

PASIENTFORLØP

FAGDAG FOR KOMMUNER
I MIDT NORGE

07/11: Ørland kysthotell:

08/11: Støren -kulturhus

19/11: Steinkjer-rådhuset:

27/11: Molde

28/11: Ålesund

05/12: Namsos



Program

08.30-09.30 Informasjon om Helseplattformen og det forestående arbeidet

09.30-10.30

Hva er pasientforløp og hvorfor bruke ressurser på det?

- definisjoner og begreper
- kommunens pasientforløp vs spesialisthelsetjenestens pakkeforløp
- diagnosefokus/behandlingsfokus vs funksjonsutredning/ mestringsfokus
- eksempel kartleggingsredskap/dokumentasjonsmaler i EPJ: Sjekkliste innleggelsesrapport vedtatt av regionalt fagråd-digital samhandling

10.30-10.45 pause

10.45-12.00 Gjennomgang av forløp:

- Hvorfor disse stopp-punktene
- Innhold i stopp-punktene
- Individuelt tilpasset tjeneste på en standardisert måte - er det mulig i hverdagen?

12.00-12.00 Lunsj

13.00-14.15 Gruppearbeid

- Gjennomgang av de fire forløpene
- Vil dette fungere i vår kommune?

14.45-15.30 Hva er viktig for å lykkes med implementeringen?

- Erfaring fra forskning
- Erfaringer fra Trondheim kommune og Stjørdal kommune

Hva er pasientforløp og hvorfor bruke ressurser på det?

Tove Røsstad, kommuneoverlege TK,

Line Kristoffersen, rådmannens fagstab TK

Kristine R. Larsen, rådmannens fagstab Stjørdal kommune

Hva skal Helseplattformen gi oss? (effektmål)

1. Høyere **behandlingskvalitet** og færre **pasientskader**
2. Tilgang til **kontinuerlig oppdatert** klinisk kunnskap basert på beste praksis (beslutningsstøtte)
3. Innbyggerne i Midt-Norge får enkel **tilgang til egen journal** og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp
4. Bedre **samhandling** i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
5. Bedre **data- og informasjonsgrunnlag** for forskning og innovasjon
6. Økt **effektivitet** og bedre **ressursbruk**
7. Bedre **styringsinformasjon** som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift
8. Redusert **tidsbruk** på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger
9. Tilfredsstillende **nasjonale krav og standarder**
10. Innbyggerne i Midt-Norge skal gis mulighet til å **bo lengre i egen bolig**
11. Redusert behov for offentlig tjenesteyting - **helhetlig funksjonsvurdering**



Helseplattformen -bare et nytt journalsystem?

Moderne funksjonalitet:



Kjøper vi en hyllevare?

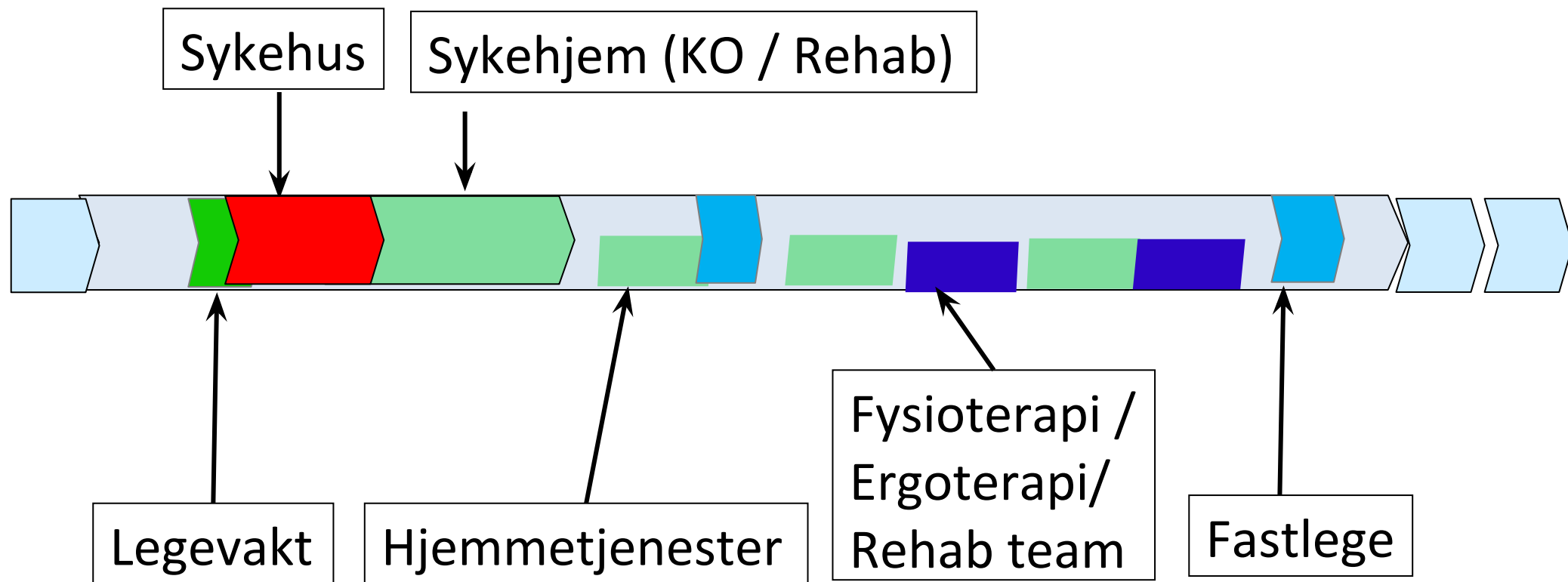


Pasientforløp



En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.

Pasientforløp – pasientflyt - arbeidsflyt



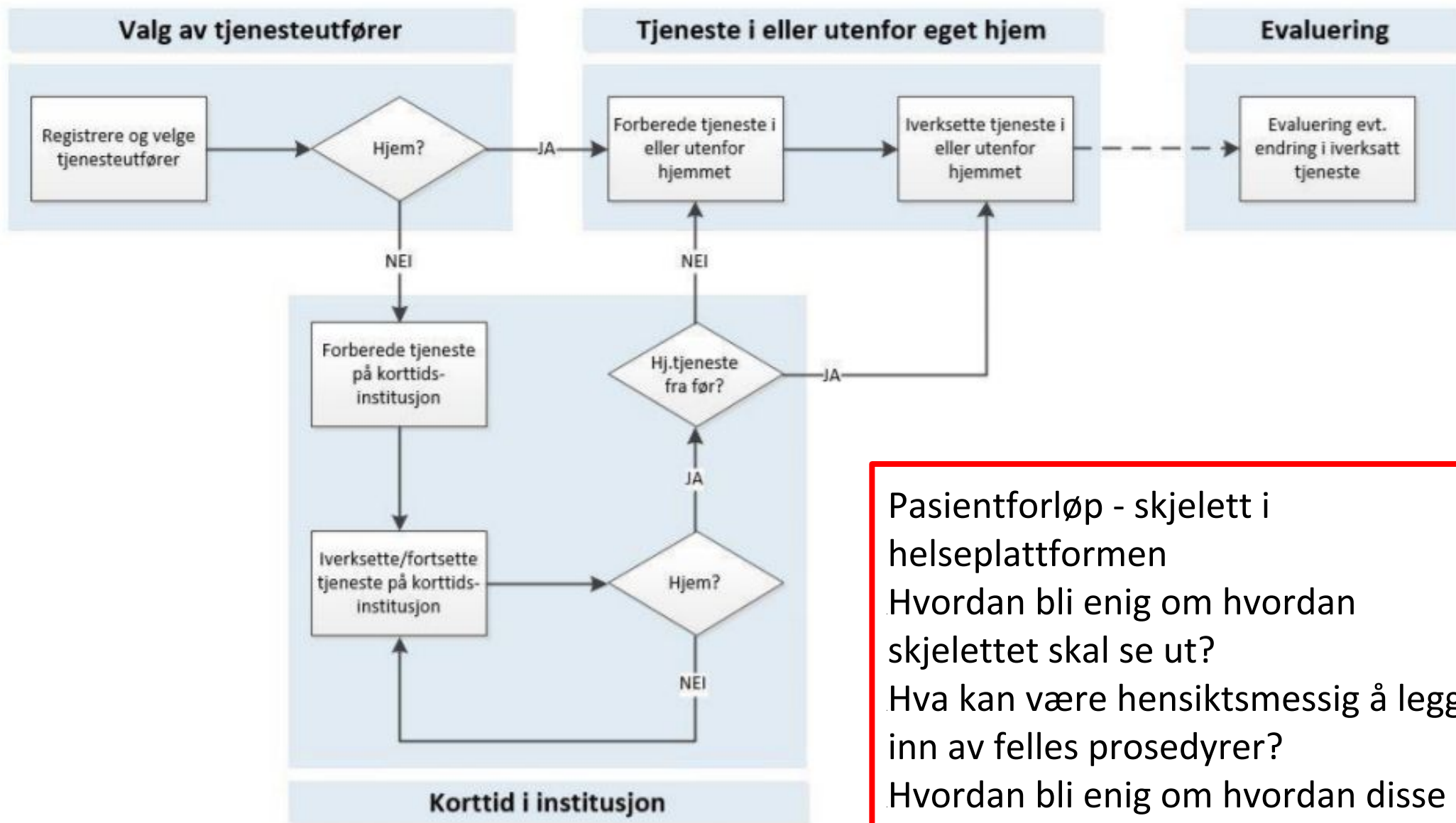
Standardisert pasientforløp

- organisering av tjenester for en spesifikk gruppe pasienter (oftest spesifikk diagnose) over en avgrenset tidsperiode
- ulike oppgaver for helsepersonell er forhåndsdefinert og sekvensert (time for time, dag for dag, besøk for besøk)
→
- mer forutsigbart forløp for pasient / helsearbeidere
- bedre oversikt, mer i forkant
- helsearbeiderne er trygg på hva de skal gjøre
- bedre bruk av arbeidsressurser

Standardisert pasientforløp. Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)



Kortversjon av pasientflyten ²



Pasientforløp - skjelett i helseplattformen
Hvordan bli enig om hvordan skjelettet skal se ut?
Hva kan være hensiktsmessig å legge inn av felles prosedyrer?
Hvordan bli enig om hvordan disse prosedyrene skal være

PASIENTFORLØP FOR BRUKERE AV HJEMMETJENESTEN (HPH)

DAGLIG OBSERVASJON OG TJENESTEYTING

OPPDRAGETS ART

HJEM

HJEMME-
TJENESTE

FAST-
LEGE

BESTILLER
KONTOR

SYKEHUS

BESØK AV
SYKEPLEIER
INNEN 3 DAGER

4 UKERS SAMTALE
MED
PRIMÆRKONTAKT

TELEFON TIL
HJEMME-
TJENESTEN

SJEKKLISTE

SJEKKLISTE

SJEKKLISTE

BESØK HOS
FASTLEGE
INNEN 2
UKER

SJEKKLISTE

VURDERINGSBESØK
/ TELEFON / ELINK

UTSKRIVELSE
FRA SYKEHUS

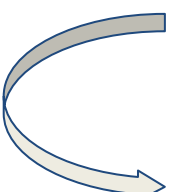
Forløp internt i enhetene



Henvisning /kartlegging / vedtak (evt i forvaltningsenhet)



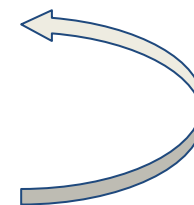
Kartlegging / utredning på enhet



Behandling / oppfølging / omsorg / justering av tiltak



Overføring / utskriving / avslutning



Stjørdal kommune





- Få pasienter bruker mye av ressursene i helsevesenet: lager systemet gjengangere? Hva med nye pasienter?
- Mange av de samme utfordringene på tvers av ulike fagfelt: somatikk, rus og psykisk helse, rehabilitering, helsestasjon
- Hva gjør vi med de som er multisyke da? “Vinner” den ene sykdommen? Tilpasser vi rettferdig?
- Hvordan samarbeider vi i hjelpeapparatet? Fungerer samarbeidet?

Hva om vi kunne..



..utarbeidet ETT generelt pasientforløp!



Utfordringer ...og en haug muligheter!



PAUSE

10.30-10.45

<https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseplattform-men-innforing/opsjonskommuner?authuser=0>

EKSEMPEL PÅ STANDARDISERINGSARBEID VI ALLEREDE HAR GJORT I MIDT NORGE

Regionalt fagråd
digital samhandling Midt-Norge

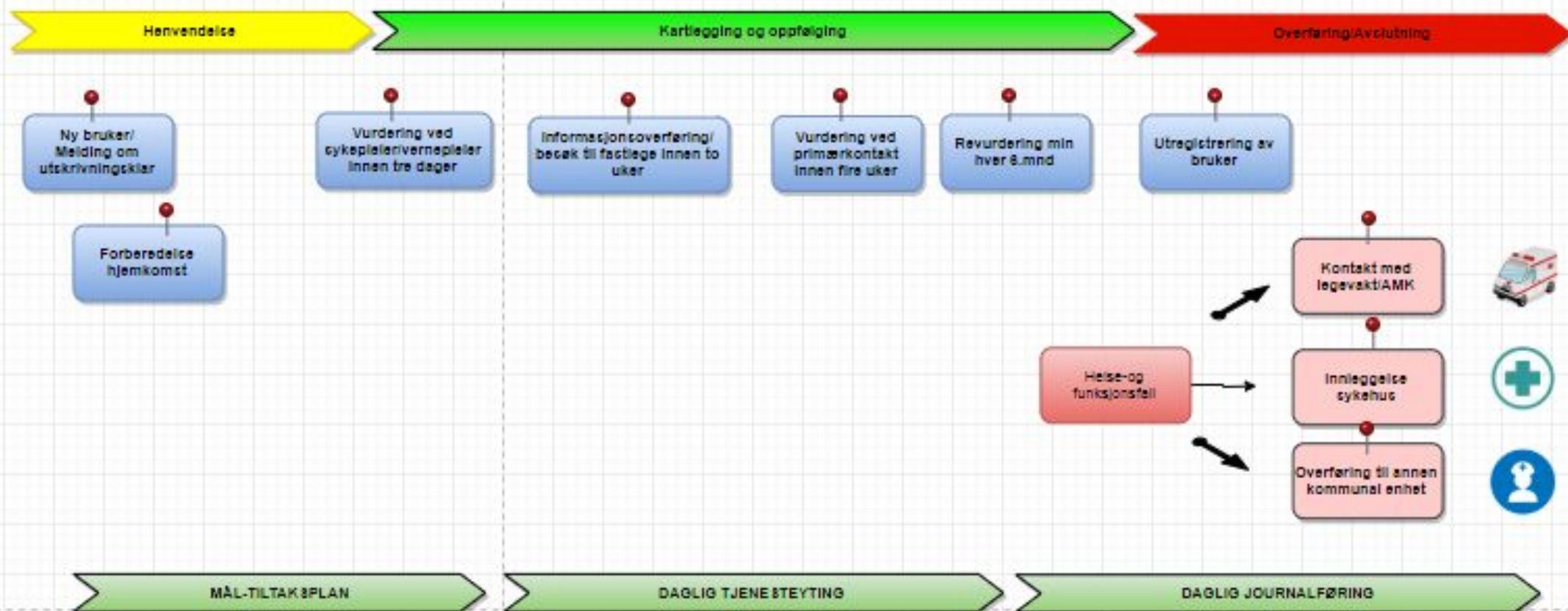
Huskeliste for helsepersonell når innleggelsesrapport skal fylles ut- dersom det er relevant og nødvendig- og sendes til sykehus.			Endring fra opprinnelig liste fra Sør-Trøndelag
1	Kontakt- informasjon enhet	Navn på enhet med telefonnummer, primærkontakt, andre kontaktpersoner i kommunen som kreftsykepleier, demenskoordinator, rus-/psykiatrikontakt.	Ny hjelpetekst
2	Relevante og nødvendige diagnoser		Ny hjelpetekst
3	Medikamentliste	Når kommunen adm. medisinene, når fikk pasienten siste dose, hvilke medisiner var dette. Sist gitt depotinjeksjon.	Ny hjelpetekst
4	Cave, kritisk informasjon, smitte	Palliativ plan/ Plan ved forverring	Ny hjelpetekst
5	Nærmeste pårørende	Kontaktinformasjon til nærmeste pårørende	Ny hjelpetekst
6	Fastlege		Ny hjelpetekst
7	Iplos	Oppdatert Iplos	Ny hjelpetekst
8	Innleggelsesårsak		Ny hjelpetekst
9	Er pårørende informert om innleggelsen?	Ja/nei - navn på pårørende og kontaktinformasjon	Ny hjelpetekst
10	Er det oppnevnt verge for pasienten?	Ja/nei - navn på verge og kontaktinformasjon	Ny hjelpetekst
11	Bor alene	Ja/nei - foreldre, ektefelle, andre.	Ny hjelpetekst
12	Omsorg for barn/ søsken under 18 år	Ja/nei - hva er gjort i forhold til barna	Ny hjelpetekst

Begrunnelse for valg av stoppunkt/milepæler:

- ❖ Bruker/pasient er ny
- ❖ Bruker/pasient har endret behov:
 - akutt
 - langsomt
- ❖ Sikre informasjonsoverføring mellom samarbeidspartner
- ❖ Kvalitetssikring
- ❖ Pragmatisk -hva er godt nok?



Helhetlig pasientforløp i hjemmet



Helhetlig pasientforløp for beboere på sykehjem

Henvendelse

Kartlegging og oppfølging

Overføring/Avslutning

Ny beboer/
Melding om
utskrivningsklar

Innkomsamtale med
beboeripårørende
Dag 2

Kartlegging av
helsetilstand- Medisinsk
oppfølging hver 3 mnd

Sykehjemlege/
Årskontroll

Innkomsamtale
med
beboeripårørende
Innen fire uker

Oppfølgingsamtale
med
beboeripårørende
hver 6.mnd

Forberedelse
hjemkomst

Helse-og
funksjonstest

Kontakt med
legevakt/AMK

Innleggelse
sykehus

Avslutte opphold

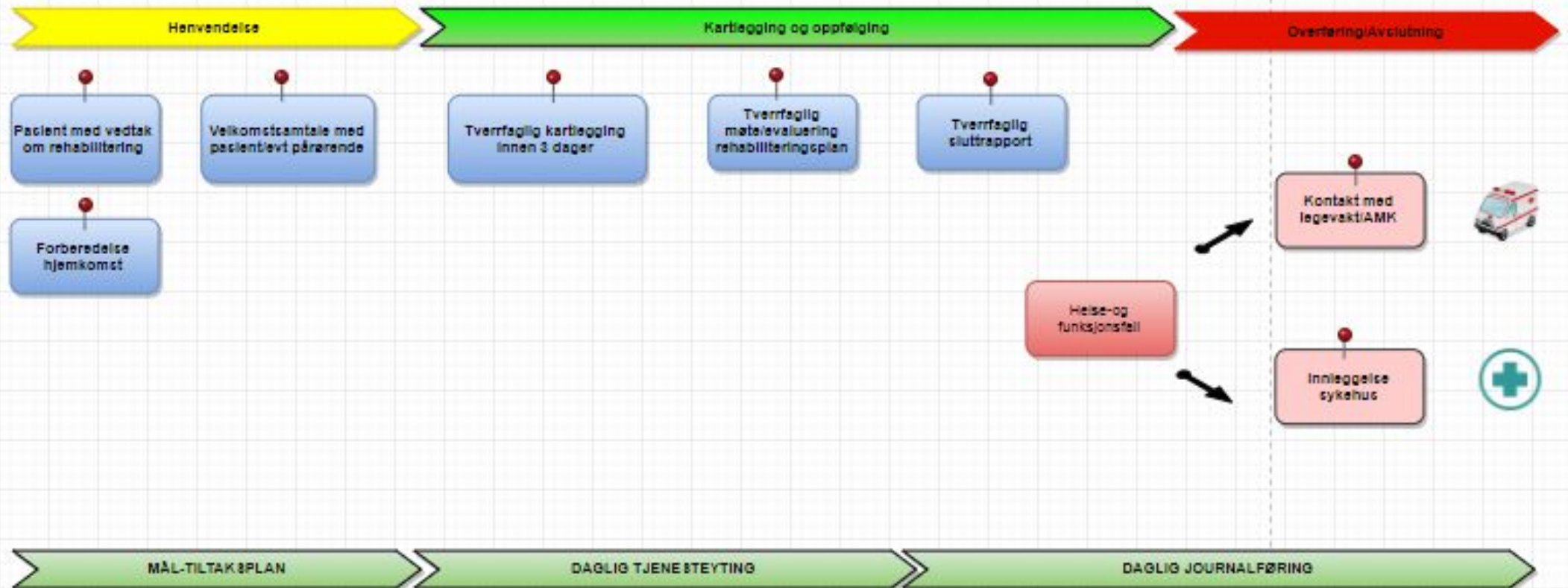


MÅL-TILTAKSPLAN

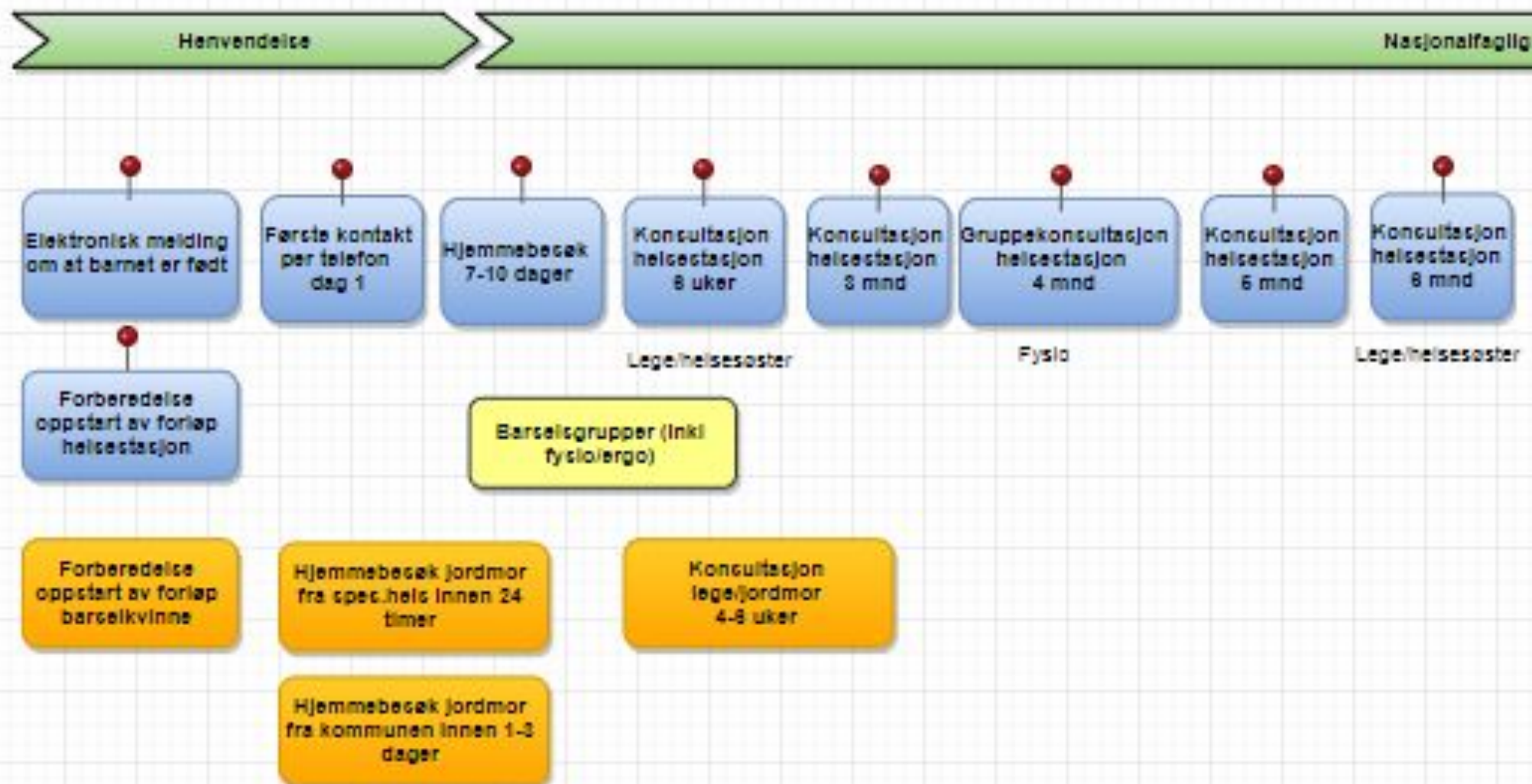
DAGLIG TJENESTEYTING

DAGLIG JOURNALFØRING

Helhetlig pasientforløp Døgnrehabilitering



Helsestasjon



Nasjonalfaglig retningslinje Helsestasjon

Skolehelsetjenesten

Konsultasjon
helsestasjon
8 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
7/8 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
10 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
12 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
16 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
18 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
24 mnd

Konsultasjon
helsestasjon
4 år

Legel/helsesøster

Legel/helsesøster

Legel/helsesøster

Innhold i stoppunktene:

➤ **Vurdering av brukers:**

- Medisinsk tilstand
- Problemområder
- Brukers mål -Hva er viktig for deg?
- Funksjon
- Ressurser og mestringsevne
- Sosiale forhold
- Fysiske omgivelser
- Pårørende
- Økonomi

➤ **Huskepunkter for oss selv:**

- IPLOS
- Brannsikkerhet
- Arbeidsplasskartlegging
- Varsle samarbeidspartnere (matombringning)

Mestringsfokus: strategier om helsefremming, hverdagsrehabilitering, forebygging

ET SYSTEM MED NY FUNKSJONALITET - BESLUTNINGSSTØTTE-KUNNSKAPSSTØTTE

HPH 2: Vurdering av sykepleier /vernepleier innen 3 dager	Veileder/eksempel
1. Aktuelle diagnoser/problemstillinger/allergier:	Generelle ønsker: Utføres på mobil enhet ute hos bruker Etter HPH 2 er ferdig utfyllt - sendes automatisk beskjed til primærkontakt om ny bruker/ dato for gjennomføring av HPH 5. Dokumenter aktuelle diagnoser og problemstillinger, bruk fortrinnsvis norske ord Husk å registrer diagnoser i journal 5.: Forhåndsinnlagt fra sykehus/fastlege, hjemmetjenesten/fastlege må vurdere hvilke diagnoser som skal inn på listen Problemstillinger må legges inn av hjemmetjeneste?/alternativt kodeverk? Mulighet for å flagge informasjon: Smitte, fall, alvorlige allergier, cave
2. Har bruker smerter i hverdagen:	Kroniske/akutte smerter? Smerte etter sykehusopphold? Beskriv intensitet på skala fra 1-10. Smerte ved bevegelse? Avhaking JA/NEI: Nei, smerte ikke registrerer ytterligere informasjon. Ja, smerte (smerteskjema kommer opp automatisk)
3. Beskriv brukers kognitive funksjon:	Har bruker kjent kognitiv svikt? Endring etter sykehusopphold? Hukommelse, orientert for tid og sted, hallusinasjoner? I stand til å tilkalle hjelp, bruke trygghetsalarm? (Avkryssing ja/nei. Om ja- bruker har redusert kognitiv funksjon. Få spørsmål om samtykkekompetanse er aktuell og vurdere. Hvis ja- få opp prosessstøtte på samtykkekompetansevurdering)
4. Beskriv brukers psykisk helse:	Nedstemt? Irritert? Initiativløs? mistenksom? Tar lett til tårer? Angstlignende symptom?

5. Ortostatisk BT og puls:	Mål blodtrykk sittende og stående- umiddelbart og etter 3 minutter hvis det mulig. Puls. Registrer i helsekort i Geric (Ønskelig at systemet har grenseverdier på blodtrykk og puls). All dokumentasjon gjøres i lab.modul.
6. Beskriv brukers ernæringstilstand og evt. behov for oppfølging:	Hvor mange måltid per dag? Matlyst? Trenger bruker bistand til matlaging, eller til å spise? Vurder om det er behov for tettere oppfølging med vektmåling osv (dokumenter i Helsekort i Geric). Kvalme? Matallergier? Drikker bruker tilstrekkelig? Har bruker matvarer i hus? Kobling til lab.funksjon for å registrere vekt/BMI. Kobling til skjema for registrering av drikke/ernæring - som også kan gjøres tilgjengelig for pårørende/bruker selv.
7. Eliminasjon (urin og avføring):	Fungerer mage/tarm/urinveier som normalt? Stomi? Kateterisering? Behov for følge til wc? Hyppig vannlating? Urinretensjon? Trenger bruker inkontinensutstyr? Strukturert dokumentasjon- Mulig å legge inn aktuell prosedyre (f. eks RIK). Kobling til skjema for der en kan legge inn utstyr som er i bruk (bleier, kateter osv?)
8. Beskriv mobilitet, balanse, fall og fallrisiko:	Har bruker hatt et eller flere fall siste 6 mnd? Går med eller uten hjelpemidler? Har bruker potensial for opptrening av muskelstyrke, bevegelighet, balanse? Aktuelt med hjelpemidler? Åpenbare fallfeller i bolig (Lysforhold, gulvmatter, trapp osv)? Sjekk journal 115. Alle fallregistreringer kommer opp automatisk. Prosesstøtte. Kobling til skjema med oversikt over hjelpemidler som er i bruk.

9. Døgnrytme -søvn/hvile:	Hvordan har bruker sovet den siste tiden? Når pleier bruker å stå opp/legge seg? Mulig å koble inn velferdsteknologi/fitbit-søvnregistrering
10. Tegn til komplikasjoner og forverring:	Tegn til infeksjon? Symptom på delir/forvirring? Redusert allmenntilstand? Funksjonsfall? Koble inn prosessstøtte/beslutningsstøtte
11. Medikamentendringer? Spør bruker om det er tegn til virkning/bivirkning:	Hvilke medikamentendringer er gjort (nytt, endret dose, seponert)? Er det noe i kartleggingen eller noe bruker forteller som kan være en konsekvens av medikamentendringer? Beslutningsstøtte? Endringer gjort i løpet av sykehusopphold kommer opp med forslag om mulige bivirkninger - sees opp mot ønsker under kapittel om medikamenter
12. Avklar sammen med bruker administrasjonsmåte av medikamenter:	Skal bruker administrere medisinene selv? Kan vi legge igjen døgn/dag/enkeltdoser? Må vi se at bruker tar medisinene? Skal multidose/dosett oppbevares hjemme/sonekontor? Må komme tydelig fram på oppdragets art. Avkryssing - overføres arbeidsliste -se kapittel om medikamenter
13. Oppdater multidose/dosett som bruker har hjemme/sonekontor etter gjeldende medikamentliste, og legg inn huskelister for	Sjekk om det er lagt opp dosetter, eller finnes multidoser fram i tid, og om disse er korrekte. Legg inn huskelister. Der det ligger bestilling om framtidig prøvetaking i forhold til medikamenter (<u>s. f.</u> eks inr-prøve), så skal dette varslet komme opp automatisk til hjemmetjenesten, og fastlege, men styre unna lørdag og søndag. Sees i sammenheng med kapittel om

framtidige doseringer og prøvetakinger:	medikamenter.
13. Oppdater multidose/dosett som bruker har hjemme/sonekontor etter gjeldende medikamentliste, og legg inn huskelister for framtidige doseringer og prøvetakinger:	Sjekk om det er lagt opp dosetter, eller finnes multidoser fram i tid, og om disse er korrekte. Legg inn huskelister. Der det ligger bestilling om framtidig prøvetaking i forhold til medikamenter (s. f. eks inr-prøve), så skal dette varslet komme opp automatisk til hjemmetjenesten, og fastlege, men styre lørdag og søndag. Sees i sammenheng med kapittel om medikamenter.
14. Tilby bruker å <u>retunere</u> medikamenter som ikke er i bruk til apoteket:	Spør bruker/pårørende. Spesielt viktig der bruker ikke bør oppbevare medikamenter hjemme.
15. Gå gjennom vedtaket sammen med bruker: Er det behov for korrigeringer i antall besøk eller innhold? Avklar tidspunkt for besøk. Behov for hjelpemidler/velferdsteknologi?	Føler bruker seg trygg? Spør bruker om han mestrer hjemmesituasjonen? Klarer mer/mindre enn det som er vurdert? Klarer med arbeidslisteskriver/arbeidslag i forhold til tidspunkt for besøk. Har mulighet til å få en oversikt over tjenester med tidspunkt på nettbrett hjemme hos bruker. Inkludert oversikt over andre tjenester (fysio osv) Bruker har tilgang til samme informasjon i pasientportal - med mulighet til å gi pårørende tilgang.

16. Vurderes hjemmesituasjonen som forsvarlig?	Har bruker spesielle utfordringer i forhold til helsetilstand og sikkerhet (brann, orienteringsevne, fallfare osv)? Er det behov for å vurdere samtykkekompetansen i forhold til konkrete områder? Hvis hjemmesituasjonen vurderes som uforsvarlig, bruk rutine om "uforsvarlige tjenester". Hak av ja/nei- ledes inn i prosedyre for uforsvarlige tjenester/samtykkevurdering/brannkartlegging
17. Send e-melding til fastlege og informer om sykehusinnleggelse/at bruker har hjemmetjenester. Se HPH 3:	Der det er aktuelt med legekonsultasjon, avklar om bruker trenger bistand til å bestille time og evt trenger følge. Legg inn på huskeliste tidspunkt for legetime, og huskeliste dagen i før for å sende oppdaterte-melding til fastlege i forkant av legetimen. Varsel om sykehusinnleggelse sendes automatisk til fastlege. Det generes automatisk melding til fastlege om pasient bør komme til konsultasjon.
18. Spesielle observasjoner som bør følges opp framover:	Anbefalinger fra sykehuset/Helsehus? Ernæring? Balanse? Fallfare? Hukommelse? Medikamentendringer? osv Vurder om det er aktuelt å informere/innhente informasjon fra pårørende. De anbefalinger som sykehuset har bør være generert inn med dato
19. Vil bruker være aktuell for rehabilitering?	Vurder om du skal foreslå rehabilitering (hverdagsrehabilitering, ergo/fysio osv) for bruker, eller om en skal legge det på huskeliste 2 uker fram i tid, informer samtidig primærkontakt eller fagleder Hvis <u>ja</u> Ledes inn i aktuelle tiltak: Hverdagsrehabilitering/Henvisning fysio/ergo/rehabiliteringsteam/<u>dørgnrehab</u> osv

20. Oppdater oppdragets art, ADL og IPLOS og legg inn på huskeliste til primærkontakt for ferdigstilling av HPH 5 innen 4 uker.

Gjøres i samarbeid med evt arbeidslisteskriver, primærkontakt. Vurder om noe skal meldes inn på brukermøte.

Dato for HPH 5 genereres automatisk.

Funksjonskartlegging og ADL bør være det samme -sendes til nasjonale registre

ET SYSTEM MED ANNEN FUNKSJONALITET

[Hjem](#) [Behandlinger](#) [Frisører](#) [Finn time](#)

[Handlekurv](#)

Behandling: Dameklipp + Farging

Dato:

fredag, 02 november, 2018



-Tilgjengelig



-Ikke tilgjengelig



-Ressurs ikke tilgjengelig



-I handlekurven



-Mine fremtidige a

Behandling:

Dameklipp + Farging

Frisør:

Pål Diaz

[↗ Vis en dag](#)

[← Forrige dag](#)

[Neste dag →](#)

Pål Diaz	10				11				12				13				14				15				16				17			
	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45
man. 05 nov.																																
tir. 06 nov.																																
ons. 07 nov.																																
tor. 08 nov.																																

[Tweet](#) [Like](#)

GRUPPEARBEID 13.00- 14.15 (inkl pause)

Gjennomgang av forløpene:

- har vi tilsvarende stoppunkt i vår egen kommune?
- Hvilke konsekvenser vil det få hvis vi skulle gjort det slik?

Gå gjennom listen av tidstyver og forbedringsforslag -har dere flere?

De kommuner som ikke har forløp - er dette noe dere vurderer å begynne med som en forberedelse til helseplattformen?

Hver kommune vil få beskjed av sin RAG - om tilbakemelding:

- form
- tidsfrist

Innføringsprosjektet

Hva er viktig i forberedelsene til
helseplattformen?

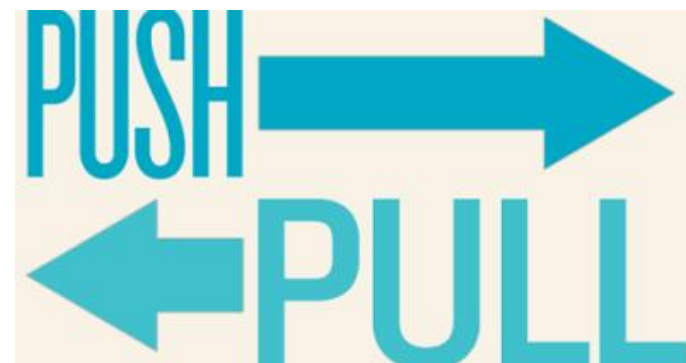
Erfaring fra innføring av pasientforløp i
hjemmetjenesten og for barn og unge



Push 'n pull-faktorer

- Stort prosjekt i helse og omsorg: SiO
- Opprettelse av døgnrehabiliteringsplasser
- Hverdagsmestringsteam
- Fra magefølelse til handling
- Velferdsteknologi

Politiske krav om effektivitet
Samfunnsendringer

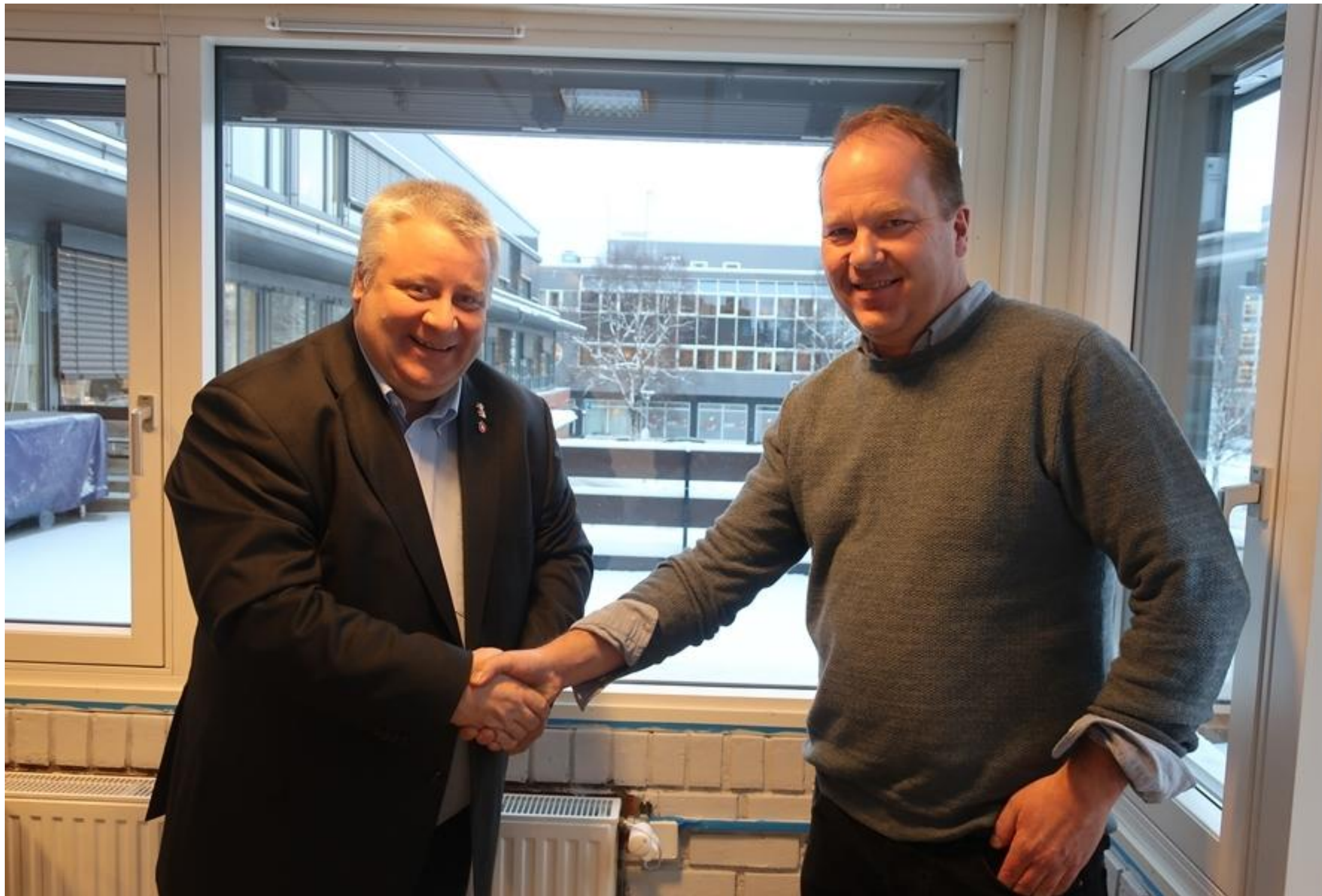


**Brukerens
behov**

Brukeren i sentrum

*Hva er
viktig
for **deg**?*

Hva betyr det?



Brukeren, pårørende, ansatte, lederne og politikerne med på laget

Hva er egentlig “med på laget”?

Å planlegge nok og lite nok

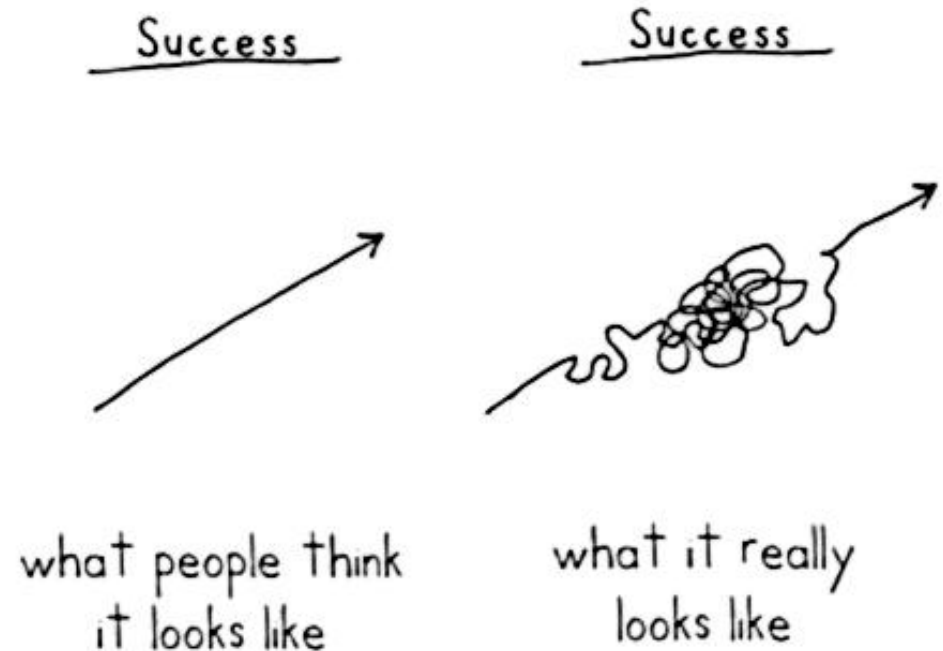
Bruk riktig med tid

System i kaoset

Beslutningsdyktighet

Åpenhet

Feiring! :)



Kompetanse og ansvar

Systematisk oppfølging

- ansvarsforståelse
- observasjonsevne
- kommunikasjonsevne
- vurderingsevne
- evne til å iverksette tiltak
- samhandlingskompetanse
- dokumentasjonsevne
- erfaringskompetanse og evne til erfaringsoverføring
- systemforståelse





God ide'!

Nyttig og gjennomførbart



Aktivitet/tid	Dag 1	KO-plass	Utreise	Hjemme	Avslutning
Samhandling og arbeid Rød = saksfordeling	Møte med forvaltning, HMT, fysio/ergo Leder gir beskjed ved nye multisyke i HT	Oppsøk KO og brukeren Forløpsplan nattbord Kartlegging	Avtal antall besøk TAT og KO Tlf. til fastlege for timebestilling	Ring vakt-tlf. til sonen om utreise Overføring/forflytting bruker til hjem Bistå bruker etter vedtak og avtale Kartlegging	Møte fastlegen Ring og avtal overføringsoppdrag HT IPLOS Overføringsoppdrag med HT PLO til fastlege om avsluttet TAT
Dokumentasjon	Brukerne fordeles på tavle	I Profil Oppdatere tjenestebilde i Profil man/ons fre	Oppsummering i Profil I Profil	Fjern midlertidig opphør i Profil Overfør bruker helg i Profil Oppdater medisinar i Profil Oppdatere tjenestebilde, flyttes TATrute	I Profil I Profil Ved endring: endringsvedtak Oppdatere tjenestebilde, flyttes av TATrute
Informasjon		Informasjonsmøte med pårørende	Ring pårørende om utreise	Kontakt pårørende og gi informasjon	Kontakt pårørende informasjon om avslutning, gi ut evaluerings-skjema
Team-tid	Tavlemøte/ dagsgjennomgang hver dag 07.30-08.00				
	Refleksjon/ evalueringsmøte				Refleksjon/ evalueringsmøte
	Muntlig rapportering hver dag 15.00-15.30				

På tvers



Om tverrforhold og samarbeid

Nivå 0

Definer og avklar bekymringen for et barn.

Trinn 1:

Definer bekymringen for et barn

Trinn 2:

Konkretiser bekymringen

Trinn 3:

Del bekymringen med barnet/foresatte

Trinn 4:

Grunn til videre oppfølging?

Trinn 5:

Avslutt saken

Nivå 1

Tiltak i egen tjeneste, i samarbeid med familien.

Trinn 1:

Iverksette tiltak?

Trinn 2:

Planlegg tiltak ut fra en felles forståelse

Trinn 3:

Gjennomfør tiltak

Trinn 4:

Evaluering

Trinn 5:

Avklar om tiltak skal endres, videreføres eller avsluttes

Nivå 2

Samarbeid med en annen kommunal tjeneste og familien.

Trinn 1:

Opprett kontakt med annen tjeneste

Trinn 2:

Planlegg tiltak ut fra en felles forståelse

Trinn 3:

Gjennomfør tiltak

Trinn 4:

Evaluering

Trinn 5:

Avklar om tiltak skal endres, videreføres eller avsluttes

Nivå 3

Tverrfaglig samarbeid mellom ulike kommunale tjenester, familien og henviste tjenester.

Trinn 1:

Opprett kontakt med andre tjenester

Trinn 2:

Planlegg og samordne tiltak ut fra en felles forståelse

Trinn 3:

Koordiner og gjennomfør tiltak

Trinn 4:

Evaluering

Trinn 5:

Avklar om tiltak skal endres, videreføres eller avsluttes



Planlegg opplæring og trygghet for ansatte

Nok tid og ressurser til å få til praktisk tilrettelegging i hverdagen og tilstrekkelig veiledning av de ansatte





Det hjelper med et himla godt verktøy!

Tidenes pushfaktor!

Det blir magisk.



Takk