

Koncern Praksis november 2012

Praksisplan for fodterapi 2013-2016 Høringsudkast

November 2012

REGION

Resumé	4
Indledning	6
1. Formål med praksisplanen	6
2. Rammer for praksisplanlægningen	6
2.1 Overenskomstmæssige rammer	6
3. Udarbejdelse og høring	8
4. Praksisplanens opbygning	8
Kapacitet	10
1. Formål	10
2. Kapacitetsbeskrivelse	10
2.1 Planlægningsområder	10
2.2 Kapacitet og dækning på fodterapiområdet	12
2.2.1 Eksisterende kapacitet og dækningsgrad	13
2.2.2 Alders- og kønsfordeling blandt praktiserende fodterapeuter	16
2.2.3 Faste klinikker i forhold til mobile fodterapeuter	16
2.2.4 Klinikstørrelse	18
2.3 Service og tilgængelighed i fodterapipraksis	18
2.3.1 Tilgængelighed	18
2.3.2 Ventetid	19
3. Forbrug og produktion	20
3.1 Forbrug på specialer	20
3.2 Aldersfordelt forbrug	21
3.2.1 Patienter med diabetes	22
3.3 Forbrug og produktion fordelt på områder	23
3.4 Produktion og forbrug sammenlignet	25
3.5 Sammenligning med landstal	26
3.6 Fremtidig udvikling	28
4. Administrative retningslinjer	30
4.1 Fremtidige kapacitetsvurderinger	30
4.2 Nynedsættelser	30
4.3 Flere praksisadresser	32
4.4 Praksisfællesskaber	32
4.5 Behandlende medhjælp	32
4.6 Flytning	34
4.7 Mobil fodterapi/hjemmebehandling	34
4.7.1 Adgang til viden om hvorvidt praksis tilbyder hjemmebehandling	35
4.7.2 Sikring af tilbud om hjemmebehandling i alle områder	35
4.7.3 Principper for ansøgninger om at praktisere uden fast klinikadresse	36
Udvikling i fodterapipraksis	37
1. Samarbejde og kommunikation med øvrige sundhedsaktører	37

1.1 Overenskomstens rammer for fodterapeutens rolle og opgaver i det tværgående patientforløb	37
1.2 Nuværende samarbejde og kommunikation med andre sundhedsfaglige aktører	38
1.3 Fodterapeuternes kommunikation i forløbsprogram for diabetes	40
1.3.1 <i>De praktiserende fodterapeuters rolle i forebyggelse af diabetiske fodsår</i>	40
1.3.2 <i>Kommunikation om fodstatus</i>	41
1.4 Udfordringer i kommunikationen mellem fodterapeuter og øvrige sundhedsaktører	41
1.5 Involvering i fremtidige planer, som har betydning for patienter med fodlidelser	42
2 Kvalitetssikring og -udvikling i fodterapipraksis	43
2.1 Overenskomstens rammer for kvalitetsudvikling i fodterapipraksis	43
2.2 Øvrige rammer for kvalitetsudvikling i fodterapipraksis	44
2.3 Indsatser i planperioden	44
2.3.1 <i>It og kommunikation i fodterapipraksis</i>	45
2.3.2 <i>Dataunderstøttet kvalitetsudvikling og dokumentation</i>	45
2.3.3 <i>Implementering af forløbsbeskrivelser og brug af kliniske retningslinjer</i>	46
2.3.4 <i>Kvalitetssikring af ydelserne i fodterapipraksis</i>	46
2.3.5 <i>Patientsikkerhed</i>	47
3. Forslag til fælles indsats – samarbejde, kommunikation og kvalitetsudvikling	48
Bilag	50

Resumé

Praksisplan for fodterapi er udarbejdet med henblik på at sikre alle borgere et tilbud om fodterapeutisk behandling af høj kvalitet i deres nærområde. Det betyder for det første, at praksisplanen har fokus på at sikre det rette antal fodterapeutpraksis, samt at de er hensigtsmæssigt organiseret og geografisk fordelt i regionen. For det andet betyder det, at praksisplanen har fokus på udvikling af kvalitet i fodterapipraksis, samt at behandlingen i fodterapipraksis skal ske i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

Da planen er Region Hovedstadens første praksisplan for fodterapi, er det et særligt mål for planen at skabe overblik og beskrive fodterapikapaciteten i regionen.

Praksisplanens første del beskriver den eksisterende kapacitet af fodterapipraksis og omfatter anbefalinger og principper for organisering og fordeling af fodterapipraksis i regionen. Praksisplanen indeholder administrative retningslinjer for: fremtidige kapacitetsvurderinger, nynedsættelser, brug af flere praksisadresser, praksisfællesskaber, behandlende medhjælp, flytning og mobil fodterapi/hjemmebehandling.

Det anbefales bl.a., at den årlige vurdering af kapaciteten og den geografiske fordeling af fodterapipraksis i regionen tager højde for borgernes aldersfordeling og antallet af diabetikere i forskellige områder.

Udviklingsdelen fokuserer på samarbejde og kvalitet i fodterapipraksis.

Afsnittet om samarbejde beskriver samarbejde og kommunikationsstrukturen mellem praktiserende fodterapeuter og det øvrige sundhedsvæsen. Afsnittet anbefaler at styrke samarbejde og kommunikation mellem de praktiserende fodterapeuter og de øvrige sundhedsaktører. På grund af fodterapeuternes rolle i forebyggelse af diabetiske fodsår er der særligt fokus på forløbsprogram for diabetes og kommunikationen med almen praksis om diabetespatienter.

I afsnittet om kvalitet beskrives rammerne for kvalitetsudvikling i fodterapipraksis, og der peges på en række anbefalinger inden for: it og kommunikation, dataunderstøttet kvalitetsudvikling og dokumentation, forløbsbeskrivelser og brug af kliniske retningslinjer, kvalitetssikring af ydelser samt patientsikkerhed. I den kommende planperiode vil der desuden være fokus på ud-

vikling af en kvalitetskultur, der skal medvirke til, at fodterapipraksis på sigt kan omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel.

Det anbefales, at der etableres en praksiskonsulentordning, der skal understøtte implementering af planens målsætninger om såvel samarbejde som kvalitetsudvikling.

I planperioden 2013-2016 udarbejdes årlige implementeringsplaner, der beskriver, hvordan praksisplanens målsætninger indfries.

Indledning

1. Formål med praksisplanen

Denne praksisplan har til formål at tilrettelægge den fremtidige fodterapeutiske betjening i praksissektoren i Region Hovedstaden. Planen skal understøtte hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, samarbejde mellem fodterapipraksis og det øvrige sundhedsvæsen samt kvalitetsudvikling i fodterapipraksis.

Det har været målsætningen for planen, at den har få og klare mål. Da der er tale om en førstegenerations praksisplan for fodterapi i regionen, er det samtidig et særligt mål for planen at skabe overblik og beskrive fodterapikapaciteten i regionen.

2. Rammer for praksisplanlægningen

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af overenskomstens bestemmelser og således, at praksisplanen er i overensstemmelse med regionens øvrige sundhedsplanlægning, herunder regionens samlede sundhedsplan af 2009. Praksisplanen gælder for alle praktiserende fodterapeuter i Region Hovedstaden, som virker under bestemmelserne i overenskomsten for fodterapi.

2.1 Overenskomstmæssige rammer

Fodterapipraksis er et selvstændigt erhverv og fungerer i henhold til en overenskomst, som er aftalt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter (LasF).

Den 1. juni 2011 trådte en ny overenskomst for statsautoriserede fodterapeuter i kraft. Overenskomsten indeholder en faglig opdatering af tilbuddet om fodterapi samt en normalisering af vilkårene for praksisdriften efter en år-række uden overenskomst på området.

§ 7: Praksisplanlægning

Stk. 1. Regionen udarbejder en plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fodterapeutiske betjening i regionen. Planen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedrørende den fodterapeutiske kapa-

citet

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.

Det fremgår blandt andet af ovenstående uddrag fra overenskomsten, at regionen skal udarbejde en plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fodterapeutiske betjening i regionen, samt at praksisplanlægningen skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Planen skal danne grundlag for sagsbehandling¹ i Region Hovedstaden og beslutninger i Samarbejdsudvalget for fodterapi om de overenskomstmæssige forhold vedrørende den fodterapeutiske kapacitet.

Endelig bør praksisplanlægningen særligt understøtte, at bevægelseshæmmede i alle regionens områder har mulighed for at benytte tilbud om fodterapi i klinik.

Fodterapeuternes roller og opgaver, herunder i det samlede sundhedsvæsen, er beskrevet i overenskomstens § 2:

§ 2 Fodterapeutens opgaver og roller (uddrag)

Praktiserende fodterapeuters opgave er at rådgive og behandle patienter, der er henvist som følge af sundhedsfagligt behov for fodterapi, med henblik på at forebygge udvikling af fodsår og således medvirke til at minimere antallet af amputationer.

For at mindske antallet af patienter med diabetes, der henvises til sårambulatorier, er det væsentligt, at patienten årligt får udført en fodstatus og risikovurdering samt relevant, behovsafstemt behandling hos en statsautoriseret fodterapeut.

[...]

Ud over at tilbyde behandlingsydelser, bidrager fodterapeuten til at forebygge udvikling af fodlidelse ved at yde en pædagogisk indsats og fremme egenomsorgen ved at give råd og vejledning.

[...]

Fodterapeuten skal bidrage til den optimale behandling af patienter med

¹ Ved sagsbehandling forstås administrativt arbejde udført i Region Hovedstaden med henblik på at sekretariatsbetjene Samarbejdsudvalget og understøtte dets beslutninger.

lidelser i fødderne. Den statsautoriserede fodterapeut skal derfor indgå i og følge anbefalingerne i patientforløbsprogrammer for patienter med diabetes og svær leddegigt.

I sundhedsvæsenet stiles efter sammenhængende og effektive patientforløb, hvorfor det er vigtigt, at statsautoriserede fodterapeuter samarbejder og udveksler informationer med andre sundhedsfaglige aktører, herunder de praktiserende læger og fysioterapeuter, sårcentre, sygehuse og evt. kommunen.

Heraf fremgår det, at fodterapeuten – foruden at tilbyde behandling – bidrager til forebyggelse af fodlidelser, samt skal samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører for at fremme sammenhængende og effektive patientforløb.

3. Udarbejdelse og høring

Praksisplanen er udarbejdet af regionen i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende fodterapeuter. Samarbejdsudvalget for fodterapi har efter planens udarbejdelse haft mulighed for at drøfte og give bemærkninger til planen inden regionsrådets godkendelse af planen. Planen sendes desuden til høring blandt de vigtigste interessenter (se høringsliste i bilag 11 til planen).

4. Praksisplanens opbygning

Praksisplanen består af to dele: en kapacitetsdel og en udviklingsdel.

I kapacitetsdelen belyses kapaciteten på fodterapeutområdet inklusive den geografiske placering af praksis, regionale udgifter til fodterapibehandling, samt alders- og kønsfordeling blandt fodterapeuterne (kapacitetsbeskrivelse). Desuden fastsættes principper for vurdering af den fremtidige fodterapeutiske kapacitet i regionen i kapacitetsdelen, og der peges på områder med behov for at fastlægge administrative retningslinjer for sagsbehandlingen af praksisforhold.

Udviklingsdelen indeholder anbefalinger til den fremtidige udvikling på fodterapiområdet, særligt med fokus på kvalitetsudvikling samt samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen.

Denne praksisplan har således to hovedformål:

- At beskrive kapaciteten for fodterapiområdet².
- At tilrettelægge den fremtidige fodterapeutiske betjening i regionen.

Planperioden er fastsat til 2013-2016. I løbet af planperioden vil der blive udarbejdet årlige implementeringsplaner, der beskriver, hvordan praksispla-

² Hvor intet andet er angivet, stammer data fra regionens egne registre.

nens målsætninger indfris samt beskriver arbejdsfordeling og ansvarsforhold i implementeringen.

Kapacitet

1. Formål

Det er målsætningen for kapacitetsdelen, at der som udgangspunkt sikres en ligelig geografisk fordeling af fodterapikapaciteten, således at borgerne i de forskellige planlægningsområder i regionen får lige adgang til fodterapi.

Formålet med dette afsnit er derfor at beskrive kapacitet og økonomi for den fodterapeutiske betjening, samt med udgangspunkt i kapacitetsbeskrivelsen at fastlægge principper for den årlige vurdering af den fremtidige fodterapikapacitet i regionen. Anbefalinger vedrørende kapacitetsvurdering præsenteres løbende og opsummeres i afsnit 4.1³. Endelig er det formålet at pege på områder, hvor der med fordel kan fastlægges administrative retningslinjer for sagsbehandlingen af kapacitetsrelaterede praksisforhold i planperioden.

2. Kapacitetsbeskrivelse

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.

2.1 Planlægningsområder

I forbindelse med praksisplanlægningen er der behov for at inddele regionen i mindre områder, der fungerer som planlægningsområder til brug for samarbejdsudvalgets administration af praksisforhold. Planlægningsområderne beskriver det geografiske dækningsområde, som en fodterapikapacitet kan anvendes inden for.

Region Hovedstaden deles op i fire hovedområder – Nord, Midt, Byen og Syd – som svarer til Hospitals- og psykiatriplanens (2020) planlægningsområder, og yderligere i en række områder, som svarer til kommuneinddelingen med undtagelse af København, hvor den nuværende bydelsinddeling anvendes. Fordelingen af hoved- og planlægningsområder fremgår af nedenstående tabel.

³ Alle anbefalinger er samlet i bilag 1 til planen.

Tabel 1: Planlægnings- og hovedområder i Region Hovedstaden

Planlægnings- og hovedområder i Region Hovedstaden, (indbyggere, juni 2011)

Hovedområde	Nord (312.000)	Midt (432.000)	Byen (416.000)	Syd (478.000)
Planlægnings- områder	Frederikssund	Egedal	Brønshøj-	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager Øst
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Amager Vest
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Høje-Taastrup
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Albertslund
	Fredensborg	Lyngby-	Indre By	Ishøj
	Hørsholm	Taarbæk	Østerbro	Vallensbæk
		Rudersdal	Bornholm	Brøndby
		Gentofte	Christiansø	Glostrup
				Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

Ved at anvende denne administrative opdeling skabes entydige relationer for borgere, de kommunale samarbejdspartnere, praksissektoren og hospitalerne ved, at inddelingen i hovedområder og planlægningsområder svarer til den inddeling, der anvendes hos de vigtigste aktører i fodterapeuternes samarbejdsrelationer til det øvrige sundhedsvæsen (se i øvrigt figur 1 i Udviklingsdel, afsnit 1.2).

Inddelingen medfører, at samarbejdsudvalgets beslutninger om praksisadministration bygger på samme inddeling, som anvendes hos fodterapeuternes samarbejdsparter indenfor det øvrige sundhedsvæsen. Samtidig medvirker inddelingen til, at afgørelser i samarbejdsudvalgssager om f.eks. nynedsættelser, praksisflytninger og andre praksisrelaterede forhold:

- er gennemsigtige for yderne
- foretages på et ensartet grundlag
- er enkle at administrere

En hensigtsmæssig inddeling af regionen i planlægningsområder har betydning for praksisadministrationen og derved praksisplanlægningen ved:

- bestemmelse af antal fodterapeuter i de enkelte områder, herunder
 - o bestemmelse af, hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres
 - o godkendelse af praksisflytninger og andre praksisrelaterede forhold
- som sammenligningsgrundlag ved udarbejdelse af statistik og oversigter over fodterapikapacitet og økonomiforhold

Figur 1: Inddeling af regionen i hoved- og planlægningsområder, svarende til regionens hospitals- og psykiatriplan.



Planlægningsområderne er allerede godkendt i Samarbejdsudvalget og bragt i anvendelse i forbindelse med den foreløbige kapacitetsstatus for fodterapi, der blev udarbejdet i forbindelse med samarbejdsudvalgets beslutning om fordeling af nye fodterapi kapaciteter i vinteren 2011-12.

2.2 Kapacitet og dækning på fodterapiområdet

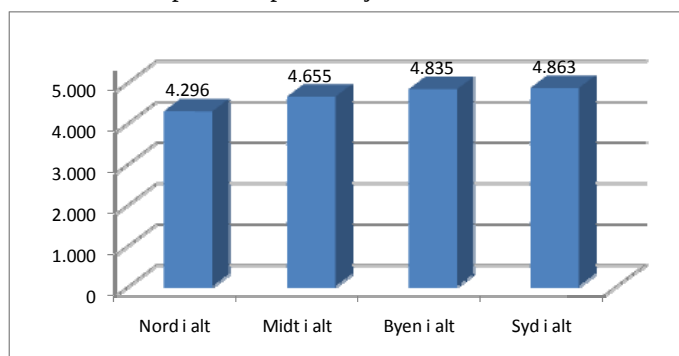
Som del af praksisbeskrivelsen fremlægges data for fodterapi praksis i Region Hovedstaden. Data belyser den eksisterende kapacitet og dækningsgrad.

2.2.1 Eksisterende kapacitet og dækningsgrad

I henhold til overenskomsten forstås en kapacitet som en fodterapeut, der praktiserer på fuld tid under et ydernummer. Hvert ydernummer kan have flere kapaciteter tilknyttet samtidig. Den enkelte fodterapikapacitet kan være organiseret som en enkeltmandspraksis eller som del af en kompagniskabspraksis. Desuden kan der være behandlende medhjælp tilknyttet den enkelte praksis. Disse tæller også som en kapacitet. Vikarer tæller ikke med i kapaciteten. Endelig kan den enkelte kapacitet være tilknyttet fast klinikadresse eller eksistere som mobil fodterapeut.

Dækningsgraden betegner, hvor mange borgere, den enkelte kapacitet i praksis betjener på basis af befolkningstallet i de enkelte områder. I nedenstående ses dækningsgraden fordelt på hovedområder i Region Hovedstaden.

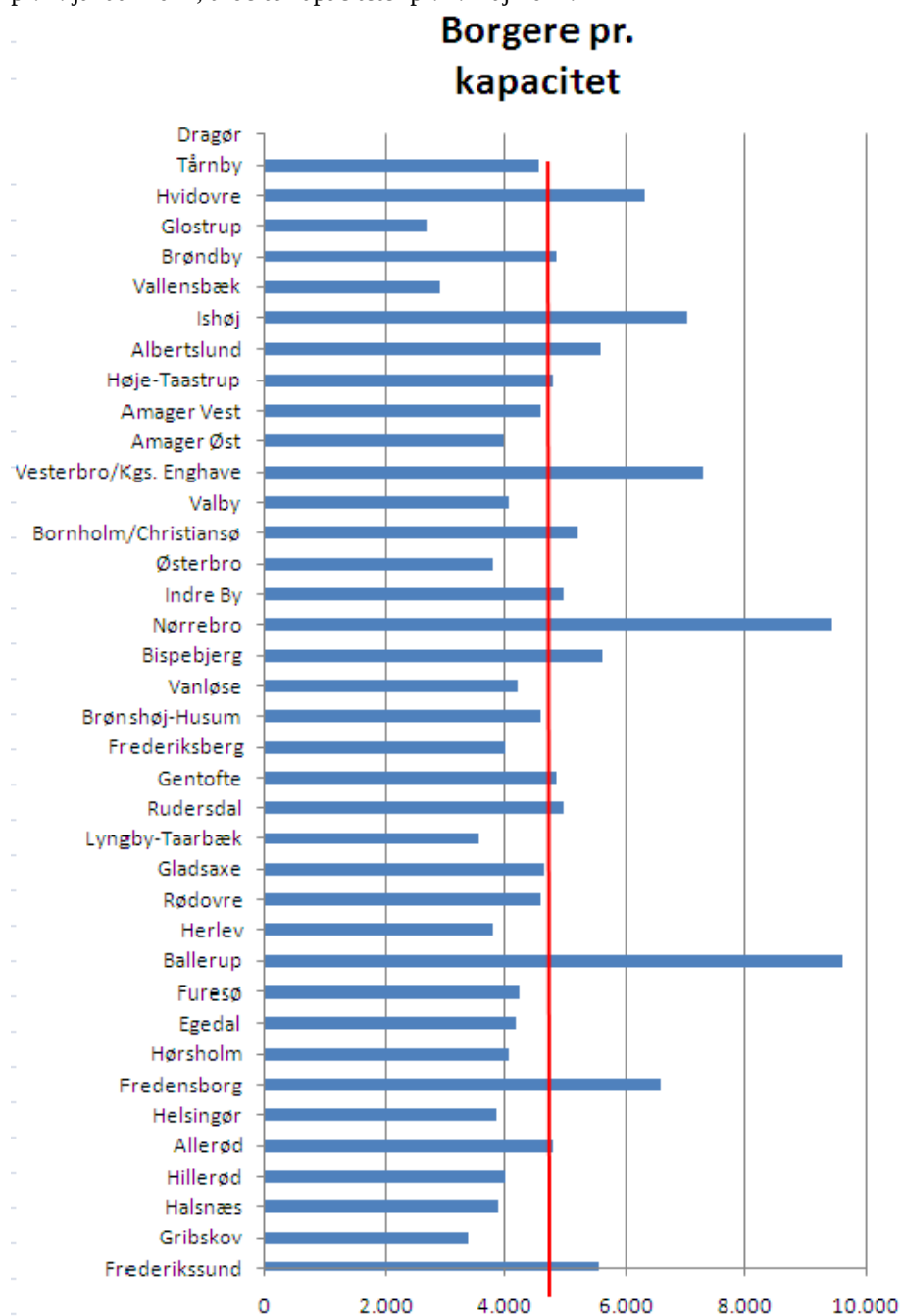
Figur 2: Dækningsgrad. Borgere pr. fodterapikapacitet. Befolkning pr. 1. januar 2012, tildelte kapaciteter pr. 1. maj 2012.



Der er en relativt jævn fordeling på hovedområder, idet der dog er 13 % færre borgere pr. kapacitet i det dårligst dækkede område (syd) i forhold til det bedst dækkede (nord).

I den følgende tabel vises dækningsgraden for hver kommune/område. Den røde streg markerer regionsgennemsnittet.

Figur 3: Dækningsgrad. Borgere pr. fodterapikapacitet, områdefordelt. Befolkning pr. 1. januar 2012, tildelte kapaciteter pr. 1. maj 2012.⁴



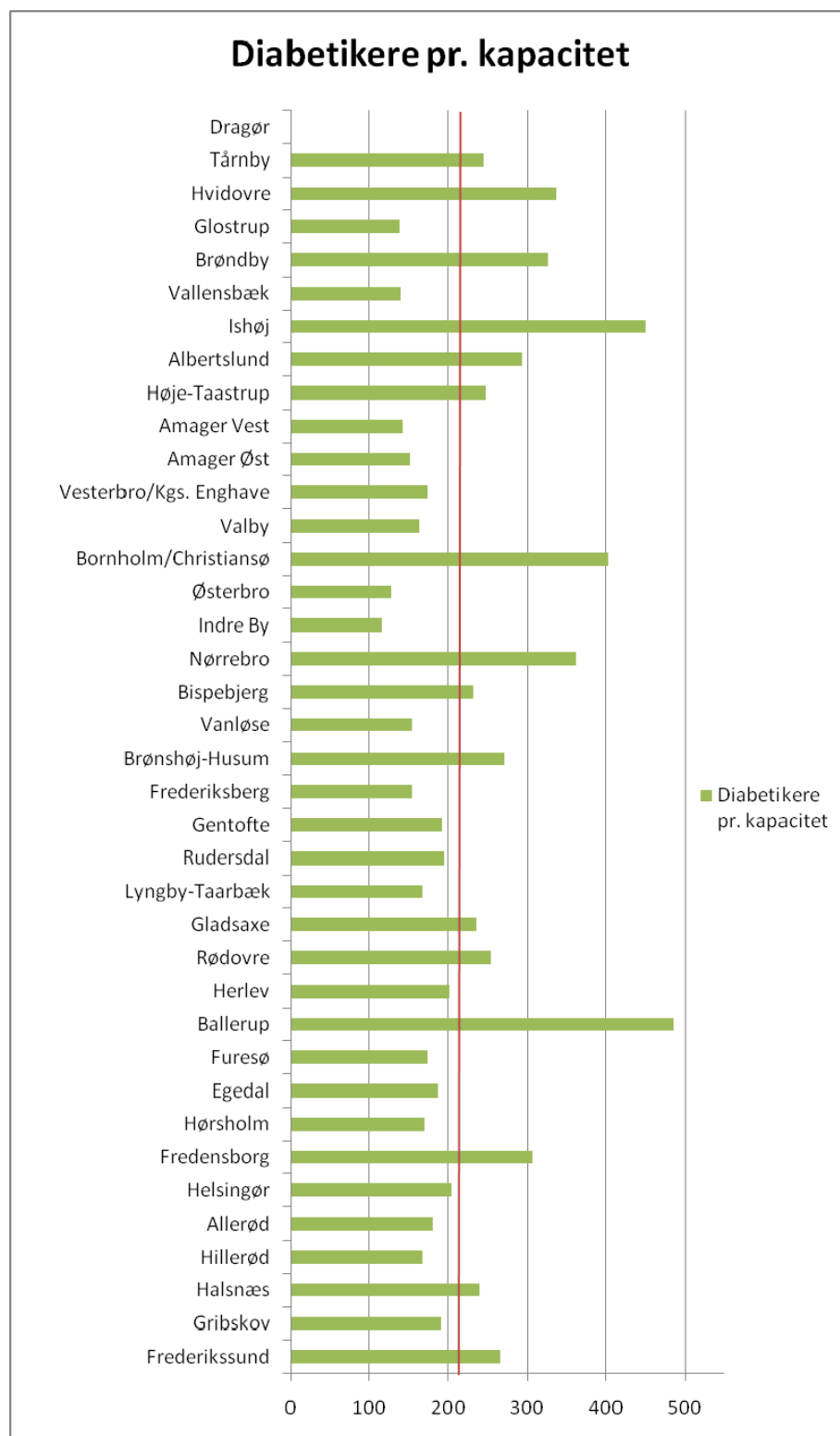
Der ses intern variation mellem kommuner/bydele. Dragør har den laveste dækningsgrad, idet der ingen fodterapeuter er i dette område. Den højeste dækningsgrad findes i Glostrup med 2.706 borgere pr. fodterapeut.

I kapacitetsdelens afsnit 3 vises, at patienter med diabetes udgør flertallet af de tilskudsberettigede borgere. I nedenstående tabel ses kapaciteten fordelt på

⁴ Tabel over fordeling af fodterapeuter i forhold til antal borgere, samt borger pr. kapacitet for de enkelte områder er vedlagt i bilag 3.

områder set i forhold til antallet af patienter med diabetes i de enkelte områder. Regionsgennemsnittet er 211,6 patienter med diabetes pr. fodterapeut.

Figur 4: Patienter med diabetes pr. fodterapikapacitet, områdefordelt. Kapaciteter pr 1. maj 2012, patienter med diabetes pr. 1. januar 2010



2.2.2 Alders- og kønsfordeling blandt praktiserende fodterapeuter

Nedenstående tabeller viser, at der blandt de praktiserende fodterapeuter i regionen er et flertal af kvinder (93,3 %), og de fleste fodterapeuter er mellem 40 og 59 år, mens kun knap 8 % er over 60. Umiddelbart står regionen dermed ikke over for udfordringer med, at mange fodterapeuter pensioneres i planperioden.

Idet den ene af landets to fodterapeutskoler er beliggende på Sjælland, vil regionen antageligt have gode muligheder for at rekruttere i fremtiden.

Tabel 2: Alders og kønsfordeling blandt fodterapeuter, begge pr. 1. maj 2012

Grupper	Antal ⁵	Procent	Køn	Antal	Procent
20-29 år	16	4,47 %	Mænd	24	6,70 %
30-39 år	62	17,32 %	Kvinder	334	93,30 %
40-49 år	161	44,97 %	Total	358	100,00 %
50-59 år	91	25,42 %			
60-69 år	25	6,98 %			
70-80 år	3	0,84 %			
Total	358	100,00 %			

2.2.3 Faste klinikker i forhold til mobile fodterapeuter

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

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

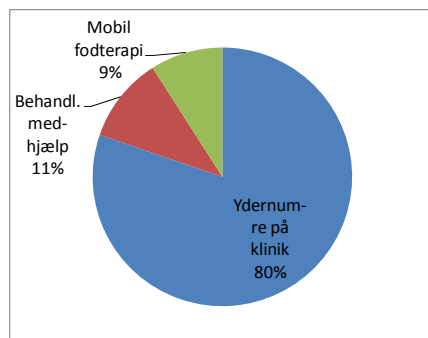
Stk. 1. Nedsættelse som fodterapeut uden fast klinikadresse kan finde sted i henhold til praksisplanen. Ansøgning fremsendes via LasF til regionen, og regionen meddeler herefter, om nedsættelse kan finde sted.

Stk. 2. Afslag på ansøgning om tilladelse til nedsættelse kan påklages til samarbejdsudvalget.

Nedenstående figur viser kapaciteternes fordeling på forskellige praksisformer. Som det ses, er 91 % af kapaciteterne tilknyttet en fast klinik med selvstændigt ydernummer eller som behandlende medhjælp.

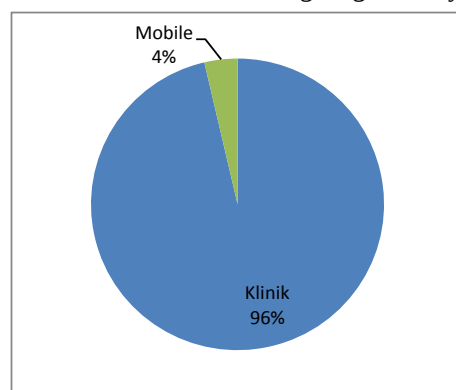
⁵ Tallene er for nedsatte kapaciteter pr. 1. maj 2012. 7 ydere var tildelt en kapacitet men havde ikke nedsat sig. Derfor er tallene lidt lavere end kapaciteten i afsnit 2.2.1

Figur 5: Fodterapikapaciteters fordeling på praksisform pr. 1. maj 2012



Nedenstående cirkeldiagram viser, i hvilke praksis de enkelte ydelser er produceret.

Figur 6: Fordelingen af ydelser på hhv. mobile fodterapeuter og fodterapeuter på fast klinik. Inkluderer behandlings- og kørselsydelser 1. juni 2011-30. april 2012.



Selvom de mobile fodterapeuter udgør 9 % af kapaciteterne, har de kun produceret 4 % af ydelserne. Mobile fodterapeuter bruger tid på kørsel og kan derfor ikke kan behandle lige så mange patienter på en dag som en fodterapeut på en fast klinikadresse.

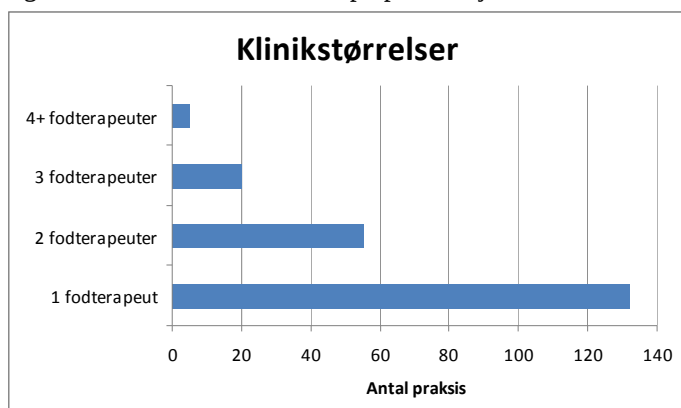
Data fra regionens afregningssystem viser endvidere, at ingen fodterapeuter fra følgende områder har foretaget hjemmebehandling: Allerød, Herlev, Vanløse og Dragør⁶. Borgere i alle områder har alligevel modtaget hjemmebehandling, idet fodterapeuter fra andre kommuner har udført behandlinger i de ovenstående kommuner.

⁶ Da der ikke er nedsat fodterapeuter med ydernummer i Dragør er der heller ikke foretaget hjemmebehandling af fodterapeuter fra denne kommune

2.2.4 Klinikstørrelse

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

Figur 7: Klinikstørrelser, fodterapi, pr. 1. maj 2012⁷



Det ses, at der oftest er én fodterapikapacitet på hver klinikadresse, og at der på ca. halvdelen af klinikkerne er beskæftiget mere end én fodterapeut i en selvstændig kapacitet.

2.3 Service og tilgængelighed i fodterapipraksis

2.3.1 Tilgængelighed

Ifølge overenskomsten skal alle fodterapeuter tilstræbe handicapvenlige forhold i eksisterende lokaler (fysisk tilgængelighed). Ved flytning, væsentlige ombygninger eller nybygning skal byggelovgivningens regler efterleves.

§ 20 Handicappede forhold

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

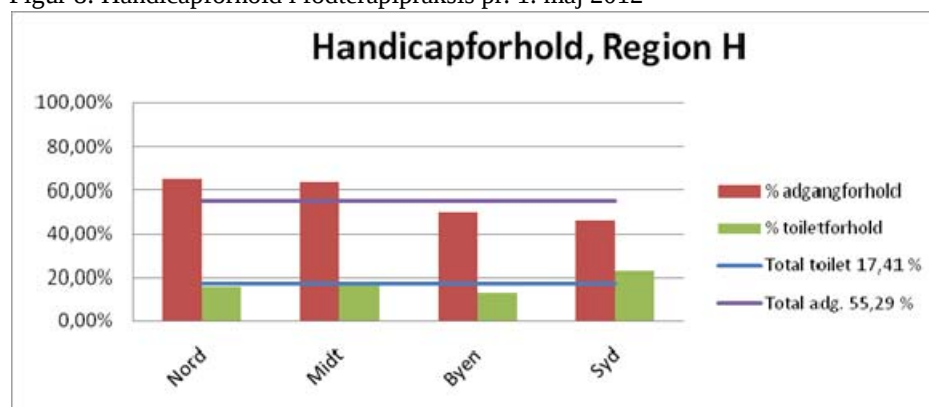
Stk. 2. Ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang, handicaptoilet osv.

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.

Nedenfor ses data for den fysiske tilgængelighed fordelt på regionens forskellige områder.

⁷ Tabel der viser klinikstørrelser (antal tilknyttede fodterapeuter) i de enkelte områder er vedlagt i bilag 6

Figur 8: Handicapforhold i fodterapipraksis pr. 1. maj 2012⁸



For regionen som helhed står 55,29 % af klinikkerne som registreret med handicapegnede adgangsforhold, mens 17,41 % står registreret med handicapegnede toiletforhold.

Idet data for handicapegnede forhold er baseret på selvrapportering fra de enkelte fodterapipraksis, kan der være forskel på de kriterier, fodterapeuterne har lagt til grund for vurderingen.

Anbefaling

Det anbefales:

- At indsatsen i den kommende planperiode fokuserer på at fremme handicaptilgængeligheden ved:
 - At der foretages en standardiseret undersøgelse med henblik på opdatering af yderregister og dermed sundhed.dk for alle praktiserende fodterapeuter ang. oplysninger om handicapvenlige forhold.
 - At samarbejdsudvalget årligt følger op på handicaptilgængelighed med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed.

2.3.2 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 skal pr. 01-07-2011 eller snarest derefter, når muligheden

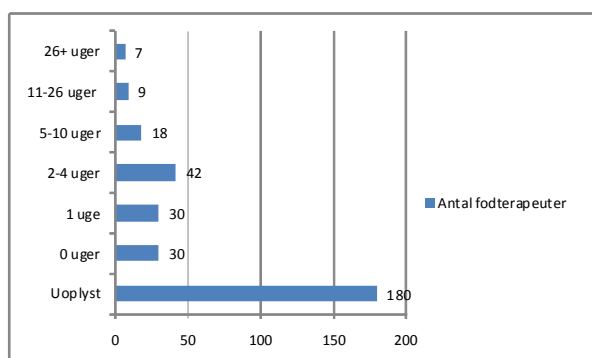
⁸ Figurer der viser handicapegnede forhold for de enkelte områder er vedlagt i bilag 7

er etableret på sundhed.dk, oplyse ventetider på behandling på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Ventetider angives som den aktuelle og forventede ventetid til ikke akut behandling.

I det følgende skema ses de registrerede ventetider for fodterapeuter i Region Hovedstaden opgjort på baggrund af selvrapporterede ventetider fra sundhed.dk.

Over halvdelen af fodterapeuterne har ikke opgjort deres ventetid, hvilket gør, at der ikke kan konkluderes endeligt på data.

Figur 9: Ventetider til fodterapi pr. 27. august 2012



Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget arbejder for at sikre, at fodterapeuterne opfylder overenskomstens krav om at oplyse ventetider via sundhed.dk

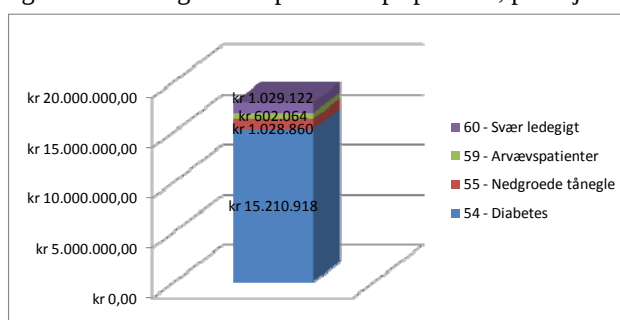
3. Forbrug og produktion

Dette afsnit viser, hvordan produktion af fodterapiydelser blandt regionens fodterapeuter samt forbruget af fodterapiydelser blandt regionens borgere har været i perioden 1. juni 2011-30. april 2012.

3.1 Forbrug på specialer

Nedenfor fremgår det samlede forbrug blandt regionens tilskudsberettigede borgere fordelt på de fire fodterapispecialer: '54 Diabetes', '55 Nedgroede tånegle', '59 Arvævspatienter', '60 Svær leddegigt'. Da diabetes er det mest brugte speciale, er der i nedenstående flere steder specifikt opgjort forbrug og produktion for denne patientgruppe.

Figur 10: Forbrug fordelt på fodterapispecialer, pr. 1. juni 2011-30. april 2012.

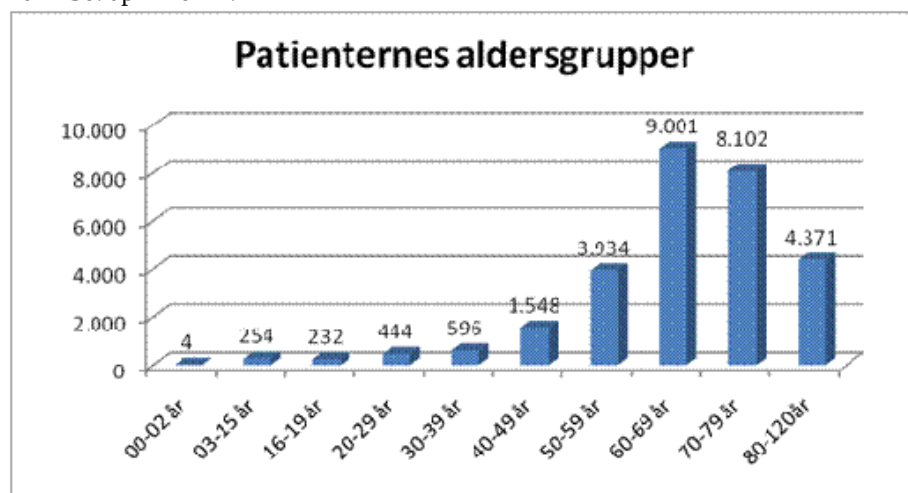


Det ses i diagrammet, at diabetes har været den væsentligste udgift på fodterapiområdet, idet denne patientgruppe repræsenterer ca. 85 % af det samlede forbrug på 17.870.963 kr.

3.2 Aldersfordelt forbrug

I nedenstående diagram ses antallet af patienter i forskellige aldersgrupper opgjort på tværs af specialerne. Det ses, at de ældste aldersgrupper udgør hovedparten af patienterne.

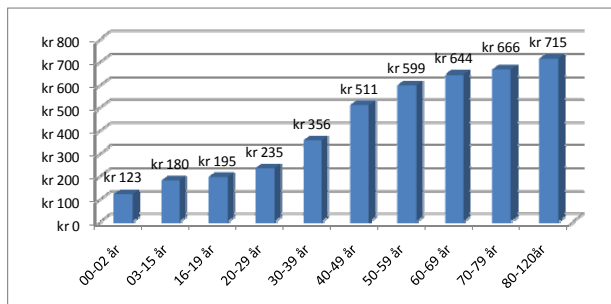
Figur 11: Patienter i fodterapipraksis fordelt på aldersgrupper, opgjort fra 1. juni 2011-30. april 2012⁹.



Der er desuden væsentlig forskel på udgiften pr. patient, når der betragtes forskellige aldersgrupper, som det ses i nedenstående diagram.

⁹ Figuren har fokus på at illustrere patienternes aldersfordeling i perioden. Antal patienter i hver aldersgruppe kan ikke summeres op til et totalt antal patienter, da nogle patienter tæller med i to aldersgrupper, såfremt de har haft fødselsdag og skiftet alderskategori i perioden.

Figur 12: Udgift til fodterapi pr. patient på tværs af specialer, opgjort 1. juni 2011-30. april 2012.

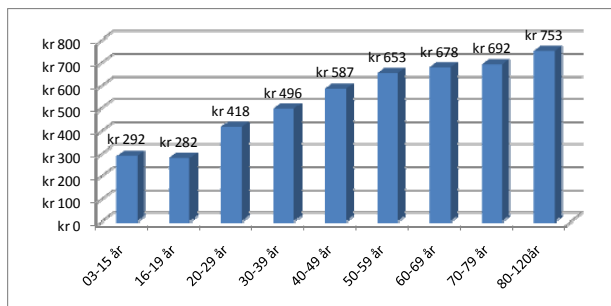


Borgernes alderssammensætning kan derfor være et relevant parameter i fremtidige kapacitetsvurderinger.

3.2.1 Patienter med diabetes

Patienter med diabetes udgør et markant flertal blandt de patienter, der modtager fodterapi, jf. figur 10. Derfor er udgiften pr. patient særlig interessant for denne gruppe patienter.

Figur 13: Udgift til fodterapi pr. diabetespatient, aldersfordelt, opgjort 1. juni 2011-30. april 2012



Det ses i ovenstående diagram, sammenlignet med tabellen med udgift pr. patient på tværs af alle specialer (figur 12), at patienter med diabetes har været *mere udgiftskrævende* end gennemsnittet for alle patienter, og at dette gælder for samtlige aldersgrupper. Der ses desuden en stigning i udgiften pr. patient i takt med patientens stigende alder, *ligesom det er tilfældet* for gennemsnittet for alle patienter.

Anbefaling

Det anbefales, at:

- Den fremtidige kapacitetsvurdering tager højde for, at der kan være forskel på behovet for behandling afhængigt af såvel antallet såvel som aldersfordelingen *blandt* patienterne med diabetes i de enkelte planlægningsområder¹⁰.

3.3 Forbrug og produktion fordelt på områder

Følgende tabel viser, hvordan *forbruget blandt de tilskudsberettigede borgere* i Region Hovedstaden i perioden har fordelt sig på de fire hovedområder.

Særligt i Nord er mange personer, der har modtaget fodterapi, set i forhold til områdets antal af borgere.

Tabel 3: Forbrug blandt borgere med ret til tilskud til fodterapi, områdefordelt. Borgere pr. 1. januar 2012, ydelser, personer og honorar opgjort 1. juni 2011-30. april 2012.

Område	Borgere i området	Forbrugte ydelser	Forbrugt honorar	Personer, der har modtaget fodterapi*
Nord i alt	313.597	37.315	Kr. 4.501.771	6.763
Midt i alt	437.547	37.120	Kr. 4.765.591	6.986
Byen i alt	468.951	34.052	Kr. 4.196.883	6.433
Syd i alt	491.128	34.529	Kr. 4.377.102	6.695
Total	*	143.016	kr. 17.841.347	*

* Kan ikke summeres op på grund af gengangere som følge af flytning mellem områder.

I nedenstående tabel ses, hvor stor produktionen blandt fodterapeuterne i de enkelte områder har været i perioden 1. juni 2011-30. april 2012, samt antal fodterapeuter i de enkelte områder pr. 1. maj 2012. Produktion forstås som det honorar, der er ydet til fodterapeuter med adresse i det pågældende område. Desuden indgår borgere fra andre regioner i opgørelsen.

Tabel 4: Produktion i fodterapipraksis fordelt på områder. Honorar opgjort 1. juni 2011-30. april 2012, kapacitet pr. 1. maj 2012.

	Område	Udgift til behandling	Samlet kapacitet
Nord	Frederikssund	kr. 565.173	8
	Gribskov	kr. 775.396	12
	Halsnæs	kr. 814.288	8
	Hillerød	kr. 584.897	12
	Allerød	kr. 81.340	5
	Helsingør	kr. 851.675	16
	Fredensborg	kr. 250.599	6
	Hørsholm	kr. 363.997	6
	Nord i alt	kr. 4.287.365	73

¹⁰ Statistik for de øvrige fodterapispecialer kan ses i bilag 4 og 5.

Midt	Egedal	kr. 562.816	10
	Furesø	kr. 95.100	9
	Ballerup	kr. 263.583	5
	Herlev	kr. 441.666	7
	Rødovre	kr. 467.149	8
	Gladsaxe	kr. 858.062	14
	Lyngby-Taarbæk	kr. 1.112.778	15
	Rudersdal	kr. 357.515	11
	Gentofte	kr. 774.179	15
	Midt i alt	kr. 4.932.848	94
Byen	Frederiksberg	kr. 938.282	25
	Brønshøj-Husum	kr. 461.328	9
	Vanløse	kr. 194.814	9
	Bispebjerg	kr. 695.814	9
	Nørrebro	kr. 220.673	8
	Indre By	kr. 327.978	10
	Østerbro	kr. 859.282	19
	Bornholm/Christiansø	kr. 679.548	8
	Byen i alt	kr. 4.377.719	97
Syd	Valby	kr. 633.288	12
	Vesterbro/Kgs. Enghave	kr. 321.204	8
	Amager Øst	kr. 442.407	13
	Amager Vest	kr. 439.748	13
	Høje-Taastrup	kr. 544.394	10
	Albertslund	kr. 240.881	5
	Ishøj	kr. 150.129	3
	Vallensbæk	kr. 393.658	5
	Brøndby	kr. 308.964	7
	Glostrup	kr. 542.985	8
	Hvidovre	kr. 159.595	8
	Tårnby	kr. 187.266	9
	Dragør	kr. 0,00	0
	Syd i alt	kr. 4.364.519	101
	Total	kr. 17.962.453	365

Det ses i tabellen, at der er forskel på, hvor meget behandling, der er foretaget i de enkelte områder. Der bør på grund af forskellige tidspunkter for opgørelse af kapacitet og produktion¹¹ være varsomhed overfor at sammenligne forbruget pr. kapacitet imellem de forskellige områder.

¹¹ Kapaciteten har ændret sig i produktionsperioden i en række kommuner/planlægningsområder som følge af, at en række ydernumre er blevet besat i første halvår af 2012.

3.4 Produktion og forbrug sammenlignet

Nedenstående tabel viser differencen mellem produktions- og forbrugstal i de enkelte hovedområder.

Tabel 5: Produktion versus forbrug, opgjort 1. juni 2011-30. april 2012.

Hovedområde	Produceret honorar	Forbrugt honorar	Forskel i %	Forskel i kr.
Nord i alt	kr. 4.365.525	kr. 4.501.771	3,03 %	kr. 136.246
Midt i alt	kr. 4.932.848	kr. 4.765.591	-3,51 %	kr. -167.257
Byen i alt	kr. 4.377.720	kr. 4.196.883	-4,31 %	kr. -180.837
Syd i alt	kr. 4.364.517	kr. 4.377.102	0,29 %	kr. 12.585
Total	kr. 18.040.610	kr. 17.841.347	-1,12 %	kr. 199.263

Det ses i tabellen, at der i de 4 hovedområder ikke er stor forskel på, hvor meget de lokale fodterapeuter har behandlet set i forhold til, hvor meget patienterne har forbrugt. At regionen som helhed har haft lidt større produktion end forbrug, kan tilskrives, at patienter fra andre regioner har fået behandling i Region Hovedstaden i højere grad end det modsatte.

Nedenstående tabel viser forskellen på produktions- og forbrugstal i de enkelte kommuner/områder. Tabellen er sorteret således, at de øverste kommuner/områder er dem, hvor de lokale fodterapeuter har procentvis større produktion, end forbrug. Der er behov for en nærmere analyse af data før disse kan anvendes, som udtryk for om borgernes valg af fodterapeut er relateret til bopæl eller f.eks. arbejdssted.

Tabel 6: Produktion versus forbrug fordelt på alle områder, opgjort 1. juni 2011-30. april 2012. Sorteret efter procentvis difference.

Område	Produceret honorar	Forbrugt honorar	Forskel i %	Forskel i kr.
Vallensbæk	kr. 393.658	kr. 211.802	-85,86 %	kr. -181.855
Hørsholm	kr. 442.155	kr. 250.981	-76,17 %	kr. -191.174
Glostrup	kr. 542.985	kr. 343.801	-57,94 %	kr. -199.184
Amager Øst	kr. 442.407	kr. 287.285	-54,00 %	kr. -155.122
Vesterbro/Kgs. Eng-have	kr. 321.204	kr. 216.546	-48,33 %	kr. -104.658
Lyngby-Taarbæk	kr. 1.112.778	kr. 754.301	-47,52 %	kr. -358.477
Valby	kr. 633.288	kr. 463.117	-36,74 %	kr. -170.171
Østerbro	kr. 859.282	kr. 644.119	-33,40 %	kr. -215.163
Bispebjerg	kr. 695.814	kr. 531.910	-30,81 %	kr. -163.905
Gentofte	kr. 774.179	kr. 625.261	-23,82 %	kr. -148.918
Indre By	kr. 327.978	kr. 282.671	-16,03 %	kr. -45.306
Frederiksberg	kr. 938.282	kr. 835.894	-12,25 %	kr. -102.388
Amager Vest	kr. 439.748	kr. 393.925	-11,63 %	kr. -45.823
Rødovre	kr. 467.149	kr. 433.775	-7,69 %	kr. -33.374

Helsingør	kr. 851.675	kr. 824.303	-3,32 %	kr. -27.372
Frederikssund	kr. 565.173	kr. 552.304	-2,33 %	kr. -12.869
Halsnæs	kr. 814.288	kr. 796.795	-2,20 %	kr. -17.493
Egedal	kr. 562.816	kr. 558.001	-0,86 %	kr. -4.815
Bornholm/Christiansø	kr. 679.548	kr. 678.866	-0,10 %	kr. -682
Herlev	kr. 441.666	kr. 446.778	1,14 %	kr. 5.112
Høje-Taastrup	kr. 544.394	kr. 559.257	2,66 %	kr. 14.863
Gribskov	kr. 775.396	kr. 809.418	4,20 %	kr. 34.022
Brønshøj-Husum	kr. 461.328	kr. 497.811	7,33 %	kr. 36.483
Gladsaxe	kr. 858.062	kr. 936.596	8,39 %	kr. 78.534
Hillerød	kr. 584.897	kr. 666.634	12,26 %	kr. 81.737
Albertslund	kr. 240.881	kr. 325.560	26,01 %	kr. 84.679
Ballerup	kr. 263.583	kr. 358.297	26,43 %	kr. 94.715
Rudersdal	kr. 357.515	kr. 506.993	29,48 %	kr. 149.477
Vanløse	kr. 194.814	kr. 287.249	32,18 %	kr. 92.435
Furesø	kr. 95.100	kr. 145.589	34,68 %	kr. 50.489
Brøndby	kr. 308.964	kr. 481.199	35,79 %	kr. 172.236
Allerød	kr. 81.340	kr. 138.139	41,12 %	kr. 56.799
Fredensborg	kr. 250.599	kr. 463.196	45,90 %	kr. 212.597
Ishøj	kr. 150.129	kr. 288.004	47,87 %	kr. 137.875
Nørrebro	kr. 220.673	kr. 438.361	49,66 %	kr. 217.689
Hvidovre	kr. 159.595	kr. 353.465	54,85 %	kr. 193.871
Tårnby	kr. 187.266	kr. 417.513	55,15 %	kr. 230.247
Dragør	kr. 0	kr. 35.628	-	Kr. 35.628

Anbefaling

Det anbefales:

- At det overvejes, at forskellen på produktion og forbrug i de enkelte områder analyseres nærmere og indgår i den årlige kapacitetsvurdering som et kriterium for placeringen af eventuelle nye kapaciteter.

3.5 Sammenligning med landstal

Dette afsnit sammenligner udgiftsmønsteret i Region Hovedstaden med de øvrige regioners udgifter.

Af nedenstående tabel fremgår det, at udgiften pr. patient er relativt ens i de fem regioner, idet Region Hovedstaden dog har en lidt højere udgift pr. patient blandt regionerne.

Tabel 7: Landstal for udgift til fodterapi i forhold til antal patienter i fodterapipraksis, opgjort 1. juni 2011-30. april 2012.

	Antal Patienter i fodterapipraksis	Udgift total til fodterapi	Udgift pr. patient i fodterapipraksis
Region Hovedstaden	20.932	kr. 17.870.964 ¹²	kr. 853,76
Region Midtjylland	18.235	kr. 15.558.339	kr. 853,21
Region Nordjylland	10.123	kr. 8.377.198	kr. 827,54
Region Sjælland	14.854	kr. 12.677.504	kr. 853,47
Region Syddanmark	18.192	kr. 15.102.571	kr. 830,18
Landstotal	82.255	Kr. 69.586.576	kr. 845,99

Nedenstående tabel viser endvidere antal patienter med diabetes i de enkelte regioner¹³ samt de enkelte regioners udgift til fodterapibehandling af patienter med diabetes i perioden 1. juni 2011- 1. maj 2012.

Tabel 8: Landstal for udgift til fodterapi i forhold til antal patienter med diabetes fordelt på regioner. Antal patienter med diabetes (jf. det nationale Diabetesregister) pr. 1. januar 2010, udgifter i fodterapipraksis pr. 1. juni 2011-30. april 2012.

Diabetestotal fra Det Nationale Diabetesregister	Antal patienter med diabetes¹⁴	Udgift total til fodterapi behandling af patienter med diabetes	Udgift pr. diabetespatient
Region Hovedstaden	77.231	kr. 15.210.645	kr. 197
Region Sjælland	44.328	kr. 10.803.620	kr. 242
Region Syddanmark	69.301	kr. 13.407.664	kr. 193
Region Midtjylland	65.061	kr. 13.489.748	kr. 207
Region Nordjylland	30.349	kr. 7.487.402	kr. 247
Landstotal	286.270,00	Kr. 60.399.079	kr. 218

Det ses, at Region Hovedstadens udgift pr. diabetespatient er relativt *mindre* end de fleste øvrige regioners udgift til denne patientgruppe.

Som det ses i den næste tabel, er Region Hovedstadens udgift pr. borger den *laveste* blandt regionerne.

¹² Dette tal inkluderer udgifter til borgere, der ikke kan henføres til en bestemt kommune, hvorfor tallet afviger fra øvrige forbrugstotaler.

¹³ Bemærk, at tallet henfører til det samlede antal patienter med diabetes i de enkelte regioner – ikke kun til de patienter med diabetes, der ses i fodterapipraksis.

¹⁴ Bemærk, at tallet henfører til det samlede antal patienter med diabetes i de enkelte regioner – ikke kun til de patienter med diabetes, der ses i fodterapipraksis

Tabel 9: Udgifter pr. borger, regionsfordelt. Udgift opgjort pr. 1. juni 2011-30. april 2012, borgere pr. 1. januar 2012.

	Borgere	Udgift total til fod- terapi	Udgift pr. borger
Region Hovedstaden	1.714.589	kr. 17.870.964 ¹⁵	kr. 10
Region Midtjylland	1.266.682	kr. 15.558.339	kr. 12
Region Nordjylland	579.996	kr. 8.377.198	kr. 14
Region Sjælland	817.907	kr. 12.677.504	kr. 16
Region Syddanmark	1.201.342	kr. 15.102.571	kr. 13
Landstotal	5.580.516	Kr. 69.586.576	kr. 12

I perioden uden overenskomst var der i visse områder af regionen få fodterapeuter, idet mange havde opsagt deres ydernummer. Tilskudsberettigede borgere har i den periode muligvis opsøgt fodterapeuter uden ydernummer (og dermed uden tilskud). I takt med at disse patienter begynder at anvende fodterapeuter med ydernummer, forventes udgiften pr. borger at tilnærme sig landsgennemsnittet.

Desuden kan det være af betydning for udgiften pr. diabetespatient og pr. borger, at der er færre ældre borgere i Region Hovedstaden end de øvrige regioner¹⁶. I nedenstående tabel ses, hvor stor en del af den samlede befolkning, der udgøres af forskellige aldersgrupper i hver af regionerne.

Tabel 10: Aldersfordeling i regionerne pr. 1. januar 2012, andel af den samlede befolkning i de enkelte regioner

	Region Hovedsta- den	Region Sjælland	Region Syddan- mark	Region Midtjyl- land	Region Nordjyl- land
50+-årige	33,38 %	40,30 %	38,49 %	35,54 %	38,95 %
60+årige	21,55 %	26,40 %	24,95 %	22,63 %	25,37 %

3.6 Fremtidig udvikling

I nedenstående tabel ses den forventede udvikling i befolkningens alder i Region Hovedstaden som helhed frem til 2018 på baggrund af befolkningsprognose fra Danmarks Statistik.

Tabel 11: Forventet udvikling i Region Hovedstadens borgere frem til 2018, prognose pr. 1. januar 2012

År:	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+ år
2012	202.848	193.059	241.848	252.907	251.539	202.881	192.947	109.621	54.407	12.429

¹⁵ Dette tal inkluderer udgifter til borgere, der ikke kan henføres til en bestemt kommune, hvorfor tallet afviger fra øvrige forbrugstotaler.

¹⁶ Jf. figur 12 og 13 stiger udgiften i takt med patienternes alder.

2015	203.152	193.791	266.333	242.935	252.987	215.344	188.653	127.479	54.906	12.910
2018	201.222	195.590	283.162	241.274	244.200	231.649	180.211	148.257	57.911	13.184

Der forventes en stor vækst i generationen 70-79-årige. Væksten kan, ligesom den forventede stigning i antallet af borgere med kronisk sygdom, antages at øge det samlede behov for fodterapeutisk behandling i regionen på sigt.

4. Administrative retningslinjer

I samarbejdsudvalget for fodterapi er allerede vedtaget retningslinjer og principper for en række forhold i relation til overenskomsten. Praksisplanen peger på, hvor der kan være behov for udbygning af eksisterende retningslinjer og principper eller vedtagelse af nye.

Tabel 12: Midlertidige retningslinjer og principper tiltrådt i samarbejdsudvalget i perioden uden praksisplan

Retningslinje	Vedtaget dato
Flytning	7. oktober 2011
Flere praksisadresser	20. april 2012

4.1 Fremtidige kapacitetsvurderinger

Det følger af overenskomstens § 8, stk. 3 om nynedsættelser (jf. nedenstående boks), at regionen foretager en vurdering af behandlingskapaciteten *én gang årligt*.

Anbefaling

Det anbefales:

- At der i planperioden nedsættes et udvalg, der udarbejder en model for kapacitetsvurdering.

Modellen bør tage højde for:

- o Antallet af borgere pr. kapacitet i planlægningsområdet
- o Antallet af patienter med diabetes i planlægningsområdet
- o Aldersfordeling for borgerne i planlægningsområdet

Desuden kan følgende faktorer inddrages sekundært

- o Balancen mellem produktion og forbrug i det pågældende planlægningsområde
- o Behov for mobil fodterapi/hjemmebehandling
- o Ventetidsopgørelser

4.2 Nynedsættelser

Af overenskomstens § 8 fremgår desuden jf. ovenstående, at regionen årligt træffer beslutning om eventuelle 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.

Stk. 4.

Regionerne orienterer hvert år inden den 31-12 landssamarbejdsudvalget om besluttede nynedsættelser.

Stk. 5.

Ansøgning om nynedsættelse sker via LasF

Anbefaling

Det anbefales:

- At der i forbindelse med praksisplanens implementering nedsættes en arbejdsgruppe med henblik på at udarbejde procedurer og kriterier i forbindelse med opslag af kapaciteter til brug for vurdering af ansøgninger om nynedsættelser.

Der bør i implementeringsgruppen overvejes, hvorledes følgende forhold kan inddrages i den konkrete bedømmelse af ansøgerne:

Fodterapeuten:

- o Fodterapeutens faglige status, f.eks. efteruddannelse, anciennitet, anden sundhedsuddannelse mv.
- o Erfaring med klinikdrift
- o Hjemmebehandling

Klinikken:

- o Handicapegnede forhold på klinikadressen
- o Mulighed for praksisfællesskab med andre fodterapeuter
- o Mulighed for praksisfællesskab med andre faggrupper under overenskomsten

4.3 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, indtil praksisplanen foreligger (vedlagt som bilag 8), jf. overenskomstens § 13.

Anbefaling

I overensstemmelse med tidligere vedtagne retningslinjer anbefales:

- At der udarbejdes stående 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.

4.4 Praksisfællesskaber

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

Derved skabes mulighed for at fremme netværksdannelse og faglig sparring såvel monofagligt som tværfagligt, herunder styrkes sammenhæng til andre tilbud i det nære sundhedsvæsen.

Anbefaling

Det anbefales:

- At regionens ønske om at fremme praksisfællesskaber indgår som overvejelse ved vurdering af flytninger og nynedsættelser.

4.5 Behandlende medhjælp

Fodterapipraksis kan ansøge om at få ansat behandlende medhjælp samtidig med udvidelse af kapaciteten (jf. § 16 stk. 1).

§ 16 Medhjælp

Stk. 1.

En fodterapeut med ydernummer kan via LasF ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at udvide sin praksis med en behandlende medhjælp. Ansættelsen kan ske i henhold til praksisplanen og efter de bestemmelser, der gælder ved nynedsættelse. Ved en ansættelse kan forstås enten en ansat statsautoriseret fodterapeut eller en selvstændigt praktiserende statsautoriseret fodterapeut.

Ansættelse af behandlende medhjælp under disse vilkår følger reglerne for nynedsættelser, som sker i overensstemmelse med praksisplanen og med udgangspunkt i den årlige kapacitetsvurdering.

§ 16 Medhjælp

Stk. 2.

En fodterapeut med ydernummer kan via LasF ansøge samarbejdsudvalget om at dele sin kapacitet med en behandlende medhjælp. De omstændigheder, der kan begrunde ansættelse af en ekstra fodterapeut, kan være særlige familiemæssige årsager, ønsket om at stille sin arbejdskraft til rådighed for andre funktioner, fodterapeutens alder eller svagelighed. Yderen har fortsat det fulde ansvar for aktiviteten på ydernummeret. Regionen har mulighed for at pålægge yderen et omsætningsloft baseret på de seneste års omsætning. Tilladelsen udløber, når den fodterapeut, der har fået tilladelsen ophører. Adgangen til at dele en kapacitet med en ansat fodterapeut efter denne bestemmelse har virkning fra 01-06-2013.

Med virkning fra den 1. juni 2013 kan der desuden jf. overenskomsten § 16 stk. 2 ansøges om behandlende medhjælp inden for samme kapacitet (delepraksis). I henhold til overenskomsten kan de omstændigheder, der kan begrunde dette, være særlige familiemæssige årsager, ønsket om at stille sin arbejdskraft til rådighed for andre funktioner, fodterapeutens alder eller svagelighed.

Anbefaling

Det anbefales:

- At der udarbejdes retningslinjer for behandling af ansøgninger om behandlende medhjælp inden for kapaciteten/delepraksis.

Der bør i den forbindelse tages hensyn til:

- At det primære formål med delepraksis er aflastning i henhold til overenskomsten

- Tilladelse til delepraksis ikke bør medføre en kapacitetsforøgelse eller øget omsætning
- Overenskomsten giver mulighed for at pålægge fodterapeuten et omsætningsloft i denne forbindelse

4.6 Flytning

Der er i samarbejdsudvalget vedtaget midlertidige retningslinjer for flytning, indtil praksisplanen foreligger (vedlagt som bilag 9).

§ 18 om flytning/ændring af klinikadresse.

Flytning af klinik kan ske ved anmodning via LasF til regionen. Godkendelse meddeles, medmindre det er i strid med praksisplanen eller vilkår for tiltrædelse til overenskomsten. For så vidt angår mobile fodterapeuter gælder samme regler ved ændring af geografisk placering eller dækningsområde

For at fremme fysisk tilgængelighed i fodterapipraksis samt sikre en hensigtsmæssig geografisk fodterapeutisk betjening i regionen foreslås det, at der i implementeringsperioden udarbejdes stående retningslinjer for behandling af ansøgninger om flytning på baggrund af § 18 og § 20 i overenskomsten (jf. afsnit 2.3.1).

Anbefaling

Det anbefales:

- At der udarbejdes stående retningslinjer for behandling af ansøgninger om flytning.

Der bør i den forbindelse tages hensyn til:

- At fodterapeuterne i henhold til overenskomstens § 20 i forbindelse med flytning er forpligtet til at bringe lokalerne i overensstemmelse med kravene om handicapvenlige forhold
- At kapaciteten i henhold til planlægningsområderne ikke skævvrides i forbindelse med flytning
- At det kan være hensigtsmæssigt for den enkelte ansøger, at der fastlægges retningslinjer for, hvornår ansøgninger kan vurderes administrativt
- At der i Samarbejdsudvalget er praksis for at bruge et skema til undersøgelse af handicapforhold (vedlægges som bilag 10).
- At der kan inddrages andre hensyn i bedømmelsen, f.eks. mulighed for praksisfællesskaber

4.7 Mobil fodterapi/hjemmebehandling

Den optimale behandling af de fleste patienter finder sted på klinik med dertilhørende faciliteter, jf. overenskomstens § 23. Af hensyn til kvalitet og ef-

fektiv drift bør undersøgelse og behandling derfor normalt foregå i fodterapeutens klinik. Lægen kan dog henvise permanent eller midlertidigt 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 mobile fodterapeuter eller fodterapeuter med fast klinikadresse, som tilbyder hjemmebehandling.

Behandlingskapaciteten udnyttes bedst muligt, hvis hjemmebehandlinger fortrinsvis foretages af lokale fodterapeuter. Hjemmebehandling bør desuden kunne foretages inden for en rimelig ventetid. Dette fordrer, at der er et lokalt tilbud om hjemmebehandling i alle dele af regionen, samt at patienterne har nem adgang til viden om, hvorvidt praksis tilbyder hjemmebehandling.

4.7.1 Adgang til viden om hvorvidt praksis tilbyder hjemmebehandling

På www.sundhed.dk fremgår det, i overensstemmelse med overenskomstens § 23, hvilke praktiserende fodterapeuter der er mobile (ikke knyttet til en fast klinikadresse). Derudover kan fodterapeuter med fast klinikadresse oplyse, om der tilbydes hjemmebehandling.

Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget arbejder for at sikre, at alle fodterapeuter har ajourførte oplysninger på sundhed.dk, om hvorvidt praksis tilbyder hjemmebehandling.

4.7.2 Sikring af tilbud om hjemmebehandling i alle områder

Anbefaling

Det anbefales:

- At dækningen af hjemmebehandling indgår i forbindelse med den årlige kapacitetsvurdering, således at det sikres, at der er tilbud om hjemmebehandlinger i alle områder.

- At hjemmebehandling overvejes som et muligt kriterium i forbindelse med nedsættelser, jf. afsnit 4.2.

4.7.3 Principper for ansøgninger om at praktisere uden fast klinikadresse

§ 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 til regionen, og regionen meddeler herefter, om nedsættelse kan ske.

Stk. 2.

Afslag på ansøgning om tilladelse til nedsættelse kan påklages til samarbejdsudvalget.

Anbefaling

Det anbefales:

- At der udarbejdes principper for, hvorledes der forholdes ved ansøgninger om nedsættelse uden fast klinikadresse (mobil fodterapeut) jf. overenskomstens § 22 samt for, hvordan der forholdes ved ansøgninger om konvertering af ydernummer fra mobil til fast klinik eller omvendt (uden §).

Principperne bør tage hensyn til:

- At den bedste kvalitet, jf. overenskomsten § 23, normalt opnås ved behandling i faste kliniklokaler, hvorfor tilknytning til en fastklinikadresse ønskes fremmet
- Om der i forvejen er mobile fodterapeuter i området,
- Om fodterapeuter med fast klinikadresse i området foretager hjemmebehandling.

4.7.4 Mobile fodterapeuters tilknytning til en fast klinik

Det bør i forbindelse med implementering af praksisplanen overvejes, om der kan være kvalitetsmæssige aspekter i, at mobile fodterapeuter får en fast tilknytning til en klinik, f.eks. i forbindelse med aftale om brug af klinikkens værksted. Eksempelvis kan en mobil fodterapeut én dag om ugen have behandlinger på en klinik.

Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget understøtter, at mobile fodterapeuter kan gøre brug af sparring med øvrige fodterapeuter.

Udvikling i fodterapipraksis

For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem fodterapipraksis og øvrige sundhedsaktører¹⁷. Herunder skal fodterapeuternes medvirken til sammenhængende patientforløb understøttes blandt andet i forhold til forløbsprogram for diabetes. Praksisplanen skal desuden understøtte kvalitetsudvikling i fodterapipraksis for at opnå optimal kvalitet i behandlingen af patienter med behov for fodterapi.

1. Samarbejde og kommunikation med øvrige sundhedsaktører

I dette afsnit fokuseres der på, hvilke indsatser der skal arbejdes med i planperioden for at sikre fremdrift i arbejdet med udvikling af kommunikation og samarbejde i fodterapipraksis.

1.1 Overenskomstens rammer for fodterapeutens rolle og opgaver i det tværgående patientforløb

Overenskomsten om fodterapi beskriver, at fodterapeuterne skal indgå i og følge forløbsprogrammer for diabetes og svær leddegigt. Region Hovedstaden har på nuværende tidspunkt kun et forløbsprogram for diabetes og ikke for leddegigt. Overenskomsten beskriver herudover generelle forventninger til fodterapeuternes samarbejde og kommunikation med øvrige behandlere.

Overenskomst om fodterapi § 2 (uddrag):

Fodterapeuten skal bidrage til den optimale behandling af patienter med lidelser i fødder. Den statsautoriserede fodterapeut skal derfor indgå i og følge anbefalingerne i patientforløbsprogram for patienter med diabetes og svær leddegigt.

I sundhedsvæsenet stiles efter sammenhængende og effektive patientforløb, hvorfor det er vigtigt, at statsautoriserede fodterapeuter samarbejder og udveksler informationer med andre sundhedsfaglige aktører, herunder de praktiserende læger og fysioterapeuter, sårcentre, sygehuse og evt. kommunen. Det er vigtigt for et optimalt patientforløb, at der løbende foregår relevant kommunikation mellem behandlerne.

¹⁷ Se figur med sundhedsaktører på næste side

Samarbejde og kommunikation er særlig relevant i forhold til fodterapeuternes opgaver omkring fodundersøgelse af patienter med diabetes, i overenskomsten kaldet fodstatus, og i forhold til sårbehandling.

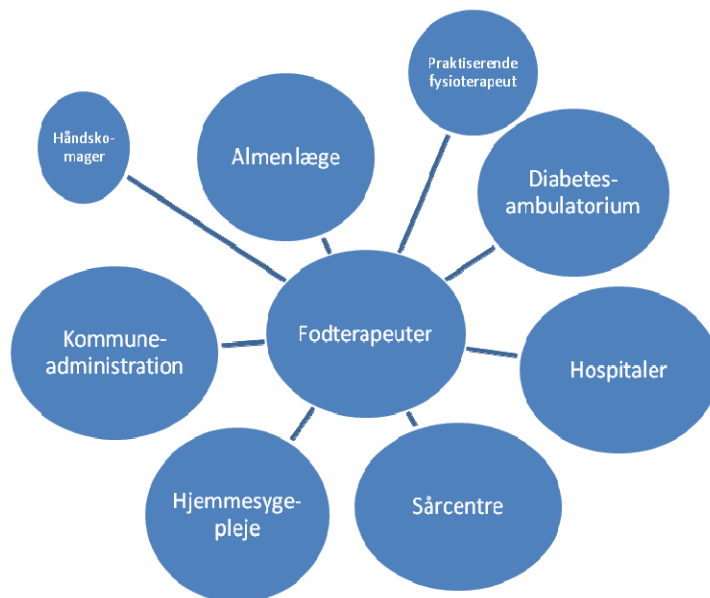
I udførelse af fodstatus for patienter med diabetes indgår vurdering af, hvilken risikogruppe patienten tilhører. Udførelse af fodstatus danner grundlag for patientens behandlingsplan og fodterapeutens tilbagemelding til henvissende læge.

Fodterapeuternes behandling af fodsår sker i samråd med det sted, hvor patienten går til kontrol f.eks. sårcenter, ambulatorium eller praktiserende læge. Ansvarlig for sårbehandlingen er lægen, på stedet, hvor patienten går til kontrol med sit sår jf. overenskomsten.

1.2 Nuværende samarbejde og kommunikation med andre sundhedsfaglige aktører

Patienter henvises til fodterapi hos praktiserende fodterapeut af praktiserende læger og læger ansat på hospitalsafdeling, hvor patientens sygdom i øvrigt behandles.

Figur 1: Samarbejdslinjer til øvrige sundhedsaktører



De konkrete temaer for fodterapeuternes kommunikation med andre sundhedsfaglige aktører ses desuden i den følgende oversigt.

Boks: Kommunikationen med øvrige sundhedsfaglige aktører

Almen praksis og øvrige henvisende læger

Fodterapeuterne modtager de fleste henvisninger fra almen praksis. Henvisning modtages elektronisk og indeholder information om, hvorvidt behandlingen skal ske i klinik eller som hjemmebehandling.

For alle fire fodterapispecialer¹⁸ gælder, at fodterapeuterne kommunikerer med almen praksis/henvisende læge om behandlingsplan, og ved sår herunder om eventuel antibiotisk behandling.

For patienter med diabetes fremsender fodterapeuten fodstatus til patientens egen praktiserende læge og eventuel anden henvisende læge. Fodstatus foretages årligt og ved behov for opdatering som følge af ændret behandlingsbehov. Det er den praktiserende læge, der kan visitere patienten til behandling hos andre sundhedsaktører.

For patienter med diabetes med sår kommunikerer fodterapeuten med almen praksis om anbefaling af sårskift ved kommunal hjemmepleje, og fodterapeuten kommunikerer med ansvarlig læge i forhold til behandlingsplan og eventuel opfølgning vedrørende behandlingscompliance og uddybelse af fodstatus. Omkring patienter med sår kommunikeres også om viderehenvisning til sårcenter.

For patienter under de øvrige specialer (leddegigt, nedgroede tånegle og patienter med arvæv efter strålebehandling) kommunikeres med praktiserende læge eller anden henvisende læge om symptomer og behandling.

For patienter under alle specialerne kan der forekomme patienter med svære fejlstillinger. Omkring disse patienter kommunikeres tillige med praktiserende læge eller anden henvisende læge om viderehenvisning til ortopædkirurg.

Sårcenter

Fodterapeuterne samarbejder tæt med sårcentrene omkring sårbehandling hos patienter med diabetes. Ansvarlig for sårbehandlingen er lægen på sårcentret, hvor patienten går til kontrol med sit sår.

Diabetesambulatorier

Ambulatoriet kan rekvirere fodstatus på patienter og der kommunikeres om behandlingsforløb og eventuel sårbehandling.

Kommunal hjemmesygepleje

Nogle fodterapeuter samarbejder tæt med hjemmeplejen. Ofte formidles fodterapeutens anbefalinger om hjemmepleje til patienterne via patientens praktiserende læge.

Kommunernes administration

¹⁸ Diabetes, nedgroede tånegle, arvævspatienter og svær leddegigt

Fodterapeuterne kommunikerer med patienternes hjemkommuner om helbredstillæg og bevilling til indlæg.

Kommunale sårteams

Der er opgavemæssige snitflader imellem praktiserende fodterapeuter og kommunale sårteams. De praktiserende fodterapeuter indgår dog ikke i de kommunale sårteams og har ikke adgang til at kontakte sårteams direkte.

Praktiserende fysioterapeuter

Vedrørende patienter med fejlstillinger, som f.eks. forskel i benlængde, samarbejdes med fysioterapeuter om behandlingsplan.

Håndskomager

For patienter med bevilling til fodtøj kommunikeres med håndskomager.

1.3 Fodterapeuternes kommunikation i forløbsprogram for diabetes

Patienter med diabetes udgør, som det fremgår af kapacitetsdelen, fodterapeuternes største patientgruppe. Patienterne med diabetes er samtidig den gruppe af patienter, for hvem overenskomsten lægger størst vægt på behovet for kommunikation og samarbejde mellem fodterapeuterne og det øvrige sundhedsvæsen. Ifølge overenskomsten skal de praktiserende fodterapeuter indgå i og følge anbefalingerne i patientforløbsprogrammer for patienter med diabetes.

1.3.1 De praktiserende fodterapeuters rolle i forebyggelse af diabetiske fodsår

De praktiserende fodterapeuters behandling af patienter med diabetes har betydning i forebyggelsen af diabetiske fodsår. Ifølge Sundhedsstyrelsen¹⁹ kan forekomsten af sår reduceres med øget opmærksomhed, med regelmæssige undersøgelser af fødder med henblik på diabetiske forandringer, med korrektion af fodtøj, fodpleje og med undervisning af personer med diabetes. Det samme gælder antallet af amputationer, der kan reduceres betragteligt ved denne forebyggelse.

Overenskomst om fodterapi § 2 stk. 2 (uddrag)

For at mindske antallet af diabetespatienter, der henvises til sårambulatorier, er det væsentligt, at patienten årligt får udført en fodstatus og risikovurdering samt relevant, behovsafstemt behandling hos en statsautoriseret fodterapeut, så eventuelle større sår og amputationer undgås.

¹⁹ Kilde: Sundhedsstyrelsen marts 2011 'Diabetiske fodsår – en medicinsk teknologivurdering'

Udgangspunktet for, at patienter med diabetes kan få forebyggende behandling i fodterapipraksis, er en henvisning fra praktiserende læge eller læge i anden behandlende enhed.

1.3.2 Kommunikation om fodstatus

Det følger af overenskomstens § 2 samt protokollat om fodterapeuternes arbejdsområde, at fodterapeuten skal foretage en årlig vurdering af status for patientens fodlidelse for patienter med diabetes (det vil sige fodstatus). Fodterapeuten skal tillige foretage opdatering af fodstatus i tilfælde, hvor patientens fødder ændrer tilstand i årets løb. Dette er centralt for diabetespatientens behandlingsforløb (se nærmere herom i afsnit om kvalitetsudvikling).

Overenskomstens § 26 fastlægger desuden, at fodterapeuten foretager tilbagemelding til praktiserende læge/henvisende læge om den årlige fodstatus og evt. om udvikling i fodstatus i form af opdaterende fodstatus. Fodterapeuten skal indhente patientens samtykke for at foretage denne tilbagemelding. I henhold til overenskomsten skal disse meddelelser fra fodterapipraksis til almen praksis foretages elektronisk inden udgangen af 2012. Denne kommunikation mellem fodterapeut og henvisende læge er central for at sikre et sammenhængende patientforløb for diabetespatienten.

1.4 Udfordringer i kommunikationen mellem fodterapeuter og øvrige sundhedsaktører

Der ses ikke umiddelbart problemer i kommunikationen, men fodterapeuternes overenskomst er ny, og dermed er også retningslinjerne for kommunikation og samarbejde nye. Der vurderes at være behov for at understøtte implementeringen af overenskomstens intentioner om kommunikation og samarbejde med øvrige sundhedsaktører for at fremme sammenhængende og effektive patientforløb, herunder for at sikre implementeringen af forløbsprogrammet for diabetes.

Region Hovedstaden har ønsket om, at kommunikationen blandt andet omkring fodstatus for patienter med diabetes udvikles i planperioden, og regionen ønsker at understøtte dette i takt med, at de tekniske muligheder udvikles. F.eks. bør data om fodstatus tilgå den praktiserende læge på en sådan måde, at data præsenteres for lægen i bedst mulig sammenhæng med øvrige data om diabetespatienten til gavn for diabetespatientens samlede behandling.

Kommunikation om patientens behandlingsplan mellem fodterapeut og almen praksis/henvisende læge kan opdeles i følgende elementer, som kan videreudvikles i planperioden:

- Henvisning til praktiserende fodterapeut
- Epikrise/tilbagemelding til henvisende læge – f.eks. i form af fodstatus for patienter med diabetes

- Fælles viden og forståelse omkring patienternes samlede behandlingsforløb mellem læger og fodterapeuter

Anbefalinger

Det anbefales i relation til henvisning af patienter med diabetes:

- At det undersøges, om der er behov for en indsats, der sikrer at alle relevante patienter henvises til fodterapipraksis, således at alle patienter med diabetes får det optimale forebyggelsesforløb.

Det anbefales angående kommunikation mellem fodterapeuter og almen praksis:

- At der udarbejdes en handleplan for videreudvikling af samarbejdet og kommunikationen mellem fodterapeuter og almen praksis, og at udarbejdelsen sker med repræsentation fra de to faggrupper.

Kommunikationen mellem fodterapeuter og de øvrige samarbejdspartnere bør også følges og om muligt videreudvikles med henblik på at sikre sammenhængende og effektive behandlingsforløb for patienterne.

Der er ønske om en tættere dialog mellem fodterapipraksis og Region Hovedstaden via www.sundhed.dk.

Anbefaling

Det anbefales:

- At fodterapeuternes side på sundhed.dk udvikles i samspil mellem fodterapeuterne og Koncern Praksis.

1.5 Involvering i fremtidige planer, som har betydning for patienter med fodlidelser

Det vurderes, at de praktiserende fodterapeuter har en viden, som vil kunne bidrage til at udvikle patienters forløb på tværs af sektorer. De praktiserende fodterapeuter vil f.eks. kunne bidrage med relevant viden i forhold til:

- Revision af forløbsprogram for diabetes
- Eventuel udarbejdelse af forløbsprogram for leddegigt
- Planer og forløb for ældre medicinske patienter mv.
- Udvikling af praksisfællesskaber

Anbefaling

Det anbefales:

- At de praktiserende fodterapeuter inddrages relevant i tværfagligt planarbejde i regionen.

2 Kvalitetssikring og -udvikling i fodterapipraksis

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser der skal arbejdes med i planperioden for at sikre fremdrift i arbejdet med kvalitetsudvikling i fodterapipraksis.

2.1 Overenskomstens rammer for kvalitetsudvikling i fodterapipraksis

Udvikling af kvalitet og service er på dagsordenen i alle dele af sundhedsvæsenet. Kvalitet indgår således også som et centralt emne i overenskomsten for fodterapi. Heraf fremgår, at parterne er enige om at styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i fodterapipraksis, jf. § 25. Det fremgår desuden af overenskomsten, at den samlende ramme for kvalitetsarbejdet er Den Danske Kvalitetsmodel.

Nedenfor ses uddrag af overenskomsten vedr. kvalitetsudvikling i fodterapipraksis.

Boks: Uddrag af overenskomst om fodterapi

*§ 25 Dokumentation og kvalitet, herunder den danske kvalitetsmodel:
Den danske kvalitetsmodel (varetaget af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet – IKAS) skal på sigt omfatte alle sundhedsydelser, der modtager offentligt støtte. Formålet er at højne kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Den danske kvalitetsmodel indebærer i øjeblikket blandt andet udarbejdelse af generelle forløbsstandarder, udarbejdelse af IT-understøttede behandlingsplaner, etablering af dokumentationsdatabaser og standarder for elektronisk udveksling af patienthenvisninger, patientoplysninger, røntgenbilleder m.v.*

[...]

Det følger af Den Danske Kvalitetsmodel, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet i og omkring deres praksis

[...]

Parterne finder det vigtigt at styrke arbejdet med kvalitetsudvikling. I det omfang parterne i den kommende periode finder behov for at drøfte regionernes strategiske overvejelser om kvalitetsudvikling på fodterapiområdet, er begge parter indstillet på at indgå i sådanne drøftelser. Der henvises til protokollet om aflastningsterapi og vejledning om fodtøj.

Desuden fremgår det af overenskomsten (§ 2), at ”Fodterapeuten skal bidrage til den optimale behandling af patienter med lidelser i fødderne [...]

Overenskomsten har til formål at understøtte dokumentation og registrering af patienternes fodstatus og kvalitetsudvikling, blandt andet ved at der arbejdes med kliniske retningslinjer”.

2.2 Øvrige rammer for kvalitetsudvikling i fodterapipraksis

Kvalitetsarbejdet i fodterapipraksis skal foregå inden for rammerne af regionens øvrige kvalitetsplaner, politikker og strategier. Af særlig relevans er regionernes samlede kvalitetsstrategi for praksissektoren *Kvalitet i Praksis* - regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområdet og Region Hovedstadens Kvalitetsstrategi for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden.

Boks: Regionale og tværregionale rammer for kvalitetsudvikling

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden angiver Region Hovedstadens mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetsstrategien indeholder fem overordnede indsatsområder:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling

Desuden er der på tværs af regionerne udarbejdet en fælles kvalitetsstrategi specifikt for praksissektoren: *Kvalitet i praksis*. Visionen for kvalitetsudvikling i praksissektoren på tværs af regionerne er, at alle praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling. Det er desuden en overordnet målsætning, at kvaliteten i diagnostik og behandling skal basere sig på en dokumenteret, ensartet høj kvalitet.

Kvalitet i Praksis fokuserer særligt på implementering af Den Danske Kvalitetsmodel, databaseret kvalitetsudvikling, dokumentation og datafeedback samt kvalitetsopfølgning. Strategien lægger desuden vægt på, at behandling skal følge kliniske retningslinjer, ligesom at der skal fokuseres på kvalitetsudvikling i efteruddannelsen af praksissektorens behandlere.

Som et centralt led i regionernes *Kvalitet i Praksis* fokuseres der på at opnå en fælles kvalitetskultur på tværs af ydergrupperne, der desuden fokuserer på patientsikkerhed, patientinddragelse og effektiv ressourceudnyttelse.

2.3 Indsatser i planperioden

Med udgangspunkt i såvel overenskomsten som regionens øvrige rammer for kvalitetsarbejdet, er det målsætningen, at der i løbet af planperioden arbejdes på at skabe og modne en kvalitetskultur i fodterapipraksis, der særligt fokuserer på:

- It og kommunikation
- Dataunderstøttet kvalitetsudvikling og dokumentation
- Forløbsbeskrivelser og brug af kliniske retningslinjer

- Kvalitetssikring af ydelserne, herunder hygiejne (jf. protokollet om sterilisation af udstyr) og forpligtelsen om adgang til værksted for produktion af indlæg
- Patientsikkerhed

2.3.1 It og kommunikation i fodterapipraksis

Ifølge overenskomstens § 30 skal alle praktiserende fodterapeuter have en hurtig og sikker internetforbindelse, inkl. virusbeskyttelse, firewall mv. Praksis skal desuden have en digital signatur til brug for blandt andet opdatering af oplysninger på www.sundhed.dk samt til brug for anvendelse af henvisningshotellet mv.

Desuden er alle fodterapeuter forpligtet til at have et elektronisk journalsystem, som understøtter relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter gældende MedCom-standards. Dermed kan praktiserende fodterapeuter sende relevante oplysninger vedrørende fodstatus elektronisk til almen praksis og andre relevante samarbejdspartnere.

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

2.3.2 Dataunderstøttet kvalitetsudvikling og dokumentation

Foruden kravene om elektronisk kommunikation af relevante oplysninger/data vedrørende fodstatus for patienter med diabetes, arbejdes der på nationalt plan på at afklare, hvorvidt der er behov for at etablere en database til lagring af fodstatus-oplysninger, som på sigt kan anvendes til kvalitets- og forskningsformål.

Dataunderstøttet kvalitetsudvikling vil blandt andet gøre det muligt for den enkelte fodterapeut at følge og forholde sig til egne data, og det kan udgøre et grundlag for at udvikle kvaliteten i egen praksis. Desuden vil data på sigt kunne bruges på et aggregeret niveau til at følge behandlingen på et givent område.

Dette kræver, at den enkelte behandler dokumenterer sin kliniske praksis, f.eks. gennem kodning af de enkelte patienter. Der er ikke på nuværende tidspunkt udviklet løsninger til brug for kodning eller anden dataopsamling, udover de løsninger som er udarbejdet for elektronisk kommunikation af fodstatus.

Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget understøtter brugen af dataopsamling og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i fodterapipraksis i takt med, at løsninger hertil udvikles

2.3.3 Implementering af forløbsbeskrivelser og brug af kliniske retningslinjer

Diagnostik og behandling skal ske i overensstemmelse med viden og faglig konsensus. De praktiserende fodterapeuter skal derfor i størst muligt omfang behandle fodlidelser i overensstemmelse med faglige evidensbaserede vejledninger og forløbsbeskrivelser.

Som tidligere nævnt (jf. 2.1.1) skal fodterapeuten ifølge overenskomsten bidrage til den optimale behandling og indgå i samt følge anbefalingerne i forløbsprogrammer samt arbejde med kliniske retningslinjer. Der er udarbejdet en række kliniske retningslinjer i regi af LasF, som er under implementering.

Anbefaling

For planperioden anbefales det:

- At samarbejdsudvalget følger op på implementeringen af de kliniske retningslinjer i fodterapipraksis.
- At samarbejdsudvalget løbende vurderer behovet for efteruddannelse i forbindelse med implementering af forløbsbeskrivelser mv.

2.3.4 Kvalitetssikring af ydelserne i fodterapipraksis

Som et led i kvalitetssikringen af de sundhedsfaglige ydelser i fodterapi er desuden indskrevet krav til hygiejne i praksis samt krav om, at alle praksis har adgang til værksted for produktion af indlæg.

Hygiejne – protokollat om sterilisation af udstyr

Ifølge protokollat om sterilisation af udstyr er fodterapeuterne forpligtet til at få foretaget en sporeprøve en gang årligt på klinikkens instrumenter. Kopi af prøveresultatet indsendes til LasF.

Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget følger resultaterne af sporeprøverne gennem årlig dokumentation fra LasF.

Risikovurdering, aftale om aflastningsterapi og vejledning om fodtøj

For patienter med diabetes skal praktiserende fodterapeuter foretage en årlig fodstatus som forudsætning for videre behandling. Ifølge ydelsesvejledningen indeholder fodstatus en vurdering af risikoen for udvikling af diabetiske sår, udarbejdelse af en behandlingsplan, tilbagemelding til henvisende læge samt en pædagogisk indsats overfor patienten, inklusiv motivation til egenomsorg.

Til forebyggelse af diabetiske fodsår skal fodterapeuterne vurdere behovet for aflastningsterapi til den enkelte patient ud fra dennes risikoprofil. Ved behov skal fodterapeuten som udgangspunkt selv kunne fremstille indlæg – fortrinsvis i eget værksted eller ved at have dokumenteret aftale med en anden fodterapeut med ydernummer, der gør fodterapeuten i stand til at leve op til overenskomstens krav på området, jf. § 19 stk. 3.

Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget følger op på forpligtelsen om adgang til værksted

2.3.5 Patientsikkerhed

Sundhedsloven forpligter sundhedspersonale til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH). Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende (nær-hændelser)²⁰.

Lovgivningen er i 2010 udvidet til at omfatte den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekssektoren og den præhospitale indsats. Fodterapipraksis er således forpligtet til at indrapportere utilsigtede hændelser via www.dpsd.dk.

Patientsikkerhedssystemet er et fortroligt, ikke-sanktionerende system adskilt fra patientklagesystemet og det øvrige sanktionerende system.

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, der skal tage sig af sagsbehandling, analyse og spredning af læring af rapporterede, utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker. Patientsikkerhedsorganisationen koordineres af regionens risikomanagerfunktion for praksissektoren, som er forankret i Enhed for Patientsikkerhed.

I den samlede patientsikkerhedsorganisation indgår et Patientsikkerhedsråd, hvor der er deltager en repræsentant for fodterapeuterne. Patientsikkerhedsrådet fungerer som en følgegruppe, der rådgiver og sparrer med regionen om patientsikkerhedsforhold og træffer beslutninger om håndtering af rapporter, analyser og formidling af læring.

Rapporteringen er vigtig, fordi den er forudsætningen for, at der kan skabes systematisk læring og at det kan undgås at de samme uhensigtsmæssige hæn-

²⁰ Sundhedsstyrelsen 2010: Til dig, der skal rapportere utilsigtede hændelser sket i praksissektoren (pjece)

delser gentager sig. Derfor er det afgørende, at kendskabet til patientsikkerhedsarbejdet og kravene til indrapportering udbredes i fodterapipraksis.

Der bør således fremadrettet fokuseres på en oplysningsindsats rettet mod de praktiserende fodterapeuter om patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser, herunder hvad en utilsigtet hændelse er, og hvorfor praksis skal rapportere.

Anbefaling

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget understøtter arbejdet med implementering af patientsikkerhed i fodterapipraksis, herunder
- At samarbejdsudvalget arbejder for at fremme indrapporteringer om utilsigtede hændelser ved at medvirke til udbredelse af kendskabet til patientsikkerhedsarbejdet

3. Forslag til fælles indsats – samarbejde, kommunikation og kvalitetsudvikling

For at understøtte udviklingen i kommunikation, samarbejde og kvalitet i fodterapipraksis foreslås det, at der i planperioden etableres en praksiskonsulentordning. Praksiskonsulentordninger fungerer i dag på praksissektorens øvrige yderområder i Region Hovedstaden.

Praksiskonsulentfunktionen skal understøtte kommunikation og samarbejde mellem fodterapeuterne og øvrige behandlere samt kommunikation mellem fodterapeuter og kommunerne.

Praksiskonsulentfunktionen skal desuden medvirke til at styrke kvalitetsudvikling og til udvikling af en kvalitetskultur i fodterapipraksis. Dette kan blandt andet ske ved at:

- Undersøge behovet for at understøtte implementering af tværfaglige forløb, f.eks. gennem faglige arrangementer
- Understøtte udvikling af kommunikationen, f.eks. gennem temadage eller efteruddannelsesarrangementer
- Bidrage til at skabe netværk og sikre videndeling mellem regionens fodterapeuter
- Inspirere til dataunderstøttet kvalitetsudvikling
- Medvirke til udvikling af forløbsbeskrivelser, der inkluderer fodterapiområdet
- Understøtte implementering af rutiner og indberetninger omkring patientsikkerhed

Praksiskonsulentfunktionen skal i øvrigt bistå regionen med faglige informationer om fodterapi.

Praksiskonsulenten skal være en fodterapeut med ydernummer i regionen, der tilknyttes Koncern Praksis nogle timer om ugen. Praksiskonsulenten bør indgå i det samlede konsulentnetværk i regionens praksissektor.

Anbefaling

Det anbefales:

- At regionen etablerer en praksiskonsulentordning for fodterapeuter

Bilag

Bilagsfortegnelse:

Bilag 1: Samlede anbefalinger

Bilag 2: Den eksisterende kapacitet fordelt på alle områder i Region Hovedstaden pr. 1. maj 2012 samt antallet af borgere pr. kapacitet.

Bilag 3: Den eksisterende kapacitet fordelt på alle områder i Region Hovedstaden pr. 1. maj 2012 samt antallet af diabetikere pr. kapacitet.

Bilag 4: Udgift pr. patient fordelt på aldersgruppers andel af det samlede forbrug.

Bilag 5: Udgift pr. patient specialevis og fordelt på forskellige aldersgrupper.

Bilag 6: Klinikadresser fordelt i regionen

Bilag 7: Handicapegnede adgangsforhold fordelt i regionen

Bilag 8: Protokolsag vedr. principper for flere praksisadresser

Bilag 9: Protokolsag vedr. principper for flytning

Bilag 10: Skema til brug af vurderinger af handicapegnede adgangsforhold

Bilag 11: Høringsliste

Bilag 1: Samlede anbefalinger

Anbefaling 1

- At der foretages en standardiseret undersøgelse med henblik på opdatering af yderregister og dermed sundhed.dk for alle praktiserende fodterapeuter ang. oplysninger om handicapvenlige forhold.

Anbefaling 2

- At samarbejdsudvalget årligt følger op på handikaptilgængelighed med udgangspunkt i yderregistrets oplysninger om tilgængelighed.

Anbefaling 3

- At samarbejdsudvalget arbejder for at sikre, at fodterapeuterne opfylder overenskomstens krav om at oplyse ventetider via sundhed.dk

Anbefaling 4

- Den fremtidige kapacitetsvurdering tager højde for, at der kan være forskel på behovet for behandling afhængigt af såvel antallet såvel som aldersfordelingen *blandt* diabetespatienterne i de enkelte planlægningsområder.

Anbefaling 5

- At det overvejes, at forskellen på produktion og forbrug i de enkelte områder indgår i den årlige kapacitetsvurdering som et kriterium for placeringen af eventuelle nye kapaciteter.

Anbefaling 6

- At der i planperioden nedsættes et udvalg, der udarbejder en model for kapacitetsvurdering.

Anbefaling 7

- At der i forbindelse med praksisplanens implementering nedsættes en arbejdsgruppe med henblik på at udarbejde procedurer og kriterier i forbindelse med opslag af kapaciteter til brug for vurdering af ansøgninger om nynedsættelser.

Anbefaling 8

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

Anbefaling 9

- At regionens ønske om at fremme praksisfællesskaber indgår som overvejelse ved vurdering af flytninger og nynedsættelser.

Anbefaling 10

- At der udarbejdes retningslinjer for behandling af ansøgninger om behandlende medhjælp inden for kapaciteten/delepraksis.

Anbefaling 11

- At der udarbejdes stående retningslinjer for behandling af ansøgninger om flytning.

Anbefaling 12

- At samarbejdsudvalget arbejder for at sikre, at alle fodterapeuter har ajourførte oplysninger på sundhed.dk, om hvorvidt praksis tilbyder hjemmebehandling.

Anbefaling 13

- At dækningen af hjemmebehandling indgår i forbindelse med den årlige kapacitetsvurdering, således at det sikres, at der er tilbud om hjemmebehandlinger i alle områder.

Anbefaling 14

- At hjemmebehandling overvejes som et muligt kriterium i forbindelse med nynedsættelser, jf. afsnit 4.2.

Anbefaling 15

- At der udarbejdes principper for, hvorledes der forholdes ved ansøgninger om nedsættelse uden fast klinikadresse (mobil fodterapeut) jf. overenskomstens § 22 samt for, hvordan der forholdes ved ansøgninger om konvertering af ydernummer fra mobil til fast klinik eller omvendt (uden §).

Anbefaling 16

- At samarbejdsudvalget understøtter, at mobile fodterapeuter kan gøre brug af sparring med øvrige fodterapeuter.

Anbefaling 17

- At det undersøges, om der er behov for en indsats, der sikrer at alle relevante patienter henvises til fodterapipraksis, således at alle diabetespatienter får det optimale forebyggelsesforløb.

Anbefaling 18

- At der udarbejdes en handleplan for videreudvikling af samarbejdet og kommunikationen mellem fodterapeuter og almen praksis, og at udarbejdelsen sker med repræsentation fra de to faggrupper.

Anbefaling 19

- At fodterapeuternes side på sundhed.dk udvikles i samspil mellem fodterapeuterne og Koncern Praksis.

Anbefaling 20

- At de praktiserende fodterapeuter inddrages relevant i tværfagligt planarbejde i regionen.

Anbefaling 21

- At samarbejdsudvalget understøtter brugen af dataopsamling og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i fodterapipraksis i takt med, at løsninger hertil udvikles

Anbefaling 22

- At samarbejdsudvalget følger op på implementeringen af de kliniske retningslinjer i fodterapipraksis.

Anbefaling 23

- At samarbejdsudvalget løbende vurderer behovet for efteruddannelse i forbindelse med implementering af forløbsbeskrivelser mv.

Anbefaling 24

- At samarbejdsudvalget følger resultaterne af sporeprøverne gennem årlig dokumentation fra LasF.

Anbefaling 25

- At samarbejdsudvalget følger op på forpligtelsen om adgang til værksted

Anbefaling 26

- At samarbejdsudvalget understøtter arbejdet med implementering af patientsikkerhed i fodterapipraksis

Anbefaling 27

- At samarbejdsudvalget arbejder for at fremme indrapporteringer om utilsigtede hændelser ved at medvirke til udbredelse af kendskabet til patientsikkerhedsarbejdet

Anbefaling 28

- At regionen etablerer en praksiskonsulentordning for fodterapeuter

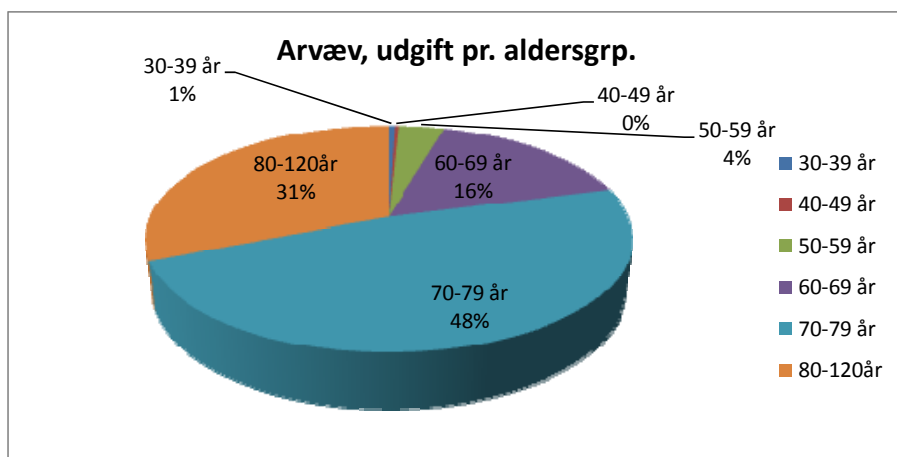
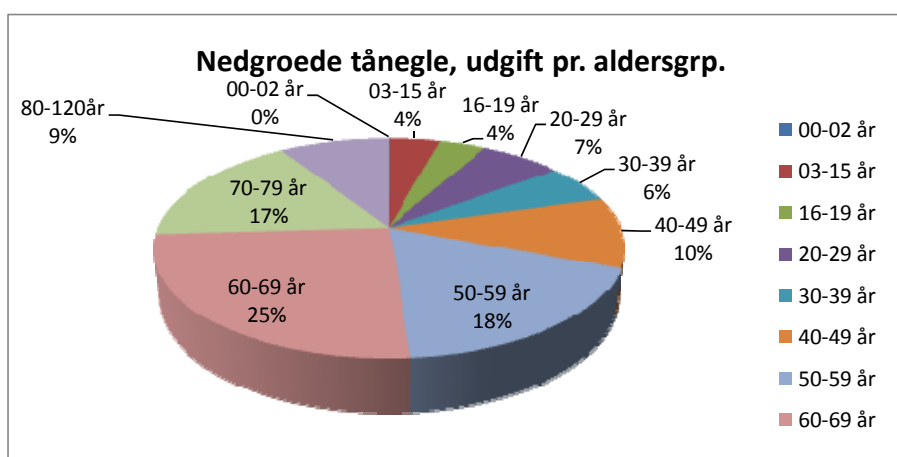
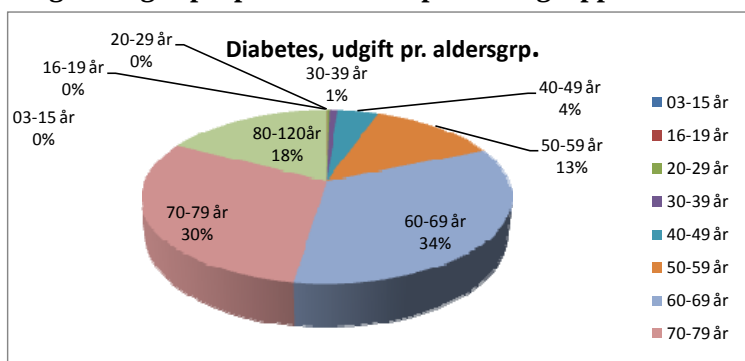
Bilag 2: Den eksisterende kapacitet fordelt på alle områder i Region Hovedstaden pr. 1. maj 2012 samt antallet af borgere pr. kapacitet.

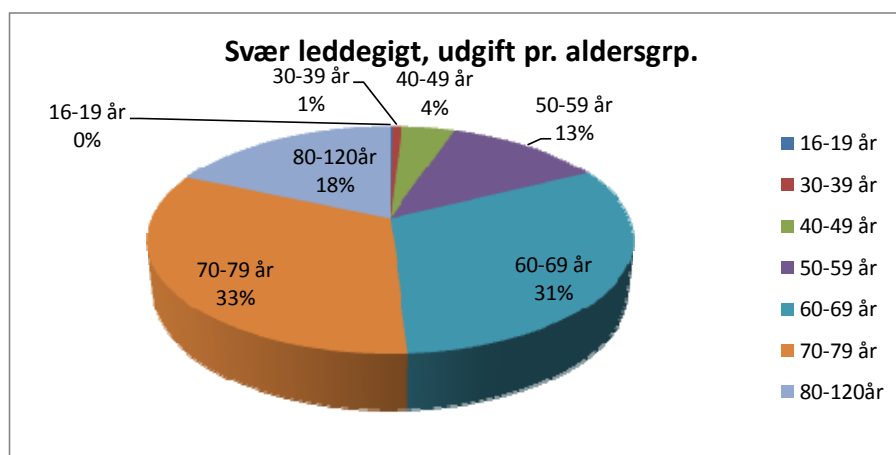
	Område	Borgere i området	Samlet fodterapikapacitet	Borgere pr. kapacitet
Nord	Frederikssund	44.345	8	5.543
	Gribskov	40.603	12	3.384
	Halsnæs	30.980	8	3.873
	Hillerød	48.203	12	4.017
	Allerød	24.043	5	4.809
	Helsingør	61.493	16	3.843
	Fredensborg	39.565	6	6.594
	Hørsholm	24.365	6	4.061
	Nord i alt	313.597	73	4.296
Midt	Egedal	41.821	10	4.182
	Furesø	38.243	9	4.249
	Ballerup	47.994	5	9.599
	Herlev	26.608	7	3.801
	Rødovre	36.883	8	4.610
	Gladsaxe	65.303	14	4.665
	Lyngby-Taarbæk	53.251	15	3.550
	Rudersdal	54.630	11	4.966
	Gentofte	72.814	15	4.854
	Midt i alt	437.547	94	4.655
Byen	Frederiksberg	100.215	25	4.009
	Brønshøj-Husum	41.341	9	4.593
	Vanløse	37.891	9	4.210
	Bispebjerg	50.529	9	5.614
	Nørrebro	75.377	8	9.422
	Indre By	49.792	10	4.979
	Østerbro	72.400	19	3.811
	Bornholm/Christiansø	41.406	8	5.176
	Byen i alt	468.951	97	4.835
Syd	Valby	48.673	12	4.056
	Vesterbro/Kgs. Enghave	58.411	8	7.301
	Amager Øst	51.542	13	3.965
	Amager Vest	59.728	13	4.594
	Høje-Taastrup	48.081	10	4.808
	Albertslund	27.864	5	5.573
	Ishøj	21.087	3	7.029
	Vallensbæk	14.565	5	2.913
	Brøndby	34.084	7	4.869
	Glostrup	21.650	8	2.706
	Hvidovre	50.600	8	6.325
	Tårnby	41.151	9	4.572
	Dragør	13.692	0	-
	Syd i alt	491.128	101	4.863
	Total	1.711.223	365	4.688

Bilag 3: Den eksisterende kapacitet fordelt på alle områder i Region Hovedstaden pr. 1. maj 2012 samt antallet af diabetikere pr. kapacitet.

	Område	Diabetikere i området	Samlet fodterapikapacitet	Diabetikere pr. kapacitet
Nord	Frederikssund	2.128	8	266,00
	Gribskov	2.298	12	191,50
	Halsnæs	1.913	8	239,13
	Hillerød	2.004	12	167,00
	Allerød	903	5	180,60
	Helsingør	3.265	16	204,06
	Fredensborg	1.842	6	307,00
	Hørsholm	1.023	6	170,50
	Nord i alt	15.376	73	210,63
Midt	Egedal	1.880	10	188,00
	Furesø	1.562	9	173,56
	Ballerup	2.425	5	485,00
	Herlev	1.412	7	201,71
	Rødovre	2.028	8	253,50
	Gladsaxe	3.288	14	234,86
	Lyngby-Taarbæk	2.517	15	167,80
	Rudersdal	2.149	11	195,36
	Gentofte	2.895	15	193,00
	Midt i alt	20.156	94	214,43
Byen	Frederiksberg	3.862	25	154,48
	Brønshøj-Husum	2.432	9	270,22
	Vanløse	1.390	9	154,44
	Bispebjerg	2.084	9	231,56
	Nørrebro	2.895	8	361,88
	Indre By	1.158	10	115,80
	Østerbro	2.432	19	128,00
	Bornholm/Christiansø	3.230	8	403,75
	Byen i alt	19.483	97	200,86
Syd	Valby	1.969	12	164,08
	Vesterbro/Kgs. Eng-	1.390	8	173,75
	Amager Øst	1.969	13	151,46
	Amager Vest	1.853	13	142,54
	Høje-Taastrup	2.467	10	246,70
	Albertslund	1.467	5	293,40
	Ishøj	1.347	3	449,00
	Vallensbæk	700	5	140,00
	Brøndby	2.287	7	326,71
	Glostrup	1.103	8	137,88
	Hvidovre	2.695	8	336,88
	Tårnby	2.197	9	244,11
	Dragør	774	0	-
	Syd i alt	22.218	101	219,98
Total		77.233	365	211,60

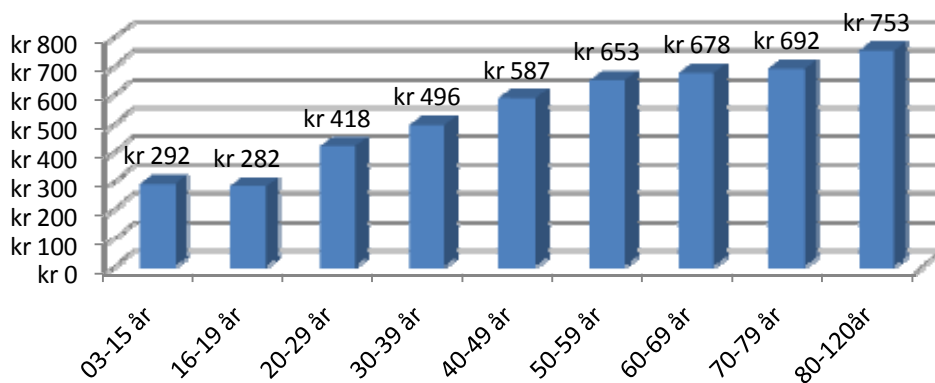
Bilag 4: Udgift pr. patient fordelt på aldersgrupper andel af det samlede forbrug.



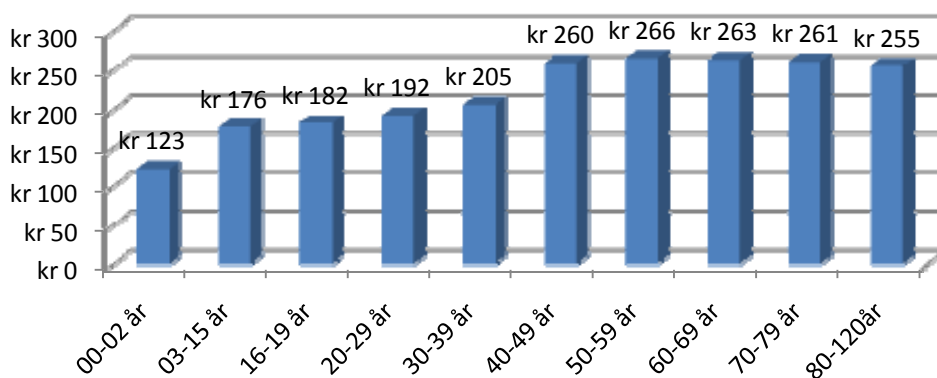


Bilag 5: Udgift pr. patient specialevis og fordelt på forskellige aldersgrupper.

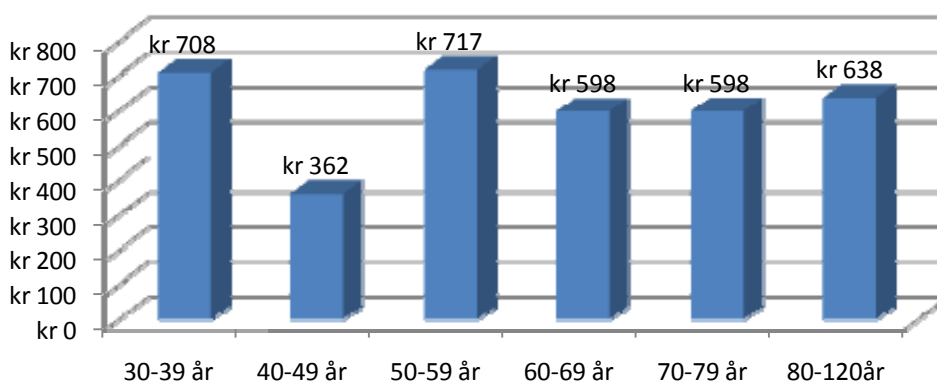
Udgift pr. patient, diabetes

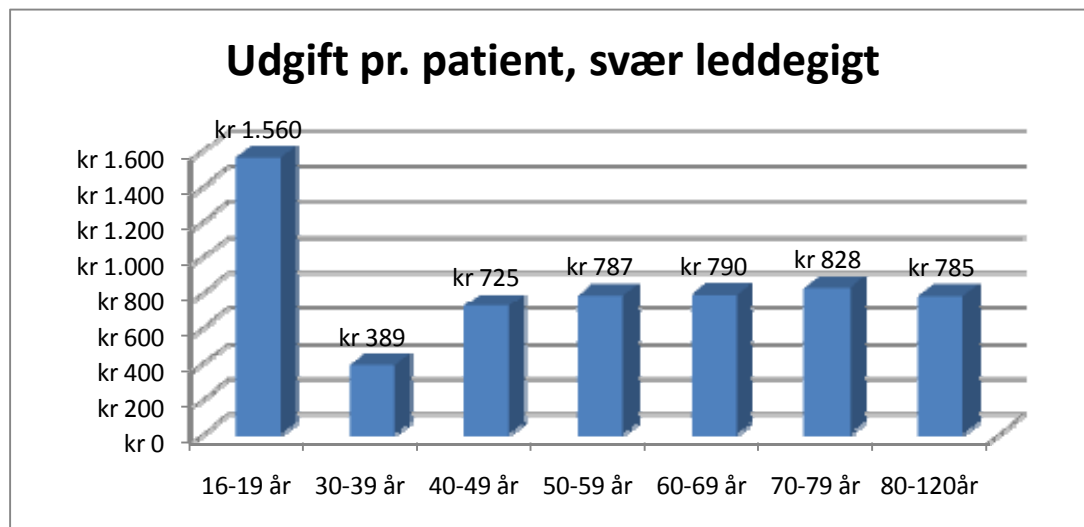


Udgift pr. patient, nedgroede tånegle



Udgift pr. patient, arvævspatienter

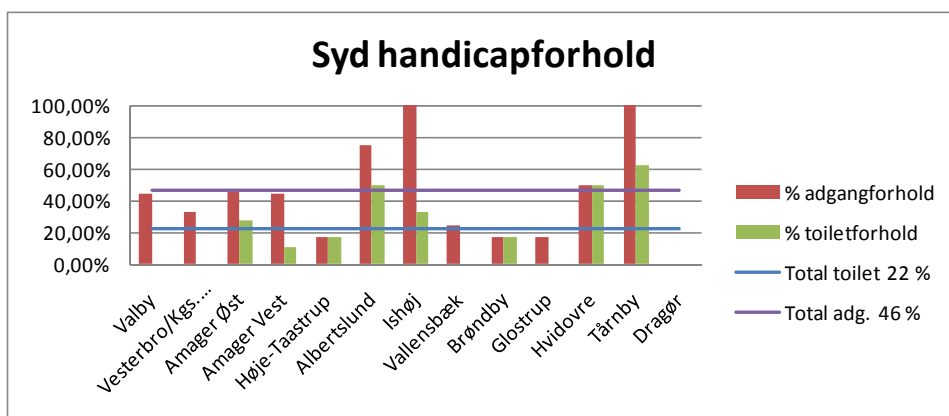
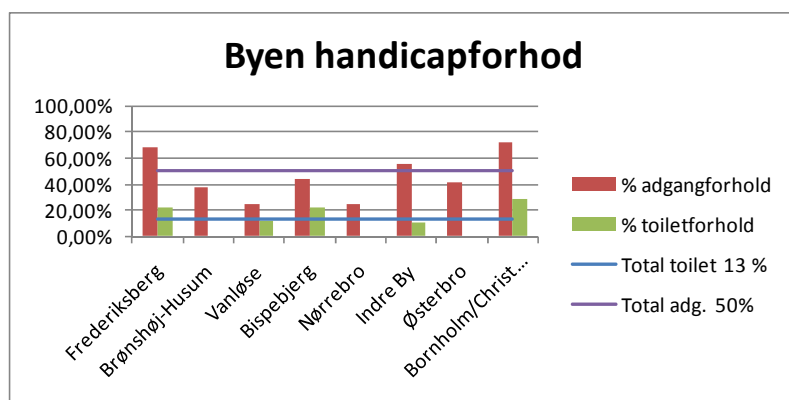
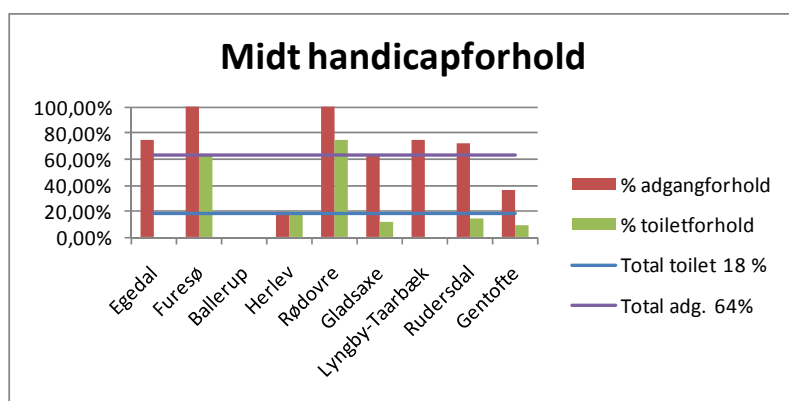
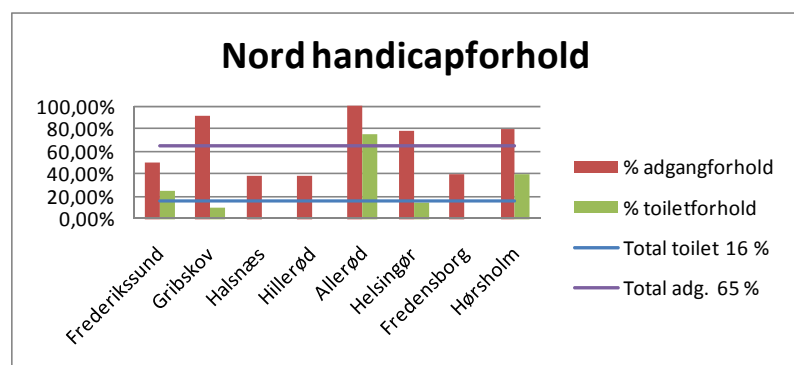




Bilag 6: Klinikadresser fordelt i regionen

	Område	1 fodterapeut	2 fodterapeuter	3 fodterapeuter	4+ fodterapeuter	Antal praksis
Nord	Frederikssund	4	2	0	0	6
	Gribskov	7	1	1	0	9
	Halsnæs	4	2	0	0	6
	Hillerød	2	2	2	0	6
	Allerød	1	0	1	0	2
	Helsingør	5	1	1	1	8
	Fredensborg	5	0	0	0	5
	Hørsholm	2	0	1	0	3
Midt	Egedal	3	2	1	0	6
	Furesø	2	3	0	0	5
	Ballerup	2	0	0	0	2
	Herlev	2	2	0	0	4
	Rødovre	3	0	0	1	4
	Gladsaxe	3	1	1	1	6
	Lyngby-Taarbæk	4	2	0	1	7
	Rudersdal	5	2	0	0	7
	Gentofte	6	4	0	0	10
Byen	Frederiksberg	7	5	2	0	14
	Brønshøj-Husum	2	3	0	0	5
	Vanløse	1	2	1	0	4
	Bispebjerg	7	1	0	0	8
	Nørrebro	2	1	0	0	3
	Indre By	2	3	1	0	6
	Østerbro	5	3	2	0	10
	Bornholm/Christiansø	7	0	0	0	7
Syd	Valby	5	1	1	0	7
	Vesterbro/Kgs. Enghave	6	0	0	0	6
	Amager Øst	3	0	3	0	6
	Amager Vest	7	2	0	0	9
	Høje-Taastrup	3	1	1	0	5
	Albertslund	2	1	0	0	3
	Ishøj	1	1	0	0	2
	Vallensbæk	2	0	1	0	3
	Brøndby	3	2	0	0	5
	Glostrup	5	1	0	0	6
	Hvidovre	0	3	0	0	3
	Tårnby	2	1	0	1	4
	Dragør	0	0	0	0	0
	Total	132	55	20	5	212

Bilag 7: Handicapegnede adgangsforhold fordelt i regionen



Den 20. april 2012

SAMARBEJDSUDVALGET FOR FODTERAPI

SAG NR. 4

Opdateret kapacitetsplan og beslutningsgrundlag for behandling af ansøgninger om flere praksisadresser

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at samarbejdsudvalget tager den nuværende kapacitet til efterretning,
 2. at samarbejdsudvalget beslutter at fastholde den eksisterende kapacitet, indtil der foreligger en *ny opdateret kapacitetsplan*.
 3. at samarbejdsudvalget drøfter beslutningsgrundlag for behandling af ansøgninger om flere praksisadresser.
-

RESUME

På samarbejdsudvalgets møde d. 2. december 2011 blev det tiltrådt at opslå de ledige kapaciteter i Region Hovedstaden i henhold til den daværende kapacitetsstatus. Administrationen orienterer i denne sag om opslagets konsekvenser for den nuværende kapacitet.

Administrationen indstiller i forlængelse heraf, at samarbejdsudvalget beslutter at fastholde den eksisterende kapacitet, indtil der foreligger en praksisplan.

Desuden indstilles det, at samarbejdsudvalget drøfter et beslutningsgrundlag for behandling af ansøgninger om flere praksisadresser.

SAGSFREMSTILLING

På samarbejdsudvalgets møde d. 2. december 2011 blev det tiltrådt at opslå de ledige kapaciteter i Region Hovedstaden i henhold til den daværende kapacitetsstatus. Der blev slået 146 kapaciteter op, hvoraf 77 er blevet besat. I bilag 1 ses den præcise fordeling pr. 1. maj 2012, som også tager højde for senere opsigelser af ydernumre, hvorfor der er 70 ledige kapaciteter.

Administrationen indstiller, at samarbejdsudvalget beslutter at fastholde den eksisterende kapacitet, således at de resterende kapaciteter først opslås, når der foreligger en praksisplan. Det betyder, at kapaciteten for nuværende fastholdes, som den er pr. 1. maj 2012.

Desuden indstiller administrationen, at samarbejdsudvalget drøfter beslutningsgrundlag for behandling af ansøgninger om flere praksisadresser. I henhold til overenskomstens § 13 stk. 1-3 kan fodterapeuter søge samarbejdsudvalget om at praktisere på flere praksisadresser. Det kan ske, hvis det er i overensstemmelse med praksisplanen. Der er indkommet en række ansøgninger om dette, og der vil antageligvis komme flere, før en praksisplan foreligger. Derfor indstilles følgende principper til beslutning, indtil der foreligger en praksisplan:

- At der kan gives midlertidig dispensation, hvis dette kan medvirke til at løse væsentlige skævheder i den geografiske dækning, som ikke kan dækkes på anden vis, og hvis det sker inden for den eksisterende kapacitet,
- At der kan gives midlertidig dispensation, hvis der foreligger helt særlige forhold såsom langvarige praksisforhold, der har været godkendt af daværende administration. ***Dispensationen er gældende indtil 31.05.2013.***
- At der ikke gives dispensation i øvrige tilfælde,
- At alle ansøgninger forelægges samarbejdsudvalget.

SAMARBEJDSUDVALGETS BESLUTNING

Ad 1) Tiltrådt.

Ad 2) Tiltrådt.

Ad 3) Samarbejdsudvalget uddelegerer kompetence til administrationen til at behandle ansøgninger om flere praksisadresser efter de i sagen beskrevne principper.

Samarbejdsudvalget har besluttet, at Bedømmelsesudvalget mødes med henblik på evaluering af processen. Vejledning ved tildelt ydernummer udarbejdes i et samarbejde og lægges på Sundhed.dk.

Bilagsfortegnelse:

1. Kapacitetsoversigt pr. 1. maj 2012

Sagsnr:

Sagsbehandler: Jonas Engberg Lind

..

Bilag 9: Protokolsag vedr. principper for flytning

Den 7. oktober 2011

SAMARBEJDSUDVALGET FOR FODTERAPI

SAG NR.

Flyttepolitik uden praksisplan

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at administrationen under visse forudsætninger bemyndiges til at tage stilling til flytning af klinik, indtil der foreligger en praksisplan.
-

RESUME

Ifølge overenskomstens § 18 kan flytning af klinik ske ved anmodning via LasF til regionen. Godkendelse meddeles, medmindre det er i strid med praksisplanen. Idet der på nuværende tidspunkt ikke er udarbejdet en praksisplan, indstilles det, at administrationen bemyndiges af samarbejdsudvalget til under visse forudsætninger at kunne tage stilling til ansøgninger om flytninger af klinik, indtil der foreligger en praksisplan.

SAGSFREMSTILLING

Ifølge overenskomstens § 18 kan flytning af klinik ske ved anmodning via LasF til regionen. Godkendelse meddeles, medmindre det er i strid med praksisplanen. Idet der på nuværende tidspunkt ikke er udarbejdet en praksisplan, indstilles det, at administrationen bemyndiges af samarbejdsudvalget til under visse forudsætninger at kunne tage stilling til ansøgninger om flytninger af klinik, indtil der foreligger en praksisplan. **Alle følgende forhold skal være opfyldt:**

- 1) Tilladelse kan meddeles, såfremt flytningen vil forbedre klinikkens mulighed for at tilbyde handicapegnede adgangs- eller toiletforhold eller holder dem uændret,
- 2) Tilladelse til flytning mellem to kommuner kan meddeles, såfremt flytningen vil medføre, at fodterapeutantallet set i forhold til befolkningstallet i fraflytningskommunen tilnærmer sig gennemsnittet i Region Hovedstaden,

3) Tilladelse til flytning mellem to kommuner kan meddeles, såfremt flytningen vil medføre, at fodterapeutantallet set i forhold til befolkningstallet i tilflytningskommunen tilnærmer sig gennemsnittet i Region Hovedstaden.

I alle øvrige tilfælde skal sagen forelægges samarbejdsudvalget. Alle flytninger, der er godkendt af administrationen, forelægges samarbejdsudvalget til orientering.

Afklaring om handicapegnede forhold indhentes ved skema (bilag 1).

SAMARBEJDSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Bilagsfortegnelse:

1. Skema til oplysning om handicapegnede forhold

Sagsnr:

Sagsbehandler: Jonas Engberg Lind

Bilag 10: Skema til brug af vurderinger af handicapegnede adgangsforhold

Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold for handicappede

Ydernummer:

Tilgængelighed

Ved handicapegnede adgangs- og toiletforhold forstås de generelle krav i bygningslovgivningen til erhvervsbyggeri om niveaufri adgang, handicaptoilet osv. Det er disse regler, som er vejledende for vores fælles forståelse af, hvad handicapegnethed er.

Indgangen

1. Er der niveaufri adgang/rampe til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer i ejendommen, hvor klinikken er beliggende?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

2. Er der et fast og plant areal på minimum 1,5 x 1,5 m foran ejendommens yderdør?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

3. Er elevatoren minimum 1,1 m x 1,4 m og med fri dørbredde på 0,8 m?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Har ikke elevator - Gå til 5

4. Er betjeningsknapperne i elevatoren placeret, så de kan betjenes af kørestolsbruger ved egen hjælp?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

5. Har fælles adgangsveje til eller fra klinikken en bredde på minimum 1,3 m?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

6. Har fælles adgangsveje til eller fra klinikken en niveaufri adgang eller rampe(r) med hældning på mindre end 50 mm pr. m. med tilhørende håndliste?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

7. Har eventuel porttelefon eller tilkaldeanlæg en udformning, så det auditivt og visuelt tilkendegives, at anlægget er aktiveret?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Har ikke porttelefon

8. Er der en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

I klinikken

9. Har dørene i klinikken (som er offentlig tilgængelige) en passagebredde på mindst 0,77 m.?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Toilet

10. Har klinikken et toilet, som er tilgængeligt/anvendeligt for kørestolsbruger?
(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

11. Er der niveaufri adgang til toiletrum med en døråbning på minimum 0,77 m?
(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

12. Er der i toiletrummet en fri plads på minimum 1,5 x 1,5 m til at vende kørestolen?
(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

13. Kan man siddende på wc betjene håndvaskens betjeningsgreb?
(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

14. Har toiletsædet en højde på 48 cm?
(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

15. Har håndvasken en højde på ca. 0,8 m?
(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja

☐ Nej

**16. Er der på begge sider af wc opklappelige armstøtter i en højde på 0,8 m?
(Angiv kun ét svar)**

☐ Ja

☐ Nej

Bilag 11: Høringsliste

Indsættes