



## FORORD

Denne vejledning henvender sig til alle fodterapeuter, der arbejder på landets klinikker for fodterapi eller som udekørende fodterapeut. Vejledningen er tænkt som inspiration til, hvad det vil sige at foretage fyldestgørende journalføring.

Det overordnede formål med vejledningen er en kvalitetssikring og styrkelse af fodterapeuters journalføring for derigennem at højne patientsikkerheden og den faglige praksis. Vejledningen kan således anvendes som inspiration til, hvad det vil sige at foretage fyldestgørende journalføring.

Vejledningen tager afsæt i "*Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)*". Herefter benævnt som: *Bekendtgørelsen om patientjournaler*.

Den enkelte fodterapeut har pligt til at føre journal på alle sine patienter; ved hver kontakt og i forbindelse med eller snarest mulig efter patientkontakten. En journal skal bl.a. indeholde patientens navn og CPR-nummer, dato for undersøgelse/ behandling, patientens informerede samtykke til behandling/behandlingsplan samt initialer på den fodterapeut, der har foretaget journalnotatet.

Journalen føres af hensyn til patientsikkerheden og fungerer som fodterapeutens arbejdsredskab, hvori det kan dokumenteres, hvilke behandlinger

der er iværksat, hvilke vejledninger der er givet og hvad der er gjort og sagt i kontakten med patienten. Journalen er således både med til at sikre kontinuitet i behandlingen, men journalen kan også danne grundlag for tilsynsbesøg og klagesituationer/erstatningssager, hvor fodterapeuten er helt eller delvist inddraget.

## FORMÅL MED JOURNALFØRING:

- **Arbejdsredskab:**  
Behandlingsplan, opfølgning på behandlingsplan / aftaler / udvikling i symptomer
- **At være kommunikationsredskab for:**  
Fodterapeuter på klinikken  
Andre samarbejdspartnere  
Patienter ved aktindsigt
- **Dokumentation:**  
Undersøgelser / observationer  
Behandling  
Information  
Behandlingsplaner / aftaler  
Informeret samtykke  
Journalen er en del af patienters retsstilling jf. *Sundhedsloven*

## ARBEJDSGRUPPEN

Vejledningen er udarbejdet af en arbejdsgruppe udpeget af Danske Fodterapeuter bestående af:

- Pia Bondorph, Fodterapeut
- Dorthe Schnoor Nielsen, Fodterapeut

I samarbejde med *Fodterapeutskolen København* er vejledningen gennemgået og rettet til af fodterapeutiske eksperter inden for emneområdet. Dette er for at sikre, at vejledningen afspejler den faglige praksis, fodterapeuter bliver undervist i på fodterapeutuddannelsen. Desuden er vejledningen gennemlæst af en testgruppe på syv fodterapeuter som repræsentativt afspejler fodterapeutpraksis.

# INTRODUKTION TIL VEJLEDNINGEN

Vejledningen er bygget op om seks forskellige cases. Hver case indledes med informationer om den patient, som den aktuelle case omhandler. Informationerne fremgår under punkterne:

- Aktuel henvendelsesårsag
- Anamnese
- Kliniske undersøgelser og fund
- Konklusion

Formålet med informationerne er at give læseren mulighed for at kunne danne sig et billede af patienten<sup>1</sup>, casen vedrører, samt tilstrækkelig viden til at kunne følge de kliniske overvejelser, der danner grundlag for valg af såvel undersøgelse som behandling af den enkelte patient. Informationerne indeholder således baggrundsoplysninger, der ikke nødvendigvis journalføres.

Efter de indledende informationer illustreres, hvordan behandlingsplan, journalnotater og diagram/tegnsystem kan formuleres og se ud – i patientjournalen. Under punktet konklusion vil der i flere af casene fremgå, hvilke – og hvor mange – behandlinger den enkelte patient har ret til jf. gældende overenskomst. For de fodterapeuter der ikke arbejder under overenskomsten, kan konklusionen være en anden, da de ikke skal forholde sig til overenskomsten.

Ligeledes vil vejledningen komme med eksempler på, hvordan diagrammet/tegnsystemet og behandlingsplanen kan anvendes, da diagrammet/tegnsystemet alene ikke kan anvendes som en behandlingsplan.

Formuleringerne, der er anvendt, skal ses som eksempler. For mange fodterapeuter vil de oplysninger, der skal journalføres komme frem i den almindelige samtale med patienten, hvor spørgsmål stilles som en naturlig del af en samtale.

Det kan f.eks. gælde relevante oplysninger, der vedrører nyttilkomne gener, allergier eller ændringer af medicinordinationer og fodtøj, som skal journalføres.

Det er ikke et krav, at der anvendes de samme fraser som i denne vejledning. Der er således ikke en færdig opskrift på korrekt journalføring og den enkelte fodterapeut kan derfor anvende sine egne faglige formuleringer, så længe indholdet i journalen lever op til kravene i Bekendtgørelsen om patientjournaler.

Vejledningen følger best practice, hvilket fodterapeuter også skal gøre i deres undersøgelse og behandling af den enkelte patient. Patientjournalen skal afspejle, at best practice følges. Der findes indtil videre best practice beskrivelser til fodterapeutpraksis for:

- Diabetes
- Bøjlebehandling
- Indlæg

De nævnte best practice beskrivelser findes på Danske Fodterapeuters hjemmeside. Det kan i konkrete tilfælde være velbegrunderet at afvige fra best practice, men dette skal altid dokumenteres i patientjournalen med en faglig begrundelse.

## Note:

<sup>1</sup> Der fremgår bl.a. oplysninger om hvorvidt patienten er overvægtig, normalvægtig eller undervægtig. Oplysninger som disse journalføres kun, hvis de har relevans for behandlingen. Det samme gælder oplysninger om en patients indtag af alkohol eller andre rusmidler.

## OVERSIGT OVER ANVENDTE FORKORTELSER

a.	arteria, arterie, pulsåre
AK-behandling	antikoagulationsbehandling (blodfortyndende medicin)
AMI	akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet)
alm.	almindelig
bilat	bilateral
dxt.	dexter, dextra, dextrum, højre
evt.	eventuel
jf.	jævnfør
lat.	lateral
mhp.	med henblik på
PCI	perkutan Coronar Intervention (ballonudvidelse)
pes.	fod
pt.	patient
sin.	sinister, sinistra, sinistrum, venstre
svt.	svarende til