

Flytttrutin

**Lista och rutiner
för hantering och fakturering
av hjälpmedel vid flytt mellan
landsting, region och kommun
inom hjälpmedelscentralerna/
motsvarande**

2013-04-16

Anslutning till rutin för betalning av hjälpmedel som medtages vid flytt in/ut ur länet inom hjälpmedelscentralernas/motsvarandes verksamhetsområde

Förslaget till bifogad rutin har skickats ut till samtliga hjälpmedelschefer inom landstingen och till ansvarig för hjälpmedelsverksamheten inom de gemensamma verksamheterna i kommunerna i Skåne och i Uppsala. Listan har uppdaterats i maj 2011 inklusive kommentarer. Listan är i länsbokstavsordning.

| | Landsting/region/kommun | Ja | Nej | Kommentar |
|----|-------------------------------------------------------------|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | Stockholms läns landsting | X | | Grundprincip är att inte sälja hjälpmedel som kan återanvändas om det inte medför betydande svårigheter för brukaren att byta ut det vid flytt. |
| A | Stockholms läns landsting, Hjälpmedel Stockholm (syd) | X | X | |
| A | Stockholms läns landsting, Sodexo hjälpmedelsservice (nord) | X | | Viktigt att ta hänsyn till olika regler i olika landsting. Sodexo köper inte något hjälpmedel som inte är godkänt att förskriva i Stockholm läns landsting. |
| C | Uppsala läns landsting, barnhjälpmedel | X | | |
| C | Uppsala län, samtliga kommuner | X | | |
| E | Östergötlands läns landsting | X | | Gäller för de hjälpmedel som landstinget äger |
| D | Södermanlands läns landsting | X | | |
| F | Jönköpings läns landsting | X | | |
| G | Kronobergs läns landsting | X | | |
| G | Kommunerna i Kronobergs län | | X | |
| H | Kalmar läns landsting | X | | |
| H | Kommunerna i Kalmar län | X | | |
| I | Region Gotland | X | | |
| K | Blekinge | X | | |
| RS | Region Skåne | | X | |

Hjälpmedelsinstitutet

| | Landsting/region/kommun | Ja | Nej | Kommentar |
|----|---------------------------------|----|-----|--------------------------------------------------------------|
| | | | | |
| RS | Kommuner inom Medelpunkten | | X | |
| RS | Kommuner inom Kristianstad, HÖS | | X | |
| RS | Malmö Kommun | | X | |
| N | Hallands läns landsting | | X | |
| O | Västra Götalandsregionen | X | | Gäller för de hjälpmedel som hjälpmedelscentralen i VGR äger |
| S | Värmlands läns landsting | X | | |
| T | Örebro läns landsting | X | | |
| U | Västmanlands läns landsting | X | | |
| W | Landstinget Dalarna | X | | |
| X | Gävleborgs läns landsting | X | | |
| Y | Västernorrlands läns landsting | X | | |
| Z | Jämtlands läns landsting | X | | |
| AC | Västerbottens läns landsting | X | | |
| BD | Norrbottens läns landsting | X | | |

Rutin för betalning av hjälpmedel som medtas vid flytt in/ut ur länet

1. Syfte

Denna rutin styr regler om övertagande och betalning för hjälpmedel som medtas vid flytt inom Sverige. Det landsting, region eller kommun från vilket personen flyttat, initierar ärendet.

Hjälpmedelschefer/motsvarande i de landsting och/eller kommuner som enligt listan sagt ja, har anslutit sig till rutinen. Listan uppdateras kontinuerligt, dock minst vart annat år.

2. Omfattning

Rutinen omfattar hjälpmedel som hanteras inom hjälpmedelscentral eller motsvarande.

3. Ansvar

Samtliga medarbetare som är delaktiga i rutinen ansvarar för att upprättad rutin följs. Det åligger samtliga medarbetare delaktiga i rutinen att påtala eventuellt behov av revidering.

Hjälpmedelschef i respektive landsting, region eller kommun ansvarar för att denna rutin förankras i verksamheten, är ändamålsenlig och att den hålls aktuell.

4. Arbetsgång

För den ekonomiska ersättningen per hjälpmedel gäller:

- Hjälpmedlets restvärde inklusive tillbehör, ska överstiga 2 000 kr.
- Fast installerade hjälpmedel omfattas inte då de förutsätts att dessa ej medtages vid flytt. Specialanpassade hjälpmedel bör i möjligaste mån medtas.
- Landstingen ska eftersträva att patienten/brukaren ej blir utan hjälpmedel.
- Det landsting från vilket personen flyttat skickar en förfrågan till mottagande landstings hjälpmedelscentral eller motsvarande. (Blankett 1 och 2).
- Mottagande landsting avgör om man vill överta hjälpmedlet/-en (Blankett 3). Vill inte landstinget överta hjälpmedlet/-en skickas dessa tillbaka. Frakten betalas av det landsting som äger hjälpmedlet.
- Det är en fördel om flyttärende är grundade på överrapportering och kontakt mellan förskrivare på respektive ort där det är överenskommet vad som är nödvändigt att personen tar med sig vid flytt.
- Kroppsburna hjälpmedel (proteser, etc.) medtas vid flytt över länsgränserna utan betalning.
- Det nya landstinget, regionen eller kommunen övertar ägandeansvaret och ansvarar för att hjälpmedlet underhålls.

Blankett 4 kan användas för att få hjälp av berörd förskrivaren vid ställningstagande om den inflyttade personens medtagna hjälpmedel ska övertas eller inte.

Datum:

Hjälpmedel som patient/brukare medtagit vid flytt till er

Nedanstående person har flyttat från vårt landsting till ert landsting. Enligt överenskommelse om **Betalning för hjälpmedel som medtas vid flytt in/ut ur länet** ska en ekonomisk uppgörelse träffas med den nya sjukvårdshuvudmannen för hjälpmedel som medtas och som har ett restvärde överstigande 2000 kr.

I bifogad lista, bilaga 2, finns de hjälpmedel som avses.

Ny adress:

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Har vi inte hört något från er senast 60 dagar fr o m _____ tolkar vi det som ett ”ja” och att ni därmed övertar hjälpmedlen och ansvaret för dessa.

Eventuella frågor kan ställas till:

Tel nr:

Med vänlig hälsning

Datum:

Bekräftelse – Flytt

Personnummer:

Namn:

Adress:

Postadress:

Tfn:

Härmed bekräftas att vi övertar/ej övertar ägandeansvaret för hjälpmedlen enligt bifogade förteckning, blankett 2, och godkänner att ni fakturerar oss.

.....
Ort och datum

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Tel

Fakturaadress:

OBS! Ange fakturaadress även om restvärdet är 0 kr. Det behövs för avslut i verksamhetssystem.

.....
Organisationsnummer

Datum:

Skickas till berörd förskrivare

Person inflyttad från annat landsting/kommun och som har hjälpmedel med sig

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Post nr: _____

Postadress: _____

Tfn: _____

Hjälpmedelscentralen har fått förfrågan gällande övertagande av hjälpmedel som ovanstående person tagit med sig vid flytt till vårt landsting. Förfrågan avser hjälpmedel i bifogad lista.

Hjälpmedelscentralen ställer sig positiv till övertagande av hjälpmedlen. Vi behöver därför din hjälp med ställningstagande om hjälpmedlet/ hjälpmedlen är relevanta för ovanstående person i nuvarande situation och om hjälpmedlen är i funktionsdugligt skick.

Hjälpmedelscentralen avser **inte att överta** dessa hjälpmedel. Vi vill därför ha din hjälp med att förse brukare med hjälpmedel inom vårt sortiment som kan ersätta dessa. Kontakta: _____ då brukaren erhållit sitt nya hjälpmedel så **ombesörjer vi hämtning** av de hjälpmedel som ska returneras.

Besked lämnas till: _____ inom 30 dagar.