

Standard – opppgåver og arbeidsmåtar

i Ambulant Vaksenhabilitering

Standard i Ambulant Vaksenhabilitering «Fidelity»

- Standard i Ambulant Vaksenhabilitering er inspirert av Fidelity-skalaen
- Skalaen beskriv kva oppgåver som ligg til fagrådgivar og yrkesgruppene, og kva eit teambasert arbeid betyr.
- Fidelityskalene bidreg til å kvalitetssikre det arbeidet som blir utført i teamet.

Oppgåvene til
Ambulant Vaksen-
habilitering

Teamarbeid – Oppfølging – møte med pasient

1. Pasientgrupper (4)
2. Teamarbeid og arbeidsrutiner (1)
3. Teamarbeid – kring pasient (4)
4. Ansvarsområder (4)
5. Behandlingsforlaup (1)
6. Samarbeid (3)

Pasientgrupper i
ambulant
Vaksehabilitering
(tilstander)

- A) Pasientar med utviklingshemming med åtferdsvanskar og/eller psykiske tilleggsvanskar, og pasientar med autismspekterforstyrrelser
- B) Pasientar med lettare form for utviklingshemming og/eller autismspekterforstyrrelser
- C) Pasientar med genetiske syndrom og/ eller nevrologiske tilstander

1. Pasientgruppe

A) Pasientar med utviklingshemming med åtferdsvanskar, og /eller psykiske tilleggsvanskar, og pasientar med autismespekterforstyrrelser

- Tenesta sitt hovudfokus er å utrede, behandle (miljøbehandling) og følge opp desse pasientane i sitt vante miljø.
- Målet er å redusere uhensiktsmessige innlegging, førebygge kriser og unngå større belastningar for pasientane.
- Ambulant Vaksenhabilitering bistår førstelinjetenesta i det faglige arbeidet.
- Pasientgruppa kan ha omfattande somatiske, nevrologiske og psykiatriske tilstandar.
- For å gje denne gruppa god oppfølging/behandling er det naudsynt med et godt samarbeid internt i Helse Førde sine avdelingar.

1. Pasientgruppe

B) Pasientar med lettere form for utviklingshemming og/ eller autismspekterforstyrrelser

- Ambulant Vaksenhabilitering jobbar i samarbeid med DPS også med pasientar som har en lettere form for utviklingshemming (kognitive vanskar), eller autismspekterforstyrrelser, og som har utvikla psykiske helseproblem.
- Felles for denne gruppa er at dei manglar, eller har utilstrekkelig oppfølging av kommunale tenester, og som følge av dette hyppig kontakt med Psykisk helsevern. Isolering og manglande tilbod er ofte årsak for opphav og forverring av psykiske vanskar.

1. Pasientgruppe

C) Pasientar med genetiske syndrom og/ eller nevrologiske tilstandar

- Pasientgruppa i seksjonen har i tillegg *ofte genetiske syndrom og nevrologiske tilstander*. Den åtferda som er knytt til syndromet kan ofte forvekslast med psykiatriske tilstander.

2. Teamarbeid Arbeidsmåter

Ambulant og stasjonær arbeid

- Tilsette i tenesta jobbar både ambulant og stasjonært.
- Teamet oppsøker pasientane i deira heimemiljø og dei involverte tenestene.
- Hovudbasen til teamet ligger i Dagabygget Psykiatrisk klinikk i Førde. Andre kontor ligger på Eid, NPS og i Sogndal, ISP.
- Stasjonært arbeid – som konsultasjonar med pasientar, pårørande/personal, utredningar blir gjennomført i Førde og på dei andre kontora.
- Teamet reiser både raskt ut ved akutte behov, og er koordinert/samkjørte ved planlagde oppfølgingar.

3. Teamarbeid kring pasient

- Teamet er tverrfaglig og drar nytte av dette. Tiltaka er forankra i det tverrfaglige i dialog med faglig ansvarlig og spesialister.
- Teamet sikrar kontinuitet kring pasienten og unngår at pasient vert avhengig av ein behandlar

3. Teamarbeid kring pasient «Einar og toar rolle»

- Kvar einskilt pasient som er tilvist tenesta til utredning/behandling/oppfølging skal ha 2 ansvarlege fagrådsgjevarar.
- Om behov for anna, eller spesialisert kompetanse utover det einar og toar innehar sørger teamet for dette.

3. Teamarbeid kring pasient

Vurdering av Samtykke

- I møte med pasient skal alltid samtykkekompetanse vurderast i forhold til:
- Aktuell helsehjelp
- Representant for pasienten
- Samtykke til å innhente informasjon, utredning og behandling

3. Bruker- medvirkning

- Pasientar skal bli presentert for forskjellige val som dei kan forhalde seg til. Val skal være tilpassa pasienten sitt funksjonsnivå.

4. Ansvars- områder

Habiliteringsforlaup - Utredning og behandling

- Før behandling og igangsetting av rettleiing/tiltak blir pasienten, tenestepersonal, eller pårørende i regelen intervjuet, og pasienten sin samtykkekompetanse blir vurdert.
- Vidare skritt i utredningsforlaupet er kartlegging av problem, fungering og mestring, innsamling av tidlige evalueringar/utredningar og observasjonar rundt pasienten, og i samhandlingssituasjonar.
- Resultatet blir evaluert i eit internt behandlingssmøte, og forslag til behandling blir presentert til lokal fagpersonale og pasienten.

Observasjon i heimemiljø

- Vurdering av og kjennskap til pasienten sitt heimemiljø, nettverk og hjelpetiltak er viktig informasjon og forutsetning for val av behandling.

4. Ansvars- områder

Miljøtilrettelegging og miljøbehandling

- Det mest vurderte og passende behandlingstilbudet for menneske med utviklingshemming, eller autismspekterforstyrrelse er «miljøbehandling». Ambulant Vaksenhabilitering jobbar tett saman med fagpersoner i kommunen, eller private tiltak for å analysere miljøbetingelsane rundt pasienten, og å rettleie/ iverksette konkrete tiltak.

Somatisk utredning, medikamentvurdering

- Pasientgruppa i Ambulant Vaksenhabilitering har ofte samansette helseproblem. Somatisk utredning og kontakt med fastlegen og andre spesialister i helseføretaket er derfor en viktig aspekt før igangsetting og val av behandlingsmetode. Ansvarlig lege i Vaksenhabilitering gir råd og anbefalingar (til fastlege, eller andre legar i helseføretaket) i forhold til vidare utredning og medisinerer.
- Tilsette i Ambulant Vaksenhabilitering samarbeider med kommunale fagpersoner og observerer, set i verk kartlegging, og evaluerer pasienten under medikamentendring, i forhold til verknad og biverknad.

4. Ansvars- områder

System- og pårørandearbeid retteiing, kurs

System- og pårørandearbeid

- Ambulant Vaksenhabilitering jobbar tett saman med pasienten sin personal- og støttegruppe i kommunen. I dei tilfella det ikkje finnast tiltak og hjelp rundt pasienten kan tenesta påpeike behov og sette i gang ein prosess der det bli søkt om aktuelle kommunale tenester.

Retteiing, kurs og nettverksarbeid

- Tenesta tilbyr retteiing til fagpersonar i kommunen. Retteiing kan søkast via tilvising etter at pasient/pårørande har gitt sitt samtykke. Tenesta kan også gi generell retteiing som blir bestilt av kommunen.
- Tenesta tilbyr også kurs og nettverksarbeid for utvalte grupper. Tenesta har utarbeida kurskatalog, og ut frå denne kan kommunen bestille kurs.

4. Ansvars- områder

Rutiner for oppfølging
KHOL KAP.9:

Direkte oppfølging

Alle som har vedtak etter kap. 9, bruk av tvang og makt skal ha oppfølging og rettleiing av spesialisttenesta. Ambulant Vaksenhabilitering har fått tildelt dette ansvaret i Helse Førde.

- Alle vedtak skal følgast opp minst ein gang i året.
- Tenesta skal alltid ha fokus på utprøving av alternative tiltak i oppfølging i bruk av tvang og makt, og korleis makt og tvang blir gjennomført.

Uttale og evaluering

- Før statsforvaltar kan godkjenne vedtaka har spesialisttenesta (Vaksenhab.) ansvar for å skrive uttale i høve vedtaka.

5. Behandlingsforlaup

- For pasientar som er tilvist tenesta gjeld i utgangspunktet det same pasientforlaupet som for dei andre seksjonane i psykiatrisk klinikk. Det som kan skilje forlaupet er at habilitering kan strekke seg over lang tid, og at tenesta vert i hovudsak gitt ambulant.
- Habilitering over lang tid medfører at mål og evaluering av tiltak skal vere ein pågåande prosess gjennom heile habiliteringslaupet. Når det gjeld pasientar som får tiltak heimla i KHOL kap. 9, vert behandlingsforlaupet delvis påverka av dette, ved uttale om vedtak, og arbeid knytt til fornying av vedtak. I desse tiltaka skal det og lagast ein samarbeidsavtale.

6. Samarbeid

DPS og kommunar

- **Samarbeid Distrikt psykiatrisk senter (DPS)**
- Vi skal ha et nært samarbeid med DPS (og BUP). Dette innebær og at vi nyttar fagleg kunnskap og ressursar som finnast der, samtidig at vi og bidreg med dette frå vår side.

- **Samarbeid kommunar**
- Kommunane er våre viktigaste samarbeidspartnarar. For å kunne levere ei god teneste er det viktig for oss å ha;
 - god kjennskap til det kommunale hjelpeapparat,
 - god dialog med fagpersonar i kommunane
 - god kunnskap om prosjekt og «ting som rører seg der ute»

6. Samarbeid

med pårørende

For at tenesta skal kunne levere ei god teneste er pårørende ein viktig samarbeidspart. Vi skal ha et nært samarbeid med pårørende.

- Dette inneber at vi deltek i samarbeidsmøter der det er aktuelt, og inkluderer pårørende i pasientbehandlinga.
- Pasient skal samtykke til kontakten.
- Pårørende kan ha kunnskap som kan vere nyttig for oppfølginga.
- Pårørende sin kunnskap vert også nytta i ulike utredningar.

6. Samarbeid

Pasient Heimbesøk

«Det er vanskelig å bu på nokon sin arbeidsplass»

- Heimebesøk og kjennskap til pasienten sitt nærmiljø er en viktig del av ambulant habiliteringsarbeid.
- Pasienten skal allereie ved tilvising bli gjort oppmerksom på at det kan være ønskelig med eit eller fleire heimbesøk hos pasienten, og om intensjonen med slike besøk.