|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Upprättad av:****Godkänd av: Verksamhetschef** | **Upprättad datum** | **Reviderad datum** |
| **Ansvarig för revidering:** |



|  |
| --- |
| Lokal rutin för medicintekniska produkter |
|  |

Innehåll

[Ansvarsfördelning 2](#_Toc27722280)

[Förskrivare 2](#_Toc27722281)

[Utbildningsansvarig 2](#_Toc27722282)

[Anmälningsansvarig 2](#_Toc27722283)

[Anskaffning, hantering, omdisponering och kassation 3](#_Toc27722284)

[Inköp/hyra 3](#_Toc27722285)

[Inventarieförteckning för spårbarhet 3](#_Toc27722286)

[Bruksanvisning 3](#_Toc27722287)

[Funktionskontroll och rengöring 3](#_Toc27722288)

[Underhåll, besiktning, service och reparation 4](#_Toc27722289)

[Omdisponering 4](#_Toc27722290)

[Kassation 5](#_Toc27722291)

[Negativa händelser och tillbud 5](#_Toc27722292)

[Fel på hjälpmedel 5](#_Toc27722293)

[Allvarlig händelse eller tillbud 5](#_Toc27722294)

|  |
| --- |
| **Ansvarsfördelning** |
| **Förskrivare** |
| Legitimerad arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska efter genomförande av Socialstyrelsens webbutbildning i förskrivningsprocessen.* *Beskriv hur ansvaret fördelats i verksamheten*
 |
|  |
| Behörighet att förskriva förbrukningsartiklar vid vissaInkontinenstillstånd.  Ange*Namn och profession**Kompetens (utbildning/kurs personen har för att kunna förskriva i området)* |
| Utbildningsansvarig |
| Hjälpmedel och hjälpmedelshantering: *Ange* *Namn och profession**Utbildningsområde/produktområde** *Kompetens (utbildning/kurs personen har eller ska erhålla för att kunna utbilda i området)*
 |
| Anmälningsansvarig |
| Verksamhetschef har utsett: *namn och profession* att vara anmälningsansvarig enligt 6 kap. SOSFS 2008:1.*(anges i de fall verksamhetschef* ***inte*** *behåller uppgiften hos sig)*  |

|  |
| --- |
| **Anskaffning, hantering, omdisponering och kassation** |
| Inköp/hyra |
| * Ekonomiskt ansvarig: *Ange chefsnivå*

Beställning av produkter som staden/verksamheten har avtal för beställs via Agresso.Beställning av produkter som regionen har kostnadsansvar för beställs via Beställningsportalen.Inköp/hyra av produkter som inte täcks in av ovanstående hanteras enligt stadens direktiv för direktupphandling.*Verksamhetens rutiner för beställningar kan beskrivas här, t ex vem som beställer vad och var dokument förvaras.* |
| **Inventarieförteckning för spårbarhet** |
| * *Ange dokumentnamn och var dokumentet finns (sökväg i mapp)*
* Mottagare av produkten ansvarar för att förteckna produkt.
* *Ange ansvarig för att förteckning hålls aktuell/ t ex genom egenkontroll och hur ofta det sker.*
 |
| **Bruksanvisning** |
| * *Ange var de förvaras t ex om ni har en pärm där ni samlat aktuella produktblad eller om de finns digitalt, ange sökbarhet.*
 |
| **Funktionskontroll och rengöring** |
| Beskriv:* *Vem/vilka som ansvarar för att utföra löpande skötsel och kontroll av utlämnade hjälpmedel t ex enligt MTP-handboken*
* *Vem/vilka som ansvarar för att utföra löpande skötsel och kontroll av produkter som används av fler t.ex akutlyft och transportrullstolar, enligt MTP-handboken*
* *Ange hur ofta/intervaller alt ”enligt rekommenderade i MTP-handbok”*
* *Ange checklistor/bruksanvisningar som ska användas*
* *Beskriv hur kompetens säkerställs*
 |
| Underhåll, besiktning, service och reparation |
| Vårdsäng: *ange serviceföretag enligt avtal och kontaktuppgift*Årlig service och besiktning av bokas av:Personlyft: *ange serviceföretag enligt avtal och kontaktuppgift*Årlig service och besiktning bokas av:Lyftselar: *ange serviceföretag enligt avtal och kontaktuppgift eller om arbetsterapeut eller fysioterapeut genomför detta.**Om serviceföretag utför ange vem som bokar*Periodisk inspektion utförs minst var 6:e månad av utlämnad lyftsele.Duschvagn: *ange serviceföretag enligt avtal och kontaktuppgift*Årlig service och besiktning bokas av:*Ange även kontaktuppgifter för reparationer av hjälpmedel och vilka som kan/ska ta kontakt* |
| Omdisponering |
| * *Beskriv hur funktionsdugliga produkter som inte längre används omdisponeras, t.ex. överlåtande till annan verksamhet eller hjälporganisation*
* *Ange vem som fattar beslut*
* *Beskriv hur och var detta dokumenteras*
 |
| Kassation |
| * *Beskriv hur kassation av produkter som inte längre bedömts vara funktionsdugliga sker*
* *Beskriv hur och var detta dokumenteras*
 |

|  |
| --- |
| **Negativa händelser och tillbud** |
| Fel på hjälpmedel |
| * *Beskriv vad som görs med produkten, och var den ska förvaras i väntan på utredning*

*Ange vem eller vilka som ska kontaktas när fel uppstår.* |
| Allvarlig händelse eller tillbud |
| * *Beskriv vad som görs med produkten, och var den ska förvaras i väntan på utredning*
* *Ange vem eller vilka som ska kontaktas.*
 |