

Sundhed Danmark - Fysioterapi

# Foreningsmanual





# Indledning

Manualen konkretiserer arbejdet med de 5 branchestandarder i fysioterapipraksis og samler de vigtigste krav, instrukser og værktøjer, der skal sikre kvalitet, patientsikkerhed og compliance i klinikkerne.

Sundhed Danmark – Fysioterapi har formuleret 5 branchestandarder, som alle medlemmer forpligter sig til at efterleve: **Kvalitet, Patientperspektivet, Samfundsansvar og bæredygtighed, OPS (Offentlig-privat samarbejde) samt Digitalisering.**

Denne manual er et praktisk arbejdsværktøj for klinikker, den:

- Oversætter branchestandarderne til konkrete krav, roller og instrukser
- Samler centrale lovkrav og overenskomstforpligtelser
- Understøtter årlig opfølgning via indikatorer, audits og læringsaktiviteter

Manualen kan anvendes som ledelsesværktøj i større klinikker eller som praktisk tjekliste i mindre praksis. Kravene kan skaleres: hvor store klinikker typisk dokumenterer via formelle politikker, audits og systematiske møder, kan mindre klinikker i stedet benytte korte procedurer, skabeloner og egenkontrol.

Manualen revideres løbende. Aktive links bør til enhver tid pege på gældende vejledninger og bekendtgørelser.

# Indhold

<b>Indledning</b> .....	<b>2</b>
<b>Kvalitet</b> .....	<b>4</b>
Organisatorisk kvalitet .....	4
Kvalitetssikring.....	4
<b>Patientperspektivet</b> .....	<b>5</b>
<b>Samfundsansvar og bæredygtighed (CSR)</b> .....	<b>6</b>
<b>OPS – offentlig-privat samarbejde</b> .....	<b>7</b>
<b>Digitalisering</b> .....	<b>8</b>
<b>BILAG</b> .....	<b>9</b>
Bilag 1 .....	10
Bilag 2A .....	11
Bilag 2B .....	12
Bilag 3A .....	13
Bilag 3B .....	14
Bilag 4 (under udarbejdelse) .....	15
Bilag 5A .....	16
Bilag 5B .....	17
Bilag 6 .....	18
Bilag 7 .....	19
Bilag 8 .....	20
Bilag 9 .....	21
Bilag 10A .....	22
Bilag 10B .....	23
Bilag 11 .....	24
Bilag 12 .....	25
Bilag 13 .....	26

# Kvalitet

## Medlemmer af Sundhed Danmark – Fysioterapi skal sikre:

### ORGANISATORISK KVALITET

Organisatorisk kvalitet omfatter etablering af klare rammer for drift, roller og ansvar samt en struktur, der sikrer, at kvalitetsarbejdet er en integreret del af klinikens hverdag.

#### Kvalitetsorganisation

Etablering af en kvalitetsorganisation indebærer som minimum:

- Udpegning af en kvalitetsansvarlig med ansvar for planlægning og opfølgning på kvalitetsarbejdet ([Dokument til udpegning og dokumentation af kvalitetsansvarlig - se bilag 1](#)).
- Udpegning af en GDPR-ansvarlig, der sikrer efterlevelse af databeskyttelsesforordningen - [Databeskyttelsesloven \(LBK nr. 502 af 23/05/2018\)](#) og [Sundhedsloven \(LBK nr. 210 af 31/03/2022\)](#)
- Sikring af, at alt sundhedsfagligt personale har gyldig autorisation — [Autorisationsloven \(LBK nr. 1008 af 27/06/2024\)](#).

#### Kvalitetsstrategi

Klinikken skal have en skriftlig kvalitetsstrategi, som beskriver, hvordan kvalitetspolitikken omsættes til konkret praksis.

Kvalitetsstrategien skal som minimum indeholde følgende elementer:

([Se bilag 2A og 2B for skabeloner til kvalitetspolitik og kvalitetsstrategi](#))

- En mission, der beskriver formålet med kvalitetsarbejdet.
- En vision for den ønskede udvikling af kvalitet i klinikken.
- Angivelse af målbare indikatorer, herunder måleresultater, patienttilfredshed, utilsigtede hændelser og patientklager
- En plan for, hvordan data indsamles, følges op og anvendes i kvalitetsarbejdet.
- Angivelse af ansvar for kvalitetspolitik, opfølgning og evaluering.
- En struktur for introduktion af nyansatte, hvor strategi, politik og arbejds gange gennemgås ([se bilag 3A og 3B for Introduktions program og skema](#)).
- Aktiv deltagelse i brancheforeningens kvalitetsarbejde, herunder relevante møder, netværk og undersøgelser.

### KVALITETSSIKRING

Et kontinuerligt fokus på kvalitetsudvikling og opfølgning, herunder:

- Anvendelse af relevante test og måleredskaber samt dokumentation af behandlingsresultater ([Se bilag 4 for overblik over mulige test](#)).
- Gennemførelse af journalaudit mindst én gang årligt med efterfølgende opfølgning ([se bilag 5A og 5B for retningslinje til journalaudit og skema til audit](#)) i overensstemmelse med: — [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(BEK nr. 1222 af 08/06/2021\)](#): [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.\)](#)
- Efterlevelse af strukturerede forløb og faglige anbefalinger.
- Dokumentation af kvalitetsarbejdet, så udviklingen kan følges over tid.

Udarbejdelse af instrukser for centrale kvalitetsprocesser, herunder:

- Anvendelse af måleredskaber.
- Journalføring i overensstemmelse med gældende regler.
- Håndtering af patientklager ([se bilag 10A for retningslinje til håndtering af klager i klinikken](#)) og henvendelser jf. sundhedslovens regler om klageadgang: [Sundhedsloven kap. 4–7](#)
- Introduktion af nyt personale ([se bilag 3A for introduktionsprogram](#)).
- Opfølgning på behandlingsplaner og måleresultater.

Systematisk risikostyring, herunder:

- Udarbejdelse af risikovurderinger ved nye arbejds gange, behandlinger eller udstyr ([se bilag 6 for matrix til risikostyring](#)).
- Håndtering af utilsigtede hændelser i overensstemmelse med gældende regler – herunder registrering, analyse og opfølgning. — [BEK nr. 1 af 02/01/2024 om rapportering af utilsigtede hændelser: Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.](#)
- Dokumentation af hændelser og læring til forbedring af praksis.
- Risikostyringen omfatter også vurdering af risici for patientsikkerheden ved IT-nedbrud, strømsvigt eller manglende adgang til journaloplysninger.

Overholdelse af lovgivningen, herunder:

Journalføringsbekendtgørelsen: [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.\)](#)

Autorisationsloven

Databeskyttelsesloven: [Bekendtgørelse om videregivelse af personoplysninger omfattet af databeskyttelseslovens § 10, stk. 1 og 2](#)

Relevante vejledninger om hygiejne, parakliniske undersøgelser og håndtering af patientoplysninger jf. [sundhedsloven](#).

Kompetenceudvikling, herunder:

- At personalets faglige niveau vedligeholdes og udvikles systematisk ([Se bilag 7 for kompetenceudvikling og MUS](#)).
- At der afsættes ressourcer til efteruddannelse, faglig udvikling og kvalitetsarbejde ([se bilag 3A for introduktionsprogram](#)).

Hygiejne og rengøring:

- Overholdelse af relevante Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR), som findes [her](#).
- Klinikken skal have lokale hygiejneinstrukser baseret på NIR ([se bilag 8 for oversigt over relevante infektionshygiejniske retningslinjer](#)).

Kvalitetssikring omfatter både kontrol af, om klinikken lever op til gældende faglige og lovmæssige krav, og det løbende arbejde med at forbedre behandlingskvalitet, patientsikkerhed og arbejds gange.

# Patientperspektivet

## Medlemmer af Sundhed Danmark – Fysioterapi skal sikre:

At patienten er en aktiv partner i eget forløb – med fokus på klar information, inddragelse, tilgængelighed og datasikkerhed, uanset klinikens størrelse.

### Patientinddragelse:

- Patienten inddrages aktivt i beslutninger om egen behandling, og der indhentes løbende feedback på patienters tilfredshed (se bilag 9 for skabelon til patienttilfredshedsundersøgelse)
- I mindre klinikker kan dialog og notater være tilstrækkeligt, mens større klinikker kan anvende strukturerede spørgeskemaer.
- **Bekendtgørelser:**
  - Sundhedsloven, kap. 5 (LBK nr. 1011 af 17/06/2023) om patienters medinddragelse, samtykke og information – patienters ret til information, medinddragelse og samtykke
  - Bekendtgørelse om information og samtykke (BEK nr. 359 af 04/04/2019).

### Tilgængelighed:

- Klinikken skal sikre handicapadgang og relevante faciliteter, hvor det er rimeligt og muligt.
- Der skal være mulighed for kontakt via telefon, e-mail og evt. online booking og tele/videokonsultation hvor det er relevant.
- **Bekendtgørelser:**
  - Bygningsreglementet om tilgængelighed, Klinikken er ansvarlig for at overholde disse krav i det omfang, de finder anvendelse for den konkrete bygning.[Bekendtgørelse om bygningsreglement 2018 \(BR18\)](#)

### Information:

- Patienten og pårørende skal modtage skriftlig og mundtlig information om patientrettigheder, klagevej og behandlingsforløb, hvis det har betydning for patientens situation, fx hvis patienten udtrykker utilfredshed, oplever fejl, eller efterspørger sine rettigheder.  
(Bilag 10B - udlevering til patienter - Klagevejledning – sådan gør du, hvis du vil klage)
- **Bekendtgørelser:**
  - Klage- og erstatningsloven (LBK nr. 9 af 04/01/2023)
  - Styrelsen for Patientklager

### Datasikkerhed:

- Klinikken skal overholde GDPR og have nødplan ved IT-nedbrud.

### • Bekendtgørelser:

- Databeskyttelsesloven (LBK nr. 502 af 23/05/2018)
- Vejledning om tilsyn med databehandlere:  
[Sådan kan du føre tilsyn med dine databehandlere](#)

### Forebyggelse:

- Rådgivning og vejledning skal indgå som en integreret del af behandlingen.

### • Bekendtgørelser:

- Sundhedsloven, kap. 4–7

# Samfundsansvar og bæredygtighed (CSR)

## Medlemmer af Sundhed Danmark – Fysioterapi skal sikre:

At klinikken drives samfundsansvarligt, miljøbevidst og i overensstemmelse med gældende lovgivning, overenskomstmæssige krav og god forvaltningsskik – uanset klinikken størrelse.

### Miljømæssigt ansvar

Klinikken skal:

- Arbejde systematisk med at reducere miljøbelastningen, herunder energiforbrug, affaldssortering og indkøb.
- Overholde nationale [retningslinjer for affaldssortering \(Miljøstyrelsen\)](#).

### Socialt ansvar og arbejdsmiljø

Medlemmer af Sundhed Danmark – Fysioterapi skal sikre:

- Sikre gode og lovlige arbejdsvilkår for ansatte i overensstemmelse med [arbejds miljølovgivningen \(Arbejdstilsynet\)](#)
- Udpege en CSR-ansvarlig — i mindre klinikker typisk klinik-ejeren.
- Bidrage til lokale sundheds- og forebyggelsesinitiativer, hvor det er muligt.
- Sikre tilgængelighed for patienter i overensstemmelse med gældende regler, herunder: [Bygningsreglementets krav om tilgængelighed](#), se afsnittene om adgangsforhold og indretning på:

### Overenskomstrelevant:

Klinikken skal sikre et rimeligt serviceniveau for patienter i henhold til praksisoverenskomstens forventninger til tilgængelighed, kontaktmuligheder og håndtering af tidsbestilling.

### Etisk praksis og compliance

Klinikken skal sikre efterlevelse af relevant lovgivning, herunder autorisationsregler, sundhedslovgivning og databeskyttelsesregler (se lovhensvisninger under afsnittet Kvalitet).

Klinikken skal have klare procedurer for etik, datasikkerhed og drift og sikre passende IT-sikkerhed samt nødplan ved nedbrud.

Klinikken skal udvise god forvaltningsskik ved korrekt afregning, dokumentation og delegation i overensstemmelse med [praksisoverenskomsten](#).

### Årlig evaluering af CSR-indsatsen

Klinikken kan med fordel gennemføre en årlig, enkel gennemgang af sit arbejde med samfundsansvar og bæredygtighed. Formålet er at skabe et overblik over, hvor klinikken står, og om der er behov for justeringer eller nye tiltag. ([Bilag 11 – CSR – eksempler på målbare indikatorer og målsætninger](#))

Evalueringen kan – afhængigt af klinikken størrelse – omfatte:

- Miljøforhold (fx energi, affaldssortering, indkøb)
- Arbejds miljø og trivsel (AMO og AMR)
- Etik, datasikkerhed og lovoverholdelse
- Overenskomst mæssige forhold og god forvaltningsskik

I **enmandsklinikker** kan evalueringen bestå af et kort, årligt notat (fx ½ side).

I **klinikker med flere ansatte** kan evalueringen gennemføres som en del af et personalemøde, MED/SU-møde eller den årlige kvalitets gennemgang.

Formålet er at skabe overblik og læring – ikke at øge administrative byrder.

# OPS – offentlig-privat samarbejde

## Medlemmer af Sundhed Danmark – Fysioterapi skal sikre:

Sammenhængende patientforløb og et legitimt samarbejde med offentlige myndigheder – uanset klinikkens størrelse.

- Ledelse og medarbejdere kender og efterlever overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi ([Vederlagsfri fysioterapi, overenskomst gyldig fra 1.1.24](#))
- Klinikken indgår relevante samarbejdsaftaler med regioner og kommuner, herunder aftaler om genoptræning efter udskrivning (GOP), behandling efter sundhedslovens § 2 samt andre samarbejder om undersøgelse, behandling og opfølgning.
- Bidrager til robusthed i sundhedsvæsenet gennem bidrag til uddannelse, forskning og forebyggelse efter kapacitet og ressourcer.
- Årlig gennemgang af overenskomst og samarbejdsaftaler.
- Epikrisegrad ved afslutning  $\geq 95$  %.
- Ingen uretmæssige afregninger.

Dokumentation: Overenskomst-quickguide ([Bilag 13 Quickguide – Overenskomst](#)), [samarbejdsaftaler](#), [referater](#).

# Digitalisering

## Medlemmer af Sundhed Danmark – Fysioterapi skal sikre:

Effektiv og sikker brug af digitale løsninger – tilpasset klinikkens tekniske og organisatoriske niveau.

- Udpeg digitaliseringsansvarlig (kan være ejer).
- Brug af EPJ og sikre kommunikationskanaler (fx [Sundhed.dk](#)).
- Cybersikkerhed: risikovurdering, opdateringer, backup og awareness-træning.
- Digitale tilbud (online booking, telekonsultation) hvor relevant og realistisk.

### **IT-beredskab og driftskontinuitet**

Klinikken skal have et proportionalt beredskab for håndtering af IT-nedbrud, cyberhændelser og øvrige digitale driftsforstyrrelser, der kan påvirke behandlingen, journaladgangen eller patientsikkerheden.

Beredskabet skal som minimum omfatte:

- viden om, hvordan klinikken drives ved kortvarigt IT-nedbrud
- nødprocedure for journalføring og adgang til nødvendige patientoplysninger
- klar ansvarsfordeling ved hændelser
- kendskab til, hvordan hændelser håndteres og dokumenteres

Kravene til beredskab skal stå i rimeligt forhold til klinikkens størrelse og tekniske setup.

- IT-beredskabsøvelse årligt (kan være tjekliste i små klinikker).
- Awareness-træning årligt ([Digitaliseringsstyrelsen](#)).

Dokumentation:

IT-sikkerhedspolitik eller kort sikkerhedsprocedure.

# Bilagsmateriale

<b>Bilag 1</b>	Udpegning af kvalitetsansvarlig .....	10
<b>Bilag 2A</b>	Kvalitetspolitik for klinikken .....	11
<b>Bilag 2B</b>	Kvalitetsstrategi .....	12
<b>Bilag 3A</b>	Introduktionsprogram for klinikken .....	13
<b>Bilag 3B</b>	Introduktionsskema.....	14
<b>Bilag 4</b>	Test og måleinstrumenter.....	15
<b>Bilag 5A</b>	Journalaudit.....	16
<b>Bilag 5B</b>	Journalaudit-skema.....	17
<b>Bilag 6</b>	Kvalitetssikring – illustration af risikostyring.....	18
<b>Bilag 7</b>	Kompetenceudvikling og MUS.....	19
<b>Bilag 8</b>	Gældende infektionshygiejniske retningslinjer .....	20
<b>Bilag 9</b>	Patienttilfredshed .....	21
<b>Bilag 10A</b>	Klagehåndtering i klinikken.....	22
<b>Bilag 10B</b>	Klagevejledning til patienter.....	23
<b>Bilag 11</b>	SR – eksempler på målbare indikatorer og målsætninger .....	24
<b>Bilag 12</b>	Digitalisering, datasikkerhed og IT-beredskab.....	25
<b>Bilag 13</b>	Overenskomst-quickguide – fysioterapipraksis.....	26

# Bilag 1

## Udpegning af kvalitetsansvarlig

Dette dokument beskriver udpegning af klinikens kvalitetsansvarlige og fungerer som dokumentation for, hvem der varetager ansvaret for kvalitetsarbejdet i praksissen.

### Klinikens oplysninger

Klinikens navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Udpegning af kvalitetsansvarlig

Klinikken udpeger hermed følgende person som **kvalitetsansvarlig** i overensstemmelse med Sundhed Danmark – Fysioterapis branchestandard for kvalitet. Den kvalitetsansvarlige er udpeget af klinikejer/leder og har ansvar for koordinering af klinikens kvalitetsarbejde:

Navn: \_\_\_\_\_

Titel/funktion: \_\_\_\_\_

(fx klinikejer, fysioterapeut, daglig leder)

Dato for udpegning: \_\_\_\_\_

### Hvis klinikken er en enmandsklinik:

Klinikken er en enmandspraksis, og klinikejeren varetager selv funktionen som kvalitetsansvarlig.

Navn: \_\_\_\_\_

### Ansvarsområder for den kvalitetsansvarlige

Den kvalitetsansvarlige har ansvar for:

1. At sikre en samlet plan for kvalitetsarbejdet, herunder opfølgning på kvalitetspolitik og kvalitetsstrategi.
2. At gennemføre og dokumentere årlige kvalitetsgennemgange.
3. At sikre, at journalaudit gennemføres, bearbejdes og dokumenteres.
4. At sikre, at interne instrukser udarbejdes, opdateres og efterleves.
5. At følge op på patienttilfredshed, klager og utilsigtede hændelser.
6. At sikre dokumentation af kvalitetsarbejdet og løbende udvikling af klinikens kvalitet.
7. At deltage i eller orientere sig om relevant kvalitetsarbejde i regi af Sundhed Danmark – Fysioterapi.  
(I enmandsklinikker udfører klinikejeren ovenstående opgaver og dokumenterer opfølgning én gang årligt.)

### RAPPORTERING OG OPFØLGNING

#### Gælder for enmandsklinik:

- Klinikejeren dokumenterer årligt opfølgning på kvalitetsarbejdet i en kvalitetsgennemgang.

#### Gælder for klinikker med flere ansatte:

- Den kvalitetsansvarlige rapporterer årligt til klinikejeren/daglig leder.
- Resultater drøftes med alle medarbejdere.

Dato for seneste årlige kvalitetsgennemgang: \_\_\_\_\_

### Gyldighed og revision

Dette dokument skal afspejle den faktiske organisering og er gyldigt fra den dato, den kvalitetsansvarlige er udpeget.

### Dokumentet revideres:

- Årligt
- Ved ændringer i organisering
- Ved behov

Seneste revision foretaget af: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

### UNDERSKRIFTER

#### Kvalitetsansvarlig

Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

#### Klinikejer / ansvarlig leder

Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

# Bilag 2A

## Kvalitetspolitik for klinikken

### Formål

Klinikkens kvalitetspolitik har til formål at sikre, at alle patienter modtager fysioterapeutisk behandling af høj faglig kvalitet, baseret på evidens, forsvarlighed og korrekt dokumentation. Politikken danner rammen for et systematisk kvalitetsarbejde, der understøtter gode patientforløb, patientsikkerhed, faglig udvikling og en professionel drift af klinikken.

### Mission

Klinikkens mission er at levere fysioterapeutisk behandling, der er virkningsfuld, sikker og baseret på bedste tilgængelige viden. Behandlingen skal være individuelt tilpasset, dokumenteret og udført i overensstemmelse med gældende lovgivning og de rammer, der gælder for fysioterapi.

### Vision

Klinikken ønsker at være kendetegnet ved høj faglig kvalitet, tydelig kommunikation, trygge patientforløb og en kultur præget af løbende læring. Klinikken arbejder for kontinuerligt at forbedre sine ydelser gennem systematisk opfølgning, evaluering og faglig udvikling.

### GRUNDLÆGGENDE KVALITETSPRINCIPPER

Klinikken arbejder efter følgende principper for kvalitet:

#### 1. Faglig kvalitet

Behandling baseres på evidens, kliniske retningslinjer og strukturerede arbejdsprocesser. Klinikken anvender relevante test og måleredskaber til at dokumentere behandlingseffekt.

#### 2. Korrekt dokumentation

Journalføring og behandlingsplanlægning følger gældende lovgivning og de faglige krav, der gælder i fysioterapi praksis. Klinikken gennemfører løbende kontrol af dokumentationskvaliteten.

#### 3. Patientcentrering

Patientens behov, mål og oplevelse er i centrum. Klinikken arbejder systematisk med patientinformation, inddragelse, tilgængelighed og løbende feedback.

#### 4. Patientsikkerhed og risikostyring

Klinikken forebygger fejl og sikrer trygge patientforløb gennem risikovurdering, tydelige arbejdsgange og håndtering af utilsigtede hændelser med fokus på læring.

#### 5. Samarbejde

Klinikken sikrer relevant og rettidig kommunikation med andre sundhedsaktører for at understøtte sammenhængende patientforløb.

#### 6. Kompetenceudvikling

Klinikken prioriterer løbende faglig opdatering og efteruddannelse, så behandlingen altid udføres kompetent og i overensstemmelse med gældende standarder.

#### Ansvar for kvalitet

Klinikken udpeger en kvalitetsansvarlig, som har det overordnede ansvar for at planlægge, dokumentere og følge op på klinikkens kvalitetsarbejde.

I enmandsklinikker varetager indehaveren denne rolle. I klinikker med flere ansatte kan funktionen delegeres, men klinikejeren har det endelige ansvar.

Den kvalitetsansvarlige sikrer, at:

- kvalitetspolitikken er kendt i klinikken
- kvalitetsstrategien følges
- kvalitetsarbejdet dokumenteres
- der gennemføres årlig kvalitetsgennemgang
- instrukser og bilag er opdaterede og implementerede

#### Gennemgang og godkendelse

Kvalitetspolitikken godkendes af klinikkens ledelse og gennemgås mindst én gang årligt i forbindelse med den samlede kvalitetsgennemgang.

#### Klinikejer / kvalitetsansvarlig

Navn: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift: \_\_\_\_\_

Senest revideret: \_\_\_\_\_

# Bilag 2B

## Kvalitetsstrategi

Kvalitetsstrategien beskriver, hvordan kvalitetspolitikken omsættes til konkret praksis i klinikken.

### 1. Klinisk kvalitet

Klinikken sikrer, at behandling baseres på evidens, gældende kliniske retningslinjer og strukturerede patientforløb.

Der anvendes relevante standardiserede måleredskaber, og behandlingsplaner evalueres løbende på baggrund af måleresultater.

### 2. Dokumentation og journalføring

Journalføring udføres i henhold til lovgivning og de krav, der følger af det offentlige behandlingsansvar.

Journalen indeholder:

- patientens problemstilling
- fund og vurdering
- behandlingsmål og plan
- test og måleresultater
- løbende opfølgning
- afslutning af forløbet

Der gennemføres en årlig journalaudit for at sikre kvalitet og efterlevelse af krav.

### 3. Måling og opfølgning

Klinikken anvender validerede test og måleredskaber til at dokumentere behandlingseffekt.

Måledata indgår i årlige kvalitetsgennemgange og danner grundlag for justering af praksis.

### 4. Patienttilfredshed og samarbejde

Klinikken indsamler løbende feedback og bruger den aktivt til at forbedre patientoplevelsen.

Der samarbejdes med kommunale og regionale aktører, hvor det understøtter sammenhængende patientforløb.

### 5. Utilsigtede hændelser og læring

Klinikken registrerer, analyserer og følger op på utilsigtede hændelser efter gældende regler.

Læring dokumenteres og deles med relevante medarbejdere. I enmandsklinikker reflekterer klinikejeren over læringspunkterne og dokumenterer opfølgning.

### 6. Kompetenceudvikling

Klinikken sikrer løbende faglig opdatering gennem kurser, efteruddannelse og faglig sparring.

I enmandsklinikker dokumenterer behandleren egen efteruddannelse og faglig udvikling mindst én gang årligt.

### 7. Tilgængelighed og patientinformation

Klinikken sikrer nem adgang til information om behandling, priser, åbningstider, kontaktmuligheder og rettigheder.

Patienter tilbydes relevante konsultationsformer, herunder fysisk fremmøde, telefon- eller videokonsultation, når det er relevant.

### 8. Drifts- og afregningskvalitet

Klinikken sikrer korrekt ydelsesregistrering og afregning i overensstemmelse med gældende regler, herunder:

- valg af korrekte ydelser
- dokumentationskrav for udførte behandlinger
- korrekte registreringer ved udeblivelser og afbud

Dette indgår i den årlige kvalitetsgennemgang.

### 9. Årlig kvalitetsgennemgang

Klinikken gennemfører én gang årligt en systematisk kvalitetsgennemgang, som omfatter:

- Journalaudit
- måleresultater
- patienttilfredshed
- utilsigtede hændelser
- kvalitetspolitik og kvalitetsmål
- behov for ændringer i instrukser eller arbejdsgange

Kvalitetsgennemgangen dokumenteres og opbevares i klinikens kvalitetssystem.

### Godkendelse

Kvalitetspolitikken er gældende for klinikken og revideres mindst én gang årligt.

### Kvalitetsansvarlig/klinikejer

Navn: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift: \_\_\_\_\_

Senest revideret: \_\_\_\_\_

# Bilag 3A

## Introduktionsprogram for klinikken

### Formål

At sikre, at nye medarbejdere introduceres systematisk til klinikens arbejdsgange, kvalitetssystem, overenskomstforhold og krav til datasikkerhed, patientsikkerhed og faglighed.

Gælder for både klinikker med flere ansatte og enmandsklinikker. I enmandsklinikker dokumenterer klinikejer introduktionen som årlig egenkontrol.

### 1. Introduktion til organisation og ansvar

Den nye medarbejder skal introduceres til:

- Klinikens struktur, rollefordeling og ansvarsområder.
- Klinikejer/leder, kvalitetsansvarlig (Bilag 1) og GDPR-ansvarlig.
- Klinikens åbningstider, kommunikation og praktiske drift.

### 2. Kvalitetsgrundlag

Medarbejderen introduceres til klinikens centrale dokumenter:

- Kvalitetspolitik
- Kvalitetsstrategi
- Relevante instrukser, herunder:
  - journalføring
  - test og måleredskaber
  - utilsigtede hændelser
  - hygiejneinstrukser
  - klagehåndtering

### 3. Kliniske arbejdsgange

Medarbejderen skal introduceres til:

- Undersøgelles- og behandlingsprocedurer.
- Planlægning, evaluering og justering af behandlingsforløb.
- Korrekt anvendelse af klinikens test og måleredskaber.
- Journalsystem og dokumentationskrav, herunder lovgivning og overenskomst.

### 4. Overenskomstforhold

Den nye medarbejder introduceres til de dele af praksisoverenskomsten, der er relevante for daglig drift, herunder:

- krav til journalføring
- henvisningsregler
- strukturerede forløb
- ydelsesvalg og korrekt ydelsesregistrering
- registrering af afbud, udeblivelser og gruppestørrelser
- regler for afregning og dokumentation

### 5. Datasikkerhed og IT

Medarbejderen skal kende:

- GDPR-krav
- adgangskodepolitik
- brug af journalsystem
- datasikkerhed ved e-mail, beskeder og billed-/videomateriale

### 6. Hygiejne og arbejdsmiljø

Medarbejderen skal introduceres til:

- klinikens hygiejneinstrukser
- rengøringsprocedurer
- krav til arbejdstøj og smykker
- ergonomi og arbejdsmiljøforhold

### 7. Dokumentation

Introduktion dokumenteres med:

- Introduktionsskema
- Underskrift af medarbejder og klinikejer/leder

I enmandsklinikker udfylder klinikejeren skemaet som egenkontrol én gang årligt.

Introduktionsprogrammet gennemgås og ajourføres ved behov.

# Bilag 3B

## Introduktionsskema

Medarbejdernavn: \_\_\_\_\_

Startdato: \_\_\_\_\_

Sæt ✓ når gennemført:

### 1. Organisation og ansvar

- Klinikens struktur og roller
- Kvalitetsansvarlig og GDPR-ansvarlig
- Praktisk drift og kommunikation

### 2. Kvalitetsgrundlag

- Kvalitetspolitik
- Kvalitetsstrategi
- Instrukser (journal, UTH, hygiejne, klager m.fl.)

### 3. Kliniske arbejdsgange

- Undersøgelles- og behandlingsprocedurer
- Test og måleredskaber
- Journalsystem

### 4. Overenskomstforhold

- Ydelsesvalg og registrering
- Afbud/udeblivelser
- Strukturerede forløb
- Dokumentationskrav

### 5. Datasikkerhed

- GDPR
- IT og adgangskoder

### 6. Hygiejne og arbejdsmiljø

- Hygiejneinstruks
- Arbejdsmiljø og ergonomi

Underskrifter

Medarbejder: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Klinikejer/leder: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

# **Bilag 4**

Test og måleinstrumenter

(under udarbejdelse)

# Bilag 5A

## Journalaudit

### Formål

At sikre systematisk gennemgang af journaler én gang årligt for at:

- vurdere kvaliteten af dokumentationen
- identificere mangler, risici og forbedringsmuligheder
- sikre overholdelse af lovgivning, praksisoverenskomst og klinikkens kvalitetsstrategi
- styrke læring og faglig udvikling

### 1. OMFANG

Klinikken udvælger 5–10 journaler årligt (i små klinikker 3–5 er tilstrækkeligt).

Journaler udvælges repræsentativt for klinikkens patientgrupper. Ved enmandsklinik laver klinikejer journalaudit som **selvevaluering**.

### 2. PROCEDURER FOR JOURNALAUDIT

#### 2.1. Forberedelse

Kvalitetsansvarlig udvælger journaler og journalaudit udføres med skema (Bilag 6A).

Selve auditten journalføres ikke i patientjournalen.

#### 2.2. Gennemgangspunkter

Auditten skal som minimum vurdere:

##### Journalføring generelt

- Klarhed, struktur og overskuelighed
- Overholdelse af lovkrav

##### Undersøgelse

- Beskrivelse af fund og vurdering
- Relevante test og målinger

##### Behandlingsplan

- Mål og delmål
- Plan og behandlingsstrategi

##### Opfølgning og evaluering

- Justeringer baseret på målinger
- Løbende notater med udvikling

##### Afslutning

- Status
- Slutmåling(er)
- Evaluering af udbytte

##### Formalia

- Samtykke, henvisning, ydelsesvalg
- Overholdelse af praksisoverenskomst

### 3. OPFØLGNING

Efter journalaudit skal klinikken:

- samle resultaterne
- udpege forbedringspunkter
- beslutte korrigerende handlinger
- dokumentere opfølgning

Opfølgning indgår i:

- kvalitetsstrategien (Bilag 2B)
- MUS/selvevaluering (Bilag 4A)
- Næste års journalaudit

### 4. ANSVARSFORDELING

#### Kvalitetsansvarlig

- gennemfører journalaudit eller sikrer, at den udføres
- dokumenterer konklusioner og forbedringstiltag

#### Medarbejdere

- deltager i audit efter behov
- følger op på aftalte ændringer

#### Klinikejer

- har det overordnede ansvar for gennemførelse og opfølgning

### 5. OPBEVARING

Journalaudit-skemaer opbevares i klinikkens kvalitetssystem i mindst 5 år.

Auditmateriale må **ikke** gemmes i patientjournaler.

Denne procedure for journalaudit er godkendt af klinikkens ledelse og gennemgås som minimum én gang årligt i forbindelse med den samlede kvalitetsgennemgang.

#### Klinikejer / kvalitetsansvarlig

Navn: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift: \_\_\_\_\_

Senest revideret: \_\_\_\_\_

# Bilag 5B

## Journalaudit-skema

Journal ID: \_\_\_\_\_

Dato for audit: \_\_\_\_\_

Auditor: \_\_\_\_\_

### 1. Formelle krav

- Identifikation korrekt
- Ydelser dokumenteret
- Henvisning/recepter dokumenteret
- Samtykke dokumenteret (ved behov)

### 2. Undersøgelse

- Anamnese tydelig
- Kliniske fund dokumenteret
- Test/måleredskaber registreret
- Diagnostisk overvejelse tydelig

### 3. Behandling og plan

- Målformulering
- Behandlingsplan
- Faglig begrundelse
- Justeringer dokumenteret

### 4. Opfølgning

- Løbende vurderinger
- Evaluering baseret på måleresultater
- Kommunikation med patient/andre aktører

### 5. Afslutning

- Slutevaluering
- Slutmålinger
- Konklusion tydelig

### 6. Overholdelse af overenskomst

- Ydelsesvalg korrekt
- Gruppe-/tidsregistrering korrekt
- Afbud/udeblivelser dokumenteret

Samlet vurdering:

---

---

---

---

---

# Bilag 6

## Kvalitetssikring - Eksempel på grafisk illustration af risikostyring

Nedenstående risikomatrix er et værktøj, som kan anvendes til at lave en risikovurdering af en given hændelse.

Følgende tre trin skal følges for at vurdere risikoen:

1. Identificer en hændelse (fx en server der går ned)
2. Vurdér sandsynligheden for, at hændelsen sker
3. Vurdér konsekvensen, hvis hændelsen finder sted (fx ift. tid, økonomiske omkostninger, indhold, omfang osv.)

Sandsynligheden og konsekvensen skal vurderes uafhængigt af hinanden, da man ved en usandsynlig hændelse ofte vil være tilbøjelig til at vurdere, at konsekvensen er ubetydeligt.

### Risiko matrix

<b>Sandsynlighed</b> (for at hændelsen sker)	Risikopoint = sandsynlighed * konsekvens				
Næsten sikkert (5)	5	10	15	20	25
Sandsynlighed (4)	4	8	12	16	20
Muligt (3)	3	6	9	12	15
Sjældent (2)	2	4	6	8	10
Usandsynligt (1)	1	2	3	4	5
	Ubetydeligt (1)	Mindre (2)	Moderat (3)	Større (4)	Katastrofalt (5)
	<b>Konsekvenser for et mål</b> (fx tid, omkostninger, indhold og omfang)				

**Risikograd**    ■ Mindre   ■ Moderat   ■ Høj   ■ Kritisk

**Betydning**

- Risikoen er acceptabel - Ingen behov for yderligere tiltag
- Risikoen er acceptabel - Men nogen kontrol er nødvendig
- Risikoen er delvis acceptabel - Vurdér behovet for handleplan
- Risikoen er ikke acceptabel - Lav handleplan

# Bilag 7

## Kompetenceudvikling og MUS

### Formål

At sikre systematisk, dokumenteret og målrettet faglig udvikling for alle medarbejdere – og i enmandsklinikker, for klinikejeren selv.

### 1. Krav til faglige kompetencer

Alle behandlere skal:

- kunne arbejde evidensbaseret
- kende og følge kliniske retningslinjer og strukturerede forløb
- anvende relevante test og måleredskaber
- dokumentere korrekt i journalen
- kende relevante dele af praksisoverenskomsten
- arbejde i overensstemmelse med klinikkens kvalitetsstrategi

### 2. Løbende kompetenceudvikling

Klinikken skal sikre løbende opdatering af faglig viden, fx gennem:

- kurser og efteruddannelse
- internt fagligt samarbejde og sparring
- supervision
- faglige temadage eller netværksmøder
- e-learning
- selvstudier (særligt relevant i enmandsklinikker)

### 3. Dokumentation af kompetencer

Der skal dokumenteres:

- gennemførte kurser
- intern undervisning
- faglige møder
- supervision
- selvevaluering (enmandsklinik)

### 4. Medarbejderudviklingssamtale (MUS)

MUS gennemføres én gang årligt for alle ansatte.

#### Indhold:

- gennemgang af årets arbejde
- udviklingsmål
- faglig trivsel og arbejdsmiljø
- kompetencebehov
- eventuelle overenskomst-relaterede opgaver

### 5. Ansvarsfordeling

Klinikejer/leder

- sikrer gennemførelse af MUS og kompetenceudvikling
- udpeger relevante udviklingsmål
- følger op på aftaler

#### Kvalitetsansvarlig

- indsamler dokumentation
- sikrer sammenhæng til kvalitetsstrategien
- koordinerer kompetencekrav

#### Medarbejder

- ansvarlig for egen faglig udvikling
- deltager aktivt i kurser, møder og læringsforløb

# Bilag 8

## Gældende infektionshygiejniske retningslinjer

Nr. Retningslinje	Beskrivelse	Link
Generelle forholdsregler for sundhedssektoren	Grundlæggende infektionshygiejniske principper (håndhygiejne, værnemidler, rengøring m.v.). <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a>	NIR Generelle – pdf ( <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a> )
Håndhygiejne	Specifik vejledning til hånddesinfektion, håndvask og relaterede procedurer. <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a>	NIR Håndhygiejne – pdf ( <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a> )
Rengøring i hospitals- og primærsektoren	Retningslinjer for rengøring, herunder klinikker og primærsektor. <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a>	NIR Rengøring – pdf ( <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a> )
Tekstiler – håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren	Omfatter fx lagen, håndklæder, betræk m.v. i klinikmiljø. <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a>	NIR Tekstiler – pdf ( <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a> )
Supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren	Omfatter situationer med øget smitterisiko og specielle infektioner. <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a>	NIR Supplerende – pdf ( <a href="http://hygiejne.ssi.dk">hygiejne.ssi.dk</a> )

# Bilag 9

## Patienttilfredshed

### EKSEMPEL PÅ PATIENTTILFREDSHEDSUNDERSØGELSE

**Formål:**

At indsamle patientens oplevelse af forløbet og identificere områder til forbedring.

**Spørgsmål:**

1. Var personalet forberedt på din ankomst?

Ja / Nej / Ved ikke

2. Fik du den information, du havde brug for om din behandling?

Ja, i høj grad / Ja, delvist / Nej

3. Blev du inddraget i beslutninger om din behandling i det omfang, du ønskede?

Ja, i høj grad / Ja, delvist / Nej / Ikke relevant

4. Var det let at komme i kontakt med klinikken (telefon, e-mail, online)?

Ja / Nej / Har ikke forsøgt

5. Følte du dig tryk ved behandlingen?

Ja, i høj grad / Ja, delvist / Nej

6. Vil du anbefale klinikken til andre?

Ja / Nej / Ved ikke

Evt. plads til kommentarer:

**Bemærk:**

Spørgsmålene kan tilpasses klinikens størrelse og behov.

For små klinikker kan undersøgelsen gennemføres mundtligt eller som en kort skriftlig feedback.

# Bilag 10A

## Klagehåndtering i klinikken

### Formål

At sikre, at klager og utilfredshed fra patienter håndteres systematisk, sagligt og rettidigt med fokus på dialog, læring og forbedring af kvaliteten i klinikken.

### Anvendelsesområde

Gælder for alle klager og henvendelser fra patienter vedrørende behandling, kommunikation, service eller øvrige forhold i forbindelse med klinikkens ydelser.

### Principper for klagehåndtering

- Klager tages alvorligt og behandles respektfuldt
- Patienten mødes med åbenhed og saglighed
- Klager anvendes til læring og kvalitetsforbedring
- Behandlingen sker fortroligt og i overensstemmelse med gældende regler

### Modtagelse af klager

Klager kan modtages mundtligt eller skriftligt. Alle medarbejdere, der modtager en klage, skal sikre, at den videregives til klinikejer eller kvalitetsansvarlig.

### Ansvar

- Klinikker med flere ansatte: Den kvalitetsansvarlige varetager håndtering og dokumentation. Klinikejer har det overordnede ansvar.
- Enmandsklinikker: Klinikejeren varetager selv klagehåndtering og dokumentation.

### Behandling og opfølgning

Ved modtagelse af en klage skal følgende som minimum ske:

1. Klagen registreres internt.
2. Patienten kontaktes med henblik på dialog.
3. Klagen vurderes, og der iværksættes relevante tiltag.
4. Patienten orienteres om resultatet.

### Eksterne klagemuligheder

Hvis klagen ikke kan løses i dialog med klinikken, informeres patienten om mulighederne for at klage til relevante myndigheder, jf. klinikkens klagevejledning til patienter.

### Dokumentation og læring

Klager og læringspunkter indgår hvor det er relevant i den årlige kvalitetsgennemgang med henblik på løbende forbedring.

### Revision

Proceduren gennemgås mindst én gang årligt eller ved behov.

### Godkendelse

Klinikejer / kvalitetsansvarlig

Navn: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift: \_\_\_\_\_

Senest revideret: \_\_\_\_\_

# Bilag 10B

## Klagevejledning til patienter – sådan gør du, hvis du vil klage

Vi ønsker, at alle patienter føler sig trygge og godt behandlet hos os. Hvis du oplever, at noget ikke lever op til dine forventninger, vil vi meget gerne høre fra dig – og du har naturligvis også mulighed for at klage.

Vi opfordrer dig til først at kontakte klinikken, hvis du er utilfreds med din behandling eller dit forløb. Ofte kan misforståelser eller problemer løses hurtigt gennem dialog. Du er velkommen til at henvende dig til personalet eller klinikkens ledelse, som gerne vil høre din oplevelse og forsøge at finde en løsning.

### **Klage til Styrelsen for Patientklager**

Hvis du ønsker at klage over den sundhedsfaglige behandling eller din oplevelse som patient, kan du kontakte Styrelsen for Patientklager. Du kan blandt andet klage over:

- behandling eller undersøgelse
- kommunikation og information
- ventetid, service eller andre forhold i forbindelse med dit behandlingsforløb

Styrelsen for Patientklager behandler **ikke** klager over:

- uenighed om priser eller betaling
- rene personalekonflikter
- utilfredshed med klinikkens interne politikker, som ikke vedrører den sundhedsfaglige behandling

Du kan indsende din klage via styrelsens hjemmeside: Klag over en behandling. Du kan også få vejledning ved at kontakte Styrelsen for Patientklager på telefon **72 33 05 00**.

Der gælder frister for at klage. Som udgangspunkt skal klagen indgives senest **2 år efter**, at du blev bekendt med forholdet, og **senest 5 år efter**, at forholdet fandt sted.

### **Erstatning ved skade**

Hvis du har fået en skade i forbindelse med behandling, kan du søge erstatning hos Patienterstatningen:

- Læs mere og ansøg på [www.pebl.dk](http://www.pebl.dk)

### **Dine rettigheder**

- Du har ret til at få information om dine muligheder for at klage og søge erstatning.
- Du kan altid bede personalet om hjælp til at forstå dine rettigheder eller til at klage.

Vi tager alle henvendelser alvorligt og bruger dem aktivt til at forbedre vores arbejde og kvaliteten af vores behandling.

# Bilag 11

## SR – eksempler på målbare indikatorer og målsætninger

Dette bilag giver inspiration til arbejdet med samfundsansvar og bæredygtighed i fysioterapiklinikker.

Eksemplerne kan frit tilpasses klinikens størrelse og organisering.

### 1. MILJØMÆSSIG BÆREDYGTIGHED

#### Mål

At reducere klinikens miljø- og klimabelastning gennem praktiske tiltag.

#### Mulige indikatorer

- Årligt el-forbrug (kWh) og evt. reduktion (%)
- Vandforbrug (m<sup>3</sup>)
- Varmeforbrug (kWh/år eller m<sup>3</sup> gas/fjernvarme)
- Affaldsmængde opdelt efter fraktioner
- Andel bæredygtige produkter indkøbt (%)

#### Eksempler på indsatser

For små klinikker / 1-mandsklinikker:

- Skift til LED-belysning
- Slukke udstyr uden for åbningstid
- Simple affaldssorteringsløsninger
- Minimere engangsplast og vælge mere bæredygtige forbrugsvarer

For større klinikker:

- Indkøbspolitik med miljøkrav
- Energigennemgang af lokaler
- Optimeret affaldssortering
- Grøn transportpolitik (f.eks. cykelparkering, ladestander)

### 2. SOCIAL ANSVARLIGHED

#### Mål

At sikre trygge, sunde arbejdsvilkår og bidrage positivt til lokalsamfundet.

#### Mulige indikatorer

- Sygefravær
- Gennemførte MUS-samtaler (% af medarbejdere)
- Personaleomsætning
- Deltagelse i lokale sundheds- eller foreningsinitiativer
- Tilgængelighed (handicapvenlig adgang, hjælpemidler)

#### Eksempler på indsatser

Små klinikker / 1-mandsklinikker:

- Egne arbejdsmiljørutiner (pauser, ergonomi, arbejdsgange)
- Deltagelse i lokale sundhedsaktiviteter (fx oplæg i idrætsforening)

Større klinikker:

- Arbejdsmiljøorganisation (AMO)
- Systematisk onboarding-program
- Sundhedsfremmende tiltag for medarbejdere
- Formaliseret samarbejde med idrætsklubber, kommunen eller frivillige aktører

# Bilag 12

## Digitalisering, datasikkerhed og IT-beredskab

### Formål

Formålet med dette bilag er at sikre, at klinikken anvender digitale løsninger sikkert og ansvarligt samt har et proportionalt beredskab ved IT-nedbrud eller andre digitale driftsforstyrrelser, der kan påvirke behandling, journalføring eller datasikkerhed.

### Anvendelsesområde

Bilaget gælder for alle klinikker under Sundhed Danmark – Fysioterapi, uanset størrelse, og skal anvendes i sammenhæng med branchestandarden for Digitalisering.

Kravene kan tilpasses klinikkens organisatoriske og tekniske niveau.

### Ansvar

Klinikken skal udpege en ansvarlig for digitalisering og datasikkerhed.

I mindre klinikker vil dette typisk være klinikejeren.

Den ansvarlige har ansvar for:

- overblik over klinikkens digitale løsninger
- opfølgning på datasikkerhed og beredskab
- ajourføring af procedurer ved behov

### Datasikkerhed

Klinikken skal sikre, at behandling af personoplysninger sker i overensstemmelse med databeskyttelsesreglerne, herunder:

- anvendelse af sikre journalsystemer og kommunikationsløsninger
- adgangsstyring (brugere, roller og adgangskoder)
- løbende opdatering af systemer
- sikker opbevaring og håndtering af patientoplysninger

Klinikken skal føre passende tilsyn med eventuelle data-behandlere.

### IT-beredskab og nødprocedure

Klinikken skal have en enkel og kendt nødprocedure for håndtering af IT-nedbrud, cyberhændelser eller andre digitale driftsforstyrrelser.

Beredskabet skal som minimum omfatte:

- viden om, hvordan klinikken kan fortsætte drift i begrænset omfang ved kortvarigt IT-nedbrud
- nødprocedure for journalføring, hvis journalsystemet er utilgængeligt
- klar ansvarsfordeling ved hændelser
- kendskab til, hvordan hændelser dokumenteres og følges op

Beredskabet skal stå i rimeligt forhold til klinikkens størrelse og tekniske setup.

### Opfølgning og læring

Digitale hændelser, herunder IT-nedbrud og brud på datasikkerheden, skal anvendes til læring og indgå i klinikkens løbende kvalitetsarbejde og den årlige kvalitetsgennemgang.

### Revision

Bilaget gennemgås mindst én gang årligt eller ved væsentlige ændringer i klinikkens digitale løsninger.

# Bilag 13

## Overenskomst-quickguide – fysioterapipraksis (Overenskomst 2024)

### 1. Adgang til behandling

- Behandling med offentligt tilskud ydes, når behandlingen leveres under klinikkens ydernummer.
- Henvisning skal foreligge ved behandling med offentligt tilskud og ved vederlagsfri fysioterapi.
- Henvisningen skal vedrøre den problemstilling, der behandles.
- Eventuelle begrænsninger i henvisningen skal journalføres og overholdes i behandlingen.

#### HENVISNING (KORT FORTALT)

Henvisning kræves ved al behandling, der afregnes efter praksisoverenskomsten. Ved privat behandling uden tilskud kræves der ikke henvisning.

### 2. Undersøgelse og behandlingsforløb

- Der skal gennemføres en relevant undersøgelse ved opstart af et behandlingsforløb.
- Fund og faglig vurdering skal dokumenteres i journalen.
- Behandlingsmål og plan skal fastlægges på baggrund af undersøgelsen.
- Behandlingen skal løbende tilpasses patientens udvikling.
- Relevante strukturerede forløb og faglige anbefalinger skal følges, når de er relevante.

### 3. Journalføring

- Journalen skal dokumentere hele behandlingsforløbet fra start til afslutning.
- Journalen skal indeholde problemstilling, undersøgelse, fund, vurdering og behandlingsplan.
- Relevante test og målinger skal dokumenteres.
- Løbende opfølgning, ændringer og evalueringer skal fremgå.
- Afslutning af forløbet skal dokumenteres med status og vurdering af udbytte.

#### JOURNAL OG AFREGNING

Journalen skal altid kunne forklare, hvorfor den afregnede ydelse er valgt.

### 4. Ydelsesvalg og afregning

- Den valgte ydelse skal svare til behandlingens indhold.
- Der skal være sammenhæng mellem journal, ydelsesvalg og afregning.
- Kun ydelser, der er tilladt efter overenskomsten, må anvendes.
- Gruppeydelse skal registreres korrekt med angivelse af delta-gerantal.

#### GRUNDPRINCIP

Det er den leverede behandling, ikke patientens diagnose, der afgør ydelsesvalget.

### 5. Afbud og udeblivelse

- Afbud skal registreres i overensstemmelse med gældende regler.
- Udeblivelser skal registreres korrekt.
- Klinikens regler for afbud og udeblivelse skal være tydeligt kommunikeret til patienten.

#### GOD PRAKSIS

Ensartet registrering forebygger fejl i afregning og dialog med regionen.

### 6. Kvalitet og opfølgning

- Behandlingsforløb skal evalueres løbende.
- Resultater af behandling og målinger skal anvendes til justering af forløbet.
- Journalaudit skal gennemføres mindst én gang årligt.
- Eventuelle afvigelser skal identificeres og følges op.

### 7. Samarbejde og kommunikation

- Relevant kommunikation med regioner og kommuner skal ske rettidigt.
- Epikrise eller status skal sendes ved afslutning af forløb, når det er relevant.
- Gældende samarbejdsaftaler skal være kendt og efterlevet.

### 8. Ansvar og kendskab

- Klinikejeren har det overordnede ansvar for, at overenskomsten efterleves.
- Medarbejdere skal kende og følge de dele af overenskomsten, der er relevante for deres arbejde.
- Klinikken skal anvende interne instrukser og quickguides i den daglige drift.

Denne quickguide giver et praksisnært overblik over centrale krav i Overenskomst 2024.

Ved tvivl har den gældende praksisoverenskomst og regionale vejledninger forrang.

# Vi har din ryg...



**SUNDHED DANMARK**  
Foreningen af danske sundhedsvirksomheder

[sundheddanmarkfysioterapi.nu](https://sundheddanmarkfysioterapi.nu)