



Evaluering af

# Fod på Langeland

2026

OUH  
Odense Universitetshospital  
Svendborg Sygehus

 Steno  
Diabetes  
Center Odense  
Region Syddanmark

**Evaluering af Fod på Langeland**

Udarbejdet af: Julie Dyrgaard og Jeanette Lauridsen

Udgivet: Maj 2026

Layout: Mouret.dk



# Indhold

<b>Resumé .....</b>	<b>4</b>
<b>Baggrund.....</b>	<b>5</b>
<b>Beskrivelse af Fod på Langeland.....</b>	<b>6</b>
<b>Evalueringsdesign.....</b>	<b>8</b>
Dataindsamling .....	8
<b>Resultater.....</b>	<b>10</b>
Karakteristika for brugerne.....	11
Aftaler for videre forløb efter screening .....	15
Implementering af Fod på Langeland.....	16
Aktivitet.....	16
Målgruppen.....	17
Indsatsselementerne .....	18
Fremmere for implementering.....	22
Barrierer for implementering.....	24
Lokale forhold og forudsætninger .....	25
Brugernes, personalets og samarbejdspartneres oplevelse af initiativet.....	26
Afledte effekter.....	27
<b>Ressourcer.....</b>	<b>28</b>
<b>Konklusion .....</b>	<b>29</b>
<b>Perspektiver .....</b>	<b>30</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>31</b>

# Resumé

Denne rapport evaluerer projektet Fod på Langeland. Evalueringen bygger på både kvantitative og kvalitative datakilder og undersøger om lokale screeninger opsporer diabeteskomplikationer og fører til justeringer i forløb. Evalueringen undersøger også hvordan Fod på Langeland blev implementeret samt fremmere og barrierer herfor.

I projektet fik personer med diabetes bosat på Langeland tilbud om én gratis screening af fødderne med henblik på at vurdere deres risiko for at få komplikationer eller at forværre eksisterende komplikationer, samt for at igangsætte relevant opfølgende forløb til at forebygge en videreudvikling af deres nuværende tilstand. Risikovurderingen blev lavet på baggrund af faste kriterier, som placerede den enkelte i enten rød, gul eller grøn risikogruppe.

450 personer med diabetes blev screenet i løbet af projektperioden, svarende til 35 % af målgruppen. Over halvdelen af de screenede havde eksisterende fodkomplikationer eller var i forhøjet risiko herfor (rød og gul risikogruppe). Kun få af disse havde fået lavet en fodstatus inden for det sidste år (18 - 26 %), og blandt dem i gul risikogruppe gik 64 % ikke regelmæssigt til fodterapeut på screeningstidspunktet. 36 % af disse fik oprettet henvisning til fodterapeut, hvoraf tre af fire fik hjælp fra personalet i Fod på Langeland til at etablere kontakten til fodterapeuten. En stor andel af screeningerne førte til anbefalinger om medicinjusteringer.

Indsatsen blev overordnet implementeret som planlagt med velfungerende arbejdsgange og et stærkt tværsektorielt samarbejde, som bidrog til at opspore målgruppen. Der var dog potentiale for at nå flere i målgruppen, særligt i den røde risikogruppe, ved at inddrage flere aktører. Deltagelse i tilbuddet blev fremmet af gratis, lokale tilbud og personlige relationer, mens udeblivelser, begrænset systematik og rækkevidde udgjorde barrierer for implementeringen. Initiativet blev generelt positivt modtaget og øgede opmærksomheden på diabetiske fødder, som en vigtig del af indsatsen. Lokale forhold kan påvirke overførbareheden.

Samlet viser resultaterne, at Fod på Langeland opsporede fodkomplikationer, igangsatte relevant forløb og derigennem vil bidrage til at forebygge fremtidige fodkomplikationer blandt dem, der fik lavet en screening.

I et sundhedspolitisk perspektiv kan erfaringerne fra Fod på Langeland bidrage med viden om, hvordan forebyggende og specialiserede funktioner kan organiseres mere lokalt og derved understøtte tidlig opsporing, forebyggelse og behandling tæt på borgeren.

# Baggrund

Antallet af danskere med diabetes er fordoblet over de seneste 20 år, og forekomsten forventes at stige fremover. Det skyldes særligt en stigning i antallet af personer med type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2026).

Sund livsstil, en velreguleret diabetes med stabilt blodsukker, blodtryk og kolesterol kan nedsætte risikoen for følgesygdomme og komplikationer, som kan være forbundet med diabetes. Regelmæssige undersøgelser for at tjekke for tegn på følgesygdomme er derfor vigtige for at forebygge, at følgesygdomme og komplikationer opstår (Videnscenter for Diabetes, 2026).

En hyppig komplikation til diabetes er diabetiske fodsår, som er relateret til dårligt reguleret blodsukker og som i kombination med åreforkalkning, og/eller nedsat følesans er forbundet med risiko for amputation. 15-25 % af alle personer med diabetes vil udvikle et fodsår på et tidspunkt i deres liv. Af disse vil 50-70 % udvikle et nyt fodsår eller tilbagefald. Ved amputation hos en person med diabetes, vil det i 85 % af tilfældene være startet med et fodsår (Dansk Endokrinologisk Selskab, 2026).

Langeland Kommune har en af landets højeste forekomster af type 2-diabetes med 9,8 % af befolkningen; den højeste i Region Syddanmark (Diabetestal, 2023). Af landets 98 kommuner ligger kommunen blandt de nederste fem hvad angår selvvurderet helbred, fysisk aktivitet og overvægt og rygning (Region Syddanmark, 2022).

Disse faktorer og diabetesforekomsten på Langeland kombineret med risikoprofilen for diabetiske fodsår kan give anledning til at tro, at en del ville blive set i sårambulatoriet på Medicinsk Afdeling M/FAM OUH Svendborg Sygehus (herefter M/FAM) for behandling af diabetiske fodsår. Sårambulatoriet ser dog kun få patienter fra Langeland Kommune, og har derfor en forventning om, at mange personer fra Langeland med diabetes ikke har fået diagnosticeret deres fodsår.

På den baggrund initierede afdelingen projektet Fod på Langeland, som havde til formål at skabe et borgernært tværsektorielt forløb med opsporing, forebyggelse og behandling af diabetiske fodkomplikationer. Indsatsen sigtede efter at opretholde brugernes livskvalitet, støtte egenomsorg, sikre patientvenlige forløb og på sigt undgå amputation. Indsatsen havde et samtidigt fokus på kompetenceudvikling af kommunens personale samt udvikling af et smidigt samarbejde mellem de mange implicerede parter. Projektet blev gennemført i perioden 2023-2025, og blev primært finansieret af midler fra OUH's pulje Ramme til højt specialiseret funktion og strategiske indsatsområder 2022. Steno Diabetes Center Odense (herefter SDCO) indgår som projektpartner.

# Beskrivelse af Fod på Langeland

Fod på Langeland kørte i perioden 2023-2025. Kerneaktiviteten var at tilbyde personer med diabetes bosat på Langeland (herefter brugerne) en gratis screening af deres fødder med henblik på at vurdere deres risiko for at få komplikationer eller at forværre eksisterende komplikationer i fødderne. Samtidig havde indsatsen til hensigt at igangsætte relevant opfølgende forløb til at forebygge en videreudvikling af deres nuværende tilstand. Hver person i målgruppen havde mulighed for at få én screening i løbet af projektperioden.

I den første klagørende fase frem til den første screening i maj 2023, blev der afsøgt muligheder for lokale screeningslokationer, indgået aftaler om brug af lokaler i Sundhedshuset i Rudkøbing, udarbejdet arbejdsangbeskrivelser, oprettet projekttelefon, anskaffet udstyr og indkøbt materialer, afholdt møder med samarbejdspartnere samt lavet de første kommunikative indslag om projektet, som fx indlæg i lokalavisen "Øboen" og uddeling af postkort og plakater til lokale aktører.

Den første screening blev foretaget d. 8. maj 2023 og henvisninger/henvendelser til projektet blev modtaget til og med den 31. december 2025. De sidste aktiviteter blev afviklet i løbet af januar 2026.

Screeningerne fandt sted lokalt på Langeland, som udgangspunkt i Sundhedshuset, men i nogle få tilfælde også ude af Sundhedshuset. De var planlagt til at foregå en dag om ugen og med en kapacitet på op til 9 screeninger i ulige uger og op til 6 screeninger i lige uger\*.

Alt arbejdet omkring screeningerne blev varetaget af medarbejdere fra M/FAM, som var frikøbt til projektets aktiviteter. Konkret var der frikøbt en overlæge i 10 % af en fuldtidsstilling, en sårsygeplejerske i 50 % af en fuldtidsstilling, en fodterapeut i 20 % af en fuldtidsstilling, en lægesekretær i 20 % af en fuldtidsstilling og en reservelæge, hvis frikøb varierede mellem 20-40 % af en fuldtidsstilling.

\* Årsagen til, at der er færre screeningstider mandag i lige uger, er, at der parallelt med Fod på Langeland blev oprettet et fremskudt sårambulatorie fra M/FAM til Rudkøbing på Langeland. Det fremskudte sårambulatorie anvendte samme lokaler som Fod på Langeland, og der var overlap i personalet, der varetog Fod på Langeland og det fremskudte sårambulatorie.

Lægesekretæren tog imod alle henvendelser og henvisninger, oprettede brugerne i forløb, tildelte tider til screening samt afsluttede forløbene, når screeningerne var overstået. Ved særlige arrangementer, som fx sundhedsdag i kommunen, henvendte brugerne sig direkte til fodterapeut eller sårsygeplejerske og fik lavet en screening med det samme, hvorfor lægesekretæren først var inde over forløbet efterfølgende.

Fodterapeut eller sårsygeplejerske lavede screeningerne med udgangspunkt i en behandlerguide, der blandt andet indeholdt et screeningskema som løbende blev afkrydset gennem screeningen. Til screeningen fik brugeren bl.a. undersøgt kredsløb, nervefølsomhed, fejlstilling, hud og negle. På baggrund af det samlede billede af brugerens fodstatus vurderede personalet brugeren ud fra kriterier for risikostratificering (se figur 1) til at være i én af tre risikogrupper; rød, gul, grøn. Uanset risikogruppe blev der efterfølgende lavet aftaler om det videre forløb for den enkelte, inden for de eksisterende organisatoriske rammer fx egenpleje, regelmæssig fodterapeutisk behandling, forløb på sygehus.

Screeningskemaerne blev herefter afleveret fysisk på M/FAM. Med brugerens samtykke vurderede en læge i afdelingen screeningsresultatet, brugerens aktuelle medicin og (max 3 mdr. gamle) laboratoriesvar for at sende en epikrise til almen praksis med resultatet af screeningen, aftaler for opfølgning samt eventuelle anbefalinger til brugerens behandlingsforløb, fx anbefalinger om justering af medicin, behov for yderligere udredning mm. Epikrisen blev, efter aftale med almen praksis, markeret med gult flag, for at indikere, at der var behov for aktiv opfølgning.

Der var løbende et fokus på at opspore brugere til tilbudet, og den kommunikative indsats foregik derfor parallelt med screeningsaktiviteten gennem hele projektperioden. Figur 1 illustrerer flowet i Fod på Langeland.



Fod på Langeland

# FLOW

## OPSPORING

Opsporing af alle personer med diabetes på Langeland (brugerne)

## KONTAKT

**Bruger**  
Tager selv  
tlf.-kontakt

**Almen praksis**  
Sender  
henvielse

**Kommunen**  
Tlf.-kontakt eller  
korrespondance

**Øvrige**  
Tlf.-kontakt

Brugeren indkaldes til fodscrening  
v/ sekretær i M/FAM

## SCREENING

Screening i Sundhedshus Rudkøbing  
v/ fodterapeut fra M/FAM

Screening andre lokale steder  
v/ fodterapeut fra M/FAM

**Har sår og/eller  
tåtryk < 40 mmHg**  
(målt ved tåtryksmåling).

**Har en eller flere  
af følgende tilstande:**  
Fejlstilling som ikke er korrigeret af  
fodterapeut, tidligere amputation, har  
haft sår, der kan ikke palperes puls,  
påvirket følesans.

**Følgende er opfyldt:**  
Pt har ingen behandlingskrævende  
fejlstillinger, har ikke haft sår eller er  
tidl. amputeret, der kan palperes puls,  
Biotesiometri <25 volt, Monofilament  
mindst 2 ud af 3 berøringer.

Forløb på  
OUH Svendborg  
Sygehus

Tidlig  
intensiveret indsats  
ved fodterapeut

Regelmæssig tjek  
af fødder ved egen læge  
og fodterapeut samt  
(fortsat) egenomsorg

## VURDERING OG AFSLUTNING

Konklusion vurderes af læge på M/FAM,  
som sender epikrise til praktiserende læge, inkl. evt. anbefalinger.  
Besked til eventuelle andre relevante aktører, fx sygeplejen, fodterapeut.

Brugeren afsluttes i regi af Fod på Langeland  
v/ sekretær i M/FAM.

# Evaluerings- design

Denne evaluering af Fod på Langeland har til formål at undersøge:

- om screeninger i brugerens lokalmiljø opsporer personer med diabetes med begyndende eller behandlingskrævende komplikationer og om screeningerne giver anledning til at anbefale justeringer til brugerens forløb - og i så fald hvilke
- hvordan Fod på Langeland er implementeret samt fremmere og barrierer for at implementere fodscreeninger i brugerens lokalmiljø.

Evalueringen vil også tegne et billede af, hvad der kendetegner personer med diabetes, som blev screenet i Fod på Langeland, herunder risikogruppe (rød, gul, grøn jf. figur 1), farmakologiske og biokemiske profil, hvad screeningerne førte til, hvor de blev screenet, og hvordan de fik kendskab til tilbuddet. Evalueringen belyser ikke kompetenceudviklingen af kommunale medarbejdere.

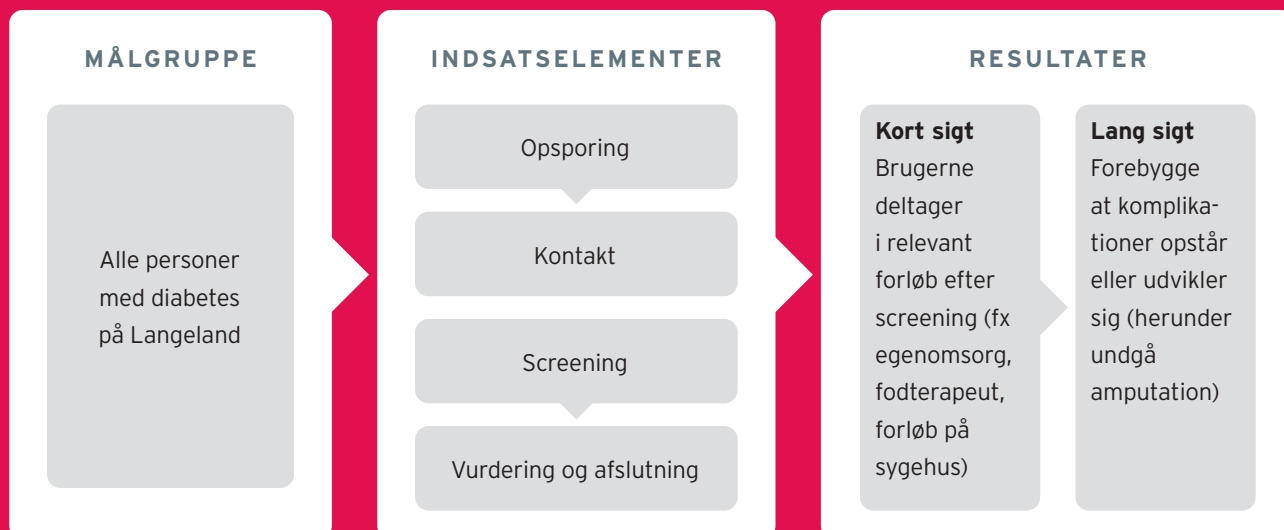
Evalueringen tager udgangspunkt i den logiske model skitseret i figur 2 samt indsatslementerne beskrevet i figur 3. Evalueringen belyser ikke resultater på lang sigt.

## Dataindsamling

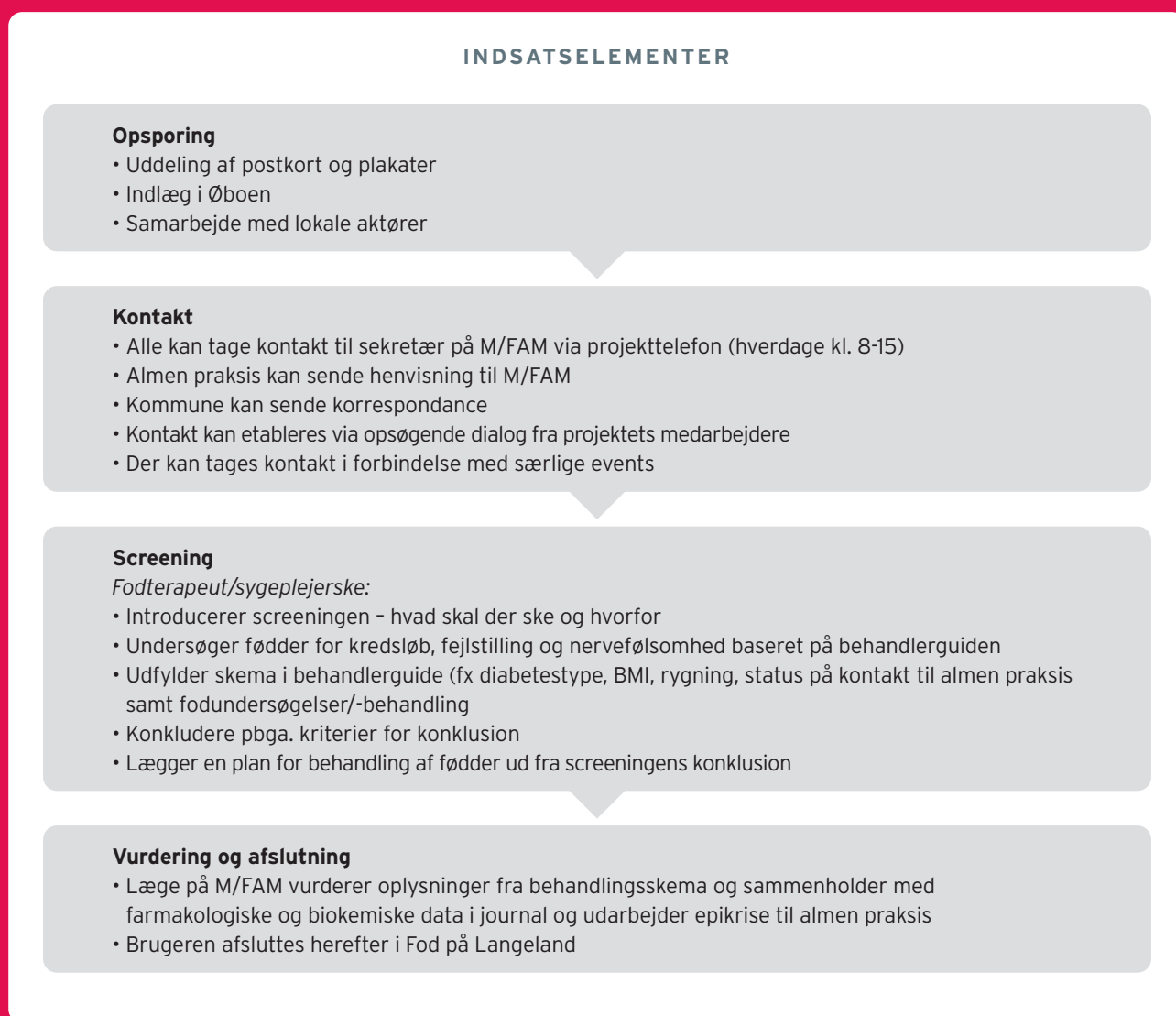
Evalueringen af Fod på Langeland bygger på både kvantitative og kvalitative datakilder, herunder:

- To proceslogs som dokumenterer væsentlige ændringer og erfaringer i projektperioden (én proceslog for Sundhedshuset og én for aktiviteter ude af Sundhedshuset)
- Individuelle semistrukturerede interviews med 9 brugere, der er blevet screenet i Fod på Langeland, heraf 8 i Sundhedshuset og 1 ude af Sundhedshuset. 8 af brugerne var i gul risikogruppe, mens den sidste var i rød risikogruppe. Brugerne blev interviewet senest tre uger efter deres deltagelse i Fod på Langeland.
- Individuelle semistrukturerede interviews med 9 sundhedsprofessionelle, herunder 5 der var involveret i driften af Fod på Langeland (fodterapeuter, sårsygeplejerske, læge og lægesekretær), samt 4 samarbejdspartnere, som fx bidrager med henvisning af brugere (almen praktiserende læge, praksissygeplejerske, apoteker og sygeplejerske fra kommunal sygeplejeklinik).
- Kvantitative data indsamlet i perioden maj 2023 til og med december 2025 og herefter indtastet i RedCap. Data omfatter screeningsrelaterede og sundhedsrelaterede oplysninger på individniveau indsamlet i forbindelse med screeningen og via journalopslag i EPJ Syd.

Figur 2 - Logisk model for Fod på Langeland



Figur 3 - Overblik over indsatslementer i Fod på Langeland



# Resultater

De følgende afsnit belyser resultater af evalueringen herunder:

- karakteristika for brugerne
- aftaler for videre forløb efter screening
- implementering af screeningsindsatsen, herunder fremmere og barrierer
- brugernes, personalets og samarbejdspartneres oplevelse
- afledte effekter

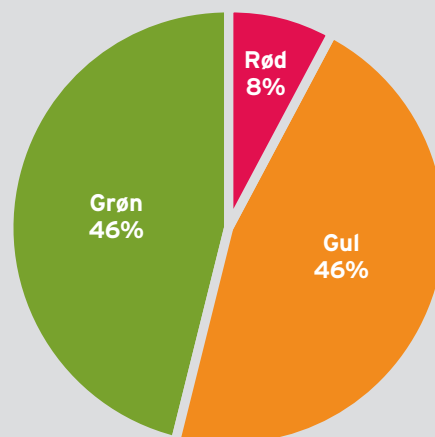
## Karakteristika for brugerne

Dette afsnit beskriver karakteristika for de brugere, der deltog i screeningstilbuddet. Karakteristika er opgjort efter risikogrupperne rød, gul og grøn, jf. kriterierne skitseret i figur 1.

450 unikke brugere deltog i screeningstilbuddet, og fordeles sig i risikogrupperne som vist i figur 4.

Af tabel 1 fremgår det, at størstedelen af brugerne havde type 2-diabetes (94 %). På tværs af risikogrupperne var der en lidt større andel af mænd (58 %) end kvinder (42 %), og andelen af mænd var særligt høj i rød og gul risikogruppe. Der er statistisk signifikant forskel på gennemsnitsalderen i de tre risikogrupper. Gennemsnitsalderen var lidt højere i den røde risikogruppe (72 år) end den grønne (68 år). Der var en lidt større andel i den røde risikogruppe, som var aktive rygere og som tidligere havde haft en blodprop sammenlignet med de øvrige risikogrupper.

**Figur 4 - Fordeling af risikogrupper blandt screenede brugere (N=450)**



**Tabel 1 - Baggrundskarakteristika for brugere, der er blevet fodscreenet i regi af Fod på Langeland**

	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
<b>Køn</b> (n, %)							
Kvinde	12	35 %	79	38 %	96	46 %	187
Mand	22	65 %	128	62 %	113	54 %	263
<i>Total</i>	34	100 %	207	100 %	209	100 %	450
<b>Alder ved screening</b> (n, gennemsnit)*							
År	34	72 år	207	71 år	209	68 år	450
<b>Diabetestype</b> (n, %)							
Type 1			20		(4 %)		
Type 2			423		(94 %)		
Anden			7		(2 %)		
<b>BMI</b> (n, %) (missing=35)							
>= 30	13	39 %	80	42 %	71	37 %	164
<i>Total</i>	33	100 %	190	100 %	192	100 %	415
<b>Rygning</b> (n, %) (missing=37)							
Aldrig	12	39 %	72	38 %	96	51 %	180
Tidligere	12	39 %	82	43 %	59	31 %	153
Aktiv	7	23 %	38	20 %	35	18 %	80
<i>Total</i>	31	100 %	192	100 %	190	100 %	413
<b>Tidligere blodprop</b> (n, %) (missing=142)							
Ja	9	36 %	43	27 %	30	24 %	82
<i>Total</i>	25	100 %	160	100 %	123	100 %	308

Der er anvendt anova-test til at teste for forskel i gennemsnitsværdier mellem risikogrupperne og Chi<sup>2</sup> til fordeling mellem grupperne.

\*P-værdi <0,05.

Tabel 2 illustrerer andelen af brugere i de respektive risikogrupper, der havde den givne karakteristika, som blev undersøgt i screeningen. Da hovedparten af disse karakteristika indgår i definitionerne for de tre risikogrupper, vil der naturligt være en sammenhæng mellem den givne karakteristika og andelen i de forskellige risikogrupper. Dette afspejles ligeledes i tabellen, hvor der generelt er en

større andel af brugerne i den røde risikogruppe, der har den enkelte risikofaktor. Derfor ses det eksempelvis, at ca. 2 ud af 10 brugere i den røde risikogruppe havde fået amputeret mindst én fod og ca. 9 ud af 10 havde aktuelle sår på mindst én fod, mens der, jf. kriterierne, ikke var nogen i grøn risikogruppe, der havde aktuelle sår på fødderne.

**Tabel 2 - Fodkarakteristika for brugere, der er blevet fodscreenet i regi af Fod på Langeland (n, %)**

	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
<b>Biothesiometri</b> - Mindst én fod på 25 volt eller derover* ( <i>missing</i> =31)	25	78 %	157	81 %	34	18 %	216
<i>Total</i>	32	100 %	195	100 %	192	100 %	419
<b>Monofilament</b> - Mindst én fod med nedsat eller ophørt følesans* ( <i>missing</i> =34)	24	75 %	89	46 %	8	4 %	121
<i>Total</i>	32	100 %	193	100 %	191	100 %	416
<b>Behandlingskrævende fejlstilling</b> - Mindst én fod med behandlingskrævende fejlstilling* ( <i>missing</i> =66)	17	65 %	113	60 %	24	14 %	154
<i>Total</i>	26	100 %	189	100 %	169	100 %	384
<b>Tidligere sår</b> - Mindst én fod med tidligere sår* ( <i>missing</i> =22)	17	59 %	24	12 %	< 5	-	-
<i>Total</i>	29	100 %	198	100 %	201	100 %	428
<b>Aktuelle sår</b> - Mindst én fod med sår nu* ( <i>missing</i> =16)	29	88 %	5	3 %	0	0 %	34
<i>Total</i>	33	100 %	196	100 %	205	100 %	434
<b>Amputationer</b> - Mindst én fod amputeret (minor eller major)* ( <i>missing</i> =17)	7	22 %	5	3 %	0	0 %	12
<i>Total</i>	32	100 %	198	100 %	203	100 %	433
<b>Puls på fod (ADP)</b> - Kan ikke mærke puls på mindst én fod* ( <i>missing</i> =36)	11	41 %	15	8 %	11	6 %	37
<i>Total</i>	27	100 %	188	100 %	199	100 %	414
<b>Puls på fod (ATP)</b> - Kan ikke mærke puls på mindst én fod* ( <i>missing</i> =42)	11	42 %	24	13 %	16	8 %	51
<i>Total</i>	26	100 %	189	100 %	193	100 %	408

\*P-værdi < 0,05 (Chi<sup>2</sup>)

Af tabel 3 fremgår det, at der på tværs af risikogrupperne var 13 - 26 %, der havde fået lavet en fodstatus inden for det seneste år. Det indikerer, at der er mange, som ikke får lavet en årlig fodstatus, som det anbefales til brugere med diabetes (Dansk Endokrinologisk Selskab, 2026).

Interviews med brugerne indikerede, at de i varierende grad tidligere gjorde noget for at passe deres fødder. Enkelte havde selv passet dem ved fx at klippe negle, skrubbe fødder og smøre creme på. Andre havde fået andre til at klippe negle på dem, fx fodplejere. En enkelt, som er amputeret to gange, gik fast ved fodterapeut hver femte uge, og sagde om årsagen **"Fordi jeg har diabetes jo. Så det skal jeg jo. Det siger sygehuset også"** (bruger 5). Endelig var der flere der aldrig gjorde noget ved fødderne. Om årsagen til det fortalte en bruger **"Det er bare en dumhed. Der var ikke noget i vejen. Men der hvor jeg har læge nu, sagde hun, at nu hvor jeg har diabetes burde jeg få dem undersøgt"** (bruger 3).

Der var også en variation i brugen af regelmæssig fodterapi. 55 % af brugerne i den røde risikogruppe angav at gå regelmæssigt til fodterapeut, hvor det gjaldt for 36 % blandt dem i gul risikogruppe og 21 % blandt dem i grøn risikogruppe.. Andelen af brugere, der gik regelmæssigt til fodterapeut, var størst i den gruppe, som havde størst behov. Der var dog på tværs af risikogrupperne en stor andel af brugerne, der ikke regelmæssigt gik til fodterapeut (45 - 79 %) herunder gik 64 % af brugerne i gul risikogruppe ikke regelmæssigt til fodterapeut på screeningstidspunktet.

Der var en lidt større andel i rød risikogruppe (18 %), der ikke blev fulgt i almen praksis med sin diabetes sammenlignet med gul risikogruppe (7 %) og grøn risikogruppe (7 %). For nogle af de brugere, der ikke blev fulgt i almen praksis med deres diabetes, er det registreret, at de blev fulgt på sygehus med deres diabetes. På tværs af risikogrupperne var der mindre end 5 brugere, der hverken blev fulgt i almen praksis eller på sygehus for deres diabetes, heraf dog ingen røde.

**Tabel 3 - Status: fødder, øjne og kontakt til almen praksis (n, %)**

	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
<b>Seneste fodstatus*</b> (missing=20)							
Inden for det seneste år	8	26 %	36	18 %	27	13 %	71
Mere end et år siden/aldrig	13	42 %	129	65 %	151	75 %	293
Ved ikke	10	32 %	33	17 %	23	11 %	66
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>198</b>	<b>100 %</b>	<b>201</b>	<b>100 %</b>	<b>430</b>
<b>Fodterapi</b> (der kan angives flere svar) (missing=10)							
Går regelmæssigt til fodterapeut	18	55 %	73	36 %	42	21 %	133
Går regelmæssigt til fodplejer	5	15 %	27	13 %	24	12 %	56
Egenpleje	10	30 %	105	52 %	140	69 %	255
<b>Total</b>	<b>33</b>		<b>203</b>		<b>204</b>		<b>440</b>
<b>Seneste øjenfoto</b> (missing=22)							
Mindre end 2 år siden (inkl. 2 år)	23	72 %	149	76 %	155	78 %	327
Mere end 2 år siden	< 5	-	8	4 %	6	3 %	-
Aldrig	< 5	-	22	11 %	27	14 %	-
Ved ikke	< 5	-	17	9 %	12	6 %	-
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100 %</b>	<b>196</b>	<b>100 %</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>	<b>428</b>
<b>Går patienten i almen praksis med sin diabetes?</b> (missing=12)							
Ja	28	82 %	186	93 %	188	93 %	402
Nej	6	18 %	15	7 %	15	7 %	36
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>201</b>	<b>100 %</b>	<b>203</b>	<b>100 %</b>	<b>438</b>
<b>Hvor ofte ses patienten i almen praksis for sin diabetes?</b> (missing=67)							
1-2 gange om året	8	31 %	51	29 %	61	33 %	120
Mere end 2 gange om året	18	69 %	122	71 %	123	67 %	263
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>	<b>173</b>	<b>100 %</b>	<b>184</b>	<b>100 %</b>	<b>383</b>

\*P-værdi < 0,05 (Chi<sup>2</sup>). Der er ikke lavet signifikantest på "fodterapi" på grund af mulighed for flere svar.

Hvad angår brugernes biokemiske karakteristika viser tabel 4, at der er en signifikant forskel på medianværdierne for eGFR og albuminuri mellem de tre risikogrupper, samt at medianværdierne for HbA1c er tæt på at være signifikant forskellige (p = 0,06). Brugere i rød risikogruppe ser ud til at have højere HbA1c og dårligere nyrefunktion.

**Tabel 4 - Biokemiske karakteristika for de respektive risikogrupper (n, median, kvartiler)**

	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
	n	Median (Q1-Q3)	n	Median (Q1-Q3)	n	Median (Q1-Q3)	n
HbA1c (mmol/mol)	34	56 (47-69)	207	49 (46-58)	209	50 (45-56)	450
LDL mmol/L (missing=1)	34	1,7 (1,1-2,0)	207	1,6 (1,2-2,2)	208	1,8 (1,4-2,3)	449
eGFR ml/min/1,73 <sup>m2</sup> * (missing=1)	34	82 (40-90)	206	77 (59-89)	209	86 (66-90)	449
Albuminuri mg/g * (missing=35)	31	32 (15-272)	189	11 (6-34)	195	10 (6-21)	415

\* P-værdi < 0,05 (Kruskal-Wallis test)

Tabel 5 viser, at der var en højere grad af medicinering blandt brugerne i rød risikogruppe, hvilket kan skyldes at denne risikogruppe er mere syge end de øvrige risikogrupper. En større andel af brugerne i rød risikogruppe fik fx SGLT-2-I og insulin sammenlignet med de øvrige grupper. Til gengæld var der en mindre andel i den røde risikogruppe, der fik metformin, hvilket kan skyldes andelen med type 1-diabetes i denne gruppe var relativ høj (15 %) og/eller de havde dårligere nyrer.

**Tabel 5 - Overblik over andel af de respektive risikogrupper, der får følgende medicin (n, %)**

		Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
Metformin*	(missing=2)	17	52 %	159	77 %	169	81 %	448
SGLT-2-I*	(missing=7)	13	39 %	64	32 %	47	23 %	443
GLP-1-analog*	(missing=5)	7	21 %	60	29 %	39	19 %	445
Insulin*	(missing=8)	15	44 %	44	22 %	32	15 %	442
ACE/ARB*	(missing=4)	13	39 %	139	68 %	137	66 %	446
Lipidsænkende	(missing=0)	26	76 %	158	76 %	155	74 %	450
Trombocythæmmere	(missing=6)	15	47 %	89	44 %	76	36 %	444
Andet medicin	(missing=10)	5	15 %	11	6 %	21	10 %	440

\*P-værdi < 0,05 (Chi<sup>2</sup>)

## Aftaler for videre forløb efter screening

På baggrund af fodscreeningen blev der lavet aftaler for det videre forløb med brugeren, jf. tabel 6. I nedenstående tabel fremgår et overblik over, hvilke aftaler blev lavet for hhv. rød, gul og grøn risikogruppe. For den røde risikogruppe blev der for 48 % aftalt akut aflastning på stedet, 38 % skulle indkaldes til vurdering ved speciallæge og 17 % blev henvist til afdeling Z (andre sår). Dette indikerer, at en indsats som Fod på Langeland kan bidrage til at opspore brugere i høj risiko samt igangsætte den nødvendige behandling.

**Tabel 6 - Aftaler for videre forløb blandt brugere i rød risikogruppe (n, %)**

Rød risikogruppe (der kan angives flere svar)	Rød N=34	
Akut aflastning på stedet - herefter tid i M/FAM	14	48 %
Kritisk iskæmi - afdeling T	< 5	-
Andre sår - afdeling Z	5	17 %
Behov for indlæggelse til antibiotika-behandling og/eller aflastning - Medicinsk Sengeafsnit	< 5	-
Indkaldelse til vurdering ved speciallæge	11	38 %
Missing	5	

Som det fremgår af tabel 7, havde en større andel i gul risikogruppe end i grøn risikogruppe behov for, at Fod på Langeland kontaktede fodterapeut i forbindelse med henvisning. Dette kan indikere, at brugerne med diabetes i gul risikogruppe havde brug for mere støtte til at igangsætte et forløb ved en fodterapeut. En relativ stor andel af brugere i henholdsvis gul (50 %) og grøn risikogruppe (40 %) fik tilbud om forløb i satellitklinikken, jf. tabel 7.

**Tabel 7 - Aftaler for videre forløb blandt brugere i gul og grøn risikogruppe (n, %)**

Gul og grøn risikogruppe (der kan angives flere svar)	Gul N=207		Grøn N=209	
Henvisning til fodterapeut oprettes/foreligger - patient tager selv kontakt	24	12 %	33	17 %
Henvisning til fodterapeut oprettes - Fod på Langeland tager kontakt	38	18 %	14	7 %
Årlig fodstatus v. praksissygeplejerske, da patient ikke går hos autoriseret fodterapeut	13	6 %	54	27 %
Fortsætter hos egen fodterapeut	49	24 %	32	16 %
Tilbud om forløb i satellitklinik*	102	50 %	79	40 %
Ønsker ikke fodterapi	16	8 %	23	12 %
Missing	1		11	

\*Satellitklinikken: en tilskudsberettiget klinik for fodterapi, der åbnede på Langeland i løbet af projektperioden

På tværs af alle tre risikogrupper blev der for knap halvdelen sendt anbefalinger om medicinændringer/-justeringer i epikrisen til almen praksis, jf. tabel 8. Dette indikerer et potentiale for at optimere den medicinske behandling. Knap halvdelen af brugerne i den røde risikogruppe fik anbefalet en eller flere nye biokemiske undersøgelser mod cirka en fjerdedel blandt brugerne i gul og grøn risikogruppe.

**Tabel 8 - Antal/andel, der er anbefalet nye biokemiske undersøgelser eller ændringer i medicin (n, %)**

	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
Anbefalet ny biokemi (Hba1c, LDL, eGFR eller albuminuri) (P<0,05) (missing=8)	16	47 %	49	24 %	46	22 %	442
Anbefalet medicinændring/-justering (missing=7)	16	48 %	94	46 %	90	44 %	443

# Implementering af Fod på Langeland

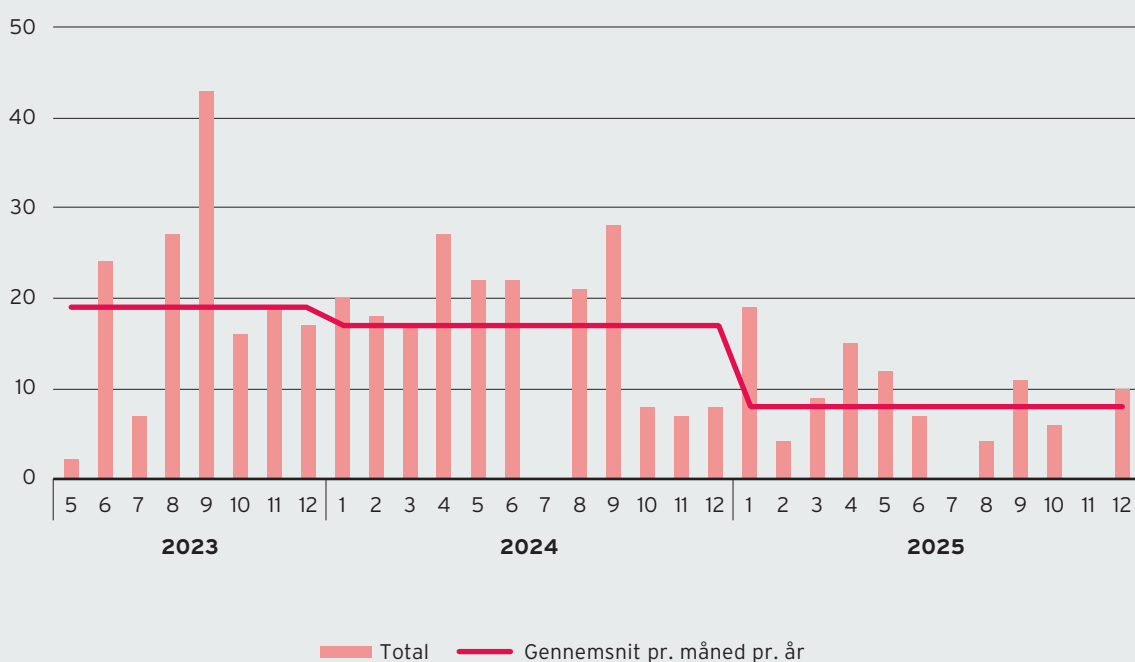
Dette afsnit belyser aktiviteten i projektperioden, om målgruppen for indsatsen blev nået, og hvordan indsatslementerne blev implementeret samt fremmere og barrierer for implementering. Til sidst belyses lokale forhold og forudsætninger for implementering af Fod på Langeland.

## Aktivitet

450 unikke brugere blev fodscreenet i perioden fra maj 2023 til december 2025. I figur 5 fremgår et overblik over antallet af screeninger per måned i perioden. Screeningsaktiviteten var højest i første del af projektperioden og fra slutningen af 2024 var aktiviteten lavere. Dette afspejles også i antallet af screeningsdage, som var lavere i 2025 (27 dage) end i henholdsvis 2024 (39 dage) og 2023 (31 dage).

Den relativt lave aktivitet i slutningen betyder, at den fulde screeningskapacitet ikke blev anvendt, og antallet af screeningsdage blev derfor reduceret. Sekretæren på M/FAM sørgede for at tilpasse antallet af screeningsdage med antallet af brugere.

Figur 5 - Antal screeninger pr. måned i perioden maj 2023 til december 2025





## Målgruppen

I 2023 var der ca. 1.209 personer med type 2-diabetes og ca. 79 med type 1-diabetes\* på Langeland (Diabetestal, 2026; Danmarks Statistik, 2026; Diabetestal, 2023). Det svarer til, at cirka 35 % af den samlede diabetespopulation på Langeland, blev screenet i projektperioden. Der var dermed en del af målgruppen, som ikke fik en screening. Personalet og samarbejdspartnere oplevede generelt, at meget få brugere ikke ønskede at benytte tilbuddet om screening. Dette indikerer, at tilbuddet blev accepteret af

brugerne, og lader derfor ikke til at være den primære årsag til, at der ikke var flere i målgruppen, der blev screenet i projektperioden. For at vurdere om dem der blev screenet, er repræsentative for den samlede diabetespopulation på Langeland, er der lavet en sammenligning på udvalgte karakteristika (alder, køn, diabetestype og HbA1c) mellem de to grupper, jf. tabel 9. Baseret på disse karakteristika ligner de screenede brugere i høj grad den generelle population med diabetes på Langeland.

**Tabel 9 - Sammenligning af karakteristika for diabetespopulationen på Langeland og de screenede brugere**

	Diabetespopulation på Langeland N=1.197 <sup>1</sup>	Screenede brugere (Fod på Langeland) N=450
Alder, år	70,6 (60,2-78,3) år	72,0 (62,0-78,0) år
Køn, % mænd	56,5 %	58,4 %
Diabetestype, % med andre typer end type 1	94,2 %	95,6 %
HbA1c, mmol/mol	49,0 (45,0 - 56,0) mmol/mol Missing=208	50,0 (46,0 - 57,0) mmol/mol

Note: Diabetespopulation på Langeland er, i denne tabel, identificeret ud fra SDCO-algoritmen (ikke publiceret) og afgrænset til dem, der pr. 31/12/2023 er i live og bosat på Langeland. SDCO-algoritmen definerer diabetes via data fra Landspatientregisteret, Lægemedel-databasen, Laboratoriedatabasens Forskertabel, Det Medicinske Fødselsregister og Det Centrale Personregister (CPR). Data er opgjort pr. 11/3/2026. Alder og HbA1c er opgjort som median samt øvre og nedre kvartil.

Køn og diabetestype er opgjort i %.

1: Dette tal varierer fra det tidligere angivne antal personer med diabetes (1.209). De to tal er opgjort på forskellige tidspunkter, og er baseret på forskellige datakilder og metoder til at opgøre antal personer med diabetes.

\* I Q2 2023 havde 9,8 % af befolkningen på Langeland type 2-diabetes (Diabetestal, 2023), og 0,64 % af befolkningen i Region Syddanmark type 1-diabetes (Diabetestal, 2026) Baseret på befolkningstal for Langeland i maj 2023 (n=12.334) svarer det til 1.209 brugere med type 2-diabetes og 79 med type 1-diabetes (Danmarks Statistik, 2026). Prævalensen af type 1-diabetes kan ikke opgøres specifikt for Langeland pga. for få data, og derfor er prævalensen for Region Syddanmark anvendt.

## Indsatselementerne

Dette afsnit belyser implementeringen af de fire overordnede indsatselementer i Fod på Langeland; *opsporing, kontakt og screening samt vurdering og afslutning*, jf. figur 3.

### Opsporing

Opsporing af målgruppen skete primært via skriftlige kommunikative indsatser og via samarbejde med lokale aktører (fx almen praksis). I starten af projektperioden var det primært skriftlige kommunikative aktiviteter, som indlæg i Øboen, uddeling af postkort og plakater, hvor aktiviteterne senere havde en mere dialogbaseret opsøgende karakter. Her blev der blandt andet taget kontakt til lokale aktører, fx plejecentre, med åbenhed for at planlægge en screeningsdag dér. Tekstboksen illustrerer de aktiviteter, der blev gennemført for at opspore målgruppen. Der var ikke en systematisk tilgang til disse aktiviteter.

I tabel 10 fremgår et overblik over, hvor brugerne hørte om screeningstilbuddet. En del brugere hørte om det ved egen læge, hvilket bekræftes i interviews med personalet og brugere samt oplysninger fra procesloggen. Her fremgår det, at samarbejdet med de praktiserende læger fungerede godt, og at personalet oplevede at få en del henvisninger fra de praktiserende læger.

#### Aktiviteter til opsporing af målgruppen

- Indlæg i Øboen
- Røde postkort placeret hos flere samarbejdspartnere, fx apotek, skobutik, almen praksis
- Apotek har vedlagt postkort i leverancer med diabetesmedicin til brugere
- Plakater om tilbuddet hos flere samarbejdspartnere
- Opsøgende arbejde, hvor der er taget kontakt til fx plejecentre, bosteder osv. med henblik på at lave lokal screening hos dem
- Deltagelse i diverse arrangementer på Langeland, fx Fodens Dag, Sundhedsdag, åbent hus på apotek
- Opsøgende arbejde på "Ølkassen" - et socialt værested tæt på apoteket
- Samarbejde med sygeplejeklinik i kommunen
- Samarbejde med almen praksis



Brugerne fik kendskab til screeningstilbuddet gennem flere forskellige kanaler, både i sundhedsvæsenet og i deres hverdag, jf. tabel 10. En betydelig andel – særligt i grøn og gul risikogruppe – blev henvist via egen læge, mens brugerne i rød risikogruppe også fik kendskab til tilbuddet gennem kommunens sygeplejeklinik eller andet. Kategorien "andet" dækker på tværs af risikogrupperne over forskellige kontakthold, herunder sygehusafdelinger (primært M/FAM), Sundhedshuset i Rudkøbing samt kommunale og plejerelaterede sammenhænge som hjemmepleje, plejecentre og opsøgende besøg. Derudover spillede lokale fodterapeuter og apoteket en rolle, ligesom enkelte brugere fik kendskab til tilbuddet via administrative kanaler, som Borgerservice. Dette peger på, at opsøgende indsatser og samarbejde med en bred vifte af aktører med berøring til målgruppen, var særligt afgørende for at nå de personer med størst behov for en indsats. Opgørelsen dækker dog ikke hele projektperioden, og visse formidlingskanaler kan være underrapporteret eller slet ikke rapporteret. Eksempelvis blev indlægget i lokalavisen "Øboen" udgivet inden registreringen blev indført, hvorfor den store aktivitet, som det genererede, ikke er registreret.

### Kontakt

Overordnet fungerede arbejdsgangene for at skabe den indledende kontakt til Fod på Langeland, og alle kanaler blev benyttet, herunder både projekttelefonen, henvisninger fra almen praksis, ad hoc kontakt til arrangementer og kontakt gennem opsøgende dialog. Almen praksis oplevede, at henvisningsproceduren var simpel, hvilket bekræftes i tabel 10, der indikerer en stor andel henvisninger fra almen praksis.

Interviews med personalet og procesloggen indikerede, at der var nogle udfordringer i kontakten med brugeren angående selve screeningen, hvilket kom til udtryk ved udeblivelser til screeninger, blandt andet fordi enkelte brugere ikke kunne finde stedet. Det var ikke en udfordring i starten af projektperioden, hvilket kan hænge sammen med, at der her var en større andel af brugerne, der selv tog kontakt og dermed var mere opmærksomme på og motiverede for at deltage. Antallet af udeblivelser varierede hen over projektperioden. For at forebygge udeblivelser blev der lavet tilpasninger i indkaldelsesbrevet samt lavet nye skilte i Sundhedshuset i Rudkøbing, som skulle hjælpe brugerne til at finde vej. Derudover havde sekretæren generelt fokus på at indkalde brugerne kort tid i forvejen, for at mindske risikoen for at de ville glemme det.

**Tabel 10 - Overblik over, hvor brugerne havde hørt om screeningstilbuddet fordelt på risikogrupper (januar 2024-december 2025) (n, %)**

Hvor har patienten hørt om screenings-tilbuddet? (Flere svar kan angives) (missing=182)	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
Henvist fra lægehus	5	19 %	89	61 %	69	72 %	
Via indlæg i Øboen	< 5	-	7	5 %	6	6 %	
Postkort	< 5	-	< 5	-	< 5	-	
Sygeplejeklinikken i kommunen	10	38 %	< 5	-	< 5	-	
Familie/netværk	< 5	-	7	5 %	< 5	-	
Andet	10	38 %	39	27 %	16	17 %	
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>-</b>	<b>146</b>	<b>-</b>	<b>96</b>	<b>-</b>	<b>268</b>



### Screening

Fodscreeningerne kunne foregå to steder (jf. flow, figur 1); i Sundhedshuset i Rudkøbing eller på en anden lokalitet. Tabel 11 viser, at hovedparten af brugerne i henholdsvis gul og grøn risikogruppe blev screenet i Sundhedshuset, hvorimod det gjaldt for lidt over halvdelen i den røde risikogruppe.

Personalet oplevede, at det fungerede godt med screeningskemaet, som bidrog til at vejlede den sundhedsprofessionelle i, hvad der skulle undersøges i regi af fodscreeningen. I løbet af projektperioden blev der lavet mindre justeringer i screeningskemaet, fx tilføjet spørgsmåle om vægt, højde og tidligere blodpropper.

Alle brugere der blev screenet, blev risikostratificeret, men data indikerer, at ikke alle brugere blev stratificeret i overensstemmelse med kriterierne. Der var fx flere brugere i grøn risikogruppe, der havde påvirket følesans, vibrationsans eller puls i mindst én fod, hvilket jf. risikokriterierne burde have resulteret i stratificering til gul risikogruppe. Der var ligeledes nogle brugere i gul risikogruppe, der var registreret med aktuelle sår, hvilket jf. risikokriterierne burde have resulteret i stratificering til rød risikogruppe. Det er ikke muligt at sige noget om de konkrete årsager til dette, men det kan fx være udtryk for, at kriterierne blev tolket forskelligt i praksis eller at kriterierne ikke var klare nok.

**Tabel 11 - Overblik over lokationer for fodscreening (n, %)**

Screeningslokation (missing=174)	Rød N=34		Gul N=207		Grøn N=209		Total N=450
Sundhedshus	15	58 %	127	84 %	84	85 %	
Plejecenter	< 5	-	18	12 %	9	9 %	
Eget hjem	< 5	-	< 5	-	< 5	-	
Apotek	0	0 %	< 5	-	< 5	-	
M/FAM	< 5	-	< 5	-	< 5	-	
Andet	< 5	-	< 5	-	0	0 %	
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>	<b>151</b>	<b>100 %</b>	<b>99</b>	<b>100 %</b>	<b>276</b>

Informationer om, hvor brugerne er blevet screenet, har ikke været en del af registreringspraksis i hele perioden. Det er dog særligt i sidste del af projektperioden, at der er lavet oplysning/udgående arbejde, hvorfor det må formodes, at hovedparten af screeningerne i første del af projektperioden er foretaget i Sundhedshuset.

### Vurdering og afslutning af bruger

Efter screeningen var gennemført, gennemgik en sygehuslæge (primært en hoveduddannelseslæge) screeningskemaet og sammenholdt det med biokemiske og farmakologiske informationer fra brugerens journal. Herefter udarbejdede lægen en epikrise til almen praksis med aftaler om det videre forløb efter screeningen samt eventuelle anbefalinger om fx medicinjusteringer eller yderligere udredning.

Interviews og proceslog indikerer, at arbejdsgangene fungerede. Alle epikriser blev i starten markeret med gult flag, men almen praksis oplevede, at det udvandede formålet med flaget. Der blev derfor justeret i arbejdsgangen, så det kun var brugere med behov for intervention i almen praksis, der fik markeringen.

Sekretæren i M/FAM sørgede for at afslutte brugeren i regi af Fod på Langeland. I takt med, at der kom flere udeblivelser, blev det besluttet, at brugere blev afsluttet, når de har været indkaldt til Fod på Langeland to gange.



## Fremmere for implementering

### Økonomisk og geografisk tilgængelighed

Interviewmaterialet peger på, at tilgængelighed var en central fremmer for implementeringen af screeningstilbuddet. Dét at tilbuddet var gratis samt placeret lokalt på Langeland bidrog til at reducere eventuelle geografiske og økonomiske barrierer og gjorde tilbuddet mere tilgængeligt, særligt for personer med begrænset mobilitet og ressourcer. En praksissygeplejerske formulerer:

***“Økonomien er den største stopklods, og så den næste det er, hvis der er for langt til fodterapeuten.”***

***“Snakken om, hvorfor det er en god idé... har været kortere, fordi der ikke skulle penge involveres i det.”***

Personalet i screeningstilbuddet havde en oplevelse af, at brugere, som ellers havde fravalgt screening, sagde ja, da tilbuddet var lokalt placeret:

***“Der er jeg sikker på, at der har vi i hvert fald fået nogen til at sige ja, som jeg ikke tror, vi havde fået til at sige ja, hvis det var, at de skulle til Svendborg.”*** (sygeplejerske).

For brugerne varierede oplevelsen af den geografiske tilgængelighed, herunder om den havde afgørende betydning for at de deltog. En enkelt bruger fremhævede, at det var nemt transportmæssigt og fordi det foregik i det samme hus, hvor vedkommende i forvejen kommer. En anden oplevede omvendt, at transporten var lang, men erkender også, at det ofte vil være tilfældet, når man bor et sted som Langeland. Vedkommende udtalte til spørgsmålstil om der var noget, som havde gjort det svært at tage imod tilbuddet:

***“Nej, ikke andet end jeg har 17 km ind til sådan noget. Det er jo sådan det er her i udkanten. Man kan ikke bo på Langeland uden at have en bil”*** (bruger 8).

Hvad angår økonomiske overvejelser, havde brugerne delte meninger, hvilket indikerer, at det vil være forskelligt fra bruger til bruger om de både kan og vil bruge penge på fodterapi, det rette fodtøj m.m. To brugere udtalte hver især:

***“Det koster jo ikke mere end en flaske Fernet Branca. Prisen for en fodterapeut er jo ingenting - jeg betaler jo mere for min fitness”*** (bruger 8).

***“Det kommer an på prisen. Jeg farer ikke op og får lavet tæer for både fire og fem hundrede kroner. Så er jeg væk. Jeg er førtidspensionist, så det er begrænset hvad jeg har at leve af”*** (bruger 4).

### Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde var også en afgørende fremmer for implementeringen af indsatsen. Flere faggrupper, fx praktiserende læger, praksissygeplejersker, kommunale sygeplejersker og apotekspersonale, havde kontakt til målgruppen. Dette skabte flere kontaktflader til målgruppen og øgede dermed sandsynligheden for målgruppen blev identificeret og informeret om tilbuddet. En fodterapeut beskrev, hvordan samarbejdet med en kommunal sygeplejeklinik bidrog til opsporing af relevante brugere, som ellers kunne være vanskelige at opspore:

***“Vi har også haft et tæt samarbejde med den sygeplejeklinik. [...] og så sagde jeg, at jeg mangler virkeligt nogle af dem, jeg ved I har derude. Nogle orange/røde, nogle af dem, der er amputeret. Og så sagde hun [sygeplejersken i sygeplejeklinikken], ”jeg har måske 12 nede hos mig. De har ikke telefon, de har ikke mobiltelefon, de har ikke computer. Altså det er kun mig der kan komme i kontakt med dem, fordi de kommer fast i klinikken til nogen ting. Men jeg spørger dem, om de vil screenes, så kan du komme ned til mig.” Så lavede hun den fineste liste til mig, og så kunne jeg screene de 12 nede ved hende, eller nogen kunne også komme op til os i klinikken ikke også, men så var det via papir og blyant, at de fik besked.”***



### Relationer

Den fysiske tilstedeværelse af personalet fra Fod på Langeland hos lokale aktører, fx plejecentre, understøttede tidlig opsporing og handling. Medarbejderne blev gensidigt kendte ansigter, og klare og simple kontakt- og henvisningsveje gjorde det lettere for fagpersoner at reagere hurtigt på bekymringer samt opsøge tilbuddet, fx når der var kommet nye brugere med diabetes på et plejecenter. Interviewene pegede samtidig på, at samarbejdet ofte blev mere udfordret, når kontakten primært var indirekte og skriftlig, da det kunne svække koordinering og fælles ejerskab. Det gælder dog ikke umiddelbart for almen praksis, hvor samarbejdet primært var indirekte og skriftligt via henvisninger og epikriser.

### Motivation for at deltage

Brugerne blev motiveret til at deltage i tilbuddet af forskellige årsager. En fortæller at det skyldtes en fysisk oplevelse i fødderne:

*"Det er da lidt ubehageligt at ens storetå sover om morgenen, og også lidt hen ad dagen, når man sidder stille. [...] Det er jo sådan en malfunktion af ens krop, og det lægger man jo mærke til"* (bruger 8).

En anden fandt motivationen i skræmmende resultater fra et andet screeningsprogram, og siger:

*"... men det har nok fået mig til at tage i mod, hvad jeg får af sådanne tilbud. Det har nok givet mig det sidste stød til, at nu siger jeg under ingen omstændigheder nej til noget"* (bruger 9).

For de fleste af de adspurgte brugere har det påvirket dem positivt, at andre har anbefalet og opfordret dem til at tage imod screeningstilbuddet, fx egen læge eller sygeplejerske.

### Engagement og ledelsesopbakning

Der var generelt et højt fagligt engagement og interesse for indsatsen blandt personalet i Fod på Langeland, hvilket understøttede implementeringen. Personalets engagement havde betydning for, hvordan indsatsen blev omsat i praksis (fx mere fleksibel tilgang til arbejdet samt brug af interesselister). Derudover oplevede personalet, at der var tydelig ledelsesopbakning, hvilket var en vigtig forudsætning for prioritering af ressourcer og forankring i praksis.

### Internt samarbejde

Hovedparten af personalet i Fod på Langeland kendte i forvejen hinanden og var vant til at arbejde sammen, hvilket understøttede implementeringen positivt. Personalet fremhævede blandt andet, at de oplevede et stærkt fagligt samarbejde og en oplevelse af opbakning og hjælpsomhed internt, både når mindre erfarne medarbejdere stod alene med opgaven og når erfarne medarbejdere havde brug for sparring.

## Barrierer for implementering

De interviewede samarbejdspartnere oplevede generelt ikke barrierer for at informere om eller henvise til tilbudet. Dog oplevede personalet en række forhold, som havde betydning for implementering af Fod på Langeland.

For det første oplevede de, at etableringen af screeningsindsatsen var tidskrævende. Det gjaldt både i forhold til at få etableret de fysiske rammer for screeningerne og i forhold til at opbygge samarbejdsrelationer med lokale aktører. Særligt i projektets indledende fase krævede det tid og opsøgende arbejde at skabe kendskab til tilbuddet og etablere de samarbejdsstrukturer, der kunne understøtte opsporing og henvisning af brugere til screening.

Derudover viser aktivitetsdata, at indsatsen nåede 35 % af den samlede diabetespopulation på Langeland. En betydelig del af målgruppen har således ikke deltaget i screeningstilbuddet. Evalueringen kan ikke fastslå de konkrete årsager til dette, men en mulig forklaring kan være, at opsporingen i høj grad var afhængig af eksisterende kontaktflader i sundhedsvæsenet. Personer med diabetes, som i mindre grad er i kontakt med sundhedsprofessionelle, kan derfor være sværere at nå gennem de anvendte opsporingsaktiviteter.

Samtidig peger analysen på, at opsporingen af målgruppen ikke foregik systematisk. Interviews med samarbejdspartnere indikerede eksempelvis, at nogle faggrupper, herunder udekørende kommunale sygeplejersker, i mindre grad havde været involveret i opsporingen. En sygeplejerske fra en kommunal sygeplejeklinik udtrykker:

***"Jeg tror ikke, vi har været gode nok til at få det formidlet til de udekørende sygeplejersker. Jeg har ikke fornemmelsen af, at nogen andre har henvist, medmindre de har været at spørge os, om vi kendte nogle tilbud, og så har de kunne få den flyer der. Så jeg tænker faktisk primært det har været os i klinikkerne [der har henvist]."***

***[...] Jeg tror, hvis projektet havde fortsat længere, og at jeg bl.a. havde fået mine kollegaer, de udekørende mere med på banen, som er dem der er helt ud i enderne også, så tror jeg vi havde kunne få endnu flere [brugere] med. Så jeg tror det var et spørgsmål om at mine kollegaer skulle være mere oplyst om det."***

Dette kan have begrænset indsatsens mulighed for at nå bredere ud til målgruppen, herunder personer med svagere eller ingen tilknytning til sundhedsvæsenet.

Endelig var der i løbet af projektperioden udfordringer med udeblivelser til planlagte screeninger, hvilket havde betydning for den samlede screeningsaktivitet.

## Lokale forhold og forudsætninger

Indsatsen blev udviklet og gennemført i en særlig lokal sammenhæng, som havde væsentlig betydning for både behovet for indsatsen og dens implementering. Langeland er et relativt lille og geografisk afgrænset øsamfund. Området er karakteriseret ved en høj forekomst af type 2-diabetes og en relativt stor andel af borgere i en sårbar socioøkonomisk og sundhedsrelateret position, hvilket samlet set bidrager til et øget behov for forebyggende og behandlende sundhedstilbud.

Samtidig er der i lokalområdet strukturelle udfordringer i adgangen til sundhedsydelser, hvor det eksempelvis kræver transport til Svendborg eller Odense for specialiserede sundhedstilbud. Derudover var der på tidspunktet for opstarten af Fod på Langeland ingen tilskudsberettiget klinik for fodterapi på Langeland, hvorfor brugeren enten skulle køre til minimum Svendborg eller betale en dyrere pris for behandling hos de lokale fodterapeuter, der ikke er tilskudsberettigede. Personalet i Fod på Langeland fortalte i interviewene om, hvordan de tidligere havde oplevet, at det for nogle af brugerne medførte, at de på trods af henvisning, ikke fik tilset/behandlet deres fødder.



# Brugernes, personalets og samarbejdspartners oplevelse af initiativet

Interviews med brugerne af Fod på Langeland pegede på, at de generelt havde en positiv oplevelse af screeningen. De oplevede, at screeningerne var fine og uden ubehag samt nemme at deltage i. En bruger fremhævede, at personalet var gode at snakke med og gode til at forklare undervejs. En anden fortæller

***"at det faktisk var behageligt lige at få tjekket"*** (bruger 4).

Personalet oplevede ligeledes, at brugerne tog meget positivt imod tilbuddet, og at det var meget få, som enten ikke var interesseret i at deltage, eller som i mindre grad kunne se nødvendigheden af fodscreeningen. Dette peger på, at indsatsen blev accepteret blandt brugerne.

Samlet set oplevede både interne medarbejdere og eksterne samarbejdspartnere initiativet som meningsfuldt, relevant og med velfungerende arbejdsgange. Internt peges der især på, at projektet bidrog til at opspore personer, som ellers ikke ville have søgt hjælp, og som i nogle tilfælde havde betydelige fodproblematikker. En fodterapeut udtrykker:

***"Der er jo dukket nogle patienter op, som man nok ikke ville have fundet, [...] som nok ville have passet sig selv, eller som ikke tænker hvad gør jeg ved det her? Og jeg kontakter heller ikke min læge. Jeg gør ikke noget. [...] Jeg har haft rigtig mange der har taget sådan en folder fra apoteket og hos lægen [...]. Jeg har også haft nogle [brugere], der ikke har været så relevante og sådan noget, men stadig havde diabetes. Men der har virkelig været nogle også, som har nogle forfærdelige tæer og som også får hjælp den dag i dag. Altså som kommer fast hos mig [i en klinik for fodterapi] og får behandlet deres fødder, og det synes jeg er rigtig godt altså. Og jeg er helt sikker på, at hvis det ikke var, at det her [Fod på Langeland] det var startet op, så var der nogen der var blevet tabt eller nogle flere, der var blevet amputeret eller. Altså, det er sådan min opfattelse."***

Eksterne samarbejdspartnere beskrev initiativet som et relevant og lettilgængeligt tilbud, der supplerede deres egen indsats. Særligt fremhævede de værdien af at have et konkret sted at henvise til, korte og ukomplicerede arbejdsgange samt den faglige sparring og feedback, som initiativet muliggjorde. En praksissygeplejerske udtrykte:

***"Jeg har virkelig været glad for det [Fod på Langeland]. [...] Og så tænkte jeg, "ej bare de gør det permanent". Så jeg er rigtig rigtig ked af, at det er slut, fordi det har virkelig været godt. Og netop det der med, at man får den der feedback [via epikriserne] på, er der noget vi kan gøre bedre eller anderledes."***

Som praksissygeplejersken beskriver, så bidrog feedbacken i form af epikriser til almen praksis til, at der var bedre mulighed for at justere indsatsen til brugere med diabetes. Opsporingen og screeningen bør derfor ikke ses som en isoleret handling eller aktivitet, men som en integreret del af et fælles ansvar på tværs af sektorer.

Interviewene pegede også på, at Fod på Langeland øgede opmærksomheden på betydningen af fodsundheden blandt både brugere og sundhedsprofessionelle. Flere brugere pegede indirekte på, at der kunne være behov for at sætte yderligere fokus på netop betydningen af fodsundheden, når man har diabetes. Enkelte brugere fik ny viden som følge af screeningen, og en udtrykker fx:

***"Jamen nu ved jeg hvad det indebærer og sådan noget. Og jeg fik at vide, hvordan mine tæer kunne blive, hvis jeg ikke passer på dem"***.

Samtidig bidrog projektet til at skærpe samarbejdspartners, herunder i almen praksis, fokus på at spørge systematisk ind til fødder, følsomhed og sår hos brugere med diabetes. Dette understøttes af procesloggen, hvor det fremgår, at der var flere henvisninger til sårambulatoriet fra praktiserende læger på brugere, som havde sår, og som ikke var identificeret i screeningsammenhæng.

For apoteket og sygeplejeklinikken gav undervisning og løbende dialog ny faglig forståelse, som blev anvendt aktivt i mødet med brugerne, både i rådgivning, produktvalg og henvisning videre i systemet. Flere samarbejdspartnere peger på, at projektet har synliggjort et tidligere undervurderet problemfelt og gjort diabetiske fødder til en mere naturlig del af den samlede diabetesindsats. En apoteker udtrykker:

***”Vi har ikke været helt opmærksomme på, at hver gang vi havde en diabeteskunde og så lige spørge ind til hvordan passer du din hud, og i det hele taget hvordan passer du dine fødder og går du til foddame eller fodterapeut? Det har vi ikke. Vi har ikke haft det fokus, som vi har nu.”***



## Afledte effekter

Ud over de tilsigtede effekter af Fod på Langeland, pegede personalet i Fod på Langeland på, at screeningsindsatsen havde organisatoriske og strukturelle følgevirkninger. En følgevirkning med stor betydning for de fremtidige muligheder for opsporing og behandling af fodsår på Langeland, var etableringen af en lokal klinik for fodterapi med ydernummer. Denne gør det muligt for personer på Langeland at få lavet fodbehandlinger med tilskud, herunder også årlig fodstatus. Et tilbud som ikke har været til stede på Langeland igennem længere tid. En af personalet i Fod på Langeland fortalte desuden, at vedkommende var blevet kontaktet af en sagsbehandler i kommunen pga. en stigning i ansøgninger om tilskud til fodterapeut. Tilsvarende oplevede den lokale skobutik en stigning i kunder, der kom fra Fod på Langeland for eksempelvis at få lavet indlæg eller nye sko.

Samlet set indikerer disse afledte effekter, at screeningsindsatsen ikke alene har haft betydning for den enkelte bruger, men også har påvirket praksis, samarbejde og opmærksomhed på fodsundhed lokalt på Langeland.

# Ressourcer

Der var afsat 30 minutter pr. screening i Fod på Langeland, hvilket personalet i interviewene beskrev som passende, hvor de oplevede, at nogle screeninger tog lidt længere tid (ofte for rød risikogruppe), mens andre tog lidt kortere tid (ofte for grøn risikogruppe).

Dette afspejles ligeledes i registreringen af varighed for screeningerne, som fremgår af tabel 12. Gennemsnitsvarigheden af en screening på tværs af risikogrupperne er 29 minutter (median 30 minutter).

**Tabel 12 - Varighed af fodscreening (gennemsnit, median, nedre og øvre kvartil) (n)**

	Rød N=34	Gul N=207	Grøn N=209	Total N=450
Screeningsvarighed, minutter (median, nedre og øvre kvartil)	30 (25 - 35)	30 (26 - 30)	25 (21 - 30)	30 (24 - 30)
Screeningsvarighed, minutter (gennemsnit)	47	29	26	29
Missing	4	34	46	84

Note: For den røde risikogruppe var der stor variation i varigheden, hvorfor enkelte registreringer trækker gennemsnitsvarigheden op.

Der var afsat 30 minutter til sekretæren pr. bruger til at oprette, indkalde og senere afslutte brugeren i regi af Fod på Langeland. Da opgaverne for hver enkelt bruger blev gjort over flere dage og ind imellem andre opgaver, er det vanskeligt at opgøre, hvor meget tid sekretæren reelt brugte pr. bruger. Vedkommende vurderede umiddelbart, at tidsforbruget varierede en del på tværs af brugere, men 30 minutter pr. bruger i gennemsnit var nogenlunde passende.

Der var afsat 60 minutter til reservelægen, hvoraf noget af den tid blev brugt til at indtaste data i RedCap til projektet. Udgiften pr. screening i en driftssituation formodes derfor at være en smule lavere end den følgende, som er beregnet på baggrund af 60 minutter.

Baseret på gennemsnitslønninger for de faggrupper\* som var involveret i screeningerne, var udgiften pr. screening 621-667 kr.\*\*. Prisen pr. screening medregner ikke udgifter til det opsøgende arbejde.

Foruden driftsudgifter til screeningerne, var der driftsudgifter i form af husleje, rengøring og indkøb af remedier (sko/indlæg/sårmaterialer). Derudover engangsudgifter i forbindelse med etableringen af projektet (fx indkøb af udstyr) og til tryk af diverse materialer undervejs i projektperioden.

\* Beregningen baserer sig på følgende: 30 min. til lægesekretær (estimeret), 29 min. fodterapeut eller sygeplejerske med specialuddannelse (faktuel gennemsnitsvarighed), 60 min. reservelæge - hoveduddannelse (estimeret).

\*\* Afhængigt af om det var fodterapeut eller sårsygeplejerske, der udførte screeningen.

# Konklusion

I Fod på Langeland blev der screenet 450 mennesker med diabetes bosat på Langeland, hvilket svarer til 35 % af målgruppen for projektet. Blandt de screenede havde over halvdelen eksisterende fodkomplikationer eller var i forhøjet risiko for at få fodkomplikationer (rød og gul risikogruppe). I den røde og gule risikogruppe var der en relativ lille andel, der havde fået foretaget en fodstatus inden for det seneste år (18-26 %), hvilket indikerer at mange ikke får lavet en årlig fodstatus, som det anbefales brugere med diabetes. 64 % af dem i gul risikogruppe gik ikke regelmæssigt til fodterapeut på screeningstidspunktet. Af disse blev der lavet aftale om at oprette henvisning til fodterapi for 36 %. For tre ud af fire af dem, var aftalen endvidere, at personalet i Fod på Langeland skulle hjælpe med at tage kontakt til fodterapien. Dette indikerer, at der er en del af denne gruppe, hvor det ikke er tilstrækkeligt med en henvisning til fodterapi, hvis ikke de samtidigt får hjælp til at finde en fodterapeut. Endvidere førte en betydelig andel af screeningerne til anbefalinger om medicinjusteringer på tværs af alle risikogrupperne, hvilket indikerer et potentiale for eventuelt at optimere den medicinske behandling.

Indsatsen blev i vid udstrækning implementeret som tiltænkt, og både samarbejdspartnere og personalet oplevede, at arbejdsgangene fungerede godt med enkelte tilpasninger. Der blev etableret et velfungerende og værdifuldt tværsektorielt samarbejde med flere lokale aktører, som virkede fremmende for implementeringen og bidrog væsentligt til at opspore målgruppen. Både samarbejdspartnere og personalet pegede dog på, at der var potentiale for at opspore en større del af målgruppen ved fx at involvere hjemmeplejen eller andre aktører med kontakt til målgruppen. Dette var særligt relevant i opsporingen af brugere i den røde risikogruppe, hvor resultaterne viste, at der ikke var én

dominerende aktør i den opsporende indsats, som det var tilfældet i den gule og den grønne risikogruppe.

Brugernes deltagelse i tilbuddet blev støttet af, at tilbuddet var gratis og lokalt forankret samt af relationelle faktorer, som kendte ansigter og personlig kontakt. De interviewede samarbejdspartnere oplevede ikke nogen særlige barrierer for at henvise til eller informere om tilbuddet. Udeblivelser, begrænset systematik i opsporing og begrænset rækkevidde ift. målgruppen har dog været barrierer for implementering af indsatsen.

På tværs af brugere, personale og eksterne samarbejdspartnere var der en overvejende positiv oplevelse af initiativet. Både brugere, samarbejdspartnere og personale oplevede, at Fod på Langeland bidrog væsentligt til at øge opmærksomheden på fodsundhed blandt brugere med diabetes på Langeland. Samarbejdspartnere pegede ligeledes på, at initiativet synliggjorde et tidligere undervurderet problemfelt og gjorde diabetiske fødder til en mere naturlig del af den samlede diabetesindsats.

Den lokale kontekst havde betydning for implementeringen, hvilket kan begrænse den direkte overførbare til andre sammenhænge.

På baggrund af resultaterne kan det konkluderes, at Fod på Langeland gjorde det muligt at opspore brugere med begyndende eller behandlingskrævende fodsår og andre fodkomplikationer samt igangsætte relevante opfølgende forløb.

Fod på Langeland har derved bidraget til at igangsætte forløb, som potentielt kan forebygge fremtidige fodkomplikationer.

# Perspektiver

Evalueringen af Fod på Langeland belyser, hvordan initiativet er implementeret, og det er derfor relevant at følge op på både kort og langsigtede resultater af screeningsindsatsen, fx hvorvidt projektpopulationen deltager i relevante forløb efter screeningen.

Evalueringen giver en indikation af, hvorvidt projektpopulationen ligner den generelle diabetespopulation på Langeland, men en svaghed ved denne sammenligning er, at en stor del af projektpopulationen ligeledes indgår i den generelle diabetespopulation.

Det er derfor relevant at lave supplerende analyser, som sammenligner projektpopulationen med den del af diabetespopulationen, som ikke har deltaget i Fod på Langeland med henblik på at nuancere evalueringens resultater og få et mere kvalificeret estimat af, hvor mange patienter, der fortsat kan gå rundt med ubehandlede diabetiske fodkomplikationer.

Hvad angår projektpopulationen vil det desuden være interessant at følge denne gruppe over tid for at se, hvordan deres forløb udvikler sig og derigennem vurdere om Fod på Langeland kan have haft en positiv effekt på forebyggelse af fodsår og amputationer.

I et bredere sundhedspolitisk perspektiv er der med sundhedsreformen ønske om at skabe et nært sundhedsvæsen, der er til stede tæt på borgeren. Et centralt spørgsmål bliver i den sammenhæng, hvordan sundhedsydelse i højere grad kan bringes tættere på borgerne, særligt i geografisk afgrænsede områder som øsamfund. Her vil erfaringerne fra Fod på Langeland bidrage med viden om, hvordan forebyggende og specialiserede funktioner kan organiseres mere lokalt og derved understøtte tidlig opsporing, forebyggelse og behandling tæt på borgeren. Erfaringerne vil samtidig kunne inspirere til refleksion over, hvordan der kan arbejdes mod et mere sektorløst samarbejde, der har det fælles populationsansvar som sit primære fokus. Netop dette ville også være et naturligt næste skridt i en eventuel videreudvikling af projektet Fod på Langeland - at udvikle og afprøve nye mere sektorløse måder at samarbejde om tilbud til den fælles population.



## Referencer

*Danmarks Statistik.* (15. januar 2026).

Hentet fra <https://www.statistikbanken.dk/20021>

*Dansk Endokrinologisk Selskab.* (27. februar 2026).

Hentet fra [https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/den-diabetiske-fod/#elementor-toc\\_\\_heading-anchor-5](https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/den-diabetiske-fod/#elementor-toc__heading-anchor-5)

*Diabetestal.* (9. oktober 2023).

Hentet fra <https://www.diabetestal.nu>

*Diabetestal.* (9. februar 2026).

Hentet fra <https://www.diabetestal.nu>

*Region Syddanmark.* (2022).

*Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2021.* Vejle: Region Syddanmark.

*Sundhedsstyrelsen.* (27. februar 2026).

Hentet fra <https://www.sst.dk/vidensbase/sygdomme-og-behandling/diabetes/fakta-om-diabetes>

*Videnscenter for Diabetes.* (27. februar 2026).

Hentet fra <https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/foelgesygdomme>

