# Debiteringsunderlag för HSL insats vid tillfällig vistelse i Sotenäs kommun

**Patientuppgifter**

| |
|---|
| För och efternamn |
| Personnummer |
| Telefonnummer i Sotenäs |
| Vid behov, närståendes namn och telefonnummer |
| Planerad vistelseperiod |
| Adress, postnummer, ort i Sotenäs och ev portkod/vägbeskrivning |

**Överrapporterande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjuksköterska**

| |
|---|
| Namn |
| Yrke/Titel |
| Telefonnummer |
| Faxnummer |

**Ovanstående har erhållit information om avgift enligt Västkomsavtal** ☐

**Bosättningskommunens vårdgivaruppgifter samt fakturerings uppgifter.**

| |
|---|
| Vårdgivare: |
| E-postadress: |
| Person/Organisationsnummer: |
| Referensnamn/kod: |
| Faktureringsadress: |
| Elektronisk fakturaadress, Peppol ID alt GLN-nummer (VAN leverantör skall anges vid GLN nummer) |

Kontaktuppgifter mottagande HSL enhet i Sotenäs kommun

Kommunrehab
Brattebyvägen 26
456 62 Hunnebostrand
Faxnummer: 0523-66 43 50

Sjuksköterskeenheten
Hallindenvägen 26
456 34 Kungshamn
Faxnummer: 0523-66 44 60

| Namn: | Personnummer: | |
|---|---|---|
| **Besöksdatum** | **Utförd åtgärd** | **Tidsåtgång inkl. restid dokumentation etc.** |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Pris/timme | Totalt antal timmar | Total kostnad i kronor |
|---|---|---|
| | | |

Ansvarig arbetsterapeut / fysioterapeut / sjuksköterska

Faxa underlaget till beställaren för kännedom innan underlaget lämnas till enhetschefen för kommunrehab och sjuksköterskeenheten. Samt efter vårdperiodens slut eller vid omfattande insatser varje månad.

# Överrapportering av HSL insats tillfällig vistelse Sotenäs kommun

Beskriv enligt SBAR hur vi ska utföra insatserna under den tillfälliga vistelsen:

| |
|---|
| Patientens namn |
| Personnummer: |

Situation (vad är problemet/anledning till kontakt):

| |
|---|
| |

Bakgrund (kortfattad relevant sjukhistoria – helhetsbild av hälsotillstånd fram till nu):

| |
|---|
| |

Aktuellt tillstånd (status och bedömning):

| |
|---|
| |

Rekommendation (åtgärd: helst KVÅ):

| |
|---|
| |

**Bekräftelse från Sotenäs av mottaget fax:**

| |
|---|
| Namn: |
| Titel: |
| Ev fråga: |

# Hemsjukvård vid tillfällig vistelse i Sotenäs kommun

Patient folkbokförd i annan kommun så kallad delårsboende eller sommargäst har rätt till hemsjukvårdsinsats under sin vistelse i Sotenäs. Inför övertagandet ska avsedd blankett fyllas i av ansökande vårdgivare. Blanketten återfinns på kommunens intranät och hemsida.

Överrapporteringen ska ge en adekvat rapport om patientens aktuella hälsostatus som föranleder önskad hemsjukvårdsinsats, var patienten bor i Sotenäs, eventuell vägbeskrivning/dörrkod, nåbar på telefonnummer och vid behov närståendeuppgifter.

Till den tillfälliga vistelseplatsen ska patienten ta med sig:
- sina personligt förskrivna hjälpmedel
- fullständig ordinationshandling/remiss
- ordinerade läkemedel

Eventuell uthämtning på apotek sköts av närstående. Justering av personligt förskrivna hjälpmedel och beställning av produkter utanför basförrådet sköts av bosättningskommunens vårdgivare.

Vid vård av palliativa patienter vid livets slut ska tydliga skriftliga direktiv finnas om ansvarig läkare inklusive telefonnummer, trygghetsordinationer, behörighet för sjuksköterska att konstatera dödsfall och om patienten har en pacemaker/ ICD/ CRT inopererad.

Informera bosättningskommunens vårdgivare om att en avgift kommer att tas ut som inkluderar hemsjukvårdsinsats, restid och milersättning vilket faktureras vårdgivaren i bosättningskommunen. Alla insatser räknas per påbörjad timme.
Undantagsvis insatsen läkemedelshantering, som utförs av hemtjänst i samband med övriga SoL-insatser, debiteras endast 15 min per tillfälle. Har patienten endast läkemedelshantering som insats blir kostnaden per påbörjad timme.

Ersättningsnivån för hemsjukvård för 2022 är satt till 744 kr/timma.