**Ansökan om särskilt arvode enligt förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi**

1. **Uppgifter om verksamheten**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn, Tilltalsnamn | Vårdgivare |
| Telefonnummer | E-postadress |

1. **Ansökan om att få tillämpa särskilt arvode**

|  |  |
| --- | --- |
| Ansökan avser följande åtgärd enligt förordning 1994:1120 om ersättning för fysioterapi (markera med kryss) | |
|  | Psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem |
|  | Sjukdomar eller skador i andningsorganen eller i cirkulationssystemet |
|  | Sjukdomar eller skador i nervsystemet |
|  | Smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom |
|  | Skador eller sjukdomar i rörelsesystemet |
|  | Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom |
|  | Äldre med åldersrelaterade fysiska eller psykiska funktionshinder |
|  |  |

1. **Teoretisk kompetens**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Särskilt arvode lämnas endast till en fysioterapeut med högskoleutbildning om minst 45 högskolepoäng (hp) inom för åtgärden adekvat område. Av dessa kan upp till 30 hp bytas ut mot längre sammanhållen utbildning av motsvarande omfattning.  Följande alternativ är möjliga | | | | | | | | |
| 1 | minst 45 hp inom för åtgärden adekvat område\*, minst 30 hp på avancerad nivå.  Vetenskapliga kurser motsvarande 7,5–15 hp på avancerad nivå kan inräknas | | | | | | | |
| 2 | minst 15 sammanhängande hp inom för åtgärden adekvat område på avancerad nivå samt upp till motsvarande 30 hp övrig högskoleutbildning med tydlig koppling till det sökta området\*\*\* varav minst 15 hp på avancerad nivå, vetenskapliga kurser motsvarande 7,5–15 hp på avancerad nivå kan inräknas. | | | | | | | |
| 3 | minst motsvarande 30 hp längre sammanhållen utbildning\*\* inom för åtgärden adekvat område, minst motsvarande 15 hp på avancerad nivå. Högst motsvarande 7,5 hp får innehas av kurser utan examen. Utöver ovan behövs minst 15 hp vetenskaps- eller forskningsmetodik på avancerad nivå. | | | | | | | |
| 4 | Specialistkompetens i fysioterapi utformad av Fysioterapeuterna (enligt specialistordning 1993–2014 alt 2015–2021 alt 2022) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| \* Utbildningar/kurser inom adekvat område avser utbildningar/kurser som har tydlig fysioterapeutisk relevans i relation till sökt område.  \*\*Med längre sammanhållen utbildning avses till exempel en utbildning utanför högskola eller universitet som har avslutats med examen.  Det åligger den sökande att uppvisa bevis över godkänd examen. Andelen kurser utan examen begränsas till högst motsvarande 7,5 hp.  \*\*\* Med övrig högskoleutbildning med tydlig koppling till det sökta området avses exempelvis vissa behandlingsspecifika kurser och ämnesöverskridande kurser där det i kursplanen beskrivs en nära koppling till området för särskilt arvode.  Vilket av ovanstående alternativ åberopar du i denna ansökan? | | | | | | | | |
|  | | 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |
| Enbart kurser och utbildningar som har genomförts efter grundutbildningen till fysioterapeut beaktas vid bedömning. Kurser understigande en vecka som inte ingår i en längre sammanhållen utbildning med godkänd examen, beaktas ej vid bedömning. | | | | | | | | |

**4. Klinisk kompetens**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Grundkrav – klinisk kompetens: Utöver teorikraven krävs yrkeserfarenhet motsvarande minst två års heltidsarbete som fysioterapeut inom för åtgärden adekvat område under de senaste fem åren, vilket ska styrkas med till exempel intyg av verksamhetschef. | | | | |
| Uppfyller du kraven för klinisk kompetens? |  | Ja |  | Nej |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort och datum |  | Underskrift |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ifylld och underskriven blankett inklusive bilaga samt vidimerade kopior skickas till:  Region Värmland  Vårdvalsenheten  Regionens hus  651 82 Karlstad  Eventuella frågor skickas till:  [vardval@regionvarmland.se](mailto:vardval@regionvarmland.se) |

**Region Värmland återkopplar till vårdgivaren med beslut**

|  |  |
| --- | --- |
| **Region Värmlands beslut** | |
| Godkänns | |
| Avslås | Motivering: |
|  |  |
| Ort och datum | Underskrift |

**En bild som visar text, skärmbild, dokument, Teckensnitt

AI-genererat innehåll kan vara felaktigt.**