

# HENVISNINGER

## fra almen praksis til kommunal forebyggelse og rehabilitering:

praktiserende lægers perspektiver på barrierer og fremmende faktorer

*Rapporten er udarbejdet  
for Sundhedsstyrelsen*



**FORSKNINGSENHEDEN  
FOR ALMEN PRAKSIS**  
Århus og København

# Kolofon

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rapport</b>       | Henvisninger fra almen praksis til kommunal forebyggelse og rehabilitering: praktiserende lægers perspektiver på barrierer og fremmende faktorer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Udarbejdet af</b> | <p>Anna Mygind, cand.scient.san.publ., ph.d., seniorforsker,<br/>Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus</p> <p>Gritt Overbeck, cand.mag., ph.d., seniorforsker,<br/>Forskningsenheden for Almen Praksis, København</p> <p>Ida Hestbjerg, cand.scient.anth., forskningsassistent,<br/>Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus</p> <p>Linnea Waade Biermann, cand.scient.soc., forsknings-<br/>assistent, Forskningsenheden for Almen Praksis, København</p> <p>Amanda Paust, cand.scient.san.publ., postdoc,<br/>Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus</p> <p>Emilie Helene Mørup Hvalstad, cand.med., forsknings-<br/>assistent, Forskningsenheden for Almen Praksis, København</p> |
| <b>ISBN</b>          | 978-87-90004-68-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Udgivet</b>       | April 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse:

Mygind A, Overbeck G, Hestbjerg I, Biermann LW, Paust A, Hvalstad EHM.  
Henvisninger fra almen praksis til kommunal forebyggelse og rehabilitering:  
praktiserende lægers perspektiver på barrierer og fremmende faktorer.  
Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus og København, 2026.

Microsoft 365 Copilot er anvendt til korrekturlæsning og lix-bearbejdelse.

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen som en del af et initiativ i  
regeringens handlingsplan for mænd og drenge ligestilling.

# Indhold

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Sammenfatning</b>                                                   | <b>4</b>  |
| <b>1. Introduktion</b>                                                 | <b>8</b>  |
| 1.1 Baggrund                                                           | 9         |
| 1.2 Sundhedspolitisk og organisatorisk kontekst                        | 10        |
| 1.3 Forskningsspørgsmål                                                | 12        |
| <b>2. Metode</b>                                                       | <b>13</b> |
| 2.1 Design                                                             | 14        |
| 2.2 Studiepopulation og rekruttering                                   | 14        |
| 2.3 Dataindsamling                                                     | 15        |
| 2.4 Analyse                                                            | 15        |
| 2.5 Kvalitetssikring og refleksivitet                                  | 17        |
| 2.6 Etiske overvejelser                                                | 17        |
| <b>3. Resultater</b>                                                   | <b>18</b> |
| 3.1. Tema 1: Lægens virkelighed – praksiskontekst og patientpopulation | 19        |
| 3.2. Tema 2: Kendskab og holdninger til kommunale tilbud               | 21        |
| 3.3. Tema 3: Henvisningspraksisser i almen praksis                     | 28        |
| 3.4. Tema 4: Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne            | 33        |
| 3.5. Tema 5: Køn, ulighed og lægers beslutningslogikker                | 38        |
| <b>4. Diskussion</b>                                                   | <b>45</b> |
| 4.1 Perspektivering i lyset af sundhedsreformen og pakkeforløb         | 46        |
| 4.2 Sammenhæng med eksisterende litteratur                             | 47        |
| 4.3 Fund i relation til systemiske rammer                              | 48        |
| 4.4 Metodiske styrker og begrænsninger                                 | 48        |
| 4.5 Implikationer for praksis og politik                               | 49        |
| <b>5. Konklusion og faglige pejlemærker</b>                            | <b>50</b> |
| <b>6. Referencer</b>                                                   | <b>52</b> |
| <b>7. Bilag</b>                                                        | <b>55</b> |
| Bilag 1: Litteraturgennemgang – metode og resultater                   | 56        |
| Bilag 2: Litteraturgennemgang – søgestreng                             | 61        |
| Bilag 3: Interview- og moderatorguides                                 | 65        |
| Bilag 4: Tematisk kodetræ                                              | 69        |

# Sammenfatning

En stigende andel af den danske befolkning lever med en eller flere kroniske sygdomme. Forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser spiller en central rolle i at understøtte funktionsevne, mestring og livskvalitet. I Danmark har kommunerne ansvaret for en bred vifte af sådanne tilbud, og almen praksis fungerer som en central indgang til henvisning. Samtidig viser forskning, at deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ofte er socialt skævt fordelt.

Denne undersøgelse belyser, hvilke barrierer og fremmende faktorer (facilitatorer) der påvirker praktiserende lægers henvisning af borgere med kronisk sygdom til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Et særligt fokus er rettet mod køn og social ulighed samt mod samspillet mellem almen praksis og kommunerne.

Undersøgelsen er gennemført som et kvalitativt studie baseret på 21 individuelle interviews og 2 fokusgruppelinterviews med praktiserende læger fra alle fem regioner i Danmark. Variation i geografi, praksistype og patientpopulation er tilstræbt. Derudover er der gennemført en afgrænset litteraturofdækning for at kvalificere den analytiske ramme.

## Kernepunkt 1: Henvisning er ikke en ensartet praksis

Undersøgelsen viser, at henvisning til kommunale tilbud ikke følger én fast model, men spænder fra systematiserede arbejdsgange til mere situationsbestemte og pragmatiske løsninger. Analytisk kan der identificeres tre overordnede henvisningslogikker:

- Rutinisering, hvor henvisning indgår som en fast del af behandlingsforløbet for kronisk sygdom, for eksempel ved årsstatus for kronisk sygdom
- Skøn, hvor henvisning beror på en konkret og individuel vurdering af patientens behov, motivation og situation
- Delegering, hvor patienten i højere grad forventes selv at kontakte kommunen

I praksis overlapper logikkerne. Hvor henvisning er integreret i faste arbejdsgange, fremstår praksis mere ensartet. Hvor henvisning beror på individuelt skøn eller delegering, ses større variation.

## Kernepunkt 2: Organisatoriske forhold har betydning

Henvisning påvirkes i betydelig grad af de systemiske rammer. Variation mellem kommuner i organisering, tilbudsstruktur og adgangsveje gør det vanskeligt for mange læger at bevare overblik – særligt når almen praksis har patienter fra flere kommuner.

Den tekniske henvisningsprocedure opleves generelt som enkel. Udfordringerne knytter sig i højere grad til:

- Manglende eller fragmenteret information om tilbuddenes indhold og målgrupper
- Begrænset systematisk feedback fra kommunen
- Tidsmæssigt pres i konsultationen
- Uklare eller varierende samarbejdsflader

Positive erfaringer, kendskab til konkrete medarbejdere og deltagelse i klyngemøder eller praksisbesøg fra kommunen fremhæves som forhold, der øger tilbøjeligheden til at henvise.

### **Kernepunkt 3: Vurderinger af motivation og ressourcer indgår i beslutningen**

Henvisningsbeslutningen baseres ikke alene på formelle kriterier. Lægerne inddrager ofte vurderinger af patientens motivation, ressourcer, sproglige kompetencer, transportmuligheder og samlede livssituation.

Disse vurderinger kan være fagligt begrundede og tage hensyn til realistiske deltagelsesmuligheder. Samtidig indebærer de en risiko for, at patienter med færre ressourcer eller komplekse livsomstændigheder i mindre grad henvises eller i mindre grad modtager aktiv støtte til deltagelse. Særligt fremhæves følgende forhold som betydningsfulde i praksis:

- Om patienten vurderes motiveret for at deltage
- Om patienten har mulighed for at møde op i arbejdstiden
- Om der er sproglige barrierer
- Om patienten allerede fremstår ressourcestærk og kan handle selv.

Henvisning kan dermed fungere som en differentieret praksis, hvor graden af støtte varierer mellem patienter.

Patientens køn fremstår ikke som et entydigt kriterium, men flere læger beskriver forventninger om, at mænd i visse tilfælde er mindre tilbøjelige til at deltage i forebyggende indsatser. Sådanne forventninger kan påvirke, hvor aktivt tilbuddene bringes i spil i konsultationen. Samtidig peger undersøgelsen på, at tilbuddenes form og organisering kan have betydning for oplevet relevans på tværs af køn.

#### **Kernepunkt 4: Samarbejdet mellem almen praksis og kommuner**

Praktiserende læger oplever generelt kun at have et overordnet og ofte begrænset kendskab til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Mange har en fornemmelse af, at der findes tilbud, de ikke kender til, og at overblikket over eksisterende tilbud er ufuldstændigt. Viden om tilbuddene opnås gennem en bred, men fragmenteret række af kilder. Lægerne oplever dog, at de digitale oversigter ofte er mangelfulde eller forældede, og at det kan være vanskeligt at holde sig opdateret. Dette gælder særligt, hvis de har patienter fra flere kommuner.

Fysiske møder med kommunen og oversigter på fx SOFT-portalen fremhæves som særligt værdifulde informationskanaler. Overordnet har lægerne et positivt indtryk af kvaliteten af de kommunale tilbud og ser dem som en støtte i arbejdet med kroniske patienter, men de efterspørger mere viden om tilbuddenes indhold og effekt. Samtidig savnes der mere systematisk feedback fra kommunen om patienternes forløb og udbytte efter en henvisning.

Lægernes oplevelse af samarbejdet varierer betydeligt. Nogle beskriver tæt dialog, tillid og klare kontaktveje. Andre oplever afstand og manglende indsigt i tilbuddenes indhold og effekt. Manglende systematisk tilbagemelding fremhæves som en gennemgående udfordring. Henvisninger kan opleves som at "forsvinde i systemet", hvilket svækker oplevelsen af fælles ansvar og læring.

Hvor samarbejdet er præget af gensidig kontakt, tydelig rollefordeling og feedback, styrkes lægernes tillid til tilbuddene og deres tilbøjelighed til at henvise.

#### **Kernepunkt 5: Perspektiver i lyset af sundhedsreformen**

Med Aftale om sundhedsreform 2024 og indførelsen af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom får almen praksis en tydeligere tovholderrolle og et styrket ansvar for koordinering på tværs af sektorer. Undersøgelsens fund peger på, at strukturelle ændringer kan understøtte mere ensartet henvisningspraksis, hvis de ledsages af:

- Klar organisatorisk struktur
- Samlet og opdateret information
- Tydelige kontaktflader
- Systematisk feedback
- Understøttelse af samarbejde på tværs af sektorer

Samtidig viser undersøgelsen, at beslutningsprocesser og vurderinger i den enkelte konsultation fortsat vil spille en væsentlig rolle, også efter opgaveflytningen af den patientrettede forebyggelse fra kommune til region. Øget systematik kan reducere variation, men forudsætter organisatorisk understøttelse og klare rammer.

## **Samlet vurdering**

Undersøgelsen viser, at henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud er indlejret i et komplekst samspil mellem organisatoriske forhold, relationelle erfaringer og individuelle vurderinger. Variation i henvisningspraksis kan ikke forklares alene med kendskab til tilbud, men må forstås i lyset af systemdesign, arbejdsgange og kliniske prioriteringer.

Hvis målet er at styrke lige adgang og mere systematisk brug af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, peger fundene på behovet for opmærksomhed på både strukturelle rammer, samarbejdsrelationer og beslutningsprocesser i almen praksis.

# 1. Introduktion

## 1.1 Baggrund

En stor og stigende andel af den danske befolkning lever i dag med en eller flere kroniske sygdomme (1). Udviklingen afspejler både ændringer i sygdomsbilledet, behandlingsmuligheder og den demografiske udvikling med flere ældre borgere (1). Kroniske sygdomme er forbundet med betydelige konsekvenser for den enkelte borger i form af nedsat livskvalitet, funktionsevne og deltagelse i arbejdsliv og sociale fællesskaber. Samtidig har kronisk sygdom betydelige samfundsmæssige omkostninger, blandt andet relateret til sundhedsydelse, overførselsindkomster og tabt produktivitet (2). Der er således behov for indsatser, der understøtter borgere med kronisk sygdom til at bevare eller forbedre deres funktionsevne, sygdomsmestring og livskvalitet.

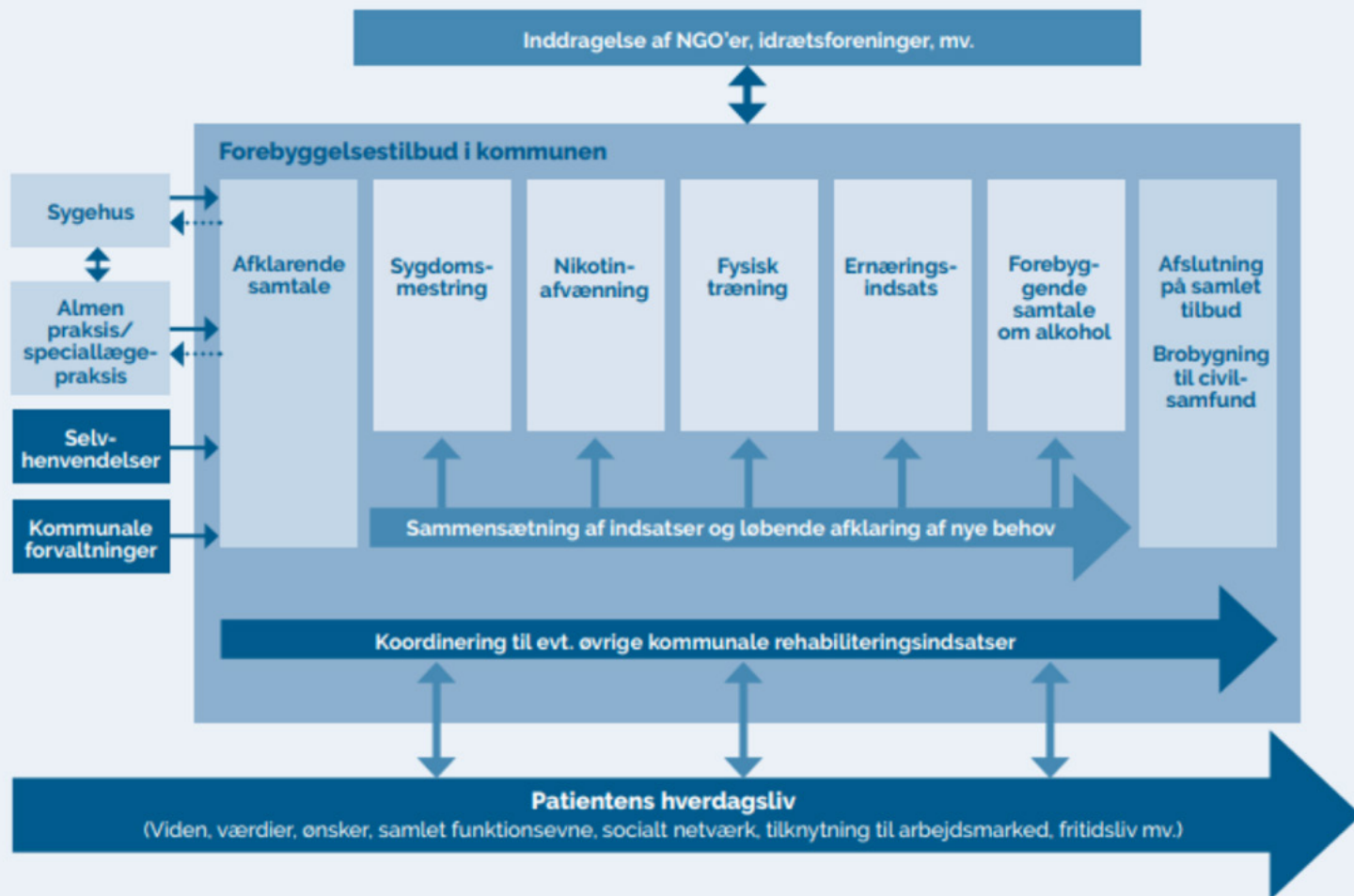
Forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser udgør et centralt element i håndteringen af kronisk sygdom og har dokumenteret effekt på patienternes funktionsevne og sygdomsudvikling (3). I Danmark har kommunerne ansvar for en række forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, herunder sundhedsfremme, genoptræning og patientrettet forebyggelse, som blandt andet omfatter træning, sygdomsmestring og livsstilsrettede indsatser (se Figur 1). Disse indsatser udgør et vigtigt supplement til den behandling og sygdomsforebyggelse, der varetages i almen praksis og på sygehuse, og de spiller en central rolle i det borgernære sundhedsvæsen.

For mange patienter er deltagelse i kommunale indsatser en væsentlig del af et sammenhængende og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsforløb (4, 5). Forskning viser imidlertid, at deltagelse i disse indsatser ofte er socialt skævt fordelt, hvilket indebærer at borgere med størst behov i mindre grad deltager i tilbuddene (6). Dette kan blandt andet hænge sammen med forskelle i borgernes ressourcer, sundhedskompetence og muligheder for at engagere sig (7).

Henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud er i de senere år blevet en national prioritet som led i arbejdet med at forebygge forværring af kronisk sygdom og understøtte borgernes mestring og funktionsevne (8). Almen praksis spiller her en central rolle som indgang til sundhedsvæsenet og som aktør med tæt og kontinuerlig kontakt til borgere med kronisk sygdom på tværs af socioøkonomiske grupper (9). Samtidig har alment praktiserende læger en unik mulighed for at identificere patienter i målgruppen og understøtte deres adgang til relevante, kommunale indsatser (10). Henvisninger fra praktiserende læger har således potentiale for at understøtte mere lige adgang til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og reducere social ulighed i sundhed.

Lægers beslutninger om henvisning kan påvirkes af en række forhold såsom patientens situation, lægens kendskab til indsatserne og de organisatoriske rammer for samarbejdet med kommunale aktører (11). Der er imidlertid mangel på viden om, hvilke barrierer og facilitatorer der har betydning for praktiserende lægers henvisning af patienter med kronisk sygdom til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

I denne rapport anvendes termene patient og borger synonymt, fordi patient typisk bruges i almen praksis, mens borger generelt anvendes i kommunalt regi.



**Figur 1:** Overblik over kommunale forebyggelsestilbud og primære samarbejdspartnere (12).

## 1.2 Sundhedspolitisk og organisatorisk kontekst

Behandlingen af kronisk sygdom er organiseret med opgave- og ansvarsdeling mellem henholdsvis stat, regioner og kommuner. Mens regionerne har ansvar for sygehusbehandling og rammerne for almen praksis, har kommunerne for nuværende ansvar for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser (13). Denne sektoropdeling indebærer, at mange patientforløb går på tværs af organisatoriske grænser, og at samarbejde og koordination mellem aktører er en forudsætning for sammenhængende forløb (13).

De nationale kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom fastlægger en række krav til indholdet af de kommunale indsatser med henblik på at sikre ensartet kvalitet og tilgængelighed på tværs af landet. Kvalitetsstandarden indebærer blandt andet, at kommunerne skal kunne tilbyde en række centrale forebyggelsesindsatser til borgere med kronisk sygdom, når en sundhedsfaglig vurdering tilsiger, at borgeren kan have gavn af tilbuddet. Disse omfatter en afklarende samtale, hvor borgerens funktionsevne, behov og motivation afdækkes, samt indsatser rettet mod sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæring og forebyggende samtale om alkohol (12).

Indsatserne kan tilrettelægges individuelt eller som gruppeforløb og kan differentieres efter borgerens funktionsevne, motivation og sundhedskompetencer. Samtidig lægger kvalitetsstandarden vægt på tværsektorielt samarbejde, hvor sygehuse og almen praksis kan henvise borgere til kommunale tilbud, og hvor kommunen efterfølgende skal give tilbagemelding om borgerens deltagelse og forløb. Kvalitetsstandarden udgør dermed en central ramme for organiseringen af kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser for borgere med kronisk sygdom og for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis (12).

Henvisning til kommunale tilbud skal ske via almen praksis, sygehuse eller andre relevante aktører og rettes mod en afklarende samtale i kommunen. Derudover har patienten også mulighed for at henvise sig selv til et tilbud (14). I mange tilfælde er der ikke behov for en egentlig lægefaglig vurdering for at afgøre, om borgeren kan have gavn af et forebyggelsestilbud, og henvisningen kan derfor varetages af personale i almen praksis (12).

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne er kendetegnet ved stor kompleksitet (15). Det skyldes blandt andet, at almen praksis med den nuværende organisering samarbejder med flere kommunale aktører i komplekse patientforløb (5). Desuden kan praktiserende læger skulle samarbejde på tværs af flere kommuner, afhængigt af patienternes bopælskommune. Variation på tværs af organisering, tilgængelighed og indhold af tilbuddene på tværs af kommuner kan således vanskeliggøre overblik og påvirke henvisningspraksis (15). For borgere i yderområder kan geografiske forhold og transportudfordringer yderligere begrænse deltagelsen i kommunale tilbud, bl.a. fordi borgerrettede – modsat patientrettede – tilbud ikke inkluderer gratis transport (16). Disse rammevilkår udgør tilsammen en vigtig kontekst for forståelsen af henvisningspraksis i almen praksis.

Med Aftale om sundhedsreform 2024, som træder i kraft i 2027, flytter ansvaret for en række centrale forebyggelses- og rehabiliteringsopgaver fra kommunerne til regionerne (17). Hensigten er at sikre mere lighed i sundhed, sammenhængende patientforløb og en højere faglig kvalitet tættere på borgeren (17). Samtidig indføres pakkeforløb for kronisk sygdom, hvor almen praksis ved opstart af et pakkeforløb foretager en systematisk vurdering af patientens behov og udarbejder en personlig behandlingsplan i samarbejde med patienten (16). Almen praksis får dermed en central rolle i at koordinere indsatser på tværs af sektorer og følge op løbende.

### 1.3 Forskningsspørgsmål

Rapportens overordnede forskningsspørgsmål er:

***Hvilke barrierer og fremmende faktorer påvirker praktiserende lægers henvisning af borgere med kronisk sygdom til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud?***

Med særlig vægt på mænds deltagelse og med blik for social ulighed belyses spørgsmålet gennem følgende underspørgsmål:

1. Hvilke organisatoriske, relationelle og praksisnære forhold i almen praksis påvirker praktiserende lægers beslutninger om at henvise borgere med kronisk sygdom til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud?
2. Hvordan indgår lægers vurderinger af borgeres ressourcer, motivation, køn og sociale situation i henvisningspraksis?
3. Hvilke erfaringer har lægerne med samarbejdet med kommunerne, herunder kendskab til tilbud, henvisningsprocedurer og feedback – og hvordan påvirker det deres tilbøjelighed til at henvise?
4. Hvilke forhold opleves af lægerne som fremmende for relevante henvisninger, herunder organisatoriske løsninger, samarbejdsformer og rammer for dialog mellem almen praksis og kommune?

## 2. Metode

## 2.1 Design

Undersøgelsen blev tilrettelagt som et kvalitativt eksplorativt studie med empirisk dataindsamling blandt praktiserende læger. Metoden blev valgt for at opnå en praksisnær og dybdegående forståelse af de mekanismer, der påvirker henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, herunder oplevede barrierer, fremmende faktorer og relationer til social ulighed. Designet understøtter en praksisnær forståelse af henvisningsbeslutninger i almen praksis og samspillet mellem almen praksis og kommunale aktører.

Studiets primære datagrundlag er kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews. Derudover er der gennemført en afgrænset litteraturofdækning med henblik på at kvalificere undersøgelsens resultater og sikre, at undersøgelsen er baseret på eksisterende viden på området.

Litteraturofdækningen har haft en understøttende og kontekstualiserende funktion og udgør ikke en selvstændig evidenssyntese. Metodisk fremgangsmåde og resultater af litteraturofdækningen er beskrevet i Bilag 1 – Bilag 2.

## 2.2 Studiepopulation og rekruttering

Studiets population består af praktiserende læger fra alle fem regioner i Danmark. Der er benyttet strategisk variation i udvælgelsen med henblik på at sikre bred repræsentation i forhold til geografi (by og land), klinikform (solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis samt licensklinik), klinikstørrelse og køn. Formålet har været at opnå indsigt på tværs af forskellige organisatoriske og kliniske vilkår.

Rekruttering er sket via eksisterende praksisnetværk og kontakter, som er etableret gennem tidligere projekter. Der er desuden gjort forsøg på at rekruttere informanter fra udbuds- og regionsklinikker gennem kontakt til relevante nøglepersoner i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Det har imidlertid ikke været muligt at opnå deltagelse fra disse praksistyper inden for projektets tidsramme. Dette kan have betydning for overførbareheden af fundene til disse organisatoriske kontekster.

Deltagerne er blevet honoreret for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deres deltagelse.

## 2.3 Dataindsamling

Der er gennemført 21 individuelle semistrukturerede interviews med praktiserende læger og hoveduddannelseslæger samt 2 fokusgruppeinterviews med praktiserende læger. Hoveduddannelseslægerne var i den sidste tredjedel af deres uddannelsesforløb. Deltagerne repræsenterede ellers variation med hensyn til køn, geografi, klinikform og patientpopulationens sociodemografiske karakteristika. En samlet oversigt over deltagerne fremgår af Tabel 1.

De individuelle interviews blev gennemført som semistrukturerede interviews med afsæt i en interviewguide (Bilag 4). Guiden havde fem overordnede temaer, som omhandlede lægernes:

- erfaringer med henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- vurderinger af borgeres motivation, ressourcer og deltagelsesmuligheder
- erfaringer med samarbejde og kommunikation med kommunale aktører
- oplevede barrierer og fremmede faktorer i henvisningspraksis
- refleksioner over social ulighed i relation til henvisning og deltagelse

Fokusgruppeinterviewene bidrog til at belyse, hvordan barrierer og fremmede faktorer artikuleres og forhandles kollektivt blandt praktiserende læger og supplerede dermed perspektiverne fra de individuelle interviews. Fokusgruppeinterviews blev gennemført med afsæt i en moderatorguide (Bilag 4). Både de individuelle interviews og fokusgruppeinterviews blev gennemført af erfarne kvalitative forskere. Alle interviews blev optaget digitalt og transskriberet med henblik på analyse.

## 2.4 Analyse

Analysen blev gennemført som en tematisk analyse (18). Processen var iterativ og foregik i flere trin, hvor der blev vekslet mellem kodning af materialet og fortolkning med afsæt i undersøgelsens analytiske fokus. Kodningen og analysen af data blev foretaget i fællesskab mellem flere forskere, og forskergruppen drøftede kontinuerligt analyseplanen for at sikre konsistens og en fælles fortolkning af de fremkomne temaer (19).

Data blev transskriberet ved hjælp af Good Tapes. Inden den første kodning gennemlæste forskergruppen et udpluk af de transskriberede interviews og lavede i fællesskab et kodetræ til deduktiv kodning (Bilag 4). Kodetræet omfattede centrale temaer, som var relateret til barrierer og fremmede faktorer i lægernes henvisningspraksis. Kodningen blev gennemført i NVivo 15.

| #                       | Pseudonym | Køn | Alder <sup>1</sup> | Erfaring <sup>2</sup> | Rolle i praksis | Praksistype        | Praksisstørrelse <sup>3</sup> | Bystørrelse <sup>4</sup> | Region      |
|-------------------------|-----------|-----|--------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------|
| Individuelle interviews |           |     |                    |                       |                 |                    |                               |                          |             |
| 1                       | Karl*     | M   | > 60               | > 20                  | Ejer            | Licensklinik       | > 6000                        | Mellem by                | Nordjylland |
| 2                       | Karina    | K   | 40-60              | > 20                  | Ejer            | Kompagniskab       | > 6000                        | Lille by                 | Nordjylland |
| 3                       | Caroline  | K   | 40-60              | < 5                   | Ejer            | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Stor by                  | Nordjylland |
| 4                       | Mark      | M   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Stor by                  | Midtjylland |
| 5                       | Lone      | K   | 40-60              | > 20                  | Ejer            | Samarbejds-praksis | < 2500                        | Lille by                 | Midtjylland |
| 6                       | Frederik  | M   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Lille by                 | Midtjylland |
| 7                       | Jørgen    | M   | 40-60              | > 20                  | Ejer            | Samarbejds-praksis | < 2500                        | Mellem by                | Midtjylland |
| 8                       | Bo        | M   | 40-60              | < 5                   | Ansæt læge      | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Lille by                 | Syddanmark  |
| 9                       | Andreas   | M   | 40-60              | < 5                   | Ejer            | Solopraksis        | < 2500                        | Stor by                  | Syddanmark  |
| 10                      | Mathilde  | K   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Stor by                  | Syddanmark  |
| 11                      | Laura     | K   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | > 6000                        | Stor by                  | Syddanmark  |
| 12                      | Maria     | K   | 40-60              | < 5                   | Ansæt læge      | Kompagniskab       | > 6000                        | Stor by                  | Hovedstaden |
| 13                      | Line      | K   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Mellem by                | Hovedstaden |
| 14                      | Annette   | K   | 40-60              | < 5                   | Ansæt læge      | Kompagniskab       | > 6000                        | Mellem by                | Hovedstaden |
| 15                      | Rikke     | K   | 40-60              | < 5                   | Ejer            | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Mellem by                | Hovedstaden |
| 16                      | Katrine   | K   | < 40               | < 5                   | Udd. læge       | Kompagniskab       | > 6000                        | Mellem by                | Hovedstaden |
| 17                      | Peter     | M   | 40-60              | < 5                   | Ejer            | Kompagniskab       | > 6000                        | Mellem by                | Hovedstaden |
| 18                      | Amina     | K   | < 40               | < 5                   | Udd. læge       | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Mellem by                | Sjælland    |
| 19                      | Nina      | K   | 40-60              | < 5                   | Delepraksis     | Delepraksis        | < 2500                        | Mellem by                | Sjælland    |
| 20                      | Christian | M   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | > 6000                        | Mellem by                | Sjælland    |
| 21                      | Camilla   | K   | < 40               | < 5                   | Udd. læge       | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Lille by                 | Sjælland    |
| Fokusgruppeinterviews   |           |     |                    |                       |                 |                    |                               |                          |             |
| 22                      | Sofie     | K   | 40-60              | 5-20                  | Ansæt læge      | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Stor by                  | Midtjylland |
| 23                      | Pernille  | K   | 40-60              | < 5                   | Ejer            | Kompagniskab       | < 2500                        | Lille by                 | Midtjylland |
| 24                      | Morten    | M   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Kompagniskab       | > 6000                        | Mellem by                | Midtjylland |
| 25                      | Anders    | M   | 40-60              | < 5                   | Ejer            | Samarbejds-praksis | < 2500                        | Stor by                  | Hovedstaden |
| 26                      | Thomas    | M   | 40-60              | 5-20                  | Ejer            | Delepraksis        | 2500-6000                     | Mellem by                | Sjælland    |
| 21                      | Camilla   | K   | < 40               | < 5                   | Udd. læge       | Kompagniskab       | 2500-6000                     | Lille by                 | Sjælland    |

Tabel 1: Deltageroversigt

<sup>1</sup> Alder er opdelt i: < 40 år, 40-60 år og > 60 år  
<sup>2</sup> Erfaringer er opgjort i antal år som speciallæge: < 5 år, 5-20 år og >20 år  
<sup>3</sup> Praksisstørrelse er opgjort i antal tilknyttede patienter: < 2500 patienter, 2500-6000 patienter og > 6000 patienter  
<sup>4</sup> Placering er opgjort i bystørrelse: lille by (< 5000 borgere), mellemstor by (5000-100000 borgere) og stor by (> 100000 borgere)  
\*Karl havde på eget initiativ inviteret to sygeplejersker fra klinikken, Hanne og Marie, med til interviewet.

## 2.5 Kvalitetssikring og refleksivitet

Systematisk kvalitetssikring er gennemført under hele undersøgelsen, herunder fælles udvikling af interviewguide, løbende analytiske drøftelser i forskergruppen og dokumentation af analytiske beslutninger. Gruppen har løbende reflekteret over egne forforståelser og positioner, herunder relationen til almen praksis og kommunale aktører mhp. at styrke undersøgelsens troværdighed.

## 2.6 Etiske overvejelser

Undersøgelsen er udført i overensstemmelse med gældende etiske retningslinjer for samfunds- og sundhedsvidenskabelig forskning. Deltagelse var frivillig, og alle deltagere modtog skriftlig information om undersøgelsens formål og anvendelsen af data. Informeret samtykke blev indhentet forud for dataindsamlingen, og data er behandlet fortroligt og i overensstemmelse med gældende databeskyttelsesregler. Informanterne fremgår under pseudonym i afrapporteringen.

# 3.

## Resultater

Analysen identificerede fem overordnede temaer, der præsenteres i dette afsnit. For hvert tema præsenteres en case, der illustrerer nogle af temaets pointer.

### 3.1 Tema 1:

#### Lægens virkelighed – praksiskontekst og patientpopulation

##### Tilpasset patienternes behov

Som det fremgår af Tabel 1, er der stor variation i deltagernes karakteristika og praksistyper. Der er ligeledes stor variation i de deltagende lægers patientpopulationer. Nogle har flest ressourcestærke patienter, der overvejende er økonomisk velstillede og har lange uddannelser. Andre har flest udsatte patienter, som er mere socialt belastede og nogle gange også har en større sygdomsbyrde. De praktiserende læger indretter deres praksis efter deres patientpopulation og prioriterer deres tid og ressourcer således, at de bedst muligt imødekommer netop deres patienters behov.

De fleste praktiserende læger, der har deltaget i denne interviewundersøgelse, er ejere eller medejere af den praksis, de arbejder i. Det vil sige, at de har stor indflydelse på, hvordan deres praksis er organiseret. Nogle praksisser har valgt at systematisere henvisninger til kommunal forebyggelse og rehabilitering, sådan at emnet for eksempel rutinemæssigt bringes op ved årsstatus for patienter med kronisk sygdom. I andre praksisser foretager lægen en individuel vurdering af tilbuddets relevans, baseret på patientens behov og situation. En medejer af en praksis i et område med mange ressourcestærke patienter fortæller:

*“Jeg tror bare ikke, at det er ret mange af mine KOL-patienter, som synes, at det er superspændende at komme ind og snakke med en om, at de skal til at stoppe med at ryge og lave noget mere motion. Det tror jeg ikke, de får så meget ud af. Det ved de godt. [...] Så det er nok ikke et tilbud, der bliver brugt ret meget lige for mine patienter. Andre steder kunne jeg forestille mig, at det faktisk havde en relevans. Der er en utrolig stor geografisk forskel på, hvad er relevant, og hvad er ikke relevant.”*

**Mark, praktiserende læge og klinikejer**

##### Patienter fra flere kommuner

Mange alment praktiserende læger har patienter, der er bosat i flere forskellige kommuner og sågar forskellige regioner. For nogle læger drejer det sig kun om få patienter, fx enkelte unge mennesker, der er flyttet væk for at studere, men som har valgt at beholde deres praktiserende læge der, hvor de er vokset op. Disse patienter er typisk yngre og sjældent syge, og de har derfor som regel ikke behov for at benytte de forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, som deres bopælskommune udbyder.

For mange læger gælder det imidlertid, at en betydelig andel af deres patienter er bosat i nabokommuner til den kommune, hvor praksis er placeret. Disse patienter adskiller sig ikke fra den øvrige patientpopulation og kan i lige så høj grad have behov for kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Det medfører, at lægerne skal have overblik over tilbud på tværs af flere kommuner, hvilket kan være vanskeligt, da tilbuddene varierer i udbud og indhold. Mange læger har bedst kendskab til tilbuddene i den kommune, hvor størstedelen af deres patienter er bosat.

Nedenstående case beskriver, hvordan Karl har indrettet sin praksis for at tilgodese ældre patienter med kronisk sygdom, som der er mange af, hvor hans praksis er lokaliseret.

# Case 1:

## Karls klinik tager forebyggelsen i egen hånd

Karl er praktiserende læge og klinikchef i en licenspraksis med over 8.000 tilknyttede patienter. Klinikken har ekstra fokus på det store antal ældre borgere i lokalbefolkningen:

*“Det var vores fokus fra starten, at den ældste del af populationen skulle have det bedste, vi kunne levere. En tanke, som jo havde to trin: Dels var det meget motiverende at arbejde med lægefaglige udfordringer. Og dels var det af hensyn til, at de fleste klinikker, efter min erfaring, nemt kommer til rette sig mod det akutte. Man brandslukker, men kommer aldrig i bund. Her tænkte vi, at de gamle kommer jo alligevel, så vi kan lige så godt sætte fokus på det og se, hvordan vi kan optimere, og så på den måde flytte det akutte over til det planlagte.”*

Klinikken har fem sygeplejersker, som primært tager sig af patienter med kroniske sygdomme. Karl har derfor inviteret to af klinikkens sygeplejersker, Hanne og Marie, med til interviewet. Desuden har klinikken lavet sin egen model for, hvordan de håndterer de mange patienter med flere samtidige kroniske sygdomme.

Klinikken har oprettet et særligt gruppeforløb for patienter, der arbejder med vægttab. Marie, som har særlige kompetencer inden for kostvejledning, står for dette gruppeforløb. Behovet for sådan et forløb opstod, da et nyt medicinsk vægttabspræparat kom på markedet, og kommunen ikke havde et tilbud. I modsætning til kommunens sædvanlige tilbud har klinikken ingen tidsbegrænsning på disse gruppeforløb. Nogle patienter har deltaget i forløbet i mere end to år og er glade for at få hjælp til at fastholde de sunde vaner. Selvom mange kan ændre vaner i kortere perioder, er det svært at fastholde den nye livsstil.

## 3.2 Tema 2: Kendskab og holdninger til kommunale tilbud

### Omfang af kendskab

Lægerne har forskelligt kendskab til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. De fleste oplever at have et overordnet kendskab til, hvilke tilbud der udbydes, men de har for lidt viden om tilbuddene. En af lægerne siger:

*“Det kan jeg også forstå, når jeg snakker med andre praktiserende læger, også i andre kommuner, at vores kendskab til, hvad kommunen egentlig kan tilbyde, og på hvilket niveau og indhold og sådan noget, det er desværre meget begrænset.”*

**Bo, ansat praktiserende læge**

Flere fortæller, at de har en fornemmelse af, at der er en række tilbud, som de ikke kender, fordi de ofte opdager lidt tilfældigt, om der er et tilbud. En læge formulerer det sådan her:

*“Jeg mangler overblik over det, som er på vej eller lukker, eller som slet ikke bliver nævnt derinde [på hjemmesidens oversigt]. Fordi der findes alle mulige ting [...], som, jeg ved, findes, men det står ikke derinde på hjemmesiden. Så bliver det lidt tilfældigt, hvad jeg lige kan huske på dagen, der gør, hvad for en behandling eller tilbud, patienterne får. Og det synes jeg ikke er ok.”*

**Thomas, praktiserende læge og klinikejer**

Nogle fremhæver, at de ikke er bevidste om egne videnshuller og formoder derfor, at nogle patienter ikke bliver henvist til tilbud, der kunne have gavnet dem.

### En bred vifte af kilder

Praktiserende læger får deres viden om kommunale sundhedstilbud gennem en bred vifte af kilder. Fælles for mange af dem er, at den tilegnede viden er usystematisk, varierer mellem kommuner og ofte afhænger af personlige netværk, tilfældigheder og enkelthændelser.

Den mest gennemgående kilde til viden er uformel løbende opsamling. Mange praktiserende læger beskriver, hvordan de gradvist bliver klogere på tilbuddene gennem arbejdet, fx når patienter fortæller om et forløb, når kollegaer uformelt deler erfaringer, eller når en konkret henvisning bliver afvist af kommunen med en begrundelse, som de lærer af. At patienterne spiller en rolle som kilde til viden kan både ses som positivt og problematisk. Lægerne hører, hvad patienterne oplever i indsatserne, men patienternes beskrivelser er ofte ufuldstændige. Nogle læger har også det indtryk, at det oftest er de patienter, der har en dårlig oplevelse med en kommunal indsats, som fortæller lægen om det. Lægerne efterspørger struktureret feedback fra kommunen, fx slutnoter eller epikriser.

Lægerne kender til digitale opslagskilder i form af sundhed.dk (SOFT-portalen) og kommunernes hjemmesider. Nogle er glade for dem, men flere fortæller, at disse oversigter ikke altid er opdaterede eller fuldstændige. Henvisningsmulighederne er utilstrækkeligt beskrevet, da oplysningerne er for korte, upræcise og nogle gange forældede eller mangelfulde. De savner indsigt i indhold, metode, forventet udbytte og målgruppe, og de efterspørger især information om nye tiltag, midlertidige projekter og tilbud, der er under afvikling. Nogle læger oplever, at tilbud kommer og går, da midlerne kan være projekt- eller puljebaserede. En af lægerne fortæller:

*“Nogle gange så får vi besked om, at [kommunen] har nu fået en pose penge til, at vi kan lave det her tilbud. Og så tænker vi, at det er også rigtig fint. Og når vi så prøver at henvise til det et halvt år senere, for nu havde vi rent faktisk en patient, der fejlede noget med det her, så er det nedlagt, for nu var der ikke flere penge til det.”*

**Jørgen, praktiserende læge og klinikejer**

Denne mangel på kontinuitet i nogle tilbud udfordrer lægens overblik over eksisterende tilbud.

Derudover udfordres overblikket yderligere, hvis lægerne har patienter fra flere forskellige kommuner og dermed skal orientere sig på forskellige kommunale hjemmesider. At holde sig ajour på tværs af tilbud fra flere kommuner opleves som urealistisk i en travl klinisk hverdag:

*“Vi har tre kommuners hjemmesider, vi skal holde os orienteret med (...) Vi har simpelthen ikke kapacitet til det.”*

**Jørgen, praktiserende læge og klinikejer**

At holde sig opdateret kan især være svært gennem uddannelsen til speciallæge i almen medicin, hvor man skifter praksis flere gange. Generelt oplever lægerne, at de bedst kender tilbud i den kommune, hvor de har flest patienter.

De praktiserende læger beskriver fysiske møder og oplæg fra kommunen som meget værdifulde, fordi det giver mulighed for løbende opdatering af udviklingen i almen praksis og kommunerne. Når kommunale medarbejdere præsenterer tilbuddene, fx ved klyngemøder, fyraftensmøder eller praksis-besøg, føler lægerne sig bedre informerede og husker dem. Det kan medføre, at flere patienter bliver henvist, mener en praktiserende læge:

*“Og der har vi her i kommunen haft dem ude på et klyngemøde og fortælle, hvilke tilbud der er. Og jeg tror i hvert fald, at det lige efter klyngemødet, det fortalte kommunen, øgede henvisningsgraden.”*

**Lone, praktiserende læge og klinikejer**

Disse sessioner giver både overblik og konkrete detaljer, som lægerne ikke kan finde andre steder. Mange efterspørger derfor flere af denne type informationsmøder og ser dem som en af de mest effektive informationskanaler. Udfordringen er imidlertid, at mødet typisk kun er med en enkelt kommune og derfor kun er relevant for patienter med bopæl i den pågældende kommune.

Et andet vigtigt bindeled er praksiskonsulenterne, der formidler mellem kommuner og almen praksis. Flere læger fortæller om praksiskonsulenter, der udsender nyhedsbreve med information om kommunale tilbud. Denne form opleves som relevant, målrettet og let at omsætte i praksis. Lægerne ønsker generelt mere systematisk og hyppig opdatering. Nyhedsbreve ses som en oplagt kanal.

Nogle læger får viden gennem foldere og pjecer, som ikke nødvendigvis afspejler det fulde udvalg. Vidensgrundlaget kan derfor være præget af tilfældighed og asymmetri. Enkelte læger nævner, at de får kendskab gennem dialog med jobcentret, kommunale sagsbehandlere eller kolleger i kommunen.

Nogle læger modtager information om kommunale tilbud på såkaldte "Lægedage" (praktiserende lægers største årlige efteruddannelsesbegivenhed) og andre kurser for almen praksis.

Samlet set fremstår de praktiserende lægers kilder til viden om kommunale sundhedstilbud som fragmenterede og usammenhængende. Mens personlige kilder, egne erfaringer og møder fremhæves som informativt, opleves de formelle digitale informationskilder som utilstrækkelige. De praktiserende læger har et stærkt ønske om mere struktureret, opdateret og samlet information, gerne formidlet gennem praksiskonsulenter, nyhedsbreve og direkte kommunale oplæg.

### Kvalitet af tilbuddene

De interviewede har oftest et positivt indtryk af kommunerne og de tilbudte forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. En del ser kommunen som en kærkommen aflastning i arbejdet med kronisk sygdom hos patienterne og finder kvaliteten af tilbuddene rigtig fin.

*"Det er jo også en hjælp til vores arbejde, fordi så behøver vi jo ikke sidde med dem og snakke kost og motion. Der ved vi, at der er nogen, der står klar, og virkelig brænder for opgaven, og er gode til det, og kan føre nogle folk sammen. Så det er også, for at vi selv kunne spare tid og bruge tid på nogle syge i stedet for."*

**Karina, praktiserende læge og klinikejer**

Samtidig er der også en usikkerhed om, hvad kommunerne egentlig kan tilbyde, og en fornemmelse af, at der ligger et uudnyttet potentiale i samspillet med kommunerne.

*"Jeg har indtryk af, at [kommunerne] kan meget mere og vil meget mere, end vi [almen praksis] måske lige går og tror."*

**Bo, ansat praktiserende læge**

Et positivt indtryk understøttes fx af patienternes egne tilbagemeldinger efter deltagelse i indsatserne:

*"Jeg synes generelt, at dem, der har været afsted til det, de virker som om, at de har været positive over for det. Der er altid nogle, som tænker eller siger eller synes, at det fik jeg ikke så meget ud af. Nej, men det er jo også fint nok. Men det er sjældent, at folk bliver dummere af at komme til det."*

**Jørgen, praktiserende læge og klinikejer**

Særligt blandt de læger, der er bevidste om, at den pågældende kommune tilbyder en afklarende samtale til patienten ved det første møde, er der en generel tiltro til, at kommunen finder en god løsning til patienten. En af lægerne er glad for muligheden for at henvise til en sundhedssamtale:

*"Hvis jeg skulle tage det bedste fra det, jeg ser, så er et af de elementer, som [kommunen] opererer med, det er, at man kan henvise til en individuel samtale, hvor man er – du ved, der findes alle pakkerne og standard: diabetes, KOL, hvad der nu end er. Og de har så også den mulighed, at man kan henvise til en individuel planlægning af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, og det er jeg utrolig glad for. [...] Hvis jeg skulle drømme om noget, så var det, at alle kommuner i landet havde de samme basispakker, og så havde de et individuelt forløb til resten. Slut prut. Det er sådan overdrevent kompliceret at følge med i, hvad tilbud der er, åbner og lukker."*

**Anders, praktiserende læge og klinikejer**

Andre giver udtryk for en vis forbeholdenhed – både i forholdt til den kommunale faglighed generelt og til udbyttet af de specifikke forløb. Flere læger beretter om manglende viden om effekten af tilbuddene. Den dominerende kilde er patienter, og deres tilbagemeldinger har varierende kvalitet og kan være svære at tolke. Et eksempel er Mark, som reflekterer over, hvor stor en opgave der løftes i kommunen:

*"Jeg ved ikke, om der er lavet målinger på det. Tilfredshedsundersøgelser er jo én ting, men noget andet er jo også regulære sundhedsforbedrende tiltag. Hvor meget batter det?"*

**Mark, praktiserende læge og klinikejer**

Lignende bekymringer kommer til udtryk hos Lone, som savner håndgribelige behandlingsmæssige effekter:

*Det [forebyggelsesindsatsen] havde i hvert fald været livskvalitet for dem [patienterne]. Men om det har flyttet noget behandlingsmæssigt, det er jeg i tvivl om. Jeg synes ikke, de kommer derfra og har sådan en åbenbaring omkring "nå, det er det her jeg fejler, og det er sådan jeg skal håndtere det" eller noget.*

**Lone, praktiserende læge og klinikejer**

Endelig beskriver nogle læger, at der er forskelle mellem de enkelte tilbud og varierende kvalitet. For eksempel er Marie usikker på kvaliteten af kommunens diabetestilbud, og hun kan ikke mærke, at patienterne har lært noget. Til gengæld fremhæver hun, at patienter med KOL lærer at træne og faktisk fortsætter med det, og at patienter med osteoporose får rigtig meget ud af indsatsen hos kommunen, fordi de bliver trygge ved at træne og erfarer, at de kan mere, end de lige går og tror.

Tilliden til kommunen synes at være påvirket af lægens kendskab til de konkrete medarbejdere og strukturer. Dette varierer markant. Nogle læger giver udtryk for generel tillid til de faglige kompetencer hos medarbejderne i kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, men samtidig en vis usikkerhed om, hvorvidt patienterne reelt får udbytte af forløbene. Flere beskriver samarbejdet som så begrænset, at det kan være vanskeligt at vurdere, hvad der sker efter en henvisning, og enkelte oplever, at henvisningen i praksis forsvinder ud af deres synsfelt uden efterfølgende indsigt i forløbet.

Andre læger giver udtryk for, at deres kendskab til de medarbejdere, der varetager tilbuddene i kommunen, er begrænset, hvilket kan bidrage til en vis afstand i samarbejdet. Omvendt beskriver nogle læger, at et personligt kendskab til kommunale medarbejdere eller en mere direkte kommunikation med kommunen bidrager til et mere tillidsfuldt samarbejde. I sådanne tilfælde fremhæves kommunens arbejde med forebyggelse og rehabilitering generelt som velfungerende, og lægerne oplever at få en større indsigt i de tilbud, patienterne henvises til.

*"Jeg tror overordnet, at jeg synes, det er sjovt, fordi jeg godt kan lide samarbejdet. Det er det, der motiverer mig."*

**Nina, praktiserende læge og klinikejer**

*"Når man møder de sygeplejersker, og det er jo primært sygeplejersker, der kører det, så er man ikke i tvivl. De brænder jo for sagen, de har sådan en pionerånd. Når man har mødt dem, så har man også tillid til, at vi ikke kan gøre det bedre, end de kan."*

**Karina, praktiserende læge og klinikejer**

Flere læger efterspørger mere feedback fra kommunen. De fleste har kun lidt erfaring med at modtage korrespondancer eller anden skriftlig information fra kommunen. Når det sker, drejer det sig ofte om, at en patient er blevet afvist til et tilbud – ikke om, at en patient har gennemført det, eller hvad udbyttet har været. Når lægen modtager information om, at en patient har deltaget i eller afsluttet et forløb, er de fleste overvejende glade for det. En beskriver det således:

*"Det er jo godt at få en afvisning, så man ligesom ved, at man ikke går og tror, at der er sat et eller andet i værk, så man kan lave en ny plan. Men måske er der bare ikke så meget kommunikation. Jeg husker ikke, at man får så meget opdatering på, hvad der sker. Det kunne måske godt være fedt nok."*

**Line, praktiserende læge og klinikejer**

Samlet viser interviewene, at lægernes oplevelse af kommunen spænder fra stærk tillid og tæt kontakt til afstand og usikkerhed. Lægernes oplevelse af tilbuddene afhænger i høj grad af deres konkrete berøringsflader, kendskab til kommunen og erfaringer med patienternes udbytte.

### Detaljer om tilbuddene

Der er forskellige vurderinger af, hvor meget viden om tilbuddene lægerne ønsker. Nogle læger mener, at det ikke er deres opgave at vide, hvad undervisningen egentlig indeholder. De skal blot informere om de indsatser, der er, men skal ikke kende detaljer. En læge formulerer det således:

*"Der er [i henvisningsblanketten] mulighed for at sætte et lille kryds ud for "afklarende samtale." Og der ved jeg, at [kommunen] kalder dem ind og tager en snak om, "passer det her tilbud, eller er der et andet, som er bedre?" Det er lidt ligesom, hvis jeg foreslår, at patienten måske kunne have brug for en træje. Men hvilken farve den skal være, hvor tyk den skal være, osv., det er der nogle andre, der hjælper med at finde ud af."*

**Caroline, praktiserende læge og klinikejer**

Den dominerende oplevelse er, at lægerne ønsker flere detaljer om forløbene, end de kan finde, og at lægerne gerne vil kunne forklare patienterne om tilbuddenes indhold:

*"Når man henviser folk til noget på sygehuset, så spørger de jo altid: "Jamen, hvad foregår der?" Og det kan vi svare på. [Men] det kan vi ikke med de her kommunale tilbud."*

**Thomas, praktiserende læge og klinikejer**

En læge oplever, at det kan virke lidt uprofessionelt og utilfredsstillende, når man ikke kan fortælle om, hvordan tilbuddene foregår, og hvad man laver. En læge fortæller, at hun ønsker at henvise en patient til noget, som ifølge hendes vurdering passer til patienten. Samtidig ønsker hun ikke at stille sine patienter noget i udsigt, som kommunen ikke lever op til. Flere kobler dette perspektiv til betydningen af patientens motivation for deltagelse. En læge fortæller, at det er vanskeligt at ændre vaner, og at patientens motivation for deltagelse er afgørende for en positiv effekt. Lægen vurderer, at han skal vide noget om indhold og tilgang i tilbuddet for at kunne understøtte patientens motivation.

En oversigt over den information, der efterspørges af de praktiserende læger, fremgår af Boks 1.

## Boks 1

### Information om forebyggelses- og rehabiliteringstilbud efterspurgt af praktiserende læger

- Hvad foregår der? Hvad er indholdet?
- Hvilke faggrupper står for tilbuddet? Det kan give en fornemmelse af tilgang og vinkel.
- Hvor foregår tilbuddet? Det kan være relevant i forhold til tilgængelighed.
- Hvornår foregår tilbuddet? Det kan være relevant for mennesker i job.
- Hvornår starter forløbet? Hvor lang tid varer det?
- Hvem er målgruppen? Er der inklusions- og eksklusionskriterier?
- Er det et samlet tilbud? Eller kan kommunen skræddersy et forløb til den enkelte?
- Kan en patient deltage i det samme tilbud flere gange?
- Udbydes tilbuddet på andre sprog end dansk?
- Hvordan foregår kontakten med patienten? Hvor hurtigt kontakter kommunen patienten?
- Hvad er den forventede effekt af at deltage?

## Case 2:

### “En ukendt størrelse” – Marias møde med de kommunale tilbud

Maria har tre års erfaring som alment praktiserende læge. Hun arbejder som vikar i en praksis med ressourcestærke patienter fra to kommuner. Hun vil gerne blive bedre til at henvise patienterne til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, da hun ser den kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsats som et vigtigt og positivt supplement til det arbejde, hun laver i almen praksis. Hun har kun hørt godt om indsatserne fra de patienter, der har deltaget i dem.

Maria synes ikke, at det er besværligt at lave en henvisning, men hun mangler viden om tilbuddene. Hun ser det som en barriere for at henvise, for hun ”kender dem ikke godt nok”. Hun har adgang til information, men hun får ikke brugt den tilgængelige information, fx på kommunernes hjemmesider. Hun mener, at det ville være lettere for hende at vurdere, hvornår en patient er i målgruppen, hvis hun holdt sig opdateret om tilbuddene:

*”Fordi hver gang jeg bliver opmærksom på et kommunalt tilbud, så bliver jeg sådan: ‘Aha, man kan også det her’. Så man skulle jo bare – og det har jeg faktisk tænkt på mange gange, at man bare skal sætte sig ned og læse alt, hvad der findes igennem.”*

Senere i interviewet, bliver hun spurgt om, hvor godt hun kender medarbejderne i de to kommuner.

*”Jeg har ikke et tydeligt billede af dem på den anden side, hvem de er, eller hvad de gør,”*

svarer hun. Under interviewet går det op for hende, at hun sjældent får feedback fra kommunen og ikke kender de fysiske rammer (lokaler, faciliteter, miljø), som patienterne møder i kommunen. Hun sammenligner de kommunale forløb med dem, hun henviser til på sygehusene. Sygehusene repræsenterer ”en verden, som man kender rigtig godt”, mens de kommunale tilbud beskrives som en ”ukendt størrelse” og ”noget ekstra, ved siden af”. Hendes viden om tilbuddene får hende ikke til at henvise flere:

*”Så hører man om det og tænker, at gud, det er jo supergodt, og så kommer man selvfølgelig i tanke om nogle patienter, som man kunne have brugt det til tidligere. Men hvis man så i den næste periode ikke får nogen ind, som passer, så glider det ud af ens bevidsthed. Det kommer længere og længere væk.”*

Når Maria peger på sit manglende kendskab til de kommunale tilbud som forklaring på, at hun sjældent får dem integreret i sin kliniske praksis, handler det ikke kun om hendes adgang til skriftlig information. Det handler også om at kende kommunen på et relationelt og fysisk plan – og om at have kommunen mere aktivt i sin bevidsthed.

### 3.3 Tema 3: Henvisningspraksisser i almen praksis

Interviewene viste, at henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud spænder fra formaliserede, systematiserede arbejdsgange til mere situationsbestemte og pragmatiske løsninger. På tværs af interviewene tegnede der sig tre henvisningslogikker:

- Rutinisering – henvisning som fast og standardiseret del af klinisk praksis
- Skøn – henvisning som individuel og situationsafhængig vurdering
- Delegering – henvisning som noget, patienten selv forventes at handle på.

I praksis overlapper logikkerne, og den enkelte klinik kan bevæge sig mellem dem afhængigt af problemstilling, patient og organisatoriske rammer. Som analytiske kategorier tydeliggør de imidlertid forskellige forståelser af ansvar, motivation, lighed og prioritering.

#### Rutinisering: henvisning som integreret standardpraksis

Flere af de interviewede læger beskriver henvisning som systematisk indlejret i arbejdsgangen for patienter med en kronisk sygdom. Tilbud om rehabilitering kan indgå som et fast punkt i årsstatuskonsultationer, fx for KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdom. Journalsystemets fraser og strukturer fungerer som påmindelser, der sikrer, at spørgsmålet bringes op og dokumenteres hver gang. I denne logik fremstår henvisning som en del af den faglige standard. Den knyttes ikke nødvendigvis til en konkret akut problemstilling, men til det at have en kronisk sygdom. Forebyggelse og rehabilitering bliver dermed positioneret som et naturligt supplement til medicinsk behandling.

Flere beskriver, at tilbuddet gentages år efter år, også til patienter, der tidligere har takket nej. Dette peger på en forståelse af, at motivation og parathed kan ændre sig over tid, og at henvisning derfor ikke er en engangshandling, men en tilbagevendende mulighed.

Rutiniseringen – forstået som, at henvisninger til de kommunale tilbud bliver indlejret som en fast rutine – reducerer afhængigheden af individuel hukommelse og samtidig giver den en vis standardisering. Tilbuddet bringes i spil som en fast komponent, men uden nødvendigvis at være genstand for dialog om barrierer, motivation eller sociale forhold. I nogle beskrivelser fremstår henvisningen næsten administrativ; i andre ledsages den af en aktiv formidling af indhold og forventet udbytte.

*“Så vælger man på den liste kommunal henvisning til rehabilitering, og så ryger det sådan set afsted. Så rent praktisk er det rigtig nemt. [...] Det behøver ikke være den lange smøre om patienten. Så selve henvisningsdelen, den er meget nem.”*

**Karina, praktiserende læge og klinikejer**

Rutinisering er således både et redskab til kvalitetssikring og en måde at afbureaukratisere beslutningen. Den reducerer behovet for skøn, men kan gøre henvisning mindre individualiseret.

### Skøn: henvisning som klinisk og kontekstafhængig vurdering

Ud over de standardiserede forløb beskriver lægerne henvisning som en skønsbaseret praksis, hvor beslutningen træffes på baggrund af en samlet vurdering af patientens situation.

Denne logik træder særligt frem i situationer, hvor patientens problematik falder uden for de gængse sygdomsgrupper eller emner for patientrettet forebyggelse og derfor ikke peger på én klar løsning. Sådanne problematikker kan eksempelvis være faldtendens, tiltagende funktionstab, begyndende kognitiv svækkelse, psykisk mistrivsel, social isolation eller misbrug. Her udspringer henvisningen af en konkret bekymring, ofte formuleret som "her skal vi være opmærksomme" eller "her kunne kommunen måske have noget".

Skønslogikken er kendetegnet ved: en vurdering af timing (er patienten parat?), en vurdering af relevans (passer tilbuddet til behovet?) og en vurdering af effekt (vil det gøre en forskel?) En læge udtrykker det sådan her:

*"Mange af vores patienter har jo både diabetes, KOL, osteoporose og alt muligt andet. Hvor mange forskellige ting skal de gå til? Altså, de skal også nå at leve deres liv [...]. Vi prøver at tilpasse det til den enkeltes behov. Noget er jo vigtigere end andet."*

**Andreas, praktiserende læge og klinikejer**

Her spiller kendskabet til patienten en central rolle. Flere læger understreger, at de kender deres patienter indgående og ved, hvem der typisk møder op, og hvem der har svært ved at gennemføre forløb. Henvisningen bliver dermed ikke kun et spørgsmål om medicinsk indikation, men om sandsynlig deltagelse.

Skønslogikken giver rum for en høj grad af individualisering. Den gør det muligt at identificere behov, som ikke passer ind i standardiserede kategorier, og at handle fleksibelt. Samtidig indebærer den variation. To læger kan vurdere den samme patient forskelligt, afhængigt af erfaringer, holdninger og lokalkendskab.

Her bliver implicite kriterier tydelige: ressourcer, robusthed, sociale forhold og tidligere fremmøde indgår i vurderingen. Henvisning bliver dermed et produkt af både faglig og social vurdering. I modsætning til rutinisering kræver denne henvisningslogik, at den enkelte læge husker at bringe tilbuddene op i samtalen med patienten. Flere læger påpeger, at det er noget, som kan være svært.

### Delegering: henvisning som patientens ansvar

En tredje logik består i, at initiativet i større eller mindre grad overdrages til patienten selv. Patienten får ikke en formel henvisning, men informeres om tilbuddet, vises kommunens hjemmeside eller får udleveret kontaktoplysninger. Derefter er det op til patienten selv at agere på det.

Delegering anvendes især ved patienter, der vurderes at have ressourcer og handlekompetence til selv at tage kontakt. Flere læger beskriver det som en pragmatisk løsning i en travl hverdag, hvor man må prioritere, hvornår der bruges tid på at udfylde en henvisning, og hvornår det er tilstrækkeligt at give information.

Denne logik rummer flere dimensioner: Den understøtter autonomi og selvstændighed; den reducerer tidsforbrug i konsultationen, men den fungerer også som implicit selektion. Forskellen mellem aktiv henvisning og opfordring med telefonnummer til kommunens tilbud beror ofte på en vurdering af overskud, struktur og handlekraft. Delegering bliver dermed ikke blot en teknisk løsning, men en differentieret praksis, hvor patienter mødes med forskellige grader af støtte.

I nogle udsagn fremstår delegering også som en form for motivationsafprøvning: Hvis patienten ikke selv kan tage det første skridt, kan det tolkes som tegn på begrænset parathed til at deltage i et forløb:

*"Derfor ender det jo også tit med, hvis der er noget, hvor man siger, jeg mener, jeg har hørt noget om det [...] at man simpelthen siger til patienten: "Prøv lige at ringe op til sundhedscenteret og spørg, om de har et tilbud til dig for det her." [...] Det sorterer også en lille smule i det, forstået på den måde, at der vil være nogle, hvor jeg tænker, at du skal selv yde en indsats for det, du nu skal i gang med. Og hvis den indsats stopper ved, at du gider ikke selv at ringe op og aftale en tid med dem, så er du nok heller ikke motiveret for det, de vil sætte dig til."*

**Jørgen, praktiserende læge og klinikejer**

Samtidig peger flere på, at mange tilbud ikke formelt kræver lægehenvvisning, og at kommunen visiterer ens uanset indgang. Dette legitimerer delegering som acceptabel praksis. Men modellen indebærer, at deltagelse i højere grad afhænger af patientens sundhedskompetence og organisatoriske overskud.

### Tværgående betingelser

På tværs af de tre henvisningslogikker beskrives de elektroniske løsninger generelt som funktionelle og relativt enkle at anvende. Flere fremhæver, at henvisningen teknisk set er ukompliceret.

Samtidig viser interviewene, at den tekniske enkelhed ikke nødvendigvis betyder organisatorisk overskuelighed. Hvor kommunen har én samlet indgang og en tydelig struktur, opleves henvisning som ligetil. Omvendt beskrives det som tidskrævende og mentalt belastende at navigere i flere kommuners hjemmesider, skiftende tilbud og forskellige organisatoriske betegnelser.

Ligesom mange læger efterspørger feedback fra kommunen om, hvordan en indsats er gået, for at de kan få en føling med kvaliteten af tilbuddene, fremhæves manglende systematisk tilbagemelding også som et gennemgående vilkår i forbindelse med at lave selve henvisningen. Flere beskriver, at de ikke ved, om henvisningen er modtaget, om patienten er visiteret, eller om forløbet er gennemført. Opfølgning overlades ofte til patienten selv, og henvisning indgår sjældent i en egentlig læringsløkke mellem sektorer. Denne asymmetri i informationsudveksling kan svække oplevelsen af fælles ansvar og mindske incitamentet til aktiv og målrettet henvisning.

Endelig fortæller flere af de interviewede læger, at bureaukratiske forhold ind imellem spænder ben. Mange af lægerne oplever for eksempel, at patienter ikke kan få adgang til tilbud, fordi de ikke har den adgangsgivende diagnose. Enkelte læger fortæller også om patienter, som kunne have gavn af et træningsforløb — for eksempel for at opretholde deres funktionsniveau — men som ikke kan få adgang, fordi kommunen efterspørger at patienten først får lavet en genoptræningsplan via et sygehus. I sådanne tilfælde oplever lægerne, at systemet er for rigtigt.

## Case 3:

### Et spørgsmål om personlige præferencer

Lone er sololæge i en samarbejdspraksis og hun er særligt optaget af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne. Som udgangspunkt henviser Lone via kommunehenvisningsblanketten, der fungerer som én samlet henvisningsindgang til alle kommunens indsatser:

*Jeg har gjort et stort nummer ud af [kommunehenvisningsblanketten] i forhold til kollegerne, også for at sige, at det er nemt det her.*

I henvisningen noterer Lone som regel, hvilken indsats hun forestiller sig, at patienten vil have gavn af. Indimellem kan hun dog være i tvivl. Så henviser hun blot til en afklarende samtale, så kommunen og patienten i fællesskab kan finde ud af, hvilken indsats patienten skal modtage. Lone er bevidst om, at patienterne ofte også selv kan kontakte kommunen for at få adgang til indsatserne. Alligevel foretrækker hun at lave en henvisning:

*Patienterne kan godt selv kontakte kommunen. Jeg tror ikke, det kræver en henvisning fra mig. Men hvis jeg har fingre i dem, så henviser jeg, fordi jeg tænker, det øger tilslutningen.*

Lone synes, at det er nemt at henvise patienter via de dertil indrettede blanketter, og hun gør det gerne, fordi hun betragter det som en hjælp til patienterne.

Jørgen har en anden tilgang. Jørgen er også sololæge i en samarbejdspraksis. Hans patienter bor i tre forskellige kommuner, og han har svært ved at holde overblik over alle de tilgængelige indsatser. Han beder derfor ofte sine patienter om selv at ringe op til kommunen og tage en snak om, hvilke indsatser de kan tilbyde.

Indimellem har han dog at gøre med en patient, som har brug for lidt ekstra hjælp. Så skriver han som regel en korrespondancemeddelelse til kommunens sundhedscenter:

*Jeg skriver typisk til dem: "Jeg har den her patient med de her udfordringer. Jeg kunne forestille mig, at vedkommende ville have gavn af noget i den her stil. Gider I kontakte vedkommende, hvis I har mulighed for at hjælpe dem?" Og så gør de det. Jeg plejer at formulere det så fluffy som muligt, netop for at de skal have så meget spillerum at gøre med som muligt.*

Jørgen foretrækker, at lade det være op til kommunen at finde ud af, hvilken indsats patienten skal tilbydes. På den måde er han sikker på, at patienten bliver tilbudt den bedst mulige indsats. Han føler, at det er for restriktivt at henvise til et specifikt tilbud eller via en henvisningsblanket:

*Jeg tror stadigvæk, at fritekst rigtig langt hen ad vejen er bedre end de der firkantede skemaer, fordi der vil nogle gange være nogle nuancer, der går tabt.*

### 3.4 Tema 4:

## Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Henvisning fra almen praksis til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud kan i sig selv forstås som et samarbejde mellem almen praksis og kommunen. Derfor giver det mening at analysere barrierer og facilitatorer for henvisningerne ud fra et samarbejdsperspektiv: Hvordan fungerer kommunikation, arbejdsdeling, rolleforståelse, ansvarsplacering og prioriteringer i dette samarbejde?

De interviewede lægers relation til kommunen og deres forventninger til samarbejdet formes i høj grad af deres tidligere erfaringer med kommunale indsatser og af samarbejdet med det sekundære sundhedsvæsen. I interviewene bruger nogle læger disse erfaringer til at sammenligne, vurdere og beskrive samarbejdet om forebyggelse og rehabilitering.

Når lægerne beskriver deres samarbejde med kommunen, forbinder mange det først og fremmest med andre områder end forebyggelse og rehabilitering. Hjemmeplejen, akutteamet, jobcenteret, børne- og familiecenteret og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning bliver nævnt som berøringsflader med kommunen, hvor særligt hjemmeplejen har en central plads i lægernes bevidsthed. Nogle udtrykker utilfredshed med dette samarbejde, mens andre beskriver det som velfungerende. Fælles for dem er dog, at kontakten med de øvrige kommunale samarbejdspartnere er tættere for lægerne end samarbejdet om forebyggelse og rehabilitering. En læge, ansat i en praksis, sammenligner forebyggelse og rehabilitering i kommunen med det samarbejde han har med hjemmesygeplejen:

*Jeg synes godt, det kan være særligt bøvet, det her med, hvem er det så helt præcis, jeg skal kontakte? Altså, hvor skal jeg sende den korrespondancemeddelelse hen? Hvilken afdeling i kommunen skal tage imod det her? Hvem læser det? [...] Og jeg synes der, hvor det fungerer godt, det er jo der, hvor vi har en veletableret kommunikationsvej, som for eksempel med hjemmesygeplejen, hvor, der ved jeg, at de skriver til mig flere gange dagligt omkring nogle af mine ældre patienter. Der ved jeg jo også, at hvis jeg har brug for at kontakte dem, hvor det ikke bare er et svar på deres henvendelse til mig, jamen så ved jeg jo også, hvem der sidder og griber den i den anden ende, og hvad der er af muligheder osv.*

**Bo, ansat praktiserende læge**

Læger, der har positiv erfaring fra samarbejdet med hjemmeplejen, bruger den som kontrastpunkt til at pege på, at samarbejdet om forebyggelse og rehabilitering ikke fungerer lige så godt. Hos andre læger lader det derimod til at negative erfaringer med hjemmeplejen kan "smitte af" og skabe tilsvarende lave forventninger til de kommunale tilbud om forebyggelse og rehabilitering. En læge beskriver en oplevelse sådan her:

*Jeg har en gang prøvet at ringe til nogen. Det var nu altså en akut kommunal situation, hvor jeg blev stillet om så mange gange, så jeg nærmest gav op på forhånd. Så det ville jeg ikke engang prøve med forebyggelse.*

**Rikke, praktiserende læge og klinikejer**

Samarbejdet med kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud bliver også sammenlignet med lægernes samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. I disse sammenligninger bliver det tydeligt, at relationen til kommunens tilbud opleves som mere fremmed og mindre velkendt end samarbejdet med eksempelvis sygehuse og speciallæger. Lægerne er som regel bedre bekendt med opgavevaretagelsen i det øvrige sundhedsvæsen, fordi de har praktisk erfaring derfra.

*Hvis jeg henviser en patient ind til et ambulatorium eller til en anden praktiserende speciallægekollega, så har jeg en ret god fornemmelse af, hvad er det, min patient bliver tilbudt derinde. Hvor det har jeg ikke rigtig i kommunen, så jeg ved ikke rigtig, hvad gør de, og hvad gør de ikke, så hvad er der ligesom tilbage for mig at gøre, som ligger på min banehalvdel?*

**Bo, ansat praktiserende læge**

Usikkerheden om henvisningen til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud handler ikke kun om at kende indholdet af tilbuddene. For lægerne handler det også om at kende kommunens opgaver i relation til egne opgaver – med andre ord, om at kende og forstå arbejdsfordelingen. I samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen er der for eksempel en tydelig ansvarsoverdragelse, som ikke findes i samarbejdet med kommunen. Det udtrykkes sådan her:

*Vi er jo vant til at være i nogle systemer, hvor der er et slags behandlingsansvar. Så når vi videregiver en patient, så videregiver vi altid til en læge. Det er det, vi er vant til. Så har de behandlingsansvaret. Men her er det altid mig, der står... Selvom de [deltager i en kommunal indsats], så er det mig, der har ansvaret.*

**Morten, praktiserende læge og klinikejer**

*Jeg har aldrig arbejdet i en kommune. Jeg har arbejdet rigtig meget på sygehusene. Så derfor kender jeg indgående til det. Det ligger ligesom i min bevidsthed, hvor kommunen har jeg jo aldrig sat mine ben på. Så jeg aner ikke noget om det. De er heller ikke lige dem, der står først for, når man skal finde på nogle tilbud til sine patienter.*

**Bo, ansat praktiserende læge**

En central årsag til, at nogle læger efterspørger mere indsigt i kommunens arbejde med forebyggelse og rehabilitering, er ønsket om et sammenhængende patientforløb. Det er altså væsentligt at kunne vurdere, hvad kommunen gør, og hvad patienten stadig skal have hjælp til i almen praksis, så patienten tilbydes de relevante indsatser.

### Almen praksis' rolle og ansvar

De fleste af de interviewede læger betragter det ikke som en pligt at informere alle patienter om de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Tværtimod er det, som altid, de alment praktiserende lægers opgave at afdække, hvilke patienter der vil have gavn af et tilbud. Lægerne har mange opgaver, særligt i behandlingen af patienter med kronisk sygdom, og de er ofte nødt til at prioritere mellem opgaverne på baggrund af den individuelle patients behov.

*Som med alt andet, så er vi jo også nødt til at vægte, hvad der er vigtigst. Hvis vi for eksempel har en ny patient med diabetes, er der jo en lang liste med ting, man skal nå igennem. Et forløb i kommunen kunne være én af dem. Men man kan ikke gøre det hele på én gang, for så ramler det. Det er helt sikkert! Det er der ingen, der magter. Jeg synes ikke, det er vores ansvar at henvise alle patienter, der opfylder kriterierne i en pakke, og det er jo heller ikke meningen. Meningen er, at vi skal henvise, når der er et behov.*

**Andreas, praktiserende læge og klinikejer**

Læger er bevidste om, at de har et populationsansvar, som blandt andet består i at skulle bidrage til at forebygge sygdomme blandt deres patienter. Nogle læger føler, at henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud er en del af dette populationsansvar. Andre mener ikke, at dette er tilfældet, fordi de kommunale tilbud blot er én af flere behandlingsmuligheder.

*Når vi har en patient inde, er det vores ansvar at identificere patientens problem, og så få dem sendt det rigtige sted hen. Men det er jo et tilbud, kommunen har. Vi har jo ikke pligt til at henvise. For mig at se, så er det ikke et populationsansvar, men det er et patientkontaktansvar at vurdere, om den her patient vil kunne have gavn af et eller andet kommunalt tilbud.*

**Jørgen, praktiserende læge og klinikejer**

Denne sondring afspejles i, hvilket ansvar lægerne føler, de har, i forhold til at henvise patienterne til de kommunale tilbud. Nogle af lægerne (ofte dem med mange patienter med kronisk sygdom) påtager sig et stort ansvar i forhold til at minde patienterne om tilbuddene og opfordre dem til at deltage. De er klar over, at deres anbefaling vægter tungt hos patienterne:

*Vi kan motivere rigtig mange af vores patienter til rigtig, rigtig meget, fordi vi kender dem, og de har tilliden til os, og de ved, vi vil dem det bedste. At der er ikke nogen, der prøver at prakke dem et eller andet tilbud på, som ikke er særlig godt.*

**Bo, ansat praktiserende læge**

Andre læger mener, at deres opgave primært består i at informere patienterne om, at der findes kommunale tilbud, som de kan have gavn af. Det gælder særligt de læger, som har relativt ressourcestærke patienter, der forventes selv at kunne søge mere information og kontakte kommunen, hvis de vil benytte sig af tilbuddene. Lægerne føler ikke nødvendigvis, at det er deres ansvar at vide, hvad de forskellige tilbud indeholder.

*Ofte er der et eller andet tilbud i kommunen, som patienterne kan gøre brug af, men jeg er ikke den rette til at have det overblik. Og jeg har heller ikke tid til det i min hverdag. Så der tror jeg egentlig, at man skal blive bedre til bare at sende [patienterne] afsted. Og så er det jo [kommunens] funktion at finde ud af, hvilket tilbud der passer til den patient eller borger.*

**Katrine, læge i hoveduddannelse i almen medicin**

Lægerne er dog bevidste om, at sundhedsvæsenet er et komplekst system, og mange føler, at det til dels er deres opgave at hjælpe patienterne med at navigere i dette system:

*Jamen, patienterne kan jo også godt søge kommunen selv. De kan for eksempel godt søge rygestopkurser. Det kan de jo godt selv sørge for, og det tror jeg også, at der er nogle, der gør. Men jeg ser almen praksis som værende den, der nogle gange guider de her patienter. Vores primære formål er faktisk at hjælpe patienten til at navigere i et meget, meget komplekst set-up af tilbud.*

**Laura, praktiserende læge og klinikejer**

Samlet set peger interviewene på, at lægernes oplevelse af samarbejdet med kommunen – og af deres egen rolle og ansvar i dette samarbejde – er med til at forme deres henvisningspraksis. Det fremgår, at samarbejdet kan variere betydeligt mellem forskellige læger og kommuner, og at den sekundære sektor påvirker samarbejdet – både ved at danne et sammenligningsgrundlag for lægernes vurdering af kommunens samarbejde og ved selv at indgå i samarbejdet om henvisninger til forebyggelse og rehabilitering.

## Case 4:

### Thomas, Camilla og Anders tager ansvar – når det giver mening

I et fokusgruppeinterview drøfter lægerne Thomas, Camilla og Anders, hvilket ansvar almen praksis har, når det gælder patienters forebyggelse og rehabilitering i kommunalt regi. Thomas beskriver flere eksempler på patienter, der mister funktionsniveau uden at have været indlagt og derfor ikke får en genoptræningsplan. Det gælder fx en patient med Parkinsons, der falder hyppigt, eller en patient i hjemmebehandling efter blodprop. I sådanne tilfælde oplever han, at kommunen er svær at komme i dialog med, fordi der mangler en genoptræningsplan (GOP), og fordi han som praktiserende læge ikke kan udstede den. Thomas vil gerne tage ansvar, men føler sig begrænset af en organisatorisk arbejdsfordeling, hvor GOP'en er det eneste, der "åbner porten". Camilla er enig, men hun påpeger, at ansvaret ikke nødvendigvis kun ligger hos almen praksis:

*"Altså, patienten kan jo godt selv gå ind og søge om sådan et genoptræningsforløb. Men det kræver selvfølgelig de ressourcer, at man så gør det."*

**Camilla, læge i hoveduddannelse i almen medicin**

Anders bringer et andet perspektiv ind: den modsatte problematik, hvor det formelle ansvar i princippet ligger hos den praktiserende læge, men i praksis ikke følges systematisk. Han beskriver, hvordan sundhedslovgivningen pålægger læger at følge op på alt, de iværksætter – også kommunale tilbud – men at dette ansvar ikke får samme vægt i hverdagen:

*"Hvis patienten ikke har lyst til at dukke op til type 2 diabetesrehabilitering, ikke svarer telefonen, ikke reagerer på henvendelser og heller ikke selv tager derhen. Så er det jo stadig mit ansvar. End of the day. [...] Og der er kommunen nok en af de ting, hvor jeg siger (løfter hænderne opgivende): C'est la vie. Fordi det er trods alt mindre vigtigt end så meget andet, jeg laver. [...] Der falder rygestop sku lidt længere ned end et cancerpakkeforløb. Der vil jeg gerne tage ansvar og skrive noter til mig selv og reminders, og hvad ved jeg. Det gør jeg ikke med en rygestophenvisning. Det må jeg ærligt indrømme."*

**Anders, praktiserende læge og klinikejer**

For Anders hænger det også sammen med manglende indsigt i, hvad kommunen konkret tilbyder:

*"Når jeg ikke kender indholdet, så kan jeg jo ikke tage ansvar for det."*

**Anders, praktiserende læge og klinikejer**

### 3.5 Tema 5: Køn, ulighed og lægers beslutningslogikker

Interviewene viser, at henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud ikke alene er et spørgsmål om klinisk indikation. Beslutningen om en henvisning formes i et samspil mellem lægens faglige vurdering, erfaringer med bestemte patientgrupper, antagelser om motivation og ressourcer samt strukturelle forhold som transport, sprog og tilbuddenes organisering.

#### Formelle og uformelle kriterier

Majoriteten af de interviewede læger giver udtryk for, at de som udgangspunkt altid vil tilbyde patienten at blive henvist til kommunal forebyggelse og rehabilitering, hvis patienten opfylder de formelle kriterier. Samtidig giver mange også udtryk for at implicite kriterier for deltagelse, såsom om patienten har de sociale og kulturelle forudsætninger for at deltage, de økonomiske og praktiske ressourcer til at nå frem til tilbuddet eller motivationen for at møde op, påvirker, hvor meget de reklamerer for det kommunale tilbud for patienten og følger op på, om vedkommende deltager i det. På den måde kan lægens indtryk og forståelse af patientens socioøkonomiske situation og personlighedstræk påvirke lægens henvisningspraksis. På tværs af interviewene fremstår henvisning altså som en situeret og relationel praksis, hvor lægen foretager en samlet vurdering af, om tilbuddet "giver mening" for den konkrete patient – her og nu.

#### Har patienten tid?

Mange læger peger på, at tidspunktet for afholdelse af kommunale tilbud kan udgøre en barriere for deltagelse. Flere fremhæver, at tilbuddene ofte ligger i dagtimerne, hvilket kan gøre det vanskeligt for patienter, der er i arbejde, at møde op. Særligt patienter uden fleksible arbejdstider kan have begrænsede muligheder for at deltage. Nogle læger oplever denne barriere som så betydelig, at de i praksis kan være tilbageholdende med at henvise patienter, der arbejder i dagtimerne, fordi de vurderer, at deltagelse vil være vanskelig at forene med patientens arbejdsliv.

Tid kan også spille en rolle i situationer, hvor behandlingen af kronisk sygdom i forvejen stiller betydelige krav til patientens tid og opmærksomhed. Flere læger peger på, at patienter med multisygdom ofte allerede er involveret i en række behandlings- og kontrolforløb, hvilket kan begrænse deres mulighed for at deltage i yderligere sundhedsindsatser. I sådanne tilfælde kan hensynet til patientens samlede belastning indgå i vurderingen af, om en henvisning til et kommunalt tilbud er relevant.

Derudover kan prioriteringen i selve konsultationen have betydning. Hvis en patient sjældent er til konsultation, kan tiden i mødet blive brugt på andre presserende problemstillinger eller justering af behandling. Samtaler om forebyggelse og rehabilitering kan derfor i nogle situationer blive nedprioriteret i forhold til andre kliniske behov.

*"Så hvis du har en patient, der kommer ind med... en mand, der kommer ind med ondt et eller andet sted eller er blevet tvunget af sin kone, og du kan se: Jamen, han er faktisk en kroniker. Han er udeblevet fra de her kontroller måske og så på samme tid skulle måle et blodtryk og lige opfordre til blodprøver eller justere noget medicin. [...] Og så vil jeg ikke oven i det sige: Jamen, der er også det her tilbud."*

**Amina, læge i hoveduddannelse i almen medicin**

Lægens oplevelse af patientens prioritering af tid, og hvor meget og hvornår vedkommende har ting i kalenderen, kan altså påvirke lægens motivation for at henvise patienten til kommunen. Endelig vurderes henvisningen også ud fra, hvor i sygdomsforløbet patienten befinder sig. Flere læger beskriver, at tilbuddene opleves som mest relevante ved nydiagnosticering, hvor behovet for viden antages at være størst. Patienter med længere sygdomsforløb kan derimod opfattes som mindre "modtagelige" for standardiserede tilbud, enten fordi de allerede har etableret vaner, eller fordi sygdommen er blevet en integreret del af hverdagen.

*"Dem, der har haft diabetes i 10 år, [...er ikke] så pokkers interesserede i nogle af de tilbud."*

**Lone, praktiserende læge og klinikejer**

Denne "timing-logik" indebærer, at henvisning ikke blot er et spørgsmål om behov, men også om vurdering af det rette tidspunkt. Tilbud kan derfor blive fravalgt – ikke fordi de vurderes irrelevante i absolut forstand, men fordi patienten anses for at være et andet sted i forløbet, hvor effekten forventes at være begrænset.

### Hvilke ressourcer har patienten?

Hvis en patient mangler ressourcer i form af økonomi, transportmuligheder, er "skrøbelig", udfordret af flere kroniske sygdomme eller har et fysisk handicap, kan det også være udslagsgivende for, om lægen sender en henvisning afsted. En læge beskriver overvejelserne sådan:

*"Det er jo det, at det kræver nogle ressourcer. Så der kan være nogle, der har så store sociale problemer, at hvis de dårligt nok kan komme til tiderne hos mig i lægeklinikken, så kan det godt være, at jeg tænker, okay, så er det ikke det, vi skal bruge krudtet på nu her og give dem dårlig samvittighed over, at de udebliver til nogle aftaler i kommunen."*

**Christian, praktiserende læge og klinikejer**

En anden læge peger på, at kognition og funktionsevne er afgørende. Hvis patienten vurderes ikke at kunne bearbejde information eller indgå i forløb om egen mestring, reduceres tilbøjeligheden til at henvise:

*"Er patienten kognitivt svækket på en eller anden måde, så alt det der med egen mestring er alt for svært, så vil det ikke kunne lade sig gøre. Det kan sagtens være noget, jeg tænker over."*

**Bo, ansat praktiserende læge**

Logistiske forhold spiller en væsentlig rolle; særligt i landpraksis fremhæves afstand, transporttid og kompleksitet i kørselsordninger som reelle barrierer, der indgår i lægens forhåndsvurdering af, om tilbuddet er realistisk for patienten.

Mens nogle patienter kan have for få ressourcer til, at lægen vil arbejde aktivt på at lave en henvisning, finder vi i den anden ende af skalaen patienter, der har "for mange" ressourcer til, at lægen finder det meningsfuldt at henvise. De patienter, der "selv magter at tage stilling og rette henvendelse til kommunen", er "økonomisk velstillede", har private sundhedsforsikringer, "allerede har sat sig ind i" tilbuddene, "har overskuddet og ressourcerne" og "selv kan yde en indsats" bliver af mange læger klassificeret som en type af patienter, der ikke behøver lægens henvisning til kommunen for at få adgang til forebyggelse og rehabilitering. Det kan de godt selv sørge for, enten ved selv at kontakte kommunen eller fx ved at betale sig til diætist, fysioterapi og træningshold i privat regi.

### Er patienten motiveret?

Patientens motivation for at deltage i tilbuddene hos kommunen bliver ofte nævnt som et afgørende kriterium for, at man som læge vil henvise en patient. Når man som læge har en antagelse om, at en patient ikke vil finde et tilbud hverken interessant eller relevant, kan nogle være tilbageholdende med at lave henvisningen, fordi de forventer, at den ingen effekt vil have: Patienten vil alligevel ikke være motiveret for at møde op.

*"Ja, altså, jeg tænker, at det skal jo dels være den patient, som er nogenlunde motiveret for at gøre noget, for det kræver jo også en indsats fra dem, kan man sige, ellers bliver de svære at hjælpe i de her tilbud."*

**Bo, ansat praktiserende læge**

*"Det giver jo ikke nogen mening, at jeg henviser en ryger til et rygestopskursus, hvis ikke de er interesserede i at holde op med at ryge, så kan man sige, at så har det jo ingen gang på jord. Det vil jo være håbløst."*

**Mark, praktiserende læge og klinikejer**

Lægernes tendens til ikke at henvise patienten til et kommunalt tilbud, hvis de fornemmer, at motivationen er fraværende hos patienten, indikerer også en bevidsthed om, at deltagelse i de kommunale indsatser er frivillig. Det afspejler også en antagelse om, at motivationen for at deltage helst skal oparbejdes og vedligeholdes af patienten selv, medmindre man som læge formår at "sælge det til dem". Få læger nævner det som en mulighed, at medarbejdere i kommunen kunne arbejde med at overtale og motivere patienterne til at møde op og fortsætte i forløbene.

### Taler patienten sproget?

Sprogkunderskaber er endnu et implicit kriterium for deltagelse i de kommunale indsatser, som mange læger har med i deres overvejelser, inden de henviser en patient. Flere læger fortæller, at de sorterer patienter med sparsomme eller ingen danskunderskaber fra, fordi de forventer, at der vil være for store sprogbarrierer til, at det giver mening for patienten at deltage. En læge udtrykker det sådan:

*"Det er specielt ved dem, der ikke kan dansk. Der er jeg meget opmærksom på det, fordi der føler jeg faktisk, at det er lidt håbløst. Og det er ikke altid, jeg siger, at der er noget. Selvfølgelig dem med diabetes. Der tænker jeg, at der må man være vant til at håndtere alle typer og sproglige problemer. Men dem der, hvor det bliver lidt mere vagt, om der er et tilbud, der bruger jeg faktisk ikke så meget energi på det."*

**Rikke, praktiserende læge og klinikejer**

Når læger undlader at henvise patienter, fordi de forventer, at de vil opleve sprogbarrierer i kommunen, siger det ikke kun noget om det indtryk, lægen har af patienten. Det indikerer også en forventning om, at kommunen ikke har ressourcerne til at imødekomme problematikker om sprog og tolkning i mødet med patienten.

### Vil patienten trives i gruppeforløb?

Utryghed ved at deltage i gruppebaserede forløb nævnes flere gange som en barriere for patienters deltagelse i de kommunale indsatser. Kun få læger giver udtryk for, at dette i sig selv vil lede til, at man tøver med at henvise. Utryghed nævnes dog ofte i beskrivelsen af patienter, som har svært ved at deltage i tilbuddene på grund af anden form for udsathed, social angst, skrøbelighed eller mangel på motivation. På den måde vejer patientens interesse for at deltage i gruppeforløb med i den samlede vurdering af, om det giver mening for lægen at lave henvisningen.

For nogle patienter vurderes gruppeformatet som motiverende og fællesskabsfremmende, mens det for andre, fx socialt isolerede, kognitivt svækkede eller sprogligt udfordrede borgere, kan være en barriere. I praksis bliver evnen til at indgå i en gruppe dermed en implicit tærskel for henvisning. Lægerne beskriver, at patienter med betydelig komorbiditet, psykisk sygdom, misbrug eller sociale belastninger kan have vanskeligt ved at profitere af et standardiseret gruppeforløb. I sådanne tilfælde udskydes henvisning eller bringes ikke nødvendigvis på banen.

Lægens motivation for at henvise patienter, som ikke virker interesserede i et gruppeforløb, kan også være præget af forventningerne til den kommune, de henviser til. Nogle læger oplever, at kommunens tilbud overvejende er gruppebaserede, og de vurderer derfor, at det primært giver mening at henvise patienter, der ønsker den form. Andre læger forsøger at finde alternative løsninger eller forventer, at kommunen selv tilpasser tilbuddet til de patienter, der foretrækker individuel behandling. For eksempel fortæller Line om, hvordan hun har fået en psykisk sårbar patient med diabetes afsted til et kommunalt tilbud:

*"Hun sagde, at det der med at indgå i noget gruppe og træne med andre, det ville hun ikke have lyst til. Jeg tænkte: fair nok. Men så skrev jeg til dem specifikt, at hun havde nogle særlige udfordringer. Og så lavede de et forløb bare med hende, hvor de snakkede mest om sådan noget med kost. Det var hun rigtig glad for. Så det, synes jeg, var meget fornemt, at hun alligevel fik et lille skræddersyet forløb, som kunne hjælpe hende."*

**Line, praktiserende læge og klinikejer**

### Vil patienten profitere?

Flere læger forklarede, at henvisning forudsætter, at lægen identificerer et "potentiale for profylakse" og en sandsynlig gevinst ved deltagelse. Hvis dette potentiale vurderes som lavt, reduceres sandsynligheden for henvisning. Vurderingen af et sådant potentiale rummer også en implicit prioriteringslogik. Flere læger beskriver, at de overvejer, om der fortsat er mulighed for at forebygge forværring eller skabe varig livsstilsændring. Hvis sygdommen vurderes at være fremskreden, eller hvis tidligere forsøg på adfærdssændring ikke har haft effekt, kan tilbøjeligheden til at henvise mindskes.

Henvisning bliver dermed ikke alene behovsstyret, men også effektstyret. Dette kan bidrage til en selektiv praksis, hvor patienter med de største udfordringer – og dermed potentielt størst behov – ikke nødvendigvis prioriteres, hvis sandsynligheden for succes vurderes som lav.

### Sammensætning og overrepræsentation af særlige karakteristika hos bestemte patientgrupper

Nogle gange forbinder læger særlige karakteristika med bestemte grupper i samfundet: mænd vil nok ikke deltage i gruppebaserede forløb og er generelt umotiverede, minoritetsetniske danskere kan ikke overkomme transport, oplever sprogbarrierer og kan heller ikke lide træningsforløb i grupper, fordi de er kulturelt disponerede for at være blufærdige. Når en læge er tilbageholdende med at henvise bestemte patientgrupper, er det sandsynligvis baseret på en forventning om, at visse barrierer eller karaktertræk er overrepræsenteret i netop denne gruppe.

Flere af de interviewede læger genkender, at mænd i mindre grad opsøger eller fastholdes i tilbuddene. Forklaringerne er sammensatte. Nogle peger på kulturelle normer for maskulinitet og blufærdighed i relation til at tale om sygdom og livsstil i grupper. Andre beskriver, at mænd – særligt ældre mænd – kan have en mere instrumentel tilgang til behandling ("giv mig en pille") og være mindre motiverede for samtale- og gruppebaserede indsatser.

Samtidig nuanceres billedet. I visse sammenhænge, fx i længerevarende gruppeforløb med tydelig struktur og opbygning af fællesskab, beskrives mænd som engagerede og udbytteorienterede deltagere. Nogle af lægerne peger på, at mænd ofte kan gennemføre intensive livsstilsændringer på kort sigt, men har sværere ved vedvarende fastholdelse. Der tegner sig således ikke et entydigt billede af mænd som "uvillige", men snarere som en gruppe, hvor deltagelse afhænger af rammesætning, kommunikation og oplevet relevans.

Når det gælder borgere med anden etnisk baggrund, fremhæves sprogbarrierer, kulturelle normer, sociale netværk og uddannelsesniveau som mulige forklaringer på lavere deltagelse. Borgere uden dansk kundskaber kan have vanskeligt ved at deltage i gruppeforløb, både af praktiske og kulturelle grunde. Transport og økonomi nævnes som konkrete barrierer, men også forestillinger om blufærdighed eller modstand mod at indgå i danske sundhedstilbud spiller ind.

*Og så bare tror jeg også at skulle være så tæt med så mange andre i den der sammenhæng. At der er noget mere blufærdighed. Det ved jeg ikke, for det har jeg ikke talt med dem om, men det er bare min fornemmelse.*

**Lone, praktiserende læge og klinikejer**

Flere læger reflekterer eksplicit over risikoen for bias i egne beslutninger. De peger på, at man ubevidst kan undlade at tilbyde henvisning til patienter, som man antager ikke vil kunne eller ville deltage. Denne form for paternalistisk filtrering begrundes ofte med hensynet til realisme og effektiv ressourceanvendelse, men det indebærer samtidig, at patientens egen stillingtagen reduceres:

*Der ligger nok desværre også en bias hos os. Der tænker jeg også, at vi skal være realistiske og gribe i egen barm her og sige, at der er jo nogle borgere... Hvis jeg tænker, at det her kommer nok ikke til at ske, det er nok ikke noget, du har overskud til at deltage i, så tilbyder jeg jo slet ikke at henvise dem. Hvor det burde man jo i virkeligheden nok (...) og så kunne borgeren selv tage stilling til, om det var noget, de magtede eller orkede. Men der tror jeg, at inde i vores tankegang, er vi nok stadigvæk (...) så paternalistiske, at vi tænker, det bliver ikke realistisk for dig, det gider du nok ikke, eller det orker du nok ikke, så der præsenterer jeg dem slet ikke for den mulighed.*

**Bo, ansat praktiserende læge**

For nogle læger er det forbundet med frustration og afmagt at stå i situationer, hvor en henvisning opleves som mindre berettiget for bestemte grupper af patienter. Som Christian beskriver:

*Jeg oplever med de her kommunale tilbud, at det er ligesom for en begrænset gruppe borgere, som passer ind til det. Det er selvfølgelig nok den store brede gennemsnitsgruppe af borgere, så jeg tror, at flertallet passer ind. Men der er også en gruppe, der ikke passer ind. Og der er man sådan: Hmm, ja, der er der så ikke rigtigt noget tilbud til dem. Så må vi prøve at strikke det lidt sammen eller bare krydse fingrene for, at det går okay. Man kan godt have en lidt dårlig smag i munden som sundhedsperson, hvor man tænker, at der er et tilbud til den patient, jeg havde inde for lidt siden, men den patient, jeg har nu, er der faktisk ikke noget tilbud til.*

**Christian, praktiserende læge og klinikejer**

Når Christian peger på, at de kommunale tilbud er for "en begrænset gruppe borgere", handler det ikke om, at de udelukkende er målrettet patienter med kronisk sygdom. Det, han mener, er, at tilbuddene i praksis er rettet mod gennemsnitsborgeren: en borger, der ikke blot formelt opfylder kravene for deltagelse, men som også matcher de mere implicite forventninger til, hvem tilbuddene er udviklet til. Den gruppe der "ikke passer ind" omfatter derimod borgere, som på papiret burde have adgang, men som ikke lever op til disse implicite krav og derfor – som Christian oplever det – i praksis har begrænsede muligheder for at indgå i de kommunale forløb.

## Case 5:

### Christians patient har brug for tilbuddet, men får ikke henvisningen

Christian er medejer af en klinik, der har patienter af blandet socioøkonomisk baggrund. Han reflekterer over, hvordan nogle patienter kan have svært ved at møde op til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, fordi de er marginaliserede, stigmatiserede eller igennem livet har "været lidt på kanten af samfundet".

*"Hvis man heller ikke har været glad for at gå i skole, så lyder det jo også, altså igen det der med at skulle være sammen med nogen og skulle lære noget om sygdom, og der er en, der står og fortæller og sådan noget, kan man meget hurtigt måske se sig tilbage i sådan en skolesituation, hvor man ikke har haft det særlig godt. Så det kan typisk være de patienter, som er lidt mere forbeholdne: 'Hvad er det for noget?'"*

Christian beskriver en konkret patient, hvor en kombination af sociale og sproglige forhold får afgørende betydning for, om han vurderer hende som kandidat til et kommunalt tilbud. Patienten har diabetes og er sygemeldt fra et job "på kanten af arbejdsmarkedet" med smerter i bevægeapparatet.

Hun er førstegenerationsindvandrer. I takt med at børnene er flyttet hjemmefra, og hun ikke længere er på arbejdsmarkedet, oplever Christian, at hendes danske sprogfærdigheder er blevet svagere:

*"Så hvor hun før selv har kunnet komme til læge, og vi har kunnet tale sammen, så begynder hun at have sin voksne datter med til læge. Så er det jo der, jeg tænker: Så er hun lige pludselig ikke rigtig kandidat til de her kommunale tilbud længere, hvis ikke hun selv kan komme til mig."*

På den baggrund vælger Christian ikke at henvise patienten til kommunen, men i stedet tilrettelægge et forløb i klinikken. Dette er muligt, forklarer han, fordi patienten faktisk har en familie, der bidrager med væsentlige ressourcer:

*"Det er så alligevel sådan en rimelig ressourcestærk familie, forstået på den måde, at der er nogle døtre, som kommer med og sådan er ret 'på'. Altså, det er også en ret kvik familie. Jeg tror, de døtre har fået en fornuftig mellemlang eller lang uddannelse. Så de også godt forstår, at det er vigtigt, at der skal gøres noget. Jeg tror måske, at vi strikkede det lidt sammen. Så sagde vi, at så kan du komme hos vores sygeplejerske i lægehuset. Og I kan tale om kost og motion og prøve at intensivere indsatsen for den her [diabetes], som hun så har."*

# 4.

## Diskussion

## 4.1 Perspektivering i lyset af sundhedsreformen og pakkeforløb

Undersøgelsens fund viser, at henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i dag i høj grad er afhængig af lokale strukturer, relationelle erfaringer og individuelle vurderinger. Variation i organisering, kendskab og feedback skaber betydelige forskelle i praksis, både mellem kommuner og mellem læger.

Det bør bemærkes, at praktiserende lægers speciallægeuddannelse udelukkende omfatter ansættelser i almen praksis og i regionalt regi. De har ingen ansættelser i kommunalt regi, hvilket betyder, at kommende praktiserende læger typisk ikke opnår direkte erfaring med kommunale arbejdsgange eller tilbud under deres specialisering. Dette kan være en medvirkende faktor til variationer i kendskab og relation til kommunen og dermed også en strukturel barriere for henvisninger til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Den kommende opgaveflytning af dele af forebyggelses- og rehabiliteringsområdet fra kommuner til regioner kan potentielt reducere den tværkommunale kompleksitet og skabe større ensartethed i tilbud, adgangsveje og informationsudveksling. En mere samlet organisatorisk ramme kan styrke overblikket i almen praksis og dermed understøtte mere systematisk henvisning. Omvendt viser vores fund, at samarbejdets kvalitet i høj grad beror på relationel tillid og konkrete kontaktflader. En strukturel omorganisering i sig selv vil derfor ikke nødvendigvis adressere de relationelle barrierer, der påvirker henvisningspraksis.

Indførelsen af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom og almen praksis' tydeligere tovholderrolle kan samtidig styrke en mere rutinebaseret og systematisk tilgang til henvisning. Vores analyse af henvisningslogikker viser imidlertid, at praksis i dag også formes af individuelle skøn og delegering til patienten. En øget strukturel forpligtelse kan bidrage til at reducere variation og potentielt mindske social ulighed, men vil samtidig stille øgede krav til organisatorisk understøttelse, klar rollefordeling og systematisk feedback.

Samlet peger fundene på, at fremtidige reformtiltag bør adressere både strukturelle, relationelle og beslutningsmæssige dimensioner, hvis målet er at styrke lige adgang til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

## 4.2 Perspektivering i lyset af sundhedsreformen og pakkeforløb

Undersøgelsens fund er i overensstemmelse med eksisterende national og international litteratur, der viser, at henvisning fra almen praksis til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser påvirkes af både organisatoriske, relationelle og individuelle forhold (se Bilag 1) (5, 7, 20-27). Tidligere studier har peget på betydningen af kendskab til tilbud, tydelige adgangsveje og velfungerende samarbejde mellem sektorer. Disse forhold genfindes i denne undersøgelse som centrale for lægers tilbøjelighed til at henvise.

Undersøgelsen understøtter samtidig litteratur om klinisk beslutningstagning, der viser, at beslutninger sjældent alene baseres på formelle kriterier (21, 24). Henvisning indgår som del af en samlet klinisk prioritering, hvor tidsressourcer, patientens aktuelle problemstilling og forventet udbytte indgår i vurderingen. Vores fund viser, at henvisning i praksis kan være henholdsvis rutinepræget, situationsbestemt eller i nogen grad overladt til patientens eget initiativ. Dette svarer til tidligere forskning, der beskriver variation i implementering af forebyggende indsatser i primærsektoren (4,-5, 8-9, 11).

Fundene om vurderinger af motivation, ressourcer og deltagelsesmuligheder er ligeledes i tråd med litteratur om social ulighed i sundhed. Forskning har vist, at sundhedsprofessionelle – ofte uden eksplicit intention – kan inddrage vurderinger af patienters forudsætninger i beslutninger om tilbud om forebyggelse (28). Undersøgelsen peger på, at sådanne vurderinger også indgår i henvisningspraksis i dansk almen praksis. Dette kan have betydning for, hvilke borgere der faktisk henvises, og dermed for fordelingen af deltagelse.

Kønsperspektivet fremstår mindre entydigt i litteraturen, men tidligere studier har peget på, at mænd i nogle sammenhænge deltager mindre i forebyggende indsatser (20). I denne undersøgelse beskriver enkelte læger forventninger om forskelle i motivation og deltagelse mellem mænd og kvinder. Samlet set bidrager undersøgelsen med praksisnær viden om, hvordan disse forhold konkret håndteres i almen praksis.

### 4.3 Fund i relation til systemiske rammer

Undersøgelsen viser, at henvisningspraksis er tæt knyttet til de organisatoriske rammer, som almen praksis opererer inden for. Variation mellem kommuner i organisering, tilbudsstruktur og adgangsveje skaber forskelle i overblik og arbejdsgange. For læger med patienter fra flere kommuner kan dette medføre øget kompleksitet.

Manglende eller uensartet information om tilbuddenes indhold og kvalitet samt begrænset feedback på henvisninger fremstår som forhold, der kan reducere tilbøjeligheden til at henvise. Omvendt beskrives klare kontaktflader og kendte samarbejdsrelationer som fremmende. Ressourcepres i almen praksis udgør en væsentlig rammebetingelse. Tid i konsultationen prioriteres ofte til aktuelle eller akutte problemstillinger, hvilket kan betyde, at forebyggende samtaler og henvisning til kommunale tilbud ikke altid bringes i spil. Systematisk henvisning synes i højere grad at indgå, hvor der er etableret faste arbejdsgange og organisatorisk understøttelse.

Ressourcepresset skal også ses i lyset af, at en henvisning til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i praksis ofte rækker ud over en snæver medicinsk vurdering. For mange læger indebærer beslutningen om at henvise også en vurdering af implicite barrierer for patientens deltagelse – vurderinger, der ofte nærmer sig det socialpædagogiske, fordi de omfatter motivation, personlige og økonomiske ressourcer, sprogfærdigheder og kulturelle normer. Selvom man kan argumentere for, at sådanne overvejelser ligger inden for almen praksis' biopsykosociale tilgang, peger de samtidig på en manglende forventning om, at kommunen selv vurderer og håndterer patienters socioøkonomiske og personlige udfordringer, så de får adgang til den forebyggelse og rehabilitering, de har behov for. Dette er bemærkelsesværdigt i lyset af, at de systemiske rammer allerede foreskriver, at kommunen skal tilbyde en afklarende samtale, når en borger henvender sig eller bliver henvist til kommunal forebyggelse og rehabilitering – en samtale med netop dette formål.

Fundene peger samlet på, at strukturelle forhold – herunder organisering, informationsudveksling og samarbejdsstruktur – har betydning for variation i henvisningspraksis.

### 4.4 Metodiske styrker og begrænsninger

Undersøgelsens styrke er det kvalitative design, som har muliggjort en detaljeret belysning af de vurderinger og arbejdsgange, der ligger til grund for henvisning i almen praksis. Variation i deltagernes geografi og praksisform har bidraget til at belyse forskellige organisatoriske kontekster. Den systematiske og iterative analyseproces samt fælles drøftelser i forskergruppen har understøttet konsistens og transparens i fortolkningen.

Undersøgelsen har dog begrænsninger. Deltagerne er rekrutteret via netværk og tidligere kontakter, hvilket kan indebære, at læger med særlig interesse for området er overrepræsenteret. Det lykkedes ikke at få deltagelse fra udbuds- og regionsklinikker, hvilket kan begrænse overførbareheden til disse praksisformer. Disse klinikker har anderledes ledelsesstrukturer og ansættelsesvilkår, hvilket kan påvirke de barrierer og facilitatorer, de oplever i forhold til samarbejdet med kommunen om forebyggelse og rehabilitering. Læger herfra kunne derfor have tilføjet andre perspektiver på henvisningsarbejdet og bidraget til en dybere forståelse af dette.

En yderligere begrænsning er, at der kun er undersøgt lægernes perspektiv, selvom konsultationer omhandlende kronisk sygdom i mange praksis ofte varetages af eksempelvis sygeplejersker.

Data bygger på selvrapporterede erfaringer og refleksioner. Der kan være forskel mellem beskrevet og faktisk praksis. Undersøgelsen inddrager desuden ikke patientperspektivet, og vurderinger af motivation og deltagelse belyses derfor alene fra et professionsperspektiv.

På trods af disse forhold giver undersøgelsen et nuanceret indblik i henvisningspraksis og de rammer, der påvirker den.

## 4.5 Implikationer for praksis og politik

Undersøgelsen peger på, at styrkelse af henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser forudsætter opmærksomhed på både organisatoriske og beslutningsmæssige forhold.

Klar og ensartet information om tilbud, tydelige kontakthaver og systematisk feedback kan understøtte mere ensartet praksis. Strukturer, der integrerer henvisning som fast del af arbejdet med kroniske sygdomme, kan reducere variation mellem klinikker og mellem læger.

Samtidig viser undersøgelsen, at vurderinger af patienters forudsætninger indgår i henvisningsbeslutninger. En øget opmærksomhed på disse vurderinger kan bidrage til at styrke lige adgang.

I lyset af kommende reformer og indførelse af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom aktualiseres behovet for klare rammer for ansvar og samarbejde mellem sektorer.

Strukturelle ændringer vil have størst effekt, hvis de ledsages af organisatorisk understøttelse og tydelig rolleafklaring.

5.

## Konklusion og faglige pejlemærker

Undersøgelsen viser, at henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i almen praksis ikke er en standardiseret eller entydig praksis, men formes i et samspil mellem organisatoriske rammer, relationelle erfaringer og lægers individuelle vurderinger.

Henvissningspraksis kan analytisk forstås gennem tre logikker: rutinisering, skøn og delegering. Hvor henvisning understøttes af systematik og journalskabeloner, bliver den en fast del af indsatsen i forhold til mennesker med kronisk sygdom. I andre situationer beror beslutningen på en konkret og situationsafhængig vurdering af patientens behov, motivation og ressourcer. Endelig forekommer delegering, hvor ansvaret for kontakt til kommunen i praksis overlades til patienten selv. Disse logikker overlapper og eksisterer side om side, men indebærer forskellig grad af systematik, opfølgning og støtte.

Fundene viser også, at henvisning ikke alene afhænger af kendskab til tilbud, men i høj grad påvirkes af organisatorisk kompleksitet, variation mellem kommuner, fragmenteret informationsudveksling og begrænset feedback fra kommunen. Tillid til tilbuddenes kvalitet og konkrete samarbejdserfaringer spiller en væsentlig rolle for lægers tilbøjelighed til at henvise.

Samtidig peger undersøgelsen på, at lægers vurderinger af patienters motivation, ressourcer, sproglige kompetencer og sociale situation indgår som implicitte kriterier i henvissningsbeslutningen. Disse vurderinger kan være fagligt begrundede, men indebærer også en risiko for, at borgere med størst behov i mindre grad henvises eller tilbydes aktiv støtte. Kønsperspektivet fremstår ikke entydigt, men indikerer, at mænd i visse sammenhænge vurderes som mindre motiverede eller mindre tilbøjelige til at deltage, hvilket kan påvirke både dialog og henvisning.

Samlet viser undersøgelsen, at henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser er indlejret i et tværsektorielt samarbejdssystem, hvor strukturelle, relationelle og beslutningsmæssige forhold tilsammen former praksis. Hvis målet er at styrke lige adgang og mere systematisk brug af indsatserne, forudsætter det opmærksomhed på alle tre dimensioner.

På baggrund af undersøgelsens fund kan der identificeres fem centrale indsatsområder:

- 1. Organisatorisk klarhed og overblik:** Variation i tilbud, adgangsveje og informationsstruktur skaber usikkerhed og uens praksis. En mere samlet og opdateret informationsstruktur samt tydelige kontaktflader mellem sektorer kan understøtte mere systematisk henvisning.
- 2. Systematik og opfølgning:** Hvor henvisning indgår som fast element i indsatsen ift. kronisk sygdom, reduceres afhængigheden af individuelle skøn. Strukturer, der understøtter rutinisering og opfølgning, kan bidrage til mindre variation og større transparens.
- 3. Feedback og læringsløjfer:** Manglende tilbagemelding fra kommunen svækker oplevelsen af fælles ansvar. Systematisk feedback kan styrke tillid, samarbejde og læring på tværs af sektorer.
- 4. Opmærksomhed på implicitte kriterier og social ulighed:** Henvissningsbeslutninger påvirkes af vurderinger af motivation, ressourcer og sproglige kompetencer. Øget refleksion over disse vurderinger kan bidrage til at modvirke utilsigtet selektion og styrke lige adgang.
- 5. Rolleafklaring i lyset af kommende reformer:** Med indførelsen af pakkeforløb og en tydeligere tovholderrolle for almen praksis aktualiseres behovet for klare rammer for ansvar, koordinering og tværsektorielt samarbejde. Fundene peger på, at strukturel forandring bør ledsages af relationel og organisatorisk understøttelse.

# 6.

## Referencer

1. Jensen HAR, Davidsen M, Christensen AV, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2025. 2026.
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.: Sundhedsstyrelsen; 2022.
3. Galea G, Ekberg A, Ciobanu A, Corbex M, Farrington J, Ferreira-Bores C, et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. The Lancet Regional Health – Europe. 2025;52.
4. KL. Helhedsorienterede indsatser for udsatte borgere: Hvorfor og hvordan. København: KL; 2021.
5. Sundhedsstyrelsen. Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
6. Kjeld SG, Brautsch LAS, Svartá DL, Hansen AF, Andersen S, Danielsen D. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. National Institute for Public Health, University of Southern Denmark; 2022.
7. Madsen MH, Scheller VK, Schelle, Aarhus R, Christensen IE. Deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud – Barrierer og muligheder for udvalgte borgeres deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. København: VIVE -Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2025.
8. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
9. Haastrup P, Møller A, Kristensen JK, Huibers L. Danish primary care: a focus on general practice in the Danish healthcare system. Scand J Prim Health Care. 2025;43(4):839-45.
10. Rambøll Management Consulting. Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen & Sundhedsdatastyrelsen; 2022.
11. Assing Hvidt E, Søgaard G, Søndergaard J, Bruun Larsen L, Thilsing T. Perspektiver på samarbejdet mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse: en kvalitativ undersøgelse. Syddansk Universitet.; 2017.
12. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
13. Birk H, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, Krasnik A, Eriksen A, Richardson E, et al. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition. 2024.
14. Sundhedsstyrelsen. Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
15. Klitgaard MB, Leonhardt C, Holt DH, Petersen CB. Kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse under §119, stk. 2: En national kortlægning. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2023.
16. Sundhedsstyrelsen. Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2026.
17. Regeringen, Danmarksdemokraterne, Alliance L, Folkeparti DK, Folkeparti D. Aftale om sundhedsreform 2024. 2024.

18. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: A practical guide. sage London; 2022.
19. Reid A-M, Brown JM, Smith JM, Cope AC, Jamieson S. Ethical dilemmas and reflexivity in qualitative research. Perspectives on Medical Education. 2018;7(2):69-75.
20. Valentin G, Ravn M, Nielsen A, Brouer J, Maribo T. Barrierer og facilitatorer i forebyggelse og rehabilitering til personer med kronisk sygdom. En vidensopsamling. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2025.
21. Bolton Saghdaoui L, Lampridou S, Tavares S, Lear R, Davies A, Wells M, et al. Interventions to improve referrals from primary care to outpatient specialist services for chronic conditions: a systematic review and framework synthesis update. Syst Rev. 2025;14(1):103.
22. Cox NS, Barton C, Bondarenko J, Clark R, Perryman J, Holland AE. Characterizing pulmonary rehabilitation referrals from primary care. Respir Med. 2024;234:107822.
23. Munch L, Røder M, Hansen I, Middelfart H, Kaarsberg N, Bennich B. Tværsektorielt samarbejde ved behandling af patienter med type 2-diabetes. Ugeskrift for Læger. 2018;180(8):690-3.
24. Dunphy R, Blane DN. Understanding exercise referrals in primary care: a qualitative study of General Practitioners and Physiotherapists. Physiotherapy. 2024;124:1-8.
25. Lawal MO, Woodman A, Lawal FA, Omobayo HO. Utilisation of Group-Based Diabetes Education Programmes: Perspectives of Healthcare Practitioners. Diabetology. 2025;6(11):136.
26. Shabnam J, Elbek JA, Thuesen J. Koordinering af rehabilitering og palliation i Danmark – en sekundær analyse af REHPA-kortlægninger. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2025.
27. Hansen P, Jørgensen DS, Rasmussen A, Jarlbæk L. Kræftrelaterede smerter og hverdagsliv: Evaluering af fire rehabiliteringsforløb udviklet til mennesker, der lever med kræftrelaterede smerter. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2024. Report No.: 978-87-93356-83-2.
28. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, Bambra C, Siersbaek R, Manji S, et al. Reducing health inequalities through general practice. Lancet Public Health. 2023;8(6):e463-e72.

# 7.

## Bilag

## Bilag 1:

### Litteraturgennemgang – metode og resultater

#### Metode

Som supplement til interviewundersøgelsen blev der gennemført en grundig litteraturskanning med fokus på henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i Danmark eller lande med sammenlignelige sundhedsvæsen (Norge, Finland, Island, Storbritannien, Frankrig og Nederlandene). Litteraturgennemgangen tog udgangspunkt i et scoping review udført af DEFACTUM i 2024 (20). Således blev søgningen begrænset til perioden 01.01.2024-15.12.2025. Søgningen blev foretaget i følgende databaser: Embase, Web of Science, Cinahl, PsycInfo og Sociological Abstracts (se søgestrengene i bilag 2). Der blev desuden gennemført en supplerende søgning via ChatGPT. Der blev yderligere gennemført en systematisk søgning på følgende hjemmesider for at identificere relevante grå litteratur i form af danske rapporter, evalueringer og vidensopsamlinger: Google, REHPA, Kræftens Bekæmpelse, Statens Institut for Folkesundhed, DEFACTUM (Region Midtjylland), Center for Forebyggelse i praksis (KL), Center for Patientinddragelse (Region Hovedstaden), Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), VIVE, Videnscenter for Diabetes, samt relevante patientforeninger.

Alle referencer identificeret i videnskabelige databaser (antal 3.533) blev uploadet til Covidence; et webbaseret referencehåndteringsprogram. Dubletter blev fjernet, hvorefter referencer blev screenet på titel og abstract (antal: 3.214). De resterende referencer (antal: 28) blev gennemgået som fuldt tekst. Hvor der opstod usikkerheder, blev inklusion/eksklusion afgjort ved konsensus mellem to eller flere forskere. I alt blev der inkluderet to referencer fra videnskabelige databaser (se Figur 2), to videnskabelige artikler via søgning på ChatGPT og fire referencer fra grå litteratur.

#### Resultater

Danske og internationale studier peger samlet set på, at henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud påvirkes af et komplekst samspil mellem individuelle vurderinger, organisatoriske rammer og systemiske forhold. Henvisning fremstår ikke som en rent teknisk handling, men som en praksis, der formes af kendskab, tillid, erfaringer, tidsvilkår og vurderinger af patienters motivation og ressourcer.

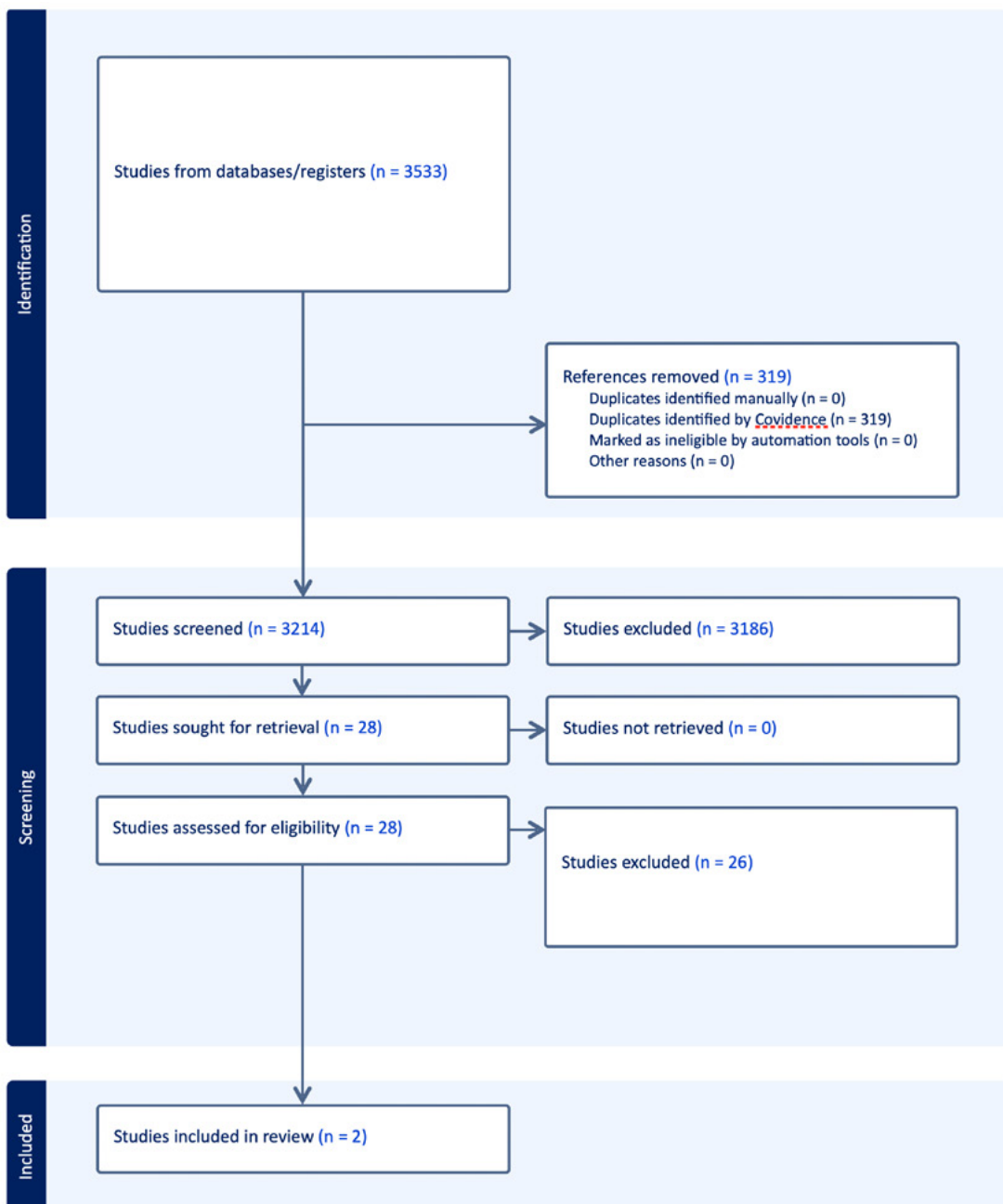
#### Kendskab, overblik og organisatoriske rammer

En dansk vidensopsamling viser, at praktiserende lægers kendskab til kommunale tilbud varierer betydeligt, og at manglende overblik over indhold, kvalitet og adgangsveje kan fungere som en barriere for henvisning (20). Tilsvarende peger en nyere VIVE-undersøgelse på, at borgernes deltagelse i kommunale indsatser hæmmes af både strukturelle og individuelle forhold, herunder manglende henvisning, lav oplevet relevans og praktiske barrierer (7).

Internationale studier genfinder tilsvarende problemstillinger. En systematisk gennemgang af interventioner rettet mod at forbedre henvisning fra primærsektor til specialisttilbud viser, at variation i henvisningsrater, uhensigtsmæssige henvisninger og mangelfuld kommunikation er udbredte udfordringer (21).

*“Unexplained variations in referral rates, inappropriate referrals, and poor communication between primary care and specialist services” (21)*

Reviewet konkluderer, at der ikke findes én universel løsning på henvisningsproblematikker, og at effekten af tiltag er kontekstafhængig. Implementeringsbarrierer omfatter blandt andet tidspres, logistiske udfordringer samt sundhedsprofessionelles og patienters for forståelse af, hvornår en henvisning er nødvendig (21).



**Figur 2:** Flowdiagram over screeningsproces for videnskabelig litteratur (fra Covidence)

Tilsvarende viser en australsk audit af henvisninger til lungerehabilitering, at kun 6,2 % af alle henvisninger kom fra primærsektoren, hvilket indikerer en betydelig underudnyttelse af tilbuddet i almen praksis (22). Forfatterne peger på, at begrænset kendskab, manglende systematik og fravær af klare henvisningsprocesser kan være medvirkende faktorer. Fundene understøtter, at henvisning i høj grad er afhængig af organisatoriske strukturer og lokal praksis. Samlet peger litteraturen således på, at henvisning er tæt knyttet til systemdesign, arbejdsgange og adgang til opdateret og brugbar information – både i dansk og international kontekst.

### Tillid, feedback og tværsektorielt samarbejde

Flere danske studier fremhæver betydningen af tillid og oplevet kvalitet i det tværsektorielle samarbejde. Praktiserende læger er mere tilbøjelige til at henvise, når de har positive erfaringer med kommunale tilbud, modtager feedback på henvisninger og oplever klare kontakthflader (23). Manglende feedback og uklare rollefordelinger kan derimod føre til tilbageholdenhed med henvisninger (5).

Tilsvarende viser internationale studier, at interventioner, der kombinerer organisatoriske ændringer med styrket kommunikation og feedback mellem sektorer har større sandsynlighed for at forbedre henvisningspraksis end enkeltstående tiltag som retningslinjer eller undervisning alene:

*"Lack of feedback to referring clinicians was identified as a recurring barrier" (21)*

*"Collaboration and communication between services were viewed as essential to supporting patient engagement" (24)*

I en australsk undersøgelse af henvisningspraksis blev det fundet, at kun 5 % af patienterne havde en dokumenteret tilbagemelding til den henvisende læge efter afsluttet rehabilitering (22). Fravær af systematisk feedback kan dermed udgøre en strukturel barriere for vedvarende samarbejde mellem sektorer.

Dette understreger, at relationelle og samarbejdsmæssige dimensioner er centrale for henvisningens kvalitet og omfang.

Henvisning fremstår dermed som indlejret i et samarbejdssystem, hvor gensidig tillid, klare kontaktveje, der går begge veje, samt oplevet kvalitet har betydning for lægers beslutningspraksis.

### Tidsvilkår, prioriteringer og henvisning i en travl hverdag

Internationale kvalitative studier peger på, at klinisk tidspres er en gennemgående barriere for forebyggende samtaler og henvisning. Sundhedsprofessionelle beskriver, hvordan komplekse samtaler om livsstil og adfærd ændring ofte nedprioriteres i en travl konsultation, hvor flere problemstillinger skal håndteres inden for begrænset tid

*"I'm thinking I can have this conversation and, you know, run over and be late to get my daughter at nursery... or I can curtail this... then 100% that's probably what would happen" (24)*

Henvisning kan i sådanne situationer enten blive fravalgt eller gennemført uden tilstrækkelig dialog om forventninger og motivation. Samtidig fremhæves betydningen af vedvarende støtte og opfølgning for at understøtte deltagelse og fastholdelse (24). Dette perspektiv supplerer de danske fund om organisatoriske barrierer (7, 20) ved at synliggøre, hvordan henvisning også formes af konkrete prioriteringsdilemmaer i konsultationen.

### Sociale uligheder og vurderinger af deltagelsesmuligheder

Litteraturen peger entydigt på sociale uligheder – herunder sprogkunderskab – i deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Borgere med lav sundhedskompetence, komplekse livssituationer eller begrænsede ressourcer deltager i mindre omfang og falder oftere fra (13).

Internationale studier af struktureret patientuddannelse og henvisning til gruppebaserede tilbud viser tilsvarende, at manglende fremmøde relaterer sig til både organisatoriske og personlige forhold, herunder sproglige barrierer, kulturelle forskelle, ventetid, arbejdstid og oplevet relevans (25).

I nogle tilfælde kan henvisning desuden blive præget af styringslogikker og dokumentationskrav frem for en dialogbaseret vurdering af patientens behov, hvilket kan påvirke både motivation og deltagelse:

*“And again, you have too many people walking in, and because we are being judged and the boxes need to be ticked” (25)*

Danske studier viser, at praktiserende læger ofte inddrager sociale og personlige forhold i deres vurdering af, om en henvisning vurderes meningsfuld (20). Sådanne vurderinger kan være fagligt begrundede, men kan samtidig bidrage til utilsigtet selektion, hvor patienter med færre ressourcer i mindre grad henvises eller forventes at kunne profitere af tilbuddene.

### Køn og implicitte bias i henvisningspraksis

Kønsperspektivet er mindre entydigt belyst i dansk litteratur, men flere studier indikerer, at mænd i visse sammenhænge deltager i mindre omfang end kvinder i kommunale tilbud. Forklaringer relateres blandt andet til arbejdsliv, normer for sygdom og sundhed samt oplevet relevans af tilbuddenes form og indhold (7, 20).

Internationale kvalitative studier peger på, at sundhedsprofessionelle bringer egne erfaringer og verdensforståelser med ind i konsultationen, hvilket kan påvirke, hvordan fysisk aktivitet og henvisning drøftes (24). Sådanne implicitte bias kan påvirke vurderinger af, hvem der er motiveret, egnet eller sandsynlig til at deltage.

*“Firstly, all people, including healthcare practitioners, bring inherent biases which are influenced by their background, experiences and worldviews to a consultation which impact their approach to PA [physical activity] promotion” (24)*

Samlet understøtter litteraturen, at henvisningspraksis ikke alene er et spørgsmål om viden om tilbud, men også om vurderinger af patienters motivation, ressourcer og sandsynlighed for deltagelse, samt at disse vurderinger kan være præget af både erfaring og implicitte antagelser (20, 24).

### Supplerende danske analyser af deltagelse, koordinering og behovsvurdering

Danske analyser peger tilsvarende på, at deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsesindsatser formes af et samspil mellem individuelle, organisatoriske og tværsektorielle faktorer. En nyere undersøgelse fra VIVE fremhæver, at borgere med komplekse sygdoms- og livssituationer ofte har behov for støtte og aktiv motivation for at deltage, og at negative forventninger til tilbud, bekymring for ikke at passe ind i gruppetilbud samt flere samtidige sociale udfordringer kan udgøre væsentlige barrierer (7). Samtidig peges der på, at tidspres og varierende kendskab til kommunale indsatser i almen praksis kan begrænse systematisk opsporing og henvisning.

En sekundær analyse fra REHPA viser, at koordineringen mellem rehabilitering og palliation fortsat er fragmenteret på tværs af sektorer, og at der mangler fælles og systematiske tilgange til behovsvurdering (26). Analysen peger på betydelig variation i praksis og på, at identifikation af samtidige rehabiliterende og palliative behov ofte afhænger af lokale ressourcer og individuelle fagpersoners engagement. Dette understreger betydningen af organisatorisk klarhed og tværgående samarbejdsstrukturer for at sikre sammenhængende forløb.

Endelig viser en evaluering af et tværfagligt, gruppebaseret rehabiliteringsforløb for personer med kræftrelaterede smerter, at det er muligt at rekruttere og fastholde deltagere i målgruppen, men at der er behov for fortsat udvikling og tilpasning af indsatserne, hvis de skal implementeres bredere i det nære sundhedsvæsen (27). Erfaringerne peger på potentialet i koordinerede og strukturerede forløb, men også på nødvendigheden af organisatorisk understøttelse og kompetenceudvikling.

Samlet set understøtter de danske analyser, at deltagelse og henvisning ikke alene afhænger af patienternes motivation eller kendskab til tilbud, men er tæt forbundet med organisering, kapacitet, systematik i behovsvurdering og kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde.

## Bilag 2:

### Litteraturgennemgang – søgestreng

I dette bilag præsenteres de søgestreng, som er benyttet for Embase, Web of Science, Cinahl, PsycInfo og Sociological Abstracts (Tabel 2-6).

**Tabel 2:** Søgestreng benyttet til litteratursøgning i Embase

|   | Søgestreng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Resultater<br>15.12.25 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | 'rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation*:ti OR 'secondary prevention'/exp OR 'tertiary prevention'/exp OR preventi*:ti OR 'patient education'/exp OR 'patient* educat*:ti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1,183,233              |
| 2 | 'insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'chronic obstructive lung disease'/exp OR 'neoplasms subdivided by anatomical site'/exp OR 'cardiovascular disease'/exp OR 'low back pain'/exp OR diabetes:ti,ab,kw OR diabetic*:ti,ab,kw OR 'chronic obstructive':ti,ab,kw OR pulmonar*:ti,ab,kw OR lung:ti,ab,kw OR respiratory:ti,ab,kw OR copd*:ti,ab,kw OR coad*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR cardiovascular:ti,ab,kw OR cardi-act:ti,ab,kw OR 'low* back':ti,ab,kw OR 'comorbidity'/exp OR 'comorbidity' OR 'multiple chronic conditions'/exp OR 'multiple chronic conditions' OR 'common mental disorder'/exp OR 'common mental disorder' OR 'chronic disease management'/exp OR 'chronic disease management' | 15,485,251             |
| 3 | 'patient attitude'/exp OR 'patient compliance'/exp OR 'patient referral'/exp OR 'patient dropout'/exp OR barrier*:ti,ab,kw OR facilitat*:ti,ab,kw OR enabl*:ti,ab,kw OR motivat*:ti,ab,kw OR acceptan*:ti,ab,kw OR nonaccept*:ti,ab,kw OR complian*:ti,ab,kw OR noncompli*:ti,ab,kw OR referral*:ti,ab,kw OR adhere*:ti,ab,kw OR refusal:ti,ab,kw OR participat*:ti,ab,kw OR dropout*:ti,ab,kw                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5,087,185              |
| 4 | 'primary health care'/exp OR 'community care'/exp OR 'outpatient'/exp OR 'community health*:ti,ab,kw OR 'out-of-hospital':ti,ab,kw OR 'primary health*:ti,ab,kw OR 'primary care':ti,ab,kw                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 723,634                |
| 5 | #1 AND #2 AND #3 AND #4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12,382                 |
| 6 | #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND [2024-2025]/py                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1,435                  |
| 7 | #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND [2024-2025]/py AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR [norwegian]/lim OR [swedish]/lim)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1,414                  |

**Tabel 3:** Søgestreng benyttet til litteratursøgning i Web of Science

|   | Søgestreng                                                                                                                                                                                                                                               | Resultater<br>15.12.25 |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | ti=(rehabilitation* OR preventi* OR (patient* NEAR/3 educat*))                                                                                                                                                                                           | 468,360                |
| 2 | TS=(diabetes OR diabetic* OR "Chronic Obstructive" OR pulmonar* OR lung OR respiratory OR COPD* OR COAD* OR cancer* OR cardiovascular OR cardiac OR (low* NEAR back) OR comorbidity OR "common mental disorders" OR "chronic care" OR "multi morbidity") | 8,066,742              |
| 3 | TS=(barrier* or facilitat* or enabl* or motivat* or acceptan* or nonaccept* or complian* or noncompli* or referral* or adhere* or refusal or participat* or dropout*)                                                                                    | 7,363,825              |
| 4 | TS=((community NEAR health*) OR "out-of-hospital" OR (primary NEAR health*) OR (primary NEAR care) OR outpatient*)                                                                                                                                       | 806,101                |
| 5 | #1 AND #2 AND #3 AND #4                                                                                                                                                                                                                                  | 3,818                  |
| 6 | #5<br>Timespan: 2024-01-01 to 2025-12-12 (Publication Date)                                                                                                                                                                                              | 581                    |
| 7 | #5<br>Publication years: 2024, 2025<br>Languages: Danish, English, Norwegian, Swedish                                                                                                                                                                    | 571                    |

**Tabel 4:** Søgestreng benyttet til litteratursøgning i Cinahl EBSCO

|    | Søgestreng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Resultater<br>15.12.25 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1  | MH ("Rehabilitation+")                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 366.463                |
| 2  | TI (rehabilitation*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 52.360                 |
| 3  | TI (preventi*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 112.105                |
| 4  | MH ("Patient Education+")                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 92.915                 |
| 5  | TI (patient* educat*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10.155                 |
| 6  | S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 584.350                |
| 7  | MH ("Diabetes Mellitus, Type 1+" OR "Diabetes Mellitus, Type 2")                                                                                                                                                                                                                                                           | 98.686                 |
| 8  | MH ("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+")                                                                                                                                                                                                                                                                             | 24.173                 |
| 9  | MH ("Neoplasms by Site+")                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 492.086                |
| 10 | MH ("Cardiovascular Diseases+")                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 706.204                |
| 11 | MH ("Low Back Pain")                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 24.522                 |
| 12 | MH (comorbidity)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 79.671                 |
| 13 | MH (multimorbidity OR "multiple comorbidity" OR "multiple chronic conditions")                                                                                                                                                                                                                                             | 3.480                  |
| 14 | MH ("common mental disorder")                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4.164                  |
| 15 | MH ("chronic care")                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4.592                  |
| 16 | XB (diabetes) OR XB (diabetic*) OR XB ("Chronic Obstructive") OR XB (pulmonar*) OR XB (lung) OR XB (respiratory) OR XB (COPD*) OR XB (COAD*) OR XB (cancer*) OR XB (cardiovascular) OR XB (cardiac) OR XB ("low back") OR XB (co-morbidity) OR XB (multimorbidity) OR XB ("common mental disorder") OR XB ("chronic care") | 1.648.151              |
| 17 | S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16                                                                                                                                                                                                                                                            | 2.176.831              |
| 18 | MH ("Patient Compliance+")                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 64.311                 |
| 19 | MH ("Treatment Refusal+")                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 7.832                  |
| 20 | MH ("Referral and Consultation+")                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 71.108                 |
| 21 | MH ("Patient Dropouts")                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2.533                  |
| 22 | XB (barrier*) OR XB (facilitat*) OR XB (enabl*) OR XB (motivat*) OR XB (acceptan*) OR XB (nonaccept*) OR XB (compli-an*) OR XB (noncompli*) OR XB (referral*) OR XB (adhere*) OR XB (refusal) OR XB (participat*) OR XB (dropout*)                                                                                         | 836.796                |
| 23 | S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 912.082                |
| 24 | MH ("Primary Health Care")                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 80.277                 |
| 25 | MH ("Community Health Services+")                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 622.434                |
| 26 | MH ("Outpatients")                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 51.258                 |
| 27 | XB (community N1 health*) OR XB ("out-of-hospital") OR XB (primary N1 health*) OR XB (primary N1 care)                                                                                                                                                                                                                     | 154.366                |
| 28 | S24 OR S25 OR S26 OR S27                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 795.052                |
| 29 | S6 AND S17 AND S23 AND S28                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 14.067                 |
| 30 | S6 AND S17 AND S23 AND S28<br>Limiters - Publication Date: 01012024-15122025                                                                                                                                                                                                                                               | 1.600                  |
| 31 | S6 AND S17 AND S23 AND S28<br>Limiters - Publication Date: 01012024-15122025<br>Limiters - Language: English, Danish, Norwegian, Swedish                                                                                                                                                                                   | 1.494                  |

**Tabel 5:** Søgestreng benyttet til litteratursøgning i APA PsycINFO

|    | Søgestreng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Resultater<br>15.12.25 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1  | SU.EXACT("Rehabilitation") OR SU.EXACT("Criminal Rehabilitation") OR SU.EXACT("Language Therapy") OR SU.EXACT("Neurorehabilitation") OR SU.EXACT("Occupational Therapy") OR SU.EXACT("Physical Therapy") OR SU.EXACT("Psychosocial Rehabilitation") OR SU.EXACT("Speech Therapy") OR SU.EXACT("Telerehabilitation")                            | 366.463                |
| 2  | SU.EXACT("Prevention")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 52.360                 |
| 3  | SU.EXACT("Client Education")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 112.105                |
| 4  | title(rehabilitation*) OR title(preventi*) OR title("patient* educat**")                                                                                                                                                                                                                                                                       | 92.915                 |
| 5  | [S1] OR [S2] OR [S3] OR [S4]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10.155                 |
| 6  | SU.EXACT("Type 1 Diabetes") OR SU.EXACT("Type 2 Diabetes")                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 584.350                |
| 7  | SU.EXACT("Chronic Obstructive Pulmonary Disease") OR SU.EXACT("Bronchial Disorders") OR SU.EXACT("Pulmonary Emphysema")                                                                                                                                                                                                                        | 98.686                 |
| 8  | SU.EXACT("Neoplasms")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 24.173                 |
| 9  | SU.EXACT("Cardiovascular Disorders") OR SU.EXACT("Aneurysms") OR SU.EXACT("Arteriosclerosis") OR SU.EXACT("Blood Pressure Disorders") OR SU.EXACT("Cerebrovascular Disorders") OR SU.EXACT("Embolisms") OR SU.EXACT("Heart Disorders") OR SU.EXACT("Hemorrhage") OR SU.EXACT("Hypertension") OR SU.EXACT("Ischemia") OR SU.EXACT("Thromboses") | 492.086                |
| 10 | SU.EXACT("Back Pain")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 706.204                |
| 11 | SU.EXACT("Comorbidity")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24.522                 |
| 12 | SU.EXACT("Multimorbidity")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 79.671                 |
| 13 | SU.EXACT("Common Mental Disorder")                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3.480                  |
| 14 | SU.EXACT("Chronic Care")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4.164                  |
| 15 | tiab(diabetes) OR tiab(diabetic*) OR tiab("chronic obstructive") OR tiab(pulmonar*) OR tiab(lung) OR tiab(respiratory) OR tiab(COPD*) OR tiab(COAD*) OR tiab(cancer*) OR tiab(cardiovascular) OR tiab(cardiac) OR tiab("low back") OR tiab(comorbidity) OR tiab(multimorbidity) OR tiab("common mental disorder") OR tiab("chronic care")      | 4.592                  |
| 16 | [S6] OR [S7] OR [S8] OR [S9] OR [S10] OR [S11] OR [S12] OR [S13] OR [S14] OR [S15]                                                                                                                                                                                                                                                             | 1.648.151              |
| 17 | SU.EXACT("Treatment Compliance") OR SU.EXACT("Health Care Seeking Behavior")                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2.176.831              |
| 18 | SU.EXACT("Professional Referral")                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 64.311                 |
| 19 | SU.EXACT("Treatment Dropouts")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 7.832                  |
| 20 | tiab(barrier*) OR tiab(facilitat*) OR tiab(enabl*) OR tiab(motivat*) OR tiab(acceptan*) OR tiab(nonaccept*) OR tiab(complian*) OR tiab(noncompli*) OR tiab(referral*) OR tiab(adhere*) OR tiab(refusal) OR tiab(participat*) OR tiab(dropout*)                                                                                                 | 71.108                 |
| 21 | [S17] OR [S18] OR [S19] OR [S20]                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2.533                  |
| 22 | SU.EXACT("Primary Health Care")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 836.796                |
| 23 | SU.EXACT("Community Services")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 912.082                |
| 24 | SU.EXACT("Outpatients")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 80.277                 |
| 25 | tiab("community health**") OR tiab("out-of-hospital") OR tiab("primary health**") OR tiab("primary care")                                                                                                                                                                                                                                      | 622.434                |
| 26 | [S22] OR [S23] OR [S24] OR [S25]                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 51.258                 |
| 27 | [S5] AND [S16] AND [S21] AND [S26]                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 154.366                |
| 28 | [S5] AND [S16] AND [S21] AND [S26]<br>Limiters - Publication Year: 2024-2025                                                                                                                                                                                                                                                                   | 795.052                |
| 29 | [S5] AND [S16] AND [S21] AND [S26]<br>Limiters - Publication Year: 01012024-15122025 Language: Danish, English, Norwegian, Swedish                                                                                                                                                                                                             | 14.067                 |

**Tabel 6:** Søgestreng benyttet til litteratursøgning i Sociological Abstracts (ProQuest) (ProQuest)

|    | Søgestreng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Resultater<br>15.12.25 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1  | MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Rehabilitation")                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 18,389                 |
| 2  | MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Prevention") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Disease prevention")                                                                                                                                                                                                                                                 | 38,247                 |
| 3  | SU.EXACT("Patient Education")                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 411                    |
| 4  | title(rehabilitation*) OR title(preventi*) OR title("patient* educat**")                                                                                                                                                                                                                                                                   | 20,473                 |
| 5  | [S1] OR [S2] OR [S3] OR [S4]                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 61,663                 |
| 6  | MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Chronic illnesses")                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7,917                  |
| 7  | MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes")                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4,876                  |
| 8  | SU.EXACT("Chronic Obstructive Pulmonary Disease")                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 306                    |
| 9  | MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Cardiovascular diseases")                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2,036                  |
| 10 | SU.EXACT("Back Pain")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 184                    |
| 11 | MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Comorbidity")                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5,796                  |
| 12 | SU.EXACT("Multimorbidity")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 202                    |
| 13 | SU.EXACT("Mental Disorder")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 5,335                  |
| 14 | SU.EXACT("Chronic Care")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 47                     |
| 15 | tiab(diabetes) OR tiab(diabetic*) OR tiab("chronic obstructive") OR tiab(pulmonar*) OR tiab(lung) OR tiab(respiratory) OR tiab(COPD*) OR tiab(COAD*) OR tiab(cancer*) OR tiab(cardiovascular) OR tiab(cardiac) OR tiab("low back") OR tiab(co-morbidity) OR tiab(multimorbidity) OR tiab("common mental disorder") OR tiab("chronic care") | 24,965                 |
| 16 | [S6] OR [S7] OR [S8] OR [S9] OR [S10] OR [S11] OR [S12] OR [S13] OR [S14] OR [S15]                                                                                                                                                                                                                                                         | 40,823                 |
| 17 | SU.EXACT("Treatment Compliance") OR SU.EXACT("Health Care Seeking Behavior")                                                                                                                                                                                                                                                               | 2,036                  |
| 18 | MAINSUBJECT.EXACT("Health services utilization")                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5,408                  |
| 19 | tiab(barrier*) OR tiab(facilitat*) OR tiab(enabl*) OR tiab(motivat*) OR tiab(acceptan*) OR tiab(nonaccept*) OR tiab(complian*) OR tiab(noncompli*) OR tiab(referral*) OR tiab(adhere*) OR tiab(refusal) OR tiab(participat*) OR tiab(dropout*)                                                                                             | 375,488                |
| 20 | [S17] OR [S18] OR [S19]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 379,066                |
| 21 | SU.EXACT("Primary Health Care")                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3,038                  |
| 22 | SU.EXACT("Community Services")                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 6,147                  |
| 23 | SU.EXACT("Outpatients")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1,315                  |
| 24 | tiab("community health**") OR tiab("out-of-hospital") OR tiab("primary health**") OR tiab("primary care")                                                                                                                                                                                                                                  | 14,903                 |
| 25 | [S21] OR [S22] OR [S23] OR [S24]                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 22,244                 |
| 26 | [S5] AND [S16] AND [S20] AND [S25]                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 201                    |
| 27 | [S5] AND [S16] AND [S20] AND [S25]<br>Limiters - Publication Date: 01012024-15122025                                                                                                                                                                                                                                                       | 23                     |
| 28 | [S5] AND [S16] AND [S21] AND [S26]<br>Limiters - Publication Date: 01012024-15122025; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish                                                                                                                                                                                                        | 23                     |

## Bilag 3: Interview- og moderatorguides

Dette bilag viser interviewguide til brug for de individuelle interviews (Figur 3) og moderatorguide til brug for fokusgruppeinterviews (Figur 4).

**Figur 3:** Interviewguide til individuelle interviews (fortsætter på næste side)

| Introduktion                                                                                                                             |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vil du starte med at fortælle kort om dig selv og din praksis?                                                                           | Navn, alder, erfaring, patientgruppe (socioøkonomiske baggrunde), ansatte, praksistype, antal patienter tilknyttet. |
| Kendskab og holdninger til kommunale tilbud                                                                                              |                                                                                                                     |
| Hvad ved du om de forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, som de lokale kommuner har?                                                   | Hvilke tilbud har du benyttet dig af?                                                                               |
| Hvilken viden oplever du, at man skal have for at kunne henvise til disse kommunale tilbud, og synes du, at du har den nødvendige viden? | Skelner du mellem forebyggelses- og rehabiliteringstilbud?                                                          |
| Hvor har du din viden om tilbuddene fra?                                                                                                 | Hvordan opnår I viden om nye/opdaterede tilbud?                                                                     |
|                                                                                                                                          | Hvad synes du om præsentationen af tilbud (f.eks. på SOFT-portalen)?                                                |
| Hvad er dit indtryk af kvaliteten af kommunernes tilbud?                                                                                 | Har du tillid til, at patienterne får noget ud af forløbene?                                                        |
|                                                                                                                                          | Har du tillid til de tilbudsansvarliges faglige kunnen?                                                             |
| Hvad synes dine patienter om tilbuddene?                                                                                                 |                                                                                                                     |
| Lokale henvisningspraksisser                                                                                                             |                                                                                                                     |
| Kan du fortælle mig om, hvordan du/I plejer at henvise til kommunale tilbud i denne praksis?                                             | Hvilke kommuner henviser I til?<br>Hvem henviser i din praksis?                                                     |
|                                                                                                                                          | Henviser du/I som regel til et specifikt tilbud eller til en sundhedssamtale?                                       |
|                                                                                                                                          | Hvad/hvor meget information indgår som regel i henvisningen?                                                        |
|                                                                                                                                          | Hvilke IT-systemer bruger I til henvisning (kan du vise mig det)?                                                   |
| Er der noget omkring det at henvise til disse tilbud, som er særligt besværligt eller bøvlet?                                            | Hvad gør at det kan opleves som svært/nemt at henvise?                                                              |
| Er der noget der gør det særligt nemt?                                                                                                   | Kan du komme med konkrete eksempler?                                                                                |

## Samarbejde med kommunerne

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hvordan fungerer samarbejdet med kommunen omkring de kommunale tilbud?                                                             | Hvordan kommunikerer I med kommunerne generelt?<br><br>Hvordan kommunikerer I med kommunerne omkring de patienter, der bliver henvist?<br><br>Kan du fortælle om en situation, hvor samarbejdet med kommunen fungerede særligt godt – eller hvor det var vanskeligt? |
| Der er jo flere sektorer indover de her forløb. Hvad oplever du er almen praksis' ansvar?<br><br>Hvornår tager kommunen over?      | I forhold til at patienterne opnår kendskab til tilbuddene, deltager, bliver fastholdt, osv.?<br><br>Oplever ud, at du nogle gange bevæger dig udenfor din "kerneopgave"?                                                                                            |
| Hvis du kunne ændre noget i samarbejdet med kommunen omkring forebyggelses- og rehabiliteringstilbuddene, hvad skulle det så være? |                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Køn og social ulighed på tværs

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hvilke hensyn spiller typisk ind i beslutningen om at henvise en patient?                                                                                                         | Hvilke praktiske hensyn?<br>Faglige hensyn?                                                                                                                                                                                                     |
| Er der nogen patienter, som du i udgangspunktet ikke ville henvise til de kommunale tilbud?                                                                                       | Hvorfor det?<br><br>Hvilken rolle spiller patientens motivation, livssituation, sygdomssituation, ressourcer, køn, alder, andre forpligtigelser f.eks.?<br><br>Kan du beskrive en situation, hvor du var i tvivl om du skulle henvise eller ej? |
| Vi ved, at der er nogen demografiske grupper, der deltager mindre i de kommunale tilbud, f.eks. mænd og folk af anden etnisk baggrund. Hvad tror du forklaringen kan være på det? | Er du opmærksom på, at der er denne ulighed i, hvem der deltager?<br><br>Er det noget, du tænker over, når du henviser?                                                                                                                         |

## Perspektiver og forbedringsforslag

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hvad kunne gøre det lettere at tænke kommunale tilbud ind i hverdagen i praksis? | Hvilke typer støtte eller feedback ville være mest meningsfulde for dig som praktiserende læge?<br><br>Har du nogen gode erfaringer, som du kan dele med andre alment praktiserende læger? |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Afrunding

Nu har vi været igennem alle de spørgsmål, som jeg har forberedt.  
Er der noget du gerne vil tilføje, eller noget som jeg burde have spurgt om, eller som du synes er vigtigt, at pointere?  
Tak for din tid og tak for at du ville dele dine oplevelser og holdninger med mig.

**Figur 4:** Moderatorguide til fokusgruppeinterviews (fortsætter på næste side)

## Introduktion og rammesætning

- Formål: høre jeres erfaringer og drøfte dem i fællesskab
- Bygger på individuelle interviews med kolleger
- Ingen rigtige/forkerte svar
- Hurtig præsentation: Navn, alder, erfaring, patientgruppe (socioøkonomiske baggrunde), ansatte, praksistype, antal patienter tilknyttet, kommuner

## Kommunale tilbud i praksishverdagen

### Åbent indgangsspørgsmål

- Når I tænker på kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud – hvad fylder mest i jeres hverdag?

### Spørgsmål

- Hvad ved I om de tilbud der er?

## Viden, overblik og tillid

### Udsagn til fælles drøftelse

"Mange læger fortæller, at de godt ved, at tilbuddene findes, men mangler overblik og føler sig usikre på indholdet af tilbuddene."

### Spørgsmål

- Hvordan lyder det for jer?
- Hvad skal man vide for at føle sig tryk ved at henvise?

### Sonderinger (vælg 1-2)

- Hvor kommer jeres viden primært fra?
- Hvilken rolle spiller patienternes tilbagemeldinger?

## Henvisning i praksis

### Udsagn

"Der er mange måder at henvise på, og stor forskel på hvordan læger gør det"

### Spørgsmål

- Hvordan henviser man – helt konkret?
- Hvad gør det nemt/svært i praksis?

## Samarbejde og ansvar

### Udsagn

“Der er ofte uklarhed om, hvornår almen praksis’ ansvar stopper, og kommunens begynder.”

### Spørgsmål

- Hvordan oplever I samarbejdet med kommunen omkring disse patienter?
- Hvornår giver I reelt stafetten videre?
- Hvor langt rækker jeres ansvar ift. motivation og opfølgning?

## Patienthensyn og ulighed

### Udsagn

“Nogle læger sorterer – bevidst eller ubevidst – i, hvem de forventer får noget ud af tilbuddene.”

### Spørgsmål

- Når I overvejer, om I vil henvise – hvad spiller mest ind?
- Hvornår henviser man – og hvornår lader man være?
- Hvordan genkender I det?
- Spiller køn, sociale ressourcer eller livssituation ind?

## Afrunding: ét vigtigt greb

### Afsluttende spørgsmål

- Hvis én ting skulle gøre det lettere at henvise til kommunale tilbud i hverdagen – hvad skulle det være?
- Er der noget I gerne vil tilføje, eller som I synes er vigtigt, at pointere?
- Tak for jeres tid og tak for at dele jeres oplevelser og holdninger.

## Bilag 4: Tematisk kodetræ

Dette bilag viser det kodetræ, der blev benyttet til analyse af interviewene (Figur 5).

**Figur 5:** Tematisk kodetræ benyttet til interviewanalyse

| Hovedtema                                | Kode                                          | Definition                                                                                                                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Praksiskontekst                          | 1.1 Praksistype og rammer                     | Oplysninger om praksisform, størrelse og organisering                                                                                                |
|                                          | 1.2 Patientpopulation                         | Beskrivelser af patienternes sammensætning                                                                                                           |
| Kendskab til kommunale tilbud            | 2.1 Kendskab til tilbud                       | Viden eller manglende viden om kommunale tilbud                                                                                                      |
|                                          | 2.2 Kilder til viden                          | Hvordan lægen har fået kendskab til tilbud                                                                                                           |
| Henvissningspraksis                      | 3.1 Henvissningsprocedure                     | Hvordan henvisning konkret foregår                                                                                                                   |
| Forskelle mellem Patientgrupper          | 4.1 Køn, klasse, sygdomme, etc.               | Implicitte eller eksplicitte overvejelser om henvisning                                                                                              |
| Samarbejde og relationer eksternt        | 5.1 Oplevelse af forskellige typer samarbejde | Beskrivelser af forskelle på samarbejde med forskellige afdelinger ved kommuner, med sekundær sektor, osv.                                           |
|                                          | 5.2 Eget forhold til kommunen                 | Relation til kommunen, relation til kommunale medarbejdere, intuitiv fornemmelse af kommunen, motivation for samarbejde, tillid, indtryk af kvalitet |
|                                          | 5.3 Almen praksis' rolle og ansvar            | Hvor er almen praksis ansvar i henvisning?                                                                                                           |
| Øvrige fremmende eller hæmmende faktorer | 6.1 Facilitatorer eller barrierer             | Alt det andet, som der ikke er plads til i de øvrige kategorier                                                                                      |
| Løsninger og forbedringsforslag          | 7.1 Forslag til forbedringer                  | Konkrete idéer til forbedring                                                                                                                        |

