



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 11-12-2019

PLAN

Sagsnr. 05-0400-56

## **Notat vedr. henvisning og visitation til sygehusbehandling, med særligt fokus på kræft**

### **Baggrund og definitioner**

I det følgende beskrives og præciseres regler, rammer og principper for de sundhedsfaglige indsatser ifm. overdragelse af behandlingsansvar fra læge eller tandlæge til sygehus. Da der gælder særlige regler og principper for kræftforløb, vil der blive fokuseret på dette område.

I notatet tages udgangspunkt i Sundhedslovens brede definition af *behandling*, som bl.a. omfatter undersøgelse, diagnosticering og sygdomsbehandling i forhold til den enkelte patient.

*Udredning* anvendes i det følgende som samlebetegnelse for de sundhedsfaglige indsatser og undersøgelser som f.eks. optagelse af sygehistorie, klinisk undersøgelse, blodprøver, skanninger m.v., der alle har til formål at sandsynliggøre eller afvise en eller flere sygdomme.

*Henvisning* er en sundhedsfaglig kommunikation, der sammenfatter vurdering af patientens tilstand og behandlingsbehov mhp. overdragelse af konkret behandlingsansvar i næste led, som kan være sygehus, speciallægepraksis m.v.

*Tilbagehenvisning* er en sundhedsfaglig kommunikation, som begrundes, hvorfor en henvist patient ikke kan modtages, og som dermed fastholder behandlingsansvar hos henvisende læge eller tandlæge.

*Viderehenvisning* er en sundhedsfagligt begrundet videresendelse af henvisningen til relevant modtager, f.eks. hvis modtagende afdeling ikke kan varetage den behandling, der er foreslået af henvisende læge eller tandlæge. Ved viderehenvisning fastholdes behandlingsansvaret således hos henvisende læge eller tandlæge, indtil henvisning er endeligt visiteret hos modtager. En teknisk videresendelse af henvisning (f.eks. ved forkert lokationsnummer), hvor der ikke foretages en sundhedsfaglig vurdering) bør blot betegnes videresendelse.

*Visitation* er en sundhedsfaglig vurdering og beslutning om det initiale behandlingstilbud, på baggrund af en konkret beskrivelse af patientens tilstand og behandlingsbehov som oplyst ved henvisning og/eller via øvrige informationskilder.

*Kræft* anvendes som betegnelse for sygdomme og tilstande med ukontrolleret celledeling og invasiv vækst eller risiko for invasiv vækst. Det følger af gældende regler<sup>1</sup>, at de særlige patientrettigheder omfatter tilstande og mistanker, der kan kodes indenfor flg. ICD-10-spænd: DC00-DC43, DC45-DC99 samt DD00-DD09.

*Mistanke* om kræft er en sundhedsfagligt begrundet overvejelse af kræft som mulig forklaring på symptomer, tegn, undersøgelsesfund m.v. hos en konkret patient.

*Symptom* er en kropslig sensation eller observation på egen krop, som patienten tolker som tegn på sygdom. Feber og hoste kan f.eks. være symptomer på lungebetændelse. Kliniske *fund* er symptomer, der påvises eller fremkaldes, eller forandringer, der erkendes, ved den kliniske undersøgelse af patienten f.eks. raslende vejtrækning, når lægen undersøger brystkassen med stetoskop eller ømhed, når lægen trykker et bestemt sted på kroppen.

### **Gældende ret**

Det følger af Sundhedsloven<sup>2</sup>, at regionerne har ansvar for sygehusopgaver efter loven, og at en region skal yde vederlagsfri sygehusbehandling til personer med bopæl i regionen. Diplomater m.v. er ligestillet med personer med bopæl, mens personer uden bopæl men med offentlig sygesikring m.v. i andet EU/EØS-land kan ydes sygehusbehandling mod betaling.

Forudsætningen for at regionen må yde sygehusbehandling – både vederlagsfrit og mod betaling – er, at personen er henvist til behandling af en læge eller tandlæge.

Der er ikke fastsat lovkrav til henvisende læges eller tandlæges tilhørsforhold, så der kan principielt være tale om både sundhedspersoner med sygesikringsaftale, med regional eller privat sygehusansættelse, om private og pensionerede læger og tandlæger m.v. Det må dog forudsættes, at der er tale om læger eller tandlæger med gyldig dansk autorisation.

Der er heller ikke lovfastsatte krav til henvisningens udformning, så denne kan principielt gives ved telefonisk henvendelse, ved skriftlig eller elektronisk meddelelse m.v. Der er etableret standarder for digitaliserede henvisninger, som kan implementeres i de IT-systemer, der bruges hos de praktiserende læger m.v. og i den digitale overføring til sygehus.<sup>3</sup> Sygehusene kan have fastsat krav til modtagelse af henvisninger, herunder gennem servere, centrale visitationsenheder m.v.

Ved behov for akut behandling, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, f.eks. ved indbringelse med ambulance, kan krav om henvisning fraviges, ligesom sygehuset efter en konkret vurdering kan yde sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, når omstændighederne taler derfor. Både akut henvisning og akut visitation til sygehus kan desuden varetages af præhospitalt lægepersonale, typisk ved præhospital akutlæge.

Endelig kan regionen give øvrige autoriserede sundhedspersoner end læger eller tandlæger, samt andre myndigheder, ret til at henvise til sygehusbehandling, således som det f.eks. er tilfældet for henvisning fra PPR eller sundhedsplejersker til børne- og ungdomspsykiatri.

---

<sup>1</sup> Vejledning nr. 9259 af 28. april 2015

<sup>2</sup> Sundhedslovens § 74 og § 79, jfr. jfr. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019, se også sygehusbekendtgørelsen nr 657 af 28. juni 2019.

<sup>3</sup> <https://www.medcom.dk/standarder>

En henvisning til sygehusbehandling må betragtes som et forslag til sygehuset om undersøgelse eller behandling af den pågældende patient, men således at det er sygehuset, der på grundlag af henvisningens oplysninger vurderer det konkrete undersøgelses- og behandlingsbehov, og om der er grundlag for at indkalde patienten.

Det følger heraf, at sygehuset ikke kan afvise at *vurdere* en gyldig henvisning, men at sygehuset efter sundhedsfaglig vurdering (visitation) kan tilbagehenvise patienten og dermed fastholde behandlingsansvar hos henvisende læge eller tandlæge. En sådan tilbagehenvissning vil selvfølgelig kunne påklages, både fsva. den visiterende læges konkrete skøn og ift. sygehusets generelle lovpligtige ansvar for at yde vederlagsfri sygehusbehandling til personer med bopæl i regionen.

Generelt er der ikke lovfastsatte frister for en henvisnings tidsmæssige gyldighed, men det må forudsættes, at en henvisning skal være udtryk for patientens konkrete og aktuelle tilstand og behandlingsbehov. Hvor en patient på baggrund af en lægehenvissning er undersøgt på et sygehus og afsluttet der, eksempelvis fordi der ikke er indikation for yderligere behandling, eller hvor patienten ikke ønsker at modtage den foreslåede behandling, er der således ikke grundlag for at anse henvisningen som aktuel, hvorfor henvisningen ikke kan anvendes til opstart af nyt behandlingsforløb på sygehus, men patienten må søge genhenvissning.

Senest 8 hverdage efter at sygehuset har modtaget en henvisning, skal sygehuset oplyse patienten om dato og sted for undersøgelse eller behandling, ventetider, patientens rettigheder ift. frister for udredning og behandling, frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg m.v.<sup>4</sup> De 8 hverdage omfatter ikke weekender, helligdage m.v. Såfremt sygehuset ved sin visitation har valgt væsentligt at afvige fra det behandlingstilbud, som henvisende læge har foreslået, bør patienten gøres opmærksom herpå i brevet til patienten.

Generelt gælder for alle patienter, der henvises til udredning på sygehus, at de er omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning<sup>5</sup>. Retten betyder, at sygehuset inden for 30 dage skal undersøge patienten og på den baggrund enten kunne informere patienten om behandlingsmuligheder, eller kunne afkræfte mistanken om sygdom. Fristen beregnes fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til den dato, hvor patienten er endeligt udredt og kan blive informeret om, hvad udredningen viser. Hvis sygehuset ikke selv kan udrede patienten inden for 30 dage, skal sygehuset forsøge at få patienten udredt inden 30 dage på andre offentlige eller private sygehuse og klinikker.

Hvis det ikke inden for fristen er muligt at udrede patienten på hverken eget sygehus eller på et af regionens samarbejdssygehuse, skal sygehuset inden for samme tidsfrist på 30 dage udarbejde en plan for det videre udredningsforløb. Udredningsplanen skal – i relevant omfang – beskrive de kommende undersøgelser, som sygehuset forventer, at patienten skal gennemgå. Hvis hverken regionens sygehus eller et af bopælsregionens samarbejdssygehuse har kapacitet til at udrede patienten inden for 30 dage, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg, som betyder, at patienten kan få hele eller dele af sin udredning foretaget på et såkaldt aftalesygehus.

---

<sup>4</sup> Sygehusbekendtgørelsen nr. 657 af 28. juni 2019 § 12

<sup>5</sup> Sundhedslovens § 82 b, se også sygehusbekendtgørelsen nr 657 af 28. juni 2019. Bemærk at bestemmelserne ikke gælder henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation, rekreations- og rehabiliteringsophold, samt forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

Henvises en patient til sygehusbehandling på mistanke om kræft gælder derudover særlige regler for maksimale ventetider,<sup>6</sup> som angiver en handlepligt for regionen. Senest 11 kalenderdage efter, at sygehuset har modtaget en henvisning af en patient til undersøgelse på mistanke om kræft, skal sygehuset meddele patienten, om vedkommende kan tilbydes behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid på 14 kalenderdage, og patienten skal have meddelt en dato for forundersøgelsen. Kalenderdage omfatter også weekender, helligdage m.v., og beregnes fra og med dagen efter, at sygehuset har modtaget henvisning, og indtil patientens første fremmøde på sygehuset som start på udredningen.

Det må forudsættes, at sygehusets pligter efter ovenstående bestemmelser om tidsfrister m.v. kun gælder i den situation, hvor sygehuset efter sundhedsfaglig visitation har besluttet at overtage behandlingsansvaret, og at sygehuset derfor ved tilbagehenvisning, som fastholder behandlingsansvar hos henvisende læge, ikke har tilsvarende pligter. Der er ikke lovfastede krav til sygehusets information af patienten ved tilbagehenvisning, men god faglig standard vil være, at sygehuset sikrer, at patienten senest 8 hverdage efter modtagelse af henvisning får information om tilbagehenvisning, enten direkte fra sygehuset eller ved at sygehuset anmoder henvisende læge om det.

Autoriserede sundhedspersoner er under udøvelsen af deres virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.<sup>7</sup> Det sundhedsfaglige virke, der udøves ved lægen eller tandlægens undersøgelse, som danner grundlaget for henvisning, og som udøves af den visiterende sundhedsperson ved vurdering af henvisning, er omfattet af denne pligt.

Det følger endvidere af autorisationsloven, at autoriserede sundhedspersoner skal føre patientjournal,<sup>8</sup> og det er præciseret, at sådanne ordnede optegnelser også omfatter læger og tandlægers hen- og tilbagevisninger.<sup>9</sup> Det må forudsættes, at tilsvarende krav gælder i forhold til, at visiterende sundhedspersoner skal lave ordnede optegnelser af den sundhedsfaglige visitation, der udføres ved sygehusets modtagelse af henvisning til sygehusbehandling.

### **Vedr. pakkeforløb for kræft**

Sundhedsstyrelsens kræftpakkeforløb er udarbejdet i forlængelse af Kræftplan II. Indførelsen af pakkeforløb for kræft følger desuden af 'Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter' mellem Danske Regioner og Regeringen i 2007 samt af aftale om regionernes økonomi for 2008 og Finansloven for samme år.

I pakkeforløb for kræft angives kriterier for henvisning til udredning i pakkeforløb, de væsentligste elementer i standardforløbet beskrives, og der angives standardforløbstider for henvisnings- og udredningsforløb frem til den initiale behandling igangsættes. Behandling defineres i den sammenhæng som en indsats, der retter sig mod patientens kræftsygdom, hvad enten den er kirurgisk, medicinsk eller stråleterapeutisk.

---

<sup>6</sup> Sundhedslovens § 88, se også bekendtgørelse om maksimale ventetider nr. 584 af 28. april 2015 samt tilhørende vejledning nr. 9259 af 28. april 2015. Bemærk at bestemmelserne ikke gælder for kræftsygdomme, som kræver knoglemarvstransplantation, for hudkræft, som ikke er modermærkekræft, og for forskningsmæssig og eksperimentel behandling.

<sup>7</sup> Autorisationslovens § 17 jfr. lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019

<sup>8</sup> Autorisationslovens § 21 jfr. lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019

<sup>9</sup> Journalføringsbekendtgørelsen nr. 530 af 24. maj 2018 § 10, se også vejledning nr. 9447 af 18. juni 2018

Forløbstiderne er siden revisionen af pakkeforløbene i 2012 som led i Kræftplan III angivet i kalenderdage og fremgår af de enkelte pakkeforløbsbeskrivelser. Kræftpakkeforløbene beskriver standardforløb, der skal tjene som faglige rettesnore for sygehusafdelingernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb.

At en konkret patient i sit udrednings- og behandlingsforløb følger hele eller dele af et defineret pakkeforløb udløser imidlertid ikke særlige patientrettigheder udover de generelle rettigheder for udredning og behandlingsfrister, sygehusvalg m.v., der følger af sundhedslovens kapitler 17a, 19 og 20 samt de mere specifikke regler for maksimale ventetider, der gælder for kræft m.v. Ved henvisning til sygehusbehandling, herunder også udredning, på mistanke om kræft vil reglerne om maksimale ventetider, samt de generelle rettigheder vedr. hurtig udredning og behandling samt udvidet frit sygehusvalg således være gældende.

Indgangskriterier for henvisning til udredning i pakkeforløb er et centralt omdrejningspunkt i at sikre hurtig udredning og behandling af patienter med mistanke om kræft, som typisk vil blive henvist til sygehus af praktiserende læge, speciallæge eller tandlæge.

Som eksempel på sådanne indgangskriterier er i gældende pakkeforløbsbeskrivelse for brystkræft angivet, at en kvinde skal henvises til pakkeforløb, hvis mindst ét af nedenstående symptomer og fund er til stede:

- Palpatorisk suspekt tumor
- Nytilkommet papilretraktion
- Nytilkommet hudindtrækning
- Pamil-areolaeksem/ulceration, som kan være tegn på Mb. Paget
- Klinisk suspekterede aksillære lymfeknuder
- Billeddiagnostisk suspekt forandring, f.eks. fund ved mammografiscreening eller ved undersøgelse hos speciallæge i radiologi udenfor sygehus
- Søgen efter primær tumor ved. bioptisk verificerede aksilmetastaser

En palpatorisk suspekt tumor er i denne sammenhæng defineret som typisk en hård, irregulært afgrænset knude, der er fikseret til omgivende væv, hud eller fascie. I pakkeforløbsbeskrivelsen præciseres det desuden, at enhver nyopdaget tumor hos postmenopausale kvinder må opfattes som suspekt for malignitet og skal udredes i pakkeforløb.

For alle Sundhedsstyrelsens pakkeforløb gælder, at indgangskriterierne ikke er udtømmende, og at de derfor ikke kan tjene som eneste grundlag for visitation til udredning på mistanke om kræft, uanset om det sker i eller uden for et pakkeforløb.

En patient kan således godt henvises med mistanke om en konkret type kræft uden at opfylde indgangskriterier i det tilsvarende pakkeforløb. Tilsvarende kan manglende opfyldelse af indgangskriterier ikke alene kan anvendes som begrundelse for tilbagehenvisning, hvis der i øvrigt er angivet oplysninger på henvisning, som ud fra et konkret skøn tilsiger visitation til udredning på mistanke om kræft. I den forbindelse skal henvisende læges begrundede kliniske mistanke om kræft indgå med tyngde i grundlaget for den samlede visitation.

For en række kræftpakkeforløb kan der være angivet faglige retningslinjer for håndtering af symptomer på kræft, der skal udredes i en såkaldt 'filterfunktion' som f.eks. kan være ambulante undersøgelser på sygehus eller i speciallægepraksis, og som skal sandsynliggøre kræftmistanken før egentlig opstart af et kræftpakkeforløb. Det er f.eks. tilfældet i pakkeforløbet for

kræft i æggestokkene, hvor der samtidig er anført særlige opmærksomheder, som skal føre til henvisning direkte til pakkeforløb uden om filterfunktion. I det omfang udredning i 'filterfunktioner' m.v. foretages med bredt differentialdiagnostisk sigte, og uden konkret begrundet overvejelse af kræft som mulig forklaring, så vil reglerne om maksimale ventetider ikke gælde. Ved visitation til udredning i pakkeforløb vil reglerne om maksimale ventetider som udgangspunkt altid gælde.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet 30 pakkeforløb, som samlet set dækker ca. 40 kræftformer. Hvilke områder, der skulle udarbejdes kræftpakker for, blev i første omgang udvalgt ud fra størrelsen af patientgrupperne, dernæst blev der udarbejdet kræftpakker for en række mindre sygdomsområder og for områder, hvor der var et behov for nationalt at præcisere forhold omkring organisering og ansvarsfordeling i kræftforløbet og hvor der var behov for at understøtte, at kræftindsatsen blev styrket f.eks. diagnostisk pakke.

Sundhedsstyrelsen reviderer løbende pakkeforløbsbeskrivelserne. Otte pakkeforløb er blevet revideret og udgivet i 2017 og 2019, og syv pakkeforløb er på nuværende tidspunkt under revision. Sundhedsstyrelsen bliver i revisionsprocesserne rådgivet af en bred gruppe af fagfolk herunder sundhedsprofessionelle, der arbejder med de relevante kræftformer, faglige selskaber, danske multidisciplinære cancer grupper og regionale ledelsesrepræsentanter samt patientrepræsentanter.

Ud over de organspecifikke pakkeforløb har Sundhedsstyrelsen også udarbejdet en såkaldt 'diagnostisk pakke', som omfatter patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. Det er således ikke en forudsætning for at følge dette kræftpakkeforløb, at henvisende læge angiver mistanke til konkret kræftsygdom.

Omvendt vil langt fra alle patienter, der henvises til sygehusbehandling (inkl. udredning) på mistanke om en konkret type kræft, kunne eller skulle følge hele eller dele af et pakkeforløb.

Da der ikke er pakkeforløb for alle sygdomme, og da pakkernes indgangskriterier ikke er en udtømmende beskrivelse af samtlige mulige symptomer og fund, der kan give mistanke om kræft, er det vigtigt, at den henvisende læge ikke blot udfylder en standardformular ved henvisning til pakkeforløb, men også samtidigt i fritekst uddyber og begrundet sine fund og vurderinger ift. at rejse mistanke om kræft.

Samtidig skal der ved den lægefaglige visitation ved modtagelse af henvisning til udredning på mistanke om kræft – uanset om der er angivet 'henvises til pakkeforløb' eller ej – tages stilling til, på hvilken vis patienten bedst udredes og behandles, herunder om det mest hensigtsmæssigt varetages som led i et forud tilrettelagt pakkeforløb, eller om der allerede med udgangspunkt i det beskrevne i henvisningen skal tilrettelægges et individuelt udrednings- og behandlingsprogram, der er mere hensigtsmæssigt for den konkrete patient.

At patienten er henvist og visiteret til at følge et pakkeforløb erstatter således ikke behovet for løbende klinisk vurdering og visitation, både ved start og undervejs, således at der tages relevante individuelle hensyn, herunder ved valg af undersøgelsesmetoder. Også i situationer, hvor en patient har symptomer og fund, som umiddelbart opfylder indgangskriterierne til et specifikt kræftpakkeforløb, kan der være tilfælde, hvor en konkret visitation ud fra de på henvisningen angivne informationer gør, at det findes mere hensigtsmæssigt at udrede patienten udenfor pakkeforløb, eller i et andet pakkeforløb, f.eks. hvis anden kendt tilstand bedre kan forklare symptomerne og udredningen derfor bør tilrettelægges herefter.

### **Det kliniske skøn ved mistanke om kræft**

Mistanke om kræft kan rejses af en læge eller tandlæge på baggrund af patientens sygehistorie, herunder tidligere sygdom, risikofaktorer, familiære dispositioner, ekspositioner m.v. samt de symptomer, som patienten præsenterer og kliniske fund, som lægen eller tandlægen erfarer. I visse tilfælde kan mistanken være åbenlyst begrundet som f.eks. ved tumorvækst gennem hud, men ellers vil mistanke om kræft som udgangspunkt bero på et konkret sundhedsfagligt skøn i et helhedsperspektiv. Undtagelser herfra kan f.eks. være mistanke om kræft, der erkendes ved positiv laboratorietest som led i et befolkningsscreeningsprogram, tilfældige diagnostiske fund ved undersøgelse for anden sygdom m.v.

Til brug for det kliniske skøn kan lægen eller tandlægens kliniske skøn kvalificeres ved brug af vidensbaserede beslutningsstøtteværktøjer. Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelser, og særligt oversigterne over indgangskriterier, er i den forbindelse et meget væsentligt redskab til at understøtte den kliniske vurdering, og er redskaber som alle læger og tandlæger bør kende og anvende i relevant omfang.

Da kræftpakkerne ikke dækker alle tilstande, og ikke er udtømmende i beskrivelsen af indgangskriterier for de tilstande, der dækkes, vil lægen eller tandlægen også skulle anvende øvrige redskaber til beslutningsstøtte, herunder lærebøger, kliniske retningslinjer udarbejdet i regi af nationale og internationale faglige selskaber, regionale instrukser, manualer, IT-baserede værktøjer m.v.

Sundhedsstyrelsen reviderer løbende pakkeforløbsbeskrivelserne, herunder indgangskriterierne, således at de kan følge nyeste og bedste viden på området. Ved fremkomst af ny viden, henvendelser fra de faglige miljøer m.v. kan enkelte dele af et pakkeforløb revideres hurtigt.

Vedr. indgangskriterier i pakkeforløb, og generelt vedr. symptomer og fund, der kan give mistanke om kræft, er det vigtigt at være opmærksom på, at enkelte symptomer og tegn, eller kombinationer heraf, kan have forskellig styrke ift. at udsige sandsynlighed for sygdom eller ikke-sygdom, såkaldte prædiktive værdier.

For brystkræft skal en nyopstået indtrækning (vævsskrumpning) af hud eller brystvorte (papil) således altid give lægen mistanke om kræft, mens det vil være rimeligt at overveje andre forklaringer end brystkræft f.eks. ved en enkelt hævet lymfeknude i den ene armhule som eneste fund.

Nogle symptomer og kliniske fund kan være svære at beskrive og konstatere med sikkerhed, både hos læge og patient. Det gælder særligt for uspecifikke symptomer som kvalme, svimmelhed, træthed m.v. Ved en række kliniske fund kan det kræve en vis erfaring og løbende rutine at vedligeholde kliniske kompetencer, f.eks. ift. med stor sikkerhed at vurdere om en udfyldning (knude, tumor) i et bryst med stor sandsynlighed er udtryk for godartede forandringer eller skal give mistanke om kræft.

Den sundhedsfaglige viden udvikler sig over tid og dermed udvikler vores forståelse af, hvilken betydning forskellige sygdomstegn har. I den løbende revision af kræftpakkeforløbenes indgangskriterier vil Sundhedsstyrelsen inddrage nyeste viden samt konkrete erfaringer med de eksisterende pakkeforløb. Indgangskriterierne i pakkeforløbene kan derfor være mere eller mindre understøttet af evidens og erfaring.

Som eksempel blev indgangskriterierne i den første udgave af den 'diagnostiske pakke' fastlagt primært ud fra en bred faglig konsensus i arbejdsgruppen, men vil ved senere revisioner gradvis blive mere præcise, som vi får ny viden, og i takt med den teknologiske udvikling. Omvendt har vi også revideret pakkeforløb for at skærpe indgangskriterierne med henblik på at reducere risiko for overdiagnostik, overbehandling og uhensigtsmæssigt ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. Det var f.eks. tilfældet, da vi for nogle år siden justerede indgangskriterier til udredning i pakkeforløb for kræft i urinveje ift. ikke-synligt blod i urinen.

På grund af ovenstående vil den konkrete lægefaglige vurdering af, om der er mistanke om kræft altid bero på et skøn, og der vil være tale om forskellige grader af mistanke. Derfor er det vigtigt, at lægen ved henvisning til sygehusbehandling beskriver, hvilke sygdomstegn, der rejser mistanken om kræft, så den visiterende læge, der i udgangspunktet vil have mere viden om den mistænkte kræftsygdom, kan vurdere om mistanken kan opretholdes. Det er særligt vigtigt at både henvisende og visiterende læge sikrer tydelig information til patienten i situationer, hvor det kliniske skøn er vanskeligt.

### **Ansvar ved henvisning og visitation til sygehusbehandling ved mistanke om kræft**

Sundhedsstyrelsen har for pakkeforløbene for kræft beskrevet god faglig standard for henvisning til sygehusbehandling, herunder udredning på mistanke om kræft.<sup>10</sup> Rammepapiret beskriver ansvarsfordeling og organisering. Som kvalitetsstandard er det skrevet i relation til patienter henvist til kræftpakkeforløb, men bør i vid udstrækning også gælde for alle patienter, der henvises til udredning på mistanke om kræft, uanset om det er som led i et pakkeforløb.

Forhold vedr. henvisning og visitation er desuden beskrevet i vejledning om maksimale ventetider<sup>11</sup>. Med udgangspunkt i rammepapir, vejledning m.v. beskrives neden for Sundhedsstyrelsens præcisering af den faglige standard ved henvisning og visitation ved mistanke om kræft.

Henvisende læge eller tandlæge har ansvaret for patienten indtil første fremmøde på udredende afdeling og skal orientere patienten om, at der er mistanke om kræft og om, hvilke symptomer, der giver anledning til mistanken.

Henvisende læge eller tandlæge er ansvarlig for, at henvisningen er i overensstemmelse med gældende faglige standarder, og bør påse, at følgende er en del af henvisningen:

- Symptombillede og undersøgelsesfund for det specifikke forløb
- Fysisk/psykisk komorbiditet og relevante dispositioner
- Funktionsnedsættelse, som det skønnes relevant at kende til; herunder relevante
- oplysninger vedr. patientens sociale situation, eventuelle sproglige barrierer, læsevanskeligheder og handicap
- Om der er henvist til kommunal forebyggelse/sundhedsfremme
- Opdateret medicinstatus
- Kontaktinfo med telefonnummer til henvisende læge og patientens telefonnummer

I forbindelse med henvisning til sygehusbehandling ved mistanke om kræft skal både den henvisende læge og den visiterede speciallæge sikre, at der er fyldestgørende oplysninger på henvisningen, der muliggør en god faglig visitation.

---

<sup>10</sup> 'Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Begreber, forløbstider og monitorering – for fagfolk' 2018

<sup>11</sup> Vejledning nr. 9259 af 28. april 2015



Ved modtagelse af henvisning på sygehuset foretages en sundhedsfaglig visitation på relevant kompetenceniveau ift. den type og kompleksitet af tilstand, der henvises for.

Den sundhedsfaglige visitation bør foretages hurtigst muligt efter sygehusets modtagelse af henvisningen, hvilket typisk vil være førstkommande hverdag. Ved håndtering af tidskritiske tilstande, herunder visse typer af kræft, kan der med fordel foretages visitation flere gange dagligt. Der gælder særlige frister for sygehusets meddelelse til patienten vedr. dato og sted for undersøgelse eller behandling, om patientens rettigheder og om der kan tilbydes behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid m.v. Det følger heraf, at den sundhedsfaglige visitation senest skal foretages inden for en tidsfrist, der tillader overholdelse af disse lov- bundne frister.

For hyppigt forekommende symptomer, tilstande m.v. bør der lokalt foreligge instrukser, der kan understøtte visitationen. Kliniske retningslinjer udarbejdet i regi af regionale videnscentre og faglige fora, faglige selskaber m.v. kan i relevant omfang inddrages som beslutningsstøtte ift. udarbejdelse af instrukser og ift. de konkrete kliniske skøn. Regionen bør sikre, at videns- deling og samarbejde på tværs af sygehuse og praksissektor løbende udbygges således at der sikres relevant deling af information samt hensigtsmæssige teknologiske løsninger og beslut- ningsstøtte, der kan underbygge den fagligt mest hensigtsmæssige henvisning og visitation.

På sygehuse er det afdelingsledelsens ansvar, at der forefindes de nødvendige instrukser, og at de afspejler gældende regler, herunder sundhedslovens bestemmelser om sygehusets pligter og patienters rettigheder som gennemgået ovenfor samt autorisationslovenes bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed. Ansvarer omfatter også, at instrukser løbende ajourføres, at de er anvendelige i det daglige arbejde, at nyansatte introduceres til dem samt at påse, at ar- bejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser.<sup>12</sup>

På områder, hvor der visiteres henvisninger med relativt fastlagt form og indhold, med klare og entydige lokale instrukser og retningslinjer m.v., kan den sundhedsfaglige visitation vare- tages af andre end speciallæger, herunder også sygeplejersker, radiografer m.v., idet det be- mærkes, at visitationsopgaven generelt ikke er lægeforbeholdt virksomhed.

Ved faglig tvivl om henvisningens fuldstændighed, fortolkning af lokale instrukser, graden af mistanke m.v., særligt ved henvisning på mistanke om kræft og andre alvorlige tilstande, vil god faglig standard for tilrettelæggelse af udredningsprogram ved henvisning til sygehus ge- nerelt være, at visitationen varetages af speciallæge eller under dennes supervision.

Der vil gælde skærpede krav ved tilbage- eller viderehenvisning af patienter, der er henvist på mistanke om kræft eller andre alvorlige tilstande, hvor der som udgangspunkt skal ske visita- tion på speciallægeniveau. På følsomme områder, med stor kompleksitet, tidskritiske til- stande, sårbare grupper som f.eks. børn m.v. bør visitation varetages på speciallægeniveau. Der gælder særlige krav ift. berettigelse og kompetencer ved anvendelse af ioniserende strå- lingskilder og –generatorer i udredning og behandling<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Vejledning nr. 9001 af 20. november 2000

<sup>13</sup> Strålebeskyttelsesloven, lov nr 23 af 15. januar 2018, jfr. kapitel 2, se også bekendtgørelse nr 671 af 1. juli 2019 samt bekendtgørelse nr 669 af 1. juli 2019.

Fsva. instruktors retsvirkning har den enkelte sundhedsperson altid et selvstændigt ansvar for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit faglige virke. Afvigelser fra afdelingens instrukser vil ikke nødvendigvis være udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Det vil bero på en konkret vurdering af de givne omstændigheder, hvorvidt sundhedspersonen ved overholdelse af eller afvigelse fra en instruks har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Hvis den henvisende læge ved sit kliniske skøn finder mistanke om kræft, og hvis den visiterende læge finder denne mistanke fyldestgørende beskrevet og begrundet på henvisningen, skal regionen tilbyde udredning efter reglerne om maksimale ventetider.

Hvis den henvisende læge ikke har henvist med mistanke om kræft, men den visiterende læge på baggrund af informationer i henvisningen finder at kræft må mistænkes, skal regionen tilbyde udredning efter reglerne om maksimale ventetider. I den situation skal visiterende læge sørge for at både patient og henvisende læge snarest muligt orienteres om mistanken. Henvisende læge skal fortsat have behandlingsansvaret indtil første fremmøde på sygehus, med mindre andet aftales.

Hvis den sygehusafdeling, der modtager henvisning, vurderer, at der skal henvises videre til andet sygehus eller afdeling, skal sygehuset uden unødigt forsinkelse, og sædvanligvis senest førstkommande hverdag efter modtagelse, videresende til relevant afdeling. Sygehuset skal sikre at henvisende læge modtager information herom.

Hvis det efter sygehusets visitation vurderes, at henvisningens oplysninger er ufuldstændige i forhold til korrekt visitation, skal sygehuset uden unødigt forsinkelse, og sædvanligvis senest førstkommande hverdag efter modtagelse, returnere henvisningen til henvisende læge eller tandlæge. Det vil i vid udstrækning være det fagligt mest hensigtsmæssige at bede den henvisende læge eller tandlæge, der har undersøgt og kender patienten, om at foretage suppleringen. Ved tilbage- eller viderehenvisning, hvor behandlingsansvaret fastholdes hos henvisende læge eller tandlæge, bør sygehuset sikre en fyldestgørende faglig begrundelse, og tilbyde en faglig dialog mellem sygehus og henvisende læge eller tandlæge.

I en række situationer kan det mest hensigtsmæssige være, at visiterende læge telefonisk kontakter henvisende læge eller tandlæge for dialog om henvisningen, med sigte på supplerende eller præcisering af henvisningsoplysninger. Dette forudsætter, at henvisningen er udfyldt korrekt med et direkte telefonnummer til henvisende læge eller tandlæge, således at der let kan opnås kontakt.

I visse situationer, hvor et konkret sundhedsfagligt skøn tilsiger, at det er det mest hensigtsmæssige for patienten, kan sygehuset vælge at supplere oplysninger fra andre kilder end henvisende læge eller tandlæge, herunder f.eks. med umiddelbart tilgængelige journal- eller patientoplysninger, direkte kontakt til patienten m.v., for derved at kunne foretage en korrekt visitation. Tilsvarende kan sygehuset vælge at visitere til et tilbud, der måske er mere omfattende end det oplyste på henvisningen tilsiger, men som ud fra et konkret sundhedsfagligt skøn vurderes at tilvejebringe en hurtig og optimal klinisk vurdering i en usikker situation f.eks. ved at tilbyde forundersøgelse ved speciallæge.

Hvis sygehuset på baggrund af den sundhedsfaglige visitation beslutter at overtage behandlingsansvaret, vil sygehuset som nævnt ovenfor under alle omstændigheder være forpligtet til

indenfor lovfastsatte frister at meddele patienten tid og sted m.v. for den tilbudte behandling, herunder opstart på udredning.

Hvis information og tilbud afviger væsentligt fra det, som den henvisende læge måtte have informeret patienten om, og i det omfang den givne information fremgår af henvisningen, bør sygehuset sikre, at denne information tilflyder både patient og henvisende læge eller tandlæge, da denne fortsat har behandlingsansvaret indtil patientens første fremmøde på sygehus, og derfor har behov for at kende indholdet i sygehusets information og tilbud.