

## Dispensansökan Hjälpmedel för urinblåsa\_tarm

Ansökan för förskrivning av hjälpmedel för urinblåsa/tarm (omfattar förbrukningsartiklar vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens enligt HSLF-FS 2021:52) utanför förskrivarsortimentet.

---

### Kriterier

Innan en dispensansökan blir aktuell för bedömning ska patienten utredas och behandlas enligt [Dalarnas Vårdprogram för blåsdysfunktion](#). Individuell behovsbedömning och utprovning ska påvisa att medicinska skäl föreligger, där hjälpmedelsbehovet inte kan uppfyllas inom upphandlat sortiment. Förskrivning ska ske enligt [HSLF-FS 2021:52](#).

### Tillvägagångssätt

#### Efterfråga dispensprodukt

Förskrivaren kontaktar kontinenssamordningen vid förfrågan om dispens.

- [kontinenssamordning.hjalpmedelscenter@regiondalarna.se](mailto:kontinenssamordning.hjalpmedelscenter@regiondalarna.se)
- tfn 0243-(4)97839, 0243-(4)97882

”[Checklista inför dispensansökan](#)” fylls i av förskrivaren och bifogas ansökan.

#### Ansökan

Ansökan ska godkännas av chef med kostnadsansvar för förskrivningen och mejlas till [kontinenssamordning.hjalpmedelscenter@regiondalarna.se](mailto:kontinenssamordning.hjalpmedelscenter@regiondalarna.se).

#### Vid godkänd dispensansökan

Förskrivaren kontaktas av kontinenssamordningen när dispensansökan är bedömd. Vid godkänd dispens lämnar förskrivaren vårdtagaruppgifter via telefon till kontinenssamordningen.

#### Förskriva och beställa

- Kontinenssamordningen lägger till produkten på vårdtagaren
- Förskrivaren gör därefter förskrivningen i förskrivarportalen.

Dokumentera förskrivningen i patientjournalen.

#### Giltighetstid och uppföljningsansvar

Godkänd dispens gäller ett år. Vid överrapportering till annan vårdgivare ska ny dispensansökan ske.

Godkänt av Beredningsgrupp Hjälpmedel Dalarna **2020-04-23**.

## Checklista inför dispensansökan

Checklistan ska bifogas dispensansökan. Utredningen enligt Dalarnas läns vårdprogram för blåsdysfunktion ska vara aktuell, d.v.s. inte äldre än tre månader.

Kryssa i utförda relevanta utredningar.

<b>Anamnes, ex:</b> <input type="checkbox"/> Sjukdomshistoria <input type="checkbox"/> Aktuell medicinering <input type="checkbox"/> ADL-bedömning <input type="checkbox"/> Livskvalitetskattning	<b>Provtagning, ex:</b> <input type="checkbox"/> Uteslut UVI (urinsticka/-odling) <input type="checkbox"/> Residualurinmätning <input type="checkbox"/> P-glukos <input type="checkbox"/> Ev. kreatinin, natrium, kalium
<b>Mätverktyg</b> <input type="checkbox"/> Urinmätning <input type="checkbox"/> Dryckesmätning <input type="checkbox"/> Läckagemätning i gr=ml <input type="checkbox"/> Avföringslista/tarmdagbok <input type="checkbox"/> Toalettschema	<b>Gynekologisk/urologisk undersökning</b> <input type="checkbox"/> Bäckens resistens <input type="checkbox"/> Knipförmåga <i>Kvinnor</i> <input type="checkbox"/> Atrofi <input type="checkbox"/> Prolaps <i>Män</i> <input type="checkbox"/> Prostatapalpation
<b>Genomförda åtgärder</b> <input type="checkbox"/> Behandlat UVI <input type="checkbox"/> Behandlat förstoppning <input type="checkbox"/> Rådgivning om egenvård <input type="checkbox"/> Toalettassistans/-schema <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång	<input type="checkbox"/> <b>Behandling av övriga bakomliggande orsaker:</b>
<p>Ange vilket/vilka upphandlade hjälpmedel som provats innan dispensansökan. Beskriv orsaken till att de inte uppfyller patientens behov. Ange bytesintervall/tappningsintervall/kvarliggandetid.</p> <p>Beskriv hur dispensproduktens funktion tillgodoser patientens behov</p> <p>Övrig information:</p>	

**Förskrivande enhet**

Vårdplats - Enhetens namn _*	Kund nr OneMed (6 siffror) _*	Datum för ansökan _*
Verksamhetschefens E-post _*		Telefon _*

**Förskrivare**

Namn _*	Befattning _*	
Förskrivarens E-post _*		Telefon _*

**Patientuppgifter** lämnas till kontinenssamordningen via telefon.

---

**Dispensprodukt som ansökan gäller:**

Lev. artikel nr. _*	Produktnamn _*	Storlek/Absorption alt. charrier/längd _*
Beräknad förbrukning per dygn _*	Förskrivningsperiod (max ett år) _*	Datum för planerad uppföljning _*
Vid förskrivning av urinkatetrar, uretrastöd, analproppar eller irrigationssystem - ange <b>behandlande läkare</b> _*		

**Dispensen är godkänd och beviljad av:**

Chef med kostnadsansvar på förskrivande enhet _*	Datum _*
---	-------------

*Efter registrering i förskrivarportalen förstörs detta dokument. Följande uppgifter sparas hos Dalarnas Hjälpmedelscenter under avtalsperioden:  
Förskrivande enhet, förskrivare, produkt samt giltighetsdatum.*

---