

Hørings svar fra Hospitalerne og DSAM, PLOM, Lungeforeningen

Temaer i høringssvar	Konkrete input	Sekretariatets bemærkninger
Generelle bemærkninger (opbakning/ikke opbakning)	Generel opbakning til programmet	
Klassifikation af KOL	1) SST anbefaling vedr. stratificering bør indføres. (samme beskrivelse, der er linket til via OK18) (PLOM)	1) Link til SST anbefalinger er indført.
Rehabilitering og samarbejde med civilsamfundet	1) Transport til rehabiliteringstilbud er vigtigt. Eller bedre geografisk placering (PLOM) 2) under pårørende afsnit kan der henvises til lungeforeningens pårørende sektion.	1) Jf. sundhedsloven har pensionister og andre, hvis tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler, ret til befordring. Det er dog præciseret, at det tilstræbes at rehabiliteringstilbud gøres let tilgængelige. 2) Link indført.
Ernæringsindsatsen	1) Mennesker med KOL kan opleve synkeproblemer, og der kan være en sammenhæng mellem dysfagi og exacerbation af KOL. Derfor bør dysfagi beskrives som et særligt opmærksomhedspunkt og der er et ønske om, at dette skrives ind i programmet. (HE vest) 2) Afsnittet opbygges så det indledes med anbefalinger til, hvad borger skal i relation til ernæring eks: " Ernæringstilstanden vurderes hos alle borgere med KOL. I vurderingen af ernæringstilstanden indgår en undersøgelse af kostindtagelsen og højde og vægt mhp. beregning af BMI. Formålet er at identificere de borgere med KOL, for hvem sygdomsforløbet bliver forværret, hvis der ikke gøres en målrettet ernæringsindsats."(HE vest) 3) Borgeren skal have mulighed for at blive henvist til diætvejledning (HE vest). 4) Uklart hvad der menes med generelle	1) Der er indsat kort beskrivelse vedr. sammenhæng mellem dysfagi og KOL samt henvist til NKR vedr. dysfagi 2) Der er ikke foretaget ændringer i strukturen 3) Det fremgår, at almen praksis som udgangspunkt har ansvaret for, at der tilbydes diætvejledning, og at dette kan være i samarbejde med kommunen. 4) Henvisning indført.

	<p>kostanbefalinger s. 24 linje 4.</p> <p>5) BMI er nævnt flere steder og det kan efterfølges af Kg/m² (HE vest)</p> <p>6) Det er uklart, hvad der menes med kommercielle ernæringsprodukter og ernæringstilskud. s. 24 (HE vest)</p> <p>7) Uklart hvad der menes med "Normal kost" s. 24. (HE vest)</p> <p>8) Det bemærkes at hospitalerne aldrig tilbyder diætvejledning alene. På hospitalerne tilbydes diætbehandling/ernæringsbehandling og i henhold til definitionen (side 25) af diætbehandling/ernæringsbehandling så er diætvejledning/ernæringsvejledning en del af diætbehandlingen. (HE vest)</p> <p>9) Almen praksis kan ikke yde ernæringsvejledning højst almindelig kostvejledning. Der står, at kommunerne tilbyder kost- og diætvejledning som en del af rehabiliteringsforløbet. Vi må fastholde, at rehabiliteringen foregår efter individuel planlægning med udgangspunkt i borgerens behov og motivation.(PLOM)'</p> <p>10) Det ligger udenfor almen medicinsk kompetencer at tilbyde diætvejledning. Det er ifølge ovenstående definition: "Er en individuel orienteret samtale med klinisk diætist om baggrunden for diætprincipper samt deres anvendelse i praksis." Der vil kun i få tilfælde være tale om at der er diætister ansat i almen praksis. Almen praksis kan således kun varetage kostvejledning. (DSAM)</p>	<p>5) Ikke indføjet.</p> <p>6) Sproglige rettelser foretaget, så anbefalinger følger "Vejledning om tilskud til lægeordnede ernæringspræparater (sondeernæring m.v.)"</p> <p>7) Henvisning indføjet.</p> <p>8) Beskrivelsen er indføjet fra "Implementeringsplan vedr. behandling af KOL og diabetes type 2 patienter i almen praksis" godkendt i PPU – der er derfor ikke foretaget ændringer.</p> <p>9) Beskrivelsen er indføjet fra "Implementeringsplan vedr. behandling af KOL og diabetes type 2 patienter i almen praksis" godkendt i PPU– der er derfor ikke foretaget ændringer.</p> <p>10) Beskrivelsen er indføjet fra "Implementeringsplan vedr. behandling af KOL og diabetes type 2 patienter i almen praksis" godkendt i PPU– der er derfor ikke foretaget ændringer.</p>
<p>Beskrivelse af den akutte indsats</p>	<p>1) Der skal tilføjes "/eller tværsektorielle lungeteam" ved punkt kommunal akutteam s. 31 (AUH)</p>	<p>1) ikke indføjet</p> <p>2) På baggrund af præciseringer ift.</p>

	<p>2) Det bør fremgå tydeligt, at monitoreringsenheden har ansvaret for den akutte behandling for borgere i hjemmemonitorering. (PLOM)</p> <p>3) Samarbejdet mellem lægevagt og kommunale akutteams er ikke beskrevet. Hvordan sikre at lægevagts ordinationer modtages og udføres af akutteams? (PLOM)</p>	<p>henvisning og behandlingsansvar fra arbejdsgruppe i regi af teleKOL er dette præciseret.</p> <p>3) Det er indføjet, at der er fokus på akutområdet og udvikling inden for dette, samt at den akutte indsats herunder samarbejdet udfoldes løbende.</p>
<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL</p>	<p>1) Det skal fremgå tydeligere, at lungespecialisten har behandlingsansvaret så længe patienten monitoreres. (AUH)</p> <p>2) Det bør fremgå, at det er de mest syge KOL borgere, der monitoreres. (AUH)</p> <p>3) Bekymring for arbejdsbelastningen for beredskabsvagt i vagttid. (AUH)</p> <p>4) Der bør i forbindelse med patientuddannelsesbeskrivelsen henvises til det rehabiliterende afsnit i forløbsprogrammet særligt vedr. forstå din KOL. (RH Horsens)</p> <p>5) Kræver en del ressourcer ift. specialiserede sygeplejersker og læger. Hvis der tilføres midler skal dette tydeliggøres. (HEM)</p> <p>6) Målgruppen for telemedicinsk hjemmemonitorering er ikke defineret i forløbsprogrammet. Den antages at være en delmængde af de patienter der i.h.t. sundhedsstyrelsens vejledning for tværsektorielle forløb skal følges i hospitalsregi (GOLD klasse D med flere årlige eksacerbationer.) Under alle omstændigheder, overgår patienten til hospitalsforløb ved inklusion i telemedicinsk hjemmemonitorering af KOL. (PLO-M)</p>	<p>1) På baggrund af præciseringer ift. henvisning og behandlingsansvar fra arbejdsgruppe i regi af teleKOL er dette præciseret.</p> <p>2) Det fremgår af høringsversionen, at målgruppen er borgere med svær/meget svær KOL. Det er præciseret, at denne gruppe primært er tilknyttet hospitalsregi.</p> <p>3) Den konkrete bemanning af vagtfunktionen er fortsat under afklaring i regi af teleKOL programmet derfor ikke behandlet yderligere.</p> <p>4) Der er indsat henvisning til rehabiliteringsafsnittet.</p> <p>5) Jf. bilag vedr. økonomi er der henvist til budgetvejledning for teleKOL. Heraf er det tydeliggjort at udrulning af telemedicin vil betyde en meromkostning derfor ikke behandlet yderligere.</p> <p>6) Det fremgår af høringsversionen, at det er borgere med svær/meget svær KOL. På baggrund af præciseringer ift. henvisning og behandlingsansvar fra arbejdsgruppe i regi af teleKOL er placering behandlingsansvaret</p>

	<p>7) digitale forløbsplaner: PLOM er bekymrede for at der kommer en ekstra forløbsplan udover den, der er i AP. (PLOM)</p> <p>8) hvem har behandlingsansvaret? (DSAM)</p> <p>9) Det bør fremgå tydeligt hvad Fælles Service center er. (DSAM)</p>	<p>præciseret.</p> <p>7) Det er præciseret, at der er tale om en udvidelse af den digitale forløbsplan, som tilbydes i Almen praksis til borgere med KOL og ikke en ekstra plan.</p> <p>8) På baggrund af præciseringer ift. henvisning og behandlingsansvar fra arbejdsgruppe i regi af teleKOL er behandlingsansvaret præciseret.</p> <p>9) Ikke behandlet</p>
OK18	<p>1) Det bør afklares, om man fastholder krav til indberetning til databaser fra hospitalet for patienter der er tilknyttet AP. (RH Horsens)</p> <p>2) Præcisering på s. 12 vedr. om AP kan henvise til udgående-funktioner uden om almindelig visitation.</p>	<p>1) Ikke behandlet – afklares i andet regi.</p> <p>2) Det fremgår indledningsvist i pågældende afsnit, at der ved alle henvisninger til hospitalet først skal konfereres med lungemedicinsk speciallæge på hospitalet derfor ikke behandlet yderligere.</p>
Præcisering af Hospitalets opgave	<p>1) Det bør præciseres, hvilke grupper af KOL patienter (GOLD D) der skal følges i hospitals regi. (RH Randers)</p> <p>2) Det bør præciseres, hvilke opgaver der ligger i hospitalsregi</p>	<p>1) Ikke behandlet. Årsagen til, at stratificering pbga. GOLD standarder er skrevet ud er, at undgå forvirring vedr. hvilken version af GOLD-guidelines, der anvendes, og med henblik på at gøre programmet mere tidsvarende. Der er i øvrigt linket til OK18 bestemmelserne.</p> <p>2) Under afsnittet opgaver og ansvarsfordeling fremgår den overordnede beskrivelse af sygehusets opgaver. Under de sundhedsfaglige indsatser er opgavefordelingen beskrevet mere dybdegående. Derfor er der ikke foretaget ændringer i programmet. Det skal dog bemærkes, at der som implementeringsstøtteværktøj udarbejdes en oversigt over opgaver i hhv. almen praksis,</p>

		kommunen og hospital efter endelig godkendelsen af forløbsprogrammet.
Kommunal forløbskoordinationsfunktion	1) forløbskoordinatoren skal ikke "bare" have administrativ rolle, men have en central viden om KOL og individuelt kendskab til den enkelte borger. Det fremgår ikke tydeligt, hvilken målgruppe der tiltænkes tilknyttet en forløbskoordinator. (AUH)	1) Ikke behandlet.
Henvisning til kommune	1) Beskrivelserne er for detaljeret vedr. almen praksis henvisning til kommunerne. Almen praksis pålægges en ekstra opgave ved at henvise til åbne tilbud. PLO vil fastholde, at kommunerne fortsat skal tage indledende samtale med borger og præsentere kommunale tilbud og hvilke der er relevante ift. motivation mv. Dette kræver ingen selvstændig vurdering fra lægens side. (PLOM) 2) Skal der være spirometri inden henvisning til rygestop? Krav til henvisning bør bare være om patienten ryger og er motiveret for at stoppe. (DSAM)	1) Ikke behandlet. Der er ikke sket ændringer i form af øget krav til en henvisning til kommunen siden sidste godkendelse af programmet. 2) Følgende præcisering indføjet: Det er ikke nødvendigt, at der foreligger spirometri og MRC grad ved henvisning til rygestoptilbud. Se også afsnittet vedr. "Rygestop" s.20. (s. 14)
Behandlingsansvaret	1) Der er behov for, at behandlingsansvaret generelt skal fremstå tydeligt, og gerne hvor behandlingsansvaret overdrages (AUH)	1) Det er præciseret under ansvar og opgavefordeling, at behandlingsansvaret som udgangspunkt er placeret i almen praksis herudover er det indføjet, at behandlingsansvaret til enhver tid skal være entydigt placeret samt fremgå tydeligt for relevante parter. Se side 8-9.
Rygeindsatsen	Indsatsen bør trækkes frem tidligere i programmet (PLOM)	Ikke behandlet.
Palliation	1) Der skal mere fokus på basal palliation på hospitalerne for KOL patienter. Der er igangsat et regionalt arbejde med at få beskrevet den palliative indsats for lungepatienter på hospitalerne. (RH Horsens)	1) Der er henvist til den kommende regionale retningslinje på området. 2) Indføjet henvisning til lægemiddelstyrelsens bestemmelser vedr. terminaltilskud.

	2) regler om terminaltilskud ønskes tilføjet. (HEM)	
Rammeordination/ rammedelegation	1) Uklart om det henviser til medicin, brug af parakliniske undersøgelser eller til individ eller større populationer? (PLOM)	1) Ikke behandlet yderligere, da dette er præciseret via linket til sundhedsstyrelsens vejledning.
Fælles skolebænk	1) Hvordan sikres deltagelse og finansiering almen praksis? PLOm anbefaler, at der indgås aftaler om honorering. (PLOM) 2) Skal ikke formuleres som <u>bør og at det er god praksis</u> , men at parterne <u>skal</u> indgå i fælles skolebænk (Lungeforeningen)	1) Ikke behandlet yderligere. Dette behandles i andet regi. 2) ikke indføjet.
Ved udskrivning fra hospital (s. 12)	1) Resultat af vurdering af behov for rygestop, rehabilitering mv. bør kommunikeret kort og præcist til egen læge i epikrise. Epikrisen skal være kort og fokuseret. (DSAM) 2) fælles tværfaglig rapport der sendes til kommune og almen praksis skal være kort og fokuseret samt relevant i en almen medicinsk kontekst – ellers sendes kun til kommunerne. (DSAM)	1) + 2) Indføjet at epikriser skal være klare, præcise og relevante for modtageren.
Diagnostik og tidlig opsporing	1) Tidlig opsporing skal også rette sig med eks-rygere s. 15 (lungeforeningen)	1) Indføjet.

Hørings svar fra Kommunerne

Temaer i hørings svar	Konkrete input	Sekretariatets bemærkninger
<p>Generelle bemærkninger (opbakning/ikke opbakning)</p>	<p>Positiv kvittering (Favrskov)</p> <p>Det vurderes, at forløbsprogrammet bygger videre på de gode erfaringer, som er gjort i arbejdet med de tidligere KOL-forløbsprogrammer. Det er blevet tydeliggjort, hvem der har ansvaret for borgeren, hvornår i forløbet. Beskrivelserne af indsatserne i forløbsprogrammet er generelt mere velbeskrevet og detaljerede i forhold til tidligere. Særligt i forhold til KOL i den akutte fase og omkring ernæringsindsatsen er forløbsprogrammet blevet mere detaljeret. Desuden er udfoldelsen af KOL klassifikationen et positivt tiltag (Viborg)</p> <p>Forløbsprogrammet er godt fagligt gennemarbejdet, og er blevet opdateret med flere relevante fokusområder bl.a. Tele-KOL og rygestop-indsatsen. Forløbsprogrammet er dog meget langt, det fremstår lidt "rodet" og det er vanskeligt at få et hurtigt overblik over opgave- arbejdsdelingen på dette felt (Aarhus).</p>	
<p>Præcisering af målgruppen</p>	<p>Udvidelsen af målgruppen for forløbsprogrammet kan få betydning for antallet af borgere, der henvises til tilbud i kommunalt regi (Favrskov)</p> <p>En udvidelse af målgruppen (Herning)</p>	<p>- ingen ændring siden 2017 godkendelse.</p>
<p>Klassifikation af KOL</p>	<p>Klassifikationen virker ret åben for fortolkning. Vi foreslår derfor, at der indsættes en illustration af klassifikationen for sværhedsgraden af KOL, og at der beskrives nogle eksempler på klassifikation. Vi mener desuden, at "indlæggelse" stadig bør være et vurderingspunkt. Når der indsat links til DSAM og DLS, hvor klassifikationen er baseret på GOLD, kan vi frygte, at det skaber mere forvirring i forhold til begrebet (Silkeborg)</p>	<p>- Links er indføjet (inkl. link til SST)</p>
<p>Rehabilitering og samarbejde med civilsamfundet</p>	<p>Præcisering af rehabilitering/træning (Herning)</p> <p>Hvornår skal der laves en GOP (Ikast-Brande)</p>	<p>Det er præciseret hvornår der skal laves en GOP (ved funktionsfald)</p>

	<p>Vi savner integration af den nyeste Nationale kliniske retningslinje for Rehabilitering af patienter med KOL (Norddjurs)</p> <p>En del forslag til ændringer/præciseringer (Silkeborg)</p> <p>Desuden mangler træning som selvstændig faglig indsats (Silkeborg)</p> <p>Vi er enige i udvidelsen af målgruppen for rehabilitering, således at den omfatter KOL-patienter med åndenød i lettere grad. Det er desuden positivt med en hensigtserklæring om, at rehabilitering starter inden 4 uger (Skanderborg).</p> <p>Syddjurs Kommune vil gerne understrege vigtigheden af at en godkendelse af det reviderede forløbsprogram vil betyde, at alle borgere med og uden diagnosticeret KOL, kan henvises til rehabilitering. Den udvidede målgruppe vil betyde en øgning af henvisninger, da der i dag henvises meget få borgere med KOL. Det vil medføre en kapacitetsudfordring, og et behov for fokus på kvalificering af en differenceret rehabiliteringsindsats på en meget bred skala. Da vi ikke ser alle borgere i den brede målgruppe i dag, vil der være behov for kompetenceudvikling, udvikling af nye indsatser og kapacitetsudvidelse.</p> <p>Borgergruppen der har KOL i en høj grad som nedsætter deres funktionsevne væsentligt, har et større behov for individuel superviseret træning, støtte, koordinering m.v. Dette understreger igen, at hvis rehabiliteringen og træningen skal stå mål med anbefalingerne i NKR, bør der tages stilling en ressourcemæssig bæredygtig løsning, så en mindre kommune som Syddjurs Kommune, har en rimelig mulighed for at løfte denne opgave (Syddjurs)</p> <p>"Ved afslutning af et rehabiliteringsforløb i hospitalsregi (..)". Det er for kommunen uklart, om der her henvises til en</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baseret på NRK. - Træning fremgår som selvstændigt afsnit. - Syddjurs: Målgruppe fremgår af NKR. - Viborg – præciseret med GOP - Aarhus – præciseres at alle skal vejlede.
--	--	--

	<p>træningsindsats på hospitalet eller om der er tale om en vurdering af, hvorvidt borgeren skal henvises til et kommunalt trænings-/rehabiliteringstilbud (Viborg)</p> <p>På side 20 er der i afsnittet "Vejledning" skrevet gode råd til borgeren om mestring af sygdommen. Det fremgår dog ikke hvem, der har opgaven med at give vejledningen. Vi tænker, at det er en opgave, som både hospital, almen praksis og kommune har (Aarhus).</p>	
Ernæringsindsatsen	<p>...præciseringen af indsatserne, herunder ernæringsindsatsen, medføre behov for justeringer i eksisterende tilbud. (Favrskov)</p> <p>Vi hilser afsnittet om ernæring velkomment. Klare definitioner på relevante begreber. Vi imødeser afsnittet om komplicerede ernæringsmæssige problemstillinger, og hvilke borgere, der vil kunne modtage diætbehandling på hospitalet (Hedensted, Træning)</p> <p>For patienter , der er tilknyttet almen praksis tilbyder hospitalerne ikke diætvejledning, vil det sige, at hvis der er en borger, der har behov for diætbehandling, kan almen praksis ikke henviser til dette i hospitalsregi ? (Lemvig)</p> <p>Omkring ernæring vurderer vi, at det er vigtigt, der står noget om dysfagi, da op til 40 % af alle med KOL har en form for synkebesvær (Silkeborg).</p> <p>Vi finder det u hensigtsmæssigt, at der står, at "normalvægtige borgere, som ikke vurderes at være i ernæringsmæssig risiko, men som giver udtryk for at have behov for at opnå viden om sund ernæring, kan tilbydes kommunale kostvejledningstilbud...". Det bør være det faglige skøn om borgers behov, som er i fokus (Skanderborg)</p> <p>Afsnittet om ernæring kan med fordel struktureres mere stringent. Det kan tydeliggøres, hvilken indsats som skal tilbydes, hvornår i forløbet samt være tydeligt når der er tale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Samarbejdet er under løbende udfoldelse. - Dysfagi er tilføjet på baggrund af hørings svar.

	<p>om forebyggelse frem for behandling. Derudover bør afsnittet med definitioner være placeret i begyndelsen af afsnittet (Viborg)</p> <p>En del brugbare overvejelser om ernæring (Aarhus).</p>	
Beskrivelse af den akutte indsats	<p>Ikke alle kommuner har Akut team (Lemvig)</p> <p>Rammeordination/rammedelegering er et relevant værktøj, som vi gerne vil benytte, men som desværre er vanskeligt at gennemføre i praksis (Odder)</p> <p>Når en borger/pårørende kontakter vagtlægen, og denne vurderer, at der skal igangsættes en indsats, men at indlæggelse ikke er nødvendig, kan den kommunale akutfunktion/vagthavende sygeplejerske kontaktes for dialog om varetagelse af opgaven (Odder).</p>	- det skal tydeliggøres at akutafsnit et tiltænkt alle borgere.
Telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL	<p>Afsnittet om telemedicin er meget fyldestgørende. Hjemmemonitorering giver borgerne en stor tryghed og sikkerhed i at vurdere, hvornår en indsats er påkrævet. Uddannelsen af borgeren og dennes pårørende medvirker yderligere til tryghed i hverdagen med KOL. (Hedensted, Træning)</p> <p>Vi anerkender, at afsnittet vedr. telemedicin er velbeskrevet. Antallet af borgere, der er i målgruppen for dette initiativ forventes at være begrænset (Norrdjurs)</p> <p>Det er ikke alle borgere med akut forværring i deres KOL, der er inkluderet i brugen af TeleKOL. Vi foreslår derfor, at den akutte indsats og TeleKOL bliver skrevet ind som selvstændige punkter; TeleKOL som et tilbud til borgere med svær/meget svær KOL med de tilbud og den organisering, der ligger i det (Silkeborg)</p>	- Det er præciseret at den akutte indsats gælder ALLE borgere med KOL som oplever en akut forværring, mens telemedicin kun omfatter en afgrænset gruppe borgere.
Øvrige bemærkninger	<p>Undersøge de kommunale meromkostninger (Herning)</p> <p>Der sendes ikke en kvittering for modtaget henvisning (Herning)</p> <p>Ustruktureret og svært at gennemskue (Norrdjurs)</p>	<p>Der arbejdes på at få AP med i samarbejdsaftalen vedr. VBA.</p> <p>- silkeborg: præciseres,</p> <p>- Aarhus- der udarbejdes</p>

	<p>I afsnittet om tidlig opsporing i almen praksis foreslår vi, at det indskrives, at egen læge (ligesom hospitalslægerne) skal yde en kort systematisk rygestoprådgivning med udgangspunkt i VBA metoden (Silkeborg)</p> <p>”Ansvar og opgavefordeling” (afsnit 3) bør det fremgå, at kommunen ikke blot har ansvar for forebyggelse for borgere med velreguleret sygdomsforløb, men også ansvar for borgere i akutte forløb, i palliative forløb, samt inden for telemedicinsk hjemmemonitorering (Skanderborg).</p> <p>kunne der med fordel samles et afsnit med ”borgerens og pårørendes opgave (Aarhus).</p> <p>Forløbsprogrammet er langt, og omfatter desværre ikke en samlet oversigt over ansvars- og opgavefordelingen. En sådan oversigt kunne lette det efterfølgende implementeringsarbejde (Aarhus)</p> <p>Side 16. ”Behandlingsansvarlig læge” – det er vigtigt, at borgeren ved, hvem det er. Det samme gælder for samarbejdspartnere – f.eks. kommunen. Det fremgår ikke tydeligt (Aarhus)</p> <p>Til trods for at der ikke er foretaget ændringer i afsnittet om en forløbskoordinator i det kommunale, er der fortsat tvivl om funktionens rækkevidde. Dette kan med fordel præciseres. Begrebet ”forløbskoordinator” giver et billede af, at der er en navngiven person ”i den anden ende”. Der er behov for, at det bliver tydeliggjort, hvem i kommunen der præcis har koordinatorfunktionen, samt hvilke opgaver vedkommende skal varetage. Er der tale om koordinerende funktion ift. forløbet på tværs af sektorer, eller skal forløbskoordinatoren tilrettelægge borgerens kommunale rehabiliteringsforløb – eller begge dele? (Aarhus)</p> <p>Aarhus Kommune har af flere omgange oplevet, at der sendes henvisninger på borgere, hvor der henvises til FMK,</p>	<p>implementeringsstøtteværktøj som giver oversigt over opgavefordeling ml. kommune, AP og hospital.</p> <p>- Konsekvensrette til forløbskoordinationsfunktion.</p> <p>Behandlingsansvarlig læge er præciseret. inkl. boks. s. 8-9.</p>
--	---	---

	<p>hvis der ønskes indblik i en opdateret medicinoversigt. Kommunen må derefter gøre hospitalet opmærksom på, at der ikke er kommunal adgang hertil.</p> <p>Da et indblik i borgerens aktuelle medicin er relevant for det kommunale sundhedspersonale, er det et ønske, at der i kommunehenvisningen, udover spirometri, MRC-grad samt kontaktoplysninger, også altid noteres hvilken medicin borgeren tager. Desuden er andre lidelser som osteoporose, diabetes mm. også særdeles vigtige oplysninger ift. tilrettelæggelse af en kommunal rehabiliteringsindsats (Aarhus).</p>	
<p>Sproglige bemærkninger</p>	<p>Danmark ligger på en sidsteplads hvad angår dødelighed af KOL. – Vi mener, Danmark ligger øverst på den skala, og at det er en forkert formulering. (Hedensted, træning)</p> <p>En del forslag til sproglige rettelser/præciseringer (Ikast-Brande)</p> <p>”Når mennesker med rehabiliteringsbehov sættes først, fremhæves betydningen af borgerens perspektiv”?? hvad menes der med denne sætning (p. 21) (Lemvig)</p> <p>Der står det samme to gange i starten af afsnittet om digitale forløbsplaner, om at det er de praktiserende læger, der opretter de digitale forløbsplaner (p. 14) (Silkeborg)</p> <p>En del kommentarer til sammenskrivning/Layout. Se side 2 i høringssvaret (Skanderborg).</p> <p>Aarhus Kommune er ikke tilhænger af begrebet ”forløbskoordinatorfunktion”, da det giver billeder af, at der er en navngiven person i ”den anden ende”. Opgaverne i denne funktion bør under alle omstændigheder præciseres (Aarhus).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sætning slettet. - Lemvig – det er hvidbogsformulering. - Sproglig rettelse vedr. digitale forløbsplaner. - Forløbskoordinator rettes til forløbskoordination (forløbskoordinationsfunktion)

