

Dato: 8. oktober 2014

Tlf. dir.: 4477 3549

E-mail: sito@balk.dk

Kontakt: Sidse-Marie Toubroe

## Notat

### **Høringsvar vedr. Sundhedsaftale III, 2015-2018 - Administrative del**

De ni kommuner i Region Hovedstadens midtklynge; Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre afgiver hermed et fælles høringssvar.

Kommunerne i Planområde Midt har med interesse læst udkastet til den administrative del af Sundhedsaftalen 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen.

Overordnet bakker kommunerne op om aftalens indhold og anerkender at processen har været præget af et stort tidspres.

Der er enighed om, at intentionerne er gode, men generelt er aftalen meget overordnet, og der mangler fortsat handlinger, samt at aftalen bliver mere målbar. Vi finder det vigtigt i første omgang at få lavet aftaler om overdragelse og lægefagligt ansvar.

Mange steder i aftalen lægges op til, at konkrete aftaler først præciseres undervejs i aftaleperioden, og i den forbindelse er det væsentligt, at det er gensidigt forpligtende at inddrage hinanden i planændringer samt foretage den løbende forventningsafstemning, som er grundlaget for et tillidsfuldt samarbejde.

Kommunerne i Planområde Midt finder, at udkastet til sundhedsaftale III er meget ambitiøst, og kan være i tvivl om, hvorvidt aftalens fulde indhold realistisk set, kan implementeres i aftaleperioden. Derfor mener vi, at det er af største vigtighed, at der snarest efter aftalens godkendelse dannes en robust organisering, og at der hurtigst muligt kan ske yderligere konkretisering i implementeringsplanerne.

Midtklyngen ønsker på den baggrund særligt at henlede opmærksomheden på nedstående fem væsentlige områder, som bør præciseres i Sundhedsaftale III:

## **1. Vedrørende epikriser og kommunikation:**

Der står anført, at det skal afklares hvilke patientkategorier som kunne have særlig gavn af, at epikriser udsendes samtidigt med udskrivelse. Kommunerne i Midtklyngen ønsker at epikriserne fremsendes ved udskrivelse for *alle* patientkategorier. Der er to årsager til ønsket om denne skærpelse:

- Epikrisen inkl. medicinliste er en grundlæggende forudsætning for at patienten er administrativt færdigbehandlet (og dermed kan udskrives). Deraf følger også, at der ikke kan opkræves takst for liggedage for færdigbehandlede, hvis epikrisen ikke foreligger - idet patienten så ikke er færdigbehandlet. Derudover er medicinlisten strengt nødvendig for at kommunen kan overtage og sikre medicin håndtering fremadrettet.
- Primærsektoren arbejder på at optimere arbejdsgange så der kan tilbydes opfølgende hjemmebesøg til alle relevante borgere. Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker skal kunne initiere et opfølgende hjemmebesøg. Epikrisen er en forudsætning for afholdelse af opfølgende hjemmebesøg.

Kommunerne finder således at epikriserne er et væsentligt og nødvendigt værktøj i at sikre gode udskrivningsforløb og hensigtsmæssig opfølgning i kommunerne.

Endvidere finder kommunerne i Midtklyngen at kommunikationsaftale skal revurderes så den støtter op om og er i overensstemmelse med den nye Sundhedsaftale. Der skal være tale om en grundig revurdering, der sikrer, at det i højere grad er *kvaliteten* af kommunikationen, der er i fokus frem for *kvantiteten*.

## **2. Opgaveoverdragelse:**

Et vigtigt område er opgaveoverdragelse, hvor kommuneklynge Midt ønsker det tydeligere, at *alle* opgaveoverdragelser bør ske planlagt og aftalt. Det er væsentligt at hospitalerne ikke unilateralt beslutter at ændre praksis (som det fx er sket ifh til optageområde og medicinudlevering). Der bør desuden være et forstærket fokus på de indirekte konsekvenser af, at opgaver flyttes *inden for* sektorer; fx når sygehuse omlægger til mere ambulante aktiviteter eller fx ønsker at nedbringe anvendelsen af højt specialiserede (og dyre) rehabiliteringstilbud til hjerneskadede, og dermed omlægger serviceniveauet, hvilket har betydning for det kommunale arbejde.

- Midtklyngen finder, at det er afgørende, at aftale om opgaveoverdragelse samt aftaler om varetagelse af lægefagligt ansvar skal prioriteres i implementeringsplanen

## **3. Almen praksis:**

Midtklyngen finder generelt, at aftalernes ordlyd ikke virker forpligtende, og finder, at almen praksis i højere grad skal være systematisk medtænkt/rollebeskrevet i relation til alle relevante indsats, og at almen praksis skal forpligtes relevant i aftalens konkrete målsætninger.

Kommunerne har behov for at være tættere på arbejdet med at udarbejde praksisplan, som skal forpligtige de praktiserende læger i overensstemmelse med Sundhedsaftalen.

#### **4. Implementeringsplaner:**

Vi ser implementeringsplanerne som en mulighed for at præcisere arbejdsgange og forpligtelser samt skabe overblik over indsatserne, men er bekymrede over, at forpligtelserne på et mere overordnet plan ikke er klar allerede i selve sundhedsaftalen. Det, at aftaler ikke er skrevet ind i sundhedsaftalen fra begyndelsen, bidrager til at gøre aftalen ukonkret, og kan vi frygte, mindre forpligtende for aftaleparterne.

Vi er enige i den skitserede proces, hvor den første implementeringsplan vil indeholde indsatser, som skal iværksættes de første to år. Kommuneklynge Midt finder det væsentligt, at *alle* indsatser prioriteres fra starten og beskrives i en overordnet tidsplan for at sikre gennemførelse af *alle* indsatserne i løbet af aftaleperioden. Derudover er det nødvendigt at få udarbejdet indikatorer på *alle* indsatserne.

- Midtklyngen finder, at det er meget væsentligt, at der sker en prioritering af hvilke indsatser, der skal løftes hvornår i aftaleperioden.
- Kommunerne finder det vigtigt, at implementeringsplanerne bliver specifikke i forhold til de konkrete indsatser og i forhold til udvikling af proces og resultatparametre.

Kommunerne i Planområde Midt har endvidere en række bemærkninger både på det overordnede og det mere detaljerede plan. Bemærkningerne er skrevet nedenfor i relation til afsnitsnummereringen.

### **Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning**

Implementering af Sundhedsaftale III forudsætter et tæt og velfungerende samarbejde både tværsektorielt og kommunerne imellem i regi af samordningsudvalgene for såvel det somatiske som det psykiatriske område. Derfor bør der allerede i starten af aftaleperioden iværksættes en fælles proces med henblik på at styrke samarbejdet i samordningsudvalgene på det psykiatriske område.

**Ad 1.1:** *”Sundhedskoordinationsudvalget vil ligeledes sikre en løbende dialog med Praksisplanudvalget og Patientinddragelsesudvalget om implementeringen af sundhedsaftalen.”* Der bør være en mere forpligtende ordlyd i relation til særligt almen praksis forpligtelse til gensidigt samarbejde.

I sidste afsnit bør der stå, at strukturen skal tilrettelægges så den understøtter arbejdet med nye samarbejdsformer, herunder såvel tværkommunale som tværsektorielle samarbejder.

## **Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

**Ad 1.2.1:** Indikatorerne er udpeget, så de i videst muligt omfang kan sige noget om effekt for borgerne. I afsnittet beskrives vanskelighederne med at pege på relevante indikatorer i relation til at vurdere arbejdet med borgeren som aktiv samarbejdspart. Det stiller vi os undrende overfor, da fx Den landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed spørger til patientinddragelse. På et så politisk væsentligt fokusområde, bør indikatorerne fremgå fra aftalens start.

**Ad 1.2.2:** Implementeringsplanen tegner til at blive et rigtig godt redskab for det konkrete arbejde i aftaleperioden. Der savnes i beskrivelsen ordlyd en forpligtelse af alle parter til gensidigt samarbejde. Endvidere er det vigtigt at sikre, at den enkelte indsats kan forventes at have sammenhæng med den ønskede effekt. Eksempelvis er det ikke tilstrækkeligt med indsatsen *"Aflære hvilke patientkategorier, der kunne have særligt gavn af, at epikrisen udsendes samtidigt med, at borgeren udskrives"* for at kunne opnå effekten, at almen praksis kan følge op på behandlingen af borgeren umiddelbart efter udskrivelsen.

**Ad 1.2.3:** I relation til vurderingen af behov for fælles kompetenceudvikling savnes en præcisering af, hvor ansvaret for udviklingen og finansieringen af den fornødne kompetenceudvikling er placeret.

**Ad 1.3:** For at skabe sammenhæng til de øvrige samarbejdsfora mellem region, kommune og almen praksis bør den regionale forebyggelsespulje og samarbejdet med Tværsektoriel forskningsenhed nævnes specifikt.

**Ad 1.4:** I relation til afsnit om kapacitetstilpasning ønskes en præcisering af den gensidige forpligtelse, som også kan afspejle det kommunale behov for at kunne drøfte kapacitetsplaner/problemer i en ligeværdig kontekst.

Tredje afsnit: der bør stå "... så tidligt som muligt **inddrage** hinanden i ændringer ...". I stedet for den nuværende formulering, som er mindre forpligtende.

I sidste afsnit ønskes ordet "forebyggelse" at indgå. Dvs. "... kommunerne skal i videst mulig omfang ... fx tilbud indenfor forebyggelse, rehabilitering, genoptræning,..."

### **Bilag 2: Skabelon til implementeringsplan**

Der henvises til en nummerering i skabelonen, som ikke kan genfindes i selve sundhedsaftalen.

**Ad Relevant indikator:** Er det hensigten, at implementeringsplanen skal tage udgangspunkt i de 13 indikatorer og ikke de 74 indsatser? Vi mener planen bør tage udgangspunkt i indsatserne, og i så fald bør den stå som første kolonne.

**Ad Ansvar for igangsættelse og gennemførelse:** Den måde, ansvaret er placeret på og den proces, der dermed lægges op til, er noget tung og meget arbejde er lagt i DAS.

**Ad Tidsplan:** Det fremgår ikke, om indsatsen bare skal igangsættes eller om den skal være afsluttet. Der er brug for en mere specifik tidsplan end fx "2015".

**Ad Effekt:** Denne kolonne synes overflødig i en implementeringsplan. Det skulle gerne fremgå af teksten i selve sundhedsaftalen, hvad den forventede effekt er. I stedet skal der bruges mere plads på opgaven, ansvarsfordeling og tidsplan.

**Ad Kompetenceudvikling:** Bør udgå, da det ofte vil være en del af opgaven at vurdere, om der er behov for kompetenceudvikling og for hvem. I så fald skal det beskrives som en del af "opgaven", at der skal tages stilling til kompetenceudvikling.

Det bør overvejes, om skabelonen skal indeholde en kolonne omkring økonomi.

## **Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart**

**Ad 2.0:** De to øverste afsnit på s. 10 kunne med fordel komme op i et indledende afsnit, da de er generelle for hele sundhedsaftalen. Borgerinddragelsen skal gælde for alle afsnit, og i afsnittet kommer der en definition af hvad "borger" dækker over.

Der bør være en reference til hvidbogens definition af rehabilitering hvilket endvidere skal samstemmes med afsnit 5.4 (om genoptræning). Derudover bør begreber som rehabilitering og recovery indgå i afsnittet, således at det understreges, at borgeren understøttes i egen proces og egne mål. Dette er både relevant i forhold til psykiatri og somatik.

**Ad 2.1:** Man skal være opmærksom på, at der allerede på voksenhandicap og psykiatriområdet er erfaringer med anvendelse af voksendredningsmetoden, der systematisk inddrager borgerens egen vurdering og indeholder formål og mål for de indsatser, der sættes i værk.

Første dot lægger op til at bruge eksisterende metoder, men i forhold til ulighed i sundhed viser det sig, at de eksisterende metoder ikke virker over for de svageste. Kommuneklynge Midt vil lægge op til, at det sikres, at der tages initiativ til, at der udvikles nye metoder som de svageste i behandlingssystemet kan profitere af. Desuden bør ordet pårørende ikke fremgå, da der jo tidligere er defineret, at ordet "borger" også dækker over pårørende.

2. dot: I forbindelse med telemedicin bør det undersøges hvilke borgere, som profiterer bedst af at anvende telemedicin.

Der foreslås indsat en ekstra dot med teksten: *"Undersøge hvordan sundhedsprofessionelle kan tilrettelægge deres tilbud, så de bedst muligt tilgodeser borgernes behov og er til mindst gene for deres mulighed for at opretholde en så normal livsførelse som muligt, herunder opretholde tilknytningen til arbejdsmarkedet".*

**Ad 2.2:** I den indledende tekst er samarbejdet med borgerne beskrevet i en kontekst, hvor de skal involveres, når det giver mening. I det efterfølgende afsnit om, hvad der skal gøres, er samarbejdet med borgerne beskrevet i en kontekst, hvor borgerne systematisk inddrages. Disse to afsnit bør ensrettes.

Det anses generelt som problematisk, at der ikke er opstillet konkrete indikatorer for borgeren som aktiv samarbejdspart. Der savnes en kobling til afsnittet om ulighed i sundhed. Hvilke borgere er det vi forventer at kunne invitere ind til samarbejde? Vi foreslår derfor at tilføje en dot med teksten: *"Gennemføre en række kvalitative undersøgelser med en række af de mest udsatte grupper, der kan afdække nogle af de oplevede udfordringer i de tværsektorielle forløb"*.

### **Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer**

Mange gode intentioner om at skabe sammenhængende forløb strander på modsatrettede incitamentstrukturer, som er iboende den eksisterende finansiering af sundhedsvæsenet. Fælles indsatser med samfinansiering er derfor helt nødvendige. Økonomien er afgørende, og samfinansiering kan med fordel stå tydeligere og evt. også med en henvisning til den politiske aftale.

Nederst på s. 12 er en række sårbare grupper fremhævet. Udviklingen af principper bør tage udgangspunkt i de udfordringer disse grupper har. Vi mener derudover også at gruppen med anden etnisk baggrund end dansk skal fremhæves.

I 2. dot er det upræcist at skrive "større" projekter? Menes der i forhold til budget, ressourceforbrug, antal borgere omfattet, antal kommuner, der deltager, mv.?

Der savnes en konkretisering af muligheder for nye og bedre samarbejdsformer på tværs af sektorgrænser. Eksempler på konkrete muligheder for tværsektorielle samarbejder indenfor hhv. det psykiatriske og det somatiske område kunne være:

#### Psykiatri:

- Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser/udskrivningskoordinering vedr. de psykiatriske patienter (koordinerende funktioner i lighed med det somatiske område).
- Fremskudt psykiatri i forhold til udredning af dobbeltdiagnose, hvor psykiatri er fast tilknyttet og til stede ved udredning af borgere på kommunale og private misbrugscentre.

#### Somatik:

- Fællesskab vedr. akut ambulatoriefunktion hos hjemmeboende i samarbejde mellem AMA og kommunens egen akutte sygeplejefunktion.
- Identifikation af indlagte patienter, hvor det giver mening allerede under indlæggelse at planlægge træningsforløb efter udskrivelse.

## **Kapitel 4: Lighed i sundhed**

Vi anbefaler, at der i det indledende afsnit fremhæves, at temaet *"lighed i sundhed"* skal være gennemgående i hele Sundhedsaftalen.

I forhold til psykiatriområdet er intentionerne helt i overensstemmelse med det kommunale paradigmeskifte, hvor recovery og rehabilitering samt empowerment er i fokus.

Generelt mener vi ikke, at afsnittet er fyldestgørende i forhold til at folde den politiske aftale ud. Blandt andet mangler forebyggelsesperspektivet eksplicit at blive italesat i afsnittet. Endvidere er borgerinddragelsesperspektivet ikke inddraget i afsnittet.

**Ad 4.1:** Begrebet *"differentierede indsatser"* bruges gentagne gange, men det er uklart, hvad der præcist menes.

**Ad 4.1.1:** I første dot om identifikation foreslås tilføjet: *"ud fra det positive brede sundhedsbegreb med fokus på både mentale, sociale og fysiske aspekter"*.

I begge dots anbefales det, at indsætte ordet *"proaktiv"*. Det er vigtigt, at der i alle sektorer handles på nye måder, for at de mest udsatte grupper rent faktisk gør brug af tilbuddene.

2. dot: Der er behov for at arbejde med metoder til at identificere social sårbarhed. Der er allerede arbejdet med dette i Region Syddanmark og Region Midtjylland igennem flere år, så der vil være viden at trække på. Hvorfor der ikke skal udvikles så meget, men i højere grad identificeres metoder til afprøvning.

I forbindelse med opsporing af sårbarhed ønskes fokus på undersøgelse af sygdomsforståelse i forhold til deltagelse og fastholdelse i behandlingsforløb, forløbsprogrammer og forebyggende tiltag.

## **Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet**

Kapitlet er naturligvis centralt og indikatorerne forekommer alle relevante. Det er imidlertid en udfordring at målene ikke er målbare, og vi vil opfordre til at man, beskriver hvilke eksisterende data baseline defineres ud fra og hvordan eventuelle nye data defineres og opstille succeskriterier i forhold til dette i den kommende implementeringsplan. Indikatorernes ordlyd skal være mere forpligtigende.

### **Kapitel 5.1: Tværgående indsatsområder**

**Ad 5.1.1:** Der lægges generelt stor vægt på digitale løsninger i sundhedsaftalen, herunder Rehabiliteringsdatabasen og Fælles Medicin Kort. Desværre viser de foreløbige erfaringer fra implementering af disse, at der er betydelige udfordringer forbundet med at opnå de forventede gevinster. Midtklyngen vil foreslå, at der i sammenhæng foretages en revurdering af kommunikationsaftalen.

**Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

Der er stort behov for monitorering af effekten af rehabiliteringsforløbene! Gen-nemsigtighed i forhold til resultaterne af forløbene vil formentligt også have en po-sitiv betydning på antallet af henvisninger til de kommunale tilbud.

*“Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt ...”*  
Der savnes præcisering af hvem, der får adgang til disse data og hvordan samar-bejdet konkretiseres, samt en præcisering af hvornår det forventes muligt.

Generelt virker de to monitoreringsafsnit lidt vage og der savnes visioner. Fx *“Der er behov for at videreudvikle anvendelsen af LIS data...”*. Derudover er det proble-matisk at arbejdet med den kliniske rehabiliteringsdatabase har været så lang-sommeligt, hvilket igen får forventningerne til den kommende periode til at fremstå uambitiøse.

**Ad 5.1.2:** Målene i dette afsnit er ambitiøse, da den digitale kommunikation på be-skedbasis ikke fungerer optimalt på nuværende tidspunkt i fx psykiatrien. Anbefa-lingerne burde sikre, at dette sker indledningsvis. Dvs. der er behov for flere kon-krete indsatser og visioner i sundhedsaftalen, særligt hvis målet er *“fuld digital un-derstøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017”*.

Vi har et ønske om, at det også fremgår, at der bør ske udbredelse af beskedbase-ret digital kommunikation mellem sundhedsplejen, almen praksis og hospitaler. Det er også et ønske, at FMK bliver nemt tilgængeligt for de sociale institutioner, og skal dermed kunne kommunikere med de it-systemer, der eksisterer indenfor det specialiserede socialområde.

**Ad 5.1.3:** Det tværsektorielle samarbejde om patientsikkerhed er baseret på et gensidigt forpligtende samarbejde mellem alle sektorer. Den enkelte praktiserende læge bør forpligtes til dette samarbejde.

**Ad 5.1.4:** I relation til beskrivelsen af forløbsprogrammer savnes en konkretisering af hvilke og hvor mange borgere (procentuelt), kommunerne bør kunne tilbyde et forløbsprogram. Der savnes også her en kobling til social ulighed og et fokus på om det er de rigtige borgere, vi skaber forløbsprogrammer for? Vi bør have en målsæt-ning for, hvordan vi skaber meningsfyldte tilbud for borgere, der ikke evner at følge et traditionelt forløbsprogram.

Vedr. forløbsprogrammer ønskes indsat en dot med teksten: *“Alle borgere i regio-nen sikres samme minimumstilbud, uanset hvor de bor”*.

**Ad 5.1.5:** Første dot, sidste sætning: Skal der ikke stå: *“Rådgivningsforpligtigelsen skal desuden indeholde tilbud til kommunerne om kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling?”*.

I forhold aftalen om hygiejne (3. dot), så er den ret vagt beskrevet. En opfølgning kan jo i princippet munde ud i en nedlæggelse af indsatsen. Det bør fremgå tydeli-gere, at man er enige om at regionen har en forpligtelse til at yde rådgivning vedr.



hygiejne. Et særligt fokusområde for rådgivningen kan være, hvordan de nationale infektionshygiejniske retningslinjer kan målrette den kommunale virkelighed samt et særligt fokus på multiresistente bakterier, som er en udfordring for hele sundhedsvæsenet.

**Ad 5.1.7:** *Alle* opgaveoverdragelser bør ske planlagt og aftalt.

**Ad 5.1.8:** Forskning er et område, som kommunerne i stigende omfang bør interessere sig for, da der stadig er meget sparsom viden om effekter og hensigtsmæssig organisering af de kommunale sundhedsopgaver. Det foreslåede fokus for indsatser forekommer relevant.

## **Kapitel 5.2: Forebyggelse**

**Ad 5.2.1:** Der er behov for at se forebyggelsesarbejdet i kommuner, på hospital og i praksissektoren som tæt sammenhængende. Sundhed.dk er *den* fælles platform, men det er stadig en udfordring i at få de praktiserende læger til systematisk at henvise borgere, herunder at anvende sundhed.dk samt at levere de oplysninger i henvisningerne, som kommunen har behov for.

Det undrer, at det kun er tobaks- og alkoholforebyggelsen, der nævnes.

**Ad 5.2.2:** Vi er enige i behovet for bedre kommunikation også på dette område, og meget positive i forhold til at kommunen får information tidligere om behov for svangrebesej. Besøgene kan evt. ske med deltagelse af jordemødre.

**Ad 5.2.4:** 2. dot omhandler ikke de tværsektorielle opgaver, men opgaver internt i kommunerne.

**Ad 5.2.6:** Kan der udvikles mere proaktive arbejdsgange? Fx så det ikke er borgeren der skal henvende sig til misbrugscentret, når henvisningen er sendt, men omvendt.

**Ad 5.2.8:** Der ønskes en tilføjelse til 2. dot: "Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer *med særligt fokus på de arbejdsmarkedsrelevante aspekter* for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger".

**Ad 5.2.9:** Der kan med fordel også fokuseres på hvordan de sundhedsfremmende rammer i distriktpsychiatrien og Socialpsychiatrien kan styrkes.

## **Kapitel 5.3: Behandling og Pleje**

**Ad 5.3.1:** Det beskrives i den indledende tekst, at der skal være fokus på borgeren som aktiv samarbejdspart, men det følges ikke op i beskrivelserne for indsatser i aftaleperioden.

**Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

**Ad 5.3.2:** Her beskrives vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde i forebyggelsen af indlæggelser, men der mangler konkrete og forpligtende aftalebeskrivelser.

**Ad 5.3.3:** I relation til den gode udskrivelse skal der være en forpligtelse af den praktiserende læge i samarbejdet.

**Ad 5.3.4:** Der lægges op til, at der i løbet af aftaleperioden skal arbejdes med præcisering af bla. det lægefaglige ansvar. Dette bør være på plads allerede, nu hvor det Fælles Medicinkort implementeres. Ordlyden kan måske ændres til "*justering*".

3. dot Der står anført, at det skal afklares hvilke patientkategorier som kunne have særlig gavn af, at epikriser udsendes samtidigt med udskrivelse. Kommunerne i Midtklyngen ønsker at epikriserne fremsendes ved udskrivelse for *alle* patientkategorier.

**Ad 5.3.5:** Der står i afsnittet, at det er særlig vigtigt at sikre ordentlig overdragelse/ledsagelse af demente på tværs af sektorer. Kommunerne har dog ikke et serviceniveau, hvor de - uanset tid på døgnet - altid kan ledsage demente.

#### **Kapitel: 5.4: Rehabilitering og genoptræning**

**Ad 5.4.2:** Der står om kommunikation, herunder elektronisk kommunikation både i dette afsnit og mange andre steder, dette kan gøres tydeligere og samles mere. Derudover er der generelt fokus på kvantitet og afsendelse af meddelelser, hvor det med fordel kunne være et større fokus på indholdet/kvaliteten af det afsendte.

**Ad 5.4.3:** Der er i høj grad brug for at arbejde med fælles udvikling og retningslinjer på dette område, så der gives en ensartet høj kvalitet og ressourcerne udnyttes optimalt. Derudover er det vigtigt, at have opmærksomhed på erfaringer gjort i andre regioner omkring dette samt inddrage den tværsektorielle forskningsenhed.

Ovenstående høringssvar kan blive suppleret af yderligere bemærkninger fra de enkelte kommuner i klyngen.

På vegne af Region Hovedstadens Midtklyngekommuner.

Inge Kristensen

Centerchef for Social- og Sundhed  
Ballerup Kommune