

Rutin för ansökan om omvårdnadsbidrag/merkostnadsersättning

Bakgrund:

Vårdnadshavaren kan få omvårdnadsbidrag av försäkringskassan om barnet har en funktionsnedsättning som är medfödd eller beror på en sjukdom eller en skada, och som består i minst sex månader.

Ersättning i form av omvårdnadsbidrag kan erhållas exempelvis för

- Särskild träning
- Praktisk hjälp i vardagen som exempelvis på- och avklädning, hygien, läxläsning, klädvård och hjälp vid måltider
- Att upprätthålla rutiner och struktur
- Att aktivera och motivera ditt barn
- Särskild kosthållning eller annan egenvård
- Tillsyn av annan art än det normala för åldern

Vårdnadshavaren kan på grund av barnets funktionsnedsättning och dess konsekvenser över tid få merkostnadsersättning för av försäkringskassan godtagna merkostnader, om dessa överstiger 11 900 kronor per år (gäller 2021).

Vårdnadshavaren ansöker själv om omvårdnadsbidrag och/eller merkostnadsersättning via försäkringskassans hemsida. Det krävs ett läkarutlåtande som på detaljerad nivå beskriver funktionsnedsättningen. Det är försäkringskassan som beslutar om ansökan kan beviljas och för vilken tid ansökan beviljas.

Denna rutin är framtagen för att underlätta utfärdandet av läkarutlåtandet, och för att inhämta nödvändig information. Det är alltid läkaren som utfärdar utlåtandet som tar ställning till informationen och ansvarar för innehållet i utlåtandet.

Denna rutin har stämts av med Försäkringskassan. Försäkringskassan bedömer i varje enskilt fall om rätt till omvårdnadsbidrag/merkostnadsersättning finns och i vilken omfattning.

2021-09-22

Rutin:

Rutinen innefattar tre olika bilagor:

Bilaga 1: "INFORMATION FRÅN VÅRDNADSHAVARE GÄLLANDE LÄKARUTLÅTANDE FÖR OMVÅRDNADSBIDRAG/ MERKOSTNADSERSÄTTNING" *Denna fylls i av vårdnadshavare*

Bilaga 2: "Checklista för samtal" är ett stöd för informationsinhämtning med vårdnadshavare

Bilaga 3: "UNDERLAG FÖR LÄKARUTLÅTANDE GÄLLANDE OMVÅRDNADSBIDRAG/MERKOSTNADSERSÄTTNING". Denna fylls i av legitimerad vårdpersonal med god kännedom om patienten

Bilagorna används på följande sätt:

- 1) **I anslutning till utredning:** "UNDERLAG FÖR LÄKARUTLÅTANDE GÄLLANDE OMVÅRDNADSBIDRAG/MERKOSTNADSERSÄTTNING" (bilaga 3) sammanställs i samband med diagnosdiskussion av utredande teamet. Om vårdnadshavaren efter återgivning önskar ansöka om omvårdnadsbidrag/merkostnadsersättning, utfärdar läkaren intyg utifrån utredningsmaterial och underlaget.
- 2) Om en vårdnadshavare önskar **uppföljande intyg**, eller ansöker för första gången i ett senare skede efter utredningen, inhämtas aktuell information av lämplig behandlare på följande sätt:
 - a) "INFORMATION FRÅN VÅRDNADSHAVARE GÄLLANDE LÄKARUTLÅTANDE FÖR OMVÅRDNADSBIDRAG/ MERKOSTNADSERSÄTTNING" (bilaga 1). Utifrån denna och relevanta journalanteckningar sammanställer en lämplig behandlare informationen i "UNDERLAG FÖR LÄKARUTLÅTANDE GÄLLANDE OMVÅRDNADSBIDRAG/MERKOSTNADSERSÄTTNING" (bilaga 3)
 - Eller*
 - b) Behandlaren intervjuar föräldrarna i samband med t.ex. medicinuppföljning eller annat besök (se "checklista för samtal", **bilaga 2**). Erhållen information dokumenteras i journalen och i bilaga 3, "UNDERLAG FÖR LÄKARUTLÅTANDE GÄLLANDE OMVÅRDNADSBIDRAG/MER-KOSTNADSERSÄTTNING", som sedan läggs till läkare.

OBS: Blanketten "underlag för läkarutlåtande gällande omvårdnadsbidrag/merkostnadsersättning" (bilaga3) är enbart ett underlag för intygsskrivande läkaren, och skickas **aldrig** till Försäkringskassan direkt! Intygsskrivande läkare tar ställning till informationen och ansvarar för innehållet i utlåtandet.

Bilaga 1



INFORMATION FRÅN VÅRDNADSHAVARE GÄLLANDE

LÄKARUTLÅTANDE FÖR OMVÅRDNADSBIDRAG/ MERKOSTNADSERSÄTTNING

Hej!

Du önskar ett läkarutlåtande för ansökan om omvårdnadsbidrag/merkostnadsersättning för ditt barn. För att utlåtandet ska vara så rättvisande och täckande som möjligt, ber vi dig att svara på nedanstående frågor. Frågorna följer försäkringskassans mall för läkarutlåtande och samlar enbart in information som krävs för att kunna skriva ett läkarutlåtande.

Svara gärna kort och enbart i blanketten. Mer utförlig information kan du vid behov meddela din handläggare på Försäkringskassan när du ansöker om omvårdnadsbidrag/merkostnadsersättning.

Ta med dina svar till ditt barns behandlare på BUP mottagningen, eller skicka in dem i bifogat svarskuvert.

Patient _____ Personnummer _____

Vem fyller i? _____

1) Inlärning

Har skolan gjort anpassningar på grund av barnets svårigheter? Beskriv:

2) Språk och kommunikation

Behöver du hjälpa ditt barn i vardagen för att barnet ska kunna kommunicera?

3) Att genomföra uppgifter

Har ditt barn svårigheter med koncentration, hyperaktivitet eller impulsivitet? Om ja, beskriv hur detta påverkar barnets vardag:

Behöver ditt barn stöd på grund av svårigheter med lokalsinne eller tidsuppfattning? Om ja, beskriv hur detta påverkar barnets vardag:

4) Psykiskt mående

Har ditt barn sömnsvårigheter? Om ja, beskriv hur detta påverkar barnets vardag:

Har ditt barn psykiska svårigheter (nedstämdhet, ångest, tvång, aggression, tics, självskadebeteende eller annat)? Hur påverkar dessa svårigheter barnets vardag?

5) Sinnesfunktion och smärta

Har ditt barn en syn- eller hörselnedsättning? Om ja, beskriv:

Har ditt barn någon form av kronisk smärta, som huvudvärk, magont eller ledvärk?

Är ditt barn känslig för ljud, ljus, lukt, färger, material, beröring, värme, kyla eller smärta? Om ja, beskriv hur detta påverkar barnets vardag:

6) Övrig kroppslig funktion

Har ditt Barn kroppsliga besvär så som diarré eller förstoppning, fetma, undervikt, inkontinens (urin, avföring)? Om ja, beskriv hur detta påverkar barnets vardag:

Har ditt barn andra kroniska diagnoser som behandlas på barnmedicin eller vårdcentralen?

7) Hjälpmedel

Har ditt barn hjälpmedelsom skrivs ut av vården (även glasögon, hörselapparat)? Om ja, vilka?

Behöver ditt barn hjälp med att använda hjälpmedlen? Om ja, hur och i vilken omfattning?

8) Omvårdnadsbidrag

Bidraget baseras på den omvårdnad och tillsyn som ditt barn behöver utöver vad som är vanligt för barn i samma ålder utan funktionsnedsättning, till exempel:

- särskild träning
- praktisk hjälp i vardagen som exempelvis på- och avklädning, hygien, läxläsning, klädvård och hjälp vid måltider
- att upprätthålla rutiner och struktur
- att aktivera och motivera ditt barn
- särskild kosthållning eller annan egenvård
- Tillsyn av annan art än det normala för åldern

8) Merkostnadsersättning

Med merkostnader menas kostnader som beror på barnets funktionsnedsättning och är utöver vad som är vanligt för barn i samma ålder. Försäkringskassan bedömer vad som räknas som merkostnader.

- **Hälsa, vård och kost.** Till exempel kostnader för mediciner och specialkost.
- **Slitage och rengöring.** Till exempel slitage av kläder, ökad tvätt och rengöring.
- **Resor.** Till exempel resor med egen bil om ditt barn inte kan åka kollektivt.
- **Hjälpmedel.** Till exempel inköp eller hyra och försäkring av hjälpmedel.
- **Hjälp i den dagliga livsföringen.** Till exempel kostnader för insatser som beviljas av kommunen.
- **Boende.** Vid till exempel byte av bostad kan kostnader för ett extra rum eller större bostadsyta som behövs för vårdutrustning, hjälpmedel eller som behandlingsrum vara en merkostnad om kostnaden inte tillgodoses på annat sätt.
- **Övriga ändamål.** Det gäller kostnader på grund av en funktionsnedsättning, som inte rymms inom kategorierna ovan.

Tack ska du ha!

BUP Nu sjukvården, 21-09-22

Bilaga 2

Checklista för samtal gällande omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning

Denna checklista är tänkt som komplettering till föräldrarnas information. Om föräldrarna inte kan fylla i blanketten (bilaga1) själva, kan frågorna där ställas muntligt.

Anamnes:

- Fråga om aktuella symtom och måendet
- Skolsituation
- Familjesituation
- Viktiga händelser under det gångna året (Aktuell situation)

Specifik information till läkarutlåtandet:

- Fråga om för inlärningssvårigheter/anpassningar i skolan
- Kommunikationsförmåga
- Exekutiva svårigheter: Svårigheter att planera, sätta igång, genomföra, slutföra? Impulsivitet? Lokalsinne, tidsuppfattning? Hur går det att genomföra vardagsuppgifter som att ta på sig, sköta hygien, att packa skolväskan, att genomföra hushållssysslor? Hur går det att leka, att göra läxor?
- Hur fungerar sömnen? Hur mår barnet psykiskt? Har barnet utbrott?
- Glasögon, synnedsättning? Hörselnedsättning? Hjälpbehov med att använda hjälpmedel? Kronisk smärta? Perceptions-avvikelser (hypo- eller hyperreaktivitet på ljud, ljus, smak, lukt, beröring, smärta, ...?)
- Motoriska svårigheter? Epilepsi? Tics?
- Problem med förstoppning/diarré/enures? Selektivt ätandet/minskat matlust? Annan somatisk diagnos som t.ex. astma, allergier, diabetes etc.?
- Hur mycket stöd behöver barnet i sin vardag? Hur fungerar samspelet med vuxna/jämnåriga? Fungerar fritidsaktiviteter? Har familjen merkostnader på grund av barnets funktionsnedsättning? Behov av tillsyn som avviker från det förväntade för åldern?

Gradera alltid i alla områden hur svårt funktionsnedsättningen är

Lindrig = nedsättningen går att kompensera, det märks knappt för någon som inte ser barnet i just det aktuella sammanhanget.

Måttlig = barnets vardag påverkas och barnet behöver stöd i det aktuella området.

Svår = barnet påverkas avsevärt och behöver mycket stöd i det aktuella området. Funktionsnedsättningen är uppenbar även för utomstående.

UNDERLAG FÖR LÄKARUTLÅTANDE**GÄLLANDE OMVÅRDNADSBIDRAG och MERKOSTNADSERSÄTTNING**

Anvisning till behandlare: Fyll i **ALLA** rutor som är **vita efter bästa förmåga**

IFYLLT AV BEHANDLARE _____

1. Uppgifter om barnet:

Förnamn och efternamn: _____

Personnummer: _____

Utdelningsadress och postnummer/ort fylls i av sekreterare

2. Uppgifter om barnets föräldrar: fylls i av sekreterare**3. Utlåtandet är baserat på:**

Skrivs in av läkare:

☐ min undersökning av barnet: datum/☐ journaluppgifter från och med:

☐ Anhörigs eller annans beskrivning av barnet: skriv vad och datum _____

☐ Annat: tidigare utredning? Journalanteckning med viktig information? Tidigare vårdbidrags-
utlåtande? (Skriv vad och datum) _____

Jag har känt barnet sedan (läkaren skriver in)

3.a Andra medicinska utredningar? Skrivs in av läkare**4. Diagnos**

Ange diagnos och diagnoskod av alla aktuella diagnoser

_____	_____
_____	_____
_____	_____

4.a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan:

Patienten har kontakt med BUP NU sjukvården sedan _____. Han/hon har genomgått en utredning för _____ och erhållit ovanstående diagnoser.

Han/hon behandlas för närvarande för följande svårigheter: _____

5. Funktionsnedsättning *ange grad ((lindrig/måttlig/svår), stryk understryk det som är aktuellt*

Intellektuell funktionsnedsättning?

- ☐ Barnet har ingen intellektuell funktionsnedsättning.
- ☐ Barnet har en Borderline intellectual functionning, det vill säga en IQ klart under genomsnittet.
- ☐ Barnet har en mycket ojämn begåvning med en relativ styrka i _____.
- ☐ Barnet har en specifik inlärningsstörning i form av _____ grad. (lindrig/måttlig/svår)
- ☐ Barnet har en intellektuell funktionsnedsättning av _____ grad. (lindrig/måttlig/svår)

Nedsatt förmåga till att kommunicera:

- ☐ Barnet har en pragmatisk språkstörning av _____ grad.
- ☐ Barnet har en fonologisk/impressiv/expressiv/generell språkstörning av _____ grad.
- ☐ Barnet har utifrån sin autism svårigheter med kommunikationen av _____ grad.
- ☐ Det blir ibland/ofta/mycket ofta missförstånd i kommunikationen som leder till konflikter.
- ☐ De språkliga svårigheterna leder ibland/ofta/mycket ofta till frustration.
- ☐ Barnet är i behov av bildstöd för att kunna kommunicera.
- ☐ Barnet har selektiv mutism som begränsar barnet i sin möjlighet att kommunicera.
- ☐ Barnet saknar helt kommunikativt tal.
- ☐ Andra svårigheter, beskriv: _____

Nedsatta exekutiva förmågor:

- ☐ Barnet har lindriga/måttliga/svåra svårigheter med koncentration och uppmärksamhet.
- ☐ Barnet har ett lindrigt/måttligt/svårt impulsivt beteende.
- ☐ Barnet ha lindriga/måttliga/svåra planeringssvårigheter.
- ☐ Barnet behöver hjälp med att sätta igång, att genomföra och att avsluta uppgifter.
- ☐ Barnet har lindriga/måttliga/svåra svårigheter med lokalsinne.
- ☐ Barnet har lindriga/måttliga/svåra svårigheter med bristande tidsuppfattning.
- ☐ De exekutiva bristerna gör det svårt att genomföra vardagssysslor.
- ☐ De exekutiva svårigheterna gör det svårt att genomföra skolarbetet/delta i leksituationer.

Annat, beskriv: _____

5. Funktionsnedsättning fortsättning

Psykiska funktioner

Annan psykisk funktionsnedsättning

- ☐ Barnet har svåra/mycket svåra sömnsvårigheter (*beskriv*)_____.
- ☐ Barnet lider av lindrig/måttlig/svår depressivitet (*beskriv*)_____.
- ☐ Barnet lider av lindrig/måttlig/svår ångest (*beskriv*)_____.
- ☐ Barnet lider av lindriga/måttliga/svåra tvångstankar/tvångshandlingar (*beskriv*)_____
- _____
- ☐ Barnet lider av uttalade motoriska/vokala tics (*beskriv*)_____
- ☐ Barnet har aggressiva utbrott flera gånger i veckan/dagligen/flera gånger dagligen(*beskriv*)
- _____

*Annat, beskriv:*_____

Sinnesfunktion och smärta

- ☐ Barnet har ingen känd syn – eller hörselnedsättning.
- ☐ Barnet har (*beskriv nedsättning av syn/hörsel*)_____
- ☐ Barnet har ingen känd smärtpåverkan.
- ☐ Barnet har kronisk huvudvärk. ☐ Barnet har ofta magont.
- ☐ Barnet har ont i lederna. ☐ Barnet är känslig/mycket känslig mot beröring, ljud, ljus, färger, lukt, värme, kyla, beröring, kläder som sitter åt

*Annat, beskriv*_____

Neuromuskuloskeletal eller rörelserelaterad funktionsnedsättning:

- ☐ Inga motoriska eller neurologiska funktionshinder kända
- ☐ Barnet har en klumpig motorik ☐ Barnet har finmotoriska svårigheter
- ☐ Barnet har koordinationssvårigheter ☐ Barnet har en developmental coordination disorder
- ☐ Barnet har en överrörlighet i lederna ☐ Barnet har en epilepsi

*Annat, beskriv*_____

5. Funktionsnedsättning fortsättning

Övrig kroppslig funktion:

- ☐ Ingen nedsatt kroppslig funktion.
- ☐ Barnet har en kronisk förstoppningsproblematik.
- ☐ Barnet använder blöja dag och natt. ☐ Barnet har enkopres/enures.
- ☐ Barnet har ett selektivt ätande. *Beskriv mer nedan under annat*
- ☐ Barnet lider av fetma. ☐ Barnet lider av undervikt BMI _____

Annat, beskriv: _____

6. Aktivitetsbegränsningar GÄLLER OMVÅRDNADSBIDRAG:

- ☐ Barnet har mer än måttliga behov/stora behov/omfattande/särskilt omfattande behov av omvårdnad och tillsyn jämfört barn utan funktionshinder i motsvarande ålder dag/dag och natt*.
- ☐ Barnet behöver ha kontakt med föräldrarna/tillsyn av föräldrarna för att _____
_____ flera gånger om dagen/under större delen av dagen/hela dagen.
- ☐ Barnet är i behov av anpassningar i form av _____ för att klara vardagen.
- ☐ Barnet behöver aktivering/motivering/påminnelse för att _____.*
- ☐ Barnet behöver praktisk hjälp vid på och avklädning.* ☐ Barnet har svårigheter att sköta sin hygien.*
- ☐ Barnet behöver stöd i samspelssituationer*. ☐ Barnet kan inte delta i vanliga fritidsaktiviteter.
- ☐ Barnet har behov förberedelse och struktur. ☐ Barnet behöver anpassningar i miljön*.
- ☐ Barnet har svårt att hantera oförutsedda händelser och reagerar då med _____
- ☐ Barnet behöver stöd i matsituationen: _____
- ☐ Barnets selektiva ätbeteende kräver anpassad kost: _____
- ☐ Barnet har ett självskadebeteende som föräldrarna behöver begränsa.
- ☐ Barnets sjukdom leder till intensiv kontakt med vården/skola/socialtjänst som föräldrarna är delaktiga i.

* var god och förtydliga: _____

6. Fortsättning funktionsnedsättning GÄLLER MERKOSTNADSERSÄTTNING

- ☐ Barnets impulsiva beteende leder till att föremål går sönder vilket innebär merkostnader.*
- ☐ Barnets exekutiva funktionsnedsättning leder till att saker glöms eller tappas bort.
- ☐ Barnet behöver hjälpmedel/läkemedel som inte går att förskriva. *
- ☐ Barnet kan inte använda allmänna kommunikationsmedel vilket leder till merkostnader.*
- ☐ Barnet har behov av anpassade fritidsaktiviteter vilket leder till merkostnader.*

* var god och förtydliga: _____

7. Pågående medicinska behandlingar

Patienten har kontakt med BUP NU sjukvården och får behandling i form av

(fyll i aktuell behandling och yrkeskategori) _____

Ansvarig vårdenhets _____

Tidplan: ☐ upp till 18 års ålder ☐ vid begränsad tid, hur länge? _____

8. Hur länge förväntas funktionsnedsättningen bestå?

☐ Barnets funktionsnedsättning är utvecklingsrelaterad och varaktig, men kan under uppväxten variera i svårighetsgrad och symtomsammansättning. Den nuvarande funktionsnedsättningen skattas till en C-GAS på _____ (lägg i fet text från C-GAS-tabellen) och förväntas bestå minst ____ år framöver.

☐ Barnets funktionsnedsättning är utvecklingsrelaterad och varaktig, men kan under uppväxten variera i svårighetsgrad och symtomsammansättning. Den nuvarande funktionsnivån skattad med Weiss gradering av funktionshinder är signifikant nedsatt i områdena

☐ Familj ☐ Skola ☐ Livskunskap ☐ Barnets självuppfattning ☐ Socialt ☐ Risker och förväntas bestå minst ____ år framöver. Behovet av tillsyn och merkostnader förväntas minska med tiden/ligga stabilt på samma nivå/öka.

☐ Barnets funktionsnedsättning beror på en psykiatrisk sjukdom av lindrig/måttlig/svår grad och skattas till en C-GAS på _____ (lägg i fet text från C-GAS-tabellen) som förväntas bestå minst _____ år framöver.

Behovet av tillsyn och merkostnader förväntas minska med tiden/ligga stabilt på samma

9. Övriga upplysningar fylls i av läkare

10. Kontakt med försäkringskassan? Fylls i av läkare

11. Kontakt med försäkringskassan