

	Primære faglige indsats (jf. forløbsprogrammet)	Kort beskrivelse af tilbuddet	Formål/Fokus	Inklusionskriterier	Antal borgere (cirkatal)	Tidsramme	Evaluering/Resultater	Kontaktoplysninger
Lemvig Kommune								
Patientuddannelse	Træning og undervisning/mestring	8 ugers forløb bestående af 2 timers undervisning 1 gang ugentligt + 1 times fysisk træning 2 gange ugentligt	Læring og mestring - Sundhedspædagogisk tilgang	Borgere med KOL jf. forløbsprogrammerne	200 borgere fra 2010-2015	Har eksisteret siden 2008	Der henvises til SST (?)	Anne Sjørvad Johnsen, Tlf: 96 63 11 75, mail: anne.sjorvad.johnsen@lemvig.dk
Lungekor	Netværk og træning	Sang og bevægelse på hold, 1 gang ugentligt a 1 time, varetages af konservatorieuddannet musik- og sanglærer	Livskvalitet: Sang, glæde, vejtrækning i et hverdagsperspektiv	Borgere med KOL og andre luftvejsproblemer	20 borgere	Har eksisteret siden 2014		Anne Sjørvad Johnsen, Tlf: 96 63 11 75, mail: anne.sjorvad.johnsen@lemvig.dk
Lokal lungeforening	Netværk og træning	Lungecafé to timer ugentligt med motion/fysisk træning og erfaringsudveksling	Netværk / socialt samvær	Borgere med KOL og andre luftvejsproblemer	20 borgere	Nyopstartet (2015)		Anne Sjørvad Johnsen, Tlf: 96 63 11 75, mail: anne.sjorvad.johnsen@lemvig.dk
Vedligeholdende træning	Træning	Fysisk træning på de lokale dagcentre, 1 x ugentligt a 1 times varighed, kontinuerligt tilbud.	Motion, bevægelse og styrke i et hverdagsperspektiv	Borgere med KOL og andre luftvejsproblemer	130 borgere fra 2010-2015			Anne Sjørvad Johnsen, Tlf: 96 63 11 75, mail: anne.sjorvad.johnsen@lemvig.dk
Individuel genoptræning via GOP	Træning	Individuelt tilrettelagt genoptræning med fysioterapeut. Længden af forløbet vurderes i det enkelte tilfælde.	Rehabiliterende tilgang	Borgere med KOL jf. forløbsprogrammerne	50 borgere fra 2010-2015	Har eksisteret siden 2007		Anne Sjørvad Johnsen, Tlf: 96 63 11 75, mail: anne.sjorvad.johnsen@lemvig.dk
Holstebro Kommune								
'Lev Livet - for borgere med KOL'	Træning og dialog	12-ugers forløb på Sundhedscentret, som indeholder dialog og træning. Efter kurset tilbydes deltagerne en opfølgende samtale ved 3 og 12 måneder.	At blive i stand til at klare de udfordringer der følger med sygdommen KOL. At få konkrete redskaber. At blive kichstartet i forhold til træning	Borgere med KOL - Flg. forløbsprogrammet for KOL's anbefalinger	33 borgere har gennemført 12 ugers forløb i 2015	Kontinuerlige forløb	Indberetter i MOEVA, og måler på forløbsprogrammets evalueringskriterier.	KOL konsulent Inga Bøge, inga.boge@holstebro.dk
Afklarende samtale	Koordinering/planlægning	Alle henviste borgere, og andre der henvender sig vedr. KOL, tilbydes til start en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel kontaktperson. Her vurderes det, hvilke tilbud der er relevante for den pågældende borger.	Borgeren opnår indsigt i, og reflekterer og agerer på egne handlemuligheder	Borgere der henvender sig vedr. KOL. Målgruppen flg. forløbsprogrammets anbefalinger.	49 afklarende samtaler	Kontinuerligt tilbud	der anvendes en evidensbaseret metode. www.mestring.dk	KOL konsulent Inga Bøge, inga.boge@holstebro.dk
Saturation/Respirationsfrekvens	Kontrol	Fra medio 2011 iværksatte Holstebro Kommune saturationsmålinger. Indsatsen affødte gode tilbagemeldinger fra hjemmesygeplejersker, praktiserende læger og vagtlæger. Ultimo 2015 ændres praksis efter at kommunens plejepersonale deltog i TOBS kurser. På baggrund heraf erstattes saturationsmåling af optælling af respirationsfrekvens. I dag anvender akutteamet saturation hos akut dårlige borgere, og hjemmesygeplejersken anvender kun saturation i helt specifikke situationer.	skabe grundlag for at iværksætte den rette behandling. Forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser	Akut dårlige borgere med Kol, med tegn på lav saturation	Variierende	Kontinuerligt tilbud		Teamleder Dorthe Biehl, dorthe.biehl@holstebro.dk
Handleplaner	Koordinering/planlægning	Handleplaner udarbejdet i fællesskab med borgere med KOL og deres pårørende. Handleplanen er udarbejdet vha en spørgeteknik, der sikrer en forventningsafstemning ved opstart af mødet, samt at borgerens udfordringer er i fokus.	Beskrivelse af konkrete aftaler imellem borger, pårørende og sundhedsprofessionelle. Handleplanen skal være udførligt beskrevet så den er nem at følge i praksis for de involverede	Borgere med svær til meget svær KOL og deres pårørende	Variierende	Kontinuerlig handling	#NAVN?	KOL konsulent Inga Bøge, inga.boge@holstebro.dk
Udviklingsprojekt: 'Holstebro Kommunes indsats til borgere med KOL'	Koordinering/planlægning	- Udvikling og implementering af en forløbskoordinerende funktion, der sikrer én indgang til kommunale tilbud - Etablering af rehabiliteringstilbud for borgere med KOL - Etablering af henvisningssamarbejde med Almen praksis - Uddannelse og implementering af 12 KOLnøglepersoner i hjemmepleje (via uddannelsesforløbet Fælles Skolebænk) - Undersøgelse af fleksibel visitation for borgere med svær KOL - Etablering af udskrivningssamarbejde med lungemedicinsk afd. - Tidlig opsporing af KOL	At sikre at borgere med KOL oplever sammenhæng i indsatserne på tværs af sektorer og internt i den kommunale organisation. At styrke kommunens opsøgende og forebyggende indsats over for borgere med KOL At sikre at borgere med KOL mødes af et personale i hjemmeplejen, der har de nødvendige faglige kompetencer ift KOL.	Borgere med KOL jf. forløbsprogrammet	Ca. 100 borgere	April 2008 - Juni 2009. Projektet er fuldt implementeret.	I flg. projektbeskrivelse	KOL konsulent Inga Bøge, inga.boge@holstebro.dk
Struer Kommune								

Holdtræning	Træning	Træning ved fysioterapeut i forhold til borgerens aktuelle funktionsniveau. Borger testes inden og efter opstart på hold. Træningen foregår i 9 - 10 uger, 2 gange ugentligt. Tilbuddet er en del af Patientuddannelsesforløb for KOL, Hjerte/kar, diabetes og muskel-skelet-lidelser, der afvikles tre gange årligt.	At forbedre borgers kondition og udholdenhed, at motivere til fortsat træning og øge forståelsen for vigtigheden af træning. Det er målet at borger opnår medst mulige fysiske funktionsniveau. Under uddannelsen/træningen informeres om værdien af fysisk aktivitet og der opfordres til motion og støtte til at den enkelte fastholder motion som vigtigt element i hverdagen. Borgeren introduceres til forskellige motionsformer.	Let til moderat KOL.	10 - 12 deltagere pr. hold (diagnoser på tværs)	holdtræningsforløb tilbydes på 2 holdtilbud i 1. halvår og 1 holdtilbud i 2. halvår. I alt tilbydes 3 holdtræningsforløb sammen med mestring pr. år	Borger testes i 6 min. gangtest + rejse sætte sig + TUG	Forløbskoordinator Birgitte Nannerup tlf. 96848468 eller mail bkn@struer.dk
Mestringsforløb	Mestring	Afklarende samtale med forløbskoordinator hvor borgers behov/sygdomme afklares. Der tilbydes 4 ugers forløb med mestring af livet med kronisk sygdom. Desuden 4 ugers forløb med emnespecifikke moduler (smerter, KOL, vigtigheden af træning, energibesparende principper mv.). Tilbuddet er en del af Patientuddannelsesforløb for KOL, Hjerte/kar, diabetes og muskel-skelet-lidelser, der afvikles tre gange årligt.	Formål er at øge borgers egen mestringssevne og handlekompetencer i forhold til at leve livet med en kronisk sygdom. Desuden at deltagerne skaber en meningsfuld dagligdag og får indsigt i, hvordan kronisk sygdom påvirker dagligdagen. Der er afsluttende gruppemøde og individuel afklarende samtale ca. 6 uger efter + 12 mdr. opfølgning på hold	Kronisk sygdom - jf. forløbsprogram for KOL, Diabetes, Hjerte/kar, Muskel skellet lidelser, Lænderyg.	ca.10-12 deltagere pr. hold(diagnoser på tværs)	3 mestringsforløb om året.	Evaluering af patientuddannelse i 2014 + 2015 er under udarbejdelse i 2016	Forløbskoordinator Birgitte Nannerup tlf. 96848468 eller mail bkn@struer.dk
Lemvig/Struer/Holstebro Kommune + Hospitalsenhed Vest								
Projekt: Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL	Telemedicin	Udviklingsprojekt, hvor hver borger får en individuel træningsplan til hjemmetræning via skærm, og en handleplan, som evalueres efter 3, 6 og 9 mdr. Det er valgfrit, hvornår og hvor meget den enkelte borger ønsker at træne. Terapeuterne modtager træningsdata, når borgeren har trænet, og kan på denne baggrund vejlede borgerne i deres træningsindsats. Deltagerne tilbydes endvidere at deltage i sociale arrangementer med fokus på fællesskab, erfaringsudveksling og motivation.	Øge patientinddragelse og styrke patientens mestringssevne, fremme rehabilitering i eget hjem og forebygge indlæggelse. Øge livskvalitet.	Borgere med KOL, som har gennemført kommunalt eller regionalt rehabiliteringsforløb	Projektet har kørt som et randomiseret forsøg, og fordelingen af borgere har været 14 i Struer, 17 i Lemvig og 10 i Holstebro.	Maj 2014- maj 2015	Under udarbejdelse	Anne Sjørvad Johnsen, Tlf. 96 63 11 75, mail: anne.sjorvad.johnsen@lemvig.dk, Åse Skytte (aask@struer.dk), Rasmus Byskov-Nielsen rasmus.byskov-nielsen@holstebro.dk, tlf. 96 11 4121
Ringkjøbing-Skjern Kommune								
Læring og mestring for borgere med KOL	Træning og undervisning/mestring	Der tilbydes fysisk træning og efterfølgende undervisning ud fra "Læring- og mestringsprincipperne". Hvert hold varer i 8 uger, og de mødes ca. 2 timer pr. gang. Undervejs arbejdes der meget på at få borgerne ud i foreningstilbud, træning i fitnesscentre, træning i naturen, eller på motionshold, der mødes 1 gang ugentlig på kommunalt sundhedscenter.	At borgere får viden, inspiration og redskaber til at mestre livet med KOL; At borgere afprøver og udvikler egen fysiske formåen; At borgere ser muligheder og får mulighed for at danne netværk.	Borgere med let KOL og en FEV1 på mindre end 60%.	ca. 100 borgere til afklaring, hvor ca 70 bliver sat på hold.	2015 4 x 8 uger med 2 x 1 timers træning + 1 x 2 times undervisning, hhv. Ringkjøbing og Tarm	Moeva	Ulla Svendsen, Leder af Sundhedscenter Vest, mail: ulla.svendsen@rksk.dk Tlf: 99 74 16 01
Ikast-Brande Kommune								
KOL-rehabilitering	Træning og undervisning Netværk	3 forløb årligt, der følger forløbsprogrammets anbefalinger. I forløbet indgår træning og undervisning. Endvidere opfordres borgerne til at fortsætte selvtræning efter forløb og der ydes støtte til at deltage i eller etablere nye sociale netværk til træning og social samvær	Formålet er at støtte og inspirere borgeren til at opnå størst mulig livskvalitet i hverdagen med KOL bl.a. ved at flytte fokus fra sygdom til sundhed	Borgere med KOL i let til moderat grad, som er motiveret for forløbet	Ca. 12 deltagere pr. hold	10 uger med træning 2 x ugentlig og undervisning 1 x ugentlig. Opfølgning på holdet efter 3 og 6 måneder	Anvender Moeva	Sundhedscentret Ikast-Brande Kommune Forløbskoordinatorer på 99603108 eller 99603106 E-mail: sundhedscenter@ikast-brande.dk
Herning								
Ingen tilbagemelding								
Randers Kommune								
KOL-rehabilitering	Træning og undervisning/mestring	Forløbet strækker sig over 7 uger, hvor man mødes to gange om ugen. I alt 14 lektioner bestående af en times fysisk træning efterfulgt af en times undervisning. Det sidste års tid har der været tilknyttet en operasanger, der underviser i "leg med åndedrættet". Efter endt rehabiliteringsforløb tilbydes borgerne yderligere 6 mdr. træning på områdecener	Formålet med KOL-rehabiliteringen er, at man på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet øger borgerens viden om KOL og mestring af sygdommen, samt øger deres fysiske funktionsniveau og egenomsorg	Borgere med let til moderat KOL, som er motiveret for træning, og som taler og forstår dansk.	Ca. 100 pr. år	Har eksisteret siden 2007.	Har indtil 2015 brugt koaladatabas	Lone Christensen , Tlf. 89151217, mail: Lone.Broendegaard.Christensen@randers.s.dk

IMT (inspiratorisk muskeltræning) via web-baseret træningsprotokol	Telemedicin	Tilbuddet er en del af et ph.d.projekt, som har været tilknyttet ovenstående rehabiliteringshold. I projektet undersøges gennemførligheden og træningstilslutningen af en web-baseret træningsprotokol med feedback-funktion. Der er tale om et 3-måneders forløb med fokus på styrketræning af vejtrækningsmusklerne. Deltagerne indtaster træningsdata i web-protokollen, og på baggrund af disse indtastninger vil applikationen foreslå højere, lavere eller samme belastning.	1) Undersøge gennemførlighed af og tilslutning til træningsprotokollen og 2) Undersøge hvilke faktorer, borgere med KOL oplever som havende betydning for deres IMT tilslutning (herunder mestrings-selvillid) efter afsluttet KOL-rehabilitering ved Randers Sundhedscenter	Alle personer over 18 år, der i perioden februar 2015 – juli 2015, har diagnosen KOL og er henvist til KOL-rehabiliteringsprogram ved Randers Sundhedscenter med adgang til internettet via PC, smartphone eller tablet og har en inspiratorisk muskelstyrke Pi,max < 60 cmH2O eller < 50% af det forventede tilbydes inklusion	ca. 40	Januar - Juni 2015	Analyse under udarbejdelse	Lektor, ph.d. sygeplejerske Dorthe Sørensen, dsor@via.dk, tlf: 87 55 21 93
KOL netværksgruppe	Netværk og træning	Netværksgruppe placeret på et kommunalt center, hvor borgere med KOL kan deltage i fysisk træning og sociale aktiviteter 1 gang ugentligt. Netværket drives i samarbejde med terapeuter fra sundhedscentret og frivillige.		Alle borgere med KOL	ca. 20	Iværksat 2015		Lone Christensen 89151217, Lone.Broendegaard.Christensen@randers.s.dk
Favrskov Kommune								
KOL Rehabilitering - Sundhedskursus	Træning og undervisning/mestring	Borger henvises fra egen læge eller hospital. I en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel sammensætter borger et individuelt tilrettelagt forløb under hensyn til ønsker, behov, ressourcer og livssituation. Forløbet kan indholde hele tilbudspakken eller dele heraf, det kan være individuelt eller hold forløb. Valgfrie moduler bla. Sygdomsviden og forståelse, herunder forebyggelse, 10 ugers træningsforløb, kost og livsstilsrelaterede og psykosociale temaer, søvn, stress og smerte håndtering, tobaksafvænning, samt arbejdsmarkedsfastholdelse. Mulighed for individuelle samtaler undervejs. Afsluttes med samtale og epikrise til relevante samarbejdspartnere.	Formålet er at borgeren kan mestre livet med KOL. Herunder skabe en meningsfuld hverdag. Fokus er et helhedsorienteret tilbud, hvor borgerens psykiske, fysiske og sociale behov og ressourcer er i fokus. Og hvor sundheds og hvis relevant arbejdsmarkedsaspektet er sammentænkt.	Voksne borgere med følgende diagnoser, Mild og moderat KOL, Præ- og type 2 diabetes, hjertesygdom, kræft eller depression samt borgere sygemeldt minimum 8 uger fra sygedagpengeregulering/Jobcenter.	KOL Årligt ca. 40 Samlet for Sundhedskursus ca. 300	Modulbaseret start og sluttidspunkt afhænger af valgte forløb, træningsforløb tilbydes 6 og 12 mdr.s opfølgning	Spørgeskema ved start og slut samt 6 og 12 mdr.s opfølgning, Midtvejs og slutevaluering kan ses på www.favrskov.dk/sundhedskursus	Pia Simonsen, Ledende Sundhedskonsulent og sygeplejerske, tlf: 21 16 26 43
Syddjurs Kommune								
Træn Livet' Forløb - sundhedslovens § 119	Træning og undervisning	Et forløb som giver borgerne inspiration til et sundere liv samt hjælp til at fastholde de gode vaner. Borgeren får tilbud om at få lavet en sundhedsprofil, som giver et billede af borgerens sundhedstilstand og bodyage. Den fysiske træning foregår på hold som mødes to gange om ugen i 12 uger, hvor den ene gang er udtræning. Der ud over tilbydes undervisning i <i>motivation og vaner</i> samt i <i>fastholdelse af (gode) vaner</i> . I forhold til fysisk træning tilbydes der konditions- og styrketræning i form af: • Træning i maskiner • Træning med bold • Cirkeltræning • Gymnastikøvelser • Udtræning Der undervises desuden i kost- og medicinvejledning. Der er efterfølgende mulighed for 3 måneders selvtræning, hvorefter der følges op med en afsluttende sundhedsprofil. Undervisningen varetages af terapeuter, sygeplejerske og kostvejleder.	Understøtte livsstilsændringer i form af øget fysisk aktivitet, ændret levevis og større egenomsorg - herunder også forebyggelse af indlæggelser.	Borgere med mild til moderat KOL eller med risiko for at udvikle KOL.	Cirka 25 borgere i 2015	12 uger, 3 måneders selvtræning på center med efterfølgende individuel opfølgning/udarbejdelse af sundhedsprofil	I 2015 monitoreres via den udarbejdede sundhedsprofil og desuden benyttes heiQTM fra MoEva i forhold til at måle borgerens mestringsevne.	Karen Jensen Mobil: 21474051 kaje@syddjurs.dk
Genoptræningstilbud i henhold til Sundhedslovens § 140 og Servicelovens § 86, stk. 1	Træning og individuelle samtaler	Holdtræning med individuelt tilsnit på baggrund af forundersøgelse og individuel udredning. Der gives undervisning i vejtræknings teknik og energibesparende principper. Der inviteres desuden til en overordnet sygdomsspecifik undervisning i KOL - herunder KRAM faktorenes betydning, og ved behov kan der henvises til diætist. Der tages udgangspunkt i borgerens ADL problematikker - kan i sjældne tilfælde udløse et hjemmebesøg. Der er såvel fysio- som ergoterapeuter til stede ved holdtræningen	Understøtte livsstilsændringer i form af øget fysisk aktivitet, ændret levevis og større egenomsorg - herunder også forebyggelse af indlæggelser	Borgere med moderat til svær KOL med behov for genoptræning.	Cirka 54 borgere i 2015	8 ugers holdtræning	6-minutters gangtest, individuelle mål, PSFS, evt. COPM, samt heiQTM i forhold til mestringsevne	Se ovenfor
Norddjurs Kommune								

Rehabilitering	Træning	Superviseret træning af minimum 7 ugers varighed, 2 gange ugentligt af 1½ times varighed. Består af både udholdenhedstræning og styrketræning. Træningen foregår i kommunalt regi i henholdsvis Træningscenter øst og – vest.	At borgeren opnår bedst mulig funktion på krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau	Borgere med let til moderat KOL				Dorthe Bligaard, 23 22 72 91, dorb@norddjurs.dk
Kredsløbstræning	Træning	Træningen foregår på hold med max 10 deltagere. Alle testes ved opstart og afslutning. Det intensive genoptræningstilbud kan variere fra 6-8 uger, og der trænes 2 gange om ugen.		Borgere med nedsat lungefunktion eller nedsat udholdenhed efter længere tids sygdom; borgere med hjerteproblemer, borgere med nedsat kredsløb i benene				Dorthe Bligaard, 23 22 72 91, dorb@norddjurs.dk
Aarhus Kommune								
KOL-forløb	Træning og undervisning/mestring	8-ugers gruppebaseret forløb med fokus på hverdagslivet med KOL, herunder sygdomsforståelse, medicin, kost og træning. Fokus på de små forandringer i hverdagen samt hjælp videre i andre tilbud. Herudover 16 timers træning på hold samt mulighed for individuelle samtaler med sygepl., diætist og fys.	At blive i stand til at leve et for borgeren meningsfuldt liv længst muligt, trods en kronisk sygdom. At kunne tage vare på sig selv og sin sygdom.	Borgere med diagnosticeret KOL	ca. 70-80 om året får et holdforløb afhængig af antal henvisninger fra egen læge, hospital eller egen henvendelse. Derudover er der borgere der udelukkende modtager et træningstilbud på en genoptræningsplan. Dette vurderes at være 10-20 stk. pr. år.	Opstartet januar 2007	Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke en samlet evaluering af tilbuddet, men der arbejdes på det.	Folkesundhed@mso.aarhus.dk , Telefon: 8713 4035
Rygestop	Rygestop	Generelt tilbud til alle borgere i Aarhus Kommune. Individuelle og gruppeforløb. Særlige forløb for socialt udsatte	Reducere antallet af rygere i Aarhus Kommune	Borgere, der ryger og ønsker et rygestoptilbud	Ca. 300 borgere årligt	Er i drift	Rygestopbasen	www.folkesundhedaaarhus.dk
KOL-netværksgrupper	Netværk og træning	Frivilligt tilbud til borgere med KOL, hvor man kan mødes og dyrke motion eller andre sociale aktiviteter. Kommunen stiller lokaler til rådighed for netværkene, og en terapeut fra Folkesundhed tilser hvert enkelt netværk ca. hver 2.-3. måned. Målet er at etablere 9 netværksgrupper i Aarhus Kommune – en gruppe i hvert lokalområde.	At understøtte netværksdannelse og motivation for fortsat træning efter endt rehabiliteringsforløb	Borgere med lungelidelse	Primo 2016 er der startet 4 netværk op. Hvert netværk har mellem 10-30 deltagere. Der er uddannet 12 tovholdere (3 til hvert netværk). Der er planlagt endnu en tovholderuddannelse i foråret 2016	Opstart af netværk er sket i august 2015.	Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke en samlet evaluering af tilbuddet. Danmarks Lungeforening har gode erfaringer med lignende tilbud i andre kommuner.	Ida Corina Jahn, Frivillighedskonsulent og projektleder, Lungeforening har gode erfaringer med lignende tilbud i andre kommuner. Mail: icj@lunge.dk
Lungekor	Netværk og træning	Tilbud til borgere i Aarhus Kommune som lider af KOL eller anden lungesygdom om at synge i kor. Koret er etableret som et fast ugentligt tilbud i officersbygningen.	At understøtte netværksdannelse og motivation for fortsat træning efter endt rehabiliteringsforløb	Borgere med lungelidelse	30-40 tilmeldt - fremøde af ca. 25 deltagere per gang	Opstartet i foråret 2015	Nej	Camilla Dayyani, Korleder Aarhus Musikskole: www.aarhusmusikskole.dk -> Kor -> lungekoret
Rygestopcafé	Rygestop	Rygestopcafé på Folkestedet (Carl Blochsgade 28) hver torsdag kl. 10.30 – 12.00. Bemandes af rygestop-rådgiver fra Afdelingen for Sundhedsfremme og Forebyggelse	Borgere, der ønsker en uforpligtende snak om rygning og mulighed for rygestop	Borgere der ryger	?	Opstartet i august 2015		Tobakskoordinator Marianne Viskum, Telefon: 2459 4550, mavi@aarhus.dk
Handlekort v. udgående lungeteam	Forebyggelse	En KOL-sygeplejerske fra Lungemedicinsk afdeling besøger borgeren i hjemmet og introducerer handlekortet. Handlekortet omhandler symptomer på forværringer i lungesygdommen, og hvilke forebyggende tiltag, borgeren kan tage. Borgeren kan efter inklusion ringe til lungetelefonen døgnet rundt.	Større tryghed, forbedret sundhedstilstand, færre indlæggelser,	Borgere med KOL, der er i risiko for at få en forværring i deres sygdom	60 borgere inkluderet	Fra september 2015 og foreløbigt i et år	Gøres først op til sommer '16.	Helle Haunstrup Krogh, leder af akutteamet tlf. 4185 9570, eller chefkonsulent Hanne Linnemann tlf. 5157 6468
Samsø Kommune								
Kroniker rehabilitering	Træning og undervisning/mestring	Har indtil nu været et 12 ugers forløb fra uge 44 og frem. Holdforløb med træning ude og inde 2 x 1 timer om uge samt undervisning af eksterne og interne undervisere 1 x 1 time om ugen. Desuden erfaringsudveksling, socialt samvær, samt udslusning og/eller introduktion til egetræning i andet regi end kommunens tilbud. Fra 2016 8 ugers forløb fra uge 44	Træning, læring og mestring med sundhedspædagogisk tilgang	KOL Hjertekar Diabetes kræft	12	Siden 2006		Else Marie S Bach, Teamleder Sundheds-afdelingen auemsb@samsøe.dk
Individuel træning via GOP	Træning	Individuelt tilrettelagt forløb v. fysioterapeut individuel eller på hold	Øge fysiske funktionsniveau, fremme mestring i eget hjem og ude					
Træning via §86	Træning	Individuelt tilrettelagt træning på hold						
Andre kommunale tilbud		Sundhedstjek, rygestop, kostvejledning						
Kræftens Bekæmpelse	Træning og netværk	Træning og samvær for borgere med KOL, hjertekar, diabetes og kræft	Motion, netværk, socialt samvær	KOL Hjertekar Diabetes kræft				
Viborg Kommune								
Forløbsprogramtilbud	Træning og undervisning/mestring	8 uger på hold med motion og undervisning. Der oprettes løbende hold. Der tilbydes også individuelle forløb til borgere med KOL. Kræver henvisning fra egen læge eller hospital.	Øge borgerens handlekompetencer i forhold til bedre mestring af hverdagslivet med KOL	Borgere med let til moderat KOL	34 borgere i 2014	I drift		Afd. leder Marianne Toppenberg, mart@viborg.dk, Tlf.: 87876260

Hensyntagende træning/fortsættertræning	Træning	Lettere træning end på forløbsprogrammet. Anvendes også som fastholdelsestilbud efter forløbsprogramdeltagelsen. Vurdering for deltagelse sker af Rehabiliteringsteamet	Øge borgerens handlegkompetencer, med særlig fokus på træning, i forhold til bedre mestring af hverdagslivet med KOL	Borgere med let til moderat KOL	?	I drift		Afd. leder Marianne Toppenberg, mart@viborg.dk, Tlf.:87876260
Virtuel hjemmesygepleje	Telemedicin	Skærmfølning med mulighed for monitorering af målinger og videosamtaler med hjemmesygepleje	Yde sygeplejedydelser til visiterede borgere vedr. observationer og vejledning omkring KOL	Borgere med kroniske sygdomme - herunder KOL	?		Resultater viser, at indsatsen bidrager til tryghed for den enkelte bl.a. med baggrund i, at borgeren også selv kan kontakte hjemmesygeplejen via skærmen.	Jette Hede, konsulent for velfærdsteknologi, 87876665, mail: jhe@viborg.dk
Generelle kommunale tilbud	Træning og rygestop			Alle borgere med KOL		I drift		Leder for træning:
Silkeborg Kommune								
Aidcube - virtuel træning	Telemedicin	Aidcube indeholder: Træningsmodul m. aktivitetsdagbog med beskrevne daglige aktiviteter og øvelser (tekst og video), registrering af udførte aktiviteter og øvelser og resultatoversigt med smileys; Helbredstest; Mulighed for kommunikation mellem borger og medarbejder; Videokonsultation; Socialt forum a la facebook for de deltagende borgere. Terapeuten følger borgerens træning og aktivitet og giver feedback. Den første måned er det ugentligt, og herefter følger terapeuten fortsat træningsaktiviteten, men giver kun feedback hver måned.	At opnå og fastholde et højere dagligt aktivitetsniveau og derigennem at forbedre KOL borgers livskvalitet, reducere den høje indlæggelsesrate, som man ser for de KOL patienter, der er tilknyttet hjemmeplejen, samt målrette og effektivisere de kommunale tilbud til KOL borgere	Borgere med moderat til svær KOL, der 1) netop har gennemført et 3-måneders forløbsprogram eller 2) er kendt i hjemmeplejen og som får, eller netop har afsluttet, træning fra Rehabiliseringssektionen.	Gruppe 1: 10 borgere Gruppe 2: 10 borgere	01.11.14 – 01.05.15 (forlænget til april 2016)	Viser generelt et øget funktionsniveau hos alle deltagerne. De "moderate" har størst glæde af det og flere bliver mere selvstændige og mindre tidskrævende for terapeuten. De dårligste har fortsat brug for en massiv indsats af både terapeut og hjemmepleje. Der arbejdes aktuelt på en beslutning om udbredelse af projektet til større målgruppe i et større område gennem længere tid, mhp. data vedrørende færre og kortere indlæggelser, om borgerne skal have mindre hjemmepleje/ -sygepleje og om de bliver mere selvhjulpne.	Linda Gulløv Næsager, mobilnr. 21703348, email: LindaGulløv.Næsager@silkeborg.dk , bølge: Brian Skov, mobil 40319238, email: Brian.Skov@silkeborg.dk
Forløbsprogramtilbud	Træning og undervisning	12 uger på hold, 2 ugentlig træninger, 1 ugentlig undervisning (2 mødegange/uge). Der henvises primært borgere med moderat KOL.		Primært borgere med moderat KOL.	33 borgere			2 Linda Gulløv Næsager, mobilnr. 21703348, email: LindaGulløv.Næsager@silkeborg.dk
Hensyntagende træning	Træning	Lettere træning end på forløbsprogrammet. Anvendes også som fastholdelsestilbud efter forløbsprogramdeltagelsen. Koster 30 kr. pr. gang						Linda Gulløv Næsager, mobilnr. 21703348, email: LindaGulløv.Næsager@silkeborg.dk
Generelle kommunale tilbud	Træning og rygestop							Linda Gulløv Næsager, mobilnr. 21703348, email: LindaGulløv.Næsager@silkeborg.dk
Lungekor (via Lungeforeningen)	Netværk og træning							
Skive Kommune								
Projekt Straks-Indsats	Træning og undervisning Telemedicin (som sekundær løsning)	Tværfaglig indsats, der iværksættes efter endt indlæggelse eller ambulans besøg. 10 lektioner. Indholdet i indsatsen er træning, sygdomslære, medicinbehandling, mestring og håndtering af sygdommen, kost og livsstil. Foregår som udgangspunkt på det kommunale sundhedscenter. Borgere, der ikke er i stand til at komme ind på sundhedscentret, men som kan profilere af telerehabilitering, får instruktion i brug af tablet og selvrapportering af træningsresultater til en fysioterapeut. Systemet, der bruges, hedder Aidcube	At støtte og hjælpe til at restituere og gendanne vanligt funktionsniveau, samt medvirke til at forebygge KOL-forværringer og progrediering af sygdommen.	Borgere med moderat til svær KOL, der bor i eget hjem, og som har været indlagt. Hospitalet henviser.	48 borgere. Hovedparten har ikke hjemmepleje	Været projekt i 2015, og gøres nu til en permanent indsats	borgeren viser ved start og slut tes	Marianne Balsby, leder af Sundhedscenter Skive, tlf. 99157303, mbal@skivekommune.dk
Forløbsprogramtilbud	Træning og undervisning/mestring	8 uger på hold med motion og undervisning 2 gange om ugen. Der oprettes hold fire gange årligt i januar, april, august og oktober.	Undervisning i egen sygdom, håndtering af egen sygdom og træning. Kost undervisning.	borgere med let til moderat KOL - lægehenvielse nødvendig.	100 borgere		Borgeren testes ved start og slut,	Marianne Balsby, leder af Sundhedscenter Skive, tlf. 99157303, mbal@skivekommune.dk
KOL-forløbskoordinator	Koordinering	Regionshospitalet Viborg, lungemedicinsk afdeling og Sundhedscenteret i Skive Kommune har ansat en KOL-forløbskoordinator i en delestilling	Formålet er at sikre sammenhængende forløb for KOL patienter, samt bidrage til undervisning og implementering af nye tiltag, således at disse også bliver bredt ud i kommunalt regi.	samme som ovennævnte				Marianne Balsby, leder af Sundhedscenter Skive, tlf. 99157303, mbal@skivekommune.dk
Åben lungefunktionsmåling	Opsporing	Åbent tilbud om måling af lungefunktion, 1-2 gange årligt.	tidlig opsporing - tidlig indsats ved at henvise borgeren videre til egen læge	åben for alle borgere	177 borgere ved seneste måling (november 2015)			

Generelle kommunale tilbud	Træning og rygestop	Åbent tilbud. Der er mulighed for at få gratis rygestop plaster i en afgrænset tid hvis borgeren dagligt ryger mere end ca. 10 cigaretter	at støtte og motivere og fastholde rygestop	åben for alle borgere med tobaksafhængighed	30-35 borgere		dansk rygestop database	Marianne Balsby, leder af Sundhedscenter Skive, tlf. 99157303, mbal@skivekommune.dk
Særlig indsats		Hold for borgere med flere samtidige diagnoser KOL; hjertekar og type 2 diabetes	Måltrettede borgere der ikke kan deltage i de øvrige tilbud og hvor det fysiske træningsniveau afpasses den enkeltes aktuelle formåen	Borgere med KOL; hjerte/kar og type 2 eller andre samtidige diagnoser og eks. social fobi	30		Fysisk test ved start og slut	Marianne Balsby, leder af Sundhedscenter Skive, tlf. 99157303, mbal@skivekommune.dk
Skanderborg Kommune								
Online KOL indsats (KMD Viva)	Telemedicin	Online sygeplejekonsultationer, der afholdes med borgeren løbende - typisk en gang om ugen, for enkelte kun hver 14. dag. Endvidere har borgerne haft mulighed for at udføre træning vha. træningsvideoer, som er udarbejdet af fysioterapeuten. Nogle af borgerne har desuden deltaget i online holdtræning.	At undersøge effekten og anvendeligheden af KMD viva i forbindelse med kommunens indsats målrettet KOL.	Borger med KOL, der forventes at kunne profitere af ydelsen, og som kan kommunikere tydeligt med fagpersonen. Bredbåndsforsyning i hjemmet er en forudsætning.	15 borgere (forventet fremadrettet: 15-20 pr. år)	1/7-2014 til 30/6-2015	Reduceret antal hjemmebesøg, og	tove.voss@skanderborg.dk , tlf. 30515653
Tidlig opsporing af KOL	Opsporing	Målrettede kampagneaktiviteter, der primært vil bestå af et tilbud om undersøgelse af lungefunktion, eventuelt fulgt op af en snak om rygning, KOL og/eller sundhed. Afvikles på udvalgte arenaer i kommunen, hvor der er god mulighed for at komme i kontakt med borgere i risikogruppen.	At der sker en tidlig opsporing af KOL hos borgere med begyndende symptomer. På lang sigt er målet at nedbringe antallet af borgere med KOL i moderat, svær og meget svær grad, samt nedbringe antallet af indlæggelser med KOL som aktionsdiagnose.	Borgere med udiagnosticeret KOL	Mål om at opspore 200 borgere med begyndende KOL	Apr. 2014 - juni 2016		tove.voss@skanderborg.dk , tlf. 30515653
KOL-sygeplejerske	Koordinering	KOL-sygeplejerskens opgave er at styrke og koordinere indsatsen i forhold til borgere med svær og meget svær KOL.	Forebygge unødige indlæggelser					tove.voss@skanderborg.dk , tlf. 30515653
Horsens Kommune								
Patientuddannelse	Træning og undervisning/mestring Samtaler	Forløb i henhold til forløbsprogrammet for KOL, med et sundhedspædagogisk afsæt og et særligt blik på hele det levede liv.	At øge borgerens evne til at mestre eget liv med KOL som et vilkår, styrke handlekompetence og vise handlemuligheder.	Borgere skal henvises fra egen læge og inklusionskriterier er som anvist i forløbsprogram.	tilbuddet har eksisteret siden 2006, og har de seneste år haft omkring 50 deltagere pr år.	forløbet varer 8 uger	Fysisk test ved start og slut. Lungefunktions undersøgelse ligeledes ved start og slut. Inddatering i Moeva	Mai-Britt S. Thyrring, 51297477, ssmbth@horsens.dk
Horsens på forkant med sundhed, i samarbejde med HEH	Telemedicin	Tværsæktorielt forsknings- og udviklingsprojekt mellem Hospitalsenhed Horsens, Horsens Kommune og almenpraksis: Hjemmemonitorering med mulighed for videokonsultation. Hyppighed af telekonsultationen vurderes individuelt, og den samlede periode med hjemmemonitorering udgør tre måneder.	At støtte patienten i at mestre sin sygdom Sikre bedre tværsæktoriel kommunikation med patienten i centrum Patientinddragelse	KOL borger/patient som har diagnosen jævnfør nationale guidelines. - Komplex patient som har én eller flere af underlæggende punkter: - Har andre kroniske eller tilstødende lidelser - Nedsat funktionsniveau - Flere akutte indlæggelsesforløb inden for den sidste 2 år - Lav grad af mestringsevne - Socialt netværk og psykosociale forhold i øvrigt indikerer behov en mere intensiv støtte og/eller - Diagnose i Gruppe B/C/D (MRC > eller lig med 3) og/eller CAT-score>20	32 i interventionsgruppen, 34 i kontrolgruppen (aug13-aug15) I perioden sep15-aug16 omkring 6 borgere	Sep. 2013 - august 2016	Samfundsøkonomisk ph.d. endnu ikke udarbejdet Kvalitativ evaluering se: http://horsenspaaforkant.dk/Forskning-og-viden/Evalueringssrapport.aspx	Wenche Svenning - wenche.svenning@rhm.dk – mobil 23282816
Trænings forløb efter §140	Træning	Træning på hold eller i eget hjem. Træningsshold varetages af fysioterapeut og ergoterapeut.	Mestre livet med KOL	lægehenvist via genoptræningsplan	ca 10 personer på et hold med 10 mødegange		fysisk test og lungefunktionsmåling	Marlene T. Helms
KOL konsulenter	Sparring og undervisning primært af kolleger		At klæde nyt personale på til arbejdet med borgere med KOL. At vedligeholde relevant viden og opdatere med ny viden indenfor de relevante faggrupper	for alle ansatte der har med borgere med KOL at gøre i deres hverdag, både inden for pleje, sygepleje og træning	Startede som projekt i samarbejde med HEH i 2007, og har siden kørt i kommunalt regi		er netop nu ved at blive evalueret og revurderet.	Mai-Britt S. Thyrring, 51297477, ssmbth@horsens.dk
Hedensted Kommune								
KOL-kursus	Træning og undervisning/mestring	8 ugers forløb med to mødegange ugentligt a to timers varighed. Holdundervisning med patientuddannelse, kostvejledning, fysisk træning, madlavning mm. Tilbud om rygestop.		Borgere med KOL henvist fra egen læge eller hospital	Anslået 10-20 borgere p.a. siden 2008.			Karis Dalsjø, karis.dalsjo@hedensted.dk , Tlf. 23380593
Odder Kommune								
Afventer tilbagemelding								
Hospitalsenheden Horsens								
Tele-KOL	Telemedicin	Hjemmemonitorering med video de første to uger, herefter (ved behov) tilbud om asynkron terminal uden videokonsultation, men med mulighed for at ringe til sygeplejersken i dagtimer på hverdage. Fra september 2015 ens udstyr til alle patienter i hele perioden.	At støtte op om patienten efter akut indlæggelse hvor det vurderes at der er behov for en tæt kontrol	Borgere med svær KOL, eller borgere med KOL i kombination med andre kroniske lidelser; nedsat funktionsniveau; flere akutte indlæggelsesforløb inden for de seneste 2 år; lav grad af mestringsevne, eller behov for en mere intensiv psykosocial støtte.	120 borgere (fra dec. 2010-sept. 2013)	HEH optagerområde: December 2010-september 2013; Udenfor Horsens Kommune: September 2013-august 2016	Stor patienttilfredshed, antydning af færre indlæggelser	Wenche Svenning - wenche.svenning@rhm.dk – mobil 23282816

Horsens på forkant (i samarbejde med Horsens Kommune)	Telemedicin	Tværsæktorielt forsknings- og udviklingsprojekt mellem Hospitalsenhed Horsens, Horsens Kommune og almenpraksis:Hjemmemonitorering med mulighed for videokonsultation. Hyppighed af telekonsultationen vurderes individuelt, og den samlede periode med hjemmemonitorering udgør tre måneder.	At støtte patienten i at mestre sin sygdom Sikre bedre tværsæktoriel kommunikation med patienten i centrum Patientinddragelse	KOL borger/patient som har diagnosen jævnfør nationale guidelines. - Kompleks patient som har én eller flere af underlæggende punkter: - Har andre kroniske eller tilstødende lidelser - Nedsat funktionsniveau - Flere akutte indlæggelsesforløb inden for den sidste 2 år - Lav grad af mestringssevne - Socialt netværk og psykosociale forhold i øvrigt indikerer behov en mere intensiv støtte og/eller - Diagnose i Gruppe B/C/D (MRC > eller lig med 3) og/eller CAT-score>20	32 i interventionsgruppen, 34 i kontrolgruppen (aug13-aug15) I perioden sep15-aug16 omkring 6 borgere	Sep. 2013 - august 2016	Samfundsøkonomisk ph.d. endnu ikke udarbejdet Kvalitativ evaluering se: http://horsenspaaforkant.dk/Forskning-og-viden/Evalueringsrapport.aspx	Wenche Svenning - wenche.svenning@rm.dk – mobil 23282816
Lungeskole	Træning og undervisning/mestring	Fysisk træning og undervisning om patofysiologi og at leve med KOL	At støtte patienten i at mestre sin sygdom Fysisk rehabilitering	Patienter der har MRC ≥ 3 og/ eller CAT ≥ 20 i gruppe B, C eller D KOL	Ca. 35-40 borgere pr. år	10 ugers forløb 2 * 1,5 time pr. uge	Fysisk test før og efter Mundtlig tilbagemeldning på patienttilfredshed.	Stefan Clausen - stefan.clausen@horsens.rm.dk Tina Harpøth - tina.harpoth@horsens.rm.dk
Regionshospitalet Viborg								
Kend din KOL - selvbehandling og telefonrådgivning	Behandling	KOL-patienterne introduceres til selvbehandlingsplan og oplæres til at agere på symptomer på forværring. Selvbehandlingsplanen kombineres med 'KOL-linjen', der har fast telefontid to timer dagligt på hverdage. Efter projektet er ophørt, har patienterne mulighed for at kontakte ilt- og Kol spl pr. tlf. i dagtiden.	Opnå mere eksakt viden om effekterne ved at lære KOL-patienter at selvbehandle. Sikre tidlig behandlingsindsats og styrke egenomsorg og mestringsstrategier	Borgere over 40 år med moderat, svær eller meget svær KOL, der har været indlagt med eksacerbation Efter projektet er ophørt gælder det alle borgere med KOL som har været indlagt eller har været i ambulatoriet, som er i stand til at administrere en selvbehandlingsplan	90 borgere.Efter ophør af projektet: Kol spl	2010-2013 2013->	Betydelig reduktion i antal indlægg	Else Holm, tlf.nr. 20343059, mail: else.holm@viborg.rm.dk / Linna Skovgaard, mail Linna.mortensen@viborg.rm.dk Lisbeth Hougaard - KOL spl.
KOL-forløbskoordinator	Koordinering	Regionshospitalet Viborg, lungemedicinsk afdeling og Sundhedscenteret i Skive Kommune har ansat en KOL-forløbskoordinator i en delestilling	Formålet er at sikre sammenhængende forløb for KOL patienter, samt bidrage til undervisning og implementering af nye tiltag, således at disse også bliver bredt ud i kommunalt regi.					Else Holm, tlf.nr. 20343059, mail: else.holm@viborg.rm.dk / Linna Skovgaard, mail Linna.mortensen@viborg.rm.dk
Ilt- og KOL-sygeplejersker	Behandling Koordinering	Ilt- og KOL-sygeplejerskerne har deres virke både i lungemedicinsk ambulatorie og i borgernes hjem, når besøg i ambulatoriet ikke er muligt.	Formålet er at sikre koordineret, intensiveret og personlig tilpasset støtte til KOL-patienter med svære, komplekse behov og at understøtte patienternes mestring			Opstart ilt spl 1999- Opstart KOL-spl 2002-		Kol spl Lisbeth Hougaard
Regionshospitalet Silkeborg								
Tele-KOL	Telemedicin	Randomiseret studie med fokus på telemedicinsk hjemmemonitorering. Borgere i interventionsgruppen modtager udstyr til hjemmemonitorering og indsender besvarelser tre gange ugentligt. Asykron løsning uden mulighed for feed back. Målingerne foretages i seks måneder.	Øge patienternes mestringssevne samt dokumentere effekterne af telemedicin, herunder mindre behov for akutte indlæggelser, bedre livskvalitet for patienterne og reducere sundhedsudgifter	Borgere med svær eller meget svær KOL	180 patienter indtil videre, ud af målet på 250 patienter. Patienter inkluderes fra Silkeborg, Viborg og Skive Kommuner.	2011-2016	Projektet bidrager til færre indlæggelser/kortere indlæggelser og øget tryghed ved patienterne. Denne tryghed forsvinder dog igen, når det telemedicinske udstyr forsvinder	Frank Andersen Tlf. 7841 7844 Mail. franande@rm.dk
Ambuflex KOL	Telemedicin	Webbaseret spørgeskema om helbred relateret til KOL. Borgere indsender besvarelser mandag, onsdag og fredag. Mulighed for at kontakte personalet via et kommentarfelt. KOL-sygeplejersken kontakter borgeren ved væsentlige udsving i data.	At iværksætte behandling tidligt mhp. at forebygge (gen)indlæggelse, samt skabe øget tryghed hos brugerne.	Borgere med svær eller meget svær KOL	13 borgere			
Fleksible indlæggelser	Behandling Koordinering	Patienterne kan ringe ind til hospitalets specialafsnit ved akut forværring. Afsnittet vurderer og koordinerer, hvorvidt patienten skal tilbydes vejledning til selvbehandling, besøg i hjemmet fra kommunens akutteam eller en ambulant tid på hospitalet. KOL-patienter fik tilbud om Fleksible Indlæggelser først, men siden efteråret 2015 er øvrige patientgrupper med kronisk sygdom medtaget i projektet		Tilbud til patienter med kronisk sygdom der oplever en akut forværring i deres sygdom			De foreløbige resultater viser, at adskillige patienter har undgået indlæggelse samt modtaget hurtig og relevant hjælp.	

Lungeskole	Træning og undervisning/mestring	Syv-ugers kursus med to ugentlige mødegange, består af både fysisk træning og undervisning. Der oprettes 4 hold årligt med 10-12 deltagere pr. hold. Er i 2015 begyndt at køre holdene kontinuerligt med løbende optag, dette giver plads til flere. (I Viborg har man for nuværende været nødsaget til at sætte et lignende tilbud i bero pga. manglende tilslutning. Vurderingen fra personalet er, at disse borgere er for dårlige til at deltage i et tilbud, som kræver fremmøde på hospitalet x 2 ugentligt samt ofte lang transporttid.)	Formålet er at imødekomme patienters behov for en rehabilitering, der bygger på en høj faglig kvalitet, respekt, ansvarlighed, engagement og patientinddragelse. I 2012 er der påbegyndt en sundhedspædagogisk tilgang til deltagerne på Lungeskolen. Det betyder, at deltagerne, i samarbejde med de fagprofessionelle, lærer at tage ansvar for egen situation og anser sig selv som eksperter på eget liv. Det falder godt i tråd med den ergoterapeutiske intervention, hvor den enkelte deltager, forud for holdstart og afsluttende, kommer til en samtale med ergoterapeuten. Her foretages en COPM, hvor deltageren aktivt skal tage stilling til de aspekter i deres liv, som er udfordrende, men vigtige for dem, og som de skal arbejde med/hen imod i lungeskoleforløbet	Patienter med svær og meget svær KOL	45 patienter i 2014	2004 -	Foreløbige erfaringer: I Viborg blev det vurderet, at disse patienter er for dårlige til at overkomme et tilbud med fremmøde på hospitalet to gange om ugen. Mange patienter har desuden lang transporttid til hospitalet	Marianne P. Pedersen Tlf. 7841 7305 Mail marpeder@rm.dk. Mette K. Svendsen Tlf. 7841 7607 Mail mettsven@rm.dk
Ilt- og KOL-sygeplejersker	Behandling Koordinering	Ilt- og KOL-sygeplejerskerne har deres virke både i lungemedicinsk ambulatorie og i borgernes hjem, når besøg i ambulatoriet ikke er muligt.	Formålet er at sikre koordineret, intensivt og personlig tilpasset støtte til KOL-patienter med svære, komplekse behov og at understøtte patienternes mestring				Færre uplanlagte kontakter til sektorerne	Marianne P. Pedersen Tlf. 7841 7305 Mail marpeder@rm.dk
Hospitalsenhed Vest								
Opfølgning efter udskrivelse	Opfølgning	Efter udskrivelse fra hospital følges patienterne op med hjemmebesøg af en Ilt-sygeplejerske - eller hvis det er muligt kommer til kontrol på KOL-ambulatoriet. KOL patienten tilbydes kontrol 6-8 uger efter udskrivelse i KOL ambulatoriet og KOL patienten med nyordineret hjemmeilt tilbydes kontrol efter ca. 3 mdr. (jf. Dansk Lungemedicinsk Selskabs retningslinjer). Alle KOL patienter med forløb i lungemedicinsk dagafsnit får udleveret en pjeces fra ambulatoriet med information om mulighed for daglig akut telefonisk henvendelse. Der tilbydes daglig (undtagen tirsdag) akut tider i KOL ambulatoriet for patienter i forløb. Hjemmesygeplejersken har mulighed for at ringe i telefontiden m.h.p. problemstillinger hos borgere, der ikke er i forløb i KOL ambulatoriet.		Følgende KOL-patienter tilknyttes KOL ambulatoriet. Alder < 50 år Svær KOL, d.v.s. FEV1 < 50% forventet og/eller GOLD behandlingsgruppe C eller D. Hyppige ekserbationer (>= 2 pr år) trods adækvat behandling. Hurtigt progredierende sygdomsforløb (fald i FEV1, progredierende dyspnø, nedsat evne til træning, ikke intenderet vægttab). Comorbiditeter såsom osteoporose, hjertesvigt, bronkiektasier. Behov for rehabilitering (MRC >= 4) (Oftest ensbetydende med træningsforløb i hospitalsregi). Behov for vurdering af indikation for hjemmeilt (kan med undtagelse af ilt til terminalpatienter kun ordineres af hospital). Den meget svære KOL patient og/eller GOLD gruppe C og D følges fast med halvårslige kontroller i KOL ambulatorium (eller alternativt ved ilt- eller KOL-sygeplejersken med udgående funktion). Jvf. E-dok dokument 10.3.1.5.15 <i>Visitationskriterier til KOL ambulatoriet</i>	Ca. 400 patienter er tilknyttet KOL ambulator	Løbende tilbud		Gunna Estrid Anderen, Tlf. 2155 5628, gunna.estrind.anderse n@vest.rm.dk. KOL teamet: Tlf. 78 43 66 78
KOL-rehabilitering	Træning og undervisning	Forløbet stækker sig over 8 uger med fremmøde 2 gange om ugen. Den ene gang er der træning og undervisning, den anden gang udelukkende træning. Til stede er gennemgående fysioterapeut og sygeplejerske. Der er forud for opstart en startdrøftelse/test og til slut en samtale og sluttest. Hele forløbet afsluttes med indbydelse til en pårørende aften.		Borgere med svær eller meget svær KOL (FEV1 ≤ 50% med betydende åndenød). Jf. e.dok dokument 10.2.1.11 <i>Henvisningsprocedure for KOL rehabilitering i hospitalsregi .</i>	Tilbud til 10 patienter forår og efterår – i alt 20 patienter til den specialiserede rehabilitering i hospitalsregi pr. år.	Løbende tilbud med hold forår og efterår.		
Projekt: Udvikling af mestringsstrategier	Telemedicin	Samarbejde med Lemvig/Struer/Holstebro - se ovenfor						
Regionshospitalet Randers								
KOL-sygeplejersker	Koordinering Behandling Undervisning	På hospitalet er ansat tre KOL-sygeplejersker med udgående funktion. De indgår i et tværfagligt lungeteam, hvis opgave er at koordinere patientforløb for KOL-patienter, både under indlæggelse og i hjemmet. KOL sygeplejersken ringer til patienten dagen efter udskrivelse og 7 dage efter udskrivelse. KOL-sygeplejerskerne funktion omfatter både kliniske, administrative og udviklingsorienterede opgaver, samt undervisning.	Sikker udskrivelse, undgå genindlæggelser og skabe tryghed	Svær KOL, der er diagn. i GOLD klasse C og D	2824	Foregår i dagtid og er implementeret.		Bente Birgitte Fogh mail: bente.fogh@randers.rm.dk tlf. 78421602

AUH							
Projekt Stafet	Opfølgning	Randomiseret studie, der undersøger effekten af en sygeplejefaglig udskrivelsesintervention til patienter, der udskrives direkte til eget hjem fra Fælles Akutafdeling. Interventionen omfatter • 1) Afdækning af særlige behov der skulle tages højde for før udskrivelsen • 2) samtale med patienten om de beslutninger der blev truffet ved udskrivessamtalen, med udgangspunkt i patientens viden og forståelse • 3) udskrivelsesbrev skrevet i alment sprog og med udgangspunkt i beslutninger formidlet til egen læge (epikrisen) – brevet blev sendt efter udskrivelsen • 3) telefonisk opsamling på udskrivelsesbrevet, udskrivelsen og perioden derhjemme – efter 48 timer. Specifikt for KOL-patienter i interventionsgruppen: - Tilsyn ved KOL sygeplejerske fra LUB - Gennemgang af medicin og inhalationsteknik - Gennemgang af andre Kol relaterede faktorer	• at identificere relevante patientgrupper i akutmodtagelser, hvor der er behov og rationale for udvikling af udskrivningsmodeller • at afdække styrker, svagheder og risici i nuværende udskrivningsprocedurer mellem fælles akutafdelinger og primærsektor • at udvikle veldefinerede udskrivningsmodeller for udvalgte patientgrupper med fokus på det tværsektorielle forløb • at afprøve den kliniske effekt af udskrivningsmodellerne målt på genindlæggelser, livskvalitet og patienttilfredshed	• Medicinske patienter 18+ år, der indlægges i akutafsnittene i Fælles Akutafdeling • Mindst 1 tidligere kontakt til skadestue eller mindst 1 indlæggelse på sygehus i de sidste 12 måneder • Bosiddende i Region Midtjylland	27 KOL patienter (herunder 15 i intervention)	• Inklusion i projektet blev påbegyndt d. 23. november 2014 og afsluttet d. 23. november 2015 • Hertil kommer 30 dages follow-up, hvor information om genindlæggelser, patientoplevelser (udvalgte spørgsmål fra LUP) og livskvalitet (EQ5D) indsamles – dvs. projektet er endeligt afsluttet 23/12 2015 • Dataanalyser forventes afsluttet marts 2016	Projektleder Marianne Lisby Mail: marilb@rm.dk og telefon 61 26 49 49
Udgående lungeteam v. Lungemedicinsk Afdeling LUB	Forebyggelse	Et udgående lungeteam bestående af en sygeplejerske fra Lungemedicinsk Afdeling, AUH og en sygeplejerske fra Akutteamet i Aarhus Kommune. Projektet er en forebyggende indsats hjemme hos borgeren med bl.a. undervisning i symptomer på exacerbation af KOL og forebyggende tiltag. Derudover kan borgeren tilses af sygeplejersker fra det udgå-ende lungeteam i eget hjem ved tegn på KOL exacerbation, så en unødigt indlæggelse forhåbentlig kan undgås.	At forbedre indsatsen i hjemmet og forebygge indlæggelser	- Borgeren, der har været indlagt pga. KOL inden for det sidste år og har en FEV1 < 50% eller har haft min. to exacerbationer inden for det sidste år - Borgeren bor i Aarhus Kommune - Borgeren har et behandlingsforløb i Lungemedicinsk Afdeling, AUH - Borgeren er 45 år eller ældre Og evt. deres pårørende, sosu-hjælpere og –assistenter samt hjem-mesygeplejersker	P.t. er der inkluderet 47 borgere Ca. 30 sundhedsprofessionelle har modtaget undervisning	Primo september 2015 – ultimo august 2016	Klinisk sygeplejespecialist Birgit Refsgaard, 7846 2137, birgiver@rm.dk
Hjemme-NIV v. Lungemedicinsk Afdeling LUB	Behandling	Tilbud i samarbejde med Respirationscenter Vest om opstart af hjemme-NIV-behandling til en gruppe af de mest syge KOL patienter og dermed lettere adgang til hjemme-NIV. Dette efter foræring til afdeling af NIV apparater fra Maribo Medico.	forebygge unødige indlæggelser, bedre patientens oplevede livskvalitet.	KOL-patienter med gentagne indlæggelser, behov for ilt eller PaO2 > 6 kPa og NIV-behandling under indlæggelse	5 patienter	Opstart april 2015	Overlæge Ole Hilberg, 20878694, olehilbe@rm.dk
Ambulant KOL-spor v. Lungemedicinsk Afdeling LUB	Kontrol Behandling	Et akut/subakut ambulant spor, hvor praktiserende læger/hospitalsvisitationen og de øvrige hospitalsafdelinger har mulighed for at henvise patienter med KOL til vurde-ring/optimering samme dag eller med få dages varsel.	Formålet er at forhindre indlæggelse og/eller muliggøre tidlig udskrivelse, og at optimere deres behandling/reducere deres symptomer og vurdere evt. behandlingskrævende komorbiditeter.	- Borgere, der har været indlagt pga. KOL inden for det sidste år og har en FEV1 < 50% eller har haft min. to exacerbationer inden for det sidste år - Bor i Aarhus Kommune - Borgeren er 45 år eller ældre Og evt. deres pårørende	Der har været ca. 300 personer gennem det ambulante KOL-spor	Startede for ca. 2 år siden og bliver løbende forbedret/udbygget	Overlæge Anders Løkke Ottesen, 28894197, andloe@rm.dk
Randers Klyngen							
Laboratorium om behandling i eget hjem af borgere med KOL	Behandling	Pilotteste en model for tidlig udskrivning af KOL-patienter, hvor denne patientgruppe tilbydes IV-behandling og lungefysioterapi i eget hjem efter udskrivning fra hospital.	Færre indlæggelser, mindske risiko for komplikationer ifm. Indlæggelse, øget fokus på egenomsorg, og mulighed for at borgeren hurtigt kan komme hjem i vante omgivelser.		1 borger	April - sept. 2013	Den udviklede model vurderes at være relevant og anvendelig i praksis, men vil ikke være bæredygtig at opretholde kun til patienter med KOL, da patientgrundlaget har været mindre end først antaget.
Midt klyngen							
Tryk i eget hjem trods KOL - et projekt, der styrker overgangen fra patient på hospitalet til mestring af kronisk sygdom i eget hjem	Vejledning og mestring Evt. brug af telemedicin	Se prøvehandlinger nedenfor	At sikre et patientforløb, hvor kommunikation og information tager udgangspunkt i patientens individuelle behov, og dermed bidrager til tryghed i forbindelse med udskrivning og ophold i eget hjem. At øge trygheden og understøtte borgerens behov til mestring af KOL-sygdommen i eget hjem. Desuden indhente viden om hvilke tiltag/tilbud, der kan iværksættes i regional og kommunal regi for at undgå unødvendige indlæggelser. Der er en forventning om, at flere af projektets tilbud fortsætter som tilbud i drift	Patienter, som bor i en af Hospitalsenhed Midts optagekommuner Viborg, Silkeborg og Skive og indlægges med KOL.			Forventninger til effekter: Øget tryghed for borgeren i eget hjem; Færre KOL-relaterede forebyggelige genindlæggelser; Bedre opfølgning på behandling og andre tiltag iværksat under indlæggelsesforløbet; Hurtigere iværksættelse af relevante behandlingstiltag, både medicinske og tryghedsskabende; Understøttelse af borgerens mestringsevne; Erfaring og læring i forhold til brug af

<i>Prøvehandling Viborg</i>		Alle patienter får en individuel behandlingsplan med hjem ved udskrivning fra hospitalet. Der bliver fulgt op med besøg af sygeplejerske fra kommunen inden for 24 timer efter udskrivelse mhp. vurdering af virtuel hjemmesygepleje og evt. andre tiltag, som kan understøtte borgerens tryghed og mestring til varetagelse af den individuelle behandlingsplan.				Mar. 2015 - feb. 2016	Med hensyn til brug af virtuelle hjemmesygepleje, viser resultater, at borgerne godt kan forholde sig til "besøg" via skærm. Resultater viser, at indsatsen bidrager til tryghed for den enkelte bl.a. med baggrund i, at borgeren også selv kan kontakte hjemmesygeplejen via skærmen. Den individuelle behandlingsplan ses som et konstruktivt behandlingsstøttende redskab for kommunens sygeplejersker, som proaktivt kan anvendes i forhold til iværksættelse af relevante observationer og behandlingstiltag.	Annalise Kjær Petersen, mail: akp@viborg.dk, tlf. 61897821
<i>Prøvehandling Silkeborg</i>		Sygehuset tager direkte kontakt til kommunen, hvorefter kommunal sygepleje aflægger første besøg til borger med KOL inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet. Der foretages en vurdering af tiltag, der skal iværksættes for at understøtte borgerens tryghed og mestring til varetagelse af sin kroniske sygdom og samlede helbredssituation.		Borgere, der gør brug af fleksibel indlæggelse, og borgere, som er kendt af kommunen og har visiteret hjemmepleje eller hjemmesygepleje		Opstart sep/okt 2015		Linda Gulløv Næsager, mobilnr. 21703348, email: LindaGullov.Naesager@silkeborg.dk
<i>Prøvehandling Skive</i>		En skærmbaseret, visuel og auditiv "Kom godt hjem"-pakke. Helt konkret er der blevet udleveret iPads med en app der besvarer spørgsmål om blandt andet medicin, kost og motion.			10 borgere	Opstart november 2015		Else Marie Hansen, mail: emha@skivekommune.dk
Projekt Call Center (Viborg, Silkeborg og Skive)	Koordinering	Telefonisk tilbud, hvor praktiserende læger kan henvende sig for at få rådgivning om kommunale sundhedstilbud og muligheder som alternativ til indlæggelse	At tilbyde almen praksis én indgang til opdateret viden og rådgivning om de tre kommuners alternativer til akutte indlæggelser ved at udbrede kendskabet til kommunernes initiativer og øge brugen af disse primært ved kontakten ind i Hospitalsvisitationen	Tilbuddet inkluderer KOL-patienter, men er ikke målrettet til KOL-patienter alene				