



Region
Hovedstaden

Praksisplan for Fodterapi 2017-2020 i

Region Hovedstaden



Indholdsfortegnelse

RESUMÉ.....	3
1. Indledning.....	4
1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten	5
1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for fodterapi	6
1.4 Implementering af praksisplan	5
1.5 Praksisplanens opbygning	6
2. Fodterapeutens opgaver og tilskudsregler	7
2.1 Hvem går til fodterapeut?	7
2.2 Tilskud til fodterapeutisk behandling	8
3. Kapacitet i fodterapipraksis	9
3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning	9
3.1.1 Eksisterende kapacitet og dækningsgrad	9
3.1.2 Faste klinikker i forhold til mobile fodterapeuter	14
3.2 Nynedsættelser	18
3.3 Klinikstørrelse og praksisformer	19
3.3.1. Flere praksisadresser.....	19
3.3.2 Praksisfællesskaber og sundhedshuse.....	20
3.4 Tilgængelighed i fodterapipraksis	21
3.4.1 Tilgængelighed	21
3.4.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning	22
3.4.3 Ventetid	23
4. Fodterapipraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen	25
4.1 Patienten som aktiv samarbejdspart	25
4.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af fodterapipraksis.....	26
4.3 Samarbejde om bestemte målgrupper.....	27
4.4 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen	2928
4.4.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis	3029
4.4.2 Samarbejde og kommunikation med hospitaler	31
4.4.3 Samarbejde og kommunikation med kommune (især hjemmeplejen)	32
4.5 Nye samarbejdsformer.....	32
5. Kvalitetsudvikling i fodterapipraksis.....	34
5.1 Rammer for kvalitetsudvikling	34
5.1.1 Den Danske Kvalitetsmodel	35
5.2 Patientoplevelt kvalitet	35
5.3 Implementering af kliniske retningslinjer.....	36

5.4 Patientsikkerhed	37
5.5 IT-kommunikation (elektronisk kommunikation)	37
5.6 Efteruddannelse	38
5.7 Praksiskonsulenternes rolle i kvalitetsudviklingen.....	38

UDKAST

RESUMÉ

AFSNIT UNDER UDARBEJDELSE

UDKAST

1. Indledning

Den første praksisplan for fodterapi i Region Hovedstaden blev godkendt den 1. juli 2013 og omhandlede planperioden 2013-2016. Denne praksisplan, som er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende fodterapeuter, vedrører perioden 2017-2020.

Formålet med praksisplanen er at tilrettelægge den fremtidige fodterapeutiske betjening i praksissektoren i Region Hovedstaden. Praksisplanen skal understøtte hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i fodterapipraksis samt samarbejde mellem fodterapipraksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanen udgør en del af regionens samlede sundhedsplan. Således er mål og anbefalinger for fodterapipraksis i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen. Herudover skal praksisplanen tage højde for nugældende og kommende overenskomster, herunder forløbsprogrammet for type 2 diabetes.

Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev lagt med Praksisplan for Fodterapi 2013-2016 og de resultater, som er nået i planperioden. Praksisplanen for 2017-2020 sætter endvidere fokus på nye udfordringer, og sætter mål og anbefalinger i forhold til disse.

1.1 Visioner for fremtidens fodterapi i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt større krav om effektiviseringer og kvalitetsudvikling. Praksisplanen skal være med til at sikre en effektiv udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen i det samlede sundhedsvæsen.

Det er parternes fælles ansvar at sikre, at fodterapipraksis fortsat kan varetage sine kerneopgaver og samtidig følge med udviklingen som en velfungerende og integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten oplever høj faglig kvalitet og tryghed i patient forløbet. Det er væsentligt for patienten og for patientsikkerheden, at der udvikles et aktivt samarbejde med en mere direkte kommunikation og dialog mellem fodterapeuter og de øvrige sundhedsaktører.

Praksisplanen forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle fodterapipraksis i takt med udviklingen og ressourcer i det samlede sundhedsvæsen.

Parterne ønsker at sætte rammerne for kapacitet og kvalitet i fodterapibehandling. Med praksisplanarbejdet vil parterne endvidere arbejde med at styrke tilliden, kommunikationen og samarbejdet mellem fodterapipraksis og samarbejdspartner på tværs af faggrupper og sektorer.

Som en del af praksissektoren i Region Hovedstaden ønskes fodterapipraksis udviklet efter følgende visioner:

Visioner for fremtidens fodterapi

- *God og lige adgang til fodterapipraksis i hele regionen.*
- *At fodterapipraksis er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb.*
- *At fodterapipraksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever høj faglig kvalitet i forebyggelse og behandling.*
- *At fodterapipraksis differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer*

I Praksisplan for fodterapi 2013-2016 var der stor vægt på antal kapaciteter og dækningsgrad. I Praksisplanen for fodterapi 2017-2020 er der særligt fokus på udviklingen af samarbejdet mellem fodterapipraksis og det øvrige sundhedsvæsen, herunder udvikling af kvaliteten i fodterapibehandling.

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

Der er i overenskomsten for fodterapi en række planlægningsbestemmelser, som udgør rammen for udarbejdelse af praksisplanen for fodterapi. Jf. boks 1.

Boks 1. Overenskomstens § 7, stk. 1-3

§ 7 Praksisplanlægning

Stk.1. Regionen udarbejder en plan jf. stk. 4-7, for tilrettelæggelsen af den fremtidige fodterapeutiske betjening i regionen. Planen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedrørende den fodterapeutiske kapacitet.

Stk. 2. Praksisplanlægningen skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt.

Stk. 3. Praksisplanlægningen foretages med henblik på i fornødent omfang at sikre koordinering og samordning af den fodterapeutiske betjening i alle områder i regionen og udarbejdes i fornødent omfang under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, samt den regionale og kommunale økonomi. Regionen bør i praksisplanlægningen særligt tilgodese behovet for tilbud om fodterapi til bevægelseshæmmede i alle lokalområder.

Planen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedrørende den fodterapeutiske kapacitet, herunder beslutninger om adgang til flytning/ændring af klinikadresse, nedlæggelse af praksis, nynedsættelser, nedsættelse som mobil fodterapeut, ansættelse af behandlende medhjælp m.v.

1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for fodterapi

Praksisplanen er udarbejdet af Samarbejdsudvalget vedr. fodterapi på baggrund af et forberedende arbejde i Styregruppen for Praksisplan for fodterapi 2017-2020 nedsat af samarbejdsudvalget.

Der har som led i arbejdet været afholdt et inspirationsmøde, hvor praktiserende fodterapeuter, deres samarbejdspartner i sundhedsvæsenet og repræsentanter for patienter og pårørende har deltaget og bidraget med input til, hvordan samarbejdet mellem fodterapeuter og det øvrige sundhedsvæsen kan styrkes i planperioden.

Praksisplanen har været i høring blandt de vigtigste interessenter (se høringsliste i bilag 2 til planen), og efterfølgende godkendt af regionsrådet. Praksisplanen vil være gældende fra godkendelsestidspunktet til og med 2020.

1.4 Implementering af praksisplan

I forlængelse af praksisplanens vedtagelse vil der blive udarbejdet en overordnet tidsmæssig prioritering af planens anbefalinger. Desuden vil der i løbet af planperioden blive udarbejdet årlige implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere, således at det fremgår entydigt, hvilke opgaver der skal løftes i de kommende år. Implementeringsplanen bliver et prioriteringsredskab til målretning af indsatserne i planperioden. Implementeringsplaner og årlige statusrapporter forelægges samarbejdsudvalget for fodterapi og efterfølgende Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde til orientering.

1.5 Praksisplanens opbygning

I Praksisplanens indledende kapitel beskrives de overordnede visioner for fremtidens fodterapipraksis, som sætter rammen for udvikling af fodterapiområdet i Region Hovedstaden de kommende år. Indledningsvist beskrives også de formelle rammer om praksisplanlægningen, som er fastsat i Overenskomst om fodterapi.

I praksisplanens andet kapitel beskrives bl.a. fodterapeuternes opgaver.

I kapitel tre præsenteres målsætninger og anbefalinger om kapacitet og tilgængelighed efterfulgt af kapitel fire der omhandler samarbejdet mellem fodterapipraksis og det samlede sundhedsvæsen, herunder ønsket om at styrke samarbejdet med den enkelte patient.

Kapitel 5 opstiller målsætninger og anbefalinger om kvalitetsudvikling i fodterapipraksis.

2. Fodterapeutens opgaver og tilskudsregler

Fodterapipraksis er et selvstændigt erhverv og fungerer i henhold til Aftale om fodterapi 2014-2017 indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fodterapeuter (tidligere Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter).

Kerneopgaven for den enkelte fodterapeut er at rådgive og behandle patienter, der er henvist på baggrund af et sundhedsfagligt behov for fodterapi. Den fodterapeutiske behandling består i at forebygge udvikling af fodsår og således medvirke til at minimere antallet af amputationer. Overenskomstens område fremgår af boks 2.

Boks 2. Overenskomstens formål

§ 1 Overenskomstens område

Stk. 1.

Denne overenskomst, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter (LasF) ([Danske Fodterapeuter](#)), omhandler:

- a. Behandling af patienter med diabetes.
- b. Behandling af patienter med nedgroede tånegle.
- c. Behandling af patienter med arvæv efter strålebehandling af fodvorter.
- d. Behandling af patienter med svær leddegigt.

Langt den største aktivitet i fodterapipraksis er koncentreret om behandlingen af diabetespatienter (speciale 54).

Praksisplanen beskæftiger sig alene med de patienter, som er omfattet af overenskomsten om fodterapi.

Fodterapeuternes daglige arbejde fremgår af overenskomstens § 2. Her ses, at fodterapeuter arbejder med aflastningsterapi, vejledning og relevant behandling, som indbefatter beskæring omkring sår og fjernelse af hård hud, behandling af fortykkede, misdannede og inficerede negle med særligt værktøj samt individuelt fremstillede bøjler og indlæg.

Udover at tilbyde behandlingsydelser, bidrager fodterapeuten til at forebygge udvikling af fodlidelser ved at yde pædagogisk indsats. Hos statsautoriseret fodterapeut vejledes og motiveres patienten i fornuftig egenomsorg, korrekt fodtøj m.v. i forhold til risikoprofil.

2.1 Hvem går til fodterapeut?

Borgere med diabetes udgør hovedparten af patienter i fodterapipraksis. Som det fremgår af figur 2 i grundbeskrivelsen til planen, står patienter med diabetes for ca. 84 % af Region Hovedstadens forbrug i fodterapipraksis.

En undersøgelse udført af Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KO-RA) viser, at forbruget af fodterapiydelser for personer med diabetes er ulige fordelt.

Rapporten afdækker, hvilke personer med diabetes der gik til fodterapi med offentligt tilskud i 2012. Personer med diabetes med dansk baggrund, bosiddende i byområder, kvinder og samlevende eller gifte går oftere til fodterapi end mænd, enlige og diabetikere med anden etnisk baggrund bosiddende i land- og yderområder. Derimod har især etniske minoriteter, folk på landet, enlige, mænd og til dels de laveste indkomstgrupper, der holder sig væk fra fodterapien.¹

Endelig viser analysen, at der er en tendens til, at personer, som går til forebyggende behandlinger hos fodterapeut, modtager mindre sårbehandling, og at patienter med diabetes, der ikke går til fodterapi tidligt i forløbet, hyppigere går til fodterapi senere i forløbet.

2.2 Tilskud til fodterapeutisk behandling

Det kræver lægehenvielse for at få tilskud til behandling hos fodterapeuter. I henhold til bekendtgørelse om tilskud til fodbehandling i praksissektoren har henholdsvis gruppe 1- og gruppe 2-sikrede efter lægehenvielse ret til tilskud til behandling hos fodterapeut, hvis de ifølge lægelig diagnose har fået konstateret:

- a) diabetes og et heraf afledt behov for behandling
- b) symptomgivende nedgroede tånegle
- c) arvæv efter strålebehandling eller
- d) svær leddegigt, der medfører begrænset eller tabt funktion i ben og arme, hvor kun få eller ingen sædvanlige arbejdsopgaver kan klares, og hvor den sikrede har nedsat evne til selvhjælp, herunder ikke kan varetage egen fodpleje.

Der ydes tilskud på 50 % til behandling af patienter med diabetes og svær leddegigt og 40 % til behandling af patienter med arvæv og nedgroede tånegle.

¹ <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i12531/Hvem-gaar-til-fodterapi---er-der-social-eller-geografisk-ulighed>

3. Kapacitet i fodterapipraksis

Målsætning

At der sikres lige adgang og tilgængelighed til fodterapiydelser for borgere i hele regionen.

Nedenfor beskrives den fodterapeutiske betjening i regionen, herunder den nuværende kapacitet af praktiserende fodterapeuter, geografisk placering samt dækningsgraden af fodterapipraksis i forhold til antallet af borgere.

3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning

Region Hovedstaden er delt op i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd – som svarer til Hospitals- og psykiatriplanens (2020) planområder. Hvert område er inddelt i en række planlægningsområder, som svarer til kommunerne med undtagelse af København, som er inddelt i 10 bydele. I de følgende tabeller og figurer er det valgt at adskille Bornholm fra Byen.

Table 1. Planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bispebjerg	Albertslund Kommune
	Fredensborg Kommune	Egedal Kommune	Bornholms Regionskommune	Amager
	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Brønshøj-Husum	Brøndby Kommune
	Gribskov Kommune	Gentofte Kommune	Christiansø Kommune	Dragør Kommune
	Halsnæs Kommune	Gladsaxe Kommune	Frederiksberg Kommune	Glostrup Kommune
	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Indre by	Hvidovre Kommune
	Hillerød Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Nørrebro	Høje-Taastrup Kommune
	Hørsholm Kommune	Rudersdal Kommune	Vanløse	Ishøj Kommune
		Rødovre Kommune	Østerbro	Tårnby Kommune
				Valby
				Vallensbæk Kommune
				Vesterbro

Kilde: Targit, Antal borgere (sikrede), status pr. 1/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

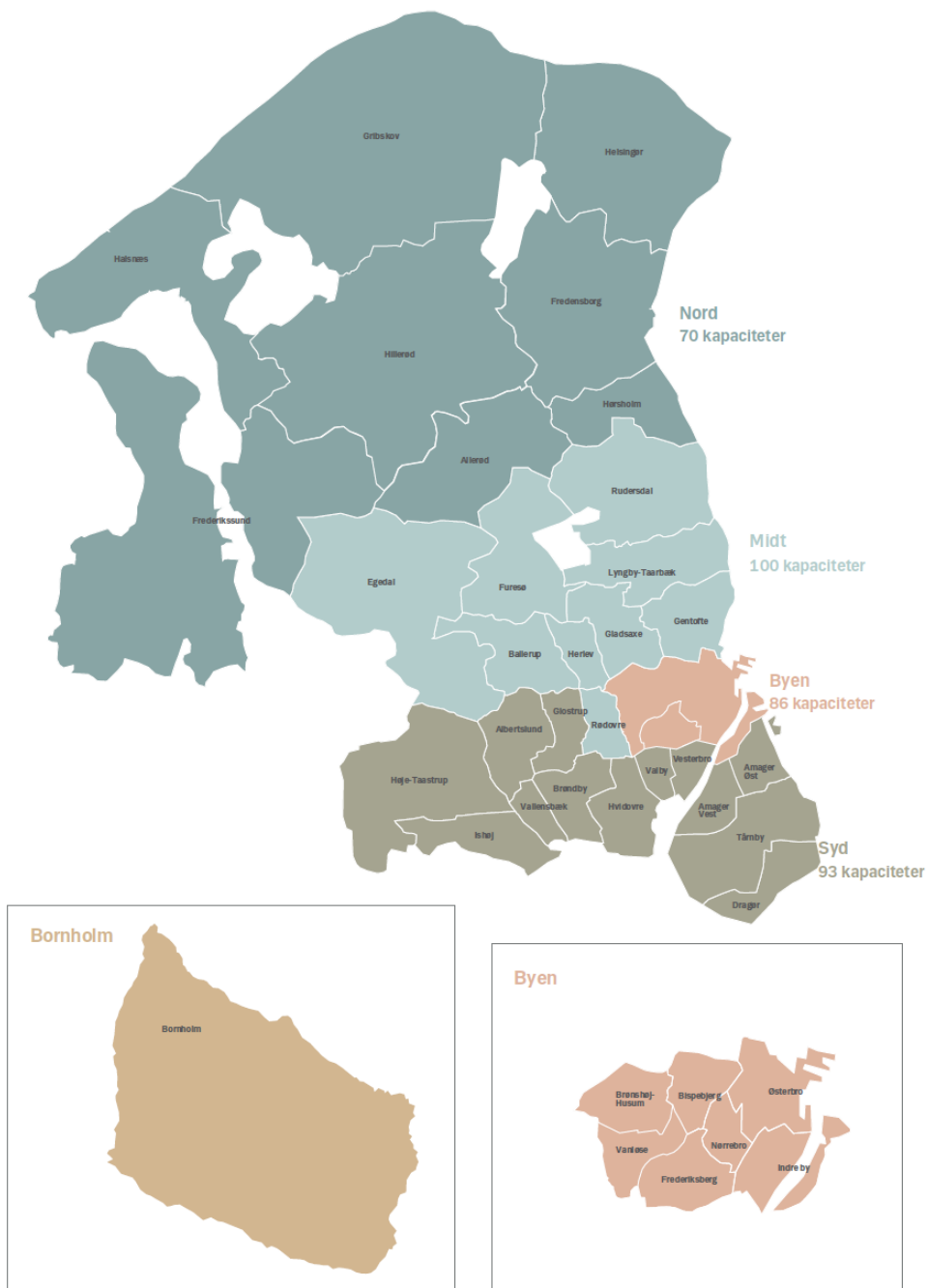
Note: Amager Øst og Amager Vest fremstår samlet under Amager

I praksisplanen er der anvendt den samme inddeling i planområder og planlægningsområder, som anvendes i regionens øvrige sundhedsplanlægning med henblik på at sikre gennemsigtighed i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere.

3.1.1 Eksisterende kapacitet og dækningsgrad

En kapacitet forstås i planlægningssammenhænge som en fodterapeut med ret til at praktisere under et ydernummer eventuelt som behandlende medhjælp. Hvert ydernummer kan have flere kapaciteter tilknyttet. Den enkelte fodterapikapacitet kan være organiseret som en enkeltmandspraksis eller som del af en kompagniskabspraksis. Den enkelte kapacitet kan desuden være tilknyttet fast klinikadresse eller være mobil, dvs. varetager hjemmebehandling.

Figur 1. Region Hovedstaden i plan- og planlægningsområder



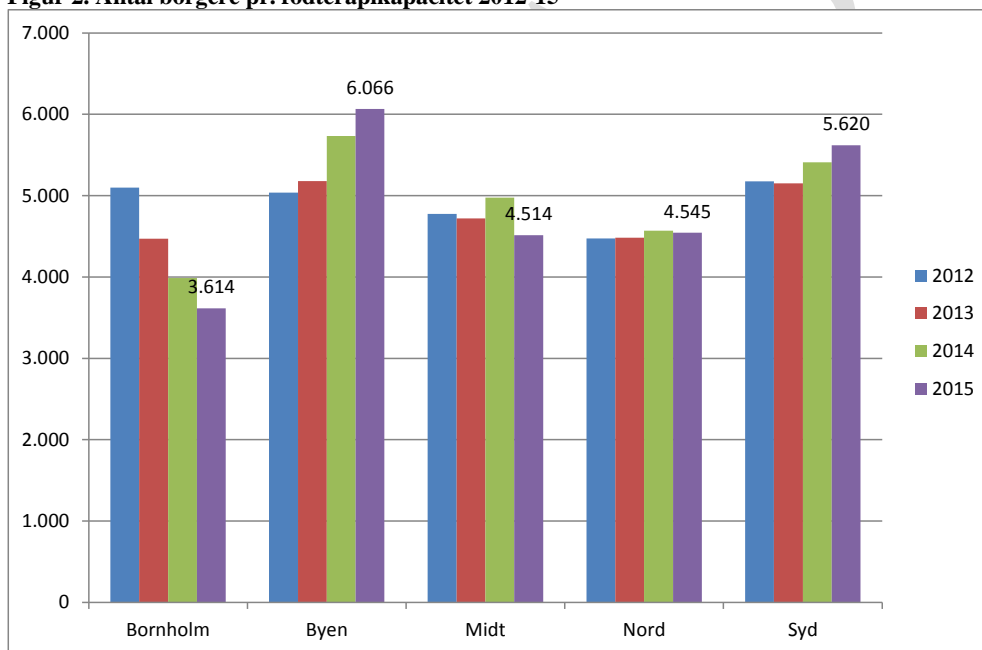
Tabel 2. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2015

Planområde	Antal borgere 2015	Antal kapaciteter 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2015
Bornholm	39.755	11	3.614
Byen	454.968	75	6.066
Midt	451.441	100	4.514
Nord	318.179	70	4.545
Syd	522.636	93	5.620
Hovedtotal	1.786.979	349	5.120

Kilde: Targit, Antal borgere (sikrede), status pr. 1/12 2015 (trukket den 10/3 2016)
 NOTUS Regional, Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

Dækningsgraden beskriver, hvor mange borgere den enkelte kapacitet i praksis betjener på basis af befolkningstallet i de enkelte områder. I figur 2 nedenfor ses udviklingen i dækningsgraden fra 2012-15 fordelt på planområder i Region Hovedstaden, og figur 3 og 4 viser dækningsgraden for hvert planlægningsområde, hvor den røde streg markerer regionsgennemsnittet. Antallet af borgere med diabetes er opgjort ud fra registerdata i Det Nationale Diabetesregister (jf. figur 4).

Figur 2. Antal borgere pr. fodterapikapacitet 2012-15

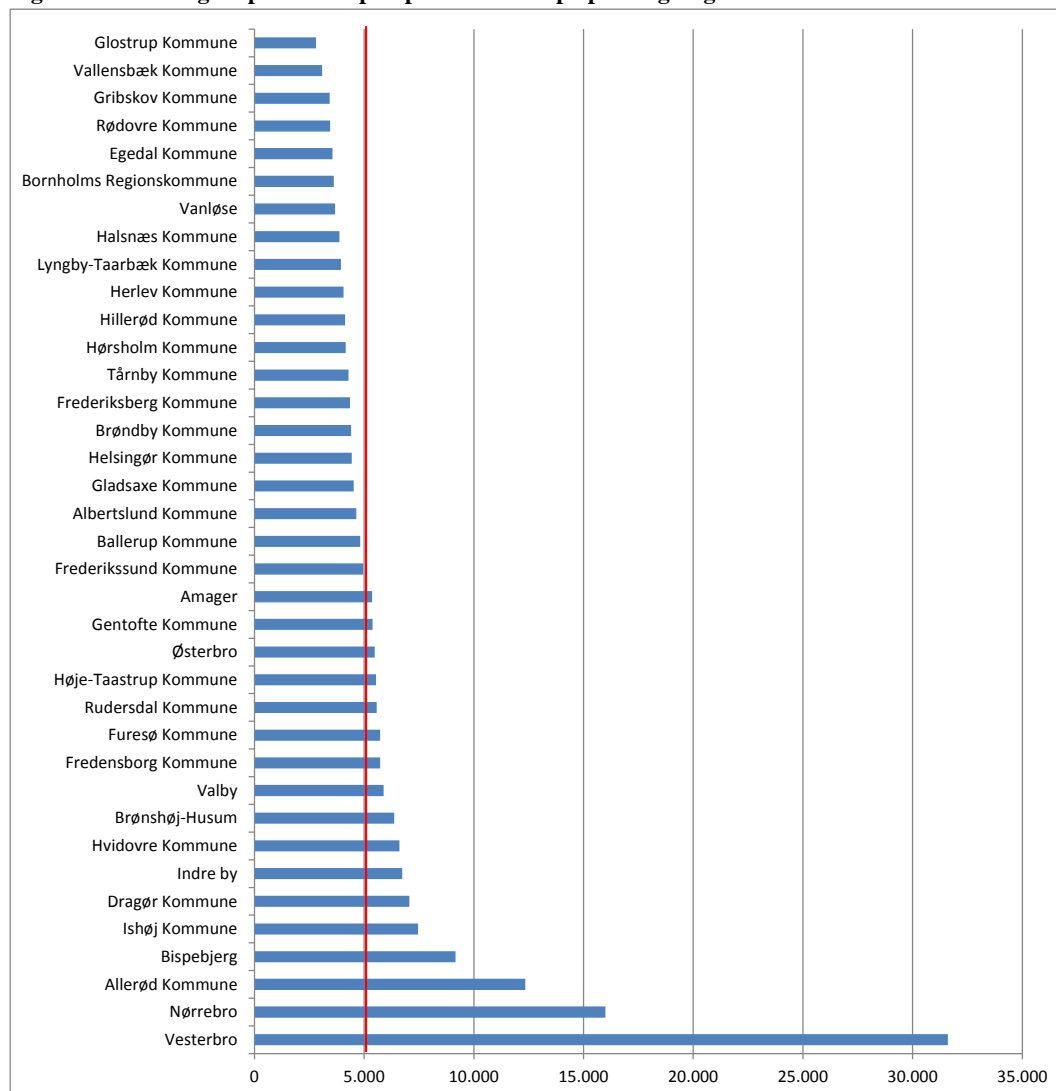


Kilde: Targit, Antal borgere (sikrede) 2012-15, status pr. den 1/12 2012-15 (trukket den 10/3 2016)
 NOTUS Regional, Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

Figur 2 viser, at der er en relativ jævn fordeling på planområder. Dog er der en stigende tendens i antallet af borgere pr. kapacitet i planområde Byen og Syd, hvor Byen er det dårligst dækkede område.

I figur 3 fremgår antallet af borgere pr. fodkapacitet for 2015 fordelt på planlægningsområder. Godt halvdelen af planlægningsområderne ligger under regionsgennemsnittet på 5.120 borgere pr. fodterapikapacitet. Vesterbro, Nørrebro og Allerød Kommune ligger markant over regionsgennemsnittet med hhv. 31.000, 16.000 og 12.000 borgere pr. kapacitet.

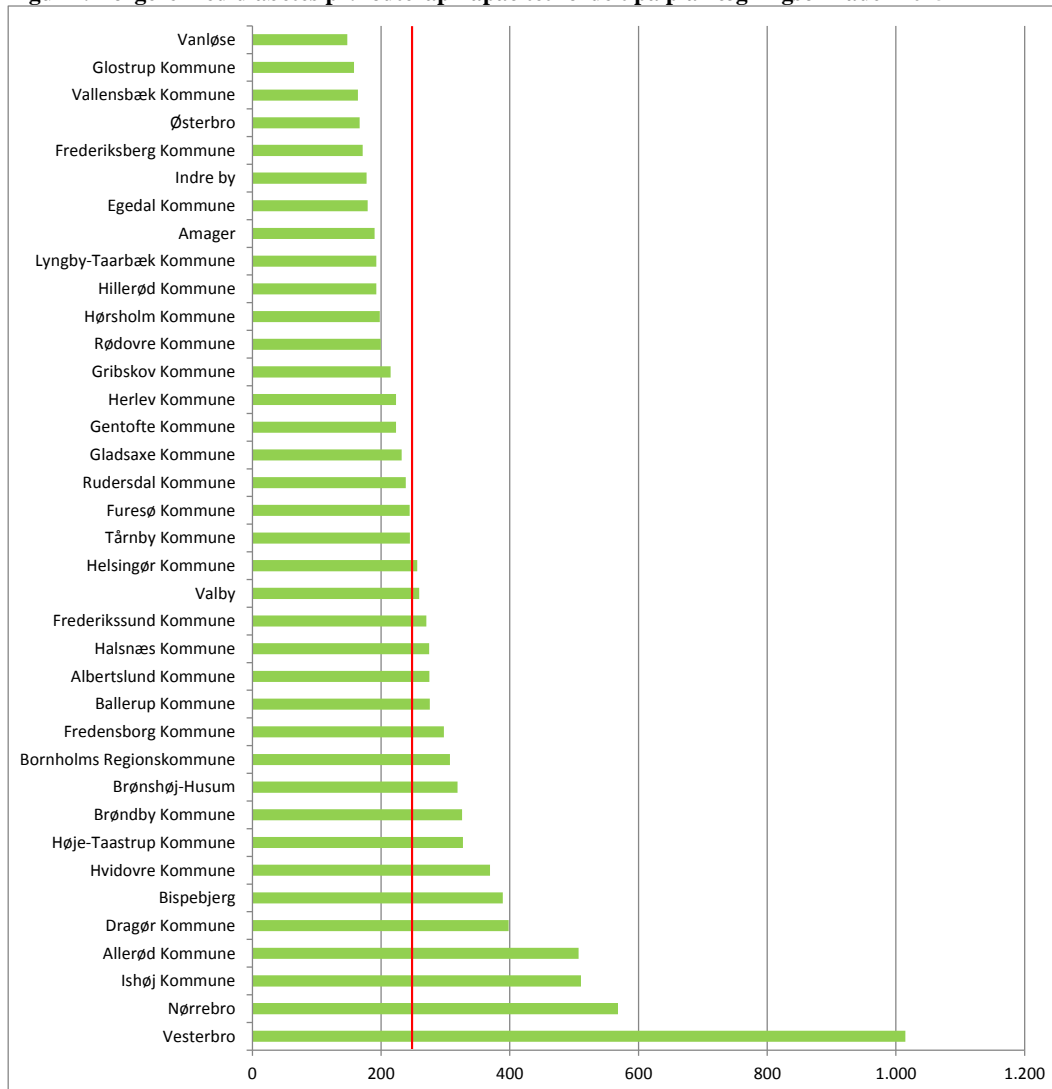
Figur 3. Antal borgere pr. fodterapikapacitet fordelt på planlægningsområder 2015



Kilde: Targit, Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2015 (trukket den 10/3 2016).
 NOTUS Regional, Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

Af figur 4 nedenfor fremgår det, at ca. halvdelen af planlægningsområderne ligger under regionsgennemsnittet på 245 patienter med diabetes pr. kapacitet. Vesterbro, Nørrebro, Allerød og Ishøj kommune ligger markant over gennemsnittet med over dobbelt så mange patienter med diabetes pr. kapacitet.

Figur 4. Borgere med diabetes pr. fodterapikapacitet fordelt på planlægningsområder 2015



Kilde: Det Nationale Diabetesregister (2012 data) Data opdateres med 2013 tal, så snart disse foreligger.
NOTUS Regional, Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

Som det fremgår af ovenstående tabel 2 og figur 2 er der overordnet set en nogenlunde ligelig fordeling af borgere pr. kapacitet i de enkelte planområder. Dog ses en skæv fordeling af kapaciteter i forhold antallet af borgere og borgere med diabetes i en del af kommunerne/planlægningsområderne i planområde Byen og Syd, hvor der er færrest kapaciteter pr. borger samt pr. borger med diabetes (jf. figur 3 og 4).

En af grundene til dette er, at det har vist sig svært at få ansøgere ved opslag af kapaciteter i visse områder af planområde Byen og Syd. De forholdsvis korte geografiske afstande i Byen og visse dele af Syd kunne tale for at se på inddelingen i de to planområder. Det er her vigtigt, at mulighed for hjemmebehandling indgår som sekundær parameter ved fordelingen af nye kapaciteter.

Anbefaling

- At parterne i planperioden ser på inddelingen i planområdet Byen og Syd, med henblik på evt. sammenlægning af områder.

3.1.2 Faste klinikker i forhold til mobile fodterapeuter

En fodterapikapacitet er som udgangspunkt knyttet til en fast klinikadresse, men kan også være mobil kapacitet, såfremt det er i overensstemmelse med praksisplanen.

§ 22 Nedsættelse som fodterapeut uden fast klinikadresse (mobil fodterapeut)

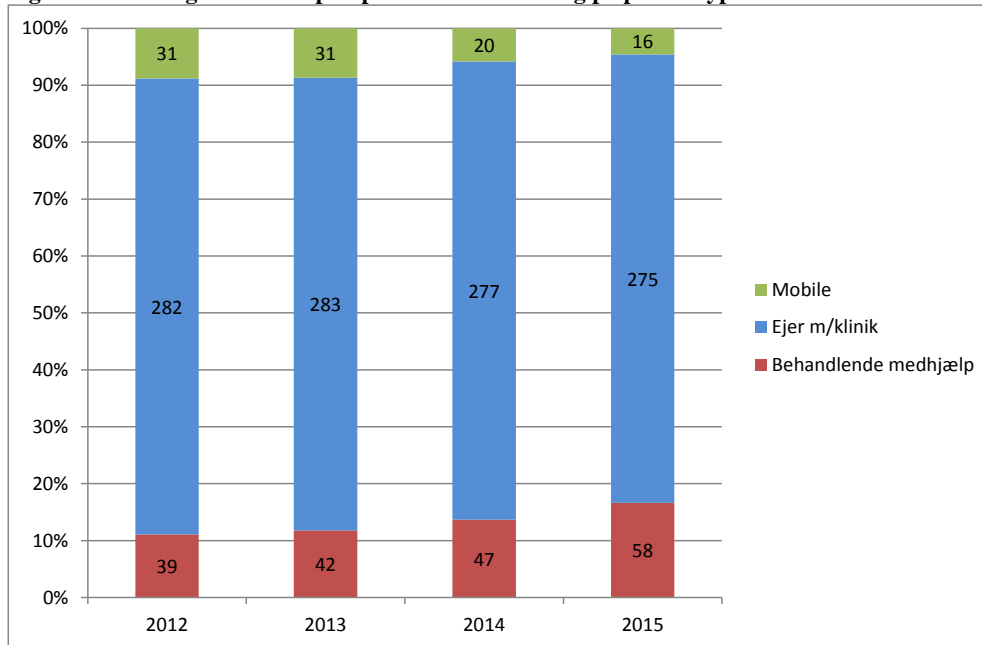
Stk. 1. Nedsættelse som fodterapeut uden fast klinikadresse kan finde sted i henhold til praksisplanen. Ansøgning fremsendes via LasF [Danske Fodterapeuter, red.] til regionen, og regionen meddeler herefter, om nedsættelse kan finde sted.

Overenskomstens parter er enige om, at mobil fodterapi på sigt skal udfases, da man gerne ser, at den enkelte yder praktiserer som enkeltmandspraksis eller indgår i praksisfællesskaber med henblik på faglig sparring. Samtidig skal borgernes mulighed for hjemmebehandling tilgodeses.

Klinikker, der tilbyder hjemmebehandling, er vigtige for at kunne imødekomme behovet fra patienter med ~~funktionsnedsættelser, bevægelses- gangbesvær eller fysiske handicap~~, som gør at de ikke er i stand til at komme ind til en klinik. At klinikker kan tilbyde hjemmebehandling indgår derfor som en sekundær parameter, når der træffes beslutning om opslag af nynedsatte kapaciteter, f.eks. i forbindelse med rekruttering til sårbare områder, jf. afsnit 3.2. Det er forpligtende for klinikken, således at man skal tilbyde hjemmebehandling, hvis man i forbindelse med ansøgning har tilkendegivet, at man tilbød det.

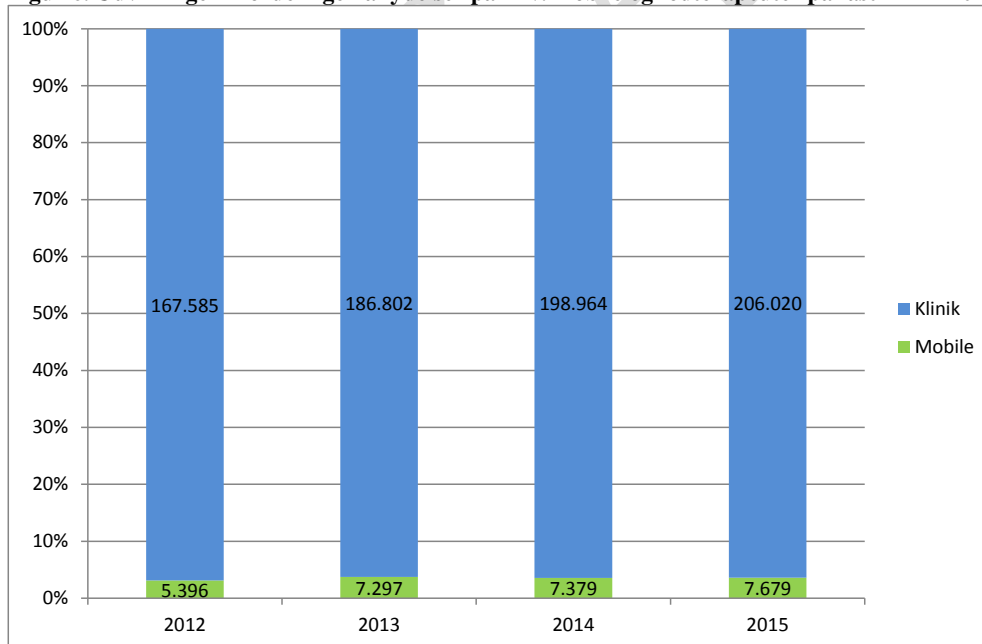
Figur 5 viser kapaciteternes fordeling på forskellige praksistyper. Som det ses, udgør 95 pct. af kapaciteterne i 2015 klinikker med fast adresse.

Figur 5. Udviklingen i fodterapikapaciteternes fordeling på praksistype 2012-15



Kilde: NOTUS Regional, Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2012-15 (trukket den 10/3 2016)

Figur 6. Udviklingen i fordelingen af ydelser på hhv. mobile og fodterapeuter på fast klinik 2012-15



Kilde: Targit, Produktion, antal ydelser 2012-15 (trukket den 10/3 2016)

Note: Antal ydelser er inkl. både behandlings- og kørselsydelser

Som det fremgår af figur 7 nedenfor, har beslutningen om at udfase de mobile kapaciteter til fordel for klinikker med fast adresse, der samtidig kan tilbyde hjemmebehandling, haft effekt. Der ses et fald fra 9 % mobile fodterapeutkapaciteter i 2012 til 5 % i 2015, mens andelen af klinikker er steget fra 50 % i 2012 til 55 % i 2015.

De mobile fodterapeuter producerede 4 % af ydelserne i 2015 (jf. figur 6). Mobile fodterapeuter bruger tid på kørsel og kan derfor ikke behandle lige så mange patienter på en dag som en fodterapeut på en fast klinikadresse.

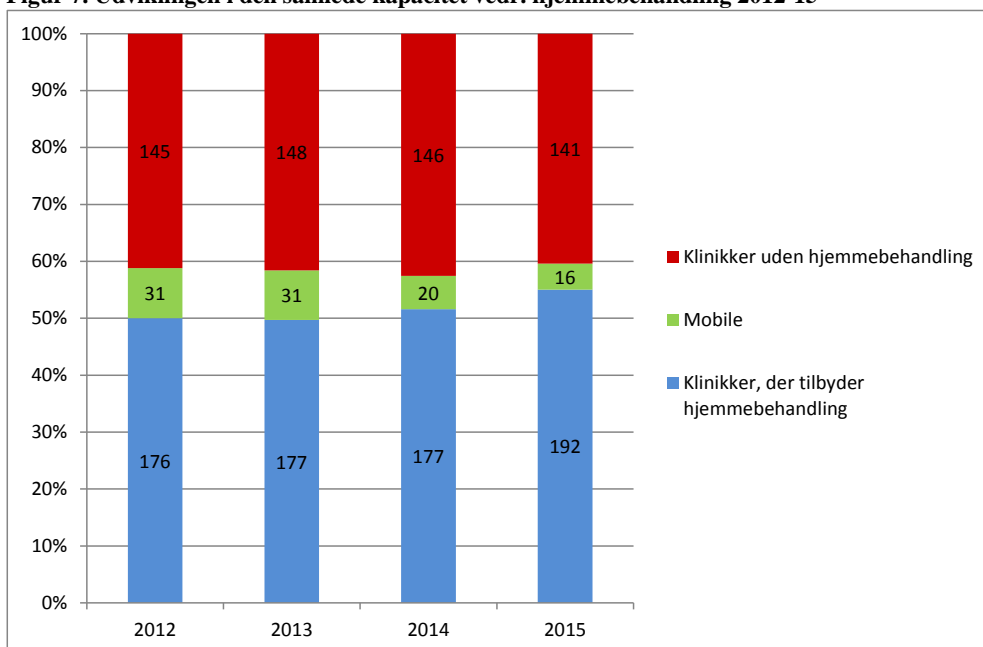
Den optimale behandling af de fleste patienter finder sted på klinik med dertilhørende faciliteter, jf. overenskomstens § 23. Af hensyn til kvalitet og effektiv drift bør undersøgelse og behandling derfor normalt foregå i fodterapeutens klinik. Lægen kan dog henvise til hjemmebehandling af hensyn til patientens helbredsmæssige tilstand (se § 23, stk. 1 nedenfor).

§ 23. Hjemmebehandling

Stk. 1. I tilfælde, hvor patientens helbredsmæssige tilstand udelukker transport til klinik, kan lægen ordinere fodterapeutisk behandling i hjemmet. Samtlige behandlingsformer kan udføres i hjemmet, men de fysiske rammer vil ofte besværliggøre udførelse og begrænse mulighederne for variation inden for de enkelte behandlingsformer. Den optimale behandling af de fleste patienter forudsætter som hovedregel, at behandlingen foretages på klinik med de dertil hørende faciliteter.

Praksisplanen skal sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet til at yde hjemmebehandling. Hjemmebehandlinger kan foretages af de eksisterende mobile fodterapeuter eller fodterapeuter med fast klinikadresse, som tilbyder hjemmebehandling. I figur 7 fremgår udviklingen i den samlede kapacitet i forhold til hjemmebehandling. Andelen af klinikker, som tilbyder hjemmebehandling er siden 2012 steget med 5 pct.-point, mens andelen af mobile er faldet med 4 pct.-point. Den samlede kapacitet vedr. hjemmebehandling har således ligget stabilt omkring de 60 pct. i perioden 2012-15.

Figur 7. Udviklingen i den samlede kapacitet vedr. hjemmebehandling 2012-15



Kilde: NOTUS Regional, status pr. 30/12 2012-15 (trukket den 10/3 2016)

Behandlingskapaciteten udnyttes bedst muligt, hvis patienterne har nem adgang til viden om, hvorvidt praksis tilbyder hjemmebehandling. I henhold til overenskomstens § 23, skal det på www.sundhed.dk fremgå, hvilke praktiserende fodterapeuter der er mobile (ikke knyttet til en fast klinikadresse). Derudover kan fodterapeuter med fast klinikadresse oplyse, om der tilbydes hjemmebehandling.

3.2 Nynedsættelser

Af overenskomstens § 8 fremgår, at regionen årligt træffer beslutning om opslag af nynedsatte kapaciteter på baggrund af indstilling fra samarbejdsudvalget.

§ 8. Nynedsættelse

Stk. 1. Ved nynedsættelse forstås enhver udvidelse af den fodterapeutiske kapacitet

Stk. 2. Nynedsættelser kan finde sted i overensstemmelse med en af regionen godkendt praksisplan på baggrund af regionens beslutning efter stk. 3 og på baggrund af en konkret ansøgning fra en fodterapeut. Nynedsættelser i overensstemmelse med praksisplanen eller på baggrund af regionens beslutning efter stk. 3 annonceres, og regionen bestemmer efter indstilling fra samarbejdsudvalget, hvilken fodterapeut, der får tilladelse til nynedsættelse. Konkret ansøgning fra en fodterapeut om nynedsættelse behandles i samarbejdsudvalget, der afgiver indstilling til regionen.

Stk. 3. Regionen vurderer årligt den fodterapeutiske behandlingskapacitet og træffer beslutning om nynedsættelser. Vurderingen foretages på grundlag af en indstilling fra samarbejdsudvalget.

I 'Protokollat af 24-01-2011 om kapacitet på fodterapiområdet' er det aftalt, at kapaciteten på landsplan udgør som minimum 1.050 kapaciteter inklusiv behandlende medhjælp. Protokollatet er videreført i den nuværende overenskomst om fodterapi gældende fra den 1. februar 2014.

Der er i den foregående planperiode udarbejdet en model for fordeling af kapaciteter i regionen, som senest blev justeret af Samarbejdsudvalget for fodterapi i februar 2016.

Når der skal vurderes, hvor nye kapaciteter skal opslås, tages udgangspunkt i følgende primære parametre:

- a. Antal fodterapipatienter
- b. Antal sikrede
- c. Antal diabetespatienter

Da hovedparten af fodterapipatienter har diabetes, tillægges antallet af diabetespatienter højere vægt og indgår i modellen med 50 % og de to øvrige parametre med 25 % hver.

Der er en udfordring i forhold til at tiltrække fodterapeuter til en række sårbare områder i regionen. For at håndtere denne udfordring, vil ansøgere fra de tilgrænsende områder/kommuner til de sårbare områder kunne komme i betragtning, såfremt de opfylder kapacitetsmodellens sekundære parametre. Der vil således blive lagt vægt på områder med gode offentlige transportmuligheder og mulighed for hjemmebehandling.

Følgende sekundære parametre indgår:

- a. Pendling
- b. Geografisk nærhed til offentlig transport
- c. Mulighed for hjemmebehandling

Parameteren 'pendling' vurderes at være relevant, fordi fodterapipatienter i en kommune med 'for få' kapaciteter har muligheden for at rejse/pendle til fodterapeuter i andre nærliggende kommuner.

Dernæst forventes det, at en god adgang til offentlig transport til klinikken også kan have en betydning for

valg af fodterapipraksis.

Endelig er mulighed for hjemmebehandling vigtigt for at imødekomme patienter med [funktionsnedsættelser](#) [bevægelses](#), [gangbesvær](#) eller [fysisk handicap](#) som gør, at de ikke er i stand til at komme ind til klinikken.

Har man flere ligestillede ansøgere til en kapacitet, kan tilgængelighed og indgåelse i praksisfællesskaber afgøre, hvilken ansøger der vælges.

En anden sekundær parameter, som parterne finder relevant, er ventetid til fodterapi. Det er imidlertid vurderingen, at der på nuværende tidspunkt er en betydelig usikkerhed forbundet med brugen af ventetidsdata som sekundær parameter, da det alene er 42 (15 %) af fodterapeuterne, som har indberettet rettidigt pr. 1. februar 2016.

3.3 Klinikstørrelse og praksisformer

I nedenstående figur fremgår klinikstørrelsen, forstået som antal fodterapeuter med selvstændig kapacitet, for kapaciteter med faste klinikadresser.

Tabel 3. Klinikstørrelser 2015

Kapaciteter/ fodterapeuter	Antal praksis	Andel i pct.
1	230	84%
2	34	12%
3	10	4%
5	1	0%
Hovedtotal	275	100%

Kilde: NOTUS Regional, "Antal kapaciteter", status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

Som det fremgår af tabel 3, er der i 230 ud af 275 klinikker (84 %) én fodterapikapacitet på en klinikadresse. I 45 (16 %) klinikker er der 2 eller flere fodterapeuter. Andelen af flermandsklinikker er steget med godt 4 procentpoint fra 2012-15 svarende til, at antallet af flermandsklinikker er øget med 11.

3.3.1. Flere praksisadresser

§ 13. Vilkår vedrørende praksis

Stk. 1. En fodterapeut kan som hovedregel kun praktisere i én region og fra én praksisadresse. Fodterapeuten kan dog praktisere på flere praksisadresser med samme ydernummer, hvis det er i overensstemmelse med praksisplanen, og det sker ved anvendelse af den eksisterende kapacitet i klinikken.

Der er i samarbejdsudvalget vedtaget midlertidige retningslinjer for flere praksisadresser, jf. overenskomstens § 13. Det udestår dog at udarbejde principper for administration af ansøgninger.

Anbefalinger

I overensstemmelse med tidligere vedtagne retningslinjer anbefales:

- At der udarbejdes principper for administration af ansøgninger om at praktisere fra flere praksisadresser.

Der bør i den forbindelse tages hensyn til:

- Behovet for en entydig kapacitetsfordeling i regionen, idet det er uhensigtsmæssigt, hvis den samme fodterapeut praktiserer i flere forskellige planlægningsområder.
- Eventuelle andre hensyn, der kan imødekommes gennem flere praksisadresser.

3.3.2 Praksisfællesskaber og sundhedshuse

Med henblik på at udvikle og sikre bæredygtige praksis er det en generel målsætning for regionen at ændre praksisstrukturen hen imod større enheder, således at praktiserende fodterapeuter i højere grad end i dag praktiserer sammen med andre fodterapeuter eller andre faggrupper (f.eks. andre ydergrupper i praksissektoren og/eller kommunale sundhedstilbud).

Derved skabes mulighed for at fremme faglig sparring såvel monofagligt som tværfagligt og styrke sammenhængen til andre tilbud i det nære sundhedsvæsen.

Anbefaling

- At ønsket om at fremme praksisfællesskaber og sundhedshuse indgår som overvejelse ved vurdering af ligeværdige ansøgere i forbindelse med nynedsættelser og flyttesager.

3.4 Tilgængelighed i fodterapipraksis

Målsætninger

- *At fodterapiklinikker er tilgængelige for personer med funktionsnedsættelse*
- *At borgerne har let adgang til oplysninger om tilgængeligheden i de enkelte praksis*

Det er en væsentlig overordnet målsætning fortsat at prioritere god tilgængelighed i fodterapipraksis.

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse. Tilgængelighed betyder, at personer med funktionsnedsættelser kan få adgang til samme ydelser og fysiske færden som personer uden funktionsnedsættelser.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres.

3.4.1 Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser

Ifølge overenskomsten skal alle fodterapeuter tilstræbe, at der er egnede forhold i eksisterende lokaler (fysisk tilgængelighed) for personer med funktionsnedsættelse. Ved flytning, væsentlige ombygninger eller nybygning skal byggelovgivningens regler efterleves.

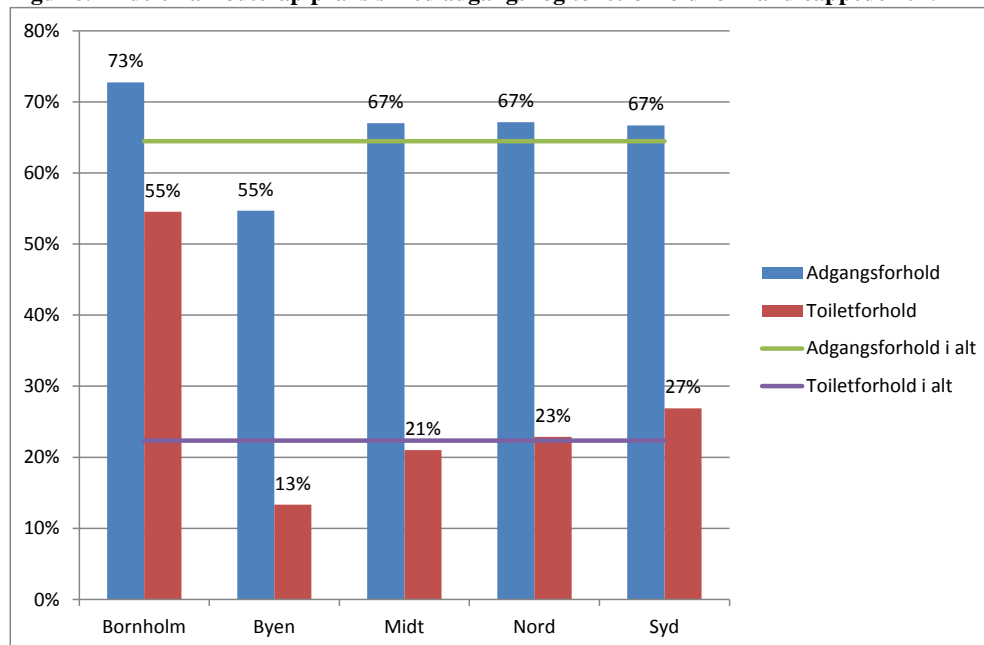
§ 20. Handicapegnede forhold

Stk. 1. Alle fodterapeuter skal tilstræbe, at deres klinikker er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter

Stk. 2. Ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang, handicaptoilet osv.

Stk. 3. Fodterapeuten skal på sin praksisdeklaration give information om parkeringsforhold, adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelseshæmmede har mulighed for at vælge en fodterapeut, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

Figur 8. Andelen af fodterapipraksis med adgangs- og toiletforhold for handicappede 2015



Kilde: NOTUS Regional, Adgangsforhold, toiletforhold, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

For regionen som helhed står 64 % af klinikkerne registreret med egnede adgangsforhold, mens 22 % står registreret med egnede toiletforhold (jf. figur 8).

Data for adgangs- og toiletforhold er baseret på selvrapportering fra de enkelte fodterapipraksis. Tallene viser derfor ikke nødvendigvis, om den enkelte praksis lever op til de formelle krav, der knytter sig til egnede adgangs- og toiletforhold, idet der kan være forskel på de kriterier, fodterapeuterne har lagt til grund for vurderingen.

3.4.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2014-2017 en mærkning af klinikkerne i regionen. God Adgang er en forening, som bl.a. ved hjælp af en mærkningsordning arbejder for at synliggøre tilgængelighed til bygninger og udearealer.

God Adgang mærkeordning

God Adgangs mærkeordning består af 7 mærker, som dækker handicapgrupper med hvert deres behov for tilgængelighed:

Kørestolsbrugere, gang-, arm- og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, astmatikere og allergikere, udviklingshandicappede og personer med læsevanskeligheder.

Fodterapipraksis kan få tildelt et mærke for hver af de handicapgrupper, hvor klinikken opfylder de pågældende grupper minimumskrav til tilgængelighed.

Pr. 1. februar 2016 var seks fodterapipraksis tilmeldt mærkeordningen God Adgang i Region Hovedstaden. Information om klinikkernes selvindberettede tilgængelighed findes på sundhed.dk.

Anbefaling

- Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse indgår som kriterium ved vurdering af nyudsættelser og ansøgning om flytning af praksis.
- Samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i fodterapipraksis gennem status for fodterapeuters tilmelding til og status i mærkeordningen God Adgang.
- Det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, hvilke fremskridt der er sket i fodterapiklinikernes tilgængelighed.
- Fodterapeuternes praksisdeklarationer holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse, herunder om der er mulighed for hjemmebehandling.

3.4.3 Ventetid

I henhold til overenskomsten er fodterapeuter forpligtet til at opgive ventetider på sundhed.dk.

§ 24. Oplysninger til valg af fodterapeut – praksisdeklaration (uddrag)

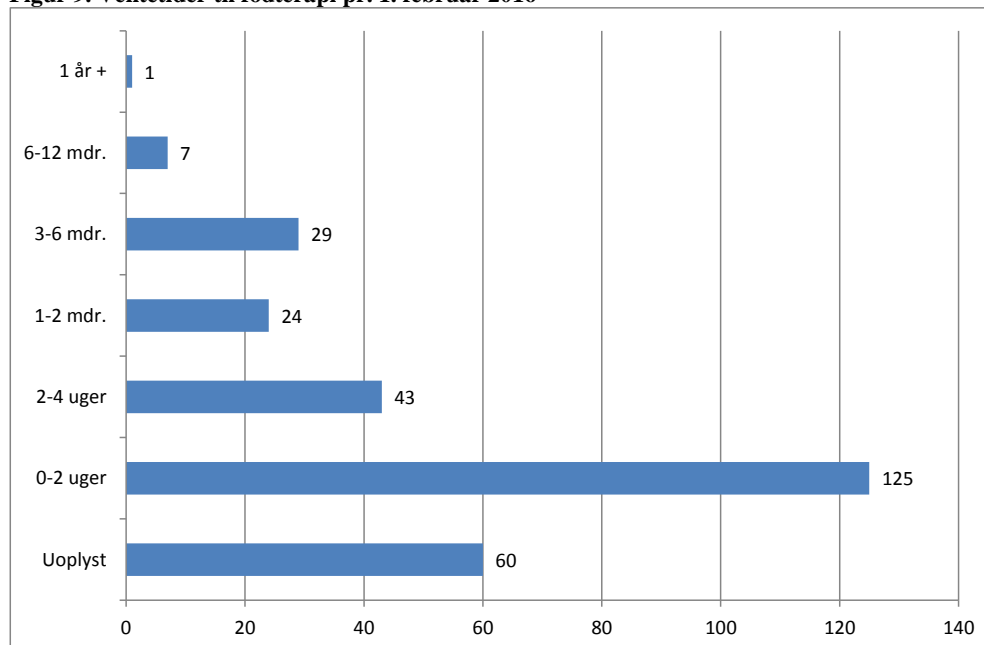
Stk. 1. Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patientens valg af fodterapeut, skal fodterapeuten udarbejde en praksisdeklaration, som offentliggøres på den fælles offentlige sundhedsportal sundhed.dk.

Stk. 2. Fodterapeuterne er forpligtet til at vedligeholde og opdatere egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne vedligeholdes på sundhed.dk, og der logges på ved brug af digital signatur.

I figur 10 ses de registrerede ventetider for fodterapeuter i Region Hovedstaden opgjort på baggrund af selvrapporterede ventetider fra sundhed.dk.

187 af fodterapeuterne havde pr. 1. februar 2016 ikke indberettet deres ventetid rettidigt, mens 60 af fodterapeuterne ikke har indberettet noget og derfor står som ”uoplyst”. Det betyder, at kun 42 (15 %) af fodterapeuterne har indberettet rettidigt, hvorfor det er svært at konkludere på data.

Figur 9. Ventetider til fodterapi pr. 1. februar 2016



Note: Ventetid opgjort for alle - inkl. dem, der ikke har indberettet rettidigt. Rettidig indberetning er max 60 dage ift. til den 1. februar 2016. Tallet for 'Uoplyst' dækker over, at der ikke er indberettet ventetider.

Samtlige fodterapeuter i Region Hovedstaden har fået tilsendt en henvendelse fra samarbejdsudvalget i forrige planperiode, med en opfordring til at opdatere/eller indrapportere ventetider på sundhed.dk.

Praksisplanens parter finder det vigtigt, at der i planperioden fortsat er fokus på at få alle fodterapeuter til at følge overenskomstens bestemmelser omkring indberetning af ventetiden.

Anbefaling

- At samarbejdsudvalget følger op på fodterapeuternes indberetning af ventetider til sundhed.dk.
- At der arbejdes for at gøre indrapporteringen af ventetider på sundhed.dk lettere og langt mere brugervenlig.

4. Fodterapipraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Målsætninger

- *At praktiserende fodterapeuter understøtter sammenhængende patientforløb*
- *At praktiserende fodterapeuter medvirker til velfungerende samarbejde og kommunikation med andre behandlere om fælles patienter*
- *At praktiserende fodterapeuter bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb*
- *At patienter og pårørende efter behov deltager i beslutninger om udvikling af fodterapeuters rolle i det samlede sundhedsvæsen*

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af fodterapipraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at fodterapipraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Der skal ligeledes sikres opfølgning og gode overgange mellem fodterapipraksis og de øvrige sundhedsaktører. Det er et særligt mål at styrke det sammenhængende patientforløb for de patienter, der har mest brug for en målrettet indsats. Det gælder især for patienter med samtidige forløb i flere sektorer.

For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem fodterapipraksis og øvrige sundhedsaktører, som har relation til de arbejdsopgaver, som udføres inden for fodterapiområdet. Der er væsentlige udfordringer i forhold til kommunikation, koordinering og samarbejde i patientforløbet, særligt i sektorovergange.

4.1 Patienten som aktiv samarbejdspart

Patientinddragelse handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil. Målet er, at den enkelte skal opleve autonomi og evne til at mestre eget sygdomsforløb. Patienten anses som en samarbejdspartner, hvor beslutninger, der har betydning for den enkelte, træffes sammen med vedkommende.

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. De skal opleve, at deres viden, behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Patienter, der er godt informerede og medbestemmende i patientforløbet i højere grad er motiverede for at følge en behandlingsplan og er mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl.²

Patienter har ikke de samme ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage ligeværdigt i beslutninger om eget behandlingsforløb. [Patienter har således forskellige sundhedskompetencer \(health literacy\)](#). Derfor skal de indsats, der tilbydes, ikke kun tage højde for patienternes ressourcer og ønsker, men også patienternes muligheder for at deltage i den fælles beslutningstagning. Derved øges muligheden for at patienterne – uanset social baggrund og situation – får størst muligt udbytte af den behandling, der tilbydes.

I fodterapipraksis handler patientinddragelse om at sikre det bedste forløb for patienten. Det kan sikres ved, at fodterapeuten videregiver information om behandlingsplanen og de indgåede aftaler om mål til henvisende læge, som kan være patientens egen praktiserende læge og eventuel anden henvisende læge.

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende.

I boks 3 gives nogle konkrete forslag til, hvordan der kan sikres god patientinddragelse i fodterapipraksis. [Der skal i højere grad være tale om et partnerskab mellem den sundhedsprofessionelle og patienten/pårørende.](#)

Boks 3. Konkrete forslag til god patientinddragelse i fodterapipraksis

God patientinddragelse i fodterapipraksis

- Ved første konsultation – vær opmærksom på, at patienten kan have gjort sig nogle tanker hjemmefra. Lyt til dem og inddrag dem evt. i behandlingsplanen.
- Lad patienten komme til orde - og kvitter. Det er vigtigt at give udtryk for, at man hører og forstår patienten.
- Hvad er problemerne? Opsummér, hvad patienten har sagt - lav en aftale om forløbet
- Hvad skal der gøres ved problemet?
- Fra konsultationen til patientens dagligdag – herunder instruks i egen pleje
- Sikkerhedsnet – vejledning hvis forværring i tilstanden.
- Inddrag pårørende hvis relevant.
- Giv patienten en kopi af fodstatus. Skriv evt. de indgåede aftaler ind her.
- Informér patienten om resultaterne af fodstatus.
- Send fodstatus med din behandlingsplan og de indgåede aftaler til egen læge.
- Sørg for at indhente det nødvendige samtykke fra patienten.

Anbefalinger:

- At fodterapipraksis fortsat søger at fremme patientinddragelse, bl.a. ved brug af forslag til god patientinddragelse som beskrevet i boks 3.

4.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af fodterapipraksis

Foruden samarbejdet med patienter og pårørende om den enkeltes forløb, kan patientsamarbejdet styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres på. I Region Hovedstaden er der eksempler på denne form for inddragelse af patienter og pårørende. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelsen af denne praksisplan.

Arbejdet med utilsigtede hændelser er et andet område, hvor patienter og pårørende har mulighed for at få indflydelse på udviklingen i fodterapipraksis (se kvalitetsafsnittet vedr. arbejdet med patientsikkerhed i fodterapipraksis).

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser via Dansk Patient-sikkerhedsdatabase (DPSD), som også anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker dog indtil videre i beskedent omfang.

Det er vigtigt, at patienter og pårørende får øget kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet de er med i hele forløbet og har mulighed for at være opmærksom på utilsigtede hændelser også på tværs af sektorer. Det er derfor vigtigt, at praktiserende fodterapeuter vejleder brugeren, hvis der sker en utilsigtet hændelse.

Anbefalinger:

- At patienternes perspektiv løbende og efter behov inddrages, når konkrete implementeringsindsatser sættes i værk i planperioden.
- At der i planperioden fokuseres på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.

4.3 Samarbejde om bestemte målgrupper

Der er nogle målgrupper, som har behov for en særlig fokuseret indsats. Dette gælder for patienter med samtidige forløb i flere sektorer, som patienter med diabetes og leddegigt.

Fodterapeuter spiller en central rolle i forhold til at kende symptomer og forebygge nogle af komplikationer hos ældre mennesker med diabetes. Enten ved behandling eller vejledning ud fra patientens helbredstilstand. Det gælder især patienter der er sårbare, som eksempelvis er tilknyttet til kommunale tilbud, har hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis og er i kontakt med forskellige sundhedsfaglige medarbejdere.

Sker der ændringer i patientens helbredstilstand, er det en af fodterapeutens opgaver at vejlede patienten om at søge læge. Fodterapeuterne i samarbejde med andre sundhedsfaglige behandlere spiller en væsentlig rolle i forhold til denne tidlige opsporing.

Patienter med diabetes

Patienter med diabetes står for den væsentligste udgift på fodterapiområdet, da denne patientgruppe repræsenterer ca. 84 % af det samlede forbrug.

Det diabetiske fodsår opstår efter nogle års diabetesvarighed og forårsages bl.a. af kombinationer af nedsat følesans på fødder og nedsat kredsløb. Den manglende følesans bevirker, at diabetikeren ikke advares mod tryk og infektion med de sædvanlige symptomer. Tilstanden kan derfor udvikle sig hastigt, og kan i ubehandlet tilfælde medføre amputation.

Diabetisk fodsår er den alvorligste og mest omkostningstunge senfølge ved diabetes, fordi sårene heler dårligt og kan føre til amputation. Omkring 15 % af alle diabetespatienter vil udvikle et fodsår på et eller andet tidspunkt i deres liv. Af disse vil 70 % få et nyt sår inden for de næste fem år.³

Fodsår kan blandt andet forebygges ved årlig risikovurdering og behandling hos en fodterapeut. Data viser imidlertid, at mindre en tredjedel får den anbefalede og tilskudsberettigede risikovurdering af deres fødder. Jf. afsnit 4.4.1.

Målet med tidlig opsporing af kronisk sygdom, i dette tilfælde diabetes, er at nedsætte forekomsten af sygdomskomplikationer og dødelighed samt at opnå forbedret livskvalitet for patienten gennem en tidlig og rettidig indsats. Indsatsen er målrettet patienter, som allerede har udviklet sygdom eller tidlige stadier af sygdom, så de hurtigst muligt kan komme i relevant behandling.

Regelmæssig kontrol ved fodterapeut betyder, at den diabetiske patient vil få løbende undervisning, kontrol af fodtøj, behandling af fejlstillinger, hud og negle samt observation og viderehenvielse.

I Region Hovedstadens udkast til revideret forløbsprogram for type-2 diabetes anbefales det, at alle type 2-diabetes patienter mindst en gang årligt skal have udført en fodstatus ved en sundhedsprofessionel med de

³ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/diabetisk-fodsaar/>

relevante kompetencer: Læge, sygeplejerske eller autoriseret fodterapeut (primærsektoren). Forløbsprogrammet er revideret i 2014-15 (første revision), og forløbsprogrammet har været gældende i Region Hovedstaden siden 2009.

Ifølge vejledning for type-2 diabetes fra Dansk Selskab for Almen Medicin bør fodstatus som udgangspunkt finde sted ved en statsautoriseret fodterapeut. Dernæst anbefales det, at en meget stor del af type-2 diabetespatienterne tillige bør kontrolleres hyppigere og profylaktisk behandles af autoriseret fodterapeut.

Fodterapeuten har en vigtig rolle i forhold til at følge forløbsprogrammets anbefalinger. Det er derfor vigtigt, at fodterapi praksis især kender forløbsprogrammets sundhedsfaglige indhold, anbefalinger og tilbud til den enkelte patient.

Diabetes er en kronisk sygdom, som stiller store krav til den enkelte patient om at deltage aktivt i behandlingen. Dette gælder ikke kun den medicinske del af behandlingen, men også i høj grad i forhold til de livsstilsinterventioner, der er nødvendige i dagligdagen for at opnå en optimal regulering og et godt liv med diabetes.

Undersøgelser har vist, at ca. halvdelen af patienter med diabetes, oplever en betydelig forringelse af helbred og livskvalitet. Undersøgelser viser endvidere, at et flertal af mennesker med diabetes udtrykker betydelig bekymring for fremtiden, angst for lavt blodglukose, og mange føler sig udrændt på grund af deres diabetes.⁴ Hyppigheden af dårlig psykisk trivsel er således højt hos patienter med diabetes i forhold til befolkningen som helhed. Endvidere er der evidens for, at patienter med diabetes har en øget forekomst af psykiske lidelser herunder angst, depression og spiseforstyrrelser.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at patienter med diabetes kan have en øget forekomst af psykiske lidelser, som følge af deres sygdom, og at fodterapeuter bestræber sig på at guide patienten til at søge hjælp hos egen læge.

Patienter med svær leddegigt

Leddegigt er en inflammatorisk sygdom, hvor leddene rammes af en betændelsesreaktion. De ramte led vil oftest være hævede, ømme og stive. Derudover vil nogen opleve andre symptomer som træthed, feber, vægttab og andre symptomer.

Patienter med svær leddegigt henvises af den praktiserende læge til fodterapeuten, når patienten har nedsat evne til selvhjælp og som følge deraf ikke kan varetage egen fodpleje. Nogle patienter i denne gruppe vil også have gavn af specielt fremstillede indlæg og aflastninger samt bøjlebehandling.

Det er erfaringen, at for få patienter har kendskab til de muligheder for behandling hos fodterapeut, der inden for overenskomstens rammer.

Anbefalinger:

- At der arbejdes for at udbrede kendskabet til fodterapeuters rolle i forløbsprogrammet for type-2 diabetes yderligere.
- At [fodterapeuter fodterapi praksis](#) er opmærksomme og har et helhedssyn på patienten, således patienten eventuelt bliver vejledt i at søge behandling hos andre sektorer, [herunder til kommunale tilbud.](#)
- At der arbejdes på at almen praksis for større kendskab til de muligheder, der er for behandling med tilskud hos en fodterapeut.
- At der arbejdes for at flere diabetespatienter i regionen får den anbefalede og tilskudsberettigede risikovurdering.

⁴ Medlemsblad / statsautoriserede fodterapeuter, 6. november 2015

4.4 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

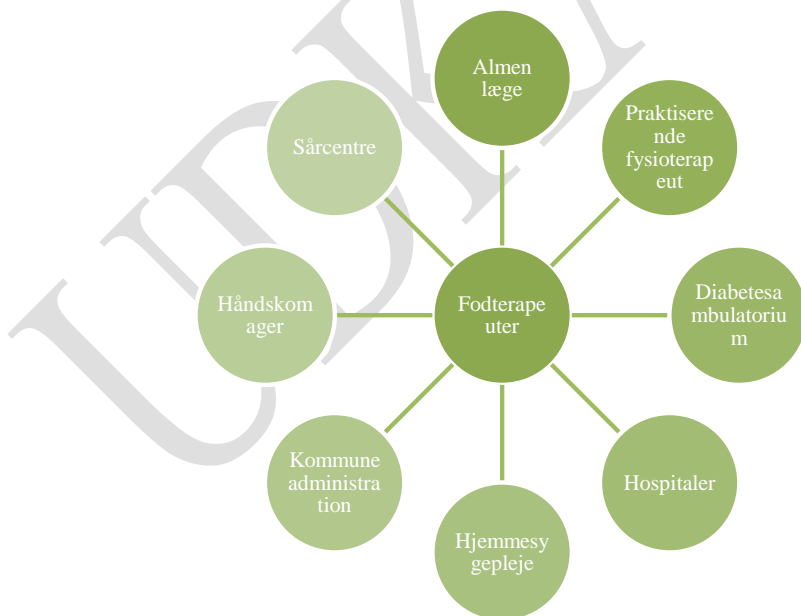
Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Det kræver, at den enkelte patient er i centrum, og at der sker en koordinering på tværs af afdelinger, specialer og sektorer.

Patienten skal have oplevelsen af, at de enkelte elementer giver mening i forhold til det samlede forløb. Derfor skal patienten vejledes og informeres om dels de enkelte undersøgelses bidrag i forhold til hele forløbet og dels om resultater og evt. ændringer af planerne.

Det er vigtigt i samarbejde med patienter og pårørende, at der er god kommunikation mellem fodterapeuter og øvrige sundhedsbehandlere, så alle sikres de relevante oplysninger. Dette kræver dog, at der er indhentet det nødvendige samtykke fra patienten.

Patienter med diabetes bliver ofte behandlet hos flere behandlere, og udgør praktiserende fodterapeuters største patientgruppe. Det er vigtigt i forhold til den enkelte patient, at der foregår en relevant kommunikation mellem behandlerne og at den kommunikation/information, der bliver givet til patienterne er konsistent. Figur 10 viser en oversigt over de aktører, som fodterapeuter samarbejder med omkring en række arbejdsopgaver.

Figur 10. Samarbejdsflader mellem fodterapeuter og øvrige aktører



4.4.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

Almen praksis er de praktiserende fodterapeuters vigtigste samarbejdspart, idet hovedparten af patienterne henvises herfra til fodterapeutisk behandling. I de tilfælde, hvor patienten afslutter et behandlingsforløb ved fodterapeuten (fx nedgroede negle), er det igen den alment praktiserende læge der får patienten tilbage. Ved varige eller langvarige behandlingsforløb (f.eks. diabetespatienter) gives tilbagemelding til almen praksis, hvis der sker ændringer.

Samarbejde og kommunikation mellem de to parter sker særligt omkring patienter med diabetes. Ifølge overenskomsten skal de praktiserende fodterapeuter indgå i og følge anbefalingerne i forløbsprogrammet for patienter med diabetes.

Det følger af overenskomstens § 2 samt protokollat om fodterapeutens arbejdsområde, at fodterapeuten skal foretage en årlig vurdering af fodlidelse hos patienter med diabetes. Dette kaldes for en fodstatus.

Den tværsektorielle kommunikation til almen praksis foregår elektronisk. Minimum en gang årligt sendes risikovurdering i form af fodstatus, hvor behandlingsplanen osv. fremgår af bemærkningsfeltet. Der kan foregå kommunikation mellem fodterapeuten og den praktiserende læge omkring diabetiske fodsår, når fodterapeuten foretager beskæring af den hårde hud omkring såret, og imellem kontrollerne hos egen læge og/eller sårcenter. Parterne kan også i den forbindelse gå i dialog omkring patientens eventuelle manglende efterlevelse af fastlagt behandlingsplan samt eventuelt om viderehenvielse til sårcenter.

Fodstatus og risikovurdering

Fodstatus er en grundig undersøgelse af bl.a. blodomløb og sensibilitet og dermed en vurdering af risikoen for fodsår

Almen praksis kan ikke i alle tilfælde se bemærkningsfeltet, hvor fodterapeuter gerne skriver oplysninger, som lægen skal være særlig opmærksom på.

Elektroniske henvisninger

Henvisningen til risikovurdering i form af fodstatus bliver sendt elektronisk fra den praktiserende læge, så fodterapeuten kan hente den direkte via internettet. Den elektroniske henvisning skal være ledsaget af relevante data og oplysninger om bl.a. følgesygdomme, som er nødvendige i forbindelse med risikovurdering. Henvisningen skal som minimum indeholde oplysninger om:

- Væsentligt Nedsat syn pga. diabetes
- Væsentligt Nedsat nyrefunktion
- Iskæmi (dårligt kredsløb)
- neuropati (ændret følesans)

Der skal i planperioden arbejdes på at forbedre den gensidige kommunikation, herunder i forbindelse med henvisninger og fodstatus.

Risikostratificering

Risikostratificeringen er den vurdering, fodterapeuten laver til den årlige fodstatus. Den er et udtryk for risikoen for at udvikle fodsår og har betydning for, hvor mange behandlingsydelse den enkelte kan få tilskud til - og hvilken risikogruppe, man tilhører. Risikovurderingen afspejler patientens risiko for at udvikle diabetiske fodsår. Diabetespatienterne opdeles i 4 risikogrupper: gr. 1.lavrisikopatient, gr. 2.mellemrisiko patient, gr. 3.højrisikopatienter og gr. 4.højrisikopatienter med særlige behov. Fodterapeuten sender resultatet af sine undersøgelser til den henvisende læge.

Fodsår kan forebygges ved årlig risikovurdering og behandling hos en statsaut. fodterapeut. Sammenholder man antallet af patienter med diabetes med antallet af afsendte fodstatus, kan man se, at mindre end en tredjedel får den anbefalede og tilskudsberettigede risikovurdering af deres fødder. Derfor er det vigtigt, at almen praksis henviser alle relevante patienter til at få udført en årlig fodstatus og risikovurdering. Det skal samtidig undgås, at undersøgelsen gentages unødigt – altså udføres dobbelt.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes med at forbedre den gensidige kommunikation mellem fodterapeuter og almen praksis.
- At korrespondancemeddelelsen kan anvendes til kommunikation af vigtige informationer til almen praksis [og hjemmesygeplejen](#).
- At kvaliteten af henvisningen fra læger til fodterapeuter forbedres.
- At der arbejdes for at almen praksis henviser alle relevante patienter til at få udført en årlig fodstatus og risikovurdering. De praktiserende læger skal informeres om vigtigheden af fodscrening og risikovurdering.

4.4.2 Samarbejde og kommunikation med hospitaler

De praktiserende fodterapeuter bør ligeledes have et tæt samarbejde med sårcentre og diabetesambulatorier omkring sårbehandling, idet en del patientforløb foregår på hospitalerne.

Telesårprojektet i Region Hovedstaden

Telemedicinsk sårsvurdering er implementeret i Region Hovedstaden i 2015 og anvendes i regionens 29 kommuner og fem sårcentre/ambulatorier. Telemedicinsk sårsvurdering gør det muligt for sundhedsprofessionelle i det kommunale hjemmesygeplejeregion let og sikkert at kommunikere med – samt modtage rådgivning af - sårambulatorium ved at udveksle billeder og beskrivelser af sår via en telemedicinsk løsning ([Pleje.net/sårjournalen](#)).

Det er intentionen, at dette projekt også kommer til at omfatte praktiserende fodterapeuter.

Det er aktuelt muligt for fodterapeuter at få læse- og skriveadgang til en specifik borgers sundhedsoplysninger i Pleje.net. Læseadgang giver fodterapeuten mulighed for at læse de sundhedsoplysninger, som hhv. den kommunale sårsvurderer og sårambulatorium/centret har registreret i Pleje.net om en patient som fodterapeuten aktuelt har i behandling. Derudover er det muligt for fodterapeuter at få skriveadgang til en specifik borgers sundhedsoplysninger. Dette opnås ved, at borgeren eller fodterapeut, efter at have indhentet patient-samtykke, anmoder den kommunale sårsvurderer om at tildele fodterapeuten skriveadgang til Pleje.net.

Praksisplanens parter vurderer, at det vil forbedre samarbejdet om sårpatienter, hvis fodterapeuter tilknyttes telesårprojektet med egen brugeradgang til Pleje.net og dermed får mulighed for rådgivning fra sårambulatorium/center. Der er imidlertid behov for at afklare spørgsmål fra fodterapeuterne og få klarlagt de aftalemæssige rammer før det kan ske.

Både fodterapeuter, sårsvurderer og læger efterspørger mulighed for at indgå i mere formelle og faglige netværk, hvor der vil være mulighed for at udveksle faglighed og erfaringer på tværs af fag og sektorer. Foruden netværksdannelse, kan der også ske en erfaringsudveksling ved brug af almindelig kommunikation over telefon eller mail, hvor der kan foregå rådgivning om patienten etc. Det bemærkes, at der i den henseende skal tages hensyn til beskyttelse af personoplysninger.

Anbefalinger

- At der arbejdes for at praktiserende fodterapeuter bliver tilknyttet telesårprojektet At der tages lokale initiativer til at etablere netværk mellem sårcentre / diabetesambulatorier, kommunale hjemmepleje og praktiserende fodterapeuter i lokalområdet
- At almindelig kommunikation over telefon, eller mail [eller edifact⁵](#) anvendes i højere grad vedrørende information eller rådgivning om patienten, dog under hensyntagen til beskyttelse af personoplysninger.

4.4.3 Samarbejde og kommunikation med kommune (især hjemmeplejen)

Fodterapeuter bør samarbejde med den kommunale hjemmepleje i relation til patienter, der bliver behandlet begge steder. Ofte foregår kommunikationen mellem de to parter via patientens egen læge, hvor fodterapeuten kan give anbefalinger om hjemmepleje til patienterne via patientens praktiserende læge.

Der kan også peges på et område, hvor der mere er tale om et opgavemæssigt sammenfald end decideret samarbejde: nemlig i forhold til de kommunale sårteams. De praktiserende fodterapeuter indgår dog ikke i de kommunale sårteams og har ikke adgang til at kontakte sårteams direkte.

Parterne anbefaler derfor at styrke samarbejdet og kommunikationen mellem sårsygeplejersker og fodterapeuter, både af hensyn til et sammenhængende forløb for patienten, samt for at undgå dobbeltundersøgelser. Samarbejdet kan foregå i enten borgerens hjem eller på sårklinik i kommunen.

For at udvikle samarbejde og dialog om denne kategori af patienter kan der etableres et pilotprojekt i en enkelt kommune.

Anbefalinger:

- At kommunerne informeres om, at en oversigt over fodterapeuter med overenskomst er tilgængelig på sundhed.dk
- At der tages lokale initiativer til at etablere netværk mellem sårcentre/diabetesambulatorier, den kommunale hjemmepleje og praktiserende fodterapeuter i lokalområdet
- At almindelig kommunikation over telefon eller mail anvendes i højere grad vedrørende information eller rådgivning om patienten, dog under hensyntagen til beskyttelse af personoplysninger.
- At der etableres et pilotprojekt i en enkelt kommune omkring kommunikation mellem sårsygeplejersker og fodterapeuter i forhold til patienter med diabetiske sår.

4.5 Nye samarbejdsformer

Der er særligt behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra alle sektorer. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter og nogle grupper af borgere med kronisk sygdom med hyppige genindlæggelser forårsaget af tilstande, der potentielt kunne være forebygget gennem tidlig og koordineret indsats fra kommune, hospital og praksissektor, jf. afsnit 4.3.

Der er behov for at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på de områder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne.

⁵ [Edifact er udveksling af strukturerede data på en sikker forbindelse.](#)

I regionens sundhedsaftale med kommunerne er det en politisk målsætning, at region, kommuner og praksissektoren afprøver nye samarbejdsformer og implementerer nye modeller for en integreret opgaveløsning. Udgangspunktet er samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. De nye samarbejdsformer kan f.eks. afprøves ved etablering af fælles adresser med regionale og/eller kommunale tilbud.

Lokalt i regionen og kommunerne, nationalt og internationalt er man i gang med at afprøve organisatoriske modeller med større eller mindre grad af integration omkring fælles mål, ledelse og organisation, medarbejdere og økonomi. Nationale og internationale erfaringer, der både indeholder kommunale og regionale sundhedstilbud, skal inddrages i afprøvningen og udviklingen af nye modeller for integreret opgaveløsning, der også kan involvere fodterapipraksis.

Der er en efterspørgsel på praktiserende fodterapeuter i sundhedshuse, hvori den kommunale hjemmepleje indgår. Det vurderes at være fagligt meget relevant og en god service for borgeren, som får behandling i mange sektorer.

Anbefalinger:

- At fodterapeuter inddrages i regionens arbejde med sundhedshuse og organisationsformer i relation til sundhedsaftalen, hvor det er relevant.
- At fodterapeuter gøres opmærksomme på de muligheder og den efterspørgsel der er på fodterapipraksis i sundhedshuse, hvor den kommunale hjemmepleje eller sårsygeplejerske indgår.

5. Kvalitetsudvikling i fodterapipraksis

Målsætninger

- *At fodterapipraksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling*
- *At fodterapipraksis arbejder ud fra gældende faglige retningslinjer og inddrager disse i behandlingen*
- *At patientsikkerhed i fodterapipraksis styrkes*
- *At fodterapipraksis understøttes gennem undervisnings- og kursustiltag, som løfter kvaliteten og samarbejdet mellem fodterapeuter og samarbejdsparter*

Arbejdet med kvalitetsudvikling er et vigtigt element i bestræbelserne på at sikre de praktiserende fodterapeuters rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. Arbejdet med kvalitet skal derfor udvikles og understøttes, så det sikres at de praktiserende fodterapeuter har fokus på kvalitet i behandlingen, arbejder med læring og forbedring samt systematisk kvalitetsudvikling.

En fælles kvalitetskultur består af følgende elementer:

- Udvikling og akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel.
- Dokumentation af kvaliteten via data og feedback
- Behandling i overensstemmelse med faglige evidensbaserede vejledninger
- Patientsikkerhed og patientinddragelse
- Effektiv ressourceudnyttelse

Kvalitetscirklen er grundlag for arbejdet med kvalitet i Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitetscirklen, også kaldet PDSA-cirklen, tager udgangspunkt i 4 trin: planlægge, udføre, undersøge og handle.

Efter en præsentation af rammerne for kvalitetsudvikling, vil forskellige indsatsområder blive fremhævet.

Det er afgørende, at der ved påtænkte initiativer sikres fokus på udvikling af den samlede kvalitet af arbejdet i fodterapipraksis.

5.1 Rammer for kvalitetsudvikling

Nationale kvalitetsinitiativer, Kvalitet i praksis – regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområdet, samt overenskomsten for fodterapipraksis danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan.

Kvalitet indgår som et centralt emne i overenskomsten for fodterapi. Her fremgår det, at parterne er enige om at styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i fodterapipraksis, og rammen for kvalitetsarbejdet skal foregå i regi af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 1. Regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling

Målsætninger

- Den Danske Kvalitetsmodel udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- ”Kvalitetscirklen” benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer og ”best practice”
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

5.1.1 Den Danske Kvalitetsmodel

Som en del af overenskomsten 2014 for fodterapi, blev det besluttet at udvikle en kvalitetsmodel for fodterapeutpraksis i Danmark. Udgangspunktet skulle være Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM.

Den Danske Kvalitetsmodel er en fælles kvalitetsudviklingsmodel for det danske sundhedsvæsen. Formålet med DDKM er at fremme kvaliteten af patientforløb, at fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske patientoplevede kvalitet samt at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet. DDKM er metodemæssigt et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af akkrediteringsstandarder og en akkrediteringsproces.

Standardsættet for fodterapeuter [er blevet pilottestet](#) i 10 klinikker spredt over landet, [og der foreligger en evaluering med henblik på at færdiggøre standardsættet](#). På baggrund af pilottesten er det besluttet, at standardsættet skal indeholde 8 standarder for god kvalitet i fodterapeutpraksis. [Pilottesten løber frem til marts 2016, hvor der gennemføres survey i de 10 klinikker. Herefter vil der blive foretaget en evaluering med henblik på at færdiggøre standardsættet.](#)

[Der er udarbejdet 10 vejledende standarder for god kvalitet i fodterapeutpraksis.](#) Standardsættet dækker væsentlige arbejdsprocesser indenfor fodterapeutpraksis. Vilkår for den endelige implementering i hele sektoren vil blive del af de kommende overenskomstforhandlinger. Næste overenskomst på fodterapiområdet forventes at træde i kraft i [1. oktober 2017 foråret 2017.](#)

Anbefaling

- At der sker en implementering af DDKM's akkrediteringsstandarder for fodterapeutpraksis når denne er trådt i kraft med næste overenskomstaftale for fodterapeutpraksis.

5.2 Patientoplevet kvalitet

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet. [Der er her fokus på, at patienter oplever høj kvalitet i fodterapeutpraksis.](#)

[Patientoplevet kvalitet og vurdering af patienttilfredshed er centralt i DDKM. Der er her fokus på, at patienter oplever høj kvalitetsniveau i fodterapeutpraksis.](#)

Patientinddragelse bør være et element i den løbende kvalitetsudvikling i fodterapeutpraksis, fx:

- I patienttilfredshedsundersøgelser.

- Ved gennemførelse af DDKM, hvori der også er en vejledende standard om patientbehandling og information.
- Inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsanalyser.

Anbefalinger

- At der i planperioden fokuseres på udvikling og kvalitetsforbedringer på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.
- At følge arbejdet med at skabe læring ved inddragelsen af patienterne.

5.3 Implementering af kliniske retningslinjer

Arbejdet med kvalitetsudvikling og kliniske retningslinjer i fodterapi praksis fremgår af overenskomstens kapitel 6, § 25A og B. Når der foreligger en national klinisk retningslinje, er det vigtigt, at der følges op regionalt.

Den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår skal bidrage til en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, til at sikre sammenhængende patientforløb samt til at sikre vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper.

Samlet beskriver denne kliniske retningslinje, hvordan udredning af personer med diabetiske fodsår bør fokusere på diagnostik af infektion, perifer arteriel insufficiens og neuropati. Retningslinjen beskriver desuden, hvilken behandling der anbefales, hvordan behandlingen med fordel kan foregå i tæt samarbejde mellem almen praksis, fodterapeuter og et multidisciplinært team med særlige kompetencer i udredning og behandling af diabetiske fodsår.

Efterfølgende har Sundhedsstyrelsen ligeledes udarbejdet faglige visitationsretningslinjer for personer med diabetiske fodsår.

Både for de kliniske retningslinjer og visitationsretningslinjer er det vigtigt, at kendskabet til disse udbredes i et samarbejde med de involverede sundhedsaktører, herunder de praktiserende fodterapeuter.

I den hidtidige planperiode har der været afholdt workshops med henblik på at give fodterapeuter kendskab til de retningslinjer og forløbsprogrammer, der foreligger med relevans for fodterapeuternes arbejdsområde. Der har ligeledes været afholdt orienteringsmøder om fodsår og positivlisten, som havde til formål at øge kendskabet til behandling af sår og sårprodukter.

Parterne er enige om, at denne indsats skal fortsættes i indeværende planperiode, ligesom området skal følges med henblik på at forbedre fodterapeuternes indsats i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Anbefalinger

- At der undervises i fodterapeuters rolle i kliniske retningslinjer mv.
- At det sikres, at indholdet af kliniske retningslinjer er kommunikeret ud til de praktiserende fodterapeuter.

5.4 Patientsikkerhed

Praktiserende fodterapeuter er, ligesom den øvrige praksissektor, omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) i Dansk Patientsikkerhedsbase. Det betyder, at også de praktiserende fodterapeuter systematisk og konsekvent skal lære af de utilsigtede hændelser, der finder sted i fodterapipraksis.

I Region Hovedstaden er der nedsat et patientsikkerhedsråd for praksissektoren og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af de utilsigtede hændelser.

I Region Hovedstaden bliver rapporterne vedr. utilsigtet hændelser sendt til et praksisteam bestående af risikomanagere, der arbejder med hændelser fra blandt andet fodterapeuter. Af bilag 3 fremgår vejledning til hvordan rapporteringsskemaet udfyldes. Det skal understreges, at sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser sker fortroligt og alene med henblik på læring.

Erfaringerne viser, at der rapporteres meget få utilsigtede hændelser i fodterapipraksis. Data fra 2015 viser, at der alene er rapporteret én utilsigtet hændelse. Det er derfor fortsat vigtigt, at de praktiserende fodterapeuter tilskyndes til at identificere og rapportere hændelser og til at arbejde systematisk og konsekvent med de utilsigtede hændelser, der finder sted i praksis.

På den baggrund parterne enige om at der i planperioden rettes en indsats mod de praktiserende fodterapeuter for at udbrede kendskabet til UTH. I den forbindelse skal det også fremgå, at der er tale om et fortroligt, ikke-sanktionerende system.

Praksiskonsulentordningen har i forrige planperioden samarbejdet med den regionale patientsikkerhedsorganisation om at øge patientsikkerheden i praksis ved målrettede formidlingsindsatser og eventuelle undervisningsindsatser for praksis, når det skønnes relevant. Dette arbejde fortsættes i kommende planperiode.

Endeligt er det væsentligt at sikre, at læring som følge af rapporteringen af utilsigtede hændelser formidles til relevante dele af region, kommuner og praksis og anvendes som redskab til kvalitetsudvikling.

Anbefaling

- At de praktiserende fodterapeuter tilskyndes til at identificere og rapportere hændelser og arbejde systematisk og konsekvent med de utilsigtede hændelser.
- At der i planperioden arbejdes med at konkretisere og eksemplificere forhold og hændelser, der bør indberettes som utilsigtede hændelser.

5.5 IT-kommunikation (elektronisk kommunikation)

Kommunikationen mellem sundhedsaktørerne foregår i dag elektronisk, og det er vigtigt at fodterapeuterne er med i denne udvikling og samarbejde.

Siden overenskomsten i 2011 har fodterapeuterne været forpligtet til at implementere it-værktøjer for at komme op på niveau med det øvrige sundhedsvæsen. Der gælder således overordnet set de samme krav til de praktiserende fodterapeuter omkring brugen af it i patientbehandlingen som for de øvrige ydergrupper.

Ifølge overenskomsten er fodterapeuter forpligtet til at kunne anvende forskellige it-værktøjer, hvilket drejer sig om en sikker internetforbindelse, brug af digital signatur (til brug for opdatering af praksisdeklaration på

sundhed.dk samt adgang til henvisningshotellet Refhost) og elektronisk journalsystem, som understøtter relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter gældende MedCom – standarder.

Til at understøtte brugen af it i fodterapi praksis eksisterer der en regional datakonsulentfunktion, som blandt andet betjener praktiserende fodterapeuter.

På baggrund af workshops om fodterapeuternes rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen vil praksiskonsulenter og specialekonsulenterne i endokrinologi udarbejde information til praktiserende læger om fodterapeuternes behov for oplysning til den videre behandling. Der skal ligeledes fortsat ske en indsats i forhold til at få fodterapeuter til at fremsende fodstatus til de praktiserende læger. Se afsnit 4.4.1, 4.4.2 og 4.4.3 for en beskrivelse samt anbefalinger på dette område.

5.6 Efteruddannelse

Efter- og videreuddannelse af praksissektorens fodterapeuter er organiseret nationalt og foregår i regi af Danske Fodterapeuter.

Der kan være behov for regionale efteruddannelses tiltag eksempelvis i forhold til at opkvalificere kompetencer og metoder til kvalitetsudvikling eller til at implementere nationale kliniske retningslinjer eller forløbsprogrammer i Region Hovedstaden. Regionale efteruddannelses tiltag bør udarbejdes og gennemføres i samarbejde med praksiskonsulentordningen.

Parterne er enige om, at det er vigtigt, at fodterapeuter er på forkant med den nyeste faglige viden inden for området. I den forbindelse påpeges behovet for at mødes med andre sundhedsfaglige aktører, for at den vej at få adgang til ny viden. Derfor mener parterne, at det vil give meget værdi at afholde tværfaglige arrangementer med deltagelse af de praktiserende fodterapeuter.

Anbefaling

- At der afholdes en årlig temadag, hvor de praktiserende fodterapeuter med deltagelse af andre faggrupper mødes for at drøfte relevante og aktuelle temaer.

5.7 Praksiskonsulenternes rolle i kvalitetsudviklingen

Praksiskonsulenterne er praktiserende fodterapeuter, som er konsulentansat nogle timer ugentlig i regionen.

Praksiskonsulenterne fungerer som regionens faglige sparringspartnere, ambassadører for kvalitetsudvikling og udøvere af konkrete projekter og aktiviteter. Praksiskonsulentordningen betragtes som et vigtigt implementeringsredskab for kvalitetsudvikling i fodterapi praksis.

En af praksiskonsulenternes vigtigste opgaver er at understøtte implementeringen af anbefalingerne i praksisplanen.

I forhold til kvalitetsudvikling vil det være en opgave for praksiskonsulenterne at medvirke til at understøtte kendskab til kliniske retningslinjer, og bidrage til at skabe netværk samt sikre videndeling mellem regionens fodterapeuter. Opgaverne varetages bl.a. gennem at arrangere informationsmøder, workshops og ved at give skriftlig information til fodterapeuter i nyhedsbreve og på sundhed.dk.

Anbefaling

- At praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med understøttelse af kvalitetsudvikling.

6. Bilagsoversigt

Bilag 1. Grundbeskrivelse Fodterapipraksis 2017-2020 i Region Hovedstaden

Bilag 2. Høringsliste af Praksisplan for Fodterapi 2017-2020

~~Bilag 3. Rapportering af utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)~~

UDKAST

Bilag 1.

Grundbeskrivelse Fodterapipraksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2017-20 (version xx)

Omfatter speciale 54, 55, 59 og 60.

UDKAST

Indholdsfortegnelse

Ordforklaringsliste.....	42
Region Hovedstadens geografiske inddeling	44
Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden	44
Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden. Fejl! Bogmærke er ikke defineret.	
Kapaciteter og befolkningsunderlag.....	46
Tabel 2. Antal borgere fordelt på regioner	46
Tabel 3. Antal kapaciteter fordelt på kliniktype og planområder.....	46
Befolkningsunderlag – herunder diabetikere - ift. kapaciteter	47
Tabel 4. Borgere i alt og borgere med diabetes ift. kapaciteter opdelt på planlægningsområder 2015.....	47
Forbrug på de fire specialer.....	48
Figur 2. Udvikling i forbrug (bruttohonorar) fordelt på specialer 2012-15 (løbende priser)	48
Figur 3. Antal patienter fordelt på aldersgrupper og specialer 2015	48
Tabel 5. Forbrug i alt opdelt på planområder 2015	49
Figur 4. Udvikling i forbrug (bruttohonorar) pr. fodterapeutpatient fordelt på planområder 2012-15	49
Tabel 6. Forbrug vedr. diabetes opdelt på planområder 2015	50
Figur 5. Udvikling i forbrug (bruttohonorar) pr. diabetespatient fordelt på planområder 2012-15.....	50
Produktion med særligt fokus på diabetes.....	51
Figur 6. Produktion (bruttohonorar) pr. fodterapeutpatient for alle specialer 2015, aldersfordelt.....	51
Figur 7. Produktion (bruttohonorar) pr. diabetespatient 2015, aldersfordelt.....	51
Sammenligning af produktion og forbrug	52
Tabel 7. Sammenligning af produktion og forbrug opdelt på planområder 2015	52
Figur 8. Udvikling i produktion og forbrug (bruttohonorar) 2012-15 (løbende priser)	53
Figur 9. Udvikling i fodstatus (speciale 54) fordelt på regioner 2012-15	53
Prognose for udviklingen i patienter med diabetes og svær leddegigt	52 54
Figur 10. Prognose for udviklingen i antal patienter med diabetes 2016-2025	53 54
Figur 11. Prognose for udviklingen i antal patienter med svær leddegigt 2016-2025.....	53 54
Tabel 9. Pendlerstatistik	55

Ordforklaringsliste

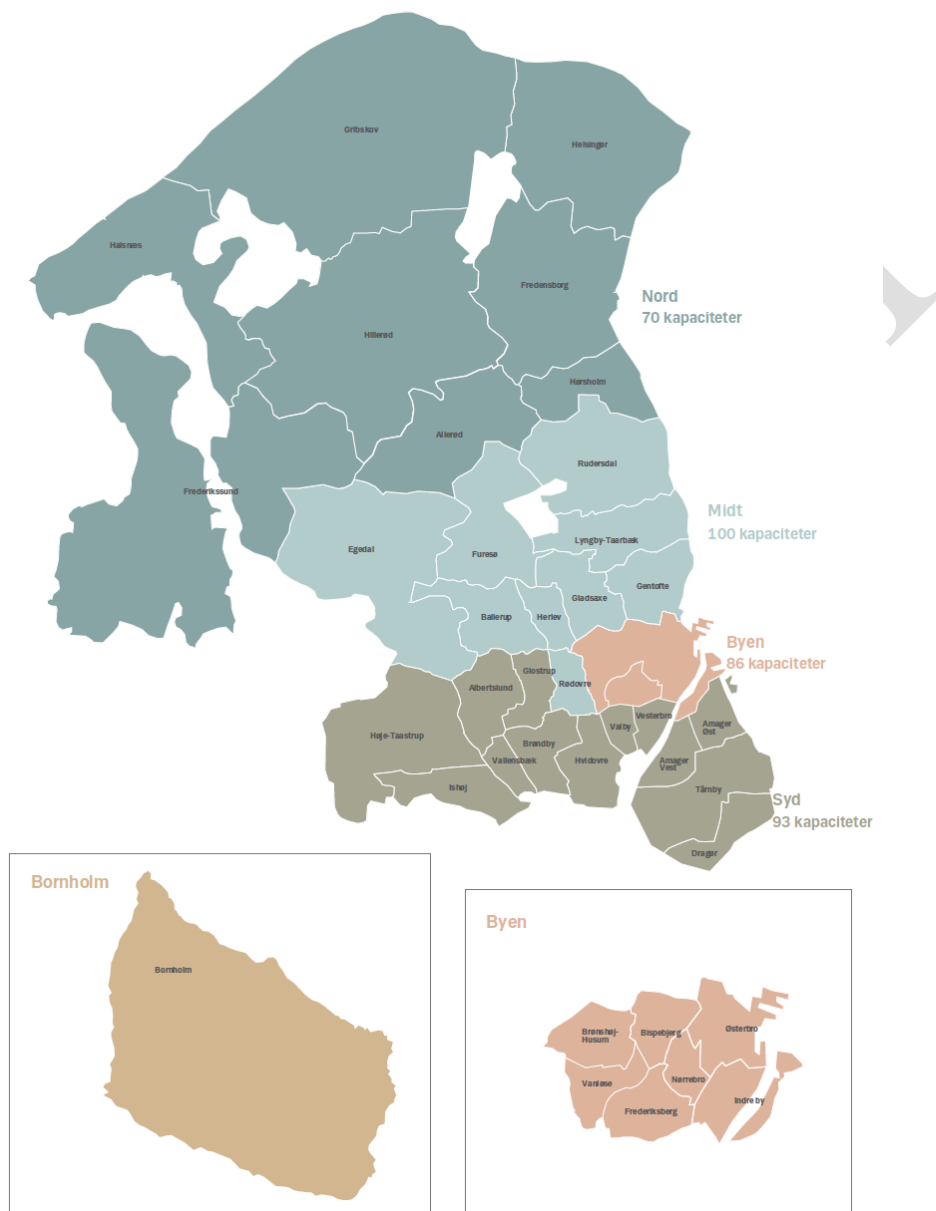
I grundbeskrivelsen og praksisplanen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

Speciale 54:	Behandling af patienter med diabetes.
Speciale 55:	Behandling af patienter med nedgroede tånegle.
Speciale 59:	Behandling af patienter med arvæv efter strålebehandling af fodvorter.
Speciale 60:	Behandling af patienter med svær leddegigt.
Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her fodterapeut) registreres med centrale data. En del af praksisplanens data bygger på data fra dette register.
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst. Ydernummeret anvendes til afregning.
Kapacitet:	Udtryk for det antal fodterapeuter, der har ret til at praktisere efter overenskomst. I dag har langt de fleste fodterapeuter med et ydernummer én kapacitet. Såfremt en fodterapeut med ydernummer efter ansøgning får tildelt en behandlende medhjælp efter overenskomstens § 16, stk. 1, vil der være knyttet yderligere en kapacitet pr. behandlende medhjælp til ydernummeret.
Ledig kapacitet:	En ubesat kapacitet, der afventer at blive tildelt en fodterapeut.
Mobil kapacitet:	En mobil kapacitet er ikke tilknyttet en klinik. En mobil fodterapeut er en fodterapeut uden fast klinikadresse. Som hovedregel er den mobile kapacitet dog tilknyttet en klinik.
Enkeltmandspraksis:	Virksomhed som statsautoriseret fodterapeut udøvet af enkeltperson uden økonomisk fællesskab med andre autoriserede fodterapeuter.
Kompagniskabspraksis:	Praksis, der drives af to eller flere fodterapeuter med fællesskab om patientkreds, økonomi, lokaler og personale.
Anpartsselskaber:	Virksomhed som statsautoriseret fodterapeut, som udøves af én eller flere statsautoriserede fodterapeuter i økonomisk regi af et anpartsselskab, hvis formål er at udøve virksomhed som statsautoriseret fodterapeut(er), hvis vedtægter er godkendt af Danske Fodterapeuter.
Samarbejdspraksis:	Virksomhed som statsautoriseret fodterapeut, som drives mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller anpartsselskaber med et vist fællesskab om lokaler og personale.
Behandlende medhjælp:	Har to betydninger: I henhold til overenskomstens § 16, stk. 1 kan fodterapeuten efter ansøgning udvide kapaciteten med 1 behandlende medhjælp. I henhold til overenskomstens § 16, stk. 2 kan fodterapeuten ansætte en behandlende medhjælp, således at de deles om kapaciteten. Inden for andre overenskomstområder bliver konstruktionen ofte benævnt som delepraksis.

Sikrede:	Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin mv. Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper. Tallene i denne praksisplan er trukket for sikringsgrupper 1, 2 og 6.
Sikringsgruppe 1:	Borgere i sikringsgruppe 1 skal have henvisning fra egen læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Dog kræves der ikke henvisning til øre- og øjenlæge, tandplejer, tandlæge og kiropraktor. Tilskud til medicin, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.
Sikringsgruppe 2:	Borgere i sikringsgruppe 2 kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves en lægehenvi- sning til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog for at få tilskud. Regionen yder samme tilskud som til en gruppe 1-sikret patient. Læger, speciallæger, fodterapeuter, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling. Hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, skal den enkelte selv betale forskellen, når vedkommende er i sikringsgruppe 2.
Sikringsgruppe 6:	Tilsvarende som gruppe 1, men sikrede i denne gruppe er institutionsanbragt.
Minimumsomsætning:	Bestemmelse i overenskomsten om en minimumsaktivitet hos den praktiserende fodterapeut. I den nugældende overenskomst (2014) skal der være afregnet for mindst 40.000 kr. pr år (eksklusiv afstandstillæg).
Produktion:	Aktivitet ydet af Region Hovedstadens fodterapeuter, uafhængigt af borgerens bopæl.
Forbrug:	Regionens udgifter til Region Hovedstadens borgeres forbrug af fodterapeutiske ydelser (også ydet af fodterapeuter uden for Region Hovedstaden).
Bruttohonorar:	Bruttohonorar er det honorar, der er aftalt i overenskomsten for en fodterapeutisk ydelse.
Planområder:	Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1).
Pendlerstatistik:	Pendlerstatistikken viser i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender fodterapeuter beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienter, også benævnt unikke patienter.
Unikke patienter:	Har én patient modtaget flere fodterapeutiske ydelser i en klinik i én kommune, tælles patienten som 1 unik patient i denne kommune. Har patienten modtaget fodterapeutiske ydelser i tre forskellige kommuner, tælles patienten som 1 unik patient i hver af de tre kommuner.

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområder	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro ⁶
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager Øst
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Amager Vest
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Høje-Taastrup
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Albertslund
	Fredensborg	Lyngby-Taarbæk	Indre By	Ishøj
	Hørsholm	Rudersdal	Østerbro	Vallensbæk
		Gentofte	Bornholm	Brøndby
			Christiansø	Glostrup
				Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

¹ Herunder Kongens Enghave og Sydhavnen

Kapaciteter og befolkningsunderlag

Tabel 2. Antal borgere fordelt på regioner

Region	Antal borgere
Region Hovedstaden	1.787.621
Region Midtjylland	1.290.727
Region Nordjylland	583.728
Region Sjælland	825.955
Region Syddanmark	1.209.185
Hovedtotal	5.697.216

Kilde: Region Hovedstadens data: Targit, Antal borgere (sikrede), status pr. 1/12 2015 (trukket den 18/2 2016).
Note: "Antal sikrede" er afgrænset til sikringsgruppe 1, 2 og 6.

Tabel 3. Antal kapaciteter fordelt på kliniktype og planområder

Planområder	Ejer m/klinik	Behandler medhjælp	Mobile	Hovedtotal
Bornholm	9	1	1	11
Byen	62	9	4	75
Midt	74	22	4	100
Nord	57	11	2	70
Syd	73	15	5	93
Hovedtotal	275	58	16	349

Kilde: NOTUS Regional, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/2 2016).
Note: Behandler medhjælp § 16, stk. 1.

Befolkningsunderlag – herunder diabetikere - ift. kapaciteter

Tabel 4. Borgere i alt og borgere med diabetes ift. kapaciteter opdelt på planlægningsområder 2015

Planområde/ planlægningsområder	Antal borgere 2015	Antal diabetikere 2015	Antal kapaciteter 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2015	Antal diabetikere pr. kapacitet 2015
Bornholm	39.755	3.378	11	3.614	307
Bornholms Regionskommune	39.755	3.378	11	3.614	307
Byen	454.968	16.893	75	6.066	225
Bispebjerg	54.986	2.334	6	9.164	389
Brønshøj-Husum	44.561	2.232	7	6.366	319
Frederiksberg Kommune	104.456	4.109	24	4.352	171
Indre by	53.870	1.420	8	6.734	178
Nørrebro	79.999	2.841	5	16.000	568
Vanløse	40.366	1.623	11	3.670	148
Østerbro	76.730	2.334	14	5.481	167
Midt	451.441	22.057	100	4.514	221
Ballerup Kommune	48.245	2.758	10	4.825	276
Egedal Kommune	42.704	2.148	12	3.559	179
Furesø Kommune	40.083	1.710	7	5.726	244
Gentofte Kommune	75.348	3.126	14	5.382	223
Gladsaxe Kommune	67.845	3.477	15	4.523	232
Herlev Kommune	28.406	1.562	7	4.058	223
Lyngby-Taarbæk Kommune	55.129	2.696	14	3.938	193
Rudersdal Kommune	55.742	2.383	10	5.574	238
Rødovre Kommune	37.939	2.197	11	3.449	200
Nord	318.179	17.392	70	4.545	248
Allerød Kommune	24.682	1.014	2	12.341	507
Fredensborg Kommune	40.131	2.083	7	5.733	298
Frederikssund Kommune	44.662	2.433	9	4.962	270
Gribskov Kommune	41.083	2.578	12	3.424	215
Halsnæs Kommune	31.002	2.198	8	3.875	275
Helsingør Kommune	62.099	3.586	14	4.436	256
Hillerød Kommune	49.580	2.312	12	4.132	193
Hørsholm Kommune	24.940	1.188	6	4.157	198
Syd	522.636	25.736	93	5.620	277
Albertslund Kommune	27.844	1.650	6	4.641	275
Amager	123.404	4.363	23	5.365	190
Brøndby Kommune	35.253	2.606	8	4.407	326
Dragør Kommune	14.131	796	2	7.066	398
Glostrup Kommune	22.478	1.262	8	2.810	158
Hvidovre Kommune	52.832	2.953	8	6.604	369
Høje-Taastrup Kommune	49.874	2.943	9	5.542	327
Ishøj Kommune	22.358	1.532	3	7.453	511
Tårnby Kommune	42.831	2.448	10	4.283	245
Valby	53.003	2.334	9	5.889	259
Vallensbæk Kommune	15.411	820	5	3.082	164
Vesterbro	63.217	2.029	2	31.609	1.015
Hovedtotal	1.786.979	85.456	349	5.120	245

Kilde: Targit, Antal borgere (sikrede), status pr. 1/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

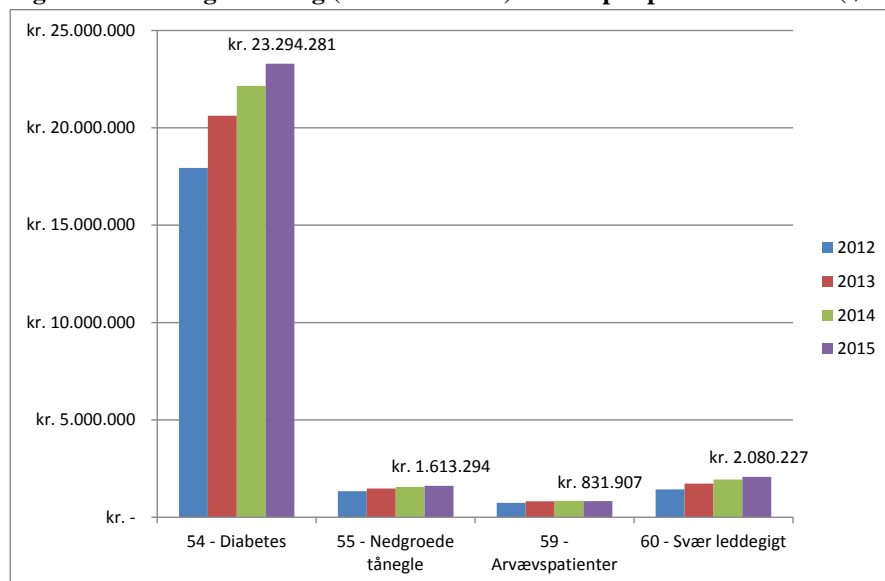
NOTUS Regional, Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016)

Note: Antal borgere er ekskl. de borgere, der ikke er registreret under et konkret planlægningsområde, dvs. dem der placeret under kategorierne "uden for fordeling" og "udenlandske borgere".

Note: "Mønstret" vedr. fordelingen vedr. antal diabetikere opdelt på bydele under Københavns kommune er taget fra Sundhedsprofilen, da der i diabetesregistret kun er et samlet tal for Københavns kommune.

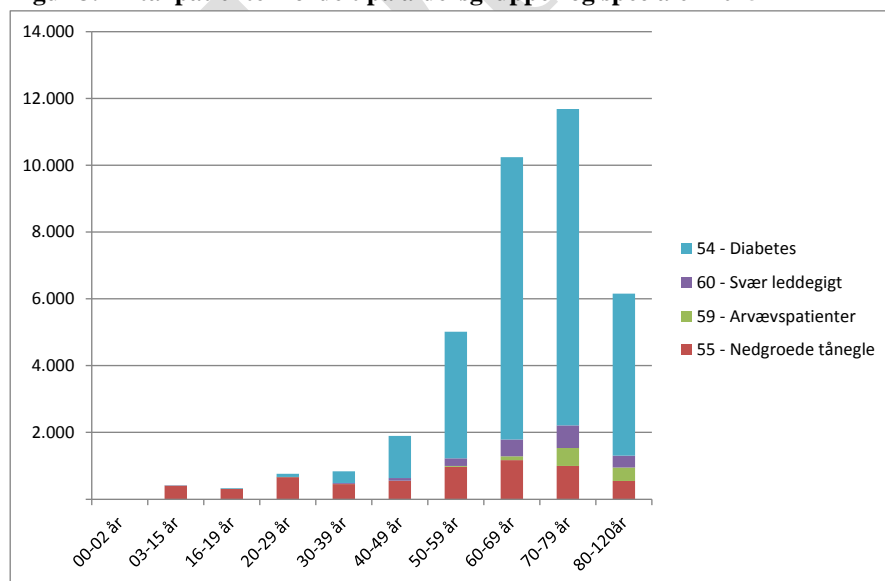
Forbrug på de fire specialer

Figur 2. Udvikling i forbrug (bruttohonorar) fordelt på specialer 2012-15 (løbende priser)



Kilde: Targit, Forbrug (bruttohonorar) 2012-15 (trukket den 10/3 2016), løbende priser.

Figur 3. Antal patienter fordelt på aldersgrupper og specialer 2015



Kilde: Targit, Forbrug (Antal patienter) 2015 (trukket den 10/3 2016).

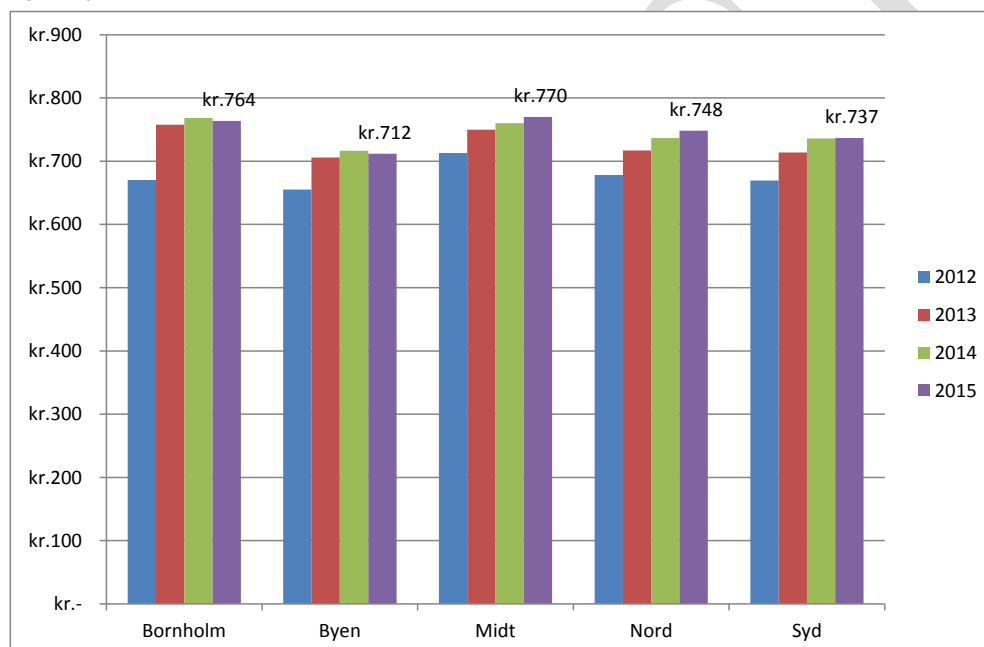
Tabel 5. Forbrug i alt opdelt på planområder 2015

Planområde	Antal behandlede CPR nr. 2015	Antal ydelser 2015	Forbrug (bruttohonorar) 2015
Bornholm	1.427	8.446	kr. 1.089.779
Byen	7.411	41.004	kr. 5.260.468
Midt	10.050	58.223	kr. 7.737.402
Nord	8.028	46.414	kr. 6.007.077
Syd	10.484	58.758	kr. 7.724.983
Hovedtotal		212.845	kr. 27.819.709

Kilde: Targit, Forbrug (Antal patienter, ydelser og bruttohonorar) 2015 (trukket den 10/3 2016).

Note: Bruttohonoraret vedr. forbrug er inkl. det, der er placeret under kategorierne "uden for fordeling og "udenlandske borgere".

Figur 4. Udvikling i forbrug (bruttohonorar) pr. fodterapeutpatient fordelt på planområder 2012-15



Kilde: Targit, Forbrug (bruttohonorar) 2012-15 (trukket den 10/3 2016), løbende priser.

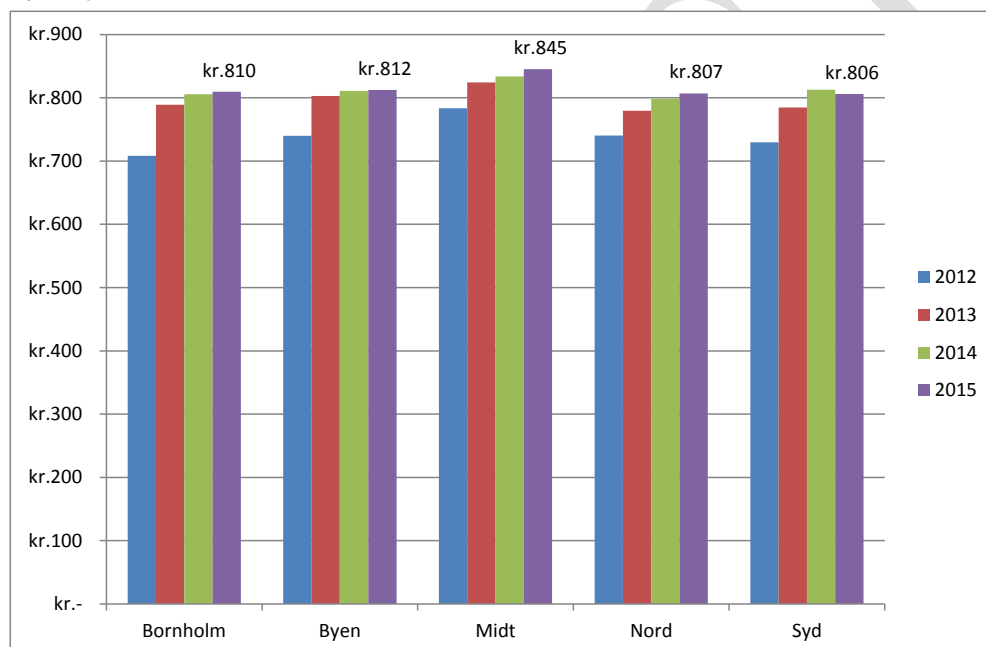
Tabel 6. Forbrug vedr. diabetes opdelt på planområder 2015

Planområde	Antal behandlede CPR nr. med diabetes 2015	Antal ydelser vedr. diabetes 2015	Forbrug (bruttohonorar) vedr. diabetes 2015
Bornholm	1.151	7.024	kr. 931.886
Byen	5.270	30.683	kr. 4.269.346
Midt	7.669	45.649	kr. 6.480.223
Nord	6.238	36.736	kr. 5.032.313
Syd	8.166	47.216	kr. 6.580.513
Hovedtotal		167.308	kr. 23.294.281

Kilde: Targit, Forbrug (Antal patienter, ydelser og bruttohonorar) 2015 (trukket den 10/3 2016).

Note: Bruttohonoraret vedr. forbrug (diabetes) er inkl. det, der er placeret under kategorierne ”uden for fordeling og ”udenlandske borgere”.

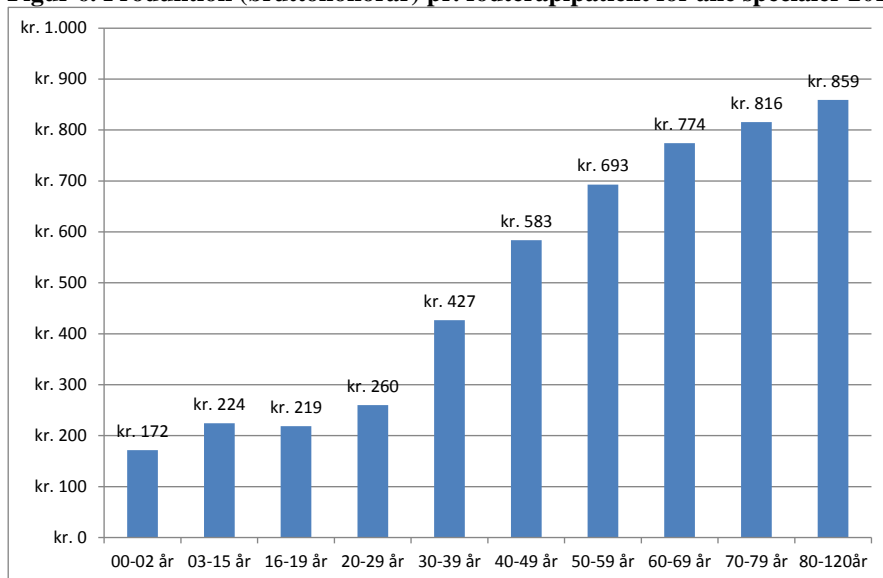
Figur 5. Udvikling i forbrug (bruttohonorar) pr. diabetespatient fordelt på planområder 2012-15



Kilde: Targit, Forbrug (bruttohonorar) 2012-15 (trukket den 10/3 2016), løbende priser.

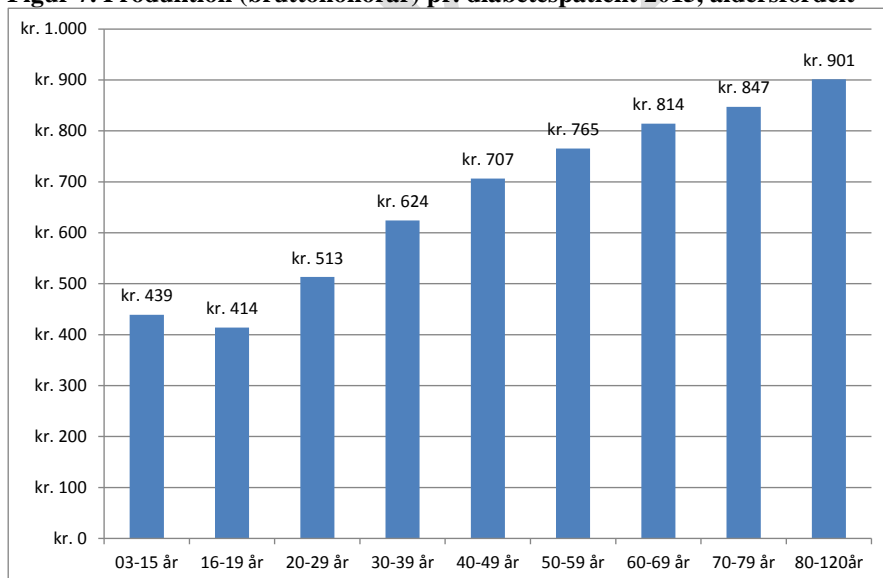
Produktion med særligt fokus på diabetes

Figur 6. Produktion (bruttohonorar) pr. fodterapipatient for alle specialer 2015, aldersfordelt



Kilde: Targit, Produktion (bruttohonorar) 2015 (trukket den 18/2 2016).

Figur 7. Produktion (bruttohonorar) pr. diabetespatient 2015, aldersfordelt



Kilde: Targit, Produktion (bruttohonorar) 2015 (trukket den 18/2 2016).

Sammenligning af produktion og forbrug

Tabel 7. Sammenligning af produktion og forbrug opdelt på planlægningsområder 2015

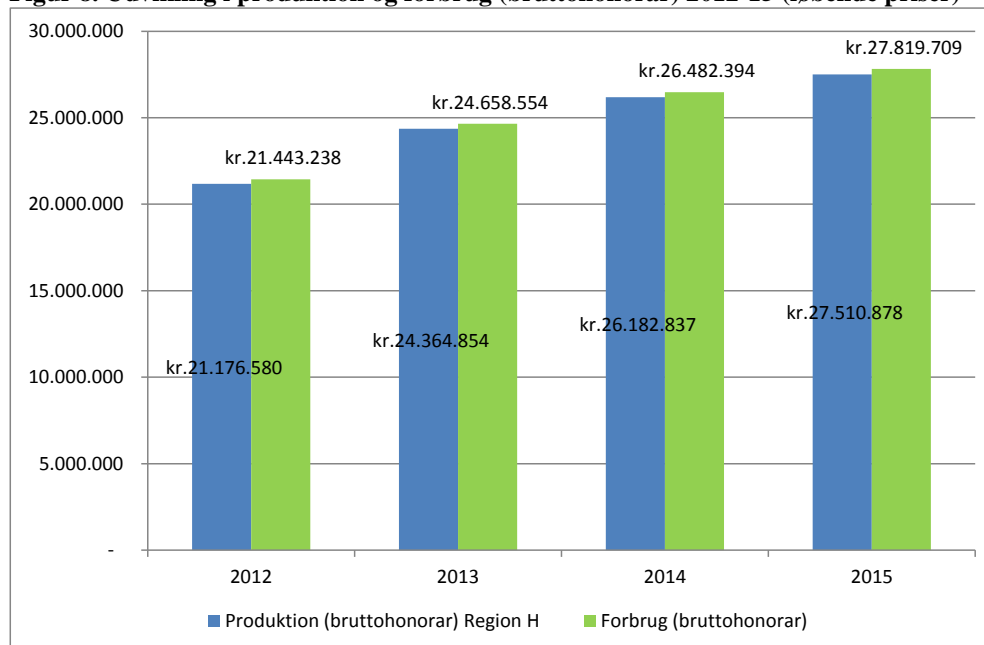
Planområde/ planlægningsområder	Produktion (bruttohonorar)		Forbrug (bruttohonorar)		Forskel i kroner	Forskel i pct.
	2015 (Region H)		2015			
Bornholm	kr. 1.088.158	kr. 1.089.779	kr. 1.089.779	kr. 1.621	0,1%	
Bornholms Regionskommune	kr. 1.088.158	kr. 1.089.779	kr. 1.089.779	kr. 1.621	0,1%	
Byen	kr. 5.204.792	kr. 5.249.279	kr. 5.249.279	kr. 44.487	0,8%	
Bispebjerg	kr. 601.900	kr. 603.282	kr. 603.282	kr. 1.382	0,2%	
Brønshøj-Husum	kr. 694.700	kr. 695.355	kr. 695.355	kr. 655	0,1%	
Frederiksberg Kommune	kr. 1.451.674	kr. 1.469.056	kr. 1.469.056	kr. 17.382	1,2%	
Indre by	kr. 390.457	kr. 396.844	kr. 396.844	kr. 6.387	1,6%	
Nørrebro	kr. 580.265	kr. 587.956	kr. 587.956	kr. 7.691	1,3%	
Vanløse	kr. 590.113	kr. 595.022	kr. 595.022	kr. 4.909	0,8%	
Østerbro	kr. 895.684	kr. 901.765	kr. 901.765	kr. 6.081	0,7%	
Midt	kr. 7.688.158	kr. 7.737.402	kr. 7.737.402	kr. 49.244	0,6%	
Ballerup Kommune	kr. 881.892	kr. 886.716	kr. 886.716	kr. 4.824	0,5%	
Egedal Kommune	kr. 878.220	kr. 889.413	kr. 889.413	kr. 11.193	1,3%	
Furesø Kommune	kr. 453.765	kr. 459.333	kr. 459.333	kr. 5.568	1,2%	
Gentofte Kommune	kr. 966.370	kr. 978.342	kr. 978.342	kr. 11.972	1,2%	
Gladsaxe Kommune	kr. 1.302.464	kr. 1.306.560	kr. 1.306.560	kr. 4.097	0,3%	
Herlev Kommune	kr. 605.839	kr. 608.463	kr. 608.463	kr. 2.624	0,4%	
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 1.059.012	kr. 1.060.703	kr. 1.060.703	kr. 1.691	0,2%	
Rudersdal Kommune	kr. 835.739	kr. 836.958	kr. 836.958	kr. 1.220	0,1%	
Rødovre Kommune	kr. 704.857	kr. 710.914	kr. 710.914	kr. 6.056	0,9%	
Nord	kr. 5.938.856	kr. 6.007.077	kr. 6.007.077	kr. 68.221	1,1%	
Allerød Kommune	kr. 256.368	kr. 261.304	kr. 261.304	kr. 4.936	1,9%	
Fredensborg Kommune	kr. 660.332	kr. 661.157	kr. 661.157	kr. 825	0,1%	
Frederikssund Kommune	kr. 739.018	kr. 787.402	kr. 787.402	kr. 48.384	6,1%	
Gribskov Kommune	kr. 984.505	kr. 987.297	kr. 987.297	kr. 2.792	0,3%	
Halsnæs Kommune	kr. 857.426	kr. 860.171	kr. 860.171	kr. 2.746	0,3%	
Helsingør Kommune	kr. 1.107.788	kr. 1.110.539	kr. 1.110.539	kr. 2.751	0,2%	
Hillerød Kommune	kr. 902.332	kr. 907.522	kr. 907.522	kr. 5.190	0,6%	
Hørsholm Kommune	kr. 431.088	kr. 431.684	kr. 431.684	kr. 596	0,1%	
Syd	kr. 7.580.293	kr. 7.724.983	kr. 7.724.983	kr. 144.690	1,9%	
Albertslund Kommune	kr. 581.687	kr. 584.535	kr. 584.535	kr. 2.849	0,5%	
Amager	kr. 1.326.557	kr. 1.334.131	kr. 1.334.131	kr. 7.574	0,6%	
Brøndby Kommune	kr. 746.765	kr. 751.917	kr. 751.917	kr. 5.153	0,7%	
Dragør Kommune	kr. 109.263	kr. 110.688	kr. 110.688	kr. 1.425	1,3%	
Glostrup Kommune	kr. 433.713	kr. 438.023	kr. 438.023	kr. 4.310	1,0%	
Hvidovre Kommune	kr. 844.216	kr. 851.988	kr. 851.988	kr. 7.772	0,9%	
Høje-Taastrup Kommune	kr. 1.041.101	kr. 1.099.578	kr. 1.099.578	kr. 58.477	5,3%	
Ishøj Kommune	kr. 392.251	kr. 421.965	kr. 421.965	kr. 29.714	7,0%	
Tårnby Kommune	kr. 884.656	kr. 890.419	kr. 890.419	kr. 5.762	0,6%	
Valby	kr. 641.578	kr. 652.082	kr. 652.082	kr. 10.504	1,6%	
Vallensbæk Kommune	kr. 291.220	kr. 297.403	kr. 297.403	kr. 6.184	2,1%	
Vesterbro	kr. 287.287	kr. 292.253	kr. 292.253	kr. 4.966	1,7%	
Hovedtotal	kr. 27.500.257	kr. 27.808.520	kr. 27.808.520	kr. 308.263	1,1%	

Kilde: Targit, Produktion og Forbrug (bruttohonorar) 2015 (trukket den 10/3 2016).

Note: Produktion vedr. kun Region H borgere.

Note: Bruttohonoraret vedr. produktion og forbrug er ekskl. det, der er placeret under kategorierne "uden for deling og "udenland-ske borgere".

Figur 8. Udvikling i produktion og forbrug (bruttohonorar) 2012-15 (løbende priser)

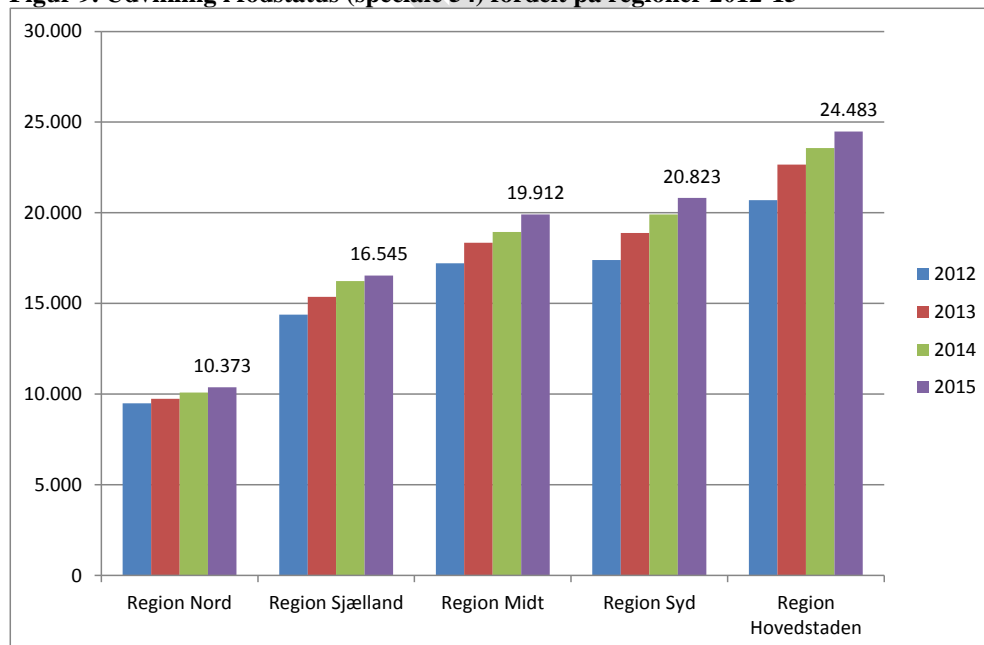


Kilde: Targit, Produktion og Forbrug (bruttohonorar) 2012-15 (trukket den 10/3 2016), løbende priser.

Note: Bruttohonoraret vedr. produktion og forbrug er inkl. det, der er placeret under kategorierne ”uden for fordeling og ”udlandske borgere”.

Fodstatus

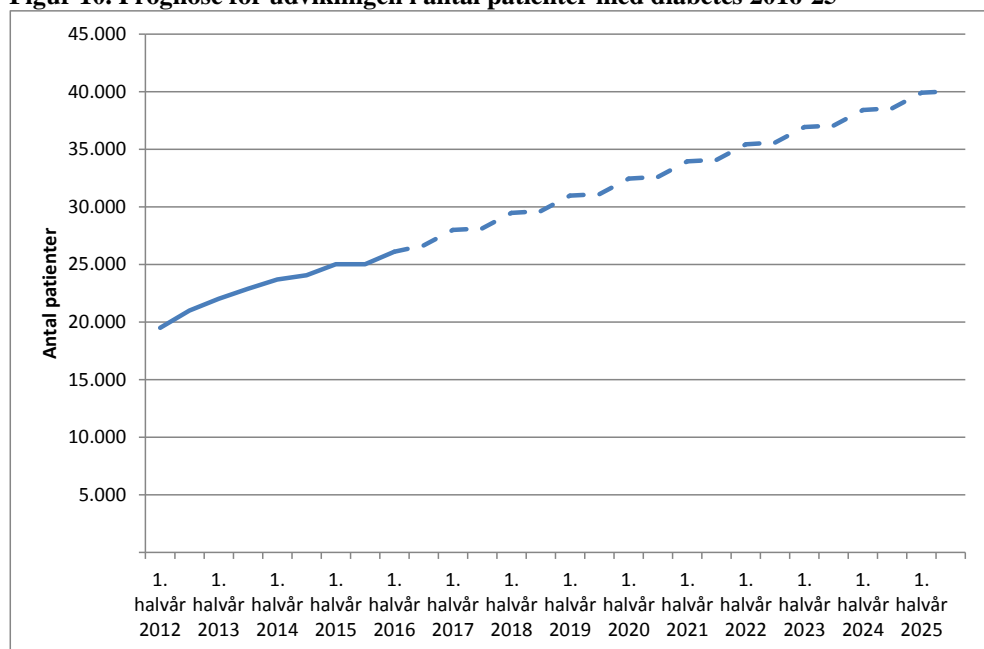
Figur 9. Udvikling i fodstatus (speciale 54) fordelt på regioner 2012-15



Kilde: Data fra CSC Scandihealth modtaget fra Danske Fodterapeuter.

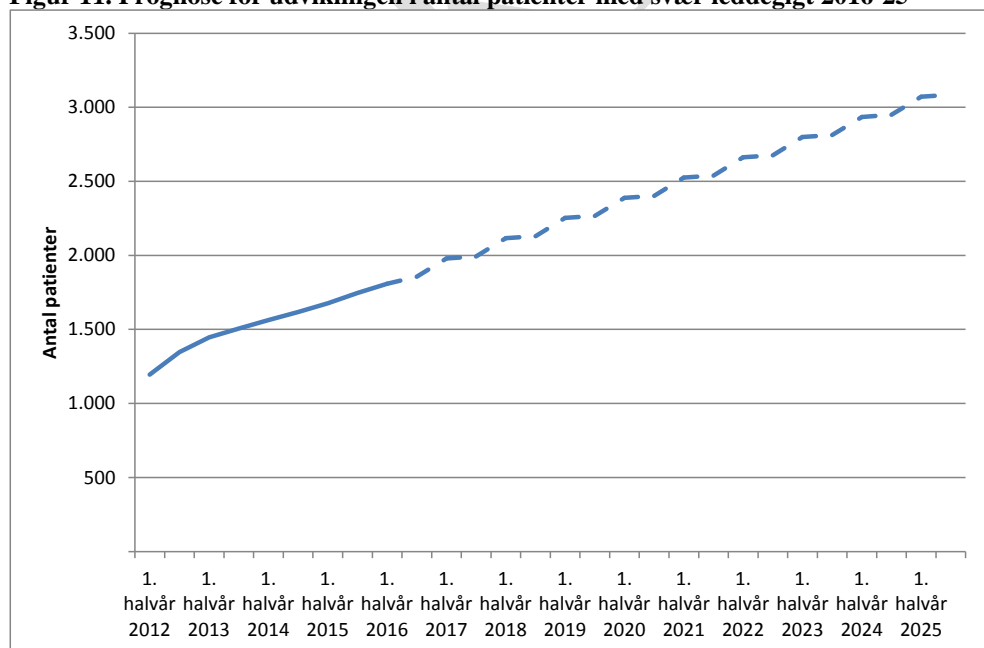
Prognose for udviklingen i patienter med diabetes og svær leddegigt

Figur 10. Prognose for udviklingen i antal patienter med diabetes 2016-25



Kilde: Targit, Forbrug (Antal patienter) 1. halvår 2012-1. halvår 2016 (trukket den 8/9 2016). Prognose lavet på baggrund af udviklingen fra 2012-16.

Figur 11. Prognose for udviklingen i antal patienter med svær leddegigt 2016-25



Kilde: Targit, Forbrug (Antal patienter) 1. halvår 2012-1. halvår 2016 (trukket den 8/9 2016). Prognose lavet på baggrund af udviklingen fra 2012-16.

Bilag 2. Høringsliste

Høringsliste vedrørende høring over udkast til Praksisplanen for Fodterapi 2017-2020:

- Sundhedsstyrelsen
- Hospitalerne i Region Hovedstaden og Psykiatrien i Region Hovedstaden
- Kommunerne i Region Hovedstaden
- Patientinddragelsesudvalget
- Regionshandicaprådet
- Regionsældrerådet
- Danske Patienter
- Danske Handicaporganisationer
- Danske Fodterapeuter
- PLO-Hovedstaden
- Danske Fysioterapeuter
- Foreningen af Praktiserende Speciallæger
- Dansk Sygeplejeråd
- Kiropraktorforeningen
- Diabetesforeningen

UDKAST

Bilag 3. Rapportering af utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

Rapportering af utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD)

Find rapporteringsskemaet på dit lokale intranet eller på www.dpsd.dk

Vælg rapporteringsskema ”Sundhedsprofessionelle” eller ”Patienter eller Pårørende”

Sundhedsprofessionel rapportering

Alle felter med grøn stjerne er obligatoriske, dvs. de skal udfyldes.

1. Lokation (hændelsessted)

Hændelsesstedet er den enhed/afdeling/kommune, hvor hændelsen er sket og altså det sted som du mener, at sagen skal behandles. Det er på hændelsesstedet, der skal drages læring af hændelsen.

Vælg hændelsessted

Hvis hændelsesstedet ikke kan findes, klikker man sig gennem fx Offentlige sygehuse—Region Hovedstaden—derefter vælges en grøn knap i bunden med ”Kan ikke fremsøges?”. Derefter fremkommer en linje til fritekst. Skriv her så nøjagtig som muligt hvor hændelsen er sket.

VIGTIGT, at anføre hændelsesstedet da sagen skal behandles og der skal drages læring på hændelsesstedet.

2. Vælg involveret lokation eller opdagelsessted, hvis aktuelt

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Formateret: Normal

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Det er vigtigt for analysen at registrere, hvis flere lokationer har været involveret i hændelsen ”Involveret lokation” —udover det sted du har anført som hændelsessted.

Formateret: Normal

Det er også under dette punkt du skal anføre ”Opdagelsessted” for hændelsen, hvis det sted hændelsen opda- ges, ikke er det samme sted som hændelsesstedet.

3. ————— Hvornår skete hændelsen?

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Faktuelle oplysninger om dato og tidspunkt.

Formateret: Normal

4. ————— Hændelsestype — DPSD-klassifikation

Formateret: Normal, Indrykning: Venstre: 0 cm

Hændelsen klassificeres i hovedgruppe proces-problem efter bedste skøn. Den valgte klassifikation bliver re- view’et af sagsbehandler.

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Formateret: Normal

5. ————— Lægemidler og medicinsk udstyr

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Udfyldes hvis relevant, dvs. hvis det er medicin eller medicinsk udstyr hændelsen har drejet sig om, eller hvis medicin eller medicinsk udstyr har været en betydelig del af hændelsen.

Formateret: Normal

• ————— Medicin: Vælg handelsnavn eller det generiske navn.

Formateret: Ingen punkttegn eller nummerering

• ————— Medicinsk udstyr: Udfyldes hvis relevant. Vigtigt med præcist udstyrsnavn, leverandør og (hvis det er engangsudstyr) batch nummer.

Formateret: Ingen punkttegn eller nummerering

Medicinsk udstyr eller hjælpemidler ? X

Udstyrs type (1): Fabrikant (1):

Handelsnavn (1): Model (1):

Type nummer (1): Serie nummer (1):

Bemærkninger (1):

Er hændelsen, vedr. dette udstyr, indberettet til Sundhedsstyrelsen?

6. Hændelsesbeskrivelse

Beskriv hændelsen objektivt og uden negationer.

Undlad at skrive stillingsbetegnelser, navne, CPR numre eller andre personhenførbare data i dette felt.

7. Overskrift

Her skrives en kort beskrivende overskrift.

8. Hvor alvorlig var hændelsen?

Vælg alvorlighed efter bedste skøn. Husk, at det er den faktuelle skade, der skal scores.

Alvorlighedscoren bliver review'et af sagsbehandler

Du skal her vælge den kategori, som bedst beskriver den faktuelle konsekvens af hændelsen for patienten.

Værdier	Beskrivelse
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling

Formateret: Normal

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Formateret: Normal

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Formateret: Normal

Formateret: Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

Formateret: Normal

Formateret: Normal

Formateret: Normal

Formateret: Normal

Formateret: Normal

Dødelig	Dødelig
----------------	---------

9. Hændelsens konsekvens for pt.

Hvis muligt skal du beskrive konsekvenserne for patienten – evt. hvad du mener, at konsekvenserne kan blive på længere sigt. Undlad at skrive navne, CPR numre eller andre personhenførbare data i dette felt.

10. Forslag til forebyggelse

Hvis du har forslag til forebyggelse, skriver du dem her. Hvis det er svært umiddelbart at komme med forslag, skriver du blot, at det ikke er muligt. Undlad at skrive navne, CPR numre eller andre personhenførbare data i dette felt.

11. Oplysninger om patienten

Faktuelle oplysninger om patienten skrives her. Er ikke obligatoriske, men skriv dem gerne, da de kan være nyttige i forbindelse med analyse af hændelsen. Feltet bliver automatisk slettet ved indsendelse til Patientombuddet.

12. Kontaktoplysninger

Rapportørens kontaktoplysninger. Er ikke obligatoriske, men er nødvendige hvis der skal indhentes supplerende oplysninger om hændelsen. Feltet bliver automatisk slettet ved indsendelse til Patientombuddet.

13. Vedhæft fil

Der er mulighed for at vedhæfte en fil. Det kan både være en tekstfil og en billedfil. Hvis det er en tekstfil skal du være opmærksom på, at den ikke må indeholde personhenførbare oplysninger.

Det er muligt at udskrive et eksemplar af rapporten inden den indsendes.

Indsend rapporten. Hvis du har angivet e-mail adresse modtager du en mail med tak for din rapportering.

← **Formateret:** Normal

← **Formateret:** Normal

← **Formateret:** Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

← **Formateret:** Normal

← **Formateret:** Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

← **Formateret:** Normal

← **Formateret:** Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

← **Formateret:** Normal

← **Formateret:** Normal, Ingen punkttegn eller nummerering

← **Formateret:** Normal

← **Formateret:** Mellemrum Efter: 10 pkt., Ingen punkttegn eller nummerering

← **Formateret:** Mellemrum Efter: 10 pkt.

Notes

UDKAST