Trollhättans Stad

Dokumentbeteckning:	**Rutin MTP Madrasshantering**
Antaget av/Ansvarig	Jane Johansson, FC
Handläggare	Malin Wallenberg, bitr. rehabchef Helena Törneröd, MAS
Diarie	2021/00418
Tillhör rutin	
Datum	2021-04-30 Rev 2023-05-04

Flytt av personligt förskrivna sängar

Utförande/Beskrivning:

Patienten ska inför flytt av personligt förskriven säng kontakta förskrivare och ta reda på vilka villkor som gäller. Beställning av flytt måste ske senast en vecka innan uppdraget ska genomföras.

Flytt av säng ingår inte i funktionshyran för hjälpmedel.
Flyttning av säng kan utföras av patienten själv, vårdgivare eller av Hjälpmedelscentralen. Hjälpmedelscentralen **ska alltid utföra sängflytt** om flyttningen innebär att sängen behöver demonteras och/eller monteras för att kunna flyttas.

När Hjälpmedelscentralen utför uppdraget:

Tjänsten ”Flytt av säng” debiteras med fasta avgifter oavsett hur lång tid uppdraget pågår eller hur långt sängen ska flyttas.

• Säng som flyttas inom samma fastighet debiteras med 598 kr (exkl. moms) per uppdrag.

• Säng som flyttas inom samma geografiska område, t ex inom Sjuhäradsbygden, debiteras med 718 kr (exkl. moms) per uppdrag

• Flyttning av säng mellan geografiska områden, t ex från Göteborgsområdet till Skaraborg, genomförs endast i de fall sängen är specialanpassad. Debitering för sådan flytt är 1196 kr (exkl. moms) per uppdrag. I övriga fall ska hämtorder läggas på befintlig säng och ny förskrivning ske till den nya adressen.
(priser från 2021)

Kostnadsansvar:

• Om AT/FT initierar flytt av säng för att underlätta/möjliggöra förflyttningar eller liknande står rehabenheten för kostnaden.

• Om flytt av säng initieras av enhetschef relaterat till arbetsmiljö får enhetschefen stå för kostnaderna. Stäm av kostnaden med enhetschef innan beställning.

• Övriga orsaker till flytt av säng debiteras patienten. Stäm av kostnaden med patienten innan beställning.

Beställning av tjänst;

Förskrivaren registrerar beställningen i webSesam, (välj arbetsordertyp ”Flytt av säng”)

I fältet ”Felbeskrivning/Information” skrivs i klartext att ”Transport utförs av Hjälpmedelscentralen”.
I samma fält anges också om flytten ska faktureras en annan betalare, som enhetschef eller patient. ”Transportkostnad för flytt av säng ska faktureras XXXX”.