

Region Dalarna

Fördjupad uppföljning av fysioterapeuter verksamma enligt Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi i Region Dalarna 2022–2025

Författare

Per Tidehag, senior utredare

Nicklas Häger, leg. fysioterapeut

Tore Blomqvist, leg. fysioterapeut

Juni 2026

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Uppdrag	3
3. Syfte	3
4. Metod	4
5. Underlag för granskningen	6
6. Resultat av journalgranskningen	7
6.1 Sammanställning av samtliga granskade vårdgivare	7
6.2 Iakttagelser	8
7. Bedömning per område	9
7.1 Anamnes	9
7.2 Bedömning/diagnos	9
7.3 Ställningstagande till behandling	10
7.4 Patientmål	10
7.5 Behandlingsplan	10
7.6 Genomförande av behandling	10
7.7 Behandlingstid och antal besök	10
7.8 Resultat/utvärdering	11
7.9 Avslut och fortsatt planering	11
8. Samlad bedömning	11
8.1 Dokumentationens struktur	11
8.2 Vårdprocessens helhet	11
8.3 Rimlighet arvode i förhållande till innehåll	11
8.4 Patientsäkerhet	12
9. Bedömning av särskilt arvode	12
10. Verksamhetsunderlag utöver journalgranskningen	13
11. Rekommendationer	14
11.1 Rekommendationer till vårdgivarna	14
11.2 Rekommendationer till Region Dalarna	14
12. Källor och underlag	14
Bilaga: Rekommendationer kring återkrav av debiterad ersättning	16

1. Sammanfattning

Region Dalarna har genomfört en fördjupad uppföljning av åtta fysioterapeuter verksamma med ersättningsetablering enligt lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Uppföljningen har omfattat granskning av totalt 80 patientjournaler, verksamhetsbesök hos samtliga åtta vårdgivare samt genomgång av ledningssystem, patientsäkerhetsberättelser och debiteringsunderlag. Granskningsperioden avser 2022-01-01 till 2025-12-31.

Totalt granskades 5 747 besök under perioden, varav 2 810 besök (49 procent) debiterats med särskilt arvode. Andelen besök med särskilt arvode varierar kraftigt mellan de granskade vårdgivarna – från 2 procent till 86 procent.

Granskningen visar ett ojämnt resultat. En vårdgivare har en journalföring och vårdprocess som i huvudsak uppfyller grundläggande krav. Hos övriga sju vårdgivare finns återkommande brister, framför allt i behandlingsplanering, målformulering och uppföljning. För fyra av dessa sju bedöms bristerna vara allvarliga i flera centrala delar av vårdprocessen.

De genomgående bristerna avser avsaknad av strukturerade behandlingsplaner, mätbara patientmål och systematisk uppföljning av behandlingseffekt. Behandlingarna består i stor utsträckning av passiva metoder som upprepas under lång tid utan att journalerna ger tillräckligt stöd för den medicinska motiveringen. En stor andel av journalerna visar inte att behandlingsvalen kan motiverats utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet – ett krav som följer av patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

Journalunderlaget ger i flertalet fall inte tillräckligt stöd för att den debiterade ersättningsnivån är motiverad. Vid en av de granskade verksamheterna framkom att alla pappersjournaler från perioden före 2020 av misstag har förstörts, vilket innebär en allvarlig avvikelse från patientdatalagens krav på bevarande av journalhandlingar.

Region Dalarna bör återkoppla resultatet till samtliga vårdgivare med krav på åtgärdsplan. För de vårdgivare där bristerna är mest allvarliga bör prövning av återkrav och ställningstagande till ytterligare åtgärder övervägas.

2. Uppdrag

Region Dalarna har beslutat att genomföra en fördjupad uppföljning av fysioterapeuter verksamma enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Uppföljningen är en del av regionens systematiska uppföljning av offentligt finansierad vård och syftar till att säkerställa att vården är patientsäker, håller god medicinsk kvalitet och att begärd ersättning kan styrkas genom journaldokumentation och övrigt relevant underlag. Uppföljningen syftar även till att bidra till kunskapsutveckling, lärande och förbättring av kvaliteten i offentligt finansierad vård.

3. Syfte

Uppföljningen syftar till att bedöma om:

- vårdprocessen är medicinskt rimlig och möjlig att följa över tid,
- besök med särskilt arvode är tillräckligt underbyggda i journalmaterialet och övrigt granskningsunderlag,
- det finns brister som påverkar patientsäkerheten,
- resultatet föranleder återkoppling, åtgärdsplan eller andra fortsatta åtgärder.

Uppföljningen grundas i LOF 25 §, som ger regionen rätt att granska att ersättning utbetalas i enlighet med gällande villkor.

4. Metod

Region Dalarna gjorde journalurvalet utifrån tydliga kriterier kopplade till hög vårdkonsumtion. Det primära kriteriet var en besöksfrekvens om mer än 30 besök per patient och år under perioden 2022–2025. Utöver detta vägdes sekundära kriterier in.

Urvalet av journaler genomfördes på ett strukturerat sätt. Med stöd av Region Dalarnas rapport för debiterad taxa identifierades patienter med 30 ersatta besök eller fler per vårdgivare och kalenderår under perioden 2022–2025. För de vårdgivare där tio eller fler patienter uppfyllde detta kriterium valdes de tio patienter med högst vårdkonsumtion ut, eftersom hög vårdkonsumtion är en känd riskindikator för felaktig ersättning. I de fall där färre än tio patienter haft 30 besök eller fler per år inkluderades samtliga dessa, och urvalet kompletterats därefter genom ett fast variationsurval bland patienter med 20–29 respektive 15–19 besök per år, tills totalt tio journaler hade valts ut.

Journalerna anonymiserades av Region Dalarna innan de överlämnades till granskarna. Granskarna har under arbetet inte haft kännedom om vilka de aktuella vårdgivarna varit. Granskningen har genomförts med stöd av en strukturerad bedömningsmall framtagen i samarbete med Region Dalarna. Mallen är framtagen för att bedöma om vårdgivarna följer Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, Patientlagen (2014:821) och Patientdatalagen (2008:355) vid journalföring samt respektive förordning och föreskrifter. Bedömningen har omfattat anamnes, bedömning/diagnos, ställningstagande till behandling, patientmål, behandlingsplan, genomförande, behandlingstid och antal besök, resultat/utvärdering samt avslut eller fortsatt planering.

Som komplement till journalgranskningen har Region Dalarna genomfört verksamhetsbesök hos samtliga åtta vårdgivare. Vid besöken utfördes en tidbokskontroll samt inhämtades uppgifter om patientsäkerhetsberättelse, ledningssystem och verksamhetens rutiner. I vissa fall kunde eller ville vårdgivaren inte medverka vid detta moment fullt ut.

Journalgranskningen avser dokumentation från perioden 2022-01-01 till 2025-12-31. För flera patienter pågick behandlingen redan före eller vid granskningsperiodens början, vilket innebär att ursprunglig anamnes, status och initial bedömning inte alltid återfinns i det granskade materialet.

Bedömningen har utgått från journalernas innehåll, vårdförloppens dokumenterade struktur samt i vilken utsträckning det funnits underlag för att följa bedömning, målsättning, planering, genomförande, uppföljning, samverkan och fortsatt behov av behandling över tid.

Bedömningen har genomförts utifrån följande kriterier per granskningsområde:

Tabell 1. Granskningsområden och bedömningskriterier

Granskningsområde	Bedömningskriterier
Anamnes	Relevant och tillräckligt utförlig. Kopplad till aktuellt besvär Innehåller debut, förlopp och funktionspåverkan
Bedömning/diagnos	Klinisk bedömning dokumenterad. Diagnos eller funktionsdiagnos framgår. Rimlig koppling mellan anamnes och bedömning
Ställningstagande till behandling	Tydlig motivering till vald behandling. Behandlingsval baserat på bedömning. Eventuell exklusion av annan behandling motiveras
Patientmål	Mål dokumenterade. Patientdelaktighet framgår. Mål är mätbara eller funktionellt beskrivna.
Behandlingsplan	Plan finns och är tydlig. Innehåller åtgärder, frekvens och ungefärlig duration. Kopplad till patientens mål
Genomförande av behandling	Faktiskt genomförda åtgärder dokumenterade Avvikelse från plan dokumenterade och motiverade Behandlingarnas innehåll rimligt i relation till fakturerat arvode
Behandlingstid och antal besök	Antal besök rimligt utifrån diagnos och riktlinjer Behandlingstidens längd rimlig Överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet
Resultat/utvärdering	Uppföljning av mål dokumenterad. Resultat beskrivet (subjektivt/objektivt). Vid uteblivet resultat: omprövning eller avslut dokumenterat.
Avslut/fortsatt planering	Avslut tydligt dokumenterat. Tydlig plan för fortsatt behandling. Eventuell samverkan och/eller remiss dokumenterad

Utöver dessa granskningsområden gjordes även en samlad bedömning av journalen utifrån ett helhetsperspektiv, inom följande fyra dimensioner:

- Dokumentationens struktur
- Vårdprocessens helhet
- Arvodets rimlighet i förhållande till innehåll
- Patientsäkerhet

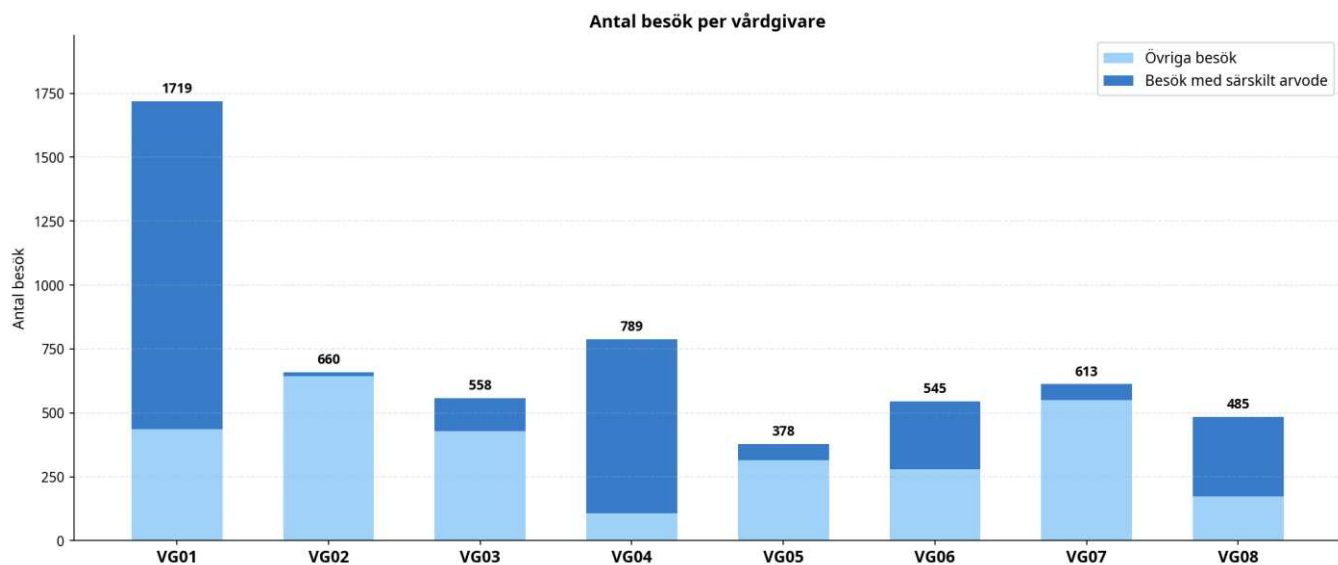
5. Underlag för granskningen

Uppföljningen omfattar åtta fysioterapeuter verksamma med ersättningsetablering i Region Dalarna. Hos vardera åtta fysioterapeuter granskades tio journaler. Nedan redovisas en sammanfattning av underlaget per vårdgivare.

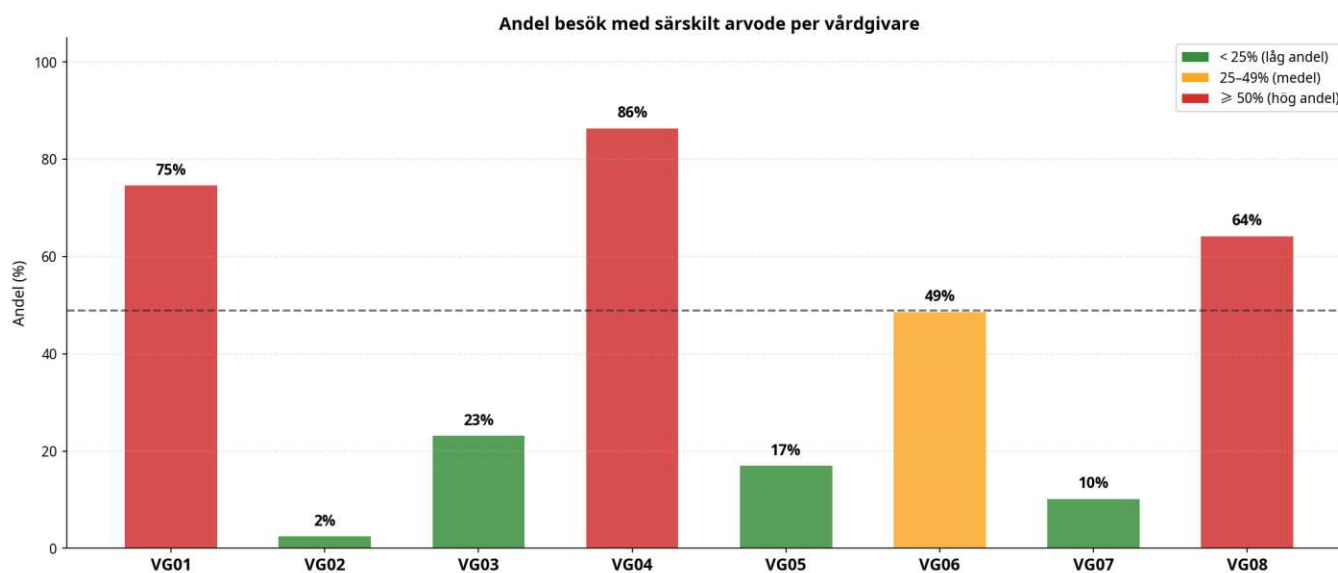
Tabell 2. Underlag per vårdgivare – antal besök, besök med särskilt arvode och granskningsperiod.

Vårdgivare	Arvodes-kategori	Totalt besök	Besök med särskilt arvode	Andel % särskilt arvode
VG01	B/A	1719	1282	75%
VG02	B	660	16	2%
VG03	B/A	558	129	23%
VG04	A	789	681	86%
VG05	B	378	64	17%
VG06	B/A	545	265	49%
VG07	A	613	62	10%
VG08	B	485	311	64%
Totalt		5747	2810	49%

Totalt granskades 5 747 besök under granskningsperioden, varav 2 810 besök (49 procent) debiterats med särskilt arvode. Antalet besök med fakturerat särskilt arvode varierar kraftigt mellan vårdgivarna – från 16 besök (VG02, 2 procent) till 1 282 besök (VG01, 75 procent). Tre av de åtta granskade vårdgivarna har en andel särskilt arvode som överstiger 50 procent av de granskade besöken.



Figur 1a. Antal besök med särskilt arvode per vårdgivare – absoluta tal.



Figur 1b. Andel av totalt antal besök.

6. Resultat av journalgranskningen

6.1 Sammanställning av samtliga granskade vårdgivare

Nedanstående tabell visar det aggregerade resultatet per granskningsområde för samtliga åtta granskade vårdgivare (80 journaler totalt).

Tabell 3. Sammanställning per granskningsområde – VG01–VG08.

Värden anges som: Godkänd / Brister / Allvarliga brister (av 10 journaler per VG). Färgkodning: grön, gul, röd.

Granskningsområde	VG01	VG02	VG03	VG04	VG05	VG06	VG07	VG08	Skala
Anamnes	0/0/10	0/2/8	3/7/0	3/2/5	9/1/0	0/6/4	9/1/0	3/5/2	Ja / Delvis / Nej
Bedömning/diagnos	0/1/9	1/2/7	5/3/2	5/0/5	8/2/0	0/3/7	1/9/0	1/8/1	Ja / Delvis / Nej
Ställningstagande till behandling	0/0/10	0/0/10	0/4/6	0/0/10	10/0/0	0/3/7	2/7/1	0/3/7	Ja / Delvis / Nej
Patientmål	0/1/9	0/1/9	0/4/6	0/10/0	4/6/0	0/1/9	0/10/0	0/9/1	Ja / Delvis / Nej
Behandlingsplan	0/0/10	0/0/10	0/0/10	0/0/10	7/3/0	0/1/9	0/6/4	0/2/8	Ja / Delvis / Nej
Genomförande av behandling	0/0/10	0/0/10	0/9/1	0/10/0	10/0/0	0/5/5	7/3/0	0/7/3	Ja / Delvis / Nej
Behandlingstid och antal besök	0/0/10	0/2/8	2/6/2	0/10/0	9/1/0	0/5/5	5/5/0	0/6/4	Ja / Delvis / Nej
Resultat/utvärdering	0/0/10	0/0/10	0/4/6	0/8/2	9/1/0	0/3/7	1/9/0	0/4/6	Ja / Delvis / Nej
Avslut/fortsatt planering	0/0/10	0/6/4	1/5/4	0/1/9	8/1/1	1/2/7	2/4/4	1/8/1	Ja / Delvis / Nej
Dokumentationens struktur	0/0/10	0/0/10	0/10/0	0/10/0	10/0/0	0/2/8	5/5/0	3/6/1	Godkänd / Brister / Allvarliga brister
Vårdprocessens helhet	0/0/10	0/0/10	1/9/0	0/9/1	7/3/0	0/3/7	4/6/0	0/6/4	Godkänd / Brister / Allvarliga brister
Arvodets rimlighet i förhållande till innehåll	0/0/10	0/0/10	1/9/0	0/10/0	9/1/0	0/6/4	8/2/0	0/5/5	Godkänd / Brister / Allvarliga brister
Patientsäkerhet	0/9/1	0/10/0	1/9/0	0/10/0	9/1/0	0/10/0	1/9/0	0/10/0	Godkänd / Brister / Allvarliga brister
Samlad bedömning av journalen	0/0/10	0/0/10	1/9/0	0/10/0	10/0/0	0/4/6	2/8/0	0/10/0	Godkänd / Brister / Allvarliga brister

6.2 Iakttagelser

Journalunderlaget ger i flertalet fall inte tillräckligt stöd för att bedöma besök med särskilt arvode som rimliga i relation till innehållet. Det saknas dokumentation som styrker att besöken uppfyller krav på tidsåtgång och medicinsk komplexitet. Hos en vårdgivare är det oklarheter kring fysioterapeutisk närvaro vid debiterade besök med normal respektive enkel åtgärd. Utan sådant underlag kan granskningen inte verifiera att villkoren för den debiterade ersättningsnivån har varit uppfyllda. I de fall där behandlingar i det granskade materialet pågått efter det att skriften ”Så får du rätt arvode” publicerats 2025-10 ses ingen påtaglig förbättring i detta hänseende.

Hos VG01 och VG04 är andelen besök med särskilt arvode mycket hög och journalunderlaget ger genomgående inte stöd för ersättningsnivån. Hos VG02 är andelen låg men dokumentationsunderlaget är ändå otillräckligt för de besök som debiterats med särskilt arvode. Hos VG05 bedöms användningen av särskilt arvode i de flesta fall som rimlig i relation till vårdens dokumenterade innehåll. Hos VG07 är andelen låg och användningen bedöms i flertalet fall vara tillräckligt underbyggd.

Vid stickprov mot tidbok, journal och debiterade besök noterades avvikelser hos flera vårdgivare. Bokad tid överensstämde inte med debiterad tid vid enstaka besök hos ett fåtal vårdgivare. Hos VG03 saknade två patienter

helt bokade besök i tidboken, och för flera andra patienter gick besökstidens längd inte att utläsa. Hos VG01 och VG02 saknades journalanteckning för totalt sju debiterade besök. Regionen fick ej ta del av någon tidbok gällande VG01 och kunde därmed ej göra något stickprov. Hos de vårdgivare där stickprov kunde utföras sågs inga systematiska felbokningar.

Hos VG05 är journalföringen i huvudsak god och vårdprocessen uppfyller grundläggande krav. Journalerna är strukturerade och möjliggör att vårdförloppet kan följas över tid. Behandlingarna framstår som medicinskt välmotiverade och användningen av särskilt arvode bedöms i de flesta fall som rimlig.

I de fall neurologiska diagnoser behandlas av VG04 och till viss del VG06 kan insatta behandlingar på en övergripande nivå vara medicinskt rimliga utifrån nationella riktlinjer och andra behandlingsriktlinjer. På enskild patientnivå är de dock inte tillräckligt motiverande.

Hos VG07 är bedömningsbesöken i flera fall välstrukturerade och journalerna innehåller relevanta behandlingsinsatser. Användningen av särskilt arvode är begränsad och bedöms i flertalet fall vara tillräckligt underbyggd.

Hos samtliga åtta granskade vårdgivare finns ett formellt ledningssystem och en patientsäkerhetsberättelse, vilket visar att det finns en administrativ struktur för kvalitetsarbete.

7. Bedömning per område

7.1 Anamnes

I de flesta granskade journalerna saknas en strukturerad kartläggning av aktuellt besvär, funktionspåverkan och relevanta omgivningsfaktorer. Journalerna innehåller i stället kortfattade noteringar om symtom utan tillräcklig klinisk kontext. Hos de flera av de granskade vårdgivarna saknas en tydlig anamnes, i synnerhet då nya besvär tillkommer under pågående behandlingsperiod, som möjliggör att bedöma varför behandlingen inletts och vad som utgör utgångspunkten för vården.

En metodologisk begränsning är att granskningsperioden börjar 2022-01-01 och att många patienter redan var i pågående behandling vid denna tidpunkt. Det innebär att den ursprungliga anamnesen och den initiala statustagningen i flera fall inte finns i det granskade materialet. Denna begränsning beaktas i bedömningen, men förklarar inte alla brister – i journaler med nybesök under granskningsperioden är bristerna lika påtagliga.

Hos en av de åtta granskade vårdgivarna (VG05) är anamnesdokumentationen genomgående god och möjliggör att följa vårdförloppets utgångspunkt.

7.2 Bedömning/diagnos

Diagnos anges i regel i journalerna, men den kliniska bedömningen är i de flesta fall knapphändig eller saknar tydlig koppling mellan aktuella fynd, funktionsnivå och fortsatt behandlingsbehov. Hos flera vårdgivare bedöms de angivna diagnoserna vara otillräckligt underbyggda av journalens dokumenterade anamnes, status och kliniska bedömning.

Hos VG06 som är godkänd för besök med särskilt arvode för skador eller sjukdomar i nervsystemet förekommer dessutom i vissa fall osäkerhet kring om patientens problematik till fullo ligger inom det godkända

specialistområdet. Där bedöms tre av tio journaler avse diagnoser som inte tydligt kan kopplas till godkänt specialistområde.

7.3 Ställningstagande till behandling

Avsaknad av ställningstagande till behandling är en av de mest framträdande bristerna i de granskade vårdförloppen. Detta saknas i flertalet av de granskade journalerna. Det framgår inte tillräckligt tydligt varför just den aktuella behandlingen valts, vilka behandlingsalternativ som övervägts, vilka risker eller kontraindikationer som bedömts eller hur behandlingen förväntades påverka patientens funktion. Att behandling initieras återkommande utan tydlig dokumenterad motivering är en allvarlig brist.

7.4 Patientmål

Patientmål dokumenteras i begränsad utsträckning i det granskade materialet och är en brist i varierande utsträckning i samtliga granskade vårdförlopp. Hos VG01 och VG02 saknas patientmål i princip helt. Utan dokumenterade och uppföljningsbara mål är det inte möjligt att bedöma behandlingens effekt, motivera fortsatt vård eller avgöra när behandlingen bör avslutas. Detta är en central brist ur både medicinsk och ersättningsrättslig synvinkel.

7.5 Behandlingsplan

Avsaknaden av dokumenterade behandlingsplaner är den mest genomgående bristen i granskningen. Hos sex av de åtta granskade vårdgivarna bedöms behandlingsplanen saknas eller vara otillräcklig i samtliga tio journaler. Hos VG05 är behandlingsplanen godkänd i sju av tio journaler. Det framgår generellt inte vilka åtgärder som planerats över tid, med vilken frekvens behandling skulle ske, vilken behandlingsperiod som avsågs eller vilka kriterier som skulle ligga till grund för omprövning, utglesning, avslut eller hänvisning till annan vårdnivå eller egenvård. Denna brist är särskilt allvarlig i de fall behandlingen pågår under lång tid.

7.6 Genomförande av behandling

Det framgår oftast att behandling har genomförts, men inte alltid vad behandlingen bestod av, hur omfattande den var eller varför den valdes. I flera journaler upprepas passiva behandlingsmetoder – akupunktur, laser, stötvåg, IMS och manuell behandling – under lång tid utan tydlig dokumenterad omprövning eller systematisk uppföljning av resultat. Därmed blir det svårt att bedöma om fortsatt behandling varit medicinskt motiverad. Det saknas i flera fall även stöd för att behandlingsvalen kan motiveras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

7.7 Behandlingstid och antal besök

Behandlingsseriernas längd varierar påtagligt. Hos VG01 och VG04 pågår behandlingen i flera fall under tre till fem år med ett mycket stort antal besök, utan att journalerna ger tillräckligt stöd för den medicinska motiveringen. Hos VG02 är behandlingsserierna kortare, men dokumentationen ger ändå inte tillräckligt stöd för att motivera besökens innehåll och ersättningsnivå.

Hos VG05 och VG07 är behandlingstiden i de flesta fall rimlig i förhållande till diagnos och dokumenterat behov. Hos VG06 förekommer parallella behandlingar hos flera vårdgivare utan dokumenterad ansvarsfördelning eller samordning.

7.8 Resultat/utvärdering

Uppföljning sker i de flesta journaler i form av kortfattade subjektiva uppgifter om smärta, förbättring eller försämring. Objektiva, valida och reliabla mätmetoder används sparsamt, inkonsekvent eller inte alls hos sex av de åtta granskade vårdgivarna. Hos VG05 används objektiva mått mer systematiskt.

Avsaknaden av systematisk uppföljning innebär att det inte är möjligt att bedöma behandlingens faktiska effekt eller motivera fortsatt vård på ett dokumenterat sätt.

7.9 Avslut och fortsatt planering

Vissa vårdförlopp fortgår under mycket lång tid utan till synes någon plan för avslut. Avslutsdokumentation saknas eller är knapphändig i flertalet journaler. I de fall avslut dokumenteras sker det i många fall utan plan för egenvård, remittering eller uppföljning.

I journaler där patienten uppges må bra eller inte visa förbättring fortsätter behandlingen ändå utan dokumenterat ställningstagande till avslut. Samverkan kring patienten är i många fall bristfällig även om det i vissa vårdförlopp och hos vissa vårdgivare förekommer. I en del fall sker försök till samverkan med till exempel närliggande vårdcentraler men med sval eller utebliven respons.

8. Samlad bedömning

8.1 Dokumentationens struktur

Bristerna gäller främst den löpande dokumentationen som ofta är i fritext och väldigt kortfattad. Det återkommer likartade formuleringar eller statusfynd, det kliniska resonemanget och eventuella förändringar i behandlingsupplägget framgår inte tillräckligt tydligt. Journalerna saknar ofta en tydlig struktur för bedömning, mål, plan, genomförande och uppföljning. Detta försämrar spårbarheten och gör det svårt att följa vårdprocessen över tid. Konsekvensen blir att journalerna inte uppfyller sin grundläggande funktion – att göra det möjligt för annan vårdgivare, patient eller granskare att följa vad som bedömts, beslutats och genomförts.

8.2 Vårdprocessens helhet

De mest framträdande bristerna som ses kring vårdprocessens helhet är att kedjan från anamnes och klinisk bedömning till motiverat behandlingsval, individuell behandlingsplan, genomförande, utvärdering och fortsatt ställningstagande i många fall inte framgår eller är helt tydlig. I flera vårdförlopp saknas tillräckligt underlag för att bedöma att den fortsatta behandlingen varit medicinskt motiverad i den omfattning som givits. Journalerna visar inte tillräckligt tydligt att behandlingsval, fortsatt behandlingsfrekvens och omprövning har grundats på aktuell bedömning, dokumenterad effekt och relevanta kunskapsstöd. Granskningen kan i många fall därmed inte bekräfta att patienterna fått en individuellt anpassad, planerad och utvärderad vård. De vårdgivare som haft mer begränsade bister inom området vårdprocessens helhet har främst brister kring målsättning och behandlingsplan.

8.3 Rimlighet arvode i förhållande till innehåll

Journalerna ger många fall inte ett tillräckligt underlag för att styrka vårdens innehåll, tidsåtgång, medicinska motivering och effekt i relation till debiterat arvode. Bristerna avser framför allt de fall där behandlingen fortsatt under lång tid utan tydlig behandlingsplan, systematisk utvärdering eller tillräcklig dokumentation av varaktig effekt. I vissa fall är journalunderlaget så pass kortfattat att det inte går att utläsa om det rör sig om särskilt arvode, normalåtgärd eller enkel åtgärd. För vissa besök med särskilt arvode saknas tillräcklig dokumentation av

att insatsen varit särskilt tidskrävande, kvalificerad och medicinskt motiverad på den nivå som ersättningen förutsätter. Utan sådant underlag kan granskningen inte bedöma om journalerna tillräckligt styrker den debiterade ersättningsnivån.

I några vårdförlopp väcker journalmaterialet även frågan om gränsdragningen mellan sjukvårdande behandling och friskvård.

8.4 Patientsäkerhet

Granskningen identifierar följande patientsäkerhetsrisker:

Avsaknaden av strukturerad bedömning, planering och uppföljning innebär risk för att otillräckligt motiverad behandling fortgår utan att patientens behov omvärderas eller att allvarigare bakomliggande orsak missas. Hos VG01 och VG02 är dessa risker mest påtagliga, detta då journalerna i princip saknar kliniskt resonemang och behandlingsplanering.

Brister i dokumentation av kontraindikationer och patientinformation vid akupunktur och vid apparatbehandling så som laser och stötvåg förekommer hos flera vårdgivare. Även hos VG06 och VG08, trots att verksamheternas egna rutiner anger att detta ska dokumenteras.

Hos VG06 framkom att pappersjournaler från perioden före 2020 inte längre finns tillgängliga. Enligt uppgift har de av misstag blivit förbrända. Patientdatalagen (2008:355) 3 kap. 17 § föreskriver att journaler ska bevaras i minst tio år efter att den sista uppgiften fördes in. Avsaknaden av dessa journaler innebär att det inte är möjligt att granska eller verifiera vården för berörda patienter.

Vid verksamhetsbesöket hos VG01 och VG03 framkom att assisterande personal utfört behandlingsuppgifter utan tydlig dokumentation och utan delegationsbeslut, detta innebär risker för patientsäkerheten och spårbarheten i vården. Utifrån det granskade journalunderlaget kan det ej bedömas i vilken utsträckning detta förekommit.

Journalerna innehåller i flera fall uppgifter som väcker frågor om informationssäkerhet vid patientkommunikation, exempelvis delning av bilder och filmer inför besök samt samtycke eller uppmuntran till e-postkommunikation. Detta kan vara en informationssäkerhetsbrist som bryter mot gällande lagstiftning.

9. Bedömning av särskilt arvode

Dokumentationsunderlaget för besök med särskilt arvode är otillräckligt hos sex av åtta vårdgivare. Det granskade materialet visar på stor spridning mellan vårdgivarna i hur frekvent särskilt arvode har debiterats, från 2-75% av de granskade besöken. Vissa av vårdgivarna har många vårdförlopp där särskilt arvode har debiterats i hög omfattning under långa behandlingsperioder. För att besök med särskilt arvode ska kunna bedömas som tillräckligt styrkt behöver journalen ge ett tydligt underlag för varför behandlingen varit särskilt tids- och resurskrävande samt medicinskt motiverad. Detta saknas återkommande i det granskade materialet och är en brist. Avsaknad av hur vården planerats, vilka mål som satts upp, hur länge behandlingen förväntats pågå samt hur effekten följts upp över tid bidrar till denna brist. Tidboksunderlaget visar dock att bokade tider generellt överensstämmer med debiterad arvodesnivå. Detta ger viss kontext till debiteringen, men ersätter inte kravet på att journalen ska visa varför respektive insats varit medicinskt motiverad, särskilt tidskrävande eller kvalificerad samt hur behovet följts upp över tid.

I kompletterande kontroll av debiteringsunderlaget framgår i några fall att bokad tid inte alltid överensstämmer med debitering och att journalanteckning saknas för vissa debiterade besök. Sådana avvikelser förstärker bedömningen att det finns brister i spårbarheten mellan debitering, journalfört innehåll och ersättningsnivå.

Slutligen visar granskningen att journaldokumentationen i flera fall inte ger tillräckligt stöd för att varje besök med särskilt arvode varit individuellt motiverat då likartade behandlingsinsatser genomförs vid besök med respektive utan särskilt arvode hos flera vårdgivarna.

Två av vårdgivarna bedöms som helhet använda och motivera användningen av särskilt arvode på ett adekvat sätt då detta används främst vid nybesök, förnyad och mer omfattande statustagning samt vid omprovning av behandling.

10. Verksamhetsunderlag utöver journalgranskningen

Verksamhetsbesök genomfördes av Region Dalarna hos samtliga åtta granskade vårdgivare under perioden februari–mars 2026. Vid besöken inhämtades ledningssystem och patientsäkerhetsberättelser. Lokala rutiner och riktlinjer lämnades in av de flesta vårdgivarna, men saknades hos VG06.

Samtliga åtta vårdgivare har ett formellt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemen beskriver i regel rutiner för riskhantering, avvikelshantering, journalföring och samverkan men skillnaden i omfattning och detaljnivå skiljer sig stort mellan vårdgivarna. Journalgranskningen visar också att dessa rutiner inte har omsatts fullt ut i den faktiska patientdokumentationen hos flertalet vårdgivare.

Patientsäkerhetsberättelserna anger genomgående att inga klagomål eller allvarliga avvikelser har rapporterats under 2025. Ingen av de åtta vårdgivarna har genomfört patientenkäter under 2025.

Assisterande personal förekommer hos flera av de granskade vårdgivarna. Hos VG01 framkom att assisterande personal utfört behandlingsuppgifter utan att detta tydligt framgår av journalerna, och att anställningsavtal och delegationsbeslut saknades. Hos VG03 framkom att assisterande personal under perioden med arvodeskategori B utförde arbetsuppgifter inom bland annat reception, gym och städning, men att anställningsavtal och delegationsbeslut inte lämnades in. Hos VG06 utförde assisterande personal receptionsarbete utan att anställningsavtal och delegationsbeslut lämnades in.

En allvarlig brist noterades hos VG06: alla pappersjournaler från perioden före 2020 har av misstag förstörts. Patientdatalagen (2008:355) 3 kap. 17 § föreskriver att journaler ska bevaras i minst tio år efter att den sista uppgiften fördes in. Avsaknaden av dessa journaler innebär att det inte är möjligt att granska eller verifiera vården för de patienter som hade pappersbaserade journaler under denna period.

Hos VG01 framkom av dokumentationen från verksamhetsbesöket att vårdgivaren inte medverkade i alla delar av uppföljningen. Vårdgivaren uteblev från ett bokat besök för inhämtning av journaler, avbokade ett senare möte och medverkade sedan inte fullt ut vid det gemensamma mötet med Region Dalarna. Granskningen av verksamhetens rutiner liksom stickprov mot tidboken kunde därför inte utföras. Enligt Lag (2019:885) ska fysioterapeuten på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd fysioterapiersättning.

11. Rekommendationer

11.1 Rekommendationer till vårdgivarna

Samtliga granskade vårdgivare bör säkerställa att:

- journalföring och dokumentation förbättras i enlighet med gällande krav, och att anamnes, status, bedömning och åtgärd dokumenteras strukturerat, i de fall fritextdokumentation dominerar bör vårdgivarna i stället använda sig av en strukturerad journalmall med sökord enligt fysioterapiprocessen,
- individuella behandlingsplaner upprättas med tydliga, tidsatta och uppföljningsbara mål, att planerade åtgärder, behandlingsfrekvens och förväntad behandlingsperiod dokumenteras, och att utvärdering sker strukturerat med objektiva mått,
- behandlingsval grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att den medicinska motiveringen dokumenteras,
- fortsatt behandling omprövas när varaktig effekt uteblir eller inte kan styrkas,
- journalen tydligt visar när besök med särskilt arvode bedöms vara motiverat och vilket innehåll som styrker ersättningsnivån,
- avslut, fortsatt planering och egenvårdsråd dokumenteras tydligt,
- patientkommunikation sker via säkra och spårbara kommunikationsvägar.

11.2 Rekommendationer till Region Dalarna

Region Dalarna bör överväga att:

- återkoppla resultatet till samtliga granskade vårdgivare med krav på åtgärdsplan och tidsatt uppföljning,
- genomföra eller erbjuda riktade informations- eller utbildningsinsatser avseende journalföring, behandlingsplanering, uppföljning, patientdelaktighet och ersättningsunderlag,
- förtydliga förväntningar på tidboksunderlag och spårbarhet mellan bokad tid, journalfört innehåll och debitering,
- bedöma behovet av ytterligare fördjupad genomgång av debitering, särskilt för besök med särskilt arvode och besök där journalanteckning saknas se Bilaga: Rekommendationer kring återkrav av debiterad ersättning,
- bedöma om journalunderlaget är tillräckligt för att styrka ersättningen för besök med särskilt arvode, med prioritering av de vårdgivare där andelen är högst och bristerna mest allvarliga, se Bilaga: Rekommendationer kring återkrav av debiterad ersättning,
- bedöma om avsaknaden av pappersjournaler hos VG06 föranleder ytterligare åtgärder, se Bilaga: Rekommendationer kring återkrav av debiterad ersättning,
- bedöma om bristerna avseende assisterande personal hos VG01 och VG03 föranleder ytterligare åtgärder,
- vid behov följa upp åtgärdsplanerna genom ny journalgranskning med fokus på de granskningsområden där bristerna är mest påtagliga, Bilaga: Rekommendationer kring återkrav av debiterad ersättning,
- genomföra riktade informationsinsatser om kraven för ersättning inom nationella taxan, med utgångspunkt i Region Dalarnas vägledning "Så får du rätt arvode".

12. Källor och underlag

- Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

- Förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.
- Patientdatalagen (2008:355).
- Patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
- Verksamhetsunderlag från VG01–VG08, fördjupad uppföljning LOF 2026.
- Region Dalarna. Så får du rätt arvode. Information till vårdgivare inom nationella taxan.

Bilaga: Rekommendationer kring återkrav av debiterad ersättning

Region Dalarna
Juni 2026

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	18
2. Syfte.....	18
3. Förslag till modell för bedömning av återkrav.....	18
4. Bedömning av återkrav enligt återkravsmodell	21
5. Rekommendationer	21
6. Begränsningar	22

1. Bakgrund

Region Dalarna har genomfört en fördjupad uppföljning av åtta fysioterapeuter verksamma med ersättningsetablering enligt lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Uppföljningen har omfattat granskning av totalt 80 patientjournaler, verksamhetsbesök hos samtliga åtta vårdgivare samt genomgång av ledningssystem, patientsäkerhetsberättelser och debiteringsunderlag. Granskningsperioden avser 2022-01-01 till 2025-12-31.

Totalt granskades 5 747 besök under perioden, varav 2 810 besök (49 procent) debiterats med särskilt arvode. Andelen besök med särskilt arvode varierar kraftigt mellan de granskade vårdgivarna – från två procent till 86 procent.

Granskningen sammanställdes i huvudrapporten fördjupad uppföljning av fysioterapeuter verksamma enligt Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi i Region Dalarna 2022–2025 som presenterades för Region Dalarna i maj 2026 samt för granskade fysioterapeuter i maj och juni 2026. Granskningen visade ett ojämnt resultat med en vårdgivare som bedömdes godkänd i sin helhet. Hos övriga sju vårdgivare fanns återkommande brister, framför allt i behandlingsplanering, målformulering och uppföljning. För fyra av dessa sju bedömdes bristerna vara allvarliga i flera centrala delar av vårdprocessen.

Den initiala granskningen fokuserade enbart på att bedöma om:

- vårdprocessen varit medicinskt rimlig och möjlig att följa över tid,
- besök med särskilt arvode varit tillräckligt underbyggda i journalmaterialet och övrigt granskningsunderlag,
- det finns brister som påverkat patientsäkerheten,
- resultatet föranleder återkoppling, åtgärdsplan eller andra fortsatta åtgärder.

Uppföljningen grundas på regionens lagstadgade möjlighet att kontrollera att ersättning utbetalats enligt gällande villkor enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

2. Syfte

Denna bilaga syftar till att bedöma om och i så fall hur stort eventuella återkrav av utbetald ersättning från regionen kan vara. Detta genom att ta fram en återbetalningsmodell som utifrån granskningen i huvudrapporten är transparent, rättvis och proportionerlig. Bilagan syftar även till att ge rekommendationer kring återkoppling, åtgärdsplan eller andra fortsatta åtgärder. Målet är även framtagna modell för bedömning av återkrav ska kunna återanvändas vid framtida granskningar av vårdgivare inom Region Dalarna.

3. Förslag till modell för bedömning av återkrav

Vid genomgång av hur andra regioner har hanterat återkravsärenden framkommer att det i flera fall genomförts stickprovskontroller av ett representativt urval av patientpopulationen. Utifrån dessa stickprov har en bedömning gjorts av hur stor andel av den utbetalda ersättningen som inte kunnat verifieras eller bedömts vara felaktigt utbetald. Denna andel har därefter använts som grund för att beräkna ett generellt återkrav av den ersättning som utbetalats under den aktuella granskningsperioden.

Då Region Dalarnas granskning fokuserat på de patienter med högst andel besök under granskningsperioden bedöms urvalet ej som representativt för hela patientpopulationen hos respektive vårdgivare. Förslaget till återbetalningsmodell avser därför endast att bedöma återkrav för den del av debiterade besök som ej kan styrkas helt eller delvis i det granskade materialet. Vid eventuella framtida användning av denna modell bedöms dock att denna skulle kunna användas för att bedöma generella återkrav om granskningsunderlaget är slumpmässigt och bedöms representativt för hela den granskade verksamheten.

Som underlag för modellen för bedömning av eventuella återkrav används uppgifter från huvudrapporten där granskningen har omfattat hela vårdförlopp, inklusive journalhandlingar och tidboksunderlag. Uppgifterna används med syfte att bedöma om det föreligger tillräckligt stöd för att verifiera att den ersättning som utgått varit förenlig med gällande regelverk. Sammantaget ger detta ett robust material för att kunna ta ställning till om hela eller delar av journalen ger tillräckligt underlag för att ersättning enligt LOF ska vara berättigat.

Bedömningen för eventuella återkrav har utgått från två av de fyra övergripande granskningsområdena i huvudrapporten:

1. Vårdprocessens helhet
2. Rimlighet mellan debiterat arvode och journalens innehåll

Dessa två områden bedöms ha starkast koppling till om korrekt ersättning betalats ut. Området dokumentationens struktur bedöms till exempel ensamt inte kunna vara grund för återbetalning.

Bedömningen av området vårdprocessens helhet har omfattat bland annat:

- kliniskt resonemang och medicinsk motivering,
- spårbarhet och sammanhang i rehabiliteringsprocessen,
- bedömning och omprövning av patientens tillstånd,
- målformulering och behandlingsplan,
- genomförande och uppföljning av insatta åtgärder,
- planering och avslut av vården,
- patientdelaktighet,
- samt om genomförda åtgärder bedömts vara medicinskt rimliga utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Bedömningen av rimlighet mellan debiterat arvode och journalens innehåll har avsett i vilken utsträckning journalen och tidboken styrker att de åtgärder och den omfattning som debiterats faktiskt framgår av dokumentationen, inklusive om underlaget är tillräckligt för att verifiera de debiterade arvodesnivåerna.

Bedömningen i huvudrapporten baserades på, bland annat:

- 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), om skyldigheten att föra patientjournal,

- 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), enligt vilken patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård, däribland bakgrund till vården, diagnos, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt de överväganden som ligger till grund för behandlingen,
- samt 19 § lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, enligt vilken regionen får återkräva ersättning som betalats ut med för högt belopp.

Endast de journaler som i huvudrapporten i sin helhet bedömts uppvisa brister eller allvarliga brister bör beaktas vid bedömning av återkrav.

För att säkerställa en likvärdig och transparent hantering tillämpas en poängbaserad bedömningsmodell. Poängmodellen används som ett internt beslutsstöd för att bedöma graden av brister i ersättningsunderlaget. Den slutliga bedömningen av återkravets omfattning görs genom en samlad proportionalitetsbedömning där hänsyn tas till i vilken utsträckning ersättningsvillkoren kan verifieras.

Inom respektive granskningsområde – vårdprocessens helhet respektive rimlighet mellan arvode och journalinnehåll – har identifierade brister poängsatts enligt följande:

- Bedömningen brist ger 1 poäng per identifierad brist.
- Bedömningen allvarlig brist ger 3 poäng per identifierad allvarlig brist.

Poängsättning har skett inom respektive bedömningsområde med ett maximalt utfall om 30 poäng per område. Den sammanlagda poängen kan därmed uppgå till maximalt 60 poäng.

Den sammanvägda poängen används som stöd vid bedömning av återkravets omfattning. En högre poäng indikerar mer omfattande brister och därigenom svårigheter att verifiera om utbetald ersättning varit korrekt. Poängutfallet används i sin tur som stöd för att uppskatta återkravets omfattning. En totalpoäng om 60 poäng innebär således att underlaget bedömts vara så bristfälligt att det saknas tillräckligt stöd för att styrka den ersättning som utgått för de aktuella besöken, vilket kan motivera fullt återkrav av utbetald ersättning. Den slutliga bedömningen av återkravets storlek bör dock alltid föregås av en individuell proportionalitetsbedömning där hänsyn tas till graden av verifierbart ersättningsunderlag samt eventuella förmildrande eller försvårande omständigheter. Om en vårdgivare har journaler som i sin helhet bedömts som godkända bör den debiterade summan för dessa patientbesök ej beaktas vid eventuella återkrav mot vårdgivaren.

Denna bedömning där vårdprocessens helhet ställs i relation till debiterat arvode tillser även att proportionalitetsprincipen beaktats. Omständigheter som talar för att vård faktiskt utförts och varit medicinskt rimlig – exempelvis att genomförda åtgärder överensstämmer med nationella riktlinjer eller etablerad vetenskap och beprövad erfarenhet, att patienten uppvisat dokumenterad förbättring eller att diagnos och behandlingsindikation varit tydligt dokumenterade – kan beaktas som förmildrande faktorer vid ställningstagande till återkravets omfattning. Uppskattad återbetalning grundar sig endast på granskat journalmaterial och eventuella återkrav gäller endast de debiterade besöken som ingått i denna granskning.

Modellen syftar således till att skapa ett strukturerat, transparent och proportionerligt bedömningsunderlag för i vilken utsträckning journalunderlaget ger stöd för att den ersättning som utbetalats varit korrekt och verifierbar.

4. Bedömning av återkrav enligt återkravsmodell

Tabell 1: Sammanfattad bedömning av granskade vårdgivare

	VG01	VG02	VG03	VG04	VG05	VG06	VG07	VG08
Antal journaler med brister i vårdprocessens helhet (1p/journal)	0	0	9	9	3	3	6	6
Antal journaler med allvarliga brister i vårdprocessens helhet (3p/journal)	10	10	0	1	0	7	0	4
Antal journaler med brister i rimlighet i arvode vs. Innehåll (1p/journal)	0	0	9	10	1	6	2	5
Antal journaler med allvarliga brister i rimlighet i arvode vs. Innehåll (3p/journal)	10	10	0	0	0	4	0	5
Total poäng	60	60	18	22	4	42	8	38
Indikativ uppskattning av återkravets omfattning baserat på granskat material (60p=100%)	100%	100%	30%	36,7%	6,7%**	70%*	13,3%	63,3%
Antal journaler som är godkända i sin helhet	0	0	1 (P05)	0	10	0	2 (P03 & P04)	0
Antal journaler som har brister i sin helhet	0	0	9	10	0	4	8	10
Antal journaler som har allvarliga brister i sin helhet	10	10	0	0	0	6	0	0

*VG06 saknar helt journalunderlag för perioden innan 2020 vilket kan föranleda ett komplett återkrav av hela den debiterade summan mellan 2016-2020 efter särskild juridisk prövning, då underlag för att verifiera att vårdinsatser skett saknas samt regionens rätt att återkräva ersättning sträcker sig 10 år tillbaka i tiden.

**I VG05 granskning har samtliga tio journaler bedömts som godkända i sin helhet varför inget återkrav är motiverat.

Den indikativa uppskattningen av återkravets omfattning enligt modellen visar att fyra av de granskade vårdgivarna har en bedömd återkravsnivå på mer än 60%. Tre vårdgivare har en bedömd återkravsnivå på mellan 10-40 %. En vårdgivare har bedömd återkravsnivå under 10 % och bedöms ha ett underlag där återkrav ej är motiverat då samtliga journaler i sin helhet bedömts som godkända.

Träffsäkerheten i den procentuella avräkningen i tabell 1 har kontrollerats genom att göra stickprov i journalunderlaget. Kontrollen gav inte något stöd för att modellen systematiskt överskattar återkravens omfattning.

5. Rekommendationer

I de fall där den indikativa uppskattningen av återkravets omfattning överstiger 50 % rekommenderas Region Dalarna göra ett återkrav på det granskade underlaget i paritet till omfattningen av bristerna. I tillägg till detta återkrav rekommenderas Region Dalarna att i de fall där mer än hälften av de granskade journalerna i sin helhet bedöms ha allvarliga brister även utföra en fördjupad granskning då huvudrapporten visar på så pass allvarliga brister. Vid en sådan granskning bör ett mer representativt urval av vårdförlopp göras för att kunna bedöma ett eventuellt generellt återkrav av samtliga debiterade besök under granskningsperioden. I tillägg till detta

rekommenderas Region Dalarna vidare att ställa krav på en skriftlig åtgärdsplan och i närtid följa upp så att kvaliteten på vårdgivarens verksamhet förbättras i enlighet med de rekommendationer som ges i huvudrapporten

I de fall där den indikativa uppskattningen av återkravets omfattning är under 50 % kan Region Dalarna överväga tre olika alternativa åtgärder:

1. Återkrav enligt indikativt återkrav i återkravsmodellen.
2. Begränsade återkrav där till exempel enstaka besök saknar underlag för utbetald ersättning.
3. Inga återkrav av utbetald ersättning.

Oavsett vald åtgärd rekommenderas Region Dalarna att ställa krav på en skriftlig åtgärdsplan och i närtid följa upp så att kvaliteten på vårdgivarens verksamhet förbättras i enlighet med de rekommendationer som ges i huvudrapporten. Om alternativet med ett begränsat återkrav eller inget återkrav applicerats rekommenderas Region Dalarna att vid utebliven förbättring vid uppföljande granskning begära återkrav enligt bedömning i denna granskningsrapport för hela granskningsperioden samt för uppföljande granskningsbesök.

En fördjupad granskning av den nuvarande granskningsperioden eller vid en uppföljande granskning bör ett mindre men representativt urval av journaler användas. Detta för att säkerställa att kvaliteten på journaler och debiteringsunderlag förbättrats och för att bättre kunna göra en helhetsbedömning av vårdgivarens verksamhet. Särskilt fokus vid denna uppföljning bör ligga på de områden där den ursprungliga granskningen identifierat brister, med fördel kan samma granskningsmall användas.

6. Begränsningar

Den framtagna återkravsmodellen och användandet av denna utgör inte ett juridiskt bindande beslutsstöd. Varje eventuellt återkravsärende bör föregås av individuell kommunikation med berörd vårdgivare och en samlad bedömning av samtliga omständigheter i det enskilda fallet.