Af: Maria Krüger, praktiserende læge på Frederiksberg og formand for DSAM - mk@dsam.dk

Antallet af afviste henvisninger skal ned

200.000 henvisninger blev afvist af sygehusene sidste år – fem gange så mange som i 2018. Samtidig henviser vi samlet færre. Hvad er der sket?

Sidste år afviste sygehusene 200.000 henvisninger fra almen praksis. Andelen er steget fra 3 procent i 2018 til 15 procent i 2025. Samtidig sender vi samlet færre henvisninger. Det er svært at forklare afvisningerne med, at vi på syv år skulle være blevet markant dårligere til at skrive henvisninger.

Nærhedsfinansiering indført

Stigningen i afviste henvisninger falder sammen med flere ændringer i den økonomiske styring af sygehusene. Nærhedsfinansieringen blev aftalt i 2018 og indført fra 2019. Hensigten var at flytte fokus fra øget sygehusaktivitet til større sammenhæng og behandling tættere på patienten.

Omkring 1,5 mia. kr. af regionernes finansiering blev gjort afhængig af mål om færre sygehusforløb, mindre sygehusaktivitet for patienter med KOL og diabetes, færre akutte genindlæggelser og flere virtuelle kontakter. Mere behandling skulle foregå i hjemmet, kommunerne eller almen praksis.

Tre grunde til afvisning

Begrundelserne kan samles i tre hovedgrupper: 1. Henvisningen mangler oplysninger eller er sendt til den forkerte modtager, 2. Sygehusafdelingen ønsker yderligere undersøgelser eller behandlingsforsøg, før patienten kan henvises eller 3. Sygehusafdelingen vurderer, at den ikke har et relevant tilbud. Det er tre meget forskellige årsager, som kræver forskellige løsninger.

Teknik og forundersøgelser

De tekniske problemer burde kunne løses enkelt. Er henvisningen sendt til den forkerte afdeling, kan den sendes videre. Mangler der oplysninger, kan sygehuset anmode om dem. Jeg har f.eks. fået en henvisning afvist, fordi jeg havde glemt at skrive, om et håndledsganglion sad på højre eller venstre side. Det burde være let at løse. Spørg egen læge. Eller indhent oplysningen, når patienten kommer.

Der er et skævt incitament indbygget i systemet. Patientens 30-dagesfrist for udredning udskydes, hvis henvisningen afvises. Det gør det administrativt lettere at returnere en henvisning end at spørge efter ekstra oplysninger Men det, der er lettest for systemet, er ikke nødvendigvis bedst for patienten.

Nye opgaver skal ikke bare glide ud

I omkring halvdelen af de afviste henvisninger oplever den praktiserende læge, at der samtidig flyttes en opgave fra sygehuset til almen praksis. Vi bliver bedt om flere blodprøver, undersøgelser, behandlingsforsøg eller yderligere udredning, før patienten kan henvises igen.

Det kan give faglig mening, men det bør ske efter aftale og med afklaring af det faglige indhold, kapacitetsforbruget og de nødvendige ressourcer. Opgaveflytning skal ske åbent og efter aftale – ikke fra patient til patient gennem afviste henvisninger.

Intet behandlingstilbud

Nogle patienter afvises, fordi der ”intet behandlingstilbud” er til denne patient. Hvem har sagt, at det var behandling, vi bad om? En henvisning er ikke bare: ”Patienten fejler X og skal have behandling Y. En henvisning kan også være en anmodning om diagnostisk afklaring, en kollegas vurdering eller hjælp til at udelukke alvorlig sygdom: Har vi overset noget? Hvad er prognosen? Er det forsvarligt at se tiden an? At der ikke findes en behandling, be-



AI-genereret illustration.

tyder ikke, at der ikke er behov for en speciallægefaglig vurdering. Nogle gange ved vi godt, at der næppe findes en behandling, men henvisninger handler også om det menneske, der skal leve med sygdommen. Det kan være en patient, som skal leve resten af sit liv med smerter. Nogle er trygge ved vores vurdering. Andre har brug for en second opinion for at kunne acceptere situationen og komme videre i deres liv.

Hvem tager patienten, der ikke passer i kassen?

Jo mere specialiseret sygehusvæsenet bliver, desto større bliver problemet med de patienter, der ikke passer i kasserne. Patienterne kommer ikke til os med en færdigafklaret diagnose, som vi kan bruge til at henvise. De kommer med symptomer: åndenød, vægttab, smerter, træthed, multisygdom. Vi henviser, fordi vi ikke ved, hvad patienten fejler, og vi har brug for hjælp til at finde ud af det. Alligevel oplever vi, at patienter afvises, fordi de ikke tilhører afdelingens målgruppe. Så begynder stjerneløbet mellem sygehusafdelinger og egen læge.

Et stadig mere specialiseret sygehusvæsen kræver derfor også steder, der kan rumme diagnostisk usikkerhed. Vi har brug for mulighed for at henvise patienter med symptomer frem for færdige diagnoser. Det behøver ikke altid betyde et stort standardiseret ambulant forløb med færdige pakker, hvor patienten gennemgår en fast række af undersøgelser. Nogle gange har patienten ikke brug for et forløb, men for en specialist, der stopper op, ser patienten og tænker med.

Dobbelt gatekeeping

Professor i almen medicin og praktiserende læge Jesper Lykkegaard har sammen med kolleger undersøgt de returnerede henvisninger. Han beskriver udviklingen som en form for dobbelt gatekeeping. Almen praksis har traditionelt været gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen. Men når vi har vurderet, at patienten skal gennem den første port, møder patienten nu stadig oftere en ny port ved sygehuset. Heldigvis har Sundhedsstyrelsen nu taget fat på problemet og samlet almen praksis, sygehuse, regioner og andre aktører for at finde løsninger. DSAM deltager i arbejdet.

Er der kapacitet?

Afviste henvisninger handler også om et reelt kapacitetspres. Den visiterende sygehuslæge sidder med en vanskelig opgave og skal prioritere inden for de givne rammer. Derfor er det afgørende, at diskussionen om afviste henvisninger ikke udvikler sig til en konflikt mellem læger i almen praksis og læger på sygehusene. Vi har brug for hinanden, og vi skal ikke ende i hver vores skyttegrav. Vi skal ikke gøre konsekvenserne af politiske prioriteringer og økonomiske rammer til en konflikt om, hvorvidt den praktiserende læge har skrevet henvisningen godt nok, eller om sygehuslægen har visiteret forkert. Bedre kommunikation kan løse noget, men kommunikation skaber ikke kapacitet. Ansvaret er grundlæggende politisk.

Hvem repræsenterer patienten?

Mine patienter er begyndt at protestere. I sidste uge skrev to af mine patienter tilbage, at de ikke ville acceptere afvisningen. Vi har patientvejledere og klagemuligheder. Men vi mangler en enkel og reel mulighed for at få selve den faglige afvisning genovervejet.

Jeg ønsker ikke visitation afskaffet. Selvfølgelig skal vi prioritere. Men der er forskel på at prioritere og at returnere et uløst klinisk problem. Vi må aldrig indrette et sundhedsvæsen, hvor det er lettere at afvise en patient end at hjælpe patienten videre. ●