Evaluering af Fusionsklinikken

Integreret tværfaglig behandling til patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes

Forskningsafdelingen
Midt- og Vestsjællands Hospital

REGION SJÆLLAND
– vi er til for dig

Evaluering af Fusionsklinikken
Integreret tværfaglig behandling til patienter
med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes

© Forskningsafdelingen
Center for Forskning i Relationer og Deeskalering
Midt- Vestsjællands Hospital (MVH): Region Sjælland, 2026

ISBN: 978-87-93639-36-2

Finansiering: Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS)

Udgiver: Forskningsafdelingen
Midt- og Vestsjællands Hospital
Fælledvej 6
4200 Slagelse

Forfattere: Siff Monrad Langkilde
Sabrina Trappaud Rønne

Arbejdsgruppe: Lene Lauge Berring
Sara Fokdal Lehn
Lene Halling Hastrup
Aake Packness

Advisory board: Kenneth Hjort, brugerrepræsentant
Line Elisabeth Lindahl-Jacobsen, forskningschef, SDCS
Anne Næsted, projektleder i Fusionsklinikken, SDCS
Jens Otto Drachmann Bukh, vicedirektør, MVH
Ida Marie Skou Storm, forsker, Forskningsafdelingen, MVH
Anne Møller, lektor og seniorforsker, Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og praktiserende læge.
Stoja Vassing, sygeplejerske, Ambulatoriet for Hormonsygdomme, Medicin 2 Slagelse, MVH

Tak til Anne Busch Hansen fra SDCS for faglig rådgivning.

Herudover en stor tak til alle medvirkende patienter,
medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere.

Forord

Vi er stolte af at kunne præsentere denne evaluering, der samler erfaringer og resultater efter de første fem år med Fusionsklinikken. Evalueringen er gennemført af Forskningsafdelingen på Midt- og Vestsjællands Hospital i Region Sjælland i tæt samarbejde med patienter, medarbejdere, ledere, samarbejdspartnere, arbejdsgruppe, Steno Diabetes Center Sjælland og et advisory board. Netop det brede samarbejde afspejler den grundtanke, som også kendetegner Fusionsklinikken: at de bedste løsninger skabes, når forskellige erfaringer, fagligheder og perspektiver bringes sammen omkring et fælles formål.

Mennesker, der lever med både diabetes og alvorlig psykisk sygdom, har ofte komplekse behov, som udfordrer de traditionelle opdelinger mellem psykiatri, somatik og kommune. Når behandling, opfølgning og støtte er organiseret i adskilte systemer, risikerer ansvaret at blive delt, mens sammenhængen for den enkelte går tabt. Ud fra denne erkendelse blev Fusionsklinikken etableret i et samarbejde mellem Psykiatrien Vest og Steno Diabetes Center Sjælland med ambitionen om at skabe et behandlingstilbud, der tager udgangspunkt i hele mennesket og understøtter sammenhæng på tværs af fagligheder, sektorer og organisationer.

Fusionsklinikken minder os om, at sammenhængende og integreret behandling kræver mere end tværfaglige kompetencer. Den kræver et mindsetskifte: fra at tage udgangspunkt i sygdomme, sektorer og organisatoriske logikker til at tage udgangspunkt i mennesket og det liv, der leves med sygdom. Når vi gør det, bliver værdien af vores indsats ikke alene et spørgsmål om kliniske resultater, men også om sammenhæng, håb, livskvalitet og mestring. I en tid, hvor både sundhedsreformen og 10-årsplanen for psykiatrien efterlyser mere helhedsorienterede og sammenhængende indsatser, giver Fusionsklinikken et konkret eksempel på, hvordan sådanne ambitioner kan omsættes til praksis og bidrage til den fortsatte udvikling af tilbud til mennesker med komplekse behov.

Afslutningsvis vil jeg gerne rette en stor tak til patienter, pårørende, medarbejdere, ledere, samarbejdspartnere, arbejdsgruppen, Steno Diabetes Center Sjælland og advisory boardet. Uden deres engagement, åbenhed og refleksioner ville denne evaluering ikke have været mulig.

God læselyst.



Lene Lauge Berring
Chefsygeplejerske og forskningsleder

Indhold

	Forord	3
	Introduktion	6
	Læsevejledning	8
	Ordforklaring	9
	Resultater og opsamling	**10**
1	Hovedresultater	11
2	Udviklingsområder for Fusionsklinikken	15
3	Når psykiatri og somatik fusioneres: Hvad kan vi lære?	17
4	Konklusion	20
	Baggrund og rammer omkring Fusionsklinikkens indsats	**21**
5	Baggrund	22
6	Fusionsklinikkens behandlingsindsats	25
	Patienterne, de kliniske resultater og oplevet udbytte	**32**
7	Patienterne i Fusionsklinikken	33
8	Udvikling i diabetesrelaterede kvalitetsmål, diagnoser og indlæggelser	38
9	Patienternes oplevede udbytte af behandlingen	46
	Organisering og ledelse af Fusionsklinikken	**48**
10	Tværgående organisering af Fusionsklinikken	49
11	Ledelse af Fusionsklinikken	53
	Indsatser i Fusionsklinikken	**59**
12	Integreret tværfaglig praksis	60
13	Tilgængelighed og fleksibilitet i behandlingen	65
14	Personcentreret og helhedsorienteret behandling	72
15	Tværgående samarbejde og koordinering af komplekse forløb	80
16	Viden, læring og faglig kapacitet i sundhedsvæsenet	86
	Opgørelse af omkostninger	**91**
17	Opgørelse af omkostninger og personaleoversigt	92
	Metode og datagrundlag	**98**
18	Metode og datagrundlag	99
	Referencer	102
	Bilag	**104**

Introduktion

Hvordan skaber man et behandlingstilbud til mennesker med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes, når psykiatriske symptomer, diabetes og sociale forhold påvirker hinanden gensidigt og gør standardiserede behandlingsforløb utilstrækkelige?

Dette spørgsmål er omdrejningspunktet for Fusionsklinikken, et specialiseret og tværfagligt ambulant behandlingstilbud til mennesker med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes.

Klinikken, der er den første af sin slags, samler psykiatrisk behandling og diabetesbehandling i én integreret tværfaglig indsats. Formålet er ikke bare at behandle de to sygdomme samtidigt, men at arbejde med samspillet mellem sygdommene samt de livsomstændigheder, som påvirker patienternes mulighed for at modtage og profitere af behandling.

Behovet for et sådant integreret tilbud udspringer af en veldokumenteret udfordring. Mennesker med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes har markant dårligere helbred, højere dødelighed og større risiko for senkomplikationer end både baggrundsbefolkningen og personer med diabetes alene [1,2,3,4,5]. Samtidig har de ofte komplekse behandlingsbehov, som går på tværs af psykiatri, somatik og sociale indsatser [6,7]. For mange resulterer dette i fragmenterede patientforløb og øget risiko for at falde mellem de eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet [8,9,10].

Samtidig er klinikkens relevans blevet stadig mere aktuel i takt med, at integration mellem psykiatri og somatik, håndtering af multisygdom og reduktion af ulighed i sundhed er blevet centrale temaer i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Fusionsklinikken blev oprettet i 2020 i et samarbejde mellem Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) og Psykiatrien Vest i Region Sjælland. Etablering og drift er finansieret af SDCS i perioden 1. februar 2020 til 1. juli 2027, hvorefter der skal tages stilling til klinikkens fremtidige organisering, forankring og finansiering. Nærværende evaluering er bestilt af SDCS på denne baggrund.

Formål med evalueringen

Forskningsafdelingen på Midt- og Vestsjællands Hospital har gennemført denne evaluering i perioden oktober 2025 – august 2026.

Evalueringen er gennemført som en summativ realistisk evaluering med fokus på både resultater og virkningsmekanismer.

Evalueringen har et dobbelt formål:

- At give beslutningstagere et solidt grundlag for at vurdere Fusionsklinikkens fremtidige forankring og udvikling.
- At formidle erfaringer og læring fra Fusionsklinikken til praktikere, fagpersoner, ledere og udviklingsaktører med interesse for integrerede behandlingstilbud.

Evalueringen undersøger derfor, hvordan, for hvem og under hvilke omstændigheder Fusionsklinikken har:

- Etableret en integreret organisering af psykiatrisk behandling og diabetesbehandling
- Opbygget tværfaglige kompetencer blandt medarbejderne
- Udviklet helhedsorienterede tilgange til patienter med komplekse behov
- Bidraget til forbedringer i patienternes helbred, trivsel og recovery
- Anvendt økonomiske ressourcer i forbindelse med etablering og drift af klinikken

Herudover belyser evalueringen, hvordan erfaringer fra Fusionsklinikken kan bidrage til udviklingen af integrerede behandlingstilbud på tværs af psykiatri og somatik.

Evalueringen bygger på en kombination af journaldata for 209 patienter, interviews med patienter, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere, samt opgørelser af klinikkens omkostninger.

Evalueringen omfatter ikke en særskilt evaluering af Fusionsklinikkens igangværende skalering til regionsfunktionsniveau i hele Region Sjælland.

Læsevejledning

Rapporten er opbygget i syv dele, som kan læses både samlet og hver for sig.
For beslutningstagere anbefales det at starte med den første del, som sammenfatter evalueringens hovedresultater, udviklingsområder, anbefalinger og konklusion.
For praktikere, fagpersoner, ledere og andre, der ønsker en dybere forståelse af Fusionsklinikkens resultater, behandlingsindsatser og virkningsmekanismer, er anden, tredje, fjerde og femte del især centrale.

Del 1: Resultater og opsamling samler evalueringens hovedresultater, udviklingsområder, anbefalinger og konklusion.

Del 2: Baggrund og rammer omkring Fusionsklinikkens indsats beskriver patientgruppen og baggrunden for klinikken, samt introducerer klinikkens organisering, indsats og patientforløb.

Del 3: Patienterne, de kliniske resultater og oplevet udbytte præsenterer en karakteristik af patienterne i klinikken, udviklingen i kliniske mål før, under og efter deres behandlingsforløb samt patienternes oplevede udbytte af behandlingen.

Del 4: Organisering og ledelse af Fusionsklinikken analyserer de organisatoriske forhold og ledelsesmæssige tilgange, der bidrager til klinikkens resultater. Hvert kapitel indledes med en kort opsamling af de væsentligste fund.

Del 5: Indsatser i Fusionsklinikken analyserer de behandlingsmæssige og kapacitetsopbyggende indsatser, der bidrager til klinikkens resultater. Hvert kapitel indledes med en case og en kort opsamling af de væsentligste fund.

Del 6: Opgørelse af omkostninger indeholder en opgørelse af klinikkens omkostninger samt en oversigt over medarbejderressourcer og caseload.

Del 7: Metode og datagrundlag beskriver evalueringens design, metode, datagrundlag og analytiske tilgang.

Ordforklaring

Behandlingsadhærens: Patientens evne og motivation til at følge den aftalte behandling.

Caseload: Antallet af patienter pr. fuldtidssygeplejerske.

Differentieret indsats: Målrettet og tilpasset behandling til den enkelte patients muligheder og behov.

Helhedsorienteret behandling: Fokuserer på alle aspekter i patientens liv, herunder somatiske, psykiske og sociale forhold, for at forstå og behandle patientens samlede problemstilling.

Integreret tværfaglig praksis: En faglig tilgang, hvor medarbejdere kombinerer viden fra psykiatri og diabetesbehandling for at forstå og håndtere samspillet mellem sygdommene og tilpasse behandlingen til patientens samlede situation.

Personcentreret behandling: Fokuserer på, at patienten er en aktiv medskaber af sit eget behandlingsforløb, og oplever behandlingen som meningsfuld og relevant. Det indebærer, at behandlingen tilpasses patientens funktionsniveau, motivation og livssituation frem for standardiserede forløb.

Psykoedukation: En struktureret indsats, der skal styrke patientens evne til at forstå, håndtere og leve med sine sygdomme i hverdagen.

Recovery: En individuel proces, hvor patienten udvikler nye måder at forstå, håndtere og leve med sine sygdomme på, med fokus på håb, mening, mestring og deltagelse i hverdagslivet.

Shared caseload: Når en patient er i forværring, deles ansvaret for behandlingen af hele det tværfaglige team i klinikken.

Sociale forhold: De livsomstændigheder, som har betydning for patientens sundhed, recovery og mulighed for at gennemføre behandling. F.eks. boligforhold, økonomi, uddannelse, arbejde og sociale netværk.

Triagering: En systematisk faglig vurdering af patientens tilstand og behov, som danner grundlag for at intensivere eller nedjustere den samlede behandling.

Resultater og opsamling

Samler evalueringens hovedresultater, udviklingsområder, anbefalinger og konklusion.

1 Hovedresultater

Evalueringen viser, at Fusionsklinikken har etableret en virkningsfuld indsats til behandling af patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes. Patientgruppen er præget af komplekse og sammensatte behandlingsbehov, hvor psykisk sygdom, diabetes og sociale udfordringer gensidigt påvirker hinanden og ofte vanskeliggør behandling. Klinikken lykkes med at integrere psykiatriske, somatiske og sociale indsatser i ét samlet behandlingstilbud.

10 centrale resultater

1. Patienternes mentale og fysiske helbred forbedres

Patienternes diabetesregulering (HbA1c) bliver markant forbedret under deres forløb i Fusionsklinikken. Det gennemsnitlige HbA1c falder fra 72,3 mmol/mol seks måneder før opstart til 60,0 mmol/mol seks måneder efter afsluttet behandling, og forbedringerne ser således ud til at blive fastholdt efter forløbets afslutning. Der ses desuden en tendens til færre indlæggelsesdage i psykiatrien under forløbet i klinikken, hvilket kan indikere forbedret håndtering af psykisk sygdom. Samtidig har patienterne en tæt og kontinuerlig behandlingskontakt, hvilket peger på kontinuitet og engagement i behandlingsforløbet.

2. Patienterne oplever større tryghed, sygdomsindsigt og tilgængelighed

Patienterne vurderer klinikkens behandling meget positivt. De oplever en høj grad af sammenhæng i deres forløb og øget forståelse for samspillet mellem deres sygdomme, hvilket skaber tryghed, overskud og indsigt i egen situation. De fremhæver relationel kontinuitet, tid og samtidig behandling af begge sygdomme, som særligt betydningsfuldt, mens én indgang og hjemmebesøg gør det tilgængeligt og overskueligt for dem at modtage behandling.

3. Organisering på tværs har væsentlig betydning for klinikkens resultater

Det tværorganisatoriske samarbejde mellem Psykiatrien Vest og Steno Diabetes Center Sjælland har en væsentlig betydning for klinikkens resultater. Organiseringen giver adgang til både drifts- og udviklingsmæssige ressourcer og muliggør samtidig, at klinikken kan fungere som et "læringslaboratorium", hvor nye metoder og løsninger bliver udviklet og løbende afprøvet i praksis. Evalueringen peger dog også på, at en stærkere integreret ledelsesforankring, hvor udvikling og drift er koblet tættere sammen, kan styrke udnyttelsen af de samlede kompetencer.

4. Praksisnær ledelse understøtter tværfaglighed, innovation og kvalitet

Fusionsklinikkens praksis er understøttet af en praksisnær og læringsorienteret ledelse, der skaber rammer for tværfagligt samarbejde, faglig udvikling og håndtering af komplekse patientforløb. Gennem fokus på læring og afprøvning af nye løsninger, fælles opgaveløsning samt et stort fagligt handlerum, udvikler medarbejderne løbende deres kompetencer sammen på tværs af specialer. Denne ledelsestilgang understøtter klinikkens evne til at skabe fleksible, personcentrerede og sammenhængende patientforløb.

5. Integreret tværfaglighed som faglig kernekompetence

Fusionsklinikken har specialiseret sig i at arbejde med samspillet mellem svær psykisk sygdom og diabetes. Medarbejderne bliver kontinuerligt oplært i hinandens specialer, og udvikler en integreret tværfaglig praksis, hvor viden fra begge fagområder anvendes samlet omkring patienten. Denne integrerede tværfaglighed er afgørende for behandlingen af patientgruppen, hvor komplekse symptombilleder og bivirkninger kræver en samlet forståelse, vurdering og håndtering. Samtidig oplever medarbejderne, at den integrerede tværfaglighed styrker deres faglige kompetencer, uden at de går på kompromis med deres monofaglige styrker.

6. Den udvidede F-ACT-model understøtter integreret behandling

Klinikkens udvidelse af F-ACT-modellen, så den integrerer psykisk sygdom og diabetes, gør det muligt at tilpasse og differentiere indsatsen til patienternes skiftende behov på tværs af sygdommene. Lavere caseload, fleksibel intensitet, hjemmebesøg og aktiv opfølgning ved udeblivelser er centrale virkningsmekanismer, som både styrker relationen til patienterne, øger behandlingens tilgængelighed for patientgruppen og er med til at forebygge forværring.

7. Personcentreret behandling øger behandlingsadhærens og mestring i hverdagen

Patienterne oplever i høj grad at blive inddraget i beslutninger om egen behandling, og at behandlingen bliver tilpasset deres aktuelle behov. Når behandlingen er differentieret og tilpasset patientens konkrete situation, frem for at følge standardiserede forløb, styrker det både deres ejerskab, behandlingsadhærens og evne til at håndtere sygdomme og symptomer i hverdagen. Den personcentrerede behandling er helt central for patienternes fastholdelse i behandlingen.

8. Helhedsorientering er afgørende for behandlingen

Fusionsklinikken håndterer patienternes sociale problemstillinger, som en integreret del af behandlingen. Når sociale barrierer bliver håndteret i klinikken, er det med til at øge patienternes overskud til at indgå i og profitere af den psykiatriske og somatiske behandling. Samtidig bidrager klinikken til at opspore og behandle komorbiditet og senkomplikationer hos patienterne, hvilket kan være med til at forebygge forværring, akutte forløb og indlæggelser.

9. Fusionsklinikken kombinerer specialistfunktion og koordination

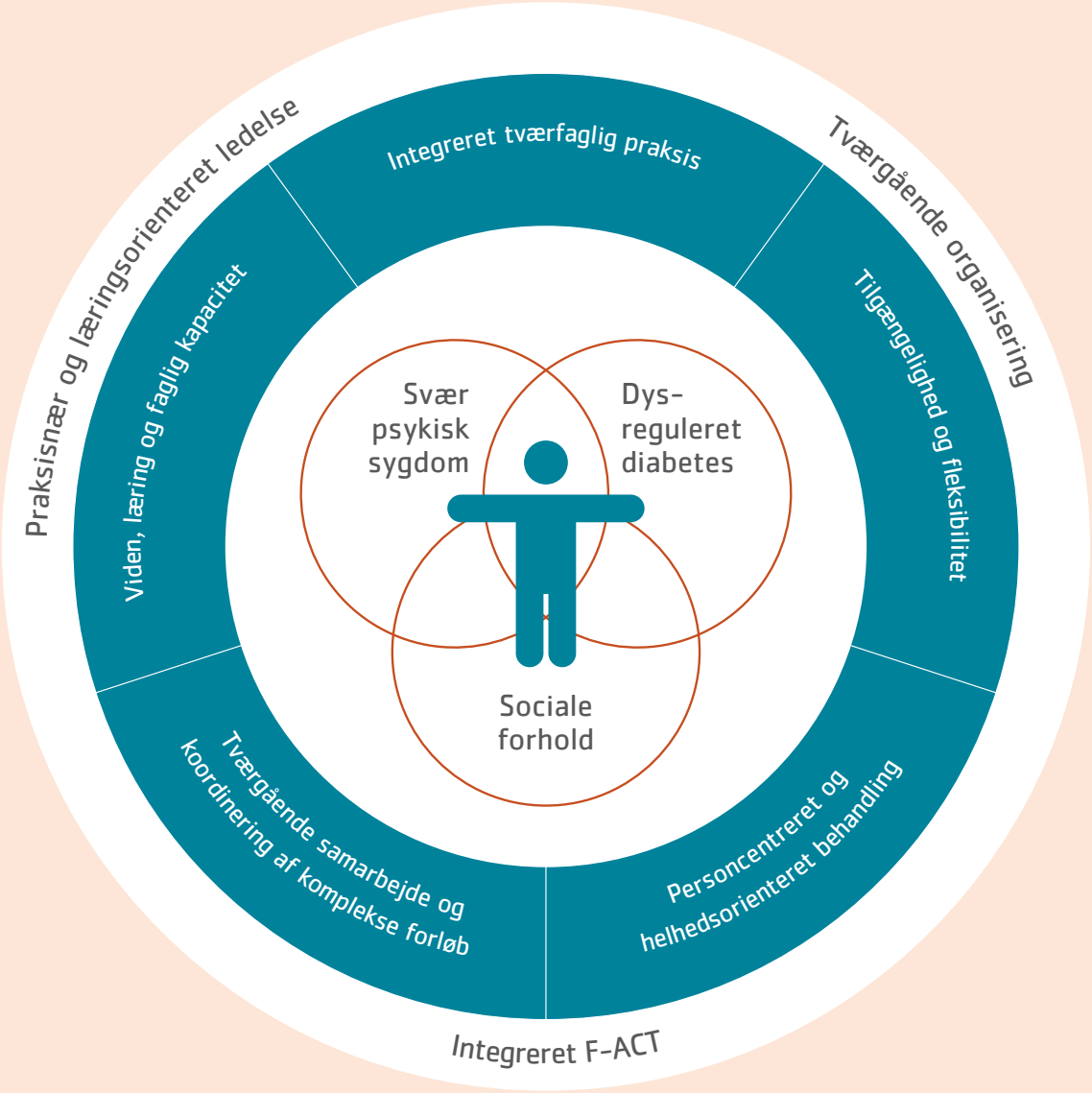
Klinikken fungerer både som højt specialiseret behandlingstilbud og som koordinerende omdrejningspunkt omkring patienten. Kombinationen af specialistviden og aktiv koordinering på tværs af aktører og sektorer er central for patientgruppen. Det understøtter sammenhængende forløb, mindsker patientens "koordinationsbyrde" og skaber tryghed for og omkring patienten.

10. Fusionsklinikken styrker kapacitet og kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet

Samarbejdspartnerne oplever, at Fusionsklinikken styrker deres håndtering af komplekse patientforløb og frigør ressourcer til andre dele af sundhedsvæsenet. Samtidig fungerer klinikken som en faglig ressource og vidensaktør, der gennem sparring, undervisning, delestillinger og udvikling af nye initiativer udbreder specialiseret viden og styrker behandlingskvaliteten på tværs af specialer, organisationer og sektorer. Således skaber klinikken værdi ud over egne patientforløb. Evalueringen peger på potentialet i en bredere og mere fleksibel anvendelse af klinikkens kompetencer, herunder en forebyggende og tydeligere konsultativ funktion.

På næste side præsenteres en figur, der sammenfatter evalueringens centrale fund og illustrerer Fusionsklinikkens samlede behandlingsindsats.

Figur 1: Fusionsklinikkens samlede indsats



Figur 1 sammenfatter evalueringens fund og illustrerer Fusionsklinikkens samlede behandlingsindsats. I figurens centrum ses patienten og det samspillende problemkompleks, som klinikken adresserer. Rundt om står de centrale indsatskomponenter, der er afgørende for klinikkens virkemåde, og yderst ses de organisatoriske og ledelsesmæssige rammer, som understøtter klinikkens arbejde.

2 Udviklingsområder for Fusionsklinikken

Evalueringen peger på 7 centrale udviklingsområder, som kan bidrage til den fortsatte udvikling og styrkelse af Fusionsklinikken.

7 centrale udviklingsområder

1. Styrk fokus på fysisk aktivitet

Der er potentiale i at styrke klinikkens rehabiliterende indsats gennem øget fokus på fysisk aktivitet og bevægelse. Fysisk aktivitet har positiv indvirkning på både diabetesregulering, mental trivsel og forebyggelse af følgesygdomme, hvilket er særligt vigtigt for patientgruppen, hvor mange har forhøjet blodtryk, kolesterol og BMI, samt manglende overskud som følge af psykisk og fysisk sygdom og medicin. Der er stort potentiale i at inddrage f.eks. fysioterapeutiske kompetencer i klinikken og samarbejde tættere med kommunale tilbud om motion og bevægelse i hverdagen, der tager højde for patienternes sygdomme og funktionsniveau.

2. Styrk overgangen til kommunale tilbud og civilsamfund

I den afsluttende fase af klinikkens behandlingsforløb, er der potentiale i at udvikle mere systematiske brobygningsforløb til kommunale tilbud og civilsamfundsaktører. Brobygningen kan f.eks. omfatte afdækning af patienternes ønsker og behov efter afslutning, fælles møder med relevante aktører og opfølgning efter afslutning fra Fusionsklinikken. For patienter, der bliver klar til det, kan tilbud som Social Sundhed, patientforeninger og kommunale sundhedstilbud potentielt bidrage til større deltagelse i sociale og sundhedsfremmende aktiviteter og til at understøtte sygdomsmestring og et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv.

3. Udvidelse af klinikkens forebyggende og konsultative funktion

Samarbejdspartnere efterspørger større adgang til Fusionsklinikkens kompetencer i forhold til de patienter, som ikke opfylder klinikkens inklusionskriterier. Det anbefales derfor at undersøge mulighederne for at udbygge en mere forebyggende funktion i klinikken, samt gøre den konsultative funktion mere systematisk ift. at omfatte sparring om konkrete patienter og deltage i koordinationsmøder og rådgivning på tværs af sektorer og specialer. Herved kommer Fusionsklinikkens specialiserede viden en bredere målgruppe til gavn og bidrager til kompetenceudvikling hos andre aktører i sundhedssystemet.

4. Udvidelse af målgruppen til patienter med anden somatisk sygdom

Personer med svær psykisk sygdom har ofte flere samtidige kroniske somatiske sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme. Det anbefales at undersøge potentialet i at udvide klinikkens tværfaglige fokus til gradvist også at omfatte hjerte-kar-sygdomme eller multisygdom.

5. Styrk følgeforskning og udvikl kvalitetsmål

Der er potentiale i at etablere systematisk følgeforskning i Fusionsklinikken og udvikle kvalitetsmål, der bedre indfanger patienternes psykiske trivsel, livskvalitet, recovery og håndtering af multisygdom. Dette kan bl.a. ske gennem systematisk indsamling af patientrapporterede data før, under og efter forløbet, så patienternes udvikling kan følges over tid. En sådan indsats vil bl.a. bidrage til at dokumentere klinikkens virkning og betydning for patienter og pårørende.

6. Følg skaleringen tæt

Den igangværende udvidelse af Fusionsklinikken til hele Region Sjælland giver en unik mulighed for at undersøge, hvordan integrerede behandlingstilbud kan skaleres og implementeres uden tab af kvalitet og sammenhæng. Der er potentiale i at gennemføre en procesevaluering eller følgeforskning, der belyser, hvordan arbejdsgange, integreret tværfaglighed og praksisnær viden overføres mellem forskellige organisatoriske og kliniske kontekster, samt hvilke lokale forhold, der understøtter eller udfordrer implementeringen. Erfaringerne kan skabe vigtig viden om organisering, ledelse og implementering af integrerede tilbud på tværs af psykiatri og somatik.

7. Styrk og tydeliggør Fusionsklinikkens organisationsmodel

Fusionsklinikken kan med fordel arbejde med at beskrive og konceptualisere de organisatoriske principper, ledelsestilgange, arbejdsformer og mekanismer, der ligger til grund for klinikkens praksis, herunder samspillet mellem drift og udvikling, integreret tværfaglighed, fælles opgaveløsning og personcentreret behandling. En tydeligere beskrivelse og systematisering af organisationsmodellen kan bidrage til at fastholde og videreudvikle den opbyggede viden, styrke fælles forståelse og muligheden for videre udbredelse.

3 Når psykiatri og somatik fusioneres: Hvad kan vi lære?

Erfaringerne fra Fusionsklinikken giver værdifuld viden om, hvordan integration mellem psykiatri og somatik kan organiseres i praksis, og peger på 12 elementer, som kan være relevante i udviklingen af fremtidige integrerede behandlingstilbud.

12 relevante elementer

1. Organisér indsatsen med udgangspunkt i patienternes samlede behov

Tilbud bør tilrettelægges med afsæt i patienternes samlede psykiske, somatiske og sociale problemstillinger frem for eksisterende organisatoriske og faglige grænser. Organisering og samarbejde bør understøtte en helhedsorienteret tilgang, hvor de forskellige problemstillinger håndteres samlet frem for i parallelle forløb.

2. Etablér fælles ledelsesmæssig forankring på tværs af sektorer og specialer

Integrerede indsatser bør understøttes af formaliserede ledelsesstrukturer med fælles ansvar for prioritering, koordinering og udvikling. En fælles ledelsesmæssig forankring er vigtig for at understøtte fælles mål, beslutningskraft og langsigtet udvikling på tværs af organisationer, sektorer og fagområder.

3. Etablér én samlet indgang og en tydelig koordinerende funktion

Patienter med komplekse og samtidige behandlingsbehov bør møde et samlet tilbud, hvor behandling, opfølgning og relevante sociale indsatser koordineres på tværs af aktører. Samtidig bør der være en tydelig funktion med ansvar for at samle trådene og sikre fremdrift og sammenhæng i patientforløbet.

4. Styrk udviklingen af en integreret tværfaglighed

Integrerede indsatser kræver mere end samarbejde mellem forskellige faggrupper. Der bør skabes organisatoriske rammer for fælles patientforløb, gensidig oplæring på tværs af specialer, tværfaglig sparring og fælles refleksion, så medarbejderne udvikler en integreret tværfaglighed samtidig med, at de bevarer deres monofaglige kompetencer.

5. Skab organisatoriske rammer for kontinuitet og relationsarbejde

Medarbejdere bør have tid og mulighed for at opbygge stabile og tillidsfulde relationer til patienterne. Det kan blandt andet kræve lavere caseload, kontinuitet i kontakten og organisatoriske rammer, der prioriterer relationelt arbejde, som en central del af behandlingen.

6. Tilrettelæg behandlingen personcentreret og fleksibelt

Behandlingen bør tage udgangspunkt i patientens behov, ressourcer, motivation og livssituation. Indsatser bør have mulighed for at differentiere indsatser og behandlingsintensitet løbende, så behandlingen tilpasses, hvad der er realistisk og relevant for den enkelte patient.

7. Integrér sociale indsatser som en del af behandlingen

Sociale problemstillinger bør håndteres som en integreret del af indsatsen frem for som et parallelspor. Organiseringen bør give mulighed for at adressere sociale barrierer, der påvirker patienternes mulighed for at deltage i og profitere af behandling.

8. Prioritér fleksible og opsøgende behandlingsformer

Integrerede indsatser bør omfatte mulighed for hjemmebesøg, opsøgende arbejde og forskellige kontaktformer. Fleksibilitet bør være et grundlæggende organisatorisk princip, så behandlingen kan tilpasses patienter, som har svært ved at benytte traditionelle ambulante tilbud.

9. Understøt behandlingen med relevante teknologiske løsninger

Velfærdsteknologiske løsninger bør indgå som en integreret del af behandlingen, når de kan understøtte monitorering, opfølgning og sygdomshåndtering. Teknologierne bør implementeres på en måde, der tager højde for patientgruppens komplekse behov og forudsætninger.

10. Prioritér opbygning og udbredelse af specialistviden om komplekse sygdomssamspil

Specialiserede indsatser bør have en tydelig rolle i at udvikle, samle og formidle viden om samspillet mellem psykiske, somatiske og sociale problemstillinger samt understøtte, at denne viden omsættes i praksis på tværs af sundhedsvæsenet.

11. Styrk det tværsektorielle samarbejde gennem rådgivning og videndeling

Specialiserede indsatser bør have en aktiv rolle i at understøtte andre aktører gennem rådgivning, sparring og deling af praksisnær viden i forhold til konkrete patienter. Dette bør være en integreret del af indsatsen, så den specialiserede viden rækker ud over de patienter, der er direkte tilknyttet indsatsen. Tværgående funktioner og delte ansættelser kan ligeledes understøtte samarbejdet og videndelingen.

12. Organisér specialiserede indsatser som lærings- og udviklingsmiljøer

Specialiserede indsatser kan organiseres som både behandlingstilbud og lærings- og udviklingsmiljøer. Der bør prioriteres ressourcer til udvikling og afprøvning i mindre skala, hvor indsatser kan justeres og kvalificeres gennem hurtige erfaringer. Det giver mulighed for at opbygge praksisnær viden og identificere virksomme elementer, som kan udbredes til den øvrige kliniske praksis. Det forudsætter systematisk vidensdeling og tæt samarbejde mellem forskning, udvikling og klinisk praksis.

4 Konklusion

Evalueringen viser, at Fusionsklinikken har udviklet en virkningsfuld model for behandling af patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes. Klinikken lykkes med at integrere psykiatriske, somatiske og sociale indsatser i ét samlet behandlingstilbud med fokus på samspillet mellem sygdommene og patienternes livsomstændigheder. Dette bidrager til forbedret diabetesregulering, færre indlæggelsesdage i psykiatrien, høj fastholdelse i behandling, og en oplevelse af sammenhæng, tilgængelighed, tryghed og styrket handleevne hos patienterne.

Klinikkens virkning bliver skabt gennem samspillet mellem integreret tværfaglighed, en udvidet og integreret F-ACT-model, én indgang, tid og stærke relationer, person-centreret behandling og en helhedsorienteret indsats, hvor sociale problemstillinger bliver håndteret, som en central del af behandlingen. Samtidig har klinikken opbygget stærke tværfaglige kompetencer blandt medarbejderne gennem kontinuerlig oplæring på tværs af psykiatri og diabetesbehandling, fælles opgaveløsning og løbende tværfaglig sparring. Dette har skabt en integreret tværfaglig praksis, hvor viden fra forskellige fagområder anvendes samlet omkring patienten. Fusionsklinikken fungerer derudover som både specialistfunktion, koordinerende omdrejningspunkt, læringslaboratorium og faglig ressource for andre aktører i sundhedsvæsenet.

Omkostningsopgørelsen viser, at etablering og drift af Fusionsklinikken kræver ressourcer til tværfaglig bemanding, fleksibel behandlingskapacitet med lavt caseload, opsøgende indsats samt relevante behandlingsfaciliteter og udstyr. Samtidig kræver indsatsen ressourcer til implementering og forankring i sundhedsvæsenet, så relevante aktører kender til og anvender tilbuddet.

Evalueringen peger på, at lighed i sundhed for klinikkens patientgruppe ikke bliver skabt gennem ensartede standardforløb, men gennem differentierede, fleksible og helheds-orienterede indsatser, der tager udgangspunkt i patienternes aktuelle behov, ressourcer og livssituation.

Samtidig peger erfaringerne på, at integreret tværfaglig behandling kan skabe bedre resultater for nogle af sundhedsvæsenets mest komplekse patienter, som ofte ikke profiterer af eksisterende tilbud. Fusionsklinikken repræsenterer derfor ikke blot et specialiseret behandlingstilbud, men udfylder en funktion i sundhedsvæsenet, der samler psykiatriske, somatiske og sociale indsatser omkring patienten, koordinerer på tværs af organisationer, specialer og sektorer og tilpasser behandlingen til komplekse og skiftende behov.

I en tid, hvor integration mellem psykiatri og somatik, håndtering af multisygdom og ulighed i sundhed står centralt i udviklingen af sundhedsvæsenet, udgør Fusionsklinikken således et konkret eksempel på, hvordan disse ambitioner kan omsættes til praksis. Fusionsklinikken kan således bidrage med viden og inspiration til udviklingen af fremtidens sammenhængende behandlingstilbud på tværs af psykiatri, somatik og sociale indsatser.

Baggrund og rammer omkring Fusionsklinikkens indsats

Beskriver patientgruppen og baggrunden for klinikken samt introducerer klinikkens organisering, indsats og patientforløb.

5 Baggrund

Fusionsklinikken er etableret for at løse en udfordring, som det specialiserede sundhedsvæsen traditionelt har haft vanskeligt ved at håndtere: behandling af patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes. Patienterne befinder sig ofte i krydsfeltet mellem flere specialer, sektorer og indsatser, hvor ansvaret for behandlingen kan blive fragmenteret, og hvor de selv eller deres pårørende må fungere som koordinatorer for komplekse forløb.

Dette kapitel beskriver først patientgruppens komplekse og overlappende udfordringer og derefter behovet for mere sammenhængende og integrerede patientforløb.

5.1 Patientgruppen med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes

Mennesker med alvorlig psykisk sygdom har markant øget risiko for tidlig død og lever i gennemsnit 15–20 år kortere end baggrundsbefolkningen [11,12,13]. En væsentlig del af denne overdødelighed hænger sammen med en højere forekomst af somatiske sygdomme, herunder diabetes [12,14]. Risikoen for at udvikle diabetes er 2-3 gange højere blandt personer med alvorlig psykisk sygdom [15,16], og når begge sygdomme optræder samtidig, ses ofte en forringet sygdomskontrol og behandling, flere komplikationer og en yderligere reduceret levetid [1,2].

Det særlige ved denne patientgruppe er imidlertid ikke alene, at de lever med to alvorlige sygdomme, men at sygdommene påvirker hinanden gensidigt og skaber et komplekst og selvforstærkende sygdomsbillede.

Psykiske symptomer som hallucinationer (f.eks. stemmehøring), vrangforestillinger, depressive symptomer, affektive udsving og kognitive vanskeligheder, kan gøre det vanskeligt at strukturere hverdagen, følge behandlingsanbefalinger, møde op til kontroller, tage medicin regelmæssigt og opretholde hensigtsmæssige kost- og motionsvaner. Samtidig kan antipsykotisk medicin bidrage til vægtøgning, forhøjet blodsukker, øget insulinresistens og andre metaboliske komplikationer [17,18,19].

Utilstrækkelig diabetesregulering kan påvirke den psykiske tilstand negativt. Forhøjet eller ustabilt blodsukker kan forværre træthed, kognitive vanskeligheder, psykisk stress, depressive symptomer og i nogle tilfælde også psykotiske symptomer. Dertil kommer, at flere symptomer overlapper på tværs af sygdommene, hvilket kan gøre det vanskeligt for både patienter og behandlere at identificere årsagen til forværring.

Konsekvensen er, at psykisk sygdom og diabetes ofte indgår i en selvforstærkende vekselvirkning: Psykiske symptomer gør det vanskeligere at håndtere diabetes, mens dårlig diabetesregulering samtidig kan forværre den psykiske tilstand. Udfordringen består derfor ikke alene i at behandle to samtidige sygdomme, men i at håndtere samspillet mellem dem, hvor en forværring af den ene tilstand øger risikoen for forværring af den anden.

Samtidig er patientgruppens situation ofte præget af en høj grad af kompleksitet ud over de to hoveddiagnoser. Mange lever med flere samtidige sygdomme, senkomplikationer til diabetes, misbrug og et omfattende medicinforbrug [20,21]. Det stiller store krav til patienternes evne til at navigere i sundhedsvæsenet, da de ofte har behov for flere parallelle behandlingsforløb, som typisk sker opdelt på flere aktører og sektorer [20,22,23].

Herudover er patientgruppens livsomstændigheder og sociale forhold ofte præget af andre problemstillinger såsom arbejdsløshed, fattigdom, ustabile boligforhold, begrænset socialt netværk og begrænset digital adgang. Dette stiller patienterne i en socialt udsat position, hvor deres forskellige sårbarheder overlapper og forstærker hinanden, og påvirker deres mulighed for at møde op, følge behandlingsaftaler og fastholde kontakt til sundhedsvæsenet [6]. For denne patientgruppe kan betydningen af sociale forhold derfor være lige så afgørende for behandlingsudbyttet som de sundhedsfaglige indsatser.

5.2 Behov for integrerede og tværfaglige behandlingstilbud

Patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes udgør således en klinisk og organisatorisk særdeles kompleks patientgruppe i sundhedsvæsenet. Det danske sundhedsvæsen er i høj grad organiseret omkring specialer, hvilket udfordres af, at stadig flere patienter lever med multisygdom [20]. Udfordringen bliver særligt tydelig for patienter med både psykisk og somatisk sygdom, hvor behandlingen ofte foregår i adskilte systemer med forskellige faglige logikker, behandlingsmål og organisatoriske rammer.

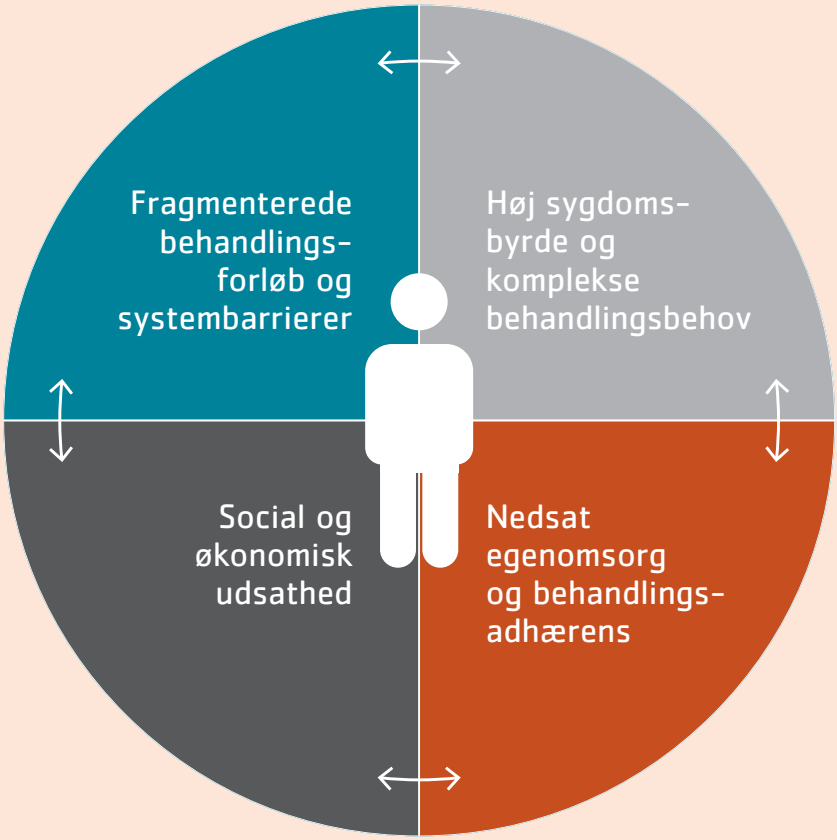
For denne patientgruppe betyder det, at de samtidig er tilknyttet flere behandlere og afdelinger på tværs af psykiatri, somatik, almen praksis og kommune. Dermed placeres en stor del af ansvaret for koordinering hos patienten selv eller de pårørende. For patienter med kognitive vanskeligheder, psykiske symptomer og sociale udfordringer kan dette være særligt vanskeligt og medføre manglende sammenhæng i behandlingsforløbene, og en oplevelse af fragmentering og mistillid til sundhedsvæsenet [5,22,24].

Konsekvensen er, at nogle patienter ikke modtager den behandling, de har behov for. De udebliver fra aftaler, afsluttes fra behandlingsforløb, fordi de ikke møder op eller risikerer at falde mellem forskellige tilbud i sundhedsvæsenet. Samtidig kan utilstrækkelig koordinering øge risikoen for fejlmedicinering, mangelfuld opfølgning og sygdomsforværring.

Denne problematik bidrager til ulighed i sundhed, fordi patienter med de største og mest komplekse behov ofte har sværest ved at få adgang til og fastholde relevant behandling. Der er derfor behov for mere differentierede, personcentrerede og helhedsorienterede behandlingstilbud, som tager udgangspunkt i patienternes samlede situation frem for enkelte diagnoser [7,20].

Dette behov understøttes også af den politisk vedtagne 10-årsplan for psykiatrien, som blandt andet har til formål at forbedre den somatiske udredning og behandling af mennesker med psykisk sygdom samt reducere overdødeligheden [25]. Ligeledes indeholder sundhedsreformen en aftale om organisatorisk og ledelsesmæssig integration af psykiatri og somatik med henblik på at skabe mere sammenhængende patientforløb [26].

Figur 2: Den komplekse patient i Fusionsklinikken



Figur 2 illustrerer det samspillende problemkompleks, som kendetegner mange patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes. Høj sygdomsbyrde, sociale og økonomiske udfordringer, nedsat egenomsorg og fragmenterede behandlingsforløb påvirker hinanden gensidigt og skaber betydelige barrierer for behandling og sygdomshåndtering.

6 Fusionsklinikkens behandlingsindsats

Dette kapitel introducerer de organisatoriske og behandlingsmæssige rammer, som danner grundlag for Fusionsklinikkens indsats. Kapitlet beskriver klinikkens formål og organisering på tværs af psykiatri og somatik, de tværfaglige funktioner og kompetencer i klinikken, den tilpassede F-ACT-model samt de centrale faser i patienternes behandlingsforløb. Samlet giver kapitlet en forståelse af, hvordan klinikken er opbygget, hvilke faglige kompetencer der indgår i indsatsen, og hvordan behandlingen er tilrettelagt for patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes.

6.1 Integreret behandling på tværs af psykiatri og somatik

Fusionsklinikken blev etableret den 1. februar 2020 i et samarbejde mellem Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) og Psykiatrien Vest i Region Sjælland[1] med det overordnede mål at forbedre behandlingen for personer med samtidig svær psykisk sygdom og dysreguleret diabetes [27,28].

Klinikken er den første af sin slags, så vidt vides, både nationalt og internationalt, og tilbyder et specialiseret, tværfagligt ambulant behandlingsforløb, hvor indsatsen er integreret og samler patientens behandling ét sted.

Formålet med Fusionsklinikken er at:
- Tilbyde patienterne et sammenhængende behandlingstilbud, der øger deres trivsel
- Forbedre behandlingen af samtidig psykisk sygdom og diabetes
- Forebygge og opspore diabetesrelaterede senkomplikationer
- Styrke samarbejdet mellem psykiatri, somatik og øvrige relevante aktører omkring patienten [29]

Klinikken har særligt fokus på, at udfordringen ikke alene er psykisk sygdom og diabetes, men *samspillet* mellem sygdommene og de sociale livsomstændigheder, som påvirker patienternes mulighed for at modtage og profitere af behandling.

Fusionsklinikkens hovedklinik er geografisk placeret på psykiatrisygehuset i Slagelse, og tilbuddet har været geografisk afgrænset til udvalgte kommuner i Region Sjælland med en gradvis skalering af optageområdet til hele Region Sjælland i 2026. I 2025 og 2026 er der således etableret "satellitenheder" i Vordingborg, Nykøbing Falster, Roskilde og Køge. Satellitterne er organisatorisk og fagligt forankret i hovedklinikken, men placeret geografisk tættere på patienterne for at understøtte nærhed, tilgængelighed og samarbejde med lokale aktører.

1 Psykiatrien Vest varetager den almen psykiatriske behandling af voksne i Slagelse, Holbæk, Ringsted, Odsherred, Kalundborg og Sorø kommune og er fra 1. januar 2026 organiseret under Midt- og Vestsjællands Hospital.

Siden opstarten i 2020 har klinikken løbende udviklet og tilpasset sin praksis på baggrund af erfaringer fra arbejdet med patienterne.

Inklusionskriterier for forløb i Fusionsklinikken

- Voksne over 18 år bosat i Region Sjælland
- Svær psykisk sygdom (lidelser inden for det skizofreniforme spektrum og andre psykoselidelser, bipolar lidelse, svær depression eller svær grad af personlighedsforstyrrelse)
- Dysreguleret diabetes
- Patienten er motiveret for tilknytning til Fusionsklinikken

Eller:

- Samlet faglig vurdering som peger på, at patientens diabetesbehandling kan optimeres ved tilknytning til Fusionsklinikkens samlede og intensive tilbud

Eksklusionskriterier

- Patienter, hvor den psykiske sygdom og diabetes kan varetages i primær sektor
- Patienter med igangværende forløb i den regionale retspsykiatri
- Patienter, der ikke er færdigudredt i psykiatrien
- Patienter med demens, mental retardering, autisme og/eller misbrug, der ikke ønsker behandling herfor.

Henvisning til klinikken

Fusionsklinikken modtager henvisninger fra distriktspsykiatrien, ambulatorier og sengeafsnit i psykiatrien, endokrinologiske ambulatorier, samt fra almen praksis og speciallæger. [28]

6.2 Tværfaglige teams omkring patienten

Fusionsklinikken består af både kliniske, socialfaglige og administrative funktioner, der tilsammen understøtter en integreret tværfaglig indsats, hvor psykiatriske, somatiske og sociale problemstillinger håndteres samlet og i tæt koordinering omkring patienten.

Klinikken omfatter aktuelt 18 medarbejdere med forskellige funktioner og faglige kompetencer: 1 leder, 1 sekretær, 5 sygeplejersker med psykiatrisk baggrund, 4 sygeplejersker med endokrinologisk baggrund, 1 psykiater, 1 læge med psykiatrisk erfaring, 2 endokrinologer (deltid), 1 socialrådgiver, 1 diætist (deltid) og 1 fodterapeut (deltid). Herudover er 1 klinisk farmakolog tilknyttet klinikken.

Medarbejderne arbejder i fire tværfaglige teams bestående af to-tre sygeplejersker med henholdsvis psykiatrisk og endokrinologisk baggrund, som kontinuerligt bliver oplært i hinandens specialer (se kapitel 12, afsnit 12.2). På tværs af de fire teams er knyttet en psykiater og en endokrinolog samt klinikkens socialrådgiver og diætist. Hvert team har en udkørende funktion og har ansvar for patienter bosat inden for et afgrænset geografisk område i Region Sjælland.

Alle medarbejdere deltager fysisk eller online i den daglige fælles morgenkonference ("board-møde"), og alle mødes fysisk i Fusionsklinikken hver mandag, hvor der er afsat ekstra tid til sparring og faglige drøftelser. Medarbejderne afløser og hjælper hinanden på tværs af teamene, og klinikklederen indgår ved behov som en del af den kliniske praksis.

En nærmere opgørelse af medarbejderressourcer fremgår af kapitel 17, afsnit 17.3).

Faggrupper og funktioner i Fusionsklinikken

Faggruppe	Funktion
Klinikleder	Har det overordnede ansvar for drift, faglig kvalitet, organisering og udvikling af klinikken, samt visitation af patienter. Varetager samtidig en central brobyggerfunktion mellem psykiatri og somatik.
Sekretær	Understøtter patientforløb gennem koordinering, booking, dokumentation og kontakt til patienter og samarbejdspartnere. Varetager desuden sikkerhedsprocedurer ved hjemmebesøg, hvor medarbejderne ringer sig "ind og ud" hos sekretæren.
Sygeplejerske	Udøver den primære patientkontakt og varetager hjemmebesøg, opsøgende indsats, monitorering og behandling af både psykisk sygdom og diabetes, herunder psykoedukation, blodprøvetagning, EKG, fodscreening, øjenscreening samt koordinering på tværs af aktører. Sygeplejerskerne oplæres i begge specialer og arbejder tæt sammen i tværfaglige teams.
Psykiater	Varetager psykiatrisk udredning og behandling samt visitation til klinikken. Udarbejder behandlingsplaner sammen med endokrinolog og bidrager med faglig sparring.
Endokrinolog	Varetager diabetesbehandling og indgår i tværfaglig behandlingsplanlægning og sparring med øvrige medarbejdere.
Socialrådgiver	Integrerer sociale indsatser i behandlingen og understøtter kontakt til kommunale tilbud, myndigheder og støtteordninger.
Diætist	Tilbyder individuel kostvejledning med afsæt i patientens ressourcer, behov og hverdagsliv.
Fodterapeut	Forebygger og behandler diabetesrelaterede fodkomplikationer og senfølger.
Klinisk farmakolog	Bidrager med vurdering af medicinske problemstillinger, medicininteraktioner og faglig sparring til medarbejderne. Deltager i behandlingskonferencer og sparring hver 14. dag.

6.3 En udvidet F-ACT-model der integrerer psykiatri og somatik

Fusionsklinikkens behandlingsindsats tager afsæt i F ACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment), som er en evidensbaseret, opsøgende og recoveryorienteret metode. Modellen kombinerer tværfagligt samarbejde med fleksibel behandlings-intensitet, der kan tilpasses mennesker med svær psykisk sygdoms skiftende behov og forebygge forværring og frafald fra behandling [30].

I Fusionsklinikken er F-ACT-modellen tilpasset patientgruppen og udvidet, så behandlingen konsekvent integrerer både psykisk sygdom og diabetes. Dette indebærer, at medarbejderne løbende triagerer patienterne efter 10 faste kriterier med udgangspunkt i både deres psykiatriske og somatiske tilstand (se boks). Opfylder en patient ét eller flere af kriterierne, kommer vedkommende "på boardet", det vil sige på listen over patienter med behov for en intensiveret behandling.

Hver dag indledes klinikkens morgenkonference med et "board-møde", hvor patienter på boardet drøftes og behandlingen op- og nedjusteres efter deres aktuelle behov. Når en patient er på boardet, overgår vedkommende til et fælles behandlingsansvar (shared caseload), hvor hele det tværfaglige team i klinikken hurtigt kan koordinere og iværksætte en intensiveret indsats. Når patienten er stabiliseret, reduceres indsatsen gradvist ud fra den enkeltes behov.

Kriterier for at modtage intensiveret behandling

1. Forværring af symptomer
2. Forstyrret/truende adfærd
3. Alvorlig mangel på egenomsorg
4. Udeblivelser
5. Svær at få kontakt med
6. Indlagt
7. Ny-udskrevet
8. Tæt medicinsk opfølgning
9. Livskrise
10. Nye patienter

Udover at F-ACT-modellen gør det muligt at reagere tidligt på ændringer i patientens samlede tilstand, bidrager board-møder, teamstruktur, og fælles behandlingsansvar også til, at alle medarbejdere har indsigt i alle klinikkens patienter. Det er både med til at kvalitetssikre den løbende faglige sparring og refleksion mellem medarbejderne og understøtter fleksibilitet i opgaveløsningen, så medarbejdere kan overtage patientforløb for hinanden på et informeret grundlag.

Desuden er kernen i F-ACT-modellen fleksibel og opsøgende kontakt, som i Fusions-klinikken særligt foregår via hjemmebesøg hos patienterne. Behandlingen foregår primært som individuelle kontakter, hvor hjemmebesøg og ambulante samtaler suppleres med telefon- eller videokonsultationer efter behov.

Fusionsklinikkens brug af F-ACT-modellen understøttes organisatorisk af et forventet caseload svarende til 19 patienter pr. fuldtidssygeplejerske. For en patientgruppe med behov for opsøgende indsats, er dette en central forudsætning for at kunne arbejde effektivt med tæt relationsopbygning og kontinuitet, hyppig opfølgning, fleksibel kontakt samt bred koordinering på tværs af fagligheder og sektorer. I praksis har Fusions-klinikkens caseload dog været på ca. 13,5 patienter pr. fuldtidssygeplejerske. Forskellen mellem det forventede og faktiske caseload kan bl.a. skyldes et betydeligt ressource-forbrug på transport samt flere hjemmebesøg, hvor to medarbejdere må deltage samtidigt af sikkerhedsmæssige hensyn (se kapitel 17, afsnit 17.5.

Mens den integrerede F-ACT-model fungerer som ramme og metodisk fundament for klinikkens opsøgende og fleksible indsats, indeholder Fusionsklinikkens behandlingstilbud fem centrale indsatskomponenter, som evalueringen peger på som afgørende for klinikkens virkemåde:

- Integreret tværfaglig praksis
- Tilgængelighed og fleksibilitet
- Personcentreret og helhedsorienteret behandling
- Tværgående samarbejde og koordinering af komplekse forløb
- Viden, læring og faglig kapacitet i sundhedsvæsenet

Disse indsatskomponenter uddybes i kapitel 13-16 fra side 59, mens klinikkens tværgående organisering og ledelsesmæssige rammer uddybes i kapitel 10 og 11 fra side 48. En figur over Fusionsklinikkens samlede indsats kan ses under 'Hovedresultater' på side 14.

6.4 Patienternes behandlingsforløb i Fusionsklinikken

Patienternes behandlingsforløb er individuelt tilrettelagt og tilpasses løbende ud fra den enkeltes behov, ressourcer og funktionsniveau. Behandlingsforløbene varierer derfor både i indhold, intensitet og varighed.

Fusionsklinikken har som udgangspunkt konsultation med patienterne hver 14. dag, mens patienter med behov for intensiveret behandling tilbydes hyppigere kontakt og tættere opfølgning.

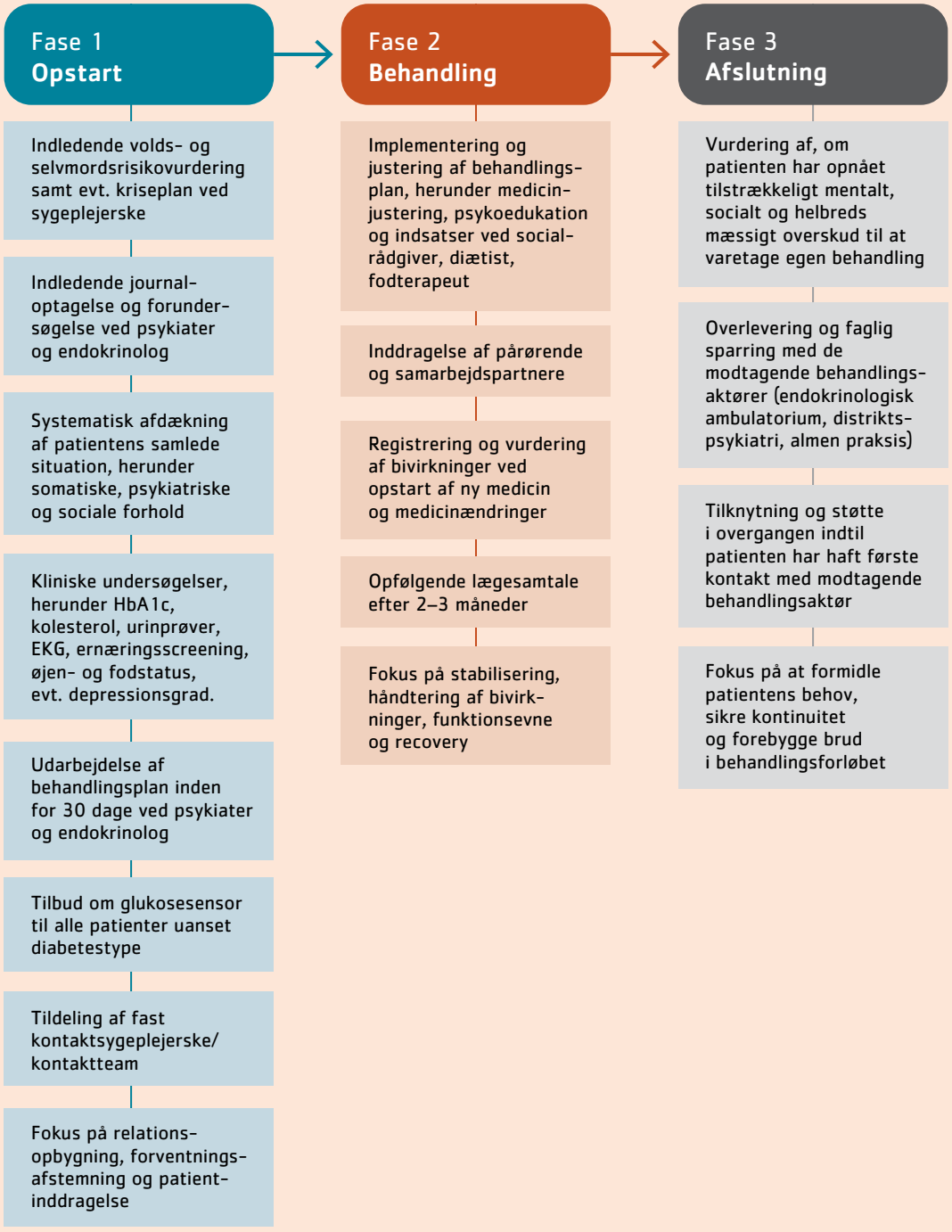
På tværs af denne fleksibilitet følger behandlingen en fælles struktur bestående af tre overordnede faser, der understøtter et systematisk og sammenhængende patientforløb: Opstartsfase, behandlingsfase og afslutningsfase.

I opstartsfasen er der fokus på at etablere et solidt fagligt og relationelt grundlag for patientens behandling. Behandlingsfasen er kendetegnet ved løbende tilpasning og koordinering af indsatsen på tværs af klinikkens fagligheder og patientens behov. Afslutningsfasen sker som en gradvis proces i dialog med patienten med fokus på at sikre en sammenhængende overgang til andre behandlingsaktører

Overgangen mellem faserne er gradvis og foregår i tæt dialog med patienten.

Figuren på næste side giver et overblik over behandlingsforløbets tre faser.

Figur 3: Behandlingsforløbets tre faser



Figur 3 illustrerer de tre overordnede faser i Fusionsklinikkens behandlingsforløb: opstart, behandling og afslutning. Faserne er overlappende, men udgør en struktureret ramme for behandlingen, samtidig med at indsatsen løbende kan tilpasses patientens udvikling og aktuelle behov.

I rapportens følgende dele præsenteres resultaterne af evalueringen. Resultaterne bygger på analyser af både journaldata og interviewdata. De to datakilder belyser forskellige aspekter af indsatsen og supplerer derfor hinanden. Først præsenteres resultater baseret på journaldata, hvorefter resultater fra de kvalitative analyser følger.

Patienterne, de kliniske resultater og oplevet udbytte

Præsenterer en karakteristik af patienterne, deres kliniske resultater under og efter forløb i klinikken samt deres oplevede udbytte af behandlingen.

7 Patienterne i Fusionsklinikken

Dette kapitel præsenterer en karakteristik af patienterne i Fusionsklinikken. Karakteristikken bygger på en opgørelse, der omfatter journaldata for 209 patienter, som har haft eller fortsat har et forløb i klinikken i perioden 2020-2025.

Kapitlet beskriver patienternes karakteristika med fokus på alder og køn, diabetestype og sygdomsvarighed, psykiatriske diagnoser samt øvrig somatisk sygdom. Herefter bliver patienternes forløbsvarighed og kontakt i klinikken beskrevet. Samlet tegner analyserne et billede af en patientgruppe præget af flere samtidige sygdomme og komplekse behandlingsbehov. Kapitlet afsluttes med en samlet opsamling og fortolkning af resultaterne.

Yderligere oplysninger og detaljer om opgørelsen fremgår af bilag 2.

7.1 Alder og køn

Patienterne i Fusionsklinikken har en gennemsnitsalder på 46,5 år (SD: 14,3), med en aldersspredning fra 18 til 78 år. Kønsfordelingen er relativt ligelig med 107 mænd (51,2 %) og 102 kvinder (48,8%).

7.2 Diabetestype og varighed

Størstedelen af patienterne har type 2-diabetes, mens knap 30 % har type 1-diabetes. En mindre andel har andre former for diabetes. Patientgruppen omfatter således patienter med forskellige typer behandlingsmæssige behov og sygdomsforløb ift. diabetes.

Der er stor variation i hvor længe patienterne har levet med diabetes. Den gennemsnitlige diabetesvarighed er 15 år (SD: 9,9), og varigheden spænder fra 1 til 56 år. Patientgruppen omfatter således både personer, som har levet ganske kort tid med diabetes, og personer, som har levet med diabetes det meste af deres liv. Det afspejler en patientgruppe med forskellige forudsætninger og behov og understreger nødvendigheden af mulighed for individuel tilpasning.

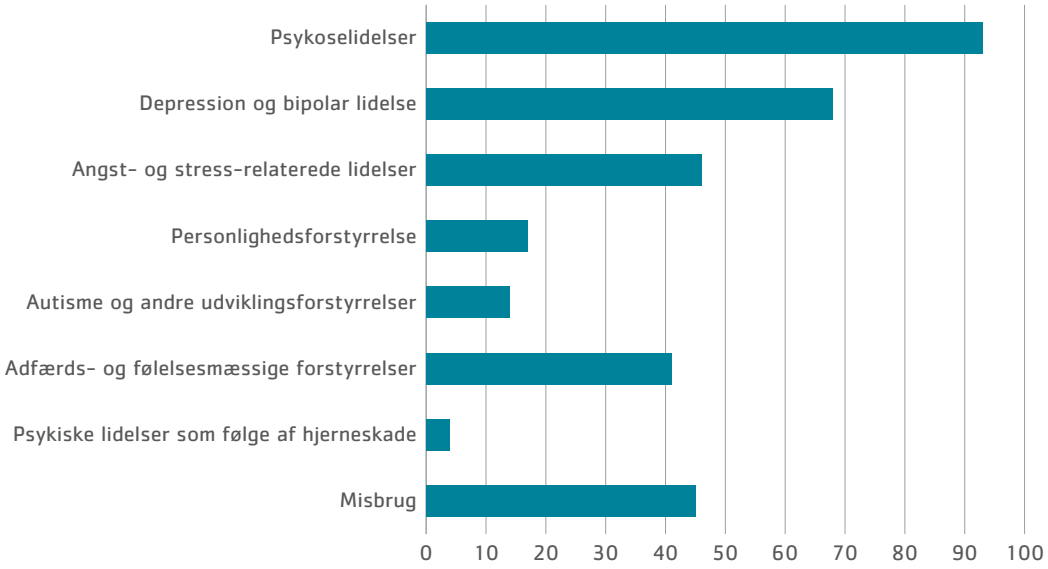
Tabel 1: Fordeling af diabetestype (N=209)

Diabetestype	n (%)
Type 1-diabetes	57 (27 %)
Type 2-diabetes	134 (64 %)
Anden diabetes (MODY, diabetes opstået efter sygdom/operation, ikke-specificeret diabetes)	16 (8 %)
Data mangler	2 (1 %)

7.3 Psykiatriske diagnoser

Blandt de 209 patienter er der registreret i alt 307 psykiatriske diagnoser, hvilket viser, at mange patienter lever med mere end én psykisk lidelse samtidig. Figur 4 nedenfor viser fordelingen af patienter med psykiatriske diagnoser. Det skal f.eks. bemærkes, at 45 patienter, svarende til 21 %, har en misbrugsdiagnose.

Figur 4: Antal patienter med psykiatriske diagnoser (N=209*)



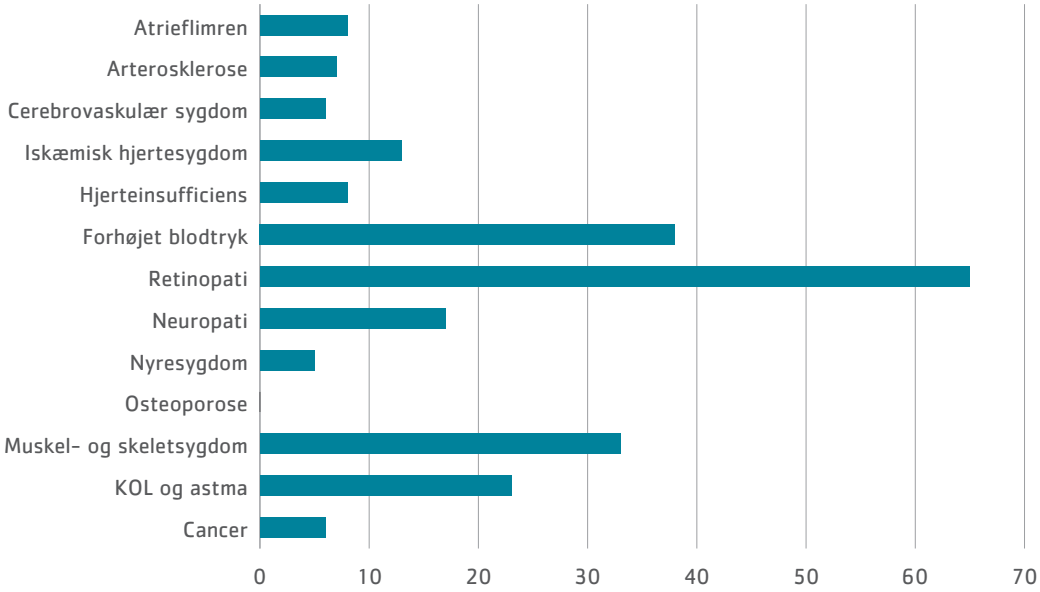
*Samme patient kan indgå flere gange i opgørelsen, hvis vedkommende har flere psykiatriske diagnoser.

7.4 Anden somatisk sygdom

Blandt de 209 patienter har 131 (62 %) mindst én anden somatisk sygdom ud over diabetes. Derudover har 59 (28 %) mindst to yderligere sygdomme, mens 27 (13 %) har tre eller flere somatiske sygdomme. Resultaterne viser således, at multisygdom er hyppigt forekommende i patientgruppen.

Figur 5 viser forekomsten af de forskellige somatiske diagnoser blandt patienterne. Der ses særligt høje forekomster af retinopati og forhøjet blodtryk, og det ser ud til, at senkomplikationer til diabetes og kardiovaskulære risikofaktorer udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden blandt patienterne.

Figur 5: Antal patienter med anden sygdom (N=209*)

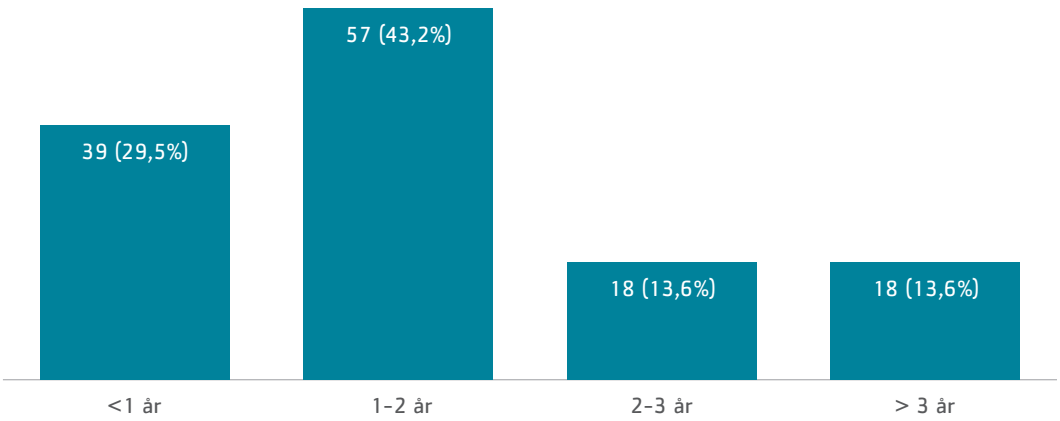


*Samme patient kan indgå flere gange i opgørelsen, hvis vedkommende har flere somatiske diagnoser.

7.5 Forløbsvarighed

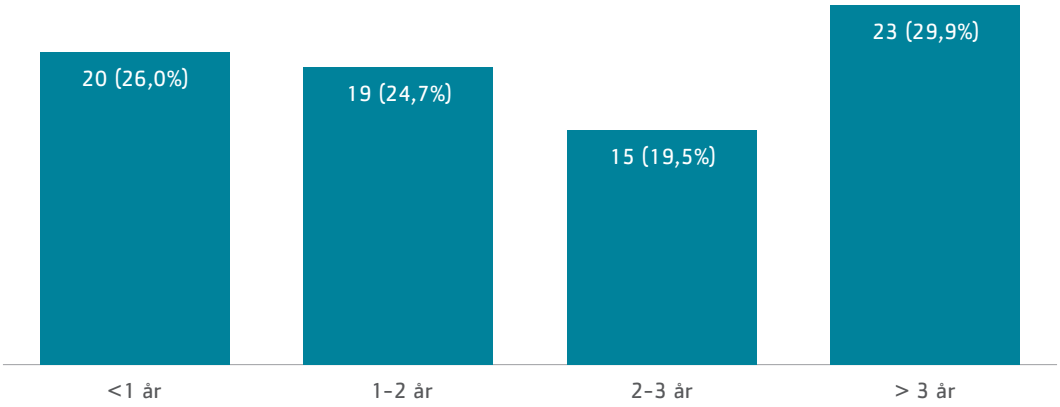
For patienter, der på opgørelsestidspunktet er afsluttet i Fusionsklinikken (N=132), gælder, at deres forløb i gennemsnit har varet knap 20 måneder, men har varieret fra få dage til knap 5 år (0,1-55,8 måneder). I figur 6 nedenfor fremgår det, at knap 30 % af patienterne har haft forløb, der varede under et år, mens 13,6 % havde forløb, der varede 3 år eller mere.

Figur 6: Forløbsvarighed for afsluttede patienter (N=132)



For patienter, der på opgørelsestidspunktet formodes stadig at være i behandlingsforløb (N=77), gælder, at deres foreløbige forløb i gennemsnit har varet 27 måneder, men har varieret fra få uger til 5 år (0,6 – 62 måneder) (se figur 7).

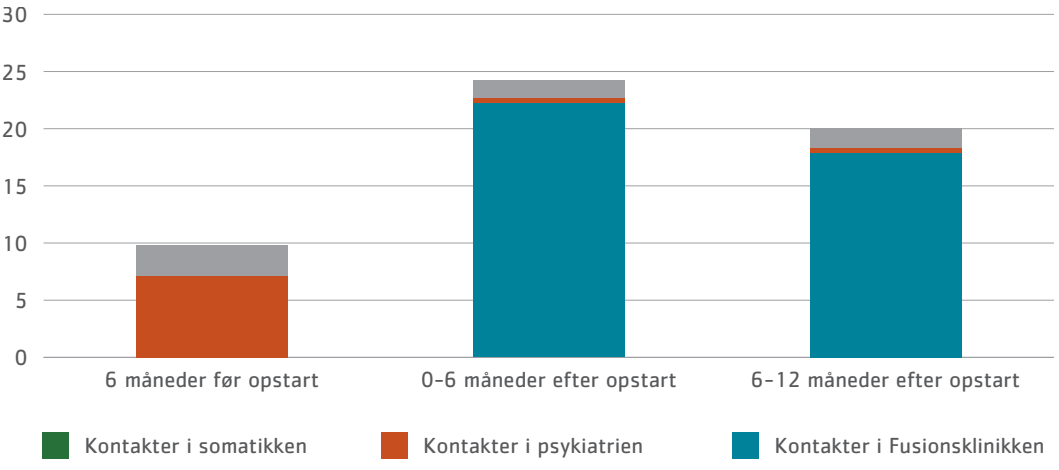
Figur 7: Forløbsvarighed for ikke-afsluttede patienter (N=77)



7.6 Kontakthyppighed og kontakttyper

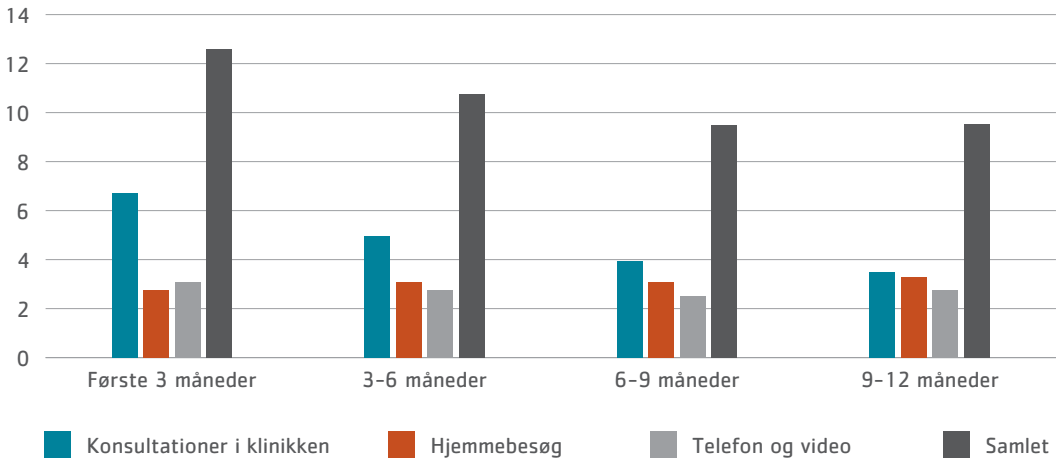
Når patienterne er i et forløb i Fusionsklinikken, har de markant flere kontakter med sundhedsfagligt personale, sammenlignet med før de startede. Den øgede og tætte behandlingskontakt kan indikere, at Fusionsklinikken i høj grad formår at give patienterne behandling og fastholde dem i deres behandlingsforløb.

Figur 8: Gennemsnitligt antal ambulante kontakter før og under forløb i Fusionsklinikken opgjort pr. halvår (N=150)



Under patienternes første år i Fusionsklinikken falder antallet af konsultationer i klinikken gradvist, mens antallet af hjemmebesøg samt telefon- og videokonsultationer forbliver relativt stabilt.

Figur 9: Gennemsnitligt antal kontakter efter opstart i Fusionsklinikken opgjort i 3-måneders perioder (N=150)



7.7 Opsamling og fortolkning af resultater

Samlet set peger resultaterne på en patientgruppe med betydelig sygdomskompleksitet. Forekomsten af flere samtidige psykiatriske og somatiske diagnoser indikerer, at mange patienter har et sammensat sygdomsbillede, hvor sygdomme og behandlinger kan påvirke hinanden. Dette kan skabe udfordringer i både udredning, behandling og opfølgning, idet der skal tages højde for forskellige symptomer, behandlingsbehov og potentielle interaktioner mellem behandlinger. Resultaterne understreger derfor behovet for en koordineret og helhedsorienteret indsats, der tager afsæt i patientens samlede sygdoms- og behandlingssituation.

Resultaterne peger desuden på, at patienterne har hyppig kontakt til Fusionsklinikken, særligt i begyndelsen af forløbet, hvorefter hyppigheden gradvist reduceres gennem det første år. Den hyppige kontakt kan have en forebyggende funktion, da den gør, at medarbejderne kan identificere og reagere på tidlige tegn på forværring, f.eks. ændringer i blodsukker eller udeblivelser fra konsultationer – og dermed gribe ind, før det ender med akut indlæggelse eller at patienten falder ud af behandlingen.

Udviklingen i færre kontakter hen over forløbet i Fusionsklinikken kan indikere et behov for en tættere og mere intensiv indsats i begyndelsen af behandlingsforløbet, hvor patienternes behandlingsbehov og individuelle udfordringer afklares, og hvor der skal opbygges en tillidsfuld relation mellem patient og behandlere. Efterhånden som forløbet stabiliseres og patienternes tilstand forbedres, synes en større del af kontakten at blive varetaget gennem hjemmebesøg eller virtuelle kontakter. Dette kan afspejle betydningen af fleksible kontaktformer, som understøtter kontinuitet i behandlingen og gør det lettere for patienterne at fastholde kontakten til klinikken (se kapitel 13, afsnit 13.3).

8 Udvikling i diabetesrelaterede kvalitetsmål, diagnoser og indlæggelser

Dette kapitel præsenterer resultater fra analyser af journaldata for patienter, der har været eller er tilknyttet Fusionsklinikken. Formålet er at belyse udviklingen i patienternes diabetesrelaterede kvalitetsmål før, under og efter behandlingsforløb i klinikken. Herefter præsenteres udviklingen i psykiatriske og somatiske diagnoser samt akutte indlæggelser over tid. Hvert afsnit afsluttes med en kort opsamling og fortolkning af de væsentligste resultater.

Yderligere oplysninger om datagrundlag, opgørelsesmetoder og supplerende resultater findes i bilag 2.

8.1 Diabetesrelaterede kvalitetsmål

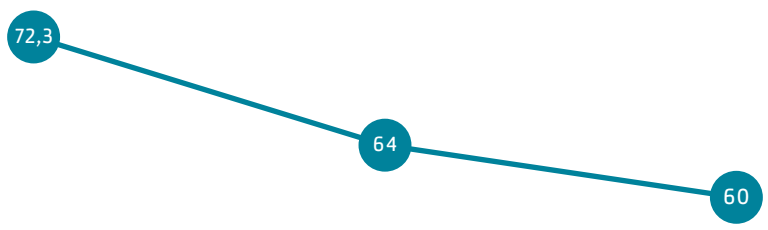
Opgørelsen af diabetesrelaterede kvalitetsmål viser udviklingen i HbA1c, kolesterolniveau, nyrefunktion, blodtryk og BMI før, under og efter behandling i klinikken. Der ses ændringer i HbA1c, mens de øvrige kliniske indikatorer overordnet er stabile gennem perioden.

8.1.1 HbA1c-niveau

Analysen viser en tydelig forbedring i patienternes diabetesregulering efter opstart i Fusionsklinikken. Ved opstart havde patienterne et gennemsnitligt HbA1c-niveau på 72,3 mmol/mol, hvilket indikerer en utilstrækkelig regulering af diabetes. Seks måneder efter opstart var HbA1c faldet til 64 mmol/mol, og seks måneder efter afsluttet forløb var gennemsnittet reduceret yderligere til 60 mmol/mol.

Resultaterne peger dermed på en forbedring i patienternes gennemsnitlige blodsukkerregulering, som sker under deres forløb i Fusionsklinikken.

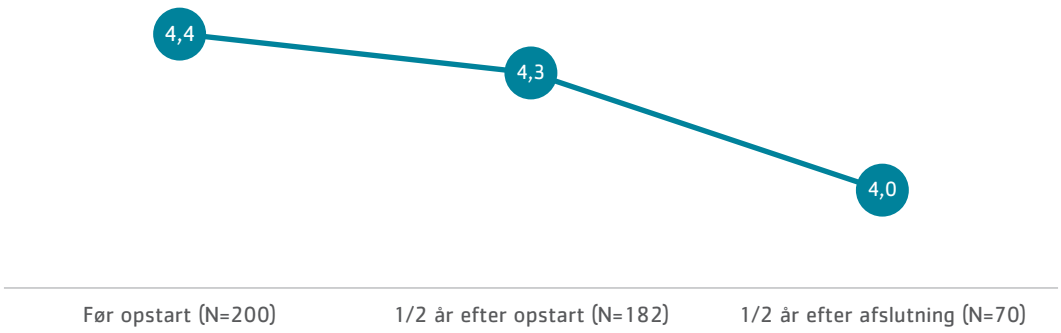
Figur 10: Udvikling i gennemsnitligt HbA1c (mmol/mol)



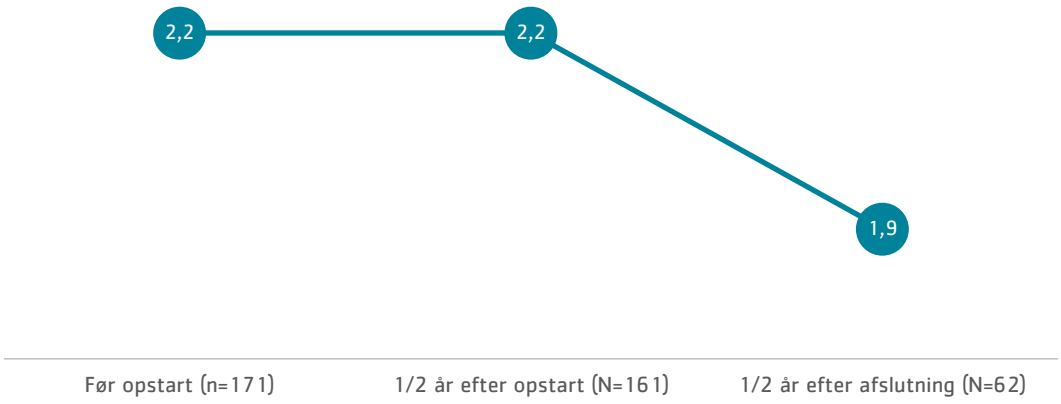
8.1.2 Kolesterol

Der ses mindre fald i patienternes gennemsnitlige total- og LDL-kolesterolniveauer under og efter deres forløb i Fusionsklinikken. De to figurer nedenfor viser udviklingen over tid.

Figur 11: Udvikling i gennemsnitligt totalkolesterol (mmol/L)



Figur 12: Udvikling i gennemsnitligt LDL-kolesterol (mmol/L)



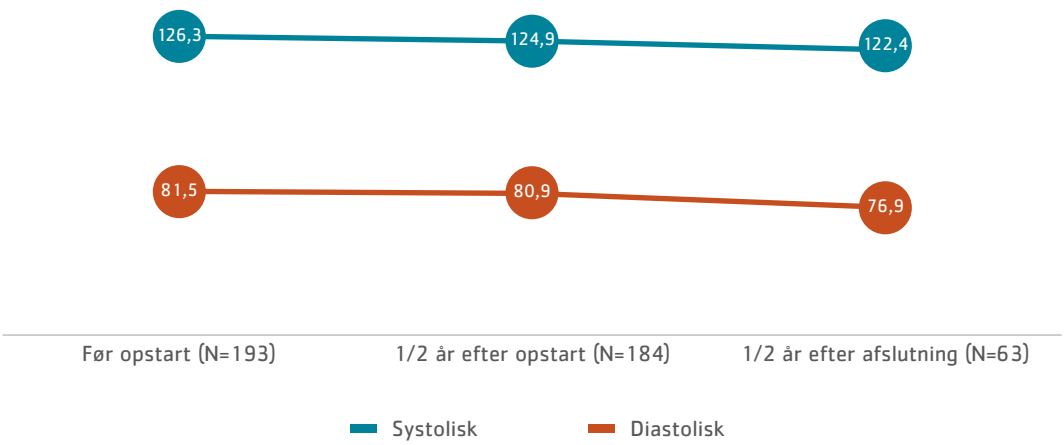
8.1.3 Nyrefunktion

Patienternes nyrefunktion ændrer sig ikke væsentligt under eller efter forløbet i Fusionsklinikken. Opgørelsen omfatter både eGFR, som måler nyrernes filtrationskapacitet, og uACR, som måler albumin i urinen og dermed er et tegn på nyreskade. Tilsammen giver de et samlet billede af nyrefunktionen. Se opgørelse i bilag 2.

8.1.4 Blodtryk

Der ses mindre reduktioner i patienternes gennemsnitlige blodtryk under og efter deres forløb i Fusionsklinikken. Figuren nedenfor viser udviklingen gennem forløbet.

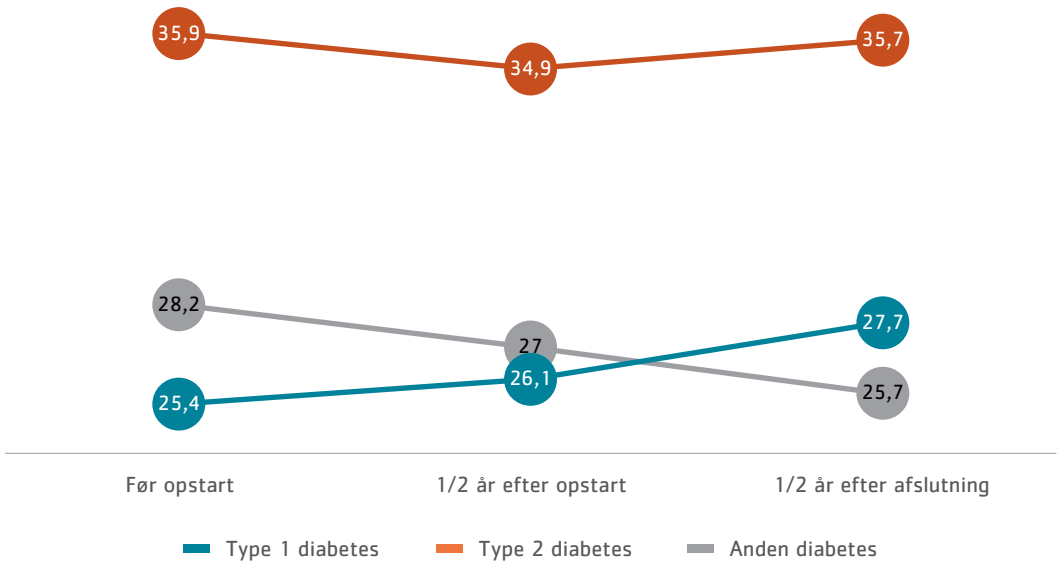
Figur 13: Udvikling i gennemsnitligt blodtryk (mmHg)



8.1.5 BMI

Der ses ingen væsentlige ændringer i patienternes gennemsnitlige BMI under eller efter forløbet i Fusionsklinikken. Patienter med type 2-diabetes har gennem hele perioden et højt gennemsnitligt BMI. Figuren nedenfor viser udviklingen opdelt på patienternes diabetestype.

Figur 14: Udvikling i gennemsnitligt BMI fordelt på diabetestype*



*Se bilag 2 for antal patienter

8.1.6 Opsamling og fortolkning af resultater

Samlet set viser resultaterne, at patienterne opnår forbedringer i den glykæmiske regulering målt ved HbA1c. Selvom de ikke nødvendigvis når niveauer inden for normalområdet, må denne forbedring vurderes som et væsentligt klinisk resultat set i lyset af, at patientgruppen er karakteriseret ved betydelige behandlingsmæssige og sociale udfordringer.

Der blev ikke observeret markante ændringer i kolesterolniveau, nyrefunktion, blodtryk eller BMI i løbet af opfølgningsperioden. På trods af dette er det også her væsentligt at fremhæve, at patienterne har komplekse helbredsmæssige problemstillinger, og at selv mindre forbedringer eller stabilisering af de kliniske værdier må betragtes som et positivt resultat.

Resultaterne peger på et potentiale for i højere grad at integrere indsatser rettet mod kost og fysisk aktivitet i behandlingsforløbet eller som et særligt fokusområde i den afsluttende fase af forløbet med henblik på at understøtte bredere sundhedsmæssige gevinster.

Endeligt er det et væsentligt fund, at patienterne i Fusionsklinikken får foretaget systematiske målinger af centrale kliniske kvalitetsmål ved deres opstart i klinikken og løbende gennem behandlingsforløbet. Dette resultat er vigtigt i sig selv, da det indikerer, at patienternes somatiske helbred monitoreres systematisk, og at deres sygdomsudvikling følges tæt. For en patientgruppe, der ofte har begrænset kontakt til eller utilstrækkelig opfølgning i sundhedsvæsenet, kan en sådan kontinuerlig monitorering udgøre en vigtig forudsætning for rettidig opsporing og håndtering af somatiske problemstillinger.

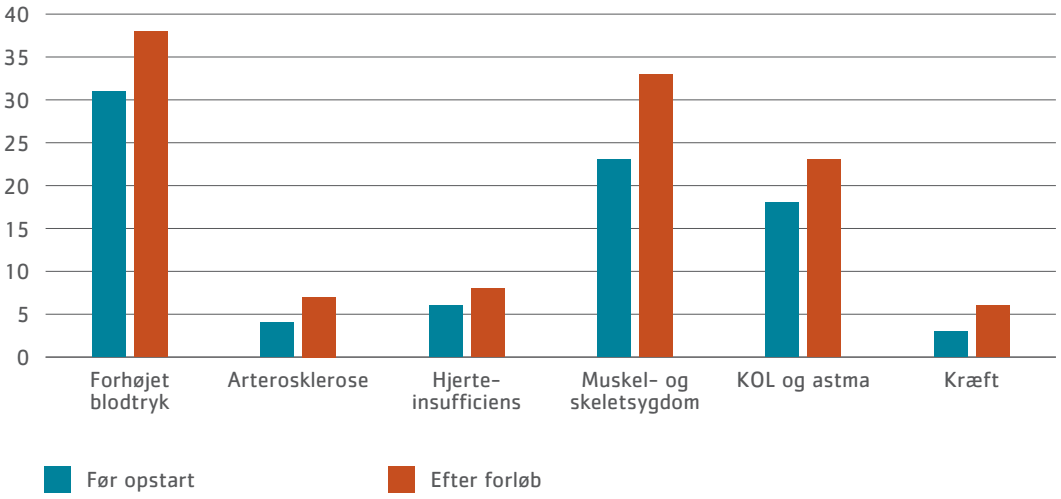
8.2 Opsporing og udvikling i diagnoser

Resultaterne viser en øget forekomst af både somatiske og psykiatriske diagnoser i perioden fra før til efter patienternes forløb.

8.2.1 Somatiske diagnoser

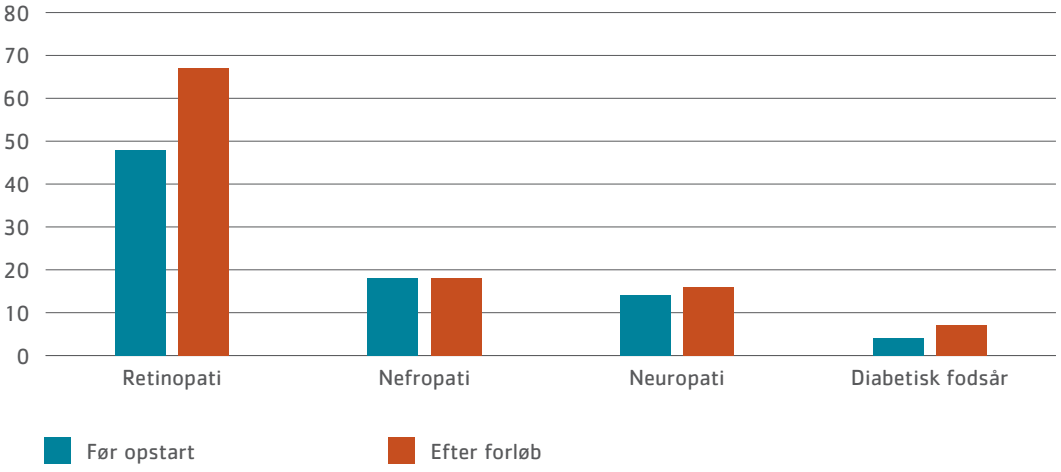
Antallet af patienter med registrerede somatiske diagnoser stiger i løbet af forløbet i klinikken. Der ses særligt en stigning i forhøjet blodtryk samt muskel- og skelet-sygdomme.

Figur 15: Antal patienter med udvalgte somatiske diagnoser før og efter forløb (N=209)



Der ses også stigning i antallet af patienter med registrerede diabeteskomplikationer fra opstart til afslutning af forløbet. Der ses særligt en stigning i retinopati.

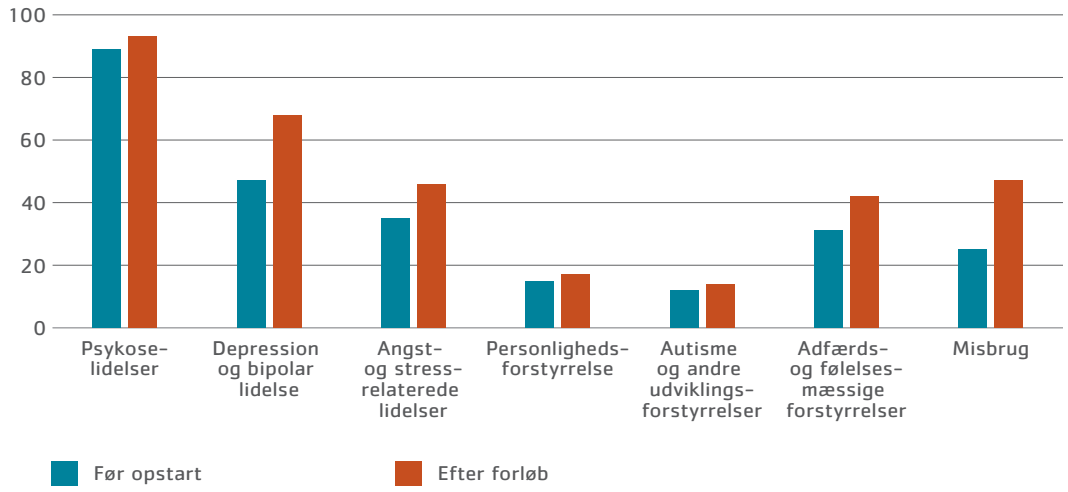
Figur 16: Antal patienter med diabeteskomplikationer før og efter forløb (N=209)



8.2.2 Psykiatriske diagnoser

Der ses en stigning i antallet af patienter med registrerede psykiatriske diagnoser fra før til efter forløbet.

Figur 17: Antal patienter med psykiatriske diagnoser før og efter forløb (N=209)



8.2.3 Opsamling og fortolkning af resultater

Samlet set viser resultaterne en stigning i antallet af patienter med registrerede somatiske sygdomme, diabeteskomplikationer og psykiatriske lidelser efter forløb i Fusions-klinikken. Udviklingen afspejler sandsynligvis ikke en forværring af patienternes helbredstilstand, men derimod, at nogle patienter har været utilstrækkeligt udredt eller behandlet inden tilknytningen til Fusionsklinikken. Patientgruppen kan have haft vanskeligt ved regelmæssigt at deltage i undersøgelser og kontroller, herunder screening for diabeteskomplikationer, hvilket kan have medført, at eksisterende sygdomme og komplikationer først identificeres gennem klinikkens målrettede opsporings- og opfølgningsindsats. Stigningen i registrerede sygdomme og komplikationer kan således afspejle klinikkens systematiske og helhedsorienterede tilgang til identifikation, udredning og opfølgning på patienternes samlede sundhedsudfordringer. Samlet peger fundene på, at Fusionsklinikken bidrager til en mere grundig afdækning af patienternes sygdomsbillede og understøtter adgangen til relevant udredning og behandling gennem henvisning og koordinering på tværs af sundhedsvæsenet (se kapitel 14, afsnit 14.5).

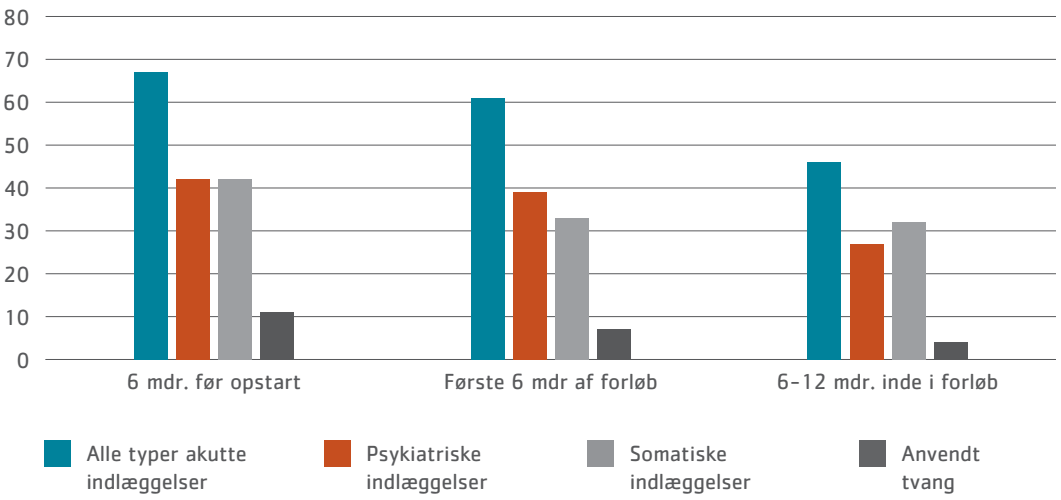
8.3 Udvikling i akutte indlæggelser

Resultaterne peger på færre akutte psykiatriske indlæggelser og færre udsat for tvang efter start i Fusionsklinikken. Samtidig ses en tendens til færre somatiske indlæggelser, mens varigheden af de somatiske indlæggelsesforløb i gennemsnit er lidt længere.

8.3.1 Antal patienter der indlægges

Der ses et mindre fald i antallet af personer med mindst én indlæggelse i både psykiatrien og somatikken under forløbet i Fusionsklinikken sammenlignet med perioden før opstart. Ligeledes ses et mindre fald i antallet af personer, der har været udsat for tvang i forbindelse med en indlæggelse.

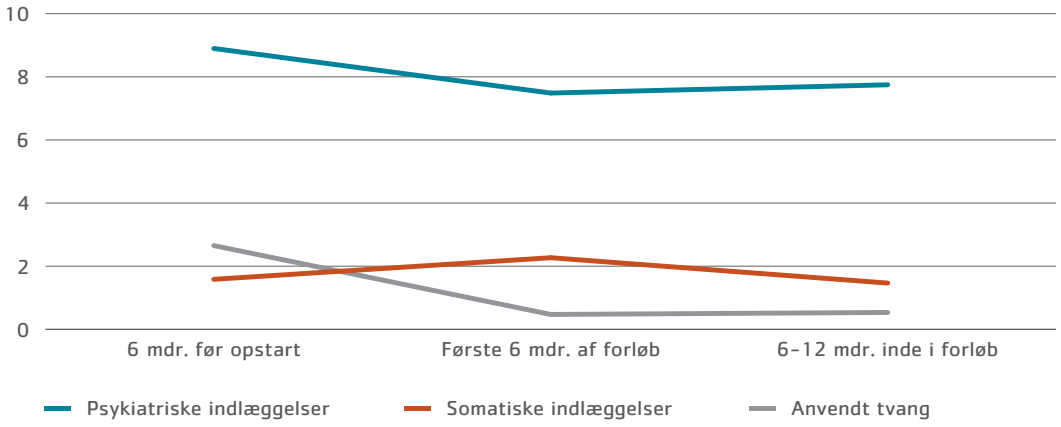
Figur 18: Fordeling af antal patienter med mindst én indlæggelse før og under forløb i Fusionsklinikken (N=150)



8.3.2 Indlæggelsesdage

Analysen viser et fald i det gennemsnitlige antal psykiatriske indlæggelsesdage efter patienternes opstart i klinikken. Tilsvarende ses et fald i det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage, hvor der har været anvendt tvang. Samtidig ses en mindre stigning i det gennemsnitlige antal somatiske indlæggelsesdage i løbet af det første halvår, som efterfølgende falder igen.

Figur 19: Gennemsnitligt antal indlæggelsesdage for patienter pr. halvår (N=150)



8.3.3 Opsamling og fortolkning af resultater

Samlet set viser resultaterne fald i psykiatriske indlæggelser og i anvendelsen af tvang samt en mindre stigning i antallet af indlæggelsesdage i somatikken under tilknytning til Fusionsklinikken. Resultaterne kan pege på, at patienternes psykiske tilstand stabiliseres under deres forløb, og at der derfor er mindre behov for indgribende psykiatriske indsatser. Dette kan tyde på, at patienternes håndtering af deres psykiske sygdom forbedres, mens de går i klinikken. Samtidig ses en tendens til, at lidt færre patienter indlægges i somatikken, mens de somatiske indlæggelsesforløb gennemsnitligt varer lidt længere. Dette kan muligvis være udtryk for, at patienter i højere grad gennemfører eller fastholdes i relevante somatiske behandlingsforløb under indlæggelse, eventuelt understøttet af Fusionsklinikkens tværfaglige koordinering omkring patienterne (se afsnit 15.1).

9 Patienternes oplevede udbytte af behandlingen

Dette kapitel bygger på interviews med 13 patienter og belyser deres oplevede udbytte af behandlingen i Fusionsklinikken. Patienterne beskriver særligt, hvordan den integrerede tværfaglige behandling skaber tryghed, sammenhæng og sygdomsindsigt, og hvordan dette styrker deres evne til at håndtere sygdommene i hverdagen.

Kapitlet indledes med tre patientcitater, der illustrerer behandlingens betydning set fra patienternes perspektiv. Herefter uddybes kapitlets centrale pointer gennem en analyse af patienternes oplevede udbytte af behandlingen.

> Uden Fusionsklinikken, så ved jeg ikke, hvor jeg ville være i dag. Så ville jeg nok være indlagt hele tiden. Det er snart to år siden jeg sidst var det. Og det er fordi jeg har været i Fusionsklinikken."
> – Sara, 29 år

> Fusionsklinikken var en redning. Jeg blev grebet, hvor alt føltes håbløst."
> – Kim, 37 år

> At være i Fusionsklinikken har ændret en del på min psyke. Jeg får snakket om nogle af de ting, der gør ondt, og jeg kan mærke, at jeg har fået det bedre. Også med min diabetes."
> – Allan, 67 år

9.1 Tryghed, forståelse og bedre evne til at håndtere sygdomme

Det er kendetegnende for Fusionsklinikkens patienter, at de har erfaring med fragmenterede og ukoordinerede forløb på tværs af psykiatri og diabetesbehandling. Flere beskriver tidligere møder med sundhedsvæsenet, hvor sygdommene blev behandlet adskilt, og hvor der var begrænset forståelse for, hvordan deres psykiske sygdomme påvirker forudsætningerne for at håndtere deres diabetes.

I Fusionsklinikken oplever patienterne derimod en høj grad af sammenhæng i behandlingen. De fremhæver det som tryghedsskabende, at deres sygdomme håndteres samlet, at de møder de samme medarbejdere på tværs af problemstillinger, og at behandlingen bliver koordineret, så de og deres pårørende ikke selv skal bære ansvaret for at få de forskellige indsatser til at hænge sammen. En patient forklarer:

> Der bliver holdt øje med hele mig, og ikke kun en del af mig. Det gør mig tryg. ... Førhen gik jeg to forskellige steder med mine problemer, og det var ligesom om, at de ikke kunne tale sammen. Hvis man justerede det ene, så var der ikke nogen, der holdt øje med det andet."
> – Mia, 26 år

En anden patient beskriver, hvordan sammenhængen mellem psykisk tilstand og diabetesregulering blev tænkt ind i behandlingen:

> ... på en almindelig diabetesklinik, der kigger de jo udelukkende på blodsukkeret, og siger 'det er ikke godt nok!', og så kan du sige nok så mange gange, at det er fordi du har kæmpet med det og det.... Hvorimod på Fusionsklinikken, der sagde de 'Det giver rigtig god mening! Lad os regulere på insulinpumpen for at imødekomme, at du har det svært psykisk lige nu.'"
> – Liv, 22 år

Patienterne oplever, at klinikkens integrerede tværfaglige tilgang forbedrer kvaliteten af behandlingen. De peger blandt andet på, at lægesamtaler med både psykiater og endokrinolog giver en bedre koordinering af den medicinske behandling, og at det har stor betydning, at sygeplejerskerne kan støtte dem på tværs af både psykiatriske og somatiske problemstillinger:

> Sygeplejerskerne har en stor forståelse for sammenhængen mellem mine sygdomme, og selvom jeg har en psykiatrisk sygeplejerske og en diabetessygeplejerske, så oplever jeg, at jeg kan bruge dem til det samme."
> – Tine, 34 år

Samtidig beskriver flere patienter, at de gennem klinikkens behandling og psyko-edukation selv opnår større forståelse for samspillet mellem deres psykiske sygdom og diabetes, samt af, hvordan de kan håndtere dette samspil. Det kommer blandt andet til udtryk ved en oplevelse af bedre evne til at skelne mellem symptomer og anvende relevante rutiner, struktur og coping-strategier i hverdagen:

> Er der rod i hovedet, er der også rod i min sukkersyge. Og modsat, hvis min sukkersyge går godt, så tør jeg bevæge mig mere ud, og så får jeg det bedre med psyken. De to ting hænger sammen, det har jeg fået bedre forståelse for."
> – Allan, 67 år

> Der er meget strukturering, som jeg har fået styr på nu. I starten sejlede det, rent ud sagt. Jeg har flyttet mig rigtig meget."
> – Esben, 39 år

Dette peger på, at indsatsens fokus på samspillet mellem sygdommene og patienternes forståelse af den gensidige påvirkning styrker sygdomsmestring og evnen til at håndtere både psykiske og somatiske udfordringer.

Organisering og ledelse af Fusionsklinikken

Analyserer de organisatoriske forhold og ledelsesmæssige tilgange, der bidrager til klinikkens resultater. Hvert afsnit indledes med en kort opsamling af de væsentligste fund.

10 Tværgående organisering af Fusionsklinikken

Dette kapitel handler om, hvordan og under hvilke omstændigheder Fusionsklinikkens tværfaglige organisering på tværs af Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) og Psykiatrien Vest har betydning for, hvordan klinikken udvikler sig, drives og virker i praksis.

Analysen bygger på interviews med ledelsen i SDCS, Psykiatrien Vest og Fusionsklinikken og består af tre afsnit.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **Det tværorganisatoriske samarbejde** mellem SDCS og Psykiatrien Vest er en central forudsætning for Fusionsklinikkens resultater. Organiseringen giver adgang til både specialiserede behandlingskompetencer, driftsmæssige ressourcer og udviklingskapacitet, og skaber dermed et stærkt fundament for integreret behandling på tværs af psykiatri og somatik. Evalueringen peger samtidig på, at der er potentiale i et fælles strategisk ledelsesforum, der kan styrke ejerskab, koordinering og videreudvikling af klinikken.
- **Ledelsesstrukturen**, hvor klinikchefen er ansat i en delt ledelsesfunktion på tværs af de to organisationer, er med til at skabe tæt integration og sammenhængskraft mellem SDCS og Psykiatrien Vest. Samtidig er samarbejdet i høj grad afhængigt af klinikchefen som bindeled, hvilket skaber en sårbarhed og risiko for personafhængighed. Et formaliseret fælles ledelsesforum kan øge robustheden i samarbejdet.
- **Fusionsklinikkens forankring i psykiatrien** giver særlige faglige og organisatoriske forudsætninger for at arbejde med klinikkens patientgruppe, hvor psykiatriske symptomer og sociale problemstillinger ofte er den største barriere for behandling af diabetes.

10.1 Organisatorisk set-up på tværs af psykiatri og somatik

Fusionsklinikken er udviklet og primært finansieret af SDCS, mens den daglige drift er forankret i Psykiatrien Vest, der varetager voksenpsykiatrien i optageområdet Slagelse, Holbæk, Ringsted, Odsherred, Kalundborg og Sorø kommune.

SDCS bidrager med finansiering af medarbejdere, diabetesfaglige ressourcer samt udviklingsressourcer, herunder projektledelse, digital udvikling og dataunderstøttelse. Herudover finansierer SDCS klinikkens udstyr og behandlingsrelaterede hjælpemidler, leasing af biler etc. Klinikkens endokrinologer, diætist og fodterapeut er tilknyttet gennem deltidsstillinger, hvor medarbejdere frikøbes fra f.eks. de endokrinologiske ambulatorier. Denne organisering bidrager til løbende vidensudveksling og understøtter sammenhængen mellem Fusionsklinikken og den øvrige diabetesbehandling i Region Sjælland.

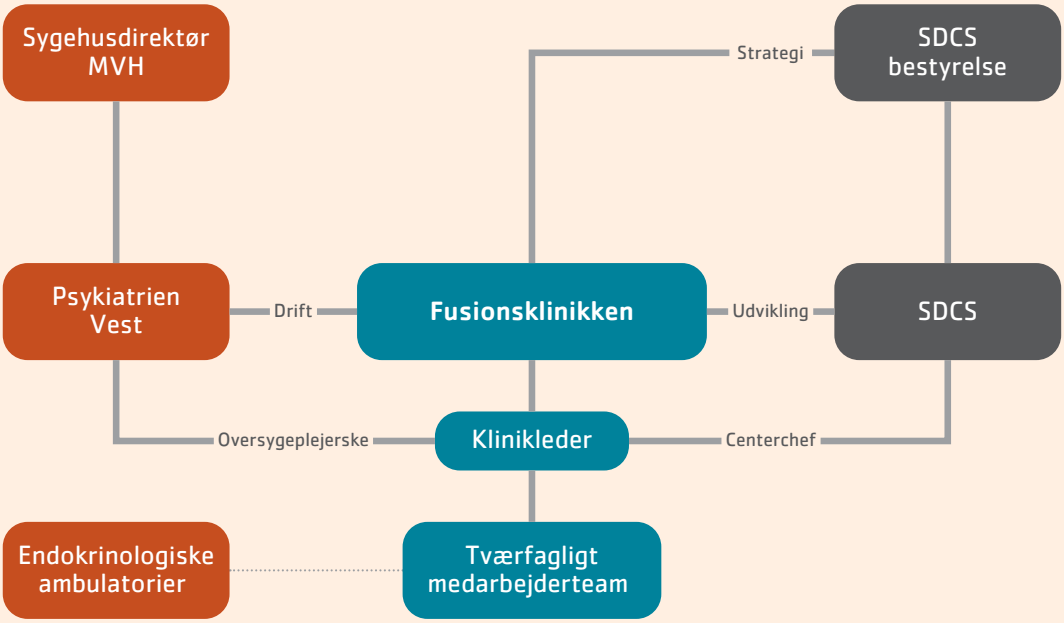
Psykiatrien Vest stiller lokaler til rådighed og varetager den daglige drift, herunder økonomi- og personaleadministration. Herudover bidrager Psykiatrien Vest med psykiatrifaglige ressourcer i form af rådgivning fra en klinisk farmakolog, supervision af personalet ved en psykolog samt delvis finansiering af en speciallægestilling i psykiatri.

Organiseringen kombinerer hermed SDCS' udviklings- og innovationskapacitet med Psykiatrien Vests kliniske driftsorganisation. Dette skaber et solidt fundament, hvor klinikken både kan levere specialiseret behandling og samtidig kan udvikle og afprøve nye metoder i praksis på baggrund af patienternes komplekse problemstillinger.

Ledelsesmæssigt er klinikken organiseret som et samarbejde mellem SDCS og Psykiatrien Vest. Klinikchefen har en delt funktion og ansættelse som både oversygeplejerske i Psykiatrien Vest og centerchef i SDCS, hvilket skaber en tæt kobling mellem de to organisationer.

På strategisk niveau træffes beslutninger om udvikling og retning gennem SDCS' bestyrelse, hvor centerdirektøren for SDCS og sygehusdirektøren fra Midt- og Vestsjællands Hospital er repræsenteret. Klinikkens daglige udvikling bliver understøttet af en projektleder fra SDCS med ansvar for projektstyring, koordinering og fremdrift.

Figur 20: Organisering af Fusionsklinikken



Figur 20 viser Fusionsklinikkens organisatoriske forankring mellem Psykiatrien Vest og Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS). Organiseringen forener klinisk drift og udviklingskapacitet og understøtter klinikkens tværfaglige og integrerede behandlingstilbud.

Analysen peger imidlertid på, at den nuværende organisering rummer et udviklingspotentiale. Selvom Fusionsklinikken bygger på et samarbejde mellem SDCS og Psykiatrien Vest, er de to organisationer involveret på forskellige niveauer i klinikkens strategiske udvikling. SDCS spiller en central rolle i udvikling, prioritering og finansiering, mens Psykiatrien Vest i mindre grad er repræsenteret i de fora, hvor de overordnede beslutninger træffes. Dette kan udfordre oplevelsen af fælles ejerskab og begrænse udnyttelsen af de samlede kompetencer på tværs af organisationerne.

Analysen peger desuden på, at der aktuelt mangler et formaliseret forum for fælles strategisk dialog mellem ledelsesniveauerne i SDCS og Psykiatrien Vest. Koordinering og informationsdeling sker i høj grad gennem Fusionsklinikkens leder, som fungerer som bindeled mellem organisationerne. Samarbejdet er således i høj grad afhængigt af løbende koordinering mellem enkeltpersoner frem for fælles ledelsesfora og beslutningsprocesser. Det medfører en vis personafhængighed, der kan gøre samarbejdet sårbart, fordi central viden, koordinering og relationer i høj grad er knyttet til enkeltpersoner. Ved udskiftning eller fravær af klinikklederen er der derfor risiko for tab af viden, forringet koordinering og svækket sammenhæng i samarbejdet, hvis disse funktioner ikke er forankret i fælles ledelsesfora.

På den baggrund er der potentiale i at etablere en fælles strategisk ledelsesstruktur eller et fast samarbejdsforum mellem SDCS og Psykiatrien Vest, der kan styrke det fælles ejerskab og mindske koordinationsomkostninger. Et fælles ejerskab kan frigøre kapacitet og understøtte en mere samlet strategisk udvikling af klinikken. Dette kan skabe bedre rammer for at udnytte de tværgående kompetencer, netværk og ressourcer, som samarbejdet bygger på.

10.2 Forankring i psykiatrien understøtter behandlingen

For Fusionsklinikkens patienter er det typisk ikke diabetes i sig selv, der udgør den største barriere for behandling, men derimod deres psykiatriske symptomer og sociale problemstillinger, som påvirker evnen til at varetage egenomsorg, tage medicin, følge behandlingsanbefalinger og møde op til aftaler. Fusionsklinikkens forankring i psykiatrien giver derfor nogle særlige organisatoriske og faglige forudsætninger for arbejdet med patientgruppen. Klinikkens leder forklarer:

> Til at starte med var jeg selv i tvivl, men nu, 5 år senere, er jeg bare nødt til at sige: Vi er en psykiatriklinik, som behandler mennesker med samtidig diabetes. For hvis ikke vi får ryddet psykiatrien lidt af vejen, hvis ikke vi får skabt et rum i de stemmer, som patienterne hører, så kan vi slet ikke tale om diabetes."
>
> – Leder, Fusionsklinikken

Diabetesbehandlingen forudsætter således en vis grad af psykiatrisk stabilisering hos patienterne. Først når psykiatriske symptomer som psykose, depression, mani eller kognitive vanskeligheder reduceres, opstår der et reelt grundlag for at arbejde med diabetesregulering, medicinadhærens og andre sundhedsfremmende tiltag. Placeringen i psykiatrien understøtter derfor en behandlingslogik, hvor de mest funktionsbegrænsende problemer adresseres først.

Forankringen i psykiatrien giver samtidig adgang til psykiatrifaglige kompetencer, ledelsesmæssig ekspertise og organisatoriske rammer med særlige forudsætninger for at arbejde med patientgruppen. Dette afspejles blandt andet i klinikkens ledelse, hvor en stærk psykiatrifaglig forankring understøtter prioriteringen af de relationelle, opsøgende, stabiliserende og sociale indsatser, som viser sig afgørende for, at den somatiske behandling kan lykkes.

Herudover giver placeringen i psykiatrien adgang til fysiske rammer og sikkerhedsmæssige foranstaltninger, der er tilpasset patienter med alvorlig psykisk sygdom. For patienterne kan dette bidrage til øget tryghed og mindske oplevelsen af at skille sig ud eller af ikke at passe ind i behandlingsmiljøet. For medarbejderne skaber det bedre forudsætninger for at håndtere akutte psykiatriske problemstillinger og andre komplekse situationer, som kan opstå i arbejdet med patientgruppen.

11 Ledelse af Fusionsklinikken

Dette kapitel handler om de ledelsestilgange, der ligger til grund for arbejdet i Fusionsklinikken, og om hvordan medarbejdernes læring, ansvar og faglige udvikling bliver understøttet i praksis. Arbejdet med patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes stiller høje krav til både faglighed, fleksibilitet og samarbejde. Analysen viser, at Fusionsklinikken ledelsesmæssigt understøtter dette gennem en læringsorienteret kultur, et stort fagligt handlerum og fælles opgaveløsning.

Analysen bygger på interviews med ledelse og medarbejdere i Fusionsklinikken.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **En praksisnær og læringsorienteret ledelsestilgang,** hvor afprøvning, refleksion og justering er integreret i den daglige praksis blandt medarbejderne, er central for Fusionsklinikkens evne til at håndtere komplekse patientforløb. Dette kræver organisatorisk kapacitet til læring, psykologisk tryghed og synlig ledelse.
- **Klinikkens prioritering af faglig dømmekraft frem for standardløsninger** muliggør mere sammenhængende og personcentrerede patientforløb, og peger på, at fleksibilitet og øget fagligt handlerum blandt medarbejderne kan være afgørende for fremgang og kvalitet i komplekse patientforløb. Samtidig understøtter det medarbejdernes motivation og arbejdsglæde. Tilgangen kræver tydelig ledelsesmæssig rammesætning, erfarne medarbejdere og løbende fælles refleksion.
- **Fælles opgaveløsning, understøttet af tydelig ledelsesmæssig rammesætning,** er væsentlig for klinikkens evne til at integrere psykiatriske og endokrinologiske færdigheder og håndtere både kompleksiteten i opgaverne og den faglige usikkerhed, der løbende kan opstå blandt medarbejderne.
- **Ledelsen i Fusionsklinikken fungerer som en understøttende struktur for læring, tværfaglighed og innovation.** Kombinationen af faglig involvering, tilgængelighed, udviklingsorientering og stærke samarbejdsrelationer bidrager til at skabe de organisatoriske betingelser, som Fusionsklinikken hviler på.

11.1 Læring som drivkraft for faglig udvikling og kvalitet

Patienternes behandlingsforløb er kendetegnet ved at være komplekse og ikke-lineære, og det stiller krav til medarbejderne om at arbejde innovativt i deres praksis for at kunne imødekomme patienternes behov.

Ledelsen i Fusionsklinikken lægger vægt på, at patienterne har krav på et behandlingstilbud, der er personcentreret og løbende udvikler sig i takt med deres behov. En central ledelsesmæssig tilgang i klinikken er derfor en udtalt *trial-and-error*-praksis. Denne tilgang dækker over en lærings- og problemløsningsproces, hvor nye løsninger afprøves i praksis, følges tæt og justeres på baggrund af konkrete erfaringer og drøftelser med kollegaer. Lederen forklarer, at fokus er på læring og kollegial refleksion frem for fejlfrihed:

> At arbejde på den måde kræver stor gensidig tillid. Synlig ledelse. At prøve at gå forrest. Acceptere, at medarbejderne ikke altid lykkes. Nu prøver vi det her af, og ser hvad vej det går. Friheden til at afprøve ting, når vi har snakket om hvorfor det giver mening. Hvis vi er bange for at fejle, så går vi i stå."
> – Leder, Fusionsklinikken

Herigennem bliver skabt en kultur, hvor medarbejderne motiveres til at afsøge nye muligheder, når der er en faglig begrundelse for det. Medarbejderne beskriver ligeledes en fælles kultur, hvor det er legitimt at bevæge sig uden for sin faglige komfortzone, stille spørgsmål, prøve sig frem og reflektere sammen med kollegaer for at kunne hjælpe patienterne bedst muligt. For medarbejderne betyder det, at de oplever en høj grad af psykologisk tryghed i deres arbejde, og samtidig oplever, at tempoet for faglig læring er højt.

Samtidig indeholder det dobbelte fokus på psykiatri og diabetes en vekselvirkning, hvor medarbejderne på én og samme tid er eksperter og novicer i det fælles faglige felt. Dette bidrager til en gensidig afhængighed mellem medarbejderne, er med til at nedbryde hierarkier og åbner for en praksis, hvor der ikke findes "dumme spørgsmål", men derimod kollektiv vidensopbygning.

Den fælles videndeling og refleksion bidrager samtidig til at forankre viden og kompetencer bredt i organisationen, hvilket reducerer sårbarheden over for fravær eller udskiftning af medarbejdere og styrker klinikkens samlede robusthed.

11.2 Faglig dømmekraft muliggør fremgang i behandlingen

Medarbejderne beskriver, at de har et stort handlerum i mødet med patienterne. Hvor de tidligere har oplevet, at standardiserede løsninger kan føre til stagnation for patientgruppen, oplever de i Fusionsklinikken at arbejde aktivt med at identificere, hvordan de kan skabe fremgang i patientens forløb, også når det kræver håndholdt koordinering eller utraditionelle løsninger. Dette beskriver medarbejderne som afgørende for, at patienterne profiterer af behandlingen. Samtidig er det med til at styrke medarbejdernes egen motivation og arbejdsglæde.

En medarbejder beskriver, hvordan det er meningsfuldt at kunne understøtte patienterne håndholdt, når man vurderer, at det er dét de har brug for:

> Jeg har tit stået med en patient i psykiatrien, og så er der en psykiater der har sagt, at patienten skal gå til egen læge. Og så har jeg tænkt "Not ever gonna happen". ... Her i Fusionsklinikken er det jo det med at få øje på og sige "det her bliver du altså nødt til at få kigget på, og vi skubber dig derhen af.""
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Ledelsen spiller en tydelig rolle i at understøtte denne praksis, hvor faglig dømmekraft prioriteres over standardløsninger. Lederen beskriver, hvordan medarbejderne kontinuerligt bliver opfordret til at bevæge sig ud og ind af deres faglige komfortzoner og afprøve nye veje – inden for gældende regler – med afsæt i en tydelig fælles norm og faglig ambition: *"kan det lade sig gøre, så skal det lade sig gøre"*.

Lederen forklarer, hvordan denne norm fungerer som et pejlemærke for prioriteringer og beslutninger i hverdagen og skaber et fælles etisk og fagligt grundlag. Samtidig legitimerer lederen hermed, at medarbejderne arbejder op til grænsen for, hvad der er muligt, og har ledelsesmæssig opbakning, når de afprøver nye løsninger:

> Jeg beder aldrig mine sygeplejersker om at bryde nogle regler, men de må gerne gå til stregen, og hvis de dypper tåen, så har jeg deres ryg."
> – Leder, Fusionsklinikken

I praksis er arbejdet i Fusionsklinikken således præget af fleksibilitet, faglig dømmekraft, situationsbestemte prioriteringer og løbende vurderinger af, hvad der er mest presserende. Det stiller høje krav til både ledelse og medarbejdere og forudsætter løbende, værdibaserede diskussioner om, hvor grænsen går for klinikkens ansvar og kapacitet, samt fælles refleksion over, hvornår fleksibilitet risikerer at blive til uhensigtsmæssig grænseløshed.

11.3 Fælles opgaveløsning og håndtering af høj klinisk kompleksitet

Arbejdet i Fusionsklinikken er karakteriseret ved høj kompleksitet, og patienternes dobbelte sygdomsbyrde stiller betydelige krav til medarbejdernes faglige overblik og ansvarstagning. For at sikre faglig høj kvalitet og reducere faglig overbelastning, er en anden central ledelsesmæssig tilgang derfor *fælles opgaveløsning*.

Lederen beskriver, hvordan arbejdet i klinikken forudsætter en særlig faglig og kollegial tilgang, hvor medarbejderne løser opgaver i fællesskab. Når medarbejderne byder ind med forskellig viden og perspektiver – og deres psykiatriske og endokrinologiske ekspertise kontinuerligt får lov at informere hinanden – sættes fællesmængden af (tvær) faglighed i spil.

Samtidig kræver arbejdet, ifølge lederen, både faglig modenhed og psykologisk tryghed. Medarbejderne forventes at kunne sige til og fra, efterspørge hjælp og gøre usikkerhed til en del af den fælles problemløsning. Samtidig kan det være med til at reducere faglig overbelastning, når komplekse beslutninger bæres kollektivt frem for individuelt. Bagsiden ved fælles opgaveløsning, kan ifølge medarbejderne dog være, at der kan opstå tvivl om, hvem af medarbejderne der har det endelige ansvar.

Ledelsens rolle består her i at skabe organisatoriske og kulturelle rammer, der muliggør fælles opgaveløsning og samspil mellem medarbejdernes tværfaglige perspektiver. Samtidig udfordrer denne praksis traditionelle faglige grænser. Lederen peger på, at tværfaglig åbenhed kan kollidere med faglig protektionisme, hvor faggrupper normalt værner om "deres" vurderinger. I klinikken er der i stedet en bevidst prioritering af "flere øjne" på patienten:

> Man skal lige vænne sig til fælles opgaveløsning, fordi vi fagligt kan være lidt protektionistiske omkring det, vi har. ... Men her hylder vi jo flere øjne."
>
> – Leder, Fusionsklinikken

På den måde betragtes faglig uenighed og alternative fortolkninger som en styrke, der understøtter den tværfaglige refleksion blandt medarbejderne og reducerer risikoen for ensidige vurderinger og tab af kliniske nuancer.

For medarbejderne medfører denne tilgang både faglige gevinster og øgede krav. De beskriver, hvordan den fælles refleksion fører til mere viden, flere spørgsmål og større opmærksomhed på kompleksitet. Samtidig kan det skabe faglig usikkerhed, fordi klare og hurtige konklusioner bliver udfordret, og fordi monofaglig viden bliver sat i spil på nye måder. Denne usikkerhed beskriver medarbejderne dog overvejende som produktiv og udviklende, snarere end hæmmende, når der er et støttende team omkring en. En medarbejder forklarer:

> Vi får mere viden om ting, og det gør, at vi stiller flere spørgsmål. Nogle gange føler jeg, at jeg ikke ved noget, fordi jeg begynder at tænke, at det kan være alt muligt. Det kan godt være lidt krævende og kan føles lidt som en ond cirkel... men på en god måde."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Samtidig oplever medarbejderne, at den fælles opgaveløsning bidrager til en stærk teamkultur, præget af gensidig opbakning, anerkendelse og fælles ansvar. Denne teamkultur fremstår som en central forudsætning for, at medarbejderne kan håndtere både kompleksiteten i opgaverne og den løbende faglige usikkerhed, der kan opstå.

11.4 Praksisnær faglig ledelse understøtter læring, tværfaglighed og innovation

Fusionsklinikkens praksis bliver understøttet af en ledelsesform, hvor tæt praksiskendskab, faglig involvering, løbende dialog og fælles ansvar for udvikling spiller en central rolle.

Et centralt kendetegn er den tætte kobling mellem ledelse og klinisk praksis. Ledelsen følger patientforløbene tæt, deltager i faglige drøftelser og indgår løbende i refleksioner om konkrete patienter, metoder og arbejdsgange. Dette skaber et ledelsesrum, hvor beslutninger træffes tæt på praksis og med afsæt i en indgående forståelse af patientgruppen og de udfordringer, medarbejderne møder.

Ledelsens tætte kendskab til den kliniske praksis understøtter en kultur, hvor faglig sparring, spørgsmål og refleksion er en integreret del af hverdagen. Medarbejderne har let adgang til ledelsesmæssig og faglig støtte, og dialogen er præget af åbenhed og gensidig feedback. Dermed legitimeres tvivl, afprøvning af nye løsninger og fælles læring som en naturlig del af arbejdet med komplekse patientforløb. Ledelsen er på den måde en aktiv del af det faglige miljø og de læringsprocesser, der kendetegner klinikken.

Ledelsen spiller også en vigtig rolle i at skabe rammer for medarbejdernes faglige udvikling. Der arbejdes aktivt med kompetenceopbygning på tværs af psykiatri- og diabetesområdet, og medarbejderne opfordres til at bringe nye perspektiver, idéer og erfaringer ind i praksis. Dette er med til at understøtte udviklingen af den integrerede tværfaglighed, som er en central del af Fusionsklinikkens arbejdsmodel.

Herudover peger analysen på, at ledelsen har en væsentlig funktion som brobygger mellem klinikken og dens omgivelser. Ledelsen arbejder aktivt med samarbejdsrelationer til andre afdelinger, kommunale aktører og eksterne samarbejdspartnere, og orienterer sig samtidig mod nye behov, politiske dagsordener og udviklingsmuligheder. På den måde bidrager ledelsen til, at klinikken kontinuerligt udvikler sin praksis og rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at en stærk centralisering af disse opgaver hos én ledelsesperson indebærer en sårbarhed, idet organisationen risikerer at blive personafhængig, hvis netværk og strategiske funktioner ikke forankres bredt.

Kompetencer hos ledelsen, der understøtter arbejdet i Fusionsklinikken

Nærværende faglig ledelse

- Har tæt kendskab til klinisk praksis og patientgruppen.
- Deltager aktivt i faglige drøftelser og understøtter medarbejdernes læring.

Skabelse af psykologisk tryghed

- Legitimerer spørgsmål, tvivl og afprøvning af nye løsninger.
- Understøtter en kultur, hvor fejl og usikkerhed bruges som afsæt for læring.

Ledelse af fagligt handlerum

- Giver medarbejderne mandat til at anvende faglig dømmekraft.
- Skaber klare faglige og etiske rammer for fleksibilitet og innovation.

Kompetenceudvikling og innovation

- Skaber rammer for løbende læring og udvikling af nye løsninger.
- Understøtter udviklingen af den integrerede tværfaglige praksis.

Tværfaglig og organisatorisk brobygning

- Understøtter samarbejde på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer.
- Sikrer sammenhæng mellem klinikkens drift, udvikling og eksterne samarbejder.

Kompetencer hos medarbejdere, der understøtter arbejdet i Fusionsklinikken

Faglig modenhed og dømmekraft

- Træffer situationsbestemte vurderinger i komplekse og uforudsigelige patientforløb.
- Balancerer mellem faglige retningslinjer og individuelle løsninger.
- Kan vurdere egne kompetencer, grænser og behov for hjælp.

Tværfaglig lærings- og samarbejdsevne

- Er villig til at bevæge sig uden for eget fagligt specialområde.
- Kan lære af og arbejde sammen med andre faggrupper.
- Bidrager aktivt til fælles refleksion, sparring og vidensopbygning.
- Relationelle kompetencer

Opbygger tillidsfulde relationer til patienter med komplekse behov.

- Arbejder personcentreret og håndholdt.
- Møder patienterne med fleksibilitet, nysgerrighed og vedholdenhed.

Systemforståelse og koordination

- Navigerer på tværs af sektorer, samarbejdspartnere og myndigheder.
- Koordinerer komplekse patientforløb og identificere relevante handle-muligheder.

Lærings- og innovationskompetence

- Afprøver nye løsninger og lære af erfaringer.
- Håndterer faglig usikkerhed og bruge den konstruktivt i udviklingen af behandlingen.

Indsatser i Fusionsklinikken

Analyserer de behandlingsmæssige og kapacitetsopbyggende indsatser, der bidrager til klinikkens resultater. Hvert afsnit indledes med en case og en kort opsamling af de væsentligste fund.

12 Integreret tværfaglig praksis

Dette kapitel undersøger, hvordan integreret tværfaglig praksis udvikler sig til en særlig faglig kompetence blandt medarbejderne i Fusionsklinikken, og hvilken betydning det har for klinikkens tilgang til behandling af patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes. Analysen bygger på interviews med medarbejdere og ledelse.

Kapitlet indledes med en case, der illustrerer den integrerede tværfaglige praksis i et konkret patientforløb. Herefter præsenteres kapitlets centrale pointer, som efterfølgende uddybes gennem tre analyseafsnit.

CASE

Når sygdommene tænkes sammen

En kvinde i 20'erne med type 1-diabetes og bipolar lidelse får besøg af Fusionsklinikken efter en periode med psykisk forværring. Hun kæmper med uro, nedtrykthed og søvnproblemer og har svært ved at overskue både måltider, blodsukkermålinger og insulinbehandling. Resultatet er stigende værdier og store udsving i blodsukkeret. I tidligere behandlingsforløb oplevede hun primært fokus på diabetesreguleringen og gentagne opfordringer til at følge behandlingsanbefalingerne bedre.

I Fusionsklinikken bliver situationen forstået anderledes. Sygeplejersker, psykiater og endokrinolog vurderer i fællesskab, hvordan hendes psykiske symptomer påvirker hendes evne til at håndtere diabetes, og hvordan udsving i blodsukkeret samtidig kan forværre træthed, koncentrationsbesvær og psykisk mistrivsel. Medarbejderne anerkender, at hendes psykiske forværring er en væsentlig årsag til problemerne med diabetesbehandlingen. I dialog med patienten justerer de den psykiatriske behandling med fokus på at reducere symptomer og bivirkninger, der påvirker hendes hverdag. Samtidig tilpasser de patientens insulinpumpe til hendes aktuelle funktionsniveau.

For patienten bliver mødet et konkret eksempel på forskellen mellem at behandle psykisk sygdom og diabetes som to adskilte sygdomme og at arbejde med samspillet mellem dem. Hun oplever behandlingen som ét samlet forløb frem for to parallelle, og får en bedre forståelse af, hvordan sygdommene påvirker hinanden, og hvilke muligheder der findes i hendes situation.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **Omdrejningspunktet for klinikkens tværfaglige fokus er *samspillet* mellem sygdommene samt indvirkningen af sociale forhold.** Ved at have fokus på dé komplekse påvirkninger, der sker mellem psykisk sygdom, diabetes og patienternes sociale forhold, kan medarbejderne finde nye handlemuligheder og tilpasse behandlingen til patientens samlede situation.
- **Fusionsklinikken "bygger" en ny faglighed,** hvor integrationen mellem psykiatri og diabetes indlejres i medarbejdernes måde at tænke, handle og identificere sig fagligt på. På den måde bliver integreret tværfaglighed selve fundamentet for, hvordan arbejdet udføres.
- **Varetagelse af begge specialer, gensidig oplæring blandt medarbejderne og sparring i tværfaglige teams er centrale virkningsmekanismer**, der lader medarbejderne træde ud af deres egen faglige komfortzone og giver en nuanceret forståelse af patienternes symptomer, bivirkninger, behandlingsadhærens, medicin-interaktioner og sociale udfordringer. Dette skaber grundlag for at udvikle en integreret tværfaglighed sammen, som betyder, at medarbejderne i højere grad kan tilpasse patientens behandling med udgangspunkt i, hvordan sygdommene påvirker hinanden.
- **I Fusionsklinikken oplever medarbejderne, at de udvikler en integreret tværfaglig specialistviden uden tab af deres monofaglighed.** Det tværfaglige arbejde kræver øget refleksion, forklaringer, forhandlinger og tilpasninger, og det fører til, at også medarbejdernes monofaglige kompetencer styrkes.

12.1 Integreret faglighed: samspil mellem psykisk sygdom, diabetes og sociale forhold

Fremfor at se psykiatrisk og endokrinologisk sygepleje som to adskilte fagligheder, arbejder Fusionsklinikken med at udvikle en integreret faglighed, hvor medarbejderne gradvist bliver uddannet ind i hinandens specialer. Målet er ikke, at alle opnår samme niveau inden for begge specialer, men at medarbejderne udvikler nye måder at tænke og handle på, hvor grænserne mellem faglighederne bliver mindre synlige i den kliniske praksis.

Således arbejder Fusionsklinikkens ledelse målrettet med at "bygge" nye sygeplejersker gennem en proces, hvor medarbejdernes faglighed og dømmekraft udvikler sig og omformer sig.

Denne proces fører til udviklingen af en ny faglig identitet – det, lederen betegner som en *fusionist*. En fusionist er kendetegnet ved en integreret tværfaglig praksis, hvor psykiatrisk og endokrinologisk tænkning gensidigt former hinanden, og hvor vurderinger, prioriteringer og handlinger tager afsæt i samspillet mellem psykisk sygdom og diabetes. Kernen i denne faglighed er hermed et fokus på *interaktionen* mellem sygdommene.

Klinikkens praksis retter sig således mod det, lederen beskriver som "mellemrummet" mellem specialerne. Det er ved at fokusere på dette "mellemrum", at nye kliniske indsigter og muligheder opstår:

> Vi kan godt styre patienternes diabetes i diabetesambulatoriet, og vi kan godt styre det psykiatriske i distriktspsykiatrien. Men hvem styrer dét, der sker mellem sygdommene? Sygdommene interagerer med hinanden, og det er i det mellemrum, at problemerne opstår. Det her kan ikke løses adskilt. Men vi kan løse det ved at fusionere det, som vi gør nu i Fusionsklinikken."
>
> – Leder, Fusionsklinikken

Samtidig har medarbejderne også fokus på, hvordan patienternes livsomstændigheder og sociale forhold spiller ind og gensidigt påvirker patientens sygdomme og behandlingsforløb. Eksempelvis kan antipsykotisk medicin give patienten forhøjet blodsukker, som kan forværre patientens psykiatriske symptomer. Tilsvarende kan økonomiske problemer hos en patient med skizofreni og diabetes øge stressniveauet og dermed forværre begge sygdomme.

På den måde indlejres sammenhængen mellem både psykiatri, somatik og sociale forhold i medarbejdernes integrerede tværfaglige måde at tænke, handle og identificere sig fagligt på.

12.2 Kontinuerlig (op)læring i integreret tværfaglig praksis

Opbygningen af sygeplejefaglige medarbejdere til "fusionister" er organiseret som en kombination af struktureret vidensopbygning og praksisnær sidemandsoplæring, som strækker sig over minimum 3 måneder. Fusionsklinikkens leder beskriver, at oplæringen ikke er fuldt formaliseret i et fast program, da læringen i høj grad foregår i mødet med praksis. Gennem observation, deltagelse, fælles refleksion og gradvis afprøvning i kliniske situationer tilegner medarbejderne sig den integrerede tværfaglighed.

Kernen i oplæringen er *bedside education*, hvor nye medarbejdere observerer og handler sammen med en erfaren kollega. Medarbejdere med endokrinologisk baggrund følger erfarne sygeplejersker med psykiatrisk baggrund og omvendt. Den nye faglighed udvikles i samspillet mellem handling, argumentation og refleksion: Er patienten psykotisk, eller skyldes symptomerne for højt blodsukker? Er der tale om sygdomssymptomer eller bivirkninger til antipsykotisk medicin?

Oplæringen omfatter desuden differentieret vidensopbygning med afsæt i medarbejdernes oprindelige faglige baggrund. Sygeplejersker med endokrinologisk baggrund oplæres i psykopatologi, samtale- og dialogredskaber, psykoedukation og screeningsværktøjer, herunder vurdering af selvmordsrisiko. Oplæringen varetages primært af klinikkens leder og psykiater gennem undervisning, fælles refleksion og sparring. Sygeplejersker med psykiatrisk baggrund oplæres tilsvarende i endokrinologisk faglighed i samarbejde med Steno Diabetes Center Sjælland gennem kurser, undervisning og praktikophold i endokrinologisk ambulatorium, hvor de lærer blodprøvetagning, blodsukkermåling samt håndtering af diabetesrelaterede fod- og øjenkomplikationer.

Efter den formelle oplæringsperiode fortsætter "byggeprocessen" som en integreret del af hverdagen. De sygeplejefaglige medarbejdere arbejder tæt sammen i tværfaglige teams omkring patienten med opbakning fra klinikkens psykiater, endokrinologer, socialrådgiver, diætist og fodterapeut. Teamene gennemfører fælles konsultationer, hjemmebesøg efter behov, møder med samarbejdspartnere og pårørende samt løbende faglig sparring omkring patientforløb. Denne organisering kvalitetssikrer behandlingen og understøtter en kontinuerlig gensidig læring, hvor medarbejderne både bidrager med og udvikler hinandens faglighed. Som en medarbejder beskriver:

> Vi møder hver især op med vores egen faglighed og erfaring, for selvom vi har personaler med endokrinologisk baggrund og psykiatrisk baggrund, så kommer vi fra mange forskellige steder i psykiatrien og endokrinologien. Vi kommer med hver vores, og på den måde kan vi hjælpe hinanden med at styrke hinandens faglighed både inden for specialer og på tværs af specialer."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Når medarbejderne opnår praksisforståelse for begge specialer og tør bevæge sig ud over egen faglige komfortzone, udvikler de et integreret tværfagligt blik på patientens situation. Dette synliggør sammenhænge mellem sygdomme, symptomer, medicininteraktioner, bivirkninger og sociale forhold, som ellers risikerer at blive overset. En medarbejder forklarer:

> Hvis jeg havde siddet i diabetesambulatoriet og havde set en patient med tør mund, så ville jeg tænke høje blodsukre, hvorimod vores psykiater hun ville nok tænke bivirkninger til antipsykotisk medicin. At vi arbejder tværfagligt gør, at vi får 1+1=3. Fordi vi kommer helt klart omkring nogle ting, som vi ikke var kommet omkring, hvis vi kun havde siddet med det ene speciale."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Den løbende tværfaglige læring foregår ikke kun blandt sygeplejerskerne. Patienternes lægesamtaler gennemføres ligeledes i samarbejde mellem klinikkens psykiater og endokrinolog, som sammen udarbejder behandlingsplaner og vurderer patienternes symptomer fra flere perspektiver. Det giver et styrket fokus på sygdommenes samspil, medicininteraktioner og bivirkninger, og gør det muligt at tilpasse behandlingen til patientens samlede situation.

Samlet set bidrager den indledende oplæring og den efterfølgende kontinuerlige læring til, at medarbejderne gradvist bevæger sig fra novicer til erfarne "fusionister". Derved bliver de i stand til at varetage en integreret behandling med fokus på samspillet mellem psykisk sygdom, diabetes og patientens øvrige livsomstændigheder. Det betyder også, at én medarbejder, i mange situationer, kan dække patientens samlede behandling.

12.3 Monofaglige kompetencer styrkes af integreret tværfaglig praksis

Fusionsklinikkens medarbejdere beskriver, hvordan den integrerede tværfaglige praksis ikke alene udvikler deres tværfaglige kompetencer, men også styrker deres monofaglige faglighed.

Det tværfaglige samarbejde skaber løbende behov for at gøre implicitte forståelser og faglige selvfølgeligheder eksplicitte, idet medarbejderne må forklare, begrunde og nuancere deres faglige vurderinger og iagttagelser over for kollegaer med andre specialer. Gennem denne proces bliver tidligere tavse kundskaber synlige, hvilket understøtter både fælles læring på tværs af faggrupper og en styrket refleksion over egen faglig praksis. En medarbejder forklarer:

> Min monofaglighed er en del af helheden, så jeg ser det egentlig ikke som en modsætning til tværfaglighed. ... Det tværfaglige skærper i virkeligheden ens monofaglighed."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Denne skærpelse af medarbejdernes monofaglighed forstærkes af, at medarbejderne befinder sig i en dobbeltposition som både eksperter og novicer. De bringer stærk monofaglig viden ind i samarbejdet, men har samtidig brug for viden i det andet speciale. Medarbejderne forklarer, hvordan denne dobbeltposition er en styrke, fordi den giver et overskud til at formidle deres viden pædagogisk med forståelse for den andens udgangspunkt.

13 Tilgængelighed og fleksibilitet i behandlingen

Tilgængelighed og fleksibilitet beskriver de betingelser, der gør det muligt for patienterne at få adgang til behandling. Dette kapitel belyser, hvordan Fusionsklinikken arbejder med at gøre behandlingstilbuddet *tilgængeligt og fleksibelt* for patienterne med henblik på at reducere barrierer for behandlingsdeltagelse. Analysen bygger på interviews med patienter, medarbejdere, ledelse og samarbejdspartnere.

Kapitlet indledes med en case, der illustrerer, hvordan Fusionsklinikken gør behandling mere tilgængelig for patienter med komplekse behov. Herefter præsenteres kapitlets centrale pointer, som efterfølgende uddybes gennem fire analyseafsnit.

CASE

At skabe adgang til behandling for patienter med komplekse behov

En mand i 50'erne med skizofreni og type 2-diabetes er henvist til Fusionsklinikken efter flere år med ustabil kontakt til både psykiatrien og diabetesambulatoriet. Han udebliver ofte fra aftaler, har svært ved at overskue transport og oplever, at de mange forskellige behandlere gør det svært at holde overblik. Samtidig svinger hans blodsukker meget, og hans psykotiske symptomer gør det vanskeligt at følge behandlingen.

I Fusionsklinikken får han én indgang til både sin psykiatriske og somatiske behandling, aftaler lægges samme dag, og klinikken hjælper med transport. Da han har svært ved at møde op i klinikken, aftaler kontaktsygeplejersken med ham, at størstedelen af behandlingen kan foregå i hans hjem. Her får medarbejderne samtidig indblik i nogle af de forhold i hverdagen, som påvirker både hans psykiske tilstand og hans diabetes-behandling. På baggrund heraf kan klinikken tilpasse hans behandling endnu bedre.

Patienten får en glukosesensor, så hverken han eller medarbejderne er afhængige af hyppige fingerpriksmålinger for at følge udviklingen i blodsukkeret. Da sensordata viser flere dage med høje værdier, kontakter sygeplejersken ham telefonisk. Under samtalen bliver det tydeligt, at han har sovet dårligt, er begyndt at isolere sig og tager sin medicin uregelmæssigt. Efter aftale foretages hurtigt et hjemmebesøg, behandlingen justeres, og sygeplejersken følger tæt op i de følgende uger.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **"Én indgang" til psykiatrisk og somatisk behandling** samt sociale indsatser, er med til at reducere patienternes barrierer for at modtage behandling. Patienterne oplever, at den samlede indgang gør deres behandling mere tryg, overskuelig og samtidig reducerer deres "koordinationsbyrde" mellem psykiatri og somatik. For medarbejderne betyder den samlede organisering at de kan reagere hurtigere, træffe beslutninger og iværksætte tiltag uden lang ventetid.
- **Den fleksible, opsøgende og udkørende behandling** øger patienternes adgang til behandling, styrker kontinuiteten og gør det muligt at nå patienter, som ellers har svært ved at fastholde kontakt til sundhedsvæsenet. Hjemmebesøg giver samtidig medarbejderne et nuanceret indblik i patienternes hverdagsliv, som er med til at forbedre relevansen og kvaliteten af behandlingen. Herudover er hjemmebesøg med til at styrke samarbejdet med pårørende og andre aktører omkring patienten. Dette peger på, at udkørende og fleksibel behandling kan være afgørende for at nå de mest sårbare patienter, reducere frafald og styrke behandlingsadhærens.
- **Konsultationernes hyppighed, varighed og form** bliver løbende tilpasset, så klinikkens ressourcer anvendes fleksibelt og målrettet efter den enkeltes behov. Den fleksible kontakt, behovstilpassede behandlingsintensitet og hurtige opfølgning er afgørende for at fastholde patienterne. Tilgangen skaber tryghed hos patienterne, og er med til at forebygge forværring og akutte forløb.
- **Tilbud om glukosesensor til alle patienter** er med til at reducere kravene til patienternes egenmonitorering og udvider samtidig medarbejdernes handlemuligheder, idet de kan følge patienternes blodsukkerniveau på afstand og reagere målrettet via telefonisk kontakt eller hjemmebesøg. På den måde er glukosesensoren med til at øge behandlingsadhærens og forebygge akutte forløb. Samtidig peger de gode erfaringer på potentialet i at udvide adgangen til sensorer til andre patientgrupper med psykisk sygdom.

13.1 Én indgang reducerer barrierer for behandling og muliggør hurtig handling

Fusionsklinikkens tilbud er bygget op som én indgang, hvor patienterne får en samlet behandling i samme klinik og under samme behandlingsplan, herunder konsultationer ved sygeplejersker, lægesamtaler, fodbehandling, øjenscreening, og indsatser fra diætist og socialrådgiver.

Flere patienter fremhæver, at de tidligere udeblev fra aftaler eller helt undlod at opsøge behandling, fordi det var for svært at møde op og holde styr på flere forløb flere steder. Ifølge patienterne er det med til at øge deres fremmøde, at behandlingerne i Fusionsklinikken netop er samlet ét sted, at aftaler koordineres mellem medarbejderne og kan lægges samme dag, og at klinikken hjælper med transport eller tilbyder hjemmebesøg:

> Før fik jeg ikke ordnet fødder, det var så besværligt i mit hoved. Jeg kunne ikke overskue det. Det, at fødder, øjne, psykiatri og diabetes er samlet under ét tag, er så godt. Og at tiderne kan lægges samme dag. Jeg ved, det er vigtigt at passe min behandling, men jeg har ikke kunnet overskue det. I Fusionsklinikken fungerer det bare. De sender også en flex-bil, så jeg kan komme derhen."
> – Tine, 34 år

Patienterne beskriver, at det skaber overskuelighed, tryghed og øger deres overskud til at indgå i behandlingen, når alle behandlinger er samlet samme sted, og når medarbejderne har en samlet, tværfaglig forståelse af deres situation.

Den samlede organisering er ifølge patienterne også med til at reducere deres "koordineringsbyrde". Patienterne oplever i høj grad, at medarbejderne samarbejder på tværs og deler information, hvilket mindsker behovet for selv at videregive oplysninger til behandlere. Flere patienter beskriver det som en enorm lettelse, og som et ansvar, der tidligere har føltes uoverskueligt og svært at bære i perioder med psykisk forværring:

> Personalet forstår hinanden. De bruger hinanden og spørger hinanden, og er gode til at forstå hvad jeg har brug for. Det giver mig ro. Jeg bliver også i mindre grad den, som skal videregive informationer. Før talte distriktspsykiatrien og diabetesambulatoriet ikke samme sprog. Før var det mere mit ansvar, og det er svært, når man har det skidt."
> – Brita, 45 år

Samtidig oplever medarbejderne, at det er muligt for dem hurtigt at træffe beslutninger og igangsætte indsatser. Det er særligt vigtigt i arbejdet med en patientgruppe, hvis tilstande og behov hurtigt kan ændre sig. En medarbejder forklarer:

> Der er handling. Hele tiden … Det tror jeg også er noget af det, patienterne sætter pris på. At vi kan reagere hurtigt på tingene. Når jeg står ude hos en, der er virkelig dårlig, så siger jeg ikke "vi kan komme igen om to dage", nej, så kan jeg ringe til lægen eller psykiateren og sige, "ved du hvad, jeg står her, og situationen er helt ad H til, hvad kan vi gøre nu?"
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Medarbejderne peger på, at den direkte adgang til klinikkens forskellige fagpersoner gør dem mindre afhængige af ventetider og beslutninger andre steder i systemet. Det gør det muligt at handle med det samme, tilpasse behandlingen hurtigt og forebygge, at patienternes situation forværres eller at behandlingen går i stå.

Patienterne oplever ligeledes den hurtige respons og handling som en helt central kvalitet i behandlingen. En patient forklarer:

> Hvis man har brug for det, så hjælper de én hurtigt. Det er anderledes end før. Før var jeg hos en psykiater, som bare sagde "hav det godt", og så var man ude igen. Der skete ikke noget. Det gør der her. Der sker noget. Hurtig behandling betyder meget."
> – Lars, 61 år

Når medarbejderne handler hurtigt ved at igangsætte eller ændre behandlingen, er det med til at styrke patienternes oplevelse af at blive taget alvorligt, understøtte tilliden til medarbejderne og fastholde behandlingen.

Analysen peger således på, at den samlede indgang i Fusionsklinikken er med til at give patienterne den behandling, de har behov for.

13.2 Udkørende behandling øger adgang, kvalitet og adhærens

For en stor del af Fusionsklinikkens patienter er fysisk fremmøde en væsentlig barriere for at modtage behandling. Det skyldes bl.a. lavt overskud, psykisk sårbarhed og geografiske afstande. Klinikkens fleksible, udkørende behandling er derfor et centralt element i klinikkens tilgang: Når patienten ikke kan komme til behandlingen, kommer behandlingen til patienten.

Det sker via opsøgende kontakt, telefon- og videokonsultationer og hjemmebesøg, hvor medarbejderne gennemfører samtaler, målinger og prøvetagning hjemme hos patienten selv eller der, hvor patienten er. Hvis en patient er indlagt i psykiatrien eller somatikken, besøger medarbejderne således patienten på sengeafdelingen, giver behandling og rådgiver personalet om den tværfaglige behandling.

Denne tilgang følger et nærhedsprincip, hvor indsatsen tilpasses patientens aktuelle behov og funktionsniveau. Behandlingen kan intensiveres ved forværring, og medarbejderne kan opsøge patienter, der udebliver eller ikke responderer.

Patienterne oplever hjemmebesøgene som afgørende for både deres tryghed og adgang til behandlingen. De beskriver, hvordan behandlingen bliver mindre belastende, når den foregår i egne rammer, og hvordan det fjerner praktiske og psykiske barrierer, f.eks. stress ved transport eller manglende overskud til at forlade hjemmet. For flere patienter er hjemmebesøgene en forudsætning for overhovedet at modtage behandling:

> De dage, hvor man ikke har overskud til at komme ind, så kan de komme til en. Det er fantastisk. ... Ellers ville jeg ikke have fået min behandling den dag."
> – Mia, 26 år

> Jeg har svært ved at komme ud, så det er godt, at de kommer hjem til mig. Det giver mig færre bekymringer og gør at jeg får behandling."
> – Lise, 66 år

Ifølge medarbejderne er hjemmebesøg også med til at øge kvaliteten i behandlingen. Det giver dem mulighed for at få direkte indblik i patienternes hverdag, f.eks. deres rutiner, relationer og boligforhold, og de opnår en mere nuanceret forståelse af, hvad der påvirker behandlingsforløbet – herunder medicinadhærens, kostvaner, adfærd og sociale livsvilkår.

En medarbejder forklarer, hvordan de får *"mange flere nuancer på, og kommer meget mere i øjenhøjde"*, når de ser, hvordan patienterne bor, hvilket gør det muligt at tilpasse behandlingen mere præcist og realistisk til den enkelte patient. En sygeplejerske beskriver, hvordan hun justerer en patients insulindosis på baggrund af et hjemmebesøg:

> Supermarkedet havde ikke haft det sukkerfri saft, og så havde patienten købt sodavand i stedet for. Med sukker i. Og ja, så stiger blodsukkeret jo, og så ligger det jo heroppe i tre uger, indtil han er færdig med at drikke sine sodavand med sukker, og så falder det igen. Og det er jo sådan nogle omstillinger vi må handle på. Min kollega undrede sig over, at jeg havde sat ham ned i insulin, når hans blodsukre lå tårnhøjt. Og så sagde jeg "ja, men jeg havde jo set ude i hans køkken, at nu havde han ikke flere sodavand og nu stod der en flaske med sukkerfri saft på bordet, så jeg vidste, at fra i dag, var jeg nødt til at sætte ham ned i insulin, for ellers ville han blive alt for lav."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Medarbejdernes observationer i patientens hjem kan altså føre til ændringer i behandlingen ved at synliggøre forhold, som ikke ville være synlige i klinikken. Dermed får medarbejderne bedre mulighed for at identificere og handle på årsager til udfordringer i behandlingsforløbet.

Medarbejderne oplever desuden, at hjemmebesøg og besøg under indlæggelser styrker samarbejdet med pårørende, botilbud, sengeafdelinger og kommunale aktører, såsom hjemmeplejen. Ved at møde patienten i hjemmet skabes lettere adgang og kendskab, hvilket kan understøtte en mere koordineret og helhedsorienteret indsats.

En teamleder på et socialpsykiatrisk bosted beskriver, hvordan Fusionsklinikkens hjemmebesøg bliver et afgørende holdepunkt – både for medarbejderne og patienterne – når patienter har det for dårligt til selv at opsøge behandling:

> Når en beboer har en superdårlig periode og ikke kan komme ud ad døren, så falder alt jo fra hinanden. Men der har vi et godt samarbejde med Fusionsklinikken, hvor vi kan holde fast. Det gør helt klart en forskel for vores beboere."
>
> – Teamleder, socialpsykiatrisk botilbud

I disse situationer bidrager Fusionsklinikken til at fastholde både behandlingen og samarbejdet omkring patienten, hvilket forebygger brud i forløbet og understøtter kontinuitet.

Herudover styrker Fusionsklinikkens opsøgende praksis inddragelsen af pårørende. Fusionsklinikkens medarbejdere fremhæver pårørende som en vigtig samarbejdspartner og ressource, når de bliver inddraget i patientens forløb. Derfor arbejder de systematisk med at inddrage dem, hvis patienten ønsker det. Når kontakten foregår i hjemmet, skabes der bedre mulighed for at involvere pårørende og relevante personer i patientens netværk. Pårørende kan bidrage med værdifuld viden om patientens hverdagsliv, og kan samtidig skabe tryghed og understøtte patientens behandling og mestring i dagligdagen. Samtidig stiller medarbejderne sig til rådighed som sparringspartnere og støtte for de pårørende, og holder også pårørendesamtaler efter behov.

En patient beskriver, hvordan hun oplever det som "trygt og hjælpsomt" i hverdagen, at hendes kæreste kan kontakte Fusionsklinikken og få hjælp til at hjælpe hende, mens en anden patient forklarer, at det er afgørende, at Fusionsklinikken kommer hjem til ham, så hans bror kan være med til samtalerne og støtte ham i hans behandling i hverdagen.

13.3 Fleksibel kontakt og intensitet øger fastholdelse og forebygger forværring

Flere af Fusionsklinikkens patienter udtrykker at have dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet og mistillid til sundhedspersonale. De har oplevelser af lang ventetid, kort konsultationstid og af ikke at kunne få fat i sundhedspersonale ved behov.

I Fusionsklinikken tilpasser medarbejderne løbende hyppigheden, varigheden og typen af konsultationer til den enkelte patients behov, og patienterne kan følges tæt og med høj grad af fleksibilitet.

Patienterne oplever, at denne fleksibilitet er afgørende for deres behandling, hvor den gensidige påvirkning mellem psykisk sygdom og diabetes medfører komplekse og uforudsigelige forløb. Muligheden for hyppig kontakt, via konsultationer i klinikken, hjemmebesøg og telefon- eller videokonsultationer, skaber tryghed og ro og understøtter en oplevelse af, at der er hurtig hjælp tilgængelig. Samtidig reducerer det oplevelsen af at stå alene med deres sygdomme. Patienterne forklarer:

> Man kan altid ringe ind. Der er god tid. Man kan få fat i dem. Det betyder ekstremt meget, at man ved, at man kan få fat i behandleren, hvis man er i tvivl eller har det svært. Det giver en følelse af, at der er nogen bag en."
> – Esben, 39 år

> Der er opfølgning, og hvis jeg har brug for det ofte, så er der tid til det. Hvis mit blodsukker ændrer sig, så kan jeg ringe, og jeg kan faktisk få fat på dem og få hjælp."
> - Mia, 26 år

Den fleksible tilgang betyder samtidig, at intensiteten i behandlingen op- og nedjusteres efter behov på baggrund af den triagering, medarbejderne løbende laver (se kapitel 6, afsnit 6.3). Når patienter har perioder med forværring, intensiveres kontakten betydeligt, f.eks. med daglig telefonisk opfølgning. I stabile perioder mindskes kontakten igen. Denne differentierede tilgang er ifølge både patienter og medarbejdere med til at understøtte behandlingsadhærensen.

Medarbejderne beskriver, hvordan den fleksible kontaktform og behandlingsintensitet gør det muligt at fastholde patienter i behandling, som tidligere har haft ustabil kontakt til sundhedsvæsenet. Medarbejderne oplever, at de kan identificere og reagere på tidlige tegn på forværring, f.eks. ændringer i blodsukker eller udeblivelser fra konsultationer – og dermed gribe ind før det ender med en akut indlæggelse eller at patienten falder ud af behandlingen. En medarbejder fortæller:

> Vi fanger jo også nogle patienter, inden de bliver så dårlige, at de skal indlægges. Vi har for eksempel en patient, som vi har fanget flere gange, når hun begynder at blive manisk. Så vi har kunnet håndtere det hjemme."
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Ligeledes oplever patienterne, at Fusionsklinikken reagerer hurtigt og griber ind ved forværring. En patient beskriver klinikken som et "sikkerhedsnet", der griber ham før han falder:

> Det, der er så godt ved Fusionsklinikken er, at de tager det før tingene vælter. De tager det i opløbet. De er et sikkerhedsnet."
> – Ali, 35 år

Analysen peger således på, at klinikkens fleksible kontakt og behovstilpassede behandlingsintensitet er afgørende for at understøtte stabile og sammenhængende forløb for patienter med komplekse og skiftende behov.

13.4 Glukosesensorer styrker behandlingsadhærens og muliggør proaktiv indsats

For patienter med svær psykisk sygdom kan det være svært at fastholde regelmæssige blodsukkermålinger. I Fusionsklinikken tilbydes alle patienter en glukosesensor ved opstart, uanset diabetestype. Sensoren reducerer de praktiske og mentale belastninger ved diabetesbehandlingen og kan give patienterne bedre overblik over deres diabetes. Ifølge Fusionsklinikkens egne opgørelser har 58 % af patienterne haft en glukosesensor (CGM eller FGM) påsat i løbet af deres forløb i klinikken i perioden fra klinikkens opstart i 2020 til 31. december 2025.

Sensoren giver samtidig medarbejderne mulighed for løbende at følge blodsukker-udviklingen og reagere hurtigt på udsving eller manglende målinger. Behandlingen bliver dermed mindre afhængig af, at patienten selv tager initiativ til kontakt, og den kan i højere grad tilpasses proaktivt.

For patienterne skaber sensoren større tryghed og mindre bekymring i hverdagen:

> Fusionsklinikken introducerede mig til diabetes-sensoren, som hjalp med, at jeg fik reguleret min sukkersyge. Jeg har fået meget mere frihed! Jeg skal ikke være bekymret for mit blodsukker hele tiden."
> – Ali, 35 år

Fusionsklinikkens leder beskriver det som "en kæmpe gevinst", fordi patienterne bliver aflastet, mens klinikken hurtigt kan handle på udsving og understøtte patienten i at regulere blodsukker.

Analysen peger på, at glukosesensorer både reducerer kravene til patienternes egen-monitorering og udvider medarbejdernes muligheder for tæt opfølgning. Sensorerne fungerer dermed som et vigtigt redskab til at styrke behandlingsadhærens og forebygge akutte forløb hos en kompleks patientgruppe.

14 Personcentreret og helhedsorienteret behandling

Dette kapitel belyser, hvordan Fusionsklinikken arbejder personcentreret og helheds-orienteret med at tilpasse behandlingen til den enkelte patients behov, ressourcer og samlede livssituation. Samtidig integrerer klinikken sociale indsatser og håndtering af komorbiditet som en del af behandlingen. Analysen bygger på interviews med patienter, medarbejdere og ledelse.

Kapitlet indledes med en case, der illustrerer, hvordan behandlingen tager udgangspunkt i patientens samlede situation frem for i de enkelte sygdomme hver for sig. Herefter præsenteres kapitlets centrale pointer, som efterfølgende uddybes gennem seks analyse-afsnit.

CASE

Når behandlingen tager udgangspunkt i hele mennesket

En kvinde i 40'erne med type 2-diabetes og bipolar lidelse bliver henvist til Fusions-klinikken efter flere års ustabile behandlingsforløb. Hun glemmer ofte at tage sin medicin, udebliver fra ambulante aftaler og har svært ved at skabe faste rutiner omkring måltider og søvn. Samtidig er hun belastet af økonomiske problemer og manglende kontakt til familie og netværk.

Forløbet begynder med hjemmebesøg, hvor sygeplejerskerne opbygger relation og afdækker hendes hverdag. Det viser sig, at bekymringer om ubetalte regninger fylder så meget, at behandlingen træder i baggrunden.

Gennem samtaler udforsker sygeplejerskerne og patienten, hvad der gør det svært at passe behandlingen, hvilke tanker der står i vejen, og hvilke små skridt hun oplever som realistiske. Klinikkens socialrådgiver bliver koblet på, og sammen får de overblik over patientens økonomi og etablerer kontakt til relevante myndigheder for at søge støtte. Samtidig giver de hyppige hjemmebesøg sygeplejerskerne anledning til at reagere på en udtalt træthed, som patienten selv opfatter som en del af sin depressive periode. Yderligere undersøgelser viser, at hun har ubehandlet søvnapnø, som efterfølgende sættes i behandling.

Beslutninger bliver truffet løbende i dialog med patienten, og sygeplejersker, psykiater og endokrinolog arbejder tæt sammen om at tilpasse behandlingen, så den er realistisk og tilpasset patientens egne ønsker og ressourcer.

Gradvist får patienten bedre styr på sin økonomi, møder mere stabilt op til aftaler og tager sin medicin regelmæssigt. Det giver hende bedre mulighed for at håndtere sine psykiske symptomer og diabetes i hverdagen.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **Tid, kontinuitet og relationsopbygning** er en forudsætning for at skabe tillid, opnå indsigt i patienternes livssituation og målrette behandlingen til individuelle behov og ressourcer. Det understreger betydningen af kontinuitet og relationelle kompetencer blandt medarbejderne i klinikken samt behovet for organisatoriske rammer, herunder lavere caseload og tid til relation, for at øge behandlingsudbytte og fastholdelse af klinikkens patientgruppe.
- **Patienterne oplever større ejerskab, medansvar, motivation og handlekraft**, når de har indflydelse på beslutninger og løsninger, og når behandlingen tilpasses deres faktiske ressourcer, behov og livssituation. Dette peger på, at Fusionsklinikkens personcentrerede tilgang er en central mekanisme for at styrke patienternes behandlingsadhærens, recovery og sygdomsmestring.
- **At Fusionsklinikken tilpasser behandlingen** dét, der er realistisk for den enkelte patient, frem for at efterleve standardbehandling og kliniske retningslinjer, er afgørende for behandlingen af patientgruppen. Når behandlingen er differentieret og tilpasset det, patienten reelt kan gennemføre, kan det være med til at øge behandlingsadhærens og fastholde patienten i behandling.
- **Helhedsorienteret behandling**, hvor sociale problemstillinger håndteres integreret med de sundhedsfaglige indsatser, er afgørende for at fastholde patientgruppen i behandling. Når sociale barrierer bliver håndteret i klinikken, er det med til at øge patienternes overskud til at indgå i og profitere af den psykiatriske og somatiske behandling.
- **En helhedsorienteret og håndholdt tilgang** styrker opsporing og behandling af oversete psykiatriske og somatiske sygdomme hos en kompleks patientgruppe. Ved aktivt at identificere og handle på komorbiditet kan Fusionsklinikken være med til at forebygge forværring, forbedre behandlingskvaliteten og reducere risikoen for akutte forløb og indlæggelser.
- **En planlagt og understøttet afslutning** med aktiv patientinddragelse, sparring med de nye behandlingsaktører og fortsat tilgængelighed i overgangsperioden, er afgørende for at sikre sammenhæng og forebygge brud i behandlingen.

14.1 Tid og relation som forudsætning for behandling

For mange af Fusionsklinikkens patienter er tillid til sundhedsvæsenet ikke givet på forhånd, men noget der skal opbygges. Klinikken prioriterer derfor relationsopbygning og kontinuitet gennem faste kontaktsygeplejersker, hyppig kontakt og et lavere caseload, som giver mulighed for at følge patienterne tæt.

Tid og relation fremstår som centrale virkningsmekanismer for at kunne etablere den tillid, som behandlingen af patientgruppen forudsætter. Medarbejderne beskriver, hvordan relationen udvikles i patientens tempo gennem vedholdende kontakt og nysgerrighed på patientens perspektiv og samlede livssituation. En medarbejder forklarer:

> Relationen, at have tid til den, det er så vigtigt i forhold til patienter, som man kan mærke har modstand. At man kan sige; 'jeg kan godt mærke, at du lige skal se mig an nogle gange, og det er helt okay. Så bruger vi tiden på at lære hinanden at kende. ... Det behøves ikke gå så stærkt.'"
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Patienterne fremhæver tilsvarende relationen som afgørende for udbyttet af deres behandling:

> De er menneskelige. De har tid til mig. Jeg føler, at de lytter, og at de går op i mit liv, og hvordan jeg har det. Alle de ting som jeg ikke synes man får andre steder i sundhedsvæsenet."
> – Allan, 67 år

> Det allervigtigste ved Fusionsklinikken er deres tid til at sætte sig ind i patienterne. ... Der skal være tid til at opbygge relationer, for ellers får man ikke noget ud af det."
> – Esben, 39 år

Tid til relation gør det muligt at møde patienten med tålmodighed og vedholdenhed frem for tempo og krav. Over tid opbygges en tryghed, som gør det lettere for patienterne at dele viden om symptomer, udfordringer og forhold i hverdagen med betydning for behandlingen:

> Man får et bånd til den faste sygeplejerske. Der dannes en anden tryghed, og man kan åbne op. ... Når man som patient ikke føler sig tryg, så åbner man heller ikke op og fortæller, hvordan man egentlig har det, og så er det svært at få den rigtige behandling."
> – Liv, 22 år

Den løbende relation giver medarbejderne en mere nuanceret indsigt i patienternes livssituation, motivation og handlemuligheder, hvilket styrker grundlaget for at tilpasse behandlingen til den enkelte patients behov og ressourcer.

Dette understøttes af klinikkens teamstruktur, som sikrer, at patienten ikke er afhængige af én enkelt kontaktperson, men af et fælles team med kendskab til vedkommendes situation, hvilket styrker oplevelsen af kontinuitet og sammenhæng i behandlingen (se kapitel 6, afsnit 6.3).

Analysen peger således på, at tid, relationsopbygning og kontinuitet er en forudsætning for at skabe tillid, opnå indsigt i patienternes situation og målrette behandlingen til individuelle behov.

14.2 Personcentreret tilgang styrker patienternes ejerskab

Når relationen er etableret, muliggør tilliden mellem patienter og medarbejdere en personcentreret tilgang, hvor patienterne bliver aktivt inddraget i deres behandlingsforløb. Flere patienter beskriver, at de tidligere har oplevet behandling som forhastet og styret af fagprofessionelle, mens beslutninger i Fusionsklinikken træffes i dialog og med afsæt i, hvad der opleves som meningsfuldt og realistisk i deres hverdag.

Patienterne fremhæver især oplevelsen af at blive taget alvorligt, lyttet til og mødt som mennesker frem for diagnoser. Patienterne forklarer:

> I Fusionsklinikken føler jeg mig tryg. Meget tryg. 'Kan vi prøve at skrue dig ned i medicin?' – måden de gjorde det på, jeg var med i det. Der var dialog om det over 2-3 gange, hvor jeg følte mig som et lige menneske. Det blev ikke forhastet."
> – Tine, 34 år

> Det var mig, der var den bestemmende. Hvis jeg sagde til venstre, selvom de foreslog til højre, så prøvede vi venstre først, hvis det var det, jeg var tryg ved... At være inddraget gjorde, at det blev gjort til ens eget."
> – Esben, 39 år

Frem for at fokusere på, hvad patienten "burde" gøre, arbejder medarbejderne med det, der er realistisk og muligt for den enkelte. Behandlingen udvikles gennem dialog, fælles refleksion og små skridt frem for standardiserede løsninger. Som led heri anvender medarbejderne bl.a. *sokratisk dialog* til at udforske patientens tanker og behov. Patienterne beskriver, hvordan denne tilgang styrker deres oplevelse af medansvar og engagement i behandlingen:

> De lytter til mig. De spørger mig, hvad jeg kunne tænke mig. Og så bliver vi enige om, hvordan det skal være. Det gør, at jeg føler mig medansvarlig. ... Det er et samarbejde, hvor vi lytter til hinanden og bliver enige."
> – Brita, 45 år

> Der er nogen, der hører, hvad jeg siger. De inddrager mig. Hvorfor er det svært for dig? Og hvordan kan vi gøre det nemmere? De hjælper mig med at finde løsningen selv. ... Jeg føler ansvar, når jeg selv har været med."
> – Tine, 34 år

Når patienterne oplever indflydelse på beslutninger og løsninger, styrkes deres ejerskab til behandlingen. Samtidig bliver behandlingen mere realistisk og gennemførlig, fordi den tager afsæt i patienternes livssituation. Analysen peger på, at den personcentrerede tilgang understøtter både behandlingsadhærens, recovery og sygdomsmestring.

14.3 Fra standardbehandling til realistisk, differentieret behandling

Den personcentrerede tilgang indebærer, at behandlingen tilpasses patientens funktionsniveau, motivation og livssituation frem for standardiserede forløb. For en patientgruppe med komplekse problemstillinger og begrænset overskud arbejder medarbejderne derfor ofte med prioriterede, trinvise indsatser frem for fuld behandling fra start.

Medarbejderne beskriver det som "de muliges kunst", hvor der løbende balanceres mellem det fagligt optimale og det realistisk gennemførlige. I nogle tilfælde indebærer det at tilpasse eller udskyde dele af behandlingen, for at sikre, at patienten kan indgå i den. En sygeplejerske forklarer:

> Når jeg har snakket med patienten i tilstrækkeligt mange måneder til at lægen kan få lov til at stikke hovedet indenfor døren, så siger jeg: 'Vejledningerne siger, vi skal starte med fire tabletter om dagen. Det kommer ikke til at ske, for patienten vil ikke have flere piller. Men jeg kan nok komme igennem med én pille. Jeg ved godt, at vi burde starte her, men kan vi i stedet starte heroppe? Og der er lægen jo meget modtagelig. Så starter vi med det, selvom det ikke er det, vejledningen siger. For det er det, der er muligt.'"
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Den medicinfaglige kvalitet understøttes gennem fast sparring med en professor i klinisk farmakologi, som rådgiver om medicinvalg, polyfarmaci og potentielle interaktioner. Sparringen foregår både på faste konferencer hver 14. dag og ad hoc ved komplekse problemstillinger.

I sparringen mellem farmakolog og medarbejdere er det centralt, at den farmakologiske ekspertise kobles med medarbejdernes indgående kendskab til patienternes hverdag og forudsætninger. Det gør det muligt at tilrettelægge en behandling, der både er medicinsk velbegrundet og realistisk at gennemføre for den enkelte patient.

Samspillet mellem specialiseret farmakologisk viden og praksisnær indsigt understøtter således en personcentreret ordinationspraksis, hvor valg, tilpasning og opfølgning på medicinsk behandling tager højde for patientens sygdomsbillede, livsomstændigheder og præferencer. Dette styrker patienternes muligheder for aktiv deltagelse i og fastholdelse af behandlingen.

14.4 Social indsats som central del af helhedsorienteret behandling

Patienterne i Fusionsklinikken lever sjældent kun med psykisk sygdom og diabetes. Mange har samtidig andre somatiske og psykiske sygdomme, misbrug, omfattende medicinforbrug og betydelige sociale udfordringer. Medarbejderne beskriver patienternes situation som præget af "lag på lag af problemer", hvor sygdom, økonomi, boligforhold og hverdagsfunktion er tæt forbundne.

Klinikken arbejder derfor helhedsorienteret med afsæt i de forhold, der aktuelt udgør de største barrierer for behandling. I nogle tilfælde betyder det, at sociale eller praktiske problemer må håndteres, før der kan arbejdes målrettet med psykiatri og diabetes. En medarbejder forklarer:

> Nogle gange er vi jo også nødt til at få patienterne til tandlægen først, før vi kan snakke med dem om noget som helst andet. For de kan jo ikke tygge noget mad, og de har ondt i tænderne hele tiden og har måske et hashmisbrug for at dæmpe smerterne, og ... Så er vi jo nødt til at tage fat der."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

For mange patienter er sociale belastninger en direkte hindring for behandling. Når disse afhjælpes som en del af klinikkens indsats, bliver der skabt bedre forudsætninger for at arbejde med både somatiske og psykiatriske problemstillinger.

Patienterne oplever tydeligt denne helhedsorienterede tilgang:

> Tidligere har der ikke været forståelse for, hvorfor jeg ikke har kunnet passe min diabetes. I Fusionsklinikken ser de hele mig og prøver at forstå, hvorfor det er svært for mig."
>
> – Tine, 34 år

Klinikkens socialrådgiver har en central rolle i den helhedsorienterede indsats og fungerer som bindeled mellem behandling og de kommunale tilbud. Socialrådgiveren yder blandt andet støtte til ansøgninger om ydelser, sociale støtteforanstaltninger og praktisk hjælp, hvilket reducerer risikoen for, at behandlingen går i stå som følge af sociale eller økonomiske udfordringer.

Flere patienter beskriver, hvordan de har fået hjælp til blandt andet førtidspension, støtte-kontaktperson, hjemmehjælp, økonomiske forhold, kontakt til kommunen samt tilskud til medicin og behandlingsudstyr. Samtidig oplever patienterne, at klinikkens medarbejdere fungerer som stærke repræsentanter i mødet med offentlige myndigheder:

> Jeg har endelig fået tilkendt en støtte-kontaktperson, som gør, at jeg kommer lidt ud, får gået nogle ture og ser nogle mennesker. Fusions-klinikken har hjulpet mig med det. ... Det gør en kæmpe forskel, for når Fusionsklinikken snakker med kommunen, så er de fagfolk, så bliver der lyttet og de kan formulere sig på en anden måde end jeg kan."
>
> – Allan, 67 år

Samlet peger analysen på, at den sociale indsats er en vigtig forudsætning for, at de sundhedsfaglige indsatser kan få effekt. Ved at reducere sociale, økonomiske og praktiske belastninger styrkes patienternes mulighed for at indgå aktivt i behandlingen.

14.5 Helhedsorienteret behandling styrker opsporing og behandling af multisygdom

Patienter med svær psykisk sygdom har øget risiko for underdiagnosticering af somatiske og psykiatriske sygdomme. Klinikken arbejder derfor systematisk med opsporing af både psykiske og fysiske helbredsproblemer. Medarbejderne er løbende opmærksomme på ændringer i symptomer og funktionsevne og undersøger aktivt, om andre sygdomme kan bidrage til patientens samlede problematik.

Et centralt fund er, at tværfagligheden og helhedsorienteringen er med til at styrke opsporingen af diabetesrelaterede senkomplikationer og andre psykiatriske og somatiske sygdomme. Patienternes journaldata viser, at flere patienter får stillet yderligere diagnoser i løbet af deres forløb i klinikken, hvilket bidrager til mere målrettet behandling (se kapitel 8, afsnit 8.2).

Den tværfaglige vurdering bidrager samtidig til at nuancere forståelsen af symptomer. Medarbejderne beskriver blandt andet et tilfælde, hvor åndenød hos en socialt isoleret patient først kunne mistænkes for at være angst, men ved nærmere vurdering viste sig at skyldes KOL. Behandling af KOL forbedrede efterfølgende både patientens funktionsniveau og psykiske trivsel.

Medarbejderne fremhæver også, hvordan ubehandlede somatiske sygdomme ofte forværrer psykiatriske symptomer:

> Når patienterne har de ubehandlede somatiske sygdomme, for eksempel en urinvejsinfektion, jamen så bliver de bare forværret i deres skizofreni og i deres manier. Det har vi oplevet den ene gang efter den anden. … Og du kan putte nok så meget antipsykotisk på, men så længe den urinvejsinfektion ikke er behandlet, så er patienten stadigvæk bragende psykotisk. Og så kan det være, at vi undgår en psykiatrisk indlæggelse, hvis vi får den urinvejsinfektion behandlet."
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

I modsætning til traditionelle behandlingsforløb, hvor patienten ofte selv forventes at koordinere videre udredning og behandling, arbejder Fusionsklinikken håndholdt hermed. Medarbejderne støtter aktivt kontakten til andre dele af sundhedsvæsenet og hjælper patienterne med at gennemføre nødvendige undersøgelser og behandlingsforløb.

For patienterne har det stor betydning at blive set "hele vejen rundt":

> Gennem Fusionsklinikken blev jeg udredt for ADHD. Hos min egen læge var det blevet skudt ned. I Fusionsklinikken blev jeg spurgt, om jeg havde andet, jeg gik med. De tog det seriøst. Der er en grund til at jeg har gået og kæmpet med så mange ting. Jeg følte mig virkelig set! … De ser hele vejen rundt."
>
> – Liv, 22 år

Analysen peger samlet på, at den helhedsorienterede og håndholdte tilgang styrker opsporing og behandling af multimorbiditet. Det bidrager til bedre behandlingskvalitet, forebyggelse af forværring og et øget funktionsniveau hos patienterne.

14.6 Planlagt afslutning og understøttet overgang styrker sammenhæng i forløbet

Fusionsklinikkens personcentrerede tilgang kommer også til udtryk i arbejdet med at afslutte patientforløb. Afslutning sker som en gradvis proces i tæt dialog med patienten og finder typisk sted, når patienten vurderes tilstrækkeligt stabil, både psykiatrisk og somatisk, til at kunne overgå til endokrinologisk ambulatorium, distriktspsykiatrien eller almen praksis.

Varigheden af et forløb i Fusionsklinikken beror derfor på en individuel og løbende faglig vurdering frem for en på forhånd fastsat tidsramme. For patienterne opleves fraværet af en fast slutdato som aflastende:

> Det er rigtig godt, at der ikke på forhånd er et sluttidspunkt. Det fjerner presset fra mig, at der ikke er tid på, hvor hurtigt jeg skal få det bedre."
> – Kim, 37 år

Den gradvise og behovstilpassede afslutning reducerer oplevelsen af pres hos patienterne og skaber ro til at arbejde med langsigtede forandringer og en tryg overgang til den videre behandling.

Vurderingen af, hvornår en patient skal afsluttes, bygger på, om patienten har opnået den bedst mulige stabilisering inden for realistiske rammer og har tilstrækkeligt helbredsmæssigt, mentalt og socialt overskud til i højere grad at varetage egen behandling. Patientens egen oplevelse af at være klar indgår som en central del af beslutningen.

Tidligere patienter beskriver, hvordan de oplever at blive aktivt inddraget i afslutningen:

> Selve afslutningen var fin og god. De spurgte, om jeg ville føle mig tryg ved at blive afsluttet (...), og om jeg stadig havde behov for at være der. Og så blev vi enige om, at det havde jeg ikke. Men jeg kunne altid blive henvist tilbage igen."
> – Liv, 22 år

Overgangen til videre behandling planlægges sammen med patienten. Fusionsklinikken sikrer en grundig overlevering til de nye behandlere og bidrager med faglig sparring om patientens fortsatte støttebehov.

En central praksis er, at patienten først afsluttes endeligt, når kontakten til den nye behandlingsansvarlige er etableret. Indtil da kan patienten fortsat henvende sig til Fusionsklinikken. Dette er med til at sikre kontinuitet og forebygge brud i behandlingsforløbet. De tidligere patienter beskriver denne praksis som et vigtigt sikkerhedsnet:

> De henviste mig over til hormonambulatoriet og sagde, at "indtil du hører noget fra dem, så kan du kontakte Fusionsklinikken, som du plejer". Så selvom jeg egentlig var afsluttet, så holdt de mig åben, indtil jeg havde haft første kontakt med hormonambulatoriet. Det gjorde, at jeg ikke følte mig som Palle alene i verden."
> – Liv, 22 år

Flere tidligere patienter beskriver, at overgangen til de nye behandlere var godt forberedt, og at Fusionsklinikken bidrog til, at relevante støtte- og behandlingsbehov blev videreført. Samtidig fremhæver patienterne muligheden for genhenvisning som en vigtig kilde til tryghed, fordi klinikken fortsat opleves som en mulighed ved senere forværring.

15 Tværgående samarbejde og koordinering af komplekse forløb

Dette kapitel belyser, hvordan Fusionsklinikken samarbejder og koordinerer på tværs af aktører for at skabe sammenhæng, fælles retning og højere kvalitet i komplekse patientforløb. Analysen bygger på interviews med samarbejdspartnere, medarbejdere og ledelse.

Kapitlet indledes med en case, der illustrerer, hvordan Fusionsklinikken skaber overblik, viden og sammenhæng mellem psykiatriske, somatiske og sociale indsatser på tværs af aktører. Herefter præsenteres kapitlets centrale pointer, som efterfølgende uddybes gennem fire analyseafsnit.

CASE

Når én aktør samler trådene

En kvinde i 50'erne med type 2-diabetes, bipolar lidelse og flere somatiske sygdomme er tilknyttet både almen praksis, distriktspsykiatrien, diabetesambulatoriet og kommunen. Hun udebliver ofte fra aftaler, og ingen af aktørerne har et samlet overblik over hendes situation. Samtidig oplever hun det som uoverskueligt, selv at skulle koordinere forløbene og formidle information mellem behandlerne.

Efter henvisning til Fusionsklinikken får hun én samlet behandlingsplan og klinikken overtager behandlingsansvaret. Klinikken koordinerer kontakten til øvrige aktører og pårørende, deltager i møder med kommunen og sikrer, at psykiatriske, somatiske og sociale indsatser understøtter hinanden. Hvis patientens tilstand forværres, reagerer klinikken hurtigt og samler relevante aktører omkring en fælles plan.

Undervejs udarbejder klinikken en samlet beskrivelse af patientens situation, som gør det lettere for samarbejdspartnere at forstå hendes behov og tilpasse deres indsats. Det reducerer risikoen for misforståelser, behandlingsbrud og parallelle indsatser.

For patienten betyder det, at hun ikke længere står alene med ansvaret for at skabe sammenhæng i forløbene. For samarbejdspartnerne betyder det, at der er én specialistfunktion med overblik og ansvar for at behandle og koordinere indsatsen.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **Fusionsklinikken udfylder en central rolle** som både faglig specialist og koordinerende omdrejningspunkt i komplekse patientforløb. Klinikken samler indsatsen omkring patienten, reducerer patientens koordineringsbyrde og understøtter fælles retning, samarbejde og handlemuligheder på tværs af sektorer og fagligheder.
- **Fusionsklinikken fungerer som en "aflastende" kapacitet i systemet**, ved at overtage nogle af de mest komplekse patientforløb. Det bidrager til større stabilitet for patienterne, reducerer behovet for akutte indsatser og frigør tid og ressourcer hos samarbejdspartnere i almen praksis, psykiatri og somatik.
- **Fusionsklinikkens praksisnære beskrivelser af patienternes situation** styrker den tværsektorielle indsats. Beskrivelserne giver samarbejdspartnere et bedre grundlag for at forstå patientens behov og tilpasse behandlingen, hvilket kan forebygge behandlingsbrud og mindske risikoen for, at patienter falder mellem eksisterende tilbud.
- **Samarbejdspartnere oplever et tydeligt behov for Fusionsklinikkens kompetencer og tilgange til komplekse patienter.** De efterspørger en bredere anvendelse af klinikkens viden, bl.a. som forebyggende indsats for patienter i risiko for forværring og som konsultativ støttefunktion i komplekse forløb uden for klinikkens målgruppe.

15.1 Fusionsklinikken som specialist og koordinerende omdrejningspunkt

Patienterne i Fusionsklinikken har ofte komplekse forløb på tværs af sundheds- og socialsektoren. Klinikken fungerer som både specialist og koordinerende omdrejningspunkt med ansvar for at samle aktører, skabe overblik og understøtte en sammenhængende indsats.

Medarbejderne samarbejder med et bredt netværk af aktører, herunder hjemmeplejen, bosteder, støtte kontaktpersoner, kommunale sagsbehandlere, jobcentre, socialpsykiatrien, almen praksis, endokrinologiske ambulatorier, distriktspsykiatrien, somatiske og psykiatriske afdelinger, kriminalforsorgen og pårørende m.fl.

Fusionsklinikken arbejder systematisk med at koordinere patienternes indsats. Det sker både gennem samarbejdsmøder som Koordinerende Indsatsplaner (KIP) med f.eks. støtte-kontaktperson, kommunal sagsbehandler og misbrugsbehandler, samt gennem mere uformelle netværksmøder, f.eks. med hjemmeplejen, almen praksis, bosted eller pårørende i patientens hjem. Herved understøtter klinikken en fælles retning, rollefordeling og løbende opfølgning på tværs af aktører. Dette er også noget, klinikkens samarbejdspartnere oplever behov for:

> Fusionsklinikken holder og samler trådene. Det, at der er en tovholder, og at vi har en faglig sparringspartner, det giver super god mening."
> – Teamleder, socialpsykiatrisk botilbud

Herudover fremhæver samarbejdspartnere, at Fusionsklinikken bringer specialiseret viden om samspillet mellem psykiatri og somatik ind i samarbejdet, når de bidrager med faglig sparring i komplekse forløb, hjælper med at omsætte viden til konkrete handlinger og understøtter, at indsatserne hænger sammen. En oversygeplejerske på et psykiatrisk sengeafsnit forklarer:

> Det er vigtigt, at der er nogen, der kan se sammenhængen mellem sygdommene. Hvis psykiatriske patienter får type 2-diabetes, hvordan kan vi så reducere generne? Hvordan kan vi så forebygge sammen? Jeg synes, det er en kapacitet at have en ressource i organisationen, der er fuldstændig skarp på det."
> – Oversygeplejerske, psykiatrisk sengeafsnit

Samtidig opleves klinikken som let tilgængelig med hurtig respons og korte beslutningsveje. Det giver samarbejdspartnere mulighed for hurtigt at få kvalificeret rådgivning og handle på udfordringer, når de opstår. En teamleder på et psykiatrisk bosted forklarer:

> Vi havde en beboer, som var meget dysreguleret, og da Fusionsklinikken kom ind i forløbet, blev der pludselig sat retning. Der kom en person udefra og fortalte beboeren, 'du har brug for, at personalet på bostedet hjælper dig med din insulin'. En specialiseret fagperson som kunne kigge ind, og se hvad det er for nogle udfordringer vi møder, når der er bipolar lidelse og diabetes samtidig."
> – Teamleder, socialpsykiatrisk botilbud

Samarbejdspartnere beskriver, hvordan sparring og samarbejde med Fusionsklinikken giver en bedre forståelse for patientens situation, mindsker samarbejdspartneres oplevelse af afmagt og er med til at finde konkrete tiltag. En oversygeplejerske fra ambulatorium for hormonsygdomme forklarer:

> Mine sygeplejersker er ikke trænet i at facilitere en proces, hvor det psykiatriske er en barriere for at nå videre i patientens diabetesbehandling. Nogle gange føler de afmagt. ... Så der er der god sparring fra Fusionsklinikken."
> – Oversygeplejerske, ambulatorium for hormonsygdomme

Fusionsklinikkens rolle som både specialist og koordinerende aktør er på den måde med til at reducere koordineringen og styrker samarbejdspartnernes muligheder for at skabe fremdrift i komplekse forløb.

15.2 Samarbejdspartnere oplever styrket behandling og frigjorte ressourcer

Fusionsklinikkens samarbejdspartnere beskriver patientgruppen med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes som relativt lille, men meget ressourcekrævende. Patienterne kræver en tæt, tværfaglig og koordineret indsats, som de eksisterende tilbud ofte har begrænsede muligheder for at levere. Her opleves Fusionsklinikken som en vigtig specialiseret ressource med kompetencer til at håndtere både de psykiatriske og somatiske problemstillinger i et samlet forløb.

Samarbejdspartnerne fremhæver, at det skaber tryghed at kunne henvise patienterne til én enhed, der kan påtage sig det samlede behandlingsansvar:

> Når Fusionsklinikken tager patienterne, kan vi slippe med stor tryghed. For vi ved, at der både er fokus på deres diabetes og på deres psykiatriske lidelse. Og det er jo dét, der gør Fusionsklinikken til noget helt særligt; at de har begge perspektiver, som de behandler samtidig."
> – Oversygeplejerske, distriktspsykiatrien

Et centralt fund er, at samarbejdspartnerne i almen praksis, hormonambulatoriet og distriktspsykiatrien oplever, at Fusionsklinikken frigør ressourcer hos dem, når de overtager nogle af de mest komplekse patientforløb.

Eksempelvis fremhæver en praktiserende læge, at en meget ustabil, selvmordstruet patient med svær skizofreni og dysreguleret diabetes, nu fremstår langt mere velfungerende, efter at Fusionsklinikken har overtaget opfølgningen. Lægen fremhæver, at Fusionsklinikkens tætte og kontinuerlige kontakt betyder, at forværring bliver opdaget og håndteret tidligere, hvilket reducerer behovet for akutte indsatser. Hvis ikke Fusionsklinikken havde overtaget patienten, formoder lægen, at det kunne være endt med tvangsindlæggelse:

> Fusionsklinikkens mulighed for at følge patienten meget tæt og meget bredt har patienten virkelig gavn af. Det føles som om der er ro på, der er ikke den der uro, som patienten ellers har været i. Det giver mindre bølgegang. Det aflaster os absolut."
> – Alment praktiserende læge

Fusionsklinikken fungerer dermed som en specialiseret kapacitet, der både skaber bedre forløb for patienterne og samtidig frigør tid og ressourcer til andre patientgrupper i de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

15.3 Præcise patientbeskrivelser styrker behandling på tværs

Fusionsklinikkens indgående kendskab til patienterne gør det muligt at formidle præcise beskrivelser af deres behov, udfordringer og ressourcer til andre aktører. Det øger sandsynligheden for, at patienterne modtager behandling, der er tilpasset deres situation, og at de kan gennemføre forløb andre steder, som ellers ville være vanskeligt.

En medarbejder beskriver eksempelvis, hvordan en patient skulle gennemgå en gastroskopi, men af psykiatriske årsager kunne vedkommende ikke opholde sig i et venteværelse. På baggrund af Fusionsklinikkens beskrivelse af patientens udfordring og behov blev undersøgelsen tilrettelagt, så patienten kunne gå direkte ind til behandlingen:

> At de havde fået en rigtig god beskrivelse fra os, betød at de faktisk tog sig af det, så det blev en oplevelse patienten kunne være i, og at undersøgelsen kunne lykkes."
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Medarbejderne oplever således, at samarbejdspartnere er mere tilbøjelige til at tilpasse behandlingsforløb, når patientens forudsætninger og behov er tydeligt beskrevet. Dette indikerer, at kvalificeret og praksisnær formidling til samarbejdspartnere øger tilgængeligheden til behandling andre steder i sundhedsvæsenet for patienter, som ellers har svært ved at indgå i standardiserede forløb.

Samarbejdspartnere fremhæver samtidig værdien af grundige notater og epikriser, som understøtter fælles forståelse og kontinuitet i behandlingen:

> Fusionsklinikkens notater og epikriser er grundige og detaljerede. De kommer hele vejen rundt om patienten og de aftaler der er lavet. Så når patienten ringer til mig, så kan jeg understøtte med det samme... Og det giver jo en supergod tryghed, at vi kan bakke op om den her plan der er lagt."
> – Alment praktiserende læge

Omvendt beskriver en teamleder fra et socialpsykiatrisk bosted, hvordan de har oplevet, at tilbagemeldinger og beskrivelser har manglet:

> Det kan smutte med tilbagemeldinger, og de får afsluttet en patient uden at få lavet recepter og informeret om, at man har lavet medicinændringer. Og så står vi med udfordringen, at vi skal igennem til egen læge... Så bøvler vi lidt."
> – Teamleder, socialpsykiatrisk bosted

Dette fremhæver vigtigheden af grundig informationsdeling på tværs af de centrale aktører, særligt når patienter afsluttes fra Fusionsklinikken og behandlingsansvaret videregives.

15.4 Samarbejdspartnere efterspørger bredere anvendelse af Fusionsklinikken

På tværs af almen praksis, psykiatri og somatik peger samarbejdspartnere på et behov for at kunne trække på Fusionsklinikkens kompetencer tidligere i patientforløbet. Særligt fremhæves patienter med begyndende psykiatrisk eller diabetisk forværring, som endnu ikke opfylder klinikkens inklusionskriterier, men som er i risiko for at udvikle mere alvorlige problemer.

Samarbejdspartnerne oplever, at disse patienter ofte er vanskelige at fastholde i behandling, og efterspørger derfor Fusionsklinikkens tilgang som en forebyggende indsats. En praktiserende læge forklarer:

> Der er en gruppe patienter, som ikke er helt så psykisk syge, at de lever op til Fusionsklinikkens inklusionskriterier, men det er stadigvæk deres psykiatriske symptomer, der spiller ind på deres dysregulerede diabetes. For de har ikke overskuddet til at håndtere det. Her kunne man godt ønske en udvidet funktion af Fusionsklinikken, for de patienter kan være lige så syge af deres diabetes. Også i et forebyggende perspektiv. Det ville være en hjælp for almen praksis."
>
> – Alment praktiserende læge

Derudover peger flere på et potentiale i at bruge Fusionsklinikken som konsultativ specialistfunktion gennem løbende sparring, supervision og fælles drøftelser af komplekse patienter. Det kan styrke kompetencerne hos samarbejdspartnerne og skabe nye handlemuligheder i vanskelige forløb.

En oversygeplejerske fra ambulatorium for hormonsygdomme fremhæver potentialet i at kunne anvende Fusionsklinikken som en fast sparringspartner på specifikke patienter:

> ... vi kunne trække Fusionsklinikken ind som en hybrid. Det kunne være, at en af deres sygeplejersker kunne lytte med og give supervision, selvom patienten ikke er i Fusionsklinikken, så vi får nogle af de rette kompetencer til at kunne flytte patienten i den rigtige retning."
>
> – Oversygeplejerske, ambulatorium for hormonsygdomme

Behovet for fleksibilitet gælder også patienter, som ikke er klar til et Fusionsklinikforløb. Her efterspørges en rolle, hvor klinikken kan være aktiv sparringspartner og understøtte forløbet frem mod overtagelse.

Endelig peger samarbejdspartnerne på, at der kan opstå udfordringer, når en patient afsluttes fra Fusionsklinikken, fordi vedkommende ikke ønsker klinikkens tilbud, og herfra vender tilbage til distriktspsykiatrien og endokrinologisk ambulatorium, som har færre ressourcer og mindre specialiseret viden til at kunne håndtere patientens komplekse situation.

På den baggrund efterspørges en bredere anvendelse af Fusionsklinikken med fokus på:

1. En forebyggende indsats for patienter i risiko for forværring
2. En konsultativ funktion med løbende sparring og kompetenceunderstøttelse
3. En mere fleksibel rolle i overgange og komplekse patientforløb
4. Et styrket ansvar for de mest komplekse patienter på tværs af sektorer og behandlingsenheder.

16 Viden, læring og faglig kapacitet i sundhedsvæsenet

Viden, læring og faglig kapacitet i sundhedsvæsenet handler om, hvordan Fusionsklinikken udvikler, afprøver og udbreder viden om behandling af patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes. Kapitlet belyser, hvordan klinikkens betydning rækker ud over de patienter, der er direkte tilknyttet klinikken, gennem metodeudvikling, vidensdeling, undervisning og faglig sparring med andre aktører i sundhedsvæsenet. Analysen bygger på interviews med medarbejdere, ledelse og samarbejdspartnere.

Kapitlet indledes med en case, der illustrerer, hvordan Fusionsklinikken fungerer som vidensaktør og faglig ressource for andre dele af sundhedsvæsenet, og hvordan klinikkens specialiserede viden kan understøtte behandlingen af patienter, som ikke er tilknyttet klinikken. Herefter præsenteres kapitlets centrale pointer, som efterfølgende uddybes gennem fire analyseafsnit.

CASE

At udvikle og dele viden om integreret behandling

En praktiserende læge har hørt om Fusionsklinikken på en faglig konference. Lægen kontakter klinikkens Onlineklinik, som er et nyt tilbud målrettet almen praksis. Henvendelsen drejer sig om en patient med type 2-diabetes og psykisk sygdom. Patienten opfylder ikke umiddelbart Fusionsklinikkens inklusionskriterier, men lægen oplever, at det er svært at regulere patientens diabetes. Samtidig er der usikkerhed om medicin og den videre behandlingsstrategi.

En psykiater og en endokrinolog fra Fusionsklinikken gennemgår sagen sammen med lægen. På baggrund af erfaringer fra klinikkens egne patientforløb peger de på, at den manglende diabetesregulering sandsynligvis hænger tæt sammen med patientens psykiatriske symptomer og bivirkninger til den psykiatriske medicin.

Sammen drøfter de muligheden for at justere medicinen, forenkle diabetesbehandlingen og øge lægens opfølgning i en periode. Derudover anbefaler de konkrete metoder til at støtte patientens behandlingsadhærens og opspore tidlige tegn på forværring. Efterfølgende ændrer lægen behandlingsplanen med positiv betydning for patienten, som over de følgende måneder møder mere stabilt op til aftaler, tager medicinen mere regelmæssigt, og forbedrer blodsukkeret gradvist.

Patienten har aldrig været i Fusionsklinikken. Alligevel får klinikkens viden direkte betydning for patientens helbred og hverdagsliv.

Kapitlets centrale pointer

Analysen peger samlet på, at:

- **Fusionsklinikken fungerer som et fagligt læringslaboratorium**, hvor nye metoder og praksisnære løsninger udvikles tæt på den kliniske virkelighed, og kan inspirere og understøtte indsatser andre steder i sundhedsvæsenet. Analysen peger på et potentiale i at tænke specialiserede enheder som både behandlingstilbud og innovationsenheder, der hurtigt kan afprøve metoder og udbrede viden i praksis, og herigennem innovere og løfte kvaliteten bredt i sundhedsvæsenet.
- **Fusionsklinikken skaber værdi** ud over egne patientforløb ved aktivt at dele viden, erfaringer og specialiserede kompetencer med andre aktører i sundhedsvæsenet. Herved fungerer klinikken som vidensaktør, der er med til at styrke viden om og håndteringen af patienter med komplekse og sammensatte behov på tværs af psykiatri og somatik.
- **Fusionsklinikken giver løbende rådgivning og sparring** til ambulatorier, sengeafsnit og almen praksis om konkrete patienter, som ikke er tilknyttet klinikken. Samtidig arbejder klinikken proaktivt med at udvikle initiativer, der kan understøtte dette arbejde. Hermed rækker klinikkens funktion både ud over egne patientforløb og fysiske rammer, og gør Fusionsklinikken til en faglig kapacitet i sundhedsvæsenet, som bidrager bredt til at styrke behandlingen af patienter med samtidig psykisk sygdom og diabetes.
- **Delte ansættelser understøtter vidensprednin og brobygning**, ved at medarbejdere bringer specialiseret viden mellem Fusionsklinikken og andre dele af sundhedsvæsenet. Det styrker opmærksomheden på sammenhænge mellem psykisk sygdom, somatik og medicinering og bidrager til mere kvalificerede behandlingsbeslutninger.

16.1 Fusionsklinikken som læringslaboratorium

Med Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) som udviklingskapacitet og den tætte forankring i Psykiatrien Vest har Fusionsklinikken haft gode rammer for at udvikle og afprøve nye tilgange i krydsfeltet mellem psykiatri og diabetes. Dette er særligt vigtigt, fordi målgruppen har komplekse og sammensatte behov, som kun i begrænset omfang understøttes af eksisterende behandlingsmodeller og organisatoriske strukturer. Klinikken fungerer derfor ikke kun som behandlingstilbud, men også som et praksisnært udviklings- og læringslaboratorium, hvor nye løsninger kan udvikles, afprøves og tilpasses med afsæt i patienternes behov.

En central virkningsmekanisme i dette er, at udvikling og læring er integreret i den daglige praksis, hvor medarbejderne har haft mulighed for løbende at tilpasse og videre-udvikle metoder og tilgange på baggrund af erfaringer fra patientforløb. F.eks. har klinikken afprøvet tilgange til patienter med ADHD og diabetes, ligesom klinikken i 2026 har udviklet "Online-klinikken", som er et online rådgivningstilbud til almen praksis (se kapitel 16, afsnit 16.3).

Fusionsklinikken er, som læringslaboratorium og foregangsklinik inden for integreret behandling, et konkret eksempel på, hvordan fusion mellem psykiatri og somatik kan omsættes til konkret behandling i praksis. Klinikken har udviklet viden og tilgange, som kan inspirere og understøtte tilsvarende indsatser andre steder i sundhedsvæsenet.

Analysen peger på, at prioritering af et sådant læringslaboratorium, med mulighed for at eksperimentere, udvikle og dele viden, er en væsentlig forudsætning for at skabe og afprøve nye løsninger. Erfaringerne fra Fusionsklinikken illustrerer, hvordan sådan en organisering kan fungere som løftestang for bredere udvikling og innovation i sundhedsvæsenet.

16.2 Videndeling, undervisning og opkvalificering af andre aktører

Ud over behandling til Fusionsklinikkens egne patienter, tilbyder klinikken også undervisning og opkvalificering til andre aktører på tværs af sundhedsvæsenet. Gennem oplæg, undervisning og koordinerede forløb bidrager klinikken aktivt til at opkvalificere fagpersoner på tværs af sektorer, i somatikken, psykiatrien og på bosteder samt studerende på uddannelsesinstitutioner, herunder på efteruddannelsen for social- og sundhedsassistenter og på psykiatrisk specialuddannelse for sygeplejersker. Ligeledes er en af klinikkens sygeplejersker en del af uddannelseskorpset i SDCS, som underviser sygeplejersker fra regionens kommuner og almene praksisser.

Fusionsklinikken formidler erfaringer med at integrere psykiatri og somatik, herunder tilgange til personcentreret og helhedsorienteret behandling, medicinsk behandling, og kommunikation og samtaleteknikker. Formålet er at styrke fagpersoners kompetencer og udbrede viden om en patientgruppe, som mange oplever som vanskelig at behandle. På den måde fungerer klinikken som faglig vidensaktør.

Samtidig har Fusionsklinikkens ledelse en aktiv udgående rolle, hvor lederen gennem opsøgende arbejde, dialog med relevante aktører og deltagelse i debatter, formidler viden og skaber fokus på klinikken og dens funktion i sundhedsvæsenet, så flere får kendskab til problematikkerne og kan henvise patienter til klinikken.

Herudover deltager Fusionsklinikken aktivt i forskningsprojekter, der bidrager til at styrke den evidensbaserede viden om patientgruppen samt udviklingen af integrerede behandlingsindsatser. I nogle projekter har klinikkens indsats og metoder udgjort selve omdrejningspunktet for forskningen. I andre projekter bidrager klinikken ved at understøtte dataindsamling, herunder rekruttering af deltagere og vidensdeling fra både patienter og personale.

16.3 Sparring om patienter, der ikke er tilknyttet Fusionsklinikken

Fusionsklinikken yder løbende rådgivning og sparring til ambulatorier, sengeafsnit, bosteder og almen praksis om patienter, der ikke er tilknyttet klinikken. I 2025 blev der ifølge klinikkens egne registreringer ydet ekspertrådgivning i 35 sådanne sager.

Sparringen omfatter blandt andet medicinsk behandling, bivirkninger og håndtering af komplekse problemstillinger i krydsfeltet mellem diabetes og psykisk sygdom.

Tidligere har sparringen foregået ad hoc, men fra medio 2025 har Fusionsklinikken udviklet en række nye udgående tiltag, som omfatter tværfaglig sparring på patienter, der ikke er tilknyttet klinikken. Herigennem udvider klinikken sin rækkevidde som faglig specialistfunktion i hele Region Sjælland.

De nye tiltag er:

- Onlineklinik til almen praksis, hvor praktiserende læger kan få tværfaglig online sparring om komplekse patientforløb. Målgruppen er patienter med diabetes og psykisk sygdom men klinisk problemstilling, f.eks. relateret til komorbiditet eller polyfarmaci.
- Fælleskonferencer med diabetesambulatorier, hvor konkrete patienter drøftes, og Fusionsklinikken giver tværfaglig sparring, f.eks. om kommunikation og opretholdelse af en god kontakt til patienterne.
- Sparring til sengepsykiatrien, som skal styrke behandlingen af diabetes under indlæggelse. Et diabetes-dashboard muliggør proaktiv opsporing af indlagte patienter med diabetes og dermed tidligere indsats.

Disse nye initiativer adresserer de behov for sparring og kompetenceunderstøttelse, som samarbejdspartnerne efterspørger (se kapitel 15, afsnit 15.4), og kan samtidig bidrage til en mere ensartet og kvalificeret håndtering af patientgruppen på tværs af fagområder.

Fusionsklinikken arbejder således med at udvikle initiativer, der understøtter andre aktører med faglig sparring og specialiseret viden. Dermed rækker klinikkens funktion ud over både egne patientforløb og fysiske rammer. Dette peger på, at Fusionsklinikken udgør en faglig kapacitet i sundhedsvæsenet, som bidrager til at styrke behandlingen af patienter med samtidig psykisk sygdom og diabetes.

16.4 Delte ansættelser og vidensbrobygning på tværs

Fusionsklinikkens medarbejdere med delte ansættelser, herunder endokrinologer, diætist og fodterapeut, fungerer som vidensbrobyggere mellem klinikken og andre dele af sundhedsvæsenet. De bringer erfaringer og viden fra arbejdet med komplekse patienter videre til deres øvrige kliniske funktioner og kollegaer.

Endokrinologerne beskriver, hvordan arbejdet i Fusionsklinikken har skærpet deres opmærksomhed på samspillet mellem psykisk sygdom, psykofarmaka og somatiske symptomer. Denne viden kan de anvende i konkrete patientforløb og dele med kollegaer på andre afdelinger.

En endokrinolog beskriver eksempelvis, hvordan erfaringer fra Fusionsklinikken gjorde det muligt at identificere en sandsynlig sammenhæng mellem en patients høje puls og behandling med antipsykotisk medicin:

> Der var en patient, som blev ved med at komme med for høj puls og hjertebanken. Og så var jeg sådan, jamen han får jo Quetiapin … Og det var der ingen, der havde tænkt over. Så sendte jeg ham tilbage til psykiaterne, så de kunne finde noget andet end Quetiapin, og så hev jeg samtlige læger ind for at se kurven over hans puls, der pludselig steg og steg: 'hvad tror I der er sket her?', 'Ja, det ved vi ikke', 'Gå ind i medicinlisten og se hvad han er startet på af medicin.'"
>
> – Medarbejder, Fusionsklinikken

Eksemplet illustrerer, hvordan den tværfaglige ekspertise, som bliver opbygget i Fusionsklinikken, kan styrke den diagnostiske opmærksomhed og bidrage til tidligere identifikation af medicinrelaterede bivirkninger i andre afdelinger. Samtidig viser det, hvordan viden ikke blot bliver anvendt i den konkrete patientsag, men også bliver omsat til læring og refleksion blandt andre kollegaer.

Gennem delte ansættelser bliver Fusionsklinikkens specialiserede viden og tilgang således forankret og spredt til andre dele af sundhedsvæsenet, hvilket understøtter kompetenceopbygning, styrker kvaliteten og udvider rækkevidden af klinikkens indsats.

Opgørelse af omkostninger

Indeholder en opgørelse af klinikkens omkostninger samt en oversigt over medarbejderressourcer og caseload.

17 Opgørelse af omkostninger og personaleoversigt

Dette kapitel præsenterer en opgørelse over budgetterede og faktiske omkostninger til løn og drift af Fusionsklinikken. Dernæst redegøres der for de etableringsomkostninger, der har været forbundet med etableringen af klinikken og den efterfølgende udvidelse. Efterfølgende præsenteres personaleoversigt og caseload. Afsnittet afsluttes med uddybende kommentarer, som beskriver opgørelsens forudsætninger og afgrænsninger samt giver supplerende forklaringer og refleksioner til opgørelsen.

Fusionsklinikkens behandlingstilbud kombinerer Steno Diabetes Center Sjællands (SDCS) udviklings- og innovationskapacitet og Psykiatrien Vests kliniske drifts-organisation. Medarbejdere, diabetesfaglige og udviklingsressourcer samt klinikkens udstyr og hjælpemidler finansieres primært af SDCS, mens psykiatrifaglige ressourcer, lokaler samt den daglige drift stilles til rådighed af Psykiatrien Vest.

17.1 Budget og faktiske udgifter

Budgettet afspejler de ressourcer, der oprindeligt er forudsat for at drive klinikken som tiltænkt, og budgettallene har derfor til formål at vise, hvad det kan forventes at koste at drive en tilsvarende indsats under lignende driftsforhold og med fuld bemanding. Opgørelsen af faktiske udgifter har til formål at vise, hvordan ressourcerne reelt er forbrugt i Fusionsklinikken, og hvad en eventuel implementering andre steder kan forventes at koste. Opgørelsen vises både på samlet klinikniveau og særskilt for udvidelserne i den sydlige og østlige del af regionen.

Budget, inkl. udvidelsen til syd og øst

	2024	2025	2026	2027 (Halvt år)
Løn				
Afdelingssygeplejerske/ oversygeplejerske	370.000	377.000	385.000	196.000
Teamkoordinator/ ass. oversygeplejerske	277.000	283.000	289.000	147.000
Sygeplejersker	3.884.000	4.300.000	6.061.000	3.333.000
Sekretær	458.000	467.000	477.000	243.000
Psykiater	1.147.000	1.560.000	2.387.000	1.218.000
Diabeteslæge	573.000	878.000	1.194.000	609.000
Diætist	124.000	158.000	254.000	130.000
Socialrådgiver	281.000	431.000	587.000	299.000
Fodterapeut	81.000	125.000	168.000	86.000
Peer-medarbejder	124.000	-	-	-
	7.319.000	8.579.000	11.802.000	6.261.000
Drift				
Sensorer, licenser, uddannelse, diverse	400.000	400.000	400.000	200.000
Leasing af biler	60.000	90.000	120.000	60.000
Brændstof og kørsel	45.000	90.000	180.000	90.000
Kontorhold	50.000	50.000	50.000	25.000
	555.000	630.000	750.000	375.000
Total	**7.874.000**	**9.209.000**	**12.552.000**	**6.636.000**

Faktiske udgifter, inkl. udvidelsen til syd og øst

	2024	2025	2026	2027 (Halvt år)
Løn	5.797.612	7.444.551	-	-
Drift				
Sensorer	624.690	291.075*		
Kørselsomkostninger og kontorhold	327.875	303.385		
	952.565	594.460	-	-
Total	**6.750.177**	**8.039.011**	**-**	**-**

* Lavere omkostninger end i 2024 skyldes tilskud til sensorer, som er givet til alle sygehusafdelinger i regionen.

Budget, kun udvidelsen til syd og øst

	2025	2026	2027 (Halvt år)
Løn			
Sygeplejersker	1.132.000	2.310.000	1.178.000
Psykiater	585.000	1.193.000	608.000
Diabeteslæge	297.000	597.000	304.000
Diætist	63.000	127.000	65.000
Socialrådgiver	144.000	293.000	150.000
Fodterapeut	42.000	84.000	43.000
	2.263.000	4.604.000	2.348.000
Drift			
Sensorer, licenser, uddannelse, diverse	150.000	300.000	150.000
Leasing af biler	30.000	60.000	30.000
Brændstof og kørsel	45.000	90.000	45.000
	225.000	450.000	225.000
Total	**2.488.000**	**5.054.000**	**2.573.000**

Faktiske udgifter, kun udvidelsen til syd og øst

	2025	2026	2027 (Halvt år)
Løn	2.014.000	-	-
Drift	225.000	-	-
Total	**2.239.000**	**-**	**-**

17.2 Etableringsomkostninger

Ved klinikkens opstart

	2020
Øjenscreeningslokale (øjenfotoapparat inkl. autorefraktor og andet udstyr)	560.000
Fodbehandlingslokale (fodstol og andet udstyr)	90.000
IT-pakker til 19 medarbejdere (pc'er og mobiltelefoner) à 15.000 kr.	285.000
Total	**935.000**

Ved udvidelsen til syd og øst

	2025
Møbler til øst	19.838
Møbler til syd	20.479
Total	**40.317**

17.3 Personaleoversigt, antal årsværk

Budgetteret antal årsværk efter personalegruppe

	2024	2025	2026
Afdelingssygeplejerske/oversygeplejerske	0,5	0,5	0,5
Teamkoordinator/ass. oversygeplejerske	0,5	0,5	0,5
Sygeplejersker	7	7,75	10,5
Sekretær	1	1	1
Psykiater	1	1,5	2
Diabeteslæge	0,5	0,8	1
Diætist	0,25	0,3	0,5
Socialrådgiver	0,5	0,9	1
Fodterapeut	0,2	0,25	0,4

17.4 Caseload

Antal patienter pr. fuldtidssygeplejerske

	2022	2023	2024	2025	2026
Forventet	25	19	19	19	19
Faktisk	14,4	15,2	12,4	12,9	12,3

17.5 Kommentarer til opgørelsen

Præsentation af budget og faktiske udgifter

I den økonomiske opgørelse præsenteres både budget og faktiske udgifter. De faktiske udgifter har i projektperioden været lavere end budgetteret. Dette skyldes, at rekruttering af personale har taget tid, perioder med vakante stillinger i forbindelse med personale-afgang samt perioder, hvor der bevidst er holdt igen med ansættelser, fordi patientantallet har været lavere end forventet. Der har desuden været perioder, hvor den forventede personalesammensætning ikke har været opfyldt. F.eks. har der i en periode ikke været ansat en socialrådgiver, hvor sygeplejersker i stedet har varetaget de relevante arbejds-opgaver.

Udvidelsen til hele Region Sjælland

Som led i Fusionsklinikkens skalering i hele Region Sjælland, udvider klinikken med "sattelitenheder" i den sydlige og østlige del af regionen. Disse enheder har ikke haft tilsvarende etableringsomkostninger som hovedklinikken, idet der ikke er etableret særskilte lokaler til øjen- og fodundersøgelser. I stedet er der indgået lokale aftaler om lån af de nødvendige faciliteter og udstyr efter behov. For fodscreening anvendes desuden en transportabel kuffert med relevant udstyr, hvilket muliggør, at screeningen også kan gennemføres i patientens eget hjem.

Udgifter til projektleder

Fusionsklinikken har været drevet som et projekt, og der har været tilknyttet en projekt-leder fra SDCS svarende til cirka 1/3 af en fuldtidsstilling. Projektlederen har haft ansvar for fremdrift, koordinering og projektstyring. Udgifterne til projektledelse er ikke medtaget i opgørelsen. Ved en eventuel videre drift bør det derfor overvejes, hvordan disse opgaver fremover skal varetages og finansieres.

Udgifter til klinisk farmakolog

Som en del af tilbuddet har der været tilknyttet en professor i klinisk farmakologi og psykiatri, som har deltaget i morgenkonferencer i Fusionsklinikken cirka hver 14. dag. Denne funktion har løftet kvaliteten i behandlingen, da patienterne har komplekse medicinske problemstillinger, og den har samtidig bidraget til opkvalificering af personalet. Udgifter til denne funktion er ikke medtaget i opgørelsen, da den kliniske farmakolog er ansat i Psykiatrien Vest og bidrager som en del af sin ansættelse i organisationen. Ved implementering af lignende indsats i en anden organisation kan lønudgifter til en klinisk farmakolog medregnes.

Udgifter til lokaler

Fusionsklinikkens lokaler er stillet til rådighed af Psykiatrien Vest, og i forbindelse med udvidelsen til resten af regionen er lokaler stillet til rådighed af hhv. syd og øst. Derudover er der indgået aftaler med diabetesambulatorierne i Nykøbing Falster og Køge om at Fusionsklinikken kan anvende samtalerum og øjen- og fodscreeningsrum efter aftale.

Udgifter til lokaler indgår derfor ikke i den økonomiske opgørelse. Ved en eventuel implementering i andre geografiske eller organisatoriske sammenhænge bør der derfor tages højde for mulige udgifter til lokaler, herunder både leje og vedligehold.

Forklaring på lavere caseload

Klinikkens faktiske caseload ligger under det forventede niveau på 19 patienter. Dette kan blandt andet forklares med, at en væsentlig del af klinikkens indsats foregår som udkørende besøg hos patienter, der er geografisk spredt over et større område. Transport mellem besøgene er en betydelig del af arbejdsdagen og reducerer den tid, der anvendes til direkte patientkontakt. Derudover er der i en række patientforløb behov for, at to medarbejdere deltager samtidigt af hensyn til sikkerheden, hvilket også øger ressource-forbruget pr. patientforløb.

Andre årsager til det lavere caseload er, at klinikken anvender betydelige ressourcer på kompetenceudvikling og videndeling. Personalegruppen bruger tid på intern oplæring og tværfaglig sparring for at opbygge og vedligeholde de nødvendige kompetencer i arbejdet med målgruppen. Derudover formidles klinikkens erfaringer og metoder til samarbejdspartnere, uddannelsesinstitutioner og gennem Online-klinikken. Denne videndeling er ressourcekrævende, men bidrager til, at erfaringerne kommer en bredere patientgruppe til gavn end dem, der modtager direkte behandling i klinikken.

Endelig har opbygningen af kendskab til Fusionsklinikkens tilbud og henvisnings-muligheder været tidskrævende for klinikken, særligt blandt praktiserende læger og samarbejdspartnere. I takt med udbredelsen til andre geografiske områder er formidlingen fortsat vigtig og tidskrævende. Det begrænsede kendskab til klinikken har haft betydning for patientantallet og dermed også caseload.

Metode og datagrundlag

Beskriver evalueringens design, metode, datagrundlag og analytiske tilgang.

18 Metode og datagrundlag

Dette kapitel beskriver evalueringens design, metoder og datagrundlag. Designet kombinerer analyser af patienternes kliniske resultater baseret på journaldata med interviewdata fra centrale aktører i og omkring Fusionsklinikken samt opgørelser af klinikkens omkostninger.

For at sikre høj faglig kvalitet og løbende kvalificering af design, metoder og analyser er evalueringen gennemført med inddragelse af en arbejdsgruppe og et advisory board (se bilag 5).

18.1 Realistisk evalueringsdesign

Evalueringen er gennemført som en *realistisk evaluering* [31], der fokuserer på, hvad det er ved Fusionsklinikkens behandlingstilbud, der virker, for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder. Formålet har været at identificere de mekanismer, kontekster og organisatoriske betingelser, der bidrager til klinikkens resultater.

Dataindsamling og analyse bygger på en række programteorier, dvs. antagelser om, hvordan klinikkens indsatser forventes at føre til bestemte resultater. Programteorierne er opstillet, testet og løbende kvalificeret i samarbejde med klinikkens leder og medarbejdere samt projektleder i SDCS. Gennem en abduktiv proces har programteorierne guidet den kvantitative og kvalitative dataindsamling og er løbende blevet afprøvet og videreudviklet på baggrund af de indsamlede data og analyser [32] (se bilag 1).

Se evalueringens overordnede programteori i bilag 4.

18.1.1 Kvantitativt datagrundlag

Opgørelsen af kliniske indikatorer og kvalitetsmål er baseret på journaldata udtrukket fra Sundhedsplatformen. Populationen omfatter patienter med mindst to kontakter i Fusionsklinikken i perioden fra klinikkens etablering i 2020 til og med 31. december 2025. 30 patienter blev ekskluderet, fordi de havde færre end 2 kontakter, og denne opgørelse omfatter således i alt 209 patienter.

Analyserne er udelukkende deskriptive. Valg af inkluderede variabler, kategoriseringer og afgrænsninger er foretaget med afsæt i eksisterende litteratur samt faglige drøftelser i arbejdsgruppen og er nærmere beskrevet i bilag 2.

Oversigt: Anvendt data og analysemetoder

Undersøgelses-områder	Variabler	Analyse
Karakteristik af patienterne i Fusionsklinikken	Køn, alder, diabetestype og varighed, psykiatriske diagnoser, anden somatisk sygdom, forløbsvarighed, kontakthyppighed til og kontakttyper i Fusionsklinikken	Deskriptiv karakteristik
Diabetesrelaterede kvalitetsmål	HbA1c, kolesterol (total og LDL), nyrefunktion, blodtryk og BMI	Opgøres som gennemsnit for patienterne i tre tidsfaser i deres forløb: før første kontakt til Fusionsklinikken, et halvt år efter opstart, samt et halvt år efter patienternes afslutning
Udvikling i diagnoser	Somatiske og psykiatriske diagnoser	Opgøres som antal patienter med diagnoser før og efter patienternes forløb i klinikken
Udvikling i akutte indlæggelser	Akutte indlæggelser i somatikken og psykiatrien, herunder anvendelse af tvang, samt antal indlæggelsesdage	Opgøres som antal patienter med min. én indlæggelse og gennemsnitligt antal indlæggelsesdage i summariske tidsfaser: fra et halvt år før opstart til opstart, det første halve år efter første kontakt til Fusionsklinikken samt perioden 6–12 måneder efter første kontakt.

18.1.2 Kvalitativt datagrundlag

Det kvalitative datagrundlag består af interviews med patienter, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere. Herudover indgår litteratur- og dokumentgennemgang af initiativbeskrivelser, statusnotater og øvrigt projektmateriale samt ad hoc-observationer i klinikken.

Det kvalitative datagrundlag er nærmere beskrevet i bilag 3.

Oversigt: Interviews

Interviewpersoner	Antal	Interviewtype
Medarbejdere i Fusionsklinikken	7	Fokusgruppe
Leder af Fusionsklinikken	1	Semi-struktureret
Centerdirektør, SDCS	1	Semi-struktureret
Leder, Psykiatrien Vest	1	Semi-struktureret
Projektleder, SDCS	1	Semi-struktureret
Nuværende patienter	10	Semi-struktureret via telefon
Tidligere patienter	3	Semi-struktureret via telefon
Samarbejdspartnere i psykiatrien, somatikken og almen praksis	5	Semi-struktureret
Tilknyttede aktører (professor i klinisk farmakologi og professor i klinisk endokrinologi)	2	Semi-struktureret
I alt	**31**	

18.2 Opgørelse af omkostninger

Opgørelsen af løn- og driftsomkostninger er baseret på oplysninger leveret af SDCS. Omkostninger er opgjort både for Fusionsklinikken samlet og for den efterfølgende skalering til hele Region Sjælland særskilt. Der præsenteres årlige opgørelser af såvel budgetterede som faktiske omkostninger.

Referencer

1. Ribe AR, Laursen TM, Sandbaek A, et al. Long-term mortality of persons with severe mental illness and diabetes: a population-based cohort study in Denmark. *Psychol Med*. 2014;44(14):3097-3107.
2. Scheuer SH, Kosjerina V, Lindekilde N, et al. Severe mental illness and the risk of diabetes complications: A nationwide, register-based cohort study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022;107(8):e3504-e3514.
3. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J, et al. Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. *Br J Psychiatry*. 2010;197(4):272-277.
4. Toender A, Vestergaard M, Munk-Olsen T, et al. Risk of diabetic complications and subsequent mortality among individuals with schizophrenia and diabetes - a population-based register study. *Schizophr Res*. 2020;218(2020):99-106.
5. Zabell V, Arnfred SM, Høgsgaard D, et al. User accounts on received diabetes and mental health care in a Danish setting - An interview study. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;31(6):1446-1456.
6. Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom. *Multisygdom i Danmark: Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed*.; 2022. https://www.regioner.dk/media/23222/multisygdom-i-danmark-beskrivelse-af-sygdomsclustre-og-social-ulighed.pdf
7. Mackenhauer J, Prior A, Hjorthøj C, et al. Multisyge patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom. *Ugeskr Laeger*. 2023;185:V05230284.
8. Steno Diabetes Center Sjælland. *Initiativbeskrivelse for fusionsklinikken - en fælles behandlingsenhed til behandling af samtidig psykisk sygdom og diabetes*.; 2019.
9. Rønne ST, Zabell V, Joensen LE, et al. Perceptions and experiences of living with coexisting type 2 diabetes and severe mental illness: a scoping review. *Diabet Med*. 2020;37(10):1627-1639.
10. Lister J, Han L, Bellass S, et al. Identifying determinants of diabetes risk and outcomes for people with severe mental illness: a mixed-methods study. *Heal Serv Deliv Res*. 2021;9(10):1-194.
11. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):324-333.
12. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013;346(f2539).
13. Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-271.
14. Kugathasan P, Stubbs B, Aagaard J, et al. Increased mortality from somatic multimorbidity in patients with schizophrenia: a Danish nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(4):340-348.
15. Lindekilde N, Scheuer SH, Rutters F, et al. Prevalence of type 2 diabetes in psychiatric disorders: an umbrella review with meta-analysis of 245 observational studies from 32 systematic reviews. *Diabetologia*. 2022;65(3):440-456.
16. Holt RIG, Mitchell AJ. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;11:79.
17. Pillinger T, McCutcheon RA, Vano L, et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(1):64-77.

18. Henderson DC, Vincenzi B, Andrea N V, et al. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *The lancet Psychiatry*. 2015;2(5):452-464.

19. Maayan L, Correll CU. Weight gain and metabolic risks associated with antipsychotic medications in children and adolescents. J *Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011;21(6):517-535.

20. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom*.; 2023. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Multisygdom/Anbefalinger-for-organisering-af-forloeb-for-mennesker-med-multisygdom_170523.ashx

21. Zhou Y, Kivimäki M, Yan LL, et al. Associations between socioeconomic inequalities and progression to psychological and cognitive multimorbidities after onset of a physical condition: a multicohort study. *eClinicalMedicine*. 2024;74(102739).

22. Stenov V, Joensen LE, Knudsen L, et al. "Mental health professionals have never mentioned my diabetes, they don't get into that": A qualitative study of support needs in adults with type 1 and type 2 diabetes and severe mental illness. *Can J Diabetes*. 2020;44(6):494-500.

23. Mikkelsen TJ, Agerskov H, Jensen DM, et al. Living with schizophrenia and type 2 diabetes and the implication for diabetes self-care: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2024;33(5):1862-1874.

24. Rønne ST, Rothmann MJ, Jørgensen R, et al. The psychosocial problem areas, needs and resources in people with coexisting schizophrenia and type 2 diabetes. Design and results of a survey study. *Nord J Psychiatry*. 2025;79(6):441-449. doi:10.1080/08039488.2025.2524371

25. Sundhedsministeriet. *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*.; 2022. https://www.sst.dk/vidensbase/sygdomme-og-behandling/10-aarsplan-for-psykiatrien-og-mental-sundhed

26. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Aftale om sundhedsreform 2024*.; 2024. https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale om sundhedsreform 2024 vers. 2-04.02.2025.pdf

27. Rønne ST, Hansen AB, Zabell V, et al. The Fusion Clinic: Integrating the care of people with severe mental illness and diabetes. *Diabet Med*. 2023;(00):e15255.

28. Steno Diabetes Center Sjælland. Fusionsklinikken. 2025. https://www.stenosjaelland.dk/servicemenu/materialer/fusionsklinikken

29. Steno Diabetes Center Sjælland. *Fusionsklinikken. Et behandlingstilbud for patienter med psykisk sygdom og diabetes*.; 2026. https://app-rsjdxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/ngrhnvrs/steno_fusionsklinikken_a5_okt25_6_final_web_v2.pdf

30. Veldhuizen JR Van, Bahler M. Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT). 2013;(August).

31. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. SAGE Publications; 2004.

32. Petersen K, Maindal H, Ledderer L, et al. *Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering*. Aalborg Universitetsforlag; 2022.

33. Steno Diabetes Center Sjælland. *Diabetes i Region Sjælland*.; 2002. https://app-rsjdxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/cwedcq3o/9015_steno_forskningsrapport_steno_sjaelland_web_enkelsidet-a.pdf

Bilag

Bilag 1:
Realistisk evalueringsmetode

Evalueringen er udarbejdet som en realistisk evaluering, der tager afsæt i spørgsmål om hvad der virker, for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder [31].

Evalueringen er teoridrevet og bygger på en række programteorier formuleret som CMO-konfigurationer (Context-Mechanism-Outcome). Programteorierne har fokus på at forstå, hvilke kontekster (C), der skal være til stede for at frembringe de virkningsmekanismer (M), der fører til Fusionsklinikkens resultater (O).

Programteorierne er udviklet, afprøvet og løbende revideret gennem en iterativ og abduktiv proces, hvor teori og data gensidigt har informeret hinanden. Denne proces har bestået af følgende trin:

1. **Litteratur- og dokumentgennemgang** med henblik på at identificere relevante teorier, eksisterende viden og centrale antagelser om Fusionsklinikkens kontekst, virkningsmekanismer og forventede resultater.
2. **Workshop med ledelse, medarbejdere og projektledelse**, hvor foreløbige programteorier blev udviklet og kvalificeret med afsæt i erfaringer fra praksis.
3. **Dataindsamling og analyse**, hvor programteorierne blev undersøgt, nuanceret og afprøvet på baggrund af kvalitative og kvantitative data.
4. **Løbende kvalificering af programteorierne** i dialog med ledelse og medarbejdere.
5. **Fortsat analyse og revidering**, hvor nye indsigter gav anledning til at justere eksisterende programteorier og udvikle nye.

Programteorierne har således fungeret som et aktivt analytisk redskab gennem hele evalueringen. De har både været styrende for dataindsamlingen og udgjort en ramme for analysen af de indsamlede data. Samtidig har analyserne løbende bidraget til at kvalificere, nuancere og revidere programteorierne. Evalueringens resultater er dermed fremkommet gennem en kontinuerlig vekselvirkning mellem teori, data og dialog med praksis.

Se evalueringens overordnede programteori i bilag 4.

Bilag 2:
Kvantitativ data

Datagrundlag

Datagrundlaget er baseret på data udtrukket fra Sundhedsplatformen. Populationen omfatter alle patienter, der har haft mindst to kontakter i Fusionsklinikken i perioden fra klinikkens etablering i 2020 til og med 31. december 2025.

I alt indgår 209 unikke patienter i analysen, som enten har afsluttet eller fortsat er i forløb i Fusionsklinikken. Af disse patienter har 13 haft to separate behandlingsforløb som følge af afslutning og efterfølgende genhenvisning til klinikken. For patienter med to forløb er det længste forløb anvendt i analyserne for at sikre konsistens i opgørelsen af tids-afhængige målinger.

Metode for opgørelserne i kapitel 8.

Opgørelse af diagnoser

- Diabetes: For hver patient er den senest registrerede diabetesdiagnose inden for forløbstiden i Fusionsklinikken valgt som gældende diagnose.
- Psykiatriske og somatiske diagnoser (inkl. diabeteskomplikationer): Opgørelserne omfatter alle diagnoser registreret både før opstart og under det aktuelle behandlings-forløb i Fusionsklinikken. Der indgår kun de diagnoser, som i Sundhedsplatformen var registreret som gældende på tidspunktet for dataudtrækket. Diagnoser, som tidligere havde været registreret, men som var afsluttet eller fjernet inden dataudtrækket, indgår derfor ikke i opgørelsen.

Diagnosekategorier og diagnosekoder [33]:

Diagnosekategori	Diagnosekode
Diabetes	
Type 1-diabetes	DE10
Type 2-diabetes	DE1
Øvrige diabetestyper	DE13-14
Psykisk sygdom	
Psykoselidelser	DF20-29
Depression og bipolar lidelse	DF30-39
Angst- og stress-relaterede lidelser	DF40-49
Personlighedsforstyrrelse	DF603
Autisme og andre udviklingsforstyrrelser	DF84
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	DF90-DF99
Psykiske lidelser som følge af hjerneskade	DF06

Diagnosekategori	Diagnosekode
Misbrug	DF55, DF10, DF11, DF12, DF13, DF14, DF15, DF16, DF17, DF18, DF19
Somatisk komorbiditet	
Atrieflimren	DI48
Arteriosklerose	DI70, DI71, DI739A, DI739C
Cerebrovaskukær sygdom	DG45, DI60-DI69
Iskæmisk hjertesygdom	DI20-25
Hjerteinsufficiens	DI11, DI13, DI50
Retinopati	DH350I, DH352, DH36, DH420
Neuropati	DE104, DE114, DE124, DE134, DG590, DG632, DG990
Nyresygdom (kronisk nyreinsufficiens)	DN18
Osteoporose	DM80-82
Muskel- og skeletsygdom	M05-M06, M07, M10, M15-M19, M40-M43, M45-M49, M50-M54
KOL og astma	DJ40-DJ47, DJ96
Cancer	Alle DC diagnoser
Diabeteskomplikationer	
Retinopati	DH360, DE103, DE113, DE133, DE143
Nefropati	DE102, DE112, DE132, DE142
Neuropati	**DE104, DE114, DE134, DE144**
Diabetisk fodsår	**DE105B, DE115B, DE135, DE145**

Forløbsvarighed

Forløbsvarigheden er beregnet som tiden fra første til seneste registrerede kontakt i Fusionsklinikken. I rapporten er forløbsvarigheden opgjort separat for patienter med afsluttede forløb og patienter, der fortsat var i forløb på opfølgningstidspunktet (31. december 2025). Patienter uden registreret kontakt til Fusionsklinikken inden for de seneste tre måneder før opfølgningstidspunktet er defineret som afsluttede.

Kontakthyppighed og kontakttyper:

Kontakthyppigheden er opgjort som det gennemsnitlige antal ambulante besøg inden for tre prædefinerede og tidsafgrænsede intervaller af patienternes forløb i Fusionsklinikken:

- Perioden fra 6 måneder før opstart i Fusionsklinikken frem til opstartstidspunktet
- De første 6 måneder efter opstart
- De efterfølgende 6 måneder (6-12 måneder efter opstart)

Kontakttyper er opgjort som det gennemsnitlige antal ambulante besøg i Fusionsklinikken fordelt på 3-måneders intervaller i patienternes første år i klinikken.

Analysepopulationen for disse opgørelser omfatter 150 patienter, som har været i forløb i Fusionsklinikken i mindst 12 måneder. Patienter med kortere forløb er ekskluderet fra disse analyser. Denne afgrænsning er valgt for at sikre, at forskelle ikke skyldes, at nogle patienter kun er fulgt i en del af perioden.

Opgørelsen af diabetesrelaterede kvalitetsmål:

Opgørelsen inkluderer HbA1c, kolesterol, nyrefunktion, blodtryk og BMI. De er opgjort på tre prædefinerede tidspunkter i patientforløbet. For hvert tidspunkt er den måling, der ligger tættest på det definerede referencepunkt, valgt:

- Før opstart: Den måling, der ligger tættest på, men er før opstartsdatoen i Fusionsklinikken.
- 6 måneder efter opstart: Den måling, der ligger tættest på, men er efter 6 måneder fra opstartsdatoen.
- 6 måneder efter afslutning: Den måling, der ligger tættest på, men er efter patientens seneste registrerede kontakt i Fusionsklinikken.

Analysepopulationen for disse opgørelser omfatter samtlige 209 patienter uanset varigheden af deres forløb i Fusionsklinikken. Dette er gjort for at bevare det fulde datagrundlag og undgå bias relateret til forløbslængde. Det indebærer imidlertid, at der – særligt for målinger foretaget 6 måneder efter afslutning – indgår et begrænset antal patienter i analyserne. Dette skyldes dels, at 6-måneders opfølgningsperioden endnu ikke var forløbet for alle patienter på tidspunktet for dataudtrækket, og dels at opfølgende målinger i nogle tilfælde ikke er foretaget efter afslutning, hvor patienten er overgået til opfølgning i andet regi.

Til opgørelsen af blodtryk: Systoliske blodtryksværdier lavere end 50 og diastoliske blodtryksværdier lavere end 25 blev fjernet.

Opgørelse af indlæggelser:

Indlæggelser er opgjort inden for tre prædefinerede og tidsafgrænsede intervaller af patienternes forløb i Fusionsklinikken:

- Perioden fra 6 måneder før opstart i Fusionsklinikken frem til opstartstidspunktet
- De første 6 måneder efter opstart
- De efterfølgende 6 måneder (6-12 måneder efter opstart)

Analysepopulationen for disse opgørelser omfatter 150 patienter, som har været i forløb i Fusionsklinikken i mindst 12 måneder. Patienter med kortere forløb er ekskluderet fra disse analyser.

Opgørelserne over indlæggelser inkluderer kun akutte indlæggelser.

Supplerende opgørelser og detaljer:

Diabetesrelaterede kvalitetsmål, HbA1c

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
	n=201	n=184	n=81
Mean (SD), min-max	72,3 (22,1), 37-159	64,0 (17,8), 31-137	60,0 (18,6), 30-107
Kategoriseret opgørelse, n (%)			
Velreguleret (≤53 mmol/mol)	30 (14,9)	54 (29,3)	37 (45,7)
Forhøjet (>53-70 mmol/mol)	78 (38,8)	72 (39,1)	23 (28,4)
Markant forhøjet (>70 mmol/mol)	93 (46,3)	58 (31,5)	21 (25,9)
Data mangler (n)	8	25	128

Totalt kolesterol

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
	n=200	n=182	n=70
Mean (SD), min-max	4,4 (1,2), 1,7-8,9	4,3 (1,2), 2,0-8,4	4,0 (1,2), 1,8-8,2
Kategoriseret opgørelse, n (%)			
Normal (≤5 mmol/L)	148 (74,0)	136 (74,1)	57 (81,4)
Forhøjet (>5 mmol/L)	52 (26,0)	46 (25,3)	13 (18,6)
Data mangler (n)	9	27	139

LDL-kolesterol

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
	n=171	n=161	n=62
Mean (SD), min-max	2,2 (1,1), 0,1-5,4	2,2 (1,0), 0,1-5,1	1,9 (1,1), 0,1-5,4
Kategoriseret opgørelse, n (%)			
Normal (≤2,5 mmol/L)	121 (70,8)	113 (70,2)	49 (79,0)
Forhøjet (>2,5 mmol/L)	50 (29,2)	48 (29,8)	13 (21,0)
Data mangler (n)	38	48	147

Nyrefunktion

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
eGFR	n=206	n=197	n=89
Kategoriseret opgørelse, n (%)			
Normal (>90 mL/min/1,73m2)	162 (78,6)	152 (77,2)	63 (70,8)
Let nedsat (>60 ≤90 mL/min/1,73m2)	30 (14,6)	29 (14,7)	15 (16,9)
Moderat/svært nedsat (<60 mL/min/1,73m2)	14 (6,8)	16 (8,1)	11 (12,4)
Data mangler (n)	3	12	120
uACR	n=148	n=128	n=28
Normal (< 3 mg/mmol)	1 (0,7)	2 (1,6)	0 (0,0)
Moderat øget (≥3 ≤30 mg/mmol)	96 (64,9)	82 (64,1)	16 (57,1)
Svært øget (>30 mg/mmol)	51 (34,5)	44 (34,4)	12 (42,9)
Data mangler (n)	61	81	181

Blodtryk

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
	n=193	n=184	n=63
Mean (SD), min-max			
Systolisk	126,3 (18,7), 73-185	124,9 (17,7), 81-177	122,4 (18,8), 82-165
Diastolisk	81,5 (11,1), 53-122	80,9 (10,9), 41-115	76,9 (12,2), 47-100
Data mangler	16	25	146

Antal patienter inkluderet i BMI-opgørelsen

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
Type 1 diabetes	53	51	18
Type 2 diabetes	122	117	23
Anden diabetes	14	13	6

BMI – samlet for alle diabetestyper

	Før opstart	½ år efter opstart	½ år efter afslutning
	n=190	n=181	n=47
Mean (SD), min-max	32,4 (8,8), 16,1-66,8	31,8 (8,8), 16,6-65,7	31,3 (10,1), 18,2-66,8
Kategoriseret opgørelse, n (%)			
Undervægtig (<18,5)	2 (1,1)	3 (1,7)	2 (4,3)
Normal (18,5-24,9)	42 (22,1)	43 (23,8)	11 (23,4)
Overvægtig (25-29,9)	43 (22,6)	39 (21,5)	14 (29,8)
Svær overvægtig grad I (30-34,9)	34 (17,9)	39 (21,5)	7 (14,9)
Svær overvægtig grad II (25-39,9)	36 (18,9)	24 (13,3)	5 (10,6)
Svær overvægtig grad III (>40)	33 (17,4)	33 (18,2)	8 (17,0)
Data mangler	19	28	162

Udvikling i diagnoser

Antal patienter med somatiske diagnoser før og efter forløb i Fusionsklinikken (N=209)

	Før opstart	Efter forløb
Atrieflimren	7	8
Arterosklerose	4	7
Cerebrovaskukær sygdom	4	6
Iskæmisk hjertesygdom	12	13
Hjerteinsufficiens	6	8
Forhøjet blodtryk	31	38
Retinopati	39	65
Neuropati	15	17
Nyresygdom (kronisk nyreinsufficiens)	3	5
Osteoporose	0	0
Muskel- og skeletsygdom	23	33
KOL og astma	18	23
Cancer	3	6

Antal patienter med diabeteskomplikationer før og efter forløb i Fusionsklinikken (N=209)

	Før opstart	Efter forløb
Retinopati	48	67
Nefropati	18	18
Neuropati	14	16
Diabetisk fodsår	4	7

Antal patienter med psykiatriske diagnoser før og efter forløb i Fusionsklinikken (N=209)

	Før opstart	Efter forløb
Psykoselidelser	89	93
Depression og bipolar lidelse	47	68
Angst- og stress-relaterede lidelser	35	46
Personlighedsforstyrrelse	15	17
Autisme og andre udviklingsforstyrrelser	12	14
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	31	42
Psykiske lidelser som følge af hjerneskade	4	4
Misbrug	25	47

Akutte indlæggelser

Supplerende tabel, der viser antallet af patienter med minimum én indlæggelse, samlet antal indlæggelsesdage samt gennemsnitligt antal indlæggelsesdage (N=150).

	6 mdr. før opstart	Første 6 mdr. af forløb	6-12 mdr. inde i forløb
Psykiatriske indlæggelser			
Antal patienter som har været indlagt	42	39	27
Samlet antal indlæggelsesdage	1.335	1.123	1.162
Gennemsnitligt antal indlæggelsesdage pr. patient i perioden	8,9	7,5	7,7
Anvendt tvang			
Antal patienter med anvendt tvang	11	7	4
Samlet antal dage med tvang	398	71	80
Gennemsnitligt antal dage med tvang pr. patient i perioden	2,7	0,5	0,5
Somatiske indlæggelser			
Antal patienter som har været indlagt	42	33	32
Samlet antal indlæggelsesdage	238	340	220
Gennemsnitligt antal indlæggelsesdage pr. patient i perioden	1,6	2,3	1,5

Bilag 3:
Kvalitativ data

Kvalitativ dataindsamling

Fokusgruppe med medarbejdere i Fusionsklinikken

For at opnå indsigt i medarbejdernes erfaringer med arbejdet i Fusionsklinikken blev der gennemført en fokusgruppe med syv medarbejdere. Deltagerne repræsenterede forskellige faglige baggrunde og funktioner i klinikken. Fokusgruppen havde en varighed på to timer.

Interviewguiden blev udviklet med afsæt i evalueringens programteorier og tilhørende CMO-konfigurationer, som udgør det analytiske fundament i den realistiske evaluering. Gennem åbne spørgsmål, fælles refleksioner og diskussionsøvelser blev medarbejdernes erfaringer med klinikkens behandlingsmodel, faglighed og samarbejdsformer udforsket.

Fokusgruppen tog udgangspunkt i fire overordnede temaer:

1. Tværfaglighed
2. Den komplekse patient
3. Helhedsorienteret behandling
4. Samarbejde med andre aktører

Interviewet blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet til brug for analysen.

Patientinterviews med nuværende og tidligere patienter

Formålet med patientinterviewene var at undersøge, hvordan patienter oplever Fusionsklinikkens behandlingstilbud, hvilken betydning behandlingen har for deres hverdag og håndtering af sygdomme, samt hvordan klinikken adskiller sig fra andre behandlingstilbud.

I alt deltog 13 patienter i evalueringen, heraf 10 nuværende og 3 tidligere patienter. Deltagergruppen bestod af 7 kvinder og 6 mænd.

Rekrutteringen af nuværende patienter foregik gennem medarbejdere i Fusionsklinikken. I en afgrænset periode uddelte medarbejderne en skriftlig invitation til alle patienter, de havde kontakt med. Patienter, der ønskede at deltage, afgav skriftligt samtykke til, at Forskningsafdelingen måtte kontakte dem telefonisk med henblik på et interview.

Tidligere patienter blev rekrutteret og fik en skriftlig invitation og samtykkeerklæring gennem en sygeplejerske i endokrinologisk ambulatorium, hvor patienterne nu er tilknyttet.

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede telefoninterviews og havde en varighed på mellem 15 og 50 minutter. Interviewguiden tog afsæt i evalueringens programteorier og CMO-konfigurationer og fokuserede på tre overordnede temaer:

1. Patientens forløb i Fusionsklinikken
2. Oplevelse af tilgængelighed og inddragelse i behandlingen
3. Oplevede forandringer og betydning af behandlingen

Alle interviews blev lydoptaget. Der blev udarbejdet detaljerede interviewreferater, og centrale passager blev transskriberet til brug for analysen.

Af hensyn til deltagernes anonymitet optræder alle patienter pseudonymiseret i rapporten.

Interviews med samarbejdspartnere og tilknyttede faglige aktører

For at belyse Fusionsklinikkens rolle og betydning set fra omgivelserne blev der gennemført interviews med centrale samarbejdspartnere og tilknyttede faglige aktører. Deltagerne omfattede repræsentanter fra distriktspsykiatri, psykiatriske sengeafsnit, somatiske afdelinger og almen praksis samt professorer i klinisk farmakologi og klinisk endokrinologi. I alt deltog syv personer.

Interviewpersonerne blev identificeret på baggrund af forslag fra Fusionsklinikken. Herefter udvalgte og kontaktede evaluator relevante deltagere, som modtog skriftlig information om evalueringen og afgav informeret samtykke til deltagelse.

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede interviews og varede mellem 30 og 60 minutter. En del af interviewene blev afholdt via videomøde. Interviewguiden tog afsæt i evalueringens programteorier og CMO-konfigurationer og fokuserede på tre overordnede temaer:

1. Samarbejdet med Fusionsklinikken
2. Fusionsklinikkens rolle i forhold til patienter, opgaver og sundhedsvæsenet
3. Klinikkens bidrag, udviklingsmuligheder og fremtidige rolle

Interviewene havde særligt fokus på at identificere både styrker og udfordringer ved Fusionsklinikkens tilgang samt samarbejdspartnernes erfaringer med klinikkens funktion og værdi.

Alle interviews blev lydoptaget. Der blev efterfølgende udarbejdet detaljerede interview-referater, og centrale passager blev transskriberet til brug for analysen.

Interviews med ledelsen omkring Fusionsklinikken

For at belyse Fusionsklinikkens organisering, ledelse, udvikling og strategiske rolle blev der gennemført interviews med centrale ledelsespersoner omkring klinikken. Deltagerne omfattede lederen af Fusionsklinikken, centerdirektøren i Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS), en leder fra Psykiatrien Vest samt projektlederen i SDCS.

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede interviews og havde en varighed på mellem 30 og 90 minutter. Ét interview blev afholdt som videomøde.

Interviewguiderne tog afsæt i evalueringens programteorier og CMO-konfigurationer og fokuserede på følgende temaer:

1. Fusionsklinikkens behandlingsmodel, praksis og faglige tilgange
2. Organisering, ledelse og samarbejde på tværs af psykiatri og somatik
3. Fusionsklinikkens rolle i sundhedsvæsenet
4. Udviklingsmuligheder, udfordringer og fremtidig forankring

Alle interviews blev lydoptaget. Der blev efterfølgende udarbejdet detaljerede interview-referater, og centrale passager blev transskriberet til brug for analysen.

Databehandling og analyse

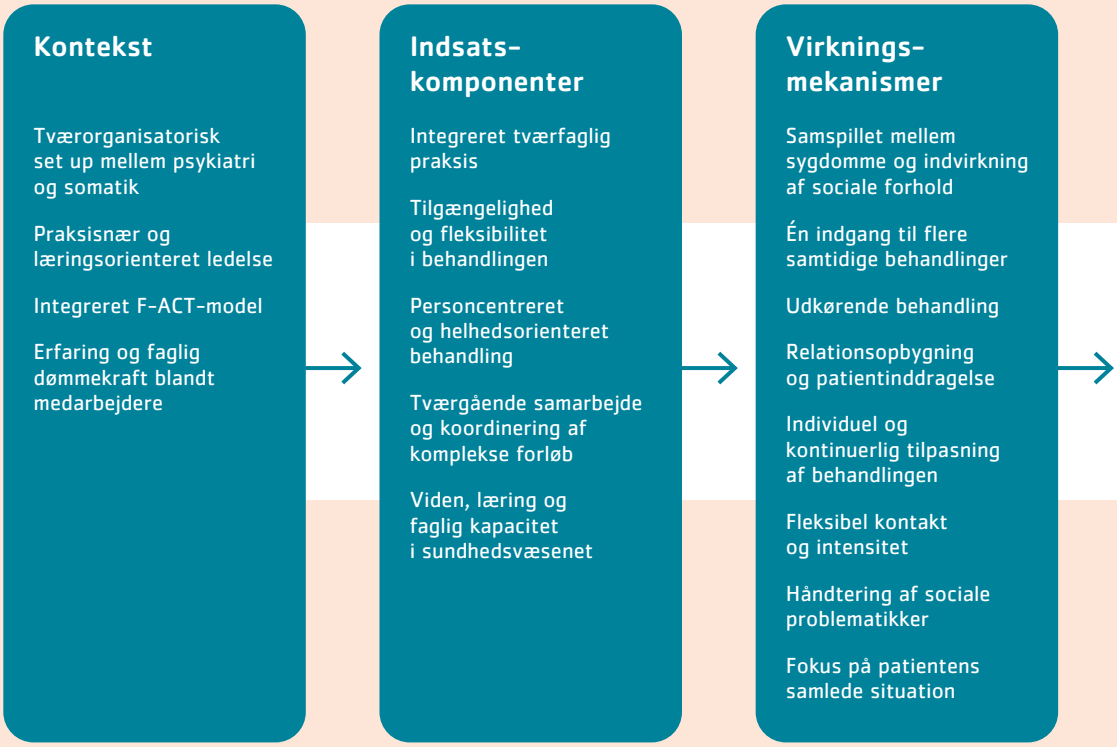
Det transskriberede og refererede interviewmateriale blev først tematiseret med afsæt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål og programteorier. Som led i den realistiske evaluering blev materialet herefter analyseret gennem en abduktiv analyseproces, hvor de opstillede programteorier løbende blev afprøvet, nuanceret og videreudviklet på baggrund af de indsamlede data. Evalueringens analyser og resultater bygger på denne iterative vekselvirkning mellem teori og empiri.

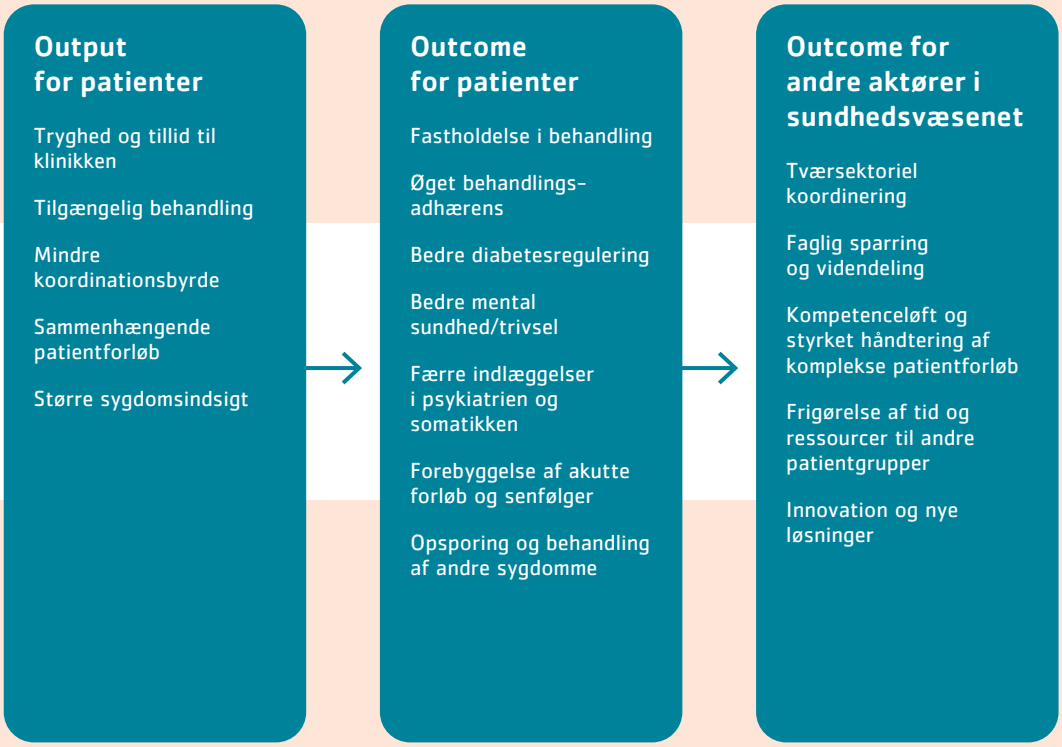
Bilag 4:
Overordnet programteori

Evalueringens analyser og resultater tager afsæt i et kontinuerligt arbejde med programteori. Programteori har fokus på at forstå, hvilke kontekster og indsatskomponenter (C), der skal være til stede for at frembringe de virkningsmekanismer (M), der fører til Fusionsklinikkens resultater (O).

Disse sammenhænge er analyseret som CMO-konfigurationer (Context-Mechanism-Outcome), som er beskrevet i bilag 1.

Nedenfor præsenteres evalueringens overordnede programteori.




Output for patienter
Tryghed og tillid til klinikken
Tilgængelig behandling
Mindre koordinationsbyrde
Sammenhængende patientforløb
Større sygdomsindsigt
Outcome for patienter
Fastholdelse i behandling
Øget behandlings-adhærens
Bedre diabetesregulering
Bedre mental sundhed/trivsel
Færre indlæggelser i psykiatrien og somatikken
Forebyggelse af akutte forløb og senfølger
Opsporing og behandling af andre sygdomme
Outcome for andre aktører i sundhedsvæsenet
Tværsektoriel koordinering
Faglig sparring og videndeling
Kompetenceløft og styrket håndtering af komplekse patientforløb
Frigørelse af tid og ressourcer til andre patientgrupper
Innovation og nye løsninger

Bilag 5:
Involverede parter i evalueringen

Evalueringen er gennemført med inddragelse af en projektgruppe, en arbejdsgruppe og et advisory board. Formålet har været at sikre høj faglig kvalitet, praksisnær forankring og løbende kvalificering af evalueringens design, metoder, analyser og fortolkninger.

De involverede parter i evalueringsprojektet er sammensat med henblik på at sikre relevante faglige, kliniske, brugerrelaterede og ledelsesmæssige perspektiver. Parterne involverer forskere, en brugerrepræsentant, forskningsledere, praksisnære klinikere samt en repræsentant fra Midt- og Vestsjællands (MVH) hospitalsledelse.

Projektgruppen (forfatterne til rapporten) har stået for den overordnede planlægning og gennemførsel af evalueringen, herunder dataindsamling, analyse og afrapportering.

Arbejdsgruppen har bidraget med løbende sparring til forfatterne om evalueringsdesign, analysemetoder og formidling af resultaterne.

Projektets advisory board har understøttet evalueringen ved at bidrage med faglig rådgivning, kvalificering af metoder, fortolkning af resultater samt ved at sikre relevans og anvendelighed af evalueringens resultater i både klinisk og strategisk kontekst. Advisory boardet har mødtes ca. hver 2. måned i projektperioden sammen med forfatterne og arbejdsgruppen.

Projektgruppe/forfattere:

Siff Monrad Langkilde, forskningsassistent, Forskningsafdelingen, MVH
Sabrina Trappaud Rønne, forsker, Forskningsenheden i Psykiatrien Vest, MVH

Arbejdsgruppe:

Lene Lauge Berring, chefsygeplejerske og forskningsleder, Center for Relationer og Deeskalering, Forskningsafdelingen, MVH
Sara Fokdal Lehn, forsker, Forskningsafdelingen, MVH
Lene Halling Hastrup, seniorforsker, Forskningsafdelingen, MVH
Aake Packness, konsulent, Afdeling for Sundhed, Forløb og Forebyggelse, MVH

Advisory board:

Kenneth Hjort, brugerrepræsentant
Line Elisabeth Lindahl-Jacobsen, forskningschef, SDCS
Anne Næsted, projektleder i Fusionsklinikken, SDCS
Jens Otto Drachmann Bukh, vicedirektør, MVH
Ida Marie Skou Storm, forsker, Forskningsafdelingen, MVH
Anne Møller, lektor og seniorforsker, Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og praktiserende læge.
Stoja Vassing, sygeplejerske, Ambulatoriet for Hormonsygdomme, Medicin 2 Slagelse, MVH