

Checklista för regional analys avseende personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Ett praktiskt stöd vid regionernas analys och fastställande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

VERSION 1.0

Det här dokumentet syftar till att ge tips i förberedelsearbetet inför att vårdförlopp ska införas. Ett övergripande medskick är att påbörja förberedelsearbetet redan under remissperioden. Det ger regionledningen möjlighet till välgrundad analys och beslutsunderlag inför fastställande och ett snabbare införande i patientmötet. Vårdförloppsdocumentet beskriver målbilden för vårdförloppet samt vilka åtgärder som ska göras och när. De nationella arbetsgruppernas konsekvensbeskrivning beskriver konsekvenser på övergripande nivå och kan användas som analysunderlag inför regionens fastställande av aktuellt vårdförlopp. Involvera berörda professioner, verksamheter och lokala programområden/motsvarande i analysarbetet.

Vilket är det huvudsakliga budskapet i vårdförloppet och konsekvensbeskrivningen?

Vilka positiva effekter kan vi uppnå med att börja arbeta med vårdförloppet?

- Vad är patientnyttan?
- Vad är nyttan för professionen?
- Vilka positiva effekter finns avseende nyttjandet av våra ekonomiska resurser?
- Vilka positiva effekter finns avseende rätt användning av kompetens?

Vilka styrkor har vi i regionen att bygga på när vi genomför införandet?

- Finns det inom regionen något gott exempel på hur man redan arbetar enligt vårdförloppet? (att sprida inom och utom regionen)
- Finns det personer som är särskilt viktiga att involvera för att lyckas med förändringen?

Vilka i vår region påverkas av vårdförloppet?

- Vilka patientgrupper berörs och hur stor är gruppen inom regionen?
- Vilka verksamheter och professioner berörs? (i region och kommun)

Vad kommer vi göra annorlunda i vår region när vi börjar arbeta enligt vårdförloppet?

- Vad av det som finns i vårdförloppet gör vi i regionen i dag?
- Vad av det vi gör inom regionen för aktuell patientgrupp bör vi sluta göra?
- Vad är aktuellt att införa i regionen så att vi arbetar utifrån beskrivningen i vårdförloppet?

Vilka genomför förändringen?

- Vilken regional struktur och organisation finns för att ta emot aktuellt vårdförlopp?
- Vilka ger övergripande förändringsledningsstöd? (Exempelvis en sammanhållande funktion/struktur/organisation, utsedd processägare, införande- och uppföljningsstödresurser inom regionen till det aktuella vårdförloppet?)
- Vilka ger specifikt stöd utifrån vårdförloppet? (Exempelvis ledning, medicinskt ledningsansvarig, professionsföreträdare, patientrepresentanter, lokala programråden/motsv.)
- Finns, eller bör någon stödstruktur etableras, för att stötta under förändringen? (exempelvis en funktionsbrevlåda under en övergångsperiod)

Hur genomförs förändringen?

- Vilka beslut behöver fattas och av vem för att vi ska kunna införa vårdförloppet?
- Vilka resurser behövs för att förändra arbetssätt enligt vårdförloppet?
- Vilka kunskapsdokument, rutiner eller avtal behöver uppdateras och av vem?
- När och hur genomförs förändringen av arbetssätt? (Sker förändringen samtidigt för alla, eller några verksamheter i taget? Ska införandet av nya rutiner ske stegvis?)
- När och hur ska uppföljning ske?

Vilka svårigheter finns i vår region kopplat till införandet?

- Vilka huvudsakliga svårigheter finns i det regionala införandet av vårdförloppet?
- Vilka eventuella risker finns vid det regionala införandet?

Hur kommunicerar vi kring förändringen

- Vilka olika kommunikationsinsatser kring vårdförloppet ska ske, målgrupper, budskap, kommunikationsvägar? När ska de ske?

Annat att beakta?