

RAPPORT

**EVALUERING AV PILOT
MULTI-TJENESTEN 2023 - 2024**
ØYANE DPS
2024

EVALUERING AV PILOT

MULI-TJENESTEN AUGUST 2023 - DESEMBER 2024

INNHold

Innledning	3
Bakgrunn	3
Svingdørsprosjektet	3
Tjenesteinnovasjon.....	3
Hva er Muli-tjenesten?.....	4
Metode.....	4
Resultater	4
Pasientsaker	4
Antall innleggelser	4
Evaluering på tre nivå: Mennesker - organisasjon – teknologi	6
Mennesker.....	6
Evaluering av tjenestens betydning – for ansatte	6
Evaluering av tjenestens betydning – for pasienter	6
Organisasjon	6
Muli-møtene: møteform og hyppighet.....	6
Dialogklima i Muli-møtene og i samarbeidet.....	7
Innspill til samarbeid og samarbeidsklima i de aller mest krevende sakene.....	7
Bærekraftighet av tiltaket.....	9
Teknologi:	9
Journal og digital kommunikasjon	9
Muli-appen:.....	9
Konklusjon.....	9
Konklusjon og anbefaling	9
Gjenstår: Voldsproblematikk	10

INNLEDNING

Bakgrunn

Svingdørsprosjektet

Svingdørsprosjektet er et tverretatlig samhandlingsprosjekt og et samarbeid mellom Helse Bergen, Politiet og Askøy og Øygarden kommuner. Bakgrunnen for Svingdørsprosjektet (tidligere kalt Storbrukerprosjektet) var at noen brukere hadde svært hyppige og gjentatte akuttinnleggelser, uten at dette så ut til å være nyttig for dem eller deres bedringsprosess.

Prosjektet ble gjennomført som et tjenesteinnovasjons-prosjekt. Prosjektet samlet innsikt om svakheter med de samlede helsetjenestene til mennesker med hyppige innleggelser i psykiatriske akuttmottak for så å utvikle tjenesteløsninger ved å ta utgangspunkt i brukernes egne behov og ønsker for helsetjenestene. Prosjektet antok at en bedre og mer helhetlig tjeneste vil kunne hindre unødige akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttmottak (PAM). Dette vil kunne spare brukerne for unødig belastning og redusere kostnader ved helsetjenestene.

Målet med Svingdørsprosjektet var å kunne levere tjenester av god kvalitet*, som er sammenhengende og helhetlig, med god samhandling og informasjonsflyt, og som er bærekraftig over tid. *God kvalitet er definert av Helsedirektoratet (Hdir, 2018) med tiltak som er:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Tjenesteinnovasjon

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Bergen har ledet Svingdørsprosjektet gjennom innovasjonsprosessen, og prosjektet ble prosessveiledet av innovasjonsrådgivere fra InnoMed fra start. Prosjektet fulgte innovasjonsmetodikken i [Veikart for tjenesteinnovasjon](#) og [Øyane modellen](#) for tverrsektoriell innovasjon. Etter forankring og innsiktsarbeid (se Innsiktsrapport) gikk prosjektet i gang med tjenesteutvikling.

Utfallet av Svingdørsprosjektet ble at man opprettet den tverretatlige Muli-tjenesten, som ble pilotert fra august 2023 til desember 2024.

Hva er Muli-tjenesten?

Muli-tjenesten er en helhetlig, sammenhengende og samskapt tverretattlig tjeneste for personer som nylig har hyppige akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttmottak (PAM). Hyppige innleggelser ble definert som tre eller flere innleggelser siste 12 måneder. 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 tverretattlig 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).

Metode

Evalueringsprosjektet foregikk i gruppeintervju av prosjektgruppen og Muli-teamet over to dager i desember 2024. Her deltok Muli-kontakter fra PAM, AFR, Øyane DPS, Kommunene og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (Sifer). Utvalget består dermed kun av ansatte i helsetjenestene. Evaluering med brukere pågår fortsatt som en del av et forskningsprosjekt, og omtales derfor ikke i denne rapporten. Utvikling og evaluering av Muli-appen inngår også i forskningsprosjektet og omtales heller ikke her.

Resultater

Pasientsaker

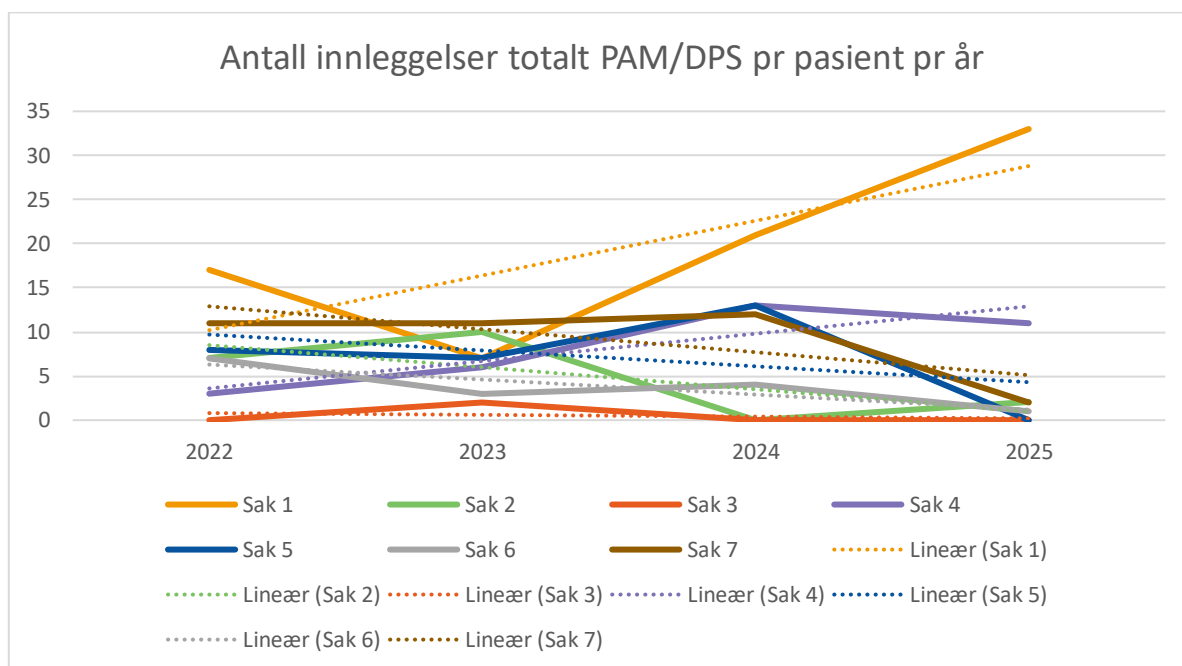
I løpet av piloteringsperioden hadde Muli-teamet 16 saker oppe til vurdering.

- I 7 av sakene har teamet etter anonym drøfting anbefalt å sette i verk ulike tiltak som ikke har vært forsøkt i tilstrekkelig grad. Dette har sett ut til å stabilisere og bedre situasjon for de aktuelle pasientene og tjenestene, da de fleste av disse ikke har kommet tilbake til Muli-teamet. En av disse sakene har blitt tatt opp på ny, for så å bli inkludert i Muli-tjenesten.
- Det har vært 9 aktive saker der pasienter har mottatt koordinerte tjenester og tiltak gjennom Muli, basert på eget samtykke. Situasjonen har stabilisert seg i 7 av disse sakene. Her er det rapportert gode samarbeid rundt og med pasient.
- To pasienter har valgt å trekke sitt samtykke tilbake, etter tillitsbrudd/ ikke ha opplevd å få den hjelpen de trenger.
- Det er «åpen retur» til Muli ved trukket samtykke (nytt samtykke).

Antall innleggelser

Antall innleggelser i PAM/DPS per pasient i årene før (2022-2023) og etter inntak i Muli (2024-2025) er hentet ut fra de 7 aktive sakene (se Figur 1). I den ene saken er det etter inntak i Muli, avtalt lav terskel for akuttinnleggelse, på bakgrunn av individuelle

vurderinger og tilpasninger. I denne saken har antall innleggelser derfor økt betraktelig, som forventet (Sak 1). Vi ser at antall innleggelser totalt går ned i 5 av de 6 andre sakene. Det er for tidlig å konkludere om effekten av Muli tjenesten på antall innleggelser. Imidlertid betrakter teamet at det er større stabilitet i behandlingen av pasientene og at det samarbeides godt på tvers av etater i disse sakene.



Figur 1. Antall innleggelser i PAM/DPS per pasient pr år (stiplede trendlinjer for hver pasient).

God kvalitet

Når det gjelder kvalitet i helsetjenesten, så erfarte tjenestene at samhandlingen og tiltakene var virkningsfulle, med tanke på stabiliserte behandlingsforløp med færre innleggelser. Det ble diskutert at tiltakene var behovsstyrte og dermed traff pasientens behov godt. Tjenestene opplevde at det var mindre dramatikk rundt behandlingsforløp og innleggelser, og at dette ble opplevd mer trygt og sikkert. Det har vært et fokus i tjenesten å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Dette har vi fått til i de fleste sakene. Når vi ikke har lyktes med dette, har vi opplevd at pasienten mister tillit og trekker sitt samtykke til videre tiltak gjennom Muli. Dette har skjedd to ganger. Tjenestene opplever at kontinuiteten sikres gjennom ukentlige samhandlingsmøter i Muli-teamet og at tjenestene fremstår mer samordnet gjennom Muli. Man utnytter dermed ressursene mer effektivt. Det brukes mer ressurser nærmest pasienten, i kommunen og i poliklinikken. Dermed sparer man sykehuset for en del innleggelser. Man opplever at hjelpen til brukerne er mer tilgjengelig og at dette kan forebygge og de-eskalere situasjoner, samt at man er mer opptatt av å ikke avvise pasientene.

EVALUERING PÅ TRE NIVÅ: MENNESKER - ORGANISASJON – TEKNOLOGI

Mennesker

Evaluerings av tjenestens betydning – for ansatte

- Specialisthelsetjeneste og kommune møter pasienten sammen
- Kommunalt ansatte mer trygge i møte med pasienten, de er betrygget og veiledet i Multi-teamet.
- Mer samlet i utfordringene uansett i de krevende sakene
- Nå vil vi gjerne ha en god dialog – fra ingen dialog
- Større fleksibilitet i møte med pasientene og hverandre

Evaluerings av tjenestens betydning – for pasienter

Pasienterfaringer og pårørende erfaringer undersøkes i eget forskningsprosjekt. Ifølge ansatte er tiltakene i Multi-tjenesten

- virkningsfulle: tjenestene er mer behovsstyrte
- trygge og sikre: det er mer stabilt og mindre dramatikk
- involverer i større grad brukere og gir dem innflytelse
- mer samordnet og preget av kontinuitet, men det kan gjerne være mer, dette må være et fortsatt fokus
- utnytter ressursene på en god måte: mindre belastning på politi og PAM, noe mer på DPS og kommune, men ressursene brukes på en bedre måte
- tilgjengelige og rettferdig fordelt: ja, vi jobber mer forebyggende, de- eskalerende og ikke-avvisende.

Organisasjon

Multi-møtene: møteform og hyppighet

- En time – avslutte på tid, alle må møte i tide. Eventuelt avklare utvidelse på forhånd
- Ukentlig fungerer greit. Behandler i PAM synes tidspunktet, mandager kl 10, er vanskelig, så dette må vi se på senere ved behov.
- Faste representantar kan med fordel bli i møtet, sjølv om de ikkje er relevant inne i saken.

- Faste møtorepresentanter med myndighet til å ta avgjørelser er viktig
- Digitale møter er avgjørende for gjennomførbarhet, og møtene fungerer godt på Teams.
- God møteledelse viktig, dette fungerer godt, bra med gode oppsummeringer
- Dette er en prosess – man må ikke ta forhastede konklusjoner i Muli-møtene, man må ta seg den tiden det tar for å få hele bildet.
- Stedfortredere: Ønskelig at alle har en stedfortreder. I saker der mange gjester en invitert inn i møtet bør dette ikke utsettes. Essensielt at psykisk helse/origo i kommunene, PAM og Øyane DPS sengepost og poliklinikk. Møteleder har i tillegg stedfortreder fra DPS.
- Onboarding av gjester er viktig: gjestene er «oppe til eksamen». Anerkjennelse gjestene og deres bidrag – dette er viktige bidrag! Kan med fordel være med oftere. Hva trenger de i forkant? Dette skal undersøkes ved intervjuer.
- Nyttig for alle å bare være til stede og lære av diskusjonen og refleksjonene.
- Å holde møtene i gang gjennom ferier: Dette gikk fint, vi får tatt status og holde i saker, uten å ta inn nye saker. Holde i dialogen rundt aktive pasientforløp. Statusevaluering i alle sakene, dveling i sakene vi har. Kortere møter i feriene. Kun røde dager som ikke har møter. Dette er bare et par mandager i året.
- Behandler: Viktige avgjørelser knyttet til tiltak og diagnose skal ligge hos hovedbehandler (KB) og Muli-teamet skal ikke være en myndighet for slike avgjørelser. Dette kan diskuteres og avgjørelser kan presenteres i Muli-team.
- Viktige prinsipper for Muli-teamet: Ta seg litt bedre tid til samkjøring, kommunikasjon, planlegge for kriser, felles plan, involvering av pasient, trenger man hjelp til forberedelse?

Dialogklima i Muli-møtene og i samarbeidet

Stort sett godt klima i Muli-møtene. Vi må tåle noen uenigheter og konflikter. Vi må romme frustrasjoner og hjelpe hverandre til å mentalisere – snakke sammen og få en felles forståelse. Si ifra når man er uenige. Behandle konflikter og hverandre med respekt. Sikre tverrfaglighet, gjerne få tilbake psykolog og lege i teamet.

Innspill til samarbeid og samarbeidsklima i de aller mest krevende sakene

- Hvis hyppige innleggelser fortsetter, alvorlige selvmordsforsøk eskalerer – hva gjør vi da?
- Tettere dialog i de vanskelige sakene – opprettholde mentaliseringen.
- Systematisere og formalisere veiledning.
- Dialog om beslutninger og begrunnelser må bedres mellom tjenestene: bedre epikriser i PLO.
- Vi trenger å få bedre tillit til avgjørelser som er gjort hos hverandre.

- Pårørende må involveres og veiledes gjennom dialog om begrunnelser og avgjørelser. Pårørendeansvarlige velges i inntaksmøtene (se rutiner).
- Kjennetegn ved situasjonen: Mange blir redde – igjen og igjen. Det er vanskelig å bli forent og «tro på det samme». Har pasienten kontroll? Er pasienten samtykkekompetent? Er det rett å legge pasienten inn/ ikke legge inn? Er det rett å leve med risikoen for at pasienten dør av selvmord?
- Da må vi:
 - Sikre at all viktig informasjon er delt med alle involverte: er dette en spesiell situasjon nå? De ulike etatene trenger oppdatert informasjon om kontekst og situasjon.
 - PAM trenger informasjon, gjerne gjennom PLO melding, fra kommunen: dette går bedre, dette er viktig nå: «ikke bare i loopen som før» - slik at vi kan forstå hva som er annerledes. «Det er noe som virker, men noe som fortsatt er vanskelig.»
 - Kommunen har rett til å få informasjon og plikt til å gi informasjon.
 - Kommunen trenger god informasjonsflyt innad – slik at PLO meldinger kommer frem.
 - Kommunen må få PLO med epikrise ved utskrivelse fra PAM på Multi-pasienter
- Sikre veiledning til alle som arbeider med pasienten – planlegge og avklare ved inntak på poliklinikken
 - Hvordan: DPS har ansvar for å veilede kommune – dette avtales med poliklinikken. Her må involverte sengeposter også være med (PAM, S post og DPS døgnet)
 - Hver avdeling må sikre egen veiledning internt (eks omsorgstretthet)
 - Noen ganger behov for veiledning på tvers
 - Multi-teamet må sikre og introdusere dette ved behov
 - Kan også involvere Klinisk Etisk komite for råd. Havarikommisjon?
- Sikre veiledning og behandling av pårørende
 - Hvordan: Må formaliseres tidlig i prosessen, det avklares i Multi-teamet hvem som skal **veilede regelmessig over tid** og/eller gi behandling. Undersøke hvordan pårørende opplever situasjonen og hva de trenger. Undersøke om de trenger henvisning til poliklinikken for oppfølging.
- Lage **felles** avtaler og rammer, for eksempel for brukerstyrt seng
- Dette må stå i journalen – konkret, «dette er bestemt», for eksempel lav terskel for innleggelse

- Ta ansvar for å få informasjon som man trenger. Be om det man trenger. For eksempel må kommunen be om informasjon fra PAM eller DPS dersom de lurer på om noe er gjort. Telefon kan være en god løsning for dialog, men så dokumentere i PLO/EDI.

Bærekraftighet av tiltaket

Økonomisk bærekraft, menneskelig bærekraft (ansatteressurser) og miljøavtrykk:

- Kan tjenestene leve med ressursbruken knyttet til Muli-samarbeidet? I hovedsak ja, det er en time i uken for alle Muli-kontaktene. Kommune og DPS har tettere kontakt med pasientene. Politi og PAM mindre oppdrag/innleggelser. PAM trenger imidlertid et annet tidspunkt for møtene.
- Økt kompetanse og kompetansedeling styrker tjenestene, ingen står alene.
- Viktig å plukke opp de riktige kandidatene, siling ifh begrenset volum.
- Skreddersøm. Ikke utvide for mye.
- Svært krevende å stå i saker alene, spesielt hvis det er faglig uenighet i etatene

Teknologi:

Journal og digital kommunikasjon

- Det har vært en utfordring å kunne protokollføre eller holde oversikt over pasienter som mottar Muli-tjenester, både internt og på tvers. Dette er løst ved at kommunene har egne oversikter, men med felles saksnummer som på listen hos leder ved DPS.
- Det meste av informasjonsdeling skjer muntlig i Muli-teamet. Ellers benyttes PLO meldinger ved behov.

Muli-appen:

- Ikke i gang enda. Egen pilot og egen rapport. Undersøkes i eget forskningsprosjekt.

KONKLUSJON

Konklusjon og anbefaling

Faste personer og faste møtepunkt, med stedfortredere, gir regelmessighet for kommunikasjon og samhandling. Dette er veldig bra. Rutiner revideres i tråd med evalueringen (se vedlagte rutiner for Muli-teamet). **Prosjektgruppen anbefaler at tiltaket settes i ordinær drift fra 1.1.25.**

Gjenstår: Voldsproblematikk

Fellesnevner: Slitasje på tjenestene – vegring, «skyving» mellom tjenestene er også aktuelt, konsekvensene kan være alvorlige i samfunnet, pårørende. Aktuelt å se det samme bildet i felleskap. Ønske om å utvide målgruppen til å omhandle dem med risiko for vold (Muli Vold). Prosjekt Muli Vold starter opp høsten 2025.

19.09.25

Mette Senneseth

Supplement

Tabell 1. Antall innleggelser totalt (PAM/DPS) pr pasient pr år

	Antall innleggelser totalt (PAM/DPS) pr pasient pr år			
	2022	2023	2024	2025
Sak 1	17	7	21	33
Sak 2	7	10	0	2
Sak 3	0	2	0	0
Sak 4	3	6	13	11
Sak 5	8	7	13	0
Sak 6	7	3	4	1
Sak 7	11	11	12	2