



RUTIN MEDICINSK FOTVÅRD

DEFINITION

Fotvård är vård av fötter, sådan vård kan utföras som egenvård eller av fotvårdare som kan ha speciell utbildning för detta. Fotvårdare har inte medicinsk legitimation. Medicinsk fotvård är vård av fötter utförd på remiss.

REMISSREGLER

Remiss för fotvård ska utfärdas av läkare/diabetessköterska. I Älvsbyn ska remiss utfärdas av läkare. Sjukhusläkare och privatpraktiker ska följa gällande riktlinjer i länet. Patient som får medicinsk fotvård får den subventionerad. Den ingår i högkostnadsskyddet. Remiss till medicinsk fotvård utfärdas för högst sex behandlingar per år (12-månadersperiod), om inte annat överenskommes med behandlande läkare.

INDIKATIONER FÖR REMISS

Indikationer för remiss är att patienten av medicinska skäl är i behov av medicinsk fotvård och att patienten har en sjukdom i fötterna, där utebliven fotvård kan medföra risk för försämring av grundsjukdom och/eller hota foten.

- Patienter med cirkulationsrubbingar som förorsakar eller riskerar förorsaka sårbildning
- Patienter med grava fotproblem inklusive missbildningar och felställningar förorsakade av reumatiska, ortopediska eller neurologiska sjukdomar.
- Andra fotvårdsfall av uttalad MEDICINSK natur t.ex svårare nageltrång, psoriasis med fot(nagel)komplikation.

Fotvårdsremiss kan gälla såväl vård som prevention, exempelvis i utbildningssyfte.

DIABETIKER

Alla diabetiker är inte sjuka och har inte alltid ökad risk relaterat till sina fötter. Remiss för medicinsk fotvård till diabetiker ska avse patienter med nedsatt cirkulation och/eller sensibilitet och/eller med ökad risk för sår. I övriga fall ska remiss bara skrivas på särskild indikation och ej slentrianmässigt.

Diabetespatienter som efter riskindelning 1-4 har behov av behandling, uppföljning, utbildning.

Indelning enligt aktuell HÖK (handläggningsöverenskommelse norrbottens läns landsting)

Riskenivå	Åtgärder
I Frisk fot	Diabetessköterska/läkare gör årligt fotstatus med riskbedömning. Information i egenvård av fotterapeut 1-2 år efter sjukdomsdebut
II Neuropati och/eller angiopati (perifer kärlsjukdom)	Patienten remitteras till fotterapeut. Förebyggande fotvård två gånger per år eller efter bedömning av fotterapeut. Vid behov remiss till ortopedteknisk avd
III Tidigare diabetessår fotdeformiteter, grav callus, amputerad	Patienten remitteras till fotterapeut. Förebyggande fotvård varannan månad eller efter bedömning av fotterapeut. Vid sår samarbete med diabetessköterska eller kommunens sköterska. Viktigt med remiss för ortopedtekniska hjälpmedel, behandlingsskor eller bekvämskor för att förhindra nya sår.
IV Pågående allvarlig fotsjukdom (sår, kritisk ischämi, infektion, grav osteoartropati, Charcot-fot)	Patienten remitteras för bedömning till fotronden vid Sunderby sjukhus. Vidare handläggning i samråd med dem. Uppföljning av PAL på hemorten.

ICKE REMISSBERÄTTIGADE

Patienter som på grund av sjukdom eller handikapp ej själva eller med hjälp av annan kan vårda sina fötter och som inte har sjukdom i fötterna är inte berättigade till remiss för medicinsk fotvård. Exempel härpå är patienter som är synskadade, har Parkinsons sjukdom, stel rygg eller de som av annan anledning inte själv kan vårda sina fötter.

I målgruppen ingår inte med automatik patienter i kommunens särskilda boende, det ska finnas klara medicinska skäl. Detta baseras på att kommunen har kostnadsansvar för all hälso- och sjukvård förutom läkarinsatser.

REMISS FÖR FOTSJUKVÅRD

NAMN OCH ADRESS PATIENT

REMISSAVSÄNDARE

Diagnos/grundsjukdom:

Vid diabetes - debutår:

Fullständig anamnes som ger möjlighet till adekvat fotvårdsbehandling:

Status:	Ja	Nej
• Tecken på nervskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tecken på perifer kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tecken på grava fotproblem förorsakade av reumatiska, ortopediska eller neurologiska sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Svårare fall av tå- och nagelbesvär, eller psoriasis med fotkomplikationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önskad åtgärd:		
Fotstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotsjukvårdande behandling efter behov, högst 6 beh/12 mån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat:		
I första hand gäller mottagningsbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hembesök (i undantagsfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remissvar: