

Bilag 3

Horsens klyngen

	Type 2 diabetes	Hjertekar	KOL
Regionshospitalet Horsens	<ul style="list-style-type: none">• Der er etableret et diabetescenter• Der er etableret en adgang til specialrådgivning• Der eksisterer ikke et tilbud om psykologbistand til diabetespatienter ved behov• Der er etableret en diabeteskole• Samarbejdet med praktiserende læger fungerer godt og er under fortsat udvikling• Samarbejdet med praktiserende læger fungerer godt og er under fortsat udvikling <p>(opdatering for 2012 mangler)</p>	<ul style="list-style-type: none">• 12 ugers forløb med 3 x ugentlig fysisk træning.• 1 diætistsamtale – 2. samtale efter behov• Der tilbydes rygestoprådgivning – ikke rygestopforløb• Screening for angst og depression• Der tilbydes 8 timers patientinformation og – undervisning.• Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter med særligt behov <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patienten tildeles en kontaktperson• Hospitalet sender epikrise efter fase 1 til praktiserende læge• Hospitalet sender epikrise til praktiserende læge og kommune efter endt fase 2 forløb• Hospitalet følger i nogle tilfælde op på, at patienten får aftalt forebyggelseskonsultation	<ul style="list-style-type: none">• Mulighed for ambulant vejledning og kontrol ved speciallæge i lungemedicin eller det tværfaglige lungeteam frem for en indlæggelse.• Muligt for den praktiserende læge at få telefonisk rådgivning fra hospitalets lungemedicinske team på alle hverdage.• Den praktiserende læge kan henvise patienter til speciallægeambulatoriet indenfor 48 timer på hverdage.• Der er en casemanager på hospitalet.• Hospitalet har en sygeplejerske med udgående funktion.• Det er intentionen, at vagthavende læge tilser patienten indenfor ½ time efter indlæggelse, men i praksis er det ikke altid muligt.• Det sker oftest, at en lungemediciner eller en anden læge i tæt samarbejde med en lungemediciner senest 24 timer efter patientens indlæggelse har foretaget en revurdering af patientens tilstand og udarbejdet den lægelige del af behandlingsplanen

		<p>hos praktiserende læge efter fase 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalet tager i nogle tilfælde telefonisk kontakt til patienten mhp. opfølgning efter endt fase 2 • Anbefalingerne for opfølgning ift. patienten efter fase 2 er i højere grad end ved forrige status implementeret 	<ul style="list-style-type: none"> • Det sker stort set altid, at patienten screenes af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse • Det sker oftest, at der udarbejdes en tværfaglig behandlings-, trænings- og plejeplan senest 24 timer efter patientens indlæggelse. • Patientens behandling varetages altid af et lungeteam. • Det er ikke altid muligt, at samle KOL patienter på et sengeafsnit. Men alle patienter der indlægges mere end 24 timer kommer på lungeafsnit. • Det er muligt for patienterne at få Lomholt ved ankomst og ophold på sengeafsnit. • Der tilbydes behandling med NIV i intensiv regi. • Patienten undervises i mestring og egenomsorg under indlæggelsen. • Lungeteamet afholder to ugentlige tværfaglige møder. • Comorbiditet vurderes under indlæggelse. • Patienter med svær og meget svær KOL tilbydes mindst en gang opfølgende undervisning svarende til indholdet af hospitalets KOL-rehabilitering. • Følge-hjem funktionen opfyldes via Tele KOL hos relevante patienter. • Primær sektor inddrages direkte i planlægning af patientens udskrivelse. • Der udarbejdes en fælles
--	--	--	--

			<p>tværfaglig rapport om forløbet til patienten, hvor det tydeligt fremgår hvad den opfølgende indsats består i. Rapporten består dog oftest af separate rapporter/epikriser fra de forskellige faggrupper.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der sker oftest, at epikrisen sendes til praktiserende læge på udskrivningsdagen.
Horsens Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespecifik holdundervisning af 10 uger med 2 mødegange ugentligt. • Kurset består af et individuelt samtale forløb og gruppebaseret undervisning i teori og praksis, med fokus på kostundervisning, fysisk træning og sundhedsfaglig vejledning • Individuel samtale før og efter kursusstart hvor der tilbydes fysiske test og mål for kurset fastsættes • Opfølgende samtale og tests 3 og 10 måneder efter forløbet • Mulighed for deltagelse i DGI-CeresMotion efter endt kursus • Tilbud om rygestopkursus 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespecifik holdundervisning af 8 uger med 2 mødegange ugentligt • Kurset består af et individuelt samtale forløb og gruppebaseret undervisning i teori og praksis, med fokus på kostundervisning, fysisk træning og sundhedsfaglig vejledning • Individuel samtale før og efter kursusstart hvor der tilbydes fysiske test og mål for kurset fastsættes • Opfølgende samtale og tests 3 og 10 måneder efter forløbet • Mulighed for deltagelse i DGI-CeresMotion efter endt kursus • Tilbud om rygestopkursus 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespecifik holdundervisning af 10 uger med 2 mødegange ugentligt • Kurset består af et individuelt samtale forløb og gruppebaseret undervisning i teori og praksis, med fokus på kostundervisning, fysisk træning og sundhedsfaglig vejledning • Individuel samtale før og efter kursusstart hvor der tilbydes fysiske test og mål for kurset fastsættes • Opfølgende samtale og tests 3 og 10 måneder efter forløbet • Mulighed for deltagelse i DGI-CeresMotion efter endt kursus • Tilbud om rygestopkursus

<p>Odder Kommune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds- og rehabiliteringskursus for diagnoserne Type 2 diabetes, let til moderat KOL og AKS. • Varighed: 8-10 uger med 2 mødegange om ugen á 1.5-2 timers varighed. • Kurset indeholder: <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle indledende samtaler med fysiske test og målsætning. - Holdbaseret træning. - Undervisning i livsstilsændringer. - Undervisning i medicin til borgere med KOL. - Individuel diætistvejledning til udvalgt borgere. - Tilbud om rygestop. - Afsluttende samtale med målsætning. - Opfølgende samtale efter 6 måneder. - Tilbud om erfaringsudveksling ved "Cafe møder" 	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds- og rehabiliteringskursus for diagnoserne Type 2 diabetes, let til moderat KOL og AKS. • Varighed: 8-10 uger med 2 mødegange om ugen á 1.5-2 timers varighed. • Kurset indeholder: <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle indledende samtaler med fysiske test og målsætning. - Holdbaseret træning. - Undervisning i livsstilsændringer. - Undervisning i medicin til borgere med KOL. - Individuel diætistvejledning til udvalgt borgere. - Tilbud om rygestop. - Afsluttende samtale med målsætning. - Opfølgende samtale efter 6 måneder. - Tilbud om erfaringsudveksling ved "Cafe møder" efter hver træningsgang arrangeret af patientforeningerne. • Planlægger at implementere kræftrehabilitering som en del af vores 	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds- og rehabiliteringskursus for diagnoserne Type 2 diabetes, let til moderat KOL og AKS. • Varighed: 8-10 uger med 2 mødegange om ugen á 1.5-2 timers varighed. • Kurset indeholder: <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle indledende samtaler med fysiske test og målsætning. - Holdbaseret træning. - Undervisning i livsstilsændringer. - Undervisning i medicin til borgere med KOL. - Individuel diætistvejledning til udvalgt borgere. - Tilbud om rygestop. - Afsluttende samtale med målsætning. - Opfølgende samtale efter 6 måneder. - Tilbud om erfaringsudveksling ved "Cafe møder" efter hver træningsgang arrangeret af patientforeningerne. • Planlægger at implementere kræftrehabilitering som en del af vores tværdiagnostiske hold fra medio 2012.
-----------------------------	--	---	---

	<p>efter hver træningsgang arrangeret af patientforeningerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planlægger at implementere kræftrehabilitering som en del af vores tværdiagnostiske hold fra medio 2012. 	<p>tværdiagnostiske hold fra medio 2012.</p>	
Hedensted Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespecifik holdundervisning 2 x 2 timer ugentligt i 7½ uge. Mulighed for individuel rådgivning. • Forløbene er tilpasset forløbsprogrammerne og fokuserer på ernæringsvejledning, fysisk aktivitet og sundhedsfaglig vejledning om at leve med T2DM • Individuel indledende samtale • Individuel målsætning • Fysiske tests ved start, slut og ved opfølgning efter 3 måneder og 1 år. • Tilbud om rygestop 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespecifik holdundervisning 2 x 2 timer ugentligt i 7½ uge. Mulighed for individuel rådgivning. • Forløbene er tilpasset forløbsprogrammerne og fokuserer på ernæringsvejledning, fysisk aktivitet og sundhedsfaglig vejledning om at leve med hjertekarsygdom/efter AMI. • Individuel indledende samtale • Individuel målsætning • Fysiske tests ved start, slut og ved opfølgning efter 3 måneder og 1 år. • Tilbud om rygestop 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespecifik holdundervisning 2 x 2 timer ugentligt i 7 uger. Mulighed for individuel rådgivning. • Forløbene er tilpasset forløbsprogrammerne og fokuserer på ernæringsvejledning, vejtrækningsteknik, inhalationsteknik, fysisk aktivitet og sundhedsfaglig vejledning om at leve med KOL. • Individuel indledende samtale • Individuel målsætning • Fysiske tests ved start, slut og ved opfølgning efter 3 måneder og 1 år. • Tilbud om rygestop
Skanderborg Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds og 	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus for 	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus for borgere

	<p>rehabiliteringskursus for borgere med T2DM og prædiabetes. Kurset indeholder fysisk aktivitet og træning, individuelle samtaler, sygdomsundervisning, madlavning, fysiske tests, mulighed for rådgivning om rygestop. Varighed: 12 uger af 1-2½ time en til to gange om ugen. Efter kurset er der opfølgning efter seks og 12 måneder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lær at leve med kronisk sygdom 6 uger af 2.5 time 	<p>borgere i fase 3 hjerterehabilitering. Kurset indeholder fysisk aktivitet og træning, individuelle samtaler, sygdomsundervisning, madlavning, fysiske tests, mulighed for rådgivning om rygestop. Varighed: 12 uger af 1-2½ time en til to gange om ugen. Efter kurset er der opfølgning efter seks og 12 måneder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lær at leve med kronisk sygdom 6 uger af 2.5 time 	<p>med moderat KOL. Kurset indeholder fysisk aktivitet og træning, individuelle samtaler, sygdomsundervisning, madlavning, fysiske tests, mulighed for rådgivning om rygestop. Varighed: 12 uger af 1-2½ time en til to gange om ugen. Efter kurset er der opfølgning efter seks og 12 måneder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lær at leve med kronisk sygdom 6 uger af 2.5 time • KOL-sygeplejerske til styrkelse af indsatsen i forhold til KOL generelt samt konkret rådgivning og koordinering vedr. borgere med svær og meget svær KOL
--	---	---	---

Midt klyngen

	Type 2 diabetes	Hjertekar	KOL
Regionshospitalet Silkeborg	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret et diabetescenter • Der er ikke et særligt T2DM telefonnummer, men lægerne er altid tilgængelige pr. telefon. • Der eksisterer et tilbud om psykologbistand til diabetespatienter ved behov • Der er etableret en diabeteseskole • Samarbejdet med praktiserende læger fungerer godt • Samarbejdet har fungeret godt. Der har været nedsat en implementeringsgruppe med deltagelse fra både praksis, kommune og hospital. Gruppen er nu nedlagt da forløbsprogrammet er implementeret. Desuden er der sket nogle organisatoriske ændringer vedr. klyngen (ændringer i optagerområdet). Klyngestyregruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ugers forløb med 3 x ugentlig fysisk træning. • Diætistsamtaler efter behov og ønske • Der tilbydes rygestoprådgivning og rygestopforløb • Vurdering ift. angst og depression som en del af den individuelle samtale • Der tilbydes patientinformation og-undervisning 4 x 1½ time • Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter med særligt behov <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten tildeles en kontaktperson • Hospitalet sender epikrise efter fase 1 til praktiserende læge • Anbefalingerne for opfølgning ift. patienten efter fase 2 er delvist implementeret. Opfølgning ift. om patienten får bestilt tid hos praktiserende læge efter fase 1 og 2 er pt. ikke implementeret. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der er mulighed for ambulant vejledning og kontrol ved speciallæge i lungemedicin eller det tværfaglige lungeteam frem for en indlæggelse. • Det er muligt for den praktiserende læge at få telefonisk rådgivning fra hospitalets lungemedicinske team på alle hverdage. • Der er afsat 3 tider til akutte patienter 3 dage om ugen, hvor den praktiserende læge kan henvise patienter til speciallægeambulatoriet. • Der er ikke etableret en casemanager funktion på hospitalet, men i praksis er der fra dag til dag mulighed for udgående KOL sygeplejerske eller iltsygeplejerske besøg hos svært syge KOL patienter. Disse fungerer i praksis som "case managere". Der er derudover etableret Telemedicinsk service på forskningsbasis. Monitoreringen tilbydes patienter med FEV1 under 50%. Patienterne randomiseres til monitorering eller normal ambulant opfølgning. 50% af interesserede patienter får således hjemmemonitor. • Hospitalet har en sygeplejerske med udgående funktion. • Det er ikke altid muligt, at en

	<p>for HE Midt har netop besluttet en ny struktur, hvor opfølgning på forløbsprogrammer i drift vil ske i kontaktgruppen for indlæggelser og utilsigtede hændelser.</p>		<p>vagthavende læge tilser patienterne indenfor ½ time efter indlæggelse. Opfyldes i højst ved 50 pct. af indlæggelserne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er opfyldt for næsten alle lungepatienter, at en speciallæge i lungemedicin eller en anden læge i tæt samarbejde med lungemedicineren senest 24 timer efter patientens indlæggelse har foretaget en revurdering af patientens tilstand og udarbejdet den lægelige del af behandlingsplanen. • Patienten screenes af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse alle ugens 7 dage, såfremt indlæggelsen sker i dagtid. • Der afholdes tre ugentlige teammøder, hvor der udarbejdes en tværfaglig behandlings-, trænings-, og plejeplan. • Patientens behandling udføres af et lungeteam, dog deltager ergoterapeut og diætist ikke fast i teammøder. • Patienter med KOL samles på et sengeafsnit. • Det er muligt at få Lomholt ved ankomst og ophold på sengeafsnit. • Der tilbydes behandling med NIV. • Der undervises i mestrings og egenomsorg på Lungeskolen efterfølgende, men også delvist under indlæggelsen. • Lungeteamet afholder mindst en ugentlig konference. • Comorbiditet vurderes under
--	---	--	--

			<p>indlæggelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med Kol og svær KOL får mindst en gang tilbudt opfølgende undervisning, der svarer til indholdet i hospitalets KOL-rehabilitering. • I forhold til følge hjem-funktion er der etableret telemedicinsk service på forskningsbasis. Monitorering tilbydes patienter med en FEV1 under 50 %. Patienterne randomiseres til monitorering eller normal ambulant opfølgning. Halvdelen af de interesserede patienter får tilbudt hjemmemonitorering. • Primær sektor inddrages en gang imellem direkte i planlægning af udskrivelse i form af Shared Care teamet. • Der udarbejdes ikke en tværfaglig rapport til patienten. • Epikrise afsendes til praktiserende læge senest 2 dage efter udskrivelse.
Regionshospitalet Viborg	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret et diabetescenter • Der er etableret en adgang til specialrådgivning indenfor 30 minutter • Der eksisterer ikke et tilbud om psykologbistand til diabetespatienter ved behov derfor • Der er etableret en diabeteskole 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 ugers forløb med 2 x ugentlig fysisk træning samt 1 x selvtræning. • Rehabiliteringsforløbet indledes med en samtale 2 uger efter udskrivelsen og afsluttes med lægeundersøgelse 2-3 uger efter udskrivning. • Diætistsamtaler efter behov og ønske. • Der tilbydes rygestoprådgivning – ikke 	<ul style="list-style-type: none"> • Der er mulighed for ambulant vejledning og kontrol ved speciallæge i lungemedicin eller det tværfaglige lungeteam frem for en indlæggelse. En repræsentant fra teamet kan også køre ud til patienten. • Det er muligt for den praktiserende læge at få telefonisk rådgivning fra hospitalets lungemedicinske team på alle hverdage. • Den praktiserende læge kan henvise patienter til speciallægeambulatoriet

	<ul style="list-style-type: none"> • Ja. Der er et 3årigt projekt med ansættelse af en spl koordinator, der skal arbejde med effektivisering af arbejdsgange mellem de tre parter i programmet. Projektet udløber dec. 2012 • Samarbejdet med kommunerne fungerer godt specielt ifm. patientuddannelserne og er under fortsat udvikling. Der er ofte problemer med at få kontakt til relevante personer i kommunen – men der arbejdes med forbedring af dette. • Der mangler plan for ansættelse af diabetespsykolog, som savnes meget (og som kunne kombineres med psykolog i forbindelse med adipositas funktion, hvor afdelingen også ser et behov.) 	<p>rygestopforløb. Patientnen opfordres til at deltage i forløbs hos kommunen eller andet regi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der screenes for angst og depression • Der tilbydes patientinformation- og undervisning 8 x 1 time i grupper • Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter med særligt behov <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten tildeles en kontaktperson • Epikrise sendes til egen læge efter fase 1 og til kommune og egen læge efter fase 2. • Forløbskoordinatoren kontakter patienten telefonisk 2 måneder efter afslutning af rehabilitering, jf. forløbsprogrammet. • Anbefalingerne vedr. sammenhængende forløb er implementeret undtagen opfølgning ift. om patienten får bestilt tid hos egen læge efter fase 1 og fase 2. Patientnen opfordres til dette. 	<p>indenfor 48 timer på hverdage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalet har et igangværende projekt omkring selvbehandling af patienter med KOL. En KOL-sygeplejerske varetager casemanager funktionen. • Der er 3 sygeplejersker med udgående funktion. • Det er muligt, at vagthavende læge tilser patienten indenfor ½ time efter indlæggelse. • Patienten modtages på sengeafsnittet, og en lungemediciner eller en anden læge i tæt samarbejde med en lungemediciner har senest 24 timer efter patientens indlæggelse foretaget en revurdering af patientens tilstand og udarbejdet den lægelige del af behandlingsplanen • Det sker efter henvisning, at patienten screenes af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse. • Der udarbejdes mellem læge og sygeplejerske en tværfaglig behandlings-, trænings- og plejeplan senest 24 timer efter patientens indlæggelse. • Der er etableret et fuldt funktionsdygtigt lungeteam, der udfører behandlingen. • Patienter med KOL samles på et sengeafsnit. • Der er mulighed for at få Lomholt ved patientens ankomst og ophold på sengeafsnit. • Der er mulighed for at tilbyde behandling med NIV.
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Patienten undervises i mestring og egenomsorg under indlæggelsen. • Lungeteamet afholder tværfaglige konferencer ud fra en individuel vurdering. • Comorbiditet vurderes under indlæggelse. • Patienter med svær og meget svær KOL tilbydes mindst én gang opfølgende undervisning svarende til indholdet af hospitalets KOL-rehabilitering. • Der er mulighed for følge-hjem funktion af en fra teamet. • Primær sektor inddrages direkte i planlægning af patientens udskrivelse. • Der udarbejdes en udskrivningsrapport og information om videre plan til patienten. • Sygepleje epikrisen sendes med hjem, epikrisen sendes til praktiserende læge hurtigst muligt.
Viborg Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Forud for kursusstart indkaldes patienten til en afklarende samtale hos en sundhedsfaglig person i rehabiliteringsteamet, som bliver patientens kontaktperson under hele forløbet • Kurset tilbydes på tværs af diagnoser og strækker sig samlet over 1 år. Selve sundhedskurset varer 	<ul style="list-style-type: none"> • Forud for kursusstart indkaldes patienten til en afklarende samtale hos en sundhedsfaglig person i rehabiliteringsteamet, som bliver patientens kontaktperson under hele forløbet • Kurset tilbydes på tværs af diagnoser og strækker sig samlet over 1 år. Selve sundhedskurset varer 10 uger, 1 x ugentligt af 2½ times varighed. Kurset 	<ul style="list-style-type: none"> • Forud for kursusstart indkaldes patienten til en afklarende samtale hos en sundhedsfaglig person i rehabiliteringsteamet, som bliver patientens kontaktperson under hele forløbet • Kurset tilbydes på tværs af diagnoser og strækker sig samlet over 1 år. Selve sundhedskurset varer 10 uger, 1 x ugentligt af 2½ times varighed. Kurset fokuserer på mestring, kost, motion og sygdomsforståelse inkl. fysisk træning x 2 ugentligt. Ud fra faglig

	<p>10 uger, 1 x ugentligt af 2½ times varighed. Kurset fokuserer på mestring, kost, motion og sygdomsforståelse inkl. fysisk træning x 2 ugentligt. Ud fra faglig vurdering gives der mulighed for træning i op til 3 måneder efter 10-uger kurset er slut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opfølgning 2 gange fordelt over resten af året. • Tilbud om rygestopkursus 	<p>fokuserer på mestring, kost, motion og sygdomsforståelse inkl. fysisk træning x 2 ugentligt. Ud fra faglig vurdering gives der mulighed for træning i op til 3 måneder efter 10-uger kurset er slut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opfølgning 2 gange fordelt over resten af året. • Tilbud om rygestopkursus 	<p>vurdering gives der mulighed for træning i op til 3 måneder efter 10-uger kurset er slut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opfølgning 2 gange fordelt over resten af året. • Tilbud om rygestopkursus
Skive Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. 1 gang årligt fagligt netværksmøde for terapeuter fra Hospital og kommuner med fokus på overgange • Forløbet strækker sig samlet over 1 år, startende med et kursusforløb på 8 uger. • Kurset foregår på tværs af diagnoser 2 gange ugentligt med bevægelse og træning, modulundervisning og erfaringsudveksling indenfor følgende emner: motion, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. 1 gang årligt fagligt netværksmøde for terapeuter fra Hospital og kommuner med fokus på overgang • Forløbet strækker sig samlet over 1 år, startende med et kursusforløb på 8 uger. • Kurset foregår på tværs af diagnoser 2 gange ugentligt med bevægelse og træning, modulundervisning og erfaringsudveksling indenfor følgende emner: motion, bevægelse, afspænding og vejtrækningsteknikker, hverdagslivet med kronisk sygdom, sygdomsspecifik 	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. 1 gang årligt fagligt netværksmøde for terapeuter fra Hospital og kommuner med fokus på overgange • 1 sygeplejerske ansat i delestilling mellem Hospitalsenheden og Skive kommune til bl.a. at sikre samarbejde og vidensdeling • Forløbet strækker sig samlet over 1 år, startende med et kursusforløb på 8 uger. • Kurset foregår på tværs af diagnoser 2 gange ugentligt med bevægelse og træning, modulundervisning og erfaringsudveksling indenfor følgende emner: motion, bevægelse, afspænding og vejtrækningsteknikker, hverdagslivet med kronisk sygdom, sygdomsspecifik undervisning

	<p>bevægelse, afspænding og vejrtrækningsteknikker, hverdagslivet med kronisk sygdom, sygdomsspecifik undervisning (medicin, forebyggelse etc.), kostvejledning, pårørende og samliv, netværk og patientforeninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om rygestopvejledning • Opfølgende samtale efter 12 uger og igen efter 40 uger • For borgere med behov for en særlig indsats ift. livsstilsændring, og som ikke er holdegnat eller motiveret tilbydes individuel vejledning og igangsættelse af aktivitet og bevægelse i nærmiljøet 	<p>undervisning (medicin, forebyggelse etc.), kostvejledning, pårørende og samliv, netværk og patientforeninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om rygestopvejledning • Opfølgende samtale efter 12 uger og igen efter 40 uger • For borgere med behov for en særlig indsats ift. livsstilsændring, og som ikke er holdegnat eller motiveret tilbydes individuel vejledning og igangsættelse af aktivitet og bevægelse i nærmiljøet 	<p>(medicin, forebyggelse etc.) kostvejledning, pårørende og samliv, netværk og patientforeninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om rygestopvejledning • Opfølgende samtale efter 12 uger og igen efter 40 uger • For borgere med behov for en særlig indsats ift. livsstilsændring, og som ikke er holdegnat eller motiveret tilbydes individuel vejledning og igangsættelse af aktivitet og bevægelse i nærmiljøet
--	---	--	--

<p>Silkeborg Kommune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus som indeholder fysisk aktivitet og træning, individuelle samtaler, sygdomsundervisning, madlavning, fysiske tests, mulighed for rådgivning om rygestop. Varighed: 12 uger af 1½-2½ time en til to gange om ugen i 6 uger og herefter 1 gang om ugen i 2½ time. Efter kurset er der opfølgning efter seks og 12 måneder. Der er 3 individuelle samtaler i forløbet ved hhv. 0, 3 og 12 mdr. • "Lær at leve med kronisk sygdom" 6 uger af 2.5 time • "Lær at tackle kroniske smerter" 6 uger a 2,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus som indeholder fysisk aktivitet og træning, individuelle samtaler, sygdomsundervisning, madlavning, fysiske tests, mulighed for rådgivning om rygestop. Varighed: 12 uger af 1½-2½ time en til to gange om ugen i 6 uger og herefter 1 gang om ugen i 2½ time. Efter kurset er der opfølgning efter seks og 12 måneder. Der er 3 individuelle samtaler i forløbet ved hhv. 0, 3 og 12 mdr. • "Lær at leve med kronisk sygdom" 6 uger af 2.5 time. • "Lær at tackle kroniske smerter" 6 uger a 2,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus som indeholder fysisk aktivitet og træning, individuelle samtaler, sygdomsundervisning, madlavning, fysiske tests, mulighed for rådgivning om rygestop. . Varighed: 12 uger af 1½-2½ time en til to gange om ugen i 6 uger og herefter 1 gang om ugen i 2½ time. Der er 3 individuelle samtaler i forløbet ved hhv. 0, 3 og 12 mdr. • "Lær at leve med kronisk sygdom" 6 uger af 2.5 time • "Lær at tackle kroniske smerter" 6 uger a 2,5
-------------------------------------	--	---	---

Randers klyngen

	Type 2 diabetes	Hjertekar	KOL
Regionshospitalet Randers	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret et diabetescenter • Der er ikke etableret en rådgivningstelefonlinje – Almen praksis ringer til sekretæren i diabetescentret som så viderestiller til speciallæge i endokrinologi eller laver aftale om, at lægen ringer tilbage til almen praksis inden for en aftalt tid. • Der er ikke diabetespsykolog på hospitalet. I samarbejde med Århus universitetshospital (placeret på Skejby) findes der fælles diabetespsykolog, som dog primært der type 1 diabetikere • Der er etableret en diabeteskole • Der er et godt samarbejde mellem almen praksis og diabetescentret • Der er tilfredsstillende samarbejde mellem kommunerne og diabetescentret 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 ugers forløb med 2 x 1 time ugentlig fysisk træning. • Indledende individuel samtale jf. anbefalingen dog kan der i nogle perioder gå mere end 2 uger. • 1 diætistsamtale – ved behov mulighed for videre forløb. • Der tilbydes ikke rygestoprådgivning og rygestopforløb. Patienten henvises til kommunen. • Screening for angst og depression • Der tilbydes patient-information og undervisning • Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter med særligt behov. Patienterne screenes ift. behov. Behovet for ekstra samtale kan indenfor de eksisterende ressourcer dog ikke dækkes for alle. <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten tildeles en kontaktperson 	<ul style="list-style-type: none"> • Der er oprettet et KOL ambulatorium med sygeplejerskedækning. Ved henvendelse findes tid indenfor 4-6 uger. • Det er muligt for de praktiserende læger, at få fat på en speciallæge eller sygeplejerske på hverdage • Det er ikke muligt for de praktiserende læger at henvise patienter til speciallægeambulatoriet indenfor 48 timer på hverdage. Som følge af mangel på speciallæger kan det først ske indenfor 2-3 uger, såfremt det haster. • Der findes ikke en casemanager funktion på hospitalet. Der er KOL sygeplejerske som koordinator. • Iltsygeplejersken som er en del af lungeteamet har udgående funktion. • I Akutmodtagelsen foretages triage for at sikre dårlige KOL patienter hurtigt ses af læge. ½ times kravet for alle KOL patienter kan ikke garanteres • Det er ikke altid muligt, at en lungemediciner eller en anden

		<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalet sender epikrise efter fase 1 til praktiserende læge • Der sendes epikrise/status til praktiserende læge og kommunen efter fase 2 • Anbefalingerne for opfølgning ift. patienten efter fase 2 er stort set implementeret. I stedet for telefonisk opfølgning efter to mdr. indkaldes til opfølgning efter 3 mdr. 	<p>læge i tæt samarbejde med en lungemediciner senest 24 timer efter patientens indlæggelse har foretaget en revurdering af patientens tilstand og udarbejdet den lægelige del af behandlingsplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> • På hverdage screenes patienten af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse • Det er endnu ikke fuldt formaliseret at der udarbejdes en tværfaglig behandlings-, trænings- og plejeplan senest 24 timer efter indlæggelsen, men det indgår som en del af udvikling af det lungemedicinske behandlingsteam. Der bliver udarbejdet en monofaglig fysioterapeutisk behandlingsplan inden for det første døgn. • Der arbejdes på at implementere et lungeteam med læge, KOL sygeplejerske, ilt sygeplejerske, fysioterapeut og diætist. Den røde tråd er KOL sygeplejersken. Der afholdes dagligt morgenkonference om indlagte patienter med deltagelse af læger og plejepersonale. • Det tilstræbes at samle alle KOL patienter på et sengeafsnit, men det er ikke
--	--	--	--

			<p>fuldt muligt grundet for få lungemedicinske senge. KOL patienter på andre afsnit kan tilses af KOL sygeplejerske</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er muligt for patienten at få Lomholt ved ankomst og ophold på sengeafsnittet • Patienter kan behandles med NIV på Intensiv Afsnit • Patienten undervises i mestring og egenomsorg under indlæggelsen • Tværfaglige konferencer etableres i forbindelse med lungeteam • Vurdering af comorbiditet under indlæggelse er ikke lagt i faste rutiner • Patienter med KOL i svær og meget svær grad får mindst 1 gang tilbud om opfølgende undervisning svarende til indholdet af hospitalets KOL-rehabilitering. Der afvikles 4 lungehold om året på hospitalet. • Der er ikke mulighed for følge-hjem funktion fra hospitalet • Primær sektor inddrages direkte i planlægning af patientens udskrivelse gennem udskrivelseskoordinatorer • Der uarbejdes ikke konsekvent en tværfaglig rapport om forløbet til patienten. Skabelon til tværfaglig rehabiliteringsplan
--	--	--	--

			<p>er under udarbejdelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det tilstræbes at sende epikrise til egen læge på udskrivningsdagen
Randers Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel opstartssamtale og test • 5 ugers holdtræning med 1-2 fysioterapeuter. • 2 undervisningsmoduler x 2 timer med hhv. diætist og diabetes-sygeplejerske • Opfølgning 9 uger efter opstart med samtale og test • Valgfrit trænings tilbud/efterforløb ved privat aktør, udarbejdet i samarbejde med kommunen • Afsluttende test og samtale (og opfølgning og test) efter 6 måneder 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel opstartssamtale inkl. Konditest, mål af livvidde, Fedtprocent/BMI og vægt. SF 12 • 9 ugers obligatorisk modul i fysisk aktivitet (2x ugentligt i 3 uger, herefter selvtræning) samt 2x1 time undervisning ved sygeplejerske med emner vedr. fysiske psykiske reaktioner • 1 x 1,5 times undervisning ved psykolog. 1 x 1 times undervisning ved psykomotorisk terapeut • 3 valgfrie moduler, kostvejledning, rygestop og seksualvejledning • Test 3 og 12 mdr. efter endt forløb 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel opstartssamtale, test af lungefunktion, gangtest og selvoplevet helbred (15D) • 8 ugers forløb af 2 ugentlige sessioner x 2 timer (1 times fysisk træning og 1 times undervisning i mestring af sygdommen ved hhv. læge, sygeplejerske, diætist, ergoterapeut og fysioterapeut) • Test 3 og 12 måneder efter endt forløb • Tilbud om rygestop • Efter afsluttet rehab. forløb tilbydes 12 mdr. træning på KOL hold på et områdecener
Norrdjurs Kommune Sundheds og Patientskolen Grenå	<p>Det obligatoriske forløb består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende individuel samtale og spørgeskema ved sygeplejerske • Tests • Træning ved fysioterapeut på hold og på tværs af diagnoser. 14 timer over 7 uger • Kost ved diætist på hold og på tværs af diagnoser. 10 	<p>Det obligatoriske forløb består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende individuel samtale og spørgeskema ved sygeplejerske • Tests • Træning ved fysioterapeut på hold og på tværs af diagnoser. 14 timer over 7 uger • Kost ved diætist på hold og på tværs af diagnoser. 	<p>Det obligatoriske forløb består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende individuel samtale og spørgeskema ved sygeplejerske • Tests • Træning ved fysioterapeut på hold og på tværs af diagnoser. 14 timer over 7 uger • Kost ved diætist på hold og på tværs af diagnoser. 10 timer over 7 uger samt tilbud om

	<p>timer over 7 uger samt tilbud om individuel samtale med diætist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mestring ved psykolog på hold og på tværs af diagnoser. 4 timer. • Sundhedsfaglig opfølgning, sygdomsforståelse, medicin mv. ved sygeplejerske og apotek. <p>Opfølgingsforløbet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppesamtale ved fastholdelseskonsulent på hold og på tværs af diagnoser efter 3 mdr., 6 mdr. og 12 mdr. Tests og spørgeskema. • Telefonopfølgning x 2 ved fastholdelseskonsulent imellem gruppesamtalerne <p>Derudover tilbydes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lær at leve med kronisk sygdom – 15 timer over 6 uger • Lær at takle kroniske smerter – 15 timer over 6 uger • Rygestopkursus via samarbejde med apoteket – enten individuelt eller i grupper 	<p>10 timer over 7 uger samt tilbud om individuel samtale med diætist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mestring ved psykolog på hold og på tværs af diagnoser. 4 timer. • Sundhedsfaglig opfølgning, sygdomsforståelse, medicin mv. ved sygeplejerske og apotek. <p>Opfølgingsforløbet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppesamtale ved fastholdelseskonsulent på hold og på tværs af diagnoser efter 3 mdr., 6 mdr. og 12 mdr. Tests og spørgeskema. • Telefonopfølgning x 2 ved fastholdelseskonsulent imellem gruppesamtalerne <p>Derudover tilbydes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lær at leve med kronisk sygdom – 15 timer over 6 uger • Lær at takle kroniske smerter – 15 timer over 6 uger • Rygestopkursus via samarbejde med apoteket – enten individuelt eller i grupper 	<p>individuel samtale med diætist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mestring ved psykolog på hold og på tværs af diagnoser. 4 timer. • Sundhedsfaglig opfølgning, sygdomsforståelse, medicin mv. ved sygeplejerske og apotek. <p>Opfølgingsforløbet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppesamtale ved fastholdelseskonsulent på hold og på tværs af diagnoser efter 3 mdr., 6 mdr. og 12 mdr. Tests og spørgeskema. • Telefonopfølgning x 2 ved fastholdelseskonsulent imellem gruppesamtalerne <p>Derudover tilbydes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lær at leve med kronisk sygdom – 15 timer over 6 uger • Lær at takle kroniske smerter – 15 timer over 6 uger • Rygestopkursus via samarbejde med apoteket – enten individuelt eller i grupper
Syddjurs Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ugers tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus som 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ugers tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus som 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ugers tværdiagnostisk sundheds og rehabiliteringskursus som

	<p>indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuel opstart og afslutnings samtale • 16 timers fysisk træning aktivitet og træning • 5½ timers Kostvejledning og madlavning • 3 timers sygdomslære • 4 timers undervisning forandring af vaner • 1 timers medicinvejledning • fysisk tests. • Opfølgning 6 og 12 mdr. • Selvtræning 12 mdr. efter endt intensive forløb • Tilbud om rygestop • 15 timers undervisning over 6 uger Lær at leve med kronisk sygdom 	<p>indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuel opstart og afslutnings samtale • 16 timers fysisk træning aktivitet og træning • 5½ timers Kostvejledning og madlavning • 3 timers sygdomslære • 4 timers undervisning forandring af vaner • 1 timers medicinvejledning • fysisk tests. • Opfølgning 6 og 12 mdr. • Selvtræning 12 mdr. efter endt intensive forløb • Tilbud om rygestop • 15 timers undervisning over 6 uger Lær at leve med kronisk sygdom 	<p>indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuel opstart og afslutnings samtale • 16 timers fysisk træning aktivitet og træning • 5½ timers Kostvejledning og madlavning • 3 timers sygdomslære • 4 timers undervisning forandring af vaner • 1 timers medicinvejledning • fysisk tests • Opfølgning 6 og 12 mdr. • Selvtræning 12 mdr. efter endt intensive forløb • Tilbud om rygestop • 15 timers undervisning over 6 uger Lær at leve med kronisk sygdom
<p>Favrskov Kommune</p>	<p>12 mdr.s sundheds- og rehabiliteringsforløb på tværs af diagnoserne mild/moderat KOL, AKS og Type 2 diabetes/prædiabetes.</p> <p>Forløbet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende og motiverende samtale med kontaktperson • 12 ugers intensivt kursus med teoretisk dialogbaseret undervisning og træning 2 x om ugen af 1 til 2½ times varighed. • Fysiske test/målinger/spørgeskema 	<p>12 mdr.s sundheds- og rehabiliteringsforløb på tværs af diagnoserne mild/moderat KOL, AKS og Type 2 diabetes/prædiabetes.</p> <p>Forløbet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende og motiverende samtale med kontaktperson • 12 ugers intensivt kursus med teoretisk dialogbaseret undervisning og træning 2 x om ugen af 1 til 2½ times varighed. • Fysiske 	<p>12 mdr.s sundheds- og rehabiliteringsforløb på tværs af diagnoserne mild/moderat KOL, AKS og Type 2 diabetes/prædiabetes.</p> <p>Forløbet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende og motiverende samtale med kontaktperson • 12 ugers intensivt kursus med teoretisk dialogbaseret undervisning og træning 2 x om ugen af 1 til 2½ times varighed. • Fysiske test/målinger/spørgeskema ved 0,3,6 og 12 mdr.

	<p>ved 0,3,6 og 12 mdr.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opdelt i diagnoser ved diagnosespecifik undervisning(sygeplejerske /diætist/farmaceut). • Mulighed for individuelle vejledninger og samtaler samt henvisning til rygestop og alkohol behandlingstilbud • Afsluttende samtale med kontaktperson ved 3 og 12 mdr. • Elektronisk epikrise til egen læge ved 3 og 12 mdr. • Gruppeopfølgning ved 4,6,9 og 12 mdr. (incl.test ved 6 og 12 mdr.) • Mulighed for selvtræning i kendte lokaler 2 x ugen efter 12 ugers forløb (i 9 mdr.) <p>Sundhedsteamet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk diætist • Fysioterapeut • Sygeplejerske • Farmaceut (tilkøbes) <p>Indhold i kursusforløb bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsforståelse og medicin håndtering ved sygeplejerske og farmaceut • Indkøbsguide og praktisk madlavning med klinisk diætist • Konditions og styrketræning og introduktion til motion i 	<p>test/målinger/spørgeskema ved 0,3,6 og 12 mdr.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opdelt i diagnoser ved diagnosespecifik undervisning(sygeplejerske /diætist/farmaceut). • Mulighed for individuelle vejledninger og samtaler samt henvisning til rygestop og alkohol behandlingstilbud • Afsluttende samtale med kontaktperson ved 3 og 12 mdr. • Elektronisk epikrise til egen læge ved 3 og 12 mdr. • Gruppeopfølgning ved 4,6,9 og 12 mdr. (incl.test ved 6 og 12 mdr.) • Mulighed for selvtræning i kendte lokaler 2 x ugen efter 12 ugers forløb (i 9 mdr.) <p>Sundhedsteamet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk diætist • Fysioterapeut • Sygeplejerske • Farmaceut (tilkøbes) <p>Indhold i kursusforløb bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsforståelse og medicin håndtering ved sygeplejerske og farmaceut • Indkøbsguide og praktisk 	<ul style="list-style-type: none"> • Opdelt i diagnoser ved diagnosespecifik undervisning(sygeplejerske /diætist/farmaceut). • Mulighed for individuelle vejledninger og samtaler samt henvisning til rygestop og alkohol behandlingstilbud • Afsluttende samtale med kontaktperson ved 3 og 12 mdr. • Elektronisk epikrise til egen læge ved 3 og 12 mdr. • Gruppeopfølgning ved 4,6,9 og 12 mdr. (incl.test ved 6 og 12 mdr.) • Mulighed for selvtræning i kendte lokaler 2 x ugen efter 12 ugers forløb (i 9 mdr.) <p>Sundhedsteamet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk diætist • Fysioterapeut • Sygeplejerske • Farmaceut (tilkøbes) <p>Indhold i kursusforløb bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsforståelse og medicin håndtering ved sygeplejerske og farmaceut • Indkøbsguide og praktisk madlavning med klinisk diætist • Konditions og styrketræning og introduktion til motion i lokalmiljø ved fysioterapeut • Udvikling og fastholdelse af sunde vaner
--	---	--	--

	<p>lokalmiljø ved fysioterapeut</p> <ul style="list-style-type: none">• Udvikling og fastholdelse af sunde vaner• Fokus på det gode liv på trods af kronisk sygdom	<p>madlavning med klinisk diætist</p> <ul style="list-style-type: none">• Konditions og styrketræning og introduktion til motion i lokalmiljø ved fysioterapeut• Udvikling og fastholdelse af sunde vaner• Fokus på det gode liv på trods af kronisk sygdom	<ul style="list-style-type: none">• Fokus på det gode liv på trods af kronisk sygdom
--	---	---	--

Vest klyngen

	Type 2 diabetes	Hjertekar	KOL
Hospitalsenheden Vest	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret et diabetescenter (dog ingen fodterapeut tilknyttet) • Der er etableret en rådgivningstelefonlinje • Der eksisterer ikke et tilbud om psykologbistand, men mulighed for at henvise til Skejby • Der er etableret en diabeteskole • Samarbejdet med praktiserende læger fungerer godt • Der er etableret et godt samarbejde mellem diabetescentret og kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 ugers forløb med 3 x ugentlig fysisk træning. • Diætistsamtaler i grupper og efterfølgende individuel samtale • Der tilbydes rygestopvejledning. • Screening for angst og depression i samarbejde med arbejdsmedicinsk klinik. • Der tilbydes patientinformation- og undervisning • Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter med særligt behov <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten tildeles en kontaktperson • Hospitalet sender epikrise efter fase 1 til praktiserende læge og epikrise/status til praktiserende læge og kommunen efter fase 2. • Anbefalingerne for opfølgning ift. patienten efter fase 2 er i høj grad implementeret. • Der foretages ikke telefonisk opfølgning 2 mdr. efter fase 	<ul style="list-style-type: none"> • Med etablering af et KOL ambulatorium den 1. marts 2012 vil det være muligt at tilbyde patienter med svær/meget svær KOL ambulante vejledning og kontrol på hospitalet frem for en indlæggelse. Det vil være en specialuddannet sygeplejerske som patienten i første omgang møder, og sygeplejersken kan efter behov rette henvendelse til speciallæge. • Det kan lade sig gøre for de praktiserende læger at få telefonisk rådgivning fra KOL ambulatoriet. • De praktiserende læger kan henvise patienter til KOL ambulatoriet indenfor 48 timer på hverdage. • Der er ikke etableret en casemanager funktion på hospitalet da der for nuværende ikke anses at være et behov for dette. Der er et velfungerende samarbejde med primærsektor i form af KOL-koordinatorer. Samarbejdet forventes optimeret ved oprettelse af KOL ambulatorium. • Hospitalet har en sygeplejerske med udgående funktion. • Det sker oftest, at vagthavende læge tilser patienten indenfor 1/2 time efter indlæggelse. • Det sker ikke rutinemæssigt, at en speciallæge i lungemedicin eller en

		<p>2, men i fbm. lærings- og mestringsprojektet foretages opfølgning på hospital efter 3 mdr.</p>	<p>anden læge i tæt samarbejde med lungemedicineren senest 24 timer efter indlæggelse har foretaget en revurdering af patientens tilstand og udarbejdet den lægelige del af behandlingsplanen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det sker oftest, at patienten screenes af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse. Der sendes rutinemæssigt henvisning til fysioterapeut ved ankomst i sengeafsnit. • Der udarbejdes en tværfaglig behandlings-, trænings-, og plejeplan indenfor 24 timer efter indlæggelse. • Behandlingen udføres af et lungeteam. • Patienter med KOL samles på et sengeafsnit. • Der er ikke mulighed for at få Lomholt ved ankomst og ophold på sengeafsnittet. • Der er mulighed for behandling med NIV ved ankomst og ophold på sengeafsnittet. • Patienten undervises i mestrings- og egenomsorg under indlæggelsen. • Lungeteamet afholder mindst en ugentlig tværfaglig konference. • Comorbiditet vurderes under indlæggelse. • Patienter med KOL i svær/meget svær grad får mindst en gang tilbudt opfølgende undervisning svarende til indholdet af hospitalets KOL rehabilitering. • Der er ikke mulighed for følge hjem
--	--	---	--

			<p>funktion, medmindre geriatrisk team er involveret.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primær sektor inddrages direkte i planlægning af patientens udskrivelse. • Der udarbejdes ikke en tværfaglig rapport om forløbet til patienten. • Oftest sendes epikrisen til praktiserende læge på udskrivningsdagen og patienten får en kopi med hjem.
Holstebro Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Type 2 diabetes lærings og mestrings forløb bestående af 1 individuel afklarende samtale, 5 forløbsgange à 2,5 time over 5 uger, 1 pårørendeaften, 3 opfølgingsgange over et år. Forløbsgange omhandler træning og kost, ændring af vaner og skabelse af netværk • Efter endt diabetesforløb sendes epikrise til praktiserende læge via MedCom. • Prædiabetes 4 forløbsgange af 2 timer samt 2 opfølgingsgange • Efter endt prædiabetesforløb sendes epikrise til praktiserende læge via 	<ul style="list-style-type: none"> • Læring og mestring på hjerterehabilitering. Forløbet består af 8 moduler à 2½ times varighed og gennemføres over 8 uger. Der afholdes desuden pårørendeaften samt 2 opfølgingsgange over 1 år. Forløbet omhandler livet med hjertekarsygdom, håndtering af symptomer, medicin håndtering de følelsesmæssige påvirkninger som f.eks. angst og frustrationer, pårørende, kost, motion og bevægelse, lokale aktiviteter og netværk • Efter endt hjerteforløb sendes epikrise til praktiserende læge via MedCom. • Tilbud om rygestop 	<ul style="list-style-type: none"> • KOL forløb over 8 uger à 2,5 time per uge, 1 pårørendeaften samt 2 opfølgingsgange over 1 år. Sammensat af læring og mestring samt tilbud om fysisk træning i 8 uger af 2 x 1.25 time efterfulgt af 4 ugers træning 1 x 1,25 time ugentligt. Indholdet i undervisningen omhandler livet med KOL, håndtering af symptomer, vejrtrækningsøvelser, medicin, energibesparende principper samt håndtering af angst og kommunikation. • Efter endt KOLforløb sendes epikrise til praktiserende læge via MedCom. • Tilbud om rygestop

	<p>MedCom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forløb til borgere med anden etnisk baggrund end dansk med type 2 diabetes eller i risiko for at udvikle diabetes. 5 forløbsgange à 2 timer. • Tilbud til kvinder med tidligere GDM • Tilbud om rygestop 		
Lemvig Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Type 2 diabetes Læring og mestrings hold. Indhold 8 gruppemøder af 2 timer, som omhandler det at leve med diabetes type 2 så det kan være kost, motion, træthed, smerter, søvnløshed mm., samt fysisk træning ved en fysioterapeut i 10 uger 2 x 1 time. Der indledes og afsluttes med en personlig samtale og der tilbydes opfølgende møder op til 1 år efter kursets afslutning. • Der samarbejdes endvidere med motivationsgruppen så de kan fortsætter til deres tilbud, og /eller videre til et foreningstilbud i "Gør Lemvig Lettere" • Tilbud om rygestop 	<ul style="list-style-type: none"> • Der afholdes patientuddannelse for AKS patienter ud fra læring og mestrings principperne. Indehold 8 gruppemøder af 2 timer, som omhandler livet efter en hjertesygdom med fokus på kost, motion, træthed, smerter, søvnløshed mm. Samt fysisk træning ved en fysioterapeut i 10 uger 2x 1 time om ugen. Der indledes og afsluttes med en personlig samtale og der tilbydes opfølgende møder op til 1 år efter kursets afslutning • Der samarbejdes med den lokale hjerteforening , så man kan fortsætte på deres hold. • Tilbud om rygestop 	<ul style="list-style-type: none"> • Lærings og mestringsforløb for KOL patienter som strækker sig over 10 uger, med 10 x 2 timers ugentligt træning og 8 uger x 2,5 timers læring og mestrings undervisning, som fokuserer på livet med KOL, angst/bekymring, sund levevis, vejtrækningsteknikker, medicin og netværksdannelse. Forløbet indledes og afsluttes med en individuel samtale, og der tilbydes 2 opfølgingsgange • Tilbud om rygestop

<p>Struer Kommune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ugers forløb for borgere med type 2 diabetes og præ-diabetes efter konceptet Læring og Mestring. En del af forløbet vil foregå sammen med borgere der har haft AKS. Forløbet består af 2 x 1 times træning om ugen kombineret med et 8 ugers gruppe baseret rehabiliteringsforløb med 8 møder a 2 timer. Der undervises i sygdommen, det at leve med en kronisk sygdom, mestring, kost, medicin, håndtering af smerter, motion og angst/bekymring, forandring i hverdagen mv. • Individuel samtale før og efter, samt opfølgingsmøder efter 6 og 12 måneder • Tilbud om rygestop • Forløbet varetages af en sygeplejerske, en ernæringsvejleder samt en fysioterapeut • Særlig indsats på Thyholm under projekt SundhedscenterThyholm med proaktiv 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ugers forløb for borgere med AKS efter konceptet Læring og Mestring. En del af forløbet vil foregå sammen med borgere der har type 2 diabetes. Forløbet består af 2 x 1 times træning om ugen kombineret med et 8 ugers gruppe baseret rehabiliteringsforløb med 8 møder a 2 timer. Der undervises i sygdommen, det at leve med en kronisk sygdom, mestring, kost, medicin, håndtering af smerter, motion og angst/bekymring, forandring i hverdagen mv. • Individuel samtale før og efter, samt opfølgingsmøder efter 3 og 12 måneder • Tilbud om rygestop • Forløbet varetages af en sygeplejerske, en ernæringsvejleder samt en fysioterapeut • Særlig indsats på Thyholm under projekt SundhedscenterThyholm med proaktiv rekruttering og metodeudvikling ift. indsatser for borgere med kroniske lidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ugers forløb for KOL patienter med 2 x 1 times træning om ugen kombineret med et 8 ugers gruppe baseret rehabiliteringsforløb med 8 møder a 2 timer. Der undervises i sygdomslære, kost, medicin og vejrtrækning, mestring, motion, angst/bekymring mv. • Individuel samtale før og efter, samt opfølgingsmøder efter 3 og 12 måneder • Tilbud om rygestop • Forløbet varetages af en ergoterapeut, en sygeplejerske, en ernæringsvejleder samt en fysioterapeut • Særlig indsats på Thyholm under projekt SundhedscenterThyholm med proaktiv rekruttering og metodeudvikling ift indsatser for borgere med kroniske lidelser. Herunder Projekt TOP-KOM (tidlig opsporing af KOL i kommunalt regi), som fortsætter i 2012 (et nationalt projekt med fælles database)
------------------------------	---	---	---

	rekruttering og metodeudvikling ift. indsatser for borgere med kroniske lidelser		
Herning Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret forløbskoordinatorfunktion. • Der er etableret 10 ugers patientuddannelsesforløb med lærings og mestrings principper. Patient uddannelsen varetages af fysioterapeut, diætist, farmaceut, ergoterapeut og sygeplejerske. • Tilbud om rygestop • Tilbud om vægtstop • Tværdiagnostisk (ikke kun AKS og type 2 diabetes) lær at leve med kronisk sygdom kursus som strækker sig over 6 uger, hvert modul er på 2½ time. Temaerne på kurset omhandler fysisk aktivitet, symptom- og medicinbehandling, kommunikation, handleplaner, afspænding og kost. • Fysisk træning (vedligeholdende træning i kommunens 	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret forløbskoordinatorfunktion • Der er etableret 10 ugers patientuddannelsesforløb med lærings og mestrings principper. Patient uddannelsen varetages af fysioterapeut, diætist, farmaceut, ergoterapeut og sygeplejerske. • Tilbud om rygestop • Tilbud om vægtstop • Tværdiagnostisk (ikke kun AKS og type 2 diabetes) lær at leve med kronisk sygdom kursus som strækker sig over 6 uger, hvert modul er på 2½ time. Temaerne på kurset omhandler fysisk aktivitet, symptom- og medicinbehandling, kommunikation, handleplaner, afspænding og kost. • Fysisk træning (vedligeholdende træning i kommunens aktivitetscentre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret forløbskoordinatorfunktion • Der er fortsat 10 ugers patientuddannelsesforløb med lærings og mestrings principper. Patient uddannelsen varetages af fysioterapeut, diætist, farmaceut, ergoterapeut og sygeplejerske. • Tilbud om rygestop • Tilbud om vægtstop • Tværdiagnostisk (ikke kun AKS og type 2 diabetes) lær at leve med kronisk sygdom kursus som strækker sig over 6 uger, hvert modul er på 2½ time. Temaerne på kurset omhandler fysisk aktivitet, symptom- og medicinbehandling, kommunikation, handleplaner, afspænding og kost. • Fysisk træning (vedligeholdende træning i kommunens aktivitetscentre) <p>Herudover er der i Herning kommunes hjemmeplejeområder sket en opkvalificering af sygeplejersker ved hjælp af kompetenceudvikling på diplomniveau på diagnoserne KOL og metabolisk syndrom.</p>

	aktivitetscentre)		
Ringkøbing-Skjern Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om afklarende samtale for borgere med kroniske sygdomme. Samtalen slutter med afklaring og ideer til hvordan man kommer videre • Læringsforløb for type 2 diabetikere. Et forløb strækker sig over 8 uger, hvor man mødes 2-3 timer pr. gang. På forløbet får man viden, redskaber og færdigheder til at leve livet med type 2 diabetes, samt mulighed for at danne netværk. • Cafédage for borgere med type 2 + pårørende, hvor man kan tilegne sig viden omkring konkrete emner relateret til sygdommen. • Inspirations madværksted – et tilbud til borgere med type 2 diabetes, som har behov for inspiration til ny madlavning. • Tilbud om rygestopkurser • Mulighed for at deltage 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om afklarende samtale for borgere med kroniske sygdomme. Samtalen slutter med afklaring og ideer til hvordan man kommer videre • Lærings og mestringshold for hjertepatienter, inklusiv motionsmodul med hold og individuel fysisk træning, så pulsen øges og den fysiske form vedligeholdes. Instruktion og vejledning af fysioterapeut, men træningen foregår også som selvstændig træning. Introduktion til forskellige muligheder for daglig motion og få idéer til, at fortsætte og vedligeholde træningen fremover. • Tilvalgsmoduler omhandlende Hvordan lever jeg med en kronisk hjertesygdom, håndtering af hjertemedicin, hjerteligt kost • Tilbud om rygestopkursus. • Mulighed for at deltage i patientuddannelsen "Lær at leve med kronisk sygdom", Lær at takle kroniske smerter" eller relevante selvhjælpsgrupper eller 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om afklarende samtale for borgere med kroniske sygdomme. Samtalen slutter med afklaring og ideer til hvordan man kommer videre • KOL lærings og mestringsforløb som strækker sig over 10 uger, 2 gange ugentligt (fysisk træning 1 time hver gang). Forløbet fokuserer på livet med KOL, håndtering af angst og andre symptomer, sund levevis, fysisk træning, vejrtrækningsteknikker, medicin, lokale netværk. • Støtte til rygestop • Tilbud om rygestopkursus. • Mulighed for at deltage i patientuddannelsen "Lær at leve med kronisk sygdom", Lær at takle kroniske smerter" eller relevante selvhjælpsgrupper eller netværksgrupper.

	i patientuddannelsen "Lær at leve med kronisk sygdom", Lær at tackle kroniske smerter" eller relevante selvhjælpsgrupper eller netværksgrupper.	netværksgrupper.	
Ikast – Brande Kommune	<ul style="list-style-type: none"> Diabetesrehabiliteringsforløb over 8 uger med fysisk træning 2 gange om ugen og 8 undervisningsgange. Forløbet fokuserer på livet med diabetes, herunder kost og fysisk aktivitet. Undervisningen ligger i forbindelse med træning en gang om ugen. Det er et lærings- og mestringsforløb. Afklarende samtale inden forløb og opfølgning efter 3 og 12 måneder. Mulighed for at deltage i følgende diagnose-uafhængige patientuddannelser: "Lær at leve med kronisk sygdom" og "Lær at tackle kroniske smerter" (begge over 6 uger med en ugentlig mødegang og opfølgning efter 3 mdr.) eller et Læring og 	<p>Hjerte-rehabiliteringsforløb over 8 uger med fysisk træning 2 gange om ugen og 8 undervisningsgange. Forløbet fokuserer på livet med en hjertelidelse, herunder kost og fysisk aktivitet. Undervisningen ligger i forbindelse med træning en gang om ugen. Det er et lærings- og mestringsforløb. Afklarende samtale inden forløb og opfølgning efter 3 og 12 måneder.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mulighed for at deltage i følgende diagnose-uafhængige patientuddannelser: "Lær at leve med kronisk sygdom" og "Lær at tackle kroniske smerter" (begge over 6 uger med en ugentlig mødegang og opfølgning efter 3 mdr.) eller et Læring og mestringsforløb på tværs af diagnoser, forløber over 8 uger med en ugentlig mødegang og opfølgning efter 3 og 12 måneder. 	<ul style="list-style-type: none"> KOL-rehabiliteringsforløb over 10 uger med fysisk træning 2 gange om ugen og 8 undervisningsgange. Forløbet fokuserer på livet med KOL og herunder angst, medicinbehandling, kost, rygning, energibesparende principper i dagligdagen og fysisk aktivitet. Undervisningen ligger i forbindelse med træning ca. en gang om ugen. Det er et lærings- og mestringsforløb. Afklarende samtale inden forløb og opfølgning efter 3 og 12 måneder. Mulighed for at deltage i følgende diagnose-uafhængige patientuddannelser: "Lær at leve med kronisk sygdom" og "Lær at tackle kroniske smerter" (begge over 6 uger med en ugentlig mødegang og opfølgning efter 3 mdr.) eller et Læring og mestringsforløb på tværs af diagnoser, forløber over 8 uger med en ugentlig mødegang og opfølgning efter 3 og 12 måneder. Individuel afklarende samtale mhp rådgivning og støtte Tilbud om ryggestop

	<p>mestringsforløb på tværs af diagnoser, forløber over 8 uger med en ugentlig mødegang og opfølgning efter 3 og 12 måneder.</p> <ul style="list-style-type: none">• Individuel afklarende samtale mhp rådgivning og støtte• Tilbud om rygestop	<ul style="list-style-type: none">• Individuel afklarende samtale mhp rådgivning og støtte• Tilbud om rygestop	
--	--	---	--

Århus klyngen

	Type 2 diabetes	Hjertekar (AKS-patienter)	KOL
Århus Sygehus	<ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret et diabetescenter • Der er etableret en direkte rådgivnings-telefonlinje • Der eksisterer et tilbud om psykologbistand til diabetespatienter ved behov • Der er etableret en diabeteskole • Samarbejdet med praktiserende læger fungerer godt • Samarbejdet fungerer godt, og er intensiveret i forbindelse med ansættelsen af en udgående diabetessygeplejerske (kronikerpuljeprojekt). Samarbejdsaftalen præsenteres for de praktiserende læger i 1. kvartal 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ugers forløb med 1 x ugentlig fysisk træning. • Diætistsamtaler jf. anbefalingerne • Der tilbydes rygestoprådgivning og rygestopforløb • Screening for angst og depression • Der tilbydes patientinformation og -undervisning • Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter efter behov <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten tildeles en kontaktperson • Hospitalet sender epikrise efter fase 1 til praktiserende læge og epikrise/status til praktiserende læge og kommunen efter fase 2. • Anbefalingerne for opfølgning ift. patienten efter fase 2 – dvs. at patienten får bestilt tid hos praktiserende læge - er ikke implementeret • Anbefalingen om at 	<ul style="list-style-type: none"> • Der er indført nye akutte tider i Ambulatoriet. ved sygeplejerske. På nuværende tidspunkt er der to spor, som betjenes af speciallæge (ikke hver dag) og reservelæge. Ved tvivlsspørgsmål behandles sagen ved tværfaglig konference. • Den praktiserende læge kan få telefonisk rådgivning på alle hverdage af for- eller bagvagt. • KOL-sygeplejersken visiterer patienter fra MVA'erne og de medicinske afdelinger til ambulante kontrol- og behandlingstider. Der er oprettet akutte tider til disse patienter, hvor indlagte patienter tilbydes kontroltid 4-8 uger efter indlæggelsen for bl.a. at forebygge genindlæggelse. Henvielse fra praktiserende læge visiteres med en ventetid på ca. 4. måneder. • Der er ikke etableret en casemanager funktion på hospitalet. • Hospitalet har ikke en sygeplejerske med udgående funktion. • Det sker ikke altid, at vagthavende læge tilser patienten indenfor 1/2 time efter indlæggelse. • Det er ikke alle patienter, der tilses af en speciallæge i lungemedicin

		<p>hospitalet tager telefonisk kontakt til patienten 2 mdr. efter endt fase 2 er ikke implementeret. Der foretages fast kontrol efter 1 år.</p>	<p>indenfor 24 timer. Patienter indlagt på MVA, THG tilses af en lungemediciner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter screenes ved teamkonferencen efter en faglig vurdering. • Patientforløbet planlægges ved en tværfaglig teamkonference dagen efter indlæggelse. Det gælder for KOL patienter indlagt på lungemedicinsk afdeling. • Patientens behandling planlægges og udføres af et tværfagligt team bestående af spl, iltspl, speciallæge, fys, ergo og diætist (ved behov). Dette gælder for patienter indlagt på Lungemed. Afd. • Patienterne samles ikke på et sengeafsnit, men fordeles på flere medicinske afdelinger på hospitalet. • Patienter, der indlægges på lungemedicinsk afdeling har mulighed for at få Lomholt. • Patienterne har mulighed for behandling med NIV. • Undervisning i mestrings og egenomsorg er en integreret del af behandlingen, specielt i ambulatoriet. Der udarbejdes tjeklister for at sikre en struktureret undervisning for alle patienter. • Der afholdes teamkonferencer hver morgen med deltagelse af relevante samarbejdsparter. • Comorbiditet vurderes under indlæggelsen som et led i den
--	--	---	---

			<p>samlede vurdering. Der udarbejdes tjeklister mhp. systematisk vurdering.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er etableret mulighed for at patienter med svær/meget svær KOL kan få opfølgende undervisning svarende til indholdet af hospitalets KOL rehabilitering. • Der er ikke etableret tilbud om følge-hjem funktion.. • Primær sektor inddrages direkte i planlægning af patientens udskrivning, når det skønnes nødvendigt. Overgangen til hjemmeplejen planlægges direkte i visitationen • Der udarbejdes ikke en tværfaglig rapport om forløbet til patienten. • Epikrisen fremsendes efter udskrivelse til den praktiserende læge.
Århus Universitets-hospital Skejby		<ul style="list-style-type: none"> • Pt. pågår et forskningsprojekt hvor 2 x ugentlig træning i 8 uger sammenlignes med 3 x ugentlig træning i 12 uger. Tilbuddet er 8-12 ugers træning. • Pt. 1 diætistsamtale til hjertekirurgiske patienter, 2 samtaler til hjertemedicinske patienter. Forløb afprøves ifbm. forskningsprojekt. • Hjertemedicinske patienter tilbydes rådgivning v. rygestoprådgiver. Hjertekirurgiske patienter 	

		<p>henvises til kommunalt tilbud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening for angst og depression afprøves som led i forskningsprojekt. På hjertemedicinsk afdeling er det etableret som tilbud. • Der tilbydes patientinformation og – undervisning. • Mulighed for udvidet/differentieret tilbud til patienter ved behov – for hjertekirurgiske patienter i fbm. forskningsprojekt. <p>Sammenhængende forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten tildeles en kontaktperson • Hospitalet sender epikrise efter fase 1 til praktiserende læge • Det er fra afdeling T anført, at anbefalingerne for opfølgning ift. patienten efter fase 2 afprøves i fbm. forskningsprojekt. • Det er fra afdeling B anført, at der ikke sendes epikrise til kommunen efter endt fase 2 og at opfølgning på patientens overgang til praktiserende læge beror på en individuel vurdering 	
--	--	---	--

<p>Århus Kommune</p> <p>Sundhedscentret tilbyder en tværfaglig patient rettet indsats henvendt til borgere med KOL, hjerte/karsyg-domme og diabetes type 2. Holdene diagnoseopdeles ved sygdoms-undervisningen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indledende Samtale efter henvisning fra egen læge. Fokus i samtalen er borgerens egen opfattelse af situationen, hvad der er muligt og hvad der giver mening for pågældende at gøre for at forandre evt. uhensigtsmæssige vaner. Samtalen afsluttes med at der opstilles personlige mål for hvad borgeren gerne vil have ud af et forløb. • 1-årigt sundhedsforløb: kursus i 12 uger, med fokus på motivation og forandring. der arbejdes med at tage de konkrete skridt for at nå de(t) opsatte mål. Indledningsvis vejes kursisten, BMI udregnes og taljemål. Der udføres konditest (Åstrands 1-punkts test) eller gangtest (6-minutters gangtest) , samt udfyldes spørgeskema om selvoplevet helbred (SF12+Hvordan har du 	<ul style="list-style-type: none"> • Indledende Samtale efter henvisning fra egen læge. Fokus i samtalen er borgerens egen opfattelse af situationen, hvad der er muligt og hvad der giver mening for pågældende at gøre for at forandre evt. uhensigtsmæssige vaner. Samtalen afsluttes med at der opstilles personlige mål for hvad borgeren gerne vil have ud af et forløb. • 1-årigt sundhedsforløb: kursus i 12 uger, med fokus på motivation og forandring. der arbejdes med at tage de konkrete skridt for at nå de(t) opsatte mål. Indledningsvis vejes kursisten, BMI udregnes og taljemål. Der udføres konditest (Åstrands 1-punkts test) eller gangtest (6-minutters gangtest) , samt udfyldes spørgeskema om selvoplevet helbred (SF12+Hvordan har du det?). (Baselinedata). Kursisterne møder ind 1 gang ugentligt i 2 timer. Første time er opfølgning 	<ul style="list-style-type: none"> • Indledende Samtale efter henvisning fra egen læge. Fokus i samtalen er borgerens egen opfattelse af situationen, hvad der er muligt og hvad der giver mening for pågældende at gøre for at forandre evt. uhensigtsmæssige vaner. Samtalen afsluttes med at der opstilles personlige mål for hvad borgeren gerne vil have ud af et forløb. • 1-årigt sundhedsforløb: kursus i 12 uger, med fokus på motivation og forandring. der arbejdes med at tage de konkrete skridt for at nå de(t) opsatte mål. Indledningsvis vejes kursisten, BMI udregnes og taljemål. Der udføres konditest (Åstrands 1-punkts test) eller gangtest (6-minutters gangtest) , samt udfyldes spørgeskema om selvoplevet helbred (SF12+Hvordan har du det?). (Baselinedata). Kursisterne møder ind 1 gang ugentligt i 2 timer. Første time er opfølgning på handleplan, erfaringsudveksling og et sundhedsfagligt input, f.eks. fysisk aktivitet, mad, indkøbsvejledning, motivation og forandring, hvordan komme i gang, sygdomsundervisning, stress
--	--	---	--

	<p>det?). (Baselinedata). Kursisterne møder ind 1 gang ugentligt i 2 timer. Første time er opfølgning på handleplan, erfaringsudveksling og et sundhedsfagligt input, f.eks. fysisk aktivitet, mad, indkøbsvejledning, motivation og forandring, hvordan komme i gang, sygdomsundervisning, stress håndtering, reaktioner på det at blive kronisk syg. Efterfølgende 1 times superviseret træning. Det forventes at kursisterne udover dette selv udfører fysisk aktivitet 1-2 gange ugentligt . Afslutningsvis gentages test, målinger og spørgeskema. Statussamtale, hvor der følges op og sendes epikrise til egen læge. 4. mdr. telefonisk opfølgning 6+12 mdr. opfølgning:</p>	<p>på handleplan, erfaringsudveksling og et sundhedsfagligt input, f.eks. fysisk aktivitet, mad, indkøbsvejledning, motivation og forandring, hvordan komme i gang, sygdomsundervisning, stress håndtering, reaktioner på det at blive kronisk syg. Efterfølgende 1 times superviseret træning. Det forventes at kursisterne udover dette selv udfører fysisk aktivitet 1-2 gange ugentligt . Afslutningsvis gentages test, målinger og spørgeskema. Statussamtale, hvor der følges op og sendes epikrise til egen læge. 4. mdr. telefonisk opfølgning 6+12 mdr. opfølgning: hvordan fastholder kursisterne deres forandringer i hverdagen, vægt, måling, test og spørgeskema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra 01.04.2012 tilbydes et mere differentieret forløb: indholdet er det samme, men kursisterne tilbydes et obligatorisk basisforløb og sygdomsforløb. de kan så tilvælge ekstra træning, ekstra undervisning om mad, indkøb og evt. madlavning. • Tilbud om rygestopforløb, individuelt eller i gruppe • Tilbud om planlægning af individuelt træningsprogram i frivilligt regi efter kursus 	<p>håndtering, reaktioner på det at blive kronisk syg. Efterfølgende 1 times superviseret træning. Det forventes at kursisterne udover dette selv udfører fysisk aktivitet 1-2 gange ugentligt . Afslutningsvis gentages test, målinger og spørgeskema. Statussamtale, hvor der følges op og sendes epikrise til egen læge. 4. mdr. telefonisk opfølgning 6+12 mdr. opfølgning: hvordan fastholder kursisterne deres forandringer i hverdagen, vægt, måling, test og spørgeskema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra 01.04.2012 tilbydes et mere differentieret forløb: indholdet er det samme, men kursisterne tilbydes et obligatorisk basisforløb og sygdomsforløb. de kan så tilvælge ekstra træning, ekstra undervisning om mad, indkøb og evt. madlavning. • Tilbud om rygestopforløb, individuelt eller i gruppe • Tilbud om planlægning af individuelt træningsprogram i frivilligt regi efter kursus
--	---	---	--

	<p>hvordan fastholder kursisterne deres forandringer i hverdagen, vægt, måling, test og spørgeskema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra 01.04.2012 tilbydes et mere differentieret forløb: indholdet er det samme, men kursisterne tilbydes et obligatorisk basisforløb og sygdomsforløb. de kan så tilvælge ekstra træning, ekstra undervisning om mad, indkøb og evt. madlavning. • Tilbud om rygestopforløb, individuelt eller i gruppe • Tilbud om planlægning af individuelt træningsprogram i frivilligt regi efter kursus 	<p>obligatorisk basisforløb og sygdomsforløb. de kan så tilvælge ekstra træning, ekstra undervisning om mad, indkøb og evt. madlavning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om rygestopforløb, individuelt eller i gruppe • Tilbud om planlægning af individuelt træningsprogram i frivilligt regi efter kursus 	
--	---	---	--

Samsø Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Forløb på tværs af diagnoser • Rygeafvænnings-kursus • Ernæringsvejledning • Fysisk træning • Lær at leve med kronisk sygdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Forløb på tværs af diagnoser • Rygeafvænningskursus • Ernæringsvejledning • Fysisk træning • Lær at leve med kronisk sygdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Forløb på tværs af diagnoser • Rygeafvænningskursus • Ernæringsvejledning • Fysisk træning • Lær at leve med kronisk sygdom
----------------------	--	---	---