

# **Kvalitetsstandard Lolland Kommune**

## **Sundhedslovens område § 119:**

**Sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til borgere med:**

**Kronisk obstruktiv lungelidelse**

**Kronisk hjertesygdom**

**Kroniske ryglidelser**

**Kræft (eller borgere der har haft kræft)**

**Demenssygdom (og deres pårørende)**

**Hjerneskade**

Revideret december 2021

## Indholdsfortegnelse

<b>Indholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>Indledning.....</b>	<b>5</b>
<b>Forløbsprogrammer.....</b>	<b>5</b>
<b>Lovgivning.....</b>	<b>5</b>
<b>Formål.....</b>	<b>6</b>
<b>Forløbsprogram til borgere med mild til svær Kronisk Obstruktiv Lungesygdom: .....</b>	<b>7</b>
Baggrund for rehabiliteringstilbud for borgere med KOL: .....	7
Målgruppe .....	7
Sværhedsgrad KOL og de typiske symptomer .....	8
Medical Research Council (MRC) – åndenøds skala Fra 1-5 .....	8
Formål .....	8
Rehabiliteringsforløbet.....	9
Fysisk placering og forløb:.....	10
Visitation .....	10
Afgørelse og klagevejledning .....	11
Klageadgang .....	11
<b>Forløbsprogram til borgere med kronisk hjertesygdom:.....</b>	<b>12</b>
Baggrund for hjerterehabilitering: .....	12
Målgruppe.....	12
Formål.....	13
Rehabiliteringsforløbet.....	13
Fysisk placering og forløb:.....	14
Visitation .....	14
Afgørelse og klagevejledning .....	15
Klageadgang .....	16
<b>Forløbsprogram til borgere med type 2 Diabetes Mellitus: .....</b>	<b>17</b>

Baggrund for type 2 Diabetes Mellitus rehabilitering: .....	17
Målgruppe.....	17
Formål.....	17
Rehabiliteringsforløbet.....	18
Fysisk placering og forløb.....	19
Visitation .....	19
Afgørelse og klagevejledning .....	20
Klageadgang .....	20

### **Forløbsprogram til borgere med borgere med kroniske ryglidelser: ...21**

Baggrund for rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske ryglidelser: .....	21
Målgruppe.....	21
Formål.....	21
Rehabiliteringsforløbet.....	22
Fysisk placering og forløb.....	23
Visitation .....	23
Afgørelse og klagevejledning .....	24
Klageadgang .....	24

### **Forløbsprogram til borgere der har eller har haft kræft.....25**

Baggrund for kræft rehabiliteringstilbud: .....	25
Målgruppe.....	25
Formål.....	25
Rehabiliteringsforløbet.....	26
Fysisk placering og forløb.....	26
Visitation .....	27
Afgørelse og klagevejledning .....	28
Klageadgang .....	28

### **Forløbsprogram til borgere med en demenssygdom og borgernes**

#### **pårørende.....29**

Baggrund for tilbud for borgere med demens: .....	29
Målgruppe.....	30
Formål.....	30

Rehabiliteringsforløbet .....	30
Fysisk placering og forløb .....	30
Visitation .....	30
Afgørelse og klagevejledning .....	31
Klageadgang .....	32
<b>Forløbsprogram til borgere med en hjerneskade .....</b>	<b>33</b>
Baggrund for hjerneskaderehabiliteringstilbud: .....	33
Målgruppe .....	33
Formål .....	33
Rehabiliteringsforløbet .....	34
Fysisk placering og forløb .....	34
Visitation .....	34
Afgørelse og klagevejledning .....	35
Klageadgang .....	35

## Indledning

Formålet med kvalitetsstandarder er, at omsætte lovgivning til konkrete indsatser, således at:

- Der er tydelig sammenhæng mellem det politisk fastsatte serviceniveau og de indsatser der leveres til borgeren, blandt andet ved at der redegøres for indsatsernes indhold og omfang, som dermed er med til at synliggøre det kommunale serviceniveau.
- Borgerens rettigheder og pligter er tydelige.
- Kvaliteten er beskrevet.

kvalitetsstandarderne er et fagligt redskab, som danner rammen om det daglige samarbejde i forbindelse med tildeling og levering af indsatser.

Kvalitetsstandarderne er således primært et internt arbejdsredskab henvendt til sagsbehandlere, visitatorer, visiterende sygeplejersker, leverandører, professionelle samarbejdspartner samt politikere.

Kvalitetsstandard og indsatsbeskrivelser kan udleveres til borgerne efter ønske og der udarbejdes løbende mere overskuelige og læsevenlige serviceinformationer, indeholdende beskrivelser af de kommunale serviceydelser på området

I dette materiale findes Lolland Kommunes kvalitetsstandard for Forløbsprogrammer jævnfør Sundhedsloven § 119

## Forløbsprogrammer

Forløbsprogrammer beskriver en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordineret sundhedsfaglig evidensbaseret indsats over for en patientgruppe med en given kronisk tilstand.

Forløbsprogrammer indeholder en præcis beskrivelse af opgavefordeling mellem sundhedsvæsenets aktører samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.

Nærværende kvalitetsstandard beskriver, hvorledes 6 af forløbsprogrammerne er udmøntet i sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud i Lolland Kommune.

## Lovgivning

Lov om Sundhed:

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2

## **Formål**

At borgeren oplever en helhedsorienteret, målrettet og faglig kvalificeret indsats, ved kontakt til henholdsvis myndighed og leverandør.

At borgeren rehabiliteres, trænes, støttes eller hjælpes, med fokus på anvendelse af egne ressourcer, således at borgeren kan genskabe eller udvikle færdigheder eller vedligeholde disse.

At borgeren motiveres til at være aktiv i daglige gøremål, så egne ressourcer, i videst muligt omfang, medinddrages i aktiviteterens udførelse.

At borgeren støttes og vejledes i sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter.

At borgeren oplever at indsatsen, i videst muligt omfang, tilrettelægges og leveres i et samarbejde med leverandøren, så borgerens selvbestemmelse, normer og hverdagsliv respekteres, bevares og styrkes.

## **Forløbsprogram til borgere med mild til svær Kronisk Obstruktiv Lungesygdom:**

### **Baggrund for rehabiliteringstilbud for borgere med KOL:**

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom= KOL, jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Rehabilitering af borgere med KOL har som formål at forbedre borgerens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for borgeren at vende tilbage til en tilfredsstillende rolle i samfundet.

KOL er en kronisk sygdom, der udgør en af de største sundhedsmæssige udfordringer for det danske sundhedsvæsen. Ifølge Sundhedsstyrelsen oplysninger er der i 2013 i Danmark ca. 430.000 danskere, der har KOL, medens undersøgelser estimerer at mellem 100.000 og 120.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL (1).

Den diskrepans der er mellem det skønnede antal personer i Danmark, der har KOL og de ca. 120.000 der er i medicinsk behandling med KOL, skyldes primært at personerne tilhører gruppen, der ikke er diagnosticeret med lungefunktionsnedsættelser og symptomer og/eller gruppen, der er diagnosticeret, men ikke har betydende symptomer eller har behov for medicinsk behandling.

I Region Sjællands Sundhedsprofil fra 2013 havde 4,9 % af borgere i Region Sjælland KOL og i Lolland Kommune udgjorde antallet af borgere med KOL 6,2 % - 7,2 % (2).

I Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL" 2014 anbefales, at der systematisk henvises til KOL rehabilitering til voksne personer med KOL og åndenød i lettere grad, MRC <2) og til patienter der er indlagt med en KOL- eksacerbation (1).

Det tværsektorielle og tværfaglige rehabiliteringsindsats til patienter/borgere med KOL på sygehuse, kommuner og praksissektor er beskrevet i "Forløbsprogram for KOL", 2016, som er en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Sjælland og KKR Sjælland (3).

Indholdet i "Forløbsprogram for KOL" danner baggrund for Lolland Kommunes § 119 tilbud efter Sundhedsloven til borgere med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse.

### **Målgruppe**

Borgere som er over 18 år og som af praktiserende læge eller sygehuslæge er diagnosticeret med mild til svær KOL på baggrund af symptomer og har en nedsat lungefunktion målt ved en lungefunktionsundersøgelse og en MRC på 1-3.

Lungefunktionen måles vha. et spirometer, der måler hvor meget luft man puster ud og hastigheden af luftstrømmen. På spirometret måler man FEV1, Forceret

eksspiratorisk volumen. FEV1 er det volumen luft, som man kan udånde på 1 sekund, når man puster af al kraft, forceret eksspiration, efter en maksimal indånding.

### Sværhedsgrad KOL og de typiske symptomer

<b>Sværhedsgrad KOL FEV1 værdi i % af Forventet FEV1-værdi</b>	<b>Typiske symptomer</b>
Mild ≥80 %	Oftest ingen, evt. hoste og opspyt
Moderat 50 % ≤ FEV1 <80 %	Opspyt, hoste, åndenød ved anstrengelse
Svær 30 % ≤ FEV1 <50 %	Åndenød, hoste, opspyt og hyppige nedre luftvejsinfektioner
Meget svær FEV1 <30 % eller FEV1 <50 % og respirationssvigt	Som ved svær KOL, men blot mere udtalt. Ofte hyppige indlæggelser pga. forværring

### Medical Research Council (MRC) – åndenøds skala Fra 1-5

<b>Skala</b>	<b>Symptomer</b>
1	Ingen åndenød undtagen ved kraftig anstrengelse.
2	Åndenød ved hastværk og gang op ad bakke.
3	Går langsommere end andre i samme alder pga. åndenød, eller må stoppe for at få luft ved almindelig gang i fladt terræn.
4	Stopper for at få luft efter ca. 100 m eller nogle få minutter ved gang i fladt terræn.
5	Kan ikke forlade huset pga. åndenød eller får åndenød ved af og påklædning.

### Formål

At sikre borgeren en grundlæggende viden som skaber forståelse for sygdommen samt de risici, der er forbundet med denne og ikke mindst en viden om de muligheder der er, for at kunne leve med sin sygdom ved:



- At støtte borgeren i at tilegne sig en sundere livsstil via patientuddannelse.
- At øge borgerens bevidsthed om hvad kroppen kan klare
- At støtte borgeren i at tage vare på sig selv og tage medansvar for eget sygdomsforløb
- At medvirke til at reducere senfølger af sygdommen yderligere
- At forebygge gentagne og akut indlæggelse som følge af forværring i KOL
- At øge trivsel og livskvalitet gennem meningsfulde aktiviteter, fysisk træning og socialt samvær.

## **Rehabiliteringsforløbet**

### **Handleplaner:**

Der udarbejdes en individuel handle- og træningsplan for hver borger, der beskriver borgerens ønsker om aktivitet og træning samt hvilken træning borgeren deltager i under opholdet.

### **Indhold:**

- A. Individuel start samtale, test og tilrettelæggelse af forløbet
- B. Fysisk træning
- C. Undervisning på tværs af Sundhedslov § 119 forløb:
  1. KRAM: Oplysning om rygeafvænnning.
  2. KRAM: Ernæringsindsats & praktisk madlavning.
  3. Teoretisk viden om motion og bevægelse. Tilbud i det private.
  4. Hverdagsliv, energiforvaltning, søvn, ergonomi, hjælpemidler fra almindelig handel.
  5. Sex og samliv.
  6. Pligt og rettigheder som kronisk syg.
  7. Livet som pårørende.
  8. Tæt på dig - hjerte og lungers anatomi og funktion.
  9. Lær at leve med kronisk sygdom & mindfulness.
  10. Lær at takle kroniske smerter & mindfulness.
- D. Netværksdannelse med andre der har en KOL diagnose.

Se Lolland kommunes pjece vedrørende Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk. ved at trykke på linket:

[Lolland Kommunes pjece Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk](#)

### **Afslutning af rehabiliteringsforløb:**

Der sendes et statusnotat til henvisende læge, når borgeren har afsluttet rehabiliteringsforløbet.

Borgere med KOL, som har afsluttet et rehabiliteringsforløb, forventes at kunne overgå til selvstændig træning i de åbne trænings- og aktivitetscentre eller på lokale sports- eller træningscentre i privat regi

Borgere med KOL kan først genhenvises til KOL rehabiliteringsforløb to år efter første tilbud.

### **Fysisk placering og forløb:**

Rehabiliteringsforløbene finder sted på

- Nakskov Sundhedscenter
- Maribo Sundhedscenter

Det tilstræbes, at der optages op til 12 borgere pr. KOL rehabiliteringshold pr. lokalitet, på tværs af henvisningsdiagnoserne (Lov om Social Service § 86 og Sundhedsloven § 119).

Det enkelte borgerforløb tilrettelægges individuelt og borgeren tilmeldes de relevante temamøder ved opstart af forløbet.

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**  
**Tlf. 54 67 77 00**

### **Visitation**

Før borgeren kan visiteres til rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvielse til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119.

Henvielsen skal indeholde oplysninger om, at borgeren lider af KOL og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med sin KOL.

Henvielsen sendes til kommunen som MedCom standard, og bør som minimum indeholde:

- FEV1 i %, dato for spirometri og helst ikke over 1 år gammel
- Rygestatus
- Kontraindikationer for træning

### **Inklusionskriterier:**

Borgere der er:

- diagnosticeret med KOL
- motiveret til livsstilsændringer
- bosat i Lolland Kommune.
- Tale-og forstå dansk

### **Eksklusionskriterier:**

Borgere der har:

- Konkurrerende lidelser / sygdomme, der umuliggør træning.

- Manglende motivation/fravær af motivation

**Der visiteres primært til hold.**

### **Venteliste**

Der er løbende optag til rehabiliteringstilbuddet, men der kan forekomme venteliste. Der vil blive sendt e-post eller brev til borgeren, når Lolland Kommunen har modtaget henvisningen fra lægen og i tilfælde af venteliste vil borgeren blive orienteret om det i brevet.

### **Afgørelse og klagevejledning**

I forhold til træningsydelse, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelse efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med KOL.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

### **Klageadgang**

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger.dk](#).

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.

## Forløbsprogram til borgere med kronisk hjertesygdom:

### Baggrund for hjerterehabilitering:

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske hjertesygdomme, jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Rehabilitering af borgere med hjertesygdomme har som formål at forbedre borgerens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for borgeren at vende tilbage til en tilfredsstillende rolle i samfundet.

Hjertesygdom er hvert år årsag til mere end 10.000 dødsfald i Danmark.

Ca. 200.000 lever med en iskæmisk hjertesygdom, og iskæmisk hjertesygdom har udviklet sig fra primært at være en livstruende sygdom til også at være en kronisk sygdom (1).

Det skønnes at ca. 60.000 mennesker har kronisk hjertesvigt.

Årligt er der ca. 11.000 indlæggelser for hjertesvigt i Danmark, og trods bedre behandlingstilbud til disse patienter er 1 års mortalitet omkring 20 %, efter at diagnosen er stillet.

Ca. 3.200 patienter diagnosticeres årligt med venstresidig hjerteklapsygdomme, og af dem opereres ca. 1500 patienter årligt for hjerteklapsygdom (2).

I Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering" fra 2015 anbefales, at der systematisk henvises til hjerterehabilitering til voksne personer med følgende 3 diagnosegrupper iskæmisk hjertesygdom (IHD) hjertesvigt (CHF) og hjerteklap-opererede patienter (3).

Det tværsektorielle og tværfaglige rehabiliteringsindsats til patienter/borgere med kroniske hjertesygdomme på sygehuse, kommuner og praksissektor er beskrevet i "Forløbsprogram for kroniske Hjertesygdomme", 2016, som er en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Sjælland og KKR Sjælland (4).

Indholdet i "Forløbsprogram for Kroniske Hjertesygdomme" danner baggrund for Lolland Kommunes § 119 tilbud efter Sundhedsloven til borgere med hjertesygdomme.

### Målgruppe

Borgere som er over 18 år og som af praktiserende læge eller sygehuslæge er diagnosticeres med en kronisk hjertesygdom. Borgeren skal have behov for støtte til livsstilsændringer og være motiveret til at deltage i undervisningen.

Diagnoser:

1. Iskæmisk hjertesygdom(IHD):

- Blodprop i hjertet

- Hjertekrampe/angina pectoris
- Bypass operation
- Ballonudvidelse

2. Hjertesvigt (CHF)

3. Hjerteklap opererede

## Formål

At Sikre borgeren en grundlæggende viden som skaber forståelse for sygdommen samt de risici, der er forbundet med denne og ikke mindst en viden om de muligheder der er, for at kunne leve med sin sygdom ved:

- At støtte borgeren i at tilegne sig en sundere livsstil via patientuddannelse.
- At øge borgerens bevidsthed om hvad kroppen kan klare.
- At støtte borgeren i at tage vare på sig selv og tage medansvar for eget sygdomsforløb.
- At fremme den enkeltes muskelstyrke og fysiske udholdenhed.
- At medvirke til at reducere senfølger som følge af sygdommen.
- At fremme evnen til igen at udføre hverdagsaktiviteter og vende tilbage til arbejdsmarkedet.

## Rehabiliteringsforløbet

### Handleplaner:

Der udarbejdes en individuel handle- og træningsplan for hver borger, der beskriver borgerens ønsker om aktivitet og træning samt hvilken træning borgeren deltager i under opholdet.

### Indhold:

- A. Individuel start samtale, test og tilrettelæggelse af forløbet
- B. Fysisk træning
- C. Undervisning på tværs af Sundhedslov § 119 forløb:
  1. KRAM: Oplysning om rygeafvænnning.
  2. KRAM: Ernæringsindsats & praktisk madlavning.
  3. Teoretisk viden om motion og bevægelse. Tilbud i det private.
  4. Hverdagsliv, energiforvaltning, søvn, ergonomi, hjælpemidler fra almindelig handel.
  5. Sex og samliv.
  6. Pligt og rettigheder som kronisk syg.
  7. Livet som pårørende.
  8. Tæt på dig - hjerte og lungers anatomi og funktion.
  9. Lær at leve med kronisk sygdom & mindfulness.
  10. Lær at takle kroniske smerter & mindfulness.
- D. Netværksdannelse med andre der har en KOL diagnose.

Se Lolland kommunes pjece vedrørende Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk. ved at trykke på linket:

[Lolland Kommunes pjece Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk](http://Lolland Kommunes pjece Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk)

### **Afslutning af rehabiliteringsforløb:**

Der sendes et statusnotat til henvisende læge, når borgeren har afsluttet rehabiliteringsforløbet.

Borgere med kronisk hjertesygdom, som har afsluttet et hjerterehabiliteringsforløb, forventes at kunne overgå til selvstændig træning i de åbne trænings- og aktivitetscentre eller på lokale sports- eller træningscentre i privat regi

Borgere med kronisk hjertesygdom kan først genhenvises til hjerterehabiliteringsforløb to år efter første tilbud.

### **Fysisk placering og forløb:**

Rehabiliteringsforløbene finder sted på

- Nakskov Sundhedscenter
- Maribo Sundhedscenter

Det tilstræbes, at der optages op til 12 borgere pr. hjerte rehabiliteringshold pr. lokalitet, på tværs af henvisningsdiagnoserne (Lov om Social Service § 86 og Sundhedsloven § 119).

Det enkelte borgerforløb tilrettelægges individuelt og borgeren tilmeldes de relevante temamøder ved opstart af forløbet.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**  
**Tlf. 54 67 77 00**

### **Visitation**

For at borgeren kan deltage i rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvi sning til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119. Henvi sningen skal indeholde oplysninger om, at borgeren lider af en kronisk hjertesygdom og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med sin kroniske hjertesygdom.

Henvi sningen sendes til kommunen som MedCom standard, og bør som minimum indeholde:

- Kort sygehistorie, herunder oplysninger om komplikationer, andre væsentlige diagnoser, samt relevante sociale parametre.

Opdaterede målinger

- Blodprøver: S-lipid status (kolesterol, LDL, HDL, triglycerider)
- NYHA funktionsklasse, New York Association, inddeling af symptomer.
- EF, Ejektionsfraction, målt ved ekkokardiografi, Undersøgelse af hjertets pumpefunktion.

Andre relevante parametre kan aftales lokalt mellem den enkelte kommune, praktiserende læger og sygehuset, jævnfør nedenstående inklusions- og eksklusionskriterier.

### **Inklusionskriterier:**

Borgere der er:

- diagnosticeret med en kronisk hjertesygdom
- motiveret til livsstilsændringer
- bosat i Lolland kommune
- taler- og forstår dansk

### **Eksklusionskriterier:**

- Konkurrerende lidelser/sygdomme der umuliggør træning.
- Manglende motivation/fravær af motivation.

**Der visiteres primært til hold.**

### **Venteliste:**

Der er løbende optag til rehabiliteringstilbuddet, men der kan forekomme venteliste. Der vil blive sendt e-post eller brev til borgeren når Lolland Kommune har modtaget henvisningen fra lægen og i tilfælde af venteliste vil borgeren blive orienteret om dette i brevet.

### **Afgørelse og klagevejledning**

I forhold til træningsydelser, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelser efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med Kronisk hjertesygdom.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

## **Klageadgang**

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger. dk.](#)

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.



## **Forløbsprogram til borgere med type 2 Diabetes Mellitus:**

### **Baggrund for type 2 Diabetes Mellitus rehabilitering:**

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med type 2 Diabetes Mellitus= T2DM jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Rehabilitering af borgere med T2DM har som formål at forbedre borgerens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for borgeren at vende tilbage til en tilfredsstillende rolle i samfundet.

T2DM rammer primært voksne. Sygdommen kan være arvelig, men udløses i mange tilfælde af usund livsstil som fysisk inaktivitet og usunde madvaner. T2DM kan derfor i en vis grad forebygges. I 2016 havde 320.545 borgere T2DM og udgør dermed langt den største gruppe af diabetikere herhjemme (1).

Dertil kommer ca. 200.000 danskere, der går rundt med en uopdaget T2DM. Det skønnes, at ca. 750.000 har forstadier til diabetes 2 (prædiabetes). 30-40 % af prædiabetikere udvikler diabetes 2 inden for 3,5 år (1). Ved T2DM mister kroppen gradvist evnen til at op-tage insulin og/eller producerer ikke tilstrækkeligt insulin. T2DM behandles med livsstils-ændringer samt piller eller injektioner, der øger insulinoptagelsen eller insulinproduktionen. Efter 10 til 15 år med sygdommen vil omkring 50 % få insulin (2).

I Region Sjællands Sundhedsprofil fra 2013 har 5,6 % af borgerne i Region Sjælland Diabetes Mellitus, gældende for alle typer og i Lolland kommune udgjorde antallet af borgere med Diabetes Mellitus 6,1 % svarende til 2.200 borgere (3).

Det tværsektorielle og tværfaglige rehabiliteringsindsats til patienter/borgere med T2DM på sygehuse, kommuner og praksissektor er beskrevet i "Forløbsprogram for Type 2 Diabetes Mellitus, 2016, som er en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Sjælland og KKR Sjælland (4).

Indholdet i "Forløbsprogram for type 2 Diabetes Mellitus", danner baggrund for Lolland Kommunes § 119 tilbud efter Sundhedsloven til borgere med T2DM (4).

### **Målgruppe**

Borgere som er over 18 år og som af praktiserende læge eller sygehuslæge er diagnosticeret med type 2 Diabetes.

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom, som er karakteriseret ved forhøjet blodsukker, både efter et måltid samt fastende.

### **Formål**

At Sikre borgeren en grundlæggende viden som skaber forståelse for sygdommen samt de risici, der er forbundet med denne og ikke mindst en viden om de muligheder der er, for at kunne leve med sin sygdom ved:

- At støtte borgeren i at tilegne sig en sundere livsstil via patientuddannelse.
- At øge borgerens bevidsthed om hvad kroppen kan klare
- At støtte borgeren i at tage vare på sig selv og tage medansvar for eget sygdomsforløb
- At medvirke til at reducere senfølger af sygdommen yderligere
- At forebygge gentagne og akut indlæggelse som følge af forværring af T2DM
- At øge trivsel og livskvalitet gennem meningsfyldte aktiviteter, fysisk træning og socialt samvær.

## Rehabiliteringsforløbet

### Handleplaner:

Der udarbejdes en individuel handle- og træningsplan for hver borger, der beskriver borgerens ønsker om aktivitet og træning samt hvilken træning borgeren deltager i under opholdet.

### Indhold:

- A. Individuel start samtale, test og tilrettelæggelse af forløbet
- B. Fysisk træning
- C. Undervisning på tværs af Sundhedslov § 119 forløb:
  1. KRAM: Oplysning om rygeafvænnning.
  2. KRAM: Ernæringsindsats & praktisk madlavning.
  3. Teoretisk viden om motion og bevægelse. Tilbud i det private.
  4. Hverdagsliv, energiforvaltning, søvn, ergonomi, hjælpemidler fra almindelig handel.
  5. Sex og samliv.
  6. Pligt og rettigheder som kronisk syg.
  7. Livet som pårørende.
  8. Tæt på dig - hjerte og lungers anatomi og funktion.
  9. Lær at leve med kronisk sygdom & mindfulness.
  10. Lær at takle kroniske smerter & mindfulness.
- D. Netværksdannelse med andre der har en KOL diagnose.

Se Lolland kommunes pjece vedrørende Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk. ved at trykke på linket:

[Lolland Kommunes pjece Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk](#)

### Afslutning af rehabiliteringsforløb:

Der sendes et statusnotat til henvisende læge, når borgeren har afsluttet rehabiliterings-forløbet.

Borgere med T2DM, som har afsluttet et rehabiliteringsforløb, forventes at kunne overgå til selvstændig træning i de åbne trænings-og aktivitetscentre eller på lokale sports- eller træningscentre i privat regi

Borgere med T2DM kan først genhenvises til rehabiliteringsforløb to år efter første tilbud.

## **Fysisk placering og forløb**

Rehabiliteringsforløbene finder sted på

- Nakskov Sundhedscenter
- Maribo Sundhedscenter

Det tilstræbes, at der optages op til 12 borgere pr. Diabetes 2 rehabiliteringshold pr. lokalitet, på tværs af henvisningsdiagnoserne (Lov om Social Service § 86 og Sundhedsloven § 119).

Det enkelte borgerforløb tilrettelægges individuelt og borgeren tilmeldes de relevante temamøder ved opstart af forløbet.

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**  
**Tlf. 54 67 77 00**

## **Visitation**

For at borgeren kan deltage i rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvielse til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119. Henvielsen skal indeholde oplysninger om, at borgeren lider af T2DM og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med sin T2DM.

Henvielsen sendes til kommunen som MedCom standard, og bør som minimum indeholde:

- Oplysninger om andre væsentlige diagnoser
- Kontraindikationer samt relevante sociale parametre

## **Inklusionskriterier:**

Borgere der er:

- diagnosticeret med T2DM
- motiveret til livsstilsændringer
- bosat i Lolland kommune.
- Tale og forstå dansk.

## **Eksklusionskriterier:**

- Konkurrerende lidelser / sygdomme, der umuliggør træning.
- Manglende motivation/fravær af motivation

**Der visiteres primært til hold.**

## Venteliste

Der er løbende optag til rehabiliteringstilbuddet, men der kan forekomme venteliste. Der vil blive sendt e-post eller brev til borgeren, når Lolland kommunen har modtaget henvisningen fra lægen og i tilfælde af venteliste vil borgeren blive orienteret om det i brevet.

## Afgørelse og klagevejledning

I forhold til træningsydelse, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelse efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med Type 2 diabetes.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

## Klageadgang

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger.dk](#).

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.

## **Forløbsprogram til borgere med borgere med kroniske ryglidelser:**

### **Baggrund for rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske ryglidelser:**

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske ryglidelser jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Rehabilitering af borgere med kroniske ryglidelser har som formål at forbedre borgerens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for borgeren at vende tilbage til en tilfredsstillende rolle i samfundet.

I Region Sjællands Sundhedsprofil fra 2013 har 15 % af borgerne i Region Sjælland en rygsygdom, svarende til 94.200 borgere. Forekomsten af rygsygdomme stiger i de yngre aldersgrupper og i gruppen fra 55 – 65 år er forekomsten 21 %. Blandt førtidspensionister er forekomsten af rygsygdomme 3 gange så stor svarende til, at 35 % af førtidspensionister har en rygsygdom (1).

Sundhedsstyrelsen har i 2017 udarbejdet "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter" (2). Disse anbefalinger har til hensigt at medvirke til øget systematisk kvalitet i udredning, behandling og forebyggelses- og rehabiliterings-tilbud samt i opfølgning på forløbet i forhold til mennesker med kroniske lænderygsmærter

Det tværsektorielle og tværfaglige rehabiliteringsindsats til patienter/borgere med rygproblemer på sygehuse, kommuner og praksissektor er beskrevet i "Forløbsprogram for patienter med rygproblemer", 2015, (3) som er en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Sjælland og KKR Sjælland (4).

Indholdet i Sundhedsstyrelsen anbefalinger og "Forløbsprogram for patienter med rygproblemer", danner baggrund for Lolland Kommunes § 119 tilbud efter Sundhedsloven til borgere med kroniske ryglidelser.

### **Målgruppe**

Borgere som er over 18 år og som har gennemført fase 1 og fase 2 og er nået til fase 3 jf. Region Sjællands forløbsprogram for patienter med rygproblemer (3).

Fase 1: Udredning og behandling/træning i almen praksis.

Fase 2: Udredning og behandling/træning på sygehuset.

Fase 3: Kommunale tilbud.

### **Formål**

At sikre borgeren en grundlæggende viden som skaber forståelse for sygdommen samt de risici, der er forbundet med denne og ikke mindst en viden om de muligheder der er, for at kunne leve med sin sygdom ved:

- At støtte borgeren i at tilegne sig en sundere livsstil via patientuddannelse.
- At øge trivsel og livskvalitet gennem meningsfyldte aktiviteter, fysisk træning og socialt samvær.
- At borgeren får mulighed for, at opnå højest mulig funktionsgrad i sin dagligdag.
- At borgeren får et grundlæggende kendskab til sin sygdom, dens udvikling og behandling.
- At borgeren bliver bevidst om egne ressourcer og handlekompetencer i forhold til, at forebygge sygdomsforværring og (gen)indlæggelser.
- At borgeren mestrer sin hverdag med kronisk sygdom, og kan leve en tilværelse så nær det normale, som muligt og på egne vilkår.
- At borgeren bliver rustet til selvbehandling.

## **Rehabiliteringsforløbet**

### **Handleplaner**

Der udarbejdes en individuel handle- og træningsplan for hver borger, der beskriver borgerens ønsker om aktivitet og træning samt hvilken træning borgeren deltager i under opholdet.

### **Indhold**

- A. Individuel start samtale, test og tilrettelæggelse af forløbet
- B. Fysisk træning
- C. Undervisning på tværs af Sundhedslov § 119 forløb:
  1. KRAM: Oplysning om rygeafvænnning.
  2. KRAM: Ernæringsindsats & praktisk madlavning.
  3. Teoretisk viden om motion og bevægelse. Tilbud i det private.
  4. Hverdagsliv, energiforvaltning, søvn, ergonomi, hjælpemidler fra almindelig handel.
  5. Sex og samliv.
  6. Pligt og rettigheder som kronisk syg.
  7. Livet som pårørende.
  8. Tæt på dig - hjerte og lungers anatomi og funktion.
  9. Lær at leve med kronisk sygdom & mindfulness.
  10. Lær at takle kroniske smerter & mindfulness.
- D. Netværksdannelse med andre der har en KOL diagnose.

Se Lolland kommunes pjece vedrørende Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk. ved at trykke på linket:

[Lolland Kommunes pjece Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk](#)

### **Afslutning af rehabiliteringsforløb**

Der sendes et statusnotat til henvisende læge, når borgeren har afsluttet rehabiliteringsforløbet.

Borgere med kroniske ryglidelser som har afsluttet et rehabiliteringsforløb, forventes at kunne overgå til selvstændig træning i de åbne trænings- og aktivitetscentre eller på lokale sports- eller træningscentre i privat regi

Borgere med kroniske ryglidelser kan først henvises til rehabiliteringsforløb to år efter første tilbud.

## **Fysisk placering og forløb**

Rehabiliteringsforløbene finder sted på:

- Nakskov Sundhedscenter
- Maribo Sundhedscenter

Det tilstræbes, at der optages op til 12 borgere pr. ryglidelse rehabiliteringshold pr. lokalitet, på tværs af henvisningsdiagnoserne (Lov om Social Service § 86 og Sundhedsloven § 119).

Det enkelte borgerforløb tilrettelægges individuelt og borgeren tilmeldes de relevante temamøder ved opstart af forløbet.

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**  
**Tlf. 54 67 77 00**

## **Visitation**

For at borgeren kan deltage i rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvielse til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119. Henvielsen skal indeholde oplysninger om, at borgeren har en kronisk ryglidelse og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med sin kroniske ryglidelse.

Henvielsen sendes til kommunen jf. MedCom standard, og bør som minimum indeholde:

- Kort sygehistorie og evt. igangværende behandlinger
- Oplysninger om andre væsentlige diagnoser
- Kontraindikationer samt relevante sociale parametre

## **Inklusionskriterier:**

Borgere der:

- har en kronisk ryglidelse og har gennemført fase 1 og fase 2 jf. Region Sjællands forløbsprogram for patienter med rygproblemer (3).
- er motiveret til livsstilsændringer
- er bosat i Lolland kommune.
- taler og forstår dansk

## **Eksklusionskriterier:**

Ikke udredte borgere med smerter/problemer i ryggen

- Ny opererede ryg patienter
- Mistanke om alvorlig patologi, som lægefagligt skal vurderes og afklares
- Konkurrerende lidelser/sygdomme, der umuliggør træning.
- Manglende motivation/fravær af motivation

**Der visiteres primært til hold.**

## **Venteliste**

Der er løbende optag til rehabiliteringstilbuddet, men der kan forekomme venteliste. Der vil blive sendt e-post eller brev til borgeren, når Lolland kommunen har modtaget henvisningen fra lægen og i tilfælde af venteliste vil borgeren blive orienteret om det i brevet.

## **Afgørelse og klagevejledning**

I forhold til træningsydelse, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelse efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske ryglidelser.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

## **Klageadgang**

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger.dk](#).

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.



## Forløbsprogram til borgere der har eller har haft kræft

### Baggrund for kræft rehabiliteringstilbud:

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere, der har eller har haft kræft, jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Rehabilitering af borgere med kræft har som formål at forbedre borgerens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for borgeren at vende tilbage til en tilfredsstillende rolle i samfundet.

Hver 3. dansker får i dag kræft og i 2014 levede 267.500 danskere med en kræftdiagnose. Over halvdelen af kræftpatienter overlever kræft i 5 år eller mere og 75 % lever med deres sygdom i mindst 1 år. Forskning leder hele tiden til nye fremskridt og nye måder at stille diagnoser og behandle kræft på – det betyder, at flere overlever kræft (1).

I Region Sjællands Sundhedsprofil fra 2013 har 3,0 % af borgerne i Region Sjælland kræft eller eftervirkninger af en kræftsygdom (2).

Det tværsektorielle og tværfaglige rehabiliteringsindsats til patienter/borgere med kræft på sygehuse, kommuner og praksissektor er beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering og Palliation i forbindelse med kræft" (3). Dette forløbsprogram danner baggrund for denne kvalitetsstandard sammen med "Implementeringsplan for kræftrehabilitering og Palliation i Region Sjælland" (4) fra Sundhedsaftalen 2015 – 2018 mellem Region Sjælland og KKR Sjælland (5).

Vedrørende Palliation henvises der til kvalitetsstandard på sygeplejen efter Sundhedslovens § 138.

### Målgruppe

Forløbsprogrammets målgruppe er borgere over 18 år, der er under behandling for en kræftsygdom eller borgere, der har haft kræft og har afsluttet deres behandlinger inden for de 2 sidste år.

### Formål

At sikre borgeren en grundlæggende viden og muligheder for at kunne leve med sin sygdom ved:

- At støtte borgeren i at tilegne sig en sundere livsstil via patientuddannelse.
- At øge borgerens bevidsthed om hvad kroppen kan klare
- At støtte borgeren i at tage vare på sig selv og tage medansvar for eget behandlings- og sygdomsforløb
- At medvirke til at reducere senfølger som følge af behandlingen
- At fremme evnen til at udføre hverdagsaktiviteter og øge muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet

- At øge trivsel og livskvalitet gennem meningsfulde aktiviteter, fysisk træning og socialt samvær

## **Rehabiliteringsforløbet**

### **Handleplaner:**

Der udarbejdes en individuel handle- og træningsplan for hver borger, med baggrund i behovsvurderingsskemaet, "Støtte i hverdagen med Kræft" (5).

### **Indhold:**

- A. Individuel start samtale, test og tilrettelæggelse af forløbet
- B. Fysisk træning
- C. Undervisning på tværs af Sundhedslov § 119 forløb:
  1. KRAM: Oplysning om rygeafvænning.
  2. KRAM: Ernæringsindsats & praktisk madlavning.
  3. Teoretisk viden om motion og bevægelse. Tilbud i det private.
  4. Hverdagsliv, energiforvaltning, søvn, ergonomi, hjælpemidler fra almindelig handel.
  5. Sex og samliv.
  6. Pligt og rettigheder som kronisk syg.
  7. Livet som pårørende.
  8. Tæt på dig - hjerte og lungers anatomi og funktion.
  9. Lær at leve med kronisk sygdom & mindfulness.
  10. Lær at takle kroniske smerter & mindfulness.
- D. Netværksdannelse med andre der har en KOL diagnose.

Se Lolland kommunes pjece vedrørende Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk. ved at trykke på linket:

[Lolland Kommunes pjece Temamøder til kronisk syge borgere på Sundhed.dk](#)

### **Afslutning af rehabiliteringsforløb:**

Der sendes et statusnotat til henvisende læge, når borgeren har afsluttet rehabiliterings-forløbet.

Borgere med en kræftsygdom, som har afsluttet et rehabiliteringsforløb, forventes at kunne overgå til selvstændig træning i de åbne trænings- og aktivitetscentre eller på lokale sports- eller træningscentre i privat regi

Borgere med en kræftsygdom kan først genhenvises til kræftrehabiliteringsforløb to år efter første tilbud.

### **Fysisk placering og forløb**

Rehabiliteringsforløbene finder sted på:

- Maribo Sundhedscenter

Det tilstræbes, at der optages op til 12 borgere pr. kræft rehabiliteringshold pr. lokalitet, på tværs af henvisningsdiagnoserne (Lov om Social Service § 86 og Sundhedsloven § 119).

Det enkelte borgerforløb tilrettelægges individuelt og borgeren tilmeldes de relevante temamøder ved opstart af forløbet.

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**  
**Tlf. 54 67 77 00**

## Visitation

For at borgeren kan deltage i rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvi sning til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119. Henvi sningen skal indeholde oplysninger om, at borgeren har eller har haft en kræftsygdom og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med sin kræftsygdom.

Henvi sningen sendes til kommunen jf. MedCom standard, og bør som minimum indeholde:

- En kort sygehistorie og evt. igangværende behandlinger
- Oplysninger om andre væsentlige diagnoser
- Kontraindikationer samt relevante sociale parametre

## Inklusionskriterier:

Borgere der er:

- diagnosticeret med kræft
- motiveret for at deltage
- bosat i Lolland kommune.
- taler og forstår dansk

## Eksklusionskriterier:

- Konkurrerende lidelser / sygdomme, der umuliggør træning.
- Manglende motivation/fravær af motivation

**Der visiteres primært til hold.**

## Venteliste

Der er løbende optag til rehabiliteringstilbuddet, men der kan forekomme en venteliste. Der vil blive sendt e-post eller brev til borgeren, når Lolland kommunen har modtaget henvi sningen fra lægen og i tilfælde af venteliste vil borgeren blive orienteret om det i brevet.

## **Afgørelse og klagevejledning**

I forhold til træningsydelser, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelser efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med kræft.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

## **Klageadgang**

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger. dk.](#)

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.

## **Forløbsprogram til borgere med en demenssygdom og borgernes pårørende.**

### **Baggrund for tilbud for borgere med demens:**

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med demenssygdomme og deres pårørende jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Demens er et syndrom, der er defineret som en blivende svækkelse af det kognitive funktionsniveau, involverende mindst 2 kognitive funktioner i en grad, der påvirker funktionen i hverdagen. Demens kan være en følgetilstand af forskellige sygdomme og indebærer, at der er tale om en forringelse i forhold til et tidligere højere funktionsniveau (1).

Demenssygdomme er kroniske og fremadskridende, og borgeren mister gradvis evnen til at tage vare på egne forhold og interesser. Inddragelse af pårørende er vigtig i alle kroniske patientforløb, men hos mennesker med demenssygdomme er det afgørende for hele indsatsen (3).

Demens er stærkt knyttet til alder (1). Ifølge Danmarks statistik forventes ældrebefolkningen at stige svarende ca. 23 % fra 2017 – 2030 (4).

I 2017 estimeres at 87.000 borgere i Danmark lider af demens. Fremskrivninger kombineret med prævalensrater for demens udarbejdet af Alzheimers Disease International (5) estimerer, at antallet af ældre med demens forventes at stige til ca. 123.000 personer i 2030 svarende til en stigning på ca. 40 % (4).

I Region Sjælland er antallet af borgere der lider af demenssygdom i 2015 estimeret til 14.355 personer, og en prognose siger, at 16.244 borgere vil have en demenssygdom i 2020 (3).

I Sundheds- og Ældreministeriets Nationale demenshandlingsplan 2025 "Et trygt og værdigt liv med demens" (6) og i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg "Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen" 2016 (2) er der anbefalinger om, at der i kommunerne tilbydes velfungerende og målrettede rehabiliteringsforløb, der kan forebygge og understøtte vedligeholdelse af fysiske og kognitive evner og give borgeren med demens en bedre livskvalitet i hverdagen.

Det tværsektorielle og tværfaglige rehabiliteringsindsats til patienter/borgere med demens på sygehuse, kommuner og praksissektor er beskrevet i "Forløbsprogram for demens", som er en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Sjælland og KKR Sjælland (3).

Indholdet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og Sundhedsaftalen 2015-2018 danner baggrund for Lolland Kommunes § 119 tilbud efter Sundhedsloven til borgere med demens-sygdomme.

## Målgruppe

Borgere over 18 år som har en demenssygdom og deres voksne pårørende. Efter en særlig vurdering kan pårørende mellem 15 -18 år få lov til at deltage, afhængig af modenhed og modulernes indhold.

## Formål

Formålet med rehabiliteringstilbuddet er at sikre borgeren og de pårørende en grundlæggende viden som skaber forståelse for sygdommen samt de risici, der er forbundet med denne og ikke mindst en viden om de muligheder der er, for at kunne leve med sin sygdom.

- Støtte borgeren og de pårørende ved at give dem værktøjer til at leve med demens-sygdom
- Sikre borgeren mulighed for at møde andre i samme situation og danne netværk

## Rehabiliteringsforløbet

Undervisningsmetoden er baseret på dialog med de deltagende borgere og deres pårørende. Det sociale fællesskab vægtes højt i tilbuddet.

### A. Undervisning om:

1. Årsag og symptomer på demenssygdomme
2. Et fremtidigt liv med demens
3. Lovgivning og værgemålsansøgninger
4. Kommunikation og sanser
5. Aktivitet og motion
6. Hjælpemidler og arbejde med erindringer - reminiscens

### B. Netværksdannelse mellem borgere, der har en demenssygdom, og deres pårørende.

## Fysisk placering og forløb

Tilbuddet foregår på skift hvert andet år på de 2 sundhedscentre i Lolland Kommune og finder sted på enten

- Nakskov Sundhedscenter
- Maribo Sundhedscenter

Det tilstræbes, at der optages op til 12 borgere pr. Demens rehabiliteringshold pr. lokalitet.

Det enkelte borgerforløb tilrettelægges individuelt og borgeren tilmeldes de relevante temamøder ved opstart af forløbet.

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**

**Tlf. 54 67 77 00**

## **Visitation**

For at borgeren og de pårørende kan deltage i rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvi sning til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119. Henvi sningen skal indeholde op-lysninger om, at borgeren lider af demens og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med demens.

Henvi sningen sendes til kommunen jf. MedCom standard, og bør som minimum indeholde:

- En kort sygehistorie og evt. igangværende behandlinger
- Oplysninger om andre væsentlige diagnoser
- Kontraindikationer samt relevante sociale parametre

## **Inklusionskriterier:**

Borgere der:

- bor i Lolland Kommune og som har en demenssygdom
- er pårørende til borgere med en demenssygdom
- er motiveret for at deltage
- er bosat i Lolland kommune.
- taler og forstår dansk

## **Eksklusionskriterier:**

- Konkurrerende lidelser / sygdomme, der umuliggør træning.
- Manglende motivation/fravær af motivation

## **Der visiteres primært til hold:**

- Rehabiliteringstilbud for borgere med demenssygdom i henhold til Sundhedslovens § 119 visiteres 1 x 180 minutter

Borgeren skal samtidig visiteres til:

- Undersøgelsespakke 60 minutter, dette med henblik på udarbejdelse af handleplan med blandt andet mål for rehabiliteringsindsatsen.
- Opfølgning af træningsforløb 20 minutter x 1, i 3 ugers forløbet, dette med henblik på evaluering og tilretning af indsatsen.

## **Venteliste**

Der er løbende optag til rehabiliteringstilbuddet, men der kan forekomme en venteliste. Der vil blive sendt e-post eller brev til borgeren, når Lolland kommunen har modtaget henvi sningen fra lægen og i tilfælde af venteliste vil borgeren blive orienteret om det i brevet.

## **Afgørelse og klagevejledning**

I forhold til træningsydelse, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke

særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelser efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med demens.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

### **Klageadgang**

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger. dk.](#)

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.



## Forløbsprogram til borgere med en hjerneskade

### Baggrund for hjerneskaderehabiliteringstilbud:

Denne kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med en hjerneskade og deres pårørende jf. Sundhedslovens § 119 der siger, at det er kommunernes ansvar at etablere sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til deres borgere uden for sygehuse og almen praksis.

Næsten 20.000 danskere får hvert år en sygdom, der kan medføre skade på hjernen, og omkring 150.000 lever med følger efter en hjerneskade. Følgerne kan manifestere sig på mange måder og kan omfatte kombinationer af fysiske og mentale funktionsevnetab samt begrænsninger i aktiviteter og deltagelse. Den enkeltes behov for hjerneskaderehabilitering varierer fra kortvarige og afgrænsede behov til omfattende og langvarige behov (2). Når en borger har fået en hjerneskade befinder både borgeren og de pårørende befinder sig i en ny og sårbar situation, der påvirker deres liv og hverdag (1).

Afdækning via en spørgeskemaundersøgelse i 2014 om senhjerneskade - indsatsen i de 17 kommuner i Region Sjælland viste, at der i 2013 var startet 1.114 sager med borgere, der havde brug for en rehabiliteringsindsats i forbindelse med en hjerneskade og heraf var de 96 bosiddende i Lolland Kommune (6).

I Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade", 2011 (1) og i Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade", 2014, (4) anbefales, at der i kommunerne tilbydes velfungerende og målrettede rehabiliteringsforløb, der kan forebygge og understøtte vedligeholdelse af fysiske og kognitive evner og give borgeren med hjerneskade en bedre livskvalitet i hverdagen.

Indholdet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og Sundhedsaftalen mellem KKR Sjælland og Region Sjælland, "Fælles om Bedre Sundhed 2015-2018" (5) danner baggrund for Lolland Kommunes § 119 tilbud efter Sundhedsloven til borgere med en hjerneskade.

### Målgruppe

- Borgere, som er i den erhvervsaktive alder, som har fået en erhvervet hjerneskade.
- Pårørende til en borger med erhvervet hjerneskade

### Formål

Formålet med rehabiliteringstilbuddene er at sikre borgeren og de pårørende en grundlæggende viden som skaber forståelse for sygdommen samt de risici, der er forbundet med denne og ikke mindst en viden om de muligheder der er, for at kunne leve med sin sygdom.

- At støtte borgeren og de pårørende ved at de opnår værktøjer til at leve med en hjerneskade

- At sikre borgeren og de pårørende mulighed for at møde andre i samme situation og danne netværk.

## Rehabiliteringsforløbet

Undervisningsmetoden er baseret på dialog med de deltagende borgere og deres pårørende. Det sociale fællesskab vægtes højt i tilbuddet.

A. Temaundervisning om:

1. Hjernens opbygning og hjernens skader
2. Synlige og skjulte handicaps
3. Ændrede psykiske og følelsesmæssige reaktioner
4. Mental træthed
5. Forandrede roller i familie, sociale liv, kærlighedslivet.
6. Mestringsstrategier
7. Besøg fra patientforening

B. Netværksdannelse mellem borgere og pårørende.

## Fysisk placering og forløb

ARC – Lolland tilbyder 2 rehabiliteringsforløb på Nakskov Sundhedscenter.

**Forløb 1:** "Lær et tackle følger efter en hjerneskade", er målrettet borgeren med erhvervet hjerneskade.

Der er løbende optag på forløb 1, der afvikles over 16 gange, 1 x ugentligt

**Forløb 2:** "Forløb for pårørende til borgere med senhjerneskade", er målrettet de pårørende.

**Kørsel** til rehabiliteringsstedet er for egen regning.

Hvis borgeren er forhindret i, at deltage i et eller flere temamøder sker afmelding ved kontakt til Lolland Kommune senest en uge før temamødet på:

**Telefon- og Borgerbetjening**  
**Ældre & Sundhed**  
**Tlf. 54 67 77 00**

## Visitation

For at borgeren og de pårørende kan deltage i rehabiliteringsforløbet, skal der foreligge en lægehenvielse til tilbuddet efter Sundhedslovens § 119. Henvielsen skal indeholde oplysninger om, at borgeren lider af hjerneskade og har brug for støtte og rehabilitering med det formål at styrke sin egenomsorg og lære at leve med en hjerneskade.

## Inklusionskriterier:

- Borgere der bor i Lolland Kommune og som har en erhvervet hjerneskade
- Pårørende til borgere med en erhvervet hjerneskade

## **Afgørelse og klagevejledning**

I forhold til træningsydelser, der leveres efter Sundhedsloven, er det praktiserende læge eller sygehuslæge, der har ordinationsretten. Der forefindes ikke særbestemmelser vedrørende afgørelser efter Sundhedsloven, hvilket betyder at visitation til træningsydelser efter Sundhedsloven ikke meddeles borgeren skriftligt.

Lolland Kommunes fastlagte serviceniveau for træning efter Sundhedsloven, kan medføre afslag på levering af den ordinerede ydelse, såfremt ydelsen ikke er omfattet af kvalitetsstandard for rehabiliteringstilbud til borgere med hjerneskade.

Det er ikke muligt, at klage over Lolland Kommunes serviceniveau efter Sundhedslovens § 119.

Ved tvivlsspørgsmål kan Visitation- Ældre & Sundhed kontaktes:

**Visitation- Ældre & Sundhed**  
**Sdr. Boulevard 84**  
**4930 Maribo**  
**Telefon 54676220, tast 1**

## **Klageadgang**

Ved klager over udførelsen af træningen, dvs. klager over autoriserede sundheds personales faglige arbejde henvises til [Klagemulighed og vejledning på Borger.dk](#).

Klagen sendes via borger.dk til Styrelsen for patientsikkerhed som varetager behandling af denne form for klager.