

CHECKLISTA

– IMPLEMENTERINGSPLAN, 15-METODEN

ENHET: _____

DATUM: _____

Har vi tänkt på detta?

1. Vi har klart för oss varför 15-metoden ska implementeras hos oss

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

2. Beslut om att 15-metoden ska implementeras hos oss är fattat på ledningsnivå

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

3. Implementeringsansvarig person/grupp för 15-metoden är utsedd

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

4. Stöd och intresse från ledningen finns

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

5. Implementeringsplan är framtagen

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

6. De som ska utföra 15-metoden har involverats i implementeringsprocessen i tidigt skede

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

7. Övrig personal på enheten har blivit informerade om 15-metoden och dess implementering

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

8. De som ska utföra 15-metoden har utbildats

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

9. De som ska utföra 15-metoden har tillgång till handledning och stöd

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

10. Kliniskt material är tillgängligt

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

11. Rutiner kring ärendehantering är klargjorda

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

12. Pilotförsök är genomfört

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

13. Lokal utvärdering av 15-metoden är utförd

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

14. Eventuella lokala justeringar av 15-metoden är gjorda

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

15. "Produkt"/"tjänst" där 15-metoden ingår är framtagen och beskriven

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

16. Strategi för informations spridning om att företagshälsan kan tillhandahålla 15-metoden finns

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

17. Presentationsmaterial om 15-metoden är framtaget och finns tillgängligt

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

18. Rutiner kring beställningsförfarande och avrapportering till kunden/beställaren är klargjorda

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

19. 15-metoden ingår i enhetens system för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

20. Övrigt

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

Nästa möte

När _____ Var _____

Vilka ska delta eller bjudas in _____

Vem ansvarar _____

Vad ska ha gjorts till dess _____

(sammanfatta gärna vad ni kommit fram till på sista sidan)

