

Velkommen til Ambulant akutteam i Salten

Ambulant akutteam for voksne er en enhet innen spesialisthelsetjenesten som skal bidra til en rask vurdering av hjelpebehov i en akutt psykisk krise, rask mobilisering av personens nettverk og rask mobilisering av behandlingsnettverket. En viktig funksjon er å bidra til at pasientene kommer på rett sted til rett tid.

Teamet har bred faglig sammensetning med 12 stillinger besatt av Psykiatere, psykologespesialister, sosionom, helsesøster, barnevernspedagog og spesialsykepleiere. Lang erfaring og bredde i kunnskap gjør teamet kompetent til denne type arbeid.

Teamet skal kontaktes på tlf, 91245252 Mandag tom. torsdag fra 0800 til 2200. Fredag fra 0800 til 1530. Stengt i helger. Utvidelse av åpningstid er en målsetning.

Målgruppe

Ambulant akutteam er et tilbud for voksne personer over 18 år som befinner seg i en psykisk krisesituasjon og som oppholder seg i opptaksområdet til Salten distrikt psykiatriske senter. Målgruppen omfatter personer i akutte psykiske kriser av et omfang som medfører at personens, familiens og nettverkets vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Tilbudet skal bidra til at personer mottar hjelp på riktig nivå i behandlingsskjeden. Tilbudet skal ikke erstatte allerede påbegynte tilbud eller behandlinger.

Hvem kan henvise?

Lege og andre deler av spesialisthelsetjenesten kan henvise pasienter til Ambulant akutteam. Alle som henviser oppfordres til å ringe 91245252 for å drøfte henvisningen. Det er i utgangspunktet ønskelig at fastlege er kontaktet før det blir tatt kontakt med oss i spesialisthelsetjenesten, men dette kan i gitte situasjoner løses i etterkant og skal ikke være et hinder for kontakt. Alle kan ta kontakt for å drøfte en sak, eller for få hjelp til å bli henvist.

Dette gjør vi

Akutteamet skal medvirke til å forebygge unødvendige innleggelse. Akutteamet vil også kunne bidra til å forebygge unødvendige tvangsinnleggelse, samt gi råd og veiledning til samarbeidspartnere. Redusert bruk av tvang og opplevde krenkelser i forbindelse med innleggelse med og uten politi er et prioritert mål. Akutteamet skal bidra til en rask vurdering av hjelpebehov i en akutt psykisk krise, rask mobilisering av personens nettverk og rask mobilisering av behandlingsnettverket. En viktig funksjon er å bidra til at pasientene kommer på rett sted til rett tid. Pasienter bør derfor så langt det er mulig og hensiktsmessig vurderes av akutteamet før en eventuell innleggelse i akuttavdeling finner sted. Siden vi er et ambulant team, kan vi også reise ut når det er nødvendig. Ambulant akutteams tilbud er tidsavgrenset til ca. 6 uker.

Kontakt oss:

Vakttelefon:91245252

Postadresse:

Ambulant akutteam for voksne
Nordlandssykehuset
Postboks 1480
8092 Bodø

Besøksadresse:

Kløveråsveien 1, 8076 Bodø

Telefoniske henvendelser til Ambulant akutteam.

Dato..... Kl.....

Hvem tar i mot beskjed.....Hvem ringer.....

Pasientens navn.....

Fødselsdato.....

Adresse:.....

Pasientens telefon:.....

Hvem skal en gjøre avtale med:.....

Kort om problemstillingen:

Hva er det som gjør at dette er akutt?.....

Hva slags oppfølging har pasienten fra før av?.....

Hvilken avtale blir gjort:.....

Er det nødvendig med tolk..... Er det kjent hvilket språk:.....

Hvem tar saken:.....

Når er første konsultasjon.....

Evt. samarbeidspartnere:.....

Hvilken avtale er gjort om henvisning.....

Svar på henvendelsen senest en time etter at vi har mottatt den hvis det ikke er gjort konkret avtale allerede under første henvendelse.

Leveres Inger for registrering av nødvendige data. Makuleres når registrering er gjort.

1 Hensikt

Prosedyren skal bidra til å sikre forsvarlig helsehjelp for å redusere omfanget av selvmord i størst mulig grad.

2 Omfang

Alle ansatte i psykisk helse og rusklinikken som arbeider med kartlegging og vurdering av pasienter, samt aktuelle ledere.

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 5 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

Selvmondsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon.

Prosedyren skiller mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Begge disse vurderingene baseres på samtale med pasienten, samt observasjoner også utenom samtalsituasjonen.

Et selvmord skyldes imidlertid ikke alltid utilstrekkelig risikovurdering eller behandling og det er dessverre ikke mulig å forebygge alle selvmord og selvmordsforsøk.

4 Arbeidsbeskrivelse

4.1 Kartlegging av selvmordsrisiko

Det skal gjøres en kartlegging av selvmordsrisiko for alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helse – og rusklinikken. Den skal baseres på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord og være i samsvar med nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511). Kartleggingen bør gjøres ved kontaktetablering, gjentas ved endringer i pasientens tilstand, spørsmål om permisjon i løpet av opphold, overgang mellom ulike behandlingenheter/behandlingsnivåer og ved utskrivning. Innholdet i kartleggingen skal dokumenteres i pasientens journal.

Statistiske risikofaktorer er:

- Psykisk lidelse
- Rusmiddelavhengighet/rusmiddelmisbruk
- Tidligere selvmordsforsøk (antall/alvorlighetsgrad)
- Brudd i relasjoner (inkludert utskrivelse fra døgnhet)
- Selvmord i familien
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media)
- Manglende nettverk

1 Hensikt

Prosedyren skal bidra til å sikre at pasienter med selvmordsrisiko får rett behandling i psykisk helse og rusklinikken

2 Omfang

Alle ansatte som er involvert i behandlingen av pasienter med selvmordsrisiko

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 6 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

Undersøkelser viser at mennesker med psykiske lidelser har økt selvmordsrisiko. Den psykiske smerten forbundet med disse psykiske lidelsene, kan bidra til at selvmordstanker blir omsatt til handling i et sårbart øyeblikk. Behandlingen av psykiske lidelser har derfor en helt vesentlig plass i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk.

4 Arbeidsbeskrivelse

Behandlingen bør ta utgangspunkt i kunnskapsstatus for hver enkelt lidelse, pasientens egen vurdering av sin situasjon og behovet for hjelp. Det er viktig at pasienten får tilstrekkelig sosial støtte, både gjennom en god relasjon til behandlerne og til andre deler av det sosiale nettverket.

Generelle tiltak:

- For adekvat behandling bør pasientene få korrekt diagnose etter tilstrekkelig grundig utredning så snart som mulig. Behandlingen bør igangsettes uten opphold når diagnosen er etablert uavhengig av behandlingsnivå.
- Det bør foretas en tidlig vurdering av hensiktsmessig behandlings- og omsorgsnivå og evt nødvendig grad av tilsyn eller fysiske sikringstiltak. Ved akutt selvmordsrisiko bør pasienter behandles på lukket avdeling.
- Nærmeste pårørende har rett til å medvirke til helsehjelpen og å få informasjon om helsehjelpen etter reglene i pasientrettighetsloven
- I samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt bør pårørende gis anledning til å komme med opplysninger om pasienten. Pårørende bør da gjøres oppmerksom på at pasienten vil kunne lese disse opplysningene i sin pasientjournal.
- Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko skal dokumenteres i pasientens journal i tråd med journalforskriftens krav. Det er ikke tilstrekkelig å konkludere uten at premissene for konklusjonen framgår. Det vil være journalteksten som legges til grunn for redegjørelser i forbindelse med selvmordsforsøk og selvmord.
- Ved utskrivning fra døgnetenhet bør selvmordsrisikoen vurderes og dokumenteres når dette har vært en problemstilling under oppholdet eller tidligere.
- Pasienten bør gis informasjon om hvor og hvem han / hun kan henvende seg til ved behov for øyeblikkelig hjelp.

1 Hensikt

Prosedyren skal bidra til å sikre tilstrekkelig faglig kompetanse for kartlegging og vurdering av pasienter med selvmordsrisiko.

2 Omfang

Alle ansatte i psykisk helse – og rusklinikken som bidrar i behandling av pasienter med selvmordsrisiko, samt aktuelle ledere.

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 5 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

Virksomheten har et overordnet ansvar for at de ansatte, i henhold til forsvarlighetskravet, får nødvendig opplæring og har nødvendig kompetanse i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Den enkelte arbeidstaker har et ansvar for å gjøre seg kjent med prosedyren og arbeidsområdet. Avdelingen bør ha oversikt over hvem som har gjennomgått opplæring på området. Opplæring, gjennomgang av rutiner og den nasjonale veileder for forebygging av selvmord i psykisk helsevern skal framgå av avdelingens HMS plan.

4 Handling

Alle behandlere bør innen 3 måneder etter ansettelse læres opp til å identifisere selvmordsrisiko hos pasienter, dersom de ikke har hatt slik opplæring tidligere. Ansatte som skal gå i vakt, yte øyeblikkelig hjelp eller arbeide i akutteam med pasienter i akutte kriser, bør læres opp før de får slikt ansvar. De må ha de kvalifikasjoner som er nødvendige iht. krav om faglig forsvarlighet. Opplæringen bør bestå av undervisning (inkl dokumentasjon) og praktisk øvelse (mester/svenn).

Dersom man mistenker at det kan foreligge selvmordstanker eller planer (se rutine for kartlegging og vurdering av selvmordsfare), skal kvalifisert helsepersonell (kompetent lege eller psykolog) kontaktes for nærmere vurdering på grunnlag av kjennskap til pasienten, situasjon og tidsperiode. Komparentopplysninger bør innhentes hvis mulig.

Identifisering av risikofaktorer, samt de tiltak som ev iverksettes, skal dokumenteres i journalen. Det er ikke tilstrekkelig å konkludere uten at premissene for konklusjonen framgår. Det er journalteksten som ligger til grunn for redegjørelser til Helsetilsynet i forbindelse med selvmord. Alt personell som i utgangspunktet er kvalifisert for vurdering av selvmordsrisiko bør få veiledning på sine vurderinger av slik risiko inntil de har god nok kvalitet.

5 Lenker

- [PRK - Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, PR31135](#)

1 Hensikt

Proseduren skal bidra til å sikre forsvarlig helsehjelp for å unngå selvmord i størst mulig grad, at skjema for kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon brukes riktig og at misforståelser mellom ansatte unngås.

2 Omfang

Alle ansatte i døgnenheter i psykisk helse og rusklinikken som bidrar i behandling av pasienter med selvmordsrisiko.

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 5 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

Det er 2 nivåer av observasjon av pasienter ved selvmordsrisiko:

- Kontinuerlig observasjon (fotfølge)
- Intervallobservasjon (tett oppfølging)

4 Arbeidsbeskrivelse

4.1 Kontinuerlig observasjon (fotfølge)

Dette brukes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid. Kun unntaksvis kan dette fravikes, dvs. at pasienten kan gå alene på toalettet og dusje alene med ulåst dør og personal utenfor.

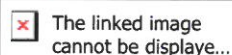
Beslutningen om dette treffes av vakthavende overlege / pasientansvarlig behandler eller enhetens overlege, fortrinnsvis av spesialist. Ved tvil eller uenighet er det enhetens overlege eller avdelingsoverlege som har den avgjørende myndighet. Enhetens miljøpersonal skal høres. Beslutning om iverksettelse kan imidlertid foretas av annet kvalifisert personale som vurderer det som nødvendig for å forebygge selvmord. Spesialist skal da konsulteres på et senere tidspunkt. Avslutning av tiltaket bør besluttes av spesialist i klinisk psykiatri eller psykologi eller de skal konsulteres.

- Beslutningen skal journalføres og skjema [Kontinuerlig observasjon \(fotfølge\)](#) skal brukes.

Ved kontinuerlig observasjon (fotfølge) skal man gå gjennom pasientens rom og fjerne åpenbart farlige gjenstander som pasienten kan skade seg med.

4.2 Intervallobservasjon (tett oppfølging)

Intervallobservasjon brukes når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon. Personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid. Det kan observeres hyppigere, men ikke sjeldnere enn angitt.



Dokumentasjon og melding av selvmord eller alvorlig selvmordsforsøk - PRK

Dokumentansvarlig: Lasse Djerv
Godkjent av: Trude Grønland

Dokumentnummer: PR31231
Versjon: 1.1

Gyldig for: PHR-Psykisk helse- og rusklinikk NLSH

1 Hensikt

Prosedyren skal bidra til å sikre at selvmordsforsøk og selvmord dokumenteres og meldes i samsvar med lov og forskrift, samt at ansvarlige ledere informeres.

Den skal bidra til å sikre at vi kan lære av erfaringer ved å gjennomgå hendelsen og sørge for at det gjøres en vurdering av hvorvidt det er handlet faglig forsvarlig og om rutiner bør endres.

2 Omfang

Alle ansatte i psykisk helse og rusklinikken som er involvert i behandling av pasienter med selvmordsrisiko.

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 5 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

For at det ved selvmord og alvorlige selvmordsforsøk kan påvises hvorvidt pasienten har fått faglig forsvarlig behandling, er det viktig at det foreligger godt dokumenterte kartlegginger / vurderinger av selvmordsrisiko og oppfølging av disse.

4 Arbeidsbeskrivelse

Selvmord og selvmordsforsøk skal dokumenteres særskilt i pasientjournalen. Selvmord regnes som unaturlig dødsfall og skal meldes til politiet snarest mulig, jf helsepersonelloven § 36 og forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall. Dette gjelder også overdosedødsfall. Dersom en pasient tar livet sitt under innleggelse i døgnhet, skal spesialist umiddelbart varsle politiet på telefonen. Det skal utstedes legeerklæring om dødsfallet og kopi skal sendes politiet.

Alle selvmord og alvorlige forsøk skal umiddelbart muntlig meldes avdelingsleder og klinikkssjef, som vurderer om direktøren skal orienteres. Dette gjelder både inneliggende pasienter, pasienter i poliklinisk behandling, pasienter som står på venteliste og pasienter som nylig har avsluttet behandling i psykisk helse og rusklinikken når vi får kjennskap til det. For arbeidsbeskrivelse se [RL2016 Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten](#).

Det skal også fylles ut skjema i henhold til [PR17870 Pasienthendelse](#). Meldingen saksbehandles i henhold til [PR12311 Avviksbehandling i Docmap](#) og [PR28794 Avvik og forbedringsforslag, saksgang i Docmap](#).

Denne skal inneholde:

1. Kort beskrivelse av pasientens sykehistorie med fokus på aktuell situasjon
2. Diagnose iht. ICD 10
3. Vurdering av hvorvidt det var foretatt en vurdering av selvmordsrisiko, som inkluderer

1 Hensikt

Prosedyren skal bidra til å sikre at etterlatte får tilbud om oppfølging og blir ivaretatt etter selvmord.

2 Omfang

Alle ansatte i psykisk helse og rusklinikken som er involvert i oppfølging av etterlatte etter selvmord.

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 5 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

Etterlatte til pasienter som har tatt sitt eget liv opplever ofte skyldfølelse, hjelpeløshet og kompliserte sorgreaksjoner. Reaksjoner overfor helsepersonell og sykehus kan være kraftige. Psykisk helsevern har fått mye kritikk for ikke å ha tilstrekkelig kontakt med etterlatte eller for å ha gitt et godt nok tilbud om sorgstøtte.

4 Arbeidsbeskrivelse

Etterlatte bør underrettes umiddelbart etter at et selvmord har funnet sted. Varsling bør så langt mulig skje ved personlig meddelelse, enten av personell ved enheten eller via prest eller lege i etterlattes bostedskommune. Pasientens behandler, i samråd med spesialist, eller vakthavende bakvakt avgjør i hvert enkelt tilfelle hvilken instans som er mest hensiktsmessig. I særskilte tilfeller kan politiet være behjelpelig med å finne egnet person som kan formidle budskapet til familien.

Etterlatte bør ha andre hos seg under og etter at de har fått budskapet. Etter at dødsbudskapet er gitt, bør egnet personell være tilgjengelig for telefonisk kontakt for å kunne klargjøre omstendighetene rundt selvmordet.

Etterlatte bør tilbys et møte med personalet og ansvarlig behandler. Et hovedmål i denne fasen er å medvirke til at det naturlige sorgarbeidet kan komme i gang og å redusere posttraumatiske reaksjoner.

Avdelingsleder bør, i samråd med behandler, planlegge når eventuell oppfølging skal avsluttes. Langtidsoppfølging av etterlatte er et kommunalt ansvar. Henvvisning til spesialisthelsetjeneste gjøres ved behov.

Oppfølging dokumenteres i pasientens journal.

Sjekkliste for hva vi skal huske på i møtet med pårørende:

- Gi informasjon om hendelsen
- Sett av god tid til å svare på spørsmål

1 Hensikt

Prosedyren skal bidra til å sikre at ansatte som opplever at pasienter tar sitt eget liv, tilbys tilstrekkelig kollegastøtte og at oppfølging etter selvmord skjer i samsvar med klinikkens rutiner. Prosedyren kan også brukes ved andre alvorlige hendelser.

2 Omfang

Alle ansatte i psykisk helse og rusklinikken

3 Grunnlagsinformasjon

Denne og øvrige prosedyrer (se pkt 5 Lenker) bygger på og er i samsvar med føringer i [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

Å kjenne pasienter som begår selvmord er enhver ansattes "mareritt". Oppfølging og kollegastøtte vil som regel være nødvendig over tid. Imidlertid vil behovene variere og det bør legges til rette for individuelle opplegg.

4 Arbeidsbeskrivelse

4.1 Umiddelbart etter at beskjed er mottatt eller påfølgende virkedag.

Leder for enheten / avdelingen møter ansvarlig behandler / personell for avklaring av de umiddelbare problemstillinger:

- Emosjonell støtte til ansatte
- Vurdere pause fra direkte pasientarbeid
- Avklare forhold knyttet til avdødes pårørende (se egen rutine)
- Leder informerer om videre oppfølging og vurderer hyppigheten av kontakt med ansatte som er spesielt berørt
- Arrangere møte der hele personalgruppen orienteres om det inntrufne

4.2 2-3 dager etter hendelsen.

Leder for enheten/avdelingen skal ta kontakt med ansvarlig behandler / personell for å

- Avklare behov for emosjonell støtte
- Avklaring av eventuelle andre behov
- Arrangere nytt møte med personalgruppen dersom det foreligger nye opplysninger

4.3 1-2 uker etter hendelsen.

Leder for enheten / avdelingen skal ta kontakt med ansvarlig behandler/personell

- Behandler/personell bør få tilbud om samtaler/kollegastøtte/veiledning av erfaren kollega
- De skal sammen vurdere tidspunkt for en gjennomgang av selvmordet eller annen alvorlig hendelse. Denne bør ledes av en person utenfor den enheten der selvmordet

1. Hensikt

Ivareta pårørende

2. Omfang

Gjelder for ansatte i Ambulant akutteam

3. Arbeidsbeskrivelse

Der det er behov for det, **skal pårørende tilbys mulighet til samtale** uten at pasienten er til stede. Dette skal primært være for å støtte pårørende i en vanskelig situasjon ved å gi informasjon om tjenester de kan benytte seg av, hvor de kan finne lokale tjenester, interessegrupper o.l som kan være til hjelp. **Konfidensialitet i forhold til pasienten skal ivaretas**, men det er mulig å gi både generelle råd og informasjon samt bidra til å legge forholdene til rette for å lette pårørendes situasjon.

1. Hensikt

Sikre samarbeid med pasientens familie

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam

3. Prosedyre

Det er viktig med støtte fra nettverk, spesielt når noen skal behandles poliklinisk og ikke har rammene som en innleggelse gir. Det er derfor viktig å få rede på støttepersoner i pasientens nettverk og hvilket forhold pasienten har til personen(e). **I samarbeid med pasienten skal AAT tilstrebe kontakt med pasientens nettverk** i den grad det er hensiktsmessig. Dette kan gjøres ved å informere om og invitere til å delta i samtaler en har med pasienten forutsatt at pasienten ønsker dette, informere pasienten om viktigheten av nettverket og evt. identifisere nytt nettverk. Dette forutsetter at det er samtykket fra pasienten.

1. Hensikt

Sikre rask respons på akutte henvendelser til Ambulant akutteam.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akuteam.

3. Grunnlagsinformasjon

Vi ønsker å få henvendelser pr. telefon i første omgang, noe som gjør oss i stand til å gi rask respons. Ved telefoner før kl. 08.45 på morgenen vil vi gi tilbakemelding før kl.10.00. Ved henvendelser før kl. 12.00, vil vi gi tilbakemelding innen kl. 12.30. Ved henvendelse etter kl. 12.00, vil vi gi tilbakemelding innen kl. 15.00. Vi vurderer fortløpende henvendelser, og vil derfor kunne gi umiddelbar tilbakemelding hvis det er alvorlig krise, og vi vil kunne gi hjelp snarest. Det avtales med den som tar kontakt hvordan videre kontakt skal være for å imøtekomme henvendelsen. Dette betyr at det kan gå lengre tid, men aldri lengre enn til neste virkedag. På ettermiddag, kveld og helg avtales umiddelbart evt. bistand. Ved skriftlige henvisninger tas kontakt med henviser samme dag som brevet blir mottatt

1. Hensikt

Sikre at pasienter og pårørende har god informasjon om timer og behandlingstilbudet ved Ambulant akutteam

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

Skriftlig informasjon om AAT gis ved første møte med pasient og evt. pårørende. Ved behov gis også skriftlig behandlingsplan. Pasienten og pårørende velger selv, etter å ha blitt spurt, om AAT skal komme på hjemmebesøk eller det er ønske om å ha samtalen i AATs lokaler. Spørsmålet skal stilles slik at det er like lett for pasienten å velge det ene som det andre. Det kan i noen tilfeller være aktuelt å møtes andre steder, for eksempel på fastlegens kontor.

AAT skal møte presis til alle samtaler, men hvis uforutsette ting skjer så det oppstår en forsinkelse, skal det umiddelbart sørges for at dette blir informert om

1. Hensikt

Sikre at pasienter og pårørende som henvender seg til Ambulant akutteam får informasjon om hvor de kan henvende seg om Ambulant akutteam ikke går inn i saken.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

Når det mottas en telefonisk henvendelse hvor det er åpenbart at AAT ikke kan/skal yte hjelp, skal det **uten unntak** informeres til vedkommende om **hvorfor** og **hvor** adekvat hjelp kan fås. I noen tilfeller vil det være riktig å bistå med kontakt pr. telefon til rette instans.

Ved skriftlig henvisning som avslås sendes **alltid** begrunnet skriftlig avslag til henviser.

Der henvisningen skulle vært sendt til annen instans, skal AAT **alltid** videresende til antatt rette instans.

1. Hensikt

Sikre at pasienter får hjelp av riktig instans ved sosiale og praktiske problemer de selv ikke klarer og ivareta.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

En person som har alvorlige sosiale og/ eller praktiske problemer som er vanskelig å håndtere på egen hand, kan være i risiko for selvmord.

Hvis pasienten er uten bopel/har utilstrekkelige boforhold av forskjellige grunner, er i økonomisk krise eller har andre altoverskyggende problemer, skal vi hjelpe til kontakt med instans som kan bistå for å bedre disse forholdene.

Dette kan være kommunal tjeneste av forskjellig art, NAV eller andre. Som eksempel kan nevnes kontakt med namsmannen, sosialkontor, jurist.

1. Hensikt

Sikre at pasienter får hjelp av riktig instans.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

AAT tar i mot henvisninger og henvendelser fra fastleger, spesialisthelsetjenesten både psykiatri og somatikk samt andre som har henvisningsrett. Videre tar vi i mot henvendelser fra kommunale helsetjenester, politi, barnevern, pasienter og pårørende. **I prinsippet kan alle som har behov for akutt psykiatrisk hjelp, eller skal bistå andre med å få det, ta kontakt, og vi vil vurdere om AAT eller andre er riktig instans. Vi vil bidra ut fra det som avtales.**

1. Hensikt

Sikre at pasienter som har kontakt med Ambulant akutteam får hjelp når de henvender seg til temet

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

AAT har to telefoner med samme nummer, **91245252**. To personer fra teamet har til en hver tid disse telefonene i teamets åpningstid og skal svare umiddelbart. Hvis noen trenger å få tak i en person som er opptatt, skal det informeres om dette og at vedkommende vil få beskjed om å ringe tilbake så fort det er mulig evt. på et avtalt tidspunkt. Hvis det ikke kan vente, skal den som svarer prøve å bistå så godt som mulig. Hvis det er behov for ekstra konsultasjon for vedkommende, enten hjemmebesøk eller i enhetens lokaler, skal dette etterkommes så fremt det vurderes som rimelig i forhold til forespørselen.

1. Hensikt

Sikre at pasienter som har kontakt med Ambulant akutteam har behandlingsplan.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

Det er bestemt at alle i PR-klinikken skal ha behandlingsplan. Hensikten er å få gode pasientforløp og forutsigbarhet for pasienten og evt. pasientens pårørende. I veilederen for DPS (IS-1388) står følgende:

"Det er avgjørende at behandlingstilbudet bygger på en behandlingsplan som er utformet i samarbeid med den det gjelder. Et målrettet og strukturert behandlingstilbud som pasienten også er inneforstått med forutsetter at det utarbeides en behandlingsplan som journalføres. "

Videre er det en sjekklister som bør følges angående hva planen skal inneholde:

- Diagnose/funksjonsstatus (inkl.arbeid, skole etc.)
- Konkrete observerbare mål for behandlingen
- Skissering av valgt behandlingstilnærming med begrunnelse
- Skissering av antatt varighet
- Kriterier for avslutning
- Om pasienten har blitt informert om sin lidelse og om ulike behandlingalternativer og hvor de finnes
- Om behandlingsplanen er utformet i samråd med pasienten og evt. andre aktuelle personer
- Er det avtalt evaluering og systematisk tilbakemelding underveis i behandlingen?

AAT har oftest kortvarig kontakt med pasienten, men skal likevel lage behandlingsplan med dette som utgangspunkt. Det finnes egen mal for dette i DIPS

1. Hensikt

God og hensiktsmessig ivaretagelse av pasientenes fysiske helse.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

Ved innkost spørres pasienten om fysisk helse dersom det er mulig. Hvis det er uavklarte fysiske plager hos pasienten, bes det konkret om oppfølging hos pasientens fastlege. Hvis dette av forskjellige grunner ikke er gunstig for en pasient som trenger utredning, sendes henvisning direkte fra lege ved AAT. Ved behov kan personell ved AAT sjekke blodtrykk, vekt og lignende.

1. Hensikt

God og hensiktsmessig ivaretagelse av pasientenes behov for medikamentell behandling.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

Ved forespørsel om hjelp til medikamentvurdering fra fastlege, skal AAT bistå samme virkedag. Hvis ingen leger er til stede, skal annet personell ved AAT ta kontakt med annen avtalt lege ved DPS eller PR-klinikken, slik at dette kan bli ivarettatt. Ved behov for vurdering av eventuelt **oppstart av medikamenter hos pasient ved AAT, skal dette diskuteres med overlege ved teamet, evt. dennes stedfortreder.** Hvis det er aktuelt med oppstart av medikament, skal det gjøres avtale slik at pasienten blir vurdert av lege. **Legen avgjør om det skal skrives ut resept til pasienten hvis pasienten er enig i det. Pasienten får informasjon om ønsket effekt i forhold til psykiske symptomer/diagnose, begrunnelse for medisiner og mulige bivirkninger.** Ved behov gis denne informasjonen også skriftlig. Pasienten skal ha skriftlig oversikt over medikamenter startet ved AAT. **Det er ingen forutsetning for å få hjelp ved AAT at pasienten tar i mot tilbudet om medikamentell behandling.**

For å følge opp pasientens medisiner kan etter avtale med legen annet personell svare på spørsmål fra pasient og pårørende ang. Medikamenter som er i bruk. Alle medarbeidere i teamet har ansvar for å etterspørre effekt og bivirkninger som evt. måtte oppstå, samt å gi tilbakemelding til lege angående dette.

Det er kun leger som kan gi konkrete råd om medisiner ved AAT. Det gis tilbakemelding til lege om effekt, bivirkninger og annet.

AAT deler ikke ut medikamenter. Hvis det er behov for at pasienten får hjelp til å ta sine medisiner, kontaktes kommunal helsetjeneste.

1. Hensikt

Bidra til at det unngås akuttinnleggelser der det er mulig.

2. Omfang

Alle ansatte ved Ambulant akutteam.

3. Grunnlagsinformasjon

AAT skal jobbe for å unngå innleggelser i akuttpost der det er mulig å prøve og hjelpe pasienten uten innleggelse. Dette kan gjelde forskjellige typer psykiske lidelser der teamet er kommet så pass tidlig i kontakt med vedkommende at dette er mulig, og det gjelder alle pasientgrupper hvor det ikke er organiske årsaker til lidelsen. Dette forutsetter frivillighet fra pasientens side samt samarbeid med kommunal helsetjeneste der dette er hensiktsmessig.

AAT deler ikke ut medikamenter. Hvis det er behov for at pasienten får hjelp til å ta sine medisiner, kontaktes kommunal helsetjeneste.

OPPFØLGING AV PASIENTER FRA AMBULANT AKUTTEAM ETTER INNLEGGELSE PÅ AKUTTAVDELING.

Bakgrunn for rutinen:

Akutteam er, i tillegg til å bidra til færre akuttinnleggelser, tenkt til om mulig å redusere lengden på oppholdet. I tillegg er det kjent at mange selvmord hos pasienter som har kontakt med psykisk helsevern skjer kort tid etter utskrivelse.

Hensikt:

Redusere lengden på oppholdet ved å fortsette påbegynt akuttbehandling når pasienten blir utskrevet tidlig eller selv skriver seg ut. Årsaken til at dette skjer kan være forskjellig. Pasienten må samtykke i at Ambulant akutteam (AAT) overtar. Det er videre tenkt at dette kan bidra til reduksjon av selvmord. Dette skal ikke være ettervern i stedet for kommunal oppfølgingstjeneste, men evt. et tillegg der dette er viktig for et godt pasientforløp.

Rutiner:

Hvis pasienten har vært i kontakt med AAT før innleggelse, avtales det allerede ved innleggelse om videre forløp hvis det er åpenbart at det skal være en oppfølging umiddelbart etter utskrivelse fra akuttpost. Hvis behovet for denne type oppfølging kommer fram under oppholdet, tas umiddelbart kontakt med AAT slik at det er mulig med etablering av kontakt med pasienten før utskrivelse og samarbeidsmøte med akuttavdeling. Ved usikkerhet om AAT skal følge opp, oppfordres det til å ta kontakt for drøfting. Det tas kontakt for avtale på AAT's tlf. som er **91245252**.

Hensikt:

Pasient og evt. pårørende skal ha tid til å ta opp det som er viktig for dem under konsultasjonen.

Omfang:

Alle ansatte ved Ambulant akutteam

Tiltak:

Ved konsultasjoner, både hjemmebesøk og i AATs lokaler, skal det vanligvis settes av 45 minutter. Det skal minimum settes av 30 minutter.