

Nominering/underlag flytt av vård

Blanketten används vid nominering för ordnad överföring av vård mellan vårdnivåer och vid andra former av flytt av vård. Observera att blanketten bör hanteras digitalt, vid eventuell utskrift finns risk att all text i rutorna inte syns på utskriften.

Beskrivning av ärendet

1. Den nominerade behandlingens namn, ange också KVÅ-kod/-er om det finns

2. Vid vilken diagnos/vilka diagnoser och indikation-/er föreslås överföras?

a. ICD 10 kod/-er:

b. Indikation/-er:

3. Hur många patienter rör det sig om per år? Kommer gruppen att öka eller minska över tid? Hur många besök kan förväntas per berörd yrkeskategori, per år? I förekommande fall också samma information om antal och typ av operation/åtgärd och vårdtillfällen för patientgruppen.

4. Beskriv kortfattat sjukdom/tillstånd och vilken del av vårdprocessen som önskas överförd

Beskriv den nominerade sjukdomen/tillstånd (diagnostisk/behandling/uppföljning). Uppgifterna i det här avsnittet ska även innehålla volymsberäkningar så det vara möjligt att skatta ett genomsnittligt antal undersökningar/behandlingar/uppföljningar per år och patient samt genomsnittlig behandlingstid.

5. Beskriv nuvarande vårdnivå och föreslagen ny vårdnivå samt orsak till varför flytt av vård föreslås

6. Beskriv vilka förutsättningar som ska uppfyllas innan flytt av vård kan genomföras

Beskriv vilka förberedelser som måste genomföras innan flytten av vården kan ske och bedöm längd på denna förberedelsetid.

Patientnytta och patientrisker

Vilken patientnytta och/eller risker medför den föreslagna nya praxisen jämfört med nuvarande vårdpraxis:

7. Beskriv patientnytta och eventuella patientrisker

Sammanfatta budskapet i det vetenskapliga underlaget, max 200 ord (ca en halv A4-sida).

8. Innebär den föreslagna ändringen av vårdpraxis att *någon del* av målpopulationen riskerar att få en sämre vård?

Motivera ditt svar.

Verksamhets- och organisatoriska konsekvenser

Ange under respektive rubrik vad den nominerade förändringen medför sett ur organisatoriskt perspektiv. Besvara frågorna utifrån rådande förhållanden.

9. Var kommer vården utföras?

Ange beräknat antal patienter per förvaltning/vårdgivare för vilka den nominerade ändring kan bli aktuell. Ange även könsfördelningen i den definierade populationen. Vid behov, komplettera med fler rader, förtydliga under rubrik.

Kommentar:

10. Beskriv plan för implementering och ifall särskilda insatser behövs (utbildning, information)

11. Ekonomisk reglering

Om ekonomisk reglering är aktuell ska beräkning av belopp göras i nästa steg och inte redovisas i denna blankett. Koncernkontoret håller samman framtagandet av ekonomisk reglering.

Uppföljning

Ange förslag på hur uppföljning av patientgruppen kan ske för att uppmärksamma oförutsedda problem eller risker i tid. Uppföljning bör ske genom användning av tillämpliga delar av ordinarie uppföljningsprocesser.

12. Beskriv uppföljning

Kontaktuppgifter

13. Förvaltning/funktion som nominerar

Annan - förtydligas nedan

Kompletterande information:

14. Har information om nomineringen givits till berörda förvaltningar, enheter, kunskapsorganisation eller berörda samordningsråd? Om ja, beskriv vilka och när i tid.

Datum för nominering:

Nomineringsansvarig

Namn:

Arbetsplats:

Telefon:

E-post:

Nomineringsblanketten skickas till flyttavvard@vgregion.se