

## Ordnat införande av personligt hjälpmedel för enskild person

Ordnat införande av hjälpmedel utanför sortiment förutsätter att möjligheterna inom befintligt sortiment har prövats och redovisats i ansökan. Syftet med att ansökan ska undertecknas av verksamhetschef är dennes ansvar utifrån SOSFS 2008:1, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). Verksamhetschef skickar ansökan till [region.vasternorrland@rvn.se](mailto:region.vasternorrland@rvn.se) eller Region Västernorrland, regionens hus, 871 35 Härnösand. Hjälpmedelskommittén fattar beslut i ärendet och verksamhetschef och förskrivare meddelas därefter.

Datum.....

Förskrivare. Namn och profession, verksamhet, e-post, telnr

Klinik/verksamhetsområde

Namnunderskrift av förskrivarens verksamhetschef/ person med delegation, epost

Klinik/verksamhetsområde

Namnförtydligande.

Födelseår på personen som ansökan avser:.....Postort/ hemkommun.....

### Hjälpmedel som ansökan avser

Ange specifik produkt och modell. Uppge helst artikelnummer, leverantör och kostnad.

Hjälpmedelskonsulent har konsulterats

JA

NEJ

Ange orsak nedan!

Har patienten provat föreslaget hjälpmedel

JA

NEJ

Ange orsak nedan!

Aktuellt hjälpmedel har CE-märkning enligt Medicintekniska direktivet

JA

NEJ

Ev. kommentar

Kommentarer

**Kommentarer från konsulenten som är av vikt för kommittén att beakta inför beslut** (se även synpunkter under rubrik Ekonomi)

**Ange likvärdiga hjälpmedel patienten har idag inom samma behovsområde som är relevant utifrån ansökan**

**Beskrivning av problem som ska åtgärdas**

vilken aktivitetsbegränsning och/ eller delaktighetsinskränkning har personen? Vad är orsaken till problemet?

**Aktuell åtgärd**

vilken åtgärd är aktuell? Kräver åtgärden även andra insatser?

**Mål med åtgärden**

Vad är det tänkt att personen ska kunna göra eller delta i med hjälp av åtgärden? Beskriv målet utifrån SMART.

**Personens upplevelse av problemet som ska åtgärdas**

Hur allvarliga konsekvenser upplever personen att aktivitetsbegränsningen/ delaktighetsinskränningen ger i hans/ hennes totala livssituation?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Framtida risk vid utebliven åtgärd**

Hur stor är risken för att i framtida konsekvenser för personens hälsa och möjlighet till aktivitet/ delaktighet om åtgärden inte utförs?  
Finns risk för att livslängden forkortas?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Problemets varaktighet om åtgärden inte utförs**

Hur länge förväntas personens aktuella problem kvarstå om den aktuella åtgärden inte utförs?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Frekvens med vilket problemet uppstår**

Hur ofta uppstår problemet för personen under den tid det beräknas kvarstå?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten

**Åtgärdens effekt i relation till personens fysiska och psykiska funktioner**

I vilken grad påverkar personens fysiska och psykiska funktioner möjligheten att uppnå målet med aktuell åtgärd?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen/okänd

**Åtgärdens effekt i relation till omgivningsfaktorer**

Har personen en omgivning som kommer att underlätta/ stödja att åtgärden ger förväntad effekt så att målet med åtgärden uppnås?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Åtgärden kan utföras utan skaderisk**

I vilken grad kan åtgärden utföras utan risk för skada eller lidande hos personen?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Förväntad varaktighet av effekt**

Hur länge förväntas personen ha nytta av åtgärden?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Förväntad frekvens av effekt**

Hur ofta förväntas personen ha nytta av åtgärden?

Mycket stor     Stor     Måttlig     Liten     Ingen

**Utvärdering**

Förskrivaren ansvarar för att utvärdering av ett beviljat hjälpmedel görs när personen använt hjälpmedlet i 6 månader. Utvärderingen ligger till grund för kommande beslut för liknande hjälpmedel i HMK. Använd den utvärderingsmall som medföljer beslutet

Utvärderingen skickas till [landstinget.vasternorrland@lyn.se](mailto:landstinget.vasternorrland@lyn.se) eller Landstinget Västernorrland, Landstingets kansli, 871 35 Härnösand