

# Kan vi unngå svingdøren med en felles helsetjeneste?

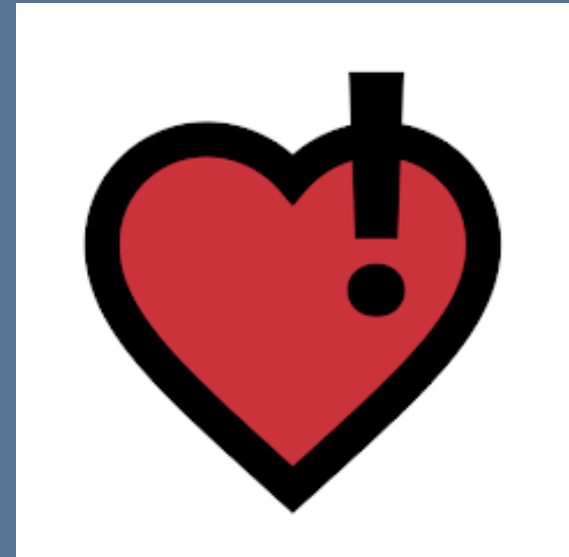
Erfaringer fra Svingdørsprosjektet og den tverretatlige Multi-tjenesten

---

Akuttnettverket, Gardermoen, 21.10.2024

Mette Senneseth, Phd, prosjektleder

Forsker, Helse Bergen  
Førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet (HVL)



# BAKGRUNN

## “Samskaping i Vest”

- **Storsatsing** i Øyane, med Askøy og Øygarden kommuner, NAV og Øyane DPS

- En gruppe personer med **svært hyppige innleggelse** i PAM trengte et **særskilt fokus**

- «**Svingdørsprosjektet**» - hvordan bedre helsetjenestene til denne gruppen?

# Svingdørsprosjektet

---

- Samarbeidsprosjekt (2021)
  - Helse Bergen (PAM, DPS, SIFER)
  - Politiet
  - Askøy kommune
  - Øygarden kommune
  - Nettverk for erfaringskompetanse
- Tjenesteinnovasjonsprosjekt veiledet av InnoMed
- Forskningsprosjekt (Helse Bergen, HVL)



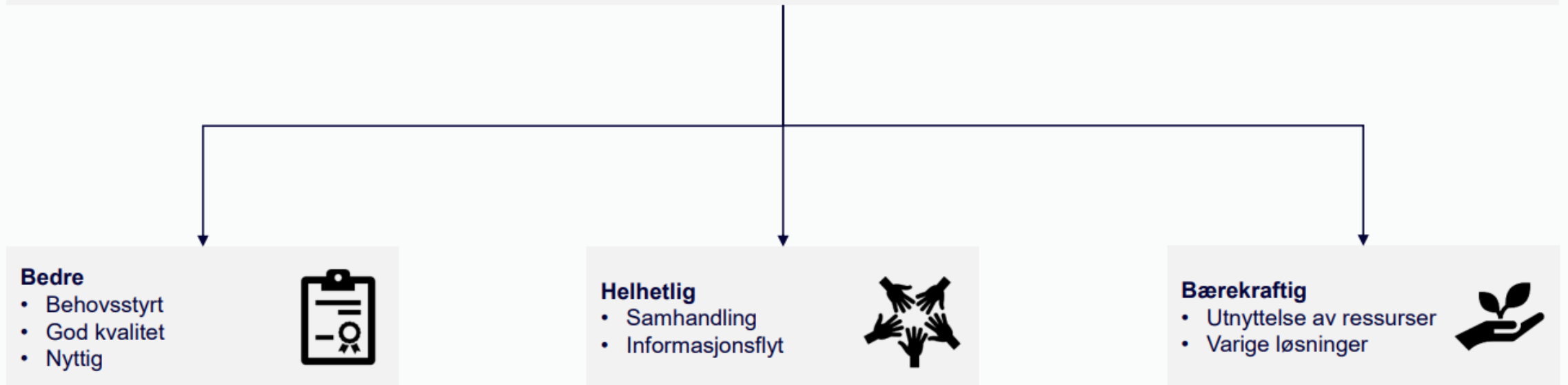
Juni 2022



[Innsiktsrapport\\_Svingdørsprosjektet\\_2022.pdf](#)

# Pasientens behov i sentrum for utvikling av ny løsning

Hensikten med prosjektet er å utvikle et **bedre**, mer **helhetlig** og **bærekraftig** helsetilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser som har hyppige innleggelses i psykiatrisk akuttmottak



# Visjon

Om 2 år har vi ikke svingdørspasienter fordi innbyggere får den behandlingen og støtten de trenger, der og når de trenger det, på en respektfull måte

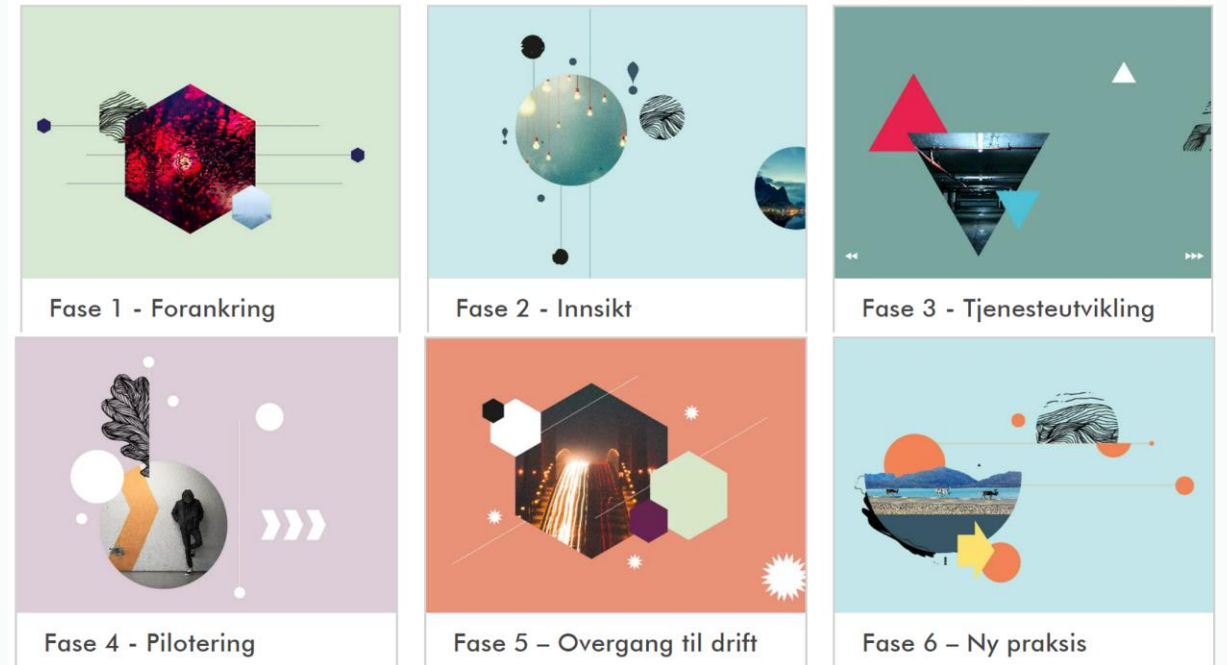


**Innsikt**

---

# Innsiktsarbeidet

- 7 intervjuer med brukere
- 6 Intervjuer med behandlere (DPS/PAM), politi og fastlege
- Innsikts workshop med alle aktørene





Jeg får ikke den hjelpen jeg trenger, når jeg trenger den

*Bruker*



Vi klarer ikke hjelpe disse brukerne godt nok

*Ansatt*



Vi får ofte avslag på henvisninger

*Fastlege*

Jeg har det verre etter utskrivelse fra psykiatrisk akuttmottak

*Bruker*



# Innsikt på tvers

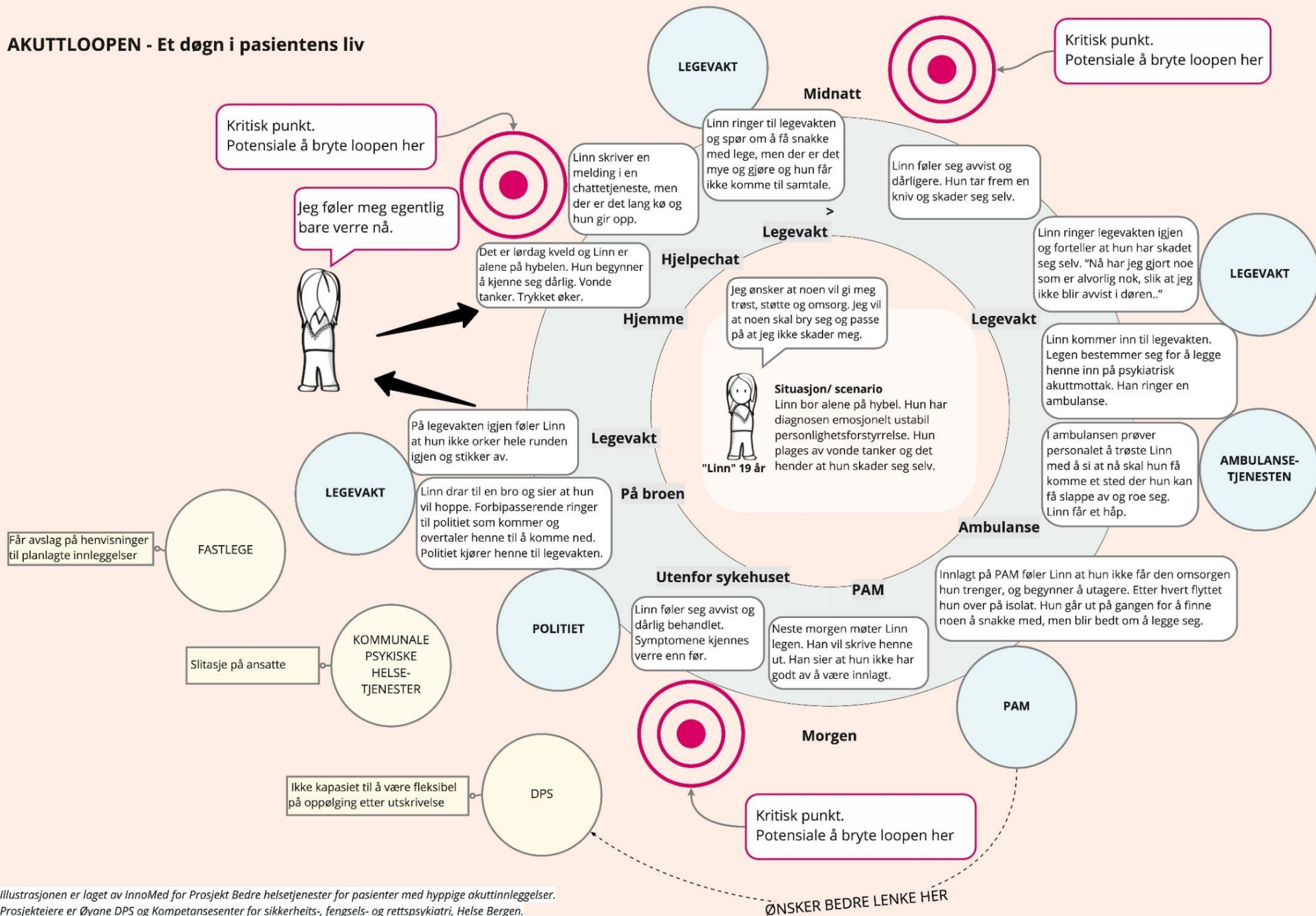
---

- Alle kjente på utilstrekkelighet, usikkerhet og ensomhet
  - Alle tenkte/håpte at andre kunne gjøre noe
  - Politiet var bekymret over gjentatte oppdrag på broene
  - Kommunen opplevde å stå alene uten gode nok virkemidler
  - Alle opplevde at de brukte mye ressurser til lite nytte for pasienten
  - Sykehuset er ikke «rett sted»
  - = KAOS
- 
- Se mer: [Innsiktsrapport Svingdørsprosjektet](#)

# Vårt felles utfordringsbilde

---

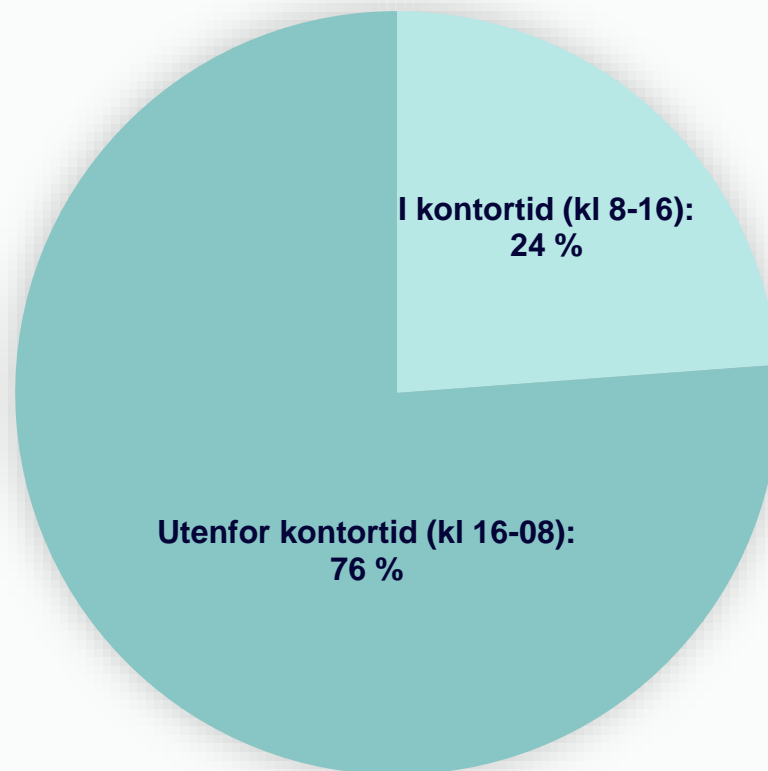
# AKUTTLOOPEN - Et døgn i pasientens liv



Illustrasjonen er laget av InnoMed for Prosjekt Bedre helsetjenester for pasienter med hyppige akuttinnleggelse. Prosjekteiere er Øyane DPS og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Bergen.

# 76% av innleggelsene på psykiatrisk akuttmottak skjer utenfor ordinær kontortid

## Tidspunkt for innleggelser i PAM



*\*Tall fra analyseavdelingen i Helse Bergen*

# Hva er behovet – hva skal vi løse?

---

Vi trenger

- En exit fra akuttloopen
- Mer hensiktsmessige tiltak tidlig
- En tilgjengelig mestringsstøttende tjeneste
- Helsepersonell som kan hjelpe med
  - De-eskalering, trygging og anerkjenning
  - Mestringsstrategier
  - Kople på nettverk
  - Igangssetting av eventuelle akutttiltak (“rød knapp”)
  - Å unngå avvisning og eskalering av situasjonen

# Men

---

- Vi trenger også
  - felles forståelse,
  - felles tilnærming og
  - en felles, helhetlig plan



# Prosjektet fulgte tre spor videre

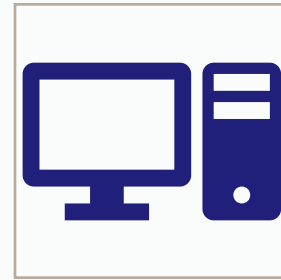
---



Pasientsporet



Systemsporet: struktur  
og samhandling



Teknologi og  
kommunikasjonssporet



# Pasientsporet

---



# Diagnosefordeling i gruppen $\geq 3$ innleggelsesår i PAM\*

- PF flest når slått sammen (584)

etterfulgt av

- Schizofreni (452)
- rus/alkohol (380)
- Bipolar affektiv lidelse (134)
- Schizoaffektiv (116)

\*Tall fra Helse Bergen, 2020

HOVEDDIAGNOSE	#INNLEGG
Schizofreni	452
Spesifikke personlighetsforstyrrelser	421
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer	252
Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	163
Bipolar affektiv lidelse	134
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol	128
Schizoaffektive lidelser (schizoaffektive psykoser)	116

# **Ingen nasjonal faglig retningslinje for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

---

- Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008)
  - Kronisk suicidale

# Nasjonalt faglig retningslinje 2008/2024

---

## 2008:

- Innleggelse i døgnenheter bør unngås.
- Er innleggelse nødvendig i en akutt situasjon, bør varigheten av oppholdet begrenses til kun å omfatte den akutte selvmordskrisen.
- Involverte behandlingsinstanser bør samarbeide for å unngå at disse pasientene blir «kasteballer» mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner.

## 2024:

- I akutte og overveldende emosjonelle kriser kan innleggelse være nødvendig for å hindre selvmord og håndtere den konkrete situasjonen.
- Innleggelsen benyttes til å fremme mestring hos pasienten gjennom strukturerte planer, målrettede tiltak og forventningsavklaringer.
- Samarbeid mellom involverte behandlere og behandlingsinstanser struktureres slik at pasientene mottar sammenhengende behandling.

# Er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse en skadelig diagnose?

Curr Psychiatry Rep (2016) 18: 11  
DOI 10.1007/s11920-015-0654-1

PERSONALITY DISORDERS (C SCHMAHL, SECTION EDITOR)

## The Stigma of Personality Disorders

Lindsay Sheehan<sup>1</sup> · Katherine Nieweglowski<sup>1</sup> · Patrick Corrigan<sup>1</sup>

Published online: 16 January 2016  
© Springer Science+Business Media New York 2016



Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling

KRONIKK

ØIVIND EKEBERG

## Child and Adolescent Mental Health

Child and Adolescent Mental Health 27, No. 3, 2022, pp. 246–249

### Key Practitioner Message

- There is a wealth of evidence from a range of sources to suggest that BPD can be a harmful, invalid construct that is unnecessary for and might be detrimental to treatment.
- We propose that these risks are even greater in adolescence.
- We highlight alternative forms of practice that warrant further consideration, development and evaluation.



Podium



Journal of the Royal Society of Medicine; 2023, Vol. 116(4) 148–150  
DOI: 10.1177/01410768231164780

## Borderline personality disorder: a spurious condition unsupported by science that should be abandoned

Roger Mulder<sup>1</sup> and Peter Tyrer<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, 4 Oxford Terrace, Christchurch 8011, New Zealand

<sup>2</sup>Imperial College, Hammersmith Hospital, London, W12 0NN, UK

Corresponding author: Peter Tyrer. Email: p.tyrer@imperial.ac.uk

# Fare

---

- Mange kontaktpunkter – mange steder det kan «gå galt»
- Avvisninger – som øker sinne og selvskading
- Motoverføringer (obs personer med autismspekter!)
- Hele systemet i stressmodus – betyr vanskelige samarbeidsforhold

# UKOM rapporten «Ingen kan hjelpe meg»



Rapport: «Ingen kan hjelpe meg. Hvorfor ble Malin nødetatenes ansvar?» (Ukom, 2024)

- Tjenestene blir utslitte og fortvilte, og det preger hjelpen de gir negativt (Ukom, 2024)
- Ansatte var ikke enige i hvordan hennes symptombilde og hjelpebehov skulle forstås
- Ulik forståelse og tilnærming bidro til at hjelpen hun fikk ble fragmentert

# PAM innfører Krisepakke (Ullevålsmodellen)

---

- Rammer for innleggelsen
  - Forutsigbarhet
  - Avklares av henvisende instans/vakthavende lege før innleggelse
  - Pasienten informeres om rammene.
  - Varighet på 1-2 dager.
  - Frivillig
- Krisesamtaler (1 og 2) ved sykepleier
- Dags- og kveldsplaner

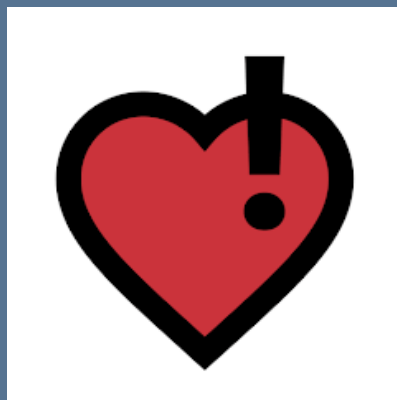




# Systemsporet: struktur og samhandling



# Løsningen: Multi-tjenesten



# Muli-tjenesten

---

- Består av
  - Multi-teamet – et tverretatlig og tverrfaglig koordinerende samhandlingsteam
  - En forsterket oppfølging fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, i tett samarbeid
  - Multi-appen – et digitalt kommunikasjonsverktøy for pasientene, utenfor kontortid



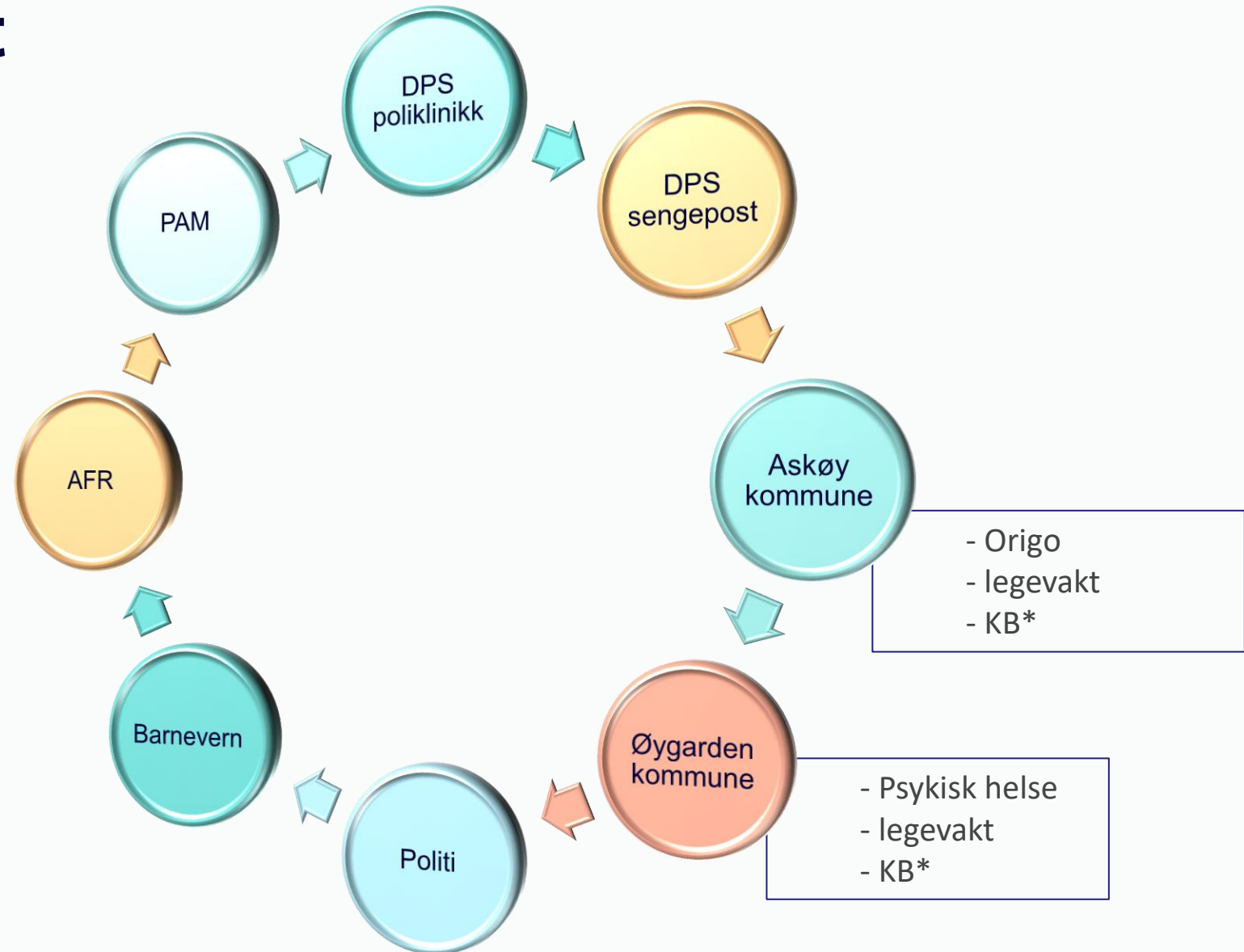
# Muli-teamet

Består av MULI-kontakter

Møtes digitalt

Ukentlige møter

Første møte  
21.august 2023



\*Kontinuitetsbærende behandler

# Inklusjonskriterier

---

- Dette skal ikke drøftes som absolutter, men som talende for og imot inkludering

<b>Tiltak som er prøvd synes ikke å gi ønsket effekt</b>	Både pas. og behandler opplever at behandlingen ikke treffer pas. behov.
<b>Emosjonelt ustabile trekk</b>	Det er ikke nødvendig at pas. oppfyller kriteriene for en spesifikk diagnose, men har noen ustabile trekk
<b>Usikkerhet i hjelpeapparatet</b>	Behandlere i ulike instanser er usikre på hvordan å håndtere symptomene på best mulig måte. Behandlere kan kjenne seg alene eller lite kvalifiserte.
<b>Ressursbruk</b>	Samlet ressursbruk synes ikke å komme pas. til gode. Pas. bruker systemet uten å ha effekt.
<b>Eksklusjonskriterier</b>	Psykose, bipolaritet og aktiv behandlingshemmende rusbruk (?)

# Henvisningsrutiner

---

## ■ Aktiv rekruttering

- Multi-kontaktene fanger opp aktuelle pasienter i sine instanser som kan ha nytte av tjenesten. Saker fra de ulike instansene skal gå gjennom Multi-kontaktene inn til Multi-teamet.

## ■ Anonym drøfting

- Alle saker drøftes først anonymt i Multi-teamet. Drøftes opp mot inklusjonskriteriene.
- Multi-teamet beslutter inntak etter anonym drøfting, eventuelt anbefaler andre tiltak først hvis dette ikke har vært forsøkt i tilstrekkelig grad.

## ■ Inntak

- Ved beslutning om inntak spørres pasienten om samtykke til henvisning og vurdering til Multi-team.

## ■ Samtykke

- Pasienten blir formelt tatt opp som pasient ved Øyane DPS, poliklinikken. Tilbys MBT behandling.

# Forsterket oppfølging

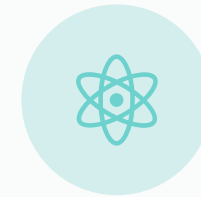
---



Primærkontakt i kommunen og behandler ved DPS møter pasient i felleskap



Det avklares behov for veiledning og lages en plan for dette



Sammen «tette huller i systemet», sårbarheter utbedres, det lages et sikkerhetsnett som inkluderer pårørende



Mestringsplan og Akuttiltak utarbeides sammen med pasienten



Egne møter for involverte tjenester, som sengeposter, fastlege, primær-kontakter og behandlere



Muli-kontakter hos alle aktører gir seg til kjenne i møte med pasienten

# Prinsipper for Multi-tjenesten

---

- **Psykologisk trygghet - God og trygg dialog i teamet**
  - Her skal det være trygt å tenke høyt sammen for å finne nye treffsikre løsninger
  - Gode samarbeidsrelasjoner
- **Skreddersøm**
  - Tar utgangspunkt i pasientens egne behov og ønsker
- **Fleksibilitet**
  - Vi må tøye litt for å få det til
- **Vår felles helsetjeneste**
  - Alle må ta et steg fram
  - Ingen kan «slippe pasienten» når de er tatt inn i Multi
  - Gjennom koordinert samhandling mobiliseres det i hele systemet
  - Pasientens mestringsplaner og akuttplaner er blitt gjort kjent i teamet

# Mentalisering i samarbeid

---

- Det er ikke bare pasienten som trenger hjelp til mentalisering
  - «Hva skjer i deg, hva skjer i meg og hva skjer mellom oss?»
- Alle tjenestene må kunne se de andre tjenestenes perspektiv og anerkjenne at det kan se annerledes ut derfra



# Relasjonell kapasitet

---

- **Et mål på kvalitet av samarbeid og samhandling**
- Høy relasjonell kapasitet vises ved at man
  - kjenner hverandres arbeid, kompetanse og utfordringer, i tillegg til avhengighetene seg imellom
  - man har gjensidig respekt for hverandres bidrag,
  - deler kunnskap,
  - er problemløsende og
  - åpen for å utforske nye løsninger i fellesskap.

# Erfaringer med Multi

---

# Erfaringer med Multi-teamet

---

- Arena som er åpen for alle involverte, der vi legger planer i fellesskap.
- Vi deler erfaringer og lærer opp hverandre
- Vi forstår pasienten bedre
- «Vi er ikke alene»: De som er nærmest pasienten har et tverretatlig og tverrfaglig team i ryggen
- «Vi har bestått stresstesten i lag»
- Vi står støtt i det i har bestemt – vi opprettholder både tiltak og relasjon til pasienten
- Vi øker vår relasjonelle kapasitet

# Muli-pasienter

---

- Totalt 15 saker vurdert siden oppstart 21.august 2023
- I 7 av sakene har man etter anonym drøfting anbefalt andre tiltak som ikke har vært forsøkt i tilstrekkelig grad (for eksempel utredninger, bolig)
- 3 saker på vei inn – anonymt drøftet, samtykke skal innhentes
- 5 aktive saker der pasienter mottar koordinerte tjenester gjennom Muli

# En vinn-vinn løsning

---

- Mindre bruk av akuttjenester og nødetaer
- Bedre tjenester for pasienten
- Tryggere ansatte
- Bedre samhandling og mer helhetlig tilnærming
- Bedre rustet kommunal oppfølging
- Mer bærekraftig
- Bedre fordeling
- Mer kostnadseffektivt

# Tusen takk for oppmerksomheten!

---

Kontakt: [mette.senneseth@helse-bergen.no](mailto:mette.senneseth@helse-bergen.no)