

Rutiner for Multi-tjenesten

Innhold

Hva er Multi-tjenesten?	2
Multi-teamet	2
Tabell 1: Multi-teamet: deltakere, møtetid og avklaringer.	2
Deltakere	2
Møtetid.....	3
Avklaringer.....	3
Kjøreplan for Multi-team møtene - møtestruktur	4
Prinsipper for Multi-tjenesten.....	4
Rutiner med tilhørende risikovurdering og risikohåndtering	5
Henvisning	5
Inklusjonskriterier	5
Inklusjonskriterier for inntak i Multi-tjenesten:	5
Anonym drøfting	6
Opplysninger som skal innhentes til anonym drøfting:	6
Samtykke fra pasient	7
Rutiner for trukket samtykke	8
Eget samtykke til forskningsprosjekt	8
Vedtak om inntak	9
Kartlegging og informasjonsdeling i Multi-teamet	9
Kartlegging på forhånd:.....	10
Utforske i fellesskap	10
Tverretattlig samhandlingsplan - felles tilnærming	10
Multi-kontaktens ansvarsområde	11
Oppsummert Multi-kontaktens ansvar:	12
Prinsipper for Multi-tjenesten	13
Eksempler.....	13
Veiledning av ansatte og støtte i teamet	13
Veiledning og støtte av pårørende	14
Intern og ekstern kommunikasjonsflyt	15
Journalføring og informasjonsflyt	15
Frase om Multi-tjenesten	15
Frase for «anonym drøfting i Multi- team»	15

Journalføring ved inntak etter samtykke	15
DIPS - Kritisk informasjon:	16
Evaluering	16
Statusmøter/akuttloop møter.....	16
Muli-appen	16
Evaluering av bruk av appen	17
Protokoll/skyggeliste	17
Avslutte pasient	17
Evaluering av rutinene	17

Hva er Muli-tjenesten?

Muli-tjenesten er en helhetlig, sammenhengende og samskapt tverretatlig tjeneste for personer som nylig har hatt hyppige akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttmottak (PAM). Tjenesten er et resultat av et tjenesteinnovasjonsprosjekt, Svingdørsprosjektet, som har vært et samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen ved Øyane DPS og PAM, politiet, Nettverk for erfaringskompetanse, og Askøy og Øygarden kommuner. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Bergen har ledet Svingdørsprosjektet gjennom innovasjonsprosessen og prosjektet er veiledet av innovasjonsrådgivere fra InnoMed helt fra start.

Tjenesten heter «Muli» fordi den skal finne nye muligheter for pasienter som ikke har fått den hjelpen de trenger. Tjenesten består av tre deler: et tverretatlig koordinerende samhandlingsteam (Muli-teamet), en forsterket oppfølging ved kommune- og spesialisthelsetjeneste, og en mobil-app som sikrer pasienten kontakt med helsepersonell utenom kontortid (Muli-appen).

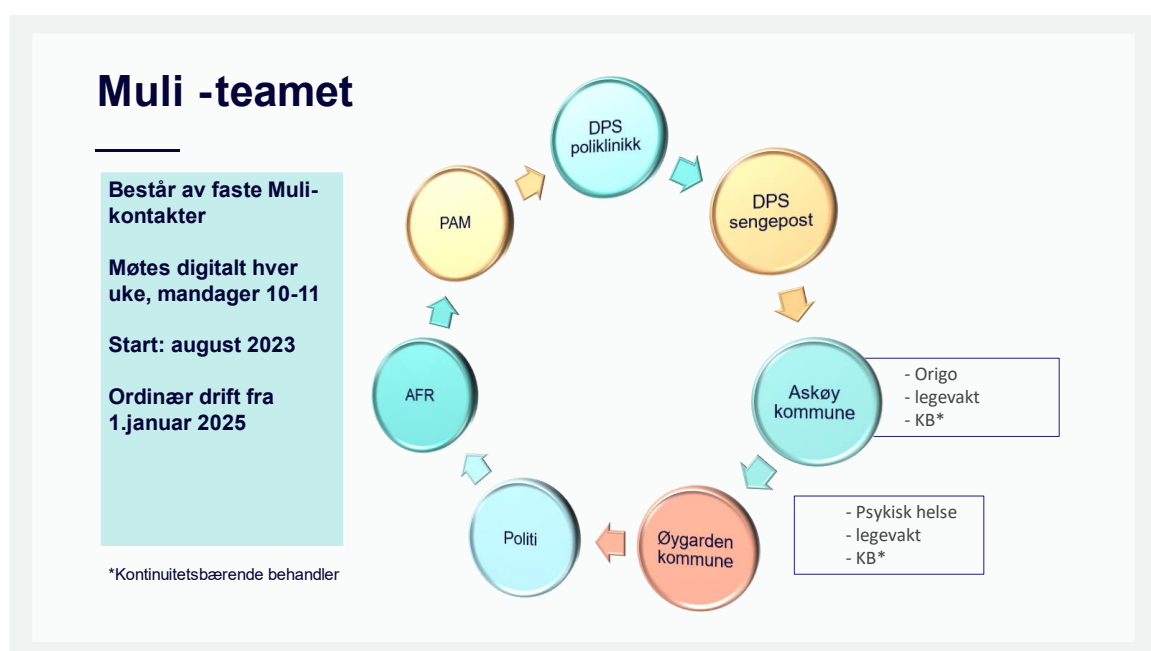
Muli-teamet

Muli teamet består av de faste Muli-kontaktene i de involverte instansene (Tabell 1 og Figur 1). Muli-teamet møtes ukentlig, kun med unntak av røde dager.

Tabell 1: Muli-teamet: deltakere, møtetid og avklaringer.

Deltakere	Muli-kontakter ved legevaktene, politiet, Øyane DPS, PAM, Øygarden kommune, Askøy kommune, AFR, og særskilt inviterte aktuelle kontinuitetsbærende behandlere (KB), inkludert fastlege.	Poliklinikken ved Øyane DPS sin Muli-kontakt har rollen som teamkoordinator. Muli-team koordinator har ansvaret for å lede Muli-teammøtene, strukturere innhold i møtene, organisere tilbakemeldinger underveis og melde fra hvis drøftinger må utsettes grunnet fravær.	Definisjon kontinuitetsbærende behandlere (KB): De som følger pasienten tettest i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Er som oftest flere. Skal komme frem i Muli-pasientprotokoll.
------------------	---	---	--

		Muli-teamkoordinator har ansvar for felles Muli-pasientprotokoll, samt for å skrive et kort referat fra Muli-møtet.	Definisjon Muli-kontakt: Alle involverte instanser har minst en kontakt inn i Muli-teamet. Disse møter fast i teamet. Det skal utpekes ny navngitt kontakt dersom Muli-kontakten slutter.
Møtetid	Ukentlig Digitalt (Teams) Mandager kl 10.00. – 11.00.	Muli-teamkoordinator ved Øyane DPS sender ut teams-invitasjon fast. Nærmeste Muli- kontakt til aktuell pasient har ansvar for å dele teams invitasjon med andre involverte som skal delta på møtet. Muli-teamet skal presentere seg når det er nye kontinuitetsbærende behandlere til stede.	Unntak: helligdager/ røde dager Ferier: I ferier avholdes Muli-møter som vanlig, men det tas ikke inn nye saker i ferier. Fokus er å følge med status og holde i gang dialog om pågående saker.
Avklaringer	Obs. Ved innmelding av saker må aktuelle Muli-kontakter settes på kopi på epost til Muli-teamkoordinator, slik at alle involverte er orientert i tide om at saken skal opp.	Alle møter til oppstart der det fordeles tid til aktuelle saker. Det avklares at de som ikke er eller skal bli involvert i saken, eventuelt kan gå ut av møtet.	Det avklares hvem som er Muli-kontakt, KB og pårørendeansvarlig.



Figur 1: Multi-teamet

Kjøreplan for Multi-team møtene - møtestruktur

Koordinator av Multi-team har ansvar for dagsorden og å lede møtene.

1. Velkommen og presentasjonsrunde når nye inviterte er til stede.
2. Møteleder har en liten introduksjon til møtet, avklarer agenda og hvilke sak(er) som skal opp.
3. Møteleder introduserer mål med Multi team (kort) hvordan drøftingen skal være (til nye)
 - Utforske grundig sammen
 - Forstå utfordringer og styrker hos pasienten
 - Se det samme bildet og de samme utfordringene
 - Respekt for hverandres syn og ståsted – vi skal ha en god og trygg dialog
 - Sammen finne nye Multi-heter for fremover (her har vi kanskje ikke prøvd alt?)
4. Drøfting av aktuelle og innmeldte pasientsak(er).
5. Sjekk at pasientens ønsker blir presentert
6. Beslutte plan og ansvarlige for veiledning av hjelpere og pårørende.
7. Regelmessig (ca. hver 4. uke): status pågående pasientsaker
8. En kort oppsummering og konklusjon, eventuelt vedtak og plan for neste møte, som gjengis i skriftlig referat. Det avtales hvem som informerer pasienten.
9. Avklare hvem som journalfører og hvem det eventuelt skal sendes til.
10. Multi-teamkoordinator skriver kort og anonymt referat fra møtet som deles med møtedeltakere. Det refereres kun til saksnummer, hvem som var til stede i møtet og plan for veien videre.

Prinsipper for Multi-tjenesten

- Det juridiske hovedansvaret ligger formelt hos Øyane DPS, poliklinikken/Helse Bergen. Det betyr at pasienten må henvises til Øyane DPS for å få tjenester fra Multi.
- Når pasienten er tatt inn i Multi-tjenesten kan ingen instanser slippe taket i pasienten, så lenge pasienten er Multi-pasient.
- All behandling er basert på frivillighet og skal fortløpende vurderes og tilpasses til pasientens behov og ønsker.
- Alle instanser må tilstrebe fleksibilitet og tilby god hjelp på riktig nivå for å sikre kvalitet, helhet og bærekraftighet
- Vi sørger for åpenhet og god dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om pasientbehov og ressursbruk.
- Evaluering: Tiltak evalueres kontinuerlig i Multi-team. Tiltak tas jevnlig opp til vurdering av aktuelle Multi-kontakter og meldes inn til Multi-teamkoordinator ved behov.
- Vi vurderer de lange linjene: ta høyde for naturlig forventet svingning og ikke ta forhastede konklusjoner. Beholde roen i systemet rundt pasienten.
- Avslutning: Diskuteres med pasienten. Tenke langsiktig. Åpen retur? Det vurderes fortløpende en aktiv/passiv portefølje i Multi-teamet.

Rutiner med tilhørende risikovurdering og risikohåndtering

Rutiner for Multi-teamet	Risiko	Håndtering
Henvisning		
Pasienter henvises til Multi-tjenesten ved at Multi-kontaktene fanger opp aktuelle pasienter i sine instanser som kunne ha nytte av tjenester fra Multi. Saken meldes/henvises til Multi-team ved skriftlig melding til Multi-team koordinator. Multi-kontaktene har ansvar for å være synlig i sin instans og tilgjengelig for drøfting av saker som kan være aktuelle for Multi.	Aktuelle pasienter blir ikke fanget opp.	Jevnlig formidling og felles fagdager for å gjøre tilbudet kjent hos alle aktørene. Lage brosjyre for tiltaket som kan gis til fastleger og andre aktører.
Multi-kontaktene kan selv ekskludere saker der inklusjonskriteriene åpenbart ikke er til stede. Hvis pasienten kan være aktuell, eller ved tvetydighet, skal saken drøftes i Multi- team.	Feil ved eksklusjon	Ved minste tvil eller tvetydighet, drøftes saken anonymt i Multi-team.
Saker fra de ulike instansene skal gå gjennom Multi-kontakten i aktuell instans inn til Multi-team, slik at Multi-kontakt er informert og kan være forberedt til drøfting. Det vil si at gjester i Multi-team kan ikke drøfte nye saker uten å ha tatt dette opp med Multi-kontakt i sin enhet.	Multi-kontakt er ikke informert.	Saker utsettes hvis Multi-kontakt ikke er informert eller ikke er til stede.
Ved innmelding av saker fra andre Multi-kontakter (for eksempel PAM eller Politi), må nærmeste Multi-kontakt (for eksempel i kommunen) settes på kopi på eposten som går til Multi-teamkoordinator, slik at alle involverte er orientert i tide om at saken skal opp.	Multi-kontakt er ikke informert	Saker utsettes hvis Multi-kontakt ikke er informert eller ikke er til stede
Inklusjonskriterier		
Inklusjonskriterier for inntak i Multi-tjenesten:		
• Prøvd en rekke behandlingsformer uten ønsket effekt- behandlingen treffer ikke pasientens behov. • Emosjonelt ustabile trekk- når det er krise, så er regulering vanskelig. • Skaper usikkerhet i hjelpeapparatet, det kan også være uenighet om tilnærming.		

• Høy ressursbruk relativ til liten nytte. • Hyppige akuttinnleggelser/ svingdørsproblematikk (flere enn 3 siste 12 mnd). • Forbehold eller foreløpig eksklusjon: Behandlingstrengende psykose, mani og rusbruk må utredes. Hvis ordinære tiltak/behandling som forventes å ha effekt, ikke er forsøkt, må dette forsøkes først.		
Anonym drøfting	Risiko	Håndtering
Først skal saken drøftes anonymt. Samtykke skal kun innhentes hvis Multi-teamet har bestemt at samtykke skal innhentes. Dette for å forhindre nye avvisninger.	Pasienten opplever unødig avvisning.	Saker drøftes først anonymt for å unngå nye avvisninger for pasienten.
Informasjon som skal klargjøres til anonym drøfting: Nødvendige opplysninger for å kunne få innblikk i hoved problematikken, slik at teamet kan vurdere om personen innfrir inntakskriteriene (liste under her). Drøftingen skal kunne avgrenses til ca 15 minutter, så det er begrenset informasjon som trengs til denne drøftingen (f.eks. ikke oppvekstforhold og historikk).		
Opplysninger som skal innhentes til anonym drøfting: • Er en rekke behandlingsformer forsøkt uten ønsket effekt- behandlingen treffer ikke pasientens behov? • Emosjonelt ustabile trekk- når det er krise, så er regulering vanskelig? • Skaper vedkommende usikkerhet i hjelpeapparatet, eller er det uenighet om tilnærming? • Er det høy ressursbruk relativ til liten nytte? • Hyppige akuttinnleggelser/ svingdørsproblematikk (flere enn 3 siste 12 mnd)? • Informasjon om forbehold: Behandlingstrengende psykose, mani og rusbruk må utredes. Hvis ordinære tiltak/behandling som forventes å ha effekt, ikke er forsøkt, må dette forsøkes først.		
Alle instanser som har Multi-kontakt kan melde sak i forkant av møtet til anonym drøfting, via Multi-kontakt. Multi-kontakt melder sak til Multi-teamkoordinator på epost.		

Når en sak meldes til anonym drøfting, er det med utgangspunkt i inntakskriteriene.		
Anonym drøfting skjer ved at Muli-kontakt presenterer saken i Muli-teamet på vegne av de som har meldt saken. Her er det i utgangspunktet ingen inviterte personer. Dersom KB eller andre likevel inviteres til å kort legge frem saken, gjøres vurderingen mot inklusjonskriteriene når vedkommende har forlatt møtet. Muli-kontakt informerer KB/ tilbakemelder vurderingen i etterkant av møtet. Eventuelt kan KB inviteres inn igjen i møtet etter vurderingen for tilbakemelding.		
Muli-kontakt som bringer saken inn har ansvar for at den anonyme drøftingen journalføres kort i eget journalsystem.		
Anonyme drøftinger skjer sist i møtet, slik at andre inviterte gjester i andre saker, kan forlate møtet først (ca 15 min). Hvis det trengs mer tid, kan drøfting fortsette på neste møte.		
Man kan ikke bruke Muli-teammøtet til å ha kontakt om andre brukere, som om det var et samarbeidsmøte. Slike dialoger må foregå utenom Muli-teamet.		
Samtykke fra pasient	Risiko	Håndtering
Henvvisning til Muli-tjenesten er basert på frivillighet og samtykke. Dersom teamet vurderer at pasienten innfrir kriterier for Muli-tjenesten, skal pasienten inviteres til å bli henvist til vurdering i Muli-teamet. Pasienten må samtykke til dette ved å signere på samtykkeskriv for vurdering i Muli-teamet (se vedlegg Samtykkeskriv).	Samtykke foreligger ikke	Muli-kontakt må bekrefte at samtykke foreligger.
Samtykke innhentes av nærmeste Muli-kontakt eller kontinuitetsbærende behandler (KB).	Muli-kontakt er ikke til stede på møtet hvor saken skal drøftes	All drøfting utsettes til Muli-kontakt er til stede
Hvis reservasjon for noen tjenester kommer frem i samtykke, må dette gjøres kjent allerede ved melding til Muli-team koordinator. Dette må også fremkomme i arbeidsprotokoll.		

Aktuell Multi-kontakt har ansvar for at samtykkeskjema skannes inn i eget journalsystem, og at informasjon om at samtykke foreligger deles gjennom PLO/EDI (kommunalt og DIPS). Sendes ved EDI fra instansen som har innhentet samtykke.		
Når pasienten har gitt sitt samtykke, avtales tid for drøfting med Multi-teamkoordinator. Til denne drøftingen inviteres representanter fra aktuelle involverte tjenester til å legge frem informasjon muntlig i teamet. (OBS eventuelle reservasjoner).		
Saken drøftes i felleskap i teammøtet, og det jobbes frem en felles forståelse og hvilke tiltak som ønskes prøvd. Inviterte personer får råd og veiledning for videre oppfølging. Se punkt: Tverretattlig samhandlingsplan - felles tilnærming.		
Ansvar og roller i arbeidet videre avklares i møtet, inkludert ansvar for veiledning av pårørende. Det må avtales i møtet hvem som formidler hva til pasienten.		
Rutiner for trukket samtykke	Risiko	Håndtering
Hvis pasienten trekker samtykke for drøfting i Multi-teamet, skal all drøfting opphøre inntil eventuelt nytt samtykke foreligger. Multi-kontakt (nærmest pasienten) har ansvaret for at denne beskjeden kommer frem til samtlige i teamet, men først og fremst Multi-team koordinator.		
I denne situasjonen skal instansen som meldte saken jobbe videre for å få samtykke tilbake, altså undersøke grunnlaget for trukket samtykke og hva som skal til for å få samtykke igjen. Samhandling mellom tjenester fortsetter på ordinært lovverk for samhandling. Alle instanser tilstreber en fleksibilitet i møte med pasienten og den eventuelle veien tilbake til Multi-team.		
Eget samtykke til forskningsprosjekt		
Det kreves eget samtykke for å delta i forskningsprosjekt der man evaluerer Multi-tjenesten og Multi-appen.		Prosjektleder sikrer at samtykke foreligger for deltakelse i forskningsprosjekt

Vedtak om inntak		
Pasienten vil inviteres til å motta tjenester fra Muli, og skriftlig samtykke fra pasienten må foreligge før inntak. Pasienter som ikke allerede er henvist til Øyane DPS, må henvises dit og det tas med i henvisning til inntaksvurdering at pasienten er vurdert og tilbudt inntak i Muli-tjenesten. Øyane DPS har dermed et overordnet ansvar for helsetjenesten for pasienter i Muli-tjenesten. Saken drøftes, vurderes og avklares i Muli-team, gjerne over flere påfølgende møter. Den enkelte kommune må skrive vedtak som tilbys ut ifra gjeldende lovverk.		
Kartlegging og informasjonsdeling i Muli-teamet	Risiko	Håndtering
All nødvendig informasjon innhentes til drøfting fra alle involverte instanser. Informasjonsdeling i Muli-teamet må forberedes. Før drøfting i teamet, innhentes/forberedes nødvendig informasjon (se kartleggingspunkter) av Muli-kontakt og kontinuitetsbærende behandlere (KB). KB-er kan være både fastlege, psykolog og primære kontaktpersoner i oppfølgingstjenesten. KB inviteres til å delta i Muli-teammøtet. Kun relevant informasjon deles og drøftes i Muli-møtet. Alle Muli-kontakter deler relevant informasjon i muntlig i møtet, slik at hele teamet har det samme bildet av pasientens utfordringer og behov. Muli-teamet samler og vurderer informasjonen til en felles forståelse av pasientens behov.		
Pasientens egne ønsker og behov skal også innhentes i forkant av drøfting, gjennom KB.	Pasientens egne ønsker fremkommer ikke.	Muli-teamet etterspør pasientens egne ønsker, slik at dette innhentes til neste møte. Se kjøreplan for Muli-teammøter.

Kartlegging på forhånd:		
- Utviklingshistorie: oppvekstforhold/miljø/hvordan var det? viktige nære relasjoner/ traumehistorikk, skolegang, kognitive evner, venner, mestringsstrategier (funksjonelle og ikke funksjonelle). - Interesser, deltakelse i aktiviteter? - Gjennomgang av utredning og behandlingstilbud som er gjennomført. - Antall akuttinnleggelser siste 12 mnd - Intensitet i evt selvskading og selvmordsforsøk - Tidligere vellykkede tiltak og samarbeid vs. ikke-vellykkede tiltak - Pårørende og sosialt nettverk		
Utforske i fellesskap		
Hva utløser krisene- informasjon fra både kommune og DPS evt. Andre involverte evt., fastlege, politi, BVT, AFR, pårørende, familievernkontoret. Herunder også kartlegging av bosted, økonomi, sykdom, relasjon til pårørende. Når skjer krisene- evt. Oppbyggingen, flere hendelser, utløsende vs. Pågående, når på døgnet. Resultat av krisene (LV, fastlege, innleggelse, selvskading, trusler, involvering av andre instanser, inkl. pårørende). Kriser der pas. har klart å regulere seg- hva skjedde da? Hvem, hvor, hvordan? Hyppighet- hvor ofte skjer det? Hva kjennetegner perioder der det har vært færre kriser (stabilitet, relasjoner, bosted, tettere oppfølging, økonomi).		
Tverretattlig samhandlingsplan - felles tilnærming	Risiko	Håndtering
Når man har god innsikt og et felles bilde av pasientens behov, skal Muli-teamet i fellesskap bli enige om en felles tilnærming og et helhetlig, sammenhengende tilbud til pasienten. Dette skal gjenspeiles i mestringsplan og tilhørende akutttiltak, ofte kalt «kriseplan».		

Det avtales i fellesskap hvilke instanser og enheter som gjør hva og når. Dette formidles til pasienten, av kontinuitetsbærende behandlere og/eller Multi-kontakten som er nærmest pasienten. Dette avklares i Multi-møtet. (Se kjøreplan for Multi-teammøter.) Alle aktører må passe på at det formelt gjøres nødvendige vedtak på tjenester som innvilges. Dette formidles til pasienten av kontinuitetsbærende behandlere (juridisk forankre tjenesteleveranse).		
Multi-kontaktens ansvarsområde	Risiko	Håndtering
Multi-kontakt som melder pasientsak har ansvar for å veilede kontinuitetsbærende behandler i rutiner for Multi-team på forhånd (se kjøreplan for Multi-møter). Dette innebærer blant annet informasjon om at samtykke fra pasient må foreligge, om Multi-teamets formål og diskursform, møteinnkalling til teams (som må videresendes) og kartleggingen vi ønsker fremlagt på møtet (se kartleggingen i Multi-team).		
Aktuell Multi- kontakt har ansvar for å informere Multi-teamleder hvis samtykke ikke er gyldig (se rutiner for trukket samtykke). Hvis instans som har meldt saken ikke er representert i møtet, utgår dermed drøfting.	Samtykke trukket tilbake uten at dette blir kjent	Instans må være representert med Multi-kontakt dersom saken skal drøftes, sikrer oppdatert informasjon
Multi-kontakter har ansvar for journalføring i eget journalsystem i etterkant av drøftinger i Multi-team, det som er relevant for egen instans (se rutiner for journalføring).	Viktig info er ikke tilgjengelig når vi trenger det, for eksempel på legevakt	Multi-kontakt er ansvarlig i egne organisasjon for at informasjon er delt og invitasjoner er sendt til KB.
Multi-teamkoordinator sender kort og anonymt referat fra Multi-teammøte til alle i teamet. Det må avtales i møtet hvem som formidler hva til pasienten.		
Mestringsplaner utarbeides i samarbeid med pasient. I samråd med pasienten journalføres og sendes denne som PLO/EDI- melding slik at nødvendig informasjon deles i både DIPS og kommunale systemer, og til legevakt. Se vedlegg MAL mestringsplan.	Pasienten er ikke grundig nok informert Legevakt er ikke grundig nok informert	Multi-kontakt sørge for at pasient er informert gjennom KB, og sørge for at plan er sendt ved PLO/EDI

Akuttiltak som er gjeldende må journalføres og sendes som PLO/EDI- melding slik at journalføringen deles i både DIPS og kommunale systemer og til legevakt. Muli-kontakt ved legevakt avtaler med Muli-teamet hva som skal stå som konkrete avtaler/beskjeder/tiltak i journalsystem på legevakt. Dette må være kort, konkret og med tydelig retning for hva som skal skje. Mestringsplan med tilhørende akuttiltak kan sendes som EDI/PLO til legevakt og så kan legevaktene oppsummere info i varsel «se notat [dato]».		
Det skal legges inn i aktuelle pasientjournaler (DPS, Legevakt, kommune, AFR) at pasienten mottar tjenester fra Muli under for eksempel «kritisk info». Pasientens kontinuitetsbærende behandlere og Muli-kontakter må være markert i journal under kontaktpersoner.		
Politi loggfører separat med kun relevant informasjon i sine system.		
Hver gang det journalføres vurderings/drøftingsnotat etter Muli-møter skal pasienten informeres av sin kontinuitetsbærende behandler, eventuelt av tilhørende Muli-kontakt. Pasienten skal være godt informert om prosessen og informasjonen skal samsvare med journal.		
Nyttig rutine: å anerkjenne og hilse på pasienter inne i avdelinger der han/hun er innlagt – og presentere seg som Muli-kontakt		
«Onboarding» i teamet Innføre nye personer i tenkningen – hvordan sikre at vi ikke gjør feilvurderinger	Ferie, overlapp og når ansatte slutter	Muli-kontakt har ansvar for å onboarde ny person når de trer ut eller har ferie.
Oppsummert Muli-kontaktenes ansvar: • Alle Muli-kontakter er ledere for tiltaket i sin organisasjon. Muli-kontaktene har ansvar for å: • Bringe inn saker • Drøfte saker anonymt • Hente inn nødvendige personer og opplysninger		

• Journalføre anonym drøfting • Innhente samtykke • Veilede den kontinuitetsbærende behandleren gjennom pasientforløp • Journalføre vedtak og mestringsplan, samt sikre god informasjonsflyt mellom aktørene		
Prinsipper for Multi-tjenesten	Risiko	Håndtering
• Det juridiske hovedansvaret ligger formelt hos Øyane DPS, poliklinikken/Helse Bergen. Det betyr at pasienten må henvises til Øyane DPS for å få tjenester fra Multi. • Når pasienten er tatt inn i Multi-tjenesten kan ingen instanser slippe taket i pasienten, så lenge pasienten er Multi-pasient. • All behandling er basert på frivillighet og skal fortløpende vurderes og tilpasses til pasientens behov og ønsker. • Alle instanser må tilstrebe fleksibilitet og tilby god hjelp på riktig nivå for å sikre kvalitet, helhet og bærekraftighet • Vi sørger for åpenhet og god dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om pasientbehov og ressursbruk. • Evaluering: Tiltak evalueres kontinuerlig i Multi-team. Tiltak tas jevnlig opp til vurdering av aktuelle Multi-kontakter og meldes inn til Multi-teamkoordinator ved behov. • Vi vurderer de lange linjene: ta høyde for naturlig forventet svingning og ikke ta forhastede konklusjoner. Beholde roen i systemet rundt pasienten. • Avslutning: Diskuteres med pasienten. Tenke langsiktig. Åpen retur? Det vurderes en aktiv/passiv portefølje i Multi-teamet.		
Eksempler		
Eksempel på forsterket oppfølging:		
Eksempel på samarbeid/samhandling – Janne/Ann Kristin		
Veiledning av ansatte og støtte i teamet		
Det avklares ved inntak hvilke instanser som har ansvar for veiledning av ansatte/KB og hva som inngår i veiledningen.		

Alle i Multi-teamet støtter hverandre og hjelper hverandre til å mentalisere. Å mentalisere betyr å se andre innenfra – og seg selv utenfra. Veiledning fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten må systematiseres og gjennomføres jevnlig. For eksempel, kan dette være viktig for å fange opp behov for innleggelse, hvis det faktisk er indikert, eller omvendt, ikke legge inn hvis kontraindisert eller manglende lovgrunnlag. Multi-kontakt for behandlende instanser har i tillegg ansvar for å jevnlig «sjekke inn» hos kontinuitetsbærende behandler og høre hvordan det går med hjelperne og pasientene. KB kan ta også kontakt med Multi-kontakt ved behov for veiledning. Multi-kontakt kan ved behov drøfte saken med Multi-koordinator eller med Multi-teamet.	Obs selvmordsrisiko hvis vi endrer tilnærmingen, her snakker vi om spiss-kompetanse på en liten gruppe, må kunne gjenkjenne økt risiko og eskalering av kronisk suicidalitet.	
<i>Samme forståelse</i> Multi-teamet må sikre at alle får samme informasjon og en felles forståelse av pasientens utfordringer, ønsker og behov. For eksempel, Innleggelser skal være der ved behov.		
Veiledning og støtte av pårørende	Risiko	Håndtering
Pårørende skal få tilbud om veiledning. Pårørende skal ha en kontakt som har hovedansvar for at jevnlig veiledning finner sted. Det avklares ved inntak, og repeteres underveis, hvilke instanser som har ansvar for veiledning og støtte av pårørende og hva som inngår i veiledningen/ støtten. I hovedsak har behandler ved poliklinikken ansvar for veiledning av pårørende, men det kan også være aktuelt at andre inngår i støtten av pårørende. Dette må avklares tidlig, og evalueres underveis.	Pårørende får ikke veiledning.	Pårørende tildeles en kontakt som har hovedansvar for at jevnlig veiledning finner sted. Dette skjer ved inntak i Multi-teamet. Det må drøftes og evalueres underveis i Multi-teammøtene hvordan pårørende ivaretas.

Intern og ekstern kommunikasjonsflyt		
Sikre god intern- og ekstern kommunikasjonsflyt	Risiko i utgangspunktet: Overganger, for mange – for brå – for store, og for lite kommunikasjon	Det skjer en jevnlig oppdatering og muntlig kommunikasjon om pasienter i Multi-tjenesten i Multi-teammøtene.
Journalføring og informasjonsflyt		
Frase om Multi-tjenesten Multi-tjenesten er en tverrfaglig og tverretattlig tjeneste. Formålet er å samhandle i en slik grad at pasienten opplever å motta gode, helhetlige tjenester og kjenner seg sett, hørt og tatt på alvor av alle instanser som er aktuelle i behandlingsforløpet. Multi-teamet består av kontakter fra kommune, legevakt, DPS, PAM, AFR og politi. I samråd med pasienten skal det lages en mestringsplan og tilhørende akuttiltak der alle instanser har sett på Multi-hetene, heller enn begrensningene.		Ansvar: Den som har løftet saken inn i teamet
Frase for «anonym drøfting i Multi- team» Pasientsaken er drøftet anonymt i Multi-teamet med formål om å se på muligheter for helhetlig helsehjelp og samarbeid mellom etatene. Det anbefales.. (sette inn anbefaling fra Multi-teamet).		
Journalføring ved inntak etter samtykke	Risiko	Håndtering
Den som innhenter samtykke fra pasient, journalfører at samtykke er innhentet og deler skriftlig informasjon om dette (ikke selve samtykkeskrivet) med de andre involverte instansene, før saken drøftes i Multi-team. Informasjon om at samtykke foreligger deles gjennom PLO/EDI (kommunalt og DIPS). Sendes ved EDI fra instansen som har innhentet samtykke. Videre journalføring: Avklares i Multi-møtet hvem som journalfører (se kjøreplan for møtet), ofte vil dette være KB både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, eller Multi-kontakt. Det som er relevant for kommunen må dokumenteres av dem, mens spesialisthelsetjenesten må dokumentere det som er relevant for videre arbeid i spesialisthelsetjenesten		

Det journalføres kun konklusjon på vurderingen som er gjort i møtet. Selve drøftingen gjengis ikke. Videre deling av journalnotat, for eksempel med fastlege og legevakt, avklares i møtet.		
---	--	--

DIPS - Kritisk informasjon:		
Merking: «Pasienten har tjenester gjennom Muli. Gjeldende avtale (settes inn her): For eksempel «Akuttiltak: brukerstyrt seng», KB (kontaktperson), Krisepakke PAM etc.		
Evaluering	Risiko	Håndtering
Muli- team skal evaluere både akutte hendelser og mer langsiktige planer. Skal foregå løypemeldinger jevnlig i team. Inneholder skjematisk tilbakemelding fra involverte instanser. (se sjekkliste for pågående pasientsaker)		
Muli- team skal evaluere også langsiktig. Starter med samtale med pasienten- ser på forløp og endringer. Lager et narrativ sammen.		
Statusmøter/akuttloop møter Omtrent hvert halvår skal det avholdes statusmøter sammen med pasient, der man sikrer og forsikrer om fortsatte mestrings- og akuttiltak for å trygge pasienten og sikre optimal oppfølging over tid. Disse statusmøtene gjelder kun aktuelle involverte tjenester (ikke hele Muli-teamet).		
Muli-appen	Risiko	Håndtering
Etter en individuell vurdering kan pasienten få tilbud om å bruke Muli-appen. Denne appen kan brukes aktivt ved behov for kontakt med Øyane DPS utenfor vanlige kontortider. Appen gir også tilgang på mestringsplan med tilhørende akuttiltak, og selvhjelpsøvelser som kan benyttes av pasienten uten at tjenestene aktiveres. Det må stå under kritisk info i DIPS at pasienten har Muli-appen.	Egen ROS av Bruk (pasientreisen)	Se egen ROS for Muli-appen

Se egne rutiner for Muli-appen (Brukermanual).		
Evaluering av bruk av appen Når appen har vært aktivert og eventuelle akutt-tiltak forsøkt, tas dette forløpet opp i Muli-teamet. Gjelder kun aktivisering av gul/rød sone. Kontinuitetsbærende behandler har ansvar for å gjennomgå forløpet. Andre instanser har ansvaret for å levere tilleggsinformasjon. Hvordan gikk det? Hvordan opplevde pas. det? ansvar for formidling av dette ligger hos instans som iverksatte tiltak (og evt skrev ut). Hvordan opplevde de involverte instanser det? Hva skal vi gjøre annerledes?		
Protokoll/skyggeliste	Risiko	Håndtering
Muli team-koordinator oppbevarer en liste (Excel fil) i Helse Bergen, med saksnummer og dato for inntak og ansvarlige etc., for å holde en oversikt over aktuelle innrullerte personer i Muli-tjenesten. De som har vært passive brukere i 12 måneder, slettes fra listen, men kan få tilbudet på nytt ved å gi nytt samtykke. Kommunene holder selv oversikt over sine involverte brukere.		
Avslutte pasient	Risiko	Håndtering
Hvordan runde av oppfølging av Muli-tjenesten? Dette er enda ikke testet ut. Avslutning må diskuteres med pasienten. Tenke langsiktig. Åpen retur? Det vurderes en aktiv/passiv portefølje i Muli-teamet. Drøftes i Muli-teamet ved behov.		
Evaluering av rutinene Evaluering bør skje regelmessig, ca hver 6 mnd/12mnd, eller ved behov.		

Vedlegg:

1. Samtykke for inntak
2. Mal for Mestringsplan (med akutttiltak)
3. Sjekkliste for pågående pasientsaker
4. Rutiner for bruk av Muli-appen