



PERSONCENTREREDE, TVÆRFAGLIGE SYGEPLEJEKONSULTATIONER

EN KVALITATIV EVALUERING AF PILOTPROJEKTET FÆLLESKLINIKKEN
FOR PATIENTER MED SAMTIDIG TYPE 2-DIABETES OG
HJERTEKARSYGDOM

Vivian Rueskov Poulsen

FORORD

Nærværende rapport er en del af slutevalueringen af pilotprojektet Fællesklinikken – en multi- og tværfaglig klinik, der gennemfører individuelle, koordinerede behandlingsforløb for patienter med samtidig type 2-diabetes og hjertekarsygdom.

Initiativet Fællesklinikken er gennemført som et pilotprojekt i periode fra 2020 til 2022 på Holbæk Sygehus, og det er blevet til i samarbejde mellem initiativgruppen til projektet, afdelingsledelsen på medicinsk afdeling på Holbæk Sygehus og Steno Diabetes Center Sjælland.

For bedst muligt at vurdere effekten af Fællesklinikken har man besluttet at foretage en slutevaluering af pilotprojektet samt at tilknytte et videnskabeligt forsøg, DIACOR, som omfatter data, der er blevet indsamlet under projektets udførelse samt nogle supplerende undersøgelser, hovedsageligt af patienternes kardiovaskulære system, ved start og efter 12 mdrs. optimeret behandling. Baseret på resultaterne fra evalueringen og DIACOR vil initiativgruppen sammen med Steno Diabetes Center Sjælland og afdelingsledelsen på medicinsk afdeling, Holbæk Sygehus, beslutte om ordningen skal permanentgøres eller først testes i en større målestok.

I nærværende rapport har vi undersøgt personalets og patienternes oplevelser med Fællesklinikken, samt hvilke muligheder Fællesklinikken har givet for at fremme patientperspektivet og vidensdeling på tværs af specialer. Rapporten er baseret på kvalitative data, herunder individuelle interviews, et fokusgruppeinterview og etnografiske feltobservationer indsamlet fra december 2021 til medio maj 2022.

Forskningsrapporter, videnskabelige artikler samt anden populærvidenskabelig formidling af resultater fra projektet er tilgængelige på Steno Diabetes Center Sjællands hjemmeside [her](#).

En stor tak til personalet og patienterne for at deltage i interviewene og dele ud af deres oplevelser med Fællesklinikken. Det har været altafgørende for udarbejdelsen af evalueringen.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sammenfatning	5
1. Introduktion.....	6
1.1. Pilotprojektet Fællesklinikken	6
1.2. Evalueringens formål og afgrænsning	6
2. Metoder og design	7
2.1. Realistevaluering.....	7
2.2. Studie population og rekruttering.....	8
2.3. Materiale og dataindsamling	8
2.3.1. Dokumentanalyse og feltobservationer	8
2.3.2. Semistrukturerede individuelle interviews	8
2.3.3. Fokusgruppe med patienter i Fællesklinikken	8
2.4. Kvalitativ analyse.....	8
2.5. Fællesklinikken forandringsteori	9
3. Resultater	11
3.1. Personalets oplevelser af Fællesklinikken	11
3.1.1. Kontekstuelle faktorer i Fællesklinikken	11
3.1.2. At yde en personcentreret behandling.....	14
3.1.3. Et socialt og læringsmæssigt udbytte	15
3.1.4. Sammenfatning af personalets oplevelser med Fællesklinikken.....	17
3.2. Patienternes oplevelser med Fællesklinikken	17
3.2.1. En omfattende, tryk og fleksibel behandling	18
3.2.2. Oplevede effekter af Fællesklinikken	20
3.2.3. Sammenfatning af patienternes oplevelser	22
4. Diskussion af forandringsteori	23
5. Konklusion.....	24
6. Perspektivering.....	25
Referencer	26

SAMMENFATNING

Baggrunden for at iværksætte Fællesklinikken var, at patienter med samtidig type 2-diabetes og hjertekarsygdom har en øget mortalitet og nedsat livskvalitet, og prævalensen af sygdomskombination er stigende. Komplexiteten af patienternes sygdomme kræver samarbejde mellem personale fra flere specialer, som ikke altid opnås i en travl hverdag. Det betyder, at patientgruppen i dag behandles af endokrinologer og kardiologer og andre specialister separat. Formålet med pilotprojektet Fællesklinikken var at skabe en mere samordnet patientcentreret behandlingsstrategi, som skulle føre til større livskvalitet og patienttilfredshed samt optimeret forebyggelse af risikofaktorer blandt kronisk syge patienter, der både har type 2-diabetes og hjertekarsygdom. Pilotfasen foregik fra 2020-2022, og man forventede at inkludere 100 patienter på hhv. Slagelse og Holbæk Hospital. Imidlertid betød nedlukningen af dele af sundhedsvæsenet under COVID-19 pandemien, at projektet kun blev udrullet på Holbæk Sygehus med inklusion af 68 patienter.

Formålet med denne rapport var at evaluere personalets og patienternes oplevelse af Fællesklinikken for at skabe et vidensgrundlag for eventuel videreførelse af nogle eller flere af de virksomme elementer i projektet.

Med udgangspunkt i realistevalueringstilgangen¹, var hensigten med evalueringen at identificere og forklare hvilke aspekter af Fællesklinikken, der har/ikke har virket, for hvem, samt under hvilke omstændigheder udfaldene er fremkommet. På baggrund af etnografiske feltobservationer og dokumentanalyse blev Fællesklinikken forandringsteori² identificeret og beskrevet. Med kvalitative metoder, herunder individuelle semistrukturerede interviews med de sundhedsprofessionelle i Fællesklinikken samt en fokusgruppe med patienterne, testede vi forandringsteorien.

Overordnet viste resultaterne, at personalet oplevede en række kontekstuelle faktorer, herunder organisatoriske forhold, og karakteristika ved patienterne og personalet, som havde indvirkning

på implementeringen af Fællesklinikken. Endvidere ydede personalet en personcentreret behandling til patienterne, som særligt kom til udtryk i sygeplejerskernes tværfaglige fælleskonsultationer. Dertil oplevede personalet at få et socialt og læringsmæssigt udbytte af arbejdet i Fællesklinikken. Imidlertid indikerer vores resultater, at Fællesklinikken succes i nogen grad var betinget af personalets velvilje og drivkraft. Denne drivkraft har især været med til at bære Fællesklinikken igennem de udfordringer, herunder nedlukningen under COVID-19 pandemien, der opstod undervejs. Derudover viste resultaterne, at mangel på personale i nogle situationer udgjorde en barriere for at nå forandringsteoriens fremsatte mål. På trods af barriererne gennemførte de fleste patienter en række livsstilsændringerne, som forbedrede deres sygdom, hvilket medførte en øget livskvalitet. Derfor var patienterne overordnet tilfredse med behandlingen.

På baggrund af resultaterne fra nærværende rapport vurderes det, at pilotprojektet Fællesklinikken, gennem personcentreret behandling, øger livskvaliteten og patienttilfredsheden. Samtidig er Fællesklinikken et sted, hvor personalet oplever et socialt og lærende arbejdsmiljø, og hvor patienterne oplever tryghed, fleksibilitet og en holistisk tilgang i behandlingen. Derfor anbefales det at genteste Fællesklinikken i et større forsøg, hvor man har fokus på den personcentrerede, tværfaglige behandling i fælleskonsultationer med to sygeplejersker.

¹ Se afsnit 2.1. for nærmere beskrivelse af realistevalueringstilgangen.

² Se afsnit 2.5. for nærmere beskrivelse af forandringsteorien.

1. INTRODUKTION

Cirka en tredjedel af alle patienter med type 2-diabetes lider også af hjertekarsygdom^{1,2}. Patienter med samtidig type 2-diabetes og hjertekarsygdom har en øget mortalitet og en øget risiko for invaliditet og nedsat livskvalitet, og forekomsten af denne sygdomskombination er stigende³⁻⁵. I Region Sjælland eksisterer der ikke i dag et integreret specialtilbud til disse patienter, hvor der ses på patientens type 2-diabetes og samtidig hjertekarsygdom som et samlet hele. Dermed kan patienten opleve, at behandlingen bliver fragmenteret og silo-opdelt.

På trods af at en målrettet medicinsk behandling og stram kontrol af risikofaktorer er bevist at reducere sygdomsbyrden og forbedre livskvaliteten^{6,7}, opnår mange patienter ikke behandlingsmålene^{8,9}. Årsagerne til den manglende implementering forstås ikke fuldt ud, men det er sandsynligt at manglende koordinering mellem sundhedspersonale og sektorer og utilstrækkelig tilpasning af pleje og medicinsk behandling til den enkelte patient spiller en vigtig rolle. Desuden kræver kompleksiteten af patienternes sygdomme ofte samarbejde mellem personale fra flere specialer, som ikke altid opnås i en travl hverdag¹⁰⁻¹³. Det betyder, at patientgruppen i dag behandles af endokrinologer, kardiologer og andre specialister separat. Opgaven med at sammensætte de forskellige behandlingstilbud bedst muligt ligger hos den praktiserende læge. Derfor har patienter med samtidig type 2-diabetes og hjertekarsygdom brug for patientcentreret og individuel behandling samt koordineret specialistpleje, leveret via særlige ambulante klinikker.

1.1. PILOTPROJEKTET FÆLLESKLINIKKEN

Med udgangspunkt i patienter med samtidig type 2-diabetes og hjertekarsygdom og deres behov for specialiseret behandling, blev initiativet med Fællesklinikken iværksat. Interventionen var organiseret som en multi- og tværfaglig klinik, der skulle arbejde evidensbaseret og gennemføre individuelle behandlingsforløb og koordineret pleje til patienter med både type 2-diabetes og hjertekarsygdom. Formålet med pilotprojektet Fællesklinikken var at skabe en mere samordnet patientcentreret behandlingsstrategi, som skulle føre til større livskvalitet og patienttilfredshed samt optimeret forebyggelse af risikofaktorer blandt kronisk syge patienter, der både har type 2-diabetes og hjertekarsygdom.

Fællesklinikken blev udført som et pilotprojekt på hhv. Slagelse og Holbæk Sygehus med inklusion af 100 patienter, som skulle behandles i et år. Imidlertid skabte nedlukninger af store dele af sundhedsvæsenet under COVID-19 pandemien udfordringer for inklusionen af patienter, således at projektet blev udrullet på Holbæk Sygehus med inklusion af 68 patienter.

1.2. EVALUERINGENS FORMÅL OG AFGRÆNSNING

Formålet med evalueringen var at skabe viden om både personalets og patienternes oplevelser af Fællesklinikken. Endvidere var formålet at identificere og forklare hvilke aspekter af Fællesklinikken, der har/ikke har virket, for hvem det har virket og under hvilke omstændigheder udfaldene er fremkommet. Dette vurderes med udgangspunkt i realistevalueringstilgangen³, en teoretisk rammesætning til evaluering af interventioner, og ved brug af kvalitative metoder. Det sekundære formål med evalueringen var at danne et vidensgrundlag for, hvorvidt initiativet skulle opgives, justeres, gentages eller testes i et større randomiseret forsøg.

³ Se afsnit 2.1. for nærmere beskrivelse af realistevalueringstilgangen.

2. METODER OG DESIGN

I nærværende afsnit beskrives metoder, teorier og analysestrategier, som er anvendt i evalueringen af Fællesklinikken. Derudover beskrives informanter, materialer og dataindsamling.

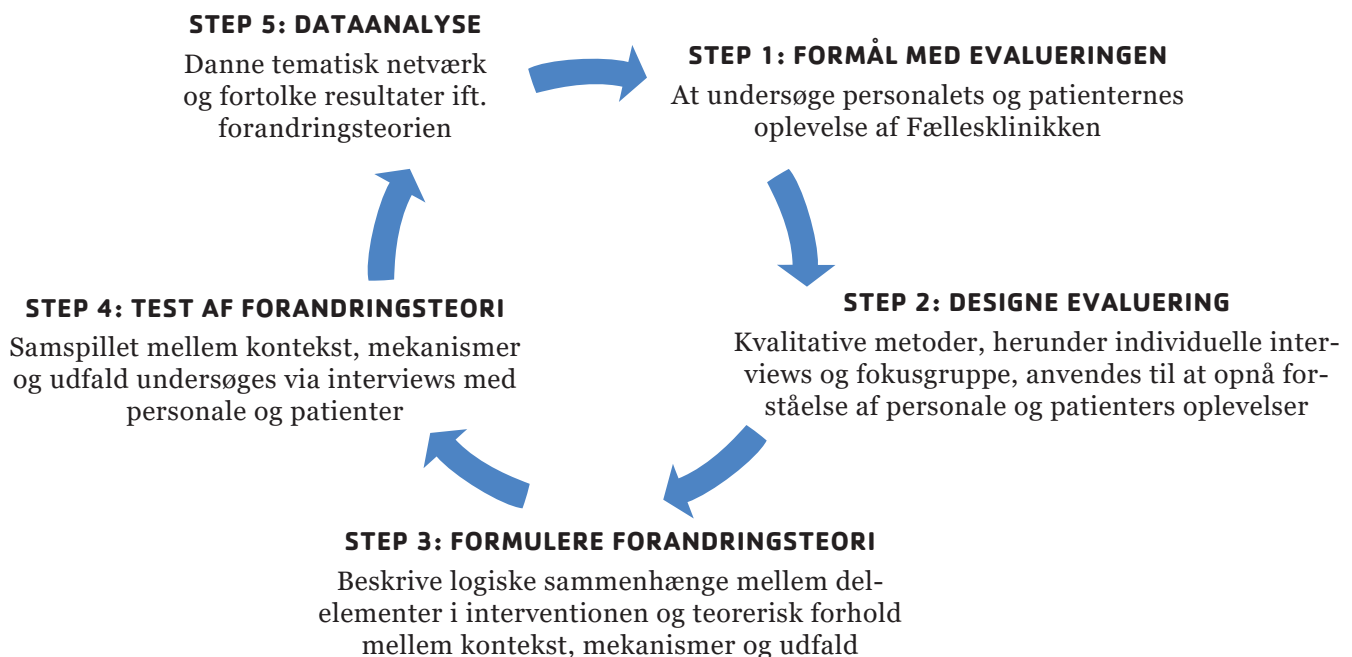
2.1. REALISTEVALUERING

Fællesklinikken på Holbæk Sygehus repræsenterer en kompleks intervention, fordi den indebærer ændringer i sociale processer og samarbejder mellem personale, som introduceres i et komplekst socialt- og organisatorisk system, hvilket gør den til passende genstand for en realistevaluering. Nærværende evaluering følger trinene i en realistevalueringscyklus, som fremsat af Pawson and Tilley (1997)¹⁴ (Figur 1).

Realistevalueringstilgangen anvendes til at undersøge interventioner og forstå hvilke processer og komponenter af interventionen, der virker *for hvem, hvorfor og hvordan, samt under hvilke omstændigheder*¹⁴. Realistevalueringstilgangen indebærer ligeledes, at man ikke blot undersøger, om interventionen fører til de forventede effekter. I stedet prøver man at forstå forholdet mellem kom-

ponenterne: Kontekstuelle forhold, mekanismer og udfald, som leder til forandring. Mekanismer kan blive udløst i større eller mindre omfang af fremmede eller modvirkende faktorer i det omgivne miljø, hvor interventionen implementeres, og de kan føre til tilsigtede eller utilsigtede udfald. I realist evalueringstilgangen ligger der en iboende anerkendelse af, at en intervention vil fungere forskelligt i forskellige miljøer og kontekster. Formålet med realistevalueringen er derfor også at forstå hvilke forhold i konteksten, der leder til forskellige udfald¹⁴.

I praksis indebærer en realistevaluering identifikation og beskrivelse af interventionens forandringsteori⁴, som man derefter tester. Forandringsteorier er teorier eller hypoteser om, hvordan en intervention vil virke. De omfatter logiske sammenhænge mellem delelementer af interventionen og udfald, og så består de af de grundlæggende forestillinger om, hvordan man når fra aktivitet til resultat. Forandringsteorien har således til formål at fremsætte et teoretisk forhold mellem en kontekst, en mekanisme og et udfald.



Figur 1 – Realistevalueringscyklus.

⁴ I Pawson & Tilley's realist evaluation, betegnes disse teorier "programteori".

2.2. STUDIE POPULATION OG REKRUTTERING

Blandt informanterne (n = 11) deltog to sygeplejersker og fire læger med speciale i enten endokrinologi eller kardiologi i de individuelle interviews. Fire patienter og en pårørende deltog i fokusgruppen. Informanterne blev rekrutteret via mail, telefon eller ved direkte kontakt. De to sygeplejersker havde haft konsultationer med samtlige patienter under hele implementeringsperioden, mens lægerne havde skiftedes til at have konsultationer. Informanterne gav alle informeret samtykke til at interviewet måtte optages og bruges i et videnskabeligt øjemed.

2.3. MATERIALE OG DATAINDSAMLING

Kvalitative data, herunder dokumenter, feltobservationer, semistrukturerede individuelle interviews og et fokusgruppeinterview, udgør materialet i nærværende evaluering.

2.3.1. DOKUMENTANALYSE OG FELTOBSERVATIONER

Forandringsteorien blev formuleret på baggrund af gennemlæsning af dokumenter, herunder projektbeskrivelser af initiativet, informationsmaterialer, poster etc.), samtaler med udviklerne af Fællesklinikken og feltobservationer af patientkonsultationer i Fællesklinikken. Afklaringen af forandringsteorien bestod overordnet i at beskrive, hvordan Fællesklinikken forventedes at forårsage eller bidrage til udfaldene, dvs. hvordan kontekst, mekanisme og forventede resultater spillede sammen (jf. afsnit 2.5.).

2.3.2. SEMISTRUKTUREREDE INDIVIDUELLE INTERVIEWS

Semistrukturerede individuelle interviews med de seks sundhedsprofessionelle blev udført fra medio januar til medio februar 2022.

En semistruktureret interviewguide blev udviklet i samarbejde med projektansatte og på baggrund af feltobservationerne. Tematisk indeholdt interviewguiden spørgsmål om de sundhedsprofessionelles rolle i interventionen, tværfaglige samarbejder og vidensdeling mellem professioner og specialer, patientgrupper og behandlinger, barrierer og faciliterende faktorer for implementeringen, herunder praktiske og organisatoriske forhold, og forventede udfald af interventionen. Dermed dækkede inter-

viewguiden over spørgsmål, som kunne åbne op for testning af forandringsteorien. Dataindsamlingen var en iterativ proces, der tillod indsamling af yderligere data om nye temaer, der sprang frem af interviewene undervejs.

2.3.3. FOKUSGRUPPE MED PATIENTER I FÆLLESKLINIKKEN

Et fokusgruppeinterview med fire patienter og én pårørende blev udført i medio maj 2022. Den semistrukturerede interviewguide indeholdt temaer vedrørende patienternes opstart og inklusion i Fællesklinikken, samarbejdet med personalet, gennemførelse af behandlingsplaner, deres sociale kontekst og de effekter de oplevede i Fællesklinikken havde haft på deres sygdom og hverdag.

2.4. KVALITATIV ANALYSE

Feltobservationerne blev beskrevet i noteform. Interviewene blev optaget og transskriberet i NVivo 12 software¹⁵. Tematisk netværksanalyse (TNA)¹⁶ blev anvendt til systematisk at identificere kontekst, mekanismer og udfald og herefter finde relationer mellem dem for hver komponent i interventionen.

Jf. TNA blev alle referater gennemlæst for at danne overblik over data. Herefter blev datamaterialet kodet for at identificere tematikker på tværs af materialet, indtil nye koder ikke længere fremkom. Således blev et kodetræ udviklet for hhv. personalets interview og patienternes fokusgruppe, der var udtømmende for relevante aspekter og tematikker i data. Efterfølgende blev koder sorteret og samlet i klynger med sammenlignelige temaer. Baseret på denne sortering blev to endelige kodetræer dannet, som blev appliceret på data.

Kodetræerne, som nu var anvendt på data, dannede grundlaget for et tematisk netværk (se Figur 3 og 4). Endelig blev indholdet i hvert tema beskrevet med underbyggende og supplerende citater, der understregede vigtige pointer.

I nogle tilfælde skitserede deltagerne selv relationer mellem kontekster, mekanismer og udfald under interviews. Disse relationer blev forfinet eller revideret ved at undersøge andre deltagerinterviews, men i de fleste tilfælde fremkom relationerne i analysen.

I diskussionen sammenholdt vi vores fund med den oprindelige forandringsteori, for at se hvorvidt den reflekterede de sundhedsprofessionelles og patienternes oplevelser med interventions mekanismer og udfald i den kontekst, de havde udspillet sig i.

2.5. FÆLLESKLINIKKENS FORANDRINGSTEORI

Forandringsteorien (Figur 2) i Fællesklinikken bygger på formålet om, at en mere samordnet patientcentreret behandlingsstrategi skal føre til større livskvalitet og patienttilfredshed samt en mere optimeret forebyggelse af risikofaktorer. Målgruppen er kronisk syge patienter, der både har diabetes og hjertekarsygdom.

Forandringsteorien omfatter en række centrale aktiviteter, igennem hvilke forandring finder sted for patienterne og personalet (Figur 2). Aktiviteterne, der skal føre til de forventede mål med Fællesklinikken, er som følge:

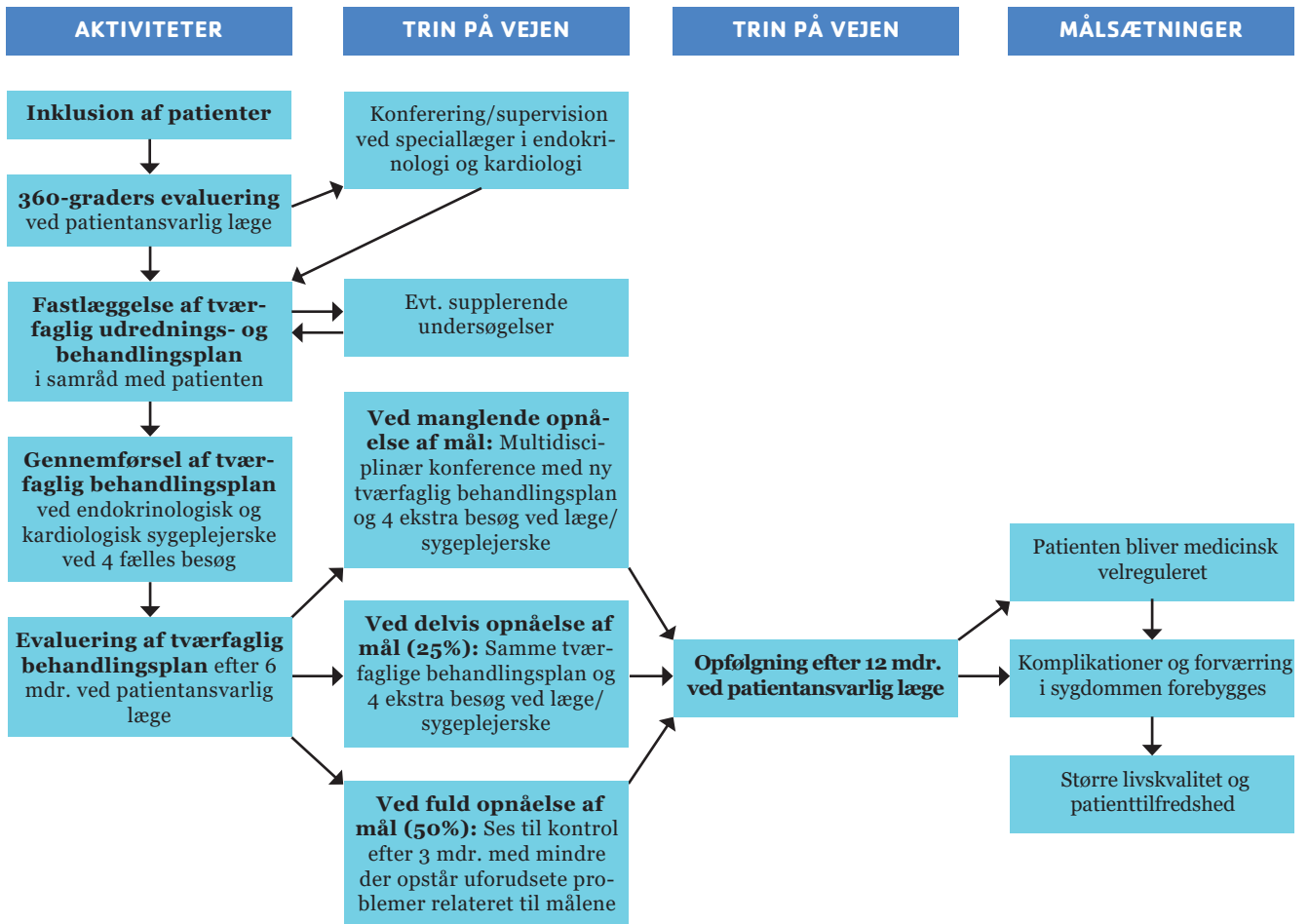
- Patienterne inkluderes i projektet gennem henvisning fra egen læge eller fra andre afdelinger på Holbæk Sygehus.
- En omfattende 360-graders evaluering hos den patientansvarlige læge med det formål at opnå et fuldstændigt overblik over patientens kliniske og medicinske profil samt patientens behandlingspræferencer og -mål.
- Oplysningerne i 360-graders evalueringen vil danne grundlag for en detaljeret undersøgelses- og behandlingsplan, som besluttet af den patientansvarlige læge i samarbejde med patienten og efterfølgende afstemmes med en kardiolog og en endokrinolog i et tværfagligt samarbejde.
- Yderligere undersøgelser og/eller yderligere konsultationer gennemføres.
- Behandlingsplanen udføres af to sygeplejersker, hhv. en diabetessygeplejerske og en kardiologisk sygeplejerske, i et tværfagligt samarbejde ved fire besøg over fem måneder og evalueres efter seks måneder af den patientansvarlige læge. De to sygeplejersker vil så vidt muligt have delt konsultation, så koordineringen er optimal. Behandlingsplanen bliver udarbejdet i tæt samarbejde med patienten og pårørende, og planen vil derfor blive målrettet og tilpasset den enkelte patients behov, ønsker, evner og formåen.
- De patienter, der har nået deres planlagte behandlingsmål, følges op på efter yderligere seks måneder. De patienter, der delvis har nået deres planlagte behandlingsmål, vil få ca. fire ekstra besøg (2-3 af sygeplejersken og 1-2 af lægen) før en 1-års opfølgning. De patienter, der ligger langt fra de planlagte behandlingsmål, vil blive drøftet på en tværfaglig konferen-

ce med det formål at udvikle en ny, revideret behandlingsplan, der beskriver den ideelle intervention til den enkelte patient. Før denne tværfaglige konference har den patientansvarlige læge haft et møde med patienten med henblik på at afdække patientens holdning til den manglende målopfyldelse samt patientens ønsker for fremtidig behandling og mål. Det vil ligeledes være den patientansvarlige læge, der skal præsentere og drøfte den reviderede behandlingsplan med patienten og tilpasse den til patientens ønsker, behov, evne og situation. Den reviderede behandlingsplan vil blive gennemført gennem ca. fire besøg (3 ved sygeplejerskerne og 1 ved lægen i et tværfagligt samarbejde).

- De patienter, der har nået behandlingsmålene til 6 måneders besøget, følges af egen læge i perioden mellem 6 og 12 måneders besøget, men bliver set efter 9 måneder for at sikre, at behandlingen fortsat er i mål.

Man forventer, at den grundige udredning, samarbejdet mellem de multi- og tværfaglige teams, ekstra tid til patienten samt mulighed for yderligere opfølgende konsultationer vil fremme en holistisk tilgang til patienten, dvs. hvor man ser på patienten og dennes sygdomsbillede i den komplekse, sociale kontekst denne befinder sig i. Yderligere vil tværfaglig vidensdeling mellem specialer sikre en optimeret behandlingsplan, der gavner både diabetes- og hjertekarsygdommen. Den holistiske tilgang forventes således sammen med den omfattende udredning at sikre, at patienten bliver medicinsk velreguleret og samtidig forebygger komplikationer og forværringer i sygdommene gennem livsstil.

FORMÅL: EN MERE SAMORDNET BEHANDLINGSSTRATEGI TIL STØRRE LIVSKVALITET OG PATIENTTILFREDSHED OG FOREBYGGELSE AF RISIKOFAKTORER



Figur 2 – Forandringsteori. De sorte pile angiver, hvordan aktiviteter og trin på vejen har påvirket resultaterne.

3. RESULTATER

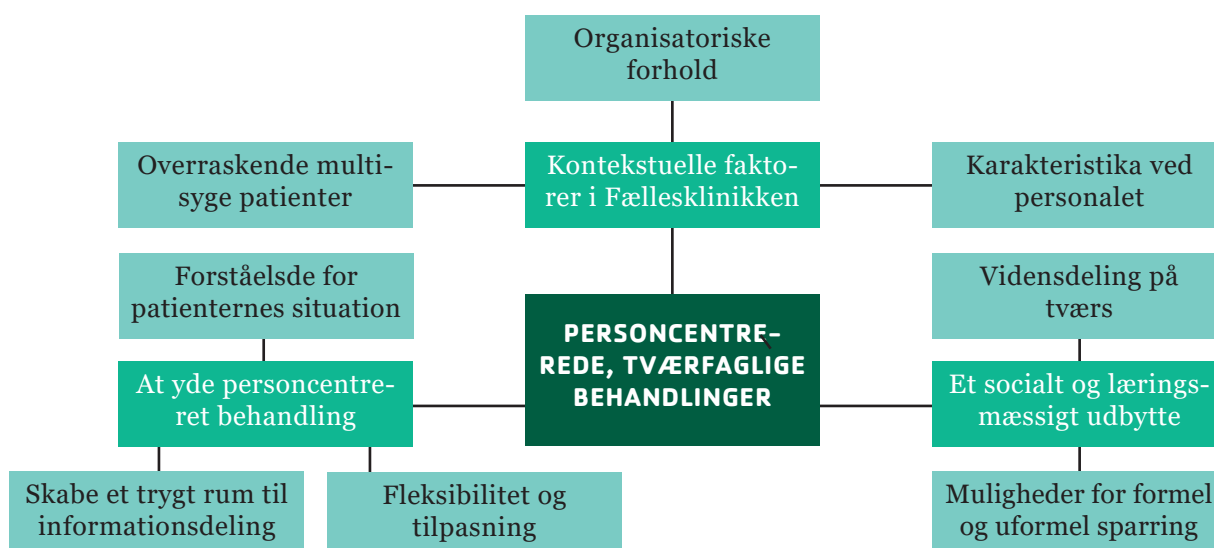
Nærværende resultat afsnit af den kvalitative analyse bygger på vores analyse af data med afsæt i realistevalueringstilgangen. Først præsenteres personalets oplevelser, hvorefter patienternes oplevelser beskrives.

3.1. PERSONALETS OPLEVELSER AF FÆLLESKLINIKKEN

I dette afsnit præsenteres vores resultater fra den tematiske netværksanalyse af medarbejderinterviewene.

I analysen fandt vi 34 koder. Koderne blev tematiseret under otte Basistemaer, som blev inddeelt under tre organiserende temaer og til sidst et globalt tema, som ses i Figur 3.

Først præsenteres vores tekstmære fund, som de fremstod af den tematiske netværksanalyse. Disse fund holdes op imod forandringsteorien i diskussionsafsnittet (afsnit 4).



Figur 3 - Tematisk netværk. Den mørkegrønne boks viser det globale tema, de mellemgrønne bokse viser de organiserende temaer og de lysegrønne bokse viser basistemaerne.

3.1.1. KONTEKSTUELLE FAKTORER I FÆLLESKLINIKKEN

Personalet, der har været tilknyttet Fællesklinikken, beskriver nogle kontekstuelle faktorer, som har været udslagsgivende for implementeringen af Fællesklinikken og udfaldene af projektet, herunder overraskende syge patienter i Fællesklinikken, organisatoriske forhold og karakteristika ved personalet.

Overraskende multisyge patienter

De i forvejen eksisterende ambulatorier på Holbæk Sygehus har fremmet muligheden for at få patienter

inkluderet i projektet, da de praktiserende læger ikke henviste så mange patienter til Fællesklinikken som forventet. I stedet, forklarer en medarbejder, har man rekrutteret patienter fra hhv. diabetesambulatoriet og hjertemedicinsk afdeling, fordi patienterne dér "[...] er så multisyge, at de med lethed opfylder inklusionskriterierne." [Læge i Fællesklinikken]. Denne inklusionsstrategi har imidlertid betydet, at man i Fællesklinikken har modtaget nogle af de mest multisyge patienter. Hertil beretter flere medarbejdere om, at de var overraskede over, hvor multisyge de inkluderede patienterne var.

”Det var ikke overraskende, men alligevel var det ikke ventet, at de var så syge.

De har været meget multisyge. Meget syge. Alle mulige andre sygdomme: Nyresyge, bevægeapparatet. De er stort set alle sammen meget overvægtige med BMI over 30. Mange af dem har hjertesvigt. Vi vidste godt, der ville være nogle, men at der var så mange, kom som en overraskelse”.

[Læge i Fællesklinikken]

På trods af, at de eksisterende diabetes og hjertemedicinske ambulatorier på Holbæk sygehus gjorde det muligt at rekruttere patienter til Fællesklinikken, var der en bekymring blandt personalet forbundet med, at patienternes dårlige tilstand ville resultere i manglende fremgang i deres behandlinger og reducere muligheden for at forbedre deres tilstand. Samtidig fremhæver de fleste medarbejdere, at patienternes dårlige tilstand gjorde det udfordrende at vurdere, hvor omfattende behandlingsforløb, man kunne iværksætte. Personalets narrativer indikerer, at de oplevede dilemmaer ved at ville hjælpe patienterne mest muligt, samtidig med at de fornemmede, at patienterne ikke kunne overskue det.

”Dét der på et tidspunkt gjorde mig lidt nervøs var, at nogle af de sygeste, vi inkluderede, var så langt i deres sygdomsprogression, at uanset hvad vi gjorde, så ville vi ikke kunne rette op på dem. Der er en form for et threshold, hvor patienterne, trods de er optimalt velbehandlede, er så langt i deres sygdomsprogression, så man rent faktisk ikke kan hjælpe dem meget mere.”

[Læge i Fællesklinikken]

”Det mest tydelige var nok compliance-mæssigt: Hvor meget evnede patienterne at tage det her ind, fordi det var en kæmpe udrednings- og behandlingsplan, der blev sat i værk. Det er svært, fordi vi har en forpligtigelse til at skulle udrede det, der skal udredes. Det er svært i sådan en kontekst.”

[Læge i Fællesklinikken]

Inklusionen af patienter betød således, at nogle af de mest multisyge patienter blev rekrutteret til Fællesklinikken. Fordi patienterne var så syge, var personalet opmærksomme på, at en omfattende behandlingen kunne blive uoverskuelig for patienterne. Imidlertid var der blandt personalet enighed om, at Fællesklinikken, hvor man samlede specialerne, var bedre for patienterne, i forhold til

at behandle dem hos specialerne i forskellige ambulatorier.

Organisatoriske forhold

Flere af medarbejderne i Fællesklinikken lægger vægt på, at der på Holbæk Sygehus er tradition for at arbejde tværfagligt i fællesambulatorier, hvor man udreder og behandler multisyge patienter. Blandt andet forklarer en af lægerne tilknyttet projektet, at der var god opbakning fra ledelsen, da projektet blev iværksat, samt at projektet lå godt op ad den strategi, ledelsen havde lagt på daværende tidspunkt.

”Det strategiske snit var, at man skulle være god til det almindelig og den kroniske syge. Man skulle kunne de relevante kroniske sygdomme, og der lagde projektet sig godt op ad.”

[Læge i Fællesklinikken]

Fællesklinikken har altså været strømlinet de eksisterende organisatoriske værdier, fordi at man, som en læge på projektet forklarer, på *”Holbæk har ville det med de multisyge”* [Læge i Fællesklinikken]. Yderligere, forklarer lægen, er personalet på Holbæk Sygehus *”vant til det der krydsfelt”*. Det tværfaglige samarbejde er derfor organisatorisk forankret, hvilket har haft en positiv betydning for implementeringen af Fællesklinikken.

Foruden en organisatorisk opbakning til Fællesklinikken, nævner flere af de projektansatte læger og sygeplejersker, at det var essentielt, at de to specialer (endokrinologer og kardiologer) var repræsenteret i den kontekst, hvor Fællesklinikken blev implementeret. Samtidig var det en fordel at specialerne var placeret fysisk tæt på hinanden, fordi det fremmede samarbejdet. Implicit indikerer citatet nedenfor også, at de relationer og samarbejder, som skabes, når personale kender hinanden og møder hinanden i hverdagen, har stor betydning for at Fællesklinikken fungerer i praksis, men at det kan også have tidsmæssige fordele at have samarbejdet i hverdagen, hvor det er *lettere at mødes*.

”De [specialerne, red.] skal selvfølgelig være til stede på den enkelte matrikel, for at det kan lade sig gøre. [...] Men det vigtigste er, at man har samarbejdet. Vi føler jo, at det at man har samarbejdet i hverdagen gør det meget nemmere at arbejde sammen, fordi så kender man jo hinanden.”

[Læge i Fællesklinikken]

Imidlertid har personalet undervejs i projektet oplevet, at det generelt stigende pres i sundhedsvæsenet samt mangel på speciallæger og sygeplejersker, har gjort det svært at se Fællesklinikken fortsætte. Blandt andet beskriver en læge, at det føles uoverskueligt at *”lave noget nyt”*. Manglen på speciallæger og sygeplejersker var også en udfordring undervejs i projektet, hvor man søgte at imødekomme mangel på personale i Fællesklinikken ved at rekruttere personale fra et andet sygehus. Tilmed havde mange af patienterne i Fællesklinikken brug for behandling fra andre specialer, end dem repræsenteret i Fællesklinikken, fordi de var multisyge. Derfor var det vigtigt, at personalet havde det lokale kendskab, herunder viden om hvem man kunne kontakte, hvis man har behov for assistance. Dette kendskab kan man ikke forvente, at personale fra andre matrikler har, og en af lægerne, som blev rekrutteret udefra til at arbejde i Fællesklinikken, eksemplificerer denne udfordring:

”Det, der har været besværligt for mig, når jeg har været der, er jo, at jeg ikke har været lokal. Så på den måde har jeg ikke kendt til deres henvisningssystemer, eller hvordan gør vi lige i den her situation, hvis jeg vil have vendt et eller andet. Eller hvis jeg vil have lavet noget så banalt som at have sat nogle apparater på, som måler blodtryk i et døgn.”

[Læge i Fællesklinikken]

På trods af opbakning til fællesklinikken fra begyndelsen, er der i den tid, hvor Fællesklinikken har kørt sket en række organisatoriske ændringer, som har skabt barrierer for projektet og sat spørgsmålstegn ved, om det kan videreføres. Blandt andet har ledelsesskift og nye perspektiver på de ressourcemæssige og økonomiske fordele ved Fællesklinikken skabt forhindringer for, at fællesklinikken kan fortsætte.

”Ledelsesskift på alle ledelseslag har sat barrierer for det [at fortsætte Fællesklinikken, red.], fordi de nye ledere ikke ser den samme gavn eller føler samme ejerskab af Fællesklinikken, som de gamle. Jeg tror det sætter en stopper for Fællesklinikken til sommer. De nye ledere ser det som en udgift og synes, at Fællesklinikken bare skraber patienter til og bruger penge for dem. Men de bruger ikke penge.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

De organisatoriske forhold på Holbæk Sygehus har fremmet implementeringen af Fællesklinikken, fordi at der fra projektets start var ledelsesmæssig opbakning til projektet, og fordi at der på Holbæk Sygehus i forvejen fandtes tværfaglige samarbejder på fællesambulatorierne. Imidlertid har organisatoriske forandringer i form af ledelsesskift og personalemangel skabt udfordringer for projektets forløb undervejs og barrierer for at Fællesklinikken kan fortsætte.

Karakteristika ved personalet

Personalet i Fællesklinikken fremhæver nogle individuelle, personalemæssige kompetencer, som synes væsentlige for, at Fællesklinikken har fungeret. Blandt andet har personalet i Fællesklinikken været kendetegnet ved at have en bred erfaring og/eller har været specialiseret i netop spændingsfeltet mellem diabetes og hjertekarsygdomme. For eksempel har den endokrinologiske sygeplejerske arbejdet på øjen- og nyreambulatorier og har haft kompetencer til at varetage diætistdelen i Fællesklinikken. Samtidig har kardiologiske sygeplejerske erfaring fra en hjertesvigtssklinik, hvor hun har arbejdet med mange forskellige slags hjertesygdomme. Den brede erfaring beskrives som central for at Fællesklinikken har kunne imødekomme patienternes behov *”fordi det er så komplekse patienter. Forstå mig ret, men man skal ikke sætte yngste mand til det.”* [Læge i Fællesklinikken]. Samtidig er der blandt personalet også en udbredt holdning til, at det tværfaglige samarbejde, hvor de hver især har budt ind med deres erfaring, har været afgørende for at kunne møde patienternes behov.

”De har jo været nyresyge næsten alle sammen også. Nu har jeg jo været nefrologisk sygeplejerske også med nyresyge, og den anden sygeplejerske kender fuldstændig hvor meget man må gå til dem med medicin, når de er nyresyge. Det betyder jo meget.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

På lægesiden har det ligeledes været en fordel, at personalet havde erfaring med begge specialer. Blandt andet forklarer en af de endokrinologiske læger, at han også har kunne håndtere mellem *”85-90 % af de kardiologiske problemstillinger, der poppe op”* [Læge i Fællesklinikken]. Imidlertid beskrives det ikke som tilstrækkeligt, at personalet kun arbejder i Fællesklinikken, fordi kernefagligheden er fundamental for det tværfaglige samarbejde. Det er derfor gavnligt at *”man har sit andet virke på de*

andre afsnit og afdelinger og har Fællesklinikken ved siden af. Det er vigtigt at få sin kernefaglighed dyrket, så man kan bringe den med ind i tværfagligheden.” [Læge i Fællesklinikken]. Endelig er der blandt personalet bred enighed om, at interessen for det tværfaglige har været bærende for Fællesklinikken.

”Der skal være de læger og sygeplejersker, som har en fælles interesse i det. Det er alfa omega for at en Fællesklinik kommer op og kører. De skal være på matriklen, og de skal kunne se lyset i det fællesskab.”

[Læge i Fællesklinikken]

Som dette citat opsummerer, har de personale-mæssige karakteristika blandt medarbejderne haft stor betydning for, at Fællesklinikken har fungeret. Først og fremmest har der med oprettelsen af Fællesambulatorierne på Holbæk sygehus længe været en tradition for det tværfaglige samarbejde, hvorfor det har været muligt at rekruttere personale med erfaring og interesse for spændingsfeltet mellem hjertekarsygdomme og diabetes. Ikke desto mindre er begge specialer (endokrinologisk og kardiologisk) repræsenteret på matriklen, hvilket har muliggjort det nære samarbejde i hverdagen. Endelig har personalet i Fællesklinikken arbejdet både dér og på deres vanlige afdelinger, hvorfor de har haft mulighed for at dyrke både det tværfaglige og deres kernefaglighed. Således har personalet kunne bringe deres ekspertise og erfaring fra deres respektive specialer med ind i samarbejdet i Fællesklinikken.

3.1.2. AT YDE EN PERSONCENTRERET BEHANDLING

Personalet i Fællesklinikken beskriver en række mekanismer, som har ledt til udfaldene af initiativet, herunder sygeplejerskernes fælleskonsultationer. De fælles sygeplejerskekonsultationer resulterede i en række udfald, som beskrives i nærværende afsnit med udgangspunkt i sygeplejerskernes egne oplevelser. Derfor bygger nærværende afsnit i højere grad interviewene med sygeplejerskerne end interviews med de resterende ansatte.

Forståelse for patienternes situation

Patienterne i Fællesklinikken var, som beskrevet i afsnit 3.2.1. overraskende syge. Imidlertid udviste sygeplejerskerne stor forståelse for deres situation. Sygeplejerskerne berettede om, at det var en hjælp for patienter, at de ikke skulle forklare deres sygdom

og vejledes af flere omgange, ”sammenlignet med at det oftest er patienten selv, der skal sammenholde informationerne bagefter.” [Sygeplejerske i Fællesklinikken]. Desuden betød de mange paralleller, der er i behandlingen og forebyggelsen af diabetes og hjertekarsygdom, at det var meningsfuldt, at den kardiologiske sygeplejerske- og diabetessygeplejersken sad sammen og vejlede patienterne.

”De snakker i hjerteafdelingen meget om livsstilsfaktorer - det gør man også ift. diabetes. Der er altså nogle paralleller mellem de ting vi vejleder i, og det er en fordel, at man kan snakke om det på samme tid. Fx finde fødevarer der er gode for begge sygdomme, så man overkommer forvirring omkring vejledningen. Vi hjælper dem med hvad de må spise, som er godt for begge sygdomme.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

At sidde en diabetes og kardiologisk sygeplejerske sammen var derudover hensigtsmæssigt i forhold til den medicinske behandling. Blandt andet forklarer den ene sygeplejerske, at mange af patienterne har været bekymret for, om diabetes og hjertemedicinen harmonerede, men dette kunne de i fælleskonsultationerne give svar på. I stedet for at patienterne selv skulle finde ud af at integrere de forskellige sygdomme, tog sygeplejerskernes dem således i hånden og hjalp dem.

”Man sidder ikke overfor en patient og siger: Det med hjertemedicinen må du vente med til du snakker med den og den. Du skal møde derovre. Man kunne nogle gange sidde og lave en hel liste. DE skulle være centrum for at gå ud og kalde på alle mulige, men her har vi jo kunne rumme mange ting rundt om patienten. Vi har virkelig besvaret mange ting for dem.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

”Her kommer vi ikke til at sige noget modstridende. Vi sidder jo i en eller anden samhörighed sammen med patienten og finder ud af: Det er den her form for hjælp du skal have både fra diabetes- og hjertekarsiden.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

Som citaterne herover indikerer, muliggjorde fælleskonsultationerne således, at sygeplejerskerne kunne strømline deres information ift. patienternes sygdomsbillede, så det blev overkommeligt. Således

var sygeplejerskernes forståelse for patienternes situation og viden om hvilken information, der blev givet, med til at fremme et mere kontinuert og sammenhængende forløb for patienterne. Samtidig fik sygeplejerskerne mulighed for at *Gå ind i midten* med patienten og hjælpe dem med at *samle trådene* ved at navigere og strømline den information der blev givet.

Skabe et trygt rum til informationsdeling

Patienterne i Fællesklinikken havde ifølge personalet *”rigtig mange omkringliggende problemstillinger”* [Læge i Fællesklinikken], som var vigtige at tage højde for i behandlingsplanen. Imidlertid var det ikke givet på forhånd, at personalet fik informationen om de omkringliggende problemstillinger, men der var flere faktorer, som fremmede dette. Først og fremmest oplevede personalet at have mere tid end normalt, hvorfor de havde tid til at lytte og komme hele vejen rundt om patienten. Samtidig var et centralt fund, at de to sygeplejersker skabte et fortroligt rum i fælleskonsultationer, hvor patienterne følte sig trygge til at dele ud af personlige historier. Endelig var sygeplejerskernes tillid til hinanden bidragende til at skabe et fortroligt rum, fordi de stolede på, at de kunne sparre med hinanden om de *komplerede emner*, og derfor havde modet til at spørge ind og lytte til patienternes fortællinger.

”Du har en anden mulighed for at se hele patienten. Normalt i et ambulatorie har jeg tyve minutter til en diabeteskontrol. En årskontrol. Der skal du komme igennem det hele. Så må man jo, så godt man kan, tage sig af det andet, de kommer med.”

[Læge i Fællesklinikken]

”Der bliver skabt et meget fortroligt rum på en anden måde [i fælleskonsultationerne, red.], end både jeg og den anden sygeplejerske har oplevet i vores enkeltmandskonsultationer. Patienterne deler ud af nogle meget personlige historier. Det er godt at kunne sparre med den anden sygeplejerske om det, fordi det kan være nogle svære ting at høre om.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

Fleksibilitet og tilpasning

Overordnet peger sygeplejerskernes udtalelser på at de, når informationen var delt, kunne agere derefter og tilpasse behandlingsplanen patienternes sociale hverdag og overskud, og på en hensynsfuld og

fleksibel måde, sikre at patienterne kom i mål med behandlingen. Blandt andet nævner sygeplejerskerne, at de ofte gik *alternative veje* for at tilpasse behandlingsplanen i forhold til patienternes livsstil.

”Man ser på den enkelte patient der kommer. Mange har sociale ting med sig både med sygdom hos mand eller kone. Der er mange af dem, som ikke er så gamle, som har angst oveni. Det må man også kigge på.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

”Man skal virkelig læse og forstå patienten. Måske finde en lille ting, som de kan lave om på. Høre hvad de siger, og høre hvad de selv er mest motiveret for at få styr på. Ellers får man ikke noget ud af det. Det er virkelig at tage udgangspunkt i den enkelte.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

Selvom sygeplejerskerne således kunne se de bedste behandlingsmuligheder for patienterne, var de nødt til at respektere patienternes valg i de situationer, hvor de ikke var enige. Ved at forstå patienternes udfordringer men samtidig prøve at imødekomme dem, formåede sygeplejerskerne at være fleksible.

3.1.3. ET SOCIALT OG LÆRINGSMÆSSIGT UDBYTT

I nærværende afsnit præsenteres vores fund, som vedrører det sociale og læringsmæssige udbytte, som samtlige ansatte i Fællesklinikken beskriver. Først beskrives mulighederne for formel og uformel sparring, hvorefter vi beskriver den vidensdeling, personalet beskrev fandt sted på tværs af fagligheder og specialer.

Muligheder for formel og uformel sparring

I Fællesklinikken har man samarbejdet både på tværs af fagligheder og specialer, og der er blandt de ansatte en bred enighed om, at der har været rig mulighed for sparring i hverdagen, blandt andet mellem patienternes læge- og sygeplejerskekonsultationerne, der lå i forlængelse af hinanden. I skiftet mellem konsultationerne var der rum for, at lægerne og sygeplejerskerne kunne overlevere information til hinanden. Således var selve strukturen omkring konsultationerne med til at sikre informationsdeling på tværs af fagligheder. Derudover påpeger personalet, at der i Fællesklinikken var en *åben dør politik*, som var med til at fremme arbejdsglæden.

”Man kan altid gå ind og sige: Hvad tænker du om den her problemstilling? Og vi havde også kardiologen i baggrunden, hvis vi kørte fast i det. Det har været en helt fantastisk måde at arbejde på.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

Flere ansatte fortæller, at det har været ”rart at læne sig op af nogen” sammenlignet med at man altid ”sidder meget alene” [Sygeplejerske i Fællesklinikken]. Citatet ovenfor indikerer desuden, at det på mange måder er mere effektivt, hvis der er mulighed for at få afklaret problemstillinger og sparre med de rette personer, her kardiologen, i hverdagen, når problemet opstår. Den korte vej til at få svar på faglige spørgsmål og uformelle sparring i hverdagen har samtidig været med til at sikre kontinuiteten for patienternes behandling.

Foruden sparringen i hverdagen har Fællesklinikken indeholdt et mere formelt set-up for sparring mellem specialer og fagligheder: De Tværfaglige Konferencer, hvor de ansatte kunne vende patienterne og deres problemstillinger. Selvom at det på nogle tidspunkter var for travlt i Fællesklinikken til at afholde de tværfaglige konferencer, fortæller de ansatte, at de har haft gavn af at kunne gå i dybden med patientcases. Ved at overkomme potentielle tvivlsspørgsmål omkring patienternes behandling har personalet ligeledes følt sig mere sikre i forhold til behandlingsplanerne. Således har både uformel og formel sparring mellem fagligheder og specialer medført en tryghed for personalet.

”Det med at få lov at kigge hinanden i øjnene og sige det her er komplekst - det kan rigtig, rigtig meget. Man var ikke i tvivl om, at man havde taget patientens bedste tarv efter konferencerne, fordi man havde haft mulighed for at drøfte det. [...] Det giver tryghed. De simple skal vi nok finde en god løsning for, men med de multisyge, der lapper ind over de forskellige specialer, er det godt at snakke om.”

[Læge i Fællesklinikken]

Vidensdeling på tværs

På tværs af specialer og fagligheder er der enighed om, at man har lært noget af at arbejde i Fællesklinikken. Blandt andet beskriver en endokrinologisk læge, at man normalt henviser til en anden specialist, hvis en patient har symptomer relateret til en anden sygdom, end den man selv er specialiseret i. Sådan har det imidlertid ikke været i Fællesklinikken, hvor man har taget sig af de forskellige sygdomme samtidig. Netop det, at man ikke har hen-

vist patienterne til andre specialer, har betydet, at de ansatte har måtte opsøge information og derefter behandle patienterne selv. Flere ansatte beskriver desuden, at de har lært overraskende meget både om det andet speciale og om sammenspillet mellem diabetes og hjertekarsygdom. Det tværfaglige samarbejde har således været kompetenceopbyggende for personalet.

”Her der bliver vi ved med at følge de samme patienter på en helt anden måde, så man får et indblik i, hvad kardiologerne siger.”

[Læge i Fællesklinikken]

”Personligt har jeg lært, at type 2-diabetes er mere gennemgribende sygdom, end jeg havde forestillet mig. Grundet specialiseringen har jeg mere set på om diabetes sygdommen gav bivirkninger ift. anden behandling for hjertesygdom, men jeg har lært meget om hjertekarsygdommen.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

Hvor de ansatte før Fællesklinikken i højere grad så på andre sygdomme i lyset af deres egne respektive specialer, har det tværfaglige samarbejde i Fællesklinikken åbnet muligheden for at se på sygdommene fra flere perspektiver. I forlængelse heraf beskriver flere ansatte det som tilfredsstillende at se patienternes forbedringer på flere parameter.

”Det er jo altid den største feeling, når man føler, at patienten forstod, og at det rykker. At de kommer videre, og at de udvikles. Det er også sådan det føles normalt, men her kan vi se det på flere fronter.”

[Sygeplejerske i Fællesklinikken]

Vidensdelingen på tværs af fagligheder og specialer har således medført et socialt og læringsmæssigt udbytte, som i sidste ende er kommet både de ansatte og patienterne til gode. Særligt fordi at de multisyge patienter i Fællesklinikken, ifølge de ansatte, har været en kompliceret patientgruppe, kan der opstå tvivlsspørgsmål omkring behandlingen. Derfor har man som ansat i Fællesklinikken behov for uformel sparring i hverdagen, hvor præsentable problematikker hurtigt kan afklares, men også et formelt set-up for sparring, hvor der er afsat tid til at gå i dybden med patienterne. Sparringen i hverdagen letter samarbejdet og giver en følelse af ikke at sidde alene. Tilsammen har de ansatte derfor følt sig godt rustet til opgaven, hvilket har haft stor betydning for arbejdsglæden.

3.1.4. SAMMENFATNING AF PERSONALET'S OPLEVELSER MED FÆLLESKLINIKKEN

Overordnet beskriver personalet en række kontekstuelle faktorer, som havde betydning for implementeringen af Fællesklinikken og gennemførelsen af aktiviteterne. For det første var patienterne, ifølge personalet, overraskende multisyge, hvilket skabte dilemmaer for personalet, der ønskede at sætte en omfattende behandling i gang men samtidig vidste, at det kunne være for overvældende for patienterne. Derudover indikerede personalets udtalelser, at en organisatorisk og ledelsesmæssig opbakning var af stor betydning for, at Fællesklinikken blev implementeret. Samtidig har tankegangen bag Fællesklinikken været strømlinet de eksisterende organisatoriske målsætninger om tværfaglige samarbejder, hvilket har fremmet implementeringen. Endelig har personalemæssige karakteristika, særligt den brede erfaring, haft stor betydning for gennemførelsen af Fællesklinikken.

Derudover beskriver personalet en række mekanismer, som har ledt til udfaldene af initiativet, herunder sygeplejerskernes fælleskonsultationer. Først og fremmest kunne sygeplejerskerne samle informationen om hhv. diabetes og hjertekarsygdom under én fælles konsultation, hvilket var med til at fremme et mere kontinuert og sammenhængende forløb for patienterne. Derudover havde sygeplejerskerne tid og kompetencerne til at skabe et trygt rum for informationsdeling, så de kunne opnå en forståelse for patienternes situation og sociale kontekst. På baggrund af den information patienterne gav, kun-

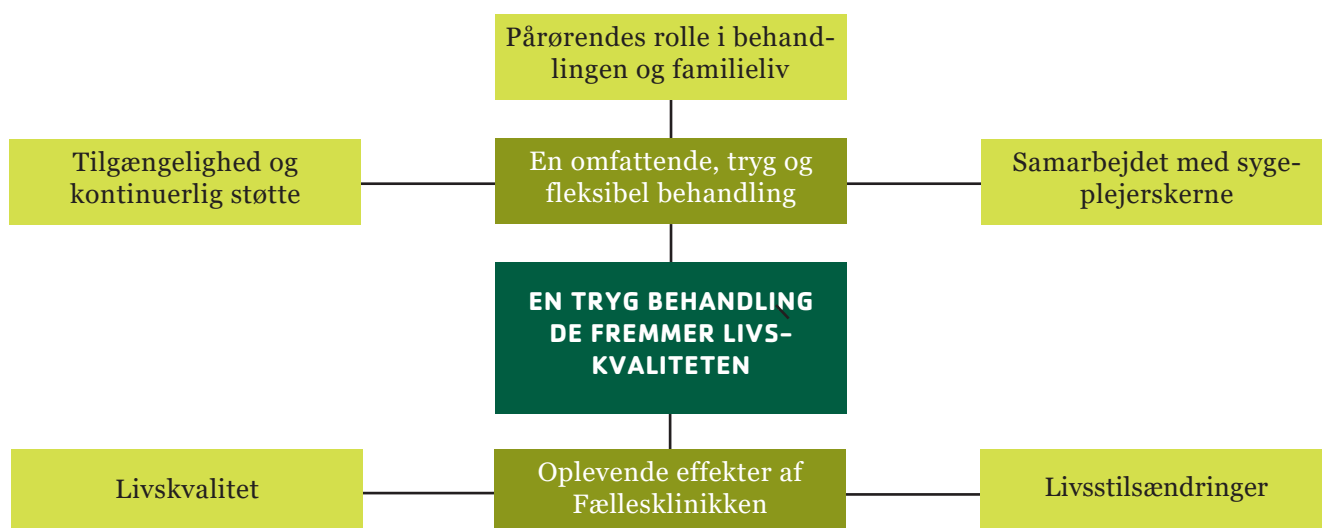
ne sygeplejerskerne således tilpasse behandlingsplanerne patienternes overskud og hverdag og yde en personcentreret behandling.

Endelig er et væsentligt fund fra analyserne af de individuelle interviews med personalet, at der var rig mulighed for formel sparring på fælleskonferencerne og uformel sparring i hverdagen, hvilket gavnet det tværfaglige samarbejdet. I forlængelse heraf var der blandt personalet bred enighed om, at man lærte noget om andre specialer og sygdommenes sammenspil ved at arbejde i Fællesklinikken. Mulighederne for sparring og vidensdeling på tværs af fagligheder og specialer medførte således et socialt og læringsmæssigt udbytte, som i sidste ende er kommet både de ansatte og patienterne til gode.

3.2. PATIENTERNES OPLEVELSER MED FÆLLESKLINIKKEN

I dette afsnit afdækker vi med udgangspunkt i et fokusgruppinterview med fire patienter i Fællesklinikken og en pårørende, hvordan patienterne har oplevet behandlingstilbuddet.

I den tematiske netværksanalyse fandt vi 23 koder. Koderne blev tematiseret under 5 basistemaer, som blev inddelt under 2 organiserende temaer og til sidst et globalt tema, som ses i Figur 4. Vi testede forandringsteorien ud fra patienternes perspektiv for dermed at opnå indblik i *konteksten, mekanismer og udfaldene* af Fællesklinikken.



Figur 4 – Tematisk netværk. Den mørkegrønne boks viser det globale tema, de mellemgrønne bokse viser de organiserende temaer og de lysegrønne bokse viser basistemaerne.

3.2.1. EN OMFATTENDE, TRYK OG FLEK-SIBEL BEHANDLING

Et væsentligt fund er, at patienterne oplevede at modtage omfattende, grundig behandling i Fællesklinikken, som de overordnet udtrykte stor tilfredshed med. De fleste patienterne var enige om, at de oplevede grundigheden allerede fra første konsultation, hvor de gennemgik en 360-graders evaluering hos den patientansvarlige læge:

”En meget grundig indslusning, hvor man spurgte både til det fysiske og det funktionelle og det familiemæssige, og hvordan ens situation var i det hele taget. Det synes jeg var meget grundigt.”

[Patient i Fællesklinikken]

I nærværende afsnit præsenteres de fund, som bygger op om denne patients oplevelse. Først beskrives patienternes oplevelser af tilgængelighed og kontinuerlig støtte og tryk, hvorefter samarbejdet med personalet præsenteres. Endelig beskrives pårørendes rolle i behandlingen og familieliv.

Tilgængelighed og kontinuerlig støtte

Samtlige patienter, som deltog i fokusgruppen, beskrev et behov for tryk i behandlingsregi. Imidlertid pegede alle de interviewede patienter på, at behandlingen i Fællesklinikken kunne imødekomme dette behov, og de oplevede at blive ”justeret og holdt i hånden hele vejen igennem.” En trykshedsfaktor har for flere af patienter været det, at man har kunne komme til, når behovet for behandling opstod undervejs i forløbet. Samtidig har det skabt tryk for patienterne, er personalet har ydet kontinuerlige opfølgninger. Frekvensen af opfølgninger har i høj grad været afhængig af patienternes behov for fx tilpasning af medicin, livsstil eller psykosocial støtte, men der er blandt patienterne bred enighed om, at man har kunne få støtte, hvis behovet opstod.

”Jeg har jo nærmest fået en privatlæge, fordi jeg skal bare sige, at jeg skal snakke med lægen. Så står hun der lige bagefter [...]. Der bliver holdt øje med én. Jeg har ikke nogle ventetider på noget af det. Man kan bare troppe op og sige sit navn, og så kommer man til med det samme. Det er meget betryggende for mig.”

[Patient i Fællesklinikken]

”Jamen så vil jeg gerne rose sygeplejerskerne, vi kommer til kontrol hos, fordi jeg havde sådan set telefonsamtaler med dem hver uge i lang tid, hvor vi skulle ændre lidt på medicinen og sådan noget. Det er VIRKELIG betryggende [...]. Så snakker vi om, at vi skal lige justere lidt på den pille der.”

[Patient i Fællesklinikken]

De fleste af patienterne påpeger, at de har oplevet at have gode relationer til personalet, på trods af at de har haft forskellige behandlere undervejs (nogle flere end andre). Eksempelvis fortæller flere patienter om gode, hyggelige snakke med personalet, som har handlet om *alt andet end sygdom*. En anden patient fortæller, at fordi man kommer så tit, så ved personalet, hvem man er og kan huske, hvad man har snakket om sidste gang. Ligeledes fremhæves det, at det er tryk at tale med eksperter, og nogle der har forstand på det, hvorfor man tør ”lægge sin krop til”. Imidlertid fremhæver en patient, at det er uhensigtsmæssigt med skiftende personale, hvis de ikke har forberedt sig ved at læse journalen. For patienten betød det, at han fik ”et indtryk af, hvad det vil sige, at være kendt eller ikke kendt”, hvoraf han havde haft en negativ oplevelse med sidstnævnte. Flere patienter var enige om, at personalets kendskab til dem var et udtryk for omsorg, hvilket understreger vigtigheden af de gode relationer mellem personale og patienter i behandlingssituationen.

”Det er jo det der med, at man kommer ind og kender vedkommende. De kender en på en anden måde og det er en god ting. Her snakker vi om omsorg.”

[Patient i Fællesklinikken]

Dermed peger fundene på, at den lette adgang til kontakt med personalet, løbende opfølgninger og mulighed for kontinuerlig støtte samt de gode relationer til personalet var med til at give patienterne den tryk i behandlingen, de havde behov for.

Samarbejdet med sygeplejerskerne

Et gennemgående fund er, at de fleste patienter havde stor gavn af at sidde sammen med både diabetes- og hjertesygplejersken. Flere patienter lægger særlig vægt på, at det var rart at sidde i samme rum, fremfor at skulle konsulteres på forskellige tidspunkter af forskellige specialer. Dertil oplevede flere patienter, at sygeplejerskerne ved at *samspille*

deres kompetencer kunne vejlede i diabetes såvel som hjertekarsygdom. Endelig var det gavnligt for patienter at modtage informationen om de to sygdomme i en samlet fælleskonsultation med to tilstedeværende specialer, fordi der, som patienterne udtrykker, kan være meget at holde styr på.

”Så ordnede hun det med sukkersygen, og så sad man sammen bagefter og snakkede om de forskellige ting. Det synes jeg var skidegodt. Fordi vi kan jo sagtens få det hele blandet lidt rundt, når vi ikke har så meget forstand på det.”

[Patient i Fællesklinikken]

”Hvis man har tre forskellige, man skal til, og de har tre forskellige meninger. Så er det sjovere at sidde med de samme personer, og få det hele under en hat. Det har jeg sat stor pris på i hvert fald. Det har jeg. Og det er det, der har gjort det godt.”

[Patient i Fællesklinikken]

Endvidere gav sygeplejerskernes fælleskonsultationer patienterne en oplevelse af at blive set i en *”i en helhed omkring de to ting, der var fokus på”*, fordi at man talte om forhold, der lå ud over det medicinske og kostmæssige. Patienterne oplevede således at blive behandlet ud fra en holistisk tilgang. Samtidig påpeger patienterne, at sygeplejerskerne gjorde brug af den information de fik til at give *konkret, kontant rådgivning*.

”Vi snakkede om alting. [...] Sådan noget med motion, har du nogle hobbyer, alt muligt. Skovle brænde, vælte træer og sådan noget. Hvad er det for en person vi sidder overfor? Nå men så har han også sin hustru med. Så tror jeg også de danner sig et billede af forholdet, som de også igen kan bruge.”

[Patient i Fællesklinikken]

”Sygeplejerskerne spurgte så: ”Kunne du ikke til næste gang gøre sådan eller sådan?” Det er jo en behandlingsplan, ikke. ”Hvor mange gange behøver du at stikke dig? Du behøver jo ikke stikke dig hver dag.” Og så også: ”Kunne du ikke lige spise lidt mere af det der? kunne du ikke lige skrue lidt mere ned for rygningen? Lad os så lige se på tallene, om det har ændret sig.” Så jeg synes at hver gang, man gik derudfra, så havde man fået en eller andet ny opgave.”

[Patient i Fællesklinikken]

Flere patienterne udtalte sig desuden om, at den gode relation, de fornemmede at sygeplejerskerne havde til hinanden, gjorde det til en god oplevelse at komme ind til konsultationerne. For eksempel fik patienterne indtrykket af, at *”sygeplejerskerne rent fagligt havde en glæde og en gavn af at være der samtidig begge to”* og at *”de havde noget ping pong over det.”* Samtidig var der blandt patienterne også en klar oplevelse af, at de to sygeplejersker respekterede hinanden og udvekslede erfaringer fra deres specialer.

”Den ene spurgte jo om noget, den anden ikke spurgte om, og omvendt sådan hele tiden. [...] Og der er det klart, at man hurtigt ville kunne mærke, hvis de to man snakker med sammen var rygende uenige. Så er det ikke noget sjovt sted at sidde. Men det har vi slet ikke været ude for.”

[Patient i Fællesklinikken]

Patienternes samarbejde med sygeplejerskerne i fælleskonsultationerne var overordnet positivt, fordi at de fik informationen om de to sygdomme samtidig, fordi de blev set i en helhed, og fordi de oplevede gode relationer indbyrdes mellem sygeplejerskerne. Patienternes udtalelser bekræfter således, at de modtog en holistisk og personcentreret behandling, hvor de oplevede at blive set i en helhed og den sociale kontekst, de befandt sig i.

Pårørendes rolle i behandlingen og familieliv

Et gennemgående fund er, at patienterne har delt deres situation med venner og familie i højere eller mindre grad. Men hvor en åbenhed omkring sygdommen giver anledning til hensyntagen fra omgangskredsen, betyder det at holde sin sygdom skjult, at der ikke tages hensyn. Patienternes diskussion i citaterne nedenfor vidner om to vidt forskellige måder at håndtere sin sygdom på. Hvor den ene i højere grad håndterer sin sygdom ved at indvie andre i den, håndterer den anden sin sygdom ved ikke at fortælle om den til nogen.

”Der er ingen, der tager hensyn til det. [...] Hvis jeg er ude og spise, ja så må jeg spise det, der bliver sat på bordet. Og sådan er det. Så det interesserer andre sig ikke for, og jeg fortæller heller ikke noget. [...] Jeg har været indlagt sådan 100 gange, og mine nærmeste ved det ikke engang.”

[Patient i Fællesklinikken]

"Hos mig er vi åbne om sådan nogle ting. Med familie, venner og sådan noget. Det kan jeg slet ikke se, hvorfor jeg ikke skulle være. Fordi hvis jeg kommer der, så siger de "du plejer da godt at kunne lide - skal du ikke have et stykke mere?" "Næh". Jeg skal jo passe på mig selv, ikke."

[Patient i Fællesklinikken]

Nogle af patienterne har valgt at inddrage deres pårørende i behandlingen ved at tage dem med til konsultationer, hvilket havde en støttende funktion ift. at hjælpe med at huske, hvilke informationer personalet gav. Fordi de livsstilsfaktorer man justerer på i behandlingen og forebyggelsen af diabetes og hjertekarsygdom, er integreret i hverdagen, påvirker det samtidig ofte de pårørende, som lever sammen med patienten. Udover at hjælpe med at huske informationen, beretter nogle patienter også om, at deres ægtefæller har hjulpet dem med at håndhæve behandlingsplanen. Særligt i forbindelse med kostomlægning, har flere patienter fortalt om, at deres ægtefælle har støttet dem, ved at lave den "rigtige" mad til dem, minde dem om at spise det grønne på tallerkenen eller sige fra overfor kage.

"Jeg har min hustru med, fordi hun plejer altid at sige: Du kan ikke huske en skid af, hvad de siger til dig, når jeg spørger dig bagefter. Så siger jeg: Så må du altså komme med. Så må vi sidde og diskutere det lidt derhjemme. Så har hun siddet som bisidder og lyttet med."

[Patient i Fællesklinikken]

Imidlertid har der for både patienter og pårørende også været en række udfordringer ifm. at integrere kostomlægningen i hjemmet. For eksempel uddyber den pårørende til en af patienterne i fokusgruppen, at det kan være udfordrende, hvis man foretrækker forskellige madvarer:

"Jeg synes sommetider det er svært. Jeg tænker, jeg sommetider har brug for en madplan, hvor der står, hvad man ligesom skal have. Det synes jeg er svært. Fordi jeg kan jo godt bare lige spise et hårdkogt æg, og så behøver jeg ikke mere."

[Pårørende til patient i Fællesklinikken]

Som citatet ovenfor indikerer, kan der således være udfordringer omkring måltider, når pårørende støtter op om kostomlægninger. For andre kan det være mere udfordrende med pårørende, som selv er syge, fordi det tager på overskuddet til at følge sin

behandlingsplan. Imidlertid har sygeplejerskernes indgående kendskab til patienternes sociale kontekst gjort det muligt for dem at yde støtte. Således har den holistiske tilgang til patienterne fremmet muligheden for at identificere og overkomme væsentlige barrierer målopfyldelsen i behandlingsplanen.

"Jeg har en syg kone, der ligger derhjemme i stuen i en sygeseng. Jeg kan ikke rigtig servere så mange grøntsager for hende. Hun vejer 38 kg og skal jo helst ikke tage sig mere. Så det svinger meget. Engang imellem ryger jeg også i fedtefadet og spiser det samme som hende, når jeg laver mad derhjemme. Så derfor har jeg snakket meget med sygeplejerskerne."

[Pårørende til patient i Fællesklinikken]

Inddragelsen af pårørende understreger den holistiske tilgang i Fællesklinikken, hvor man netop ser på patienten i en helhed i deres sociale hverdag med sygdom. Samtidig vidner patienternes beretninger om, at personalet og særligt sygeplejerskerne i Fællesklinikken har udført personcentrerede behandlinger, som overordnet set har været gavnlige for patienternes målopfyldelse af behandlingsplanerne. I næste afsnit beskrives de effekter, som denne tilgang har haft på patienterne.

3.2.2. OPLEVEDE EFFEKTER AF FÆLLESKLINIKKEN

Et væsentligt fund er, at alle patienter på nær én, svarer "ja" til, at de har haft færre kontakter med sundhedsvæsenet, mens de har været i fællesklinikken. Det kan både skyldes, at man i Fællesklinikken har varetaget mange af de opgaver, der normalt ligger i diabetes- og hjerteambulatoriet og hos egen læge, men også at patienternes tilstand generelt er blevet forbedret.

I dette afsnit beskrives de livsstilsændringer, patienterne fortæller om, at de har gennemgået. Dernæst præsenteres patienternes oplevelser af forbedret livskvalitet.

Livsstilsændringer

De fleste patienter fortæller om nogle livsstilsændringer, de har arbejdet hen mod, mens de har været i behandling i fællesklinikken. Mange af ændringerne omhandler kostvaner, som er blevet reguleret gennem forløbet. For eksempel diskuteres væskeindtag og bestemte fødevarer, patienterne er

bevidste om ikke er gode for deres sygdomme. Samtidig forbinder de forskellige fødevarer, for eksempel friturestegte pomfritter, med kropslige symptomer såsom for højt blodtryk og ubehag.

”Jeg har da også ændret nogle vaner. Det der med franskbrød. Det røg ud af vinduet. Og rundstykkerne om søndagen. De er der heller ikke mere. Jeg spiser faktisk kun rugbrød i dag. [...] Jeg drikker kun sukkerfri sodavand. Jeg har ændret mange vaner, jeg havde før. Jeg har måske gået lidt mere til det grønne, end jeg gjorde før, jeg kom ind i det der. Og jeg holder mig fuldstændigt fra McDonalds og sådan noget der. Det duer slet ikke mere. Ikke engang en gang i mellem.”

[Patient i Fællesklinikken]

Samlet set vidner patienternes diskussioner vedrørende livsstilsændringer om, at de er blevet mere bevidste om de livsstilsfaktorer, der har indvirkning på deres sygdom, samt at de selv kan gøre en del, for at regulere deres symptomer. Endelig peger de fleste patienter på, at deres livsstilsændringer generelt har medført forbedringen i sygdommen og færre symptomer, hvilket samtidig har ført til det, patienterne betegner ’god livskvalitet’, som afdækkes i nedenstående afsnit.

Livskvalitet

Langt de fleste patienter har gennem behandlingen i Fællesklinikken oplevet en væsentlig forbedring i deres sygdom, som har haft en positiv effekt på deres hverdag. Effekterne af den positive udvikling beskriver patienterne som ”en genrejsning”, ”at være straight”, eller ”at kilometertælleren er nulstillet”. Desuden kommer den positive udvikling særligt til udtryk i patienternes beskrivelser af deres hverdag, som den er nu og sammenlignet med tidligere:

”Jeg må indrømme, at efter jeg døde og blev livet op igen, der forsvandt mit overskud. Der skal overskud til sådan noget der. Altså tingene der skulle laves på båden og sådan noget. Den skal jo vedligeholdes meget sådan en sejlbåd. Alt det blev uoverskueligt for mig, når jeg husker tilbage på det. Jeg syntes bare, det var træls. Det overskyggede min energi. Og den energi har jeg fået efter det her. Det er helt sikkert.”

[Patient i Fællesklinikken]

”Ja helt straight, fordi jeg føler at - okay jeg tager mange piller. Det gør i andre sikkert også. Det kan nok rende op på en 12 stykker eller mere end det om dagen, men det har jeg det helt fint med. Og jeg har sagt, at min læge må ikke begynde at pille ved det, de [personalet i Fællesklinikken. Red.] har lavet.”

[Patient i Fællesklinikken]

Patienterne lægger særligt vægt på, at de igennem behandlingen i Fællesklinikken har fået større livskvalitet, fordi de i kraft af færre somatiske symptomer har fået større mentalt overskud i hverdagen. Endvidere beskriver en patient, at han har fået overskud til at tage beslutninger om større livsbegivenheder såsom at købe en ny bolig – begivenheder, som ikke havde været i sigte ”hvis helbredet havde været svagt”. Livskvalitet indebærer imidlertid noget forskelligt for patienterne hver især. For eksempel mener en patient, at livskvalitet er at ”føle sig godt tilpas” og have ”mod på livet og fuld knald på”, mens en anden beskriver, at der er ”mange faktorer, der spiller ind, end lige netop det helbredsmæssige og sygdomsmæssige” og at livskvalitet også er ”at være i stand til at kunne gøre, hvad der passer én”. Selvom patienternes narrativer om livskvalitet indikerer, at det er forskelligt, hvad der giver livskvalitet, er der en bred enighed om, at den er blevet forbedret. En af patienternes udtalelser opsummerer, hvordan denne har oplevet, at behandlingen og reguleringen af medicin og livsstil har ført til den forbedrede tilstand, han er i nu:

”På den måde hvor man er blevet styret ind madmæssigt, og man er blevet styret ind med medicin. [...] Som sagt var jeg helt nede og veje 68 kg, men det hele er stabiliseret ind nu, og jeg er blevet givet de rigtige piller. Så det har betydet rigtig meget for mig og min livskvalitet. Altså min livskvalitet er blevet højere, fordi inden det her, der var min livskvalitet meget lav. Og da jeg så kom ind i det her, der var det lige som om, at jeg var sådan kommet lidt ned og var gået lidt i stå, med madlede og alt muligt. Så det har betydet rigtig meget for mig.”

[Patient i Fællesklinikken]

På trods af den udbredte enighed om, at Fællesklinikken har medført en øget livskvalitet, beskriver nogle patienter, at der stadig er forhold i deres hverdag eller andre sygdomme, der nedsætter livs-

kvaliteten eller sætter den på ”stand by”. Dette fund indikerer, at patienter, der er væsentligt påvirket af multisygdom og er langt i deres sygdomsprogression, til trods for behandlingen i Fællesklinikken vil opleve en mindre forbedring af symptomer og livskvalitet.

”Jeg har lidt vrøvl med mine fødder og sådan noget på grund af sukkersyge. Og så har jeg slidgigt, der nok er blevet værre. Jeg har lige fået en ny hofte. Så den [livskvaliteten. red.] står ikke øverst på listen i øjeblikket.”

[Patient i Fællesklinikken]

Således berettede de fleste patienter om, at de følte sig velregulerede i forhold til kost og medicin efter behandlingen, hvilket for de fleste patienter betød, at de oplevede færre symptomer i hverdagen. At være velreguleret gav dem generelt mere overskud i hverdagen og en øget livskvalitet, på nær de patienter som var så langt i deres sygdomsprogression, at de til trods for behandlingen stadig var meget plaget af symptomer.

3.2.3. SAMMENFATNING AF PATIENTERNES OPLEVELSER

Samlet set oplevede Fællesklinikken patienter, som deltog i fokusgruppen, at behandlingen var omfattende, tryk og fleksibel. Allerede fra begyndelsen med den 360-graders evaluering, beretter patienterne om, at udredningen var grundig, og at der blev spurgt ind til mange forhold udover de medicinske og kostmæssige. Således gik patienterne ind i behandlingen med en oplevelse af, at personalet kendte dem godt.

Et vigtigt fund er også, at patienterne oplevede en tryk i behandlingen, fordi at personalet, særligt sygeplejerskerne, altid var tilgængeligt, og fordi de modtog kontinuerlig støtte og opfølgninger alt efter behov. Derudover havde patienterne generelt gode relationer til personalet, samtidig med, at de følte, at der blev draget omsorg for dem. Yderligere beskriver patienterne samarbejdet med personalet som godt, og særligt sygeplejerskerne fremhæves

som kompetente og fleksible i deres tilgang. Patienterne havde en følelse af at være i fokus, samt at der var tid til at tale om forhold i deres hverdag udover det medicinske og kostmæssige, hvilket indikerer, at de oplevede en holistisk og personcentreret behandling. Derudover udtrykte de fleste af patienterne en stor tilfredshed med, at de pårørende blev inddraget i behandlingen, fordi de både fungerede som støtte i forbindelse med udførelsen af behandlingsplanerne og kunne hjælpe med at huske informationen, der blev givet under konsultationerne.

Endelig beskrev patienterne at de havde oplevet en gavnlig effekt af livsstilsændringerne på deres sygdom, på nær de patienter, som var væsentligt påvirkede af deres multisygdom og allerede ved inklusionen var langt i deres sygdomsprogression. For de patienter, som oplevede forbedringer i deres sygdom, var der bred enighed om, at forbedringerne medførte et øget overskud i hverdagen og en øget livskvalitet. Endelig var der blandt patienterne overvejende enighed om, at behandlingen i Fællesklinikken betød færre kontakter med sundhedsvæsenet.

4. DISKUSSION AF FORANDRINGSTEORI

Ifølge forandringsteorien ville en række aktiviteter, herunder den 360-graders evaluering, fastlæggelse af udrednings- og behandlingsplaner i samråd med patienten og gennemførslen af behandlingsplanerne, føre til de tilsigtede mål med Fællesklinikken, herunder at patienten bliver medicinsk velreguleret, forebyggelse af komplikationer og forværring i sygdom og en større livskvalitet og patienttilfredshed.

Vores analyse af de kvalitative data viste, at aktiviteter overordnet blev implementeret, men at de var påvirket af kontekstuelle faktorer og mekanismer, som havde betydning for opfyldelsen af målene fremsat i forandringsteorien.

Inklusionen af patienterne førte til et øget behov for sparring blandt personalet

Jf. forandringsteorien skulle patienterne inkluderes gennem henvisning fra egen læge eller andre afdelinger på Holbæk Sygehus. Imidlertid henviste lægerne ikke patienter, hvorfor alle patienter i projektet blev rekrutteret fra andre afdelinger på Holbæk Sygehus. Patienterne som blev henvist var mere multisyge, end man havde forventet, hvilket skabte uforudsete dilemmaer for personalet, ift. at ville iværksætte en omfattende behandlingsplan, samtidig med at de fornemmede, at patienterne ikke kunne overskue det. Imidlertid havde personalet mulighed for formel og uformel sparring, hvor de drøftede behandlingsmæssige beslutninger. Denne sparring fremmede en oplevelse af at være sikker på, at de gjorde, hvad der var bedst for patienten.

Tværfaglig sparring og vidensdeling betød ligeledes et styrket samarbejde, samt at personalet styrkede deres kompetencer inden for andre specialer, end deres egne. Derudover var der en stor arbejdsmæssig glæde ved at se patienterne blive velbehandlede på flere fronter. Således medførte det tværfaglige samarbejde i Fællesklinikken en række positive udfald for personalet, som ikke var forudsat i forandringsteorien, herunder et socialt og læringsmæssigt udbytte.

Organisatoriske forhold på Holbæk Sygehus fremmede implementeringen

De organisatoriske forhold på Holbæk Sygehus fremmede muligheden for at rekruttere personale, som havde en bred erfaring inden for både det endokrinologisk- og kardiologiske speciale, og erfaring med at arbejde tværfagligt. På baggrund af personalets kompetencer kunne man tilbyde patienterne den personcentrerede behandling, de havde behov for. Derudover bakkede ledelsen på Holbæk

Sygehus op om gennemførslen af projektet, fordi det var strømlinet de organisatoriske værdier, hvor tværfaglighed og multisygdom var højt prioriteret. De kontekstuelle faktorer, herunder en organisatorisk og ledelsesmæssig opbakning, var centrale for, at implementeringen af Fællesklinikken overordnet lykkedes, som fremsat i forandringsteorien.

Det kan dog konstateres, at COVID-19 pandemien har påvirket Fællesklinikken. Nedlukning af dele af sundhedsvæsenet betød færre inkluderede patienter og personalemangel førte til rekruttering af læger fra andre Sygehuse, som ikke havde det lokale kendskab. Betydningen af COVID-19 skal således inddrages i den samlede vurdering af Fællesklinikken. Evalueringen viser, at læger fra andre Sygehuse oplevede, at mangel på lokalt kendskab var en barriere for at få assistance fra andre afdelinger. Dog medførte personalets velvilje og drivkraft, at aktiviteterne i Fællesklinikken på trods af barriererne blev udført som tiltænkt.

Sygeplejerskernes fælleskonsultationer var centrale for den personcentrerede behandling

Sygeplejerskernes fælleskonsultationer havde en væsentlig større betydning for målsætningen om at yde personcentrerede behandlinger end først antaget. For det første formåede sygeplejerskerne at skabe et trygt rum for informationsdeling, så de kunne få indblik i patienternes sociale hverdag. Denne viden var altafgørende for at planlægge en fleksibel og tryk behandling. Patienterne oplevede at være i fokus, og udtrykte stor tilfredshed med, at personalet tog hensyn til hverdagen og deres pårørende. For det andet medførte fælleskonsultationerne et mere sammenhængende patientforløb, fordi man kunne vejlede i de to sygdomme samtidig. Samtidig oplevede patienterne de løbende opfølgninger som støtte og omsorg. Den personcentrerede behandling var central for, at patienterne gennemførte en række livsstilsændringer, som skabte forbedring i deres sygdomme og øgede livskvaliteten, jf. forandringsteoriens målsætninger.

Opsummerende var det centrale aspekt af Fællesklinikken, som havde størst betydning for initiativets udfald, den personcentrerede, tværfaglige behandling, som særligt blev ydet i sygeplejerskernes fælleskonsultationer. Baseret på denne diskussion vurderes det derfor, at Fællesklinikken er blevet implementeret i overensstemmelse med forandringsteorien, men at positive, uforudsete mekanismer og faktorer i konteksten har været afgørende for Fællesklinikken overordnede succes.

5. KONKLUSION

Formålet med den kvalitative evaluering var at undersøge personalets og patienternes oplevelser i Fællesklinikken for diabetes og hjertekarsygdom. Endvidere var formålet, at identificere og forklare hvilke aspekter af Fællesklinikken, der har/ikke har virket, for hvem, og under hvilke omstændigheder. Fællesklinikken har overordnet opnået målene som fremsat i forandringsteorien til trods for, at skiftende ledelse på Holbæk Sygehus, personalemangel og et generelt øget pres i sundhedsvæsenet grundet COVID-19 pandemien, har skabt udfordringer undervejs.

Personalet har oplevet at få et socialt og læringsmæssigt udbytte af at arbejde i Fællesklinikken – et udfald som ikke fra starten var tænkt ind i forandringsteorien. Patienterne har oplevet behandlingen i Fællesklinikken som tryk og holistisk. Både personale og patienter fremhæver den personcentrerede behandling, der særligt kom til udtryk i sygeplejerskernes tværfaglige fælleskonsultationer, som et bærende element i Fællesklinikken. Samtidig har patienterne følt sig medicinsk velregulerede, og de har gennemført en række livsstilsændringer, som har forbedret deres tilstand, givet dem overskud i hverdagen og øget livskvaliteten. Patienterne udtrykker ligeledes en stor tilfredshed med behandlingen. Imidlertid har Fællesklinikkenes succes i nogen grad var betinget af personalets velvilje og drivkraft. Denne drivkraft har især været med til at bære Fællesklinikken igennem de udfordringer, herunder COVID-19 og mangel på personalemæssige ressourcer, der opstod undervejs.

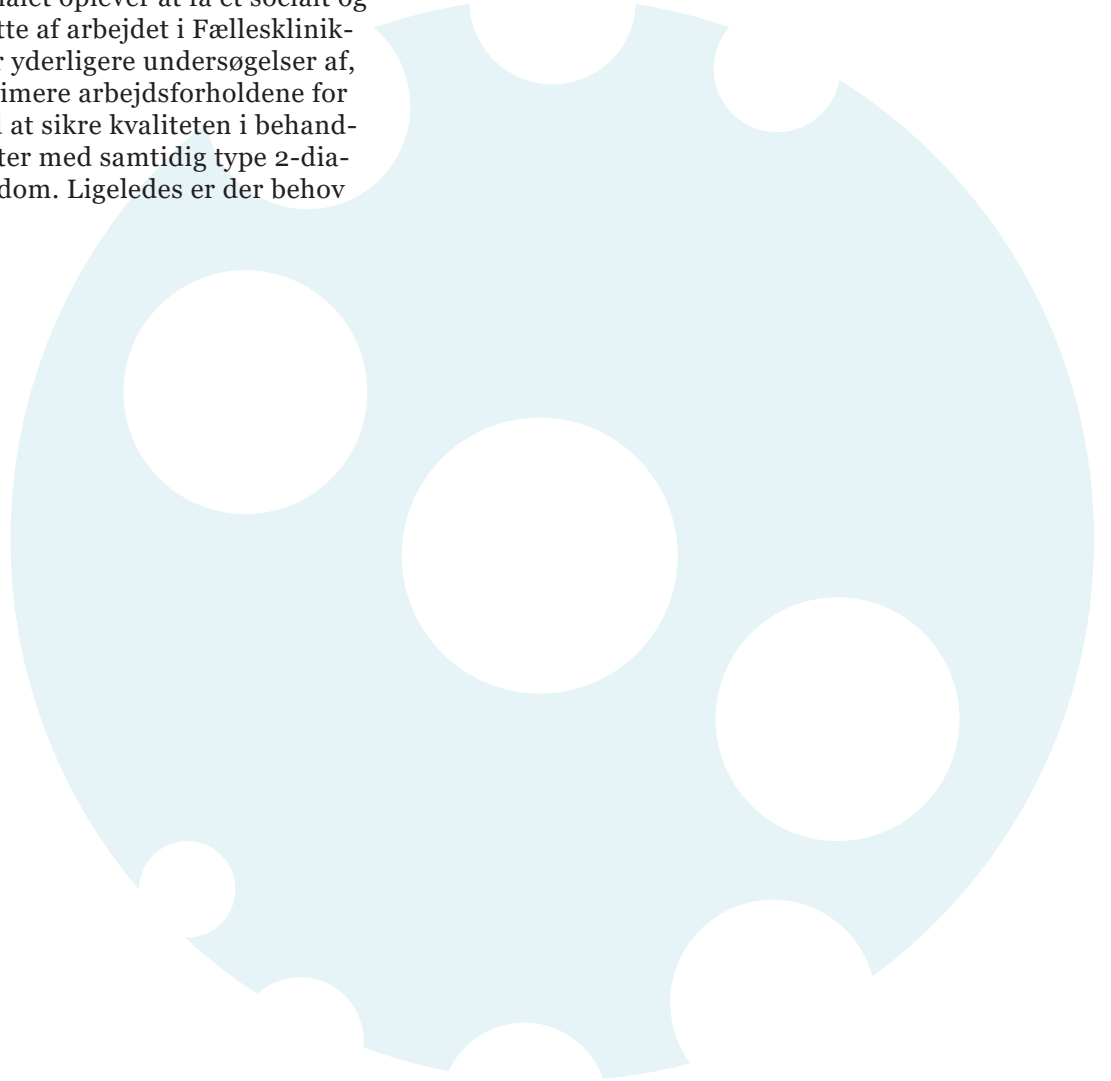
På baggrund af resultaterne fra nærværende rapport vurderes det på et videnskabeligt grundlag, at personalet har gavn af at indgå i multi- og tværfaglige teams, som de har gjort i Fællesklinikken. Samtidig konkluderes det, at koordinerede individuelle, multi- og tværfaglige behandlingsforløb har et stort potentiale til at øge patienttilfredsheden og livskvaliteten blandt patienter med diabetes og hjertekarsygdom. Imidlertid er denne konklusion i høj grad betinget af den personcentrerede, tværfaglige behandling, som særligt sygeplejerskerne ydede i Fælleskonsultationer. Derfor anbefales det at teste Fællesklinikken i et større forsøg, hvor man har fokus på den personcentrerede, tværfaglige behandling i fælleskonsultationer med to sygeplejersker og i en kontekst, hvor en COVID-19 pandemien ikke nedlukker dele af sundhedsvæsenet og tærer på de personalemæssige ressourcer, og/eller skaber barrierer for inklusionen af patienter.

6. PERSPEKTIVERING

Denne evaluering viser, at koordinerede individuelle, multi- og tværfaglige behandlingsforløb for patienter med type-2-diabetes og hjertekarsygdom kan give et socialt og læringsmæssigt udbytte for personalet og kan øge patienternes livskvalitet. Det er sandsynligt at samme omorganisering af arbejdet og tværfagligt samarbejde kan hjælpe en større gruppe af multisyge patienter, som oplever fragmenteret og silo-opdelt behandling i sundhedsvæsenet. Initiativer lignende Fællesklinikken har derfor potentiale til at reducere sygdomsbyrden og forbedre livskvaliteten blandt en bred gruppe af multisyge patienter – en gruppe som vi i en årrække vil se vokse.

Til trods for at personalet oplever at få et socialt og læringsmæssigt udbytte af arbejdet i Fællesklinikken, er der behov for yderligere undersøgelser af, hvordan man kan optimere arbejdsforholdene for personalet og dermed at sikre kvaliteten i behandlingstilbud for patienter med samtidig type 2-diabetes og hjertekarsygdom. Ligeledes er der behov

for mere viden om, hvordan initiativer sammenlignelige med Fællesklinikken kan integreres i eksisterende sundhedsorganisationer, uden at initiativet bliver gennemført på baggrund af ildsjælementalitet og en deraf øget risiko for at succesen med initiativet bliver personbundet.



REFERENCER

1. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(1):1-25. doi:10.1016/j.jacc.2017.04.052
2. Dansk cardiologisk selskab and Dansk endokrinologisk selskab. *Diabetes Og Hjertesygdom.*; 2017. <https://nbv.cardio.dk/forebyggelse>
3. Rawshani A, Rawshani A, Franzén S, et al. Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2017;376(15):1407-1418. doi:10.1056/NEJMoa1608664
4. The Emerging Risk Factors Collaboration. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*. 2010;375(9733):2215-2222. doi:10.1016/S0140-6736(10)60484-9
5. Schramm TK, Gislason GH, Køber L, et al. Diabetes Patients Requiring Glucose-Lowering Therapy and Nondiabetics With a Prior Myocardial Infarction Carry the Same Cardiovascular Risk: A Population Study of 3.3 Million People. *Circulation*. 2008;117(15):1945-1954. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.720847
6. Johnson EL, Pfothenauer K, Bradley S, Kalyani RR, Shubrook JH. Highlights From the American Diabetes Association's 2017 Standards of Medical Care in Diabetes for Osteopathic Physicians. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;117(7):457-472. doi:10.7556/jaoa.2017.086
7. Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2003;348(5):383-393. doi:10.1056/NEJMoa021778
8. Low Wang CC, Hess CN, Hiatt WR, Goldfine AB. Clinical Update: Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus: Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus – Mechanisms, Management, and Clinical Considerations. *Circulation*. 2016;133(24):2459-2502. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022194
9. Rungby J, Schou M, Warrer P, Ytte L, Andersen GS. Prevalence of cardiovascular disease and evaluation of standard of care in type 2 diabetes: a nationwide study in primary care. *Cardiovascular Endocrinology*. 2017;6(4):145-151. doi:10.1097/XCE.000000000000135
10. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
11. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(1):140-149. doi:10.2337/dc14-2441
12. Helou N, Talhouedec D, Shaha M, Zanchi A. The impact of a multidisciplinary self-care management program on quality of life, self-care, adherence to anti-hypertensive therapy, glycemic control, and renal function in diabetic kidney disease: A Cross-over Study Protocol. *BMC Nephrol*. 2016;17(1):88. doi:10.1186/s12882-016-0279-6
13. Olivarius N d. F, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Horder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ*. 2001;323(7319):970-970. doi:10.1136/bmj.323.7319.970
14. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. Sage; 1997.
15. QSR International Pty Ltd. NVivo (Version 12). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
16. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001;1(3):385-405. doi:10.1177/146879410100100307



Holbæk Sygehus

Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling
Smedelundsgade 60
4300 Holbæk

Tlf.: 5948 9851 - Mail: hol-arbmed@regionsjaelland.dk

Tlf.: 5948 9852 - Mail: hol-socmed@regionsjaelland.dk

ISBN 978-87-970654-1-9