik over, hvem der kan hvad, samt at regionerne kommunikerer tydeligt og præcist til almen praksis om dette.

Betydningen af den nye specialeplan er endnu ukendt, men deltagerne på seminaret i december var bekymrede, da de forventede, at den nye specialeplan ville medføre problemer med at få henvisningerne til de rigtige afdelinger.

5.2 Ændringer i de fem regioner

Vi har efter undersøgelsens egentlige afslutning spurgt baggrundsgruppens medlemmer, hvad der er sket i deres region siden efteråret 2010. Fire regioner svarede, at der var sket ændringer i deres region, mens der i en region ikke var sket ændringer. Ændringerne ses inden for tre områder: Centralisering, forbedring af henvisninger og mulighed for bedre at varetage fedmebehandling regionalt efter ændrede nationale retningslinjer.

Midtjysk visitationscenter har forkortet ventetider

25-03-2011

Region Midtjylland har succes med at samle overblik over ledig kapacitet på sygehusene i nyt Visitationscenter. Det sparer patienterne for lang ventetid, og regionen undgår at betale for behandling andre steder. Nu skal servicen udvides til flere behandlingsområder.

Elektivt Visitationscenter i Region Midtjylland har så stor succes med samle overblik over ledig kapacitet og visitere aarhusianske patienter med idrætsskader til andre sygehuse, at centerets arbejdsområder nu bliver udvidet.

Visitationscenteret har siden oktober 2010 taget sig af patienter i Aarhus med idrætsskader, som ikke har haft udsigt til behandling inden for behandlingsgarantien, og i to ud af tre tilfælde derfor er blevet sendt til behandling på et privat sygehus.

Siden oprettelsen af centeret er 72 pct. blevet behandlet i det offentlige og kun 28 pct. er sendt på privathospital eller et sygehus i en anden region. Desuden er ventetiden på Idrætssklinikken på Aarhus Sygehus faldet fra 10-12 uger til to uger.



Udklip af Dagens Medicin elektronisk udgave 25.03.2011

I Region Midtjylland arbejdes der forsat på at implementere og udvikle det elektive visitationscenter, som startede op i efteråret 2010. I første omgang har centret taget sig af patienter fra Århus med idrætsskader. Siden februar er aktiviteten udvidet til at omfatte idrætsmedicinske patienter fra hele regionen og i perioden fra april til oktober 2011 udvider centret yderligere, så aktiviteten kommer til at dække patienter med henholdsvis hånd-, knæ- og fod-, skulder- og rygproblemer. Det elektive visitationscenter evalueres medio 2011.

Region Nordjylland har etableret en central visitationsenhed pr. 1. januar 2011: Enheden for Sygehusvalg som skal varetage viderevisitering af patienter både i forhold til frit og udvidet frit sygehusvalg, samt opgaver i forbindelse med samarbejds-sygehuse og udbudsforretninger. Enheden skal desuden skabe overblik, således at regionen kan sikre en bedre udnyttelse af egen kapacitet og sikre, at viderevisitering internt i regionen er foretaget før udvidet frit sygehusvalg benyttes.

Region Sjælland har etableret fælles henvisnings- og visitationspraksis for ryg- og fedmeområderne. Herudover arbejder Region Sjælland videre med at samle afgrænsede behandlingsområder i centrale henvisnings og visitationsenheder. I første omgang håndkirurgi, hvorefter de forventer, at resten af ortopædkirurgien følger. Region Sjælland påpeger, at de forsat ønsker at samle afgrænsede områder, men de ønsker samtidig at bevare decentral visitation. Region Sjælland vurderer, at det er væsentligt, at den sundhedsfaglige ekspertise er tæt på visitationsprocessen, hvis der skal sikres høj kvalitet.

Region Syddanmark og Region Hovedstaden havde central visitation i efteråret og disse to regioner har ikke ændret noget i den forbindelse. Region Syddanmark beskriver, at de forsat oplever fordele ved central visitation.

Status vedrørende central/decentral visitation er således, at man i dag har en central enhed for viderevisitation i tre regioner, og i en region arbejder man strategisk hen mod central visitation. Den sidste region har valgt en kombineret model, hvor der er etableret central visitation på nogle områder, mens den decentrale visitation er bevaret på andre områder.

Forbedring af henvisningspraksis

Region Syddanmark har arbejdet målrettet for at forbedre henvisningerne fra praktiserende læger til Syddansk Rygcenter. Mangelfulde eller uklare henvisninger sendes retur til afsenderen med en begrundelse for afvisning af henvisningerne. Herefter kontakter den regionale visitation de praktiserende læger med henblik på vejledning om henvisningskriterierne.

Betydning af ændrede retningslinjer for fedme og rygsygdomme

De nye nationale retningslinjer samt specialeudmeldingen har medført, at sygehusene i Region Syddanmark har kapacitet til at varetage behandling af fedme regionalt, således at de ikke længere oplever kapacitetsproblemer på området.

6. Konklusion og afsluttende bemærkninger

Vi har i denne undersøgelse set, at der er en stor interesse for forbedring af henvisnings- og visitationspraksis på alle organisatoriske niveauer i regionerne, lige fra det politiske niveau som har igangsat undersøgelsen, til administrative medarbejdere i regionerne og personalet på de kliniske afdelinger.

Alle de medarbejdere, vi har haft kontakt til i dette projekt, har været meget åbne og interesserede i at fortælle om deres arbejde. De har samtidig været interesserede i at lytte til andres idéer og komme med konstruktive forslag til forbedringer og forandringer. Generelt ønsker de deltagende medarbejdere at bidrage til: *"at skabe de gode løsninger, der virker i alle led"*. (citat fra seminar)

Medarbejderne har samtidig en forventning om fælles retningslinjer oppefra, samt at resultaterne fra undersøgelsen kan medvirke til, at regionerne træffer fælles beslutninger om generelle og landsdækkende tiltag, eksempelvis fælles henvisnings- og it-systemer, krav til praktiserende læger mm.

Fælles for de fem regioner er, at et øget politisk fokus på henvisninger har skabt opmærksomhed og interesse for at gennemføre forbedringer og omlægning af procedurer på området ned gennem systemet. De fem regioner er på forskellig vis optaget af at forbedre og ændre deres praksis i forbindelse med henvisninger og visitation i relation til frit og udvidet frit sygehusvalg – både på det overordnede strategiske niveau og på det mere udførende niveau.

Hovedproblemet i efteråret 2010 var overblik over regional kapacitet. Dette er forbedret i mange regioner, som har fået et bedre overblik over udvalgte områder.

Regionernes situation er forskellig ligesom deres udgangspunkt er forskelligt. Det betyder, at der ikke kan gives en enkel opskrift på, hvordan man bedst muligt organiserer hele henvisningsforløbet – der findes forskellige muligheder, som hver for sig har fordele og ulemper. Antallet af viderehenvisninger hænger ikke kun sammen med, hvordan visitationen er organiseret, men også med forholdet mellem den lokale kapacitet og den lokale efterspørgsel. Vi kan derfor ikke på baggrund af vores analyse pege på en entydig sammenhæng mellem den valgte organisering og antallet af viderehenvisninger til privatsygehuse.

Det betyder ikke, at der ikke er behov for forandringer. I alle regioner er der ting, som fungerer godt, og ting som med fordel kan ændres. Forandringer kan opnås gennem en kombination af forskellige tiltag, der matcher regionens udvikling, geografi, struktur, nuværende organisering og de problemstillinger, regionen aktuelt står overfor.

Undersøgelsen peger på 5 hovedområder, hvor regionerne med fordel kan forbedre arbejdet omkring visitation og henvisninger:

- ◆ Regionerne bør fortsat have fokus på løbende og systematisk at følge udvikling og ændringer i henvisningsmønstre og sammenhæng mellem egen kapacitet og behov for tilkøb af ekstra kapacitet. I dette ligger også en anbefaling om forbedring af datagrundlaget til brug for opfølgning.
- ◆ Patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne er centrale for information til patienter og borgere. Den mundtlige dialog er essentiel for at sikre patienternes forståelse omkring regler for frit og udvidet frit sygehusvalg. Det er nogle steder svært at komme igennem til patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne, og regionerne bør overveje udvidelse af telefontid eller evt. etablere mulighed for spørgsmål pr. e-mail. (Et par regioner fortæller foråret 2011 at det ikke er et problem længere).

- ◆ Regionerne eller sygehusene bør foretage en kritisk gennemgang af det informationsmateriale de sender til patienter, således at materialet gøres mere læsevenligt og overskueligt for alle patientgrupper.
- ◆ Både regioner og sygehusafdelinger bør overveje at gennemføre lokale arbejdsgangsanalyser til kortlægning af problemer og identificering af lokale løsningsforslag til en bedre og mere effektiv praksis. Arbejdsgangsanalyser er ikke mindst interessante og relevante forhold til implementering og anvendelse af nye it systemer – eksempelvis EPJ.
- ◆ Etablering af netværk og mulighed for erfaringsudveksling på tværs af regioner og faggrupper kan medvirke til en bedre koordinering af tiltag, samt facilitere at de gode idéer spredes fra en region til de øvrige.

6.1 Afsluttende bemærkninger

Undersøgelsen har kortlagt organisering af henvisning og visitationspraksis, som den så ud i efteråret 2010. Allerede inden afslutning af rapporten, er praksis ændret i flere regioner (se afsnit 5.2), ligesom der politisk er indført nationale ændringer, der har betydning for rammerne for henvisning og visitation i regionerne (se afsnit 5.1).

Udvikling og ændringer foregår hurtigt i dag, og de iagttagelser, vi gjorde i efteråret, er på mange måder allerede historisk viden. Samtidig ved vi, at selvom der løbende sker ændringer både lokalt og nationalt, tager det også tid at ændre praksis. Der er derfor stadig potentiale for at forbedre praksis i de enkelte regioner.

Afslutningsvis vil vi sige, at det har været en positiv oplevelse at samarbejde med aktører på alle niveauer vedrørende visitation og henvisning. Deltagerne i undersøgelsen har udvist en stor interesse for at lære fra hinanden og et ønske om at udveksle idéer. Vi håber og vil opfordre til, at denne undersøgelse vil inspirere til yderligere samarbejde og styrke netværksdannelse på tværs af regioner og specialer.

Litteratur

- (1) LBK 913 af 12/07/2010 Sundhedsloven. 2010.
- (2) Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs og Sundhedsministeriet. Forenkling og ensretning af indberetninger af ventetider. København: Indenrigs og Sundhedsministeriet; 2010.
- (3) Danske Regioner. Vejledning om udvidet frit sygehusvalg og information til henviste patienter. København: Danske Regioner; 2009.
- (4) Indenrigs og Sundhedsministeriet, Danske Regioner. Retningslinier for visitation og henvisning på fedmeområdet. København: 2010.
- (5) Indenrigs og Sundhedsministeriet, Danske Regioner. Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna. København: 2010.

Bilag 1: Personer der har deltaget i projektet

Deltagere i baggrundsgruppen

Jacob Bertramsen, Region Nordjylland
Pernille Fendinge, Region Nordjylland
Marie Helene Jakobsen, Region Midtjylland
Rikke Ringgaard Jepsen, Region Midtjylland
Elsebeth Østergaard, Region Syddanmark
Anette Madsen, Region Syddanmark
Jens Kristian Kragholm, Region Hovedstaden
Nikolaj Blomberg, Region Hovedstaden
Karin Sroczynski, Region Sjælland

Deltagere i interview

Region Nordjylland:

Pernille Fendinge, Kontorchef Patientdialogkontoret, Region Nordjylland
Dorthe Haslund Pape, Patientdialog, Region Nordjylland
Christian Kuno Pedersen, Koncernøkonomi, Region Nordjylland
Jakob Bertramsen, Planlægning, organisation og analyse, Region Nordjylland
Karen von Pålmann, Politisk sekretariat, Region Nordjylland
Grete Kuch Hansen, Sekretær visitationskontor, Aalborg Sygehus
Lene Hejndorf, Sekretær, Ortopæd kirurgisk Fællesvisitation, Aalborg Sygehus
Helle Valbirk, Sekretær visitation, Børne- og ungdomspsykiatrien, Aalborg Sygehus

Region Midtjylland:

Rikke Ringgaard Jepsen, Fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Jette Fuglsang, Konsulent, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland.
Michaela Kramb, Patientvejleder & sygeplejerske, Patientkontoret, Region Midtjylland
Lajka Uhre Haahr, Lægeseekretær, Ortopædkirurgisk afdeling, Herning Sygehus.
Krista Ølgod Sørensen, Afdelingssygeplejerske, Ortopæd kirurgisk afdeling, Randers sygehus
Kate Bjerg, Lægeseekretær, Endokrinologisk afdeling, Århus Sygehus
Jette Würtz, Lægeseekretær, Endokrinologisk afdeling, Århus Sygehus

Region Syddanmark:

Anette Madsen, Visitator, Den Regionale Visitation, Region Syddanmark
Elsebeth Østergaard, Konsulent i Planlægningsafdeling, Region Syddanmark
Anne Mette Beenfeldt, Visitator Den Regionale Visitation, Region Syddanmark
Rene Støvning, Overlæge Endokrinologisk afdeling, OUH Odense
Iknur Altintas, Lægeseekretær Endokrinologisk afdeling, OUH Odense
Søren Larsen, Overlæge Ortopædkirurgisk afdeling, OUH Odense
Katja Stilund, Lægeseekretær Ortopædkirurgisk afdeling, OUH Odense
Claus Manniche, Overlæge, Rygcenter Syddanmark, Sygehus Lillebælt Middelfart

Region Sjælland:

Karin R. Sroczynski, Region Sjælland
Kim Schantz, Ledende overlæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge sygehus
Lone H. Krøll, Ledende sekretær, Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge sygehus
Anita H. Nøhr-Nielsen, Lægeseekretær, Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge sygehus
Lene n. Volt, Lægeseekretær mave/tarm kirurgisk Afdeling, Køge sygehus
Jan Skovdal, Overlæge, mave/tarm kirurgisk Afdeling, Køge sygehus
Peter M. Bernt, Ledende overlæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, Slagelse og Ringsted sygehuse
Bente Grønberg, Patientrådgiver, Ortopædkirurgisk Afdeling, Slagelse og Ringsted sygehuse
Gitte E. H. Olsen, Lægeseekretær, Ortopædkirurgisk afdeling, Holbæk sygehus

Region Hovedstaden:

Charlotte Olsen, Gruppeleder Informations og rådgivningsenheden, Region Hovedstaden
Jens Kristian Kragholm, Enhedschef Informations og rådgivningsenheden, Region Hovedstaden
Peter Gebuhr, Overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital
Lotte Lysholm, Sekretær, Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital
Dorte Lindqvist Hansen, Overlæge, Endokrinologisk afdeling, Hvidovre Hospital
Susanne Jensen, Sekretær, Endokrinologisk afdeling, Hvidovre Hospital

Deltagere i seminar

Navn	Region	Stilling ²¹
Jan Skovdal	Sjælland	Specialeansvarlig overlæge
Kim Schantz	Sjælland	Ledende overlæge
Jytte Petersen	Sjælland	Lægeseekretær
Karin Råe Sroczynski	Sjælland	Konsulent
Katja Stilund	Syddanmark	Sekretær
Anne Mette Beenfeldt	Syddanmark	Visitorator
Claus Manniche	Syddanmark	Ledende overlæge
Elsebeth Østergaard	Syddanmark	Konsulent
Anette Madsen	Syddanmark	Visitorator
Dorthe Haslund Pape	Nordjylland	Patientvejleder
Christian Kuno	Nordjylland	Fuldmægtig
Marie Helene Jakobsen	Midtjylland	Kontorchef
Birgit Petersen	Midtjylland	Patientvejleder
Rikke Ringaard Jepsen	Midtjylland	Fuldmægtig
Krista Ølgod	Midtjylland	Afdelingssygeplejerske
Bent Lund	Midtjylland	Overlæge
Arne Borgwardt	Hovedstaden	Ledende overlæge
Dorte Lindqvist Hansen	Hovedstaden	Overlæge
Charlotte Olsen	Hovedstaden	Rådgiver/gruppeleder
Jens Kristian Kragholm	Hovedstaden	Enhedschef
Nikolaj Blomberg	Hovedstaden	Planlægningskonsulent
Rikke Margrethe Friis	Danske Regioner	Kontorchef
Lars Mørck Tolstrup	Danske Regioner	Konsulent
Marie Bussey Rask	Danske Regioner	Konsulent
Henriette Mabeck	DSI	Senior Projektleder, Ph.d.
Claus Rebien	DSI	Vicedirektør
Marie Henriette Madsen	DSI	Projektleder
Anne Brøcker	DSI	Projektleder

²¹ Deltagerne har selv angivet stillingsbetegnelse, og der kan derfor være forskel på, hvad betegnelserne dækker over.

Bilag 2: Uddrag af sundhedsloven

Sundhedsloven om sygehusbehandling mm.

§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Bestemmelserne om sygehusbehandling i afsnit VI omfatter også diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64.

Stk. 2. Regionsrådet yder endvidere sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjerneskade.

Sundhedsloven om frit sygehusvalg § 86

En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen.

Stk. 2. Et sygehus kan afvise at modtage personer fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler herom.

Sundhedsloven om udvidet frit sygehusvalg § 87

En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis Regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som Regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Stk. 2. I opgørelsen af tidsfristen efter stk.1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

Stk. 3. En person, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis Regionsrådet ændrer datoen.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk.1 og 3, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling.

Stk. 5. Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1 og 3.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 5.

Oplysningspligt

§ 90. Regionsrådet skal, senest 8 hverdage efter at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten

1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling,

2) om patienten inden for 1 måned kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1, 2. pkt., eller behandling efter reglerne i § 87, stk. 1, henholdsvis inden for 2 måneder kan tilbydes behandling efter reglerne i § 87 a, § 87 b, § 87 e og § 87 f,

3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86-87 b, 87 e og 87 f,

4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl.,

5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og

6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86-87 b, 87 e og 87 f.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.

Bilag 3: Nærmere beskrivelse af undersøgelsens metode

Dette bilag beskriver anvendte metoder til gennemførelse af undersøgelsen.

Video- og opstartsmøde

Efter et kort videomøde, hvor fire af de fem regioner deltog, blev det klart, at der var behov for et egentlig opstartsmøde, hvor deltagerne kunne 'se hinanden i øjnene'. I september blev der afholdt et opstartsmøde med deltagelse af baggrundsgruppen, Danske regioner og DSI.

På opstartsmødet blev baggrundsgruppen orienteret om formål og baggrund for projektet. Baggrundsgruppen medvirkede til at sikre relevant og realistisk afgrænsning af projektet. Mødet gav deltagerne lejlighed til at stille spørgsmål til undersøgelsen og medvirkede til at skabe 'ejerskab' til undersøgelsen.

Baggrundsgruppen udvalgte ekspertområderne knæ, skulder, hofte og ryg inden for det ortopædkirurgiske speciale som fokusområder. Danske regioner ønskede desuden fokus på fedmekirurgi, som også blev inkluderet som fokusområde.

På opstartsmødet illustrerede baggrundsgruppens medlemmer henvisnings- og visitationsprocessen i deres egen region. I den forbindelse drøftede deltagerne regionale forskelle, eksempelvis anvendelse af ventefo.

Fokusgruppeinterview

Der blev afholdt et 3-6 timers fokusgruppeinterview i hver region. Baggrundsgruppen udpegede 6-9 deltagere fra egen region. Deltagerne var sekretærer og visiterende overlæger fra sygehuse, medarbejdere fra regionskontoret, og patientrådgivere/vejledere/visitatorer. Deltagernes opgave var at belyse arbejdsgange i forbindelse med behandling af henvisninger og visitationspraksis. I to fokusgruppeinterview var der ikke deltagelse af læger. I alle fokusgruppeinterview var mindst en patientrådgiver/vejleder/visitator repræsenteret. I alle fokusgruppeinterview har der været deltagere fra baggrundsgruppen.

Formålet med interviewene var at belyse patientens/henvisningens vej gennem systemet på tværs af strukturelle og organisatoriske grænser. Sagsgangen kortlægges, fra henvisningen modtages på sygehuset, til sygehuset afsender brev til patienten med tid til behandling, samt sagsgangen for de patienter der ønsker at benytte udvidet frit sygehusvalg.

Hovedtemaer i interview

Med udgangspunkt i en tegning af processen fra modtagelse af henvisning til patienten har fået en tid til undersøgelse, fik vi kortlagt:

- ◆ Hvem gør hvad?
- ◆ Hvor mange medarbejdere deltager i processen?
- ◆ Hvor lang tid tager det?
- ◆ Hvilke redskaber mm. anvendes – herunder papirskabeloner, fax, it-systemer mm.?
- ◆ Hvor er der problemer eller flaskehalse?
- ◆ Gode erfaringer med ændringer eller smidiggørelse af processen?

DSIs projektleder deltog i og faciliterede de fem interview/workshops, de øvrige projektmedarbejdere deltog og skrev referat fra henholdsvis to eller tre interview. Interviewreferatet og tegningen af processer blev sendt til medarbejderen fra baggrundsgruppen, som i samarbejde med de øvrige deltagere tilføjede kommentarer og rettede eventuelle misforståelser. Der var relativt få ændringer til de tilsendte referater.

Analyse, bearbejdning og verifikation af data samt resultater

Med analyse og interessedemaerne fra projektbeskrivelsen i baghånden blev informationer fra interviewene kategoriseret. Problemer og forslag blev udvalgt og beskrevet, hvis de kunne anvendes til inspiration for de øvrige regioner.

Undersøgelsens foreløbige resultater blev præsenteret på et seminar den 16. december 2010. På seminaret deltog baggrundsgruppen samt visitatorer (læger), patientrådgivere/vejledere/visitatorer og bookingpersonale fra klinikken, herudover deltog projektgruppen og medarbejdere fra Danske Regioner.

Seminaret var opdelt i tre dele:

- Præsentation og kort diskussion af undersøgelsens foreløbige resultater, konklusion og forslag til forbedringer.
- Gruppediskussion i faggrupper.
Grupperne diskuterede de problemer og løsninger, der var præsenteret. Deltagerne var opdelt i grupper efter deres funktioner (regionale medarbejdere, visitatorer, patientrådgivere/vejledere/visitatorer, sekretærer). Grupperne diskuterede:
 - Mulighed for at danne overblik over intern kapacitet i regionen og finde det rette niveau for kapacitet
 - Intern kommunikation og information af patienter.
- Gruppediskussion i egen region.
Diskussion af formiddagens gruppediskussioner i relation til egen region. Her drøftede deltagerne fra samme region, hvordan undersøgelsens forslag og diskussionerne fra tidligere på dagen kunne anvendes i egen region. Til slut drøftede deltagerne i en plenumsession forslag til yderligere forbedringer.

Bilag 4: Anbefalinger og konklusioner fra Sundhedsstyrelsens rapport om ventetider

Anbefalinger og konklusioner fra rapport om indberetning af ventetider

Anbefaling nr. 1: Revideret vejledning for opgørelse af ventetiderne på sygehusene

Der laves revideret vejledning, som vil indeholde en mere stringent og enkel definition af ventetider, samt eksempler på hvordan man opgør ventetiden i forskellige situationer.

Anbefaling nr. 2: Revidering af undersøgelses- og behandlingsopdelingen på venteinfo.dk

Der bør minimum én gang om året blive drøftet, om undersøgelses- og behandlingsopdelingen på venteinfo.dk bør revideres.

Anbefaling nr. 3: Opdaterede ventetider på venteinfo.dk

Der er enighed om, at de, der indberetter til venteinfo.dk, skal opdatere tallene, så vidt muligt når ventetiderne ændrer sig markant – dog minimum én gang om måneden.

Anbefaling nr. 4: Oprettelse af en følgegruppe til venteinfo.dk

Der nedsættes en følgegruppe, der mødes med Sundhedsstyrelsen mindst én gang om året og drøfter status for opdatering af ventetider på venteinfo.dk, vejledningen til venteinfo.dk, de tekniske aspekter vedrørende venteinfo.dk og undersøgelses- og behandlingsopdelingen m.m.

Igangværende initiativ: Ny indberetningsside til venteinfo.dk

Der er igangsat et arbejde med en ny indberetningsside, der har til formål at udvikle et mere stabilt system end det eksisterende indberetningssystem, til håndtering af fremtidens krav og udfordringer – f.eks. tilføjelse af nye brugertyper i forbindelse med nye behandlingsgarantier.

Kilde: Rapport om venteinfo, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, juni 2010

Bilag 5: Problemer og løsningsforslag fra seminaret

I dette bilag præsenteres fem udvalgte temaer, der blev drøftet på seminaret den 16. december 2010. Beskrivelserne viser hvilke problemstillinger, der optager administrative medarbejdere i regionerne og på sygehusene, samt hvilke løsninger medarbejderne ser i relation til problemstillingerne. Rækkefølgen er tilfældig.

Venteinfo
<p>Problemer:</p> <p><i>Manglende detaljer</i> I forbindelse med den lokale og regionale planlægning har regionerne behov for mere detaljeret og præcis viden fra venteinfo, end man kan få i dag. Information om ventetider på procedureniveau.</p> <p><i>Hyppigere opdateringer</i> Der er behov for hyppigere og mere systematiske opdateringer.</p> <p><i>Risiko for 'at afdelinger dukker sig' – strategisk valg at holde ventetider lidt oppe</i> Der kan være risiko for, at enkelte afdelinger bruger venteinfo "politisk", for at skærme sig fra 'at patienterne vælter ind'.</p> <p><i>Manglende gennemsigtighed fx basispatienter</i> Især i forhold til borgernes forventninger peges der på det problem, at venteinfo ikke indeholder oplysninger om, at visse sygehuse kan have stop for indtag af basispatienter på grund af stort pres fra eget optageområde. Dette fører til, at borgere insisterer på at benytte frit sygehusvalg, selv om patientrådgiverne/-vejlederne/-visitatorerne på forhånd kan fortælle, at de vil blive afvist og sendt tilbage til fornyet visitation på det oprindelige sygehus.</p> <p><i>Svært at tilgodese både fagpersoner og lægmands sprog</i> Venteinfo bruger et knudret og fagspecifikt sprog, der kan være vanskeligt for borgerne at forstå.</p> <p><i>Licenser til opdatering</i> En region fortalte, at de kun kunne opdatere på bestemte 'timeslots', som de havde fået tildelt, da der ikke var licenser til alle afdelinger. Andre havde ikke oplevet dette behov, men det var uklart, om det skyldes, at nogle regioner ikke havde oplevet problemer, eller om nogle regioner har købt flere licenser til opdateringer.</p> <p><i>Bøvlet it-system at anvende</i> Generel enighed om at venteinfo i dag ikke er særlig brugervenlig.</p>
<p>Løsningsforslag:</p> <p><i>Differentiering og opdeling af venteinfo i borgerdel & personale</i> Der blev stillet forslag om at opdele venteinfo i en patientdel/borgerdel, og en del der kun er tilgængelig for sundhedspersonale. Derved kan man målrette sprog og informationer til henholdsvis borgere og personale.</p> <p><i>Mere specifikke informationer</i> Sundhedspersonalet har behov for meget specifikke informationer om ventetider på procedureniveau for at kunne viderehenvise rigtigt.</p> <p><i>Hyppigere opdateringer</i> På tværs af regionerne var man enige om, at det ville være en god ide med hyppigere og mere regelmæssige opdateringer af venteinfo. Man var også enige om, at det er noget, som kan aftales regionerne imellem, uden ændringer i det eksisterende system og uden behov for ændringer af formelle, eksisterende aftaler.</p>
<p>Kommentar & diskussion:</p> <p>Danske Regioner har igangsat et arbejde, der skal analysere og gennemgå problemstillingerne i relation til venteinfo. Arbejdet fortsætter i januar i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, idet de har indkaldt til møde 26. januar.</p>

Henvisninger

Problemer:

Visitationen starter hos praktiserende læge

Overlægerne oplever 10-15 % fejlhenvisninger. Hvis der er fejl fra starten, kræver det ressourcer at rette.

Manglende informationer

En række henvisninger er for upræcise. Der mangler informationer, og kun en del af de undersøgelser, som burde være foretaget i praksis, er gennemført (eller anført på henvisningen). Ud over ekstra arbejde og tids-spilde medfører det også utryghed hos patienterne, som kan tænke: *"hvis de ikke har styr på mine papirer, har de så styr på at behandle mig?"* (citater fra seminaret)

Svært at gennemskue hvilke afdelinger der varetager hvilke opgaver

Det kan være vanskeligt for den enkelte praktiserende læge at henvise til rette afdeling første gang, fordi det er svært at gennemskue, hvem der kan hvad. I nogen grad gælder dette også sygehusene imellem, når det ikke lige er 'ens eget speciale'. Deltagerne udtrykte overordentlig stor bekymring for, hvilke konsekvenser den nye specialeplan får. Hvordan skal de praktiserende læger fremover vide, hvor de skal sende henvisningerne til? Hvordan sikres information om de ændringer, specialeplanen medfører, så henvisningerne sendes direkte til de rigtige afdelinger og ikke først cirkulerer i systemet?

Manglende afklaring om patienten ønsker operation mm.

Praktiserende læge har ikke altid spurgt patienten, om han eller hun er indstillet på operation, inden henvisningen sendes. Derved kommer en række patienter meget langt ind i sygehussystemet – med rigtig meget sagsbehandling til følge – for at ende med at fravælge operation.

Løsningsforslag:

Elektronisk visitationshåndbog

Det blev foreslået, at regionerne udarbejder en detaljeret, elektronisk visitationshåndbog (efter beslutningstræmodellen), som kan fungere på tværs af sektorerne. Visitationshåndbogen skal bl.a. indeholde en behandlingsoversigt, hvoraf også fordeling af behandlinger på basis-, regionalt og specialiseret niveau skal fremgå.

Udbygning af e-henvisning med 'indbygget visitationshåndbog' og tvungen udfyldelse af felter

Mulighed for at udbygge elektroniske henvisninger med automatisk drop-down af valgmuligheder (eventuelt fra visitationshåndbogen).

Der var også et stort ønske om skabeloner, hvor der var indbygget beslutningsstøttekontrol af informationer, således at henvisning ikke kan afsendes, med mindre bestemte prædefinerede felter er udfyldt.

Yderligere eller øget dialog med praktiserende læger om henvisningspraksis

Der var generelt tilslutning til en øget dialog mellem sygehuse, regionsmedarbejdere og de praktiserende læger. Dialogen skulle i første omgang omhandle bedre og mere præcis visitation – både med henblik på tidlig afklaring af om patienten prioriterer geografi frem for ventetid, og med henblik på henvisning til rette instans i første omgang.

Henvisningshåndbog/venteinfo/andet system

Der kan give praktiserende læger billede af, hvor den næste ledige tid er, så henvisning sendes til rigtigt sted fra starten – vil spare mange arbejds gange og tid.

Kommentar & diskussion:

Alle var meget enige om, at den nye specialeplan kan give yderligere problemer i forhold til henvisninger, der kan komme til at "cykle rundt" i systemet, hvis de kommer forkert ind første gang.

Kapacitet

Problemer:

Praktiserende læger sender til lokalsygehus – lokalsygehus opfatter nærtboende borgere som egne
Det, at de enkelte sygehuse har specifikke optageområder, og at de praktiserende læger sender til det nærmeste sygehus, er medvirkende til, at sygehuset og den enkelte afdeling ser snævert på "egne" patienter.

Manglende kapacitet på forundersøgelse

Der blev peget på en særlig flaskehals i forbindelse med forundersøgelser: Der er lange ventetider på forundersøgelser og korte på operation. Derved bliver forundersøgelserne flaskehals, og mange sendes videre til det private. En del forundersøgelser ender aldrig med operation, hvorfor en tilstrækkelig kapacitet på forundersøgelser kan betyde, at flere patienter afsluttes i det offentlige.

Misforhold i relation til DRG og arbejdsindsats – nogle skummer fløden

Misforhold mellem opgavernes tids- og ressourcforbrug og DRG taksterne kan betyde en u hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. Nogle kan fravælge opgaver/ ydelser, der ikke er rentable, da nogle opgaver/undersøgelser er mere interessante, mens andre ikke ønskes.

Løsningsforslag:

Dialog og samarbejde

Forventningsafstemning og samarbejde mellem alle parter, dvs. praktiserende læge, regionsmedarbejdere og ledende medarbejdere på de kliniske afdelinger.

Incitament og struktur der belønner indberetning af ledig kapacitet

Der er sandsynligvis ingen systemer, der kan sikre overblik over kapacitet, derfor må der skabes en kultur og incitamentsstruktur, der motiverer afdelingerne til hurtigst muligt at indberette ledig kapacitet. Feedback skal komme fra de kliniske afdelinger.

Inddragelse af specialeråd mm.

Der blev peget på muligheden af at inddrage eksisterende organer som fx specialerådene i diskussionen om kapacitetsudnyttelse med henblik på bedre samarbejde.

Øget ledelsesfokus

Mere fokus på samarbejde og netværk gennem øget ledelsesmæssig involvering i og opmærksomhed på netværkssamarbejde.

Læger accepterer andre lægers forundersøgelse

Arbejde med accept blandt læger, så de vil behandle patienter, der har fået foretaget forundersøgelse et andet sted, kan medvirke til ressourcebesparelse og dermed øge kapaciteten.

Central visitation

Ændring i henvisning så patienterne henvises til en behandling og ikke som i dag til et sygehus. Den centrale visitation afgør, hvilket sygehus der har kortest ventetid, og sender henvisningen hertil.

Overvågning og udbud

Udbud er en fornuftig buffer, men regionerne skal være opmærksomme på indhold i aftaler samt konsekvenser, hvis aftalesygehuse ikke overholder den indgåede aftale.

Kommentar & diskussion:

- Centrale enheder skal omfatte almindeligt frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg
- Regionerne skal ikke have deres egen vidensbank.
- Specialeplanerne kan nemt blive et stort problem i forhold til at sikre kapacitet.
- Vigtigt at afveje hvor finmasket systemet skal være.
- Fire uger er for kort ventetid – nogle patienter bliver raske (uden behandling), hvis de venter lidt længere.

Information og kommunikation

Problemer:

Meget information og manglende afstemning af forventninger

Informationen til patienterne er for omfattende og svær at forstå, og nogle patienter har fået forkerte forventninger til deres muligheder og rettigheder i forhold til frit og udvidet frit sygehusudvalg.

Udeblivelser

Der blev peget på ressourcospild ved udeblivelser uden afbud. Særlig lange indkaldelsesperioder giver et højt antal udeblivelser.

Lovgivningen

Sundhedslovens § 90 sætter rammerne og indeholder bestemmelse om, at patienterne skal modtage bestemte informationer i forbindelse med frit og udvidet frit sygehusvalg. Det er kompliceret informationsstof og lovstof, som det er svært at formidle. Derudover er der en række praktiske oplysninger samt behandlingsrelevante informationer, patienterne skal have, hvilket medfører, at den samlede informationsmængde bliver meget stor.

Løsningsforslag:

Mere enkelt og let forståeligt informationsmateriale

Øget oplysning om patientrettigheder

Deltagerne pegede på en række muligheder for at arbejde med generel information og kampagner i forhold til at oplyse befolkningen om rettigheder, så misforståelse og sammenblanding af begreberne klares.

Brugerundersøgelse og Inddragelse af patientforeninger mm.

Mulighed for dialog med patientforeningerne om information af patienterne blev foreslået.

Bedre grafik og visualisering af vigtige budskaber mm.

Der blev peget på muligheden for at bruge forskellige teknikker i forbindelse med forenkling af informationen: Man kan benytte sig af grafiske virkemidler og bedre layout. Eksempelvis at det vigtige står først og med stort, og det mindre vigtige står sidst og med småt. Generel information henvises til links på nettet.

Anvendelse af e-boks til information

Også muligheden for at udsende indkaldelser og information generelt via e-boks blev foreslået.

Central enhed der varetager information – central visitationsenhed

Flere pegede på effekten af at samle mulighed for mundtlig information et sted i hver region, fordi man derved kunne opnå ensartethed og høj grad af viden.

SMS-reminder

Med hensyn til nedbringelse af udeblivelser pegede deltagerne på to forslag:

- Udsendelse af reminder-breve eller SMS til patienterne. SMS eller huske-breve kan differentieres, så de primært sendes til patienter, der skal til 'dyre behandlinger eller undersøgelser'.
- Krav om udfyldelse/bekræftelse hjemmefra.

Kommentar & diskussion:

Regionernes repræsentanter var enige om, at der er behov for et bedre informationsmateriale til patienterne. Der var et ønske om at hæve dette til et nationalt initiativ for at sikre ensartethed, men også for at bruge nationale medier og 'nå ud til alle'. Der var samtidig en bekymring for, at en øget information om frit og udvidet frit sygehusvalg kunne øge efterspørgselen af sundhedsydelse, uden at det nødvendigvis ville øge befolkningens sundhed.

Relateret til den konkrete information og informationsbrevene var der enighed om behov for bedre information, og at dette kan spare penge og give mere tilfredse patienter. Anvendelse af elektronisk medie til udsendelse kan spare porto og arbejde med at udsende breve.

Netværk og inspiration

Problemer:

Incitamenter til at indberette kapacitet – ingen konsekvens hvis patient får udvidet frit valg

Der blev under diskussionen i en af grupperne også peget på, at hverken læger, afdelinger eller sygehus har noget særligt incitament til at prioritere opgaven med visitation af patienterne – og i mange tilfælde heller ikke til at holde patienterne i eget system frem for udvidet frit sygehusvalg.

Manglende brug af viden på tværs

Mange sidder alene og savner inspiration.

Løsningsforslag:

Netværksdannelse og læringsperspektiv udnyttes

Flere af deltagerne i workshoppen opfordrede til at lære af hinanden – opsøge de gode eksempler og skabe netværk på tværs af regionsgrænserne mellem folk med samme arbejdsområder eller ved samarbejde internt i den enkelte region. Flere pegede på gode erfaringer med at sætte lægerne sammen på tværs af hospitalerne eller sammen med administratorerne. Et andet eksempel var, at patientrådgivere/-vejledere/-visitatorer følger lægerne et par dage.

Kommentar & diskussion:

Generelt var der god erfaring med at mødes både på tværs med egne aktører, og med folk med samme funktion i andre regioner. Alle regioner tilsluttede sig ideen om at arbejde med netværk både internt og på tværs af regionsgrænser.

Seminaret blev afsluttet med en opfordring til at fortsætte med at samles – ikke mindst for at opsamle og drøfte erfaringer og problemer i forbindelse med specialeplanen.

