

Kontakt:
vardval@regionvarmland.se

Verksamhetsredovisning privata Fysioterapeuter/ Sjukgymnaster 1 januari – 31 december 2025

Allmänt om vårdgivaren	
Avtalsform:	Lag om ersättning för fysioterapi (LOF)
Organisationsnummer:	
Godkänd för F-skatt:	Ja ☐ Nej ☐
För- och efternamn:	
Mobilnummer:	
Aktuell e-post:	
Samverkansavtal/verksam enligt nationella taxan sedan år:	

Mottagningen	
Mottagningens namn:	
Mottagningens adress:	
Antal fysioterapeuter på mottagningen:	
Övrig personal på mottagningen. Ange antal, vilken/vilka profession och arbetsuppgifter.	
Vilken målgrupp vänder sig mottagningen till?	
Hemsida	
Finns en hemsida, ange adress:	Ja ☐ Adress: Nej ☐
Framgår det på hemsidan att du har avtal med Region Värmland?	Ja ☐ Nej ☐
Finns information om patientavgifter och högkostnadsskydd på hemsidan?	Ja ☐ Nej ☐
Finns det information om att patienter under 19 år och över 85 år är avgiftsbefriade på hemsidan? (enligt Region Värmland avgiftshandbok 2025)	Ja ☐ Nej ☐
1177.se	
På 1177 har Region Värmland lagt in uppgifter till din mottagning. Är uppgifterna på 1177.se korrekta? Om nej, vad behöver justeras? Privata vårdgivare i Värmland - 1177	Ja ☐ Nej ☐

Särskilt arvode [Länk till information på vårdgivarwebben](#)

Särskilt arvode är en debiteringsgrund för särskilt tids- och kostnadskrävande åtgärder kopplat till fysioterapeutens kompetens.
Har du särskilt arvode?

Ja ☐
Nej ☐

Om ja, inom vilket/vilka områden:

Har du kommentarer kopplat till särskilt arvode, ange dessa här.

Arvodeskategori [Länk till information på vårdgivarwebben](#)

Arvodeskategori B avser ensampraktiserande eller samverkande fysioterapeuter med assisterande personal, flera behandlingsrum och kvalificerad utrustning. Arvodeskategori A avser övriga fysioterapeuter.

Kryssa i för nuvarande arvodeskategori:

A ☐
B ☐

Om B, uppfylls kravet på assisterande personal?
Om ja, fyll antalet timmar i vecka som assisterande personal arbetar på mottagningen samt arbetsuppgifter.

Ja ☐
Nej ☐
Antal h/vecka:
Arbetsuppgifter:

Om B, uppfylls kravet på avancerad utrustning?

Ja ☐
Nej ☐

Om B, uppfylls kravet på flera behandlingsrum?

Ja ☐
Nej ☐

Har du kommentarer kopplat till arvodeskategori, ange dessa här:

Tillfällig frånvaro [Länk till information på vårdgivarwebben](#)

Har du haft tillfällig frånvaro som påverkat heltidskravet under 2024?

Förutsättningar är enligt LOF "Fysioterapiersättning lämnas även till en fysioterapeut som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid".

Ja ☐
Nej ☐

Om ja, ange tidsperiod och omfattning:

Är denna frånvaro anmäld till Region Värmland?

Ja ☐
Nej ☐

Om ja, ersatte en vikarie dig under denna period? Ange omfattning.

Har du kommentarer kopplat till tillfällig frånvaro, ange dessa här:

Administration

Har mottagningen tillgång till digitalt stöd? (Markera med ett eller flera kryss)	Tidbokning ☐ Journalföring ☐ Kassahantering ☐ Träningsprogram ☐ Statistikuppgifter av medicinsk art ☐ Annat:
Vilket journalsystem använder du?	
Ett ledningssystem ska finnas för verksamheten och bland annat innefatta rutiner för journalföring, avvikelshantering, hygien- och klagomålshantering. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen Har du ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	Ja ☐ Nej ☐
Hur fungerar systemen och kontakten med Region Värmland gällande PriComp, Frisk etc?	

Samverkan med andra aktörer

Har du i din verksamhet regelbundet samarbete med andra aktörer (ex. kommun, vårdcentraler eller andra rehabiliteringsmottagningar, Friskvården Värmland)?	Ja ☐ Nej ☐
Om du svarat ja, på vilket sätt sker detta samarbete?	

Medicinsk utrustning

Beskriv vilken medicinsk utrustning som finns på din mottagning (medicinsk träningsutrustning, sekvensutrustning etcetera)	
--	--

Tillgänglighet

Ange genomsnittligt antal timmar/arbetsvecka som mottagningen bedrivs under året	
Ange öppethållande dagtid (ex. må – fr 08–17)	
Finns akuttider? (tider som ej bokats för att möjliggöra akuta besök samma dag som kontakt tas)	Ja ☐ Nej ☐
Finns bestämda telefontider? Om ja, ange i så fall tiden.	Ja ☐ Nej ☐
Finns telefonsvarare så att patienten kan lämna meddelande och bli uppringd?	Ja ☐ Nej ☐

Följer din mottagning den lagstadgade vårdgarantin för primärvården, gällande den så kallade "Nollan" "Du får kontakt med primärvården samma dag som du söker?	Ja ☐ Nej ☐
Om nej, varför?	
Följer din mottagning den lagstadgade vårdgarantin för primärvården, gällande den så kallade "Trean" Du får en medicinsk bedömning inom 3 dagar?	Ja ☐ Nej ☐
Om nej, varför?	
Aktuell väntetid för bedömningsbesök/förstabetesök?	
Den som ansvarar för en verksamhet ska vidta skäliga åtgärder för att göra sin verksamhet tillgänglig för en person med funktionsnedsättning. Anser du att din mottagning är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning?	Ja ☐ Nej ☐
Kan något förbättras gällande fysisk tillgänglighet?	Ja ☐ Nej ☐
Ange ev. förbättringsförslag	
Erbjuds kvalificerad hälso- och sjukvård via digitala insatser som videobesök eller chatt?	Ja ☐ Nej ☐
Om ja i vilken form?	

Remisser

Antalet mottagna remisser under året (från hälso- och sjukvårdspersonal)	Offentliga läkare	
	Privata läkare	
	Företagshälsovård	
	Övrigt	
	Summa	
Antal egna vårdbegäran (patienter som sökt utan remiss)	Summa	
Totalt antal remisser och egna vårdbegäran	Summa	

Utbildning och kompetens

Har du under året genomgått någon utbildning eller deltagit i konferenser inom ditt verksamhetsområde? Om ja, ange i så fall vad?	
---	--

Ge en sammanfattning på den kompetens och eventuellt inriktning du har inom verksamheten.	
---	--

Övrigt

Har du något övrigt som du vill ta upp eller delge?	
---	--

Besvarad enkät skickas till vår funktionsbrevlåda: vardval@regionvarmland.se

Vill ni hellre skicka den per brev så är adressen: Region Värmland, Verksamhetsområde Vårdkvalitet, Vårdvalsenheten, Regionens hus, 651 82 Karlstad

Vårdvalsenheten till handa senast 1 mars 2026.