

UNDERSØGELSE AF SAMARBEJDET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG HOSPITALERNE I RE- GION HOVEDSTADEN 2025

Rapport

Region Hovedstaden

November 2025



Bright ideas.
Sustainable change.

Indhold

	Sammenfatning	2
1.	Indledning	5
1.1	Baggrund	6
1.2	Formål	6
1.3	Metode	7
1.4	Læsevejledning	11
2.	Tilfredshed med samarbejdet	12
2.1	Understøttelse og det generelle samarbejde	12
2.2	Samarbejdet om den enkelte patient	14
3.	Henvisninger	17
3.1	Henvisninger vedrørende somatik	17
3.2	Henvisninger vedrørende psykiatri	21
4.	Ny arbejdsgang omkring afviste henvisninger	24
4.1	Lettet arbejdsgang (almen praksis)	24
4.2	Forbedret samarbejde med almen praksis (hospitaller)	26
5.	Specialistrådgivning	29
5.1	Praktiserende lægers oplevelse af at føle sig informeret om rådgivningstilbud	29
5.2	Tilfredshed med specialistrådgivning (almen praksis)	31
5.3	Hospitalernes oplevelse af at yde specialistrådgivning	34
6.	Korrespondancemeddelelser	37
6.1	Almen praksis' oplevelser af svartid og kvalitet ift. korrespondancemeddelelser	37
6.2	Hospitalernes oplevelse af brugen af korrespondancemeddelelser	39
7.	Epikriser	42
7.1	Tilfredshed med epikriser fra hospitalerne (almen praksis)	42
7.2	Farvemarkering	46
8.	Diagnostiske tilbud	48
8.1	Billeddiagnostiske undersøgelser	48
8.2	Subakutte tider	50
9.	Psykiatriske udredninger	53
10.	Bilag I: Tabel- og figurbilag	56
10.1	Krydstabeller for praktiserende læger	56
10.2	Krydstabeller for hospitalslæger	77
11.	Bilag II: Spørgerammer	92
12.	Bilag III: Kommentarer fra åbne svarfelter	109

Sammenfatning

Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) gennemførte i 2025 på vegne af Region Hovedstaden en undersøgelse af samarbejdet mellem regionens hospitaler og psykiatri samt almen praksis i Region Hovedstaden. Undersøgelsen bygger på to spørgeskemaundersøgelser besvaret af hhv. 452 praktiserende læger og 430 hospitalslæger samt kvalitative data fra opfølgende interviews med seks praktiserende læger og fem hospitalslæger.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i Rambølls tidligere undersøgelse fra 2022, der kortlagde samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne set fra de praktiserende lægers perspektiv. Denne nye undersøgelse skal synliggøre udviklingen i de praktiserende lægers tilfredshed med samarbejdet siden 2022. Derudover fokuserer 2025-undersøgelsen også på hospitalslægernes tilfredshed med samarbejdet og evaluerer samtidig de indsatser, som er igangsat i perioden siden 2022¹.

Resumé af undersøgelsens resultater

Undersøgelsen viser overordnet en relativt høj tilfredshed og en positiv udvikling i opfattelsen af samarbejdet hos både praktiserende læger og hospitalslæger. Den overordnede tilfredshed blandt praktiserende læger er steget siden 2022 og er på samme niveau som tilfredsheden hos hospitalslægerne. Undersøgelsen viser, at tilfredsheden særligt er steget inden for de områder og tematikker, som har været i fokus i HAPS-indsatsen. Samtidig viser undersøgelsen, at der fortsat er en række udviklingspotentialer i det fremadrettede samarbejde.

Undersøgelsen har fokuseret på følgende temaer, og de overordnede fund er som følger:

- **Overordnet tilfredshed med samarbejdet:** 58 procent af de praktiserende læger, som har deltaget i undersøgelsen, er tilfredse med støtten fra hospitalerne. Det er stigning på 13 procentpoint siden 2022. Tilsvarende er 64 procent af de deltagende hospitalslæger tilfredse med det generelle samarbejde med almen praksis. Derudover er mere end to tredjedele af både praktiserende læger og hospitalslæger tilfredse med samarbejdet om den enkelte patient. Samarbejdet fungerer særligt godt, når der er konstruktiv dialog og sparring mellem sektorerne. Her nævner nogle praktiserende læger og hospitalslæger, at praksiskonsulentordningen er et eksempel på, hvornår samarbejdet er særligt velfungerende.
- **Somatiske henvisninger:** Lidt over halvdelen af både de praktiserende læger og hospitalslægerne er tilfredse med samarbejdet om somatiske henvisninger. For de praktiserende læger er tilfredsheden uændret siden 2022. Flere praktiserende læger oplever, at der bliver afvist for mange henvisninger, som betyder, at patientforløb bliver forsinkede. Omvendt oplever enkelte hospitalslæger, at almen praksis sender for mange henvisninger, som i nogle tilfælde er mangelfulde. Til trods for dette fortæller andre praktiserende læger og hospitalslæger i interviews, at samarbejdet om somatiske henvisninger er forbedret i de seneste år. Dette skyldes en oplevelse af høj faglig kvalitet i dialoger samt en stor fornemmelse af samarbejdsvillighed og positiv respons i begge sektorer.
- **Psykiatriske henvisninger:** Knap en tredjedel af de praktiserende læger er tilfredse med samarbejdet om psykiatriske henvisninger. Det er uændret sammenlignet med tilfredsheden i 2022. De praktiserende læger fremhæver blandt andet, at psykiatrien er svær at gennemskue, at patienter skal passe ind i bestemte forløb for at kunne visiteres, og at der er meget lang ventetid.

¹ HAPS-indsatsen har bl.a. igangsat følgende initiativer: 1) Nye arbejdsgang for handlingsanvisende afviste henvisninger 2) Aftale om hurtig psykiatrisk vurdering 3) Oversigt over specialistrådgivningsmuligheder og subakutte tilbud 4) Indsatser til forbedring af epikriser ([link](#)).

- **Ny arbejdsgang for handlingsanvisende afviste henvisninger:** De praktiserende læger og hospitalslæger oplever den nye arbejdsgang for handlingsanvisende afviste henvisninger som et positivt tiltag, der letter samarbejdet om henvisninger. Tre fjerdedele af de praktiserende læger oplever, at handlingsanvisninger via korrespondancemeddelelser letter håndteringen af afviste henvisninger, mens mere end halvdelen af hospitalslæger oplever, at samarbejdet med almen praksis forbedres ved muligheden for at modtage og efterspørge supplerende information.
- **Specialistrådgivning:** Der er udbredt tilfredshed med muligheden for at modtage eller yde specialistrådgivning hos både praktiserende læger og hospitalslæger. Flere praktiserende læger føler sig velinformerede om rådgivningstilbud og kontakttinformationer sammenlignet med i 2022, og flere oplever, at specialistrådgivningen er tilgængelig og bemandet med den nødvendige faglighed. Blandt hospitalslægerne oplever langt størstedelen af de læger, der yder specialistrådgivning, at have de rette rammer og kompetencer, og at almen praksis stiller relevante spørgsmål. Samlet set vurderer lægerne, at samarbejdet via specialistrådgivning styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Enkelte praktiserende læger oplever dog, at visse afdelinger er svære at komme i kontakt med. Derudover peger hospitalslægerne på, at et endnu tættere samarbejde om afklaring af, hvilke opgaver der mest hensigtsmæssigt kan håndteres i primærsektoren, kan bidrage til at reducere antallet af henvisninger og sikre en mere effektiv opgavefordeling.
- **Korrespondancemeddelelser:** De praktiserende læger er blevet mere tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelser sammenlignet med i 2022. Tilsvarende er mere end halvdelen af hospitalslægerne tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelser. Begge sektorer er i mindre grad tilfredse med svartiden. Flere praktiserende læger udtrykker, at de oplever at modtage svar fra ikke-lægefagligt personale, og at svarene kan være generiske. Enkelte hospitalslæger giver udtryk for, at der ikke er et defineret ansvar på afdelingerne for besvarelse af korrespondancemeddelelser, og at det er tidskrævende at udarbejde skriftlige svar sammenlignet med mundtlig dialog.
- **Epikriser:** Flere praktiserende læger end i 2022 oplever, at de vigtigste informationer står øverst i epikriser, og at epikriserne er målrettet almen praksis. Alligevel er kun en fjerdedel tilfredse med kvaliteten. De praktiserende læger fremhæver, at indholdet i epikriserne kan være uoverskueligt og komplekst med specialespecifikt sprog, der er vanskeligt at tyde. Flere praktiserende læger oplever ligeledes, at farvemarkeringer kan være forkerte, og at de ikke altid modtager opkald ved røde farvemarkeringer.²
- **Diagnostiske tilbud:** Flere praktiserende læger oplever, at de diagnostiske tilbud på hospitalerne lever op til deres behov sammenlignet med i 2022. Dog føler næsten halvdelen sig ikke velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider. En forklaring på dette kan være, at nogle hospitaler ikke tilbyder subakutte tider. Flere praktiserende læger oplever lange ventetider til især MR-, CT og ultralydsscanninger, hvilket vanskeliggør og forlænger patientforløb. Mere end halvdelen af hospitalslægerne oplever, at der er foretaget tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser forud for henvisning af patienter.
- **Psykiatriske tilbud:** De fleste praktiserende læger oplever ikke, at psykiatriens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til behovet. Til gengæld oplever mere end halvdelen af hospitalslægerne, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført tilstrækkelige undersøgelser inden henvisning. De praktiserende læger fremhæver særligt udfordringer med mange afviste henvisninger samt vanskeligheder med at henvise patienter med multipsykiatriske lidelser.

² Den udskrivende læge skal markere en epikrise med rød, når vedkommende vurderer, at patienten har behov for opfølgning i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter udskrivelse fra hospitalet. I den forbindelse skal den udskrivende læge kontakte almen praktisk telefonisk for at sikre korrekt overlevering ([link](#)).

ANBEFALINGER

Undersøgelsens resultater indikerer, at HAPS-indsatsen har understøttet en øget interesse i og værdsættelse af det tværgående samarbejde mellem almen praksis og hospitaler, som er vigtig at bygge videre på fremadrettet. Nedenfor er angivet seks anbefalinger, som Rambøll vurderer, er de handleområder, der med fordel kan arbejdes videre med i HAPS-indsatsen, og som kan understøtte et fortsat stærkere samarbejde mellem almen praksis og hospitalerne. Rambøll håber, at resultaterne og anbefalingerne kan skabe grobund for et fortsat godt samarbejde mellem sektorerne – særligt i lyset af den kommende sammenlægning til Region Østjylland.



1) Fortsæt den igangværende indsats med at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og hospitaler

Rambøll anbefaler, at den igangværende indsats med at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne i regi af HAPS fortsætter. Undersøgelsen viser forbedringer på de indsatsområder, som har været i fokus i HAPS-indsatsen, hvilket indikerer, at arbejdet har mærkbar betydning for praktiserende lægers og hospitalslægers dagligdag.



2) Fokuser på samarbejdet mellem almen praksis og hospitaler om patienter med psykiatriske problemstillinger

Rambøll anbefaler, at der igangsættes en indsats med fokus på at styrke samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne om patienter med psykiatriske problemstillinger. Undersøgelsen viser en lavere grad af tilfredshed med samarbejdet på det psykiatriske område sammenlignet med det somatiske, hvilket peger på et behov for at styrke samarbejdet fremadrettet. Dette gælder blandt andet i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor mange praktiserende læger oplever, at henvisninger bliver afvist, og at der er lang ventetid.



3) Understøt flere muligheder for øget dialog og samarbejde

Rambøll anbefaler, at der fortsat bliver skabt muligheder for dialog mellem praktiserende læger og specialister på hospitaler. Tilfredsheden med samarbejdet er højest, når praktiserende læger og hospitalslæger har mulighed for at indgå i fagligt stærke dialoger om patienter, og der er stor samarbejdsvillighed hos begge parter. Derfor anbefales det, at der etableres flere muligheder for at styrke dialogen gennem forskellige mødeformer – både digitale, telefoniske og fysiske.



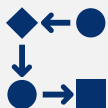
4) Anvend eksisterende muligheder for at gøre praktiserende læger opmærksomme på rådgivningstilbud

Rambøll anbefaler, at det bliver undersøgt, om eksisterende kanaler kan anvendes til at øge opmærksomheden på hospitalernes rådgivningstilbud blandt praktiserende læger. Dette kan fx være i form af en "huskeliste" med oversigter over telefonnumre og tilbud i nyhedsbreve mv., som udsendes i faste intervaller. Dette skal sikre en kontinuerligt bredere anvendelse af hospitalernes mulighed for specialistrådgivning i almen praksis, som dermed kan reducere antallet af unødige og/eller afviste henvisninger.



5) Fortsæt arbejdet med at forbedre kommunikation mellem sektorer

Rambøll anbefaler, at arbejdet med at forbedre kvaliteten af kommunikation på tværs af sektorerne fortsættes. Der er fortsat behov for at sikre, at kommunikationen er tydelig og målrettet til behovene i både almen praksis og på hospitalerne. Det anbefales at fokusere på at skabe mere ensartet formidling samt at undersøge eventuelle barrierer for effektiv kommunikation.



6) Undersøg potentialet for at optimere procedurer og arbejdsgange omkring henvisninger

Rambøll anbefaler, at der arbejdes videre med at optimere procedurer og arbejdsgange i forbindelse med henvisninger med særligt fokus på afviste henvisninger.

1. Indledning

1.1 Baggrund

Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne er et afgørende aspekt i det samlede og sammenhængende sundhedsvæsen. Samarbejdet beror bl.a. på tværsektoriel kommunikation i form af epikriser, henvisninger og specialistrådgivning samt en række diagnostiske tilbud, som hospitaler stiller til rådighed for at understøtte samarbejdet om og arbejdet med patienter i almen praksis. For at opnå hurtig, sikker og nær behandling er det afgørende, at samarbejdet fungerer og opleves som værdifuldt og relevant for både de praktiserende læger og for hospitalslæger.

Rambøll gennemførte mellem 2021-2022 en undersøgelse af almen praksis' oplevelse af samarbejdet med hospitalerne samt en kortlægning af hospitalernes tilbud for Region Hovedstaden³. Undersøgelsen sikrede viden om hospitalernes understøttelse af de praktiserende læger og de praktiserende lægers oplevelse af understøttelsen fra og samarbejdet med hospitalerne i Region Hovedstaden. Derudover udarbejdede Rambøll en række anbefalinger, som på kort sigt kunne styrke hospitalernes understøttelse af almen praksis.

Siden 2022 har Region Hovedstaden i regi af HAPS-indsatsen (Hospitaler, Almen Praksis, Samarbejde) igangsat en række nye tiltag⁴, der skal forbedre samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne, herunder:

- Nye arbejdsgange for handlingsanvisende afviste henvisninger, som omfatter:
 - o Handlingsanvisende afviste henvisninger
 - o Digitalt brev til patienten ved tilbagevist henvisning
- Aftale om hurtig psykiatrisk vurdering
- Oversigt over specialistrådgivningsmuligheder og subakutte tilbud
- Indsatser til forbedring af epikriser

Som led i arbejdet med fortsat at styrke samarbejdet har Rambøll i 2025 på vegne af Region Hovedstaden gennemført en ny undersøgelse af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne i Region Hovedstaden.

1.2 Formål

Formålet med undersøgelsen er at tilvejebringe opdateret viden om praktiserende læger og hospitalslægers tilfredshed med det gensidige samarbejde. Undersøgelsen skal dermed gøre status over de sidste tre år og undersøge hvilke ændringer, der er sket i opfattelsen af samarbejdet. Derudover skal undersøgelsen opgøre tilfredsheden med en række af de tiltag, der er blevet igangsat. For at give større indsigt i samarbejdet skal undersøgelsen også afdække hospitalslægerne's perspektiv. Undersøgelsen kan derved skabe et grundlag for at følge op på det arbejde, som er blevet udført i de seneste år, samt et grundlag for det fremadrettede arbejde med at sikre gode forudsætninger og forhold for samarbejdet mellem sektorerne.

³ Rambøll præsenterer i en rapport fra 2022 resultaterne fra undersøgelsen af almen praksis' oplevelse af samarbejdet med hospitalerne samt en kortlægning af hospitalernes tilbud for Region Hovedstaden ([link](#)).

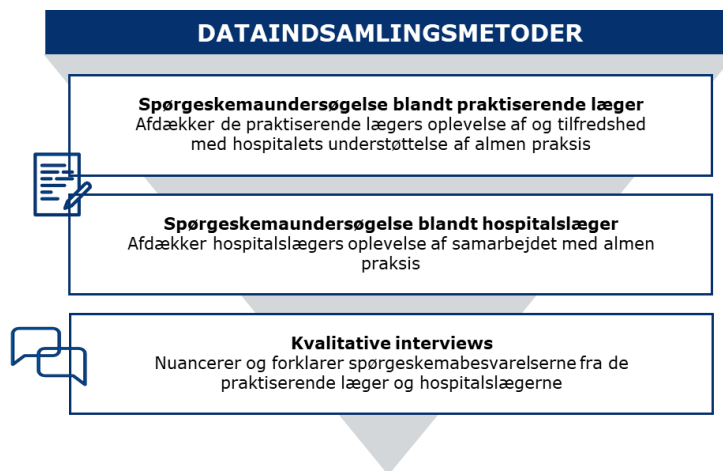
⁴ Læs mere om HAPS-indsatsen og de foreløbige tiltag her: [link](#).

1.3 Metode

For at sikre bred og nuanceret viden om samarbejdet mellem hospitaler og almen praksis i Region Hovedstaden er der i undersøgelsen anvendt to forskellige dataindsamlingsmetoder, jf. Figur 1-1 nedenfor:

- Spørgeskemaundersøgelser
- Kvalitative interviews

Figur 1-1: Undersøgelsens dataindsamlingsmetoder



1.3.1 Spørgeskemaundersøgelser

Rambøll gennemførte i april og maj 2025 to spørgeskemaundersøgelser: Én blandt praktiserende læger i Region Hovedstaden og én blandt hospitalslæger i Region Hovedstaden.

Spørgeskemaundersøgelserne er gennemført med henblik på at kortlægge, hvordan de praktiserende læger og hospitalslægerne oplever samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne i Region Hovedstaden med særligt fokus på følgende tematikker:

- Tilfredshed med samarbejdet
- Henvislninger
- Ny arbejdsgang omkring afviste henvislninger
- Specialistrådgivning
- Korrespondancemeddelelser
- Epikriser
- Diagnostiske tilbud
- Psykiatriske udredninger

De to spørgeskemaundersøgelser er overordnet set blevet gennemført på samme måde. Der er dog enkelte forskelle i distributionsmetoden til henholdsvis læger i almen praksis og hospitalslæger. Derfor beskrives metoden for hver undersøgelse særskilt nedenfor.

1.3.2 Spørgeskema til praktiserende læger

Dette afsnit beskriver dataindsamlingsmetoden for spørgeskemaet til almen praksis samt det endelige datagrundlag.

Metode for spørgeskemaet til praktiserende læger

Dataindsamlingen fandt sted fra den 7. april 2025 til den 15. maj 2025. I alt blev 1.141 praktiserende læger fra Region Hovedstaden inviteret til at deltage i undersøgelsen. Rambøll oprettede selve spørgeskemaet samt unikke spørgeskemalinks til de enkelte praktiserende læger. Region Hovedstaden varetog derefter distribution af spørgeskemaet ved at sende en invitation på e-Boks til de enkelte praksisser via CVR-nummer. Hver praksis modtog én mail per læge ansat i praksissen med et unikt link til spørgeskemaet.

Spørgeskemaet var åbent i 39 dage, og Region Hovedstaden udsendte undervejs ét påmindelsesbrev via e-Boks til de praktiserende læger, der endnu ikke havde besvaret undersøgelsen. Dertil blev de praktiserende læger orienteret om og opfordret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen af PLO-H. Det samlede spørgeskema fremgår af Bilag II: Spørgerammer.

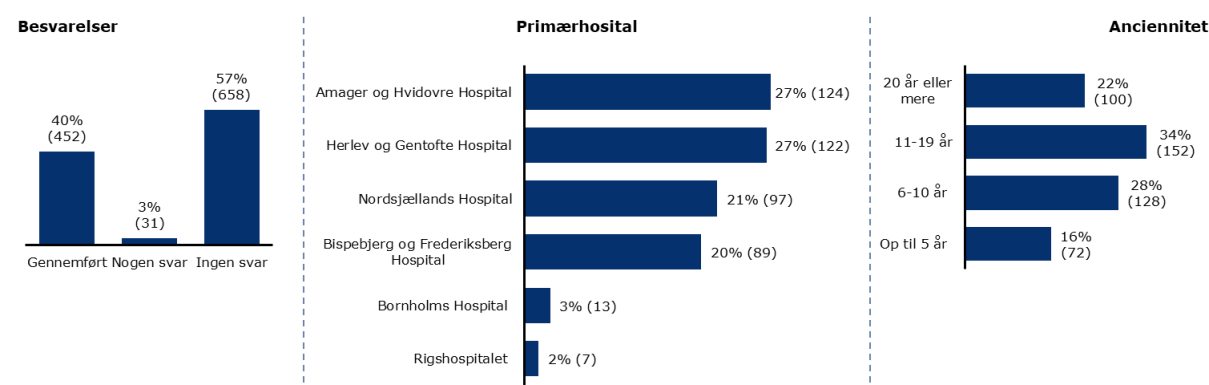
Datagrundlag

Der er indsamlet 483 besvarelser, heraf 452 gennemførte besvarelser og 31 delvist gennemførte besvarelser fra praktiserende læger, hvilket giver en svarprocent på 40 pct. I undersøgelsens analyse er datagrundlaget begrænset til kun at inkludere gennemførte besvarelser. Det konkrete antal besvarelser i analyserne er angivet i rapportens grafer og figurer.

Figur 1-2 nedenfor viser baggrundskaraktistika for de praktiserende læger, som har besvaret undersøgelsen. Hver almen praksis er tilknyttet et primærhospital, som de samarbejder særligt tæt med. I spørgeskemaet har de praktiserende læger selv angivet, hvilket hospital der er deres primærhospital. Figur 1-2 viser, at der er besvarelser fra praktiserende læger med tilknytning til alle hospitaler i Region Hovedstaden. Fordelingen mellem primærhospitalerne er nogenlunde jævn for Amager og Hvidovre Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Nordsjællands Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Her har 20-27 pct. af de deltagende læger angivet disse som deres primærhospital. Dertil har 7 pct. angivet Bornholm Hospital, og 2 pct. har angivet Rigshospitalet.

Figur 1-2 viser desuden, hvordan de deltagende praktiserende læger fordeler sig på anciennitet. Den største andel, 34 pct., har været ansat i almen praksis i 11-19 år, mens 28 pct. har 6-10 års erfaring. Desuden har 22 pct. været ansat i almen praksis i 20 år eller mere. En mindre andel, 16 pct., har været praktiserende læger i op til 5 år.

Figur 1-2: Fordeling af besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen for praktiserende læger



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. Fordelingerne for primærhospital og anciennitet baserer sig udelukkende på de praktiserende læger, der har gennemført spørgeskemaet fra 2025 og givet samtykke til behandling af personoplysninger, hvilket er 452 besvarelser. Spørgsmålsformulering ift. primærhospital: "Hvilket hospital er dit primære somatiske hospital?" Spørgsmålsformulering ift. anciennitet: "Hvor lang tid har du været i almen praksis?"

1.3.3 Spørgeskema til hospitalslæger

Dette afsnit beskriver dataindsamlingsmetoden for spørgeskemaet til hospitalerne samt det endelige datagrundlag.

Metode for spørgeskemaet til hospitalerne

Dataindsamlingen fandt sted fra den 7. april 2025 til den 15. maj 2025. I alt blev hospitalslæger fra følgende hospitaler og enheder i Region Hovedstaden inviteret til at deltage i undersøgelsen⁵:

- Akutberedskabet
- Amager og Hvidovre Hospital
- Bispebjerg og Gentofte Hospital
- Bornholms Hospital
- Nordsjællands Hospital
- Region Hovedstadens Psykiatri
- Rigshospitalet
- Steno Diabetes Center

Rambøll oprettede spørgeskemaet og et generelt spørgeskemalink. Herefter distribuerede Region Hovedstaden det generelle link til afdelingsledere på de enkelte afdelinger på hospitalerne, som blev bedt om at videredistribuerer linket til hospitalslægerne i afdelingen.

Spørgeskemaet var åbent i 39 dage. Undervejs udsendte Region Hovedstaden ét påmindelsesbrev til afdelingslederne på alle hospitaler med en opfordring til at videresende invitationen til undersøgelsen. De hospitaler, der fortsat havde en lav svarprocent, modtog efterfølgende endnu et påmindelsesbrev. Det samlede spørgeskema fremgår af Bilag II: Spørgerammer.

Datagrundlag

Der er i spørgeskemaundersøgelsen blandt hospitalslæger indsamlet 546 besvarelser. Heraf er 435 gennemførte besvarelser og 111 delvist gennemførte besvarelser. Datagrundlaget er i undersøgelsens analyser begrænset til udelukkende at inkludere gennemførte besvarelser. Ved mange spørgsmål har det været muligt for hospitalslægerne at angive, at de ikke varetager det pågældende område, som de bliver spurgt til. Hvis de har angivet, at de ikke varetager et bestemt område, er de blevet frasorteret i de enkelte analyser. Det konkrete antal besvarelser i analyserne er angivet i rapportens grafer og figurer.

Figur 1-3 nedenfor viser fordelingerne af besvarelserne for hospitalslægerne på en række baggrundskarakteristika. Hospitalslægerne har selv angivet deres stillingsbetegnelse i spørgeskemaundersøgelsen. Langt størstedelen (43 pct.) svarer, at de er overlæger. Herefter følger en nogenlunde ligelig fordeling mellem afdelingslæger (14 pct.), cheflæger (13 pct.) og ledende overlæger (12 pct.). En mindre andel af respondenterne består af yngre læger i uddannelsesforløb, herunder 2 pct. hoveduddannelseslæger i almen medicin, 8 pct. i øvrige specialer og 3 pct. i introstilling. Desuden udgør 4 pct. uklassificerede reservelæger, mens 2 pct. har angivet andre stillinger. Der er ingen vicedirektører eller lægevikarer repræsenteret.

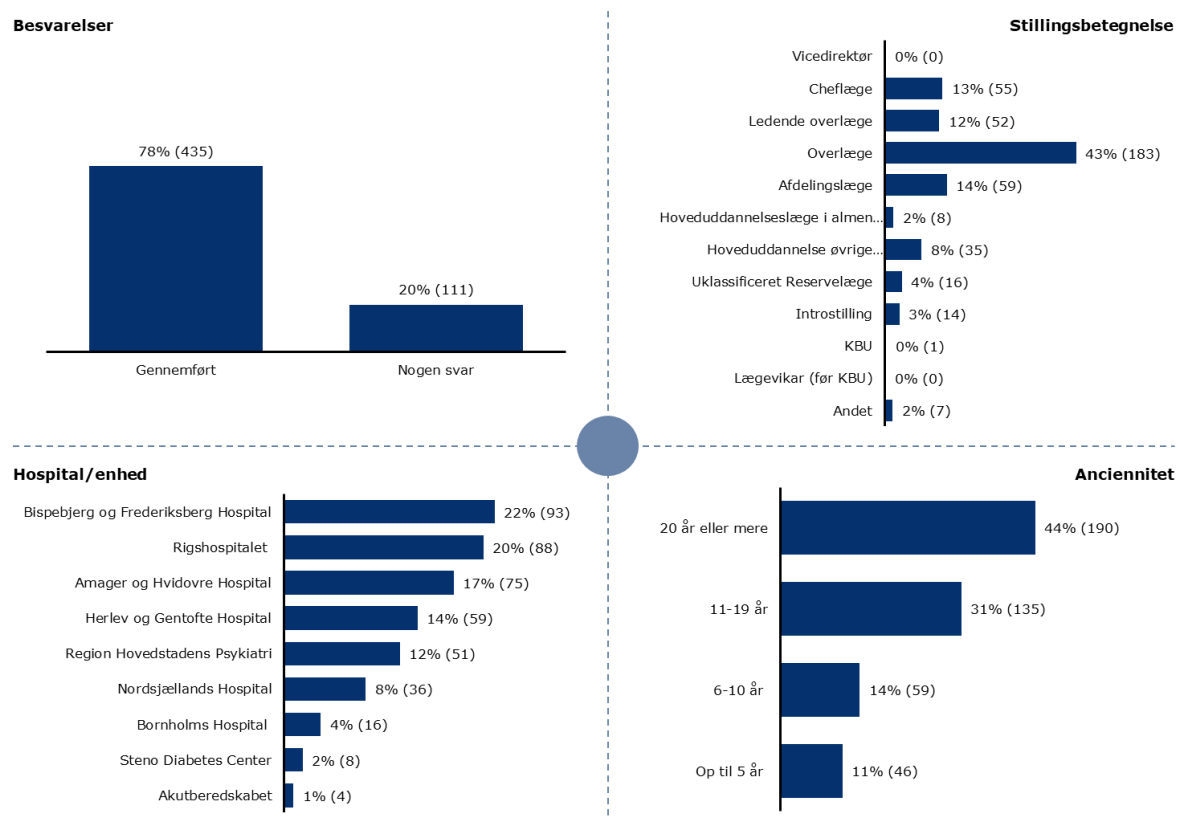
Hospitalslægerne har også angivet, hvilket hospital de er ansat ved. Den største andel af hospitalslægerne er tilknyttet Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (22 pct.), efterfulgt af Rigshospitalet (20 pct.) og Amager og Hvidovre Hospital (17 pct.). Herefter følger Herlev og Gentofte Hospital (14

⁵ For nogle af spørgeskemaundersøgelsens spørgsmål er der færre end fire besvarelser fra henholdsvis Akutberedskabet og Steno Diabetes Center. Disse besvarelser indgår i den tværgående analyse, men af hensyn til anonymitet er besvarelserne ikke rapporteret i krydstabellerne i bilagsmateriale.

pct.), Region Hovedstadens Psykiatri (12 pct.) og Nordsjællands Hospital (8 pct.). Færrest hospitalslæger angiver at være ansat ved Bornholms Hospital (4 pct.), Steno Diabetes Center (2 pct.) og Akutberedskabet (1 pct.). Samlet set er de største hospitaler i Region Hovedstaden bedre repræsenteret i undersøgelsen, mens ansatte fra mindre enheder udgør en mindre del af datagrundlaget.

Hospitalslægerne, der deltager i spørgeskemaundersøgelsen, har generelt mange års anciennitet. Tre ud af fire (75 pct.) har været ansat som hospitalslæge i mindst 11 år. Den resterende fjerdedel har kortere anciennitet – heraf har 14 pct. været ansat som hospitalslæge i 6-10 år, mens 11 pct. har op til 5 års erfaring.

Figur 1-3: Fordeling af besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen for hospitalslæger



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. Fordelingerne for stillingsbetegnelse, primærhospital og anciennitet baserer sig udelukkende på besvarelser for de hospitalslæger, der har gennemført spørgeskemaet fra 2025 og givet samtykke til behandling af personoplysninger, hvilket er 430 besvarelser. Spørgsmålsformulering ift. stillingsbetegnelse: "Hvilken stillingsbetegnelse har du?" Spørgsmålsformulering ift. hospital: "Ved hvilket hospital/virksomhed er du ansat?" Spørgsmålsformulering ift. anciennitet: "Hvor lang tid har du været ansat som hospitalslæge?"

1.3.4 Kvalitative interviews

Der er i alt udført 11 interviews, heraf seks interviews med praktiserende læger og fem interviews med hospitalslæger i Region Hovedstaden.

Formål

Interviewene med de praktiserende læger og hospitalslægerne havde til formål at nuancere resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. De gennemgående tematikker i spørgerammerne var:

- Lægernes generelle oplevelse af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne
- Konkrete eksempler på særligt velfungerende og udfordrende områder
- Erfaringer med samarbejdet om henvisninger og afviste henvisninger
- Forbedringsforslag til samarbejdet

Metode

Interviewene blev gennemført i maj 2025 som semistrukturerede interviews. De praktiserende læger og hospitalslægerne blev alle rekrutteret igennem spørgeskemaundersøgelsen, hvor de havde mulighed for at tilkendegive, om de ønskede at deltage i et uddybende interview. Rambøll foretog herefter udvælgelsen af interviewpersonerne, som skete med fokus på at sikre størst mulig variation på kriterierne anciennitet, hospital/enhed og køn.

1.4 Læsevejledning

Rapporten består af i alt ni kapitler:

- Kapitel 1 – nærværende indledning.
- Kapitel 2 – tilfredsheden med det generelle samarbejde.
- Kapitel 3 – tilfredsheden med samarbejdet om henvisninger.
- Kapitel 4 – tilfredsheden med arbejdsgangen for afviste henvisninger.
- Kapitel 5 – specialistrådgivning.
- Kapitel 6 – korrespondancemeddelelser.
- Kapitel 7 – epikriser.
- Kapitel 8 – diagnostiske tilbud.
- Kapitel 9 – psykiatriske udredninger.

Hvert kapitel præsenterer først resultater fra spørgeskemaundersøgelserne, som efterfølgende suppleres med indsigter fra de kvalitative interviews og kommentarer fra spørgeskemaets åbne tekstfelt.

Rapporten fungerer som et opslagsværk over resultaterne inden for de enkelte tematikker, og kapitlerne kan derfor læses uafhængigt af hinanden. Hvert underafsnit indeholder en boks med hovedresultater, som efterfølgende uddybes med kommenterede grafer og resultater fra interviews.

2. Tilfredshed med samarbejdet

2.1 Understøttelse og det generelle samarbejde

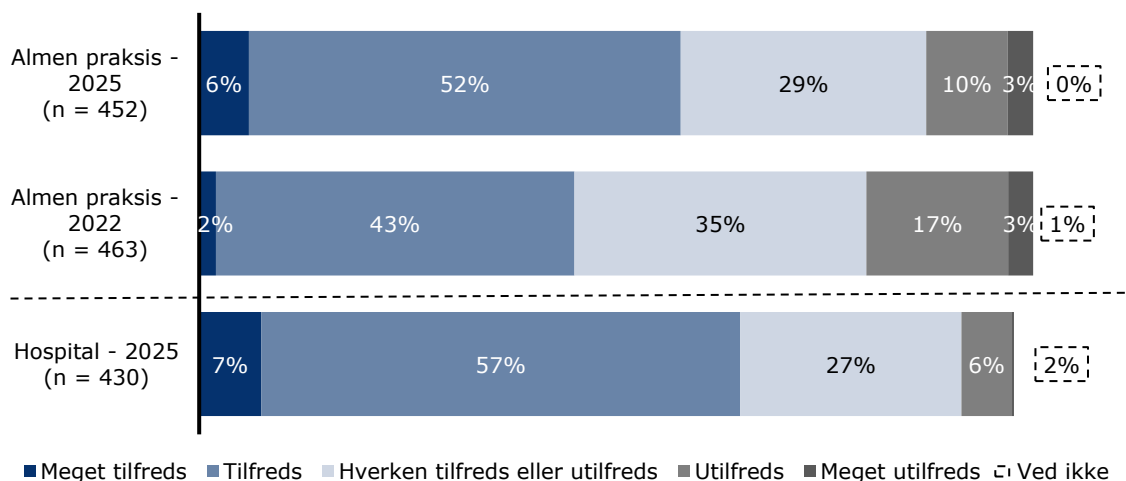
De praktiserende læger modtager i deres arbejde løbende understøttelse fra hospitalerne i Region Hovedstaden. De praktiserende læger er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt til deres tilfredshed med understøttelsen fra hospitalerne. Samtidig er hospitalslægerne blevet spurgt til deres tilfredshed med det generelle samarbejde med almen praksis. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og analyse af de kvalitative data, at:

- 6 ud af 10 (58 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med understøttelsen fra hospitalerne som helhed i 2025. Det er 13 procentpoint højere end i 2022.
- To tredjedele (64 pct.) af hospitalslægerne er tilfredse med det generelle samarbejde med almen praksis.
- Mere dialog og sparring kan være årsager til større tilfredshed med samarbejdet.
- Både praktiserende læger og hospitalslæger ønsker endnu mere dialog og samarbejde.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende understøttelse og det generelle samarbejde er præsenteret i Figur 2-1 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 2-1: Tilfredshed med understøttelse og det generelle samarbejde



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og hospitalslæger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 463 praktiserende læger, 2022. N = 430 hospitalslæger, 2025. Spørgsmålsformulering til praktiserende læger: "Hvor tilfreds er du med understøttelsen fra hospitalerne i Region Hovedstaden som helhed?" Spørgsmålsformulering til hospitalslæger: "Hvor tilfreds er du med det generelle samarbejde med almen praksis?" Fordelinger, der ikke summerer til 100 pct., skyldes afrunding.

6 ud af 10 af de praktiserende læger er tilfredse med understøttelsen fra hospitalerne som helhed

- 6 ud af 10 (58 pct.) af de praktiserende læger er enten meget tilfredse eller tilfredse med hospitalernes understøttelse af almen praksis som helhed i 2025. Tilfredsheden er 13 procentpoint højere end i 2022, hvor lidt under halvdelen (45 pct.) var tilfredse.

- Omkring hver tiende af de praktiserende læger (13 pct.) er utilfreds eller meget utilfreds med hospitalernes understøttelse af almen praksis. Det er 7 procentpoint mindre end i 2022, hvor hver femte (20 pct.) var utilfreds eller meget utilfreds.
- I spørgeskemaundersøgelsen til de praktiserende læger er der variation i tilfredsheden på tværs af primærhospitalerne, jf. Bilag I, Tabel 10.1-1.
- Den højeste andel af tilfredshed med hospitalernes understøttelse ses blandt praktiserende læger med tilknytning til Rigshospitalet, Bornholms Hospital samt Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Her er omkring 7 ud af 10 (hhv. 72 pct., 69 pct. og 68 pct.) tilfredse eller meget tilfredse. For de praktiserende læger med tilknytning til de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 48-62 pct.
- Den højeste andel af utilfredshed med hospitalernes understøttelse som helhed ses blandt praktiserende læger med Nordsjællands Hospital som primærhospital. Her er hver femte (22 pct.) utilfreds eller meget utilfreds med understøttelsen fra hospitalet. For læger med tilknytning til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er det 3 pct., der er utilfredse eller meget utilfredse med understøttelsen. For praktiserende læger tilknyttet de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 13-15 pct.

To tredjedele af hospitalslægerne er tilfredse med det generelle samarbejde med almen praksis

- To tredjedele (64 pct.) af hospitalslægerne er enten meget tilfredse eller tilfredse med det generelle samarbejde med almen praksis i 2025.
- Færre end hver tiende (6 pct.) på hospitalerne er utilfreds eller meget utilfreds med det generelle samarbejde med almen praksis.
- I spørgeskemaundersøgelsen ses en variation på tværs af hospitaler, jf. Bilag I, Tabel 10.2-1.
- Den højeste andel af tilfredshed med det generelle samarbejde med almen praksis ses blandt hospitalslæger på Nordsjællands Hospital. Her er 8 ud af 10 (81 pct.) tilfredse eller meget tilfredse med det generelle samarbejde. Den laveste andel af tilfredshed ses blandt hospitalslæger på Amager og Hvidovre Hospital. Her er 6 ud af 10 (59 pct.) tilfredse eller meget tilfredse. For de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 62-74 pct.
- Den højeste andel af utilfredshed med det generelle samarbejde med almen praksis ses på Amager og Hvidovre Hospital. Her er 1 ud af 10 (12 pct.) utilfredse eller meget utilfredse med det generelle samarbejde. For læger på de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 0-6 pct.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Mere dialog og sparring er kilde til større tilfredshed med samarbejdet

Både praktiserende læger og hospitalslæger nævner i interviews og skriftlige kommentarer, at særligt specialistrådgivning, handlingsanvisninger fra hospitalerne samt praksiskonulentordningen har gjort en forskel og bidraget til et bedre samarbejde. De beskriver, at specialistrådgivning giver en hurtig, kvalificeret sparring, der hjælper patienter videre og reducerer antallet af unødvendige henvisninger. De oplever også, at handlingsanvisende afviste henvisninger har ført til bedre henvisninger og patientforløb. Slutteligt fremhæver nogle praktiserende læger og hospitalslæger praksiskonulentordningen som en vigtig kilde til at sikre et godt samarbejde, da den sikrer løbende dialog begge veje og skaber konstruktive ændringer.

Begge parter ønsker endnu mere dialog og samarbejde

Både praktiserende læger og hospitalslæger udtrykker i interviews og skriftlige kommentarer et ønske om endnu mere dialog og samarbejde mellem sektorerne. Én hospitalslæge oplever blandt andet, at der er ved at ske en nedbrydning af siloer og en kulturændring, hvor begge parter ved, at et stærkt samarbejde er nødvendigt. Det er generelt oplevelsen blandt lægerne i interviews, at begge parter ønsker et tættere samarbejde.

I interviews med hospitalslæger bliver der udtrykt flere forslag til, hvordan man i fællesskab kan sikre en bedre dialog og samarbejde - for eksempel besøg og undervisning fra specialister i almen praksis og kaffemøder med fokus på samarbejdet samt aktuelle tendenser i forskellige patientkategorier. Hospitalslægerne foreslår yderligere en mulighed for, at praktiserende læger kan booke tider hos en speciallæge til at drøfte bestemte tematikker - fx bestemte patientgrupper og hvornår de kan blive behandlet i almen praksis eller skal behandles på hospitalet. Hospitalslægerne vurderer, at det vil give en større forståelse for hinandens rammevilkår og bidrage til at sikre værdifuld vidensdeling mellem de to sektorer. Nogle praktiserende læger foreslår i tråd hermed, at en udbredelse af specialistrådgivningstilbud, samt en mulighed for at afholde videokonsultationer mellem egen læge, specialist og patienter, kan styrke samarbejdet.

”

Jeg synes, at der heldigvis er ved at ske en nedbrydning af siloerne. Vi ved godt på hospitalerne, at vi er nødt til at åbne op mod omverdenen og styrke samarbejdet med praksis. [...] Jeg synes også, at praksis er meget mere interesseret i det gode samarbejde. Altså det er gensidigt. [...] Det synes jeg bestemt, man mærker, og det er jo første skridt."

Hospitalslæge

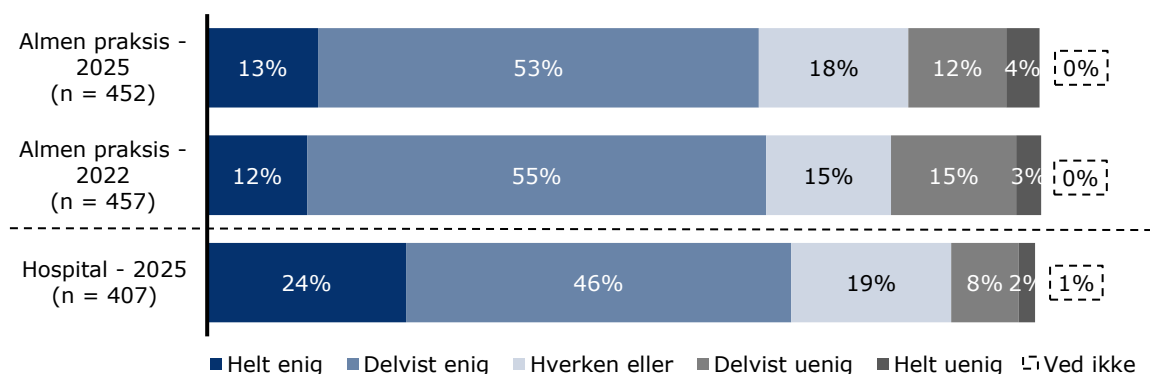
2.2 Samarbejdet om den enkelte patient

De praktiserende læger og hospitalslægerne samarbejder løbende om patienter. Det kan f.eks. være, når der er behov for specialiseret diagnostik og behandling, eller når patienter udskrives fra hospitalet. I spørgeskemaundersøgelserne er både de praktiserende læger og hospitalslægerne blevet spurgt til deres tilfredshed med samarbejdet om den enkelte patient. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og kvalitative data, at:

- To tredjedele (66 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med samarbejdet med hospitalet om den enkelte patient i 2025. Det er uændret siden 2022.
- 7 ud af 10 (70 pct.) af hospitalslægerne er tilfredse med samarbejdet med almen praksis om den enkelte patient i 2025.
- Hurtig, klar og handlingsorienteret kommunikation understøtter samarbejdet.
- Gode henvisninger er en vigtig forudsætning for et velfungerende samarbejde.
- Det udfordrer samarbejdet, hvis det er vanskeligt at etablere kontakt til den anden sektor.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende samarbejdet om den enkelte patient er præsenteret i Figur 2-2 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 2-2: Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og hospitalslæger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 457 praktiserende læger, 2022. N = 407 hospitalslæger, 2025. De 23 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering til praktiserende læger: "Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende." Spørgsmålsformulering til hospitalslæger: "Jeg oplever, at mit samarbejde med almen praksis om den enkelte patient er tilfredsstillende".

To tredjedele af de praktiserende læger er tilfredse med samarbejdet om den enkelte patient

- To tredjedele (66 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at deres samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende i 2025. Det er uændret siden 2022.
- Lidt under en femtedel (16 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at samarbejdet om den enkelte patient er tilfredsstillende i 2025. I 2022 var det 18 pct.
- Besvarelserne fra de praktiserende læger varierer tværs af hospitalerne, jf. Bilag I, Tabel 10.1-3.
- De højeste andele af praktiserende læger, der oplever, at samarbejdet med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende, ses blandt læger med tilknytning til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Rigshospitalet. Her er omkring tre ud af fire (hhv. 74 pct. og 72 pct.) helt eller delvist enige. For læger med tilknytning til de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 60-69 pct.
- Den højeste andel af praktiserende læger, der er uenige i, at samarbejdet om den enkelte patient er tilfredsstillende, ses blandt lægerne med tilknytning til Bornholms Hospital (23 pct.) og Nordsjællands Hospital (21 pct.). For læger med tilknytning til de øvrige hospitaler varierer andelen, som er uenige, mellem 10-17 pct.
- Besvarelserne fra de praktiserende læger varierer også på tværs af lægernes anciennitet jf. Bilag I, Tabel 10.1-4. Tilfredsheden med samarbejdet med hospitalet om den enkelte patient falder i takt med stigende anciennitet. Således ses den højeste andel af læger, der er helt eller delvist tilfredse, blandt læger med op til 5 års anciennitet i almen praksis (72 pct.): Den laveste andel, der er helt eller delvist tilfredse, ses blandt læger med 6-10 års erfaring og læger med 11-19 års erfaring i almen praksis (64 pct.).

7 ud af 10 af hospitalslægerne er tilfredse med samarbejdet om den enkelte patient

- 7 ud af 10 (70 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at samarbejdet om den enkelte patient er tilfredsstillende.
- 1 ud af 10 (10 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at samarbejdet om den enkelte patient er tilfredsstillende.
- I spørgeskemaundersøgelsen til hospitalslæger er der variation i tilfredsheden på tværs af primærhospitalerne, jf. Bilag I, Tabel 10.2-3.
- De højeste andele af hospitalslæger, der oplever, at samarbejdet med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende, ses på Rigshospitalet og Steno Diabetes Center. Her er

lidt over tre ud af fire (hhv. 79 pct. og 76 pct.) helt eller delvist enige. For læger med tilknytning til de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 62-74 pct.

- Der ses den højeste andel af læger, der er uenige i, at samarbejdet om den enkelte patient er tilfredsstillende, blandt lægerne med tilknytning til Amager og Hvidovre Hospital (17 pct.). For lægerne med tilknytning til de øvrige hospitaler varierer andelen, som er uenige, mellem 0-12 pct.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Hurtig, klar og handlingsorienteret kommunikation understøtter samarbejdet

I interviews og skriftlige kommentarer forklarer de praktiserende læger, at samarbejdet om den enkelte patient er særligt velfungerende, når kommunikationen med hospitalet er hurtig, klar og handlingsorienteret. Det gælder uanset, om kommunikationen finder sted telefonisk eller via henvisninger, epikriser eller korrespondancemeddelelser. Det skyldes, at kommunikationen bidrager til klarhed om patientens situation, så patienten bliver sendt det rette sted hen, og at færre unødvendige henvisninger bliver sendt til hospitalerne. I den forbindelse fremhæver flere, at det særligt er den direkte læge-til-hospitalslæge-dialog, der styrker samarbejdet.

Gode henvisninger er en vigtig forudsætning for et velfungerende samarbejde

I interviews og skriftlige kommentarer udtrykker hospitalslæger, at gode henvisninger er en forudsætning for et velfungerende samarbejde omkring den enkelte patient. De gode henvisninger indeholder tydelige beskrivelser af, hvorfor patienten bliver henvist, hvad de praktiserende læger har gjort og mistænker, samt hvad de ønsker bliver vurderet eller behandlet. Hospitalslægerne nævner også, at den nye arbejdsgang omkring handlingsanvisende afviste henvisninger generelt har forbedret henvisninger og patientforløb, særligt på grund af flere konkrete krav til henvisningernes kvalitet.

”

Jeg synes, at vi får som udgangspunkt nogle bedre henvisninger [af den nye arbejdsgang]. Helt klart. Der er simpelthen lidt flere krav. Du kan ikke bare skrive "obs. demens." Nej, du er nødt til at komme med nogle konkrete test og nogle oplysninger."

Hospitalslæge

Vanskeligheder ved at etablere kontakt til hinanden udfordrer samarbejdet

Både de praktiserende læger og hospitalslægerne nævner i interviews og skriftlige kommentarer, at det udfordrer samarbejdet om den enkelte patient, hvis der er vanskeligheder ved at etablere kontakt til hhv. almen praksis eller specialister på hospitalerne.

De praktiserende læger nævner, at nogle hospitalsafdelinger er svære at komme igennem til, når de har brug for specialistrådgivning. De oplever også, at der kan være lang svartid, når de sender korrespondancemeddelelser til hospitalerne, og at de nogle gange ikke modtager et svar. Samlet set oplever de praktiserende læger, at vanskeligheder med at komme i kontakt med hospitalslægerne fører til længere patientforløb. Derudover fortæller flere praktiserende læger, at de i nogle tilfælde ikke modtager et opkald fra hospitalerne, når en epikrise har en rød farvemærkning. Modsat oplever enkelte hospitalslæger at mangle et opdateret "bagom telefonnummer" til de praktiserende læger, så de ikke skal sidde i den samme telefonkø som patienterne.

”

Jeg har opgivet at sende korrespondancer til hospitalerne. Svartiden er alt for lang, og ofte kan jeg se, at den er blevet sendt rundt på afdelingen til flere forskellige personer, indtil én forbarmer sig over mig og sender et lidt overfladisk svar tilbage."

Praktiserende læge

3. Henvisninger

3.1 Henvisninger vedrørende somatik

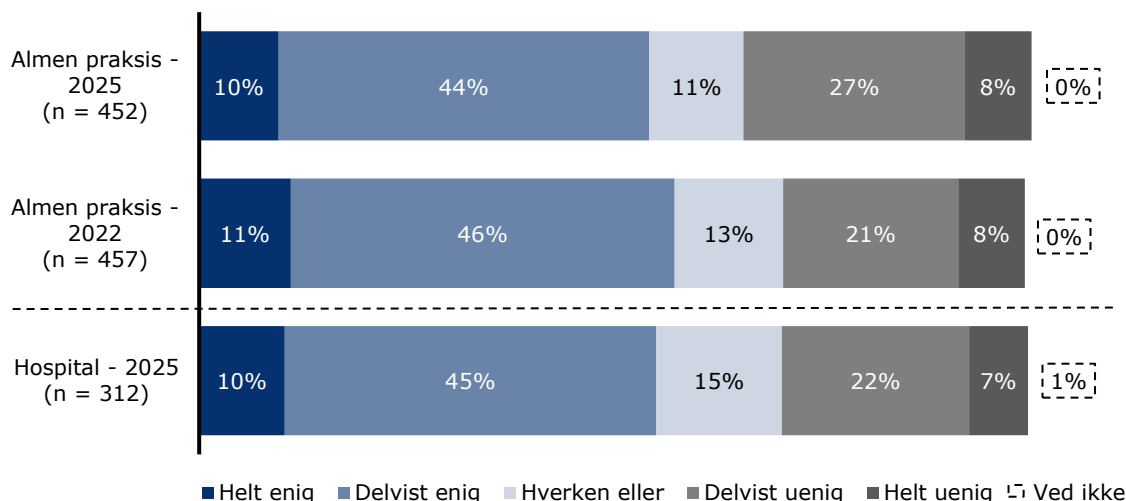
Undersøgelsen har afdækket de praktiserende lægers oplevelse af henvisninger til somatiske afdelinger. Hospitalslægerne er ligeledes blevet spurgt til deres oplevelse af, hvorvidt de er tilfredse med henvisningerne fra almen praksis. Samlet viser spørgeskemaundersøgelserne og analyse af de kvalitative data, at:

- Lidt over halvdelen (54 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med hospitalets håndtering af henvisninger vedrørende somatik.
- Lidt over halvdelen (55 pct.) af hospitalslægerne oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende.
- Ved utilfredshed med samarbejdet om henvisninger blandt hospitalslægerne skyldes dette særligt utilstrækkelig anamnese samt manglende patientinformationer og undersøgelser.
- Dialog og sparring mellem almen praksis og hospitaler sikrer et bedre samarbejde.
- Praktiserende læger oplever, at for mange henvisninger bliver afvist.
- Hospitalslæger oplever, at de modtager for mange – og mangelfulde – henvisninger.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om henvisninger vedrørende somatik er præsenteret i Figur 3-1 og Figur 3-2 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 3-1: Tilfredshed med hospitalets håndtering af henvisninger og henvisninger fra almen praksis



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og hospitalslæger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 457 praktiserende læger, 2022. N = 312 hospitalslæger, 2025. Svarene for de 51 hospitalslæger, der er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri, indgår ikke i denne figur, men er rapporteret i Figur 3-3. De 67 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering til praktiserende læger: "Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende." Spørgsmålsformulering til hospitalslæger: "Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning." Fordelinger, der ikke summerer til 100 pct., skyldes afrunding.

Lidt over halvdelen af de praktiserende læger er tilfredse med hospitalets håndtering af henvisninger vedrørende somatik

- Lidt over halvdelen (54 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at hospitalets håndtering af deres henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende i 2025. I 2022 var 57 pct. tilfredse.
- Mere end en tredjedel (35 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at hospitalets håndtering af somatiske henvisninger er tilfredsstillende. Det er 6 procentpoint flere end i 2022.
- Tabel 10.1-5 i Bilag I viser, at der er variation i besvarelsenerne fra læger med tilknytning til forskellige hospitaler i Region Hovedstaden.
- Det er blandt lægerne med tilknytning til Rigshospitalet og Bornholms Hospital, at man finder de højeste andele (hhv. 72 pct. og 69 pct.), der er helt eller delvist enige i, at hospitalets håndtering af somatiske henvisninger er tilfredsstillende. For læger med tilknytning til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Herlev og Gentofte Hospital samt Nordsjællands Hospital er de tilsvarende andele 52-61 pct., mens under halvdelen (48 pct.) af lægerne med tilknytning til Amager og Hvidovre Hospital er helt eller delvist enige.
- Den højeste andel, der er uenige i, at hospitalet håndterer henvisninger vedr. somatisk tilfredsstillende, findes blandt praktiserende med tilknytning til Nordsjællands Hospital. Her er 40 pct. helt eller delvist uenige. For de øvrige hospitaler varierer andelen af helt eller delvist uenige mellem 23-38 pct.
- Tabel 10.1-6 i Bilag I viser et mønster på tværs af anciennitet. Andelen af læger, der er tilfredse med hospitalets håndtering af henvisninger vedr. somatik, falder i takt med stigende anciennitet. Således er den højeste andel af helt eller delvist enige blandt læger med anciennitet på 5 år eller mindre (62 pct.), og den laveste andel er blandt læger med en anciennitet på 20 år eller mere (49 pct.).

Lidt over halvdelen af hospitalslægerne oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende

- Blandt hospitalslægerne er lidt over halvdelen (55 pct.) helt eller delvist enig i, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning.
- Lidt under en tredjedel (29 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende.

Hospitalslægerne er desuden blevet adspurgt, hvad de konkret oplever er udfordrende for samarbejdet med almen praksis om henvisninger. Svarene fremgår af Figur 3-2 nedenfor.

Figur 3-2: Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger?

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 351. De 79 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" til udsagnet: "Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger?" Det har været muligt at vælge flere svar.

Utilstrækkelig anamnese, manglende patientinformationer og manglende undersøgelser udfordrer samarbejdet om henvisninger

- 6 ud af 10 (60 pct.) af hospitalslægerne angiver, at utilstrækkelig anamnese udfordrer for samarbejdet omkring henvisninger.
- Én ud af tre (32 pct.) af hospitalslægerne angiver manglende patientinformationer som udfordring.
- Én ud af fire (26 pct.) af hospitalslægerne angiver, at manglende undersøgelser i almen praksis er en udfordring for samarbejdet omkring henvisninger.
- Dertil angiver 4 ud af 10 (43 pct.) af hospitalslægerne, at der er andre ting end de, der er oplistet i spørgeskemaundersøgelsen, som udfordrer samarbejdet omkring henvisninger. Disse uddybes nedenfor i pointerne fra det kvalitative data.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekst-felter.

Dialog og sparring mellem almen praksis og hospitaler sikrer et bedre samarbejde

Til trods for at tilfredsheden med somatiske henvisninger er på nogenlunde samme niveau som i 2022 blandt de praktiserende læger, beretter både de praktiserende læger og hospitalslægerne i interviews og skriftlige kommentarer om en oplevelse af, at samarbejdet omkring somatiske henvisninger er forbedret. De fortæller, at dialog og sparring er en central kilde til et mere velfungerende samarbejde.

De fremhæver især hotlines og telefonisk dialog som værdifulde tiltag. De praktiserende læger oplever, at de kan henvende sig, både før de sender henvisninger, og i tilfælde hvor henvisninger bliver afvist. De beskriver, at det er en hurtig måde at få afklaring og blive hjulpet videre med den enkelte patient, samtidig med at de kan spare unødvendige henvisninger. Hospitalslægerne beskriver tilsvarende, at telefonisk rådgivning bidrager til, at hospitalerne ser de rigtige patienter.

Praktiserende læger fremhæver også, at det bidrager til et bedre samarbejde, når de modtager afviste henvisninger med værdifuld sparring, herunder faglige begrundelser, gode råd og forslag til næste skridt.

Praktiserende læger oplever, at for mange henvisninger bliver afvist

De praktiserende læger, som oplever udfordringer i samarbejdet om henvisninger, fremhæver først og fremmest mængden af afviste henvisninger som særligt udfordrende. De oplever, at henvisninger ofte bliver afvist uden en tilstrækkelig grund, på trods af at der er et klart behov. Flere fortæller, at de har en oplevelse af, at henvisningerne ikke bliver læst grundigt nok, fx når hospitalerne efterspørger oplysninger, som allerede fremgår af henvisningen. Samtidig nævner flere, at det kan være svært at komme igennem med en henvisning til de rigtige steder på hospitalerne.

Andre nævner, at der er store krav til henvisningernes indhold, som kan være svære at honorere i almen praksis, hvor de praktiserende læger har konsultationer af et kvarters varighed. Det kan skabe frustration blandt de praktiserende læger, at mange henvisninger bliver afvist, da det er tidskrævende for dem at henvise patienter igen.

”

"[...] Det, at der kommer en forklaring på det [afviste henvisninger], har hjulpet en del på det. Og at der står, hvad kan vi ellers gøre, hvad mangler af undersøgelser, skal de til en praktiserende speciallæge i stedet for. Det synes jeg er fint, at det kommer med. Det letter vores arbejde."

Praktiserende læge

”

Jeg har indtryk af, at de [hospitalerne] får et opdrag om, at de skal afvise 10% henvisningerne, fordi de har for travlt. Jeg har tit indtryk af, at de slet ikke har læst min henvisning, [...]. Nogle gange får man sådan en standardsmøre, selvom det slet ikke er det jeg har henvist patienten med."

Praktiserende læge

Hospitalslæger oplever, at de modtager for mange – og mangelfulde – henvisninger

Hospitalslægerne udtrykker imidlertid i interviews og skriftlige kommentarer, at almen praksis sender for mange henvisninger, og at henvisningerne i nogle tilfælde er mangelfulde. Det drejer sig blandt andet om prøvesvar, patientens samtykke, formålet med henvisningen samt det vurderede behandlingsbehov. I akutmodtagelsen oplever de, at der nogle gange slet ikke foreligger en henvisning. Andre gange har henvisninger nærmere karakter af et ønske om et godt råd, hvilket en hospitalslæge peger på, at de praktiserende læger i stedet bør benytte korrespondancemeddelelser til. Hospitalslægerne fremhæver derfor, at selvom samarbejdet om henvisninger er forbedret, er der fortsat et potentiale for at optimere brugen af henvisninger i almen praksis.

Derudover oplever nogle hospitalslæger, at tærsklen for at udrede patienter er blevet lavere. Hospitalslægerne fortæller, at en del patienter bliver henvist forkert eller uden grundlag, selvom det i flere af disse tilfælde havde været muligt at løse problemstillingen i primærsektoren. De oplever, at de praktiserende læger nogle gange henviser patienter, fordi de er nervøse eller usikre på, om de overser noget – eller fordi de oplever et pres fra patienter og pårørende. Derfor peger hospitalslægerne på, at et endnu tættere samarbejde om afklaring af, hvilke opgaver der mest hensigtsmæssigt kan håndteres i primærsektoren, kan bidrage til at reducere antallet af henvisninger og sikre en mere effektiv opgavefordeling.

”

Nogle gange er den bedste behandling ingen behandling, og den snak kan man lige så godt tage i praksis som hos os. Så nogle gange får vi nogle henvisninger ind, hvor det os der skal sige endeligt nej [...]. Der synes jeg nogle gange, vi oplever et pres ind mod hospitalerne - at det er os, der så skal tage de svære samtaler. Og vi er jo lige så presset som praksis, så jeg forstår jo godt, hvorfor de presser os. Det er jo i virkeligheden en samfundsopgave, som hele sundhedsvæsenet skal være en del af."

Hospitalslæge

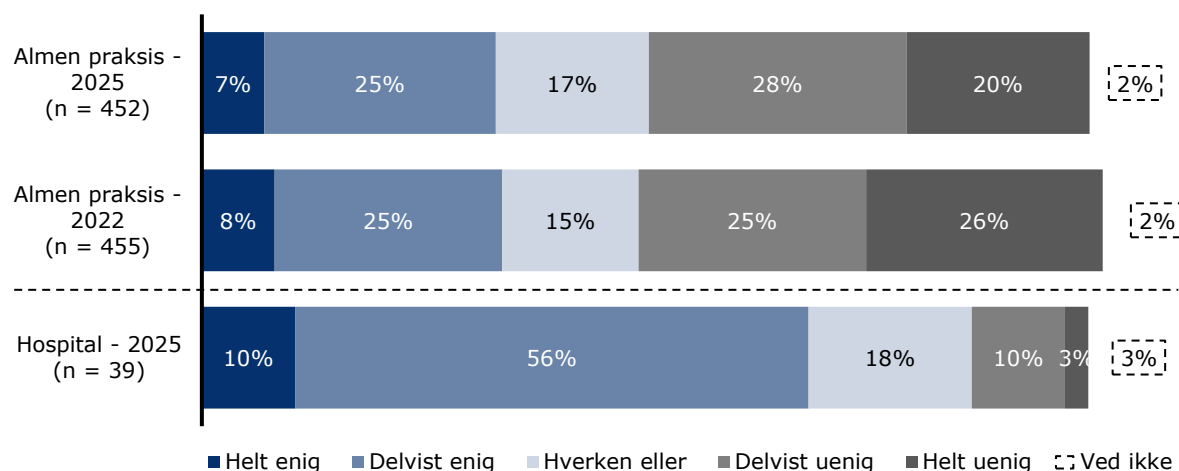
3.2 Henvisninger vedrørende psykiatri

I undersøgelsen er de praktiserende læger ligeledes blevet spurgt til, hvordan de oplever håndteringen af henvisninger vedrørende psykiatri. Samlet viser spørgeskemaundersøgelserne og analyse af de kvalitative data, at:

- Én ud af tre (32 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med håndteringen af henvisninger til psykiatrien.
- To ud af tre (66 pct.) af hospitalslægerne i psykiatrien er tilfredse med henvisninger fra almen praksis.
- De praktiserende læger oplever det særligt udfordrende at komme igennem med henvisninger til psykiatrien.
- Praktiserende læger oplever, at såkaldt kassetænkning udfordrer henvisning af patienter med multip psykiatriske lidelser.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om henvisninger vedrørende psykiatri er præsenteret i Figur 3-3 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 3-3: Tilfredshed med hospitalets håndtering af psykiatriske henvisninger og psykiatriske henvisninger fra almen praksis

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og hospitalslæger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 455 praktiserende læger, 2022. N = 39 hospitalslæger, 2025. Figuren inkluderer kun de hospitalslæger, der er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 12 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering til praktiserende læger: "Jeg oplever, at Center for Visitation og Diagnostik (CVD's) håndtering af mine henvisninger vedrørende psykiatri er tilfredsstillende." Spørgsmålsformulering til hospitalslæger: "Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning." Fordelinger, der ikke summerer til 100 pct., skyldes afrunding.

Én ud af tre af de praktiserende læger er tilfredse med håndteringen af henvisninger til psykiatrien

- En tredjedel (32 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at hospitalet håndterer deres henvisninger vedrørende psykiatrien tilfredsstillende. I 2022 var andelen 33 pct.
- Omkring halvdelen (48 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at håndteringen af deres henvisninger vedrørende psykiatrien er tilfredsstillende. I 2022 var andelen 51 pct.
- I spørgeskemaundersøgelsen ses et mønster på tværs af anciennitet, jf. Bilag I, Tabel 10.1-8. Andelen af læger, der er helt eller delvist uenige i, at psykiatrien håndterer henvisninger tilfredsstillende, er højere for praktiserende læger med større anciennitet. Den største uenighed ses blandt læger med en anciennitet på 11-19 år. Her er 51 pct. helt eller delvist uenige. Blandt læger med en anciennitet på 5 år eller mindre ses derimod den laveste andel (45 pct.) af helt eller delvist uenige.

To ud af tre hospitalslæger i psykiatrien er tilfredse med henvisninger fra almen praksis

- To ud af tre (66 pct.) af hospitalslægerne, der er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri, er helt eller delvist enige i, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende.
- 1 ud af 10 (13 pct.) af hospitalslægerne i psykiatrien er helt eller delvist uenige i, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

De praktiserende læger oplever det særligt vanskeligt at komme igennem med henvisninger til psykiatrien

De praktiserende læger beretter i interviews om en række udfordringer, når det kommer til at henvise til psykiatrien. De praktiserende læger peger for de første på, at de oplever det som særligt vanskeligt at få psykiatriske henvisninger godkendt, og at størstedelen af deres henvisninger til psykiatrien bliver afvist.

De praktiserende læger oplever mere konkret, at visitationen til psykiatrien kan være rigid med høje krav til henvisningerne. Det betyder, at henvisninger sendes tilbage med punkter, der skal beskrives nærmere eller på grund af mindre fejl og mangler. Dette stiller krav til de praktiserende lægers tid, og flere oplever, at de ikke kan nå at udforme psykiatriske henvisninger inden for tidsrummet for en almindelig konsultation. Derudover oplever de praktiserende læger også at blive bedt om oplysninger, som de ikke har mulighed for at fremskaffe.

På grund af de mange afviste henvisninger til psykiatrien beskriver flere praktiserende læger, at de er opgivende på forhånd, når de henviser til psykiatrien - eller at de ikke henviser til psykiatrien, medmindre de mistænker alvorlige psykotiske lidelser.

Yderligere peger flere praktiserende læger på, at der kan være manglende kapacitet og et visitationsafsnit uden læger, hvilket kan bidrage til, at mange henvisninger bliver afvist. De udtrykker et ønske om et mere fleksibelt system med forståelse for, at det ikke altid er muligt at anskaffe samtlige oplysninger forud for henvisning.

Kassetænkning udfordrer henvisning af patienter med multipsykiatriske lidelser

Flere praktiserende læger nævner, at de i særligt høj grad har svært ved at henvise patienter til tværfaglige forløb i psykiatrien og at lykkes med at henvise patienter, der har multipsykiatriske lidelser. Der er en oplevelse af, at patienter helst skal passe ned i kasser eller til særlige pakkeforløb – ellers bliver henvisningerne afvist. Samtidig er der en oplevelse af, at de eksisterende pakker er snævre og ikke passer til alle patienter. I sidste ende kan det betyde, at disse patienter bliver henvist videre til forskellige udredningstilbud, og at patienterne derfor ender med at opgive.

”

Det er psykiatrien, hvor man synes, man har brugt lang tid på at lave en god henvisning, og så er det nærmest uden undtagelse, at man får en henvisning tilbage, hvor der står 15 punkter, der ønskes nærmere beskrevet, selvom man allerede har brugt 30-45 minutter på henvisningen. Det er svært at komme igennem til psykiatrien.”

Praktiserende læge

”

Psykiatrien er blevet bygget op omkring "pakkeløsninger". Passer en patient ikke ind i en "kasse" er der intet tilbud. Især de svært psykisk syge svigtes herved.”

Praktiserende læge

4. Ny arbejdsgang omkring afviste henvisninger

I 2024 blev en ny arbejdsgang for afviste henvisninger implementeret i Region Hovedstaden med henblik på at styrke de praktiserende lægers og hospitalslægenes samarbejde om patientforløbene.

Ifølge den nye arbejdsgang skal hospitalerne sende en handlingsanvisende korrespondancemeddelelse, når de afviser en henvisning. Meddelelsen skal indeholde en årsag til afvisningen samt en anvisning af, hvordan de praktiserende læger kan hjælpe patienten videre, eller hvilke oplysninger hospitalet mangler for at vurdere henvisningen. Samtidig skal de praktiserende læger kunne sende supplerende oplysninger via en korrespondancemeddelelse i stedet for at henvise på ny. Derudover skal hospitalet sende et digitalt brev til patienten, der orienterer om, at henvisningen er blevet afvist. Brevet forklarer, at henvisningen er blevet afvist, og at patienten kan kontakte henvisende læge, så patienten kan stille spørgsmål til afvisningen og det videre forløb.

4.1 Lettet arbejdsgang (almen praksis)

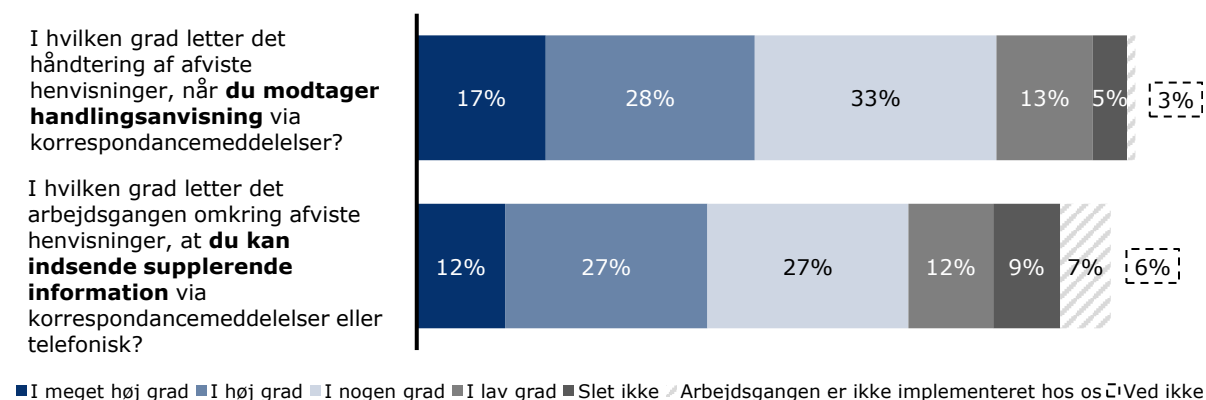
Afviste henvisninger kan være tidskrævende for praktiserende læger at håndtere. Den nye arbejdsgang er et forsøg på at lette arbejdsgangen omkring afviste henvisninger. For at afdække, om de praktiserende læger oplever, at den nye arbejdsgang letter deres håndtering af afviste henvisninger, er de blevet spurgt til den nye arbejdsgang i spørgeskemaundersøgelsen og i kvalitative interviews. Samlet set viser undersøgelsen, at:

- Størstedelen af de praktiserende læger oplever, at det at modtage handlingsanvisninger og kunne indsende supplerende information letter håndteringen af afviste henvisninger.
- Handlingsanvisningerne hjælper praktiserende læger med det videre patientforløb.
- De praktiserende læger modtager ikke altid handlingsanvisninger.
- De praktiserende læger er ofte nødt til at sende en ny henvisning frem for en korrespondancemeddelelse.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om praktiserende lægers oplevelser af den nye arbejdsgang omkring afviste henvisninger er præsenteret i Figur 4-1 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 4-1: I hvilken grad letter handlingsanvisninger via korrespondancemeddelelser eller at kunne indsende supplerende information håndteringen af afviste henvisninger?



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformuleringer: "I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser?" og "I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk?"

Størstedelen af de praktiserende læger oplever, at det at modtage handlingsanvisninger og kunne indsende supplerende information letter håndteringen af afviste henvisninger

- Tre ud af fire (78 pct.) af de praktiserende læger angiver, at det at modtage handlingsanvisninger via korrespondancemeddelelser i meget høj, i høj eller i nogen grad letter deres håndtering af afviste henvisninger.
- To ud af tre (66 pct.) af de praktiserende læger oplever i meget høj, i høj eller i nogen grad, at muligheden for at sende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk letter håndteringen af afviste henvisninger.
- Én ud af fem af de praktiserende læger oplever i lav grad eller slet ikke, at det at modtage handlingsanvisninger (18 pct.) eller muligheden for at kunne indsende supplerende information (21 pct.) letter håndteringen af afviste henvisninger.
- Under hver tiende (7 pct.) af de praktiserende læger angiver, at arbejdsgangen med at kunne indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk ikke er implementeret hos dem.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Handlingsanvisningerne hjælper praktiserende læger med det videre patientforløb

De praktiserende læger beretter i de kvalitative interviews og skriftlige kommentarer, at den nye arbejdsgang om handlingsanvisende afviste henvisninger overordnet er et positivt tiltag, der har forbedret samarbejdet omkring henvisninger. Flere læger beskriver, at handlingsanvisningerne er værdifulde og letter deres arbejde, fordi det bliver nemmere at lægge en plan for det videre patientforløb, når de modtager en forklaring på, hvorfor en henvisning bliver afvist, og hvad den praktiserende læge kan gøre fremadrettet. De praktiserende læger fortæller også, at den nye arbejdsgang letter dialogen med patienter. Det kommer blandt andet til udtryk, når lægerne skal forklare patienter, hvorfor de ikke bør henvises, hvilket opleves nemmere, når

”

Det fungerer rigtig godt det her nye med, at når vi sender henvisninger, at hvis de bliver afvist, så får man en ordentlig afvisning. Der står simpelthen, hvorfor den bliver afvist, hvad man skal gøre, hvad de tænker. [...] Det letter vores arbejde."

Praktiserende læge

de har modtaget en forklaring fra hospitalerne. De praktiserende læger oplever også, at det er effektivt, når de kan følge op på en afvisning med en korrespondancemeddelelse, frem for at oprette en ny henvisning.

De praktiserende læger modtager ikke altid handlingsanvisninger

At en femtedel af de praktiserende læger ikke oplever, at arbejdsgangen letter håndteringen af afviste henvisninger kan skyldes, at den nye arbejdsgang ikke er fuldt implementeret alle steder. De praktiserende læger nævner i interviews og skriftlige kommentarer, at selvom de fleste afvisninger kommer med konstruktive anvisninger, så er der tilfælde, hvor afviste henvisninger ikke indeholder anvisninger eller forslag til patientens videre forløb. Flere læger oplever, at henvisninger kan blive afvist uden begrundelse eller med sparsomme forklaringer. Her nævner enkelte, at der er et læringspotentiale for almen praksis, der går tabt.

”

Jeg synes egentlig, at de fleste er gode til at skrive, hvorfor en henvisning er afvist, men man kan stadig møde henvisninger, der bare er afviste.”

Praktiserende læge

De praktiserende læger er ofte nødt til at sende en ny henvisning frem for en korrespondancemeddelelse

7 pct. af de praktiserende læger angiver, at muligheden for at sende supplerende oplysninger via korrespondancemeddelelser eller telefonisk ikke er implementeret hos dem, hvilket også er afspejlet i de kvalitative interviews og skriftlige kommentarer. Her fortæller flere praktiserende læger, at de enten ikke kender til muligheden for at sende supplerende oplysninger i en korrespondancemeddelelse, eller at det ikke altid er muligt. De beretter, at hvis en henvisning først er afvist, så kan hospitalerne ikke genaktivere den i Sundhedsplatformen. Derfor er de praktiserende læger nødt til at lave en ny henvisning, hvilket de beskriver som tidskrævende dobbeltarbejde.

”

Når de [hospitalerne] først har afvist den, så kan de ikke genaktivere den. [...]. Det er jo sort, at vi skal misbruge manglende speciallægetid på at sidde og gøre ting igen, fordi systemet ikke kan gøre sådan.”

Praktiserende læge

De praktiserende læger udtrykker derfor et ønske om en løsning på det it-mæssige problem. Eksempelvis foreslår en praktiserende læge, at henvisninger bliver sat på pause, og hvis de ikke er blevet genaktiveret inden for en bestemt tidsperiode, så må hospitalerne afvise henvisningen.

4.2 Forbedret samarbejde med almen praksis (hospitaler)

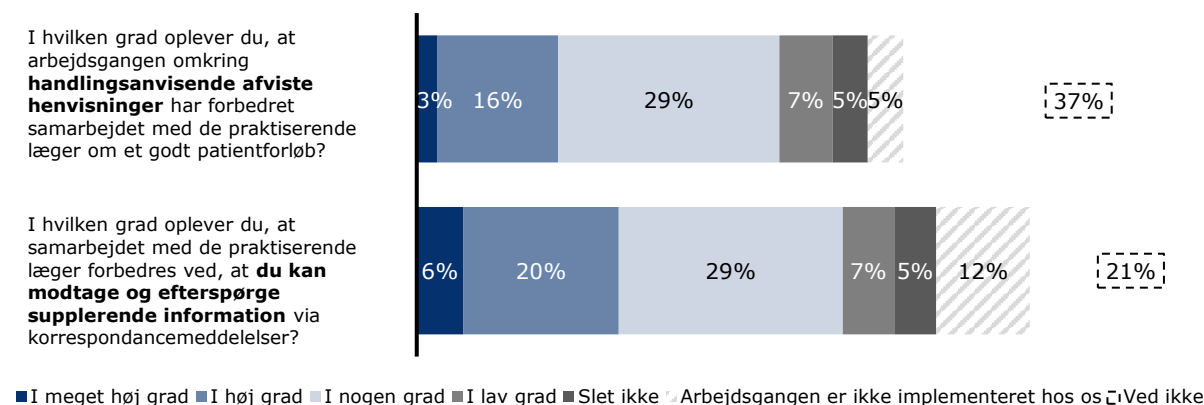
For at afdække hospitalslægenes oplevelser af den nye arbejdsgang omkring handlingsanvisende afviste henvisninger, er hospitalslægerne i undersøgelsen blev spurgt til, i hvor høj grad de oplever, at den nye arbejdsgang har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger. Spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data viser, at:

- Halvdelen (48 pct.) af hospitalslægerne oplever, at arbejdsgangen om handlingsanvisninger og muligheden for at modtage supplerende oplysninger har forbedret samarbejdet.
- Handlingsanvisningerne fører til bedre henvisninger og patientforløb.
- Den nye arbejdsgang er ikke fuldt implementeret alle steder.
- Den nye arbejdsgang skaber mere administration på hospitalerne.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om hospitalslægerne oplevelser af den nye arbejdsgang omkring afviste henvisninger er præsenteret i Figur 4-2 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 4-2: I hvilken grad forbedrer handlingsanvisninger og muligheden for at modtage supplerende oplysninger samarbejdet med de praktiserende læger?



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 263 (handlingsanvisninger) og N = 315 (supplerende information). De henholdsvis 167 og 115 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformuleringer: "I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb?" og "I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser?"

Halvdelen af hospitalslægerne oplever, at arbejdsgangen om handlingsanvisninger og muligheden for at modtage supplerende oplysninger har forbedret samarbejdet

- Halvdelen (48 pct.) af hospitalslægerne oplever i meget høj, i høj eller i nogen grad, at den nye arbejdsgang omkring handlingsanvisende afviste henvisninger forbedrer samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb.
- Lidt over halvdelen (55 pct.) af hospitalslægerne oplever i meget høj, i høj eller i nogen grad, at muligheden for at modtage supplerende information via korrespondancemeddelelser forbedrer samarbejdet med de praktiserende læger.
- En tiendedel (12 pct.) af hospitalslægerne oplever i lav grad eller slet ikke, at den nye arbejdsgang forbedrer samarbejdet om et godt patientforløb, eller at muligheden for at modtage supplerende information via korrespondancemeddelelser forbedrer samarbejdet.
- 5 pct. af hospitalslægerne angiver, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger ikke er implementeret hos dem, mens 37 pct. ikke ved, om arbejdsgangen har forbedret samarbejdet om et godt patientforløb.
- Hver tiende (12 pct.) af hospitalslægerne angiver, at arbejdsgangen omkring at kunne modtage supplerende information via korrespondancemeddelelser ikke er implementeret hos dem, mens hver femte (21 pct.) ikke ved, om muligheden har forbedret samarbejdet.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Handlingsanvisningerne fører til bedre henvisninger og patientforløb

Hospitalslægerne fortæller i interviews og skriftlige kommentarer, at de oplever, at handlingsanvisningerne har gjort henvisninger fra almen praksis mere informerede og rammende, da der er flere krav til, hvilke tests og oplysninger, der skal foreligge i henvisningerne.

Nogle hospitalslæger beretter om positive tilbagemeldinger fra de praktiserende læger, mens andre beretter, at de praktiserende læger bliver frustrerede over afvisninger.

Andre hospitalslæger er ikke bekendt med, hvordan de praktiserende læger har taget imod den nye arbejdsgang – men de oplever uagtet, at henvisningerne fra almen praksis er blevet bedre. Selvom nogle hospitalslæger beskriver, at de fortsat afviser mange henvisninger, og at der er et stort læringspotentiale, så mener de fortsat, at arbejdsgangen skaber bedre patientforløb.

”

Jeg afviser stadig ca. 30% af de henvisninger, der kommer fra praksis. [...]. Det vil sige, der er stadigvæk et stort potentiale for optimering af henvisninger ude i praksis. [...]. Men uanset hvad så tror jeg stadigvæk, at vi får nogle bedre patientforløb ud af at arbejde på den her måde, i stedet for at vi får nogle patienter ind, som ikke skulle have været her."

Hospitalslæge

Den nye arbejdsgang er ikke fuldt implementeret alle steder

Flere hospitalslæger nævner, at den nye arbejdsgang ikke er fuldt implementeret alle steder. Nogle beretter, at arbejdsgangen slet ikke er implementeret hos dem. Andre oplever, at de får henvisninger tilbage, hvor de praktiserende læger ikke har fulgt anvisningerne.

Hospitalslægerne genkender ligeledes vurderingen fra almen praksis om, at arbejdsgangen med korrespondancemeddelelser ikke fungerer på optimal vis. Nogle hospitalslæger beskriver, at korrespondancemeddelelser er besværlige at arbejde med og ikke bliver anvendt. Det skyldes, at hospitalslægerne ikke kan lade henvisninger ligge, til der potentielt kommer en opfølgende korrespondancemeddelelse fra almen praksis, og at hospitalslægerne derfor afviser henvisninger. Det betyder, at de praktiserende læger må sende en ny henvisning. Hospitalslægerne beskriver, at det for det første kan skabe forvirring, hvis der er to spor af henvisninger i gang, og at det for det andet skaber frustration blandt praktiserende læger at modtage afvisninger og skulle henvise igen.

Den nye arbejdsgang skaber mere administrationsarbejde på hospitalerne

I de kvalitative interviews og skriftlige kommentarer fortæller nogle hospitalslæger, at den nye arbejdsgang omkring handlingsanvisende afviste henvisninger er administrativt tung og langsommelig, og at den skaber mere arbejde på hospitalerne. Det skyldes, at hospitalerne - i stedet for blot at kunne ringe til de praktiserende læger og forklare, hvorfor de må afvise en henvisning - skal oprette et forløb på patienter i Sundhedsplatformen, inden de kan afvise en henvisning.

”

I stedet for at man bare kunne sige 'den her patient skal vi ikke have mere med at gøre', så er det blevet en ret administrativt tung, stor opgave - både hos speciallæger, der visiterer, og hos sekretærer"

Hospitalslæge

5. Specialrådgivning

Der er forskellige specialistrådgivningstilbud i Region Hovedstaden. Med disse tilbud har de praktiserende læger mulighed for at rådføre sig hos hospitalerne om specialiseret viden.

I undersøgelsen er de praktiserende læger blevet spurgt til deres oplevelser af hospitalernes rådgivningstilbud. Konkret er de blevet spurgt til, om de føler sig velinformeret om specialistrådgivningen (afsnit 5.1) og deres tilfredshed med rådgivningen (afsnit 5.2). Hospitalslægerne er i undersøgelsen blevet spurgt til deres oplevelse af at yde specialistrådgivning til almen praksis (afsnit 5.3).

5.1 Praktiserende lægers oplevelse af at føle sig informeret om rådgivningstilbud

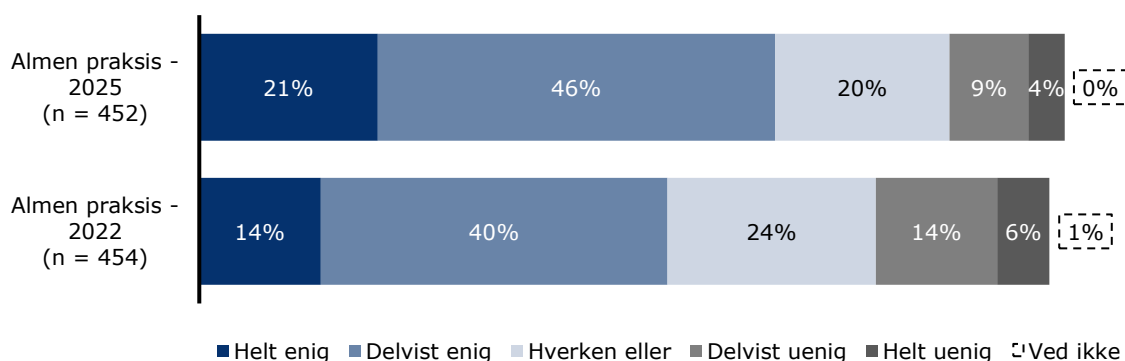
Dette afsnit vedrører de praktiserende lægers oplevelse af at være informeret om rådgivningstilbud på hospitalet målrettet almen praksis. Spørgeskemaundersøgelsen og kvalitative data viser, at:

- To ud af tre (67 pct.) af de praktiserende læger føler sig velinformeret om hospitalets rådgivningstilbud målrettet almen praksis.
- Nyhedsbreve og praksiskonsulenter er vigtige informationskilder til viden om hospitalets rådgivningstilbud.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om de praktiserende lægers oplevelse af at føle sig velinformeret om rådgivningstilbud er præsenteret i Figur 5-1 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 5-1: Praktiserende lægers grad af informeret om hospitalernes rådgivningstilbud



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålsformulering: "Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til mig som praktiserende læge". Fordelinger, der ikke summerer til 100%, skyldes afrunding.

To ud af tre af de praktiserende læger føler sig velinformeret om hospitalets rådgivningstilbud målrettet almen praksis

- To ud af tre (67 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at de føler sig velinformeret om hospitalets rådgivningstilbud målrettet almen praksis. Det er 13 procentpoint mere end i 2022.
- 1 ud af 10 (13 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at de føler sig velinformeret om rådgivningstilbuddene.

- Besvarelsesne fra de praktiserende læger varierer tværs af hospitalerne, jf. Bilag I, Tabel 10.1-13.
- Den højeste andel af praktiserende læger, der er helt eller delvist enige i, at de overordnet føler sig velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til almen praksis, ses blandt læger med tilknytning til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Her er tre ud af fire (74 pct.) helt eller delvist enige. For de øvrige hospitaler er andelen 46-71 pct.
- Den højeste andel af praktiserende læger, der er helt eller delvist uenige i, at de føler sig velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud målrettet almen praksis, ses blandt læger med Amager og Hvidovre Hospital som primærhospital. Her er lidt flere end hver tiende (16 pct.) helt eller delvist uenige. For de øvrige hospitaler varierer andelen af helt eller delvist uenige mellem 9-15 pct.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Nyhedsbreve og praksiskonsulenter er vigtige informationskilder til viden om hospitalets rådgivningstilbud

At to ud af tre af de praktiserende læger angiver, at de føler sig velinformeret om hospitalets rådgivningstilbud, stemmer overens med fortællingerne i interviews, hvor samtlige praktiserende læger udtrykker, at de kender til ét eller flere specialistrådgivningstilbud.

Det udbredte kendskab kan især at hænge sammen med tilgængeligheden af nyhedsbreve og praksiskonsulenter. Nyhedsbreve, fx PraksisNyt, bliver fremhævet som en væsentlig kilde til information, da de samler og påminder praktiserende læger om relevant information.

Samtidig spiller praksiskonsulenter en vigtig rolle ved at orientere om nye tiltag og kommunikationskanaler, herunder telefonnumre. En hospitalslæge udtrykker for eksempel i et interview, at der er mærkbart større opmærksomhed på rådgivningstilbuddene, når praksiskonsulenter skriver notitser i PraksisNyt og minder de praktiserende læger om eksisterende rådgivningstilbud. Det betyder derfor også, at der er behov for regelmæssigt at minde praktiserende læger om de forskellige rådgivningstilbud.

”

Da vi lavede telefonrådgivning, var det meget praksiskonsulenten, der har været ude og lave reklame for den. Jeg monitorerer løbende, hvor mange opkald jeg har, og når vi kan se, at nu begynder det at gå nedad, så laver vi notitser i PraksisNyt, så vi lige kan se, at nu er der opmærksomhed på det igen. [...]. De praktiserende læger har jo rigtig mange forskellige fag, de skal tage sig af, så nogle gange glemmer de måske lidt, at vi findes, [...] og at vores rådgivningslinje, den er der."

Hospitalslæge

5.2 Tilfredshed med specialistrådgivning (almen praksis)

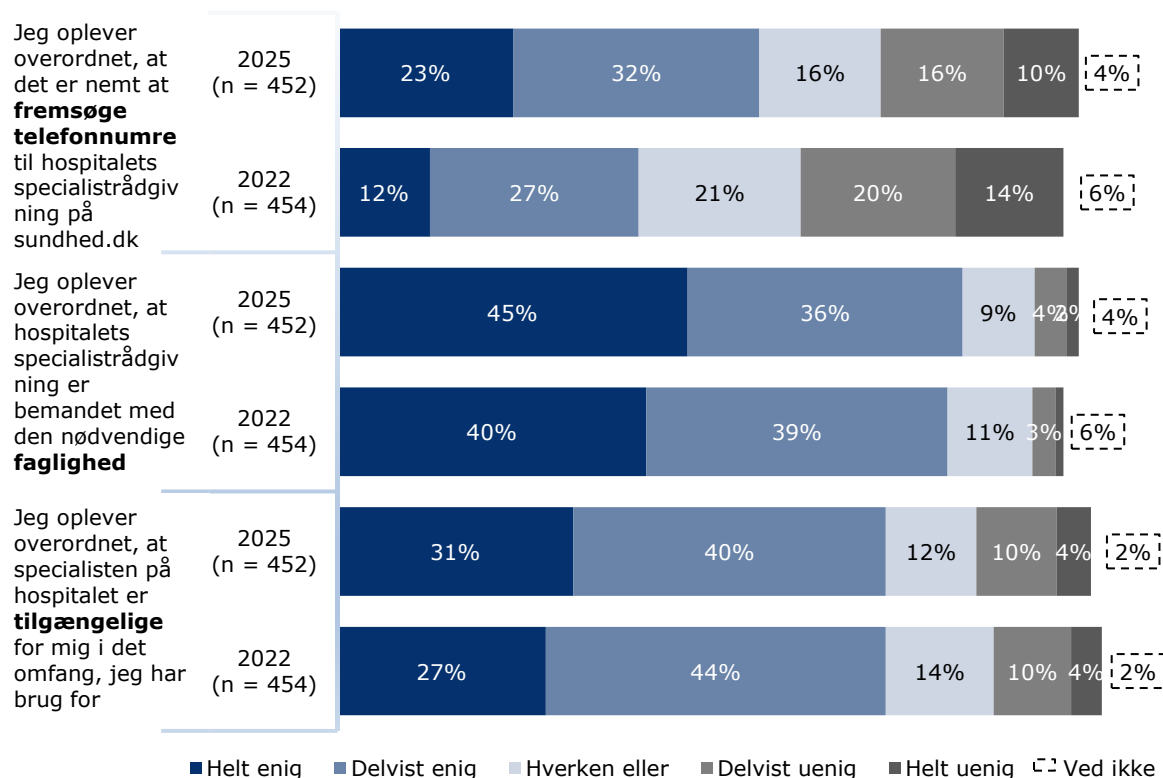
Dette afsnit handler om de praktiserende lægers tilfredshed med specialistrådgivning, herunder deres oplevelse af tilgængelighed og faglige bemanding af hospitalets rådgivningstilbud målrettet almen praksis. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og analysen af kvalitative data, at:

- Hver anden af de praktiserende læger (55 pct.) oplever, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til specialistrådgivningen på sundhed.dk.
- 8 ud af 10 (81 pct.) af de praktiserende læger oplever, at rådgivningstilbuddene er bemandet med den nødvendige faglighed.
- 7 ud af 10 (71 pct.) af de praktiserende læger oplever, at specialistrådgivning er tilgængelig i det rette omfang.
- De fleste praktiserende læger kender til oversigten med telefonnumre til specialistrådgivningen på sundhed.dk.
- Trods overordnet tilfredshed med tilgængeligheden er der forskel på tværs af afdelinger samt et ønske om at udbrede rådgivningen yderligere.
- Specialistrådgivningen giver gode råd, men nogle praktiserende læger oplever, at dem, der bemander rådgivningen, mangler beslutningskompetence.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om de praktiserende lægers tilfredshed med specialistrådgivningen er præsenteret i Figur 5-2 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 5-2: Praktiserende lægers tilfredshed med rådgivningstilbud



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålsformulering: "Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?" Fordelinger, der ikke summerer til 100%, skyldes afrunding.

Hver anden af de praktiserende læger oplever, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til specialistrådgivningen

- Hver anden (55 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at de nemt kan fremsøge telefonnumre til hospitalets specialistrådgivning på sundhed.dk. Det er 16 procentpoint mere end i 2022, hvor 4 ud af 10 (39 pct.) var enige.
- Tre ud af fire (26 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til specialistrådgivningen. I 2022 var én ud af tre (34 pct.) uenige.

8 ud af 10 af de praktiserende læger oplever, at rådgivningstilbuddene er bemandet med den nødvendige faglighed

- 8 ud af 10 (81 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at specialistrådgivningen er bemandet med den nødvendige faglighed. Andelen er lidt højere end i 2022, hvor 79 pct. var enige.
- Under hver tiende (6 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at specialistrådgivningen er bemandet med den nødvendige faglighed. Den tilsvarende andel i 2022 var 4 pct.

7 ud af 10 af de praktiserende læger oplever, at specialistrådgivning er tilgængelig i det rette omfang

- 7 ud af 10 (71 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at specialisterne på hospitalet er tilgængelige i det omfang, de har brug for. Det er på niveau med andelen i 2022.
- Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at lidt flere end hver tiende (14 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at specialistrådgivningen er tilgængelig i det omfang, de har brug for. Det er på niveau med andelen i 2022.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

De fleste praktiserende læger kender til oversigten med telefonnumre til specialistrådgivningen på sundhed.dk

I de kvalitative interviews udtrykker samtlige praktiserende læger, at de kender til oversigten med telefonnumre til specialistrådgivningen på sundhed.dk. Enkelte praktiserende læger nævner dog i de åbne svar og interviews, at der for nogle hospitalsafdelinger kun er få telefonnumre, som de kan kontakte, og at telefonlisten ikke altid er opdateret.

Trods overordnet tilfredshed med tilgængeligheden er der forskel på tværs af afdelinger samt et ønske om at udbrede rådgivningen yderligere

På baggrund af de kvalitative interviews og åbne svar tegner der sig, ligesom ovenstående resultat fra spørgeskemaundersøgelsen, et billede af tilfredshed med specialistrådgivningens tilgængelighed. De praktiserende læger fortæller, at de i fleste tilfælde oplever, at specialistrådgivningen er tilgængelig, og at telefonerne bliver taget. De udtrykker også, at tilgængeligheden er værdifuld, da det kan bidrage til færre unødvendige henvisninger.

”

Som regel oplever jeg, at telefonerne bliver taget, og at jeg får et godt svar.”

Praktiserende læge

De 14 pct. af de praktiserende læger, der er helt eller delvist uenige i, at specialistrådgivning er tilgængelig i rette omfang, kan være udtryk for, at de praktiserende læger oplever, at nogle afdelinger er sværere at komme igennem til end andre, fx at telefonen ikke bliver taget, eller at de praktiserende læger kan få en følelse af, at de forstyrrer, når de ringer. Samtidig kan uenigheden i opfattelsen af, om specialistrådgivning er tilgængelig i rette omfang skyldes, at der blandt praktiserende læger er et ønske om at udbrede specialistrådgivningstilbud yderligere. En praktiserende læge udtrykker for eksempel i et interview, at hotlines, hvor der er mulighed for at diskutere cases, er særligt givende, og at det derfor vil være ønskværdigt at udbrede et sådant tilbud til flere områder.

Specialistrådgivningen giver gode råd, men nogle praktiserende læger oplever, at dem, der bemander rådgivningen, mangler beslutningskompetence

I de kvalitative interviews og åbne svar fortæller de praktiserende læger, at de oplever at møde imødekommende og hjælpsomme hospitalslæger i forbindelse med hospitalernes specialistrådgivning, der giver en hurtig og kvalificeret hjælp og sparring. Det er værdifuldt for de praktiserende læger, da det hjælper dem videre med den enkelte patient, og da det kan spare unødvendige henvisninger.

At 6 pct. af de praktiserende læger er uenige i, at hospitalets specialistrådgivning er bemandede med den nødvendige faglighed, kan skyldes en oplevelse af, at det er vanskeligt at komme i dialog med en hospitalslæge med beslutningskompetence i forbindelse med afviste henvisninger.

Nogle praktiserende læger fortæller, at selvom de telefonisk har aftalt at henvise en patient, så bliver henvisningen senere afvist. Nogle praktiserende oplever også, at det kan være sygeplejersker, der bemander specialistrådgivningen og efterspørger bedre mulighed for at kommunikere med hospitalslæger frem for sygeplejersker, når de kontakter hospitalet.

”

Det betyder bare alverden, at man kan ringe, og at der er nogen, der ikke synes, man forstyrrer - og at man heller ikke forstyrrer, fordi de sidder der for at kunne hjælpe. [...] Når det er lettilgængeligt, så kan vi spare rigtig mange henvendelser og henvisninger, [...].”

Praktiserende læge

”

Jeg bruger dem [rådgivningstilbudene] jævnligt, og jeg ringer, hvis der er noget, jeg er i tvivl om: 'Skal det ses nu? Skal det ikke ses? Eller hvornår og hvordan?' Så ringer man og får et godt råd.”

Praktiserende læge

5.3 Hospitalernes oplevelse af at yde specialistrådgivning

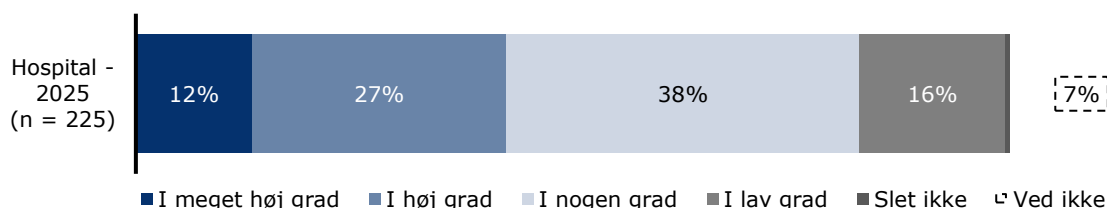
Dette afsnit afdækker hospitalslægenes oplevelse af at yde specialistrådgivning til almen praksis. Blandt de adspurgte hospitalslæger i undersøgelsen har 52 pct. angivet, at de yder specialistrådgivning. Spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data viser, at:

- 4 ud af 10 (39 pct.) af hospitalslægerne i høj grad oplever, at almen praksis benytter specialistrådgivning.
- Størstedelen (86 pct.) af hospitalslægerne oplever at have de rette rammer og kompetencer for at yde rådgivning til almen praksis.
- Hospitalslægerne oplever, at spørgsmål fra almen praksis er relevante (93 pct.) og styrker samarbejdet samt forebygger unødige henvisninger (87 pct.).
- Hospitalslægerne oplever generelt at have de rette rammer til specialistrådgivning, men at det kan være udfordrende, hvis funktionen varetages samtidig med andet arbejde.
- Specialistrådgivning bidrager til en bedre visitation.
- Hospitalslæger ønsker, at praktiserende læger bruger rådgivningstilbud i endnu større omfang.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om hospitalslægenes oplevelse af at yde specialistrådgivning er præsenteret i Figur 5-3 og Figur 5-4 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

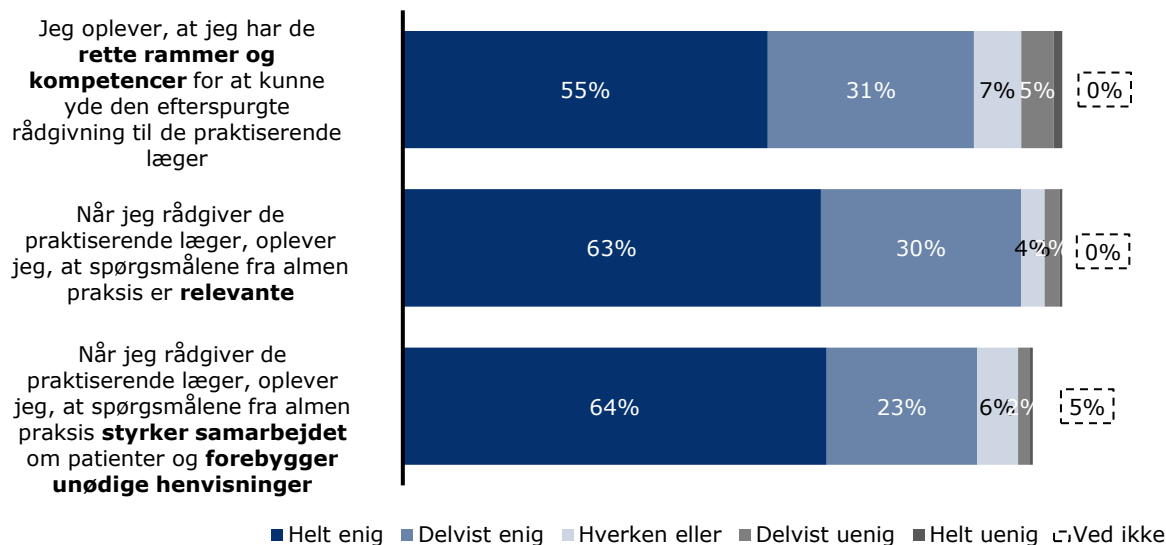
Figur 5-3: I hvilken grad oplever du, at almen praksis benytter sig af specialistrådgivning?



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at de almene praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet?"

4 ud af 10 af hospitalslægerne oplever i høj grad, at almen praksis benytter specialistrådgivning

- 4 ud af 10 (39 pct.) af hospitalslægerne oplever i meget høj eller høj grad, at de praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet.
- Lidt under hver femte (16 pct.) hospitalslæge oplever i lav grad eller slet ikke, at de praktiserende læger gør brug af specialistrådgivningen.

Figur 5-4: Hospitalslægenes oplevelse med at yde specialistrådgivning

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?"

Størstedelen af hospitalslægerne oplever at have de rette rammer og kompetencer for at yde rådgivning til almen praksis

- Størstedelen (86 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at de har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning til de praktiserende læger.
- Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at mindre end hver tiende (6 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at de har de rette rammer og kompetencer.

Hospitalslægerne oplever, at spørgsmål fra almen praksis er relevante og styrker samarbejdet samt forebygger unødige henvisninger

- Et overvejende flertal (93 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at spørgsmålene, de modtager fra almen praksis, er relevante.
- Størstedelen (87 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger.
- 2 pct. af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante, eller at de styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Hospitalslægerne oplever generelt at have de rette rammer til specialistrådgivning, men det kan være udfordrende, hvis funktionen varetages samtidig med andet arbejde

I de kvalitative interviews og åbne svar fortæller hospitalslæger, at de for det meste oplever, at de har tid til at rådgive de praktiserende læger, og at det er hurtigt at give en rådgivning, som de oplever, at de praktiserende læger er tilfredse med. En hospitalslæge udtrykker også, at det er en vigtig del af deres job at kunne guide de praktiserende læger, og at der er tid til det.

At 6 pct. af hospitalslægerne oplever, at de ikke har de rette rammer og kompetencer, kan hænge sammen med, at nogle hospitalslæger oplever ikke at have tilstrækkelig tid til rådgivningen, da den foregår samtidig med andet klinisk arbejde, fx stuegang.

”

For mig er det egentlig ikke det helt store arbejde, fordi det er relativt hurtigt at give rådgivning, og de [praktiserende læger] virker rigtigt tilfredse, når de ringer ind."

Hospitalslæge

Specialistrådgivning bidrager til en bedre visitation

De kvalitative interviews og åbne svar understøtter, at et overvejende flertal af hospitalslægerne oplever, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante samt styrker samarbejdet og forebygger unødige henvisninger. Hospitalslægerne udtrykker overordnet, at de oplever at have en god dialog, som er værdifuld for den enkelte patients behandling samt for samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne. Det skyldes, at dialogen bidrager til en bedre visitation, og at hospitalerne ser de patienter, hvor behovet er størst.

”

Jeg synes, det fungerer ret godt, fordi der bliver stillet nogle af de spørgsmål, som vi gerne vil have. Det hjælper på, at vi ser dem, der skal ses."

Hospitalslæge

Hospitalslæger ønsker, at praktiserende læger bruger rådgivningstilbud i endnu større omfang

At 16 pct. af hospitalslægerne oplever, at de praktiserende læger i lav grad benytter sig af specialistrådgivningen, er afspejlet i de kvalitative interviews og åbne svar. Her fortæller hospitalslæger, at de oplever, at de praktiserende læger glemmer, at rådgivningslinjer findes, og at det derfor er nødvendigt at gøre opmærksom på tilbuddene med jævne mellemrum. Flere hospitalslæger giver også udtryk for, at de praktiserende læger gerne må bruge specialistrådgivningen mere.

6. Korrespondancemeddelelser

De praktiserende læger og hospitalslægerne har mulighed for at sende eller efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser. Denne undersøgelse afdækker, hvordan de praktiserende læger oplever at modtage korrespondancemeddelelser fra hospitalerne (afsnit 6.1). Undersøgelsen afdækker også hospitalslægenes oplevelser med at modtage korrespondancemeddelelser fra de praktiserende læger (afsnit 6.2).

6.1 Almen praksis' oplevelser af svartid og kvalitet ift. korrespondancemeddelelser

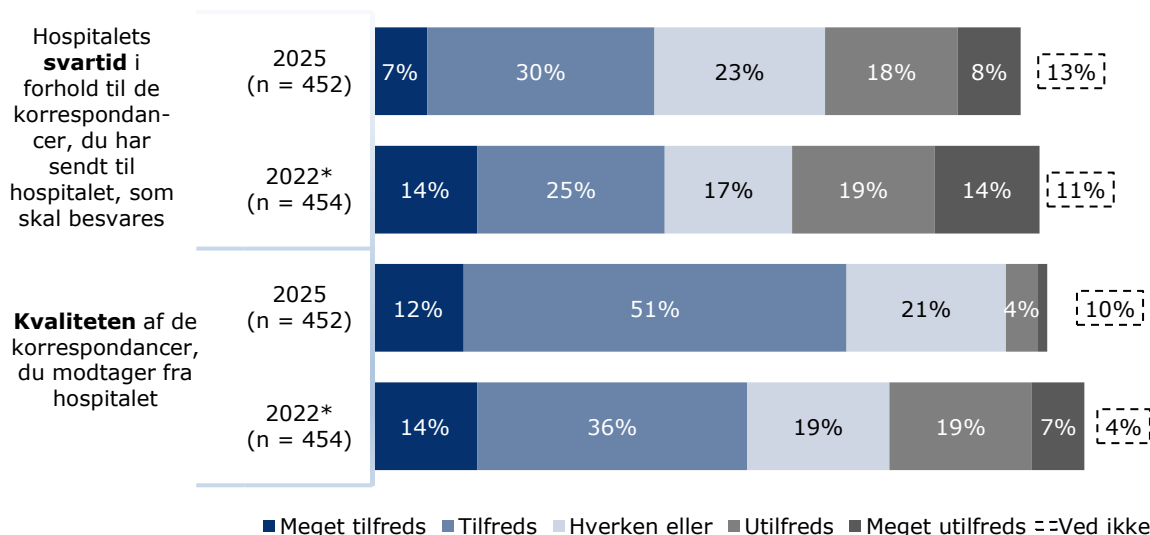
Dette afsnit handler om de praktiserende lægers oplevelser med de korrespondancemeddelelser, de modtager fra hospitalerne, herunder om de oplever, at svartiden og kvaliteten er tilfredsstillende. Spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data viser, at:

- Knap 4 ud af 10 (37 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelser.
- Over 6 ud af 10 (63 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelser.
- De praktiserende læger oplever manglende svar og lang svartid på korrespondancer.
- De praktiserende læger ønsker mere målrettet rådgivning i korrespondancemeddelelser.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om de praktiserende lægers oplevelse af svartid og kvaliteten ift. korrespondancemeddelelser er præsenteret i Figur 6-1 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 6-1: Praktiserende lægers tilfredshed med svartid og kvalitet ift. korrespondancemeddelelser



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålsformulering, 2025: "Hvor tilfreds er du med følgende?" Spørgsmålsformulering, 2022: "Jeg er overordnet tilfreds med svartiden på de korrespondancer, jeg modtager fra hospitalet / kvaliteten af de korrespondancer, jeg modtager fra hospitalet." Fordelinger, der ikke summerer til 100 pct., skyldes afrunding.

*Svarmulighederne var anderledes i 2022 (helt enig, delvist enig, hverken eller, delvist uenig, helt uenig, ved ikke/ikke relevant), men svarmulighederne fra 2025 anvendes i figuren.

Knap 4 ud af 10 af de praktiserende læger er tilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelser

- Knap 4 ud af 10 (37 pct.) af de praktiserende læger er meget tilfredse eller tilfredse med svartiden på de korrespondancemeddelelser, de modtager fra hospitalet. I 2022 var 39 pct. helt eller delvist enige i, at de var tilfredse med svartiden.
- Én ud af fire (26 pct.) i almen praksis er meget utilfredse eller utilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelserne fra hospitalet. Det er 7 procentpoint mindre end i 2022.
- Tabel 10.1-22 i Bilag I viser, at der på tværs af lægernes anciennitet er forskel på tilfredshed med svartiden på korrespondancemeddelelserne fra hospitalet.
- Det er blandt lægerne med højere anciennitet, at der er de højeste andele af tilfredshed, jf. Bilag I, Tabel 10.1-22. Her er 45 pct. af lægerne med 11-19 års erfaring enten meget tilfredse eller tilfredse med svartiden, mens det for læger med 20 år eller mere i erfaring er 39 pct. For lægerne med kortere anciennitet er andelen 26-33 pct.

Over 6 ud af 10 af de praktiserende læger er tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne

- Over 6 ud af 10 (63 pct.) af de praktiserende læger svarer, at de er meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af de korrespondancemeddelelser, de modtager fra hospitalet. I 2022 var det hver anden (50 pct.).
- 5 pct. af de praktiserende læger er meget utilfredse eller utilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne fra hospitalet. I 2022 var én ud af fire (26 pct.) meget utilfredse eller utilfredse med kvaliteten.
- På tværs af anciennitet ses der variationer i lægernes tilfredshed med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne fra hospitalet, jf. Bilag I, Tabel 10.1-24. Der er dog ikke et klart mønster i variationerne. Den højeste andel af læger, der er tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne, ses blandt læger med 6-10 års anciennitet. Her er 66 pct. meget tilfredse eller tilfredse. Den laveste andel forekommer blandt læger med en anciennitet på 20 år eller mere. Her er 59 pct. meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelser.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

De praktiserende læger oplever manglende svar og lang svartid på korrespondancer

At en fjerdedel af de praktiserende læger i spørgeskemaundersøgelsen er utilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelser, understøttes af interviewene og skriftlige kommentarer. Her fortæller flere praktiserende læger, at de ofte slet ikke modtager svar på de korrespondancemeddelelser, de sender til hospitalerne.

Det betyder, at de må bruge tid på at rykke hospitalerne ved enten at skrive eller ringe til dem. Andre oplever, at visse hospitalsafdelinger pga. manglende kapacitet ikke besvarer korrespondancer og i stedet beder om, at spørgsmål bliver sendt i henvisninger. Selv når der kommer et svar, fortæller flere, at svartiden ofte er lang.

”

Jeg vil tro, at jeg i 50% af tilfældene ikke får svar overhovedet på korrespondancer. Ofte skal jeg rykke flere gange.”

Praktiserende læge

Samlet tegner det et billede af, at brugen af korrespondancemeddelelser endnu ikke er fuldt implementeret og varierer på tværs af afdelinger og hospitaler. De praktiserende læger efterlyser derfor

en sikring af, at deres korrespondancemeddelelser bliver besvaret – og med kortere svartid – da den nuværende praksis skaber ekstra arbejde og usikkerhed i patientforløbene.

De praktiserende læger ønsker mere målrettet rådgivning i korrespondancemeddelelser

Selvom størstedelen (63 pct.) af de praktiserende læger er tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne, peger nogle skriftlige svar på et ønske om mere målrettet rådgivning. Nogle praktiserende læger oplever, at svarene er generiske og præget af standardfraser uden egentlig faglig vurdering af den konkrete patient og problemstilling. De efterlyser, at svarene i højere grad er givet af læger med det relevante speciale, og at svarene bliver mere præcise, relevante og med en tydelig rådgivning og konklusion.

6.2 Hospitalernes oplevelse af brugen af korrespondancemeddelelser

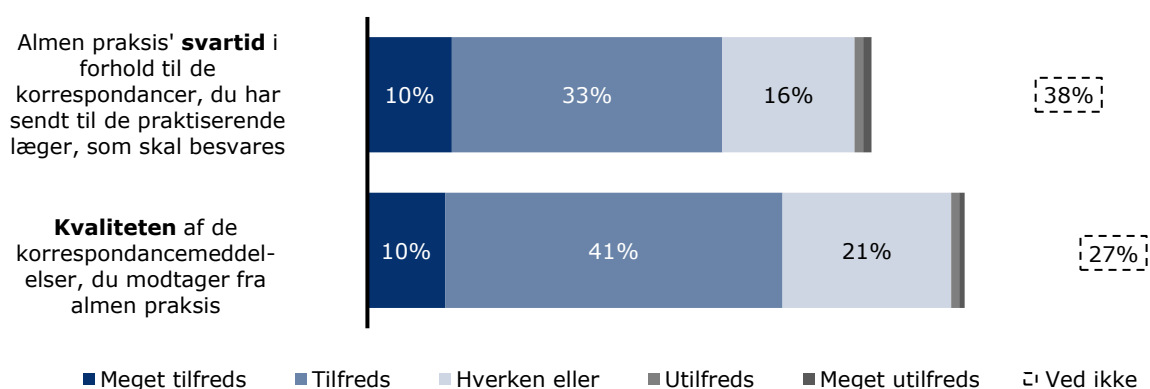
Dette afsnit afdækker, hvordan hospitalslægerne oplever svartiden og kvaliteten, når de modtager korrespondancemeddelelser fra praktiserende læger. Det afdækker også, hvor ofte hospitalslægerne benytter korrespondancemeddelelser i dialogen med de praktiserende læger. Spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data viser, at:

- 4 ud af 10 (43 pct.) af hospitalslægerne er tilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelser.
- Halvdelen (51 pct.) af hospitalslægerne er tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne.
- Halvdelen (52 pct.) af hospitalslægerne anvender sjældent eller aldrig korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis.
- Der er uens praksis i brugen af korrespondancemeddelelser.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om hospitalslægerne oplevelse af korrespondancemeddelelser er præsenteret i Figur 6-2 og Figur 6-3 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 6-2: Hospitalslægerne tilfredshed med svartid og kvalitet ift. korrespondancemeddelelser



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 290 (svartid) og 305 (kvalitet). De hhv. 140 og 125 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" på spørgsmålene er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende?"

4 ud af 10 af hospitalslægerne er tilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelser

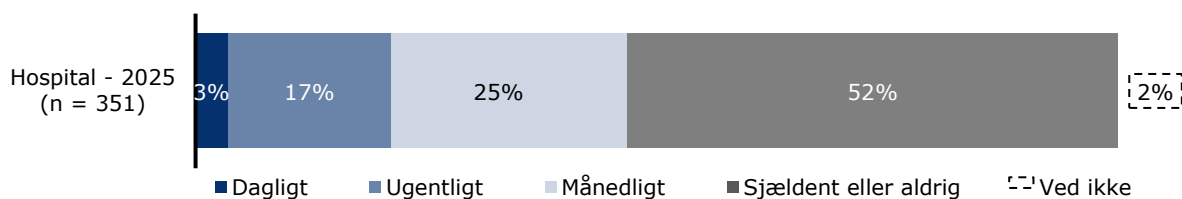
- 4 ud af 10 (43 pct.) af hospitalslægerne er meget tilfredse eller tilfredse med svartiden på korrespondancemeddelelser fra almen praksis.
- 2 pct. af hospitalslægerne er utilfredse eller meget utilfredse med svartiden, mens 38 pct. har angivet "ved ikke".

Halvdelen af hospitalslægerne er tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne

- Hver anden (51 pct.) af hospitalslægerne er meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af korrespondancemeddelelser fra almen praksis.
- 2 pct. af hospitalslægerne er utilfredse eller meget utilfredse med kvaliteten, mens 27 pct. har angivet "ved ikke".

Halvdelen af hospitalslægerne anvender sjældent eller aldrig korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis

- Hver anden (52 pct.) af hospitalslægerne anvender sjældent eller aldrig korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis, jf. Figur 6-3.
- En femtedel (20 pct.) af hospitalslægerne anvender dem dagligt eller ugentligt, mens en fjerdedel (25 pct.) anvender dem månedligt i dialogen med almen praksis.

Figur 6-3: Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis?

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 351. De 79 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis?"

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Der er uens praksis i brugen af korrespondancemeddelelser

En hospitalslæge peger i et interview på, at praktiserende læger ofte bruger henvisninger, når de ønsker et fagligt råd, men at korrespondancemeddelelser er et mere hensigtsmæssigt format, da det opleves mere positivt at få et svar på en meddelelse end et afslag på en henvisning.

Samtidig viser spørgeskemaundersøgelsen, at 52 pct. af hospitalslægerne sjældent eller aldrig bruger korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis. De skriftlige svar fra hospitalslægerne bekræfter, at formatet slet ikke anvendes på visse afdelinger. Andre hospitalslæger oplever, at korrespondancemeddelelser er besværlige at håndtere i Sundhedsplatformen, eller at de kun egner sig til korte beskeder og forespørgsler, mens de foretrækker telefonkontakt eller henvisninger til mere komplekse svar. Dertil nævner nogle hospitalslæger, at der ikke er et klart defineret ansvar for, hvem der besvarer korrespondancemeddelelserne, eller at der ikke er afsat tid til det.

”

Korrespondancemeddelelser er kun egnede til helt korte beskeder og forespørgsler, og skriftlige svar er meget mere komplicerede at udarbejde end mundtlige. Det er ikke defineret, hvem der skal svare på dem, og der er ikke afsat tid i ambulatorieprogrammer etc.”

Hospitalslæge

Samlet set tegner der sig et billede af, at brugen af korrespondancemeddelelser ikke er fuldt etableret eller ensrettet. Der er blandede erfaringer og praksisser på tværs af hospitaler, og det er uklart, hvornår man bør bruge henvisninger, og hvornår korrespondancemeddelelser er det mest hensigtsmæssige format.

7. Epikriser

I spørgeskemaundersøgelserne er både de praktiserende læger og hospitalslægerne blevet stillet en række spørgsmål vedrørende epikriser. De praktiserende læger er blevet spurgt til deres tilfredshed med epikriserne fra hospitalerne (afsnit 7.1). Både de praktiserende læger og hospitalslægerne er blevet spurgt til, hvorvidt de oplever, at systemet omkring farvemarkering af epikriserne er velfungerende (afsnit 7.2).

7.1 Tilfredshed med epikriser fra hospitalerne (almen praksis)

Dette afsnit undersøger de praktiserende lægers oplevelser af epikrisernes kvalitet, struktur og indhold, samt hvad de oplever som særligt utilfredsstillende ved epikriserne. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data, at:

- Lidt under halvdelen (45 pct.) af de praktiserende læger er utilfredse med kvaliteten af epikriserne fra hospitalerne.
- Halvdelen (50 pct.) af de praktiserende læger oplever ikke, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen.
- 6 ud af 10 (58 pct.) af de praktiserende læger oplever ikke, at indholdet i epikriserne er målrettet dem.
- Særligt for mange informationer og uoverskuelighed i epikriserne skaber utilfredshed blandt praktiserende læger.
- Praktiserende læger ønsker, at epikriser slankes og i højere grad målrettes almen praksis
- Specialespecifikt sprog og forkortelser mindsker udbyttet af epikriserne.

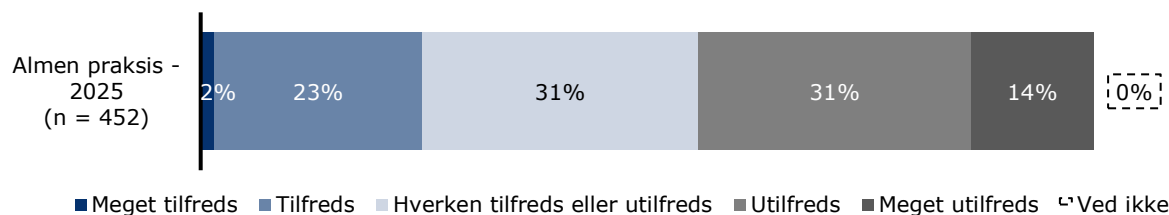
Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende praktiserende lægers tilfredshed med epikriser er præsenteret i Figur 7-1, Figur 7-2 og Figur 7-3 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Lidt under halvdelen af de praktiserende læger er utilfredse med kvaliteten af epikriserne fra hospitalerne

- Lidt under halvdelen (45 pct.) af de praktiserende læger er overordnet set meget utilfredse eller utilfredse med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne.
- Én ud af fire (25 pct.) af de praktiserende læger er meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af de epikriser, de modtager fra hospitalerne.

Figur 7-1: Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne?

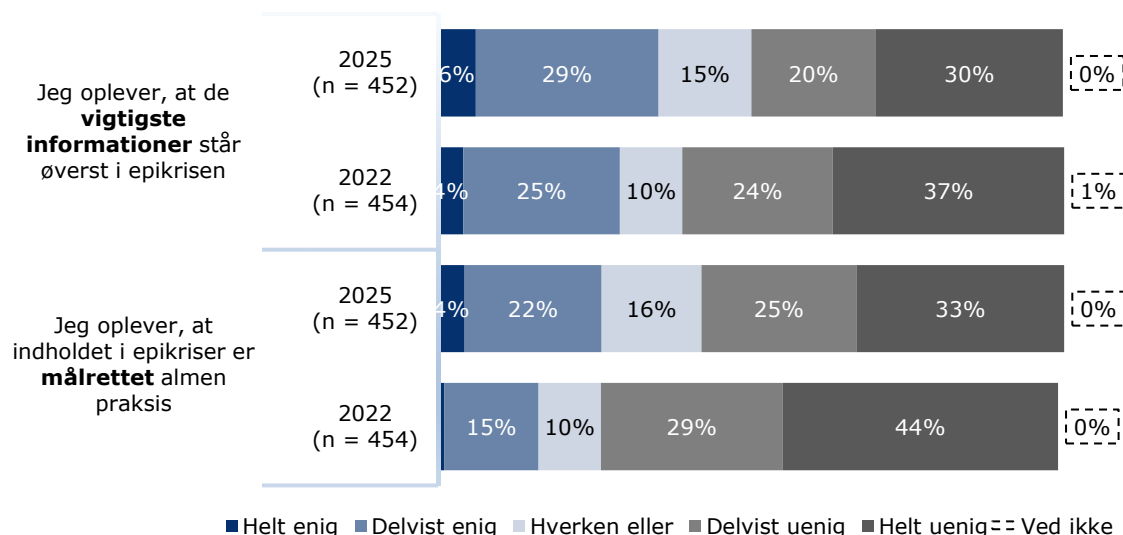


Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne?"

Halvdelen af de praktiserende læger oplever ikke, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen

- Halvdelen (50 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at de vigtigste informationer står øverst i de epikriser, de modtager fra hospitalet. I 2022 var andelen 61 pct.
- Én ud af tre (35 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at de vigtigste informationer står øverst i epikriserne. Det er flere end i 2022, hvor andelen var 29 pct.
- Lægernes oplevelser af epikrisernes struktur varierer på tværs af, hvilket primærhospital de er tilknyttet, jf. Bilag I, Tabel 10.1-25.
- Blandt læger tilknyttet Bornholms Hospital ses den højeste andel, der er uenige i, at de vigtigste informationer står øverst i epikriser. Her er 61 pct. helt eller delvist uenige. De tilsvarende andele blandt læger tilknyttet de øvrige hospitaler er mellem 14-56 pct.
- Omvendt ses den højeste andel enige blandt læger tilknyttet Rigshospitalet. Her er 71 pct. helt eller delvist enige. De tilsvarende andele blandt læger tilknyttet de øvrige hospitaler er mellem 8-39 pct.

Figur 7-2: Står de vigtigste informationer øverst i epikrisen, og er indholdet målrettet almen praksis?



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålsformulering: "Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?" Fordelinger, der ikke summerer til 100 pct., skyldes afrunding.

6 ud af 10 af de praktiserende læger oplever ikke, at indholdet i epikriserne er målrettet almen praksis

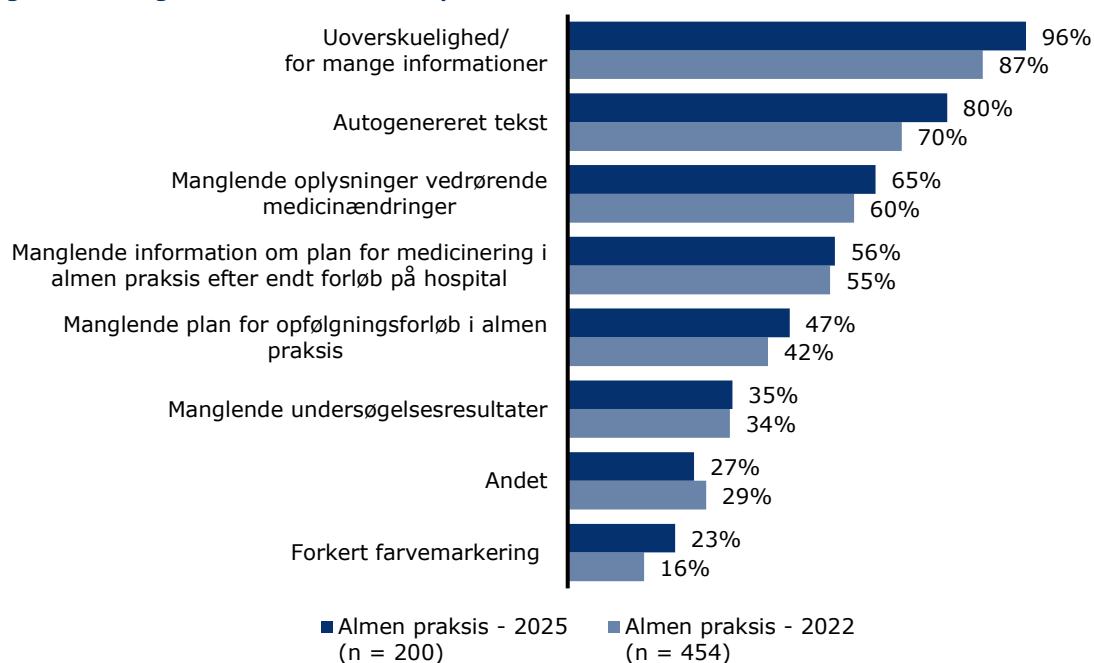
- 6 ud af 10 (58 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis, jf. Figur 7-2. Det er 15 procentpoint færre end i 2022, hvor andelen var 73 pct.
- En fjerdedel (26 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis.
- Lægernes oplevelse af, om indholdet i epikriser er målrettet almen praksis, varierer på tværs af, hvilket primærhospital de er tilknyttet, jf. Bilag I, Tabel 10.1-27.
- Den højeste andel, der er uenige i, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis, ses blandt læger tilknyttet Bornholms Hospital. Her er 92 pct. helt eller delvist uenige. Den tilsvarende andel blandt læger tilknyttet de øvrige hospitaler varierer mellem 14-61 pct.

- Den højeste andel, der er enige i, at de vigtigste informationer står øverst i epikriser, ses blandt læger tilknyttet Rigshospitalet. Her er 71 pct. helt eller delvist enige. De tilsvarende andele blandt læger tilknyttet de øvrige hospitaler er mellem 8-28 pct.

Særligt for mange informationer og uoverskuelighed i epikriserne skaber utilfredshed blandt praktiserende læger

- Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der særligt er tre årsager til utilfredshed med kvaliteten af epikriserne jf. Figur 7-3.
- Næsten alle praktiserende læger (96 pct.) nævner uoverskuelighed og for mange informationer som årsag til utilfredshed med epikriserne.
- 8 ud af 10 praktiserende læger (80 pct.) er utilfredse med autogenereret tekst i epikriserne
- To ud af tre praktiserende læger (65 pct.) oplever, at det er utilfredsstillende, at der mangler oplysninger vedrørende medicinændringer.

Figur 7-3: Årsager til utilfredshed med epikrisernes kvalitet



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 200 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålet er ikke besvaret af de 252 hospitalslæger, der har svaret "Meget tilfreds", "Tilfreds" eller "Hverken tilfreds eller utilfreds" til spørgsmålet: "Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne?" Spørgsmålsformulering til praktiserende læger, 2025: "I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds, hvad skyldes det?" Spørgsmålsformulering til praktiserende læger, 2022: "Hvis du oplever, at indholdet i epikriser fra hospitalerne udfordrer almen praksis, hvad skyldes det så?" Det har været muligt at vælge flere svar.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Praktiserende læger ønsker, at epikriser slankes og i højere grad målrettes almen praksis

De kvalitative interviews og skriftlige kommentarer fra de praktiserende læger understøtter i høj grad billedet fra spørgeskemaundersøgelsen. Mange praktiserende læger oplever, at epikriserne er uoverskuelige med meget autogenereret tekst, som ikke er relevant. Det betyder, at vigtige informationer kan drukne. De praktiserende læger bruger derfor meget tid på at finde den information, de skal bruge, og på at sikre, at de ikke overser vigtige informationer. Samtidig står beskeder

henvendt til egen læge nederst i epikrisen, og de praktiserende læger skal derfor scrolle ned til bunden for at finde det væsentlige. Der er en udbredt opfattelse af, at problemet er opstået med implementeringen af Sundhedsplatformen, og at epikriserne i fremtiden bør slankes og målrettes almen praksis. Nogle praktiserende læger nævner også et ønske om at modtage flere handlingsanvisninger i epikriserne, da det hjælper dem med det videre patientforløb.

Derudover beretter flere praktiserende læger om, at der mangler information, fx om medicinændringer og indlæggelsesforløbet. Det bevirker, at de praktiserende læger ofte må læse i elektroniske patientjournaler for at danne sig et overblik over patientens indlæggelses- eller behandlingsforløb, hvilket er tidskrævende.

Specialespecifikt sprog og forkortelser mindsker udbyttet af epikriserne

Udover ovennævnte oplevelser i forhold epikriser har de skriftlige kommentarer fra praktiserende læger synliggjort en udfordring, som ikke fremgik som svarmulighed til spørgeskemaet. Flere praktiserende læger nævner, at hospitalerne ofte bruger specialespecifikt sprog og forkortelser. Det er udfordrende, da nogle forkortelser ikke er gængse lægefaglige eller alment kendte forkortelser, hvorfor lægerne har vanskeligt ved at forstå indholdet i epikrisen.

De praktiserende læger modtager epikriser til tiden

En praktiserende læge beskriver, at mens de praktiserende læger førhen oplevede, at de ikke fik epikriser, eller at de fik dem meget sent, så fungerer det nu bedre. I dag oplever de fleste praktiserende læger, at de får de epikriser fra hospitalerne, som de skal have, og at de kommer til tiden.

”

Epikriserne i Sundhedsplatformen er aldrig blevet gode. De er store, rodede og uoverskuelige. Der er for meget information og autogeneret tekst, som fylder og skygger for det vigtige. [...]. Der bliver meget arbejde i at screene de vigtige ting, fordi man er bange for at overse noget, fordi der står så mange, ligegyldige ting."

Praktiserende læge

”

"Vi får de epikriser vi skal og de kommer hurtigt. Så alle de gamle travere [om manglende eller meget sene epikriser], det er der ingen, der snakker om mere. Nu fungerer det altså meget godt."

Praktiserende læge

7.2 Farvemarkering

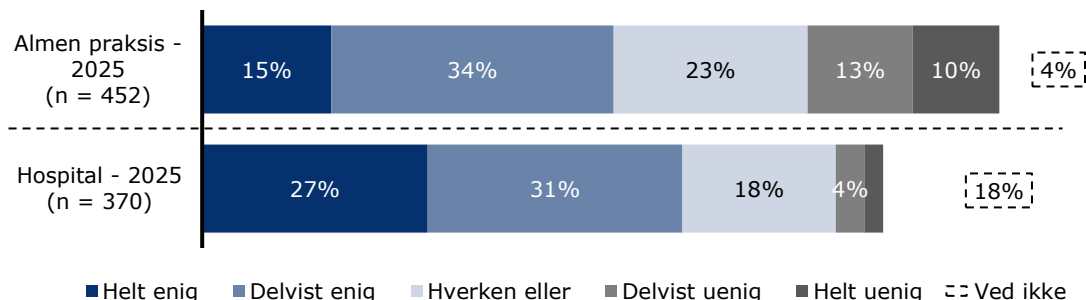
Epikriser skal farvemarkeres med rød, gul, grøn eller hvid, hvilket bl.a. skal sikre, at sårbare patienters epikriser ikke drukner i andre epikriser. Dette afsnit undersøger, hvorvidt de praktiserende læger og hospitalslægerne oplever, at systemet med farvemarkering af epikriserne er velfungerende. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data, at:

- Halvdelen (49 pct.) af de praktiserende læge oplever, at systemet med farvemarkering af epikriserne er velfungerende.
- 6 ud af 10 (58 pct.) hospitalslæger oplever, at systemet med farvemarkering af epikriserne er velfungerende.
- Praktiserende læger oplever, at farvemarkeringer fungerer godt, men at de i nogle tilfælde mangler eller er ukorrekte.
- Praktiserende læger oplever, at de ikke altid modtager opbringninger, når epikriser er markeret med rød, og at opfølgingsplaner er urealistiske.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende praktiserende lægers og hospitalslægers oplevelser af systemet med farvemarkering er præsenteret i Figur 7-4 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 7-4: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og hospitalslæger, forår 2025. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 370 hospitalslæger, 2025. De 60 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt."

Halvdelen af de praktiserende læge oplever, at systemet med farvemarkering af epikriserne er velfungerende

- Halvdelen (49 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt.
- En fjerdedel (23 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at systemet med farvemarkering af epikriser er velfungerende.

6 ud af 10 hospitalslæger oplever, at systemet med farvemarkering af epikriserne er velfungerende

- 6 ud af 10 (58 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at systemet med farvemarkering af epikriserne fungerer godt.
- Mindre end hver tiende (6 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at systemet med farvemarkering af epikriserne er velfungerende.
- Én ud af fem (18 pct.) af hospitalslægerne ved ikke, om systemet med farvemarkering fungerer godt.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekst-felter.

Praktiserende læger oplever, at farvemarkeringer fungerer godt, men at de i nogle tilfælde mangler eller er ukorrekte.

De praktiserende læger udtrykker i interviews og skriftlige kommentarer, at farvemarkering af epikriserne kan fungere fint. Som det også fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, så fremhæver flere praktiserende læger dog, farvemarkeringen kan mangle eller være forkert – og at der generelt er meget forskellig brug af farvekoderne. Flere praktiserende læger fortæller, at de derfor er nødt til at læse alle epikriser alligevel, hvilket fjerner effektivitetsgevinsten. Samtidig nævner nogle praktiserende læger, at deres it-systemer ikke understøtter farvemarkeringen.

Praktiserende læger oplever, at de ikke altid modtager opringninger, når epikriser er markeret med rød, og at opfølgningsplaner er urealistiske

De praktiserende læger udtrykker i de skriftlige kommentarer, at de ikke altid modtager en opringning, når epikriser er markeret med rød, selvom det egentlig er aftalen. Samtidig nævner flere praktiserende læger, at opfølgningsplaner kan være urealistiske og uden forståelse for arbejdet i almen praksis, fx opfølgning med blodprøver i hjemmet eller klinisk kontrol inden for kort tid, hvor det ikke er praktisk muligt.

Samtidig udtrykker nogle hospitalslæger i de skriftlige kommentarer, at de oplever at mangle et "bagom telefonnummer" til de praktiserende læger, så de ikke skal sidde i den samme telefonkø som patienterne. Det kan være en mulig årsag til, at flere praktiserende læger oplever, at de ikke modtager et opkald ved røde epikriser.

”

Overordnet fungerer det godt, men det hænder at der kommer røde epikriser uden telefonisk kontakt."

Praktiserende læge

”

Problem med at ringe til egen læge. Vi mangler 'bagom telefonnummer', så vi ikke skal sidde i telefonkø med patienter. Der skal være let adgang til telefonnummeret til egen læge."

Hospitalslæge

8. Diagnostiske tilbud

De praktiserende læger har mulighed for at henvise patienter til en række billeddiagnostiske tilbud og subakutte tider på hospitalerne i Region Hovedstaden. Denne undersøgelse afdækker, hvordan de praktiserende læger og hospitalslægerne oplever de billeddiagnostiske tilbud i Region Hovedstaden (afsnit 8.1). Undersøgelsen afdækker også de praktiserende lægers oplevelser med hospitalernes tilbud om subakutte tider (afsnit 8.2).

8.1 Billeddiagnostiske undersøgelser

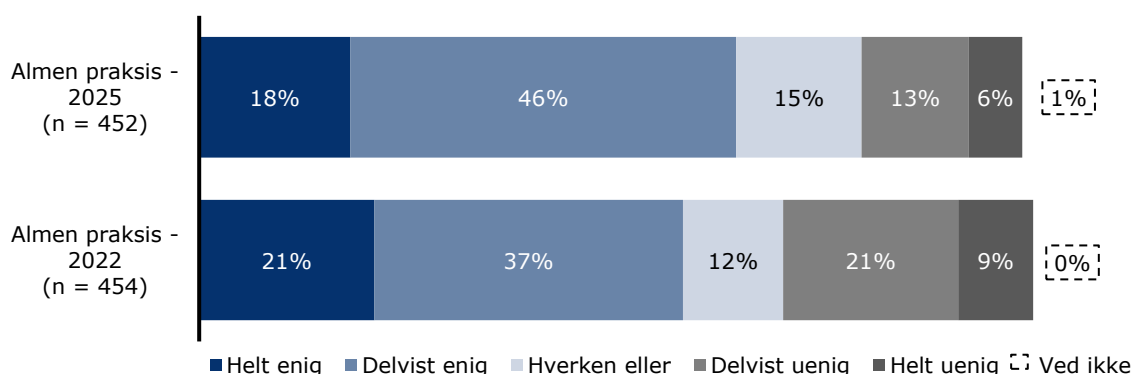
Dette afsnit beskriver, hvordan de praktiserende læger og hospitalslægerne oplever de billeddiagnostiske tilbud i Region Hovedstaden. I undersøgelsen er de praktiserende læger blevet spurgt til, om hospitalernes tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov. Hospitalslægerne er blevet spurgt til, om de oplever, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante eller tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, så de kan starte deres udredning eller behandling. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data, at:

- To ud af tre (64 pct.) af de praktiserende læger oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov.
- Knap halvdelen (47 pct.) af hospitalslægerne oplever, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser.
- Begrænset adgang og lange ventetider er udfordrende, og drop-in diagnostiske tilbud efterspørges.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende billeddiagnostiske undersøgelser er præsenteret i Figur 8-1 og Figur 8-2 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 8-1: Jeg oplever, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til mine behov

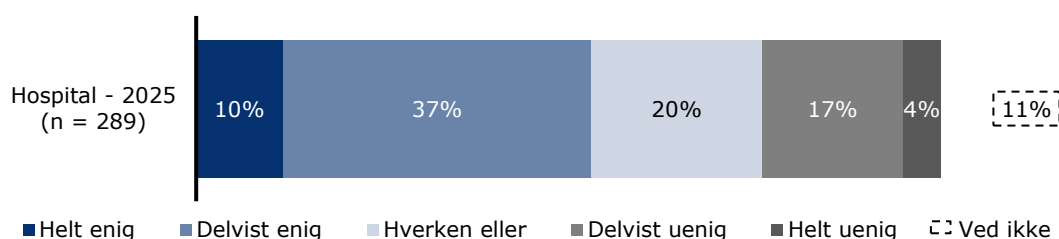


Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser (fx røntgen, ultralyd, MR/CT, ekko) lever op til mine behov."

To ud af tre af de praktiserende læger oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov

- Figur 8-1 viser, at to ud af tre (64 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov. Det er 6 procentpoint mere end i 2022.
- Hver femte (19 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov. Det er 11 procentpoint lavere end i 2022, hvor en tredjedel (30 pct.) af de praktiserende læger var uenige.
- I spørgeskemaundersøgelsen til praktiserende læger er der variation på tværs af primærhospitalet, jf. Bilag I, Tabel 10.1-33.
- Den højeste andel af praktiserende læger, der er enige i, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov, er blandt praktiserende læger med Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital som primærhospital. Her er hhv. 86 pct. og 71 pct. delvist eller helt enige i, at hospitalets tilbud lever op til deres behov. For de praktiserende læger med tilknytning til de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 58-69 pct.
- Det er blandt praktiserende læger med tilknytning til Nordsjællands Hospital og Bornholms Hospital, at man finder de højeste andele af praktiserende læger, der er delvist eller helt uenige i, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov. Her er en fjerdedel (23 pct.) uenige i, at tilbuddene lever op til deres behov. Den tilsvarende andel for praktiserende læger tilknyttet de øvrige hospitaler varierer mellem 13-22 pct.

Figur 8-2: Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 289. Spørgsmålet er besvaret af alle undtagen dem, der har angivet, at de er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 90 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område", er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, som gør, at jeg kan starte udredning/behandling i min hospitalsafdeling."

Knap halvdelen af hospitalslægerne oplever, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser

- Figur 8-2 viser, at knap halvdelen (47 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført de relevante eller tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, så de kan starte deres udredning eller behandling på deres hospitalsafdeling.
- En femtedel (21 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført de relevante eller tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, jf. Figur 8-2.
- I spørgeskemaundersøgelsen til hospitalslægerne er der variation på tværs af hospitalerne, jf. Bilag I, Tabel 10.2-27.
- Den højeste andel af hospitalslæger, der er enige, er blandt hospitalslægerne på Bornholms Hospital, hvor 57 pct. af hospitalslægerne er helt eller delvist enige. For de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele mellem 37-50 pct.

- Det er blandt hospitalslægerne på Nordsjællands Hospital, at der er den højeste andel, der er uenige i, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført de relevante eller tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser. Her er 34 pct. af hospitalslægerne helt eller delvist uenige. For de øvrige hospitaler er 14-28 pct. af hospitalslægerne uenige.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Begrænset adgang og lange ventetider er udfordrende, og drop-in diagnostiske tilbud efterspørges

Hver femte af de praktiserende læger ikke oplever, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til deres behov. En af årsagerne til det er, at de oplever, at adgangen til visse undersøgelser er indskrænket, og at ventetiden er lang. Som eksempel nævner en del af de praktiserende læger i kommentarer, at det ikke længere er muligt at bestille MR-scanninger af knæ. Samtidig nævner de, at ventetiden er lang på både undersøgelser og beskrivelser – især MR-, CT- og ultralydsscanninger – selv når de har skrevet, at der er mistanke om malignitet.

Den begrænsede adgang og de lange ventetider vanskeliggør og forlænger patientforløbene. Derfor henviser enkelte praktiserende læger hellere patienter til private klinikker, da det går hurtigere. Flere udtrykker også et ønske om, at 'drop-in'-ordninger til bl.a. almindelig røntgen bliver genindført. Drop-in fremhæves, da det effektivt øger tilgængeligheden af visse diagnostiske undersøgelser til gavn for både de praktiserende læger og den enkelte patient.

”

Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis til billeddiagnostiske undersøgelser nedprioriteres, så ventetiden bliver urimeligt lang for patienterne. [...] Der er for mange undersøgelser, som den praktiserende læge ikke må bestille, hvor det efter min mening ville være mere korrekt, at den praktiserende læge kunne henvise, og at henvisningen så ville blive afvist, hvis det faglige grundlag ikke er i orden.”

Praktiserende læge

8.2 Subakutte tider

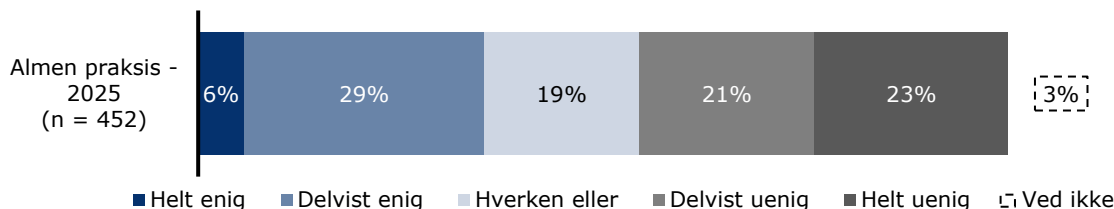
Dette afsnit afdækker de praktiserende lægers oplevelser af hospitalernes tilbud om subakutte tider i Region Hovedstaden. Subakutte tider refererer til muligheden for, at patienter, som den praktiserende læge vurderer, ikke er akut dårlige, men i risiko for at blive det, kan få en tid i dagtid som alternativ til akut indlæggelse. I undersøgelsen er de praktiserende læger blevet spurgt til, hvor velinformerede de oplever at være i forhold til hospitalernes tilbud om subakutte tider. De er også blevet spurgt til, hvorvidt de oplever, at tilbuddet om subakutte tider lever op til deres behov, hvis de gør brug af det. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data, at:

- Lidt mere end to ud af fem (44 pct.) af de praktiserende læger føler sig ikke tilstrækkeligt informeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider.
- To ud af tre (64 pct.) af de praktiserende læger oplever, at muligheden for subakutte tider lever op til deres behov
- Praktiserende læger efterspørger bedre information om subakutte tider.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende subakutte tider er præsenteret i Figur 8-3 og Figur 8-4 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 8-3: Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider

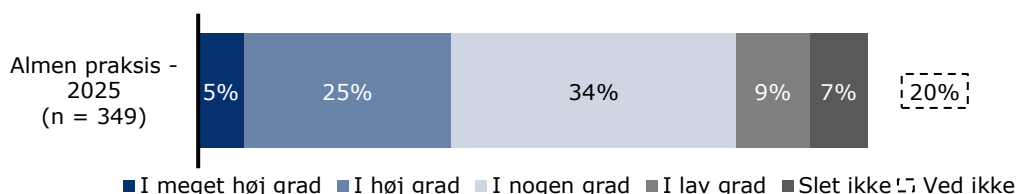


Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider til mig som praktiserende læge."

Lidt mere end to ud af fem af de praktiserende læger føler sig ikke tilstrækkeligt informeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider

- Figur 8-3 viser, at lidt mere end to ud af fem (44 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at de føler sig velinformede om hospitalernes tilbud om subakutte tider. Det er vigtigt at bemærke, at det ikke er alle hospitaler, der har tilbud om subakutte tider. Det kan derfor være én af forklaringerne på, at to ud af fem angiver, at de ikke føler sig velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider.
- Én ud af tre (35 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at de føler sig velinformede om tilbud om subakutte tider.
- I spørgeskemaundersøgelsen til de praktiserende læger er der variation på tværs af primærhospitalerne, jf. Bilag I, Tabel 10.1-35.
- Den højeste andel, der er enige i, at de føler sig velinformede om hospitalernes tilbud om subakutte tider, er blandt de praktiserende læger med tilknytning til Rigshospitalet og Amager og Hvidovre Hospital. Her er 58 pct. og 50 pct. helt eller delvist enige. For de praktiserende læger med tilknytning til de øvrige hospitaler er de tilsvarende andele 8-43 pct.
- Det er blandt praktiserende læger med tilknytning til Bornholms Hospital og Herlev og Gentofte Hospital, at man finder de højeste andele af praktiserende læger, der er helt eller delvist uenige i, at de føler sig velinformede om hospitalernes tilbud om subakutte tider. Her er 61 pct. uenige i, at de føler sig velinformede. Den tilsvarende andel for praktiserende læger tilknyttet de øvrige hospitaler varierer mellem 20-58 pct.

Figur 8-4: Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov?



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 349. 103 praktiserende læger (23 pct. af de 452 praktiserende læger), der har svaret "Jeg gør ikke brug af tilbud om subakutte tider", er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov?"

To ud af tre af de praktiserende læger oplever, at muligheden for subakutte tider lever op til deres behov

- To tredjedele (64 pct.) af de praktiserende læger oplever i meget høj grad, i høj grad eller i nogen grad, at muligheden for subakutte tider lever op til deres behov. Heraf er det omkring én ud af tre (30 pct.), der i meget høj grad eller i høj grad oplever, at muligheden for subakutte tider lever op til deres behov.
- Lidt under en femtedel (16 pct.) af de praktiserende læger oplever i lav grad eller slet ikke, at muligheden for subakutte tider lever op til deres behov.
- En fjerdedel (23 pct.) af de praktiserende læger gør ikke brug af subakutte tider. Det er vigtigt at bemærke, at det ikke er alle hospitaler, der har tilbud om subakutte tider. Det kan derfor være én af forklaringerne på, at en fjerdedel angiver, at de ikke gør brug af tilbuddet.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Praktiserende læger efterspørger bedre information om subakutte tider

Én af årsagerne til, at en fjerdedel af de praktiserende læger ikke gør brug af subakutte tider, kan være, at lægerne ikke er bekendte med hospitalernes tilbud om subakutte tider. I den forbindelse kommenterer flere praktiserende læger, at de slet ikke kender til tilbuddet om subakutte tider. Dette kan skyldes, at det ikke er alle hospitaler, der tilbyder subakutte tider. Selv blandt læger, der kender til tilbuddet, oplever flere, at der mangler et bedre overblik over subakutte tider. Nogle oplever, at sundhed.dk er uoverskuelig at orientere sig i, og at der ofte er ændringer i tilbuddene, så de må bruge uforholdsmæssigt lang tid på at finde ud af, hvordan de kan bruge dem. Der er derfor et ønske om bedre oplysning om tilbuddene, fx samlet information for hver afdeling med numre til hotlines og subakutte tilbud eller via mere direkte kontakt og besøg mellem hospitalerne og almen praksis.

Flere praktiserende læger er glade for de subakutte tilbud, men de fremhæver også, at der er stor forskel på tilbud på tværs af specialer og hospitaler. De efterspørger derfor, at der kommer tilbud om subakutte tider i endnu videre udstrækning end i dag, da det kan være med til at undgå unødige indlæggelser.

”

Det ville være fantastisk med flere subakutte tilbud, så vi kan undgå unødvendige indlæggelser - det må være vejen frem."

Praktiserende læge

9. Psykiatriske udredninger

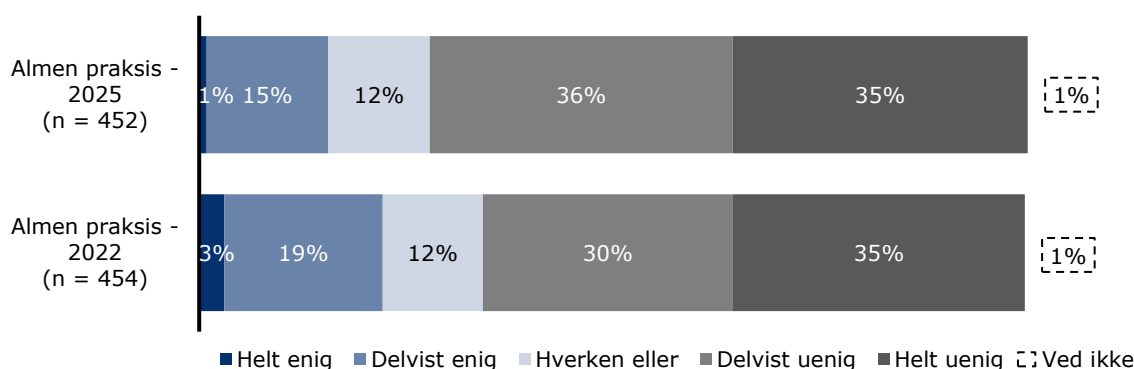
De praktiserende læger og hospitalslægerne i Region Hovedstaden samarbejder om psykiatriske udredninger. I denne undersøgelse er de praktiserende læger blevet spurgt til, om Region Hovedstadens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til deres behov. Hospitalslægerne er blevet spurgt til, om de oplever, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante eller tilstrækkelige undersøgelser, herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning, så de kan starte psykiatrisk udredning eller behandling på hospitalsafdelingerne. Samlet viser spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative data, at:

- 7 ud af 10 (71 pct.) af de praktiserende læger ikke oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til deres behov.
- Halvdelen (50 pct.) af hospitalslægerne oplever, at patienter har fået udført relevante/tilstrækkelige psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning.
- Lang ventetid udfordrer samarbejdet omkring psykiatriske udredninger.
- De praktiserende læger oplever det særligt udfordrende at henvise til børne- og ungdomspsykiatrien.
- Der er efterspørgsel på et større overblik over konkrete psykiatriske tilbud.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende psykiatriske udredninger er præsenteret i Figur 9-1 og Figur 9-2 og er nærmere beskrevet efterfølgende.

Figur 9-1: Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov

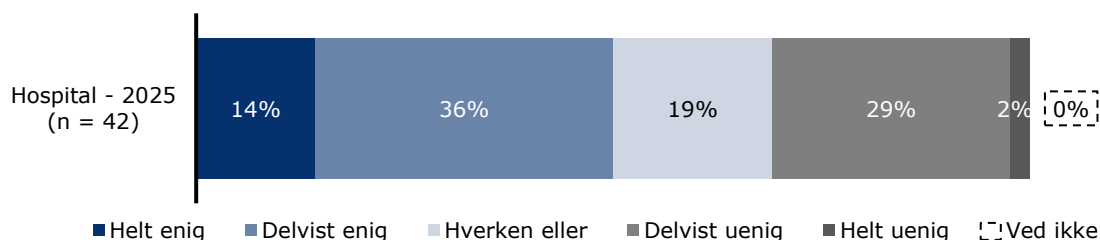


Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025 og vinter 2022. N = 452 praktiserende læger, 2025. N = 454 praktiserende læger, 2022. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov."

7 ud af 10 af de praktiserende læger oplever ikke, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til deres behov

- 7 ud af 10 (71 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist uenige i, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til deres behov, jf. Figur 9-1. Det er 6 procentpoint mere end i 2022, hvor to ud af tre (65 pct.) var uenige.
- Lidt under en femtedel (16 pct.) af de praktiserende læger er helt eller delvist enige i, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til deres behov, jf. Figur 9-1.

Figur 9-2: Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser, herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling, inden henvisning, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling



Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 42. Spørgsmålet er kun besvaret af dem, der har angivet, at de er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 9 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling i min hospitalsafdeling."

Halvdelen af hospitalslægerne oplever, at patienter har fået udført relevante eller tilstrækkelige psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning

- Halvdelen (50 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist enige i, at patienter har fået udført relevante eller tilstrækkelige undersøgelser, herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling, inden henvisning, så de kan starte psykiatrisk udredning eller behandling på hospitalsafdelingen.
- En tredjedel (31 pct.) af hospitalslægerne er helt eller delvist uenige i, at patienter har fået udført relevante eller tilstrækkelige psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning.
- I spørgeskemaundersøgelsen til hospitalslægerne er der et mønster på tværs af anciennitet, jf. Bilag I, Tabel 10.2-30.
- Andelen af hospitalslæger, der er enige i, at patienter har fået udført relevante eller tilstrækkelige psykiatriske screeninger og simpel behandling, er højest blandt hospitalslæger med lavere anciennitet. 62 pct. af hospitalslægerne med 6-10 års anciennitet er enige. Til sammenligning er 42 pct. af hospitalslægerne med 20 års anciennitet eller mere enige.
- 50 pct. af hospitalslægerne med 20 års erfaring er uenige i, at patienter har fået udført relevante eller tilstrækkelige psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning. Blandt hospitalslægerne med kortere anciennitet er 22-24 pct. uenige.

Resultater fra interviews og skriftlige kommentarer

Nedenfor fremgår resultater fra interviews og skriftlige kommentarer i spørgeskemaets åbne tekstfelter.

Lang ventetid udfordrer samarbejdet omkring psykiatriske udredninger

Én af årsagerne til, at 71 pct. af de praktiserende læger oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til deres behov, kan være lang ventetid. De praktiserende læger fortæller, at hvis det lykkes at få en henvisning igennem til psykiatrien, virker ventetiden på udredningstilbud meget lang – både på offentlige og private tilbud. Flere peger på, at det særligt gælder for udredning af ADHD, især hos børn og unge.

”

Kapaciteten [i psykiatrien generelt] er for presset. Mange afvises, og så er alternativet ofte henvisning til privatpraktiserende psykiater, hvor der er 6-12 måneders ventetid.

Praktiserende læge

Praktiserende læger oplever det særligt udfordrende at henvise til børne- og ungdomspsykiatrien

Flere praktiserende læger oplever, at samarbejdet er særligt udfordret i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien. De beskriver, at ventetiden på udredning er lang for børn og unge, der er i mistrivsel, og at de har et indtryk af, at børne- og ungdomspsykiatrien er presset og lider under kapacitetsproblemer. Nogle peger på, at der er lang ventetid for børn og unge, der skal udredes for specifikke diagnoser. Blandt de nævnte diagnoser er bl.a. ADHD, depression, angst, let autisme eller skolevægring.

”

Der er massivt ønske og behov om udredning bl.a. af børn med mistrivsel og ikke nogen steder, vi kan sende dem hen.”

Praktiserende læge

Samtidig oplever praktiserende læger problemer med at henvise til børne- og ungdomspsykiatrien, og at henvisningerne ofte bliver afvist. De oplever, at der er strenge krav til henvisningerne, og at der skal indhentes mange oplysninger, fx fra skolepsykologer og fra psykologiske pædagogiske vurderinger (PPV'er), hvilket er tidskrævende at indhente. De peger konkret på, at det er problematisk, at der foreligger krav fra hospitalernes børne- og ungdomspsykiatere om, at børn og unge har en forudgående vurdering fra den pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR), før de kan blive visiteret, da der er lange ventetider på PPR. Endelig peger nogle praktiserende læger på, at de børne- og ungdomspsykiatriske tilbud er mangelfulde. Blandt det nævnte er tilbud til børn og unge med ADHD, spiseforstyrrelser og skolevægring.

Der er efterspørgsel på et større overblik over konkrete psykiatriske tilbud

Nogle praktiserende læger oplever, at psykiatrien er uigennemskuelig, og at de mangler et overblik over relevante tilbud om psykiatrisk udredning. En læge peger på, at indgangsporten til psykiatrien alt for ofte er skadestuen og en akutsituation, hvilket muligvis ikke er nødvendigt og kan undgås, hvis de praktiserende læger ved, hvilke muligheder der er for at henvise til forskellige ambulatorier. Uigennemskueligheden kan føre til afviste henvisninger og for sen udredning og behandling. Der er derfor efterspørgsel på en større systematik i vidensdelingen om tilbud til psykiatrisk udredning.

10. Bilag I: Tabel- og figurbilag

Dette bilag indeholder tabeller, der viser, hvordan de praktiserende lægers og hospitalslægenes besvarelser af spørgeskemaundersøgelserne i foråret 2025 fordeler sig på Region Hovedstadens hospitaler og efter anciennitet.

For at sikre anonymitet er resultaterne kun rapporteret for hospitaler og anciennitetsgrupper, hvor mindst fem personer har besvaret det pågældende spørgsmål. Hvis der er færre end fem besvarelser, står cellerne for den pågældende gruppe tomme, og kun antallet af respondenter fremgår af tabellen.

10.1 Krydstabeller for praktiserende læger

10.1.1 Tilfredshed med samarbejdet

Tabel 10.1-1: Hvor tilfreds er du med understøttelsen fra hospitalerne i Region Hovedstaden som helhed? (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	4%	44%	40%	6%	6%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	6%	62%	29%	1%	2%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	69%	15%	15%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	7%	55%	25%	11%	2%	100%	122
Nordsjællands Hospital	6%	48%	24%	20%	2%	100%	97
Rigshospitalet	43%	29%	14%	0%	14%	100%	7
Total	6%	52%	29%	10%	3%	100%	452
Respondenter	27	234	133	44	14	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med understøttelsen fra hospitalerne i Region Hovedstaden som helhed?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-2: Hvor tilfreds er du med understøttelsen fra hospitalerne i Region Hovedstaden som helhed? (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Total	Respondenter
Op til 5 år	10%	62%	18%	6%	4%	100%	72
6-10 år	7%	51%	27%	11%	4%	100%	128
11-19 år	3%	51%	34%	10%	2%	100%	152
20 år eller mere	6%	47%	33%	11%	3%	100%	100
Total	6%	52%	29%	10%	3%	100%	452
Respondenter	27	234	133	44	14	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med understøttelsen fra hospitalerne i Region Hovedstaden som helhed?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-3: Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	13%	47%	23%	12%	5%	0%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	11%	63%	16%	8%	2%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	69%	8%	23%	0%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	16%	50%	19%	11%	3%	1%	100%	122
Nordsjællands Hospital	11%	55%	13%	15%	5%	0%	100%	97
Rigshospitalet	43%	29%	14%	0%	14%	0%	100%	7
Total	13%	53%	18%	12%	4%	0%	100%	452
Respondenter	60	239	81	53	18	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-4: Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	18%	54%	15%	7%	6%	0%	100%	72
6-10 år	14%	50%	18%	13%	5%	0%	100%	128
11-19 år	11%	53%	22%	11%	3%	1%	100%	152
20 år eller mere	13%	55%	14%	15%	3%	0%	100%	100
Total	13%	53%	18%	12%	4%	0%	100%	452
Respondenter	60	239	81	53	18	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.2 Henvisninger

Tabel 10.1-5: Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	9%	39%	14%	27%	11%	0%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	12%	49%	11%	19%	8%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	69%	8%	23%	0%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	9%	44%	13%	28%	5%	1%	100%	122
Nordsjællands Hospital	7%	45%	7%	32%	8%	0%	100%	97
Rigshospitalet	43%	29%	0%	14%	14%	0%	100%	7
Total	10%	44%	11%	27%	8%	0%	100%	452
Respondenter	43	201	51	120	36	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-6: Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	11%	51%	11%	18%	8%	0%	100%	72
6-10 år	9%	48%	11%	23%	9%	0%	100%	128
11-19 år	11%	39%	11%	33%	5%	1%	100%	152
20 år eller mere	7%	42%	13%	27%	11%	0%	100%	100
Total	10%	44%	11%	27%	8%	0%	100%	452
Respondenter	43	201	51	120	36	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-7: Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende psykiatri er tilfredsstillende (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	9%	19%	17%	31%	23%	1%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	6%	29%	17%	22%	25%	1%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	8%	23%	31%	15%	23%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	7%	33%	17%	26%	14%	3%	100%	122
Nordsjællands Hospital	5%	23%	16%	33%	21%	2%	100%	97
Rigshospitalet	29%	29%	0%	29%	14%	0%	100%	7
Total	7%	25%	17%	28%	20%	2%	100%	452
Respondenter	31	115	76	128	91	11	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at Center for Visitation og Diagnostik (CVD's) håndtering af mine henvisninger vedrørende psykiatri er tilfredsstillende." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-8: Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende psykiatri er tilfredsstillende (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	11%	29%	11%	28%	17%	4%	100%	72
6-10 år	6%	27%	17%	21%	26%	2%	100%	128
11-19 år	7%	21%	20%	35%	16%	1%	100%	152
20 år eller mere	5%	27%	16%	28%	21%	3%	100%	100
Total	7%	25%	17%	28%	20%	2%	100%	452
Respondenter	31	115	76	128	91	11	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at Center for Visitation og Diagnostik (CVD's) håndtering af mine henvisninger vedrørende psykiatri er tilfredsstillende." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.3 Ny arbejdsgang omkring afviste henvisninger

Tabel 10.1-9: I hvilken grad letter handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser håndteringen af afviste henvisninger? (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	15%	21%	36%	16%	7%	3%	1%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	17%	34%	33%	11%	2%	2%	1%	100%	89
Bornholms Hospital	15%	8%	38%	8%	15%	15%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	16%	33%	30%	14%	5%	2%	1%	100%	122
Nordsjællands Hospital	23%	31%	33%	8%	2%	1%	2%	100%	97
Rigshospitalet	29%	14%	14%	43%	0%	0%	0%	100%	7
Total	17%	28%	33%	13%	5%	3%	1%	100%	452
Respondenter	79	128	148	59	21	12	5	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-10: I hvilken grad letter handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser håndteringen af afviste henvisninger? (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Op til 5 år	24%	33%	25%	11%	6%	1%	0%	100%	72
6-10 år	17%	31%	33%	13%	4%	1%	1%	100%	128
11-19 år	15%	28%	35%	12%	5%	3%	1%	100%	152
20 år eller mere	17%	21%	35%	16%	4%	5%	2%	100%	100
Total	17%	28%	33%	13%	5%	3%	1%	100%	452
Respondenter	79	128	148	59	21	12	5	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-11: I hvilken grad letter muligheden for at sende supplerende information via korrespondance-meddelelser eller telefonisk håndteringen af afviste henvisninger? (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	9%	22%	29%	16%	10%	6%	8%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	15%	24%	30%	15%	8%	3%	6%	100%	89
Bornholms Hospital	15%	0%	15%	0%	15%	23%	31%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	10%	37%	23%	9%	11%	4%	6%	100%	122
Nordsjællands Hospital	13%	31%	29%	7%	6%	8%	5%	100%	97
Rigshospitalet	43%	14%	29%	14%	0%	0%	0%	100%	7
Total	12%	27%	27%	12%	9%	6%	7%	100%	452
Respondenter	54	124	123	52	41	27	31	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-12: I hvilken grad letter muligheden for at sende supplerende information via korrespondance-meddelelser eller telefonisk håndteringen af afviste henvisninger? (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Op til 5 år	8%	26%	22%	17%	10%	7%	10%	100%	72
6-10 år	16%	26%	30%	6%	12%	3%	7%	100%	128
11-19 år	12%	34%	24%	8%	9%	7%	6%	100%	152
20 år eller mere	10%	20%	32%	20%	5%	7%	6%	100%	100
Total	12%	27%	27%	12%	9%	6%	7%	100%	452
Respondenter	54	124	123	52	41	27	31	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.4 Specialistrådgivning

Tabel 10.1-13: Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til mig som praktiserende læge (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	15%	49%	19%	10%	6%	0%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	27%	47%	17%	6%	3%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	8%	38%	38%	15%	0%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	20%	48%	20%	7%	3%	1%	100%	122
Nordsjællands Hospital	25%	38%	22%	12%	3%	0%	100%	97
Rigshospitalet	14%	57%	14%	0%	14%	0%	100%	7
Total	21%	46%	20%	9%	4%	0%	100%	452
Respondenter	93	207	91	41	19	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til mig som praktiserende læge." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-14: Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til mig som praktiserende læge (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	12%	50%	22%	8%	6%	1%	100%	72
6-10 år	23%	45%	18%	10%	4%	0%	100%	128
11-19 år	19%	47%	18%	11%	4%	0%	100%	152
20 år eller mere	25%	42%	24%	5%	4%	0%	100%	100
Total	21%	46%	20%	9%	4%	0%	100%	452
Respondenter	93	207	91	41	19	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til mig som praktiserende læge." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-15: Jeg oplever overordnet, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til hospitalets specialistrådgivning på sundhed.dk (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	21%	29%	16%	17%	14%	3%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	26%	33%	13%	16%	9%	3%	100%	89
Bornholms Hospital	15%	15%	46%	15%	0%	8%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	20%	32%	16%	20%	7%	5%	100%	122
Nordsjællands Hospital	25%	38%	12%	9%	11%	4%	100%	97
Rigshospitalet	43%	14%	29%	14%	0%	0%	100%	7
Total	23%	32%	16%	16%	10%	4%	100%	452
Respondenter	103	144	71	72	44	18	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til hospitalets specialistrådgivning på sundhed.dk." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-16: Jeg oplever overordnet, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til hospitalets specialistrådgivning på sundhed.dk (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	22%	35%	10%	21%	8%	4%	100%	72
6-10 år	26%	30%	17%	16%	9%	2%	100%	128
11-19 år	20%	34%	18%	15%	9%	5%	100%	152
20 år eller mere	24%	30%	15%	14%	12%	5%	100%	100
Total	23%	32%	16%	16%	10%	4%	100%	452
Respondenter	103	144	71	72	44	18	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til hospitalets specialistrådgivning på sundhed.dk." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-17: Jeg oplever overordnet, at hospitalets specialistrådgivning er bemandet med den nødvendige faglighed (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	34%	37%	13%	6%	5%	5%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	39%	43%	13%	1%	1%	2%	100%	89
Bornholms Hospital	15%	23%	23%	15%	0%	23%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	61%	29%	5%	4%	0%	1%	100%	122
Nordsjællands Hospital	48%	39%	5%	1%	0%	6%	100%	97
Rigshospitalet	57%	14%	0%	29%	0%	0%	100%	7
Total	45%	36%	9%	4%	2%	4%	100%	452
Respondenter	205	161	42	19	7	18	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at hospitalets specialistrådgivning er bemandet med den nødvendige faglighed." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-18: Jeg oplever overordnet, at hospitalets specialistrådgivning er bemandet med den nødvendige faglighed (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	47%	35%	4%	8%	1%	4%	100%	72
6-10 år	49%	36%	9%	3%	2%	2%	100%	128
11-19 år	38%	37%	13%	5%	2%	5%	100%	152
20 år eller mere	50%	34%	8%	1%	1%	6%	100%	100
Total	45%	36%	9%	4%	2%	4%	100%	452
Respondenter	205	161	42	19	7	18	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at hospitalets specialistrådgivning er bemandet med den nødvendige faglighed." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-19: Jeg oplever overordnet, at specialisten på hospitalet er tilgængelige for mig i det omfang, jeg har brug for (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	23%	37%	14%	13%	10%	4%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	30%	39%	12%	13%	3%	1%	100%	89
Bornholms Hospital	15%	8%	31%	15%	8%	23%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	34%	43%	11%	10%	2%	1%	100%	122
Nordsjællands Hospital	37%	48%	7%	5%	1%	1%	100%	97
Rigshospitalet	43%	29%	14%	0%	14%	0%	100%	7
Total	31%	40%	12%	10%	4%	2%	100%	452
Respondenter	138	183	53	47	20	11	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at specialisten på hospitalet er tilgængelige for mig i det omfang, jeg har brug for." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-20: Jeg oplever overordnet, at specialisten på hospitalet er tilgængelige for mig i det omfang, jeg har brug for (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	32%	42%	11%	10%	4%	1%	100%	72
6-10 år	31%	38%	12%	12%	5%	2%	100%	128
11-19 år	26%	43%	13%	9%	7%	2%	100%	152
20 år eller mere	35%	39%	10%	10%	1%	5%	100%	100
Total	31%	40%	12%	10%	4%	2%	100%	452
Respondenter	138	183	53	47	20	11	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at specialisten på hospitalet er tilgængelige for mig i det omfang, jeg har brug for." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.5 Korrespondancemeddelelser

Tabel 10.1-21: Jeg er tilfreds med svartiden på de korrespondancer, jeg modtager fra hospitalet (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	8%	25%	26%	15%	13%	13%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	7%	35%	25%	18%	4%	11%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	23%	15%	31%	23%	8%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	7%	28%	22%	20%	8%	14%	100%	122
Nordsjællands Hospital	6%	37%	20%	15%	4%	18%	100%	97
Rigshospitalet	29%	29%	14%	14%	14%	0%	100%	7
Total	7%	30%	23%	18%	8%	13%	100%	452
Respondenter	33	137	103	80	38	61	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende: Hospitalets svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til hospitalet, som skal besvares." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-22: Jeg er tilfreds med svartiden på de korrespondancer, jeg modtager fra hospitalet (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	4%	22%	29%	22%	8%	14%	100%	72
6-10 år	5%	28%	23%	23%	11%	9%	100%	128
11-19 år	9%	36%	22%	12%	9%	12%	100%	152
20 år eller mere	9%	30%	19%	17%	5%	20%	100%	100
Total	7%	30%	23%	18%	8%	13%	100%	452
Respondenter	33	137	103	80	38	61	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende: Hospitalets svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til hospitalet, som skal besvares." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-23: Jeg er tilfreds med kvaliteten af de korrespondancer, jeg modtager fra hospitalet (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	15%	41%	23%	6%	3%	11%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	11%	56%	17%	7%	1%	8%	100%	89
Bornholms Hospital	8%	54%	31%	0%	0%	8%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	14%	52%	25%	2%	1%	7%	100%	122
Nordsjællands Hospital	6%	58%	20%	2%	0%	14%	100%	97
Rigshospitalet	29%	57%	0%	14%	0%	0%	100%	7
Total	12%	51%	21%	4%	1%	10%	100%	452
Respondenter	55	231	96	19	6	45	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende: Kvaliteten af de korrespondancer, du modtager fra hospitalet." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-24: Jeg er tilfreds med kvaliteten af de korrespondancer, jeg modtager fra hospitalet (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	14%	47%	29%	3%	1%	6%	100%	72
6-10 år	11%	55%	21%	5%	2%	6%	100%	128
11-19 år	12%	53%	19%	3%	2%	11%	100%	152
20 år eller mere	12%	47%	19%	5%	0%	17%	100%	100
Total	12%	51%	21%	4%	1%	10%	100%	452
Respondenter	55	231	96	19	6	45	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende: Kvaliteten af de korrespondancer, du modtager fra hospitalet." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.6 Epikriser

Tabel 10.1-25: Jeg oplever, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	6%	27%	15%	21%	30%	1%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	7%	28%	17%	13%	35%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	8%	31%	38%	23%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	7%	28%	14%	22%	29%	0%	100%	122
Nordsjællands Hospital	4%	35%	11%	21%	29%	0%	100%	97
Rigshospitalet	0%	71%	14%	0%	14%	0%	100%	7
Total	6%	29%	15%	20%	30%	0%	100%	452
Respondenter	27	132	67	90	135	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-26: Jeg oplever, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	6%	32%	15%	26%	21%	0%	100%	72
6-10 år	5%	27%	14%	20%	34%	0%	100%	128
11-19 år	7%	28%	12%	21%	33%	0%	100%	152
20 år eller mere	6%	32%	20%	14%	27%	1%	100%	100
Total	6%	29%	15%	20%	30%	0%	100%	452
Respondenter	27	132	67	90	135	1	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-27: Jeg oplever, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	3%	25%	14%	24%	34%	0%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	6%	22%	21%	15%	36%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	8%	0%	38%	54%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	2%	20%	16%	30%	31%	0%	100%	122
Nordsjællands Hospital	6%	19%	15%	29%	31%	0%	100%	97
Rigshospitalet	14%	57%	14%	0%	14%	0%	100%	7
Total	4%	22%	16%	25%	33%	0%	100%	452
Respondenter	19	99	72	112	150	0	19	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-28: Jeg oplever, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	4%	24%	14%	28%	31%	0%	100%	72
6-10 år	3%	23%	17%	23%	34%	0%	100%	128
11-19 år	3%	24%	14%	25%	34%	0%	100%	152
20 år eller mere	7%	17%	18%	25%	33%	0%	100%	100
Total	4%	22%	16%	25%	33%	0%	100%	452
Respondenter	19	99	72	112	150	0	19	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-29: Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne? (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	2%	23%	30%	29%	15%	0%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	2%	25%	31%	28%	13%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	0%	46%	23%	31%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	1%	23%	32%	31%	13%	0%	100%	122
Nordsjællands Hospital	1%	24%	29%	37%	9%	0%	100%	97
Rigshospitalet	0%	43%	29%	0%	29%	0%	100%	7
Total	2%	23%	31%	31%	14%	0%	100%	452
Respondenter	7	105	140	138	62	0	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-30: Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne? (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	1%	26%	21%	39%	12%	0%	100%	72
6-10 år	2%	19%	33%	31%	16%	0%	100%	128
11-19 år	1%	27%	28%	32%	12%	0%	100%	152
20 år eller mere	3%	21%	40%	22%	14%	0%	100%	100
Total	2%	23%	31%	31%	14%	0%	100%	452
Respondenter	7	105	140	138	62	0	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-31: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	13%	27%	28%	15%	14%	2%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	16%	33%	31%	7%	9%	4%	100%	89
Bornholms Hospital	23%	54%	8%	0%	8%	8%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	14%	34%	20%	14%	11%	7%	100%	122
Nordsjællands Hospital	19%	40%	16%	14%	6%	4%	100%	97
Rigshospitalet	29%	29%	14%	14%	14%	0%	100%	7
Total	15%	34%	23%	13%	10%	4%	100%	452
Respondenter	70	153	105	57	47	20	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-32: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	22%	38%	19%	11%	8%	1%	100%	72
6-10 år	12%	31%	23%	12%	16%	5%	100%	128
11-19 år	16%	36%	21%	16%	7%	3%	100%	152
20 år eller mere	13%	31%	30%	9%	10%	7%	100%	100
Total	15%	34%	23%	13%	10%	4%	100%	452
Respondenter	70	153	105	57	47	20	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.7 Diagnostiske tilbud

Tabel 10.1-33: Jeg oplever overordnet, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til mine behov (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	10%	48%	19%	15%	7%	2%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	24%	39%	13%	9%	11%	3%	100%	89
Bornholms Hospital	15%	54%	8%	15%	8%	0%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	20%	51%	16%	11%	2%	0%	100%	122
Nordsjællands Hospital	20%	44%	12%	18%	5%	1%	100%	97
Rigshospitalet	43%	43%	0%	0%	14%	0%	100%	7
Total	18%	46%	15%	13%	6%	1%	100%	452
Respondenter	82	209	68	58	29	6	100%	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser (fx røntgen, ultralyd, MR/CT, ekko) lever op til mine behov." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-34: Jeg oplever overordnet, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser lever op til mine behov (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	25%	46%	12%	12%	1%	3%	100%	72
6-10 år	14%	47%	14%	12%	12%	1%	100%	128
11-19 år	17%	51%	15%	11%	6%	1%	100%	152
20 år eller mere	20%	39%	18%	18%	3%	2%	100%	100
Total	18%	46%	15%	13%	6%	1%	100%	452
Respondenter	82	209	68	58	29	6	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser (fx røntgen, ultralyd, MR/CT, ekko) lever op til mine behov." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-35: Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider til mig som praktiserende læge (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	10%	40%	26%	10%	10%	4%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	8%	35%	19%	25%	13%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	8%	15%	23%	38%	15%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	1%	20%	15%	30%	31%	4%	100%	122
Nordsjællands Hospital	2%	24%	15%	22%	36%	1%	100%	97
Rigshospitalet	29%	29%	0%	14%	29%	0%	100%	7
Total	6%	29%	19%	21%	23%	3%	100%	452
Respondenter	25	130	84	95	105	13	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider til mig som praktiserende læge." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-36: Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider til mig som praktiserende læge (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	6%	26%	12%	31%	24%	1%	100%	72
6-10 år	3%	20%	23%	23%	27%	3%	100%	128
11-19 år	5%	31%	20%	16%	24%	3%	100%	152
20 år eller mere	9%	38%	15%	18%	17%	3%	100%	100
Total	6%	29%	19%	21%	23%	3%	100%	452
Respondenter	25	130	84	95	105	13	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider til mig som praktiserende læge." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.1-37: Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov? (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Jeg gør ikke brug af tilbud om subakutte tider	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	6%	18%	38%	7%	9%	10%	12%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	6%	28%	27%	6%	3%	9%	21%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	0%	8%	15%	0%	38%	38%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	2%	18%	17%	8%	4%	17%	34%	100%	122
Nordsjællands Hospital	3%	15%	27%	2%	5%	24%	24%	100%	97
Rigshospitalet	14%	43%	0%	43%	0%	0%	0%	100%	7
Total	4%	19%	26%	7%	5%	15%	23%	100%	452
Respondenter	19	87	119	31	24	69	103	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-38: Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov? (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Jeg gør ikke brug af tilbud om subakutte tider	Total	Respondenter
Op til 5 år	3%	19%	24%	10%	4%	15%	25%	100%	72
6-10 år	4%	16%	25%	9%	5%	14%	27%	100%	128
11-19 år	5%	21%	28%	6%	6%	16%	19%	100%	152
20 år eller mere	5%	20%	28%	4%	5%	16%	22%	100%	100
Total	4%	19%	26%	7%	5%	15%	23%	100%	452
Respondenter	19	87	119	31	24	69	103	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov?" Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.1.8 Psykiatriske udredninger

Tabel 10.1-39: Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov (almen praksis-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Amager og Hvidovre Hospital	2%	11%	9%	37%	40%	0%	100%	124
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	0%	17%	11%	37%	35%	0%	100%	89
Bornholms Hospital	0%	15%	31%	38%	8%	8%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	0%	16%	15%	37%	31%	2%	100%	122
Nordsjællands Hospital	0%	15%	11%	35%	38%	0%	100%	97
Rigshospitalet	14%	14%	14%	14%	43%	0%	100%	7
Total	1%	15%	12%	36%	35%	1%	100%	452
Respondenter	4	66	55	164	160	3	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på hospital. De praktiserende læger har selv angivet deres primærhospital.

Tabel 10.1-40: Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov (almen praksis-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	1%	19%	11%	42%	26%	0%	100%	72
6-10 år	1%	16%	16%	28%	38%	2%	100%	128
11-19 år	1%	13%	10%	39%	36%	0%	100%	152
20 år eller mere	0%	12%	12%	38%	37%	1%	100%	100
Total	1%	15%	12%	36%	35%	1%	100%	452
Respondenter	4	66	55	164	160	3	452	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, forår 2025. N = 452. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov." Tabellen viser de praktiserende lægers besvarelser fordelt på anciennitet. De praktiserende læger har selv angivet deres anciennitet.

10.2 Krydstabeller for hospitalslæger

10.2.1 Tilfredshed med samarbejdet

Tabel 10.2-1: Hvor tilfreds er du med det generelle samarbejde med almen praksis? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								4
Amager og Hvidovre Hospital	4%	55%	27%	11%	1%	3%	100%	75
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	6%	59%	27%	6%	0%	1%	100%	93
Bornholms Hospital	12%	50%	38%	0%	0%	0%	100%	16
Herlev og Gentofte Hospital	5%	58%	34%	2%	0%	2%	100%	59
Nordsjællands Hospital	6%	75%	14%	6%	0%	0%	100%	36
Region Hovedstadens Psykiatri	8%	59%	27%	6%	0%	0%	100%	51
Rigshospitalet	12%	52%	23%	6%	0%	7%	100%	88
Steno Diabetes Center	12%	62%	25%	0%	0%	0%	100%	8
Total	7%	57%	27%	6%	0%	2%	100%	430
Respondenter	32	247	114	26	1	10	430	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 430. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med det generelle samarbejde med almen praksis?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-2: Hvor tilfreds er du med det generelle samarbejde med almen praksis? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	7%	52%	37%	4%	0%	0%	100%	46
6-10 år	3%	66%	22%	5%	0%	3%	100%	59
11-19 år	6%	59%	26%	7%	0%	2%	100%	135
20 år eller mere	10%	55%	26%	6%	1%	3%	100%	190
Total	7%	57%	27%	6%	0%	2%	100%	430
Respondenter	32	247	114	26	1	10	430	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 430. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med det generelle samarbejde med almen praksis?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-3: Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								4
Amager og Hvidovre Hospital	10%	52%	20%	14%	3%	0%	100%	69
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	23%	41%	23%	8%	3%	2%	100%	92
Bornholms Hospital	47%	27%	27%	0%	0%	0%	100%	15
Herlev og Gentofte Hospital	19%	53%	25%	4%	0%	0%	100%	57
Nordsjællands Hospital	36%	36%	19%	3%	3%	3%	100%	36
Region Hovedstadens Psykiatri	20%	53%	16%	10%	0%	0%	100%	49
Rigshospitalet	32%	47%	12%	6%	3%	0%	100%	77
Steno Diabetes Center	38%	38%	12%	12%	0%	0%	100%	8
Total	24%	46%	19%	8%	2%	1%	100%	407
Respondenter	97	188	78	33	8	3	407	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 407. De 23 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at mit samarbejde med almen praksis om den enkelte patient er tilfredsstillende". Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-4: Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	18%	40%	36%	4%	0%	2%	100%	45
6-10 år	23%	48%	21%	5%	0%	2%	100%	56
11-19 år	19%	50%	15%	13%	2%	1%	100%	130
20 år eller mere	29%	44%	18%	6%	3%	0%	100%	176
Total	24%	46%	19%	8%	2%	1%	100%	407
Respondenter	97	188	78	33	8	3	407	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 407. De 23 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at mit samarbejde med almen praksis om den enkelte patient er tilfredsstillende". Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.2 Henvisninger

Tabel 10.2-5: Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								2
Amager og Hvidovre Hospital	6%	42%	18%	23%	11%	0%	100%	66
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	11%	49%	10%	23%	6%	1%	100%	83
Bornholms Hospital	21%	57%	14%	7%	0%	0%	100%	14
Herlev og Gentofte Hospital	12%	40%	15%	28%	5%	0%	100%	40
Nordsjællands Hospital	9%	38%	12%	34%	6%	0%	100%	32
Region Hovedstadens Psykiatri	10%	56%	18%	10%	3%	3%	100%	39
Rigshospitalet	10%	42%	21%	17%	8%	1%	100%	71
Steno Diabetes Center								4
Total	10%	46%	15%	21%	7%	1%	100%	351
Respondenter	36	161	54	74	23	3	351	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 351. De 79 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning". Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-6: Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	5%	43%	24%	19%	8%	0%	100%	37
6-10 år	23%	32%	17%	19%	6%	2%	100%	47
11-19 år	6%	47%	12%	28%	7%	0%	100%	113
20 år eller mere	10%	50%	16%	17%	6%	1%	100%	154
Total	10%	46%	15%	21%	7%	1%	100%	351
Respondenter	36	161	54	74	23	3	351	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 351. De 79 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning". Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.3 Ny arbejdsgang omkring afviste henvisninger

Tabel 10.2-7: I hvilken grad har den nye arbejdsgang forbedret samarbejdet om et godt patientforløb? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Akutberedskabet									1
Amager og Hvidovre Hospital	2%	13%	28%	13%	4%	34%	6%	100%	47
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	4%	12%	20%	10%	2%	49%	4%	100%	51
Bornholms Hospital	0%	23%	15%	0%	15%	38%	8%	100%	13
Herlev og Gentofte Hospital	3%	16%	37%	5%	0%	32%	8%	100%	38
Nordsjællands Hospital	3%	17%	41%	3%	7%	28%	0%	100%	29
Region Hovedstadens Psykiatri	0%	23%	23%	5%	9%	41%	0%	100%	22
Rigshospitalet	3%	15%	29%	5%	5%	37%	5%	100%	59
Steno Diabetes Center								100%	3
Total	3%	16%	29%	7%	5%	37%	5%	100%	263
Respondenter	7	41	75	18	12	98	12	263	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 263. De 167 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-8: I hvilken grad har den nye arbejdsgang forbedret samarbejdet om et godt patientforløb? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Op til 5 år	0%	20%	20%	13%	7%	33%	7%	100%	15
6-10 år	0%	27%	8%	8%	4%	42%	12%	100%	26
11-19 år	0%	16%	28%	5%	5%	43%	3%	100%	94
20 år eller mere	5%	12%	34%	7%	4%	33%	4%	100%	128
Total	3%	16%	29%	7%	5%	37%	5%	100%	263
Respondenter	7	41	75	18	12	98	12	263	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 263. De 167 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-9: I hvilken grad forbedrer muligheden for at modtage supplerende information via korrespondancemeddelelser samarbejdet med de praktiserende læger? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Akutberedskabet									1
Amager og Hvidovre Hospital	4%	9%	34%	9%	9%	28%	9%	100%	47
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	5%	19%	27%	6%	2%	29%	11%	100%	62
Bornholms Hospital	14%	14%	36%	7%	14%	7%	7%	100%	14
Herlev og Gentofte Hospital	9%	27%	25%	2%	5%	16%	16%	100%	44
Nordsjællands Hospital	7%	21%	21%	14%	3%	28%	7%	100%	29
Region Hovedstadens Psykiatri	10%	35%	40%	2%	0%	2%	10%	100%	40
Rigshospitalet	3%	16%	24%	6%	10%	24%	17%	100%	70
Steno Diabetes Center	0%	12%	38%	25%	0%	12%	12%	100%	8
Total	6%	20%	29%	7%	5%	21%	12%	100%	315
Respondenter	19	63	91	21	17	66	38	315	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 315. De 115 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser?" Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-10: I hvilken grad forbedrer muligheden for at modtage supplerende information via korrespondancemeddelelser samarbejdet med de praktiserende læger? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os	Total	Respondenter
Op til 5 år	5%	21%	32%	5%	16%	21%	0%	100%	19
6-10 år	6%	20%	34%	3%	0%	20%	17%	100%	35
11-19 år	6%	19%	28%	5%	5%	24%	14%	100%	108
20 år eller mere	6%	21%	28%	9%	6%	19%	11%	100%	153
Total	6%	20%	29%	7%	5%	21%	12%	100%	315
Respondenter	19	63	91	21	17	66	38	315	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 315. De 115 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser?" Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.4 Specialistrådgivning

Tabel 10.2-11: Jeg har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning til de praktiserende læger (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	42%	32%	10%	14%	2%	0%	100%	50
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	57%	31%	5%	7%	0%	0%	100%	42
Bornholms Hospital	38%	38%	25%	0%	0%	0%	100%	8
Herlev og Gentofte Hospital	40%	50%	7%	0%	3%	0%	100%	30
Nordsjællands Hospital	67%	21%	8%	0%	4%	0%	100%	24
Region Hovedstadens Psykiatri	57%	29%	7%	7%	0%	0%	100%	14
Rigshospitalet	69%	25%	4%	0%	0%	2%	100%	52
Steno Diabetes Center								4
Total	55%	31%	7%	5%	1%	0%	100%	225
Respondenter	124	70	16	11	3	1	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at jeg har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde den efterspurgte rådgivning til de praktiserende læger." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-12: Jeg har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning til de praktiserende læger (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	27%	45%	9%	18%	0%	0%	100%	11
6-10 år	52%	32%	12%	0%	4%	0%	100%	25
11-19 år	54%	36%	5%	4%	0%	1%	100%	76
20 år eller mere	59%	27%	7%	5%	2%	0%	100%	113
Total	55%	31%	7%	5%	1%	0%	100%	225
Respondenter	124	70	16	11	3	1	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever, at jeg har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde den efterspurgte rådgivning til de praktiserende læger." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-13: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	54%	36%	4%	6%	0%	0%	100%	50
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	64%	31%	5%	0%	0%	0%	100%	42
Bornholms Hospital	38%	62%	0%	0%	0%	0%	100%	8
Herlev og Gentofte Hospital	67%	27%	0%	3%	0%	3%	100%	30
Nordsjællands Hospital	71%	25%	0%	0%	4%	0%	100%	24
Region Hovedstadens Psykiatri	86%	7%	7%	0%	0%	0%	100%	14
Rigshospitalet	62%	31%	6%	2%	0%	0%	100%	52
Steno Diabetes Center								4
Total	63%	30%	4%	2%	0%	0%	100%	225
Respondenter	142	68	8	5	1	1	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-14: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	36%	45%	9%	9%	0%	0%	100%	11
6-10 år	64%	36%	0%	0%	0%	0%	100%	25
11-19 år	64%	30%	3%	1%	0%	1%	100%	76
20 år eller mere	65%	27%	4%	3%	1%	0%	100%	113
Total	63%	30%	4%	2%	0%	0%	100%	225
Respondenter	142	68	8	5	1	1	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-15: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	48%	30%	10%	4%	0%	8%	100%	50
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	79%	21%	0%	0%	0%	0%	100%	42
Bornholms Hospital	88%	0%	12%	0%	0%	0%	100%	8
Herlev og Gentofte Hospital	73%	20%	3%	0%	0%	3%	100%	30
Nordsjællands Hospital	71%	21%	8%	0%	0%	0%	100%	24
Region Hovedstadens Psykiatri	79%	0%	7%	0%	0%	14%	100%	14
Rigshospitalet	54%	27%	6%	4%	2%	8%	100%	52
Steno Diabetes Center								4
Total	64%	23%	6%	2%	0%	5%	100%	225
Respondenter	144	51	14	4	1	11	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger." Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-16: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	45%	36%	9%	0%	0%	9%	100%	11
6-10 år	68%	16%	8%	8%	0%	0%	100%	25
11-19 år	62%	28%	5%	1%	1%	3%	100%	76
20 år eller mere	66%	19%	6%	1%	0%	7%	100%	113
Total	64%	23%	6%	2%	0%	5%	100%	225
Respondenter	144	51	14	4	1	11	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger." Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-17: I hvilken grad oplever du, at de praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Total	Re- spo- nde- nter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	10%	24%	38%	18%	0%	10%	100%	50
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	14%	36%	33%	14%	0%	2%	100%	42
Bornholms Hospital	12%	25%	38%	25%	0%	0%	100%	8
Herlev og Gentofte Hospital	3%	27%	60%	3%	3%	3%	100%	30
Nordsjællands Hospital	12%	38%	33%	17%	0%	0%	100%	24
Region Hovedstadens Psykiatri	7%	21%	43%	29%	0%	0%	100%	14
Rigshospitalet	21%	17%	33%	17%	0%	12%	100%	52
Steno Diabetes Center								4
Total	12%	27%	38%	16%	0%	7%	100%	225
Respondenter	28	61	85	35	1	15	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at de almene praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-18: I hvilken grad oplever du, at de praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	Slet ikke	Ved ikke	Total	Re- spo- nde- nter
Op til 5 år	36%	9%	45%	0%	0%	9%	100%	11
6-10 år	16%	28%	32%	20%	4%	0%	100%	25
11-19 år	12%	33%	33%	13%	0%	9%	100%	76
20 år eller mere	10%	25%	42%	18%	0%	6%	100%	113
Total	12%	27%	38%	16%	0%	7%	100%	225
Respondenter	28	61	85	35	1	15	225	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 225. De 205 hospitalslæger, der har svaret "Nej" til spørgsmålet: "Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job?" har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "I hvilken grad oplever du, at de almene praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.5 Korrespondancemeddelelser

Tabel 10.2-19: Hvor tilfreds er du med almen praksis' svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til de praktiserende læger, som skal besvares? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	7%	33%	17%	0%	2%	41%	100%	46
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	7%	28%	17%	2%	2%	45%	100%	58
Bornholms Hospital	44%	22%	11%	0%	11%	11%	100%	9
Herlev og Gentofte Hospital	4%	31%	22%	0%	0%	42%	100%	45
Nordsjællands Hospital	18%	21%	11%	0%	0%	50%	100%	28
Region Hovedstadens Psykiatri	18%	44%	13%	5%	0%	21%	100%	39
Rigshospitalet	9%	40%	16%	0%	0%	36%	100%	58
Steno Diabetes Center	0%	50%	0%	0%	0%	50%	100%	6
Total	10%	33%	16%	1%	1%	38%	100%	290
Respondenter	30	96	47	3	3	111	290	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 290. De 140 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende?: Almen praksis' svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til de praktiserende læger, som skal besvares." Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-20: Hvor tilfreds er du med almen praksis' svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til de praktiserende læger, som skal besvares? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	16%	16%	21%	0%	0%	47%	100%	19
6-10 år	16%	25%	6%	6%	3%	44%	100%	32
11-19 år	10%	28%	19%	0%	1%	42%	100%	96
20 år eller mere	8%	41%	16%	1%	1%	34%	100%	143
Total	10%	33%	16%	1%	1%	38%	100%	290
Respondenter	30	96	47	3	3	111	290	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 290. De 140 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende?: Almen praksis' svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til de praktiserende læger, som skal besvares." Tabellen viser hospitalslægerne's besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-21: Hvor tilfreds er du med kvaliteten af de korrespondancemeddelelser, du modtager fra almen praksis? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	4%	37%	33%	0%	2%	24%	100%	46
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	9%	36%	19%	2%	2%	33%	100%	64
Bornholms Hospital	30%	20%	40%	0%	0%	10%	100%	10
Herlev og Gentofte Hospital	2%	59%	17%	0%	0%	22%	100%	46
Nordsjællands Hospital	14%	21%	25%	0%	0%	39%	100%	28
Region Hovedstadens Psykiatri	21%	51%	15%	3%	0%	10%	100%	39
Rigshospitalet	8%	41%	17%	2%	0%	33%	100%	64
Steno Diabetes Center	0%	57%	0%	0%	0%	43%	100%	7
Total	10%	41%	21%	1%	1%	27%	100%	305
Respondenter	29	126	63	3	2	82	305	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, for år 2025. N = 305. De 125 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende?: Kvaliteten af de korrespondancemeddelelser, du modtager fra almen praksis." Tabellen viser hospitalslægerens besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-22: Hvor tilfreds er du med kvaliteten af de korrespondancemeddelelser, du modtager fra almen praksis? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	17%	26%	17%	0%	0%	39%	100%	23
6-10 år	18%	32%	18%	0%	3%	29%	100%	34
11-19 år	9%	47%	19%	0%	0%	26%	100%	101
20 år eller mere	7%	42%	23%	2%	1%	25%	100%	147
Total	10%	41%	21%	1%	1%	27%	100%	305
Respondenter	29	126	63	3	2	82	305	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, for år 2025. N = 305. De 125 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor tilfreds er du med følgende?: Kvaliteten af de korrespondancemeddelelser, du modtager fra almen praksis." Tabellen viser hospitalslægerens besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

Tabel 10.2-23: Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Dagligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældent eller al- drig	Ved ikke	Total	Re- spon- denter
Akutberedskabet							1
Amager og Hvidovre Hospital	3%	15%	20%	61%	0%	100%	59
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	6%	18%	21%	54%	1%	100%	72
Bornholms Hospital	7%	43%	7%	36%	7%	100%	14
Herlev og Gentofte Hospital	2%	11%	31%	52%	4%	100%	54
Nordsjællands Hospital	6%	24%	24%	42%	3%	100%	33
Region Hovedstadens Psykiatri	2%	20%	34%	43%	0%	100%	44
Rigshospitalet	1%	15%	27%	54%	3%	100%	67
Steno Diabetes Center	0%	0%	14%	86%	0%	100%	7
Total	3%	17%	25%	52%	2%	100%	351
Respondenter	12	61	88	183	7	351	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 351. De 79 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-24: Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis? (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Dagligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældent eller al- drig	Ved ikke	Total	Re- spon- denter
Op til 5 år	3	3	9	81	3	100%	32
6-10 år	2	16	24	55	2	100%	49
11-19 år	4	16	27	51	3	100%	114
20 år eller mere	4	22	27	46	1	100%	156
Total	3%	17%	25%	52%	2%	100%	351
Respondenter	12	61	88	183	7	351	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 351. De 79 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis?" Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.6 Epikriser

Tabel 10.2-25: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								1
Amager og Hvidovre Hospital	23%	30%	21%	3%	2%	21%	100%	66
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	21%	39%	17%	5%	0%	18%	100%	84
Bornholms Hospital	33%	27%	27%	7%	0%	7%	100%	15
Herlev og Gentofte Hospital	39%	25%	14%	2%	0%	20%	100%	44
Nordsjællands Hospital	23%	19%	23%	3%	0%	32%	100%	31
Region Hovedstadens Psykiatri	36%	30%	22%	2%	0%	10%	100%	50
Rigshospitalet	25%	30%	15%	4%	10%	16%	100%	73
Steno Diabetes Center	17%	33%	17%	0%	0%	33%	100%	6
Total	27%	31%	18%	4%	2%	18%	100%	370
Respondenter	100	113	68	13	8	68	370	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 370. De 60 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-26: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	23%	40%	23%	2%	0%	12%	100%	43
6-10 år	28%	38%	13%	4%	2%	15%	100%	53
11-19 år	34%	27%	19%	2%	2%	16%	100%	117
20 år eller mere	22%	28%	18%	5%	3%	23%	100%	157
Total	27%	31%	18%	4%	2%	18%	100%	370
Respondenter	100	113	68	13	8	68	370	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 370. De 60 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.7 Diagnostiske tilbud

Tabel 10.2-27: Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, som gør, at jeg kan starte udredning/behandling i min hospitalsafdeling (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Akutberedskabet								0
Amager og Hvidovre Hospital	6%	39%	21%	15%	6%	13%	100%	62
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	12%	37%	23%	12%	4%	11%	100%	81
Bornholms Hospital	14%	43%	29%	14%	0%	0%	100%	14
Herlev og Gentofte Hospital	7%	38%	14%	21%	7%	14%	100%	29
Nordsjællands Hospital	10%	27%	23%	27%	7%	7%	100%	30
Rigshospitalet	11%	39%	17%	20%	3%	10%	100%	70
Steno Diabetes Center								3
Total	10%	37%	20%	17%	4%	11%	100%	289
Respondenter	30	107	59	49	13	31	289	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 289. Spørgsmålet er besvaret af alle, undtagen dem, der har angivet, at de er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 90 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område", er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, som gør, at jeg kan starte udredning/behandling i min hospitalsafdeling." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-28: Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, som gør, at jeg kan starte udredning/behandling i min hospitalsafdeling (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år	15%	36%	18%	21%	0%	9%	100%	33
6-10 år	16%	32%	16%	30%	3%	3%	100%	37
11-19 år	10%	39%	20%	16%	4%	12%	100%	82
20 år eller mere	8%	37%	23%	13%	7%	12%	100%	137
Total	10%	37%	20%	17%	4%	11%	100%	289
Respondenter	30	107	59	49	13	31	289	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 289. Spørgsmålet er besvaret af alle, undtagen dem, der har angivet, at de er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 90 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område", er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige billeddiagnostiske undersøgelser, som gør, at jeg kan starte udredning/behandling i min hospitalsafdeling." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

10.2.8 Psykiatriske udredninger

Tabel 10.2-29: Jeg oplever, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling (hospitalslæge-besvarelser fordelt på hospital)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Region Hovedstadens Psykiatri	14%	36%	19%	29%	2%	0%	100%	42
Total	14%	36%	19%	29%	2%	0%	100%	42
Respondenter	6	15	8	12	1	0	42	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 42. . Spørgsmålet er kun besvaret af dem, der har angivet, at de er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 9 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling i min hospitalsafdeling." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på hospital. Hospitalslæger har selv angivet, hvilket hospital de er ansat ved.

Tabel 10.2-30: Jeg oplever, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling (hospitalslæge-besvarelser fordelt på anciennitet)

	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke	Total	Respondenter
Op til 5 år								4
6-10 år	12%	50%	12%	12%	12%	0%	100%	8
11-19 år	17%	28%	33%	22%	0%	0%	100%	18
20 år eller mere	0%	42%	8%	50%	0%	0%	100%	12
Total	14%	36%	19%	29%	2%	0%	100%	42
Respondenter	6	15	8	12	1	0	42	

Note: Spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalslæger, forår 2025. N = 42. . Spørgsmålet er kun besvaret af dem, der har angivet, at de er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri. De 9 hospitalslæger, der har svaret "Jeg varetager ikke dette område" er fjernet. Spørgsmålsformulering: "Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling i min hospitalsafdeling." Tabellen viser hospitalslægenes besvarelser fordelt på anciennitet. Hospitalslæger har selv angivet deres anciennitet.

11. Bilag II: Spørgerammer

[Forsiden til undersøgelse henvendt til praktiserende læger]

Undersøgelse af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne i Region Hovedstaden

Denne undersøgelse gennemføres af Region Hovedstaden i samarbejde med PLO-Hovedstaden.

Formålet med undersøgelsen er at få klarlagt, hvordan du som praktiserende læge føler dig understøttet af regionen.

Sidste frist for besvarelse af spørgeskemaet er **ved udgangen af fredag den 9. maj 2025**.

Hvordan besvares spørgeskemaet?

Du besvarer spørgsmålene ved at sætte kryds i cirklen ud for den svarmulighed, som passer bedst på din situation. Tænk på, at det ofte kan være den første intuition, der er den rigtige. Hvis du bliver afbrudt undervejs i besvarelsen af spørgeskemaet, kan du blot lukke skemaet ned og genoptage besvarelsen via linket, du har modtaget.

Når du når siden med teksten **"Tak for din deltagelse"**, har du mulighed for at udskrive din besvarelse. Husk at trykke "AFSLUT" for at registrere dine svar og færdiggøre spørgeskemaet.

Du er sikret fortrolighed

Alle oplysninger, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen, bliver behandlet fortroligt. Oplysningerne anvendes, så svar fra enkeltpersoner ikke kan genkendes, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.

Du kan få mere information om behandling af personoplysninger i forbindelse med undersøgelsen på dette [link](#).

Samtykke

Ved at deltage i undersøgelsen giver du samtidigt samtykke til, at der sker behandling af personoplysninger til ovennævnte formål og på ovennævnte vilkår.

☐ Ja, jeg giver hermed samtykke

☐ Nej, jeg giver ikke samtykke, og jeg besvarer derfor ikke spørgeskemaet

[Forsiden til undersøgelse henvendt til hospitalslæger]

Undersøgelse af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne i Region Hovedstaden

Denne undersøgelse gennemføres af Region Hovedstaden i samarbejde med PLO-Hovedstaden.

Formålet med undersøgelsen er at få klarlagt kvaliteten af samarbejdet mellem de praktiserende læger og hospitalslægerne i Region Hovedstaden.

Sidste frist for besvarelse af spørgeskemaet er **fredag den 9. maj 2025**.

Hvordan besvares spørgeskemaet?

Du bedes alene besvare spørgsmål relateret til de arbejdsgange, du varetager. Alternativt vælg venligst svarmuligheden 'Jeg varetager ikke dette område'. Du besvarer spørgsmålene ved at sætte kryds i cirklen ud for den svarmulighed, som passer bedst på din situation. Tænk på, at det ofte kan være den første intuition, der er den rigtige. Hvis du bliver afbrudt undervejs i besvarelsen af spørgeskemaet, kan du blot lukke skemaet ned og genoptage besvarelsen via linket, du har modtaget.

Når du når siden med teksten "**Tak for din deltagelse**", har du mulighed for at udskrive din besvarelse. Husk at trykke "AFSLUT" for at registrere dine svar og færdiggøre spørgeskemaet.

Du er sikret fortrolighed

Alle oplysninger, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen, bliver behandlet fortroligt. Oplysningerne anvendes, så svar fra enkeltpersoner ikke kan genkendes, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.

Du kan få mere information om behandling af personoplysninger i forbindelse med undersøgelsen på dette [link](#).

Samtykke

Ved at deltage i undersøgelsen giver du samtidigt samtykke til, at der sker behandling af personoplysninger til ovennævnte formål og på ovennævnte vilkår.

☐ Ja, jeg giver hermed samtykke

☐ Nej, jeg giver ikke samtykke, og jeg besvarer derfor ikke spørgeskemaet

[Spørgsmål til praktiserende læger og hospitalslæger i spørgeskemaet]

Tema: Generelt	
Praktiserende læger	Hospitalslæger
1. Hvor lang tid har du været i almen praksis? ☐ Op til 5 år ☐ 6-10 år ☐ 11-19 år ☐ 20 år eller mere ☐ Ved ikke / Ønsker ikke at oplyse	1. Hvor lang tid har du været ansat som hospitalslæge? ☐ Op til 5 år ☐ 6-10 år ☐ 11-19 år ☐ 20 år eller mere ☐ Ved ikke/ønsker ikke at oplyse 2. Hvilken stillingsbetegnelse har du? ☐ Vicedirektør ☐ Cheflæge ☐ Ledende overlæge ☐ Overlæge ☐ Afdelingslæge ☐ Hoveduddannelseslæge i almen medicin ☐ Hoveduddannelse øvrige specialer ☐ Uklassificeret Reservelæge ☐ Introstilling ☐ KBU ☐ Lægevikar (før KBU) ☐ Andet, uddyb venligst: _____
2. Hvilket hospital er dit primære somatiske hospital? ☐ Rigshospitalet ☐ Amager og Hvidovre Hospital ☐ Bispebjerg og Frederiksberg Hospital ☐ Herlev og Gentofte Hospital ☐ Nordsjællands Hospital ☐ Bornholms Hospital	3. Ved hvilket hospital/virksomhed er du ansat? ☐ Rigshospitalet ☐ Amager og Hvidovre Hospital ☐ Bispebjerg og Frederiksberg Hospital ☐ Herlev og Gentofte Hospital ☐ Nordsjællands Hospital ☐ Bornholms Hospital ☐ Region Hovedstadens Psykiatri

	☐ Akutberedskabet ☐ Steno Diabetes Center
3. Hvor tilfreds er du med understøttelsen fra hospitalerne i Region Hovedstaden som helhed? ☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Hverken tilfreds eller utilfreds ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke	4. Hvor tilfreds er du med det generelle samarbejde med almen praksis? ☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Hverken tilfreds eller utilfreds ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke

Tema: Samarbejdet om patienter

Praktiserende læger	Hospitalslæger
4_1. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at mit samarbejde med hospitalet om den enkelte patient er tilfredsstillende. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	5_1. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at mit samarbejde med almen praksis om den enkelte patient er tilfredsstillende. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område
4_2. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at hospitalets håndtering af mine henvisninger vedrørende somatik er tilfredsstillende. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	5_2. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis er tilfredsstillende jf. retningslinjerne for den gode henvisning. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område

5a. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde: [FRITEKSTFELT] 5b. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde: [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>	6a. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger. Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Jeg varetager ikke dette område" på spørgsmål 5_2]</i> ☐ Manglende patientinformationer ☐ Utilstrækkelig anamnese ☐ Manglende diagnose og relevant bidiagnose ☐ Manglende anførsel af årsag til henvisningen ☐ Manglende tilkendegivelse af ønsket undersøgelse/behandling/udredning ☐ Manglende angivelse af information af patienten ☐ Aktuell medicinliste mangler ☐ Manglende relevante fund ☐ Manglende undersøgelse(r) ☐ Manglende forudgående behandling ☐ Manglende sociale forhold ☐ Manglende pårørende kontaktoplysninger ☐ Manglende kontaktoplysninger til egen læge ☐ Brug af forkortelser/ulæseligt sprog ☐ For meget information ☐ Andet, uddyb venligst: _____ 6b. "Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?" <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Jeg varetager ikke dette område" på spørgsmål 5_2]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>
---	---

6. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at Center for Visitation og Diagnostik (CVD's) håndtering af mine henvisninger vedrørende psykiatri er tilfredsstillende. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke 6a. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde: [FRITEKSTFELT] 6b. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde: [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>	
I 2024 er følgende arbejdsgang for afviste henvisninger implementeret med henblik på at styrke de praktiserende lægers og hospitalernes samarbejde om patientforløb. <i>Arbejdsgang:</i> 1. Hospitalet skal sende en handlingsanvisende korrespondancemeddelelse, når en henvisning afvises. Meddelelsen skal indeholde årsag til afvisningen og en anvisning af, hvordan almen praksis kan hjælpe patienten videre, eller hvilke oplysninger hospitalet mangler for at kunne revurdere henvisningen. Almen praksis kan derefter vælge at sende supplerende oplysninger via en korrespondancemeddelelse i stedet for at skulle sende en henvisning på ny. 7. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser?	I 2024 er følgende arbejdsgang for afviste henvisninger implementeret med henblik på at styrke de praktiserende lægers og hospitalernes samarbejde om patientforløb. <i>Arbejdsgang:</i> 1. Hospitalet skal sende en handlingsanvisende korrespondancemeddelelse, når en henvisning afvises. Meddelelsen skal indeholde årsag til afvisningen og en anvisning af, hvordan almen praksis kan hjælpe patienten videre, eller hvilke oplysninger hospitalet mangler for at kunne revurdere henvisningen. Almen praksis kan derefter vælge at sende supplerende oplysninger via en korrespondancemeddelelse i stedet for at skulle sende en henvisning på ny. 7. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb?

☐ I meget høj grad ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I lav grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke ☐ Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os ☐ Jeg varetager ikke dette område 7a. Uddyb gerne dit svar herunder: [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i> 8. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? ☐ I meget høj grad ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I lav grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke ☐ Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os ☐ Jeg varetager ikke dette område 8a. Uddyb gerne dit svar herunder: [FRITEKSTFELT]	☐ I meget høj grad ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I lav grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke ☐ Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os ☐ Jeg varetager ikke dette område 7a. Uddyb gerne dit svar herunder: [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i> 8. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? ☐ I meget høj grad ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I lav grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke ☐ Arbejdsgangen er ikke implementeret hos os ☐ Jeg varetager ikke dette område 8a. Uddyb gerne dit svar herunder: [FRITEKSTFELT]
---	---

<i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>	<i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>
Tema: Specialistrådgivning	
Praktiserende læger	Hospitalslæger
9_1. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg følger mig overordnet velinformeret om hospitalernes rådgivningstilbud til mig som praktiserende læge. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	9. Varetager du specialistrådgivning for de almene praktiserende læger i dit nuværende job? ☐ Ja ☐ Nej 10. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at jeg har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde den efterspurgte rådgivning til de praktiserende læger. <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Ja" på spørgsmål 9]</i> ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke 10a. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer? <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Ja" på spørgsmål 9 OG "Delvist uenig" eller "Helt uenig" på spørgsmål 10]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>

	11. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis er relevante. <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Ja" på spørgsmål 9]</i> ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke 12. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Ja" på spørgsmål 9]</i> ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke 12aa. Uddyb gerne dit svar herunder: <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Ja" på spørgsmål 9]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i> 13. I hvilken grad oplever du, at de almene praktiserende læger benytter sig af muligheden for specialistrådgivning fra hospitalet?
--	---

	<i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "Ja" på spørgsmål 9]</i> ☐ I meget høj grad ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I lav grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
9_2. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at det er nemt at fremsøge telefonnumre til hospitalets specialistrådgivning på sundhed.dk ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	
9_3. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at hospitalets specialistrådgivning er bemandet med den nødvendige faglighed ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	
9_4. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at specialisten på hospitalet er tilgængelig for mig i det omfang, jeg har brug for ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig	

☐ Ved ikke	
	14. Hvor ofte benytter du korrespondancemeddelelser i dialogen med almen praksis? ☐ Dagligt ☐ Ugentligt ☐ Månedligt ☐ Sjældent eller aldrig ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område
10_1. Hvor tilfreds er du med følgende: Hospitalets svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til hospitalet, som skal besvares. <i>(Korrespondancemeddelelser skal besvares af hospitaler senest kl. 10 den efterfølgende hverdag jf. grundaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen i Region Hovedstaden.)</i> ☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Hverken eller ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke	15_1. Hvor tilfreds er du med følgende: Almen praksis' svartid i forhold til de korrespondancer, du har sendt til de praktiserende læger, som skal besvares. <i>(Korrespondancemeddelelser skal tilstræbes at besvares af praktiserende læger inden for maksimalt tre hverdage jf. grundaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen i Region Hovedstaden.)</i> ☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Hverken eller ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område
10_2: Hvor tilfreds er du med følgende: Kvaliteten af de korrespondancer, du modtager fra hospitalet. ☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Hverken eller ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke 10_2a. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	15_2. Hvor tilfreds er du med følgende: Kvaliteten af de korrespondancemeddelelser, du modtager fra almen praksis. ☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Hverken eller ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område

<i>[Spørgsmålet er kun stillet til de praktiserende læger, der har svaret "utilfreds" eller "meget utilfreds" på spørgsmål 10_2]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>	16a. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds? <i>[Spørgsmålet er kun stillet til hospitalslægerne, der ikke har svaret "utilfreds" eller "Meget utilfreds" på spørgsmål 15_2]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>
---	---

Tema: Epikriser	
Praktiserende læger	Hospitalslæger
11. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at de vigtigste informationer står øverst i epikrisen, jf. den gode epikrise. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	
12. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever, at indholdet i epikriser er målrettet almen praksis. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	
13. Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af epikriser fra hospitalerne? ☐ Meget tilfreds	

☐ Tilfreds ☐ Hverken eller ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds ☐ Ved ikke 14. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds, hvad skal skyldes det? (sæt gerne flere krydser). <i>[Spørgsmålet er kun stillet til de praktiserende læger, der har svaret "utilfreds" eller "meget utilfreds" på spørgsmål 13]</i> ☐ Uoverskuelighed/for mange informationer ☐ Manglende plan for opfølgningsforløb i almen praksis ☐ Manglende undersøgelsesresultater ☐ Forkert farvemarkering ☐ Manglende oplysninger vedrørende medicinændringer ☐ Manglende information om plan for medicinering i almen praksis efter endt forløb på hospital ☐ Autogenereret tekst ☐ Andet, uddyb venligst: _____	
15. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke 15a. Uddyb gerne dit svar herunder: [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i</i>	17. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område. 17a. Uddyb gerne dit svar herunder: [FRITEKSTFELT]

en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.	Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.
--	---

Tema: Diagnostiske tilbud	
Praktiserende læger	Hospitalslæger
16. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at hospitalets tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser (fx røntgen, ultralyd, MR/CT, ekko) lever op til mine behov. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke 16a. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser <u>ikke</u> lever op til dit behov, hvad skyldes det så? <i>[Spørgsmålet er kun stillet til de praktiserende læger, der har svaret "delvist uenig" eller "helt uenig" på spørgsmål 16]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>	
17. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger lever op til mine behov ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	

17a. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger <u>ikke</u> lever op til dit behov, hvad skyldes det så? <i>[Spørgsmålet er kun stillet til de praktiserende læger, der har svaret "delvist uenig" eller "helt uenig" på spørgsmål 17]</i> [FRITEKSTFELT] <i>Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.</i>	
	18. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige <u>billeddiagnostiske undersøgelser</u> som gør, at jeg kan starte udredning/behandling i min hospitalsafdeling. <i>[Spørgsmålet er stillet til alle hospitalslægerne, undtagen dem, der har svaret "Region Hovedstadens Psykiatri" på spørgsmål 3]</i> ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område.
	19. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever overordnet, at patienter henvist fra almen praksis har fået udført relevante/tilstrækkelige undersøgelser herunder psykiatriske screeninger og simpel behandling inden henvisning, som gør, at jeg kan starte psykiatrisk udredning/behandling i min hospitalsafdeling. <i>[Spørgsmålet er kun stillet til de hospitalslægerne, der har svaret "Region Hovedstadens Psykiatri" på spørgsmål 3]</i> ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig

	☐ Helt uenig ☐ Ved ikke ☐ Jeg varetager ikke dette område.
18. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg føler mig overordnet velinformeret om hospitalernes tilbud om subakutte tider til mig som praktiserende læge. ☐ Helt enig ☐ Delvist enig ☐ Hverken eller ☐ Delvist uenig ☐ Helt uenig ☐ Ved ikke	
19. Hvis du gør brug af tilbud om subakutte tider på dit primærhospital, oplever du, at muligheden for subakutte tider lever op til dit behov? ☐ I meget høj grad ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I lav grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke ☐ Jeg gør ikke brug af tilbud om subakutte tider	

Tema: Øvrige kommentarer til samarbejdet**Praktiserende læger**

20a. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

[FRITEKSTFELT]

Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.

Hospitalslæger

20a. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

[FRITEKSTFELT]

Bemærk, at dine kommentarer behandles fortroligt, men selve indholdet af kommentarerne offentliggøres uredigeret i en samlet rapport. Du bedes derfor undlade at nævne navne eller referere til bestemte situationer.

[Afslutningsside til praktiserende læger og hospitalslæger i spørgeskemaet]

Afslutning

Tak for din besvarelse.

Foruden spørgeskemaet gennemfører Rambøll Management Consulting opfølgende interviews med udvalgte personer, som besvarer spørgeskemaet. Vi vil i den sammenhæng gerne have lov til at kontakte dig senere. Interviewene skal give flere nuancer i forhold til dine svar og en mulighed for at få dybere viden om dine oplevelser af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne.

Interviewet foregår via telefon og har en varighed på ca. 20-25 min.

Må vi kontakte dig med henblik på et uddybende telefoninterview?

☐ Ja

☐ Nej

Hvis ja, angiv venligst dine kontaktoplysninger:

E-mailadresse: _____

Mobilnummer: _____

Tak for din deltagelse.

Hvis du ønsker at udskrive din besvarelse, kan du klikke på printerikonet: 

Husk at trykke på "AFSLUT" for at registrere dit svar.

12. Bilag III: Kommentarer fra åbne svarfelter

Bilagsindholdsfortegnelse

12.1	Kommentarer fra praktiserende læger	114
12.1.1	Amager og Hvidovre Hospital	114
1.	Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	114
2.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	119
3.	Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	121
4.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	126
5.	I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	127
6.	I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:	129
7.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	130
8.	I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:	131
9.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	131
10.	I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	132
11.	I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	133
12.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	135
12.1.2	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	138
13.	Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	138
14.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	141
15.	Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	143
16.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	147
17.	I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	148
18.	I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:	149
19.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	150
20.	I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:	150
21.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	151
22.	I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	152
23.	I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	153
24.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	155

12.1.3	Bornholms Hospital	159
25.	Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	159
26.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	159
27.	Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	159
28.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	160
29.	I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	160
30.	I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:	160
31.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	161
32.	I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:	161
33.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	161
34.	I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	161
35.	I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	161
36.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	161
12.1.4	Herlev og Gentofte Hospital	162
37.	Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	162
38.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	168
39.	Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	170
40.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	174
41.	I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	176
42.	I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:	178
43.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	179
44.	I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:	179
45.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	180
46.	I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	182
47.	I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	182
48.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	185
12.1.5	Nordsjællands Hospital	188
49.	Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	188
50.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	192
51.	Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	194
52.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	197

53.	I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	198
54.	I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:	200
55.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	201
56.	I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:	201
57.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	201
58.	I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	202
59.	I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	203
60.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	206

12.1.6 Rigshospitalet 208

61.	Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	208
62.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:	209
63.	Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	209
64.	Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:	209
65.	I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	209
66.	I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:	209
67.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	209
68.	I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:	209
69.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	209
70.	I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	210
71.	I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?	210
72.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	210

12.2 Kommentarer fra hospitalslæger 210

12.2.1 Amager og Hvidovre Hospital 210

73.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	210
74.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	211
75.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	213
76.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	213
77.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	214
78.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	214

79.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	214
80.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	214
81.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	215

12.2.2 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital 216

82.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	216
83.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	217
84.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	219
85.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	219
86.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	220
87.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	220
88.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	221
89.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	221
90.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	222

12.2.3 Bornholms Hospital 224

91.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	224
92.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	224
93.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	224
94.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	224
95.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	226
96.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	226
97.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	226
98.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	226
99.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	226

12.2.4 Herlev og Gentofte Hospital 226

100.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	226
101.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	227
102.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	228
103.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	228
104.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	229
105.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	229

106.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	229
107.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	229
108.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	229

12.2.5 Nordsjællands Hospital 230

109.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	230
110.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	231
111.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	231
112.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	232
113.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	232
114.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	232
115.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	233
116.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	233
117.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	233

12.2.6 Region Hovedstadens Psykiatri 233

118.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	233
119.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	234
120.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	234
121.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	235
122.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	235
123.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	235
124.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	235
125.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	235
126.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	235

12.2.7 Rigshospitalet 236

127.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:	236
128.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	237
129.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	239
130.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	239
131.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	240
132.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	240

133.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	241
134.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	241
135.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	242

12.2.8 Steno Diabetes Center 244

136.	Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritextfeltet. - Andet, uddyb venligst:	244
137.	Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?	244
138.	I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:	244
139.	I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:	244
140.	Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?	244
141.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:	244
142.	Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?	244
143.	Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:	244
144.	Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:	244

12.1 Kommentarer fra praktiserende læger

12.1.1 Amager og Hvidovre Hospital

1. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- Psykiatri generelt
Reumatologi ved særlig rygpatienter. Der ønskes oftest MR før henvisning. MR i primær sektor har meget lang ventetid
- alt for mange afviste henvisninger, I skubber opgaverne væk og laver mange krumspring for at undgå at hjælpe
Når man som mig har arbejdet i mere end 25 år i egen praksis så bliver jeg altså ret træt af at få afvist mine faglige vurderinger
- Jeg oplever udfordringer, særligt med lungemed. og cardiologisk amb. at relevante henvisninger bliver afvist fordi der ikke er taget eks. et rgt. thorax på en meget syg pt. og hvor rgt. thorax kan gøres ifm. pt. er indkaldt til US på hospitalet. Det kan være ekstra tidskrævende / energikrævende for svært syge ptt. at bestille tid til rgt. thorax hos p.p. radiolog, samt kørsel m.m.
- Henvisninger afvist. Pt. udskrevet uden opfølgning
- Især henv. til psykiatrien er vanskelig ,
- Uenighed mellem bagvagter og dem der modtager henvisningerne. Ja jeg er begyndt at ringe ofte inden jeg henviser for at slippe for afvisningerne.
Hyppige skift af diverse regler,
så må vi gerne eller ikke henvise direkte til MR knæ osv, neurofysiologiske us. osv., men sådan er det og ja jeg læser de myriader af mails der kommer, men memoriserer ikke alt, så spiser jeg de afviste henvisninger og lærer det ad den vej.
- Det er et tiltagende problem med afviste henvisninger. Jeg oplever at man kan ringe og konfere en patient med BV/rådgivende special læge, som råder til henvisning, men alligevel bliver henvisningen afvist. Det er et udtalt problem på børneafdelingen Hvidovre, men sker også på andre afdelinger.

- - Afviste henvisninger
- Afvisning af henvisninger, ofte med begrundelser der virker opfundne og som ikke fremgår af forløbsbeskrivelsen eller som er på petitesse niveau
Fx i psykiatrien, pædiatrien, ortopædkirurgen
- Ønsker endnu mere målrettede epikriser og mulighed for mere samarbejde således at vi kan drøfte de svære forløb inden afslutning til os
- Når jeg henviser forkert (altid til neurofysiologisk undersøgelse eller anden paraklinisk afdeling), så ville det være rart at det enten fremgik tydeligt i afvisningen, hvor fejlen er - eller at man kunne finde den rette information (opdatering af sundhed.dk).
Når jeg henviser til visse afdelinger, så skal jeg have taget blodprøver inden - men da jeg ikke kan tolke på disse specifikke blodprøver, så virker det forkert at det er mig, der bestiller dem. Det er derfor jeg henviser.
- Sjældent gode afvisninger med faglig begrundelse eller vejledning fra gynækologisk afdeling eller kardiologisk afdeling. Ved henvisninger til kardiologisk afdeling er problemet særligt opstået efter sammenlægning med afdelingen fra Glostrup....
- Inden de vil god tage henvisning men de har mulighed selv at lave den undersøgelse. så ksla vi be en privat person at alve undersøgelsen derefter genhenvise med undersøgelsen svar så får patienten en tid det sker ofte især kardiologerne og ortopæd kirurgerne
- Jeg synes ofte henvisninger bliver afvist, især henvisninger til psykiatrien.
- Folk bliver afsluttet for hurtigt. Der er meget søjletænkning, så hvis der findes en løsning afsluttes patienten uden at der overvejes alternativer eller forsøg på at involvere andre afdelinger. Altså ofte et problem for de multisyge.
Alt for mange henvisninger afvises. Ofte henvises til primærsektoren.
Vi fornemmer at der er meget pres på hospitalsafdelingerne, og servicen er forringet for både patienter og almen praksis.
- Man kan mærke de har travlt i visitationen. Der kan blive afvist henvisninger selvom alle de rigtige oplysninger er medsendt.
Ofte kan vi få afvist henvisninger på trods af at vi blot har "videreeksperderet" en henvisning fra et andet speciale.
- Henvisninger bliver i højere grad afvist. Nogle gange genhenvisioning x flere for at få pt. sendt ind til udredning -
- Henvisninger til f.eks ort kir afvises altid, hvis ikke nyt røntgen er taget, dette også selv om patienten nylig har været set af dem selv og der er beskrevet at pt. kan genhenvises ved forværring af kendt (radiologisk verificeret) lidelse, så som slidgigt
- Udfordret af, at tiltagende mængde og omfang af undersøgelser, der forventes udført i primær sektoren før muligt forløb i hospitalsregi - opgaveglidning.
- henvisninger til ortopædkirurgisk som altid skal have os til at bestille div røntgenbilleder. også når de lige har set patienten.
- Psykiatrien herunder ældre udkørende.
Visse former for diagnostiske us er svære at forstå at henvise til fx er det en almindelig - en røntgen - en nuclear osv (de DXA, distal tryk, neurofysiologisk hastighed). Det er svært at holde sig orienteret i alle henvisnings måder og hvis ikke afvisningen indeholder en instruktion så skal vi nogen gange prøve os frem mange gange før vi rammer plet
- fornemmelse af der ikke er tid til ordentlig afslutning af pt. udskrivelse om natten, indlæggelse og udskrivelse til rehab, hvor der så ikke er lavet recepter, de mangler og jeg skal lave dem af akut og sep. DD, meget præcise, til tider ulogiske afvisninger, fornemmelse af alle undersøgelser forud for henvisning skal være gennemført her, som at ingen blodprøver eller rtg. undersøgelser kan foretages på hospitalet, manglende overskud til at interesse sig for den pt. der ikke lige passer ind i kasser, så udskrivelse og jeg skal ringe for at drøfte diff. diagnoser genindlæggelse, fornemmelse af usikkerhed omkring hvordan hospitalet bruger andre hospitals afdelinger så heller afslutning til egen læge som kan henvisning. pt. som ikke føler sig hørt og skal have indlæggelsesforløbet forstået gennem egen læge
- Tiltagende problemer med afviste henvisninger
- Epikriser med plan om konsultation ved egen læge med kort varsel er et problem.
- Henvisninger afvises meget ofte. Nogle gange ser det næsten ud til, at teksten ikke er blevet læst igennem.
- Stigende antal afvisninger af henviste patienter
- Afviste henvisninger
- Der er for lidt kapacitet til at se psykiatrisk syge børn, der er for mange afvisninger, af henvisninger og forarbejdet hos os i forhold til henvisning er uforholdsmæssigt stort.

- Alt for mange henvisninger afvises uden ordentlig begrundelse
- Henvisninger bliver afvist på detaljer. Netop idag først fået godkendt henvisning i 3. forsøg til psykiatrien fordi jeg havde beskrevet angst og skrevet obs ptsd. Man hæftede sig ved obs ptsd istedet for symptombilledet. Henv blev accepteret, da jeg skrev at diagnosen istedet var angst - uden at der blev ændret et ord i henv. i øvrigt. Ligeledes håbløst med rtg inden alle hene til ort kir. Har oplevet at henv. obs caputnekrose set på MR, blev afvist da der ikke forelå rtg. Også et stort problem at man skal kende alle afdelingens forskellige henvisningskriterier for forskellige lidelser i detaljer. Jeg prøver at orientere mig bedst muligt men hvor jeg tidligere kunne lave et fornuftigt notat og herefter henvise, skal jeg i dag i forløbsplaner, evt nationale kliniske vejledninger for at kunne være nogenlunde sikker på at henvisningen accepteres. Det tager uforholdsmæssig meget tid som går fra andre patienter.
- Afviste henvisninger selvom forløbsbeskrivelse er fulgt. Afviste henvisninger med krav om indledende undersøgelser som almen praksis ikke kan henvise til f.eks. CT
Afviste henvisninger pga. formalia
- Oplever ikke så mange udfordringer i forb med henvisningerne - mere i forb med udskrivelserne og epikriserne .
- Der er generelt mange afvisninger uden brugbar årsag. Når visiterende afd mener de skal ses et andet sted kan de så selv viderehenvise, evt sige hvorfor. Hvis de ønsker bestemte prøver kan de evt selv rekvirere det de vil have? Nogle gange er patienten konfereret pr telefon med bagvagt og så bliver henvisning alligevel afvist, hvor man får indtryk af at det ikke er læst at den er konfereret med kollega.
Vi laver efterhånden altid røntgen inden vi henviser til ort kir. Også selvom det ikke er indiceret. Fordi vi 95% af gange får afvist med henvisning til rtg.
- Oplever ofte værgring mod at modtage henvisninger på patienter, hvilket er frustrerende, da de jo kun henvises, hvis vi oplever behov herfor.
Nogle hotlines har så dårlig tilgængelighed, at tilbuddet reelt er ikke-eksisterende, fx ift. psykiatrien.
Nogle retningslinier indføres fordi det er smart for hospitalet uden hensyn til, om det også er smart for den almen praktiserende læge, fx henv pga. DVT om formiddagen, der nu medfører flere telefoniske opkald, henvisninger og patientkontakter.
- Jeg synes især det kan være svært at få mine henvisninger indenfor kardiologien igennem (Amager hospital)
- Afviste henvisninger, urealistiske forventninger om hurtig opfølgning på patienter der er udskrevet med hovsa-løsninger mv
- Henvisninger afvises med begrundelse i at der mangler oplysninger om pårørende, telefonnumre, blodprøver osv
Der bliver stillet krav om at der nærmest skal foreligge fuld indlæggelsesjournal og div undersøgelser (som ofte er umulige for os i praksis at bestille)
Medfører ekstraarbejde og især gener for patienterne
- Ort kir : kravene før henvisning er rigide og tidsrøvende. Der forlanges rtg < 1 år selvom det ikke er klinisk relevant.
Endo: vi er blevet påtvunget T3 behandling. Helt urimeligt - jeg kan ikke opnå tilstrækkelig erfaring.
Osteoporose: henvisninger afvises, selv når vejledningen følges.
Nefro HEH: henvisninger afvises selv når man følger deres egen vejledning for genhenvisning i epikrise.
Psyk (voksen + børn) indholdet i en henvisning er urimeligt store og ude af trit med rammevilkårene i AP.
- afvisning af henvisninger giver ekstra belastning til almen praksis.
hosp. delegerer opgaver til almen praksis, f.e. blosprøver; hosp. kunne varetage bl pr på stedet (Rigshospital) i stedet for at sende pat. tilbage til almen praksis. Dette belaster patienten.
CVI syd har for lange svartider når man ringer ind.
- Ofte afviste henvisninger
På trods af forudgående aftale med speciallæger
Ofte går henvisning igennem 2. gang eller efter tlf
- eksplosiv stigning i afvisninger.
Samt krav om hvad der svarer til primærjournal i henvisningen.
- manglende recepter og tilskud på medicin, som startet under indlæggelse

- Stor forskel på afdelingerne
- Jeg oplever en del afviste henvisninger trods relevant anamnese.
- Afviste henvisninger.
Krav om meget detaljerede henvisninger.
Krav om LFU ved henvisning til lungemed amb selv om pt har vanskeligt ved at samarbejde.
- Afvisninger der ikke er velbegrundende, man får indtryk af at hospitalet bruger enhver anledning til at afvise patienter. Især hvis patientens symptomer ikke passer præcist i en kategori eller forløbs beskrivelse.
- Mange henvisninger afvises:
 - dels pga manglende oplysninger fra mig, som kunne fås af mig UDEN at henvisningen blev afvist (afvisninger giver mistillid fra pt og giver stort besvær for henvisende læge)
 - dels på et tyndt grundlag - henvisningen er ikke læst ordenligt, når jeg så påpeger det bliver patienten taget alligevel.
 - allerværst bliver henvisninger afvist UDEN begrundelse. Det er meget svært at arbejde med.
- Henvisninger med henblik på fertilitetsbehandling - det er tidligere gået fuldstændig uproblematisk.

Der har ændret sig for kort tid siden, så kravende er blevet helt urimelige og processen bliver lang og besværlig for både patienterne og os.

- På tværs af hospitaler gælder at henvisningen afvises med beskrivelser der synes at afsløre at patienterne ikke er syge nok - i forhold til afdelingens kapacitet - men uden at forholde sig til at patienten har behov for behandling.
Patienter udskrives før de er fuldt gennemgået og med ufuldstændig plan for opfølgning. Endelig er der en kraftig tendens til at hospitalets læger (i alle specialer fraset geriatri) er hæmmet af kun at have øje for problematikker der ligger inden for eget speciale. Sygdommen - og ikke patienten - er alt for ofte i centrum.
- Kardiologene afviser ofte hvis der mangler enkelt blodprøve
- Det er mest endokrinologisk og ortopædkirurgisk afdeling der somatisk kommer afvisninger fra.
- mere psykiatri henvisninger kan være udfordring
- Mange afviste henvisninger. sommetider uberettiget, henvisninger er afvist uden at de har læst hele henvisningen igennem. Andre gange på grund af detaljer som når en pt afvises fordi bmi er 25,1 og skal være 25.
- Større og større del af henvisninger afvises-
Der svares ikke på korrespondancer
Mange epikriser lægger op til urealistiske mål omkring bla andet opfølgende hjemme besøg med blodprøver og lign som er helt urealistiske.
Mange afdelinger følger ikke deres 72 timers ansvar ved udskrivelse men henviser til almen praksis
Der mangler medicin og FMK er ikke opdateret ved udskrivelsen
- En del afvisninger, som jeg mener uberettiget, trods at prøver beskriver min vurdering og henvisning grundlag, i følge mig selv, grundigt og omfattende, men alligevel afvisning, især kardiologi og nefrologi.
- ...
- Jeg er speciallæge i almen medicin og intern medicin, men mine henvisninger bliver gentagne gange afvist uden faglig begrundelse – eller afvist med henvisning til mindre, manglende oplysninger fra afdelingens side.
Dette sker selvom jeg gør mig umage med at levere en fyldestgørende anamnese, objektiv undersøgelse, plan og ønsker. Henvisningerne afvises, selv når de opfylder de gældende kriterier – og selv når hospitalet anerkender relevansen af henvisningen, og det i øvrigt er anbefalet at henvise af de relevante medicinske selskaber.
Jeg oplever dette som et alvorligt og stigende problem.
Jeg har aldrig set noget lignende i andre nordiske lande – eller i Tyskland, hvor jeg har arbejdet i mange år. En afvisning giver i mange tilfælde ingen mening, især ikke når der blot mangler mindre oplysninger, som ikke er afgørende for sagen.
Jeg gør mig umage med at skrive relevante, fokuserede henvisninger, men i almen praksis er der ganske enkelt ikke tid til at skrive journalnotater i et omfang, der nærmer sig en hospitalsindlæggelse. Det ville hverken være realistisk eller meningsfuldt.
- afviste henv

- Jeg er godt tilfreds
- Som oftest fungerer det fint men det er f.eks. svært når et EKG kræves vedhæftet, selv hvis vi beskriver det som normalt. Det er en besværlig proces for os af vedhæfte et EKG. Der er udfordringer med pladsen på en henvisning, især hvis en epikrise fra en anden afdeling eller en speciallæge skal vedhæftes. Visse afdelinger sender ingen notater fra ambulante forløb selv om de følger en patient i årevis.
- Afviste henvisninger
Svært at få fat på rette vedkommende, hvis problemer
- Vi får en del afviste henvisninger nogle helt fair og andre med en del arbejde og opringtoner for at få dem igennem
- Visse afdelinger afviser stort set alt, hvad der henvises og synes mere optaget af at holde patienterne fra døren ved at opfinde stadig mere rigide henvisningsregler, og gennemgå henvisningerne med tættekam for at finde undskyldninger for at afvise. Andre afdelinger mere fleksible. Derfor svært at give en generel bedømmelse.
- Kunne man, i stedet for at afvise en henvisning bede om supplerende oplysninger via en korrespondance?
- Oplever at de bliver sat flere og flere krav der skal opfyldes, før patienten kommer gennem nåleøjet og accepteres.
Manglende accept af at jeg er en specialist, der har brug for hjælp med en patient .
Det tager uger at få svar på korrespondancer
- Rigshospitalet er HORRIBLE til at overholde reglerne om rettidig fremsendelse af epikriser, og så er de helt hen i vejret når det handler om at huske at lave recepter på den medicin der hører til hos dem.
Vi har en helt frisk sag hvor karkirurgerne har en patient i forløb, de starter Xarelto op off-label, men mener at egen læge skal stå for recepterne. Da vi ikke accepterer dette og melder det tilbage til afdelingen, så skælder cheflægen ud og mener at vi forsøger at slå patienten ihjel ved en lungeemboli.
Samarbejdet er RINGE og trænger til gevaldigt løft.
- de bliver ofte afvist med ligegyldige krav, nogen gange virker det som om de slet ikke har gennemlæst henvisningen hvor de f.eks. spørger efter noget der er vedhæftet. oftest ort kir, rygkir, og kardiologisk der afviser i flæng.
- Flueknepperi og fejlfinding i henvisninger med henblik på ikke at se patienterne
- Patienterne melder tilbage, at de enkelte afdelinger ikke kan henvise til hinanden, men at jeg skal gøre det - det er mig uforståeligt, at hvis en rheumatolog f.ex. ønsker at henvise pt til lungemedicinsk vurdering, så afvises henvisningen og jeg skal gøre det.
- børneungdomspsykiatri
- Henvisninger afvises ind i mellem pga. af formalia, som kan være vanskelige at forstå.
- Hospitalet vil generelt gerne have, at vi har gjort alt, hvad der for 10 år siden lå i en forundersøgelse og journaloptagelse på hospitalet. Det giver ekstra fremmøder for patienten i almen praksis. Og giver ikke altid mening for henvisningen.
- Afviste henvisninger (fx hvis det i journalen beskrevne ekg ikke er vedhæftet - eller de i SP tilgængelige blodprøver ikke er beskrevet udførligt) i stedet for korrespondance med ønske om de manglende oplysninger. Der var langt bedre samarbejde med Glostrup afdelingen, og patienterne savner at have et nærsygehus.
Psykiatrien er generelt svær at få en henvisning igennem til - og da PP psykiatere har lang ventetid, er disse borgere dårligt stillet.
- Henvisninger afvises konsekvent
- afviste henvisninger er en dgl udfordring
Der opstartes medicin og tages prøver i akutmodtagelsen, hvorefter der forventes at egen læge følger op
- En del afviste henvisninger, opleves hyppigere.
- Afviste henvisninger, når man snakker med læger telefonisk er dette begrundet med besparelser pga sammenlægning af regioner på "pålagt ovenfra".
Opgaveglidning hvor der anmodes om at vi tager blodprøver mm for afdelingerne, trods dette er deres opgave.,
- Ofte kan der gå så lang tid før der sker visitation på henvisningerne, så patienterne booker en opfølgende tid hos mig fordi de tror de er blevet glemt.
Der afvises derudover mange henvisninger. Det forventes åbenbart vi i almen praksis laver

en hel primær journal for 167 kr før man vil vurdere en patient med ondt i knæene. Kræftpakkehenvisninger afvises hvilket jeg vil betegne som "modigt".

- Det virker som om at ens henvisninger ikke bliver læst ved akutte indlæggelser. Afvisninger af osteoporose patienter der ikke tåler Alendronat, ifølge DSAMs vejledning er Aclasta 2. valg og det kan vi ikke give
- Ved akutte indlæggelser tror jeg ikke de læser henvisningerne. Mange henvisninger afvises.
- Især henvisninger hvor det er oplagt at patienten er syg, men ikke oplagt hvilket speciale der skal udrede patienten. (undtaget når det drejer sig om oplagt malign sygdom, samarbejde med Diagnostisk enhed er fremragende). Kontakten til diabetes hotline har tidligere fremragende, nu oplever jeg at det ikke er de mest erfarne der besvarer telefonen, og oplever at når der er aftalt henvisning, afvises henvisningen alligevel, det giver ekstra arbejde.
- Mange afviste henvisninger. Ikke altid logisk hvilke krav der stilles før man kan genhenvise. Tidskrævende at henvise igen og patienten efterlades uden hjælp
- Afvisninger på tyndt grundlag
Mangelfulde epikriser
Problemer med receptfornyelser for pt i hospitals forløb
- Især ort.kir beder om nye rtg. billeder på artrose selvom tidligere billeder siger artrose. Vælg Klogt folkene siger færre rtg. billeder. Mangler alt for ofte epikriser og notat om medicinændringer
- henvisninger afvises ofte uden nærmere mulighed for konference telefonisk
- Jeg oplever at især efter at kardiologisk afdeling er flyttet til Hvidovre, så er det blevet svært at få en kardiologisk vurdering. Der er en forventning om, at vi "serverer det hele på et sølvfad". Der ønskes en forståelse for det tidspres vi arbejder under.
- ofte afvisninger på sparsom grundlag som medfører til extraarbejde i praksis
- Nogle gange opleves standardiserede afviste henv. hvor det ikke opleves at henv. er læst af visitator.
- Alt, alt for mange afviste henvisninger af årsager der for sagen er fuldstændig irrelevante. Manglende tagen stilling til patientens problem, der tages kun stilling til det lægen synes er det relevante. Manglende opfølgning, "det kan EL gøre". Manglende viderehenvisning til andet relevant speciale
- Der er tidl været diskussion om afviste henvisninger
Plastikkir henvisninger er rigide og besværlige for borger og læger
En mere tidssvarende tilgang kunne være hensigtsmæssig
- Mange henvisninger returneres , nogen uden forklaring
- afvisning af henvisninger, de kunne kontakte mig for de få oplysninger der mangler, eller give mig et forslag om hvor pt kunne henvises til, eller selv sende henvisning videre
- Mange afvisninger af elektive henvisninger
- Hjerterafdeling forlanger altid ekg selvom det ikke altid er indiceret

2. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- Overordnet er alle specialer hjælpsomme . Men arbejdspresset er stort alle steder .
- intet
- Jeg oplever godt samarbejde med endokrinologisk amb. /endo-hotline. Det kunne være rart hvis der var lign. tilbud for eks. card. el. lungemed.
- Det er positivt når henv afvises at der så er foreslag til videre udredning / henvisning på ny
- Oplever altid god hjælp når jeg ringer og konfererer uanset hvilket afdeling jeg ringer til.
- Jeg synes at samarbejdet med ort. kir HVH er fint, de fleste henvisninger modtages, hvis de afvises er det med relevant begrundelse. God vejledning når de kontaktes per telefon
- Hæmatologisk afdeling på RH er meget gode til at komme med konstruktive forslag, såfremt en henvisning afvises
- Afvisninger af henvisninger med konkretisering af hvad der kunne supplere. Opringning efter afsluttet forløb i onkologien om hvordan det videre forløb skulle være.
- Når jeg indlægger, og CVI kan sætte mig i forbindelse med den rette vagthavende, og dermed få lavet den rette plan for patienten - om det så er akut, subakut eller ambulant tilbud, der skal planlægges.

- Altid god visitation via CVI. Epikriser sendes altid. Godt samarbejde også med bagvagter for kortere spørgsmål.
- Rigtig godt samarbejde med infektionsmedicinsk afdeling, hvor man både får god vejledning ved opringning forud for henvisning eller ved afvist henvisning.
- de er gode til at svare hurtigt på spørgsmål som sendes via e kons samt god vejledning via telefonisk kontakt
- CVI er meget effektivt i forhold til indlæggelse.
Man kan som regel få gode råd ved korrespondancer til relevant speciale (men nogen gange ignoreres beskederne).
Hvis man fejler bestemte ting som er højt prioriteret som kræft eller hjertesygdom, hører jeg om gode forløb fra patienterne.
- Rigtigt fint at der er kommet handlingsanvisende afviste henvisninger. Må gerne bruges mere.
- Dejligt med specialist hot -lines
- Hotline telefon fungerer generelt rigtig godt i alle specialer
- Relevante, begrundede afvisninger kan være del af konstruktivt samarbejde
- spec hvis man konfererer patienter med andre speciallæger, her får man som oftest god hjælp.
- AH akut og daghospital - rigtig godt og flexibelt samarbejde.
- opringning til kolleger om råd, person til person kontakt
pt. fortæller hvor var de søde
- Hæmatologisk afd. RH.
Imødekomme på tlf, konkrete i rådgivning, svarer hurtigt på korrespondancer og i de sjældne tilfælde, hvor en henvisning afvises følger en konkret plan med forslag
- Altid søde, gode bagvagter/hotlines når man ringer for et godt råd.
- Fin specialist rådgivning på telefon
- CVI er genialt især CVI syd
- Afviste henvisninger med konkrete og brugbare forslag om hvordan man kan komme videre.
- Hvis man får afvist en henvisning hjælper det meget hvis der står en plan for hvad man så kan gøre.
- Altid god sparring når vi ringer til bagvagt på alle specialer.
- Hjælpsomme kollegaer ved telefonisk henvendelse.
CVI fungerer godt.
- Jeg glad for samarbejdet med Hvidovre hospital. De er søde til at sende uddybende forklaringer hvis de afviser mine henvisninger. Således også forslag til videre undersøgelser forud for en ny henvisning
- Har et ganske fint samarbejde med Hukommelsesklinikken RH. De afviser sjældent henvisninger, de drager omsorg for patienterne og følger op på udredning og behandling, og skubber ikke en masse ekstraarbejde over på egen læge. Samme gælder geriatrisk afd på AMH.
- Hæmatologisk afdeling er nemme at komme i kontakt med og ofte villige til at indgå samarbejde
- Geronto psyk (incl udkørende), Oligofreniteam, Diagnostisk center, Card amb , Allergiamb Gentoft, Klin/fys Hvidovre: giver alle hurtig indkaldelse eller meningsfulde og konstruktiv respons.
- Psykiatri henvisninger bliver godt taget imod og pat. få hurtigere tid, dette er helt sikkert en forbedring i forhold til tidligere.
Pædiatri HVH - rigtig flink folk :)
- Hæmatologer altid samarbejdsvillige
infektionsmedicinere også
- der er langt imellem snapsene. kan ikke komme på noget.
- CVI syd: godt
Godt: Gyn, infek, gas kir
- Specialistrådgivningen. Endokrin/diabetes hotline. Kardiologisk hotline.
Fungerer virkelig godt.
- Det gør jeg ikke.
- Akutte henvisninger via CVI foregår eksemplarisk. CVI fortjener store roser for deres hurtighed, dygtighed og samarbejdsvilje.
- Når henvisningen bliver hurtigt visiteret.
Hvis den bliver afvist er det en kæmpe hjælp at der er en retningsanvisende afvisning - det hjælper til at gå i dialog med patienten om hvilken plan vi i stedet skal lave sammen

- Ved direkte kontakt til læger på hospitalet - oftest telefonisk - er den kollegiale støtte og velvilje enorm. Jeg oplever at alle strækker sig langt over hvad man kunne forvente for patienter ved denne kontakt for så der er fokus på patienten og ikke kun på sygdommen ved disse kontakter.
- Endokrinologiske afdeling skriver altid behandlingsmål og hvornår patienten evt skal genhenvises samt forslag til evt behandlings justeringer
- resten
- amager og hvidovre hospital er rigtig fint mht. samarbejde
- Nogle afdelinger er gode til at skrive tilbage hvorfor afvisningen er sket.
- Når man ringer til CVI og direkte til bagvagter på de enkelte afdelinger får man venlig vejledning og hjælp.
- For det meste af kræftpakke henvisninger.
- hurtig til behandling
- feed back
- god epikriser
- Jeg er godt tilfreds
- Gode til at svare km
- diagnostisk enhed Hvidovre er eminent søde og gode til at hjælpe videre.
- De er blevet meget bedre til at forklare hvorfor en henvisning er afvist og angive hvilke oplysninger/ undersøgelser der mangler
- De er som regel altid søde og hjælpsomme, når jeg ringer
- HH Endocrin og RH hæmatologisk afdeling er rigtig gode til beskrive hvorfor de evt ikke vil se patient, eller hvad man skal kontrollere fremad
- Telefonisk rådgivning fra hæmatologer
- Endokrinologerne og nefrologerne er gode til at komme med behandlingsforslag, hvis de afviser henvisningerne
- lungemedicinsk BBH , hæmatologisk RH
- Reumatologerne på Glostrup giver god service med hotline - og ved afviste henvisninger, er der ofte konstruktive forslag til videre forløb.
- nej
- Dexa skanning henvisninger håndteres flot og meget hurtigt.
- Akutte og subakutte forløb kører godt, gode råds via specialishotlines.
- Kardiologerne svarer venligt, hurtigt og relevant - fraset visitation der kan tage lang tid.
- Synes de fleste specialer tilbyder gode specialitlinjer til konfererende af patienter
- Korrespondencer bliver besvaret med høj faglighed, så henvisninger ofte kan undgås. Fx fra geriatrisk afd, kardiologisk afd og endokrinogisk afdeling
- Der er også mange gode forløb.
Jeg oplever at særligt specialistrådgivningen telefonisk og korrespondancer til kollegerne på sygehuset fungerer rigtig godt.
Det er også meget positivt med mulighed for subakut henvisning i stedet for skud indlæggelse.
- gode subakutte tilbud
- Gode til at besvare korrespondancer om fælles patienter
- CVI akut indlæggelse virker godt
- Hæmatologisk afdeling er gode at spare med. Der kommer ofte en udførlig beskrivelse og vejledning til hvad der skal gøres og observeres såfremt de ikke selv kalder patienten ind.
- Det er desværre tiltagende sjældent.
- Altid fantastiske kolleger på telefonisk hotline
- hvis de modtager dem, så det er godt.
- Glad for samarbejde med geriatrisk afdeling Hvidovre om subakutte pt
- Oplever det ikke

3. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Generelt meget svært at få pt.er igennem til psykiatrien
Der anvises oftest behandling ved privat psykiater .
Henvisningerne er tidskrævende meget lange og komplicerede at udfærdige .
Henvisning til børne-psykiatri er nærmest umulig at komme igennem med, hvis der ikke foreligger PPR vurdering . Forældrene kan ikke forstå praktiserende læge ikke kan henvise uden en PPR rapport .

- det fungerer slet ikke og er så pinligt. det er både børene som voksen området der ikke fungerer- alt afvises
Hvis man har en sundhedsforsikring kan man få hjælp
- Der er afvisninger af relevante psykiatriske henvisninger, med komplicerede psykiatriske problemstillinger.
Særligt børn og unge med tunge psykiatriske udfordringer, som har fået lavet diverse underretninger, og det er helt åbenlyst at de ikke kan vente med en PPR-vurdering af bliver også afvist. Det er tidskrævende, ineffektivt, dyrbar tid og utilfredsstillende som læge og for patienterne.
Det føles som at slå i en dyne.
Det er svært at komme til at tale med en speciallæge i psykiatri. Der burde være en "psykiatrisk hotline" på samme vis, som der findes somatiske "hotlines".
Hvis almen praksis skal varetage flere psykiatriske problemstillinger, bør der også stilles et relevant fagligt sparringstilbud op, fremfor at sylte patienterne.
- Afviste henvisninger
- Som regel skal man henv flere gange før den går igennem .Henv til akut privat praktiserende psykiater blev af pt oplevet negativt fordi der ikke var et videre forløb
- Tænker det er det speciale der er mindst ligeså presset som almen medicin hvilket forklarer alt.
- Jeg oplever at det i perioder er over 50% af mine henvisninger der afvises. Ofte beder de om yderligere oplysninger, som allerede er angivet. Det kan f.eks social status, hvor der står i henvisningen af pt er hjemløs og uden for arbejdsmarked. Når man ringer og læse henvisningen op, bliver man bedt om at sende en henvisning med den ordlyd -selvom den jo er blevet afvist dagen før. Når man henviser pt. der ikke passer ind i et pakke forløb kan der gå over 2 uger før henvisningen bliver visiteret. Jeg har oplevet mange gange at man er nød til at henvise x 4 og ringe til CVD før de går med til at se pt.
- -Det er som om henvisningen ikke bliver læst.
-Patienten skal kunne passe en ind i en af deres "pakkeløsninger", ellers bliver henvisningen afvist.
-Henvisninger bliver afvist, til trods for at der er epikriserne står at patienten skal genhenvises.
- Oplever at få afvist henvisninger pga manglende oplysninger som faktisk fremgår af henvisningsteksten.
Oplever at der ikke er hjælp at få til særlige tilfælde, selv om man beskriver hvorfor vi har brug for specialist hjælp.
Anbefaling af henvisning til psykolog, selv om det ikke er inden for rammerne, eller henvisning til ppp selv om der er over 1 års ventetid
- Af og til afvisninger med råd om henvisning til primærsektoren i stedet - medførende lang ventetid for borgeren.
- I perioder er der gentagne henvisninger hvor der udbedes nye og flere oplysninger trods mange deltagerede og grundige oplysninger så jeg skal bruge flere timer på at indhente tilstrækkelige oplysninger til at pt tages ind selv om indikationen er oplagt og den er tydelig i første henvisning
- I henvisningerne til psykiatrien, så virker det til, at der pr default bliver afvist. Hvilket slår patienten ud, de henvender sig i PAM - og vupti, så er de forbi CVI psyk og får et tilbud. Det burde kunne optimeres. Ofte ville en enkelt samtale med en psykiater/ specialpsykolog kunne hjælpe i vurderingen om patienten er egnet til det ene eller andet tilbud. Da jeg ikke altid selv kan vurdere hvad den rette diagnose er - og derfor være svært at henvise til det rette tilbud med det samme.
- Det kan være svært at sætte en klar diagnose eller mistanke i nogle tilfælde og det bliver ofte hurtigt afvist.
- Svært at gennemskue, hvilke kriterier der er for at henvisningen går igennem. Desværre ikke altid de mest sårbare og syge, der indkaldes uanset rettelse i henvisningen.
- henvisninger afvises ofte selvom der er god grund til de ksla have et forløb
- Jeg er stort set holdt op med at henvise folk. Alt bliver afvist alligevel (undtagen gerontopsyki og ved psykoser).
Al psykiatria minor virker de ikke til at have kapacitet til.
- Der er blevet meget hårde krav at opfylde før man kan få en henvisning igennem. Selvom man gør et stort arbejde for at få alle punkter med er det meget frustrerende at få afvist en henvisning hvis der mangler nogle detaljer.

- Alt for mange henvisninger afvises med besked om, at vi skal henvise dem til privat praktiserende psykiater, der har 6-12 mdr ventetid.
- Vanskeligt at få yngre voksne udredt for ADHD, som ofte er co-morbiditet til angst og depression, som der er langt lettere adgang til behandling for. - Jeg oplever at hos mange af de unge er ADHD tilgrundliggende lidelse for udvikling af angst og depression, hvorfor det ville være rart at behandle årsag fremfor symptomer.
- Ptt skal være meget svær psykisk syge (nærmest psykotiske) før henvisning godtages, ellers afvises de med, at det skal håndteres i primær sektor. Men hvis ptt selv ringer til f.eks center for autisme og ADHD, Glostrup, så får de at vide, at det kan el. blot henvise til
- Modtager stort set ingen patienter fra primærsektoren, hverken børn/unge eller voksne. En væsentlig del er overgået til praktiserende psykiatere. Også, hvor ventetid og kapacitet dér ikke skønnes tilstrækkelig.
- de tager ingenting.
- Jeg er plejehjemslæge. En henv til udekørende team kan strandes i flere måneder hos svært forstyrrende og forpinte patienter.
Generelt er henvisning til psykiatrien i sport i at gøre henvisningen længere, indeholdende flere og flere oplysninger og beskrivelser som slet ikke kan rummes indenfor rammerne i en almindelig konsultation men mere ligner en ambulant for journal.
- Det er en meget stor og forskellig artet pakke, der ligger under de psykiatriske diagnoser og henvisningerne forventes så at være på ret højt niveau. Jeg har svært ved at finde rundt i oplysninger, synes der var til nummer til en specialist i spiseforstyrrelse som så pludselig er væk, jeg skal være meget koordinerende og præcis for at få svare korrekt: akut indlæggelse på gule papirer af mand med kroniske psykose og sår på det ikke amputerede ben: "Ah, hvis der er sår så er det måske fordi pt. skal til Hvidovre og så er det ikke Amager psyk, men min kollega"....Jeg skal så være meget styrende og Det er en primær vurdering på Amager obs behandling for rosen
- Det er utroligt svært og tidskrævende, ofte med flere opkald og henvisninger, at få en patient henvist
- Afviste henvisninger!
Eller afslutning efter 1. samtale, hvor der ikke har været konkret vurdering ved psykiater.
- Hospitalspsykiatrien er ikke særlig tilgængelig. Selv pakkeforløbshenvisningerne kan være svære at få igennem.
- Når en henvisning afvises, hvilket meget ofte sker. Det giver store udfordringer for mig, særlig hvis patienterne har dobbeltdiagnoser og henvisningen anbefales sendt til privatpraktiserende psykiater. Der er alt for meget ventetid på privatpraktiserende psykiater, patienterne kan ikke holde til det og jeg er ofte eneste mulige kontakt for patienten i ventetiden. Patienterne får det ofte værre og mister nogle tilknytninger socialt. Særligt for børn går der meget tid, inden de kommer videre til udredning. Det koster tabt arbejde for forældrene og tabt skoletid for barnet. Når en ung fylder 18 år ryger de helt ud af opfølgningerne og skal henvises til privat psykiater, med den lange ventetid.
- Nærmest konsekvent afvisning af henvisninger
Jævnligt kræves ændring af en formulering eller andre mindre ting før de antager den
- For mange afviste henvisninger (og gen- og gen-gen-henvisninger), særligt når en bagvagt el. lign. har opfordret til at henvise er det frustrerende.
Manglende uddybende årsag til afvisningen
- Der er ingen hjælp at hente for patienter.
- Afvisning af henvisninger
- Afvisninger indeholder sjældent råd om fortsat håndtering
- for lidt kapacitet både i sygehuspsykiatrien og ved praktiserende psykiater.
- Alt for mange henvisninger afvises ofte uden grund, der skal virkelig gøres meget ud af henvisninger for at de går igennem
- se første kommentar. Meget bliver afvist. Jeg er nødt til at orientere patienterne på forhånd om, at vi nok er nødt til at sende henv af et par omgange før den accepteres.. Patienterne især denne her gruppe er sårbare og føler sig afvist og ubetydelige når de i eboks får besked om at henvisningen afvises. Oplever ofte at det kan forværre deres psykiske symptomer
- Der kræves utrolig mange oplysninger og pt. skal have det virkelig dårligt og næsten være selvmordstruet før man får en henvisning igennem.
- Afviste henvisninger. f.eks.
patient henvender sig i PAM akut. Der anbefales gå til e.l. mhp henvisning til cvd i pakkeforløb. Denne afvises så. Sket flere gange.

- Rigtig mange afvisninger - også flere hvor det er tydeligt at man ikke rigtig har læst eller sat sig ind i historien .
Sidstnævnte i forb m patienter som har flere diagnoser og tidligere har været i kontakt med psykiatrien
- Det bliver bedst om ligegyldige ekstra oplysninger og når de så er sendt bliver henvisningen afvist pga oplysninger i primær henvisning. Det er spild af tid.
De anbefaler at man sender yderligere oplysninger via korrespondance, men det kan afdelingen ikke modtage.
Der mangler telefon nr på den læge som har afvist henvisningen så man kan ringe vedkommende op for en dialog.
- Største problem er når de afslutter eller afviser pt med henvisning til henvisning til pp psykolog. Vi har bestemte kriterier vi skal henvise under og det er sjældent muligt.
- Begrænset vilje til at modtage patienter.
Afvises ofte med standartskrivelser.
- Det er belastende at vi ikke kan få hjælp til patienter med psychiatria minor. Og FAPS-psykiaterne er overbebyrdet af ADHD-bølgen.
- Mange afvisninger.
Pt er afsluttes selv om de ikke er stabile
Hotline kan ikke bruges pga vanskeligheder med at komme i kontakt med dem
- Kravene til indholdet i en henvisning er så omfattende at det knapt kan rummes i en Medcom standard. Tidsforbruget for at opfylde det er helt ude af trit med rammerne i AP. Henvisningerne afvises af og til på baggrund af latterlige petitesser.
- ingen
- mange afvisninger
- har de overhovedet en eneste pt tilknyttet efterhånden
- Krav om meget fyldestgørende henvisning nærmest en form for fuld journaloptagelse.
Afviser meget.
- Afvises ofte. Jeg henviser så få som muligt. Ofte har en anden person i en anden del af psykiatrien anbefalet henvisning, men de skal gå gennem egen læge, og så sidenhen afvises henvisningen fra os.
- Der stilles ekstremt store krav til detaljegraden i henvisningerne. Hvis ikke detaljerne er i orden afvises. Det føles ofte, som om det er en fuld journal der skal sendes før pt vil blive vurderet af CVD
- Hyppige afvisninger.
Afvisning er mere komplekse patienter, der ikke passer i et pakkeforløb men kræver mere dybdegående udredning, der ikke er realistisk hos hverken os eller de privat praktiserende psykiatere.
- Alt for stram visitation og ofte uforståelige konklusioner på henvisnings oplæg - ind til for ganske nyligt. Der er imidlertid tegn til bedring over de seneste mdr.
Enorme udfordringer med fremsendelse af tvangs papirer ved rød og gul tvang. En problematik der også dækker over at disse ikke kan sendes digitalt til politiet.
- Det er alt for svært at henvisninger godkendt.
Der er ALT for få psykiatriske hænder til at oppebære den byrde der ligger hos dem.
Der er et ALT for højt krav til henvisningerne! Det tager nærmest 15 min at lave en enkelt henvisning, hvilket der på ingen måde er ressourcer til i almen praksis. Jeg har blandt andet fået afvist henvisninger, da jeg har syntes mine journalnotater har været fyldestgørende.
- Mange patienter som har psykiatriske symptomer bliver afvist. Psykiatri hospital tager nærmest kun de patienter som er meget dårlige. Men problemet er at privatpraktiserende psykiater har lang ventetid.
- Pakkeforløb for adhd /autisme voksne fungerer ikke. Alt bliver afvist.
Børne og ungepsykiatrien afviser også ofte.
- Alt afvises med mindre du er påholdende og sender henvisningen flere gange
- Afvisninger, trods umiddelbart tunge psykiatriske problemstillinger.
- ...
- Vi er utilfredse med, at vores henvisninger ofte bliver afvist – uden tydelig faglig begrundelse.
Der stilles desuden ofte uforholdsmæssigt høje krav til journaloplysninger ved henvisningerne. Det opleves urimeligt, at man som alment praktiserende læge reelt forventes at udarbejde en fuld "indlæggelsesjournal" for at kunne henvise – noget der hverken er tid eller ressourcer til i almen praksis.

- afviste henv
- Det sker af og til, at en patient med et forløb i psykiatrien skal overføres til et andet forløb, og at patienten så bliver bedt om at gå til egen læge for en ny henvisning. Det giver ikke mening, når begge forløb sker i samme region.
- Mange bliver afvist uden nærmere begrundelse.
- Afvisning uden andet tilbud
- De afviser meget
- Mange afvisninger af patienter som er for gode til hospitalspsykiatri, men bliver tiltagende dårlige idet der er meget lang ventetid ved privat praktiserende psykiatere
- De har ikke altid mulighed for at hjælpe ift psykiatria minor og der er oftest meget lang ventetid hos privatpraktiserende psykiatere
- De fleste henvisninger afvises. Patienter udskrives/afsluttes ofte for hurtigt.
- Henvisninger bliver ofte afvist på useriøst grundlag hvor det er åbenlyst at afviser ikke har læst min henvisning.
- Deres afvisning af mine henvisninger virker som ren rutine hvor man ikke læser oplægget til ende
- De afviser rigtig ofte henvisninger, hvor de efterspørger detaljer som allerede er besvaret i henvisningen.
I de tilfælde har jeg ofte held til at afvise deres afvisning, og derefter indkalder de alligevel patienten.
- 80 % af alle henvisninger bliver afvist
- BU psyk ekstremt rigide
- Det er ofte svært at få patienterne gennem nåleøjet til et behandlingsforløb - meget bliver afvist med besked om, at det skal foregå hos privatpraktiserende psykiater, hvor ventetiden er minimum 1 år - det er ikke holdbart, når først vi henviser, er det fordi vi ikke kan håndtere det i praksis
- Mange henvisninger bliver afvist.
- afviser det meste, hvorfor jeg sjældent forsøger henv. efterhånden. Ved at de bliver afvist
- Psykiatrien vil generelt ikke se og diagnosticere patienter med psykiske problemer. De vil gerne se patienter, som er fuldt diagnosticeret. Hvis pt ikke passer i kassen, har psykiatrien ikke et tilbud. Selvom pt er plaget og lægen kørt fast.
- Afviste henvisninger - eller indkaldelse til initial vurdering og så afslutning til PP psyk, der har så lang ventetid, at det er et ikke-tilbud for patienterne
- Afvisning af henvisninger.
- afvisninger i lang bane
Afviser med henvisning til PP-psykiater. Den PP-psykiater afviser og henviser til amb psyk,.
- Afvisninger afvisninger og ja afvisninger, for ikke at nævne afvisninger.
- Synes det er markant forbedret indefor de seneste år, men oplever fortsat at nogle patienter falder mellem stole hvor de er for dårlige til primær sektor, men ikke svære nok til psykiatrien.
- Mange udfordringer i at få psykisk udtalt dårlige patienter i behandlingsforløb
- Alt afvises jo som udgangspunkt. Man skal decideret være truende omkring evt kommende klagesagsforløb før patienter indkaldes. Der lader til at være en helt fast praksis med at alt afvises første gang og alt indkaldes ved genhenvisning.
Der skrives ikke navn på den ansvarlige på afvisningen, hvilket jeg mener skaber usikkerhed om hvem der sidder med ansvaret.
- Jeg oplever at alt for mange dårlige patienter afvises til primærsektor vel vidende at der er op til 1,5 års ventetid. Dette endda uden vurderende samtale.
- Det er svært at henvise psykiatriske patienter der ikke passer ned i en bestemt kasse
- Mange afvisninger med besked om at det sagtens kan håndteres i primærsektor. God ages kun hvis patienten passer i "kasserne"
- Når jeg henviser til psykiatrien, er det fordi jeg vurderer at patienten ikke kan afvente de lange ventetider i primærsektoren. Afvisningerne rammer ofte de i forvejen mest udsatte patienter der ikke har privat forsikring. En stor stress faktor for lægen som ikke kan give andre muligheder.
- Udfordringen kan være at patienterne tror vi kan henvise dem til psykiatrien med flere typer psykiske problemer men i realiteten er det hovedsagelig alvorlige lidelser som psykoser som modtages.
- for mange afvisninger som bliver "godkendt" efter 2-3 gange uden der er tilskrevet væsentlige nye oplysninger

- mest i forhold til meget begrænsede henvisnings muligheder
- Afvisninger og snævre pakker som ikke passer på vores patienter
- oftest afvisning men dog mulighed for kollegial vejledning telefonisk
- meget vanskelig henv til tvangs indlæggelse
- langt internet henv link
- 1. Det er noget nær umuligt at få en patient gennem nåleøjet og at de vil se patienten ved første henvisning i pankeforløbebe. Mit indtryk er at der foregår en "cherry-picking".
- 2. Patienter som på ingen måde kan håndteres i almen praksis og som er "besværlige" pga manglende compliance afsluttes til almen praksis og med en forventning om at vi varetager den videre behandling.
- 3. Dobbelt-diagnose patienterne forventes også at gå til EL, der af alle har mindst tid og mulighed for at kunne rumme dem.
- for mange afvisninger
- Der opleves generelt for mange afviste henv.
- Når jeg henviser til CVD og det så bliver visiteret af en sygeplejerske, der ikke "synes at patienterne passer ned i hendes kasser" bliver det afvist. Det er ikke acceptabelt at dette sker. Jeg har 30 års erfaring som læge, heraf 15 som praktiserende læge, når jeg henviser til CVD er det typisk netop fordi det ikke passer i kasserne, det er netop alt det jeg tager mig af.
- Der kan være tilfælde hvor pt bliver afvist
- mange bliver afvist uden en god råd om hvad så jeg skal gøre
- afvisninger, uden hjælp til hvad jeg så kan gøre
- Aktuelt afvises stort set alle henvisninger
- Meningsløse afvisninger med påstand om manglende oplysninger som der var påført oprindelige henvisning - genfremsending accepteres uden ændringer- spil af tid . Andre gange urealistiske ønsker om at henvise til primær sektor i stedet

4. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Jeg møder altid venlighed og forsøg på vejledning ved henvendelse omkring pt.er og afviste henvisninger . Det er hjælpsomt . Men ikke altid nok i de svære tilfælde
- intet
- Er glad for at man har mulighed for at konferere med CVI-psykiatri, de kan anviser tilbud jeg ikke kendte i forvejen.
- Hvis man får lov at tale med en psykiater på CVD kan man ofte få rigtig god vejledning. Det kan bare være ret svært at komme forbi sekretæren
- i perioder tages henvisninger og pt har gode virkningsfulde forløb
- Hvis det er sættes diagnose og ikke noget misbrug, går henvisningen oftest igennem. Godt at få muligheden med at sende korresp. efter afvist henvisning.
- desværre ikke meget positiv, udover Børne ungdom bagvagter er gode i tlf
- Jeg har et godt samarbejde med bostedsteamet og gerontopsykiatrien.
- KM med mulighed for at sende de manglende oplysninger på en henvisning er et step up.
- nej
- Det gør jeg ikke
- jeg sidder i en deep end klinik, og mange af mine pt. har fået god hjælp af psykiatrien og min langvarige arbejde i samme område giver mig også erfaring for hvordan henvisninger bedst håndteres og det giver pote for mig og mine patienter, men jeg kan godt forstå andre giver op
- Nej
- Det arbejde der kræves før henvisning er meget tidskrævende.
- ikke noget
- det fungerer udmærket at henvise personer med tung psykiatri til FACT ved forværring. de accepteres som regel
- Det er fair at pt. s funktionsniveau beskrives
- Når visitator ringer op for uddybende anamnese i stedet for afvisning af henvisning
- Det fungerer ok. Jeg synes egentlig det samarbejde er blevet rigtig godt. Vi er blevet trænet i at lave gode og fyldestgørende henvisninger netop ved psykiatrien for at komme igennem,
- Det fungerer ikke så godt.
- -

- henvisninger bliver taget imod uden afvisning og patienter få hurtigere tidsaftaler - det er en fint ændring!
- det ligger mange mange år tilbage.
- Gode til vejl i tlf tiden
Søde og i mødekommende nå man ringer
God gælde af forløbsbeskrivelserne
- nej det gør jeg aldrig
- Af og til (dog sjældent) tager de mine patienter ind og vurderer dem. Så bliver jeg meget glad og af og til får vi kage i klinikken når det sker.
- ingen
- De er gode til at give tilbagemeldinger på løsninger.
- Geriatiske.
- ...
- Visitationssamtaler
- Bortset fra at jeg ikke forstår, at man ikke vil se demente ældre henvist fra os. En ganske stor del af målgruppen må jo antages af lide af demens. Det vil vel svare til, at kardiologerne ikke vil have henvisninger på patienter med dyspnø. Demente er sårbare, har ofte konkurrerende psykisk lidelse og er vanskelige at behandle. Helt urimeligt at henvisninger afvises m henvisning til demens og krav om, at de skal henvises af Hukommelsesklinik
- Jeg får ofte en henvisning igennem når jeg så- efter en afvisning- tager telefonisk kontakt.
- Kan ikke komme på noget
- desværre ikke
- -
- De er gode til hurtigt at foretage en diagnostisk afklaring af patienten og komme med behandlingsforslag
- nej
- Når der nu i ny og næ kommer en afvisning, så er oplevelsen ofte at der bliver sent en standardiseret afvisning. Det hænder dog, at der står mere præcist hvad der savnes i henvisningen, som så kan besvares direkte i en korrespondance frem for en ny henvisning. Det er rart.
- Synes generelt der er færre afvisninger.
- Det gør jeg ikke. Jeg har ikke oplevet det bare én gang.
- Synes at opkald til det visiterende personale ved CVD er givende, men desværre afvises mange henvisninger trods telefonisk anbefaling om henvisning .
- Indimellem mangler kun få oplysninger i henvisningen og det sker at vi kan eftersende disse og undlade ny henvisning. Det kan dog hurtigt glippe da det kan tage tid at få kontakt til pt. igen.
Der er positivt med ordningen angående hurtig psykiatrisk vurdering hos privatpraktiserende psykiater.
- psykiatrien præget af underbemanding men dog telefonsik vejledning
- Desværre også sjældent
- Visitationen yder god support og i tvivlstilfælde ser de gerne pt
- en god samarbejde med lokal psykiatrisk ambulatorie ishøj vedr nogen patienter
- nope
- Ingen

5. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Ofte anvises at tilstanden skal håndteres i primærsektor ved speciallæge eller egen læge
Ventetider ved speciallæger er oftest meget lange
- Jeg bliver ofte bedt om at lave en ny henvisning, hvis jeg besvarer en korrespondance.
- Af og til kan man have en fornemmelse af at det blot handler om at hospitalet kan trække tiden ud.
- Det hjælper selvfølgelig med en begrundelse, men ofte er alternative forslag urealistiske og ingen hjælp for patienten.
- Når der er en handlingsanvisning, så giver det som regel altid mening.
- Igen ofte kræver de en ny henvisning på ny selvom man koorepondance tråden er blevet enige om planen

- Jeg oplever ofte at der fra psykiatrien bare kommer en ønskeseddel med al mulig information som er ens for alle, og ikke nødvendigvis har relevans for den enkelte patient. En gang i mellem kommer der gode råd om relevant udredning, som vi godt kan varetage før henvisning. Det sker nogen gange inden for gastroenterologien og nefrologien.
- Enkelte gange kan man dog være ude for at den handling der anbefales medfører endnu en afvist henvisning.
Men det hjælper at man får et godt råd om en mulig vej igennem systemet.
- Afviste henvisninger kan skabe utilfredse patienter og en handlingsanvisning kan nogle gange bruges til berolige/forklare pt. hvad videreplanen burde/kan være
- godt at få relevante input
- De skriver altid, at vi skal henvise på ny, hvor de supplerende oplysninger skal inkluderes. Aldrig at de kan nøjes med svar på korrespondence
- Dog meget svært at være sikker på, at fremsendte korrespondancer til hospitalerne varetages sufficient.
- Hvis afvisningen er velbegrundet er det en hjælp i forhold til at justere pt forventninger til udredning. Hvis afvisningen er meget "administrativ" er det til stor irritation
- jeg synes der forsøges...
- Med mindre det er fra Urologisk afd. Herlev, hvor der bare kommer meget lang standardsvar med anvisninger og tiltage, der skal være afprøvet - ofte uden at de har læst henvisningen grundigt.
- Som regel må jeg bare sige til patienten at de skal henvises til primærsektor i stedet for hospital.
- I perioder afvises det meste, som om der er en prop i hospitalssystemet egen mulighed for at undersøge patienten med røntgen eller skanninger
- Det er langt fra altid at ovenstående er opfyldt
- Jeg har kun modtaget 2 af den slags
- Ofte afvise henvisningen bare uden oplysninger om hvad der mangler, det er ikke usædvanligt at der henvises til forløbs beskrivelser men det er ikke realistisk at jeg hver gang en patient henvises skal læse en forløbs beskrivelse igennem
- Af og til er det målrettet den aktuelle problematik (har primært oplevet dette fra pæd amb. hvor der ofte sendes relevante råd hvis henv afvises. her har man indtryk af at henvisningen læses og det er ofte nemt efterfølgende at forklare forældrene hvorfor henvisningen afvises. Oftest er det dog et standardafslag med 8-10 punkter, hvor man så må stave sig igennem for at finde det enkelte punkt som måske ikke er opfyldt
- Det kan være fint men ofte er handlingsanvisningen en generisk makro, som ikke er tilrettet den enkelte patient og så kan det være ligemeget.
- Det fungerer godt
- Oplever ikke at dette sker men at der komme besked om at der skal sendes ny henvisning
- Jeg har desværre ikke oplevet det endnu.
- x
- Der er stor forskel fra afd til afd
Når vi henv er det jo fordi vi har behov for hjælp til at komme videre i afklaring med patienten
- Har ikke noget imod en afvist henvisning hvis der er en forklaring og en behandlingsanbefaling/vejledning.
- Det burde altid foregå på denne måde.
- Jeg bliver selv som praktiserende læger ofte klogere
Forløbet med patienten er langt nemmere, når vi kan gå i dialog om hvorfor den visiterende læge har afvist.
Det giver et godt patientforløb at patienten bliver involveret i at en visiterende læge har gennemlæst henvisning og taget stilling at pt enten ikke behøver vurderes i deres regi eller vi i almen praksis skal lave yderligere undersøgelser
- Svaret er en stor støtte for det videre forløb.
- Dette fungere fra de fleste afdelinger men ofte ikke fra kardiologerne
- Oftest fine konstruktive svar
- vi har en meget travl hverdag. Selvom der måske er forløbsbeskrivelser mm så er det ikke realistisk at vi skal kunne læse de enorme mængder af materiale ved siden af vores arbejde. Derfor er det rart med tilbagemeldinger og hotlines.
- Rtg afdelingen afviser bare- der skal man selv gætte hvorfor
- Alligevel skal sendes på ny, hvis de vil se patienten.

- ofte urelevante oplysninger og gentagelse som er urelevant for det enkelte henvisning. Henvisninger afvises på striben med samme begrundelse.
- Der forlanges jævnligt en ny henvisning selv om de ønskede supplerende oplysninger er sendt som svar i korrespondancen
- Det er klart lettest hvis der er en tydelig forklaring på afvisning og hvad der evt. kunne lette sagsgangen ift at genhenvise.
- Det må (evt enkelte helt specielle specialer undtaget) nok at en henvisning opfylder de generelle krav til Den Gode henvisning, som blev lanceret for en del år siden. Vi har ikke tid til før hver henvisning til ethvert subspecialt minutløst at finde og gennemlæse de mere eller mindre velbegrundede særkrav, som denne afdeling stiller.
- Så skal jeg ikke gætte mig frem til hvorfor en henvisning blev afvist.
- Hvis det ikke er en kopi paste afvisning, men en afvisning på baggrund af den aktuelle patient fungerer det fint
- Standardiserede svar uden realistisk relation til aktuelle patient. Ofte sendt af en sekretær der ikke forstår klinikken
- ovenstående gælder psykiatrin. Tilgængelig er hæmatologerne og lungemed og ofte også kardiologerne gode til at komme med forslag.
- Jeg har flere gange oplevet at afdelingerne alligevel ønsker ny henvisning i stedet for supplerende oplysninger i korrespondance...
- Jeg har aldrig mødt en afvisning, hvor jeg kunne sende supplerende oplysninger via en KM. Man vil altid have en ny henvisning.
Men anvisningen kan da bruges, så hospitalet kan få lavet flere undersøgelser før de alligevel skal se patienten
- Langt lettere, men for de fleste Hvidovre-afdelinger praktiseres dette IKKE.
- Det er dog ikke tilfældet, flere gange opleves at ved afvisning så bedes der om ny henvisning.
Dette trods der er skrevet en korrespondance.
- Ofte afvises henvisninger hvor det virker til at henvisningen ikke er læst ordentlig. F.eks. foreslås blodprøver som er taget i forevejen, eller anden udredning så er lavet.
- Der gøres ikke opmærksom på at vi kan svare via korrespondance modulet - udover til psykiatrien.
Vi skal desuden konsekvent til ortopædkirurgerne lavet en decideret primærjournal. Hvilket på ingen måde er almen praksis opgave. Hvis man vil spare lægetid vil jeg anbefale hospitalets sekretær kontakter patienten i forhold til de manglende oplysninger. Ikke at man sætter en speciallæge i almen medicin til at agere sekretær.
- Synes henereltnat afvisningerne er veldokumenterede. Er ikke altid enig i indholdet, men det er veldokumenteret.
- Det er meget positivt med handlingsanvisning, fremfor kun en afvisning.
I nogle situationer giver de anviste forslag dog ikke mening, som krav om MR- scanning af ryggen før henvisning til ryggkirurgi/rygspesialist. Det medfører sandsynligvis unødvendige scanninger.
- Ville være rart hvis det ikke var så petitesse orienteret. Man har fornemmelse af, at de som udgangspunkt skal afvises og så finder man en grund.
- Jeg skal for det meste sende en ny henvisning, det er spild min tid
- Meningsløse anbefalinger.....

6. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:

- psykiatrien- det hjælper ikke med ekstra henvendelser, selv efter mundtlige aftaler- så afvises henvisningerne
- Det tager mindre tid end at skulle sende en helt ny henvisning
- Det er klart lettere for os. Men oftest afvises første henvisning, selvom der udbedes oplysninger, og så skal der laves ny henvisning i stedet. Klassisk eksempel er ortopædkirurgien som vil have info om billeddiagnostik
- Nogle gange vil jeg dog mene at de oplysninger der mangler med held kunne fås af patienten når han/hun møder første gang eller via direkte kommunikation med patienten.
- de beder altid om en ny henvisning, ikke via korrespondance
- Ofte bedes der om en ny henvisning med vedhæftede oplysninger

- Jeg oplever (ofte i psykiatrien) at der bliver bedt om supplerende oplysninger, som jeg sender, og så afvises henvisningen alligevel.
- det er nemmere at sende henvisningen igen
- Det giver stadig belastende merarbejde
- Ville lette meget
- har til gode at afprøve det
- hvad er kravene efterhånden.
- Det har jeg ikke prøvet. Det bliver som oftest til en ny henvisning
- Ofte bliver man bedt om at lave en ny henvisning alligevel.
- Dette oplever jeg ikke implementeret. Der anmodes altid om ny henvisning
- det ville give mening hvis vi kunne klare det med en korrespondance. Vi skal lave ny henvisning for hver afvist henvisning
- Når henvisninger afvises står der ikke info kan sendes i korrespondancemeddelelse. Der står man skal indhente supplerende info og sende en ny henvisningen. .
- se forrige kommentar
- Ofte besvares KM ikke
- men det kan jeg sjældent, når de har afvist skal vi oftest sende igen
- Det tager tid
- Korrespondancer virker ikke. En opringning virker ofte så godt at afvisningen ændres til en indkaldelse efter konf med en overlæge
- Har aldrig oplevet at der er lykkedes at få svar på korrespondance så dem er jeg holdt op med at lave for længst
- Vi kan ikke gøre det.
- Er meget tidskrævende
- Det bruges de facto ikke
- Synes det er for sjældent der bliver gjort brug af muligheden.
- Det er svært at finde ud af hvor korrespondancen skal sendes til
- Det er en god mulighed og bedre end at sende ny henvisning. Der er dog ofte meget kort tidsfrist.
- jeg laver ny henvisning
- Ofte svares der ikke

7. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Brugbare råd og vejledning
Man får indtryk af at hospitalerne ikke ved hvilke begrænsninger vi har i praksis (vi kan ikke få igennem diverse undersøgelser, blodprøver osv)
- hvis de overhoved svarer har de ikke læst beskeden og kommer med en frase afvisning (selv om det som oftest ikke er en henv.)
- Savner de gamle epikriser med 10-15 linjers relevant tekst. Nutidens epikriser er lange lokumsruller med autogenereret tekst, ligegyldigheder, diagnoser, koder og afkrydsninger. Det meste af det ubrugeligt. Evt gemmer der sig i alt dette 10 linjers relevant epikrisetekst, som let kan overses. Har heller ikke brug for at få hele indlæggelsesnotatet sendt. Det fylder i journalen og ødelægger overblikket
- De skal sørge for at sende svar.
Helt konkret; gastroenterologisk kirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital nægter at besvare spørgsmål sendt i korrespondancemeddelelser.
De siger at de ikke har kapacitet til det? De insisterer på at spørgsmål skal sendes som henvisninger i stedet.
Det er dybt godnat, og jeg har forsøgt at aktivere praksiskonsulenten på området. Min opfattelse er at vedkommende også er pænt trætte af afdelingen og deres måde at håndtere dette på. Totalt struds.
- at de svare på den aktuelle sag og ikke lave kopi paste generelle afvisninger
- Usikker på om de kommer frem til rette person
- Nogle afdelinger svarer ikke. Andre skriver, at de ikke vil svare på patienter, de ikke har i forløb.
- Respekt for vores arbejde i almen praksis
Henvisninger laves ikke uden grund
- Første linje bør være konklusion. Meget lange unden relevans for alm praksis.

8. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:

- Uforståelige forkortelser
- Manglende plan for udtrapning af stærke smertestillende opoider.
- Konklusionen kunne være markeret med fed skrift
- manglende epikriser efter ambulante forløb, som er vigtige for det samlede overblik i AP
- i de opgaver der uddelegeres til sygeplejerske - f.eks. hjertesvigtspakkeforløb - får vi meget lange tekster men aldrig en regelret epikrise med resume af forløb og plan når pt bliver afsluttet
- Efter SPs indførelse er epikriser stort set kun autogenereret tekst. Det er nær ved ubrugeligt.
- Manglende resumé af forløb/indlæggelse.
- Alt for meget skrift i
- urigtige diagnoser i overskrift
- Får jo ikke nogen egentlige epikriser, men hvor sidst sygehusnotat fungerer som en epikrise. Intet overblik over hvad som er foretaget under indlæggelse eller hvilke ændringer i medicinen. Skal tit ind på sundhed.dk og "trawle" sygehusnotaterne igennem for at se, hvor i forløbet en given behandling er pauseret eller på hvilken indikation den er opstartet. Det er tidskrævende.

9. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Men af og til kan der være anvisninger i teksten om ting egen læge skal gøre, uden der øverst er lavet farvemarkering.
- Nogle er røde - uden at de har forsøgt at ringe til lægeklinikken. Nogen burde slet ikke være røde,.
- Synes farvemarkeringerne er sjældnere, men godt med info om opfølgning øverst.
- Oplever primært grønne og røde markering. Jeg har endnu aldrig modtaget en gul (?)
- Jeg bruger det ikke til noget. Læser alligevel alle epikriser hver dag.
- enkelte gange glemmes det at en rød epikrise også skal følges af et telefonopkald
- Jeg savner tlf. kontakt/ læge til læge kontakt ved epikriser markeret rød.
- Meget sjældne markeringer
- Bruges ikke konsekvent fra alle afdelinger, hvorfor vi ikke kan stole på det til hurtig håndtering
- jeg har ikke oplevelse af det er et system jeg kan regne med jeg skimmer alle mine ptt. epikriser fra indlæggelser
- Ideen er god, men bruges ikke korrekt, nogle læger sætter vist bare kryds i en farve for en sikkerheds skyld, i mens andre ikke bruger det, trods vigtige informationer/opf.midt i epikrisen
- Jeg er aldrig blevet ringet op trods rødmarkering på epikriser.
- Oplever meget sjældent at der er markeret andet end grønt. Patienten skal selv henvende sig så bidrager ikke med noget til mig
- Eneste gule epikrise har været skrevet af en ung læge der har gjort det i bar nervøsitet for ikke at gøre sit arbejde godt nok.
- Der er stadig manglende viden om hvordan systemet bruges på hospitalet. Jeg har f.eks. aldrig oplevet at blive ringet op i forbindelse med rød epikrise, som vi har aftale om skal ske.
- Haft flere forkerte farvemarkeringer som ikke passede m tekst
- Epikriser er ofte fyldt med for praksis ikke-relevant info om afkrydsningsskemaer foretaget af sygeplejersker/fysioterapeuter.
- Farvemarkeringen fik slet ikke den funktion som det var meningen. Systemet fungerer ikke, vi bliver aldrig ringet op om røde epikriser, og de gule epikriser bruges til at tørre en masse opgaver af på os, som hospitalet selv burde stå for.
- Er aldrig blevet kontaktet selv om epikrise er markeret rød
- det bruges forkert i >80% af tiden, og jeg er for længst holdt op med at stole på det.
- der er jo mest nye læger der bruger rød til at skrive. egen læge skal tage blodprøve i hjemmet i morgen !!!!!
- Det bliver meget sjældent brugt - når det gør fungerer det oftest fint.
- G
- Det er sjældent det bliver brugt korrekt

- Alt for ofte oplever jeg farvemarkering på epikriser, hvor patienten enten er velfungerende, eller har socialt netværk omkring sig.
Klassisk eksempel er plejehjemsbeboer, hvor der er lavet gul epikrise. De har per definition netværk som kan reagere på deres vegne, hvorfor de IKKE er kandidat til farvemarkering.
- det bruges ikke
- Ex rød epikrise fra plejehjemsbeboer om opfølgning
- Oplever at det er sat korrekt. Men det giver bare ikke den store hjælp.
- Der bliver sjældent brugt farvemarkering
- INtermitt markeret røde men aldrig oplevet at blive ringet op i den forbindelse.
- Jeg har endnu ikke oplevet at modtage opkald om røde epikriser.
Gule epikriser synes at blive brugt lidt tilfældigt
Urealistiske planer om fx blodprøver i eget hjem 1-3 dage efter udskrivelsen
- Overordnet fungerer det godt, men det hænder at der kommer røde epikriser uden telefonisk kontakt. Det er også hændt at der står øverst at der ikke kræves opfølgning og så alligevel forslag til egen læge i teksten.
Der er desuden jævnligt anbefaler opfølgning med blodprøver i hjemmet eller klinisk kontrol indenfor kort tid hvor det ikke er praktisk muligt.
- Unødigt mange bliver markeret røde, hvilket undergraver hensigten.
- Aldrig modtaget en rød epikrise ...

10. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- MR scanning ved ryglidelser er ventetiden meget lang
ligeledes ultralydsscanning
Ultralyd af eks abdomen ved smerter eller urinvejsklager/LUTS er alt for lang
- Lang ventetid. Kan være nemmere at få CT skanning vs røntgenbillede eller ultralyd.
- Oplever at nogle afdelinger forlanger MR før henvisning, og en MR jeg ikke kan henvise til indenfor rimelig tid
- Vi savner et henvisningstilbud på Amager hospital.
Drop in rtg var et fantastisk tilbud, som gav stor patient og lægetilfredshed.
- Siden corona-tiden har vi ikke kunnet henvise til Rtg eller UL på Amager/Hvidovre. Bruger kun FAPS-klinik.
CT fungerer upåklageligt.
MR bliver altid viderehenvist til privat aktør.
- Afvisninger, lange svartider
- Der er efter hånden ikke ret mange undersøgelser at almen praksis kan bestille. Almen røntgen ok. Kræft pakke CT også tilfredsstillende.
- de vil helst at pt kontakte PPR
- nok sparehensyn fra regionen
- Der er lang ventetid på svar på CT trods eks. tekst om malignitetsmistanke, det bliver ofte rutine hvis ikke i kræftpakke, et kæmpe problem.
- Jeg har et godt samarbejde med en lokal røntgenklinik og de ekspederer mine henvisninger hurtigt
og jeg behøver ikke bøvle med afvisninger
- Heldigvis har jeg let adgang til røntgenklinikker som jeg plejer at henvise til
- vi bruger efterhånden aldrig røntgenafdelingen til røntgenbilleder da de skriver tilbage at det skal sendes til primærsektoren og de har heller ingen akutfunktion til røntgenbilleder. Så må ptt i skadestuen direkte.
- Benytter mig primært af private rtg. institutter fordi det er hurtigere.
- Afvisning af MR af knæ, MR af cerebrum, columna thoracalis/cervicalis/EMG af UE
- MR af knæ ikke længere en mulighed.
En afvisninger af MR Columna trods den er sendt 3 gange, pt i mellemtiden tiltagende smerte forpint og skriver flere e konsultationer til mig. Planerende for undersøgelsen. Afvist med begrundelsen at pt ikke vurd op kandidat, det mener jeg dog ikke man kan udtale sig om før skanning.
- MR knæ kan vi ikke bestille mere
- Vente tid på mange undersøgelser
- der er for mange undersøgelser vi "ikke må bestille" - eks MR af knæ
Den gamle ordning med drop in røntgen er meget savnet
- lang ventetid

- For lang ventetid på beskrivelser

11. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Børnepsykiatri ved udredning af eks opmærksomhedsforstyrrelser . Ventetiden er for lang
Psykiatriske tilstande generelt er meget svære at komme igennem med
- se tidl
- DEt skyldes at psykiaterne afviser relevante henvisninger.
- Børn!!!!
- Hyppige afvisninger og ofte flere gange
Henv til børnepsykiatri yderst vanskelig
- Jeg synes at udredningerne i voksen psyk. regi er enstrengede og kun fokusere på ja/nej til en enkelt diagnose. hvis det så er en anden samtidig psyk diagnose , skal det varetages hos almen praksis eller privat praktiserende psykiater. Men det hele spiller jo sammen!
- Børneområdet.
- Oplever slet ikke at der er et udrednings tilbud .
Hvis man er heldig bliver ens patient vurderet af en sygeplejerske, som endda kan finde på at forkaste ens lægelige vurdering efter en enkelt samtale
- Det kan f.eks. være svært for mig at vurdere om der er tale om gentagne depressioner - eller en personlighedsforstyrrelse. Eller PTSD. Og ifm nogen udredninger, så vurderes det at hvis patienten ikke har den lidelse, som jeg har sat som OBS-diagnose, så afvises patienten og får ikke et andet tilbud. Jeg har også prøvet hos patienter med flere opsykiatriske diagnoser at når de er afsluttet et sted, så bliver pten bedt om at henvende sig hos mig mhp en ny henvisning til et andet ambulatorium. Og patienten forvirres, da jeg ikke kender patienten lige så godt som seneste psykiater/ specialpsykolog, og min henvisning bliver måske afvist, da patienten slet ikke opfylder kravene, men føler at de er blevet lovet dette af tidligere psykiater/ specialpsykolog - men det er mig, der fremstår dum, uvidende og uden evne til at henvise. Hvorfor det ville være brugbart for alle at henvisningen kunne ske internt i psykiatrien.
- Svært at få hjælp til under 18, da ofte problemer med PPR og svært for os at få overblik over hvor meget er "sat i gang" allerede evt via skolen eller PPR.
- Manglende tilbud og samarbejde omkring de psykisk syge patienter.
Problemer med børn der, når de fylder 18 år, skal overgå fra børnepsykiatrien til voksenpsykiatrien enten er med opfordring til egen læge om henvisning til videre forløb i voksenpsykiatrien, eller hvor børnepsykiatriens henvisning til fortsat forløb i voksenpsykiatrien afvises.
- Manglende ressourcer/økonomi i psykiatrien
- Som tidligere beskrevet: De virker svært pressede, og afviser stort set alt. I kombination med årelang ventetid i primærsektoren gør det bare at vi ikke kan få vurderet psykiatriske patienter inden for en rimelig tid.
Det gælder primært psykiatria minor, men dem er der jo også flest af. Vi mangler muligheder for at få vurderet dem, som vi ikke selv kan tage os af pga sværhedsgraden eller tvivl om diagnose eller behandling.
- Hvis vi ikke selv kan finde en pakke som patienten passer i, kan det være meget svært at få en henvisning igennem.
ADHD er nærmest umuligt at få udredning og behandling for. ADHD hotline har alt for travlt. Der er for store krav til at patienten skal være meget meget grundigt beskrevet psykiatrisk før en henvisning går igennem. Der bør nok være flere der tages ind i CVD til diagnostisk afklaring istedet for afvisning (især når de praktiserende psykiatere er så overbelastet)
- alt for langt ventetid og for mange afvisninger
- De henviser til primær sektor, hvor de pp psykiatere har års ventetid.
Måske er ønsket om udredning af bl.a ADHD eksploderet og der er behov for politisk afgrænsning af hvem der er målgruppe
- det er mange års ventetid på udredninger i privat praksis. ambulatoriet modtager ikke henvisninger fra os.
- se tidligere under psyk.
- Afvisning og ikke mulighed for andre tilbud.
Dobbeltdiagnoser afvises.

Det er meget specifikke og begrænsede subspecialer, som f.eks afslutter pt. i et tilbud i psykiatrien og anbefaler at jeg henviser til et andet tilbud i psykiatrien, når jeg så følger anvisning, afvises henvisningen....

- Alt for mange afviste henvisninger.
For lidt tillid til at når vi en sjælden gang henviser en patient, vi kender godt, så er det fordi, vi er løbet tør for muligheder for hjælp.
- Psykiatriske patienter passer sjældent i kasser og henvisninger bliver afvist på teknikaliteter.
- Det er svært at få godtaget en henvisning hvis mistanke om dobbelt diagnose
- Afvisninger
- At de afviser min henvisning, trods flere henvendelser. Som tidligere beskrevet.
- Psykiatrien er ikke til megen hjælp
Mange lades i stikken med deres bekymringer / psykiske sygdomme og gener
- Jeg mener det skyldes mgl kapacitet i psykiatrien
og alm praksis ikke må udrede ADHD og behandle denne lidelse
- Afvisning af henvisninger
- Vores skrøbelige svageste patienter bliver afsluttet fra psykiatrien ved udeblivelser, og det efterlader de svageste patienter til diagnostik og behandling ved os eller ingen.
- Nogle områder som PTSD og ADHD udredes slet ikke
- Standardsvaret er at der skal henvises til PP psykiater. jeg henviser ikke til hospital, hvis jeg vurderer at pt kan vente de >52 uger der er på tid ved PP psykiater.
- Manglende hjælp til almindelig psykisk sygdom hvor der ikke er en diagnostisk afklaring.
Ventetiden hos p.p psykiater er 1-2 år og når psyk. amb ikke kan hjælpe er det opad bakke.
- Der er for lidt kapacitet til at tage imod alle de patienter som har det psykisk dårligt.
- Alt for lang ventetid, alt for besværligt og tidskrævende at henvise patienter.
- Oplever at det er svært at få hjælp til patienter der har fået bivirkninger af sin medicin efter afsluttet forløb, i sær hvis pt har ADHD.
- Henvisninger afvises
- Pt skal passe ind i ret rigide rammer for at vi kan henvise, det opleves som at jeg næsten skal have stillet diagnosen. Pt skal være virkelig dårlige før de passer i psykiatriens kasser. I AP står vi med en masse pt som er for "gode " til hospitals psykiatrien, men som jeg selv ikke er psykiater nok til at klare og der er 6-12 mdrs ventetid til privatpraktiserende psykiater. Ligeledes er der pt hvor den bedste behandling er et terapiforløb, men ikke har råd til den egenbetaling som følger med en henvisning til Psykolog. En del af dem ender med psykofarmaka som nødløsning.
- For omfattende og tidskrævende henv. kriterier. Opleves som ekstrem gate keeper funktion.
- Uenighed i om pt er så syg at udredning og behandling i deres regi er nødvendig
- lang ventetid, ikke mulighed for sparring om behandling
sektorovergang fra B&U til voksen
- der er jo ingen tilbud.
At det er nedskrevet er jo ikke ensbetydende med det sker.
Men sætter pris på at en sekretær skriver det.
En chatbot ville være billigere
- Det er svært at få patienterne visiteret til Psyk. Der er mange afvisninger med henvisning til pp. Psyk som har lang ventetid
- Henvisninger afvises. Ikke hospitalets målgruppe. Der henvises til praktiserende psykiater.
- Det er stort set umuligt at få henvist en patient til psykiatrien, især hvis de ikke passer i en kasse.
- Det virker som om systemet er ekstremt presset og afviser ved mindste tegn på at pt ikke passer ind i kasserne. Pt er runde og ikke firkantede.
- Det er vanskeligt at få vurderet en patient, hvor den endelige diagnose ikke står klart før henvisningen.
Psykiatrien har få tider
- se venligst tidligere
- Afvisninger og anbefaling om PPP, hvor der er års ventetid.
- for stor ventetid, især også hos børn og unge, som afvises med denne baggrund.
- henv. afvist
årelang ventetid til pp
- Især patienter med uafklarede psykiatria minor som ikke kan håndteres hos os eller psykologer

- De afviser stort set alt
- Der er lang lang ventetid og oftest svært at få dem igennem, men når de så er i systemet synes jeg det fungerer ok
- Som nævnt afvises de fleste henvisninger.
- Jeg har det indtryk at psykiatrien så vidt muligt prøver at undgå at tage nye patienter ind. Der er alle mulige og umulige krav, der skal opfyldes.
Man glemmer at jeg er en speciallæge der sidder med en patient, jeg har brug for hjælp til at håndtere.
- afvisning af min henvisning
- Alt for lang ventetid på udredning af ADHD, IS/ÆR hos børn.
PPR er ofte nærværd umulig at råbe op. Og hospitalernes børne-/ungepsykiatere vil ikke visitere uden PPR har lavet PPV først.
Henviser man til praktiserende psykiater er ventetiden ofte over et år.
For voksne er ventetiden i nærheden af 3 år. Helt uholdbart.
Og vi kan IKKE varetage udredning og medicinering i almen praksis!
Psykiatrien er tragisk underdimensioneret.
- de bliver afvist
- Mangler en velfungerende distriktspsykiatri til de mindre alvorligt syge
- At de afviser henvisningerne
- de ser aldrig ptt.
- De tænker i kasser. Hvis jeg er i tvivl om, hvad patienten fejler, kan jeg jo ikke henvise til en særlig kasse. Det må hospitalet selv klare i deres visitation.
- Ingen tilbud til BED, autismespektrumforstyrrelse, voksen ADHD
- Patienter der falder mellem 2 stoler.
- Har mange yngre patienter med flere forskellige psykiatriske lidelser, der desværre får afvist henvisninger
- De afvises jo konstant hos svært forpinte borgere. Jeg vil gå så vidt som til at kalde det uselt.
Der er subakut vurdering indenfor en måned hos prak psyk. Men igen sættes vi i almen praksis til at være ulønnede sekretærer der skal få psykiaterens og patientens kalender til at gå op,
- Synes for mange dårlige patienter afvises til privat udredning trods 1,5 års ventetid
- Patienterne passer ikke i en kasse
- Alt for mange afvisninger og patienterne skal passe ind i gruppeterapi(i "kasser")
- Afviset henvisninger, alt for lang ventetid til primærsektorens psykiatere
- Selv hos meget sårbare patienter som har det svært er der ikke mulighed for udredning af eks. autisme og adhd.
Pga erfaringer med afviste henvisninger bruger jeg faktisk sjældent at henvise til udredning i psykiatrien medmindre der er mistanke om alvorlige eks. psykotiske lidelser.
- Hvis pt ikke passer præcist i en målgruppe kan de blive afvist
Svært med dobbeltfdiagnoser
- lang ventetid
- afvisning af henv
- Akut samt subakut psykiatrisk vurdering af børn er ikke eksisterende.
- De har ikke ressourcer nok fornemmer vi
- Næsten alt afvises, lige meget hvor grundig man skriver og beder om hjælp
- afvisninger
- De afviser patienterne
- Afvisning af henvisning..... for lange ventetider - urealistiske forslag fra psyk skadestue

12. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- træet af at blive behandlet så elendigt af vores samarbejdspartnere ved godt at de på sygehusene ikke trives-og at de løber stærkt- men det gør vi også
- Færre forkortelser i epikriser.
I bund og grund fungerer vores sundhedssystem jo eminent, men det er altid knasterne vi fokuserer på, og det skal vi jo også, det er derfor det fungerer så godt. Dem der mener andet må tage på studietur i udlandet.
- Man får det klare indtryk at nogle afdelinger har en interesse i at afvise så mange patienter som muligt af økonomiske årsager, uden hensyn til patientens forløb eller vores muligheder i

praksis.

Jeg tænker at det er et politisk spørgsmål i højere grad end et spørgsmål om uvilje hos kollegaerne på hospitalet

- Alt i alt tilfreds. Vi har også patienter i Region Sjælland.
Det er ofte problematisk.
- Vi ser ind i tiltagende problemer omkring den ældste del af befolkningen, der i højere grad forbliver i eget hjem med kommunal behandling og pleje, hvor almen praksis får brug for betydelig mere hjælp fra hospitalssektoren til at løfte opgaven med komplekse sygdomme og multimorbiditet.
- Samarbejdet kan styrkes, når der strømmen af penge går tilbage fra private og krig til det offentlige sundhedssektor.
- Personligt foretrækker jeg skriftlig kontakt med korrespondancer, hvis jeg skal sparre om en patient.
I må godt forbedre den service, så vi er sikre på at få rimelig hurtigt svar, når vi skriver.
- Glad for Kap-H hvor det er let at skrive til om samarbejdsproblemer.
Vi kan tydeligt mærke at der afsluttes langt flere patienter og at store og små opgaver afsluttes til os - også uden at det er aftalt.
- Der er konstant opgaveglidning der presser os i stigende grad i vores dgl. arbejde.
Afviste henvisninger fylder ret meget i vores arbejde. Mange pt. ringer til os mhp svar på urindyrkninger, scanninger og bp der er taget på akutmodtagelser og amb. .
Patienter der udskrives med kontrol (bl.a. infektion- og væsketal) hos EL allerede 2 dage efter udskrivelsen.
patienter der skal have fjernet sutur efter op. på Hospitalerne og ikke har fået at vide at de skal kontakte EL så hurtig så muligt mhp.tidsbestilling og ringer dagen før sutur skal fjernes.
osv
- jeg kender ikke noget til subakutte tider men vil sætte mig ind i det :)
- Opgaveglidning efter udskrivelse er fortsat en stor udfordring.
- udviklingshæmmet med obs ruptur af patella sene: Du kan bare sende det, men vi kan ikke tage røntgen, skal selv forsøge røntgen som pt. ikke kan, henviser og sætter personalet til at rykke efter få dage for at være sikker på subakut tid...
cvi telefon: hvis du tænker subakut tid er løsning... ja tak, reum læge mega stresset, vi har ikke noget hurtige tider du kan prøve sådan og sådan....
- Generelt er der god mundtlig kommunikation, hvis man ringer til en "ven" vedr. div. sygdomsproblematiker, dvs lægt til læge kontakten.
Men hvis der var et direkte tlf nr eller mulighed for at skrive direkte tilbage ved afvisning af en henv. (psyk.), eller ved mangelfulde epikrise, hvor man lige kunne udbede sig en uddybning, ville det være en stor hjælp i en travl hverdag.
- Psykiatri / psykologi fungerer ikke
De somatiske sygdomme fungerer bedre
- mulighed for at svare på korrespondance meddelelser fra 1813 og akut klinikker
- Afviste henvisningen skal reduceres til de ca 3% det har været tidligere og altid følges op af et afslag der orienterer om hvorfor i den konkrete sag. Epikriser skal ikke være autogeneret tekst men også målrettet egen læge, informere om medicinændringer og overvejelser om, hvorfor -. når man af og til får en epikrise fra en anden region, bliver man virkelig opmærksom på, hvor brugbar en sådan kan være. Derudover skal korrespondancer besvares indenfor aftalt tid - personligt bruger jeg det i stedet for at ringe op til en bagvagt - jeg oplever at jeg får et konkret svar med navn under som indgår i patientens journal istedet for et notat med et navn som man måske ikke fik fat i, og som ikke er journalført i hospitals-regi. Praktiserende læger skal naturligvis aflønnes for korrespondancer (både den ene og den anden vej).
- Hospitalslægerne skal have tid tid at rådgive os i almen praksis. Sidst jeg ringede til DM-hotline var det en endokrinolog der ikke vidste noget videre om diabetes. Hun fortalte at de nu gjorde det frivilligt oven i alt det andet arbejde efter det ikke længere blev betalt af NovoNordisk fonden.
- Måske en ansvarlig læge i CVI på samme måde som der er i psykiatrien. En læge som kan skære igennem overfor afdelinger hvor henvisninger ligger og bliver sendt frem og tilbage. Alle mener at patienten skal ses, bare ikke af dem selv.
- Hvis der svarer på korrespondancer fra hospitalet er det næsten altid gode og brugbare svar, men nogle afdelinger svarer slet ikke.

- Mht de subakutte tider, så bliver det lavet om relativt ofte og derfor undgår jeg at bruge dem, da jeg i perioder bruger uforholdsmæssig lang tid på at finde ud af hvordan de benyttes. F.eks. er DVT vejen forskelligt på de forskellige optage områder, som vores pt'er har.
- Jeg håber, at akutteams forbliver i kommunalt regi, da det fungerer fantastisk godt og sparer os for mange indlæggelser.
- Afviste henvisninger, opgaveglidning, patienter der afsluttes uden plan og før man har fundet ud af om den behandling sygehuset har sat i gang virker, er med til at presse almen praksis i voldsom grad
- Ad subakutte tider: set-uppet er ikke gearet til AP. Vi har desværre ikke tiden til at ringe + sidde i kø + blive stillet om + forhandle om en subakut tid. Vi har altså 10-15 minutters tider der skal rumme alt. Kunne subakut tid ikke blive en mulighed ved edi-henvisning. Lige nu er valget mellem "alm henvisning", "indlæg akut" eller kom håbløst bagud / drop fro-kostpausen.
- Tænker hospitalet er nedlagt, og opgaverne flyttet herud
- Har stor hjælp fra praksiskonsulenterne hvis jeg oplever problemer
- Mange patienter afsluttes uden de opleves færdigebehandledede af mig. Det er så oftest fordi hospitalet forventer jeg følger op, men dette er ikke ekspliciteret i epikrise, er ikke aftalt med mig og er af og til uden for mit kompetenceområdet. Det giver utryghed for pt og praktiserende læge og giver mulighed for fejlbehandling.
Sygehuset giver pt besked på ting de ønsker gjort hos praktiserende læge uden at give besked via gængse kanaler. Det giver anledning til potentielle fejl.
- De subakutte tider er overordnet set et ret ny fokusområde. Min oplevelse er at der er stor forskel fra speciale til speciale.
Men det ville være fantastisk med flere subakutte tilbud, så vi kan undgå unødvendige indlæggelse - det må være vejen frem
- De afviste henvisninger fylder meget. Med 6-12 mdrs ventetid hos praktiserende speciallæger hænger vi på tunge patienter, som vi skal bruge meget tid på at hjælpe i det omfang vi kan. Jeg har måttet sige til ptt at de skulle have sundhedsforsikringer eller melde sig som gruppe 2 patient, fordi jeg ikke kan komme videre.
Derudover er ptt som der er lavet forløb for også godt hjulpet. Men ptt der ikke kan puttes i kasser er svære at få ekspederet videre. Alle afdelinger afviser, incl diagnostisk enhed og vi står med tunge problemstillinger som vi ikke aner hvad vi skal gøre med.
- Jeg mener, man bør acceptere en velovervejede henvisning, når en almen kollega vurderer, at der er behov for nærmere vurdering i hospitalsregi. Det bør føre til en hurtig vurdering af problemet og patienten – med tilbagemelding bagefter – i stedet for en tør afvisning
- Primære ønske er kortere epikriser med gode planer for det videre forløb.
At hospitalerne selv henviser til andre afdelinger/specialer i stedet for at bede pt. gå til egen læge mhp. ny henvisning. Dobbeltarbejde og længere udredningstid kan undgås.
- Der er ved telefonisk kontakt en stor velvillighed og lydhørhed når man beder om hjælpe det er dog noget bureaukratisk at så få patient fra praksis og hen det rigtige sted i god tid
- Epikriserne skal bedres væsentligt.
Kollegaerne er stort set altid hjælpsomme, når jeg taler med dem i telefonen. Det er dejligt. Psykiatrien er et stort problem.
Hospitalet skal lære selv at bestille de blodprøver, de vil have. Også til kontrol. jeg er ikke et ekspeditionskontor.
Man følger selv op på de prøver, man ordinerer
- Jeg ville virkelig ønske at epikriserne blev rettet til så man hurtigt at skabe sig overblik
- Hospitalerne kommer til at få en stor udfordring, hvis de aktivt skal være en hjælp for praksis og ikke bare lave murene højere, som de har gjort i lang tid.
- Det kunne være rart, at vores indlagte patienter ikke kun ses af yngste mand i akutmodtagelsen.
Det fører ofte til genindlæggelser og store frustrationer hos patienterne. Og unødigt mange kontakter i praksis, da nogle patienter udskrives i ustabil fase.
- Angående de subakutte tider har jeg ikke oplevet at der sker andet end følgende:
Jeg kontakter cvi. Sidder i kø. Kommer igennem til cvi. Vi bliver enige om at det nok kunne sørges med subakut tid. Jeg stilles igennem til speciallæge. Sidder i kø. Kommer igennem. Speciallægen siger at subakut tid er en god idé men da de ikke har nogen skal patienten bare indlægges og det skal jeg ringe til cvi omkring. Jeg ringer igen til cvi. Sidder i kø. Kommer igennem og patienten indlægges. Jeg er nu 2 patienter bagud i mit program og outcome er det samme.

Dette er sket et 2 cifret antal gange. Jeg har aldrig oplevet patienten har fået subakut tid. Hvis det skal være en gangbar løsning må det klares ved at man fra almen praksis blot sender henvisning med besked om subakut tid. Så må hospitalet visitere hurtigt og kontakte patienten derfra. Der går alt for meget lægetid i almen praksis i at sidde i telefonkøer. Og det er ulønnet tid, der bruges for at hjælpe et hospitalsvæsen der totalt sejler rundt.

- Mulighed for mere tværfaglig kommunikation omkring patienter, og så bør det i mange tilfælde IKKE være almen praksis der skal stå for henvisninger til yderligere billeddiagnostiske undersøgelser eller henvisninger til andre specialer i sekundærsektor !
- Det er et stort problem at nogle hotlines f.x endokrinologisk er bemandede med læger der har speciale i diabetes hvis man har spørgsmål om osteoporose ect da pågældende ikke altid kan svar på ens spørgsmål
- Mange ting fungerer godt. Ved akutte indlæggelser hvor vi ikke kan udelukke alvorlige lidelser bliver der jævnligt stillet spørgsmålstegn ved vores vurderinger og her kunne det være godt hvis hospitalet også kendte mere til vores arbejdsvilkår og dagligdag. Så ligesom der er møder hvor praktiserende læger kan møde sygehuset kunne man måske undervise hospitalslæger og personale i dagligdagen i almen praksis. Det er altid godt at lære hinanden at kende.
- 0
- Jeg finder en vedvarende udvikling af det tværsektorielle samarbejde som meget vigtig
- Færre afviste patienter

12.1.2 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

13. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- De afviste henvisninger er et stort problem.
Jeg har fx oplevet at få afvist en henvisning, fordi jeg ikke havde fået skrevet i henvisning på det korrekte sted at patienten var gjort opmærksom på, der var mistanke om alvorlig sygdom og at vedkommende accepterede henvisningen.
- Det er fortsat et problem med afviste henvisninger. I fald der afvises er det en stor hjælp med et forslag til et alternativ såsom behandling/udredning
- Henvisninger bliver ivrigt afvist ofte med henvisning til nationale retningslinjer, dette med en stor grad af nidkærhed
- Det er især afviste henvisninger som jeg synes at være problematiske.
Uoverskuelige epikriser - de fylder ofte 2-3 sider med en den unødvendige oplysninger på. Nogle afdelinger laver gode epikriser så det er muligt at gøre det godt.
- Få gang urimelige afvisninger Hyppigt godt samarbejde
- Mange afviste henvisninger
Kan ikke henvise på baggrund af symptomer.
Mangelfulde epikriser.
Fx bliver pt bedt om at gå til opfølgning hos egen læge, men der er ikke skrevet en korrespondance til egen læge om hvorfor, og det kan heller ikke findes i epikrisen
- Patienter som ses i Akut modtagelsen via 1813 over behandles og over udredes ofte hvilket giver uhensigtsmæssige patient forløb og uhensigtsmæssige forventninger hos patienten til fremtidige udredning/behandling. En stor del kunne sendes hjem med anbefaling om at op-søge egen læge mhp videre udredning.
- Generelt har man på flere somatiske afdelinger indført en masse kriterier, der skal være opfyldt, før man accepterer en henvisning.
I nogle tilfælde giver det god mening, men i mange tilfælde er der tale om en opgaveglidning, hvor hospitalsafdelingen på denne måde tvinger den praktiserende læge til at udføre arbejde, som afdelingen tidligere selv udførte. Denne opgaveglidning er i de fleste tilfælde sket uden aftale med den praktiserende læge.
- Afvisning af patienter der falder mellem 2 specialer er udfordrende at få nogen til at tage ansvar for
- Vi oplever fx at sende en sårbar patient til hospitalet mhp afklaring af et problem og gang på gang sendes de hjem uden tilstrækkelig dybdegående undersøgelse. Det sker især i akutmodtagelsen.

- Sygeplejersker i f.eks. hjerteambulatorie henviser pt. til at kontakte mig om medicin og dvs. hjertemedicinske problemstillinger, som jeg forventer, at hospitalsambulatoriet tager sig af.
- Mange afviste henvisninger, som jeg bruger tid på at genhenvise.
Ex henvisninger hvor man har glemt at godkende medicin.
Psykiatrien er helt vanvittig til at afvise henvisninger. Ex. så vil de have en udtalelse fra en efterskole, selvom pt. opfylder alle retningslinjer i forhold til indlæggelse. Man føler det handler om at sætte en masse i gang med et arbejde for selv at udskyde tidspunktet hvor man tager pt. ind.
- Det går an
- Nogle afdelinger har kasse tænkning ifht. afvisning af henvisninger f.eks. krav for billeddiagnostisk undersøgelse som nok er relevant for mange patienter men ikke alle. f.eks. rtg. thorax til lungemedicinsk vurdering.
Andre og flere skriver fint relevant begrundet med andre muligheder og behandlingsforslag.
- Stor grad af afvisning af henvisninger. Ofte oplagte patienter, som søges returneret til mig.
- Afviste henvisninger kan være frustrerende da de ikke altid er velbegrundede. Især hvis ikke også patienten får direkte besked om afvisningen - eller hvis jeg modtager afvisningen som pt.s faste læge, men henvisningen faktisk er lavet af anden instans fx. praktiserende speciallæge eller ligefrem af anden hospitalsafdeling.
- For mange afviste henvisninger til psykiatrien.
- Det er et problem i hverdagen at vi får lange journalnotater med alle oplysninger fra journaloptagelse mv. i stedet for relevant og kort resume i epikriser.
- Helt overordnet her jeg ikke udfordringer, men problemer. Patienterne skal overordnet henvises flere gange da man ikke opsøger evt. supplerende oplysninger. Der er utallige forløbsbeskrivelser, man henviser til. I begyndelsen skulle forløbsbeskrivelser rummes på en side, men de er nu flere sider lange og sprøjtes ud med hastighed der slår Dehli Belly x flere. Der bliver spillet jo-jo med patienter, der hvis det primære problem ikke løses. Hvis CVI henviser til forkert afdeling, sker der også afvisninger, da man ikke gider sætte sig ind i problematikken på den afdeling, der modtager fejlhenvisningen
- Det er jo desværre ikke sjældent at henvisninger afvises ubegrundet, hvor visitator tydeligvis ikke har læst den til ende.
Nogle gange er man nødt til at udelukke problemstillinger for at komme videre i en svær case.
- Ofte afviste henvisninger på psykiatriske patienter
- Når en henvisning afvises, afvises den oftest blot.
Når vi henviser er det ofte fordi vi ikke kan nå længere med patienten i praksis, derfor synes jeg det er rigtig rart når afvisningen begrundes med mere end blot at den ikke opfylder henvisningskriterierne, men giver en forklaring eller forslag som jeg kan arbejde videre med.
Noget der især er frustrerende er hvis der i en billedbeskrivelse fra radiologerne foreslås anden radiologisk undersøgelse, som fx CT af binyrer.
Når vi så laver en henvisning på det, så afvises den da det kun er andre speciallæger end os, som ifølge visiterende radiolog må lave den henvisning.
- Henvisninger afvises pga. detaljer som ikke kan være relevante for visitationen.
- Henvisninger afvises på ukonstruktivt grundlag. Ofte med skrankepaveargumenter. Eller henvisningsteksten er ikke læst ordentligt.
- Henvisninger kommer oftere retur.
Særligt fra psykiatrien.
Men også fra somatiske afd. med krav om f.eks. flere blodprøver på patienten, som forlænger at patienten kan blive set.
- afviste henvisninger
- oplever flere afviste henvisninger end tidligere/ større opgaveglidning mod AP
- Uberettigede afvisninger på henvisninger der har relevans og med begrundet indikation.
Jævnligt også afvisninger der ses med årsag i at visitator ikke læser indikationen for henvisningen ordentligt, om end denne er grundigt skrevet med relevante oplysninger.
- Jeg oplever alt for mange afviste henvisninger som virker automatiske selvom der står relevante oplysninger eller informationer om hvorfor der er fraviget fra enkelte kriterier for henvisning. Jeg bruger utrolig meget tid på at sende oplysninger frem og tilbage og når en henvisning tilbagevises skal jeg lave en ny hver gang i stedet for blot at svare på manglende oplysninger.
- Enkelte svipsere men ellers godt samarbejde med gode råd ved afviste henvisninger

- De seneste år er der hyppigere afvisning af henvisninger. Ofte skal der foregå en omfattende udredning i almen praksis inden patienten kan modtages.
- Enkelte uheldige forløb med patienter, hvor jeg dagen før har aftalt vurdering næste morgen. Pt bliver ikke undersøgt, som aftalt og ender med at forlade hospitalet. Ældre pt, hvor der var aftalt geriatrisk vurd, det sket ikke. Det har været mundtlige aftaler, hvor hverken jeg eller medicinsk visitator har været gode nok til at videre formidle, det vi havde aftalt til kollegerne dagen efter.
- - Ifm. afviste henvisninger er der fortsat af og til kun 1 vejs kom. med sgh læge. Man kan svare på den KM som informerer om afvisningen men så får man ikke noget svar igen
- - indtryk af at sgh lægerne ikke har nem adgang til klinikkens bag om nummer, som ellers nemt findes bag log on på sundhed.dk. Kan SP tillade at lægen tjekker den lukkede del af sundhed.dk?
- Henvisninger afvist, trods konf. med afd speciel læge.
- Psykiatri henvisninger bliver oftest afvist
- Mange urimelige og uforståelige afvisninger. Det virker som om hospitalerne generelt gør alt for at holde patienterne væk.
- Oplever at blive brugt som sekretær for afdelinger, og skal henvise videre for dem. Afvisning af henvisninger uden ordentlig begrundelse eller plan for hvad jeg så skal gøre.
- vi får for mange afviste henvisninger - skønt henvisningerne kan være meget udførlige er der sket et skred i, hvad hospitalsambulatorier tager sig af - Det er ofte patienter vi i almen praksis ikke kan udrede selv - der er blevet meget lang ventetid hos privat praktiserende speciallæger til ulempe for patienterne
- Tiltagende afvisninger af, synes jeg, relevante henvisninger af patienter som var kørt fast i primærsektoren.
Samt afslutning af patienter med den epikrise om overtagelse af behandling og ansvar uden forudgående aftale.
- ligegyldige krav til henvisningerne
- - For mange afviste henvisninger
- Vi oplever at henvisninger afvises uden begrundelse. Det genererer merarbejde og frustration. Det er selvfølgelig i orden at henvisninger ind i mellem afvises, men i de tilfælde hvor der mangler begrundelse er det meget frustrerende. Der er også meget skrappe krav til henvisninger til visse ambulatorier og det føles som en sejr at få patient i gennem til forløb i fx rygkirurgisk klinik, plastikkirurgisk ambulatorium, Lipidklinikken og i børnepsykiatrien.
- Afvisningen uden ordentlige begrundelser eller forslag til tiltag i AP.
- Der er for ofte problemer med afviste henvisninger.
- generelt tager jeg et dyb åndedræt når jeg skal henvise til hjælp på hospitalet både akut og subakut.,
Hvis der er al eom akut indlæggels evia CVI har jeg taget tid på visitationen og det tager ml 7 og 15 min at få afsluttet aftalen. Når det gælder skriftlige henvisninger bliver min. 1/3 del afvist med nye opgaver eller mener jeg kan informere pt. om at der ikke er behov for udredning. Det er som om pt skal have diagnose underbygget før de vil hjælpe os og patienterne. jeg er begyndt at forklare pt. at vi måske vil opleve afvisning af henvisning, da forventningsafstemning er vigtig og for at forklare at jeg ikke er herre over forløbet mere
- Det kan være frustrerende med afviste henvisninger, hvis der blot f.eks mangler et telefonnummer til en pårørende el. lignende. Her vil jeg gerne sende det ind separat og ikke skulle sende henvisningen igen. Jeg synes dog ofte ved afvisninger at der er sket en forbedring over de seneste par år med mere konstruktiv argumentation om hvorfor henvisningen er afvist og hvad der f.eks mangler af blodprøver/udredning før ny henvisning.
- Der kan fortsat forekomme afvisninger uden begrundelse eller mulighed for dialog. Der kan være lang responstid på henvisninger
- Der kommer mange henvisninger retur især hvis det er ultralyd, eller bryst. Hvorfor har vi ikke bare 4. CVI
CVI - somatisk
CVI psyk
CVI børn
og CVI billeddiagnostik
- Jeg oplever, at have konfereret en problemstilling med bagvagten i et speciale og når jeg så følger dennes anbefaling om henvisning og refererer til, at der er konfereret med bagvagten, så får jeg den alligevel afvist.
Reumatologisk afdeling Frederiksberg. Hæmatologisk afdeling RH.

- Alt for mange afviste henvisninger, ofte med dbegrundelser der ikke er relevante for selv henvisningens indhold
- For mange afvisninger, på useriøst grundlag
- for mange afviste henvisninger der giver ekstraarbejde.
Mange opgaver der uddelegeres fra hospitalerne til almen praksis, som ikke opleves rimeligt. fx en neurolog der udelegerer til mig at mr scanne og derefter henvise til neurokirurg pga mistanke om spinalstenose.
- Det sker fortsat at henvisninger afvises/afsluttes uden at almen praksis orienteres. Så afhænger det af henvisningstypen. Henvisninger til billeddiagnostik håndteres ikke godt på den måde at henvisningerne ændres uden at hverken henviser eller patient orienteres. Har flere gange oplevet at henvisning om cancer ændres uden orientering
- Nogle gange kræver det enormt grundige henvisninger for at få et forløb accepteret. Jeg oplever nogen gange at henvisningerne er blevet afvist, hvor jeg i afslaget har indtrykket af, man ikke har læst henvisningen ordentligt men været hurtig til at afvise.
- Afviste henvisninger selvom pt opfylder kriterier f.eks. i forhold til kræftpakkeforhold. Der mangler begrundelse for afvisning.
- Mine henvisninger bliver ofte afvist. Fx til neurologisk. Med henvisning til at udredning skal forgå i primærsektoren, hvilket ofte er meningsløst med de ventetider der er
- Enkelte afdelinger (fx gastroent. BBH) mangler hotline. Det fungerer ellers supergodt.
- Henvisning af lungemedicinske patienter er svær.
- afvisninger er utilfredsstillende og er begrundede i små detaljer, ellers ofte også at de ikke har læst hele henvisningen, da de henviser til manglende oplysninger, der faktisk står i henvisningen. Det er et stort mer-arbejde i afvisninger som er stigende.
- Henvisninger afvises alt for rutinemæssig, letsindig og nonchalant fra flere klinikker - f.eks. ortopædkirurgisk, neurologisk og gastroenterologisk (RH) klinik.
- Henvisninger afvises - hvad det virker uden at læses - på samlebånd på nogle klinikker.
- Jeg oplever et godt samarbejde, når patienterne allerede er i behandling, men ikke når der sendes henvisninger, som ofte afvises på et meget lille grundlag eller teknikaliteter, hvorefter vi skal bruge tid (og penge) på at sende en ny henvisning.
- patient indlagt med blødningsanæmi - coloskoperet normal og afsluttet - herefter henvist gastroskopi ved praktisk kirurg mavesår fundet
- Afviste henvisninger kommer uden fyldestgørende begrundelse. Sker også at de bliver afvist selvom der er konf med overlæge
- der er begyndt at indsnævre sig en stigende mængde afvisninger.
Hospitalet brug af Vælg klogt betyder at stort set alle vores artrosepatienter knæ og hofter ikke længere kan blive set på afdeling, hvis de er over 40 år
- oplever til tider samarbejdes udfordringer med henvisninger og indlæggelser af vores pt.
- Afsluttet for hurtigt med forventning om hurtig/krævende opfølgning
- henvisninger:
 - når man får epikriser vil de have, at pt skal henvises til noget - det kan være overlæge fra somatik, der anbefaler henvisning til andet speciale. så bliver man træt af, at den bliver afvist
 - Det er trættende, når de 47 punkter i en henvisning ikke nødvendigvis er opfyldte, men de godt selv kan se, at pt er klar til at blive opereret, hvis jeg henviser til en kirurgisk afdeling mhp fx. knæalloplastik
 -
- Oplever region h psykiatrien som et nærmest umuligt sted at henvises til. Knap så godt samarbejde med psykiatrien.
- Kræftpakker som ikke indkaldes til tiden.
Afvisning af henvisninger til diagnostisk enhed - meget svært at formidle til patienterne, når der er krav om oplysning for udredning af kræft.
Forsøg på at undgå henvisninger ved korrespondancer, disse besvares helt irrelevant af sekretærer, og giver kun øget administration.
- Ved ikke om det kommer senere i skemaet, men samarbejdet med CVD ift psykisk skrøbelige patienter er virkelig ringe.
- Tit bliver henvisninger afvist.

14. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- Når der i en afvisning svares respektfuldt og med netop forslag til et alternativ

- Der mangler et fast etableret telefonisk system hvor patienter kan vendes mhp evt færre henvisninger
- Hvis jeg ringer ind og får fat i en speciallæge kollega får jeg ofte god hjælp, og de afdelinger som kan finde ud af at svare på korrespondance svare hurtigt og hjælpsomt
- Godt med specialistrådgivning
- Alle elektive henvisninger og udredningsforløb fungerer godt.
- Jeg oplever i stigende grad der er en god begrundelse eller et råd med i forbindelse med afvisning af henvisninger
- Gode telefoniske hotlines.
- Nogle afdelinger er gode til at forklare hvorfor de afviser en henvisning og stille krav til supplerende undersøgelser før pt henvises. Eller komme med alternativer til udredning af patienten
- Overordnet fin forklaring og kontaktmuligheder ved afvisninger
- Hvis henvisning afvises er det godt, når der skrives alternative forslag til, hvad vi selv kan gøre for at komme videre med patienten. Hvis det fx er råd om ekstra prøver, da vigtigt med angivelse af hvornår vi så skal reagerer på svarene
- Hæmatologisk vurdering.
God relevante forslag til supplerende prøver og plan A/B afhængigt af prøvesvar.
- Hvis der ske afvisninger, er det rart der er en forklaring, men også råd til, hvordan vi kan komme videre. F.eks vejledningerne fra hæmatologerne.
Ort kir er blevet gode til at bede om info omk. hvor rtg er taget, frem for at afvise henvisninger.
Altid god tid og hjælp ved kontakt til mikrobiolog på Hvidovre.
- De specialespecifikke Hotline-kontakt-muligheder telefonisk er velfungerende
- Meget kompetente tilbagemeldinger på høj faglig niveau og konkret opgavefordeling efter udskrivelsen eller under ambulant forløb.
- Jeg oplever diagnostisk enhed og ældre modtagelsen som noget udover det sædvanlige
- Hæmatologisk afdeling og gastroenterologisk afdeling sender ofte gode råd til os, hvis en henvisning afvises, det er en stor hjælp.
- Hæmatologer er ekstremt gode at konferere med og det er Diagnostisk enhed også gennemgående.
- Dejligt samarbejde med endokrin amb, hvor de svarer korrespondancer og kommer med god behandlingsplan og hjælp
- Let at få kontakt til stort set alle subspecialer på nær ØNH
- fin tilgængelighed pr. telefon
- god glæde af hotline til speciallæger ift behandling af den enkelte pt
- Rådgivningsshotline hos specialister fungerer virkelig godt. Både kardiologisk, reumatologisk, endokrinologisk og hæmatologisk.
- Enkelte svipsere men ellers godt samarbejde med gode råd ved afviste henvisninger
- Hvis henvisningen ikke umiddelbart kan modtages, da forslag til behandlingsforsøg.
- Fantastisk god rådgivning fra medicinsk visitator.
Generelt søde kolleger til sparring omkring henvisninger
- Dejligt at man kan stille ikke hastende spørgsmål via KM. Jeg oplever dog at det kun er BBH/RH/FH + HVH der svarer og ikke Herlev and Co.
- Det er altid rart og givtigt at sparre med kolleger på sygehus f.eks via rådgivnings telefoner
- Selvfølgelig er der rigtig fine forløb, det hjælper altid hvis man har talt med en af bagvakterne.
- Jeg vil bl.a. fremhæve nefrologisk afdeling RH, der ved afvisning af henvisninger altid kommer med en meget brugbar plan for pt og hvornår man evt. skal genhenvise.
- Jeg skønner det ikke er den enkelte lægelige visitation der som sådan er uvenlig eller ikke ønsker hjælpe - men deres kriterier og måske økonomi til at tage patienter ind som er årsag for både afviste henvisninger og lange ventetider
ved direkte samtaler med visitator er der ofte venlighed og af og til kan vi så den vej alligevel få patienter vurderet.
Jeg skønner vores henvisninger ofte skal være meget/forudfærlige og kriterier ændrer sig også så ofte at det kan være svært at følge med - ydermere når vi skal tage os af flere opgaver med de afviste patienter og i det hele tager tiltagende antal opgaver
- God betjening ved akutte henvisninger f eks til skadestuen.
- nej

- Jeg oplever et godt samarbejde med diagnostisk enhed BBH, med hæmatologisk klinik RH og geriatrisk ambulatorium BBH
- De fleste forløb fungerer tilfredstillende
- endokrinologisk afd. har åbenbart kapacitet til at tage pt. i øjeblikket, og pt bliver indkaldt hurtigt
- Meget glad for Ældremedicinsk modtagelse på BBH, hvor jeg altid føler mig hørt som plejehjemslæge med en svær problemstilling og ofte kan man komme igennem med f.eks en blodtransfusion eller en afgrænset udredning i løbet af dagstiden også kan den ældre patient komme hjem til plejehjemmet i vante omgivelser.
- Jeg har fået flere virkelig gode tilbagemeldinger på henvisninger også afviste men med fyldestgørende forslag til alternativ
- Når jeg får en venlig kollega i røret, eller de søde i visitationene. .
- Jeg har to gange inden for den seneste måned modtaget en korrespondance, hvor der bedes om supplerende oplysninger. Jeg har efterfølgende sendt oplysningerne og patienten har fået tid i det pågældende speciale - det giver for mig et langt bedre samarbejde end at få henvisningen afvist.
- -
- Samarbejdet med BBH er generelt virkelig godt og de fleste afdelinger bidrager virkelig godt ved tilbagemelding f eks ved afvisning af en henvisning
- Diagnostisk enhed er nemme at spare med, og de tager henvisninger på relevante patienter
- Hvis afvist henvisning begrundes.
- Det fungerer generelt rigtig godt på BBH. Får sjældent afvist henvisninger, og hvis så stort set altid med brugbart forslag til hvad så. Gode hotlines, og får man ringet forkert, så hjælper se som regel med guidning.
- Jeg hjælpes altid godt og konstruktivt og venligt og kollegialt af mine kollegaer når jeg ringer i telefonen og har brug for hjælp. Stor ros - især en ros til ÆMO BBH, alle de dygtige koordinerende medicinske læger og den palliative hotline - og så er vi alle i min klinik meget tilfredse også med den kardiologiske hotline
- hotline telefonerne er gode. Men udfordringerne er ofte at det er bagvagten som tager telefonen og de er meget travle i perioder således kan det være svært at komme igennem. det er ikke ment at skrive korrespondancer da de oftest ikke besvares således føles det ret usikkert om der er nogen der ser den.
- Nyremedicin RH fungerer godt ved henvisning og kontakt med bagvagt. Det samme gælder kardiologisk klin Bispebjerg.
- Kardiologisk klin Bispebjerg og nefrologisk klinik RH er næsten altid lette at samarbejde med.
- Når de er i behandling, synes jeg samarbejdet generelt fungerer.
- Generelt godt tilfreds med bbh og FH
- Når pt'er bliver afsluttet til årskontrol i AP og der så følger en anbefaling med hvad de ser som en god praksis at tjekke. Fx ved cøliaki pt'erne
- God kommunikation, gode til at svare når man ringer til dem
- - det er godt at tale med andre speciallæger og vende patienter - det kan bare nogle gange være svært at få fat i dem.
- - der er som regel god respons på ens korrespondancer til speciallæger - men andre gange oplever jeg også, at man bliver sendt rundt i afdelingens in-basket-system og returneret uden nogen reelt har læst ens spørgsmål.
- -
- Oplever fantastisk godt samarbejde med diagnostik enhed BBH. Meget hjælpsomme. Ligeledes oplever jeg helt generelt at der forsøges at hjælpe os i praksis når vi henvender os med korrespondancer. Tak til sekretærerne for at være bindeled. Oplever faktisk aldrig ubehjælp-somhed når man ringer eller skriver.
- ÆMO fungerer fantastisk.
- Hvis en henvisning retmæssigt bliver afvist, så er det godt når afviseren skriver en kort begrundelse.

15. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- 1: meget vanskeligt at få fat i en læge, så man kan drøfte en lægefaglig problemstilling.
- 2: Der kommer auto-respons tilbage, når de afviser henvisninger. Det kan fx være man ikke har fået spurgt til deres job-situation eller andet

3: Forventer vi som praktiserende læger overtager klare psykiatriske problemstillinger hvor special-viden er krævet. Fx injektion af anti-psykotika.

- Det er formentlig et ressourcspørgsmål, men alt alt for mange ptt, der burde hjælpes i psykiatriens primærsektor, afvises
- Oplever at henvisninger afvises praktisk taget fast, kan intet mærke til at psykiatrien har fået et øko løft. Visitation af henvisninger / Afvisninger af disse lader ikke til at foretages af kolleger men af personalet, oftest uden navn, men underskrevet afdelingen, virker som om man ikke personligt ville kunne holdes op på en afvisning.
- Henvisninger er svære at få igennem, afvises.
Efterhånden har jeg det sådan, at jeg ikke orker at henvise, da de afvises alligevel
- Afvisninger med mere fokus på det formelle end det faglige.
Afvisninger af patienter som har været i psyk modtagelse og opfordret til at gå til egen læge og blive henvist til psykiatrien.
BU psykiatrien afviser som udgangspunkt alt og kræver bl.a. at vi indhenter rapporter fra PPR og andet.
- Der afvises for meget. Når vi henviser er det fordi vi har et problem vi ikke kan løse
- Kræver meget grundige henvisninger hvor selv en lille bitte uvigtig forglemmelse bliver grunden til en afvisning
- Helt utrolig mange afvisninger. Det er faktisk nærmest umuligt at få hjælp. De henviser istedet til privatpraktiserende psykiatere, hvor patienten må vente i 2 år. Det er ikke tilfredsstillende
- Nogle henvisninger afvises stadig, men muligvis mere relevant end tidligere.
Hvis henvisning accepteres og patienten indkaldes til samtale bør man være mere opmærksom på oplysningerne i henvisningen.
- Alt for mange henvisninger afvises, fordi man kræver, at den henviste patient skal være ekstremt syg før man godtager henvisningen.
Jeg synes også, at man afviser for mange akutte psykiatriske patienter, hvilket ikke skyldes deres sygdom eller symptomer men formentlig manglende kapacitet.
- Vi oplever de er pressede og det bærer afvisningsmønsteret præg af. Det har resulteret i at vi bruger 25 % af vores tid i praksis på at håndtere psyk.patienter. Der er derfor meget mindre tid til andre ligeså relevante problemstillinger.
- får ofte henvisninger retur med behov for uddybende oplysninger om forhold, som jeg selv mener, at der er beskrevet.
- psykiatrien er værst af alle specialer til at afvise.
Se tidligere. Man har konstant følelsen af de ved de skal se patienten, men gør alt for at trække tiden.
Problem at alle man henviser til akut modtagelsen bliver vendt i døren af en forvagt. Man er nødt til at ringe til bagvagten og informere om alvoren af pt's sygdom.
- Meget svært at få patienter set i hospitalspsykiatrien
- svært at få igennem til B/U psykiatrien.
Stigende behov.
- Det er fortsat alt for svært at få børns henvisninger til udredning ved pæd psyk igennem
- Der skal være et langt notat med fuldt diagnostisk interview og forventet plan, inden patienten visiteres. Ellers afvises.
- Det er vanskeligt altid at leve op til kravene om meget detaljeret information ved henvisning da henvisningsformatet kun tillader en vis mængde tekst - og det således ikke er muligt fx at indkopiere relevante epikriser m.m. Pakkeforløbene kan være uoverskuelige, da der nærmest skal være stillet en diagnose på forhånd for at en henvisning går igennem.
- Flere efter mit udsagn gode henvisninger returneres.
- Meget svingende visitation, den ene uge accepteres en given problemstilling som den næstkommende uge afvises. Man kan nogle gange få fornemmelsen af "automat afvisning", hvor man kan være usikker på om hele henvisningen er læst
- Jeg forventer aldrig at en henvisning bliver godkendt og informere alle mine patienter om at første afvisning bare er en del af et spil som de nu deltager i. Det giver dagligt store frustrationer at arbejde med henvisninger til psykiatrien og tilbuddet virker til grin.
- Den store udfordring er, at afviste patienter, der skal behandles i primærsektorer, oplever mange måneders ventetid på både psykolog og privat praktiserende psykiater.
- Bliver som oftest afvist og må genhenvise. Forbereder ofte patienterne på at den nok afvises og at vi må genhenvise.
- Rutinemæssige afvisninger. Der er man oppe på 2-3 genhenvisninger før de går igennem

- Kæmpe udfordring med ad vidste henvisninger.
- Desværre bliver mange patienter afvist med besked om at henvende sig til psykiater i primær sektor. Der er op til 1 års ventetid eller mere
- Min største udfordring er at der er en del patienter som ikke er dårlige nok til at blive accepteret i den ambulante psykiatri, men er udfordrede nok til at ventetiden på en privat praktiserende psykiater er alt for lang.
- Henvisninger afvises pga. detaljer. Fx. vægt eller fordi jeg skal vælge ml. tilbud, istedet for at psykiatrien indkalder til en visitationsvurdering. Jeg henviser fordi jeg ønsker en psykiater skal vurdere pt. Ikke for sjov eller for at henvisningen afvises af en spl.
- Henvisninger afvises ofte på et ukonstruktivt grundlag eller fordi henvisningen ikke er læst ordentligt.
- De tilbageviser henvisning til privat prak psykiater, som jo ikke er muligt før om 1 år.
- jeg oplever at henvisninger til psykiatrien bliver afvist alt for ofte
- Afvisninger ikke begrundet
For kort telefonid ved behov for kontakt ved afviste henvisninger
- mange afviste
mangleer nok tilbud til mange borgere
gerontopsyk er generelt svære at få indover en pt
- Oplever ofte at patienter, især med alder over cirka 20-23 år afvises med begrundelse i at vedkommende ikke er i målgruppen for behandling i hospitalsregi. Skal klares i primær sektor (med ofte lang ventetid)
Man er mere end lykkelig, hvis psykiatrien accepterer en henvisning på relevant grundlag og som vedrører en patient man kender og er tilpas bekymret for.
- Oplever desværre alt for mange afvisninger uden rigtig god begrundelse. Jeg skal bruge meget tid på at lave nye henvisninger i stedet for blot at kunne sende uddybende svar.
- Hotlines er åbne i for kort tid. Det er svært at huske at konferere i et kort tidsinterval
- Jeg bliver bedt om mange ekstra oplysninger - feks notater fra en helt privat psykiater, hvor hverken pt eller jeg havde fået epikrise. Det har en sårbar pt. Svært ved at skaffe. Så nu hænger pt. uden at være indkaldt til psykiatrisk vurdering.
Jeg oplever, at de fleste af mine depressive patienter får hurtig tid og god hjælp. En stor del af de angstpatienter, jeg henviser, får god hjælp.
Det er mine ADHD patienter, dem m mulig autisme, personlighedsforstyrrelse, hvor de ikke har nok depression eller angst til at blive prioriteret, dem har jeg svært ved at få hjælp til.
- Mange afviste henvisninger men det er ikke CVDs skyld. Det afspejler bare manglende midler til psykiatri
- Jeg bruger rigtig meget tid på en psykiatrhenvsing, i et forsøg på ikke at få den afvist. Jeg ringer frem og tilbage i til hospitalernes psyk. numre i forsøget på at undgå afvisning af henv.
- Henvisninger til psykiatrien bliver ofte afvist og er sværere at sende til korrekte sted end somatiske henvisninger
- Det samme som for somatikken, de gør meget for at holde patienterne væk
- Henvisning skal skrive meget detaljeret og nærmest som en 13- tal stil, alligevel afvises henvisning oftest.
Når man ringer og taler med visitationen virker det til, at der nærmest ikke er nogen patienter der er deres målgruppe, men skal håndteres af privatpraktiserende psykiater med meget lang ventetid...
- Det er ikke selve håndteringen - det er mere at hospitals- og de psykiatriske ambulatorier tager meget få af vores henviste patienter ind - flere og flere psykiatriske patienter skønner de er mulige at behandle i psykiatrisk speciallæge praksis hvor der skønt nu hurtigere mulighed for vurdering ikke er megen støttende behandling som der var i psykiatrien i hospitals regi
- Det meste afvises blank med besked om henvisning til pp psykiater.
På trods af års ventetid.
- - For mange afviste henvisninger
- Samarbejdet med psykiatrien er forbedret de sidste år og det er fantastisk at der ikke afvises i samme omfang som tidl. De fleste af dem jeg henviser får tildelt et forløb eller bliver henvist videre til subakut vurdering hos privat psykiater. det er dog svært med vurdering i BUP hvor stort set alle henvinsinger afvises eller viderevisiteres til privat aktør uden at vi får besked i almen praksis

- Meget hyppige afvisninger hvor der opfordres til at patienten ses af PP psykiater, men med de nuværende ventetider er dette ofte ikke mulighed.
- Pt. har måske fra en indlæggels e fået at vide at deres egen læge skal henvise i pakkeforl' b til psykiatrien. De afvises. Jeg har endnu ikke haft succes med at nogen har kunet få de pakke forkøb mht depression/ angst- jeg skal så ringe til psykiater privat(tidskrævende da de har åbent 2 timer om ugen og tager ikke bagom tlf) for at skaffe dem en "hurtig" tid
- Det er sikkert grundet kapacitetsproblem men oplever relativt ofte afvisninger. Også i psykiatrien er der sket en væsentlig forbedring med konstruktive argumenter om hvorfor henv. er afvist og forslag på vej frem.
- Afvisninger af patienter til ambulante forløb med anvisning om at pt hører til hos privatpraktiserende psykiater hvortil der er meget lang ventetid og pt ofte ikke har ressourcer til at opsøge denne.
Lang ventetid på forløb
- De vil ofte have supplerende oplysninger og det er svært at vide hvad de vil vide. Resultet ofte i, at jeg må tilkalde pt. igen.
- Jeg har langt de største udfordringer med afviste henvisninger i psykiatrien - det er frustrerende, da det ofte er patienter, der er psykisk dårlige og der giver anledning til bekymring. Jeg har flere gange haft held med at ringe og efterfølgende fået accepteret henvisningen.
- Alt afvises nærmest
- Alt for mange afvisninger, trods meget dårlige patienter,
- næsten helt umuligt at få patienter igennem til hospitalspsykiatri. Har flere patienter særligt med svær ADHD og store sociale udfordringer, der ikke kommer igennem.
- Det virker meget rigtigt og nærmest umuligt at få henvist patienter. Har flere gange oplevet at psykiatere selv lægger op til forløb som afvises. Det virker simpelthen bare som om psykiatrien ikke har kapacitet til noget som helst, selv patienter der er overmedicinerede i forhold til guidelines kan ikke længere have forløb. Alle mulige kontroller afsluttes til egen læge som drunke og derfor ind imellem misser opfølgninger som kan have katastrofale konsekvenser for patienterne. Pt i lithium behandling afsluttes og ut har selv haft pt som udviklede symptomer på forgiftning grundet manglende erfaring med håndtering af det. Hvorledes skal almenpraksis håndtere svingninger hos skizofrene pt som føler forværring når de allerede får højere medicindoser end anbefalingerne på medicinpro?
- Unødvendige afvisninger på tyndt grundlag
- Det er meget tidskrævende at lave en henvisning der bliver godkendt.
Jeg oplever at nogle gange har egne ambulatorier, akutmodtagelse el andre egne aktører foreslået henvisning eks i forhold til autisme og ADHD og de bliver alle afvist med besked om at det er udredning i rimærsektor
- De har en snæver målgruppe for patienter de ønsker at se.
Der kunne henvises mange flere som står årevis på venteliste til privatpraktiserende psykiater.
- Alle som i ALLE henvisninger bliver afvist. Ofte med den rent ud sagt idiotiske bemærkning at det ikke er angivet om patienten er motiveret for behandling. Det turde jo være underforstået al den stund at patienten har henvendt sig hos egen læge fordi han ønsker hjælp. Der bliver også efterspurgt information som allerede fremgår af henvisningen
- Stadig en del afvisninger hvor man skal frem og tilbage nogle gange før de accepterer at det er deres bord.
Retfærdigvis også ok afvisninger.
§66 undersøgelserne er supergode, så ryger patienterne ind når det er relevant.
- Der skal foreligge et kæmpe stort solidt almen medicinsk stykke arbejde førend man skal gøre sig forhåbning om at få nogen til blot en visiterende samtale - mængden af tekst og journalnotat skal være ekstremt grundigt lavet - det er sådan set også fair nok...men... så er det også ekstra frustrerende når folk får lov at komme til en visiterende samtale - gentage alt det de har sagt til os - for så at få at vide de ikke målgruppe...det er lidt opad bakke
- Afvisninger er ikke genneskuelige , det er deres vurdering på kriterier vi ikke er enige om og derfor er man ofte uforstående overfor en afvisning. Vi har ikke fælles kriterier for henvisninger eller tydelige eksklusionskriterier.
- Psykiatrien har været et stort problem pga rutinemæssigt afviste henvisninger. Der et sket en stor forbedring de sidste 6 mdr. Delvis takket været muligheden at hevide fog paragraf 66 vurdering.
- Det afvises for mange henvisninger.

- De bliver ofte afvist på spinkelt grundlag, nærmest pr. automatik, selvom det er en patient der hører til i regionspsykiatrien. Nogle gange bliver de også fejlvisiteret, eks. pt. med affektiv lidelse henv. til center for spisefortryelser, som så afviser patient, da det ikke er deres patientgruppe....
- For mange afvisninger - alt for lang ventetid ved private
- Alt for mange afvisninger, besked om at lave underretning mm istedet
- kan nogen gange være meget rigide i afvisninger, og henviser til tilbud i primærsektoren der ikke er lige til at finde, eks til kommunale tilbud til unge, eller psykiatere hvor der er 1 års ventetid
- Så jeg føler mig ofte ikke godt vejledt og hjulpet
- igen henvisninger bliver afvist uden manglede begrundelse
- stort set alle henvisninger bliver afvist
- det er særdeles omfattende at lave en henvisning, der bliver accepteret i psykiatrien. Ofte er det noget man bruger 30 minutter på efter konsultationen - det er svært at honorere tidsmæssigt.
- jeg ved det ikke - jeg henviser så sjældent, da jeg som regel får afvisning, så er begyndt at henvise mindre.
- Stort set alt afvises. Ofte afvises på ubetydelige formalia.
- Patienterne skal enten have en kendt diagnose eller der skal være mistanke om F20 lidelse, ellers indkaldes de ikke, heller ikke hvis funktionsniveauet er minimalt som følge af den psykiske tilstand.
- Der er alt for mange afvisninger
- Min primære oplevelse er, at de afviser alt til pp psykiater vel vidende, at ptt ikke kan komme til der i nærmeste fremtid.
- Alt for mange henvisninger afvises med besked om, at tingene skal klares i primærsektoren. Men når der er så lange ventetider, som der er aktuelt, kan patienten ikke komme videre i systemet og havner derfor hos mig.

16. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Igen en henvisning der afvises i respektfuld tone med anvisninger til en alternativ, der er muligt at følge op på
- Nogle gange relevante Forklaringer i afvisningerne.
- Patienter der accepteres ses forholdsvis hurtigt
- Det er en god ting, at man kan ringe til visitator.
- Godt samarbejde er akutpsykiatrien til den lettere psykisk syge.
- Godt hvis der kommer flere ADhd udredningsklinikker.
- Dejligt når pt. henvises til visiterende samtale at pt. så tages ind til samtale
- gode pakke forløb angst og depression
- Visitationen er dog nem at komme i dialog med.
- Nej aldrig nogensinde. Ikke en enkelt gang kan jeg huske at være positivt overrasket. ikke med flere end 1000 henvisninger har der været en oplevelse af at det har været mere end godkendt i måske 10 % af tilfældene
- Super godt med mulighed for sparring på hotline, f.eks geronto-psyk hotline.
- Nej
- Godt med hotline man kan ringe til, men der mangler ressourcer til at få patienterne indkaldt
- ingen
- I tilfælde af tilbagevisning af henvisninger oplever jeg indimellem at jeg kan efter-begrunde hvorfor patienten bør indkaldes.
- Muligheden for at ringe til hotline og drøfte patienterne
- Jeg oplever god sparring, når jeg ringer både til BV og ADHD hotline, de giver sig god tid, og svare relevant og brugbart. (Den sidste kan være svær at komme igennem til)
- Hurtig reaktion på SM truede patienter!
- Udkørende gerontopsyk har jeg SUPER erfaringer med
- Selvfølgelig, indimellem kører det helt uproblematisk, men generelt for mange henvisninger der afvises med uklare eller ikke holdbare grunde.
- Jeg vil gerne fremhæve gerontopsykiatrien i Nimbusparken, der altid er meget hjælpsomme med råd og vejledning
- Det gør jeg ikke

- - Jeg synes ikke samarbejdet vedr. henvisninger til psykiatrien fungerer særlig godt
- Glad for mulighed for henvisning til diagnostisk afklarende samtale i CVD.
- Ved afvisning ofte gode anvisninger og kontaktnummer til visitator
- At der er en accept af at mine svære psykiske patienter ikke altid møder op til forvisitation og de er klar til at give en ny tid.
- -
- -
- godt samarbejde med transkulturel psykiatri ballerup
- ? -det er simpelthen for svært at få hjælp til meget syge patienter -de henvises til primær praktiserende psykiater hvor der er års ventetid.
End ikke personlig kontakt til PPP er mulighed længere
- Man bliver glad når psykiatrien vil se patienterne.
- Man får altid venlig og kyndig vejledning når man ringer til CVD
- generelt dårligt jeg har ikke mange muligheder for rådgivning da deres telefon tid er kort og nogle gange ikke besvares
- Paragraf 66 samarbejdet med de p.p. psykiatere fungerer meget godt.
- Den nye mulighed til at få paragraf 66 vurderinger ser ud at bli en stor hjælp.
- Nej desværre aldrig

17. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Nogle gange bliver der stillet spørgsmål, man ikke har svar på. Andre gange står det et sted i teksten eller psykiatrien kender selv patienten godt, så det er over-kill, vi skal svare på det.
- Det er svært frustrerende hvis der skal en fornyet henvisning til, og derfor værdifuldt når man blot kan supplere med oplysninger, der måtte mangle i den oprindelige henvisning
- De fleste afvisninger lever ikke op til det ovenfor beskrevne
- Det hjælper mig med at kunne begrunde afvisningen overfor patienten. Og det giver os mulighed for at prøve nogle ting af, før en evt genhenvisning
- Det er en hjælp, men f.eks. urologisk afd. på Herlev Hospital kræver i nogle tilfælde, at vi nærmest laver hele udredningen selv. Dette er urimeligt og undergraver behandlingsgarantien, fordi undersøgelserne i primærsektoren kan tage ekstremt lang tid.
- Nogle gange endte det med en endelig afvisning, selv om man gjorde hvad der er blevet bedt om og det er ikke helt godt.
- Generelt er de fleste afdelingen blevet meget bedre til dette, nogle afdelinger dog med mere standardiserede svar.
- Kun i forbindelse med somatiske koordinationer fra f.eks hæmatologer og gastro mediciner.
- Afdelingen bør forpligtiges til at informere patienten. Der er uklar arbejdsdeling
- Man skal jo lave arbejdet igen , om man sender korrespondance eller henvisning er lige stort arbejde
- Jeg for fortsat henvist afvist i stedet for at modtage korr.
- Ofte er det skrankepaveri, når de manglende oplysninger ikke er relevante for visitationen.
- Men uanset udfald af diverse prøver, sendes henvisning retur og hele patientens forløb er forsinket flere uger.
- meget konkret og håndterbart
- Jeg mindes ikke at have modtaget en handlingsanvisning men blot en afvisning der typisk indbefatter : Patienten skal behandles ved privat praktiserende psykiater (med lang ventetid), hvilket ofte medfører at patienten giver op når de ser ind i at skulle vente op til 9-12 mdr. for en konsultation/udredning.
- Jeg har aldrig modtaget en sådan korrespondance fra mit lokalhospital
- Det er hjælpsomt, hvis der spørges til konkrete ting, jeg ikke har belyst ordenligt.
Andre gange spørger de om noget, jeg ikke kan fremskaffe. Det skriver jeg tilbage. Så får jeg en ny korrespondance, hvor der står. Vi skal bruge den oplysning, henvisning afvises. I de tilfælde synes jeg, det fungerer dårligt.
Jeg kunne godt bruge bedre råd til, hvordan patienten så kan hjælpes. F.eks afvist pt med ADHD, kan ikke få livet til at fungere, er udenfor arbejdsmarkedet. Har små børn og kompliceret situation. Henvisning afvist med råd om privat praktiserende psykiater. Med ventetid på 12 mdr, er det et virkelig dårligt råd - Jeg henviser jo kun, fordi jeg synes, at 12 mdr er

for Lang tid at vente, for lige præcis min patient. Jeg har ringet til visitationen - Der blev jeg mødt med, vi revurdere ikke ADHD og udreder ikke - Ikke særlig hjælpsomt....

- af og til mangler der bare en lille detaljer som jeg kan tilføje i en xtra henv.
- Hvis det er muligt at imødekomme det hospitalet ønsker., er det en hjælp, men tit anbefales en anden løsning, som ikke altid er mulig for pt. specielt indenfor psykiatrien.
- Indimellem giver det mening at håndtere henvisninger anderledes f.eks med en handlingsanvisning, men mange gange er anvisningerne ret tynde.
- det er godt at afvisningerne nu kommer hurtigt og med angivelse af muligheder - ofte betyder afvisningen dog ulempe og ubehag for patienten - og som sådan ikke kortere ventetid for patienten til udredning og behandling.
- Når ort kir afviser en henv vedr forværring af artrosegener selv om de tidligere har skrevet "kan genhenvises ved forværring"
Fordi der ikke foreligger nyt ryg. Virker det bare obstruerende.
- - Jeg oplever sjældent handlingsanvisende korrespondancemeddelelser- det er primært afvisninger af henvisninger
- Ofte brugbart ved somatiske afvisninger, ofte helt ubrugeligt ved psykiatriske afvisninger.
- dog er der tendens til at vi skal udføre sekretær funktion(indsamle alt muligt inden vi så kan henvise igen- fertilitetbehandling/ børne psyk) og speciallæge opgaver, f eks tage inoniseret calcium som ikke kan tages i AP
- Det ville lette arbejdet, har dog ikke oplevet det endnu. Det står ofte henvisning er afvist i starten hvorfor man bliver i tvivl om det er nok at svare på korrespondancen.
- Synes ikke det fungerer optimalt - kræver ofte en ny henvisning igen istedet for korrespondance og det kan være svært at vide hvortil en korrespondance skal stiles
- Ang. billeddiagnostik er det svært at se hvor brevet kommer fra og hvor de foreslår at man henviser til. Man får et lokaliseringsnummer som man ikke kan slå op i vores add. modul i vores henviningsmoduler.
- det er for tidskrævende at skulle håndtere afviste henvisninger også selvom ,der kommer anvisninger
- Det hjælper jo til at enten få supplerende oplysninger med eller ændre henvisningsmodtager
- Ubegrundede henvisning føler man ikke der er taget stilling til og har erfaring for at de ikke altid er berettiget.
- Hvis afvisningen er ledsaget af brugbare anvisninger fungerer det godt. Det sker ofte med afvisninger fra de somatiske afdelinger, stort set aldrig i de psykiatriske afvisninger
- Men
CVI-psyk accepterer ikke svar via korrespondance- de vil have ny henvisning ?
- Det er tydeligt at visitorator ikke kender almen praksis arbejdsgange og deres forslag er ofte helt ubrugelige i forhold til videre henvinsing til andre afdelinger.
- Det er ikke altid det bliver husket, eller også er det ind imellem ren volapyk, specielt fra de billeddiagnostiske afdelinger med afvisning af MR, hvis man ikke skriver at patienten skal opereres inden for et år
- Det giver mening - det er jo en del af forvaltningsloven, at enhver afvisning skal komme med en konkret begrundelse. Men jeg har aldrig oplevet, at jeg ikke skulle sende en henvisning på ny, hvis jeg fik en korrespondancebesked, da denne altid er fulgt af en afvisning i epikrisepostkassen.
- Ofte kan det klares med en god anvisning fra specialafdelingen.
Men oplever at orto kir helt generelt kræver et nyt rtg taget af os forinden pt kan få tid. Dvs jeg skal henvise til primær sektor rtg klinik, afvente tid, afvente svar og så henvise igen.
Oplever det nogle gange "utrygt" med korrespondancen fordi man ikke ved om den sender det rigtige sted.
Fik engang en retur fra gastroenheden på HVH med det svar at den funktion brugte de ikke. Jeg skulle skrive det tilsvarende i en henvisning...
- Når vi ikke kan afvise patienterne på samme måde som sygehusene kan så er det rart, der kommer en vejledning/anbefaling til videre behandling/udredning så man har lidt at arbejde videre med.

18. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Man kræver stort set altid en ny henvisning, så det sker sjældent for os. Det er ellers en god ide.
- Det er helt klart mere enkelt end at skulle henvise forfra.
- Ikke ofte det er set-der bedes oftest om ny henvisning
- Endokrino amb. gives telefon nr til amb sekretær. Ubrugeligt
- Det er sjældent at det kan løses uden en opbringning til visitator
- Det virker godt at der er en dialog
- Det er i hvert fald lettere at kunne supplere information via korrespondance, fremfor at skulle sende hele henvisning igen, hvilket som regel er det jeg bliver bedt om
- gør arb gangen tungere. Ofte ude i lægere korrespondance
- Jeg hører ikke om muligheden i afvisningen
- Har aldrig modtaget nogen
- Det er rart at få en forklaring på afvisningen, det fortæller jeg patienten, så forstår patienten det også.
- Godt, men ændrer sådan set ikke på at det ofte er unødigt ekstraarbejde - vi forstår det drejer sig om at sikre gode henvisninger og optimal visitation - men ofte fører det alligevel til afvisning med angivelse af at patienten skal udredes i speciallæge praksis -
- men ofte må pt. komme igen for de beder om oplysninge jeg ikke har
- Der skal nærmest konsekvent sendes en ny henvisning
- Det behøvede måske ikke kærve ny henvsining hver gang. Har et eksempel med meget højt BMI, hvor den enkelte vægt og højde ikke avr angivet, men ma så ønskede en helt ny henvsining
- Det er fint at man kan korrespondere i stedet for at sende en ny henvisning, fristen må dog godt være længere end 5 dage. Der er jo alligevel lang ventetid, så hvorfor lige 5 dage?
- jeg får ofte en afvisning efterfølgende eller de krav de ønsker ikek kan indfries
- Man kan ikke vedhæfte filer på korrespondancer.
- ikke implementeret af sygehusene
- Lige så nemt at sende en henvisning
- Nogle gange er det nemmere bare at copy/paste med supplerende info i en ny henvisning end at skulle finde relevant afdeling frem på korrespondance
- Det er ofte nemmere at sende en ny henvisning, da korrespondancemeddelelser ikke altid når frem til rette vedkommende.

19. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Disse indeholder i reglen standard fraser, og man kunne mistænke at der har siddet et ikke-lægeligt personale, der har gennemgået henvisningen efter en tjekliste
- - Lang svartid på de fleste korrespondancer
- Sikkerhed for at mit svar ender i den rigtige "postkasse"
- de skal kende mere til arbejdsgange i almen praksis og de muligheder og begrænsninger vi har herude.
- Korrespondancer besvares typisk af sekretærer, sjældent relevant og nogle gange fra forkert subspeciale. Der er forventning om at vi kan sende direkte til fx epilepsiambulatoriet og til trods for afsendelse til neurologisk overafdeling ender den med svar fra N10a, om at det er epilepsiambulatoriet der skal skrives til.
Jeg vil gerne øge svartiden, hvis beskeden til gengæld sendes til relevante læge. Akutte forespørgsler fungerer find via specialistrådgivningen
- Jeg har opgivet at sende korrespondencer til hospitalerne. Svartiden er alt for lang, og ofte kan jeg se at den er blevet sendt rundt på afdelingen til flere forskellige personer, indtil én forbarmer sig over mig og sender et lidt overfladisk svar tilbage.

20. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:

- Kunne vi være fri for al det irrelevante fra sp med koder og autogen. tekst ?
- Alt for lange autogeneret plidder-pladder. Jeg sidder ofte med 200 epikriser á 2-3-4 sider
- man skal altid nederst i epikrisen for at uddrage det væsentlige
- Der kan øverst være krydset af i ingen tiltag i egen praksis og aligevel gemme sig opgaver længere nede
- Mange grønne epikriser: "se epikrise" står til os.

- ALT for mange unødvendige information, herunder lang liste med medicin , dosis etc, ved udskrivelsen men vi har jo FMK???
- Epikriserne er katastrofalt dårlige. Det har de været lige siden den ulyksalige sundhedsjournal. Det er lidt bedre end i starten, men stadig elendigt og stort set er de ubrugelige. Jeg nærer ingen forhåbninger om at det bliver bedre, men hvis bare medicin listerne kunne blive taget ud ville det virkelig være et løft. Det er ubegribelige mængder af tegn der bruges på det og det har absolut ingen værdi
- Nogle gange henviser de til, at man kan læse, hvad man skal ved at læse hele epikrisen.
- En epikrise skal være målrettet almen praksis. Det skal ikke være et autogeneret udskrift af lange journalnotater. Det er helt ubrugeligt, hvilket gør at vi helt er stoppet med at læse epikriser ved modtagelse i indbakken.

21. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det virker ikke rigtig som om, hospitalet har taget farvemarkering til sig. Ofte står der patienterne selv kan tage fat i os, men ikke altid patienterne har fanget, de bør gøre det. Når man kender patienterne betyder det ekstra arbejde, for jeg sætter dem ofte som reminder til mig selv hos de sårbare.
- Det er vist ikke alle, der tænker muligheden ind
- Der skrives for ofte at det er en rød korrespondance med absolut ikke akutte ting
- Må ofte ind på sundhedsjournalen for at finde ud af hvad der er sket
- Meget sjældent brugt.
- Patienter med grøn/gul markering - eller deres pårørende eller pleje er ikke altid informerede om at de selv skal handle
- Husk venligst at kontakte os på bagomnumre
- Bruges forkert og af de forkerte. Er stoppet med at stole på dem.
- Grøn markering er ofte helt unødvendig, da pt/pårørende sagtens selv kunne tage kontakt (anvendes fx . ofte ved behov for suturfjernelse m.m.)
Grøn markering vedr. opfølgning med fx blodprøver i hjemmet kort efter udskrivelse bør respektere den ventetid som er hos udgående laboratoriefunktion.
Farvemærkede epikriser bør ALTID oplyse relevante opdaterede kontaktoplysninger til patient og/eller pårørende, dvs tlf.nummer og opholdsadresse.
- Jeg får ikke farvemærket epikriser.
- Det fungerer slet ikke. Man er nødt til at gennemlæse samtlige epikriser for at sikre at patient som skal følges til feks årlig kontrol af opstartet medicin el lign bliver registeret i vores eget system af årskontroller, det er sjældent markeret foroven. Gule epikriser er sjældne og så er der ofte tale om behov for opflg dagen efter el lignende, som skulle have været aftalt telefonisk med el. Det er særligt træls, når det er patienter er i eget hjem uden mulighed for at komme i klinikken, da der ofte er en uges ventetid på mobillab hvis vi bestiller det og udskrivende læge derfor selv skulle have sikret sig plan for blodprøvekontrol
- Farvemarkeringen bruges ikke konsekvent. Så alt skal fortsat læses igennem.
- Helt hen i vejret.
- Problem med gule epikriser når egen læge har sommerferie lukket i 3 uger. Så ses denne epikrise ikke
- nogle relevante , andre farvemærkede epikriser er dette ikke relevant . Modtager epikriser, der burde være markerede
- Da jeg aldrig har set epikriser med farvemarkering?
- Rødmærkning benyttes stort set ikke til trods for at det jævnlgt er indiceret. Har i øvrigt aldrig modtaget et opkald i forbindelse med rød epikrise, så den benyttes formentlig ikke korrekt.
Gul markering fungerer som oftest fint, men ind i mellem benyttes det til patienter der aldrig har kontakt til klinikken og som vi ikke har kontaktoplysninger på.
- Jeg synes det oftest er relevant og det bliver ikke misbrugt
- De epikriser med flag læser jeg mere grundlagt.
- NOgle gange passer farvemarkering, nogle gange mangler den helt, selv om der er opfølgning til mig.
- Det er sjældent det anvendes - Men måske er det fordi det sjældent er nødvendigt:P
- Epikriser er tit 1-2 sider lange og det giver ikke mening. Skal være mere målrettet, gerne kun 3 relevante linier og derudover hvad der forventes af alm praksis

- fint med markeringer - men det skal oftest udledes i en lidt stor epikrise hvad der så er vores opgave til opfølgning og patienten ofte ikke har fået besked på de også skal kontakte os for den opgave bliver udført optimalt - og der er stort pres på vores edisystemer - tiltagende øget antal i beskeder samlet set fra patienter og samarbejdspartnere i kommune og hospital og speciallæge praksis - det øgede antal giver også besvær med at overholde ventetider
- - Vi har oplevet, at psykiatrien sender røde eller gule epikriser op til ferier- det er ikke hensigtsmæssigt, at de overdrager ansvaret for pt.en på den måde.
- Vi har oplevet somatiske gule el. røde epikriser, hvor vi får overdraget ansvaret for opfølgning på prøver taget på hospitalet. Oplevet at vi skal bruge tid på at finde ud af hvor pt.en opholder sig- det er ikke rimeligt. Alt for meget merarbejde/ opgaveglidning til almen praksis
- Det er sjældent det bliver brugt. men tanken er god.
- Jeg oplever ofte, at epikriserne er lange, at jeg skal lede efter relevant information eller at den relevante information mangler - seneste eksempel - AC-luksation - men ingen oplysninger om, hvilken type og kan dermed ikke vurdere om pt. er i relevant behandling - skal til kontrol hos egen læge.
- Alt for mange grønne epikriser, hvor de blot informerer om at patienten vil søge egen læge. Det opdager vi jo når de kontakter os? Vi beæver ikke få at vide at patienten skal have fjernet sting. De kontakter os alligevel. osv osv
Under information ti legen læge skriver mange: "se epikrise", hvilket jo er det totalt modsatte af hvad meningen er .
Generelt ALT ALT for meget unødvendigt ino. Lange spaalter med medicin, så jo fremgår af FMK ?? osv osv
Det er MEGET tydeligt at epikriser IKKE bliver tænkt som et arbejdsredskab til egen læge.
- For mange grønne, hvor der står ubrugelig info, "stingfjernelse om 7 dage" det ved patienten jo godt, og vi skal ikke lave opsøgende arbejde?
For mange " se nedenfor"
For mange " kontrol af blodprøve om x antal uger/dage"
- Røde epikriser skal følges op med telefon så vidt jeg har forstået, det bliver de aldrig
- Forkerte farekoder bruges ofte
- Det er uanvendeligt. Jeg oplever også ofte at selvom der står "ingen anvisninger til egen læge" i overskriften, altså standard formuleringen, så er der alligevel nogle anvisninger gemt længere nede i epikrisen. Det fungerer bare ikke
- der er fro dårlig markeering

22. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Ang rgt: Der er lang ventetid og de få gange jeg har forsøgt mener jeg, der er kommet besked om, det lige så let kan blive foretaget på rgt klinik.
Så behov er jo at hospitalet indkalder med hurtig tid, når man har henvist (CT og)mr er blevet sværere at få igennem.
- Jeg ønsker at kunne henvise til EKKO. Det er utilfredsstillende, at pt skal via et ambulatorium
- Jeg oplever, at henvisninger fra almen praksis til billeddiagnostiske undersøgelser nedprioriteres, så ventetiden bliver urimeligt lang for patienterne.
Jeg oplever også, at der er for mange undersøgelser, som den praktiserende læger ikke må bestille, hvor det efter min mening ville være mere korrekt, at den praktiserende læge kunne henvise, og at henvisningen så ville blive afvist, hvis det faglige grundlag ikke er i orden.
Som praktiserende læge kan man forudsige i ca. 90 % af tilfældene, at en patient, der henvises til neurolog med forskellige konkrete symptomer vil blive henvist til scanning, men vi må i disse tilfælde ikke selv henvise, hvilket medfører, at patienten i nogle tilfælde kommer til en neurolog, uden at det var nødvendigt, og at ventetiden på scanningen således forlænges med ventetiden på neurologen.
I andre tilfælde er det dog fint, at patienten undersøges af en neurolog, da en scanning alene ikke altid er nok.
- Ultralyd har lange ventetider.
- Som jeg opfatter det: Uvilje mod at tage patienter ind i dette regi medmindre man ikke kan komme udenom dette

- Igen mange afvisninger og snak frem og tilbage før henvisninger effektueres, meget spildt arbejde
- MR bliver afvist/ røntgen svar laver STPK forsvar og anbefaler flere undersøgelser
- At mine henvisninger obs cancer ændres af en visiterende læge uden at hverken henviser el patient orienteres.
At rtg ved mistanke til sammenfald i ryg ikke skal tages om 2-3 mdr
- Jeg synes det er utrolig ærgerligt at vi ikke kan henvise til MR knæ længere
- Jeg oplever ikke at der er noget tilbud. Henvisninger afvises eller der er meget lang ventetid. Jeg bruger stort set kun radiologer i primærsektoren. Det er rigtig ærgerligt at muligheden for MR scanning i primærsektoren bortfaldt. Det fungerede enormt godt
- adgang mr skanninger er stærkt begrænset - for stærkt
- For lang ventetid og for mange afvisninger
- fjernelse af MR knæ, fjernelse af mulighed for døgn BT måling
Specielt det første er meget irriterende
- Oplever kun at der reelt er tilbud om MR, CT TAB og EKKO (ved henv til kard) MR COL smed ubrugelig lang ventetid og CT med lange svartider så det mere giver mening af henvise til diagnostisk enhed.
- henvisningerne bliver afvist eller laves om af røntgen lægen
hvilket er yderst frustrerende.
Jeg benytter mig hovedsagelige af privat praktiserende radiologer og undgår så vidt henvisning til radiologisk afdeling.

23. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Man får ofte afvist sine henvisninger såfremt privat praktiserende psykiater ikke er forsøgt først.
Mange psykiatriske patienter selvmedicinerer sig og de psykiatriske udredninger kræver ofte, der ikke er et misbrug samtidig.
Nogle gange har man så patienten til støttende samtaler i ventetiden (til de været afholdende længe nok) men patienterne er jo fortsat forpinte og risikoen for social deroute stiger.
- Der er ikke plads nok til alle de relevante forløb
- Svært at få en henvisning accepteret. Tlf hjælp er nærmest ikke eksisterende ex adhd tlf hjælp to timer ugentligt og altid optaget.
- Patienter afvises
- Det er oplagt at der mangler kapacitet i det ønsker om udredning og behandlingen er stort blandt mine patienter, også for stort, så hele systemet er under pres, hvilket gør det svært for psykiatrien at hjælpe med at aftage patienterne. Nogle gange bliver de afvist hvis der ikke er en "pakke/forløb" til patienten selvom patienten har en lav funktionsevne - er sygemeldt eller lignende.
- Der afvises for meget.
Der mangler tilbud/sted at gøre af patienter med psykiske lidelser/udfordringer og vi ender i praksis med alt for meget psykiatri både minor og major.
- De afviser næsten alt
- For lang ventetid på praktiserende psykiater for patienter som afvises i cvi
- Det er for svært for patienterne at blive accepteret til dette tilbud. Svaret bliver for det meste: "patienten bør henvises til privatpraktiserende psykiater".
Ventetiden på psykiater er 1-2 år!
- At pt ikke kan få en relevant tid med mindre pt har en privat sundhedsforsikring.
Især børn og unge med depression, angst og som skal udredes for adhd eller let autisme, eller har skolevægring.
Desuden spiseforstyrrelser i moderat grad
- At almen praksis ikke har indflydelse på opgaver der ønskes udført af kommunen
- Der er langt større behov end hvad der kan honoreres. Det er meget svært at få patienter ind i hospitals/ambulante psykiatriløb og ventetiden hos privat praktiserende psykiatere er alt for lang. Patienterne bliver dårlige i ventetiden
- Når børn henvises
- ventetider, og manglende kapacitet, psyk minor
- Ventetiden, kvaliteten og besværet med at få henvisninger igennem. Det virker som om at psykiatrien kun er for de skizofrene og almen praksis kan klare resten.

- meget stort pres for udredning i praksis og meget lange ventetider til både psykiater og psykolog i primærsæktor
- Tung psykiatri er svær at få igennem uden at de har været ved privat praktiserende psykiater først, som så henviser. Der er ofte lang ventetid i privat klinikkerne.
- Der er et utal af centre og specialtilbud med uigennemskuelige funktioner, som patienten bliver jo-jo rundt mellem ved henvisning
- Fungere i praksis nærmest ikke.
- Børn med angst og mistrivsel
- Børn og voksne med symptomer på ADHD
- Voksne med lavt funktionsniveau/social deroute, måske misbrug, kan ikke få hjælp
- Der er for lang ventetid for de fleste pt m psyk problemstillinger.
- Jeg synes at jeg har mest held med at få unge voksne eller deciderede selvmordstruede set i psykiatrien, mens resten afvises.
Jeg forstår at kapaciteten er begrænset, men ventetiderne på en privat praktiserende psykiater er så lang og så besværlig at booke tid til, at det næsten virker omsonst.
- Hvis jeg har nogle mistanker om tentative diagnoser, så kan man opleve, at henvisning afvises, fordi jeg ikke selv på forhånd har en klar diagnose. Så ved jeg ikke, hvad man skal med specialister. Jeg henviser jo, når jeg er i tvivl.
- Flere afvises pga. de vanskelige forhold, som netop gør, at jeg henviser. Fx. afvises pt., fordi det ikke ud fra teksten kan afgøres, om de skal have den ene eller den anden pakke. Måske man kunne indkalde til en diagnostisk vurdering på speciallægeniveau i psykiatri.
- De indkalder ikke patienter ind til vurdering
- ventetider , afvisning med henvisning af pt til primærsektor , gravide ikke modtaget som hensigtsmæssigt
- større tilbud i psykiatrien
pt skal være meget dårlig før de modtages også til ambulante forløb
- Formentlig ubalance imellem behov og kapacitet i psykiatrien. Meget ulykkeligt for den enkelte patient, vil jeg mene. Også svært at retfærdiggøre overfor den enkelte patient, der kan miste håbet om bedring.
- Det er svært at få henvist patienter med depression, angst og ADHD til udredning og behandling.
- Kapaciteten er for presset. Mange afvises og så er alternativet ofte henvisning til privatpraktiserende psykiater hvor der er 6-12 måneders ventetid. Denne patientgruppe har ofte få ressourcer og det er svært at skulle ringe og bestille tid når psykiaterne har meget korte åbningstider til tidsbestilling. Ofte ender det med at patienterne aldrig bestiller tid.
- Der kan ofte være patienter, som befinder sig ml. 2 stole - altså ikke opfylder kriterier for henvisning til hospitalspsykiatrien men samtidig har symptomer, som gør ventetiden til prakt. psykiater urimeligt lang
- Jeg er nødt til at bilde mig ind at jeg kan erstatte en psykiater. Der er bare ikke midler nok til psykiatrien i DK. Det er vel ikke regions H's skyld..
- Det opleves som et mirakel, hver gang det lykkes.
- Når det er svært, kompliceret og bøvlet er der ingen hjælp. Når det er simpelt kører det på skinner. Men når det er psykisk sygdom, minor og major, lidt personlighedsforstyrrelse, måske fibromyalgi iblandet lidt alkohol, den slags, så er afvisningen sandsynlig. Også hvis vi anfører at pt f.eks umuligt kan få råd til privat praktiserende psykolog f.eks gr. overførselsindkomst
- De henviser i mange tilfælde til PPP hvilket giver dårlig mening med de lange ventetider.
- Alt for mange patienter afvises
- udredningerne kan være gode nok - nu hvor der er i visse tilfælde er kommet hurtig vurdering i speciallæge praksis, men behandlingerne er ofte ikke optimale
- Afvisning af henvisninger med bud om henvisning til pp psykiatri med årelang ventetid
- - Ventetid
- - Opgaveglidning
- - mangler bedre muligheder for at konferere med psykiater
- - presset psykiatri og børnepsykiatri
- Afvisninger og al for lang ventetid på PP psykiater
- afvisninger af henvisninger
børne psyk ønsker detaljer om PPR/ pædagogiske tiltag/ læreren navn etc etc

- Lange ventetider. Pt. oplever ofte at det skal være gruppetilbud hvor de har behov for 1-1 samtaler.
tænker det er et kapacitetsproblem.
- Ventetid og enkelte afviste pt
- Manglende opfølgninger, patienter tabes på gulvet
- at der næsten ingen tilbud er. næsten alle henvisninger bliver afvist
- Det virker mest som om der er lavet tilpasning af mulighed for henvisning i forhold til kapacitet mere end i forhold til hvor syg pt fremstår. -Det hjælper ikke at mange lidelser skal sendes videre til PPP når dette tilbud reelt ikke er der
- Afvist henv.
- Ventetiden i primærsektoren gør det meget svært at regionspsykiatrien visiterer så hårdt som de gør.
- De har snæver målgruppe. Patienter står årevis på venteliste til privatpraktiserende psykiater.
- I primærsektoren er der reelt ikke noget tilbud. Ventetiden skal tælles i måneder og år. Sekundærsektoren afviser alle henvisninger som anført ovenfor. I de forløb patienterne trods alt gennemgår af og til et det chokerende så sjældent de rent faktisk bliver vurderet af en psykiatrisk speciallæge
- De er for gode til regionspsykiatrien, og så er der lang ventetid. Men §66-mulighed er god i mange tilfælde
- mangler tilbud til børn og unge i mistrivsel der er alt for lang vente tid på bare et eller andet, mangler adhd tilbud. tilbud til spiseforstyrrelser
- Det er meget svært at få ind patienter til diagnostisk udredning af evt neuropsykiatriske tilstand, kognitiv funktionsnedsætning, personlighedsforstyrrelser. Især om der er en historie med stoffmisbrug.
- Det er nogen gange uklart om pt er set af læge, men "kun" psykolog
- Det sejler. Alt for mange patienter der har behov for hjælp
- Man skal jo skrive, at patienten har så lavt et funktionsniveau, at de næsten ikke kan eksistere, hvis man vil have patienten set akut altså indenfor 80-120 uger.
- Jeg oplever ikke rigtig at der bliver tænkt over diagnoserne eller lavet revurderinger af tidligere diagnoser.
- Se kommentar om CVD.
- Der er alt for mange afvisninger af henvisninger
- For mange afvisninger til op psyk som patienterne jo så heller ikke kan komme til
- Næsten alle henvisninger bliver afvist.

24. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- At der findes en bedre balance ml min henvisningsret som praktiserende læge og hospitalets mulighed for honorere disse
- Det er svært at finde rundt i de muligheder som der er for tværfagligt samarbejde. Sundhed.dk er lidt svær at navigere rundt i - links bliver ændret uden varsel og søge funktionen er virkelig ikke god.
Kunne man ikke bruge AI til at hjælpe så vi kunne stille generelle spørgsmål til sundhed.dk - i stil med "jeg skal tale med en endokrinolog på BBH om en stofskifte patient kan du hjælpe og svaret skulle så være noget med at jeg kan ringe eller skrive en korrespondance til en given afdeling...
- Det er et problem at hospitaler forventer opfølgning af
med f.eks blodprøverb efter indlæggelse med kort responstid som ikke kan bestilles ved mobil lab da de har længere responstid. Derudover er det en anke at vi ofte bedes udføre sekretærfunktioner får hospitalerne i forbindelse med udskrivelse, frem for hospitalet selv gøre deres arbejde færdigt.
- Ambulatoriesygeplejersker skal gerne kunne rådføre sig med speciallæger i stedet for at sende ptt tilbage til os i almen praksis, når de ikke har kompetancerne.
- Hotline fungerer rigtig godt.
For det meste stor venlighed og imødekommenhed ved direkte kontakt med en læge på hospitalet.
Fungerer godt med henvisning til elektive operationer.
Kræftpakkehenvvisninger fungerer for det meste godt.

- Vi har store udfordringer med at komme i kontakt med neurologisk bagvagts på Bispebjerg Hospital.
Vi kan ikke få lov at indlægge patienter eller finde ud af mulighed for subakutte tider eller blot konferere patienter. Det tager os oftest 30 minutter at komme i kontakt med neurologisk bagvagt da deres telefon er optaget. Dette er svært uhensigtsmæssigt hvis man skal indlægge en akut patient. Ligeledes uhensigtsmæssigt for alle de andre patienter vi har der skal sidde og vente i venteværelset, mens vi kommer bagud i forsøget på at komme igennem til neurologisk bagvagt. Der kunne med fordel oprettes en ekstra telefon kontakt til neurologerne, som vi fra almen praksis kan ringe ind på. Det er der andre specialer der har og det fungerer godt.
- Specialistrådgivning fra en speciallæge til en anden er uhonoreret merarbejde. Hvis det blev honoreret relevant, ville det blive anvendt bedre og mere.
Jeg savner at hospitalsspeciallægerne konferrerer med almen speciallægerne.
- Nej.
- Jeg ved at min lede overfor samarbejdet med psykiatrien er afspejlet i en voldsom mangel på resurser i psykiatrien.
Det ændre dog ikke på at det er en meget udfordrende arbejdsrelation.
- Man har prioriteret på kvantitet og ikke kvalitet gennem alt for mange år. Det bliver nok svært at vende den skude.
Har i dag fået en epikrise med en atypisk patient, hvor der tilrådes yderlige udredning med billeddiagnostik og "blodprøver" - det er ærlig talt under standard at sende sådan en skrivelse ud.
Patienten bør ikke kunne henvises til "egen læge" i sygeplejeambulatorier. Kunne afdelingslæge ikke komme hen over så vi undgår det værste pjat?
- Problem af nogle afdelinger ikke besvarer korrespondancer. Specifikt: afd K BBH. Urologisk Herlev
- Der afsluttes flere ikke færdigt-behandlede nu.
Der afsluttes pt. til kontroller, der ikke er aftale om.
- Få kontakt telefonnumre på de sidste specialer på BBH
- langt de fleste kolleger i hosp regi er meget samarbejdsvillige og løsningsorienterede.
Det handler om manglende ressourcer og travlhed når det ikke fungerer
- Der er plads til forbedring
-Også opleves det ved kontakt til nogen afdelinger (ikke alle) at den bagvagt man får kontakt til fremtræder fortravlet og med en attitude der signalerer at man forstyrrer dem i deres øvrige arbejdsgang
- Jeg mener at praksiskonsulent ordningen er utrolig vigtig til at sikre et godt samarbejde. Det sikrer at der er løbende dialog begge veje og jeg oplever at det skaber konstruktive ændringer. Det er vigtigt at sikre denne ordning fremover
- Specialistrådgivningen er et virkelig godt tiltag.
Ligeledes er der kommet kortere svartider på de korrespondenser jeg sender.
I takt med, at der kommer flere og flere multisyge ud i praksis er der meget brug for, at jeg hurtigt kan få hjælp.
- Lægekolleger og sygeplejersker, samt sekretærer i CVI er helt overvejende søde, lyttende og hjælpsomme. Jeg kunne godt ønske mig, at ADHD hotline var tilgængelig i en længere periode end 1 time, 2 gange om ugen. Jeg er meget glad for de kolleger, der ringe til mig, ex diagnostisk enhed, hvor visiterende læge, ville sikre sig, at pt mødte op og at pt. forstod, hvad udredningen gik ud på. Jeg kommer gerne ud fra min konsultation og taler med kolleger fra hospitalet....
- Inform. gerne sgh lægerne om bagom tlf.numre til almen praksis!!
- Det bør fremgå tydeligt af telefon rådgivning til specialister, når den besvares af en sygeplejerske. Hvis man ringer, mens pt. sidder ved siden af, for at få afklaret problemet, er det ikke en hjælp ,at lægen ringer tilbage senere. Så kan jeg også lige så godt vente med at ringe til det passer mig.
- 1. De trælse auto-genererede epikriser burde være forbudt. Man belaster da ikke andre med autogenereret tekst!
2. Afviste henvisninger burde som udgangspunkt visiteres videre af afvisende afdeling/institans og ikke bare sendes retur
- Mere smidighed og være åben overfor individuelle løsninger.
- Jeg kunne godt tænke mig, at der var større forståelse mellem hospital og AP om hinandens arbejdsgange.

Jeg føler ofte, at jeg bliver dikteret opgaver fra hospitalet.

F.eks. kontrol af væsketal om 3 dage. Det er ikke muligt at få mobillab ud med så kort varsel

- Stop opgave flytning uden forudgående aftaler.
Vi drukner i arbejde.
- - Mangler information om mulighed for subakutte tider i hospitalsregi
 - Bedre mulighed for at konferere med speciallæge (og ikke fortravlet bagvagt som ikke har tid)
 - Styrke korrespondance-samarbejdet
 - Bedre information til almen praksis om tilbud i hospitalsregi
- Krav om egentlige epikriser der er skrevet af en læge, ikke fuld journal eller autogenereret tekst.

Henvisninger sendes når AP læge er kørt fast/løbet før for muligheder, så generelt markant færre afvisninger og når der afvises markant bedre plan som også er realistisk af følge.

- Telefonisk indlæggelse bør ikke indebærer viderestilling til ny person: man skal kunen overbringe indstillingen til vurdering på hospotal til den første man taler med som så må finde ud af hvor pt skal hen. Det er grotest hvordan vi sættes rundt og skal ringe op 5 gange før vi kommer igennem til hjælp

Kunne man have 1 telefonnummer der visiterede os til det telefonnummer der fungerer til en rådgivende specialistkollega? De skifter numre, tager dem ikke, skifter tidspunkter for hvornår man kan ringe(ADHD hotline er helt upålidelig)

- Generelt tilfreds. vi kan sikkert arbejde bedre på tværs ved øget opmærksomhed på at sparre med hinanden, huske ikke at "bagtale" vores kollegaer på hospital eller i almen praksis (oftest er der en grund til at en specifik beslutning er truffet). Vil gerne et tættere samarbejde, f.eks sparre om en kompleks patient via korresp. /tlf. mv.
- Jeg har indtryk af et meget godt tilbud form af kontakt til ælremodtagelsens visitator
- Jeg synes, at der er en tiltagende tendens til at patienten sendes tilbage til egen læge som budbringer, speciallægen på hospitalet siger, at du skal henvise til.., uden forudgående korrespondance eller epikrise fra den pågældende speciallæge/afdeling. Jeg sender herefter patienten tilbage til speciallæge/afdeling mhp. korrespondance/epikrise., hvilket ofte bliver modtaget med stor irritation. Jeg tænker, at samarbejdet kan styrkes, hvis der er en god kommunikation mellem os læger og respekt for hinandens arbejde og tid.
- mindre opgaveglidning til almenpraksis. vores rammer er ikke gearret til dette. økonomi og fysiske rammer må være på plads før vi kan rumme de øgede krav.
- Generelt er jeg meget begejstret for BBH og deres tilgang til at få et godt og frugtbart samarbejde med almen praksis som vi får brug for fremadrettet hvor flere opgaver skal lægges ud til almen praksis
- Det kan ikke være rigtigt at man ved rådgivningsfunktioner f.eks. bliver rådet til at henvise til patient til udredning f.eks. i en kræftpakkeforløb og den så bliver afvist af anden speciallæge efterfølgende.

Rådgivningsfunktionen skal være af så høj kvalitet, at man kan regne med deres råd

- Et løft af epikriserne. Jeg skal gerne vise hvordan de bør være. Hvis henvisninger afvises (hvilket er fint) så skriv noget der kan bruges til noget.
- Telefonisterne er grundige, men svære at læse- linjerne er ikke klare
- Vi har jo registrerede direkte numre - ring til os hvis I undrer jer over noget - og tak for samarbejdet...og hvis man så kunne gøre epikriserne bedre via SP - men mine kollegaer på hospital gør det uden tvivl så godt som muligt - kom gerne ud og se hvordan det egentlig ser ud i vores journalsystem:)
- dels mere gensidig respekt og forstående for arbejdsgangene, tage mere ansvar for behandlingen af patienterne på de enkelte afdelinger, undlade at afvise henvisninger på patienter grundet manglende ajourføring af fmk og andre små detaljer. FMk er jo sjældent opdateret fra hospitalerne eller gennemgået med patienterne når de udskrives.
- Temadage er fint. Mere fokus på at godkende henvisninger hvis det har været konfereret med vagthavende læge.
- Jeg synes overblikket over muligheder fx. subakutte tider ikke er der.

Sundhed.dk er tit uoverskuelig at orientere sig på, og når der er konstante ændringer, så er det svært at være opdateret hele tiden.
Det vil hjælpe, hvis vi så noget mere til hinanden. Vi er alt for langt fra hinanden, og vi har hver især en fornemmelse af, at den på den anden side af bordet ikke har nær så travlt som en selv.

Man burde have et ugentligt ophold på hhv sygehus og i almen praksis, hvor man arbejdede for hinanden for at se struktur og lære hinanden at kende.

- Oplever at der mangler et tilbud i hospitalsregi til de svære diagnostiske nødder hvor vi ikke mistænker kræft eller andet der ligger lige for.
- Send gerne oplysninger om mulighed for subakutte tider.

12.1.3 Bornholms Hospital

25. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- Den lokale forankring er efter år med mangel på rekruttering væk. Dvs visitation til lokale tilbud varetages ikke på lokal hospital, hvilket er et problem.
- -Rygkirurg: Ved afvisning står der i forklaringen, at de mangler en oplysning, som står i henvisningen i forvejen.
- Der er nok lidt for mange afviste henvisninger
- Irriterende med afviste henvisninger fra hovedstadens hospitaler særligt da det ofte er videre henviste fra BoH men de ender så fejlagtigt på AP bord
- Henvisning til rygamb og reumatolog afvises meget ofte
- Afvisning af henvisninger pga formaliteter og detaljer, hvor man kan ende med at skulle genfremsende henvisning flere gange og til forskellige subspecialer
- Stigende antal afviste henvisninger (mest på den anden side af vandet)
- besvarer ikke altid på min beskrevne bekymring i henvisningen. stor udfordring med vikarer, som ikke kender lokale forhold. rygambulatoriet!
- Afviste henvisninger især i reumatologi

26. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- Ja med de lokale læger
- -Team for ADHD og Autisme: Ingen problemer med henvisninger. Fungerer godt.
- Hospitalet er flinke til at svare på korrespondancer og den vej give råd.
- På Bornholm kender vi hinanden så afvisninger er som regel handlingsanviste . Nogen kollegaer ringer til os.
- Skønt med mulighed for klinisk korrespondance og sparring før evt henvisning
- Gode handlingsanvisninger fra især BOH, god korrespondance kultur, hvilket har styrket samarbejdet. Telefonisk hotline kan IKKE erstatte dette.
- Indtil 1. jan 2025 har der været en meget høj service med omfattende internmedicinske gennemgang ved henvisninger som har medført god feedback og forslag til videreførsel trods afvisning/godkendelse, især af dem med lidt uspecifikke symptomer hvor vi ikke kunne komme videre
- Stort set aldrig afvisninger fra ortopædi og hvis der er afvisninger, sendes særdeles brugbar begrundelse

27. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Begrundelsen for afvisninger er ikke altid plausibel.
Når jeg henviser til psykiatrien, så er det, da vores tilbud til pt. med psykiatriske problemer i almen praksis er begrænset og jeg er ikke psykiater.
- Ja. Henvisninger afvises ofte og sjældent med vejledning til hvordan man kommer videre med patienten.
- Med mindre pt. er suicidaltruget, og vi henviser akut, så afvises henvisningerne. Har opgivet at sende henvisninger til Psykiatrisk Center, men henviser til København i stedet.
- Egentlig ingen udfordringer
- Det er kun børn vi henviser til CvI de er meget nøjeregnende med indholdet.
- Svært at få accepteret henvisning til både børne- og voksenpsykiatri
- Det kan være svært at gennemskue, om henvisningen går til CVD eller Bornholm, selvom det står specifikt i henvisning, hvor den er til.
Hovedparten af henvisninger afvises, idet pt enten er for god eller dårlig, har prøvet for lidt eller for meget, eller man ikke lige har det helt rigtige tilbud.
- Det er efterhånden svært at få en patient igennem til hospitalspsykiatrien. Mange afvises som "ikke-terapiegnede", men der er jo mange andre aspekter i spil.
- Anvender ikke CVD men henviser lokalt. der er stor diskrepans mellem hvad de accepterer. Bedre feedback ved henvisning direkte. Til CVD er der blot en afkrydsningsliste til svar
- Jeg har hidtil ikke brugt dem ofte

- Lokal visitation

28. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Som regel bliver mine henvisninger accepteret og pt. hurtig indkaldt.
- Desværre ikke
- %
- Godt samarbejde med vores lokale psyk. afd.
- Psykiatrien Bornholm fungerer godt . Er handlingsanviste da vi ikke har mange tilbud på Bornholm.
- Jeg har henvist direkte til psykiatrien på Bornholm, så jeg kender ikke CVI indgangen til psykiatrien.
- Det oplever jeg ikke.
- Lokalt med bedre rådgivning

29. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Man henviser som regel når man ikke kan komme videre. Ellers beder man om et godt råd. Derfor voldsomt frustrerende, når henvisning afvises
- Når jeg sender en henvisning, så skyldes det, at jeg ønsker et givet speciale skal se pt. Ønsker jeg vejledning, så sender jeg en korrespondance og ikke en henvisning. Resultatet af en givet afvisning bliver, at jeg sender pt. til København i stedet, og informere pt om årsagen.
- Den giver råd om det fortsatte forløb og kan også bruges i forhold til orientering til patienten.
- Vi får Meget sjældent en korrespondance.
- Jeg har ikke prøvet det endnu, men jeg forventer, at det er mere smidigt end den gamle retningsanvisning af henvisning.
- Fint med handlingsanvisende henvisninger, så længe det ikke bliver en måde at lægge flere opgaver ud i almen praksis på (f.eks bestil den og den særlige blodprøve eller undersøgelse se først pt et antal gange og afdæk dit og dat, eller indhent, indscan og vedhæft samtlige psykolograpporter osv). Det er en måde at lave opgaveglidning fra hospitaler til almen praksis udenom aftalte forløbsbeskrivelser på, som bliver tiltagende udbredt, uden at der følger økonomi eller ressourcer med.
- Når vi henviser er det jo som regel fordi vi ikke kan komme længere med den viden vi besidder. Fint hvis der gives KONKRETE handlingsanvisninger som vi selv kan stå for. Men hvis det handler om at spille bolden videre til en anden afdeling oplever vi ofte at sagen kan køre i ring. Desuden mangler vi en honorering for håndtering af afviste henvisninger og koordination med specialister. Der bruges ufattelig meget tid på dette og tiden går fra andre opgaver eller forlænger vores arbejdsdag uden ekstra honorering.
- Ofte er det jo gennemtænkte henvisninger og nogle gange er det meget frem og tilbage, hvor vi har gjort et større forarbejde.

30. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det er oftest småting som er ligegyldige for forløbet det efterspørges. Stor frustration. Specielt når epikriserne er mere end mangelfulde den anden vej
- Hvis jeg har lavet en henvisning efter gældende vejledning, og den afvises, så sendes pt. til København. Jeg vil ikke bruge min tid på korrespondancer frem og tilbage.
- Har ikke gjort brug af det endnu
- Det er det rene spild af tid. Vi må prøve at formulere vores henvisninger grundigt og fyldestgørende første gang, men tiden i almen praksis er som bekendt knap og hvis vi hver gang skal gennemlæse diverse forløbsbeskrivelser og følge detaljerede opskrifter før vi kan sende pt. videre, drukner vi i arbejde.
- Bliver bedt om at sende ny henvisning

- Benytter mug næsten aldrig af dette da der sjældent lægges op til supplerende info ved afvisning

31. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

Ingen skriftlige kommentarer.

32. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:

- Står alt for meget irrelevant. Øverst kan der stå, at Almen praksis ikke skal følge op på noget, og i teksten står der noget andet. En epikrise skal være kort, præcis og kun indeholde relevante oplysninger. Ligesom en henvisning.

33. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Fungerer ikke. Der kan blive markeret rød, men lægen, der har markeret det "glemmer" selv at ringe til praksis. Den kan være gul, hvor man ønsker almen praksis kontakte pt, men pt. bor på plejehjem, hvor der er personale, som følger op. Den kan også være grøn, selvom det drejer sig om en sårbar patient, som aldrig selv får taget kontakte til lægehusene.
- Jeg får nogle gange gule epikriser fra skadestuen og jeg har forstået at det kun var egentlige udskrivningsepikriser, der måtte farve-markeres. Men jeg kan jo tage fejl.
- Dog skal de huske at ringe ved rød epikrise
- Ikke alle epikriser, hvor jeg vil mene, at opfølgning er nødvendig, er farvemarkerede, så jeg læser dem alle.
- Benyttes sjældent

34. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Lang ventetid
- Meget lang ventetid på MR og CT og til dels Ultralyd
- Ventetid vi har kun 1 MR scanner på Bornholm.
Vi vil gerne have genindført drop in røntgen. Det letter vores arbejdsgang i AP

35. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Psyk. kan afslutte et forløb med at egen læge skal selv søge for at udrede f.eks. ADHD. I stedet for at gøre arbejdet færdigt, så kan pt. nu se frem til ca. 1 års ventetid på udredning, selvom de ikke har fået det godt.
- Det er meget svært at få en pt psykiatrisk udredt, og det er så ofte mig, der skal bede om den helt konkrete udredning. Jeg har f.eks nogle pt'er der har gennemført angstforløb i psykiatrien, men som først senere diagnosticeres med bipolar sygdom PF eller andet. Der kigges også her meget på én ting og laves ikke en bredere screening (vel pga ressourcemangel)
Jeg får det indtryk, at der kigges efter og slås ned på enhver formulering i henvisningen, der kan begrunde en afvisning.
- Henvisninger afvises over en bred kam
- Ventetid og manglende accept af henvisningerne
- En stor mængde afviste henvisninger. Det kræver meget energi /tid at skrive en henvisning som går igennem visitation

36. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Der findes mig bekendt ingen tilbud for subakute tider på BoH.
- Kommunikationen omkring udskrivelser er fortsat elendig
- Subakutte tider eksisterer ikke på vores primære hospital, med mindre "subakut tid" er en tid flere måneder ud i fremtiden.
- Ingen yderligere kommentarer

- Ja tak til subakutte tider på BoH
Og drop in røntgen.
- Ville være skønt med en mulighed for ambulant hurtig udredning i daghospital, f.eks også med et bredere, geriatrisk sigte, eller f.eks af dyspnø, uden at jeg skal sende henv til først hjerteamb og så lungeamb. Altså at man kiggede mere på den hele patient og dennes behov frem for at tænke så meget i kasser.
- Den tiltagde udbredelse af specialistrådgivning via tlf. hotline er for mig i almen praksis ubrugelig, da det kræver alt for meget tid og ikke giver sikker journaliserbar rådgivning. Man oplever at konferer og få råd om at henvise pt., hvorefter henvisningen så bliver afvist - totalt spild af tid. Korrespondancer gemmes i pt.s journal og er langt mere sikker kommunikation. Så kan vi også holde hinanden op på hvad der er aftalt. På BOH er de super gode til at besvare korrespondancer, jeg har oftest blot brug for svar indenfor få dage og det får jeg. (Kvalitetsmålet om svar næste dag inden kl. 10 lyder som ren utopi i mine ører - men så hurtigt svar har vi som regel slet ikke brug for).
- Hvorfor vil urogynækolog og urolog ikke henvise til hinanden? Ofte tilbagehenvises de til AP mhp at blive henvist tilbage. Stor frustration og et unødvendigt ekstra lægebesøg. I vores klinik er der yderligere 4 mdr ventetid på ikke akutte henvendelser. Så det kan gøre et udreningsforløb for f.eks.inkontinens ualmindeligt langstrukt

12.1.4 Herlev og Gentofte Hospital

37. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- Meget ofte bliver henvisninger til reumatologerne på Gentofte Hospital afvist (>50%)
Når det drejer sig om henvisninger til CVI Psykiatri voksne bliver næsten alle henvisninger afvist
- Udfordrende med afviste henvisninger
- Henvisninger kan tilbagevises på detaljer så som "har pt. givet samtykke?" selv har patienten det ellers henviser vi jo ikke - og nogle gange står tingene allerede i teksten implicit - men fordi det ikke er udpenslet tilbagevises henvisningen
- Der er for mange afviste henvisninger, især fra reumatologi og neurologi. De henviser ofte til primær sektor hvor der er alt for lang ventetid med mulig forværring af pt tilstand som følge.
- Svært at få hurtige billedundersøgelser fx ultralyd af abdomen ved relevant bekymring. Gentofte røntgen afdeling kører meget trægt og langsomt.
Uspecifikke men bekymrende symptomer ender ofte i diagnostisk pakkeforløb, fordi vi ikke rigtig kan få dem andre steder hen. Jeg savner medicinsk daghospital el lign til afklaring af uspecifik gennemgribende sygdom hos de ikke ældre (geriatrisk ambulatorium fungerer rigtig godt, eneste udfordring i perioder er ventetid)
Patienter der allerede er i forløb på specialafdelinger kan jeg nogle gange opleve udfordringer med, hvis der er behov for fremskyndet vurdering. Jeg benytter korrespondance modul men kan savne tlf numre man kan se til primær læge i sundhedsplatformen
Nogle gange er man nødt til at indlægge en patient da ventetiden ambulant er for lang. Det er ærgeligt.
- Ofte afvisninger hvor jeg har lavet et fint oplæg og synes pt er berettiget til at blive vurderet. Hyppigst CVI psykiatri voksne + unge , Desuden ofte afvisning hvis der mangler en enkelt ting i forløbsbeskrivelsen , hvor der er en omfattende henvisning lavet.
- Især hukommelsesklinikken - men også neurologisk afdeling er slæmme til at afvise henvisninger på et spinkelt grundlag
- Kir. afd. Herlev: ikke længere muligt fx at henvise til hernie operation uden rigtig mange supplerende oplysninger - fx ikke muligt at klare det i forbindelse med anden henvendelse. Diagnostisk Enhed: ikke længere muligt at konferere med læge - sygeplejersken ved næsten aldrig mere end man selv ved - siger vi kan henvise for så måske at blive afvist. Uheldigt for både den praktiserende læge og patienten.
- Mange henvisninger afvises i første omgang, de beder om yderligere oplysninger, selvom henvisningen har været god eller de afviser den
- Mange afvisninger, men som oftest med meningsfuld forklaring. Enkelte gange falder pt. mellem to stole, hvilket kan give udfordringer.

- ser sjældent på den hele patient og sender patienter hjem før de er klar
- Svært at svare på spørgsmål på forrige side - det kommer an på afdeling til afdeling. mange afviste henvisninger, særligt neurologi og reumatologi
- Jeg sidder desværre tilbage ind imellem med oplevelsen af at henvisningen slet ikke er blevet læst. Det er den selvfølgelig formentlig oftest, men det bliver de andre tilfælde der fylder.
- ingen
- Alt alt for mange henvisninger afvises på et tyndt grundlag.
Man har indtryk af, at henvisningerne bliver afvist for at frigive tid på hospitalet og ikke for at det er til patientens bedste.
- til tider afvisning af henvisninger trods god beskrivelse
- Synes generelt at altfor mange henvisninger bliver afvist på et grundlag jeg er uenig i
- Afvisning uden forklaring eller plan
- Afviste henvisninger kan være et problem
Nogle gange er det petitesser - hvor det faktisk står i henvisningen men ikke den måde afdelingen vil have
- a) afviste henvisninger er et kæmpe problem i tiltagende flere specialer - ofte med henvisninger til lange kringlede visitationsvejledninger lavet til lokale forhold, som primært opleves som benspænd for at se relevante patienter -vi har mange specialer og afdelinger at samarbejde med og det bør ikke være ok at lave unødige opsættende visitationsvejledninger. Mangler et BMI så regn det selv ud, mangler et tlf nummer til en pårørende, så ring pt op. osv....
- b) Uaftalt opgaveglidning især fra ambulatorie er et kæmpe og stigende problem. VI har opgivet at registre det - sker på daglig basis fra mange afdelinger.
- c) Indlagte patienter (især ældre og skrøbelige + plejehjemspatienter) sendes tiltagende for hurtigt hjem og genindlægges derfor kort tid efter
- d) Tiltagende problem at AKM forventer egen læge giver svar på og tager stilling til deres iværksatte undersøgelser
- e) Epikriserne er oftest autogenerede og alt for lange og ulæselige. Oftest kommer også en mindst lige så lang GOP. VI savner virkelig, at SP IKKE måtte autogenerere disse epikriser så de skulle skrives af rigtige læger, der valgte at skrive det lægeligt relevante og ikke al fylden - det er oplagt patientfarligt.
- Det kan være problematisk, at man efter at have konfereret med kollega på hotline, og med denne aftalt henvisning, alligevel får afvist henvisningen. Det giver meget ekstraarbejde ift kommunikation med patienterne. Reumatologisk afd, Gentofte, har jeg nærmest opgivet at henvise til.
- Igennem de seneste par år og i tiltagende omfang:
Vi oplever mange afvisninger
Vi oplever mange anmodninger om omvisitation
Vi oplever stigende efterspørgsel på udredning uden for hospitalsregi og udredning før henvisning
Vi oplever at hospitalet henviser til egen læge for svar
Vi har oplevet at det var svært at få patienter ind uden billeddiagnostik i fx lungemedicinske pakketilbud
Jeg har flere eksempler på at alvorlig sygdom skulle dokumenteres fra praksis før man accepterede henvisningen
- i enkelte situationer ingen klar retningslinjer ift rollefordeling mellem primær og sekundær sektor
- Får ofte afvist ellers relevante henvisninger.
Får besked om afviste henvisninger, hvor jeg IKKE er den, der har henvist oprindeligt (typisk er pt. henvist af anden hospitalslæge).
- afviste henvisninger fylder mere og mere.
- Henv ved c pulm. går galt hyppigt. Særligt problematisk ved ikke rygere. Ville være fint hvis vi kunne sende dynamisk henvisning i pakkeforløb et sted og de selv kunne visitere til konsultation eller CT, og følge det op.
Afvisning af henvisninger kan være meget firkantet, men det er få specialer det drejer sig om.
- Afviste henvisninger
- Afvist henvisning: skriv gerne en begrundet afvisning med forslag til hvorledes vi selv skal behandle og kontrollere patienten

- henvisning bliver ret tit afvist, de henviser til praktiserende speciallæge, hvor man ved at der er lang vente tid.
- Afvisninger af henvisninger er et stigende problem. Der sendes en afvisning, og selv efter rettelse af denne, kan hospitalet finde en måde at afvise henvisningen på. Det gør samarbejdet og lægens troværdighed ifht patienten problematisk
- Synes tilbagemeldingerne vedr. henvisninger er blevet bedre. Mere konstruktiv kommunikation.
- Svært at henvise til flere og flere afdelinger. Der stilles flere og flere krav til indhold i henvisninger. Desværre bliver der flere afvisninger, som giver øget arbejdsbelastning.
- Andelen af afviste henvisninger er langsomt stigende.
- Afvisninger på spinkelt grundlag - mangler BMI eller lignende
- Afviste henvisninger
Beskrivelse af grunden for henvisning er dog blevet bedre
- Oplever tidvist afviste henvisninger på oplagte specialespecifikke problematikker. Derudover returnering af henvisninger, hvor CVI får visiteret til forkerte afdelinger. Disse bør tilbagesendes til CVI i stedet for almen praksis for korrekt visitering.
- Bedre tilbud til rygpatienter.
Ender ofte med MR skanning før hospitalet ser dem
- Ved afviste henvisninger mangler begrundelse. Hukommelses klinik afviser altid når der ikke er pårørende (selvom vi nu bruger fælles stamkort!)
- Synes oftere henvisninger afvises end tidligere.
- Der kan være henvisninger der afvises, med anvisning til at den skal sendes andet sted hen, og så får man også den retur og så kan man bruge forholdsvis meget tid på at kaste henvisninger frem og tilbage.
Der kan også være afvisninger, med henvisning til behandling i primær sektor, hvor der er ekstrem lang ventetid.
- For mange afvisninger indenfor visse specialer feks reumatologisk psykiatrisk gerontopsyk
- Jeg oplever relativt ofte at hospitalet afviser henvisninger, især til psykiatrien, hvor der ikke bliver taget hensyn til at vi i praksis så og sige har "stødt panden ind i muren" og ikke kommer videre.
Derimod oplever jeg et meget godt samarbejde når jeg har ringet ind til CVI psyk og har modtaget kompetent rådgivning derfra
- Afvisninger
- Afvisninger
- AFviste henvisninger (neurologi, gaskir, reuma, håndkir) med henv til rigide krav - det er alene afvisninger, der laves ved en sekretær, så hospitalet ikke aktiverer deres ventetidsgaranti
- Meget ofte bliver de afvist, eller der bliver bedt om mange yderligere oplysninger (som ofter er skrevet med i første henvisning) eller de ønsker at jeg skal lave flere undersøgelser (blodprøver, rtg, MR mm) før jeg henviser igen, eller de ønsker at jeg skal ringe og drøfte det med dem først, eller at jeg skal se an lidt endnu....
- Der er jo mange forløb der er uproblematiske, men der er tiltagende mange afviste henvisninger, hvor begrundelsen ikke står i forhold til handlingen - at patienten bliver afvist. Det skaber rigtig dårlige oplevelser for både klinikken og patienterne. Og det kan også virke en anelse "nedladende": "Du har glemt at måle et BMI - derfor afvises henvisningen"...
- Mange henvisninger bliver afvist. Det er patienter der er svære at udrede i praksis
- Har fredag den 4/4-2025 modtaget såkaldt "rød epikrise".
Læge har skrevet han har forsøgt at kontakte os. Det må have været efter 12 da det var en fredag.
I epikrisen står der ikke hvad han vil have os til at følge op på.
Og desuden er patienten udskrevet til aflastningsplads.
- Jeg oplever nogen gange at CVI videriserer til anden afdeling end jeg har skrevet og så bliver henvisningen afvist og jeg må sende igen -
eller hvis jeg har skrevet mistænkt diagnose eller symptom og cvi visiterer forkert og den modtagende fling afviser - så burde henvisning gå tilbage til cvi i stedet for til mig.
- For mange henvisninger bliver afvist, det er u hensigtsmæssigt at MR scanninger af knæ er hjemtaget, der er for lang ventetid på demensudredning
- Det sker ofte at man ved konferering med hotline/Bagvagts bliver anbefalet at henvise, hvorefter henvisning alligevel bliver afvist. Det skaber dårlige patientforløb og nedsat tillid i alli-

ancen med patienten. Hvis man har brugt tid på at ringe til specialist og anfører det i henvisning med navns nævnelse bør det være tungtvejende hos den visiterende læge. Det gælder især neurologisk og diagnostisk enhed.

- Der er nogen gange for store krav til paraklinisk dokumentation, når det i selve anamnesen er oplagt at patienten skal udredes på hospital, det forsinker selve udredningen
- Primært udfordring med afviste henvisninger til subspecialiserede afd eller fx ryggkir/reuma. Det er ofte, henvisninger bliver afvist hvorefter ptt henvises som forsikringsptt og så bliver opereret i det private.
- afvisning af henvisninger tiltagende problem
- Mange afvisninger trods relevante henvisninger, de henviser til prakt speciallæger, som så genhenviser eller sender henvisning tilbage med ordlyden at det er i hospitals regi, lidt meget ekstra arbejde
- afviste henvisninger, svært at få fat på relevant speciallæge ved behov for at konferere pt akut, nogle afdelinger kan man ikke skrive korrespondancer til (for ex mikrobiologisk og skal kun ringe). At jeg nu selv skal oprette henvisning for akut røntgen ved fraktura mistanke og give pt svar.
- Helt generelt en del afvisninger af komplekse sager i relevante specialer, men hvor diagnosen måske ikke ligger helt lige for. Kardiologisk afd. udskriver ofte ptt. uden ordentligt resume eller tydelig plan.
- Jeg oplever med jævne mellemrum at henvisningen ikke når til den korrekte afdeling og af den årsag bliver afvist.
Jeg oplever med jævne mellemrum at henvisningen ikke bliver læst grundigt og der efterspørges oplysninger, som allerede fremgår.
- Korrespondancen er tung, det kan være svært at sende spørgsmål som korrespondance og får svar på dem. Svar udebliver ofte.
- Kan få henvisninger afvist, på trods af klar problemstilling og noget der ikke kan klares i primærsektoren. Især hvis pt er multimorbid
- Jeg oplever flere afvisninger af henvisningerne.
- Mange afvisninger
- Meget individuelt hvilken afdelinger der er tale om.
- Overordnet set godt samarbejde. Desværre sker det dog, at der fremsendes henvisning efter aftale med bagvagt, hvorefter henvisningen afvises af visiterende læge.
- Ambulante henvisninger til Neurologisk afdeling bliver ofte afvist trods det er aftalt med neurologisk bagvagt
- Lige så snart pt ikke passer ind i et pakke forløb er der ofte problemer. Det er de komplekse og meget syge pt som bekymrer mig.
- Nogle gange bliver henvisningerne afvist af "et sekretariat", hvor det er tydeligt at der ikke er reflekteret over henvisningen
- Hyppige afvisninger. Eks med hernie. Hvad skal der bruges højde og vægt til hvis jeg skriver pt er overvægtig el lign. Det ændrer jo ikke på at patienten skal kaldes ind.
- Store og ofte relativt detaljerede krav til henvisningers indhold. Dette er ofte svært at honorere i den ramme vi arbejder i. Ofte efterspørges information, som ikke naturligt er en del af en konsultation for relevante problemstilling. Dette medfører ofte behov for fornyet kontakt med patienten for samme problemstilling
- Oplever ofte tilbagevisninger, og besvær med at få patienterne igennem systemet, men lykkes ofte ved genhenvisning el ved koordinering med afd.
- Man har en klar fornemmelse af, at vores henvisninger ikke læses ved indlæggelserne. Ofte bliver Patientens udskrevet uden at man fagligt har taget stilling til differentialdiagnoser. Vi får en fornemmelse af at det går for stærkt
- Det kan kan det være svært når pt kommer med skanninger fra speciallæger, hvor der skal følges op med yderligere undersøgelser i andet speciale på hospital. Hvis der er tvivl om hvilket speciale det hører under afviser alle og jeg skal bruge lang tid på at få nogen til at tage opgaven.
- Jeg synes meget tit mine henvisninger bliver afvist. Det er mest frustrerende når jeg bruger tid på at konferere en patient og hospitalet selv anbefaler henvisning og jeg skriver det og den så afvises. Så er jeg helt magtesløs
- Når der kommer afvisninger, er det godt hvis der kommer anvisninger med i forhold til ting der mangler opfyldt eller anbefalinger til behandling i praksis. Henvisningen sendes hvis der vurderes behov for specialiseret hjælp.

- Afviste henvisninger. I afvisning står der et tlf nummer, man kan ringe til, hvis man ønsker yderligere oplysninger vedr afvisning. Når man ringer får man fat i sekræter eller sygeplejerske.
- afviste henvisninger + forløb i akutmodtagelse, hvor problemstillingen kun bliver overfladisk håndteret
- De fleste afvisninger er begrundet, hvilket er godt.
Mistanke om dissimineret sclerose er svært at få afvist når vi har en begrundet mistanke.
- Ofte afviste henvisninger. Tager meget tid.
- Reumatologisk, Urogyn
- Afvisning (standardfrase) af henvisning grundet mangel på ubetydelige oplysninger for sagen/henvisningen
- Afdelingernes bagvagter opfordrer ofte telefonisk ifm konferering af patient til henvisninger til deres afdeling, men underkendes ikke sjældent af afdelingens visitation.
Dette opleves indenfor reumatologien og af og til indenfor neurologien (især patienter med stærkt faldende funktionsniveau med mistænkt parkinson) og medicinsk endokrinologi.
- Henvisninger afvises uden begrundelse. Stor hjælp at der beskrives en konkret begrundelse og ikke blot henvisning til en instruks
- Mange afviste henvisninger
- Det kan være meget tidskrævende at finde frem til alle korrekte oplysninger der skal med, og mangler en oplysning risikerer man at få den tilbage- oplysninger man tænker er oplagte ved journalskrivning, og ikke altid kan nås i vores pressede kalender
- Det er meget afhængig af afdelinger, nogen afviser med anbefalinger om behandling eller anden vej, nogen afviser bare
- psykiatriske henv. bliver næsten altid afvist
Lang ventetid på demensudredning
- Det er meget tit, at der ikke sendes epikriser til egen læge, desværre. Har især oplevet med Rigshospitalet, at hele 3 dødsfald blandt mine patienter skete uden at jeg blev informeret om det - jeg måtte høre det fra de pårørende.
- Oplever mange afvisninger af henvisninger
- Generelt oplever vi utrolig mange afvisninger på vores henvisninger. Det er der helt sikkert flere årsager til. Nogle afdelinger er særligt problematiske, herunder særligt neurologisk afdeling samt psykiatrisk afdeling. Men også flere af de medicinske specialer herunder særligt endokrinologerne. Hos ortopædkirurgerne oplever vi ofte, at de er så subspecialiserede at henvisningen som vi jo sender til CVI videresendes til et ambulatorium hvorfra man så afviser henvisningen og i afvisningen skriver at vi skal sende henvisningen igen til et andet ambulatorium i stedet for at omdirigere til den relevante instans. Det er blevet så udtalt at vi nu altid varsler vores patienter om at de skal forvente at vi modtager en afvisning af vores henvisning. Generelt forsøger vi kun at henvise når det er relevant.
- Hyppig afvisning af henvisninger (Herlev), særligt inden for endokrinologi og neurologi
- Høj frekvens af afvisninger
Hvis jeg søger hjælp til diagnose afvises patienten.
- Navnlig umuligt at få psykiatrisk henvisninger igennem trods grundig og fyldestgørende journal
Børn og unge helt håbløst
ADHD kan man bare glemme at blive hjulpet med
- 1. Afvisninger hvor det er tydeligt at henvisning og vedhæftede filer ikke er set igennem
- 2. afvisning hvis simple oplysninger som et tlf.nr mangler - i stedet for at aende KM - det er et stort og helt unødvendigt arbejde at skulle starte forfra.
- 3. Afd. har ofte helt urealistiske forventninger til hvad der kan løses i AP, påtager sig ikke nødvendigt ansvar og pt. bliver kastebold mellem afd.
- 4 Afvisningsfraser bestyrker mig i at henvisningen ikke er ordentlig håndteret, frasen passer ofte ikke.
- Jeg oplever af og til at henvisninger bliver afvist med standardfraser, hvor jeg kan blive i tvivl, om henvisningen er læst af en læge.
- Vi får ofte afviste henvisninger. Det kan være småting der gør at henvisningen afvises, eksempelvis mgl oplysning om vægt og højde.(jeg tænker her på sidste henvisning af en ung mand med et kæmpe lyskebrok) Der henvises så til en lang lang vejledning om henvisninger - som vi sjældent har tid at læse. Vi skal så bruge tid på at skrive til pt, der skal svare tilbage om vægt og højde, for at så henvise igen. Man kunne måske bare have målt hans vægt og højde når han kom til forundersøgelse

- Jeg har en patient hvor der er mistanke om alvorlig sygdom. Jeg har i den forgangne uge haft: 2 telefonsamtaler (første hvor henvisning af patient til udredning blev anbefalet), sendt 1 henvisning og efterfølgende sendt og modtaget 7 korrespondancer. Det skyldes at man internt har visiteret min henvisning til en anden afdeling. Den afdeling afviser behov for udredning og skriver det til mig... Jeg fastholder at patienten er henvist, at behandlingsansvaret dermed er overgivet til en afdeling på hospitalet - men det er helt umuligt at få nogen til at forstå, at hvis denne afdeling ikke dels får besked om at det tiltag de har sat i værk afvises - og dels derefter genovervejer hvordan udredning skal foregå - kommer der ikke til at ske noget - og patienten, der mistænkes for malign sygdom bliver ikke udredt. Beskeden fra de 2 forskellige afdelinger er at jeg skal gøre forskelligt..... Det gør mig ked af det og opgivende. Hvordan forestiller man sig at jeg kan sørge for sammenhæng i hele det samlede sundhedsvæsen - og da især i sekundær-sektoren, hvor jeg jo ikke arbejder.
- FMK er ikke altid opdateret og det sørges ikke for medicin ved udskrivelsen
- Jeg oplever at jeg ofte får afvist henvisninger, på trods af at jeg har gjort mig . Ofte er det svært at nå på de 15 minutter der er sat af til en konsultation at nå at skrive henvisningen også da kravet om indhold er meget specifikt. Det betyder også at har man en patient der ikke passer ned i standard forløb er det svært. Der er et begrænset antal linjer i henvisningsformularen, det gør det svært at indsætte epikriser eller paraklinik som fx. røntgenbeskrivelser, ofte må man manuelt sidde og fjerne mellemrum og fraser for at det kan passe ind med antal ord.
Oplever også at hospitals afdelinger ønsker at jeg henviser til en anden hospitals afdeling eller speciallæge på en klinisk indikation de har stillet. Det giver øget opgaver til primær-sektoren. Detr kan også give konflikter i forhold til patienten at "speciallisten / den kloge læge/ overlægen" på hospitalet har lovet / sagt til patienten at egen læge bare kan henviser. Ofte kan det være tilbud der slet ikke kan henvises til, eller oplysningerne og indikationen fra sygehuset er så vagt at det er umuligt at skrive en henvisning der ikke bliver afvist. Jeg oplever at jeg skal fungerer som sekretær og sende henvisninger jeg ikke finder lægelig-indikation for , men heller ikke kan afvise da patienterne er blevet sat i sigte at jeg "bare henviser" Hvis der var forpligtigelse til at man som hospitalslæge selv sender henvisninger til de undersøgelser eller vurdering i andre specialer som man finder indikation for , bliver man jo også nødt til at sætte sig ind i hvad der reelt er af tilbud og om det er et tilbud der skal henvises til i primær eller sekundær sektor. Har oplevet at blive bedt om af kirurg på hospitalet at henvise til kardiologisk tilsyn på en patient præoperativt - det er jo helt hul i hovedet at jeg skal bruge tid på det og at patienten skal til ekstra besøg på hospitalet - det burde kunne rekvireres på hospitalet i forbindelse med forundersøgelsen hos kirurg. Vi oplever også ofte at indlagte patienter får tilsyn fra fx cardiologer, neurologer eller rheumatologer under indlæggelse og svaret bliver at man skal bede egen læge henvise patienten når udskrevet - og igen her føler jeg at jeg skal fungerer som sekretær . Ofte er tilsynet foretaget af yngre kollega, som ikke sidder med visitation - og ikke er klar over hvad det kræver for at få en patient set i hospitals regi. Igen her ville de lære hvad der skal til hvis de får deres henvisninger afvist. Jeg ender ofte med at sende kopi af deres notat og skrive sekretær arbejde hermed udført. Patienten har en forventning om at et kan jeg gøre på en TK eller e-kons - og det er jo helt urimelig forventning at jeg kan klare det på den ydelse. Når man så beder dem bestille en tid bliver de vrede for lægen på sygehuset har jo sagt at jeg bare skulle henvise, og frustrationen er på ingen måde mindre når henvisningen så bliver afvist.
Så mit foreslag den der stiller indikation for henvisning - henviser selv og det skal være muligt for hospitalslæger også at henvise til primær sektor/ speciallæger. Alternativt skulle der være ydelse til almen praksis for at udfører sekretærarbejdet, så skulle regningen sendes til den afdeling der har bedt om ydelsen.
- trods jeg lægger stort arbejde i at skrive en fyldestgørende henvisning, er min oplevelse at afvisningen nogle gange er standard, næste uden teksten er læst eller der en bagatel der mangler.
- Henvisninger bliver hyppigere og hyppigere afvist.
Afvisningerne er begrundede. Nogle gange er det ganske få oplysninger, som mangler - fx blot et telefonnummer (hukommelsesklinikken) (som kunne have været indhentet ved en korrespondance eller en opringning). Andre gange består afvisningen af en meget lang gennemgang af kriterierne for diagnosticering af den specifikke tilstand - og alle de differential-

diagnoser, som skal udelukkes før henvisning. Abd. kirurgisk afdeling ønskede UL af lyskebrok før kirurgisk vurdering - og billeddiagnostisk afdeling ønskede kirurgisk vurdering før UL (den bad jeg dem om at afklare indbyrdes).

- For omfattende krav i henvisninger. Når de 15 minutter med patienten er gået, ville det ofte være nødvendigt med genindkaldelse til en henvisningskonsultation - nye 15 minutter. Er også begyndt at få patienter til at sende oplæg per mail. Nogle gange mangles forståelse for vores kliniske fornemmelse.

38. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- henvisninger til ortopædkirurger, mave-tarm-kirurger og urologer, samt endelig gynækologerne er vældig fint
- henvisninger til pædiaterne går oftest også godt.
- Flere laver handlingsafviste tilbagemeldinger op afviste henvisninger
- Korrespondance fungerer, men ikke med alle afdelinger
- Hvis man ringer og taler med bagvagt kan man lave en aftale
- Især ort.kir afviser kun få og ofte med gode faglige grunde. Det samme gælder hæmatologer, neurologer og urologer der kommer med god forklaring og løsningsforslag ved afviste henvisninger.
- Jeg synes generelt der kommer gode forslag med på afvisninger.
- Hæmatologerne kommer altid med meget omhyggelige forklaringer
- Jeg oplever god opbakning fra obstetrisk og gynækologisk afdeling Hillerød, men gode drøftelser af patienterne
- Neurologerne på Herlev har vi også et godt samarbejde med
- Neurologisk amb Herlev
- Urologisk amb. Herlev
- Hæmatologisk amb RH altid fin plan for pt ved afvisning.
- Børneafd. Hillerød
- Gyn Hillerød
- Jeg har bl.a. fra børneafdelingen modtaget konstruktive afslag på henvisninger som jeg kunne bruge i min dialog med forældrene i vores fremadrettede forløb.
- Jeg har også fået brugbare afviste henvisninger fra urologerne
- Kardiologisk afd. Henvisningerne går igennem - hvis man husker at vedhæfte EKG på de relevante patienter.
- Altid venlige bagvagter/hotlines med mulighed for at konferere en patient.
- Hotlines fungerer meget fint
- Godt samarbejde ved henvisning til faldklinikken/geri amb.
- cvi er altid hjælpsom
- Dejligt med hotlines
- Dejligt når der er forklaring og plan i afvisning. F.eks. hvad der så skal ske med patienterne
- Godt samarbejde med pædiatrisk afd Herlev helt generelt, både når pt henvises og afsluttes. God at ringe og vende relevant problemstilling med.
- Rådgivningen på hotline er meget velfungerende og smidig. Særligt lunge- og endo hotline yder venlig, kompetent hjælp.
- Vi oplever generelt godt samarbejde med CVI Midt og akutmodtagelsen
- hotline tlf er til en stor hjælp. Det er vigtigt at specialistrådgivning er tilgængelig
- God og venlig sparring når man ringer til div bagvagter og hotlines.
- Jeg oplever fin information i forb. med afviste henvisninger
- Når der bliver lagt en plan man kan følge og hjælpe patienten bedst muligt
- især psykiatri henvisning er en udfordring. man ved næste på forhånden at det bliver afvist.
- Manglende tilbagemeldinger efter ambulante besøg og indlæggelser. Mangelfulde epikriser. Opgaveglidninger
- Kan få henvisning retur, men heldigvis vejledning ofte hvad som mangler.
- Synes understøttelsen med billeddiagnostisk, skadestue mv. fungerer virkelig godt.
- Mange afdelinger er blevet gode til at svare korrespondancer - især nefrologerne og intern medicin generelt.
- Vil gerne fremhæve godt samarbejde med Nefrologisk afdeling HeH; både ift telefonisk henvendelse til bagvagt/skriftlige korrespondancer og ved afviste henvisninger, hvor man altid får en grundig begrundelse for fx afvist henvisning og råd/anvisninger til videre tiltag i almen praksis.

- Gode hotlines - diabetes/endokrinologi
- Fedt når der ved en afvisning er en god plan for behandling og opfølgning
- God kommunikation med bagvagter og hotlines generelt (herunder Endo , Reuma og Steno)
- Skønt med hotline til div. specialer
- Synes generelt der er kommet gode forklaringer på eventuelle afvisninger.
Men jeg synes ikke jeg oplever så mange afvisninger.
Jeg bruger også meget lang tid op at skrive nogle ordentlig henvisninger, og det tror jeg fremmer samarbejdet.
- Jeg oplever et fantastisk samarbejde med Gentofte og Herlev hospital hvor der altid er bagvagter klar til at besvare spørgsmål fra os praktiserende læger og hvor jeg hurtigt kan komme videre med patienten og lægge en god plan. Især ros til neurologisk, urologisk, reumatologisk, kardiologisk, ortopædkirurgisk og endokrinologisk afdeling hvor jeg er meget tilfreds!
- Demensklubben Herlev - afviser teknisk, men begrundet altid, hvad der mangler i henvisning (oftest nummer på pårørende)
- Jeg har nogle gange "henvist" en pt. men samtidig gjort klart at Sygehuset måske kan klare det ved en melding tilbage til mig eller patienten. Det kan være en god løsning til nogen.
- Faldklubben
- Rigtig godt med hotline, ofte hjælpsomme kolleger
- Pakkeforløb fungerer som regel godt, konferering pr telefon er ofte givende. Nogle specialer tilbyder subakutte vurderinger
- God sparring med hukommelsesklinik, ofte for at undgå unødige udredninger i en skrøbelig population.
- De kirurgiske afdelinger er oftest meget gode til at se og vurdere patienterne. Vi har i vores område generelt haft et stort problem med at få reumatologisk og neurologisk afdeling til at se patienterne
- Jeg bruger ofte enten at henvise eller skrive korrespondence m mine spørgsmål og skrive, at de gerne må besvare min henv med en afvisning og svar på mine spørgsmål - på den måde kan jeg meget hurtigt få lagt en relevant plan uden pt ses i hosp regi - det både nefrologisk, enfp.
Jeg har en glimrende samarbejde m sp hukommelsesklinikken Herlev; skriver ofte korrespondence m behov for hjælp til kompl demente plejehjemsbeboere.
- Jeg synes faktisk at det fungerer over alt forventning, mine henvisninger bliver stort set altid accepteret og hvis de bliver afvist, så er det i det store hele med en vejledning/anbefaling som jeg kan herfra praksis, meget tilfreds
- Dog findes der også fin hjælp og støtte specielt klinik som hukommelses klinik og deres hotline er guld værd ,
- Meget tilfreds med urologisk afd. der giver klare instrukser for (gen)henvisninger.
- Jeg er rigtig glad for hotlines og muligheder for at vende henvisninger med bagvagter.
- .
- sjældent
- Der er oftere vejledning i forbindelse med afviste henvisninger
- Meget venligt personale hos CVI
Gode bagvagter, som gerne vil rådgive.
- Oftest fin tilbagemelding om årsag, hvis henvisninger afvises.
- Vedr. akutte patienter oplever vi et godt samarbejde med neurologerne og de medicinske specialer
- Pt med gastric bypass i Tyrkiet og svært fejrlærret med hypoalbuminuri og ødem til følge indlagt og udskrevet x flere. Overlæge på gastroenterologisk fik til sidst hjulpet med henvisning til jeg idovre - super godt samarbejde.
- God vejledning hvis hotline eller lign benyttes
- Røntgenafdelingen går ofte fint.
- Generelt imødekommenhed og ønske om samarbejde, når kommunikationen foregår mundtligt (via tlf.) og ofte også vha. korrespondancer (der ofte bruges som faglig sparring, men også kan bringes i spil efter en anbefaling om en henvisning på anden vis eller til anden modtager).
- oplagte diagnoser går ofte igennem
- Jeg synes faktisk der er begyndt at komme bedre planer med afvisningerne. Det gør det ikke nemt men i hvert fald forståeligt og muligt at forklare patienterne
- Se oven for.

- Kan altid ringe og få søde kollegaer i røret.
Tager dog tid.
- O-kir Herlev
- Hurtig besvarelse af korresp vedr spørgsmål der kan spare opkald til bagvagt.
De fleste henvisninger godkendes og hvis ikke relevante tilbagemeldinger og anbefalinger
- Diagnostisk enhed er gode til at komme med alternative forslag til relevant udredning
- kardiologisk Gentofte
Tager henvisninger alvorligt og giver hurtig tid
og eller svarer relevant med mulig behandlingsplan
- godt at afvisninger nu følges af råd og vejledning
- Afd for blodsygdomme og Herlev/ Gentofte endokrinologisk svarer altid på henvisninger og korrespondancer og tager henvendelser meget seriøst.
Flere afdelinger svarer aldrig på korrespondancer
- hotline - særligt endokr. hotline er virkeligt godt
hæmatologisk afd. RH er meget hurtige og gode til at besvare korrespondancer
Synes generelt altid at bagvagter er gode til rådgivning når man ringer
- Det er godt, når der er en udførlig forklaring på at en henvisning er afvist - at det ikke er en standardfrase, men begrundet i faktiske forhold og med råd om hvad der skal gøres og hvornår man gerne vil have en ny henvisning
- Overordnet set oplever vi utrolig godt samarbejde med hæmatologerne på RH som er gode at konferere med og giver nogle meget brugbare og gode råd.
Hukommelsesklinikkerne særligt på Herlev men også RH er også meget grundige og gode både skriftligt men også ved telefonisk konference.
- Elsker ved afviste henvisninger at der er gode anvisninger til at komme videre med patienten! Så gør det ikke noget med afvisninger, hvis der er god forklaring og råd!
- Somatisk går det bedre
efter lægevagten blev nedlagt varetages der dog mange problemer som ikke hører til i hospitals regi, navnlig på børneområdet
Hotlines fungerer godt, selvom henvisningerne af og til afvises trods hotline beder om det?
- Klinik i et område hvor vi har 2 nærhospitaler: Herlev/Ge og Hillerød.
- Jeg oplever oftere og oftere at handlingsanvisende afvisninger af henvisninger er brugbare ift. den fortsatte håndtering af patienterne i praksis.
- Vi får ofte også afvisninger på en henvisning der er lavet efter aftale med bagvagt. Når det ikke sker er det jo skønt. Så måske man kunne indbygge at hvis henvisningen er lavet efter aftale med specialist på afdelingen, da afvises henvisning IKKE
- De gange jeg ringer og taler m speciallæge/bagvagt er der altid meget fin og patient orienteret hjælp. Super m hotline
- Det har hjulpet det sidste halve år at afdelingerne er begyndt når de afviser, at skrive forslag til hvad jeg kan gøre fx. du kan selv tage ktl af blodprøver om 3 måneder og hvis fortsat skæve eller over en fastsat grænse så kan du henvise
- hvis en henvisning afvises, at der så kommer en god vejledning til videre forløb hos mig, med konkret information
- Brystkirurgisk/billeddiagnostisk vedr mammatumorer - vældig god service: De kan godt læse og selv graduere tilbuddet i forhold til de beskrevne symptomer og fund.
- Gode vejledninger ved afvisninger oftest. Burde omdøbes til noget andet end afvisning, feks afsluttet med vejledning. En henvisning kunne også hede en henvisning eller et fagligt input ønskes. Ved godt der er hotlines men i en meget travl klinisk hverdag nås det ikke.

39. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Jeg føler ofte, at det er en it-algoritme og ikke et menneske, der visiterer. I 2024 blev efter min erindring samtlige henvisninger afvist, hvilket har været det værste år. Den trend har stået på siden ca 2021.
Noget lignende kan siges om henvisning til børne- og unge-psykiatrien, der dog er bedre, men formentligt overbebyrdet i.f.t ambulante ressourcer.
- Igen meget udfordret af afviste henvisninger
- Alt for ofte tilbagevises henvisninger med at pt skal henvises til primær sektoren - der er bare alt for lang ventetid og pt. kan ofte ikke vente
- Nogle af de meget dårlige patienter afsluttes for hurtigt i ambulante forløb med forværring/genindlæggelse til følge.

Det kan mærkes at der mangler ressourcer i børnepsyk., det kræver merarbejde hos os og pt bliver kastebolde ml kommune, os og psykiatrien. Vi står tit magtesløse tilbage uden at kunne hjælpe.

- Patienter med kroniske psykiske sygdomme, der har behov for at blive fulgt løbende ved PPpsykiater har ofte selv meget svært ved at få konaktet psykiater og få tid, fordi ventetiderne er så voldsomme. Det kunne være virkeligt rart, hvis man kunne henvise fx. skizofrene, bipolare eller gennemgribende depressive patienter til CVI mhp. hjælp til tid ved pp psykiater. Der kan godt være nogle måneders ventetid.
Det er fint at ptt der skal udredes for ADHD el autisme selv skal booke tid, men jeg oplever at den anden gruppe tabes.
Enkeltstående konsultation er ok men i få tilfælde, ofte skal de følges i længere tid.
- Patienter jeg vurderer er i målgruppen ,vspecielt unge pt under 25 afvises ofte. Ikke alle har råd til psykolog og privatpraktiserende psykiater, har lang ventetid, og en enkelt akut henvisn til psykiatrisk vurdering er ikke nok for pt. Desuden afvisning af ældre i gerontopsyk. De bliver også afsluttet trods multifarmaci.
- Meget svært at få henvisninger i gennem til pakkeforløb. Når der afvises med besked om at henvise til ppp, var det bedre om afdelingen SELV fandt en ppp der har acceptabel ventetid
- Der er ikke enighed mellem rådgivning og visitation. Man kan opleve at få anbefaling omkring henvisning, som så afvises.
- Det er meget svært at få en henvisning igennem, de fleste afvises af den ene eller anden grund
- Langt de fleste henvisninger bliver afvist.
- Mange afvisninger
- Stort set alt afvises
- alle ude undtagelse kommer retur mindst en gang
- jeg oplever at nogle henvisninger afvises med forslag vurdering i hos praktiserende psykiater, men i denne sektor er ventetiderne tæt på 52 uger.
Men det er nok primært et kapacitetsproblem, samarbejdet er såmænd meget godt.
- Jeg oplever at de ikke altid gennemlæser mine henvisninger.
- Det er for lidt kapacitet til at modtage patienter
- Der kan være afviste henvisninger men de tager hyppig patienten ind til en vurdering men for at få en patient set kræver det en meget gennemarbejdet henvisning
Det er tidskrævende
- Ved slet ikke hvor jeg skal starte. Ofte afvises af ufaglige grunde og patientens tid udsættes til gavn for ingen. Vores indtryk er deres funktion primært handler om at afvise relevante sager oftest med henvisning til et helt arbitrært krav om en lille ikkelægelig info som mangler i henvisninger. Det tager al for megen tid i AP at forsøge at samarbejde med CVD psyk
- Opleves tiltagende svært at få psykiatrien til at modtage patienter.
Det opleves provokerende med standardafvisninger som begrundes med at ptt skal håndteres i primær sektor da fx symptombyrde og funktionsniveau ikke er påvirket nok, når det omhandler ptt der har været sygemeldte i årevis eller som ikke er i stand til at gennemføre uddannelse.
Det vil være mere reelt at begrundelsen er "ingen plads" - det andet (at de ikke er syge nok) er næsten ubærligt at skulle fortælle patienterne.
Der er ikke et reelt tilbud i primærsektor, da der er ca 1års ventetid på pp psykiater og kun få (og meget sjældent de sygeste) har mulighed for psykolog. De kommunale tilbud er ligeledes yderst begrænsede i hvert fald i den kommune jeg arbejder i. Det overlader psykiatriske ptt til AP, som ikke er fagligt el tidsmæssigt rustet til disse patienter.
- Det virker som om, 'man' i henvisninger nærmest leder efter detaljer man kan afvise på.
- Der afvises mange af vore henvisninger- især dem til børnespsykiatrien
Indimellem oplever vi at der gives meget kort svarfrist (voksenpsykiatrien) til at vi kan vende tilbage med supplerende oplysninger fra patienten (således umuliggøres et nyt fremmøde og genhenvisningen præges heraf- desuden betyder det øget administration på lægeposten)
De nye akutte tider i primær sektor er kun til angst og depression (som vi oftest selv kan behandle)
Der er lang ventetid i primærsektor
- ingen særlig kommentar
- flere og flere afviste henvisninger.

- Forløbsbeskrivelser til psykiatrien er vanskelige at gennemskue i forhold til hvad der kan udredes i en pakke i hospitalets regi og hvem der skal i op psyk regi. Det ville jeg gerne have et bedre overblik over.
Jeg savner at skizofrene pt'er der ikke modtager medicinsk behandling kan få løbende ikke medicinsk behandling og fastholde kontakt i psykiatrien, da på psyk ikke vil have dem. Det synes jeg er at underkende diagnosen og ikke-medicinsk behandling
- For det meste fornuftig behandling af henvisninger
- Afviste henvisninger pga manglende resourcer i psykiatrien
- tit afvisning, især på pts. vegne.
Lang vente tid hos praktiserende psykiater.
- Synes det er blevet bedre, men der mangler nogle gange råd til videre plan.
- Jeg henviser efterhånden ikke mange til psykiatrien, da det kun er den hel tunge psykiatri, som kommer gennem visitationen.
- Alt afvises er min erfaring. Jeg har lige givet op på at lave henvisninger til psykiatrien
- mange afviste henvisninger
- Oplever hyppigt afviste henvisninger og ofte med vage begrundelser og uklare retningslinier for visitationen.
- Mange patienter med dobbeltdiagnoser - ellers spørgsmål om dette, hvor det for praksis er svært at være tovholder på dette og store ventetider generelt i primærsektoren
- Det sjældent jeg henviser. Alle vil jo til privat psykiater for tiden.
- Afvises meget ofte
- Mange henvisninger afvises
- Det er jo afvisningerne. Hvordan pokker skal vi så hjælpe patienten?
- De kræver fuld journal førend de evt vil modtage pt - alt for ofte svaret Hører ikke ind under deres regi
- Mange henvisninger bliver afviste til trods for at der er lagt et stort stykke arbejde i at skrive "den gode henvisning" her i almen praksis. Det opleves meget frustrerende. Ofte bruger vi halve og hele timer på at skrive en god henvisning, så vi prøver virkelig at gøre vores arbejde ordentlig. Så føles det meget frustrerende at opdage næste dag at henvisningen er blevet afvist.
- Afvisninger
- Afvisninger
- Ofte er svaret "ikke til hospitals psykiatri" skal ses i primær sektoren, hvor der er meget lang ventetid.
- Vi oplever jo at tærsklen for at modtage en patient langsomt øges - og det medfører altså problemer hos os, fordi vi jo så skal starte lidt forfra og finde på alternativer.
- Der bliver afvist for mange
- Der er meget stor forskel på patienternes forventning og virkeligheden, det er u hensigtsmæssigt at så mange afvises og henvises til at søge praktiserende psykiater som reelt kun er en mulighed for folk med sundhedsforsikring. Særligt når pt er anbefalet henvisning fra os til forløb i psykiatrien af en i akutmodtagelsen, hvor det så ikke er muligt. Der synes ikke at være en behandlingsgaranti.
Pt afsluttes for let i ambulatoriet, selvom man ved det er en udfordring for dem at komme afsted eller ringe, derved kommer de til at 'cykle' frem og tilbage mellem os, akutmodtagelsen, ambulatoriet unødigt.
- Selvom man har lavet en udførlig henvisning der opfylder kravene fra forløbsbeskrivelsen, afvises henvisninger ofte, nogen gange på peditesser som ikke er afgørende for casen og info der alligevel indhentes ved patientens forsamtale. Det er en skrøbelig population og at forberede dem på at der skal et antal henvisninger til før man bliver accepteret, skaber endnu mere udryghed og følelse af at ingen vil dem.
- Det er nærmest umuligt at få en henvist patient vurderet også når patienter lider af moderat og svær depression.
Man får indtryk af at visitationen kun ser virkeligt svært syge patienter. Til gengæld mener jeg, at de bliver ved med at se kronisk syge patienter som godt kunne overgå til kontrol hos almen praksis. Ved de svære kroniske psykiske sygdomme har flere af patienterne gode perioder hvor vi kan se patienterne og når de har svære perioder kan vi henvise dem igen, men det fungerer ikke særlig godt
- - ofte afvisninger trods meget udførlige henvisninger eller allerede at have konfereret med psykiater, der beder om henvisning. Derefter ringer jeg oftest op til visitationen - og oftest bliver henvisningerne så godkendt. Det virker omsonst.

Meget svært at finde kriterier for henvisning og så sent som i dag ringede jeg til CVI Psyk og drøftede vedr henvisning af kompleks pt, hvortil det endelige svar blev, at jeg jo kunne forsøge at henvise, så må vi se, om den går igennem. Jeg ved ikke, om visitator var belastet eller hvad der foregik, men jeg kunne ikke få svar på mit spørgsmål om, hvortil denne pt hører...

- Udfordringer mht BUP, uoverenstemmelse ml forældres og PPRs ønske til mine henvisninger og CVI børnepsyks vurdering
- Der er en del patienter som helt klart ikke skal ligge på vores bord, men gør det, paranoide skizofrene og dem får vi ingen hjælp med når vi henviser
- De fleste psyk henvisninger blev afvist med diverse begrundelser, så det ender i de fleste tilfælde med henv til privat praktiserende psyk
- Henvisninger læses ikke tilstrækkeligt igennem, henvisninger afvises på mindste "fodfejl" eller manglende oplysninger, som ikke har betydning for pt.s samlede problemstilling.
- Blot at ventetiden til privatpraktiserende psykiatere er en joke. Og at børne-psyk afviser så meget at man nærmest ikke føler at det er et brugbart ambulant tilbud.
- Indtryk af at man nogle gange skal skrive bestemte fraser for at få patienterne vurderet i stedet for afvist.
Udfordrende at børn og unge, nogle gange afkræves PPR vurdering før at de kan ses - der kan være meget lange ventetider på PPR.
Nogle gange afvises meget syge og forpinte patienter, så jeg har været nødsaget til at sende dem til PAM mhp. akut vurdering for at få dem set af akutteam.
- Hvis ptt. ikke har fuldført forløb i psykiatrien af forskellige årsager, så kan det være svært at komme igennem med ny henvisning. Ofte er ventetiden på epikriser lang.
- ofte tilbagevisning på spinkelt grundlag, fx hvis der kun mangler 1 enkelt oplysning
- Alt for mange afvisninger
- Nærmest umuligt at få en henvisning igennem.
- FØrtsat for mange afvisninger
- Oplever fortsat en del udfordringer, men det vurderes dog at være blevet bedre og patienterne inviteres ind til en visitationssamtale.
- Hvis privat praktiserende speciallæge har erklæret pt for komplet til PPP så er det frustrerende når henvisningen bliver afvist
- Ligesom forrige spørgsmål så kan en henvisning blive afvist uden at den rigtig er blevet læst.
- Har næsten opgivet at henvise, gør det så sjældent nu.
- -
- Henvisninger til psykiatrien kan ofte ikke ses i akutford system. Men akut psyk Ballerup er meget søde til at tage imod psykaitriske akutte problemstillinger.
Men ofte lang ventetid på behandlingsforløb eller også henvises der til primærsektor hvor der også er lang ventetid
- Afvisning på afvisning og alternative forslag er ikke mulige for patienterne, da Primærsektoren ikke er gearet til at hjælpe patienterne,
For børnenes vedkommende er det PPR der fungerer helt uanstændigt i de fleste kommuner i vores område, for de voksnes vedkommende er det ventetider på op til 1 år. Det nye system med hurtig udredning ender med en hurtig udredning og så står vi tilbage i klinikken uden behandlingsplan eller anden psykiatrisk assistance til at hjælpe patienten
- Henvisninger til regionh psykiatri bliver ofte afvist med besked om at problemstillingen høre til hos pp psykiater. Det er svært når patienten ikke har ressourcer til at booke tider. Nogle gange er der brug for et forløb som ikke kan tilbydes hos pp psykiater, men jeg bliver alligevel nødt til at sende patienterne den vej først. Dvs sige at de skal vente på tid hos pp psykiater for derefter at blive sendt videre.
- Jeg føler ofte det er uforudsigeligt om henvisninger afvises eller ej
- Gerne anvisninger til hvad der kan gøres hvis ikke de vurderes at være syge nok til hospitalsregi, da vente tiden på en pp psykiater kan være år.
- afviste henvisninger
- Der er mange afvisninger fra psykiatrien. Også i tilfælde med ret tung psykiatri, som er nøje overvejet ikke kan håndteres i almen praksis eller hos privat praktiserende psykiater. Særligt ved flere tunge psykiatriske tilstande samtidig.
- Kan ikke se vedhæftninger. Meget svært at få henvisning igennem.
- mange afviste henvisninger

- For mange afviste henvisninger på patienter der har psykisk sygdom. Patienter mellem 16-18 år med angst og depression kan have svært ved at få hjælp. Kommunerne har begrænset relevante tilbud trods psykiatrien ønsker udredning den vej.
- Henviser ofte til primær sektoren, hvor hjælp af patienten indenfor en realistisk tids horisont er helt urealistisk eller utilstrækkeligt især hvis flere faggrupper skal involveres. B & U afviser nogle selv om patienterne scorer til moderat eller svær depression og dermed tilhører deres optageområde.
- Stor pukkel i udredning af unge med psykisk lidelse, samt unge voksne.
- altid afvisning
- Forventer ofte at en henvisning afvises
- Afvisninger uden andet foreslag end henvisning til PP psykiater.... Der er over 12 måneders ventetid
- det er meget få pt. de vil se - henv. ofte til privat praktiserende psykiatere som har + 12 mdr's ventetid
- Nej
- Vi får afvist stort set alle henvisninger nærmest uanset henvisningsdiagnose. Forventningerne til den forudgående udredning er urealistisk. Der er en del privatpraktiserende psykiatere i denne region, men de har så lang ventetid at det ikke er et egentligt tilbud.
- Stort set alt afvises
- Jeg oplever af og til at henvisningerne ikke er læst ordentligt igennem og kommer retur, fint at der nu er mulighed for at specificere og dermed få henvisningen igennem
- Afvisninger af pt'er hvor det er åbenbart at opgaven ikke kan løses i PPP - i AP eller kommunalt.
- Mange henvisninger afvises, selvom patienterne er meget dårligt fungerende og ikke kan få en hurtig tid til psykiatrisk vurdering på anden måde
- Det er mere reglen end undtagelsen at henvisninger til psykiatrien afvises. Det er frustrerende og ekstremt tidskrævende. Vi er ofte i klemme mellem patienter, et ikke fungerende PPR system, forsikringer der giver pt hvad de betaler for. Vi klarer jo alt det vi synes vi kan stå inde for, så når vi henviser er det jo fordi vi ikke kan klare det mere
- Ved afvisning henvises til forløb ved praktiserende psykiater vel vidende at ventetiden er så lang at det for mange lidende patienter ikke er et reelt alternativ
- Mangler mulighed for direkte henvisning/ overførsel af data til Psyk skadestue
- Hvis patienterne ikke passer ned i et forløb, og det gør patienter oftest ikke så er det svært at få hjælp.

Har oplevet at få afvist henvisninger hvor psykiater i primær sektoren har vurderet at patienten var for kompliceret til at hun kunne håndtere denne behandling at gentagende gange få afvist min henvisning om at jeg da bare kunne overtage off label behandling på svært syg patient. Efter flere afviste henvisninger måtte jeg indvolvere praksiskonsulenten før det lykkes. Det er enormt tidskrævende og tager tid far andre kerneopgaver i almen praksis. Som med somatiske henvisninger frustrerende at man ikke kan kopiere tidl. epikriser og andet ind pga. begrænsning af ord.

- igen, næsten alt afvises.
- Er blevet bedre eller vandet løber andre veje. Vi bruger forsikringer, PPR, forældre, grp 2. finten.

40. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Forholdene er gode i.f.t. henvisninger til praktiserende voksen-psykiatere. M.h.t. børnepsykiatere i bedst fald tvivlsomt p.g.a. for få kapaciteter i.f.t. behovet.
- Fin dialog ift afviste henvisninger
- Hotlines er gode og hjælpsomme.
- Jeg synes psyk amb tager godt imod, når der er forværring i de tungere psykiatiske patienter. Jeg synes egentlig at børnepsyk tager ok imod, når der er lavet grundigt forarbejde, men kan være svært i nogle tilfælde hvor der er forværring i ventetid. Hvad kan tilbydes der?
- Ingen kommentarer
- Enkelte afviste henvisninger har indeholdt konstruktive råd til at komme videre

- Godt med de nye hurtige henvisninger til speciallæger
- God hjælp hvis man ringer
- gerontopsyk fungerer godt.
- %
- Når der beskrives alternativer og stillingtagen til hvad der skal ske med de afviste patienter
- Intet godt at sige. Overhovedet.
- Desværre svært at få øje på
- ingen kommentar
- Hvis man lave en ordentlig henvisning synes jeg generelt mine patienter også visiteres til forløb.
- pp psykiatere giver ofte en god behandling (når pt endelig kommer til)
- Afviste henvisninger er begrundede.
Jeg er blevet ringet op i forb med afvist henv og en forklaring ved en særligt udfordret pt.
- For det meste fornuftig behandling af henvisninger
- det hurtigere indkaldelse, hvis de er en ung over 18,
- Synes faktisk henvisningerne omkring tunge diagnoser skizofreni mv. fungerer fint.
- Fungerer ok i angst og depressionspakkeforløb
- -
- Der er altid mulighed for at ringe op.
- Henvisninger til pakkeforløb i psykiatrien bliver sjældnere afvist end "almindelige" henvisninger.
- Heldigvis fungerer det relativt godt for de mest syge patienter. Det er da et godt tegn, selvom de ikke fylder helt så meget hus os.
- -
- Jeg synes det er rigtig godt at vi psyk, nogen gange skriver efter manglende oplysninger i en korrespondence og man så ved besvarelse af den kan holde henvisningen åben
- Epikriserne er gode for dem der kommer igennem
- Jeg oplever et godt samarbejde med gerontopsyk amb, Ballerup, omend det er logistisk udfordrende kun at kunne ringe til dem i en time om dagen.
- Det oplever jeg aldrig, heller ikke i tilstrækkelig grad i PAM
- Det kan jeg ikke umiddelbart - det er ikke klart for mig
- Generelt afvisende for at hjælpe og henviser til politiet , trods vi hele tiden får at vide at nu er der akut beredskab team som skal hjælpe i de svære opgaver
- Fint at CVD laver visiterende samtaler.
- Jeg finder det specielt udfordrende at få børn og unge vurderet. Men dejligt at de er begyndt at indkalde til afklarende samtale.
- Kompetencecenter for transkulturel psykiatri kommer med meget begrundede afslag, hvilket er rart når det skal formidles videre til patienten.
- ok med henvisninger til demensklínik
- De er ofte meget behjælpssomme med at få pt de rette steder hen.
- Godt med sparring inden henvisning
- Dette samme som forrige side
- se ovenstående
- Jeg oplever at det glider let med henvisning af børn med spiseforstyrrelser.
- Jeg synes patienterne generelt får en god behandling hvis de bliver modtaget. Afvisninger kan også have årsager som man så kan se på om de er opfyldt og sende en ny henvisning
- -
- Ingen kommentarer
- psyk hotline fungerer godt
- Er hjælper at ringe og tale med visitation for godt råd
- hvis man ringer til visitationen vedr en pt. man er særligt bekymret for så ser de ofte pt.
- Jeg synes, det er velbegrundede afslag og med anvisning af en plausibel årsag, når en henvisning afslås. Jeg oplever sjældent, at mine henvisninger afvises.
- Hukommelsesklínikken er rigtig god.
- Det opleves af og til at der afvises grundet petitesser og det opleves som om at man blot vil købe tid for at beskytte psykiaterne og det kan vi selvfølgelig godt forstå, men det rimer dårligt på psykiatriplan.
- -
- Har god erfaring med at ringe for at høre mere specifikt om hvilke formuleringer der giver positiv respons og hjælp til patienten - men det burde ikke være nødvendigt

- Af og til videresender CVD henvisningen til en PP psykiater til fremrykket vurdering. Det er virkelig hjælpsomt, når det sker.
- Anorexi afdelingen fungerer.
- Gerontopsykiatrisk udkørende team
- Har nu to gange anvendt #66 til akut speciallæge. Da jeg først fandt ud af den fungerer det utrolig effektivt
- Bedre vejledning ved afvisninger.

41. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Jeg er nødt til at sende ny henvisning
Eks: når jeg henviste patienter til ortopædkir.amb s.f.a slidgigt i knæ/hofte ordinerede ortopæderne selv røntgenbilleder. Det skal jeg nu gøre, men jævnligt er ortopæderne alligevel ikke tilfredse med røntgenbillederne fra praktiserende radiologer, som jeg benytter pga lang ventetid i hospitals-radiologien
- Rart at kunne give en tilbagemelding til patienten og selv have en plan at handle videre på
- Jeg har ved flere lejligheder skrevet til afd. med spørgsmål. Men får ikke svar tilbage. Er også usikker på hvilken afd/amb jeg skal skrive til nogle gange. Har aldrig fået en tilbagemelding herfra ved spm. Måske en fælles indgang kunne lette dette? eller en vejledning heri
- Jeg savner en nem mulighed for at besvare den afviste henvisning med en korrespondance
- Det er en hjælp, men føles unødvendigt, tidligere var der ikke de problemer.
- Ofte kommer der egentlig relevant nok tilbagemelding med en svar frist på 5 dage, som jeg ofte ikke kan leve op til. Jeg ender som regel med at sende ny henvisning, når jeg har indhentet hvad der måtte mangle.
- det er godt at vide hvad de mangler
- Der kommer lange standard fraser.
F.eks fra urologisk afd hvor en mand er henvist med recidiverende uvi. Der skriver de at kvinder kan få vagifem.
Det kunne være en hjælp hvis det ikke var standard frase afvisninger
- fint når konstruktive svar i afvisningerne.
- Der kræves ofte en meget omfattende liste af ekstra oplysninger - det kan ikke forventes at vi skal svare på alle de spørgsmål. Ofte så står oplysningerne i henvisningen og skal simpelthen understreget når vi genhenviser - nogle gange får man indtryk af at henvisningen afvises for at give afdelingen tid.
- Nogle afdeling laver forslag til forløb, f.eks hæmatologer
Men nogle gange glemmer de at det der for dem er indlysende ser vi stort set aldrig så selv det at følge nogen med en bestemt blodprøve kan være udfordrende
- Oftest følger jeg blot jeg aflaster hospitalet ved at skrive deres AOP, som jeg kan se ofte blot kopieres direkte fra henvisningen. Tænker slet ikke det svarer til arbejdsgangen i AP, hvor vi ser mange patienter og ikke lige har 20-45 minutter til dette og hint som i sekundærsektoren. Forstår ikke tendensen med at vi oftest skal have patienter færdigudredt før et ambulatorie vil se dem - oftest har vi ret i vores mistanker og alle ville være bedre stedt ved at man blot indkaldte dem asap i stedet. Gad godt beslutningstagerne kom ud i AP og prøvede vores arbejdsgang før de pålagde os flere opgaver i afviste henvisninger. Vi klarer over 90 pct af patienterne selv ...
- Som udgangspunkt er det godt med vejledning, men der går meget tid med håndtering og planlægning og det beslaglægger et betydeligt antal lægetider at håndtere disse og efterfølgende videreformidle planer til patienterne. Posten kan ikke outsources til personalet.
- Det gør en stor forskel. Jeg kan komme godt videre i mit arbejde med pt'en og det mindsker oplevelsen af frustration
- Hvis det er en god handlingsanvisning
- man er låst når henvisning er afvist, ikke ret meget at forhandle
- Flere afdelinger bruger ikke denne arbejdsgang, kan ikke modtage korrespondancer, eller læser ikke disse. Selv ved indsendelse af ny henvisning med oplysninger, afvises ofte. Vi er kastebold
- Det er dog ikke på alle afvisninger at der kommer en korrespondance
- Hvis henvisningen bliver afvist, får patienten svar om den afviste henvisning uden begrundelse. Patienten kontakter så mig og det giver noget forvirring for patienterne og merarbejde for mig.

- Det medfører ofte forlængede arbejdsgange, når hospitalet afkræver yderligere undersøgelser inden modtagelse af henvisning, da det ikke ændrer på at en henvisning udføres. I de tilfælde kunne afdelingen selv rekvirere undersøgelsen (røntgen eller blodprøve) i forbindelse med visitation og tidsbestilling
 - I nogle tilfælde opleves det rart at der er en tanke bag den afviste henvisning og at der indimellem kun er enkelte detaljer det skal suppleres med inden henvisningen kan accepteres. Andre gange opleves det ikke som en hjælp, men skaber bare en hel del ekstra arbejde og pres i kalenderen hvor der i forvejen ikke er meget tid.
 - Der bliver ikke sendt korrespondance (dvs. henvisning er accepteret, men info. mangler). De bliver afvist (og pt får sjældent besked) - og så skriver de hvilke oplysninger, der mangler i afvisningen, men her er problemet jo også:
 - Henvisning afvises
 - Pt får brev i eboks - kontakter klinikken, før vi knapt har set afvisningen. Her ny konsultation med de info, afd. mener de mangler (ofte højde, vægt, BMI, ajourført FMK) eller andet "lige gyldigt/irrelevant".
 - Jeg kan bruge meget tid frem og tilbage før en henvisning accepteres. Hvis jeg sender en korrespondance fremfor en ny henvisning, bliver denne ofte tabt og patienten kommer til at vente meget længe før der sker mere i sagen.
 - Det er ok når I beder os henvise til en anden instans, selvom det ofte går ud over patienten, der nogle gange så skal vente meget længe.
Det store problem er når anvisningerne handler om oplysninger som I synes i mangler. Det kan, til tider, virke som om I gør det for at "opdrage" henvissende læge, selvom I er enige i, at I skal se patienten. Det er ikke en god mekanisme.
 - nogen afdeliger f.eks. endocrinologerne er gode til at vejlede. Andre afviser bare. Der er f.eks. kirurgisk afdelinger der spørger om patienten vil opereres. Unødvendigt at spørge om.
 - Jeg henviste f.eks. med coccygodyni. Den blev bare afvist fra ort kir med at de ikke har noget tilbud, det ku ha været rart med et forslag til hvad jeg så ku gøre
 - det er rigtig godt med hjælp til hvordan man ellers kommer videre. Til gengæld er jeg utilfreds med at når en patient har været på akutmodtagelsen og man der synes der er indikation for elektiv undersøgelse af noget, at de så beder patienten om at få fat i mig mhp elektiv henvisning til hospital igen. Det må klares med interne henvisninger synes jeg.
 - I de tilfælde hvor det som anført kan klares via et svar på en korrespondance, men ikke hvis den afvises uden fornuftig begrundelse.
F.eks. er det ikke altid logisk hvilken rækkefølge pt med mistanke om lungecancer skal henvises. En mulighed for direkte kontakt mellem rtg. afdeling og kræft afdeling ville være tidsbesparende, ved oplagt mistanke.
I nogle tilfælde modtager vi en afvisning på en pt som vi ikke selv har henvist men som er blevet det af en anden afdeling eller akutmodtagelsen, hvor vi ikke har været involveret tidligere.
 - Ideen er god, for så vidt der kommer en plan for hvad vi så skal gøre.
Men jeg oplever at der mange gange indsættes en (lang) standardfrase, som ikke passer på min patient (eller fyldt med ekstra obsolet info) og så er jeg ikke hjulpet videre. Det må være rimeligt at handlingsanvisningen også tilpasses den henvisning vi sender (ligesom vi heller ikke henviser patienter med en standardfrase)
 - Man kan rette sin henvisning så den lever op til de krav som der foreligger
 - Det er en hjælp hvis jeg kan give supplerende/ønskede oplysninger som svar på korrespondance i stedet for at skulle lave en ny henvisning forfra
 - Det er nemmere at forklare pt hvorfor de ikke er kandidat for henvisning når vi ved hvorfor, eller fylde mangler
 - for det er ekstra gratis arbejde for mig at samle ekstra oplysninger og sende dem, patienter som regel ønsker ikke ekstra konsultation for at lave henvisning om
 - Rigtig dejligt at man kan besvar med korrespondance, med de pågældende oplysninger. Nemtest, hvis det er konkrete el få ting det drejer sig om.
- Irriterende når oplysninger allerede fremgår af henvisning
- .
 - Det er en kæmpe hjælp, så jeg sammen med pt kan lave en plan ud fra det anviste. Pt føler sig hørt og taget alvorligt og ikke bare afvist.
 - Det er afgørende at vi for en smidigere sagsgang ikke skal gensende eller lave ny henvisning, men kan respondere direkte på korrespondancen.

- Nogle gange, afhænger af problematik
- Ofte mangler der undersøgelser, som man meget nemmere kunne klare i sekundærsektoren, så som Afvisning fordi vi i Almen praksis bør bloddyrke inden vi henviser, eller afvisning fordi vi bør bestille røntgen af hofte inden ortopædkirurgen vil se patienten med ledsmerter. osv....det fortsætter
- Jeg skriver jo ikke henvisninger for sjov. Når jeg ikke synes jeg kan løse en problematik selv henviser jeg og så er det rart at få en sparring om hvad man så kan gøre
- Psykiatriens afvisninger er der hvor der oftest afvises uden en fornemmelse af at de har vurderet kompleksiteten i henvisningen.
- Nogle afvisninger er meget konstruktive, andre kommer ikke med konkrete forslag. Nogle afslag virker meningsløse og virker mere som kapacitetsudløste afslag.
- ofte autogenereret som virker som om at henvisningen ikke er læst grundigt. afvises som på ting som ER anført fx
- I nogle få tilfælde får vi et brugbart forslag til videreudredning - men i mange tilfælde er der jo en grund til at vi henviser til sekundærsektoren hvor man har et større apparat tilgængeligt mhp. nærmere afklaring af patienterne.
- Dette fungerer i praksis kun for CV-F i forbindelse med indsendelse af vandrejournal/svanggerskabsjournal, hvis der mangler oplysning om fx BMI, da kan sendes supplerende oplysning. I alle andre afvisninger kan der være råd men opfordring til at sende ny henvisning med flere oplysninger. Fx bliver henvisning til Hukommelsesklinikken afvist hvis der mangler tlf nr på pårørende og da skal man henvise forfra.
- for det meste! ikke altid
Laaaaaaaang standard goppe-di-gop uden præcis unik vejledning ved netop denne patient. Opleves som venstrehåndsarbejde og sjusket/uengageret visitation
- som tidl. skrevet - for hyppig brug af fraser
- Det kan ofte udskyde behovet for henvisning eller helt gøre henvisning overflødig.
- Igen afvises henvisninger på småting som kunne afklares ved en forundersøgelse. Når vi henviser åbenbare ting, er det meget tidskrævende for os at skulle lave det arbejde en forundersøgelse alligevel indeholder. Det virker som om at modtager af henvisninger sidder og fejlfinder for at kunne afvise - lig ekstraarbejde til den praktiserende læge.
- Det opleves mest som ansvarsfraskrivelse - og viderekastning af patienter...
- Jeg har ikke haft mulighed for dette endnu
- Det er en rigtig god hjælp.
Jeg bruger rigtig lang tid i min dagligdag på at kontakte specialist rådgivninger, da de opgaver vi forventer at løse i almen praksis bliver mere og mere højt specialiseret. Det tager tid og kan sjældent nåes på de 15 minutter der er sat af til konsultationen, da man også godt kan risikere 5 minutter i telefonkø. Hvis der blev en indgang - at man fx under dynamiske henvisninger kunne sende en henvisning mhp. hjælp et klinisk problemstilling hvor man med sparring med speciallæge kan undgå en henvisning.
- Tak for den service. Nyeligt kræver genhenvisning blot tilføjelse af de manglende oplysninger i korrespondance, som i skriver tak for det også. Hele Korrespondance EAN navnesøgning og indhols i navne trænger til en kraftig update. Prisen på 2-3 kroner per korrespondance/henvisning burde hjemtages af Danmark/regionen.

42. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Jeg er nødt til at udfærdige ny henvisning
- Kan være svært at finde den rigtige underafdeling særligt indenfor det medicinske, da man ikke kan trykke besvar men skal sende særskilt korrespondance meddelelse
- jeg bliver altid bedt om at sende en ny henvisning?
- de er som regel meget venlige i det somatiske regi
- Stadig meget ekstraarbejde.
- Oplever det ikke tit
- det er ekstra arbejde hver gang en henvisning afvises
- det er på ingen måde aflastende, blot tidskrævende. og at kalde det samarbejde er en tilsnigelse. Hvad hjælper afviste henvisninger almen praksis med?
- Dette bruges primært af psykiatrien med så kort varsel at vi har svært ved at nå at indhente oplysningerne og dermed får hospitalet omgået henvisningen. Patienterne taber

- Vi sender ny henvisning med suppl oplysninger hvis relevant. Det kan være lettere end at sende en korrespondance
- Det er fortsat øget arbejdsbyrde uanset hvilken kanal det sendes gennem
- Jwg synes ikke at kunne besvare en afvist korrespondance, men kræver ofte ny henvisning
- Bedre end at skulle sende ny henvisning
- Se tdl. svar
- Når I samtidig annullerer henvisningen giver det unødigt merarbejde
- -
- jeg har kun oplevet det i forb med psyk henvisninger
- Ideen er god, men jeg kan være lidt usikker på hvornår jeg så skal forvente at sagen er behandlet og patienten feks kan forventes indkaldt.
- Jeg tilretter min henvisning
- det er jo nemere henvise til primær sektor og det ender tit sådan
- Det er i ligegyldigt om det er en ny henv. eller korresp.
- Foretrækker korrespondancen
- Små mangler inden man kan modtage patienten bør modtagende visitator kunne klare at supplere. det er for nemt bare at afvise. og øger vores arbejdsbyrde i primærsektoren
- Tidskrævende idet den telefonisk kontakt er meget udfordrende ift ressourcer.
- hvis de skriver inden de afviser henvisningen så det ikke skal laves på ny igen
- Der er en fuldstændig manglende forståelse for at vi i Almen praksis har et helt andet patientflow end det man har på hospitalerne. Forskellen er at alle læger og sygeplejersker i Almen praksis har arbejdet kortere eller længere tid på hospitalerne og kender arbejdsgangene her. Det modsatte er ikke gældende. Således er der ikke forståelse for at vi som udgangspunkt har meget kort tid til hver enkelt patient. Derfor er vi også begrænsede i mulighederne for at indsende supplerende informationer.
- Har kun oplevet denne mulighed hos CV-F
- Korrespondance svarene afstedkommer ikke altid indkaldelse idet der ofte kræves ny tilrettet henvisning.
- Det sker virkeligt sjældent desværre
- Meget hjælpsomt når man har glemt pårørendes telefonnummer ved henvisning til Hukommelsesklinik
- Det er rart at man ikke skal gensende henvisningen men bare kan tilføje de oplysninger de udbeder sig om
- Det er ind imellem svært at rette korrespondancen det rette sted hen, hvorfor jeg i så fald må sende henvisning

43. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Vil tro at jeg i 50% af tilfældene ikke får svar overhovedet på korrespondancer - ofte skal jeg rykke flere gange. Eller får en besvarelse fra en sekretær. Ender nogen gange med at ringe og sidde i telefonkø i stedet i lang tid.
Sikring af svar ville være gavnligt!
- Svartid og svar. Får ofte fra sekretær hvilket ikke er det jeg har brug for.
- Jeg oplever at sekretærer afviser korrespondancer uden at have sat sig ind i problemstillingen, pga delvist ukorrekte formalia. Nogle gange afvises vejledning hvis det er mere end 1-2 år siden afdelingen har set pt., selvom det er samme problemstilling.

44. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:

- ordination er af ting som de mener jeg skal - fx lab om 2 dage
- Der mangler ofte vigtig information, som man skal på jagt efter, der er utrolig meget autogenerated ligegyldig tekst og medicinliste, som jeg kan se på fmk, der står sjældent udspecificeret hvad der egentlig er ændret i medicin og hvorfor
- se tidligere besvarelse, problemet kom med SP og er IKKE løst
- Nogle specialer bruger mange forkortelser der er svære at gennemskue. Særligt fx cardiologer
- Det er ikke epikrise, men 2 sider journal som modtages.
- Manglende information om hospitalsforløbet!
- Epikriser der slet ikke er sendt

- Uholdbart med alenlange epikriser, hvor man skal scrolle igennem for at finde de få relevante linier. For ofte mangler der et kort, meningsgivende resumé af indlæggelsen.
- Som nævnt bruger jeg MEGET tid på at sende en konkret og kort henvisning. På samme måde forventer jeg at få det samme tilbage. Epikriserne er TOTAL uoverskueligt proppet til med standardfraser. De er HELT ubrugelige.
- Uforståeligt tekst og koder - ALT for meget information, kommer efter SP blev introduceret.
- Der står ofte ingen anamnese i epikriserne
- Der er ekstremt meget støj i epikriserne og man skal ofte lede efter de relevante informationer. Desuden står "besked til egen læge" i bunden og ikke øverst i epikrisen, så man skal scrolle helt ned i bunden
- Al (al!) for megen ligegyldig information, ofte uden meningsfuld tekstdisposition
- Meget fyld, irrelevant
- Iværksættelse af undersøgelser mv hvor man blot skriver at Almen praksis skal følge op og give svar. Det er direkte imod vanlige retningslinjer hvor den ordinerende læge også er ansvarlig for svargivning.
- Det er forurening af vores journaler. Vi skal pile op og ned for at finde informationerne
- Ansvarsfraskrivelse, fraser, mangel på relevant info - de er ikke skrevet for at jeg kan kunne bruge dem
- Det er ofte svært at få overblik da der er så meget autogenereret tekst . Ofte er det bare et indlæggelsesnotat og ikke en reell epikrise
- Uoverskueligt, hvorfor står medicin i epikrisen når FMK er opdateret. Kun væsentlige ændringer skal nævnes

45. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Jeg er glad for farvemarkeringen på de dage, hvor jeg får rigtigt mange epikriser.
- Der kommer markeringer hvor der ikke er etableret kontakt til os.
Nogle gange markeres epikriser fra sk st hvor det slet ikke er relevant
- Giver opmærksomhed på de sårbare patienter
Ofte er det nødvendigt at gå ind og læse journalen via sundhedsjournalen, da epikrisen ikke altid er fyldestgørende.
- Gule og røde epikriser er heldigvis meget sjældne
- De fleste er gule fejlmarkeringer: Patienter der enten selv kan tage kontakt eller som er fx på plejehjem.
De har meget sjældent relevans.
- Hvis der bliver foretaget farvemarkering
- Det er ok, men står sjældent beskrevet i epikrisen for de orange/røde markeringer hvad patienten egentlig forventer
- jeg bruger dem ikke. jeg læser alle henvisningerne igennem for at følge med.
- Oftest er farvemarkeringerne forkerte ift indhold.
- Der er meget stor forskel på epikriser fra forskellige afdelinger. Flere afdelinger kan sende kortere epikriser (de lange journalnotater kan tilgås m pt når der er behov for det).
- Relevante oplysninger drukner i autogenereret tekst. Det er et problem i stort set alle epikriser.
- Vi får meget få farvemarkeringer og oftest ikke relevante, jeg læser epikriser grundigere og grundigere pga de mange afvisninger kan jeg mærke at jeg bekymrer mig for om patienterne håndteres vel. Jeg kan være tiltagende bange for at overse noget.
- Selv røde epikrise, hvor jeg mener er aftale om man skal ringes op fungerer ikke.
- vi modtager næsten aldrig noget med farvekode
- Ikke mit ansvarsområde i praksis
- Det bliver brugt forkert. Ofte står der "ingen opfølgning ved egen læge" men når man læser længere nede i selve epikrisen står der forskellige ting vi skal følge op på
- Når det bruges korrekt
- Synes ofte det er relevante røde epikriser, og der er få af dem så de fylder ikke så meget
- Virker ikke.
- Nem og hurtigt at overskue. Enkelte fejlmarkeringer, men det går.
- De fleste har ikke farver. De få gange de er røde er jeg blevet ringet op.
- Meget få farve markeret epikriser
- De fleste af de epikriser jeg modtager er ikke farvemærkede til trods for at der er ting jeg bedes følge op på - selv om der står "hvid epikrise" kan der alligevel være ting i bunden af

epikrisen som egen læge bedes følge op på. Dette opleves som forvirrende og fungerer ikke efter hensigten

- Jeg oplever ingen konsekvens af farvekoder - vores systemet (Clinea) kan ej heller understøtte dette.
VEd rød farvekode, ringer hospitalet aldrig.
Bedste løsning ville være, at vi godkender "overdragelser af forløb", når pt. udskrives/afsluttes fra amb, hvorefter afd. får kvittering får at pt er overdraget..
- Princippet er godt.
Min oplevelse er at:
Der er lidt for mange "grønne" epikriser der egentlig burde være "gule" - altså hvor patienten/pårørende egentlig ikke er klar over at de selv skal være opsøgende.
Det gør håndteringen af de "grønne" lidt mere sårbar.
- Det vigtigste er at der står en konklusion og eventuel opfølgning øverst i epikrisen, farven er ligegyldig
- Det synes ikke altid at blive brugt
- Jeg oplever ofte at der ønskes handling indenfor kort tid, men har aldrig oplevet at blive ringet op mhp planlægning af dette.
Hvis ambulatorier afslutter mhp opfølgning, især skrøbelige patienter ville det være ønskeværdigt med en korrespondance eller farvemarkering på ambulant afslutning, så vi ved at tøjlerne er overgivet til os.
- Systemet bruges ikke tilstrækkeligt
- Det er meget, meget svingende. Jeg oplever, at der formentlig flere steder er tale om en autogenerering af allerede lagte planer - hvorfor det ikke er relevant og andre steder, specielt hvis epikriser udfærdiges af en speciallæge, hvor niveauet er særdeles højt, kvaliteten høj og relevansen lige i skabet.
- Hosp er ofte lidt uforstående for arbejdsgangen i praksis og hvad man som solo-læge lige kan trylle frem af tider og resurser , for noget som burde være gjort fra hospitalets side inden udskrivelsen
- det er bare ikke altid farven passer til situationen
- Formulering af epikrise hvor det vigtige og patientrettede står øverst er blevet meget bedre.
- De bliver ikke brugt korrekt. Har også oplevet at hospitalet har ordineret prøver/prøvesvar hos os
- Det er ofte ikke markeret selvom der er planlagt opfølgning ved egen læge
- Det er en hjælp til at kunne slette nogle af de lange epikriser, hvor de ikke er målrettet almen praksis hurtigere- hvor vi før måtte læse en del mere igennem for at sikre vi ikke overså en vigtig besked.
- Meget få røde- ikke oplevet de ringede.
- Der bliver ikke ringet op ved røde epikriser og systemet bruges ikke altid rigtigt. Bruges af og til i situationer, hvor de ikke burde ud fra en faglig kontekst.
- meget forskelligt hvordan farverne er hakket af
- Når de er korrekt markeret fungerer det godt
- Der sendes farvede epikriser på patienter, som ikke opfylder kriterierne - feks plejehjemsboere, hvor personalet altid er der til at følge op på kontakt til egen læge.
- Når det fungerer er det godt, giver det overblik. Problemet er primært når der sendes røde eller orange epikriser med ønske om hurtig opfølgning hvor det er uden forståelse for arbejdet i almen praksis. Hvis en ustabil patient fx udskrives bør man sikre opfølgning på hospitalet og ikke "blodprøver hos egen læge i morgen" som gør vores planlægning særdeles vanskelig.
- Min oplevelser er at man sender både gule og røde epikriser men er aldrig blevet ringet op jvf aftale herom.
- Få røde. Det er dejligt for os!
- ser tit rød ved suturfjernelse, det kan de fleste pt godt selv finde ud af
- Oftest fint, men de anvendes ofte forkert
- Gå tilbage til en kort epikrise lavet af en læge, med de relevante informationer.
- Fint m plan nederst til egen læge, men vil gerne læse mere om udredningen og den drukner i autosvar
- Det er et rod og ved rød markering bliver vi ikke kontaktet telefonisk eller en km med besked om at være obs på epikrise. Vi får mellem 60- epikriser dagligt og der vil være dage med travlhed i klinikken hvor vi ikke når i bund. Ofte er det også urealistiske forventninger at der skal tages blodprøver i hjemmet efter to dage, og mobillab skal rekvireres en uge før

eller har først mulighed for at komme om en uge da de har en fast dag de kører ud på. Ofte er det også uklart hvem der har ansvaret for at følge op.

Dog ros til billeddiagnostisk afdeling Nord sjællands hospital- de ringer altid og sikre sig at vi får maligne svar , og yder den omsorg at vi informeres før det lægges ud på sundhed.dk så vi kan informere patienten først

- Ikke meget benyttet. Bøvlet under ferielukning, burde automatiseres.

46. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- ALT for lang ventetid på særligt ultralyd
- Det er let at få adgang til røntgen der haster, men meget svært hvis det drejer sig om fx ultralyd.
- Absurd at det skal være så svært af få en mr scanning af knæ eller andre lignende undersøgelser der kan afhjælpe at vi henviser videre
- Drop RU burde genindføres. Ville spare systemet meget på sigt. Vi henviser i stedet i stor stil til private aktører.

For lang ventetid på UL af fx bløddeler.

- Ved henvisning til sten-CT er der 12 mdr's ventetid
- For lang ventetid.
Lungemedicinere vil ofte have CT af thorax først og røntgenlægerne vil have patienter henvist til lungemedicinerne først???
- Vi oplever en del indskrænkninger i hvilke pt som kan blive f.eks. CT scannet af abdomen og cerebrum, og det er u hensigtsmæssigt MR af knæ er fjernet.
- Det er for vanskeligt at få CT skanninger og MR stort set ikke muligt i region Hovedstaden
- Meget svingende ventetid på undersøgelser, hvilket virker uigennemskueligt - kunne være rart, hvis enten man visiterede til andet sygehus eller oplyser os om, hvor ptt skal hen.
- Indgangen til CT og især MR er bøvlet og meget forskelligartet. Fx CT-C ifm hukommelsesklinikken og MR af ryg/knæ.
- Ofte længere ventetid på hospitalerne end på de private klinikker.
Mindre fleksibilitet, fx ved angstlidelser.
Oplever nogle gange dårlig kommunikation mellem rgt. afd. og patient, som resulter i afvisning pga. udeblivelse, der skyldtes misforståelse
- For lang ventetid.
Indskrænket mulighed for henvisning til MR
- ventetid
- Oplever afvisning af ct thorax/abdomen
Lang ventetid på ct af cerebrum
- Lang ventetid på mange undersøgelser. Svarene lever fuldt ud op til forventningen og er af god kvalitet. Vi har fået frataget mulighed for at henvise til en række undersøgelser hvilket også kan vanskeliggøre den fremadrettede diagnostik.
- Reduktion i adgangen til MR scanninger af knæ.
Bortfald af muligheden for henvisning til MR i speciallægepraksis.

47. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Ventetid og afvisning af henvisninger med besked om at de skal til praktiserende psykiater
- Manglende ressourcer i psykiatrien tror jeg.
- Afvisning af unge mennesker der ikke har økonomi til psykologsamtaler + ventetid på privatpraktiserende psykiater.
- Snævre kriterier for hvem der kan modtages
Flere af de patienter, der tilbydes opfølgning i FACT fravælger selv tilbuddet
- Psykiatrien tager imod meget få patienter - det er ikke altid de mest syge som bliver modtaget, hvis patienterne ikke falder indenfor nogle kasser. Vil de ikke se dem.
- ventetider
- lang ventetid
- Næsten alle tørres af med "henvis til privatpraktiserende psykiater" hvilket ofte er helt urealistisk pga. ventetid.
Hvis endelig en patient kommer i gennem og udebliver bare én gang, så afsluttes vedkommende og det er forfra..

En del udredes i privat regi via det offentlige (Heimdal) hvor vi aldrig modtager epikriser. Børne- ungepsyki er endnu værre.

- På de områder, hvor vi egentlig har allermost behov for hjælp til de patienter som lander mellem 2 stole og har det enormt skidt, men ikke er indlæggelseskrævende, men i virkeligheden heller ikke passer i de ambulante kasser (for det er virkelig kassebaseret i psykiatrien), de støder panden mod en mur og får skjældent hurtigt den hjælp der egentlig er brug for og som vi ikke kan give dem i almen praksis.
- Der er vente lister afviste henvisninger og ikke så modtagelige personale i telefon
- Alt for lille kapacitet.
- formentlig kapacitetsproblemer i psykiatrien, både i primær og sekundær psykiatri
- Mange afviste
- Det lever stort set aldrig op til vores behov. Det virker som 70-80 af det psykiatriske speciale efterhånden foregår og behandles i AP. At få en pat set og vurderet i psykiatrien er efterhånden en anomali. Den nye bekendtgørelse jvf snitflader har slået dette endeligt fast. Fagligt er det en falliterklæring og vi i AP har hverken tiden, ressourcerne eller fagligheden til at håndtere en brøkdal af disse opgaver. Jeg mangler tilbud til børn der skal udredes inkl for ADHD/skolevægring osv, jeg mangler at psykotiske patienter ikke afsluttes til ingenting, at selvmordstruede ikke afsluttes til ingenting osv. Synes faktisk ikke der er meget der fungerer.
- Henvisninger afvises over en bred kam. Selv henvisninger foretaget internt i det psykiatriske system afvises, og problemet ender derfor på vores bord, da pt ikke har andre at henvende sig til.
- Afvisning af relevant henvisning med behov for suppleret anamnese- kort tidsfrist
Afvisning med anmodning om henvisning til overfyldt primærsektor
Afvisning af børn
- De har for sparsom kapacitet og må derfor afvise de fleste. Kæmpe pres fra patienter for at få diagnose.
- Mange pt'er med behov og få ressourcer, så mange pt'er kommer ikke igennem nåleøjet og må vente i lang tid på udredning ved pp psykiater.
- Jeg oplever at det kun er de patienter der er aller tungest psykiatrisk som kan tilbydes forløb i psykiatrien. Andre patienter må ofte vente i et år eller mere på forløb ved en privatpraktiserende psykiater
- som anført før, tit afvisning. pt bliver ikke tilfreds
- For lange ventetider
- Det er svært at få modtaget en henvisning i psykiatrisk regi.
Praktiserende psykiatere har monstrøst lange ventetider.
Der er generelt et kapacitetsproblem
- Det er generelt rigtigt svært at få sine patienter "gennem nåleøjet" ift udredning. Vi får rigtig mange afviste henvisninger, med mindre det drejer sig om patienter obs psykose.
- Se tidligere. Stor efterspørgelse af psykiatriske vurderinger og mange afvisninger af henvisninger
- Henvisninger afvises, der skal bruges for meget tid på informationer til henvisninger, som så ofte alligevel afvises.
- Jeg oplever ofte afvisninger af pt
Alt for hurtig hjemsendelse af svært syge mennesker. Uerfarne læger står for visitationen af de mest syge mennesker i akutmodtagelserne
- se under tidligere
- Vi oplever at der er rigtig mange patienter der har ønske om og behov for udredning for forskellige psykiatriske lidelser som f.eks ADHD. I disse tilfælde er der meget lange ventetider og regionen kan ikke leve op til de behov der er for udredning og behandling. Det samme gælder udredning for andre psykiatriske tilstande som angst og autisme.
- Se tdl svar
- Problemet er primært ventetid - og at ventetid opleves ekstra hårdt med mange af de sygdomme - for både patienten og især de pårørende.
- De fleste afvises
- Svært at få henvisninger igennem. Jeg synes det er blevet sværere end tidligere formentlig pga den lange ventetid til PPP
- Se tidligere kommentar under CVD
- For unge med trivselsproblemer og/eller psykiatriske diagnoser og truet uddannelse/start på voksenlivet , er det alt for dyrt (menneskeligt) at skulle vente på privat psykiatere i årevis.

De går på standby og får endnu sværere ved at komme igang. Den gruppe bør især have hurtig adgang til hjælp. Jeg oplever ofte at unge skizofrene afsluttes fra fact og skal overgå til privat psykiater og så har de pludselig et år, hvor de venter på opfølgning. Det er alt for sårbart.

- Der prioriteres for hårdt, hvilket formentlig skyldes mangel på psykiatere
- Ofte at de ikke har kapacitet. Det er hyppigere og hyppigere, at ptt som de ikke kan få fat i (fordi telefonnummer ikke er opdateret), har haft en enkelt udeblivelse eller lign nu afsluttes i stedet for man skriver til mig, om jeg lige kan hjælpe - så kommer ptt bagerst i køen igen.
- Der mangler jo ressourcer, så det er svært at henvise, det betyder at vi i langt mindre grad søger at henvise, men søger råd til i stedet for og forsøger at klare tingene i praksis og når det ikke går, ja så bliver det jo at sende patient til PAM
- komplekser patienter som fejler flere problemer eller har compliance problemer oplever jeg tit at de blive henvist til privat praktiserende speciallæger med ca 1 års ventetid pt
- De tager ekstrem få pt og de skal virkelig være suicidal truende før nogen henvisning bliver taget. Til gengæld er pt meget dårlig så hjælper de fint og tager pt, men springet er stort
- afviste henvisninger
det er næsten umuligt at lave henvisning sådan at den vil blive accepteret
- Kun de allerdårligst stillede patienter får indkaldelse, alt andet afvises.
- Se tidl. kommentar om BUP.
- Meget svært at få voksne med ADHD udredt og lang ventetid hos privatprakt. psyk.
Svært når patienter fejler flere psykiatriske lidelser, og bliver kastet rundt mellem forskellige udredningstilbud og matrikler, fordi de så alligevel ikke passer i lige det tilbud. Patienterne ender med at opgive
- langt ventetid til børn som ikke trives
- Det kan være meget svært at komme igennem med henvisninger på ptt. der har flere psykiatriske diagnoser, specielt hvis de tidligere har haft et forløb. Hvis man ønsker et barn udredt, afvises henvisning ofte
- manglende indtag af patienter, som ikke hører hjemme i primærsektoren. Især børn når PPR ikke slår til
- Det er fortsat mange afvisninger
- Umuligt at få en henvisning igennem
- Det er fortsat ALT for svært at få en patient igennem systemet.
- Pt med flere diagnoser er ofte svære at få ind i psykiatrien fx ADHD med svær OCD og spiseforstyrrelse i en grad så de ikke kan forlade hjemmet. Desuden er gerontopsykiatrisk rådgivning korn tilgængeligt 1 time om dagen, hvilket er lidt lidt.
Skizofreni, PTSD, bipolar er lette at få i relevante forløb.
- For lang ventetid og for rigid triagering
- lang ventetid, specielt til børn og unge og specifikke diagnoser ex ADHD
- Der er for mange afviste henvisninger
- De hører til ved de pp psykiater og ventetiden er for lang
- Afviste henvisninger. Især børn
- henvisninger afvises, under henvisning til at pp psyk kan varetage udredning-- men urimeligt for pter med lang ventetid
- De tager ikke pt. Vi har ikke andre muligheder.
- ventetid og afviste henvisninger
- mangel på kapacitet i regionen
hyppige afvisninger trods uacceptabel ventetider hos priv. prakt psyk.
- Afviste henvisninger
- Utilstrækkelig kapacitet, gode til pakker, men kan knibe med udredning hvis pt, ikke er psykotisk.
- Stor pukkel, større udredningsbehov end ressourcer
- lange ventetider og ofte ikke "pakker" de passer ind i
- Det er generelt meget svært at få hjælp indenfor overskuelig tidsramme
- meget svært at få pt. udredt
- Selv patienter med tunge psykiatriske problemstillinger afvises. Desuden afsluttes nu en lang række patienter med både skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse, som er tungt medicinerede og kræver tæt opfølgning.
Jen kender læger i psykiatrien, som fortæller at ambulatorierne har et maksimum på hvor

mange patienter de kan have tilknyttet - når de når dette maksimum udskrives/afsluttes patienterne - dette uanset hvor tungt belastede de er.

- Henvisninger afvises med begrundelse om at det kan foregå hos privatpraktiserende psykiater, men dette er ikke et reelt tilbud, når der er >1 års ventetid.
- Altid råd om privat prak psykiater, men der er ikke nogen der har tid!
Så rart hvis der var nogen anvendelige råd
- Manglende psykiatere
- Afvisninger som tidl. beskrevet hvor det er åbenbart at det ikke kan håndteres i PPP med den ventetid der er, i AP eller på kun 1 konsultation hos PPP
- Lang ventetid på udredning hos PP-psykiater
- Alt for mange afvisninger.
Vi gør jo hvad vi kan, så når vi henviser er det fordi vi ikke kan komme længere med problemstillingen
- Tid, afvisning af patienter med besked om at opsøge praktiserende psykiater trods ventetid.
- At patienterne ikke passer ned i deres kasser
- Meget svært at komme igennem med en psykisk syg patient, der er forværret

48. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Forholdene omkring psykiatriske udredninger er ikke gode s.f.a. af de mange afvisninger i voksenpsykiatrien.
M.h.t. Børne- og Unge-psykiatrien er oplevelsen, at sektoren er underdimensioneret. De relativt få økonomisk velsituerede børnefamilier, som jeg har i mit vestegns-optageområde, kan jeg så anbefale at kontakte PPI-Clinic mod egenbetaling, men resten "hægtes af".
- Jeg vidste ikke, at der fandtes subakutte tider! Det lyder spændende.
Jeg kan savne lidt flere telefoniske hotlines til de medicinske subspecialer og reumatologerne
- Information om korrekt korespondance med sygehusamb + afd. ønskes.
Vejledning /samlet oversigt og mulighed for subakut vurdering.
Sundhed.dk er en jungle
- På Herlev Gentofte er det kun diagnostisk enhed og røntgenafdelingen der har subakutte tider
- Subakutte tider er afskaffet på Gentofte-Herlev Hospital
- Hvordan får man mon adgang til oplysninger om subakutte tider?
- Jeg synes det er smart at man kan skrive for specialistsvar men må næsten altid rykke for svar, før det kommer.
- Meget glad for samarbejde
- Det er tankevækkende at så mange henvisninger bliver afvist.
Det har ikke været tilfældet tidligere. Patienterne er ikke blevet mere eller mindre syge.
Det er spild af alles tid at så mange henvisninger afvises.
- Opdatering af telefonlisterne vedr hot Line rådgivning
- Vi havde et meget velfungerende hotline tlf nr system til Gentofte
Det fungerer ikke mere nu men man skal ringe til bagvagten på Herlev i nogle tilfælde
Det fungerer ikke lige så godt
Alle bagvagter er ikke klædt på til at svare på spørgsmål fra almen praksis da alt er så se-lekteret idag
- Jeg oplever generelt en stor velvillighed hos den enkelte kollega ift at få samarbejdet til at glide. Det er knappe ressourcer, der indimellem kan give problemer.
- Jeg er bekymret for vores sundhedsvæsens generelle udvikling og den politiske prioritering af ressourcerne indenfor området generelt
Jeg tænker at hospitalerne mangler midler og at dette afspejler sig i de mange afvisninger vi modtager
Jeg håber at man finder midlerne og den politiske velvilje- jeg mener man har skåret for meget ned på ressourcerne og at samarbejdet mellem sektorovergangene lider af selvsamme grund
- Mange pt'er der følges i ambulatorier kontakter os for fornyelse af medicin relateret til det de følges med. Det er svært for pt at bevare overblik over hvem der har behandlingsansvaret og derfor skal fornye medicinen. Og vores sekretær bruger meget tid på at finde ud af om de fortsat er i ambulatoriet eller er afsluttet. Mon det kunne stilles mere tydeligt op for alle?

- Jeg synes at samarbejde overordnet er tilfredsstillende
- Hvis der er en oversigt over de subakutte tider og muligheder herfor vil jeg gerne have det oplyst
- nej
- At man kan ringe til en subspecialist på hospitalet, skal ikke blive en glidebane til flere afviste henvisninger. Når der henvises til hospitalet er det ofte for at få adgang til undersøgelser og vurderinger, vi ikke kan lave her i praksis.
- Generelt dårlig information om tilbud fra hospitalssektoren ud til praktiserende læger. Således nyt for mig at der findes mulighed for subakutte tilbud.
Derudover en stor grad af opgaveglidning i form af afviste henvisninger, men samtidig også patienter der afsluttes for tidligt med plan for yderligere undersøgelser i almen praksis indenfor det specialespecifikke fagområder.
En bedret arbejdsgang vil være hvis der i afviste henvisninger, hvor der anbefales henvisning til praktiserende speciallæge, er mulighed for at hospitalet kan omvisitere den og samtidig informere patient. Samme mulighed gerne efter afslutning fra eksempelvis akutmodtagelse, hvor de kan åbne for henvisning til praktiserende speciallæge.
Hvis behov for yderligere undersøgelse patient ses af hospital, bør hospitalet selv rekvirere undersøgelse og ikke pålægge arbejde almen praksis og afvise henvisning.
- Det er alt for vanskeligt at komme igennem til de psykiatriske hotlines fx vedr. vores tiltagende mange patienter med ADHD. Der er 2 timer i alt om ugen, hvor man kan ringe til en ADHD hotline; her skal du så have tid i dit program til at ringe og være heldig at komme først i køen.
- Epikriser skal forenkles. Jeg sætter en stor ære i at skrive gode henvisninger og jeg oplever ikke i stort omfang at de afvises. Jeg tror og håber på at det er fordi jeg skriver ordentlig henvisninger. På samme måde forventer jeg at få god epikriser tilbage. Men dette er slet ikke tilfældet. Der er alt alt for meget autogenerated fraser, medicinlister etc etc. De er elendige.
PS - Jeg vidste slet ikke at der fandtes subakutte tider!
- Der mangler information om muligheden for subakutte tider på hospital - hvordan fungerer dette i praksis?
Info vedrørende dette bør stå på sundhed.dk og nævnes på lægefaglige kurser indenfor de forskellige specialer, f.eks på store praksisdag, lægedage osv.
Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne kan styrkes ved at forkorte epikriserne, bruge farvemarkeringen korrekt og lade al vigtig information om opfølgning osv stå øverst i epikrisen.
Specialistrådgivningen fungerer tilfredsstillende.
- Det er positivt at I arbejder med dette samarbejde.
- Jeg vidste ikke der var mulighed for subakutte tider
jeg synes at når huklommelsesenheden afviser fordi der mangler telefonnr på pårørende burde de være en korrespondence så vi kan eftersende nummer for ikke at skulle gennem hele henvisningsmodulet igen.
- En årlig tilbagemelding om: Her kan der henvises til dette og disse undersøgelser, fremfor konstante omlægninger over året som drukner i informationsstrømmen.
Evt. større brug af dynamiske henvisninger hvis der er mange krav til henvisningerne
- 1.Hospitalernes telefonliste på sundhed.dk er ikke opdateret. Jeg får via den ofte fat i forvagt (eller anden) som undrende spørger hvorfor jeg ikke ringer til bagvagt.
Det vil være smidigt at den er opdateret så vi ikke forstyrrer omstillingen.
2.Når patienter afsluttes i ambulante forløb vil jeg blive meget glad for en epikrise/afsluttende notat med plan for hvordan jeg følger op. Det sker meget ofte at patienter afsluttes med en telefonkonsultation fra sygehus, uden besked til praksis og patienterne er i tvivl om hvor de skal gå hen med deres fortsatte problematik. Det kræver et større detektivarbejde og ville absolut lettes hvis jeg blot fik en konstruktiv besked.
- Der mangler organisering på nogle hospitaler
Gælder flere diagnoser
anæmi hos cancer patienter med behov for transfusion er ikke organiseret
henvisning til akut afd med lang ventetid på akut afdelingen og unødvendig belastning at akut afdelingen
DVT obs skal have en fast track og ikke ligge på akut afd i timevis
- Jeg anede ikke, at jeg kan henvise til subakutte tider - meget gerne info udvorn hvordan og hvilke afdelinger...

- Jeg oplever ved denne undersøgelse at vi måske havde behov for bedre oplysning om vores muligheder for hjælp fra hospitalerne
- bedre korrespondance mulighed,
Måske mulighed for at booke subakutte ambulante tider selv , eller henvise til subakutte tider.
Nærmere visitation / indlæggelses process til for ex neurologisk speciale
- Det kunne være dejligt med mulighed for daghospitals tilbud, fx til blodtransfusion, pleu-
radrænage og lign
- Hospital må ikke uddelegere yderligere opgaver til praksis uden at der lavet aftale med PLO.
Hospital afdeling bør videre sender henvisning til anden afdeling ved behov uden at invol-
vere tredje partner(praksis).
- .
- Der skønnes at være meget lidt forståelse hvad vi sidder med af svære patienter i almen
praksis og hvor lang ventetiden er på de speciallæger, de forventer vi henviser til
- Ikke bruge EL som skraldespand. Hvis man som hospitalslæge finder indikation for en be-
handling eller en udredning, så udfør det! Eller i det mindste skriv anbefalingen udførligt i en
epikrise eller korrespondance. Ikke bare send patienten med besked...
- Kunne være godt med subakutte tider
- Det er nær umuligt at vide om en korrespondance er modtaget. Det sker ofte at der ikke ko-
memr svar. Ender nogengange med at sende henvisning og skrive at jeg bare har brug for
hjælp til assistance.
- Hospitalerne er ved at være lige så indviklede at finde ud af som kommunerne, hvor man
feks kan henvise med anæmi og få svar på der ikke er hæmatologisk årsag til anæmien men
ikke om der bør udredes mere. Jeg synes ofte hospitalsafdelingerne mangler overblikket
over den samlede patients udfordringer og kun ser på et lille hjørne der ikke giver mening
for patienten
- Hvis vi skal lave så præcise henvisninger/forarbejde som kræves så skal vi have mere tid.
- -
- Bedre henvisningsmuligheder. hospitalernes muligheder virker til at være blevet alt for be-
grænset i forhold til den kapacitet der er behov for
- Det ville være dejligt med samlet information for hver afdeling med hotlinenumre og sub-
akutte tilbud
- Det ville være givtigt, om overlægerne kom på studieture ud i almen praksis - det kunne
måske give en større forståelse for vores udfordringer
- Tættere samarbejde med gensidig forståelse for hvordan dagligdagen og arbejdet tilrette-
lægges hhv på hospital og almen praksis.
- Vi skal måske som praktiserende læge blive bedre til at bruge hotlinefunktionerne, som jeg
oplever faktisk fungerer godt. Dog har vi også brug for at vores henvisninger bliver taget se-
riøst: Hvis vi henviser en pt med osteoporose, er det fordi vi synes den pågældende case er
svær og ikke fordi vi ikke gider selv. Rigtig mange opgaver er overgået til almen praksis og
vi efteruddanner os, tager på kurser og bruger meget tid på at sætte os ind i diverse nye
vejledninger, men selvfølgelig kan man som praktiserende læge ikke have samme viden
som speciallægerne inden for alle specialer.
- Samarbejdsnumre og tilbud om subskutte skulle være nemmere at finde på sundhed dk. Jeg
oplever det som en jungle
- Psykiatriplan hvor blev du af
- Accepter vores henvisninger i første omgang.
Vi er rutinerede læger. Vi laver alt det vi kan i praksis, vi henviser selvfølgelig til privat prak-
tiserende i det omfang vi kan. NÅR vi så sjældent henviser til hospital da modtag patienten.
Der er er en grund til henvisningen
- Jeg er i perioder tæt på at opgive.
Jeg synes jeg gør mig umage - men oplever at mængden af opgaver der overgives - og for-
hindringerne der tårner sig op for at "passe på det belastede personale på hospitalerne" er
meget store.
Det gør mig ked af det for jeg synes det går ud over mine patienter. Og på trods af at jeg
prøver at gøre hvad jeg kan kan jeg ikke skabe sammenhæng, flow eller for den sags skyld
mening i patientens forløb. Jeg føler mig virkelig meget alene - og som en lille - og ikke
værdsat - brik i et stort spil.
- Målrettet epikriser

- Hvis eb afdeling ønsker jeg skal udfører en opgave for dem skal de henvise til mig og ikke bruge patienten som budbringer
Det skal ske skrifteligt på en KM og jeg skal have mulighed for lige som de har at afvise at påtage mig en opgave og lige som der er krav til at de anviser /foreslår løsning på problemet skal almen praksis også være forpligtet til det.
I forløb med terminal patienter vil jeg foreslå at det bliver et krav at man som læge der vurderer en patient terminal enten søger terminal tilskud og det fremgår tydeligt af epikrise at det er søgt eller man tydeligt skriver forventninger til rest levetid så vi kan søge terminal tilskud på oplyst grundlag. De terminale patienter er enormt sårbare så anbefaler at der udarbejdes forløbsbeskrivelse på samarbejdet med egen læge med krav til hvad en epikrise til egen læge skal indholde og at der altid sendes notater / epikriser på disse patienter
- Brug AI til at skrive epikriser med korrektur af læge. Nogle nemme pt grupper burde afsluttes til egen læge - og nogle tunge multisygge burde følges tættere i hospitalsregi. Thyretox når færdig diagnosticeret gravide med stofskiftelidelse når plan er lagt. Har simple gigtpatienter der er fulgt ½ årligt hos proffesor i 15 år med "alt går godt".

12.1.5 Nordsjællands Hospital

49. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- ikke større problemer.
Vi oplever at hospitalslæger henviser videre til andet speciale, hvor emnet hører til primærsektor, som fx skuldersmerter, som pt nævner som sidebemærkning under andet emne/ speciale.
- Der kan forekomme afvisninger af henvisninger, hvor det kan være svært at putte patienten i en prædefineret kasse (ift. diagnose) og hvor det kan være svært at få råd/vurdering på sygehus (især ift. smertepatienter/fibromyalgi). Nogle gange svært at finde direkte numre til relevant bagvagt ved konference-behov. Hvorfor ikke direkte numre til fx. mikrobiologisk vagthavende?
- Afviste henvisninger, dog ikke på ugentlig basis, når pt ikke lige passer i bestemte kasser el alle henvisningskriterier er opfyldt.
Helt holdt op med at henvise pt til kardiologisk amb, da næsten altid afvises. Heldigvis godt samarbejde med kardiologisk sp læge.
- Nogle gange forstår jeg ikke hvorfor henvisninger afvises.
- Jeg synes jeg skal lave opfølgninger som jeg lige skal fange nedsres på 5 sidste lini i epikrisen, eller kontrol af væske tal om en uge hos skrøbelig borger, de kan da bestille blodprøverne ved udskrivelse med svar til mig, og specielt mobillab er svært for dem, samt udfordringer ved pause af dosismedicin.
- Nogle afdelinger afviser ofte henvisninger. Der er dog ofte en begrundelse, som kan svares på og man kan gå i dialog omkring afvisningen.
- Jeg frustreres af stereotype afvisninger på henvisninger.
Især fra ortopæd kirurgisk afd.
Jeg frustreres, når jeg ser, min henvisning end ikke er læst igennem.
- Hyppige afvisninger på ikke fagligt grundlag. Ofte visitation ved sygeplejerske. Jeg forventer lægevisitation, når jeg der kender patienten, ofte i mange år, vurderer at henvisning er nødvendig og som minimum at blive ringet op INDEN afvisning.
- Akutte henvisninger læses ikke grundigt, pt'er tages ikke alvorligt. Modtagelsen leder efter grunde til at sende pt. hjem igen u-undersøgt, og må derfor ind igen.
Kardiologer er slemme til at afvise kardiologiske symptomer. Der sendes ikke relevante instruktioner om opfølgning.
- afviste .. undskyld tilbageviste henvisninger
pt der udskrives uden relevant medicin og ikke kan få fat i afd mhp dette. Mit indtryk at de ikke læser henvisning når jeg ofte oplever at det jeg beskriver som det problem der bedes vurderet ikke bliver vurderet
rpt sendes retur til mig mhp henv til dette og hint som jeg ikke kan henvisetil (psykolog, diætist, MR scanning osv)
kafkaske systemer hvor fx rtg ikke vil lave us mm den er henv fra sygehus afd og og den afd vil ikke se pt før us er lavet på rtg...

- Relevante henvisninger bliver oftere og oftere afvist
- Afviste henvisninger. Opleves ikke velbegrunder
- Modtager en del afviste henvisninger
- Pt der bliver henvist akut bliver i sagens natur altid set og vurderet hurtig, (men ikke nødvendigvis på relevant specialitetsniveau).
Nogle patienter vil derfor være bedre tjent med at blive set af speciallæge subakut indenfor nogle dage.
Det kan være vanskeligt at få pt. set subakut, ofte ender det med at man efter konf med vagthavende må sende til akut vurdering i akutmodtagelsen/skadestuen. Det gælder særligt for ort.kir. afd.
I neurologisk regi kan det ofte godt lade sig gøre at få en tid i relevant amb i løbet af få dage.
- Henvisninger afvises trods grundigt forudgående undersøgelser i almen praksis. Når vi henviser er det fordi vi har brug for ekspertise i sygehusregi eller ikke kan komme videre i primær sektoren.
- Hotline og visiterende divergerer. Det er problematisk, at hotline angiver, at man vil se patient, hvorefter visitator afviser henvisning. Det giver dårlige forløb og usikre patienter.
- Psykiatrien - afviste henvisninger.
Kardiologi ; NOH afviste henvisninger (dog med begrundelse og med anvisninger)
Smerteklinik NOH/Herlev, afviste henvisninger.
Ortopæd kir NOH, afviste henvisninger.
- Ved afvisning af henvis, at der sendes skriv om årsagen.
- Det er primært i psykiatrien hvor stort set alt afvises det synes jeg er yderst problematisk
- Mængden af afviste henvisninger har nået et helt absurd niveau. De enkelte afdelinger opstiller egne kriterier for hvad de mener de skal se og ikke se. Det kræver enorme ressourcer hele tiden af skulle finde smutveje i systemet for at få sin patient vurderet.
At få en medicinsk patient indlagt via Akutmodtagelsen NOH er efterhånden også ret svært. Indlæggelsesvarigheden er meget kort og patienterne udskrives med uholdbare udskrivelsesplaner. Der er sjældent nogen ledige kommunale aflastningspladser og det hele ender tilbage hos AP. Det udvidede behandlingsansvar har delvist hjulpet idet man kan bede hjemmemeplejen ringe til hospitalet istedet, men den store taber er den ældre skrøbelige medicinske patient.
- Nogle gange smides vi fra afdeling til afdeling, hvor en afdeling henv til anden som så afvises. Vi bliver mere sekretær
- Mange henvisninger - især psykiatriske og kardiologiske afvises
- Særlige specialer afviser ofte
- Oplever 'automat' afvisninger fx ort kir ptt, som henvises for andet end artrose, men afvises fordi der ikke er artrose.
- Kraftig stigning i afviste henvisninger - selv henvisninger som forud for henvisning er konfereret og aftalt med bagvagt indenfor specialet bliver afvist.
Gælder især cardiologisk og endokrinologisk afd
- Samarbejdet er meget afhængig af hvilket speciale vi henviser til eller modtager patienter fra.
Primært er samarbejdet med skadestuen dårligt. Vi skal give svar på urindyrkninger foretaget på patienter i skadestuen, selvom indikationen er tvivlsom.
Ortopædkirurgisk afdeling følger ikke op på deres skadepatienter. Flere eksempler på at vi tilser pt fx 2 uger efter et traume og hvis vi mistænker senelæsion og henviser til ort kir går der over 4 uger før pt. tilses. DVS vi skal indlægge patienterne for at få dem tilset i ort kir regi.
- primært i akutmodtagelsen bliver patienter bare vendt i døren og de føler sig overset og afvist
- For mange afviste henvisninger
- Når jeg ikke svarer meget positivt, er det fordi vi har nogle vanskelige forløb om patienter med f.eks. demens som kun skal udredes delvist. Det er svært at få en dialog og sikre varetagelse af de aftaler man har lavet i telefon med bagvagt om at en patient f.eks. bare skal have 2 portioner blod og hjem igen.
- Afvisning af henvisninger giver altid anledning til frustration. Særligt hvis ikke efterfulgt af løsningsforslag. Jeg henviser kun, når jeg selv er "skakmat" og derfor har brug for hjælp fra sekundærsektoren.

Henvisninger til psykiatrien bliver ofte afvist trods opfylder kravene eller særlige situationer, der gør, at jeg henviser. Jeg klarer rigtigt meget herude, så henviser meget sjældent.

- Alt for mange afviste henvisninger
- Der er undertiden afvisninger, som synes absurde, fx når der afvises en henvisning, som en epikrise fra anden afd har anbefale. Ofte oplevdes det, at akutte henvisninger ikke læses.
- Til tider mangelfulde oplysninger og handlingsplaner ved udskrivelse af patienter.
- Stadig afvisninger, men godt med de handlingsorienterede, når de fungerer.
- "håndteres bedst hos praktiserende specialist" en ikke ukendt afvisningstekst. Eller "opfylder ikke henvisningskriterierne". Begge dele uden at angive hvor det fremgår. Specialeplan kunne være en mulighed, selvfølgelig med henvisning til relevant tekst.
- Mange afvisninger, som betyder ekstraarbejde, idet det alligevel ofte ender med genhenvi-
ning
- Afviste henvisninger. At afdelingerne ikke følger op på undersøgelse de selv har iværksat, men henviser til svar hos egen læge. At specialafdelingerne ikke tager ansvar for egne pati-
enter både mht opfølgning men også medicinering. At de ikke videre henviser direkte til an-
det speciale, hvis de finder dette relevant, men beder os om at gøre det for dem.
- Alt for mange afvisninger på ubetydelige teknikaliteter.
Indtryk af at man afviser pga manglende kapacitet, ikke af faglige grunde, glemmer at den
praktiserende læge og patienten ikke kan komme videre med denne patient.
Oplevet adskillige gange at have konfereret med en BV i telefon, som opfordrer til henvi-
ning, angiver at jeg kan citere BV's navn, alligevel afviser visitator. Spild af alles tid.
- Der er for mange afvisninger med henvisning til henv krav med alt for mange detaljer i kra-
vene.
Ikke foreneligt med 15 min kontakt med patienterne alt inkl.
- Jeg oplever flere kriterier skal være opfyldt for "at få lov" til at henvise patienter til sygehu-
set. Man får følelsen, at man skal gøre arbejdet for sygehuset, før de vil se patienten.
- Det har været et stort løft at hospitalet, ifald de afviser en henvisning giver handlingsorien-
teret anbefalinger for hvad der skal gøres i stedet.
- Der kan være henvisninger som afvises, men det er heldigvis undtagelsesvis.
- Henvisninger der sendes akut, har man et indtryk af at de ikke læses, da patienten ofte ud-
skrives uden vurdering af det man har indlagt med.
Psykiatri henvisninger afvises næsten altid, på trods af at man har fået privat praktiserende
psykiater til at vurderer at patienten skal henvises til psyk.
- Henvisninger til knæ og hofte ort.kir. afvises næsten altid med den samme standart frase
om GLAD, væggtab etc trods det at patienten lever op til det angivne eller ikke kan lave
GLAD træning pga bevægeindskrækning og smerter.
- Det er de allermest komplekse og invaliderede patienter med kroniske, komplekse smertetil-
stande, som det er sværest at få hjælp til. De passer hverken ind i psykiatrien og bliver ofte
afvist på center for tværfaglige smerter HGH.
- Afvisninger har grebet om sig.
Frustrerende at bruge tid på henvi-
ning og så opleve at pt. afvises uden at pt bliver kigget
på fra hospital siden.
Specielt når man sidder med mange ældre ptt. samt kroniker og er multimorbide.
- Ingen reelle problemer. Til tider regiditet i forhold til henvisninger, hvor der kræves et dyb-
degående arbejde før vi henviser. Det vil jeg mene ligger bedre hos speciallæger inden for
det pågældende område.
- Akutte patienter afsluttes ofte for hurtigt
Mange afviste henvisninger
- For mange opgaver lægges tilbage til praksis. også selv om ptt følges på sygehus.
- Oplever tit at mine henvisninger bliver afvist.. Jeg mener at når jeg har henvist en patient at
relevant. At jeg har gjort alle de ting som jeg mener jeg kan gøre for patienten. Selvfølgelig
acceptabelt hvis jeg i henhold til forløbsplanen mangler afgørende undersøgelser, men mang-
ler der enkelte ting er det frustrerende.
- Afviste henvisninger
Særligt fra neurologisk og ortopædkirurgisk afdeling.
Fx parkinsonisme udredning, som N-amb afviser med besked om udredning hos privatprak-
tiserende neurologer. Hvor der er 8-9 måneders ventetid.
- mange afvisninger, især cardiologi, psyk, tiltagende fra ortho. Frustrerende hvis patienten
endda er konf. med bagvagt der anbefaler henv og den efterflg afvises!

- Mange afviste henvisninger.
Særligt kardiologisk amb er det svært at henvise til uden den afvises.
F.eks når en 1. speciallæge bagvagt pr tlf har bedt om en henvisning og 2. visiterende speciallæge afviser er det en udfordring.
- - Jeg oplever til stadighed at mange opgaver skubbes ud mod almen praksis. Det handler bl.a. om opgaver som igangsættes på en afd. og så afvises på den afdeling man henviser til... og så havner bolden hos os.
- Ind imellem er afdelingerne meget rigide med de krav de stiller til henvisningen hvor relevant henviste patienter afvises fordi der ikke er udført "forundersøgelser". Det er jo ikke meningen at vi skal lave alle undersøgelser som er relevante inden patienten ses på hospital
- CVI psyk er ikke samarbejdende. Alt bliver afvist også ting der helt åbenlyst skal ses i psykiatrien. Det er som om at der afvises pr automatik og blot ledes efter en fodfejl i henvisningen, så afvisning kan gøres. Det føles absolut ikke som at der er samarbejde til patientens bedste.
- Ofte afviste henvisninger, af og til krav der ikke giver mening i det samlede billede af en patient der har brug for specialiseret behandling
- afviste henvisninger med råd om ny henvisning på en anden måde der så også afvises
- Lang ventetid som nogen afdeling
- ofte afvisninger af henvisninger , både somatisk , men i sær psykiatriske henvisninger bestemt ikke altid retningsanviste afvisninger, dvs med hjælp til hvor jeg mangler oplysninger for at de tager imod en patient til undersøgelse eller hvis stedet er forkert hvad man bør overveje i stedet ?
- Der er alt for mange afviste henvisninger, særligt fra psykiatrien og kardiologien, hvor tilbagemelding ofte er at det skal klares i primær sektor. Problemet for psykiatrien er her at ventetiden er urimelig lang, og det gælder særligt for børn med mistvivl og mistanke om bagvedliggende psykopatologi.
- Eksempel:
Fra en bagvagt kan anbefales henvisning til ambulatoriet, og når man så henviser kan der sidde en anden og afvise henvisningen - det er frustrerende.
Generelt er der færre ting der kan henvises til sygehuset. Ikke sjældent må en henvisning sendes igen for at blive taget ind hvor man finder det relevant.
- Jeg har desværre oplevelser med afviste henvisninger.
Når jeg så ringer og taler med ex. ledende overlæge eller bagvagt om henvisningen så kan de pludselig godt modtage pt alligevel.
Det samme gælder for røntgen undersøgelser.
Så kan man henvise til rtg et sted og så ændres det til et andet hospital hvis det er en CT.
Vi har mange steder at forholde os til i almen praksis. Man burde kunne sende til en enkelt enhed og så kan de sortere og sende videre.
Psykiatrien er et kapitel for sig selv. Senest pt forløb hvor jeg henviser til psyk skst. opg ringer og adviserer om at pt er psykotisk - hun hjemsendes - Jeg forsøger så at indlægge hende igen - men mine henvisninger afvises og det ender med hun igen må ind over psyk skst - efter telefonisk og skr advisering og og konf med en vis psykiater. Jeg kan oplyse hun fortsat er indlagt og ikke udredt endnu efter 1 måned.
Ort kir er meget regide. Oplagt vridtraume hvor man tænker en menisk læsion - er pt > 50 år skal der foreligge et rtg knæ - håbløst!
- Afviste henvisninger fra kardiologi , psykiatri og børnepsykiatri primært, men også fra ort kir og neurologerne
- Oplever typisk mange afviste henvisninger på tyndt grundlag. Mangelfulde epikriser
- Mange afvisninger på tyndt grundlag
- Mange afviste henvisninger .(rtg, kardiologisk, lipid klinik)
Mange patienter retur som ikke er færdig behandlede (spec fra akutklinik) eller som med fordel kunne være set af evt anden afdeling uden at skulle være forbi e.l.påny blot for at få anvist henvisning som besluttet fra første afdeling.Urealistiske krav ved udskrivning til el med blod pr eller lign indefor urealistisk tidsramme .Svært at få pt henvist til lipid klinik, psykiatri.
- Hyppigere afvisninger ved henvisning og ofte med meningsløse automat begrundelse eks pt med knæ udne brusk tilbage i knæene skal have 3 mdrs Fys før de vil se hende til vurdering for TKA
Patienter bliver ofte udskrevet på dagen uden løsning på problemet - tilbage til praktiserende læge igen

- Jeg oplever til tider at henv. afvises med mangelfuld begrundelse. (Mange gange er der dog fin forklaring på en evt. afvisning)
- Ofte henvisninger retur. Det er ok hvis den returneres med oplysninger om hvad der skal ændres.
- Henvisninger afvises ofte. Det er blevet mere tidskrævende / flere krav til forus og forberedelse at udfylde og sende henvisning.
- At henvisninger afvises hyppigt især indenfor psykiatrien og billeddiagnostik, Det forekommer mig som at afdelingerne tager sig retten til at afvise hvis ikke alt er til punkt og prikke i forhold til forløbsplaner. Generelt gør vi os jo umage, men der er f.eks. tilfælde hvor man henviser under pakkeforløb og der sker forsinkelse pga. ordkløveri i stedet for at patienten blot indkaldes.
- -
- Det er blevet bedre fordi vi nu får faglig rådgivning ved afvisninger. De mange afvisninger er dog stadig udfordrende
- Mange henvisninger bliver afvist.
- Ikke altid en anvisning ved afvisning af henvisninger, som lovet.
- Henvisninger tilbagevises uden relevant handlingsanvisning. Regler for tilbagevisning fastsættes ensidigt af hospitalet. Det er en rigtig dårlig strategi for godt samarbejde.
- Visse afdelinger kan være svære at få henvisninger igennem til (pædiatrisk fx).
- Særligt udfordring ift psykiatrisk og kardiologisk afd.
- 1) Afviste henvisninger, som ikke bærer præg at en læge har læst henvisningen helt igennem
2) samme, hvor der mangler et "flueben" efter hnev vejledningen, men reelt er uden betydning for problematikken.
Genhenvisning ved 1) gennemføres efter aftale med en Bagvagt, men er dobbelt arbejde for mig og visitationen
2) dobbelt arbejde for mig og visitationen
- En del afviste henvisninger. Dog fra f.eks. DE og kardiologisk fås handlingsanvisende afvisninger, så man relativt simpelt kan rette ind.
- Jeg oplever at have en fornemmelse af at min henvisning ikke altid bliver læst af læge kollega- men blot bliver "standard" behandlet- selvom jeg specifikt har haft særlige grunde til at henvise på den måde jeg gør. Jeg kan opleve at henvisningen bare sættes i kø på vanlig vis- trods " særlige forhold"

50. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- det er nyttigt når der bliver givet anvisninger ifm afvist henvisning. Og når der er klare henvisningskriterier
- Ofte god sparing ved opringning til bagvagter i specialerne. Indtryk af at alle gerne vil hjælpe
- De fleste henvisninger accepteres alligevel.
- Pakkeforløb er fantastiske. Røntgen og klinisk kemisk henvisninger det glider så flot.
- Svar fra overlæger i forbindelse med afviste henvisninger.
Opkald ved behov for afklaring.
- Endo-hotline, neur. bagvagt er super.
- geriatri Gentofte om en pt
smerteklinik RH
- Sparring med overlæger oftest muligt og skriftlige korrespondancer besvares informativt
- Kræftpakkeforløb fungerer upåklageligt
- Specialist rådgivning er god.
- Jeg oplever, at specialer med praksis ofte afviser fra hospital og anbefaler privat praksis, hvorefter privat praksis afviser og anbefaler hospitalsamb.
- Konferering med speciallæger på sygehuset fungerer godt, både i tlf og ved korrespondance
- jeg synes at de pågældende bagvagter er rigtig gode og behjælpelige ved problemer om en patient.
- Jeg oplever ikke noget særlig godt samarbejde med nogen afdelinger.
- Ofte altid god hjælp ved telefonisk kontakt
- CVI generelt velfungerende. Afvisninger med god begrundelse og evt forslag til anden udredning er værdsatte.
- Ikke længere tilstede - meget sjældent der er forslag til alternativer..

- palliativ enhed frederiksund
- Meget sjældent
- Når de læser den og tager patienten ind hurtigt
- Faglig sparring telefonisk
- Altid god sparing når man ringer til bagvagt/speciallæge om akutte problemstillinger.
I de aller fleste tilfælde fungerer korrespondance muligheden rigtig godt, ved ikke-akutte spørgsmål.
- Oplysninger om AP opfølgen efter indlæggelse
- Det er ofte de samme afdelinger som afviser og flere andre specialer som pædiatri og gyn/obs har vi fint samarbejde med.
Der er fint når man får en kommentar om afvist henvisning med forklaring og evt. forslag til plan.
- Diagnostisk enhed står ud som en afdeling der kun afviser med god argumentation, ikke som flere andre, afviser i henhold til en forordning kun visitator kender.
- Der er kommet mere fokus på samarbejdet omkring patienten. Ved afvisning af henvisning skrives forslag til yderligere undersøgelser/behandling.
- Det er af stor værdi at vi kan ringe til bagvagterne på sygehuset - det sparer i sidste ende henvisninger
- Handlingsanvisende afvisninger fungerer godt - giver god kommunikation
- Mine henvisninger behandles hurtigt og sikkert, jeg får besked om afvisninger og bookinger - det er meget trykt for både mig og mine patienter.
- Der er ofte god vejledning tilbage såfremt en henvisning afvises
- Endokrinologisk afd. Hillerød giver gode tilbagemeldinger på afviste henvisninger, og man får god hjælp i telefonen. Børneafdelingen modtager altid uden noget bøvl.
- Generelt oplever jeg på tværs af alle specialer, at der ydes hurtig og god hjælp via både korrespondencer og direkte læge til læge på telefon.
- Endokrin amb. Hvis de afviser, er der altid en fin vejledning/begrundelse med.
Nogle afvisninger fra kard.amb. er også som ovenfor.
Tlf. kontakt ved spec.læge på sygehuset er meget gavnligt. Altid hjælpsomme kolleger.
Burde være honoreret, da det er meget tidskrævende for os.
Korrespondancer fra amb, hvis de har en pt., der kræver ekstra opmærksomhed. F.eks en kræftpatient i krise eller en bekymring ved hukommelse.
- JEg oplever beredvillighed ved kontakt til speciallæger og generel accept af en stor del henvisninger
- Det fungerer upåklageligt med henvisning til undersøgelser af knuder i bryster på Herlev.
- Kræftpakkerne fungerer.
- Ofte gode forklaringer på, hvorfor henvisningen er afvist.
- Jeg er glad for de tilbagemeldinger jeg får når henvisningerne bliver afvist. Det giver et godt samarbejde
- Pædiatri, gynækologi og kardiologi; Her oplever jeg oftest at samarbejdet vedrørende henvisninger er godt.
- God hjælp når der konfereres pr telefon eller korrespondenser. Ofte en faglig god begrundelse hvis en henvisning afvises
- kræftudredning er hurtigt og effektivt
- hurtig visitering , nem kommunikation . ofte muligt at ringe for afklaring på telefon , dvs den bliver besvaret og man får afklaring her og nu
- God og grundig sparring med endokrinologerne
- Røntgen afviser sjældent, og der er hurtig indkaldelse.
- Det er vældig godt, når en afvist henvisning ledsages af en begrundelse og forslag til faglige tiltag.
- Generelt følger der en fin forklaring med når en henvisning afvises. Det er en stor hjælp.
- børne afdelingen, gyn /obs og endo, samt lunge afd
- Godt samarbejde ved telefonisk kontakt til speciallæge
- Gode udredninger og beh f.eks kardiologisk afd , hukommelsesklinikk, onkologi, ortopæd.
- Altid gode kontakter til Bagvagter vedr problem spørgsmål
- Visse afdelinger sender et forslag til videre udredning/behandling hvis en henv. afvises
- Hjerteafd: oftest forklaring på afvisninger.
- Især indenfor palliative indsats oplever jeg at hospitalerne gør en super god indsats hvor vi er meget velinformerede
- -

- handlingsanvisende afvisninger er et klart løft
- Gode hotlines med endokrinologer, neurologer og nefrologer
- Jeg synes altid at man får en ordentlig forklaring på hvorfor en henvisning er blevet afvist og anbefalinger til hvad man kan gøre.
- Nogle afdelinger kan godt give en fornuftig anvisning, og tager så også imod igen når anvisningen er fulgt, men pt. alligevel bliver henvist igen.
- Gode samtaler med kolleger på sygehuset når man ringer. Det er det dog ikke et incitament til at gøre. Det er tidkrævende og honoreres kun i specielle tilfælde.
- Jeg synes for det meste vi får gode begrundelser på afvisninger.
- Oftest god dialog omkring ptt. ved samtale med Bagvagt / hotline afd.(også uden henvisning el indlæggelse) Gælder NOH og andre sygehuse i regH
Noget mindre optimalt på neurologisk afd NOH, der opleves mere som afvisning af pt, og mindre rådgivning.
- Se ovenfor. Jeg synes generelt, man får en meget fin dialog ved opringning/konference.
- Det er meget tilfredsstillende at opleve, når henvisningen bliver afvist at der gives en forklaring og et bud på alternativ mulighed eller hvad der kræves forud for evt ny henvisning.

51. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- det kan være et svært nåleøjeblik at komme igennem.
- Diagnostiske afklaringer kan være svære (hvis ptt ikke er svær depressiv), men 'blot' svær mistrivlig muligvis pga. personlighedsforstyrrelse/ASF mm
Børnepsykiatrien lider under kapacitetsproblemer
- Nogle gange afvises, i mine øjne, relevante henvisninger. Men efter opkald til visitator og genhenvisning med samme ordlyd, går de igennem.
- Der er så mange afvisninger, og svære patienter for mig i klinikken, specielt hvis de har et sidemisbrug. Samt så mange tilbud, og lange inklusion og eksklusionskriterier, jeg har næsten opgivet, jeg sidder med den udfordrende patient, og er ikke psykiatrispecialist, men hvis patienten ikke passer ind i kassen afvises henvisningen.
- Der afvises alt for mange, som henvises til at skulle i henvises til privat praktiserende psykiater, hvor der er meget lang ventetid. Så patienten har reelt ikke noget tilbud i forhold til at blive udredt/vurderet af psykiater.
- De er ok, i hvert fald bedre end tidligere.
Men en afvisning pga et manglende tlf nummer f.eks. er ikke ok.
Man kan jo kontakte lægen/praksis.
- Jeg er efterhånden holdt op med at henvise børn og unge, da de ofte bliver afvist hvis ikke der foreligger forløb i PPR (forældre henvender sig til mig, fordi kommunerne ikke har sat relevant hjælp i gang eller der er lang ventetid. Det er patienterne der kommer i klemme.
- Jeg bryder mig ikke om at konferere med sygeplejersker! Det skal pinedød være en rigtig psykiater jeg og mine patienter taler med. Skema- og algoritme-udredning fejler. Der skal fingerspitzgefühl og erfaring til at fornemme de svære psykiatriske problemstillinger
- har opgivet at henvise i de fleste tilfælde da henv jo som oftest afvises. Så må pt lide i den lange ventetid på PP psykiater
- Afviste henvisninger opleves ikke velbegrundet
- mange afviste henvisninger trods jeg har brugt tid og overvejelser inden henvisning.
- Alt for mange henvisninger afvises, hvis der ikke foreligger en specifik diagnose og pt passer i en "pakke"
Alternativet er så en henv. til privatpraktiserende psykiater med mindst 1 års ventetid...
I forbindelse med henvisninger af børn afvises/udskydes de ofte i lang tid i venten på PPR i kommunerne..
- Særligt børnepsyki er problematisk, da man afviser med henvisning til PPR, som ikke kan bidrage. Man forlanger diverse fra bilag fra PPR-regi, som jeg ikke er bedre til at indvente end psyk. selv ville være. Det er meget ekstraarbejde.
- for mange afvisninger.
Hvis henvisning ikke ordret passer ind i en kasse til et forløb, afvises ofte.
- Vi får ofte afvist relevante henvisninger - ind imellem med henvisning til hurtig tid ved prakt psykiater - men oftest med meget lange ventetider i primærsektor til følge.
- Mange afvisninger af henvisninger.
Der skal ualmindelig mange detaljerede oplysninger i henvisningerne.

- De skal have så ekstremt udfyldende henvisninger , men det til trods så bliver de afvist. absolut ikke ok
 - Det er efterhånden et nåleøjeblik at få en henvisning gennem CVI psyk. Afviste henvisninger uden forslag til videre plan.
 - Nærmest 9 ud af 10 henvisninger afvises - og hvis jeg efterfølgende prøver at beskrive det de angiver at være i tvivl om afvises de også
 - Ikke altid indtryk af, at alt læses før der evt afvises
 - Der kan være en udfordring ift ptt som muligvis har mere end 1 diagnose, men som har det meget dårligt. Der forekommer 'cirkelafvisninger'. henv for depr - bør udredes for adhd først og omvendt.
 - meget svært at få henvisninger igennem og til børne-Ungespsykiatri stort set umuligt..
 - Det er et nåleøjeblik at komme igennem med henvisninger.
 - mange afvisninger og ikke med patienten i centrum
 - Afvist henvisning, hvor det lader til, at henvisningen blot er blevet afvist "automatisk" uden min henvisning er nærlæst og derved en forståelse af, hvorfor jeg henviser netop denne patient.
- Jeg klarer meget herude og henviser sjældent.
- Igen: Afviste henvisninger
 - afvisning af henvisning og frustration over kommentaren om , at det skal foregå hos praktiserende psykiater.
 - Jeg synes, man får for mange afvisninger af henvisninger, selv om man har gjort sig umage med at lave nogle gode af slagsen
 - Til tider urimeligt høje krav til henvisninger.
- Henvisninger afvist på teknikaliteter
- Stadig for lille kapacitet, men er blevet bedre.
 - omfangende symptombeskrivelser udbedes ofte hvor det nærmest er umuligt at gøre symptombeskrivelsen mere omfattende
 - Det er svært med henvisninger til børnepsykiatrisk afdeling
 - Afviste henvisninger.
- Specielt voksen psykiatri eller unge som overgår fra børne unge psyk og afsluttes uden at kunne overgå direkte til voksenpsykiatri. Frustration omkring lang ventetid for visse patientgrupper.
- Mere sagligt end de fleste somatiske, men bærer jo præg af meget lange ventetider
 - Jeg oplever ofte afvisning af henvisninger til psykiatrien.
 - Der er oftere afvisning af patienter i psykiatrien og det er en sårbar gruppe ikke at kunne få den rette hjælp til.
 - Se tidligere. Der er ingen hjælp at hente. Det føles som en lukket dør og ikke et samarbejde omkring patienten.
 - Jeg henviser kun meget dårlige patienter til den ambulante psykiatri og jeg synes selv, at jeg gør mig umage for at skrive fyldestgørende og grundige henvisninger, men oplever desværre ofte, at patienterne alligevel bliver afvist. Når jeg så genargumenterer med præcis de samme argumenter som i første omgang, så går de igennem. Det kan opleves stærkt provokerende og efterlade mig med en følelse af, at man lige prøver om man kan snige sig udenom.
 - Det pres der er i praksis af psykiatriske ptt. og den forventning der er i psykiatrien omkring udredning og udformningen af henvisningen er kompleks og tidskrævende. Stemmer slet ikke overens med den tid der er tilstede i praksis. Kan tage op til 1-2 timer. Specielt børnepsykiatrien er slem.
 - Jeg har stort set opgivet at henvise, for næsten alt bliver afvist. Jeg fatter ikke, at man i hospitalspsykiatrien kan mene, at de har travlt, når der bliver henvist så få og resten bliver afvist. Systemet er brudt sammen!
- Med børn og unge er det endnu værre. Det må samfundsmæssigt være en utrolig dårlig forretning, at familier skal køres i sæk pga. den langhårede tilgang til udredning og behandling af børn og unge.
- De indbyggede begrænsninger i systemet er frustrerende. Udsatte unge fra 16 års alderen acceptere ikke i BUP (det er for sent) eller i voksen psykiatrien før de er 18. Det er at uacceptabelt vacuum i en meget betydende udviklingsfase.
- Vedr voksne er der for mange afvisninger, også når der er ne mistanke om tungere psykiatri eg skizotypi/skizofreni, som til tider afvises med henvisning til primær vurdering ved privat praktiserende psykiater med ventetid på over 1 år. Det går simpelthen ikke. Afte udbedes

også psykolog udtalelser, som igen kan kræve lang ventetid og udredningsforløb, hos patienter som burde vurderes af speciallæger i psykiatri hurtigt.

Ved ADHD oplever vi at stort set 100% patienter som henvises får diagnosen. Dermed bliver den henvisende almen mediciner diagnosegivende. Det syntes udfordrende. Dialog mellem de to speciallæge grupper bør styrkes betydeligt.

- Oplever ikke rigtig mange henvisninger bliver afvist specielt børn.
Af de vurdere at de ikke hører i sygehusregi, men at de skal ses af på psykiater r, men jeg har vurderet at de ikke er egnet til at gå hos en PP-psykiater. Igen er min mening/lægefaglige vurdering undermineret
- Afvisninger af henviste svært syge patienter vidner om ressourcemangel i den offentlige psykiatri.
- Jeg har efterhånden helt opgivet at henvise noget som helst til hospitalspsykiatrien!
- - Jeg oplever til stadighed at mange opgaver skubbes ud mod almen praksis. Det handler bl.a. om opgaver som igangsætte på en afd. og så afvises på den afdeling man henviser til... og så havner bolden hos os.
- Ind imellem er afdelingerne meget rigide med de krav de stiller til henvisningen hvor relevant henviste patienter afvises fordi der ikke er udført "forundersøgelser". Det er jo ikke meningen at vi skal lave alle undersøgelser som er relevante inden patienten ses på hospital
- Samarbejdet med psykiatrien er fortsat præget af vi ikke kan få den fornødne hjælp til at håndtere patienterne hos og og ambulant eller indlæggelse er ikke mulig
- Afvisninger der ikke giver mening. Man får indtryk af at de er så pressede at alt skal afvises.
- Mange afviste henvisninger, af og til ingen hjælp til hvilken anden behandling/tilbud der er relevant
- Det er blevet bedre og flere henvisninger accepteres uden krav om for mit synspunkt ligegyldige hvor henvisning sendes frem og tilbage
- afviser tit
- 8 ud af 10 henvisninger bliver afvist enten anmodet om set i primærsektoren . hvor man oftest HAR forsøgt at få patienten set , men de afviser og mener sagen skal køres i offentlig psyk regime ! afvises men mangler anvisning om hvilke oplysninger mangles eler hvor man så skal søge hen med denne pt ect
- Det er svært, til umuligt at få henvisninger igennem, især børn og unge. Også selvom de er i svær mistrivsel.
- Jv.f forrige besvarelse
- Mange henvisninger afvises med henvisning til en standardtekst, dette ærgerligt da vi ikke henviser mange og da der ofte bruges en del tid og ressourcer når henvisningen endelig sendes.
- Der er store krav til henvisning til psykiatrien. Især BUP. Her er det stort set ikke muligt at henvise en patient til - de afvises.
Jævnligt står der i epikrisen: "kan genhenvises ved behov" men afvises alligevel af CVD.
- Lang ventetid
Høj afvisningsprocent
Mange psykisk syge afvises grundet manglende "sværhed" og henvises til privatpraktiserende psykiatere, hvor der ikke kan fås tid - pt. kan så ikke få psykiatrisk hjælp
- Generelt er der jo ikke meget andet end akut psykiatri som vi henviser til psykiatrien.
Der er dog et udmærket samarbejde med gerontopsykiatrien,
- Det er meget tungt at få en pt ind i psykiatrien - generelt.
- Afviser alt 1. gang uanset. Leder efter små fejl. sidst et tlf til pt som De ligesom vi kan slå op helt samme sted.
Ofte sendes de blot igen og så er alt OK: lidt uforståeligt i vores ende.
Vi henviser kun hvor det er strengt nødvendigt, giver ingen mening at afvise en henvisning uanset.
- Afviste henvisninger , de ved jo godt, at vi ikke kan skaffe en psykiater eller børnepsykiater hurtigt
- Mange afvisninger
- For få pt der tages ind for mange afvisninger .Spec børn og unge.Mange forældre der står i uholdbare situationer uden hjælp.
For tidligt afsluttet uden opfølgning.
- Håbløst ved henvisninger med børn og Psykiatriske problemer
- Jeg har henv. afvises som mangelfulde, skønt de oplysninger de angiver at mangle, kan findes længere nede i henv.

Genhenv. er meget svær at få igennem, selv om jeg vurderer nyttilkomne sympt./ændrede sympt.

- Mange afvisninger, både voksen og børne psykiatri
- Oplever ofte afvisning af henvisninger.
Hvis der er behov for udredning af patient er pakkeforløb ofte en for snæver ramme
- Jeg synes at de krav der stilles til vores henvisninger generelt er meget svære at leve op til da det nærmest vil kræve en primær journal på det psykiatriske område for at leve op til kravene. Dette er frustrerende for patienterne og os læger da det betyder at patienten skal møde ind x mange for at vi kan bruge 1-2 timer på en fyldestgørende henvisning.
- -
- Vi er pressede af lange ventetider hos de privatpraktiserende psykiatere og samtidig ret mange afvisninger. Det giver tab af arbejdsevne hos patienterne
- Mange afvises
- Jeg har oplevet at have gjort mig meget umage med henvisningen omkring en patient som jeg mener virkelig skal ses men den bliver henvist alligevel. Når jeg så ringer op og forklarer problemet vil de gerne have henvisningen igen.
- Fortsat mange afvisninger.
- Henviser kun i helt klokkeklare tilfælde hvor pt er så syge at de med en vis sandsynlighed kan komme igennem nåleøjet i RHP CVD.
- Jeg oplever at CVD for sjældent beskriver / forklarer deres afvisning sufficient. Til tider virker det som om henvisningen kun er skimmet eller læst og dermed er de væsentlige pointer ikke forstået.
- Psykiatriske ptt. afvises hvis de ikke passer ind i en given "pakke", ofte ved vi jo ikke hvad de præcist fejler...
- Mange afviste henvisninger! Det er dog fint, hvis man bliver bedt om ekstra oplysninger, der så medfører, at henvisningen godtages.
Det er dog svært/tidrovende at komme igennem telefonisk og tale med visitationen om en afvist henvisning.
- Ofte er patienterne komplekse med samtidig flere diagnoser, eks spiseforstyrrelser, depression, angst.
Jeg kan opleve at henvisningen afvises, da jeg bedes om at henvise med en specifik diagnose-
Her kunne jeg ønske at CVI for psykiatri- evt selv kunne omdirigere henvisningen til rette modtager. Det forlænger blot henvisningsforløbet at få henvisningen retur for så med helt samme ordlyd skal sendes igen til anden modtager indenfor psykiatrien.

52. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- meget klare problemstillinger går lettere igennem.
- Meget søde til at give råd telefonisk
- Det samme: Nogle gange afvises, i mine øjne, relevante henvisninger. Men efter opkald til visitator og genhenvisning med samme ordlyd, går de igennem.
- at en dårlig patient selv henvender i psykiatrisk skadestue.
- Når jeg har haft tid, har jeg enkelte gange brugt telefon nummeret til visitationen, som kunne forklare mere omkring afvisning. Ikke at det hjalp på om patienten kunne blive visiteret, så der var ikke yderligere hjælp til patienten
- Det er ofte positivt at konferere med bagvagt, især når man får en erfaren i røret. Ikke altid tilfældet.
- .
- Udmærket hotline.
- De gange det lykkes at få en henvisning igennem til pakkeforløb angst/depression, og ved mistanke om bipolær/psykosetilstande
- God funktion med at konfererer med gerontopsyk ved tvivl om henvisninger
- det er såvæ voksen som børnepsykiatri som er problematiske hvor det mere er reglen end undtagelse hvis en henvisning bliver afvist
- Nej.
- Har god hjælp fra psyk bagvagt ifht råd og vejledning ved opringning til dem. - men det fører sjældent til at en henvisning accepteres
- Vi får en hurtig afvisning altid -
- ingen

- Sparring med gerontopsyk. og psyk. BV i det hele taget letter arbejdsgangen og vejen ind i psykiatrien.
- Stort set aldrig
- den akutte mulighed med hurtig vurdering af depression og angst fungerer. Der kommer råd med tilbage om handling eller også har speciallægen selv viderehenvist pt til sygehusregi
- Hvis man skriver en korrespondance til dem om en fælles patient, så er de meget hurtige til at svare.
- Faglig sparring telefonisk
- God overlevering af patienter.
Godt at kunne kontakte dem både telefonisk og med korrespondancer.
- Unge svært depressive patienter modtages selv med meget beskeden henvisningstekst
- Intet at bemærke
- Godt samarbejde med de udkørende teams.
- Jeg har ved afvisning af henvisninger kunne ringe til CVI og drøfte problemstillingen. Udfordringen er mangel på tid til at håndtere afvisninger.
- Mulighed for psyk skadestue er altid gavnligt.
- Jeg kan ikke huske en god oplevelse.
- Der er generelt få positive oplevelser i samarbejdet med psykiateren, som syntes ressource-svagt. Både i den private og offentlige sektor.
Det er dejligt med det nye tilbud om akut vurdering. Tak
- Hotlinefunktionen på klinik for spiseforstyrrelse i Ballerup. Fungerer godt.
- Fint samarbejde
- Aldrig sket
- Telefonisk konf. over en afvist henvisning
- stor overraskelse når ens henvisning bare går normalt igennem
- Gerontopsykiatrien fungerer OK
- Gerontopsykiatrien fungerer og jeg har som plejehjems læge et fint samarbejde.
- Oplever jeg ikke.
Kun ved epirker hvor afslutningsnotater og planer ofte er gode
- Når man henvender sig til Psyk skadestue
- de patienter der er i FACT har jeg tit gode forløb omkring.
- -
- God rådgivning på telefon.
- Ikke oplevet. Igen er vi udfordret af at RHP ensidigt opfinder sine egne visitationsretningslinjer.
- Jeg oplever at de forløb er tilbydes den enkelte patient fungerer rigtig godt.
- Det ER muligt -afhængig af lægelig visitorator- at få en dialog og rådgivning for videre udredning eller behandling
- Telefonisk gode råd og fin dialog.
- Jeg kan opleve at blive ringet op af psykiater for at visitere min henvisning korrekt.
Det er meget tilfredsstillende med dialog omkring patienten.

53. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det kan være svært at svare fyldestgørende på alle de punkter, som anvisningerne kræver.
- Det er skønt, tak!
- Det kræver så meget tid og det er mennesker der ikke altid passer eksakt ind i en kasse.
- Jeg synes ikke altid det fungerer. Oftest skal sendes en ny henvisning. måske gælder det mest radiologisk henvisning
- Det er rigtigt at der er handlingsanvisning, men der står samtidig (fx fra billeddiagnostisk) at hvis pt alligevel ønskes henvist så SKAL der sendes ny henvisning - det er ikke det der er aftalt.
- jeg kendte ikke til dette
- ind i mellem ok men ofte virker det til at være en frase der sendes
men jeg henv netop fordi jeg vurderer pt har behov for hjælp ikke for sjov, har jeg brug for gode råd ringer jeg naturligvis selv til en kollega inden for rette område
- disse handlingsanvisninger oplever jeg sjældent
- fungerer fint. jeg korrigerer så og alligevel så bliver de af og til afvist!

- Som oftest er det ubrugelige planer som fx "Anbefales henvist til psykiater i primær sektor". Her er der 12 måneders ventetid, så det er jo ikke nogen holdbar plan.
- Afvisning opleves ofte som en frase, det jeg kalder 'automatafvisning', som lister alle henvisningskriterier fx ved artrose, jeg sidder ofte med en oplevelse af, at de ikke har læst, hvad jeg har skrevet i henvisningen.
- Afvisningen indeholder kun sjældent en anvisning til hvordan patienten kan komme videre.. ofte blot "bør varetages i primær sektoren"
- synes ikke altid der er noget handlings orienterende med
- det er en hjælp, at der anvises en alternativ plan
- Det er altid godt, at afvisningen efterfølges af en anvisning, men jeg har ofte indtryk af, at afvisningen sker helt automatisk uden at have nærlæst henvisningen.
- Jeg synes ofte, det er småting, der mangler i henvisningen, og jeg har indtryk af, at det for den visiterende læge mest er for at skubbe henvisningen foran sig.
- Det er relevant, at der undertiden mangler oplysninger
- Ikke altid relevante afvisninger
- Det medfører extra arbejde alligevel - tager ressourcer fra de andre patienter
- Jeg synes der argumenteres lidt bedre end sidste gang.
Men det er er klar forbedring at der nu korresponderes
- Ofte alt for omfattende.
- De handlingsanvisende afvisninger hjælper mig videre i pt forløbene.
- Det er en sjælden situation i somatikken, og i de tilfælde er der ofte en god og gyldig grund til afvisningen. Anderledes er det i psykiatrien, se forrige notat.
- Det vil hjælpe at de skrev hvad det er de mangler i stedet for at starte forfra med ny henvisning og ny tid til pt.
- Hvis de bare mangler en blodprøve eller en epikrise fra en speciallæge er det en meget nem måde at komme videre på.
- Det er altafgørende at jeg modtager et begrundet svar med handleplan på en afvist henvisning.
- Når man modtager henvisninger som afvises argumentere for sin lægefaglige begrundelse derfor og så bliver den accepteret. Det er mere arbejde
- var ikke klar over at man kan svare ved korr. det giver stadig en masse ekstra administrativt arbejde når henv. skal frem og tilbage
- Det er ofte en administrativt lidt tung procedure at genhenvise og indsamle yderligere oplysninger, men det accepteres naturligvis, hvis der er vurderet behov herfor.
Henvisningerne har det dog med at skulle bære præg af små indlæggelsesjournaler - vi har også travlt i almen praksis.
- Det kræver dog at den afvisende læge læser henvisningen. Ofte modtager man en afvisning med anbefaling om at gøre noget der allerede er gjort, trods det at det er beskrevet i henvisningen.
- mangler de kirurgiske afdelinger , især hillerød
interm medicin og pæd og gyn noget bedre hertil
- Jeg fik en afvisning på en færdigudredt men kompliceret smertepatient, hvor jeg henviste til smerteklinik på Herlev/Gentofte. Her var afvisningen 1,5 sider tæt skrevet om visitationskriterier, indhold mv, hvor man har givet svar på det meste i henvisningen, men man får et "standardsvar" hvor man mister overblik over hvad der konkret mangles i henvisning.
- Det er ekstra arbejde til almen praksis.
Jeg oplever at hjertelægerne rådgiver men ellers ikke
- Godt at det er specificeret hvad der mangler, synes dog baren af og til er for lav , samt at kravene for henvisninger stiger og stiger trods et tiltagende pres i praksis.
- Det kræver altid ekstra stort arbejde at finde andre løsninger for patienten og oftest med lange ventetider for patienten ved ny henvisning til privat specialist
- Så ved jeg hvad henv. skal uddybes med for at den går igennem , eller forslag til beh. eller andre us der kan afhjælpe problemstillingen
- Hvis det blot er en opremsning af yderligere undersøgelser der skal gøres før pt kan ses er det blot en ekstraopgave på almen praksis.
- I flere tilfælde synes jeg at det ikke ændrer det faktum at patienten skal ind til en til en undersøgelse hvorfor jeg ville foretrække at man indkaldte patienten og evt bad om eftersendte oplysninger / blodprøver hvis de var tvingende nødvendige.
- Det er en god hjælp

- Giver mulighed for at skrive tilbage, så henvisningen ikke skal laves helt forfra igen. Det sparer meget tid...
- Det kan være et godt råd man kan arbejde videre ud fra.
Men de færreste steder har implementeret handlingsanvisning - også på NOH, så jeg er næsten glad bare patienten får besked om at henvisningen er afvist.
- At henvisningen er åben og jeg kan suppl. Eller argumenterer når jeg er uenig er godt og det burde implementeres på ALLE afdelinger.
- Det er ikke helt konsekvent at mine korrespondancesvar bliver besvarede og nogle gange bedes der om at sende endnu en henvisning selvom det bare er en detalje der skal tilføjes.
- Jeg har ikke vidst (indtil for nylig), hvordan man kunne sende korrespondancer retur, men finder det godt, at korr.nummeret anføres i afvisningsnotatet.
- Som skrevet tidligere.
Så ved jeg præcis hvad jeg skal gøre- ofte er henvisningskriterier ændret, som jeg ikke har nået at være opmærksom på og så er det rigtig fint at blive gjort opmærksom på evt nye regler.

54. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det har jeg ikke oplevet endnu.
- Det kræver så meget ekstraarbejde, og jeg har en presset arbejdsdag og er efterhånden en erfaren læge.
- det fungerer ikke - det bliver korrespondance frem og tilbage uden at pt bliver hjulpet. Jeg har IKKE tid til at hænge i en telefon.
- det er spild af tid, tid der kun kan tages fra mine pt, ofte info der fremgr af henv (fx mangler BMI men højde og vægt er angivet)
- det har jeg aldrig oplevet var en mulighed
- Afviste henvisninger, bedes der som regel om ny henvisning, ikke besvarelse på korrespondance
- har sendt uddybende svar, men så jkan de ikke altid se hvad det drejer sig om og jeg bliver bedt om at sende en ny henvisning
- Det hele kræver tid. Når antallet af afviste henninger er så højt, så kræver det jo ligeså meget opfølgende administrativt arbejde med korrespondancer frem og tilbage.
- meget sjældent de supplerende oplysninger fører til en accept af henvisningen. Giver egl blot mere arbejde og flere frustrationer..
- Jeg er ikke bekendt med, at jeg kan sende supplerende informationer via korrespondance. Der står altid i afvisningen, at jeg skal sende en ny henvisning med de ønskede oplysninger.
- Sker ikke. Der afvises blot
- Intet at bemærke
- Har jeg ikke benyttet mig af
- Jeg bruger det sjældent
- Det letter ikke min arbejdsgang, om jeg kan supplere med oplysninger eller skal sende en ny henvisning.
- Det gør ikke rigtig nogen forskel for mig om jeg skal gemhenvise eller sende en korrespondance
- Om det sendes via korrespondance eller via CVI gør ingen forskel.
- Hvis det giver mening og det ikke blot er et hjørnespark for at forlænge tiden
- korrespondancemeddelelser
- igen ekstra arbejde for mig
- DOg vil de altid have en ny hevisning og ikke blot en korespondance. Giver ikke mening
- oftest skal der besvares inden for så kort tid at vi ikke kan nå det.
- Synes ofte man beder om ny henvisning ??
- Pt henv. for en specialistvurdering-det kan tidvis klares telefonisk
- Det har jeg ikke prøvet
- Samme som forrige spørgsmål.
- En afvist henvining kræver ny henvisning -uanset korrespondance. Man kan ofte ikek besvare på visitations Lokationsnummer
- Når vi laver henvisninger - kan det godt tage lang tid, når vi skal sammenstykke tidligere undersøgelser, epikriser. Så skal man starte helt forfra tager det lang tid. Supplerende information på denne måde vil være en kæmpe lettelse.

55. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Det er som om henvisningen eller henvendelsen ikke læses ordentligt, eller evt vedhæftning ikke åbnes. Jeg forventer svar af en kollega - ikke en sygeplejerske.
- Uddybning med en plan som er til at gå videre med og ikke bare "Afvist".

56. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:

- INGEN information om hvorfor fast medicin er seponeret
- for mange prodiagnoser forstyrrer.
- Ofte overlades svargivelse og opfølgning på div prøver til almen praksis
- "Denne epikrise kræver ikke handling fra E.L." farlig automatisk besked som ofte ikke slettes i epikriser hvor der er adskillige handlinger for E.L.
- Uoverskuelige i opsætningen
- jeg behøver ikke at vide at en ung voksen skal us for osteoporose efter en almindelig fraktur
- Når medicin er ændret: Skriv hvorfor. Oplysning om fremtidige tider i hele sygehussystemet. Hvad skal jeg have det for?
- En masse SP støj og for lidt substans
- Epikrise bør bestå af: Hvad kom patienten med. Hvad gjorde hospitalet. Hvad var status ved udskrivelse. hvilken opfølgning hos EL. Alt andet forstyrrer budskabet
- oplever flere gange at pt udskrives med gammel medicin der er fjernet i fmk tidligere
- alt for mange autogenerede tekster, svær at finde det relevante
- Uoverskuelige epikriser med alt for meget urelevant materiale
- Skal altid baldre på i epikrisen da bunden med medicin står nederst
- mangel på oplysninger om, hvad der er sket under indlæggelsen
- Pt bliver ofte afsluttet i psyk regi med tekst: kontrol blodprøver efter gældende retningslinier, det er ikke godt nok, skal stå helt specifikt hvad og hvor ofte og i somatikken også gerne med grænser for hvad der skal føre til konf med specialist igen

57. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Sjældent er epikriserne farvemarkeret og dermed er det svært at vide om de er kodede eller ikke farvekodede
- der er ikke så mange med røde farver som jeg skal følge op akut.
- Jeg synes ikke altid at vi kontaktes ved de røde epikriser. Ellers et godt system, da farvemarkeringen ikke misbruges, så de rigtige gule ikke forsvinder i mængden. Nogle gange er planerne i forhold til opfølgning i praksis dog ikke helt realistiske i forhold til tid til der skal effektueres fx blodprøver/besøg og omfang (mest noget der ses fra afd for multisygge)
- Epikriser er overfyldt med overflødig indhold, det relevante er nederst. F.eks. er referat af FMK helt unødvendigt.
- Gul markering bruges på trods af at patienten, pårørende eller hjemmeplejen sagtens selv kan tage kontakt. Disse epikriser skal være grønne.
De gule er til socialt udsatte, som ikke har kommunal hjemmepleje, ikke har pårørende, og ikke forventes selv at være i stand til at kontakte egen læge.
De kræver stadig undervisning af hospitalslæger at bruge denne funktion korrekt.
- Jeg har fanget epikrise, hvor der ikke er angivet farve, og pt. var udskrevet med svært fald i nyrefunktion og det blev ikke markeret at der skulle følges op.
Ligeledes en pt. med lav PO2 som ikke var opdaget, og pt. blev sendt hjem. Selvom det er i helligdagene, skal der ikke sjuskes
- modtager kun grønne og en sjældent gang gul epikrise, synes det er lidt tilfældigt hvornår farverne bruges
- Epikriserne er simpelthen elendige efter Sundhedsplatformen
- Der ringes ikke når vi modtager epikrise med rød farvemarkering.
- Ofte bruges det forkert, røde følges meget sjældent af et opkald, og er sjældent relevant røde.
- nogen gange svært at gennemskue hvorfor en EPI har fået en bestemt farve, altså ikke sammenhæng mellem farve og oplysninger i EPI
- Jeg ser ikke farvemarkering

- Synes ikke det er så brugbart, det er indholdet i epikrisen der er brugbart.
- jeg synes måske ikke det er vores opgave at opfølge nogen som selv kan tage kontakt til os. det oplever jeg indimellem.
- Ingen grund til at markere plejehjemspatienter som gul
- Efterhånden har de fleste hospitalsafd fundet ud af at de har 72 t behandlingsansvar efter udskrivelse og derfor ofte at egen læge bedes følge op med sygebesøg, konsultation eller blodprøvekontrol efter 4-5 dage.. dvs netop efter de 3 dages behandlingsansvar.. dvs ikke længere afdelingens bord/ansvar, men hokus pokus -> egen læges ansvar.. ellers fungerer farvemarkeringen godt
- Der er stadig problemer med farvemarkeringen. Epikriser farvemærkes, men der er ikke lagt plan for opfølgning i AP. Jeg kan så sidde og trawle mig igennem epikrisernes enorme mængder af nonsens information herunder fremtidige aftaler og patientinformation herom for at prøve at finde svaret på, hvorfor pt. skal følges op i AP. Det lykkes som oftest ikke at finde svaret. Jeg skriver herefter til afdelingen men får ofte ikke noget svar.
- Jeg ser det sjældent. Men personalet er obs på det
- Det er blevet meget meget bedre
- farvemarkeringerne svarer ikke til patientens tarv og mulighederne i almen praksis
- Intet at bemærke
- Opbygningen er uoverskuelig så man ofte giver op og går ind på sundhed.dk
- Det er totalt usynligt i mit system (Novax), hvor det forsvinder i mængden af autogenereret tekst.
- Gule epikriser på plejehjemptt. er forkert. Personalet tager kontakt på vegne af pt.
- Røde epikriser anvendes ofte ikke korrekt
- Der ringes ikke om røde epikriser.
Overflødige gule epikriser når pt fx udskrives til MDP el. plejehjem.
- Oftest er Ivik kriser alle lange sider med nærmest alt hvad der er sket under indlæggelsen. Rart hvis det var et kort resumé, dit ofte får man ikke læst dem.
Tit meget stort krav til hvor hurtigt vi skal følge op på patienter. Det er ikke realistisk
F.eks. patient udskrevet fredag forventes det at vi mandag tager INR . Ved hjemmebesøg
- De gule og røde patienter er sjældent diagnostisk afklarede og/eller færdigbehandlede.
Ofte forventes det at egen læge lige tager blodprøver eller bestiller mobillab til få dage efter udskrivelse.
- Der er ikke altid farvemærket helt relevant.
- De fleste er ikke markerede. Enkelte grønne. Sjældent relevant
- Jeg oplever meget ofte at pt ikke er klar over planen der er skitseret til almen praksis.
- De få der er farvemærket fungerer godt, det er bare max 5% af epikriserne der er
- Vores system viser desværre ikke farvemarkeringerne tydeligt.
- bruges sjældent.
- Der kommer aldrig røde epikriser da det kræver opringning istedet sendes gule som burde være røde
- men epikriser bør være mere fokuseret.
så vi ikke skal lede efter relevante informationer.
Men Der er så meget "støj" som fylder med standard fraser og til tider meget lange medicinlister /FMK, så vi skal lede efter hvad som er sket, hvad pt har fået at vide og hvad planer er
- Min anke kører mest på at hospitalerne for ofte afslutter patienterne for hurtigt og overlader dem til e. l. uden at de er veludredt.
- Meget sjældent vi ser dem og sjældent vi ringes op ved rød epikrise
- Bliver ikke overbrugt og er oftest relevant.
- Nogengange misforstået anvendelse af røde og til dels gule epi.
- Generelt ulideligt lange epikriser med meget unødigt fyld, hvorfor hovedbudskabet kan være vanskeligt at finde. Det er bestemt ikke altid, at farvemarkeringen fungerer - og ofte modtages én, man forventes at handle hurtigt på, i slutn. af ugen f.eks. til blodprøvetagning ...
- Når der først er gul eller grøn farvemarkering- er det tydeligt, hvad der bedes om.

58. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Når jeg får et svar fra billeddiagnostisk med anbefaling om supplerende undersøgelser, som jeg henviser til, oplever jeg at henvisning afvises. Det gælder især rtg fra privathospitaler. Det kan ikke nytte noget at patientens forløb forsinkes fordi almen praksis formelt ikke kan henvise fx til CT med kontrast, men i stedet er nødt til at henvise til en somatisk afdeling,

som så kan bestille undersøgelsen. Det er vanvittigt. Lad i stedet privathospitaler selv bestille supplerende billeddiagnostik uden at jeg skal agere sekretær og ovenikøbet skal have ekstra arbejde pga afvisninger.

- MR knæ er fx ikke muligt
- Det er for besværligt med akutte røntgenhenvisninger. Jeg mangler også mulighed for sub-akutte henvisninger. Et ikke helt frisk traume synes jeg ikke kræver akut henvisning, men en tid flere uger er for lang tid ude i fremtiden.
- Mulighed for drop in røntgen.
- Meget trist over vi ikke længere kan henvise til MR af knæ..
- Det er et snævert vindue af diagnostiske muligheder vi har. Alt er sat op så ikke cancer udredning skal foregå via de forskellige specialer.
- Vi kan jo fx. ikke længere henvise til MR-scanning af knæet, hvilket besværliggør tingene og forlængere patienternes forløb
- Der er taget flere og flere muligheder fra os, specielt vedr. henv. til MR.
- At jeg ikke kan ordinere de undersøgelser som vil være de mest relevante og bedste billeddiagnostiske tests.
- Fornærmende at visse undersøgelser ikke kan bestilles fra praksis længere
- Indskrænkninger af fx mulighed for MR-scanning af knæ.
- Jeg har brug for at kunne sende patienter til almindelig røntgen af arme, ben, thorax for kunne komme videre, en drop in model som i gamle dage, ville gøre det meget nemmere og involverer meget færre personer. Det tager oser af tid at komme igennem og bestille et akut formiddagsrøntgen. Det fungerer ikke.
- Afvisninger. Dagens afvisning gik på at CT scanning af thorax mhp. familiær ophobning af aorta aneurisme
den henvisning kan almen praksis ikke foretage .
Hvem bestemmer det ?
- Se side 1
- Ærgerligt at drop in røntgen ikke længere er et tilbud.
At man telefonisk skal ringe til en radiograf og få lov at sende en patient til akut røntgen. Tidsspilde.
- Der er alt for lang ventetid.
Jeg forstår ikke hvorfor jeg skal ringe til NOH for at få et akut rgt. Radiografen konstatere hver gang alt det er relevant og beder mig sende akut henvisning
- VI VIL HAVE DROP-IN RØNTGEN TILBAGE!
Det er helt umuligt at få en radiolog i røret og det er så utilfredsstillende at skulle sende pt i skadestuen eller indlægge i situationer vi selv kunne have klaret, hvis vi bare kunne få taget et røntgebillede på dagen.
- ofte afvises henvisning da anden undersøgelse foreslås og når denne henvisning så ankommer afvises den
- Ul skanning har meget lang ventetid.
- Klar forringelse at vi ikke blot kan sende pt afsted til åben rgt tid.
CT er en historie for sig - med kun henv. til et sted og på en anden matrikel.
MR - tjaa? det er så nedlagt.
- lang ventetid. Jeg ønsker drop-in tilbage
- Vi mangler at kunne henvise til MR-skanning af knæ, det fungerede rigtig godt da dette var muligt. Det savner mange af os...

59. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- største problem er mgl tilgængelig udredn i BUC.
Derudover mere uklare problematikker som ikke passer i pakkeforløb, samt henv til primærsektor, som har lang ventetid
- De bliver altid afvist og der er så mang einklusionskriterier
- Lang ventetid i psykiatrien gør det hele svært.
bliver en patient henvist til privat praksis, er der i realiteten ikke et aktuelt tilbud.
- det er meget svært at bruge hurtig psyk vurdering- Oplever at få afvist pt pga en eller anden manglende formulering i henvisning., uanset om pts hovedproblem er angst eller depression.
Henv til adhd udredning fungerer de facto ikke uden at pt skal vente meget meget længe.
- afvisning på afvisning

- Der er for lang ventetid og tilbud til en større gruppe pt af dem vi ser i praksis mangler
- Det er meget vanskeligt at få pt. med psykiatriske symptomer udredt.
Henvisningerne afvises oftest med besked om at pt skal ses/udredes i privat praktiserende psykiater regi.
De passer ikke i en pakke da de er diagnostisk uafklarede.
Der er lavet en aftale om at pt med angst eller depression kan få en tid til hurtig udredning hos privat praktiserende psykiater, men igen kræver det jo så en af disse 2 diagnoser.
Ellers er der 1-2 års ventetid.
Det ville være meget mere brugbart om den diagnostiske kapacitet var blevet øget.
- Henvisningerne afvises.
- Det har hjulpet med de hurtige psykiatriske vurderinger i praksis. Jeg mangler dog tilbud til forværringer, som ikke passer til pakkeforløb.
- pt skal passe præcis ind i en kasse, ellers afvises henvisningen.
Eks: kompleks PTSD. Regionen har ikke et behandlingstilbud og i stedet for at undersøge om pt har en ikke kompleks PTSD, så afvises henvisningen.
- For lidt kapacitet, er mit bud. Jeg forbereder patienter på at en psyk henvisning kan blive afvist. Det fortæller mig noget om, at jeg har oplevet det i udtalt grad.
Jeg ser dog en fin tendens til at der hyppigere indkaldes til visiterende samtale og herefter er en afvisning mere nuanceret
- For svært at få folk udredt.
- afviste henvisninger
- Se tidligere i besvarelsen.
- Henvisninger afvises
- Besvær med at få patienten igennem trods relevans
- Stor problematik om børn m adfærdsforstyrrelser, som falder ml 2 stole i langsom PPR og krav fra sgh om forudgående PPR vurd. Mest et kommunalt problem
- Bliver meget ofte afvist - især børne-ungepsyk henvisninger..
- der kan komme afvisninger med forslag om udredning hos pp psykiater, uden der tilsyneladende er tænkt på, hvor lang ventetiden er der
- Psykiatrien er blevet bygget op omkring "pakkeløsninger". Passer en patient ikke ind i en "kasse" er der intet tilbud. Især de svært psykisk syge svigtes herved.
- Afviste henvisninger bliver ikke ordentligt fagligt begrundet
- Alt for lange ventetider.
- Afvisninger, manglende kapacitet på afdelingerne.
- Manglende kapacitet gætter jeg på
- Kapacitets udfordringer og lange ventetider
- At patienten udredes af andre faggrupper end læger, ikke se af speciallæge og afsluttes uden opfølgning
- Afviste patienter i psykiatrisk skadestue, som jeg har kæmpet for overhovedet at tage kontakt til psykiatrien
Også selv om jeg telefonisk har meldt patienten, og bedt om: "tag godt af denne patient
- manglende tilbud til en akut suicidal truet mand som ikke følte sig modtaget og hjulpet i psykiatrien.
suiciderede efter udskrivelse og ut. sender korr med bekymring og omsorg for den læge der har udskrevet pt. - mhp. at der kan tages hånd om den kollega. Denne korr blev ikke besvaret... Ligesom opfordring til at række ud til den nære familie med en vejl. om det der skete med deres pårørende heller ikke blev besvaret.
- At de ikke tager i mod mine patienter. Hvis de er set en gang og der henvises med ny obs diagnose. Der er ingen kommunikation mellem psykiatrien og almen praksis.
- Afviste henvisninger og manglende plan og opfølgning efter indlæggelser.
I nogle tilfælde antager jeg på forhånd, at mine henvisninger vil blive afvist og undlader helt at henvise.
- primært at det afvisninger af henvisning som ikke er fyldestgørende i indhold kræver supplerende oplysninger som er tidskrævende . ex. henvisning til børnepsykiatrien hvor de ofte ønsker mange oplysninger fra skole psykolog og PPV rapport - dette er meget tidskrævende
Kan psykiatrien ikke selv indhente disse oplysninger. ?
- Se tidl.
- Lange ventetider og mange afviste henvisninger. Stort krav til indhold i henvisninger, eg udtalelser fra eksterne samarbejdsparter.

- For få pt kan tages ind ambulant
- Afviste henvisninger
- Der er for lang ventetid, og for smalt og ugenenskueligt diagnose felt. Hvem kan vi henvise??+
- de bliver afvist, patienten henvist til privat psykiatrisk udredning
- Patienterne bliver afvist af regionspsykiatrien. Med besked om at det hører til i primærsektoren. Men der er jo en grund til at man som AP læge henviser - når man ikke har kompetencer til at hjælpe en patient som er svært behandlingskrævende. Og der er 1-2 års ventetid på en privatpraktiserende psykiater for dem der ikke har en privat sundhedsforsikring.
- for mange afvisninger fra hospital og for lange ventetider ved ppp
- Der er mange afvisninger og der bliver ikke taget hånd om de psykisk syge som vi sender ind til hospitalet
- Alt for lang ventetid og alt for svært ved at blive visiteret til forløb i psykiatrien.
- Formentlig kapacitetsproblem, der er mange pt med psykiske udfordringer der kunne have gavn af et tilbud
- Der er lang ventetid og de afviser meget.
- de afviser formeget og har ofte ikke de tilbud, man har brug for til sine patienter
- At man afviser at indkalde, og henviser til at det skal ske i primær sektor, hvor der er mange måneders ventetid. For udredning af ADHD er der over 1 års ventetid, og nogle af patienterne er sygemeldte el. i betydende mistrivsel.
- Ventetider og at henvisninger afvises med begrundelse i standardtekster.
- At de meget ofte ikke tager patienterne - selv om vi fint beskriver hvor dårlige de er, og at de ikke kan vente på en PP psykiater
- Se tidligere
- De gange jeg har brug for det - både til børn og voksne - bliver henv. afvist og det kan ende med akutte indlæggelser.
- Afviste henvisninger, manglende mulighed for tilbud
- Der er lang ventetid og det er svært at komme igennem nåleøjet.
- Mange afvisninger
- Afviste henvisninger, afsluttede patienter som måske ikke møder op, og som man ikke følger op på.
Kroniske psykiatiske patienter burde have en opfølgning i psykiatrien med mellemrum også selv om de er afsluttet til egen læge.
- Kapacitet er alt for lille - det ender oftest med at patienten må henvises til privat regi med lange ventetider
- Meget lang ventetid. henv. afvises ofte som følge af manglende vurdering fra skolepsykolog. Skal der foreligge en SPV er ventetiden på dette ofte >> 1 år
- Der er massivt ønske og behov om udredning bla. af børn m. mistrivsel, og ikke nogle steder vi kan sende dem hen
Let - mod.svære problem stillinger afvises og skal til PP psykiater hvor der er udtalt lang ventetid.
- At der ikke er mulighed for udredning men pakkeforløb, det bliver for smalt. Samt at kapaciteten er så begrænset.
Børnepsykiatriske tilbud mangelfuldt. Ofte oplever vi ressourcestærke forældre betale for privat forløb, som ikke er tværfagligt og under standard.
- Lang ventetid på fx adhd udredninger, ofte komplicerede pt med angst/depression, der ikke hører nogen steder til.
Uforståeligt at samme specialist ikke kan se på det hele menneske fremfor adhd v pp psyk og angst/depr i et pakkeforløb.
Og fortsat udfordringer ved obs psyk diagnose og samtidigt misbrug.
- Jeg synes mange bliver afviste og at der er for få tilbud
- Vi får kun udredt psykiatiske problemstillinger der ligger indenfor RHPs målgruppebeskrivelse. En stor gruppe mennesker med psykiatiske diagnoser der giver funktionssvigt og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet får vi aldrig RHP til at se på. Det er alle grader af psykisk sygdom som ikke er psykose eller svær PF.
- At man vi ikke er enige om behovet for udredning, især hvor tiden er en faktor. Dvs der er ikke tid at vente på PPpsyk.
- Ofte opleves at der skal foreligge en diagnose som vi ikke kan uderede i alm praksis, for at pt accepteres.

- For lille kapacitet til udredning generelt. En ualmindeligt presset primærsektor med lang ventetid som alternativ til hospitals-udredning.
- Som desværre nævnt alt for mange gange - For lange ventetider.
Ser dog meget frem til den nye § 66 konsultation for hurtig udredning, som jeg tror på vil være en stor lettelse for patienter i almen praksis

60. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- oplever af og til meget ukollegial bemærkning, så vidt man kan stole på pts overlevering. Som " det var alt for sent du blev henvist", oplevet sagt til pårørende, ved en dement plhj beboer med lavt beh niveau. Det ville være meget mere brugbart hvis den slags ytringer blev rettet direkte til henvisende læge. Patienten har ingen gavn af at vi spiller hinanden ud.
- Praksis-Nyt god informationskilde men er blevet for omfattende og tager alt for lang tid at læse samt er umulig at søge oplysninger i.
- Har flere gange oplevet, at efter jeg har henvist pt. i pakkeforløb for lungekræft pga. cancer mistanke på CT thorax, at der ingen tilbagemelding er til os, og at pt. også blot modtage en indkaldelse, til lungemed., 3 måneder ud i fremtiden. Der er en god forklaring, heldigvis (f.eks. at man ved radiologisk konference ikke finder mistanke om alvorlig sygdom), men det ved pt. og ut. ikke, og det kræver en masse opringninger at finde ud af, hvad meningen er. Ikke hensigtsmæssigt for pt. og ut. :)
- Jeg ringer til Hillerød hospital, de stiller mig om og jeg får en super betjening af bagvagt, det er sjældent jeg ringer.
- At akutmodtagelsen ikke vender ældre mennesker i døren, når vi har indlagt disse. Og at åbenlyse udredninger ikke kan startes /henvises internt, når patienten ses i akutmodtagelsen, men henvises tilbage til egen læge, som så kan lave en ny henvisning mhp udredning. Vi indlægger, når det er nødvendigt, men tilbagemeldinger fra patienterne om dårlig behandling og ventetid kan gøre mig urolig ved at sende dem afsted derop. Fornemmelse er, at formålet med indlæggelse i akut modtagelse er at afklare den ene obs diagnose patienten indlægges under. Der tænkes ikke over, hvis obs diagnose afvises, at der kan være andet galt. Dette trods skæve blodprøver eller andet, som fordrer udredning. Så udskrives patienten til opfølgning hos egen læge. Er det ordentlig lægearbejde eller robot arbejde?
- Hvis en afdeling har en speciale rådgivning skal telefonen passes.
- det bør være forbudt at afvise en henvisning uden forudgående telefonisk eller skriftlig kontakt med henvisende læge. Vi henviser ikke for sjov, men fordi vi ikke længere kan tage ansvaret for patienten. Patienten i centrum og respekt for vores tid.
- Jeg har sendt korrespondancer, som ikke er læst og besvaret - så visse havner i blinde ender.
- Det mest frustrerende er de mange afvisninger af relevante patienter og at mange dårlige patienter bliver afsluttet til egen læge
- Der er noget at arbejde på. Held og lykke
- Glad for mulighed for at fremsende korrespondancer, svartiden er indimellem for lang.
- kun ca 50 % af korrespondancer sendt til NOH besvares Overhovedet. Samarbejdet kan styrkes her ved at alle korrespondancer besvares inden for rimelig tid.
Der kunne være direkte nummer til visiterende læge ved afviste henvisninger.
Jeg er ikke bekendt med at NOH tilbyder subakutte tider. Det efterspørger jeg.
Samarbejde med akutmodtagelsen NOH halter. Dårlige epikriser. De kunne følge bedre op på egne tagne prøver.
Læser de min henvisning?
Tilgængeligheden til specialistrådgivning er tidskrævende. Ofte må ringes adskillige gange, da speciallægen sidder i konference, til frokost, har patienter eller opererer. Når jeg kommer igennem til specialisten, får jeg relevant og venlig rådgivning som oftest.
- Det er rart at blive mindet om korrespondancemuligheden - og at der er en forventelig hurtig svartid - det vil jeg gøre mere brug af.
- nej
- Der er INGEN subakutte tilbud på nordsjællands hospital, andet end hvis man ringer og indlægger.
Jeg synes at Nordsjællands hospital skal lade sig inspirere af herlev/gentofte. Super service her.

Og Akut modtagelsen på Nordsjælland er så presset og deres håndtering af patienter er ,trods deres egen ros, ikke tilfredsstillende.

- oplever store problemer med samarbejdet og feks knæ alloplastik har afdelingen lukket i weekenden og kan ikke leve op til 72 timer behandlings ansvar når patienten ringer til en lukket afdeling
- Det var fantastisk, da der var åben adgang til enkelte specifikke røntgenundersøgelser.
- Der skal være handling bag behandlingsansvaret i 72 timer.
Vi skal alle også praktiserende læger henvise samvittighedsfuldt og med god information
- Forkortelser i epikriser skal forbydes og epikriser skal skrives målrettet til praksis.
Forkortelser kan formentlig i vidt omfang undgås med autokorrektur.
Jeg vil dog ikke insistere på at bt skal autokorrigeres :)
- Kapacitetsproblemer
Lange ventetider
Begrænset støtte til AP
- Kunne ønske mig mere "shared Care" omkring fælles patienter. Evt. video konference hvor fælles patienter kunne vendes.
- Kunne man ikke lave Ris-og-Ros-postkassen, hvor man kan skrive om det mere generaliserede problemer man støder på.
Kunne gælde begge veje.
- Bedre epikriser
Færre henv afvisninger.
- Overordnet er jeg uhyre tilfreds med samarbejdet med mine kollegaer på Nordsjællands hospital
- Der er nogle afdelinger hvor samarbejdet fungerer rigtig godt, hvor man skriver vurdering og forslag til yderligere i almen praksis. Andre afdelinger udskriver svært syge til ingen ting, det ser jeg især fra organ kirurgerne og akut modtagelsen.
- At hospitalerne i højere grad indkalder patienterne og laver en første vurdering - i stedet for de mange afvisninger - der ofte alligevel ender med at blive kaldt ind efter flere henvisninger fra den praktiserende læge
Eller indlægges akut.
- Subakutte tider har jeg stort set aldrig hørt om
- Det somatiske samarbejde er på mange punkter godt fungerende
- Bedre og mere sammenfattende epikriser.
- en større forståelse af at når vi som praktiserende læge henviser eller indlægger patienter at de ikke får et senere sygehusvæsenet. Forud ligger der en stor opgave som vi har løst indenfor de rammer vi har. Når vi indlægger er det hverken dovenskab eller faglige inkompetence. Oftest oplever jeg at patienten vendes i døren til opfølgning hos egen læge.
- Hospitalslæger skal selv kunne bestille mobillab. AP læger er ikke sekretærer.
Og hospitalslæger skal selv varetage svarafgivelse / opfølgning på deres ordinationer.
Hospitalslægerne skal forny deres recepter frem til næste planlagte kontrol.
- Overordnet set er jeg glad for mine hospitals kollegaer og vil gerne et bedre samarbejde. Nå det går godt kan vi faktisk håndtere rigtig mange svære patienter i almen praksis og det vil vi gerne både for patientens skyld og for at aflast hospitalerne
Tak for HAPS!
- Jeg ville på en eller anden måde gerne have det gjort nemmere at komme til at snakke med den rette person (specialistrådgivning). Jeg ønsker ikke at henvise, hvis hospitalsforløb ikke er nødvendigt, men ønsker ej heller en afvisning når hospitalsforløb er nødvendigt.
- Bedre mere konkrete praksisvenlige epikriser med bedre og mere langsigtet plan
Ved afvisninger endnu bedre forslag til anden behandling
- Det vil være hensigtsmæssigt at læger der modtager patienten til indlæggelse ikke kritiserer indlæggende læge det skaber stor utryghed
mange pt ønsker ikke at blive henvist til vores stamhospital og det skaber også utryghed
ofte vurderer jeg at det er kommunikation og forklaring til pt der mangler men ting roder generelt meget på hospitalet
- Hospitalet har lavet stor udviklings arbejde med bla forløbsbeskrivelser, der skal gøres mere opmærksom på disse og hvis den praktiserende læge orientere sig heri inden henvisningen med den og den diagnose skrives bør patienterne kunne modtages uden diskussion
- Jeg ringer tit og konfererer med endo, lunge, og gyn og får altid kompetent og venlig hjælp.
Når jeg ringer til kardiologerne, får jeg tit en meget presset kollega i røret, der somme tider

er noget kort for hovedet, ind imellem uhøflig. Jeg ønsker mig en kardiolog der har tid. Tror det kunne spare indlæggelser.

- Glad for mulighed med at konferere med speciallæge indenfor de fleste specialer i dagtiden. Det kan dog være vanskeligt i kirurgiske specialer da der tit er nogen der står i operation og man skal ringe tilbage på et tidspunkt hvor man sjældent selv har tid.

Mere enkle og relevante epikriser.

At sygehuse ikke bare siger til pt - det skal du få gjort hos egen læge på mandag - det er vanskeligt når andre bestemmer over hvad vi fra praksis skal gøre hvornår, hvis vi selv vurderer det anderledes. Det kan lede til utilfredse patienter da de får divergerende information.

At sygehuse og akutafdelinger ikke beder pt kontakte os for svar på undersøgelser de og ikke vi har bestilt.

- Jeg har været i praksis nu siden 1999 og der er en klar forringelse af tilbud som egen læge kan gøre brug af. rtg us.

Mobile lab - lange ventetider når en pt udskrives og egen læge skal følge op med en blodprøve om 5 dage (det kan vi ikke - med mindre vi kører ud til en blodprøve - og vores tider er også brugt!).

Systemet er gennem årene blevet mere rigid. Og siden 2017 med de afviste henvisninger og ændring i økonomi på sygehusene er det spidset yderligere til.

Måske lidt mere forståelse for hinandens hverdag. Det kunne være at en ledende overlæge skulle en dag i praksis og se hvordan vi arbejder.

- Jeg tror, at det handler en del om respekten for vores arbejde i almen praksis, når vi sender henvisninger er det jo fordi vi mener, at pt har brug for et andet tilbud end vi kan give og ikke for at genere vores kollegaer på hospitalet
- Samarbejde med CVI fungerer godt.
Man kunne evt fortage flere møder med praksis og afdelinger med udveksling af specifikke problemer, nye tiltag mm.
- Jeg ved at de er travlt på hospitalerne og kravene far patienterne stiger og stiger
- Der er meget information vi som praktiserende læger skal håndtere og læse /vide. Ofte er det svært at have overblik over forløbsbeskrivelser og have alt med der kræves til henv. Svært at nå at være opdateret i en travl hverdag.
- Frustrerende at patient ofte "vendes" i modtagelsen, og det egentlige problem ikke klares" f.eks hjemsendes i behandling for UVI som ikke er det egentlige problem og måske slet ikke er UVI men blot pos stix taget på forkert grundlag
- I tilfælde hvor jeg har svært ved at klarlægge det præcises specialeområde for udredning af en skræmtende patient, ville jeg ønske at diagnostisk enhed var mere smidig til at tage fat i problemstillingerne. her oplever jeg til tider at patienten kan blive kastbold.
- Nogen afdelinger - f.eks kardiologisk på Hillerød er gode til at besvare korrespondancer, andre afdelinger kommer man ikke igennem til på den måde
- Jeg synes vi har et godt samarbejde.
- Er blevet meget bedre i løbet af de seneste par år, men der er fortsat plads til forbedring.
- Mit hospital - Nordsjælland - har mig bekendt ingen subakutte tider. Derfor er det svært at svare på spørgsmålene på forrige side og svarene risikerer at blive misvisende. Jeg benytter mig ikke af tilbuddet fordi det ikke findes. Jeg ville meget gerne have subakutte tilbud.
- Generelt er samarbejdet godt - men bærer præg af stort tidspres. Oplever desværre ofte at epikriser ikke kommer frem eller de er tætpakket med "standard" information og fraser, som ikke er målrettet almen praksis. Jeg bliver ofte nød til at gå ind under patientens sundhedsjr. for at se, hvad der er sket i ambulatoriet eller under indlæggelse for at hjælpe min patient videre.
Jeg forsøger at lave en god henvisning, som er målrettet den afdeling eller det ambulatorie, jeg henviser til og skriver specifikt, hvad jeg beder afdelingen om- jeg forventer også at epikrisen er målrettet almen praksis og gerne afsluttet med AFTALE og PLAN.

12.1.6 Rigshospitalet

61. Hvis du oplever udfordringer (på dit primærhospital eller andet hospital) i samarbejdet omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- mange afviste henvisninger
- ofte lang svar-tid på korrespondancer
- Afvisninger på daglige basis på især multimorbide diabetiker, hjerte-lungesygge, psykiatri og andre hvor vi ikke kan komme i mål eller behov for anden speciallæge

62. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde (på dit primærhospital eller andet hospital) omkring henvisninger, beskriv gerne hvor og på hvilken måde:

- hæmatologisk afdeling afviser henvisninger efter gennemlæsning også af blodprøver med angivelse af plan for opfølgning (hos os)
- bispebjerg
- Vedr behov for faglig sparring sender jeg ofte en korrespondance, og altid hurtig svar med anbefalinger. Det fungerer virkelig godt, og dejligt at kollegaerne svarer hurtigt. Tak for det.
- Drop in røntgen

63. Hvis du oplever udfordringer i samarbejdet omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- mange afvisninger.
Vi kender ikke alle de specifikke under- tilbud og muligheder.
Mærkeligt aft sygehuspsykiatrien ikke selv kan viderehenvise til privatpraktiserende psykiater eller psykolog, når de finder det indiceret efter egen afslutning.
- svært at få overblik over muligheder/forskellige forløb
- Får ofte afvist mine henvisning med en dårlig undskyldning om at mine ofte en A4 sidens henvisning er utilstrækkelig!
- Svært forpinte patienter forventes klaret i praksis eller henvist til privat praktiserende psykiater, hvilket vi på ingen måde har ressourcer til. Pakkeforløb afvises med at de udfra henvisningerne hvor fyldig anamnese ikke mener det kan omhandle f eks bipolar lidelse eller at patient har symptomer i så svær grad at det opfylder kriterierne for pakkeforløb i sygehusregi. Det er ofte folk der er erhvervs/uddannelsestruet eller på anden vis i presset situation. Hertil kommer dem som er ved at fylde 18 år og har været fuldt på sygehus og nu behov for henvisning til privat psykiater.

64. Hvis du oplever et særligt godt samarbejde omkring henvisninger inden for psykiatrien, beskriv gerne på hvilken måde:

- Har indtryk af at henvisninger læses godt igennem og visiteres til relevant tilbud om muligt.

65. I hvilken grad oplever du, at det letter din håndtering af afviste henvisninger, når du modtager handlingsanvisning via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Ofte ønsker de bare en ekstra undersøgelse eller oplysning inden henvisning - og det ekstra arbejde med agt gensende henvisningen og opdatere FMK er stor. Man kunne blot supplere med oplysninger via korrespondance istedet.

66. I hvilken grad oplever du, at det letter din arbejdsgang omkring afviste henvisninger, at du kan indsende supplerende information via korrespondancemeddelelser eller telefonisk? Uddyb gerne dit svar herunder:

Ingen skriftlige kommentarer.

67. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Jeg får kun yderst sjældent disse

68. I de tilfælde, hvor du ikke er tilfreds [med kvaliteten af epikriser fra hospitalet], hvad skyldes det? (sæt gerne flere krydser) - Andet, uddyb venligst:

Ingen skriftlige kommentarer.

69. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemærkning af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Røde epikriser hvor aftalt de skal kontakte os pr telefon, er enten ikke reelt røde eller de har ikke været i dialog med os om planen pr telefon

70. I de tilfælde hvor du oplever, at tilbud om billeddiagnostiske undersøgelser ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- Mine henvisninger bliver afvist. Jeg bruger derfor næsten altid private speciallæger til billeddiagnostik når det er muligt.

71. I de tilfælde hvor du oplever, at regionens tilbud om psykiatriske udredninger ikke lever op til dit behov, hvad skyldes det så?

- manglende overblik/ svært når noget er i misbrugsregi andet i hospitals regi børn for sparsomt samarbejde mellem PPR og os
- At en ikke psykiater har afvist en henvisning hvori der er lagt tid til at uddybe anamnese og behov for tværfaglig indsats. At alt for få får et reelt tilbud om pakkeforløb. At der ikke findes tilbud til spiseforstyrrelser.

72. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med hospitalet, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Har stor glæde af praksiskonsulentordningen, som retter op på uhensigtsmæssigheder. Hurtigt og med positiv indstilling til samarbejdet.
- beholde praksis konsulentordningen
- Nå vi i AP har brugt alle vores redskaber til en given tilstand og vurderer at det nu har et omfang der bedst varetages af given speciale er det for patienter og læge frustrerende at få en afvisning. Det skaber uhensigtsmæssige forløb og flaskehalse for den enkelte patients helbred.

12.2 Kommentarer fra hospitalslæger

De skriftlige kommentarer i de åbne svarfelter i spørgeskemaet er ikke rapporteret for Akutberedskabet af hensyn til anonymitet, da der var færre end fire respondenter, der har besvaret spørgeskemaet.

12.2.1 Amager og Hvidovre Hospital

73. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- mange unødige blodprøver fra en del (ca. 20%) af praksis
- manglende kendskab til udredningsforløb - sendes forkert.
- Efter handlingsanvisende afvisning er henvisninger langt bedre
- Delvist enig. Langt de fleste henvisninger er glimrende, men nogle er ret sparsomme ift. overstående.
- Kvaliteten af henvisninger varierer. Udfordringer med manglende afstemning af FMK.
- Der findes bestemt gode og relevante henvisninger. Men ofte sendes lange kopier af journaltekst skrevet i anden sammenhæng, hvor man selv må finde evt relevante oplysninger. Af og til også selv gætte for hvad man ønsker pt undersøgt.
- En del praktiserende læge sender kopi af der journalnoter med mange irrelevante oplysninger i stedet for at konkretisere problemstillingen
- Kvaliteten af henvisninger er generelt øget gnm årene. Anamnese er oftest den udfordrende del.
- Op mod 50% af de akutte henvisninger til børne- og ungdomsmodtagelsen er UDEN skriftlig henvisning. Der foreligger kun en sætning overgivet telefonisk til visitationen. Der kan evt. køres en stikprøve, hvis man opfatter dette som overraskende eller tvivlsomt
- Ofte er det en kopi paste af hele kons, i stedet for en fokuseret henvisning. Der mangler ofte en relevant diagnose
- Ofte skal man læse en lang tekst for i bunden at finde 1 linje hvor der står det relevante.
- Det er meget både/og. Der er et rigtig godt samarbejde om pt. i mange tilfælde og i andre slet ikke

- Visiterer meget sjældent
- Ofte er henvisningen et udklip af det/de sidste notater fra praksisjournalen. Derfor kan henvisningen blive lang, upræcis og mangle info som vækst eller andet relevant i fht problemstillingen.
- Jeg synes ofte henvisningerne er meget korte og at der mangler regelret anamnese, biokemi, objektive fund som begrundelse for hvorfor der henvises
- Til diagnostisk enhed observeres meget hyppig manglende patient information om kræftpakkeforløb, ikke sjældent en manglende fuld objektiv undersøgelse som påkrævet
- Der medsendes tit hele besøgsnotater, beskrivelser af tidligere undersøgelser og medicinlister uden relevans for arbejdsdiagnosen. Ofte er henvisningen blot et notatuddrag uden angivelse af hvilken diagnose man ønsker afklaret. Der sendes ind i mellem henvisninger uden angivelse af om det er kræftpakke eller eks. gruppe 3 patient.
- Det kan veksle fra alenlang prosa fra flere konsultationer til næsten ingen information. Det kunne være godt med en skabelon
- Altså når henvisningen består af kopi af de sidste 8 ugers journalnotater i kronologisk rækkefølge, så man skal stave sig baglæns igennem alle, for derefter måske at kunne regne ud hvorfor og for hvad pt er henvist
- FMK ofte ikke afstemt
- kvaliteten af henvisninger er personafhængig
- mangelfulde oplysninger om hvor billeddiagnostik er lavet
- Uensartede, nogle har Ikke oplyst afprøvede behandlinger (farma/ non-farma) effekt, nogle mangler diagnoser, oplysninger om pt. er færdigudredte, om de er motiverede for at blive henvist..
- Størstedelen af indlæggelser fra almen praksis har slet ingen henvisning med sig, dette gør det udfordrende at vide hvad årsagen til indlæggelsen er. Det er essentielt at vide hvad AP-lægen har haft i tankerne ifm indlæggelse og evt hvad der er gået forud (undersøgelser/behandling)
- Arbejder med akutte henvisninger. De er oftest ekstremt mangelfulde, uden relevant anamnese eller simpel objektiv undersøgelse. Der mangler information om patienternes performance, især de ældre, ifm akutte indlæggelser. Der er ofte mange kliniske fejlantagelser ift symptomer og præsentation af pt, og ptt er ofte fejlinformeret om hvad de kan forvente at få udført. Man kunne med fordel have fokus på dette. Man kan ofte ikke se hvordan pt er visiteret (tlf, fra praksis eller andet). Der synes at være ganske mange der visiteres via kortvarig tlf kontakt. Punktet ønsket undersøgelse/behandling burde undlades i de akutte henvisninger, da det oftest bare skaber fejlforståelse af hvilken udredning/behandling der er behov for i den akutte vurdering
- ind i mellem fremsendes kopi af journalnotat istedet for målrettet henvisning
- Jeg synes generelt det er fine henvisninger
- mange pt'er henvises akut, hvor det havde været mere hensigtsmæssigt at henvise ambulant.
- Manglende henvisninger. Manglende opdatering af aktuelle mediciner i FMK
- Man mangler ofte at angive hvilken privat røntgen klinik patienten har været på

74. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- Blodprøver rekvireres i WebReq og er velfungerende.
Men vi savner mulighed for dialog om korrekt rekvirering af blodprøver. Langt de fleste praksis har en meget fint og helt velindiceret forbrug af analyser.
Men en del (ca. 20%) af praksis har et stort forbrug af dyre analyser som f.eks. D-vitamin, proBNP, FSH. Og der mangler vi mulighed for dialog.
- Dialogbaseret, god kontakt til praksiskoordinatorer og klyngekoordinatorer
- Konkret opskrift på relevante oplysninger og velbeskrevet ansvar for information til patienter ved afvisning og genhenvisning
- Langt de fleste henvisninger er glimrende. Nogle er mangelfulde jvf. svar i foregående.
Henvisninger kan kun afvises med begrundelse, men svært at indgå dialog/drøfte pt via SP.
Evt. svar fra egen læge går til fællespulje og ikke til den, der har afvist henvisning.
- Stor imødekommenhed og ønske om at optimere samarbejdet omkring henvisninger hos vores praksis konsulent
- Kort relevant oplæg
- Det ved jeg faktisk ikke
- Mange praktiserende læge kontakter os inden henvisning sendes

- Som regel kort og koncis anamnese og relevante parakliniske oplysninger.
- Akutte henvisninger er ofte manglende eller meget korte.
- Hurtig kommunikation.
- De fleste elektive henvisninger er glimrende. Her er den dårlige henvisning undtagelsen. Den gode henvisning rummer relevante oplysninger.
- Ved afvisning af henvisninger, oplever jeg nogle gange at de skriver/ringer tilbage med yderligere spørgsmål og det er virkelig godt med den skriftlige eller mundtlige dialog mhp at ligge en plan for pt i praksis.
- Vi får ofte også gode fokuserede henvisninger.
- At de ringer og spørger os til råds
- Der kommer mange gode fyldestgørende henvisninger og vores hotline bliver brugt hvis afvisning ikke forstås
- Generelt gode henvisninger
- Samarbejdet med praksiskonsulenter
- Når de er helt tydelige hvad praktiserende læge har tænkt
- Når det er tydeligt hvorfor der henvises - vi har prøvet det og det, men har brug for at få afklaret det og det
- Visitere meget sjældent
- Når man får den info der er behov for. Når man kan svare en henvisning med gode råd til hvad egen læge kan gøre i første omgang.
- Tiltider gode anamneser og obj us. Men det varierer. Ofte intet henvisningsnotat
- Jeg oplever ofte god og respektfuld kommunikation, når praktiserende læger ringer for rådgivning.
- Ambulante henvisninger
- -
- Focus detaljer
- Oftest kan opleves god dialog omkring patienten hvor vi, er i stand til, via gennemlæsning af journalen, at komme med gode råd om fortsat udredning ved afvisning
- Når der sendes en henvisning med relevant information og angivelse af hvad der ønskes afklaret.
- Når PL laver kort anamnese, de undersøgelser der er udført, medsender spirometri og rtg beskrivelser
- Stiller et konkret spørgsmål - diagnose forslag
- Når henvisningerne er et notat lavet specifikt mhp henvisningen
- i fleste sager fungerer alt fint
- når den henvisende læge har relevante diagnostiske overvejelser og beskriver hvad der allerede er gjort allerede.
- det er muligt at skrive sammen med den henvisende læge via inbasket beskeder og udrede evt uklarheder
- Symptomanamnesen angives ofte grundigt.
- De fleste henvisninger er fyldestgørende. Hvis ikke lykkes det nogle gange at kontakte henvisende læge
- De fleste er relevante
- ?
- Når de ringer og får råd - ofte kan problemstillingen løses uden ambulant kontakt
- Ikke ret meget
- Bare der er en henvisning fra el. i når pt kommer i AKM bliver vi glade
- Ikke noget særligt.
- Jeg har indtryk af, at de praktiserende læger er gode til at ringe og konferere med den vagthavende infektionsmediciner inden de henviser til vores ambulatorium.
- Det gør ofte at henvisningen er skarpere og det bliver nemmere og hurtigere at udrede patienten i et travlt ambulatorium
- Kan ikke sige noget konkret .,somme tider er henvisninger sufficente .men ofte mangler der en del oplysninger
- Generelt formidles det fint hvilke undersøgelser /udredning der ønskes klar og tydeligt.
- Forløbsbeskrivelser i forhold til gensidig aftale om hvad der skal være på plads før så vi undgår at afvise
- Når der er fyldige henvisninger og det fremgår at henvisende læge selv har set og undersøgt pt giver det næsten altid god mening, at der bliver henvist akut.
- Noget blandet kvalitet

- Min oplevelse er at de henvisninger jeg modtager fra egen læge (jeg visiterer ikke, men sidder i udredningsspor), er grundige og beskriver problemstillingen og diagnostiske overvejelser godt, samt hvad der eventuelt er opstartet før patienten ses i hospitalsregi.
- Får indimellem positive tilkendegivelser, når jeg har skrevet et "afvisning af henvisningen" brev med udførlig beskrivelse af symptomer ved forskellige tilstande og behandlingsmuligheder.

75. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Arbejdsgangen bliver meget omstændelig, er meget administrativt krævende og kræver en del sekretærressourcer. Ofte kan det gode råd gives via telefon istedet for korrespondance frem og tilbage.
- Jeg har ikke oplevet tidligere arbejdsgang.
Som angivet i forrige svært at indgå dialog med egen læge. Henvisning kan kun afvises med begrundelse, men svar fra egen læge går til fællespulje.
- Det gjorde vi i forvejen, så har ikke oplevet nogen ændring
- Jeg tror det må være de praktiserende læger, der bedst kan udtale sig herom.
- Jeg håber selvfølgelig, at de praktiserende læger kan bruge vore anvisninger.
Jeg håber at det kan bidrage til bedre forståelse for hinandens arbejdsgange
- Vi bruger at afvise og give en begrundelse m om det er tilstrækkeligt ved jeg ikke
- Vi modtager kun akutte pt
- Det virker ikke som om AP altid læser afvisningsteksten.
Nogle gange sendes der en fuldstændigt enslydende henvisning igen nogle dage senere.
- Vi gjorde det i forvejen, der hvor jeg er involveret i henvisninger, så ingen ændring og dermed ingen forbedring (men heller ingen forværring)
- jeg mener vi hele tiden har forsøgt at beskrive årsag til afvisning og derefter en anvisning til praktiserende læge om hvad der kan hjælpe pt videre
- Ofte oplever jeg at, hvis jeg afviser en henvisning og beder om mere/relevant information, så kommer der en ny henvisning indeholdende de manglende oplysninger
- Vi anvender funktionen og hører ikke retur fra praksis lægerne så man kan ved konkludere at det fungerer fint
- Afviser som regel meget sjældent patienterne på basis af mangelfulde oplysninger i henvisningerne. Jeg tager ptt ind og finder ud af hvad problemet er.
- Jeg kan ikke erindre jeg har modtaget korrespondance istedet for genhenvisninger.
- Hvis forløbsbeskrivelserne følges er det ikke nødvendigt i langt de fleste tilfælde

76. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- som ovenfor
- Jeg svarer på korrespondancemeddelelser, men er ikke sikker på hvordan jeg bruger det ifm f.eks. videre dialog efter afvisning af henvisning eller supplerende kommentar ved accepteret henvisning. F.eks. forslag om sideløbende udredning mens pt. undergår kard udredning.
- Visitationsopgaven er uddelegeret, herunder håndtering af henvisninger og evt korrespondance meddelelser med almen praksis
- Arbejdsgang teknisk bøvlet. Svært at finde tidligere korrespondance (sp).
- Jeg har ikke visitationsopgaver af elektive patientforløb
- Bøvlet arbejdsgang
- Det har vi ikke anvendt da vores klinik er lukke for nyindtag af patienter så alle henvisninger afvises og anvises alternativ mulighed
- Man skal huske at vi indenfor vores område har end el patientrelaterede opgaver , så vi kan ikke korresponderer frem og tilbage, når vi sidder og visiterer .
- I de enkelte specielle tilfælde er en tættere dialog en god ting, men der er forskel på en dialog om en patient der skal visiteres og en som er i forløb i forhold hvilken læge der kommunikerer med

77. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

- Vi har ikke fået ekstra ressourcer til at varetage denne opgave, så funktion blot lagt oven i eksisterende opgave. Det påvirker hele afdelingens produktion.
Hvis en specialafdelingen skal yde en ekstra service bør der nødvendigvis følge økonomi med. Eller bør afdeling fritages for andre opgaver.
- Funktionen varetages samtidig med andet klinisk arbejde. Fx stuegang. Dvs. det kan være vanskeligt at føle at have tilstrækkelig tid til rådgivningen.
- Mere erfaring
- Der er ikke sat tid af.
- Jeg er ikke ved telefonen alle hverdage og har ikke en kollega der kan svare for mig og rammen for faglig sparring er derfor ikke optimal. Nogle læger skriver i inbasket og der svarer jeg så hurtigst muligt eller ringer tilbage
- Ofte ringer AP-læge til Kard MV, når Kard BV er optaget.
De afkræver samme vejledning som af Kard BV.
Jeg har en mavefornemmelse af, at vi formentlig rådgiver sufficient, men det er svært at vide hvad man har overset, når man er introlæge, og tit ender vi med at konferere med Kard BV alligevel.
Så travlhed er grundproblemet her - som i så mange andre afkroge af det her job.
- Dokumentationskrav; hvem hvordan hvad
Mange opkald i en travl hverdag gør at dokumentation kan blive udfordret; dette bevirker at hospitalslæge sættes i juridiske udfordringer
- Rammerne er forkerte. Kompetencerne er der.
I virkeligheden burde der være mulighed for mere direkte kontakt og rådgivning. Dette ville kunne minimere antallet af indlæggelser betragteligt og hjælpe til at styrke fagligheden.

78. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det gælder jo kun samarbejdet med den pågældende læge
- Der er bestemt et behov. Visse spørgsmål kunne spørger selv finde svar på i egen vejledning.
Desuden en del mere praktiske spørgsmål om ambulante forløb, der burde kunne svares af sekretær eller sygeplejerske.
- Samarbejde og vidensudveksling er helt centrale elementer i Det Danske Sundhedsvæsen. Og dette må gerne udbygges yderligere. Det kræver selvfølgelig, at den rådgivende afdeling også får tildelt de relevante ressourcer
- Et af de hyppigste spørgsmål i telefonisk rådgivning af praktiserende læger drejer sig om neonatal ikterus, hvor der foreligger en glimrende forløbsbeskrivelse.
- Enkelte lader til at et opkald er det samme som accept af henvisning og bliver sure når den efterfølgende henvisning afvises. Det er svært i en telefon at hente information man ikke vidste var der eller ikke var der.
Nolge sender henvisninger med spørgsmål
- Rigtig ofte!
- Går ud fra at når der er en kollega der spørger, er det fordi de har brug for et godt råd. Ofte er spørgsmålene dog mere af kritisk karakter med en forventning om at tingene kan løses ved en kontakt til en læge på en kæmpe sygehusafdeling, hvilket ofte ikke er tilfældet.

79. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Vi oplever ikke at vi får svar

80. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Svaret kan være mere nuanceret end som så
- Jeg har ingen information om forløbet efter udskrivelsen, og har ikke tid til at følge patienten efter mit behandlingsansvar er ophørt
- Ved gule epikriser kan mangle sikkerhed for opfølgning

- Det må være almen praksis der bedst kan svare på dette
- Det er nemt at bruge på hospitalssiden, men jeg ved jo ikke hvordan de opleves/håndteres på AP siden
- Jeg ved ikke om det bliver brugt
- Jeg bruger det praktisk taget ikke. Hvis der er noget, der er så væsentligt, at det SKAL følges op, så har min afdeling (stadig) mulighed for at varetage det.
- Tænker egentlig at det er de praktiserende læger der må vide dette bedst - giver det mening når vi anfører noget
- Jeg synes at samarbejdet er bedst når man også ringer omkring orange epikriser
- Jeg håber det fungerer godt. Det er rart at man kan give noget opfølgning til almen praksis, men det er vel mere interessant hvad man synes om ordningen der. Jeg har aldrig hørt hvordan almen praksis får disse beskeder og griber opfølgningen.
- Jeg ved ikke hvordan det håndteres i almen praksis og om der rent faktisk følges op på ting iht farvekodning
- Jeg ved faktisk ikke om egen læge følger op.
- I hospitals regi ved vi jo ikke hvad der sker efter epikrise er afsendt
- Ikke tilstrækkelig opfølgning. Patienter skal selv huske at bede om tid.
- Jeg ved ikke hvordan det modtages hos den praktiserende læge?
- Kan godt lide at lave dem selv
- Jeg har aldrig modtaget noget retur, så for mig er det egentlig bare et kryds det skal sættes. Jeg ved ikke om jeg rammer rigtigt i om epikrisen skulle være gul eller grøn
- VED ikke om det fungerer Har aldrig fået tilbagemelding fra praktiserende læge
- Der er utrolig mange klik/tryk/hardstops man skal igennem for at udskrive en pt. Det er blot endnu et af disse.
- Jeg syntes det er fint at vi skal tage stilling til hvornår opfølgning skal foregå.
- Det er vel praksis som kan vurdere dette
- Jeg ved ikke hvordan det ser ud for de praktiserende læger. Det er nemt at udfylde for mig når der skrives epikrise

81. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Som laboratorielæge oplever jeg ikke at samarbejdet med praksis er tydeligt eller særligt velfungerende.
- Har tidligere været direkte involveret i det tværsektorielle samarbejde og har undervist almen praksis i en årrække i PLO regi. Savner i den grad en konkret afklaring af hvordan samarbejde og løbende kompetenceudvikling skal foregå iht. sundhedsreformen.
- Det fungerer meget fint m endo-hotline her på Hvidovre-amager hospitaler, idet vi kan vejlede alm praksis til gavn for patienterne og for samarbejdet mellem praksis og hospitalet. Den mundtlige dialog giver bedre forståelse for problemstillingerne i de to sektore
- Øget fokus på samarbejde mellem både almen praksis, speciallægepraksis og hospital. Ofte bliver speciallægepraksis desværre 'glemt' i denne samarbejdstrekant.
- Dialog/møder om vore arbejdsvilkår og arbejdsgange således at vi har større forståelse for vore forskellige opgaver.
- Jeg mener kun sjældent, at der skal laves radiologiske undersøgelser fra praktiserende læge, da disse alligevel ofte gentages på hospitalet pga. inkomplet beskrivelse eller tilkomne differentialdiagnoser
- Flere case møder, hvor man 1 x om måneden eller hver anden måned mødes over nogle cases. Eller at specialister fra afd på hospital kan komme ud i praksis x 1 om måneden og se deres cases igennem. Så der kommer læring ud af det. Det kræver ressourcer/økonomi til hospitalsafdelingerne.
- Jeg synes der er rigtig mange fantastiske kolleger derude, som rigtig gerne vil patienterne og har fokus på at det er fælles pt. og har et stort håb om og tror på at det kan blive endnu bedre i fremtiden (Fra begge sider!!)
- Det ville være ønskeligt om mere samarbejde i forhold til at lave planer om patienter, der ikke skal indlægges længere, men lindre i eget hjem
- -
- Vi kan ikke se billeder, der er taget i praksis - det er et stort problem, hvis rtg tages privat. Så får pt ofte dobbeltundersøgelser
- Målrettede henvisninger

- Vi kan blive bedre til:
Henvise pt. til den relevante afd.
Pt. skal have passende prioritering.
Skrive god oplæg.
Skrive kontakt til henvisende læge.
- Vi skal kunne dele guidelines og vejledninger fra de medicinske selskaber. Der skal være mulighed for at mødes jævnligt med lægerne og deres talsperson.
- Det bør være at et ufravigeligt krav at der skal følge en henvisning med til alle indlæggelser fra almen praksis.
Denne skal indeholde kort anamnese og kliniske fund. Vigtigst af alt skal den indeholde forudgående undersøgelser/behandling og resultatet af disse samt hvad den henvisende læges indtryk er og hvad der har udløst indlæggelse. Derudover relevant sygdomshistorik og funktionsniveau når det gælder ældre medborgere.
Det skal også fremgå tydeligt om AP-lægen har set patienten fysisk eller ej inden indlæggelse.
- Det ser ikke ud til at undersøgelsen har fokus på akutte patienter, som jo ellers er den største patientgruppe på et hospital. Det burde man have meget mere fokus på.
Der mangler henvisninger på de akutte ptt på min 20%, og de er ofte særdeles mangelfulde. Det ser derudover til der mangler viden om de patienter jeg arbejder med ift symptomer og diagnoser. En styrkelse af dette ville ganske givet kunne gavne patienterne en del.
- Jeg håber, at de holder øje med de epikriser, der bliver skrevet og følger op på de patienter, der bliver udskrevet med grøn epikrise men ender med ikke at gå til læge.
- Jeg kunne ønske at tidl undersøgelser (f.eks Ultralyd og skopier) udført udenfor hospitalerne blev resumeret i henvisninger, da vi nogen gange gentager undersøgelser unødigt. Jeg tror at telefonisk konference i mange tilfælde ville spare henvisninger, og gentagelse af undersøgelser.
- Fælles arbejde om forløbs beskrivelser for de mest almindelige sygdomme og bedre dialog om fælles patienter på person til person basis
- Jeg har kun med akut behandling at gøre - her ville det være skønt, hvis kvaliteten af henvisninger fra praksis blev løftet, herunder at de praktiserende læger faktisk sendte en henvisning med alle pt'er. Der er mange pt'er der møder op i akutmodtagelsen uden henvisning....

12.2.2 Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

82. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- Jeg oplever tit i akutmodtagelsen, at der helt mangler henvisning fra EL.
- Oplever ofte at egen læges journalnotet blot er videresendt som henvisning, således er ofte inkluderet en del ikke relevante informationer
- I den stor del af akutte indlæggelser foreligger der ingen henvisning
- Der kan mangle henvisning på akutte pt.
- der mangler et direkte nummer til alm prakisi lægen, og ikke et nr til en vente linie på klinikken som bliver vbsvaret af en sek
- Mest af alt så mangler der en henvisning
- svært at kommunikere med egen læge udover telefonisk - i SP kan man nemlig ikke besvare meddelelser fra egen læge - kun skrive en ny i et helt andet felt
- Har ikke noget generelt
- Medicinliste ikke opdateret til det patienten faktisk tager
- jeg savner bedre muligheder for direkte kommunikation i forhold til udfordrende ptt
- Først og fremmest mangler der henvisninger, dernæst henvises mange, hvor det er unødvendigt, da vi oftest kan vende patienten i døren, så dybest set spild af patientens tid, og mange patienter kommer i dagtid via 1813, da de ikke kan få kontakt til egen læge, oftest oplagte egen læge opgaver
- Afstemt medicinliste og kroniske diagnoser eller relevante tidligere diagnoser mangle meget ofte og har stor værdi, da pt. sjældent har styr på sidstnævnte
- opfylder ikke krav i SST's pakkeforløbsbeskrivelse
- Manglende henvisninger på akutte/subakutte patienter.

- ingen problemer. gode henvisninger
- Ofte manglende henvisninger
- ofte meget kort og ofte mangler side-angivelse
- I få tilfælde manglende henvisning ved indlæggelse
- Manglende henvisninger til akutmodtagelsen
- Oplever ofte forsinkede eller manglende henvisninger ved akutte/subakutte problemstillinger. Det er rart at kunne læse hvad praktiserende læge har set, mistænkt og gjort. Problemet kan ligge hos IT / CVI og ikke nødvendigvis almen praksis
- Ville ønske det var muligt for praktiserende læge at vedhæfte billeddiagnostik og ikke kun beskrivelsen heraf.
- Gerne fokus på vedhæftninger af relevante undersøgelser udført i praksis/privat regi.
- FMK ikke opdateret. Ift udredning mangler info for hvilken udredning er sket ved ved privat-prak speciallæger ofte
- En henvisning til en lungemedicinsk afdeling skal altid indeholde rygestatus og pakkeår. Hele spirometrien skal medsendes, om muligt. Så vidt mulig gerne tydelig angivelse af hvad der er håbet/forventningen med henvisningen fra dels patient og dels henvisende læge.
- Et simpelt ?: Ønsker patienten operation.
- Henvisninger opfylder ikke kriterier fra forløbsbeskrivelser på sundhed.dk og henvisninger sendes ofte til forkert afdeling eller forkert hospital.
- Jeg savner overvejelser om den forventede behandlingskonsekvens i en del henvisninger.
- Henvisningerne er ofte meget mangelfulde uden relevant information og tentative diagnoser trods meget tekst. Alternativt er der stort set ingen oplysninger.
- Ofte kan der være brug for direkte kontakt, fremfor en henvisning.
- Synes generelt at henvisningerne er gode.
- Der mangler ofte en grundig beskrivelse af pt kliniske formåde med proformas status og ønske til udredning/behandling. Vi udreder for lungekræft og hos ældre pt er det meget relevant med disse oplysninger for at kunne planlægge det bedste urederingsforløb.
- Synes generelt ikke at jeg kan sige ting der mangler. Generelt er henvisningerne rigtig gode men kan godt savne at man f.eks kan se det EKG der er taget i AP i henvisningen :) og generelt er hvad der er gjort indtil nu også rar at vide
- Ofte behov for dialog med egen læge
- Copy/paste af egen journal over flere henvendelser - der ønskes samlet henvisning omkring problemstilling der ønskes varetaget
- ikke opdateret FMK
- jeg synes generelt at henvisninger er gode
- brug af akut klinik som spec.læge konsultation
- Henvisningen skulle være sendt til praktiserende speciale læge og ikke til hospitalsafdeling
- Jeg mener at CVD er problemet og ikke de praktiserende læger. Deres henvisninger plejer at være upåklagelig. Der kan man ikke sige om den ikke-lægefaglige visitationen i CVD.
- Egentligt oplever jeg mest at fx diabetiske fodsår behandles længe i hjemmeplejen/almen praksis selvom det i den nationale kliniske retningslinje anngiver at man skal henvise hvis der ikke er heling efter 2 uger eller hvis der er mistanke om infektion og/eller iskæmi

83. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- God opmærksomhed fra praksis konsulenter / koordinatore.
- Jeg oplever at henvisninger til ambulatorium generelt er bedre, da de ellers bliver afvist.
- Virker godt når der er angivet konkret behandlingsønske
- Henvisende læge er god til at ret sig ind når man informerer om fejl og mangel
- Vi tager de fleste pt ind alligevel, ofte hurtigere end at kommunikere frem og tilbage
- De fleste henvisninger (når de sendes) indeholder gode oplysninger
- Når egen læge stiller konkrete spørgsmål og angiver sig "klar" til at samarbejde om patienten.
- Fint at de kan henvise direkte til os i visse tilfælde
- Når henvisende læge har taget 'modtagerens briller på' og tænker over hvad vi har brug for at vide for at sige ja eller nej
- Mulighed for at korrespondere så man kan blive klogere på tankerne bag henvisningen
- de bliver ekspederet hurtigt
- Telefonkonsultation
- I mit ambulatorium oplever jeg at henvisninger er blevet bedre.
- jeg modtager ikke henvisninger selv

- kontakten mellem IT-systemerne fungerer ret godt
- Generelt relevante henvisninger.
- Demensområdet. Der er rimeligt klare aftaler om, hvad en henvisning skal indeholde. Jeg synes ikke, at aftalerne er klare nok. Jeg synes ikke, at region H afviser henvisninger ensartet. Jeg tror det fører til tvivl hos almen praksis om indholdet.
- Der er nogle gode uddybende henvisninger, men i fåtal.
Mangler ofte årsagen til bekymring, hvor jeg skal gætte hvad de tænker. så er der skrevet noget anamnese og objektivt, men ikke nogen konklusion, så må jeg gætte lidt, hvad jeg skal gøre
- Tit god beskrivelse af anamnesen uden for mange unødvendige informationer.
- Generelt er henvisninger fra almen praksis bedre end fra speciallægepraksis.
- Generelt er henvisning gode og relevante, og ofte er det muligt at komme i telefonisk kontakt med henviser ved behov for uddybning
- Henvisningerne indeholder som regel nødvendige information i passende længde/mængde.
- Langt de fleste patienter indlægges med en henvisning med anført mistanke.
Beskrivelse af forudgående udredning/undersøgelser eller forhold der har betydning for patientens ressourcer
- Mange gode henvisninger med overvejelser og evt bekymring fra e.l.
- De gode henvisninger, hvor det er tydeligt hvad almen praksis har gjort, før patienterne henvises. Det er rart, når det er tydeligt, hvad der er sagt til patienten.
- Oftest en god anamnese som ofte indeholder opsummering for længere tids udvikling relateret til indlæggelsen
- Overordnet synes jeg henvisningerne er fine - NÅR de foreligger. Jeg oplever flere eksempler på gode henvisninger, som ikke indeholder alle punkterne fra "retningslinjer for den gode henvisning".
- Telefonkontakter
- Når der foreligger relevant anamnese og parakliniske fund er vedhæftet. Som ekg mm.
- Når egen læge ringer og spørger først
- Der foreligger efterhånden stort set altid rtg thorax og spirometri før henvisning.
- Der er nogle gode henvisninger. Jeg synes det fungerer godt, når vi taler sammen i telefon.
- At de modtages elektronisk.
- Jeg oplever, at det i næsten alle tilfælde er en positiv oplevelse at kontakte almen praksis direkte for drøftelse af henvisninger. Det ville dog være rart, at der altid stod et "bagom" nummer i henvisningen, så man ikke kommer i den almindelige telefonkø.
- Næsten altid god dialog, når man ringer omkring henvisninger til pt.s egen læge.
- basale oplysninger som cpr-nummer, adresse mm er altid korrekte
- Hurtig kommunikation ml hospital og almen praksis
- Beskrivelse af pt. symptomer, MDI skema, social anamnese
- Når man får information som ikke er tilgængeligt i SP eller fra FMK og som bidrager til udredning og behandling.
- Når egen læge tager kontakt før en henvisning det fungerer godt. Når henvisningen er klar og præcis.
- Når man kan mærke at egen læge kender pt sygehistorie og får kommunikeret hvad der er afprøvet
- Der er ofte god objektiv og et konkret obs diagnose. Det er godt
- Når henvisningerne er relevante
- Mulighed for handlingsanvisende afvisning af henvisning, men et problem at egen læge ikke kan kontaktes telefonisk
- Oftest relevante henvisninger.
- Når information viser at egen læge har gjort tilstrækkeligt inden for egne rammer og viden til at imødekomme patientens behov.
- De fleste henvisninger er ganske gode, men oplever ofte henvisninger fra el, meget de samme almene, henviser pt med manglende informationer og under diagnoser osm 'akutte mavesmerter' uden uddybende anamnese eller undersøgelse. Oplever ofte pt henvises med henblik på vurdering uden pt er set hos egen læge, men blot har været i kontakt med denne telefonisk. Selvfølgelig kan dette være relevant, men ofte tager man imod ikke akut påvirkede patienter med f.eks. dysuri eller obs lungebetændelse.
- Mistænkt diagnosen står klart.
- De er lægefagligt velbegrundede og koncise. Jeg kunne dog være foruden direkte kopier af deres løbende journal. Hellere enkelte linjer som direkte vender sig til os.

- Jeg har svært ved at udtale mig generelt da jeg oplever voldsom variation i henvisninger og kontakt mellem praktiserende læger som sender fin info og giver indtryk af at kende patienten og på den modsatte side ligeså ofte utroligt korte eller helt fraværende henvisninger (akutte henv).
- Oftest er de samvittighedsfuldt udfyldt.
Der glemmes ofte lokalisation af sår og sårtype

84. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

- ved ikke om de anvisninger jeg giver i afvisningen kan/bliver brugt
- det er en tidskrævende arbejdsgang, som ikke er tilglæde for nogle parter.
Ligner andre tiltag som der laves i det offentlige, hvor man ikke har undersøgt om det er en god ide før man sætter det i gang
- Har oplevet meget sjældent at det er brugt arbejdsgangen som beskrevet men, når det gøres, fungerer det rigtigt godt.
- Vi afviser ikke henvisninger fra egen læge til det ambulatorium jeg sidder i. Der er nemlig ikke formelle kriterier
- Ofte bliver patienterne bare henvist igen uden nogen reel dialog omkring afvisningen
- Jeg var ikke klar over denne arbejdsgang
- "korrespondancemeddelelser" er besværlige at arbejde med og anvendes ikke. I stedet kontaktes henviser om muligt telefonisk, og anvisninger skrives i afvisningen.
Vi har ikke mulighed for at "lade henvisninger ligge" til der (måske) kommer en korrespondancemeddelelse, i stedet fremsendes ny henvisning
- Jeg ved ikke hvordan mit svar fra SP's henvisningsmodul konkret sendes retur (om det er en korrespondancemeddelelse eller noget andet) til egen læge v. afvisning - men skriver altid en begrundelse, og har oplevelsen af at det er værdsat.
- Jeg har prøvet det få gange. Den ene gang var der utilstedelig protest, men det var også en meget ung uddannelseslæge, der simpelthen ikke forstod rationalet.
- Desværre kommer afvisninger nogle gange retur til almen praksis som "bookingsvar" som ikke læses af almen praksis.
- Jeg tror ikke det er indført hos os
Det kan være udfordrende hvis det bliver indført hos os idet der er nogen meget stramme tidsrammer i C-pakke udredningen
- Jeg har ikke arbejdet længe nok i FACT til at
- Vi anfører typisk telefonnummer på afviste henvisninger, men modtager ikke tilbagemeldinger fra praksis.
- Har ikke prøvet arbejdsgangen omkring korrespondance-meddelelse
- Jeg har dog selv stor glæde af dem når jeg fra min afdeling ønsker at genhenvise til noget eller undrer mig over en afvisning.
- Det giver kun ophav til frustration. Lad os tale direkte med dem fx. på telefon. Det kunne hjælpe meget.
- Når vi afviser en henvisning sender vi besked til praksis fra SectraPACS. Beskeden må maks være på 70 karakterer. Ingen advarsel ved overskridelse af dette, hvorfor beskeden bliver trunckeret. Det giver anledning til en del problemer.

85. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- ved at skrive og når praksis læger ringer, er der god kommunikation og fornuft i samarbejdet, til gavn for patienterne
- det fungerer fint i vores afdeling, hvor vi dgl besvar korespondance fra alm praksis.
- Vi er jo ikke særlig gode fra hospitalets side til at spørge med denne fokus
- Stor forskel mellem de praktiserende læger. Med enkelte fungerer korrespondancemeddelelser glimrende, hos andre får man ikke respons.
- Tror hverken vi eller de praktiserende læger har tid til længere korrespondance
- Ikke implementeret hos os eller hos mig i hvert fald. Jeg ved ikke, hvor jeg kan skrive korrespondancemeddelelser direkte til almen praksis og så sent som i går talte jeg med mine kollegaer om, at vi savnede den mulighed.

- jfr ovenstående er korrespondancemeddelelser bøvlede at arbejde med, og vi kan ikke (og ønsker ikke) at lade henvisninger ligge uafklarede. Jeg sidder mest med kræftpakker, og her tæller tidsfrister fra afsendt henvisning, dvs vi kan ikke bruge tid på at vente på at der måske kommer endudbning.
- Jeg arbejder ikke med visitationer, men ser kun henvisninger i ambulatoriet.
- Jeg ved ikke, om det har forbedret samarbejdet for de praktiserende læger. Det håber jeg. Har blot bemærket, at jeg ind i mellem modtager en adspørgsel omkr. en afvist henvisning mhp detaljer omkr. mine forslag til videre udredning/behandling hos egen læge. Enkelt almen mediciner har også kritiseret min afvisning af en henvisning. Jeg forsøgte at forklare igen, hvorfor henvisningen blev afvist. Jeg ved ikke, om det bedrede samarbejdet. Det var ikke umiddelbart mit indtryk.
- Jeg ringer altid til henvisende læge hvis det på nogen måde er muligt. C-pakkerne skal gå lynhurtigt og vi har slet ikke tid til at vente på skriftlig korrespondence (så er henvisende læge syg eller på ferie, alle mulige forsinkende forhold) Der er behov for hurtig og kontant kommunikation.
Den største hindring i dette er hvis almen praksis ikke har opdateret deres "bagom"-numre. Det er ikke fremmede for kommunikationen at vi skal hænge i 10-20 minutters lange telefonkøer når vi forsøger at kontakte henvisende læge
- Det anvendes ikke nok.
- Vi er underlagt kræftpakkerne og en korrespondance - med den tid det tager for at få svar, vil betyde at vi ikke vil kunne overholde pakkeforløbet. Så det er vigtigt at henvingen indeholder de rette informationer første gang.
- Se foregående svar.

86. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

- Det er svært et etablere et løbende dialog. Der er typisk envejs kommunikation. Jeg sender noget, Almen Praksis sender noget, og den der modtager sender et svar.
Jeg kan give et godt råd men når jeg opfordrer til dialog for at følge op om/med patienten, får jeg intet svar.
Oplever også at egen læge vil have en hel konkret plan, og det kan jeg ikke bare skitsere for komplekse patienter. Savner dialoguen!
- Funktionen varetages af vagthavende, i en travl funktion. Nogle dage er der rigtig mange opkald fra praksis, det kan godt fylde for meget.
- Det er en opgave der ikke er sat tid af til.
I speciallægegruppen ønsker vi en funktion med et telefon-nummer dedikeret til opgaven i hverdage i dagtid for bedre løsning af problemstillingen.

87. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Relevante forespørgsler og jeg ar en opfattelse af at vi som specialister ikke bare rådgiver om den enkelte patient men at det bliver mere generel information/undervisning
- det giver oftes bedre forløb, når der ringes først
- Npr det lykkes er det bare godt!
- Nogle gange er mit råd dog netop at pt. bør henvises, fordi den praktiserende læge er ved at komme ud hvor hun/han ikke kan bunde
- Jeg oplever næsten altid at den direkte dialog - mundtlig med den praktiserende læge styrker den enkelte patients behandling/ håndtering.
Men svært at få fat på de praktiserende læger
- der er altid plads til forbedring, men generelt synes jeg det fungerer godt
- Nogle henvisere insisterer på deres henvisningsret på trods af unødvendige undersøgelser. Får ofte lovet patienter undersøgelser som der ikke er indikation for.
- Vi har desværre dårlige rammer for denne telefonrådgivning. Telefonen sidder i min brystlomme, min dag er tæt besat med komplicerede c-pakke-samtaler og almen praksis ringer meget ofte på tidspunkter hvor der er patient og pårørende på stuen
Kunne være MEGET dejligt hvis man ikke skulle vælge mellem patientens berettigede behov

og AP-lægens behov. Oftest vælger jeg at udskyde samtalen med almen praksis (feks bede AP om at ringe i frokostpausen)

- Det fungerer så godt. Oplever dog ind i mellem at de praktiserende læger ikke kender til muligheden., når der er kontakt i anden sammenhæng.
- god kommunikation
- De kunne ringe oftere end de gør.
- Vi ser sjældent unødige henvisninger fra almen praksis. Ind i mellem henvisninger til det forkerte speciale.

88. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- for bøvlede proces i SP
- korrespondancemeddelelser er kun egnede til helt korte beskeder og forespørgsler, og skriftlige svar er meget mere komplicerede at udarbejde end mundtlige. Det er ikke defineret, hvem der skal svare på dem, og der er ikke afsat tid i ambulatorieprogrammer etc.

89. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Opmærksomhed på at der kan være problemer med at enmandspraksis lukkes ned i fx sommerferie mv og de derfor ikke ser epikriser de skal følge op på.
- Problem med at ringe til egen læge. Vi mangler bagom tlf nr så vi ikke skal sidde i telefon kø med patienter.
Der skal være let adgang til tlf nr til egen læge
- ingen anelse
- Jeg synes ikke det er fair at vi, fra sygehuset, afslutter komplekse patienter som ikke kan modtage særlige behandlinger eller procedurer og anbefaler en opfølgning i AP uden at give vejledning om hvad kan egen læge stille op med resultat.
- Aner ikke hvad det er
- Bruger sjældent andet end hvid
- Jeg oplever det er meget forskelligt hvordan de praktiserende læger håndterer farvemarkering.
Nogle følger regelsæt . Andre oplever vi ikke gør. Det kan selvfølgelig være at de har forsøgt at kontakte pt.
- Dvs jeg oplever selv at kunne give relevant information, men ved ikke hvorledes det ser ud fra den anden side
- Det er giver ekstraarbejde. Burde være integreret i epikrisen på en mere brugervenlig måde
- Synes der mangler et trin mellem grøn og gul. Mange neuropatienter er man ikke helt overbevist om selv husker at kontakte EL, men det er sjældent det behøver være indenfor et par uger.
- Alt for meget tekst
- det med at skulle ringe, det er altså op ad bakke....
Bagom-numre besvares ikke altid, og kan ikke bruges udenfor dagtid på hverdage
- Jeg har ikke hørt at det er gået galt, men det er jo AP og ikke mig, der følger op på det
- Giver mulighed for at konkretisere hvad egen læge skal overtage.
Gør udskrivende læge opmærksom på hvad der kan forventes af egen læge og hvornår der skal laves fx. telefonisk aftale ved hurtig opfølgning. Giver egen læge mulighed for at kontakte patienten i tilfælde, hvor patienten ikke selv kan varetage opgaven
- Jeg er usikker på, hvordan fritekstfeltet under farvemarkeringen bruges bedst muligt ift. den information, praktiserende læge har brug for.
- Jeg har aldrig brugt gul eller rød epikrise.
- Er ikke sufficient implementeret ambulant
- Ikke relevant for de parakliniske specialer.
- Jeg er usikker på hvordan de håndteres i almen praksis
- Mangler lidt en mellem grøn og gul, der indikerer at der er brug for at egen læge er opsendende men ikke nødvendigvis inden for 14 dage
- Tror jeg. Føler ikke rigtig op i min stilling
- Uklart hvordan farvemarkering og budskab modtages i praksis.
- markerer bare, men jeg aner ikke hvordan det virker

- Det fungerer godt for mig, men ved ikke hvordan det virker for egen læge, som jo er den jeg henvender mig til. Om det overhovedet bruges eller om det er spild af tid det jeg sidder og formulerer i tilknytning til farvemarkeringen. Det er væsentligt at vide før jeg reelt kan vurdere om det fungerer.
- Jeg har ikke set hvad der sker i den anden ende.
- Jeg får sjældent tilbagemelding eller opfølgning på epikriserne, så er ikke klar over om det fungerer.
- Vi benytter altid systemet, men jeg har ingen ide om, hvorvidt det anvendes eller giver værdi for patient og/eller praktiserende læge

90. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Godt samarbejde med gode praksis konsulenter / koordinator
- Jeg synes praksiskonsulenterne er en rigtig god ordning.
- Mangler telefonliste med bagom nr til egen læge, så vi nemt kan kontakte egen læge uden at skulle sidde i tlf kø m patienter.
I Region S havde vi liste m bagom nr der fungerede upåklageligt.
Har spurgt til det x flere her i Region H uden held
- særligt vigtigt/relevant for ældre patienter (jeg arbejder på geriatrisk afdeling) er at få talt med patienten (og pårørende, men særligt patienten), om hvad de ønsker af behandling. Herunder om de ønsker indlæggelse ved sygdom.
- direkte telefon nr til henvisende læge og patient, ringe før tvivlsomme henvininger. Afskaf besked til pt ved afvining, info burde ligge hos egen læge.
- Jeg synes at vi skal prioritere en struktureret feedback til Almen Praksis. Systemet findes allerede men det skal "opgraderes" til det samme niveau som at håndtere en ny henvisning. Det skal være muligt for egen læge at få aftalt f.eks. en samtale fra hospitalets speciallæge med patienter, uden at der skal laves en ny henvisning. F.eks for at forklare patienten/pårørende hvorfor en bestemt procedure ikke kan laves (for risikabel) eller hvad kan patienten forvente fra en alvorlig sygdom så som en stg hjerteklap, hvis patienten ikke har modtaget/forstået information. Det kan foregå med en virtuel konsultation uden at skulle henvise patienten på ly af denne grund.
Det ville være godt at prioritere brug af telekonference for at tilpasse patient forventninger til hvad er muligt at behandle, osv. hvor patienten, egen læge og hospitalets specialist mødes sammen. Igen, er det teknisk muligt men ikke struktureret eller prioriteret som en del af vanlige arbejdsgange.
- Jeg oplever at samarbejdet med almen praksis er godt, konstruktivt og tonen er god og nysgerrig.
- Fortsat svært ved at finde rigtige tlf. Er usikker på om almen praksis kan se hvem der er PAL og dermed deres tlf nr.
- Jeg oplever en almen praksis som en meget heterogen størrelse. Vi har mange praktiserende læger som vi oplever en godt samarbejde med, men desværre andre praktiserende læger hvor kommunikation går én vej fra os til dem og ikke den anden vej.
- I forhold til akutte komplicerede patienter, ville jeg gerne kunne ringe til PL (muligt for nogle), få kontakt samme dag (hverdage) og sikre at min plan holder
- Mere tid til samarbejde. Mere dialog omkring patienter
- Demensområdet: Efter min mening, skal alle patienter have lavet en CT- eller MR-C inden henvisning. Der står at de evt. kan få det lavet. Enten skal de have det lavet, eller også skal det ikke nævnes, det er spild af plads og gør retningslinjen uklar med evt..
Regionen skal tilbyde rådgivning til praktiserende læger. Det skal være nemt for praktiserende læger, at ringe til os. Jeg er bagvagt på min afdeling mere end 50% af tiden. Jeg oplever en væsentlig stigning i telefonkontakter fra almen praksis. Jeg oplever, at det fungerer rigtig godt. Vi får typisk hurtigt aftalt en ændring i behandling, en henvisning el. lignende. Efter min mening, er det ekstremt vigtigt, at regionerne prioriterer den opgave. Vi skal være imødekommende og tilgængelige i den opgave. Det tror jeg kræver fokus og opbakning fra ledelsen
- Bedre adgang for patienter til almen praksis
Flere henvisninger
Flere relevante patienter, alt for mange patienter kan afsluttes fra akutmodtagelsen uden yderligere

- Nødvendigt at kunne se behandlingsniveau på tværs.
I det mindste send med hvis EL indlægger.
Fortsat de fleste patienter som ikke har ajourført FMK..
Jeg synes at hospitalets standard-epikriser er alt for rodede og tænker de har en masse unødvendigt for almen praksis.
Synes man burde lave en regional indsats med at gøre dem meget mere simple, ensartede og brugbare.
Fx ikke alle de mange kasser og koder og aftaler osv.
Bare et helt simpelt lay out med nogle overskrifter og ***, som kan udfyldes kort og præcist.
- fra min stol vil det være at overholde SST's krav til henvisninger i pakkeforløb, og ringe ved tvivl
- Alle almen praktiserende læger, er under speciallæge uddannelsen på hospital. Således har de indblik i arbejdet på et hospital. Det vil givetvis kunne gavne samarbejdet, hvis øvrige specialer ligeledes har enten fokuseret i almen praksis eller målrettet undervisning der klarlægger forhold/muligheder/ressourcer i almen praksis.
- Mere ensartede, kortfattede henvisninger. Og at henvisningerne også foreligger ved akutte indlæggelser.
- Jeg ville ønske at de praktiserende læger oftere tog kontakt til os vedrørende fælles patienter og deres håndtering og behandling, så vi undgår uhensigtsmæssige behandlinger iværksat i almen praksis (f.eks. anlæggelse af nasogastriske eller PEG sonder hos patienter med neurodegenerative sygdomme, hvor dette ikke er indiceret).
- Samarbejdet omkring vores kronikere på tværs af hospital, kommune og almen praksis mangler fortsat en god platform
- Nogle billeddiagnostiske undersøgelser udføres bedre fra specialister og ikke fra almen praksis. Indikationerne er mere retvisende og der kan protokolleres til rette undersøgelse og undgå dobbelt diagnostik.
- Det sædvanlige: at henvisningerne var påført et direkte telefonnr. til den henvisende almen mediciner.
Så vil man hurtigt i en meget travl hverdag kunne ringe og stille supplerende spørgsmål eller begrunde en evt. afvisning.
Det ville styrke dialogen markant mellem egen læge og hospital.
- Når man får en læge fra praksis i røret oplever jeg næsten altid at det er en god kommunikation og at vi sammen gør patientens situation bedre
- Mange henvisninger er tynde, f.eks. obs cauda eqina hvor der ikke er udført rectal exp. , pt loves MR mm og samme pt sendes hjem med smertestillende
Henvisninger hvor man får en fornemmelse af " den besværlige pt " som så henvises til ???
Det er ikke altid der følger en henvisning med patienten
- Dialogbaseret visitation og rådgivning ville styrke muligheden for nærhed i behandlingen
- fungerer godt med telefon til spørgsmål, men øvvrige ved vi jo ikke hvordan virker
- Jeg synes det er en uskik, at enkelte praktiserende læger bruger deres journalnotater som henvisning, hvor de ukritisk sender en stribe af notater afsted uden at lave et ordentligt oplæg.
- godt at få afdelingens konsulent OG hospitalskonsulent i spil
- Bedre anamnese optagelse før henvisninger
- Fjern den ikke-lægefaglige visitation i CVD. De praktiserende læger gør det glimrende. Dog oplever jeg at tærsklen for henvisning til psykiatrien måske er noget lav.
- - Bedre dialog.
 - Styrke samarbejdet med bla bedre mulighed for specialistrådgivning, hvilket kræver at vi på hospitalerne prioriterer opgaven, så det ikke bare er en opgave, der skal løses oven i en anden funktion ("ikke bare en ekstra telefon i lommen, som lige skal bemandes").
 - Styrke praktiserende lægers samtaler med patienterne om konsekvenser af diverse udredninger, om patienterne nødvendigvis skal (/profiterer) af indlæggelse mm. Vi taler meget om at vælge klogt, men vi udreder alt for mange borgere, hvor udredningen er uden konsekvens. Et eksempel er kræftudredning, som tager mange ressourcer, men hvor mange patienter er alt for skrøbelige (særligt de ældre) til evt behandling (og ofte også udredning), og hvor patienterne faktisk ikke altid selv ønsker udredning, hvis de var forklaret konsekvenserne. Et andet eksempel er skrøbelige ældre, der indlægges, hvor de formentlig hellere skulle have været (og også selv hellere ville være) på fx plejehjem, men kun til den behandling, man kan tilbyde der.

- Prioritere samtalen om, hvad patienterne ønsker - og hvad systemet kan tilbyde - i praksis.
- Bedre integration af PACS til praksis. Beskrivelser kan blive ulæselige i konverteringen fra PACS til AP's systemer, særligt hvis de indeholder tal/tabeller. Ingen mulighed for at sende billeder til AP.

12.2.3 Bornholms Hospital

91. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- ajourføring af fmk
- Mange henvisninger på løst grundlag, hyppigt ingen sociale info, medicinliste mangler på skrift meget hyppigt. Og nu en tendens til henvisninger der er episke værker
- Mange henvisninger er glimrende, men enkelte bliver henvist i modstrid med samarbejdsaf-taler om behandling før henvisning.
- Ingen generel tendens synes jeg. Enkelte gange savner man det ene, andre gange det an-det, nogle gange er der for meget klippe/klistre
- Nu er det mest henvisninger fra modtagelsen som jeg læser. Og nogle gange er de super gode og andre gange så er der generelt bare ikke nok information. Jeg vil næsten hellere have deres notat end en kort version. Det er egentlig sådan så man kan se hvad de har gjort og fundet. Det kan også hjælpe med at triagere patienterne ift hvad de mistænker af diagnose.
- Forkert tolkning af f.ex. anæmiprøver
- meget forskelligt, alt kan forekomme

92. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- supplerende korrespondancer frem og tilbage ved manglende oplysninger fungerer godt
- Hurtigt respons hvis afvisning pga manglende info.
god info om ønske for vurdering/behandling
- Synes efterhånden at den gode henvisning ses mindre og mindre.
- relevant opbygning af henvisning frem for kendte meget korte journalnotater fra AP på 2 lin-
jer.
- der fungerer godt med mig
- Lokalkendskab til henvisende læger og telefonisk kontakt ved tvivlsspørgsmål
- Personlig kendskab til praktiserende læger
- De fleste henvisninger bærer præg af forståelse for processen set fra hospitalets side
- God Anamnese og hvad der er gjort ind til videre
- ?
- Når den prakt.læge ringer eller skriver før henvisningen sendes for at få svar på tvivls-
spørgsmål
- fælles møder,
praksiskonsulent
telefonkonf om patienter

93. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste hen- visninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patient- forløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

Ingen skriftlige kommentarer.

94. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemed- delelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Af og til spammes vi med diverse meddeleser, som er meget tungt, selvom vi anbefaler et telefonopkald.
- Jeg er i AKM det ville være alt for bevægeligt at skulle ringe til lægen som har henvist i en akut situation. Måske det er noget andet hvis det var ift ambulatoriet.

- Benytter ikke muligheden.
Mener telefonisk kontakt til egen læge langt bedre bringer patienten godt videre.
- Savner at kunne acceptere en henvisning i SP og alligevel samtidig anmode om evt ekstra undersøgelse i ventetiden før pt ses i ambulatoriet

95. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

Ingen skriftlige kommentarer.

96. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

Ingen skriftlige kommentarer.

97. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

Ingen skriftlige kommentarer.

98. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Der er fortsat for mange klik og uhensigtsmæssigt interface ved epikriseskrivning

99. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- For mange henvisninger til vurdering i Akutafdelingen, som burde være diskuteret ved telefon-opringning eller korrespondance inden.
- Større fokus på samarbejdet og at hospitalerne ikke bare bruges som "skraldespand" og at vi ikke bare mødes med uvilje og "I kan ikke bestemme over os, vi er private"
- problematisk når prøvesvar fra EL ikke kan ses i journalsystemet. Dette inkl LFU.
- Fælles lægemøder for øens læger giver kendskab til hinanden og godt samarbejde

12.2.4 Herlev og Gentofte Hospital

100. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- vi får henvist mange ældre patienter. Dette kræver fokus på funktionsniveau, patientønsker/præferencer, patientcentreret behandling
- vi udreder kræft, der kommer mange henvisninger på meget svækkede ældre patienter der ikke kan gennemføre en evt. udredning eller behandling
- Fejldiagnoser henvises med forkert diagnose og derfor til forkert afdeling
- Det er ofte tydeligt at henvisningskriterier ikke er læst på før henvisning
- Kopi af journalnotater kan ikke erstatte henvisning. Mangler værktøj som understøtter udarbejdelse af henvisning.
- Jeg får meget få henvisninger fra almen praksis men oplever generelt ikke udfordringer når jeg en gang imellem får en henvisning
- får meget få henvisninger fra egen læge, så ikke nogen specifikke kommentarer
- vi modtager ikke henvisninger fra almen praksis
- Jeg oplever ikke at samarbejdet er udfordret
- Henvisning fra egen læge er sjældent i vores afd. så kan ikke bedømmes
- Jeg oplever at der bliver henvist uden om sædvanlige kanaler og kræftpakke, hvilket ikke er til pts fordel
- Manglende forholdet sig til om patienten overhovedet ønsker udredning eller er for komorbid til at det har en konsekvens. Kopi af f.eks. fuld tekst af CT eller UL beskrivelse samt ældre notater fra praksis fjerner fokus fra det relevante.
- ofte mangler EKG med dokumenteret arytmi, ofte fremgår fysisk status for ældre patienter ikke
- Generelt ok henvisninger men mange gange sendes bare kopi af et kontonuationsnotat med en masse ligegyldig information som forstyrrer og grunden til henvisningen er her uklar med et broget symptom billede. Andre gange mangler banale undersøgelser f.eks. et ekg for en

pt med påstået atrieflimmer eller rtg thorax og lfu for en patient med påstået åndenød. Der er også mangelfuld initial udredning af patienter før der henvises indenfor subspecialer ex mangelfuld oplysninger om kost ved udredning af patienter med familiær hyperkolesterolemie. Der bliver også henvist patienter som er så syge og comprbide at man må undres over hvad den praktiserende læge har fortalt patienten at ambulatoriet kan gøre for dem og hvor man evt kunne løse tingene i en dialog med ambulatoriet i stedet for (ex lindring af symptomer). Brug af henvisningssystemet til "spørgsmål"

- Rigtig tit er hele beskrivelsen af fx MR af columna kopieret ind, hvor der i en enkelt bisætning er nævnt en nyrecyste, og som overskrift står blot "urologisk udredning ønskes". Eller de sidste tre notater fra praktiserende læge er kopieret ind, og så skal man selv gætte sig til, hvad de gerne vil have udredt. Sådan en henvisning er næsten ulæselig (men jeg er for flink til at afvise den, da jeg ikke vil lade patienten komme i klemme).
- Pt fortæller ind i mellem egen læge ikke vil varetage simple behandlinger som f.eks. hypertension eller udskrive recept på simpel medicin som f.eks. BT medicin alene fordi pt har forløb på kardiologisk afdeling.
- Rigtig mange henvisninger består af copy-paste af de sidste 1-5 konsultationsnotater. Dvs man skal lede efter relevante information. Fmk er sjældent opdateret.
- Vi udreder i lungekræftpakkeforløb, praksislæger er ofte ikke klar over dette og at de skal angive om pt opfylder kriterier for at indgå i pakkeforløb.
- Nogle læger i almen praksis mener vi skal udrede for alt selvom det ikke har noget med den cancer at gøre, som Pt går i kontrol for
- for meget copy pasta fra journalnotater. skriv en regelret henvisning man kan bruge til noget i stedet for
- Ikke sjældent ses copy past af flere journalnotater fra AP, i stedet for at samle det i en kort og relevant anamnese. Omvendt er nogle henvisninger meget begrænsede og mangelfulde i fht anamnese/symptomer. Ikke sjældent er medicinlisten ikke afstemt med pt. Der forekommer indsættelse af lang biokemi udskrift i stedet for blot at samle det relevante.
- umuligt at tale med henvisende læge ved behov for opklarende ?

101. **Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?**

- Ok!
- Vi har netop forbedret forløbsbeskrivelserne i specialet, det er godt ift faste aftaler med praksis
- De fleste er gode og relevante
- Der er rigtigt mange gode og grundige samt relevante henvisninger og de fleste henvisere der ringer til vedr deres mangelfulde henvisning, er imødekommende
- Altid godt at drøfte overvejelser med kollegaer i AP over tel., men der er dårlig tid og bagom nr. fremgår ikke altid.
- vi modtager ikke henvisninger fra almen praksis dog modtager vi nogen hvor almen henviser fordi de ikke kan få tid hos privatpraktiserende speciallæge
- Fine henvisninger med gode beskrivelser af patientens symptomer, f.eks. ifb. med pallierende strålebehandling
- Ikke relevant
- Der er fulgt op på patienten hvis jeg bedre om noget meget specifikt
- Nogle er gode
- Da udfordring ofte er årsag til henvisning fungerer det kort hvis vi bliver kontaktet v tvivl inden henvisning sendes.
- Ofte vedhæftet EKG - meget værdifuldt
- Modtager mange kræftpakke henvisninger og i ca 3/4 af tilfældene gode henvisninger med alle oplysninger jeg den udsendte vejledning til Ap
- De fleste henvisninger er gode - kun enkelte dårlige og mangelfulde.
- Kunne ikke skrive til forrige spørgsmål, hvor jeg ville skrive at I bruger for meget Copy paste af egne journal notater. Gør den for lange og upræcise. Dem som har relevante henvisnings skabeloner fungerer godt
- Oftest tages gode råd om basal udredning i praksis til efterretning
- Fornuftige tanker om årsagen til symptomer
- kort præcis anamnese, relevante risikofaktorer og relevant forudredning/undersøgelser foreligger

- Når der kommer præcise henvisninger med relevante symptomer og problem stillinger og hvor der er gjort et indledende forarbejde/udredning. Der er også flere praktiserende læger der er gode til at benytte beskedsystemet til at stille kliniske spørgsmål så henvisninger og unødvendige indlæggelser kan indgås.
- De få gange den praktiserende læge rent faktisk har givet sig tid til at skrive en reel henvisning i stedet for blot copy-paste af alt for meget irrelevant tekst.
- De er oftest fyldestgørende.
- AP læger er generelt meget venlige og samarbejdsvillige, men ofte forvirrede over de mange forskellige pakkeforløb og hvad de kan henvise til.
- Større opmærksomhed på Familiær Hyperkolesterolemie, med deraf flere henvisninger
- Hvis jeg skal henvise til EL om en problem stilling , ringer jeg som regel og får en god snak. Kræver lidt mere end at skrive en henvisning.
- Standard patienter der passer i diagnose-kasser.
- ikke noget. der er for mange dårlige henvisninger
- Grundigt klinisk oplæg til hvad der skal afklares er hovedreglen men smutter af og til

102. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Vi oplever flere gange at praksis bliver vrede over ønskede suppl. oplysninger
- Nogle bliver vrede over at blive korrigeret andre bliver glade for vejledningen
- Som regel fungerer det rigtig godt. Andre gange bliver der sendt en ny henvisning hvor egen læge skriver at vedkommende stadig mener deres henv skal accepteres, trods anbefaling om andet samt vejledning i hvor der skal henvises til med beskrivelse af hvor den aktuelle diagnose varetages
- Jeg modtager meget få henvisninger fra almen praksis, da vores patienter oftest henvises fra udredende hospitalsafdelinger.
Når jeg afviser en henvisning fra almen praksis beskriver jeg ofte i afvisnings modulet i sundhedsplatformen hvorfor den afvises (som oftest skyldes mangelfulde oplysninger eller at patient skal til en udredende afdeling)
- min patient gruppe henvises ikke fra egen læge
- Det er kun sjældent at egen læge henviser patienter direkte til os (mit team). Som udgangspunkt vil patienten være tilknyttet samarbejdende kirurgisk afdeling, der vil henvise til os, hvis relevant.
- Jeg har indimellem oplevet, at de praktiserende bliver utilfredse med svaret.
- Vi modtager ikke henvisninger fra praksis
- Ved drøftelser med praktiserende læger, er de meget utilfredse over at basal udredning skal ligge hos dem trods gode vejledninger fra DSAM
- ofte kan praktiserende læger ikke vedhæfte EKG i korrespondance beskeder. overblik for visitationssekretærer er ikke så godt.
- Der anvendes bla standardfraser indenfor flere områder med anvisninger ift at sende en ny henvisning. Det opleves at der så genhenvises hvor disse anvisninger er fulgt men ikke altid.
- Jeg giver altid selv en årsag til en evt. afvisning af en henvisning, men ved ikke om dette gælder for alle på min afdeling
- Vi har altid sendt handlingsanvisende afvisninger. Der er ikke mulighed for at AP kan sende supplerende oplysninger, de skal sende en ny henvisning
- Vi få ikke den store feedback, men bruger en del tid på at skrive gode fyldestgørende afvisninger

103. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det er vores sygeplejersker, der varetager denne opgave
- Der er ofte latenzetid som er længere end svar frist
- ikke relevant
- De få gange jeg har brugt det har det virket godt, men jeg bruger det sjældent til at indhente informationer - jeg bruger det mest til at skrive en plan til praktiserende læge og hvad vi har gjort af tiltag.
- Bruger det ikke i tilstrækkelig grad

- Jeg har ikke modtaget henvendelser fra egen læge via korrespondance meddelelser.
- Meget vigtigt at vi kan kommunikere direkte på skrift med egen læge om fælles patienter
Nogle gange også godt med tlf. kommunikation, men kan være svært i praksis med patient afbrydelse og travle ambulatorier
- Det er desværre lidt svært at håndtere via SP.
- Fungerer, mig bekendt ikke i RIS-PACS system.
- i vores ende forbedrer det ikke, men jeg tror det er af stor værdi i almen praksis.
problemet er at det skaber en del ekstraarbejde, som vi ikke har tid til

104. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

- Der er slet ikke nok tid til rådgivning af både praktiserende læger og deres patienter. Der er meget lille fokus på denne "rådgivningsfunktion" på hospitalet, så alle forespørgsler starter med en henvisning, da vi hverken har tid til telefon- eller mail rådgivning, hvilket ellers ville være givende, da der er mange gode samtaler med almen praksis om vores patienter. Man burde prioritere "hotlines" til og fra praksis om patienterne

105. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Langt de fleste henvendelser er relevante.
Vi får dog en del henvendelser som ligger udenfor vores område.
Mht rammer for rådgivningen er det såkaldt usynligt arbejde som varetages dagligt imellem alle andre opgaver
- Ofte spm om helt simple ting der kan findes beskrevet i pakkeforløb
- Når der endelig er tid til samtale, er det virkeligt givende for patientforløbene

106. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

Ingen skriftlige kommentarer.

107. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Ved reelt ikke hvad der sker efter pt er afsluttet
- Jeg arbejder kun ambulant og skriver derfor ikke epikriser.
Jeg ved at vores sekretær sender dagens notat til praktiserende læge, og det synes jeg er at sende "spam" - måske man kunne arbejde med en månedlig/halvårlig status til egen læge (jeg arbejder med kræftpatienter)
- Jeg synes det en god tanke. Jeg har dog ikke modtaget feedback på, opfølgning af gule epikriser.
- ved ikke om det virker for modtager?
- Jeg udfylder dem, men er ikke klar over hvordan det modtages i praksis.
- Jeg ved ikke hvordan det fungerer i praksis "på den anden side".
Men det føles godt at kunne hjælpe e.l. med at prioritere i epikriserne og har større tiltro til at en opfølgning finder sted når behov
- Jeg er glad for at kunne farvemarkeringer. Har aldrig fået feed back fra egen læge om det rent faktisk bliver fulgt op. Det er sjældent nødvendigt at bede de praktiserende læger selv tage fat i patienten.
- det fungerer fint i hospitalsenden, men jeg ved ikke hvordan det fungerer for lægerne i almen praksis

108. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Der er brug for dialog med PLO om hvordan vi kan samarbejde om at tage de rigtige prøver på de rigtige patienter, så vi bruger ressourcerne bedst muligt = vælg klogt.
- En styrke kan være besøg og følge med en dag som en kursusdag

- Specialespecifikke visitationsskabeloner som ved henvisning til MR. Dette vil understøtte henvisende læge i at svare på relevante spørgsmål og understøtte visiterende læge i at ekstrahere relevant information hurtigt.
- I afdeling for patologi har vi intet samarbejde med almen praksis. Vi varetager ikke opgaver for almen praksis og har derfor ikke behov for formaliseret samarbejde. Jeg har ikke videregivet spørgeskemaet til lægerne i afdelingen da vi som nævnt ikke har noget samarbejde og skemaet derfor ikke er relevant for os/ kan bidrage til undersøgelsen
- Jeg er tvivl om alle epikriser fra de ambulante læses af egen læge. Generelt skriver jeg i epikrisen, hvis der er noget der skal følges op hos egen læge, men er det evt bedre at skrive en korrespondance?
- Jeg tror det er svært for almen praksis, at få kontakt til de enkelte læger på hospitals afdelingen, da læger som f.eks er angivet som epikrise udskriver, muligvis ikke kender patienten fra andre dage, en den dag de udskrev patienten, hvorfor det kan være svært at opbygge længerevarende samarbejde som egen læge kan ønske.
- Fælles journal system vil være en kæmpe forbedring
- Akut/bagom numre virker rigtig godt, når det er vigtig information hvor der skal sikres modtager her og nu.
- Jeg arbejder i en kræftafdeling, hvor man ikke varetager udredning af kræft. Vi skal først have patienten henvist når udredningen er færdig. Min korrespondance med egen læge er primært under den palliative fase af sygdomsforløbet.
- Jeg varetager en specialistfunktion hvor jeg ikke får henvisninger direkte fra almen praksis (eller meget sjældent). Desværre har mine patienter tit ikke så god kontakt til egen læge. De patientforløb hvor der er god kontakt til egen læge er typisk meget nemmere og mere tilfredsstillende. Jeg ved ikke om jeg kan gøre andet end at opfordre patienten til at tage kontakt til egen læge?
- Kunne være værdifuldt med mere dialog / feedback fra praksis på epikrise-kvalitet, ønsker til samarbejde og lign
- får nogle gange henvisning hvor teksten er kopi af flere konsultationsnotater ved egen læge - dette er svært at få overblik over . rart hvis egen læge vil skrive en fokuseret henvisning
- Gerne mere samarbejde og kommunikation.
- Bedre vejledning til alm praksis.
Mere tid til de praktiserende læger så de ikke bare sender bolden videre og ikke bare bruger klippe klister fra deres egne continuationer og har tid til at lave ordentlig indledende udredning. Flere standard svar med anvisninger indenfor de forskellige subspecialer ex iskæmi, hjertesvigt etc.
- Jeg savner en mulighed for at sende en besked i relation til en accepteret henvisning. Vi har 10 måneders ventetid på udredning i Lipidklinikken, hvorfor opstart af behandling via egen læge kan være relevant i mellemtiden.
- Der har i al den tid jeg har været i radiologien, altid været udfordringer med kvaliteten af henvisninger, men det er IKKE mit indtryk at kvaliteten fra almen praksis er dårligere end det vi også modtager internt fra hospitalet.
Copy/past henvisninger af længere journal-notater med lange medicin lister er IKKE gode henvisninger til radiologiske undersøgelser.
- samarbejdet med praksis koordinatoren er super godt.
det fungerer fint med at almen praksis kan ringe ind
- åben telefonlinie til praktiserende henvisende læge

12.2.5 Nordsjællands Hospital

109. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- Indimellem bare en lang udskrift af alle kontakter hos lægen som henvisning
- der er enkelte praktiserende læger der ikke kan finde ud af følge vejledningerne
- Generelt er henvisningerne relevante
- ofte er henvisninger meget lange men uden info om performance status, det er vigtig info for om det overhovedet er relevant at gå videre hvis en patient f.eks er for dårlig til at kunne udrense til en koloskopi da vil det evt find næppe være relevant da patienten så også vil være for dårlig til operation/kemo... i

- Det er desværre ofte således, at det blot er kopi af notater fra flere besøg. Meget svært, at få overblik - hvad er det bekymrende etc. Ofte henvises patienter uden de er undersøgt ordentligt i almen praksis. Henvises under en tilfældig diagnose. En kort præcis anamnese vigtig.
- mange henvisninger er fine, men fmk skal opdateres, tolkebehov angivet, kort og præcis og ikke uddrag af journal
- Flere sender henvisninger mhp undersøgelser som de ikke kan bestille - bliver sure når henvisningen afvises
- Alt for ofte bærer henvisninger præg af at være lavet som sparke til hjørne i stedet for at tage ansvar for indledende udredning.
- generelt fine henvisninger
- Manglende struktur og ofte bare copy/paste fra journalen. Savner korte, præcise vel opbyggede henvisninger med en tydelig besked
- manglende info om vandladningsmønster og brug af NSAID
- Mangler tit information om komorbiditet

110. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- Vi giver handlingsanvisende feedback ved afvisning (max 10%)
- Generelt er de almen praktiserende behagelige at samarbejde med og lydhøre. Kommunikationen foregår bedst, når den sker telefonisk
- De praktiserende læge der er opdateret på behandling og vejledninger bidrager til gode patientforløb
- Dialogen via korrespondance meddelelser efter en handlingsanvisende tilbagevisning
- For det meste relevant oplysninger og fornuftige diagnoseforslag
- At praktiserende læger har bagvagtens direkte tlf.nr. og benytter det, når i tvivl om en patient. Mindre risiko for at spilde en patients tid med at møde ambulant, hvis ikke indiceret
- Der er altid en slags indikation. Mange henvisninger er grundige og tilstrækkelige.
- ofte mange relevante informationer og ofte gode oplæg
- i fleste tilfælde er der gode indikationer med tilstrækkelige anamnese og forslag til differentiale diagnose
- Vi afviser flere og det skaber irritation hos praksis.
- mange er korte og præcise.
man kan bede om ekstra oplysninger.
- meget lidt samarbejde
- Når de er grundige og fagligt velovervejede
- Når de relevante oplysninger og en tentativ diagnose er oplyst. Når egen læge ved hvilke undersøgelser de må henvise til. Når man taler i telefon med den henvisende læge eller klinik.
- At der sendes henvisninger i forbindelse med den akutte indl. er værdifuldt i forhold til visitation af pt. til rette afdeling. Når der er lavet relevante forundersøgelser med svar i henvisningen og beskrevet hvilke tiltag, der allerede er gjort.
- Når det er gjort ordentligt, og man har talt med patienten inden
- Brug af telefonisk rådgivning som nogle gange erstatter en henvisning eller kvalificerer den
- De fleste henvisninger til pakkeforløb er i orden men der er stadig store mangler
Heldigvis er samarbejdet fint når man tager kontakt og vi får vendt problemstilling, men det er tidskrævende og burde ikke være nødvendigt.
- De korte, klare henvisninger.
Når vi ringer sammen - dvs. i praksis fra egen læge til hospitalet.
- Hvis der er uenighed om tilbagevisninger, er det muligt for praktiserende læger at kontakte telefonisk ved tvivl.
- vi får mange gode og relevante henvisninger

111. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det kan være svært at give en handlingsanvisende afvisning, da vi ikke har set patienten. Nogle praktiserende læger sætter sig ikke ind i, hvorfor vi anviser, selv om vi skriver, hvor de kan få oplysningerne (som f.eks. på sundhed.dk)

- det er trist at man har valgt modellen med korrespondance meddelelse istedet for enstreget brug af henvisning og afvisning.
Det bliver svært at reducere brugen af hospitaler med 30% hvis ikke der kan være strenge afvisning
- får ingen tilbagemeldinger på det.
- Nogle gensender bare henvisningen uden yderligere oplysninger. Andre bliver sure når vi afviser. Mange sender dog relevante henvisninger og forstår hvilke oplysninger vi skal bruge.
- Det giver praktiserende læger nogle redskaber til at komme videre med pt.forløb, så de ikke løber sur i det. Mere konstruktivt.
- Man har ikke taget SP og dets manglende funktioner med i ligningen.
Når man afviser en henvisning er forløbet afbrudt og man kan ikke bare aktivere den med nye oplysninger. det kræver en ny henvisning.
KÆMPE fejl at man ikke har taget dette i betragtning før der blev lavet en generisk tekst omkring afvisninger
- Vi har gjort dette i årevis i endokrinologien, så ingen ændringer her.
- Min fornemmelse er at det tit bliver et irritationsmoment for almen praksis når henvisninger bliver afvist med begrundelse i manglende oplysninger (trods det er skrevet hvilke oplysninger der mangler)

112. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det fungerer ikke optimalt at vi arbejder i 2 forskellige systemer
- Det ville jo være optimalt, at vi fik sat tid af til at visitere og kommunikere med praksis.
- Problemerne løses ikke ved at hospitals-læger og praksislæger skiftes til at fylde deres mail-bakker op med forespørgsler.
Direkte telefon-nummer fra den henvisende læge i henvisningen vil gøre det muligt at ringe direkte og få svar på spørgsmål.
- Det er alt for tidskrævende og ikke anvendeligt i en travl dagligdag på afdelingen. Vi har ikke personale afsat til at sidde og varetage korrespondancer med praktiserende læger, så det er opgaver der skal klares ad hoc og det er ikke optimalt.

113. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

- Jeg mener at have kompetancer, men rammerne er der ikke. Der er ikke afsat tid til visitation eller, at svare de praktiserende læger. Det er noget som sker midt i stuegang eller vagt arbejde.

114. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- deres spørgsmål er relevante og hjælper pt. for eksempel angående vurdering af et billede mhp. pt. erstatning.
- Har kun positive oplevelser når jeg ringer og taler med henvisende læge, det er dog meget tidskrævende. Opfordrer praksis til at ringe til os hvis de har spørgsmål, og har gode dialoger omkring patienternes forløb.
- Generelt er der til tider et ret lavt fagligt niveau, når der spørges ind til forskellige faglige problemstillinger. Det er meget lavere end bare for 5-10 år siden. Nogle gange har den praktiserende læge ikke selv haft arbejdserfaring i specialet, og har ikke selv som uddannelseslæge stiftet bekendtskab med selv helt almindelige problemstillinger i en patientgruppe. Ofte bliver man ringet op af uddannelseslæger, der ikke har ulejlighet sig med at prøve at finde en løsning sammen med egen speciallæge i praksis. Det er blevet for nemt lige at ringe og ulejlige hospitalets speciallæge uden at man selv har prøvet at finde gode løsninger for pt. i praksis. Henvendelserne bærer også præg af stor usikkerhed og bekymring/ frygt for at tage ansvar for faglige beslutninger, så mange opkald er lige for en sikkerheds skyld og for at få en speciallæge med på råd om hvad der er helt almindelige lægefaglige beslutninger. Desuden er der helt utrolig mange henvendelser om de elektroniske EKG beskrivelser, der afholder lægen, fra selv at se på EKG'et og fremkalder helt unødvendig usikkerhed.

- Har oplevet flere praktiserende læger der angiver at de ikke har tid til at lave de indledende undersøgelser/blodprøver inden de henviser i pakkeforløb

115. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

Ingen skriftlige kommentarer.

116. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Jeg ved ikke om pt. selv kan kontakte egen læge - jeg taler ofte med dem én gang.
- det må være de prak. læger, der kan svare på det
- Aner det ikke. Jeg ved jo ikke, om der bliver fulgt op, eller om AP-lægerne bruger det. Hele systemet er bygget med vandtætte skodder mellem instanserne.

117. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Jeg har et glimrende samarbejde med vores praksiskoordinator i KAPH, men vedkommendes impact i forhold til forandringer i praksis er meget lille
- Det kunne være rart at praksis kunne samarbejde som en samlet gruppe, f.eks. ved uddannelse, sparring, overlevering af opgaver, fællesskab omkring forløb og palliation
- Husk at medsende EKG
- Gode præcise henvisninger.
Skriv gerne hvis pt henvises fordi samarbejdet er i hård knude el lign. Eller så risikerer vi jo at afvise.
- ikke alle synes at have læst forløbsbeskrivelserne, ex UL inden henvisning ved galdesten
- Ind imellem har jeg indtryk af at der henvises grundet manglende faglig viden, der vil det være rart at der istedet sendes en korrespondance/ringes med et spørgsmål, så pt ikke blot henvises helt irrelevant
- Korrekt og omhyggelig udfyldning af henvisninger, med de påkrævede undersøgelser udførte og tilgængelige. At der er konfereret i eget hus, før der ringes eksternt. At e.l. bliver bedre til at tage ansvar for undersøgelser og sørge for at undgå defensiv medicin.
- jeg mangler nok kendskab til præcis hvordan almen praksis fungerer og hvilke krav de er underlagt, men jeg bliver træt af brok over manglende tid til at lave de rigtige forundersøgelser /prøver når pt fortæller at lægen kun havde 10 minutter og ikke ville bruge mere tid. tænker det er den praktiserende læge selv der booker på 10 minutters tidsslots
- Styrke specialistrådgivning.
Udbygge samarbejdet med månedlige møder online.
Mulighed for nemmere at kontakte praksis.
- Der mangler tit en hotline telefon til praksis, det bør altid være muligt at komme hurtigt i kontakt med praksis
- Ofte er der i henvisningen vedr galdesten henvist til en bedside UL lavet af en kliniker og ikke en UL lavet på radiologisk afd
- Generelt er der tendens til, at de helt basale undersøgelser rtg. thorax, gennemgang af KRAM faktorer mm. ajourføring af medicin ikke er gjort før henvisning.
- Det er en fejl at man har besluttet at almen medicinere ikke skal have uddannelse på gaskir fremadrettet.

12.2.6 Region Hovedstadens Psykiatri

118. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- Modtager ikke henvisninger fra egen læge på dette afsnit.
- Jeg synes generelt henv er gode
- Intet. jeg synes henvisningerne er gode.

- Jeg har ikke en arbejdsfunktion som visiterer henvisninger fra almen praksis, eller ser nye patienter henvist fra almen praksis, så jeg kan ikke svare på spørgsmålet
- Modtager hyppigst ikke henvisninger direkte fra egen læge da jeg sidder i et specialiseret psykoseteam, ptt visiteres hyppigst centralt (CVD)
- samtykke
- At man kopierer egne journalnotater ind og lader os gætte os frem til, hvad aktuelle problemstillinger er i stedet for at skrive et relevant resume
- Mangler misbrugsstatus
- Manglende samtykke til henvisning
- Henvisninger udgøres for ofte af et antal af praktiserende de læges egne journalnotater og bliver dermed ufokuseret.
- Nogle henvisninger er alt for korte og med mangelfulde oplysninger om aktuelle tilstand. Andre (mange) er alt for lange og ufokuserede og basalt set blot kopi af lægens egne seneste notater i en rodet sammenhæng uden samlet fremstilling og hvor man skal læse vældig meget tekst med spredt info
- Oplever kun at det ville være optimalt hvis vi brugte samme IT system eller at undersøgelses resultater fra e.l. såsom EKG var synlige så pt. ikke skal have taget unødigt ekstra EKG
- pt er nogle gange stillet for meget i udsigt
- Manglende beskrivelse af begrundelse for regionsfkt kriterier

119. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- Nemt at behandle i SP
- Ofte lader e.l. til at kende pt godt
- ?
- Forbløffende mange gange har egen læge ramt hovedet på sømmet i ft. diagnose. Når pt. så kommer forbi CVD bliver det kliniske billede desværre helt plumret.
- egen læge kontakter ind i mellem psykiatrisk ambulatorium og drøfter om henvisning er relevant, hvilket giver god mening, både når det gælder en patient som skal henvises men også der hvor alt tidligere er forsøgt, og der drøftes anden løsning
- Synes generelt AP læger gør sig gode overvejelser og prøver en del inden henvisning
- Der er overordnet tale om korte, relevante henvisninger med brugbar og sufficient information om pt.'s situation.
- Jeg har ikke en arbejdsfunktion som arbejder med henvisninger fra almen praksis, så kan ikke svare
- kopi af mit forrige svar
- når vi skriver sammen eller ringer sammen. det ville styrke samarbejdet hvis det var nemmere at svare på henvendelser fra praktiserende læger i SP
- Den korrespondance der kan være undervejs i henvisningsproceduren. Der kan afklares brugbare handlinger begge veje.
- De fleste henvisninger er relevante. Det fungerer særligt godt når henvisningen laves efter telefonisk drøftelse med praktiserende læge (hotline).
- Alle de tilstrækkeligt gode henvisninger. Vilje til supplerende oplysninger, når vi anmoder om dette
- Godt når de praktiserende læger bruger muligheden for at ringe til vores rådgivningstlf. når i tvivl inden de sender en henvisning - dette er tidsbesparende for begge parter.
Godt samarbejde med praksiskoordinator
Nogle gange skriver eller ringer vi til egen læge mhp uddybning af henvisning - og de fleste opfatter dette positivt. Dog har vi ikke altid tid til dette - og så sender vi henvisningen retur mhp uddybning, hvilket ikke altid tages så pænt.
- Generelt fyldestgørende
- generelt fungerer det ok, men ind imellem er det mere lægens behov at henvise end patientens ønske
- Det fungerer generelt godt
- Det meste

120. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det lyder ellers fornuftigt!

- Det er ikke implementeret.
- I psykiatrien gøres dette via CVD
- Kommunikation sker med CVI og ikke direkte med praktiserende læger.
- Vi har længe (også før min tid på posten) haft en praksis om at angive andre handlemuligheder når vi afviser - og jeg har derfor ikke erfaring med om det har forbedret noget. Og det kan også være svært at vide hvordan de praktiserende læger oplever dette - da vi i tilfælde af afvisning typisk kun hører fra dem som ikke er tilfredse. Men generelt er muligheden for ekstern kommunikation med e.l. fra SP god og velfungerende

121. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det var jeg ikke opmærksom på at man kunne
- Se forrige kommentar
- Varetager det i alle tilfælde ikke endnu.

122. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

- Mere tid

123. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Rådgivning i forbindelse med at varetage bagvagt på hospital.
- ville gerne stå mere tilrådhed

124. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

Ingen skriftlige kommentarer.

125. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Jeg ved jo ikke, om AP reagerer svarende til den valgte farvemarkering.
- Især efter at det blev tilladt også at sende gul epikrise fra ambulatorium. Her supplerer vi altid med samtidig opringning til egen læge

126. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- At de praktiserende læger følger retningslinjerne for 'den gode henvisning' hver gang.
- praktiserende læger udnytter vores kortere ventetid end praktiserende psykiatere til at henvise for mange pt, som kunne klares hos praktiserende men ikke kan afvente en tid
- vurdering og us af patienter mhp tvangsindlæggelse på helbredsindikation er en udfordring. Flere praksislæger mener at det er lægen i psyk.amb som skal gøre det selv. Også selvom vi tilbyder rådgivning, at kontaktperson vil deltage el.lign
- der er stor forskel på de enkelte læger, nogle er meget nemme at samarbejde med, andre er mindre.
- Arbejder med unge med psykose, hvor der ikke så hyppigt er behov for kontakt med egen læge. Oplever den er god når den er der, fx ift. samarbejde omkring anden somatisk udredning, tvangsindlæggelser mm.
- 'der kan særligt være udfordringer med tvangsindlæggelser på gule papirer hvor egen læge ikke vil udføre vurderingen.
- Der sendes ofte henvisninger grundet lang ventetid på privat psykiater, hvilket ikke i sig selv er en grund til at henvise.

- Hvis der er én praksis i klyngen der afviger fra de andre, fortolker samarbejdet markant anderledes, så kan det være svært at komme videre med de problemer og cases der kontinuerligt dukker op. Så bliver det work around og føles umuligt at komme videre.
- Øget fokus på direkte kommunikation imellem hospital og praksis. Mange benytter sig ikke af Hotline (eller kender til det).
- Der henvises ofte pt uden at der er foretaget relevant somatisk udredning incl blodprøver
- Vi oplever generelt meget svingende kvalitet og interesse for vores patienttype. Nogle prakt.læger er meget omhyggelige og professionelle i forhold til patienten og forstående i forhold til snitfladen til os. Mens andre virker som om de helst vil slippe for patienten hurtigst muligt og henviser efter en enkelt konsultation i almen praksis uden at lære patienten at kende
- vi er meget glad for vores praksiskoordinator, som vi har tit dialog med i speciallægegruppen
- Jeg samarbejder med praksiskonsulent og dette er meget givende for udviklingen af samarbejdet på hele centret
- der er lang ventetid på praktiserende psykiater og ind imellem kunne pt sagtens behandles der (eller hos egen læge)
- -
- Mere fleksible overgang til almen praksis, både af patienter som er over 18 år, men også meget gerne patienter som er stabile under det 18. år.

12.2.7 Rigshospitalet

127. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

- Oplever ofte at praktiserende læge ikke har talt med pt om hvad det er de henvises for, formålet.
- Video og/eller email konsultation som baggrund for henvisning
- Ofte mindre tilstrækkelig behandlingsindikation
- Vi får ikke nogen henvisninger fra allm. praksis da 99% kommer fra privat praktiserende ØNH læger eller andre afdelinger.
- Det sker, at der er oplysninger, som for mig ville være vigtige i henvisningen, men som jeg for så vidt godt kan forstå, at man ikke tænker på at skrive med fra praksis
- objektiv undersøgelse -der ses henvisninger der er kopi af Email konsultation
- Fremsendelse af prøver
- Nogle gange en mere klar årsag til, hvorfor pt er henvist. Ikke sjældent består henvisningsteksten af kopi af egen læges journal.
- Jeg ser aldrig henvisningerne så jeg kan egentlig ikke svare
- Man bruger ofte kopier af epikriser fra speciallæge eller anden afdeling hvor der til sidste er anvist at man kunne henvise men er ofte utilstrækkeligt og ikke uddybende
- Jeg synes generelt henvisninger fra almen praksis er fine (jeg visiterer ikke i ambulatorie), dog oplever jeg også henvisninger, hvor man har kopieret seneste notat fra praksis uden yderligere forklaring af problemstillingen, eller tidligere udredning/behandling. Ofte er pt dog henvist til relevant speciale ift. udredning. Jeg oplever også ofte manglende information om eks. Tidl. behandling (Præparater, doser, grund til seponering), som patienten ofte ikke selv husker. Desuden oplever jeg ikke sjældent at der figurere ikke aktuel medicin i FMK ved henvisning. Jeg sidder i et speciale med mange kroniske pt en del af disse med påvirket kognition. Hos udvalgte patienter kunne det være rart at den læge der kender patienten bedst knytter en kort kommentar til de sociale forhold (enkelte gør dette). Det ikke er alle patienter der er lige gode til at angive dette (særligt hvis de møder op alene)
- Der kan være noget ifht pt som skal opioidudtrappes. Men det er ikke kun praksislægens ansvar. Jeg tror også, at det er noget med visitationsreglerne.
- jeg har ingen klager
- kvaliteten af henvisninger fra prakt. læger er generelt meget lav
- ingen kommentarer
- Efterlyser fokuseret og relevant information i henvisninger. Nogle læger sender kopi af hele notater fra flere besøg i praksis som intet har med aktuelle at gøre. Ved forhøjet plasma kreatinin eller forhøjet UACR, vil det ofte være relevant at gentage prøver inden henvisning

til specialafdeling. Dette gøres langt fra altid. Svært at finde telefonnr til egen læge (til hurtig adgang, da vi ikke har tid til at sidde i telefonkø til klinikken).

- Får meget få patienter henvist fra almen praksis
- Mange henvisninger der blot er en videresendelse fra hjerneskadekoordinator uden at egen læge har taget stilling til eventuelle problemer eller beskrevet disse i henvisningen.
- tolkebehov
- manglende vækst mål ved henvisninger om dårlig trivsel hos et barn
- Mange patienter med oplagt spændingshovedpine henvises i kræftpakkeforløb
- pts ønske i udredning og funktionsniveau
- Patientens telefonnummer
- Mange gode og relevante henvisninger. Men nogle består blot af de sidste journalnotater og/eller diverse epikriser uredigeret fra speciallæger/indlæggelser. Journalnotater er oftest for indforståede og mangler relevante forhold om tidligere problemstillinger
- Sidder som HU læge ikke med mange henvisninger på skrift, men som mellemvagt mange telefonopkald. Og synes ofte der mangler basale objektive undersøgelser, som visus, motilitet med mere inden opkald. Samt bliver tit mødt med frustration over at bede om disse undersøgelser før jeg går videre i min visitation - dette ofte grundet AP lægers tidspress med mange patienter.
- Mange henvisninger er rigtig gode men nogle er mangelfulde
- fyldt med kopier af gamle notater, støj og andet uvæsentligt
- Manglende ajourføring af FMK
- der kan optræde fejlhenvist til RH som er højt specialiseret
- kopi af praksislæge's notat sendes med forkortelser mm og er ugennemskueligt
- Sparsom information, utilfredsstillende anamnese med mangler
- Det er meget sjældent at vi får henvendelser fra praktiserende læger. Vi kommunikerer ofte med praktiserende speciallæger, og det samarbejde fungerer fint.
- diagnosen er ofte forkert, Andre sender kopi af HELE jrn
- Ofte bare en copy-paste af de seneste notater eller hele børneundersøgelser, hvor grunden til henvisningen kan være svært at finde
- Vi får alt for ofte blot en kopi af barnets fulde børneundersøgelse. Det er ofte svært at læse hvad den kardielle problemstilling er og hvis der er henvist med en mislyd savnes ofte en beskrivelse af karakteren heraf + /- om der er symptomer
- Generelt er henvisninger blevet markant bedre over årene. Et problem er dog, at enkelte praktiserende læger tilsyneladende stadig ser det som "en dyd" at anvende "hjemmelavede" forkortelser eller ikke beskriver anamnese/fund men blot henholder sig til henvisningsdiagnose.

128. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- Synes ofte egen læge har gjort sig overvejelser og talt med pt og pårørende. Gode observationer.
- Biopsier på patienter henvist med hudkræft
- Overvejende villighed til gode henvisninger. En del er dog ikke optimale. NB - samtlige efterfølgende svar baseres på samarbejdet med praktiserende speciallæge og ikke almen speciallæge (da vi har organiseret os således at vi næsten udelukkende kun modtager patienter via den praktiserende speciallæge!)
- Ikke noget
- se forrige svar
- Vi afholder årlige møder med speciallægepraksis, hvor vi afstemmer ønsker til indholdet i en god henvisning, og der er altid en god dialog med gensidig respekt. Desværre er det oftest de grundigste læger, der møder op til disse møder, da de 'brodne kar' ikke møder op, og er svære at samarbejde med.
- Stor variation. Når der afvises med ønske om yderligere oplysninger og objektiv undersøgelse kommer dette i næste henvisning
- De fleste i AP er gode til at ringe til os og spørge inden de henviser, hvis de er tvivl. Derudover er de fleste henvisninger relevante og AP har gjort et arbejde for at indhente relevante oplysninger.

- Da jeg ikke visiterer indgående henvisninger, kan jeg ikke udtale mig om de der evt. afvises. Jeg oplever at mange af de henvisninger jeg ser fra alm. praksis indeholder kort relevant anamnese, spørgsmål der ønskes besvaret samt evt. tidligere forsøgt behandling. Det er mit indtryk at mange alm. praktiserende læger laver gode brugbare henvisninger.
- At vi har kort ventetid og de derfor er opdaterede
- Har en god dialog med praksiskonsulenten og lige så stille er henvisningerne blevet bedre end de var
- Det er efterhånden ved at blive alm. kendt, at henvisninger afvises uden relevant billeddiagnostik
- Min oplevelse af at der i langt de fleste tilfælde er udført et godt udredningsarbejde inden pt. bliver henvist, og der overvejes er god forståelse for, hvilke problemstillinger der kan ses af priv.prakt speciallæger og hvilke ptt der skal i hospitalsregi
- Det er en stor fordel, at vi kan se prøvesvar fra praksis, og at vi kan sende korrespondancebeskeder til praksis og modtage direkte svar herpå.
- At man kan kommunikere og bede om ekstra oplysninger
- Jævnligt ringer almen praksis ind for råd og vejledning inden henvisning sendes. Disse forløb fungerer ofte godt
- Flow af informatin gennem EPJ er god
- De fleste henvisninger drejer sig om en relevant neurologisk problemstilling
- Ikke noget
- Efter ændringer i aftaler om hvad henvisning skal indeholde er henvisninger blevet markant bedre
- Samarbejdet med praksiskoordinatoren.
- De fleste er gode til at sørge for, at der foreligger biopsi inden henvisning.
- der er typisk de vigtigste informationer, der er brug for
- Mange gode henvisninger, hvor e.l. har overvejet problemstillingen og sat i kontekst ift komorbiditet eller lignende.
- Der er mange der stadig laver god henvisning men desværre fortsat mange der er mangelfulde, upræcise og uklare hvad vi skal forholde os til.
- SP
- Det er bedst når der er en henvisning.
- De er på computer, således ikke svært ved at læse dem.
- Der er mange gode henvisninger men en del er mangelfulde.
- Når en patient henvises relevant med relevante oplysninger. Ingen kopier af stimer af gamle notater.
Mange henvises 'for en sikkerhedsskyld' i kræftpakke. Det forringer behandlingen for andre og vil føre til afvisning af sådanne henvisninger.
- Ved afvisning med begrundelse accepteres dette og tilpasses.
- Telefonisk kontakt mellem hospitalslægerne og egen læge.
Epikriserne fungerer ligeledes også godt.
- Jeg oplever ikke at samarbejdet fungerer rigtigt godt, men at det fungerer på et middel niveau
- Intet
- Det fungerer godt, hvis den praktiserende læge med egne ord laver en klar og kort problem fremstilling. Det fungerer dårligt når den praktiserende læge fremsender kopi af praksis journalen over længere tid, eller hvis den praktiserende læge fremsender hele kopier af lang røntgen beskrivelser.
- Jeg synes langt de fleste henvisninger er gode og relevante og indeholder den relevante information.
- Der er ofte udført distal blodtryksmåling inden henvisning.
- hvis vi får en henvendelse, så prøver vi at løse problemet der måtte være.
- Når e.l. ringer og drøfter pt inden henvisning
- Bliver i det samlede bedt om relevante vurderinger og håndteret hensigtsmæssigt ved tidsfølsom sygdom
- De praktiserende læger henviser korrekt i rigtig mange tilfælde
- De fleste henvisninger opfylder forventningerne og stort set alle svarer hurtigt ved uddybende spørgsmål, som vi sender elektronisk.
- Nogle gange er der udførlige henvisninger for claudicatio pt. men oftest er de helt utilstrækkelige og der er blot sendt distalt BT måling ind.

129. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Men min oplevelse at generelt har det gjort henvisning betydeligt mere informerende og mere rammende.
- Ofte handles der ikke efter de retningslinjer som gives ved afviste henvisninger.
- NB - samtlige svar baseres på samarbejdet med praktiserende speciallæge og ikke almen speciallæge (da vi har organiseret os således at vi næsten udelukkende kun modtager patienter via den praktiserende speciallæge!)
- Vi giver en begrundelse men ved ikke hvordan den bliver modtaget
- Det er samme udfordring: De gode henvisere bliver bedre, men de dårlige henvisere 'orke' man nogle gange ikke at korrespondere med, så man ender med at godkende en utilstrækkelig henvisning.
- Jeg har ikke håndteret henvisninger før implementeringen
- Det som visiterende læge, at modtage supplerende oplysninger i en korrespondancemeddelelse, er besværligt i SP - da jeg så skal foranledige at patienten bliver oprettet på ny og derefter først kan godkende henvisningen.
For os er det nemmere at modtage en ny henvisning
- Jeg er ikke en del af visitationen, så er ikke med til at afvise eventuelle henvisninger.
- Arbejdsgangen vedr supplerende oplysninger kommer meget sjældent i spil men omvendt er den også dårligt understøttet i SP
- Denne procedure har været brugt i mange år i min afdeling
- Arbejdsgangen passer ikke ind i vore vanlige arbejdsgange.
- Men det er svært at vide med sikkerhed, da de kontakter der kommer i forbindelse med afviste henvisninger er opkald fra vrede/frustrerede prakt. læger.
- Bliver ofte opfattet som om vi er alt for glade for at afvise for afvisningens skyld
- Jeg oplever ikke at de praktiserende læger anvender korrespondancemeddelelserne
- Hvis man får en korrespondancemeddelelse kan man ikke se den oprindelige henvisning og man kan som visiterende læge ikke godkende den på ny. Derfor behøver jeg en ny henvisning for at kunne acceptere den. Alternativt skal man til at skrive bakseder til sekretærer på kryds og tværs
- Vi afviser med " afvist med manglende oplysninger", hvor vi skriver årsag til afvisning og anvisning i forhold hvad der mangler af oplysninger, undersøgelser, kontaktnummer mm. Henvisningen kan genfremsendes med de manglende oplysninger, hvor egen læge bare skal tilføje det der mangler og ikke skal skrive en ny henvisning. Det fungerer i følge almen praksis og de kan genfremsende uden yderligere ventetid og korrespondance notater. Det betyder at henvisningen er ude af vores hænder til de supplerende oplysninger og henvisning er fremsendt. Det betyder at man anvender henvisningsmodulet i stedet for også at inddrage korrespondance modulet.
- Oplever at vores anvisninger føles provokerende for almen praksis
- jeg oplever når vi afviser en sag, så dukker den op igen og så tager vi den, selv om problemet der førte til afvisningen ikke er løst
- Egentlig har det ikke ændret så meget, for vi gjorde det i forvejen - erfaringen har vist os, at de praktiserende læger har været glade for det, og der kommer færre tilbagemeldinger. De henvendelser, der så kommer, er typisk på patienter, hvor der er en særlig problemstilling, som ikke fremgik tydeligt af den oprindelige henvisning, men som jævnligt fører til revidering og accept.
- Vi prøver at forklare vores afvisning, og anbefale anden løsning.
- Jeg har ikke oplevet ændring i antal af afvisninger eller de praktiserende lægers respons over årene.
- Jeg har ikke hørt om denne arbejdsgang før nu. Jeg håndterer dagligt henvisninger. Vi afviser dog aldrig uden begrundelse og forslag til opfølgning, og får nogle gange supplerende tilbagemelding. Så umiddelbart fungerer det.

130. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Oplever ikke altid der kommer svar eller positiv respons. Desværre

- Der har indenfor specialer hvortil der er fri adgang uden henvisning fra almen praktiserende læger, problemer med at SP ikke altid kender til den henvisende praktiserende speciallæge NB - samtlige svar baseres på samarbejdet med praktiserende speciallæge og ikke almen speciallæge (da vi har organiseret os således at vi næsten udelukkende kun modtager patienter via den praktiserende speciallæge!)
- Jeg oplever, at praktiserende læger sender korrespondancemeddelelser til os, hvis de er i tvivl om, om en given pt skal henvises. Det fungerer fint. Jeg har ikke selv gjort brug af at sende korrespondancemeddelelser til egen læge.
- Har ikke haft brug for det, var ikke klar over, at denne funktion eksisterede.
- Vi modtager ikke henvisninger, men blot rekvireringer af analyser. Når de praktiserende bestiller forkerte analyser - dette forsøger vi ofte at samle op på, men så er det desværre meget svært at komme igennem til en relevant person.
- Korrespondancemeddelelser er ofte praktisk og en god form for kommunikation, men SP er opbygget på en sådan måde, at det faktisk er svært at svare afsenderen direkte. Det skal, så vidt jeg ved, gå over en sekretær.
- Jeg uddyber altid en afvisning med en anvisning, som sekretæren derefter sender som en korrespondancemeddelelse. Arbejdsgangen med at modtage en meddelelse fungerer dog ikke for mig
- Som tidligere svaret anvender vi ikke korrespondance meddelelser i visitationen med mindre egen læge kun vil bruge det, så svarer vi naturligvis og genåbner forløbet.
- jeg visiterer ikke, så jeg kan ikke sige om det afstedkommer at de rette oplysninger bliver præsenteret.
I virkeligheden fungerer samarbejdet bedre mellem os og almen praksis, der er lang større problemer når vores hospitals kollegaer henviser til os
- Det bruger vi ikke - jeg ved ikke om vi kan
- Vi bruger henvisningen til at anvise videre
- Det anvendes ikke.
Vi er desuden jo bundet af kræftpakker. Vi kan ikke have en henvisning liggende til EL får svaret på en kommentar.
- Det giver normalt god dialog mellem de to parter og en fælles forståelse af opgaven for begge. Vi samles om patienten.
Det er ikke samarbejdet med praktiserende læger der benytter korrespondancemeddelelser, som er problemet. Det er dem som ikke er til at få fat i.
- Føles ikke som en nem og hurtig mulighed via SP
- Jeg synes ikke at det har ændret samarbejdet, men fornemmelsen er, at beslutningerne bliver bedre.
- Da telefonisk kontakt ofte er besværligt eller umuligt pga begrænsede åbningstider, er det godt vi kan sende disse meddelelser.
Jeg får dog ikke altid svar og kan derfor ikke altid vide om beskeden er modtaget.
- Ofte bliver der svaret at den behandling/plan der foreslås ved afvisningen, ikke vil nytte, hvorfor vi bør acceptere henvisningen.

131. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

Ingen skriftlige kommentarer.

132. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Jeg oplever meget ofte gode overvejelser og der kommes i samarbejde frem til en god løsning
- NB - samtlige svar baseres på samarbejdet med praktiserende speciallæge og ikke almen speciallæge (da vi har organiseret os således at vi næsten udelukkende kun modtager patienter via den praktiserende speciallæge!)
- Jeg synes ofte, vi kan få afklaret meget over telefonen. Nogle gange skal patienten ikke henvises, men udredningsforløbet bliver mere smidigt af rådgivning. Andre gange skal patienten henvises, og så kan vi tale om, hvilke oplysninger vi gerne vil have med i henvisningen.

Hvis der er spørgsmål, jeg ikke kan svare på med det samme, kan jeg altid finde en kollega og ringe tilbage, og jeg synes, der er stor forståelse for dette hos praksis læger

- Det er ikke ofte at det er råd om ptt, der ellers ville blive henvist.
Nogle gange foreslår vi selv, at pt kan henvises, hvis det er relevant.
- Jeg oplever generelt, at prakt. læger ikke har så godt indblik i det speciale jeg er en del af.
- Når jeg rådgiver de praktiserende læger telefonisk har jeg nem mulighed for at få supplerende oplysninger, dels fra lægen, dels fra SP. Det gør at jeg har et godt overblik over patienten/problemstillingen, og at jeg kan rådgive udførligt - også når der ikke er behov for en henvisning, hvilket jeg så kan begrunde.
- Nogle gange kan man ikke rigtig kende det billede der er præsenteret telefonisk når der så modtages henvisning
- Man oplever mere en frustration/irritation over vi ikke bare kan se alle
- Jeg føler det skabes ved en god dialog mellem os.
- Oplever at mange bliver henviste alligevel, pga af stort krav fra patient og pårørende
- Flertallet af praktiserende læger spørger ikke, de sender blot henvisning.
- Ofte kan vi ved et hurtig opringning klare problemstillinger hurtigt og ofte enten hjælpe med hvad der skal stå i en henvisning eller hvorfor der ikke er behov for henvisning
- som sagt, er det meget sjældent at vi kommunikerer med praktiserende læger
- Oftes spørges der til om der skal henvises, hvilket er fair nok, og kan svares ja/nej til ud fra visse kriterier.
Ved akutte ting ønskes der ofte at vi skal træffe beslutningen, men det er jo svært, da vi ikke står med patienten.
- Det er akutte telefonopkald til vagthavende bagvagt, som oftest ville kunne slås op i guidelines.

133. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

- Større faglighed.

134. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Er lidt usikker på om de kommer frem.
- Vedr korrespondancemeddelelser så korresponderes der ofte direkte pr tlf med speciallæger praktiserende speciallæger
- Har ikke hørt om dette før.
- Ikke relevant for mit speciale.
- I SP angives gul epikrise som "opfølgning bør ske inden for 14 dage. Patient kan ikke selv tage kontakt til praktiserende læge".
Jeg savner en mulighed for, en markering af at patienten ikke selv kan tage kontakt til praktiserende læge, men der ikke er noget presserende behov for opfølgning (eksempelvis opfølgning på blodtryk/kolesterol hos egen læge efter fire til seks uger) hos patienter der ikke har ressourcer/kognitive evner til at kontakte egen læge.
- Jeg ved ikke hvad det betyder for e.l.
- Meget simpel afkrydsning, som ikke altid giver mening i forhold til de højt specialiserede patienter, som vi behandler på RH.
- Får ikke feedback fra almen praksis
- Det er irriterende, at man skal udfylde tekstfelt hvis man vælger opfølgning hos egen læge - Det er jo beskrevet i epikrisen hvis der er brug for opfølgning hos egen læge, så hvorfor skal man skrive det igen i et nyt tekstfelt
- vi arbejder ikke med epikrisemodulet i ambulatoriet, da det var et ønske fra almen praksis. Hvis almen praksis skal følge op på noget - sender vi ud over notatet også et korrespondance notat til egen læge
- kender ikke noget til farvemarkering- eller mener du hvid grøn ..., i så fald er det ok- der er blot ikke farver på teksten, så hvis farverne er vigtige så brug dem ;-)
- Hjælper med at tydeliggøre behovet for opfølgning eller ej
- Jeg har aldrig udfyldt andet en hvid og grøn.
Jeg har ingen ide om de bruger det
- Vi kan ikke fra hospitalets side se om det fungerer - det kan almen praksis svare på

- Hvis farvemarkeringen bliver rød burde praktiserende læges nummer dukke op i stedet for man skal lede efter det.
- Hvad bruger de den til? Læser de kun de epikriser, der er røde eller gule?
Aktuelle "survey" - eller spørgeskema - understreger vel blot at bureaukratiet har vundet. Epikriserne bliver automatisk fyldt med alt muligt skrammel med blandt andet fremtidige planlagte møder og behandlinger helt uden relevans for aktuelle behandling og en alen lang medicin liste, som praksis læger nemmere kan se på FMK. Jeg bliver automatisk underskrevet med en titel, som jeg ikke har og uden angivelse af charge.
Jeg er fuld af forståelse for hvis de praktiserende læger har en stedmoderlig tilgang til epikrise håndtering.
- Jeg kan ikke kontrollere om anbefalingerne bliver fulgt
- Jeg bliver usikker på om hvordan/i hvilket omfang AP rent faktisk har mulighed for at lave opfølgninger ved gul eller rød epikrise. Jeg har 2 gange oplevet at der ikke er handlet på rød epikrise overhovedet.
- Har brugt gul måske 2gange i min karriere og aldrig sendt en rød
- Aldrig relevant for vores vores patient-gruppe (børn) så mere nogle ekstra klik.
- Det fungerer som en fin påmindelse om, hvornår det vil være hensigtsmæssigt at pt. bliver set igen. Godt at sætte en tidsramme for dette.

135. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Er generelt ret tilfredse med vores kollegaer i speciallægepraksis. Afholder flere årlige møder med dem.
- I gamle dage havde vi en praksiskoordinator, det er som om det er sparet helt væk. Kunne godt ønske mig mere samarbejde med almen praksis
- Mit udgangspunkt er primært et samarbejde med speciallægepraksis, der henviser til os. Der er så mange situationer, hvor samarbejdet er forbilledligt, men de 'brodne kar' fylder for meget. Jeg håber, at man fremadrettet kan sætte målrettet ind overfor den sidstnævnte gruppe.
I forhold til samarbejdet med almen praksis foregår det stort set kun via patienternes overleveringer. Vi har alt for lidt direkte kontakt med almen praksis, da der er et mellemlid (ØNH-speciallægepraksis) mellem dem og os på hospitalet.
- Kunne være dejligt, hvis det var lettere at få fat i de praktiserende læger telefonisk, svært at finde et "bag-om"-nummer.
- Det er væsentligt, at vi kan give APerne klare henvisningskriterier og at disse bliver formidlet til APerne.
- Jeg har svaret "delvist enig" til forrige spørgsmål. Dette på baggrund af, at jeg arbejder i et speciale hvor der ofte er tale om billeddiagnostiske undersøgelser, så som det ikke er muligt at henvise til fra almen praksis.
Jeg synes generelt samarbejdet med alm. praksis, særligt telefonisk i min funktion, fungerer godt. Jeg taler oftest med kollegaer der er venlige og oplever en gensidig respekt for vores faglige styrker og ikke mindst svagheder hvis pt fejlvisiteres.
- Det ville være meget tidsbesparende for alle parter, ikke mindst patienterne, hvis alm. prakt. læger ville anvende den henvisningsformular, der ligger på hjemmesiden, og hvis link er indsat i afvisningsbrevene. På den måde, kan man undgå de mange afvisninger pga. mangelfuld anamnese.
- Se venligst tidligere kommentarer. Ingen yderligere
- Samarbejdet kunne udvides i kraft af vores funktion omkring tidlig hjemmeophold og tidlig hjemmebehandling.
- Mulighed for at bestille ct-scanninger fra almenpraksis før
Henvisning til Øjenafdelingen
- Der er en generel udfordring med manglende viden om tænde, kæber, smerter og traumer. Det er strukturelt problem der kræver ændring i uddannelse etc
- Almen praksis har behov for mere viden om hvilken opgave vi kan løse i ambulatoriet og også hvad vi ikke kan løse.
- Vi behandler børn og de billeddiagnostiske undersøgelser børnene har fået lavet fraset rtg. thorax oplever jeg ofte vi gentager, f.eks. UL
- Jeg oplever at egen læger henviser i desperation når de ikke ved hvad de skal gøre - hvilket ikke er en god grund. ofte må vi afvise og skrive til egen læge hvilke anbefalinger der er på

området, som de selv burde følge i stedet for at henvise. (ved godt at de har meget travlt ude i praksis, men det er ikke en god grund til at henvise "besværlige" patienter)

- mere fokus på at pt er i stand til at gennemføre udredning og om det får nogen behandlingsmæssig konsekvens
f.eks. Ældre demente plejehjemsboere
- pt. er ikke altid forsøgt tværfagligt beh. i almen praksis som beskrevet af sundhedsstyrelsen, pt. ved ofte ikke hvad de kan forvente af vores beh i tværfaglig smertecenter.
vi har ca 600 patientforløb årligt ud af en population på ca 1 mio borgere + borgere fra region Sjælland, så måske er der ikke noget at sige til at almen praksis ikke er så orienteret om vores tilbud :-)
- Generelt synes jeg det fungerer godt og vi har en god dialog. Specielt specialist-rådgivningen fungerer godt og er værdifuld
- Flere og måske bredere møder med praksis konsulent og evt flere praksislæger med fokuspunkter som f.eks. hotline, den gode henvisning, forløbsbeskrivelser. input for praksis til relevante punkter emner.
- Bedre samarbejde om forskning
- Det er mere ift mellemløbsfunktion på min afdeling, hvor AP læger kan ringe for rådgivning men også ønske at henvise ind til akut øjenafdelingen. Synes ofte der mangler basale objektive undersøgelser (visus monokulært eller motilitet), samt det ofte er fordi de ikke kan få fat i egen øjenlæge i området, men at AP lægen ikke tænker det er akut. Det er ofte egen læge der ringer rundt til øjenlægerne for at få tid, men det burde vel være patienterne. Flere steder oplever jeg dog, at AP lægerne siger at de private øjenlæger siger at det skal være de praktiserende læger der ringer - eller at patienterne på ingen måde kan få tid, hvis det er dem selv der ringer. Tænker ikke det er AP lægerne der skal bruge deres tid på at sidde i kø ved EØL, men tænker heller ikke vi som akut afdeling skal tage alle banale patienter. Denne problematik er hyppig, tidskrævende og frustrerende. Ofte siger vi/jeg blot, at de må ringe videre til 4-8 mere øjenlæger og få tid, og hvis de ikke får, så må de ringe igen - mange hører man ikke fra, da de endelig får en tid. Dog er det også frustrerende at der mangler basale objektive undersøgelser, og AP lægerne bliver ofte sure og frustreret over at skulle undersøge visus eller motilitet, og 'hvorfor vi ikke bare ser patienten' - dette nok som et udtryk for tidspresset for AP lægerne.
- Det vurderes oftere som to opdelt systemer end et samlet for patientens skyld.
Man fornemmer en travlhed og uddelegering hos praktiserende læge, der ikke er til pts bedste
- Jeg arbejder mest med speciallægepraksis og mange af spørgsmålene i spørgeskemaet er derfor lidt svært at svare på - i risikerer måske misvisende svar for man kan tolke spørgeskemaet derhen at det så må være speciallægepraksis man svarer ud fra.
- Vi har en fælles opgave i at opdatere FMK ved vores kontakt til patienterne. Det gælder både almen praksis og hospitalerne. Den opgave mangler jeg lidt fokus på fra almen praksis.
- Almen praksis rustes bedre til at håndtere patienter med krav om henvisning til hospital
- Ja der er et kæmpe problem med fornyelse af recepter som udskrives til varig behandling, og det er magnyl til statiner mm. Der mangler klarhed om hvem har hvilken opgave.
- Patienter ringer ofte grundet almen praksis ikke vil forny deres livslange medicin. Bedre samarbejde omkring at de varetager fornyelse af livslang medicin efter udskrivelse.
- Afskaf sundhedsplatformen og køb et system, som er designet til det danske sundhedsvæsen.
- Jeg synes det ville være godt hvis vi kunne få at bagom nummer til de forskellige læger i almen praksis, som man kan ringe til i den enkelte praksis' åbningstider.
- Der mangler ofte en UL af leveren evt + samtidig måling af leverstivhed.
- Generelt er det rart når der står én sætning om hvilke symptomer patienten oplever - det er svært at vide hvad man skal forvente ud fra tallene fra en undersøgelse som eneste information
- Vi har problemer med at AP ikke vil fortsætte med at udskrive recepter på medicin iværksat fra afdelingen - selv alm. sekundær vaskulær profylakse (ASA+statin)
- Måske nogle møder/temadage med sparring/undervisning.
- Generelt fungerer det godt.

12.2.8 Steno Diabetes Center

136. Hvad oplever du udfordrer samarbejdet omkring henvisninger? Vælg gerne flere svar OG uddyb i fritekstfeltet. - Andet, uddyb venligst:

Ingen skriftlige kommentarer.

137. Hvad oplever du fungerer særligt godt i samarbejdet omkring henvisninger?

- At vi i tilfælde af afvisninger uddyber, hvorfor dette sker og opfordrer til at kontakte os med henblik på uddybning. Dette sker og så når vi som regel en god løsning. Mange praksislæger kontakter vores rådgivningstelefon inden henvisning, og det gør, vi ofte får lagt en god plan (som både kan inkludere at vi tager patienten til forløb hos os - eller får lagt en plan uden henvisning)

138. I hvilken grad oplever du, at arbejdsgangen omkring handlingsanvisende afviste henvisninger har forbedret samarbejdet med de praktiserende læger om et godt patientforløb? Uddyb gerne dit svar herunder:

Ingen skriftlige kommentarer.

139. I hvilken grad oplever du, at samarbejdet med de praktiserende læger forbedres ved, at du kan modtage og efterspørge supplerende information via korrespondancemeddelelser? Uddyb gerne dit svar herunder:

- Vi mangler fuld implementering af korrespondancemeddelelser
- tager tid
- Bruger det stort set aldrig, men vores sygeplejersker er jo i tæt kontakt med kommunen vha korrespondancemeddelelser

140. Du har angivet, at du er uenig i, at du har de rette rammer og kompetencer for at kunne yde rådgivning. Hvad kan ændres for, at du opnår de rette rammer og kompetencer?

Ingen skriftlige kommentarer.

141. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Når jeg rådgiver de praktiserende læger, oplever jeg, at spørgsmålene fra almen praksis styrker samarbejdet om patienter og forebygger unødige henvisninger. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Især omkring plejehjemsbeboere giver det god mening at spare patienten for et ambulant forløb grundet overskuelig restlevetid

142. Du har angivet, at du ikke er tilfreds med kvaliteten af korrespondancemeddelelserne. Hvad kan med fordel ændres, så du bliver tilfreds?

Ingen skriftlige kommentarer.

143. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn: Jeg oplever generelt, at systemet med farvemarkering af epikriser fungerer godt. Uddyb gerne dit svar herunder:

- Det er ikke helt så relevant når det gælder ambulante epikriser
- Vores epikriser er altid grønne, da vi afslutter fra et kronikerforløb

144. Afslutningsvist, har du yderligere kommentarer til dit samarbejde med almen praksis, f.eks. hvordan samarbejdet kan styrkes, så kan du angive dem her:

- Vi har vist nok en praksiskonsulent, men har aldrig set vedkommende