

# Evaluering af forsøg med medicinnedtrapning blandt patienter med skizofreni

---

Sundhedsstyrelsen

06. juli 2021

Implement Consulting Group  
Strandvejen 54  
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900  
Email [info@implement.dk](mailto:info@implement.dk)  
[Implementconsultinggroup.com](http://Implementconsultinggroup.com)

CVR 32767788  
Bank 4845-3450018236  
SWIFT DABADKKK  
Iban DK3030003450018236

# Indholdsfortegnelse

---

1. Introduktion .....	1
2. Resumé.....	2
3. Metode og evalueringsaktiviteter .....	2
4. Mål med projektet .....	3
5. Interventionen .....	4
6. Målgruppe og aktivitet.....	7
6.1 Udfordringer med rekruttering af patienter .....	8
7. Resultater og forudsætninger.....	10
7.1 Målsætning om reduktion i medicinforbrug .....	10
7.2 Målsætning om at identificere prædiktorer .....	15
8. Perspektiver for videreudvikling .....	16
9. Bilag 1: Testbatteri og opfølgning .....	19

## 1. Introduktion

Der blev i forbindelse med satspuljeaftalen for 2017-2020 afsat midler til et forsøg med et medicinfrit afsnit i psykiatrien. Initiativet udsprang af flere års ønsker fra både sundhedsfaglig og politisk side, og herunder også fra fx patientforeninger om at reducere brugen af psykofarmaka i psykiatrien, hvor særligt erfaringer fra Norge med egentlige medicinfri afsnit har været en central inspirationskilde.

Det stigende fokus på reduktion af brugen af psykofarmaka skal ses i sammenhæng med en stadigt voksende erkendelse af, at der hos nogle kan være både svære somatiske og psykiske bivirkninger, der er mere invaliderende for patientens livskvalitet end nogle af de symptomer, medicinen søger at dæmpe, og hvor der samtidig er usikkerhed eller uklarhed om effekten af medicinen.

Samtidig har mange patienter udtrykt et ønske om medicinnedtrapning, hvilket naturligt har skabt grundlag for både principielle og faglige drøftelser af patienternes inddragelse og medbestemmelse i eget forløb og ikke mindst vigtigheden af selv samme for at sikre compliance og dermed behandlingseffekt og samtidig modvirke risikoen for fx autoseponering.

Debatten om en større tilbageholdenhed med medicinsk behandling i psykiatrien har samtidig været mødt fra flere psykiatere med en bekymring for sikkerheden for både patienten selv og andre, både i og uden for de psykiatriske afdelinger.

At finde den rette balance mellem effekterne og bivirkningerne af psykofarmaka i et konstruktivt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og patienter er et af psykiatriens vanskelige grundvilkår. Men det er også et grundvilkår, der kan arbejdes med på en lang række måder, afhængigt af hvilke tilbud og tilgange der etableres som erstatning for eller supplement til medicinering. Det er af flere patienter og fagpersoner blevet påpeget, at en af de grundlæggende udfordringer er, at flere af de aktuelle tilbud i behandlingspsykiatrien næsten udelukkende omfatter medicinering. Forudsætningerne for at arbejde med medicinnedtrapning er i sådanne tilbud naturligt begrænsede. Der peges derfor på et behov for at øge brugen af andre indsatser, der understøtter og skaber tryghed og sikkerhed i arbejdet med medicinnedtrapning og samtidig systematisk kan imødegå de faktorer i patientens liv, som i øvrigt påvirker patientens symptombillede og sygdomsmestring.

Sundhedsstyrelsen udbød på den baggrund projektmidler, hvor alle fem regioner havde mulighed for at ansøge med projektforslag, og projektet "forsøg med medicinnedtrapning hos skizofrenipatienter" forankret i Psykiatrisk Center Glostrup i Region Hovedstadens psykiatri blev vurderet til at leve bedst op til kravene i satspuljeaftalen.

Ambitionen med projektet var at etablere et specialiseret, tværfagligt tilbud, som arbejdede målrettet og systematisk med medicinned- og -udtrapning blandt voksne patienter med skizofreni med et udtrykt ønske herom. Tilbuddet har fra starten – modsat inspirationskilderne i Norge – aldrig været formuleret som et egentligt medicinfrit tilbud. Kernen i projektet var en systematisk tilgang til medicinned- og -udtrapning med et udvidet støttetilbud omfattende både psykoterapi, stresshåndtering, træning, diverse kurser m.m.

Illustrativt for både det politiske og offentlige fokus på brugen af psykofarmaka oplevede projektet gennem projektperioden væsentlig medieopmærksomhed med omtale i både Zetland, Gloria (Københavns Kommunes Socialpsykiatri) samt SINDbladet, ligesom DR lavede en udsendelse, der fulgte en af patienterne gennem projektperioden ("Katrine hører stemmer").

Projektet forløb over perioden 2018-2021 og er nu afsluttet som projekt. Denne rapport udgør slutevalueringen af projektet.

## 2. Resumé

Over perioden 2018-2021 har 78 patienter med skizofreni gennemført et 6-måneders forløb gennem projektet "forsøg med medicinnedtrapning hos skizofrenipatienter". Der er i forløbene arbejdet systematisk og målrettet med medicinned- og -udtrapning med det mål, at mindst 50 pct. af patienterne skulle reducere deres medicinforbrug med mindst 50 pct.

Det mål blev indfriet. Ca. 10 pct. af patienterne blev medicinfri, mens 52 pct. fik reduceret deres medicinforbrug med 50 pct. eller mere. Endvidere tyder foreløbige resultater på, at der er tale om langvarige effekter. Det er resultater, som samlet set er – med forbehold for, at denne evaluering ikke er gennemført som et kontrolleret studie – særdeles positive. Det tyder på, at det er muligt at reducere medicinforbruget med en specialiseret, individualiseret indsats, der systematisk forfølger patientens ønske om at trappe ned eller ud af medicin.

Patientoplevelserne blandt de 8 interviewede patienter til denne evaluering er samlet set overvældende positive med en nærmest udelt begejstring for deltagelsen i projektet. Det er sandsynligt, at den gennemgående, særdeles positive oplevelse af deltagelsen i projektet blandt de interviewede patienter i ikke ubetydeligt omfang repræsenterer gode oplevelser med projektet bredere i den samlede deltagende patientgruppe.

Der er med afsæt i interviewene med både medarbejdere og patienter identificeret tre virkningsmekanismer, som har været væsentlige elementer i projektets målopfyldelse. Disse omfatter:

- Der blev arbejdet systematisk og helhedsorienteret med patientens mål om medicinnedtrapning
- Forløbene har været individualiserede med høj grad af patientinddragelse
- Patienterne har følt sig trygge fra starten og hele vejen gennem forløbet

Der kan med afsæt i resultaterne fra projektet være grundlag for at se på mulighederne for at udbrede erfaringerne på tværs af psykiatrien i landet, således at patienter med et ønske om et reduceret forbrug af psykofarmaka kan modtage et relevant tilbud, der aktivt forfølger dette. Der kan i den forbindelse både tænkes en geografisk udbredelse af lignende tilbud og/eller en udbredelse til øvrige målgrupper.

Hvis målet er at sikre bedre adgang til medicinfri behandling i det hele taget, kan der samtidig være et udviklingsperspektiv i at udvikle tilbud, som kan være reelle alternativer til opstart af medicinsk behandling.

## 3. Metode og evalueringsaktiviteter

Evalueringsformålet har været at producere og tilvejebringe information om projektets målopfyldelse og forudsætningerne herfor samt perspektiver på læring og videreudvikling på baggrund af erfaringerne fra projektet.

Evalueringen gør fortrinsvist brug af kvalitative datakilder, som dog suppleres med kvantitative indikatorer for både aktivitet og målopfyldelse.

Det har ikke været meningsfuldt eller muligt at etablere en kontrolgruppe eller på andre måder lave et kontrolleret design, som søger at konkludere på årsagssammenhænge

mellem intervention og effekter. Alle evalueringens resultater skal tolkes med det forbehold.

Konkret blev der gennemført 16 interviews fordelt på følgende grupper:

- **8 interviews med medarbejdere involveret i projektet.** Nogle medarbejdere havde været ansat i projektet gennem hele projektperioden, mens andre var ansat i dele af projektperioden. Medarbejderne dækkede alle de ansatte faggrupper, herunder læge, sygeplejerske, psykolog, fysioterapeut og ergoterapeut.
- **1 interview med en henvisende psykiater.**
- **7 interviews med patienter, som alle havde gennemført et 6-måneders projektførløb.** Patienterne blev rekrutteret til interview af projektet baseret på, om de enten for nyligt havde afsluttet behandlingsforløbet, eller om 6-måneders-opfølgningen var nært forstående. Patienterne er ikke udvalgt ud fra et forudgående kendskab til hverken deres positive eller negative oplevelser med deltagelsen i projektet. Det er dog væsentligt at bemærke, at der ikke er interviewet patienter, som valgte at afbryde behandlingsforløbet, hvilket kan være et relevant perspektiv at afdække i en senere sammenhæng.

Alle interviews er gennemført med aftale om fuld anonymitet.

Der er herudover af projektet stillet data til rådighed for evalueringen, som omfatter:

- Antal inkluderede patienter, frafald, henvisende læge mv.
- Køn og alder på patienterne
- Patienternes aktivitet i de valgfri tilbud
- Medicinforbrug ved opstart og afslutning af forløb samt ved opfølgning efter 6 måneder

Der ligger herudover en større datamængde i projektet, som ved gennemførelsen af evalueringen endnu ikke er klargjort, men som vil indgå som led i den forskning, som laves oven på erfaringerne i projektet.

## 4. Mål med projektet

Projektets hovedfokus har været medicinned- og -udtrapning blandt voksne patienter med skizofreni med et udtrykt ønske herom. Konkret blev følgende hovedmål formuleret forud for projektet:

1. Reduktion i antipsykotisk medicin med mindst 50 pct. for mindst 50 pct. af de inkluderede patienter
2. Identificere prædiktorer for succesfuld ned- eller udtrapning af antipsykotisk medicin

Det todelte formål omfatter således både en klinisk målsætning om at lykkes med væsentlige reduktioner i medicinforbruget for en væsentlig andel af de inkluderede patienter (om end de præcise andele er arbitrært fastlagte) og et mere generelt forskningsmæssigt formål om at blive dygtigere til at identificere de (observerbare) forhold, som er medvirkende til succesfulde medicinnedtrappingsforsøg hos voksne patienter med skizofreni.

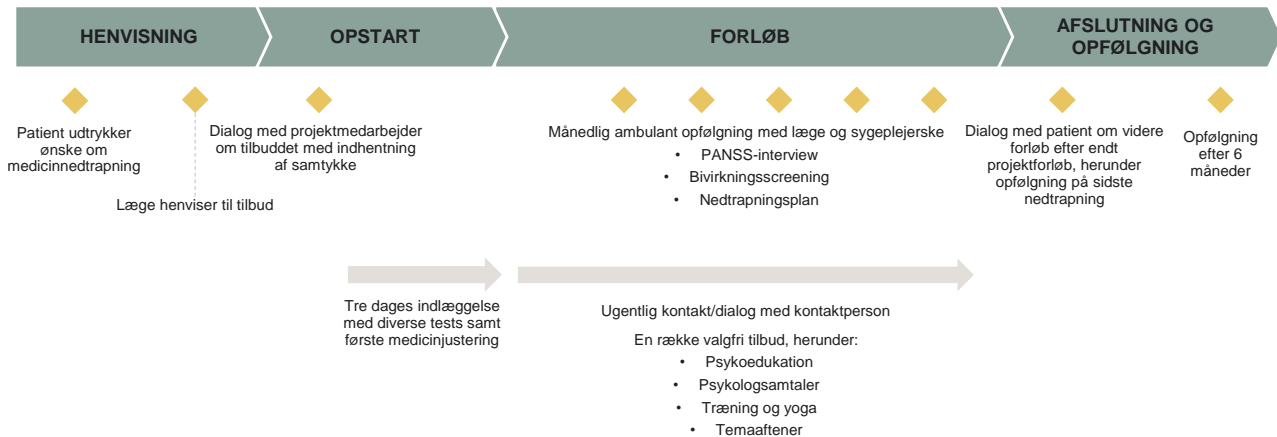
Opfyldelsen af den anden målsætning kan først ske fyldestgørende gennem mere dybdegående forskning i det data, som projektet har tilvejebragt. Denne evaluering bidrager således kun i begrænset omfang og primært med de kvalitative perspektiver på dette, som medarbejderne i projektet har bidraget med.

## 5. Interventionen

Tilbuddet var et specialiseret, tværfagligt ambulært forløb over seks måneder, som arbejdede målrettet og systematisk med medicinedtråpning.

Det tværfaglige team bestod af en psykiater, fem sygeplejersker, en psykolog, en fysioterapeut og en ergoterapeut. Alle fagpersonerne involveret i projektet havde forudgående erfaring med psykiatrien og arbejdet med patienter.

Et patientforløb gennem tilbuddet kan illustreres på følgende måde:



De væsentligste elementer i tilbuddet var således:

**Krav om lægehenviisning:** Alle patienter skulle henvises via en læge. For de flestes vedkommende skete det gennem patientens tilknytning til distriktspsykiatrien, mens det for en mindre del skete gennem egen praktiserende læge. Nedenfor ses fordelingen af henviisninger blandt de inkluderede patienter:

Tabel 1: Henviisende læge

DPC	Egen læge	PPP	Ukendt
84%	14%	1%	1%

\*  $n = 88$ . DPC (distriktspsykiatrisk center), PPP (privatpraktiserende psykiater)

Medarbejderne har gengivet, at enkelte patienter oplevede, at det var vanskeligt eller umuligt at få lægen på DPC til at henvise til projektet, mens patienten hos egen læge oplevede en anden lydthørhed.

**Indledende indlæggelse af 3 dages varighed:** Alle forløb startede med en tredages indlæggelse, hvor der blev gennemfårt et omfattende testbatteri, med henblik på at det tværfaglige team i samarbejde med patienten kunne danne sig et indgående kendskab til patientens tilstand samt fastlægge baseline på en række parametre, der løbende blev fulgt op på. Se bilag 1 for et komplet overblik over de tests, som blev gennemfårt, samt strukturen for opfølgning på disse gennem forløbet.

Medicinnedtrapningen begyndte som udgangspunkt allerede på dag to under denne indlæggelse.

**Fast kontaktperson med ugentlig opfølgning:** Alle patienter blev tilknyttet en fast kontaktperson, hvor der som udgangspunkt var ugentlig dialog og opfølgning. Det var som udgangspunkt sygeplejerskerne, der agerede kontaktpersoner i forløbene. Kontaktpersonens primære opgave og ansvar var at sikre en tæt opfølgning, både for at sikre tryghed i forløbet og for at øge reaktionshastigheden i tilfælde af forværring. Herudover drøftede patienter og kontaktperson ligeledes behovet for de supplerende tilbud.

I særlige tilfælde, hvor patienten havde lang rejsetid, blev der indgået aftaler om, at halvdelen af de ugentlige kontakter foregik som hjemmebesøg. Samtidig blev der tilbudt ekstra opfølgninger for flere af patienterne, der oplevede en forværring af psykiske symptomer, uden at dette dog resulterede i indlæggelse. Disse ofte i form af flere ugentlige hjemmebesøg i kritiske perioder, dels for at observere udviklingen i patientens tilstand og vise støtte i en vanskelig tid, men i enkelte tilfælde også for at motivere patienten til at tage ordineret medicin. Af hensyn til personalets sikkerhed var de altid to på hjemmebesøg til en patient, der oplevede forværring, indtil det blev vurderet, at patientens tilstand var tilstrækkeligt stabiliseret.

**Månedlig opfølgning med psykiater:** Alle patienter gennemførte månedlige opfølgninger med psykiateren, hvor der blev fulgt op på behandlingen og foretaget yderligere nedtrapning, hvis muligt og relevant. I forbindelse med lægeopfølgningen blev der gennemført et PANSS-interview ("positive and negative syndrome scale"), som etablerede afsættet for dialogen om, hvorvidt nedtrapningen skulle fortsættes, pauseres eller tilbagerulles. Der var heri indbygget en standardiseret sikkerhedsmekanisme, hvor en forværring i PANSS-scoren på 10 eller mere i forhold til baseline som minimum udløste en pausering af nedtrappingsplanen i fire uger. Ved en forværring på 15 points eller mere skulle patienten forsøges motiveret til at trappe op i dosis. I nogle tilfælde, typisk på baggrund af konkrete bivirkninger, resulterede betydelig symptomforværring i skift af antipsykotisk lægemiddel, men dette blev først iværksat, efter den observerede forværring var stabiliseret.

Medmindre PANSS-interviewet og dialogen med patienten tilsagde andet, blev der arbejdet efter en standardiseret nedtrappingsplan, hvor dosis blev reduceret månedligt med 10 pct. af startdosis, indtil en halvering af startdosis var opnået, hvorefter nedtrappingshastigheden blev reduceret til 5 pct. af startdosis månedligt. Der blev afrundet til nærmest tablettørrelser, hvorfor en fuldstændig udtrapning af medicinen var mulig (for nogle) i projektperioden.

Ved polyfarmaci blev der alene nedtrappet i ét præparat.

**En række valgfri tilbud:** Som supplement til den hyppige kontakt med kontaktpersonen og den månedlige opfølgning med psykiateren var der en række valgfri tilbud, som patienterne kunne benytte sig af.

- Psykoedukation og recovery-værksteder (7 gange pr. forløb)
- Psykologsamtaler
- Træning og yoga (ugentligt)
- Temaaftener (3 gange pr. forløb) om recovery, seksualitet og psykofarmaka

Data for aktiviteten i de valgfri tilbud viser, at patienterne brugte tilbuddene vidt forskelligt med nogle patienter, som gjorde intensiv brug af tilbuddene, og nogle, som slet ikke gjorde brug af dem. Nedenfor ses en opsummering:

*Tabel 2: Aktivitet i de valgfri tilbud*

	Andel af patienterne, der deltog	Gns. aktivitet blandt brugere af tilbuddet
<b>Recovery-værksteder</b>	64%	3,1 (ud af 7)
<b>Psykologsamtaler</b>	29%	15,3
<b>Træning</b>	12%	6,2
<b>Temaaftener</b>	53%	1,6 (ud af 3)

\*  $n = 78$ . Træning dækker både over grupper og individuelle sessioner. Der er ikke data for brugen af yoga, men pga. efterspørgslen blev det gennemført ugentligt.

Udover stor variation i patienternes brug af tilbuddene er der samlet set en tendens til, at de patienter, som gjorde brug af specifikke tilbud, har gjort det i relativt betydelig grad. Det gælder især for de 23 patienter, som gjorde brug af muligheden for psykologsamtaler med et gennemsnit på 15 samtaler pr. forløb.

Hvis man kigger på tværs af tilbuddene, tegner der sig igen et billede af stor variation i, hvor mange af tilbuddene patienterne gjorde brug af. Nedenfor ses en opsummering af deltagelse på tværs af de valgfri tilbud, hvor "0" betyder, at patienten ikke deltog i nogen af de i tabel 2 definerede tilbud, mens "4" betyder, at patienten deltog i alle fire typer tilbud.

*Tabel 3: Aktivitet på tværs af tilbuddene*

	0	1	2	3	4
<b>Andel patienter</b>	28%	13%	35%	22%	3%

Udover at spredningen i sig selv er væsentlig, kan det samtidig konstateres, at 28 pct. af patienterne ikke gjorde brug af de valgfri tilbud. For disse patienter (fraset yoga, som der ikke er data for) bestod tilbuddet således af den månedlige opfølgning med psykiateren og den hyppige opfølgning med kontaktpersonen.

Alle ovenstående kernelementer i tilbuddet blev bevaret gennem projektperioden med ganske få justeringer. De væsentligste justeringer omfattede:

- Det var oprindeligt tanken, at psykoedukationen skulle afholdes som internat med overnatning, men dette blev på baggrund af manglende tilslutning blandt patienterne ændret til aftenkurser i stedet
- Enkelte fik mulighed for at gennemføre dele af den indledende indlæggelse ambulant (uden overnatning)

Herudover varierede det præcise indhold i nogle af de valgfri tilbud afhængigt af interesser og behov blandt de patienter, der var i forløb på det givne tidspunkt.

De interne strukturer for (tvær)faglige drøftelser, koordinering mv. blev ligeledes fastholdt gennem forløbet. Disse omfattede særligt ugentlige konferencer og daglige morgenmøder (begge uden deltagelse af patienter).



## 6. Målgruppe og aktivitet

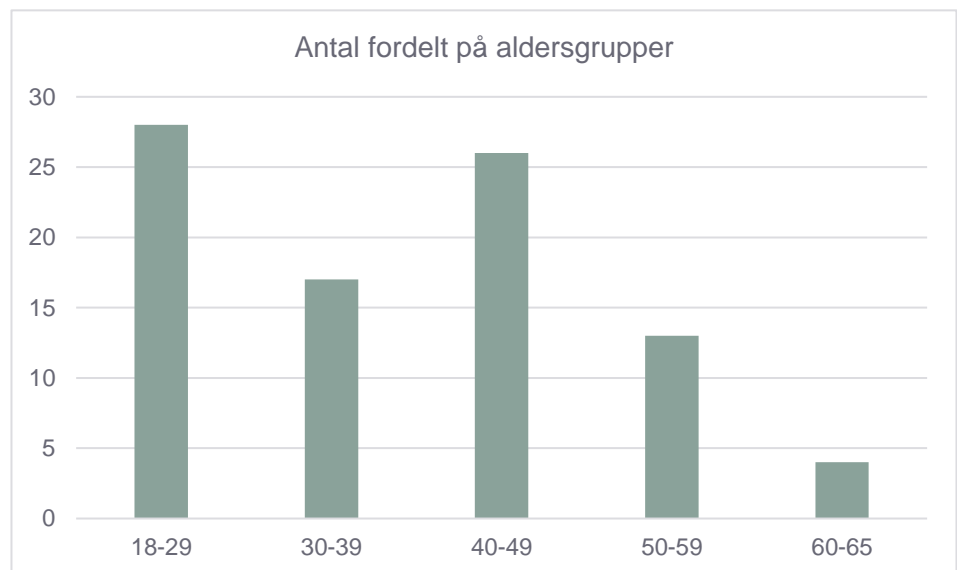
Tilbuddet var målrettet voksne patienter med skizofreni med et ønske om at trappe ned eller ud af deres medicin. Helt præcist var følgende in- og eksklusionskriterier for deltagelse:

- Patienten var mellem 18 og 65 år
- Patienten ønskede at trappe ned eller ud af medicin
- Patienten havde en skizofrenidiagnose (F.20.0-F20.9, dog undtaget F20.6)
- Patienten havde været i medicinsk behandling i mindst 2 år
- Patienten havde været stabil i mindst 6 måneder forud for inklusion i projektet
- Patienten var ikke påvirket af misbrug i en sådan grad, at de ikke kunne medvirke i undersøgelserne
- Patienten havde ikke været indlagt på en psykiatrisk afdeling 6 måneder op til inklusion i projektet (dog undtaget patientstyret indlæggelse af maks. 5 døgn)
- Patienten havde ikke øget selvmords- eller voldsrisiko, som taler mod medicinedtråning

Der har været en gennemgående oplevelse blandt de interviewede medarbejdere af, at der har været overensstemmelse mellem den tiltænkte og faktiske målgruppe. Enkelte har påpeget, at den gennemsnitlige patient har været i den sværere ende af skizofrenispektret, end de oprindeligt havde forestillet sig, om end sådanne forventninger hverken har været formaliseret eller indgået i inklusionskriterierne på andre måder end beskrevet ovenfor.

Det tyder på, at der har været en relativt høj grad af heterogenitet blandt de inkluderede patienter ift. både alder og køn. Således var 56 pct. af patienterne kvinder, mens alle aldersgrupper inden for inklusionskriteriet var repræsenteret, jf. nedenfor:

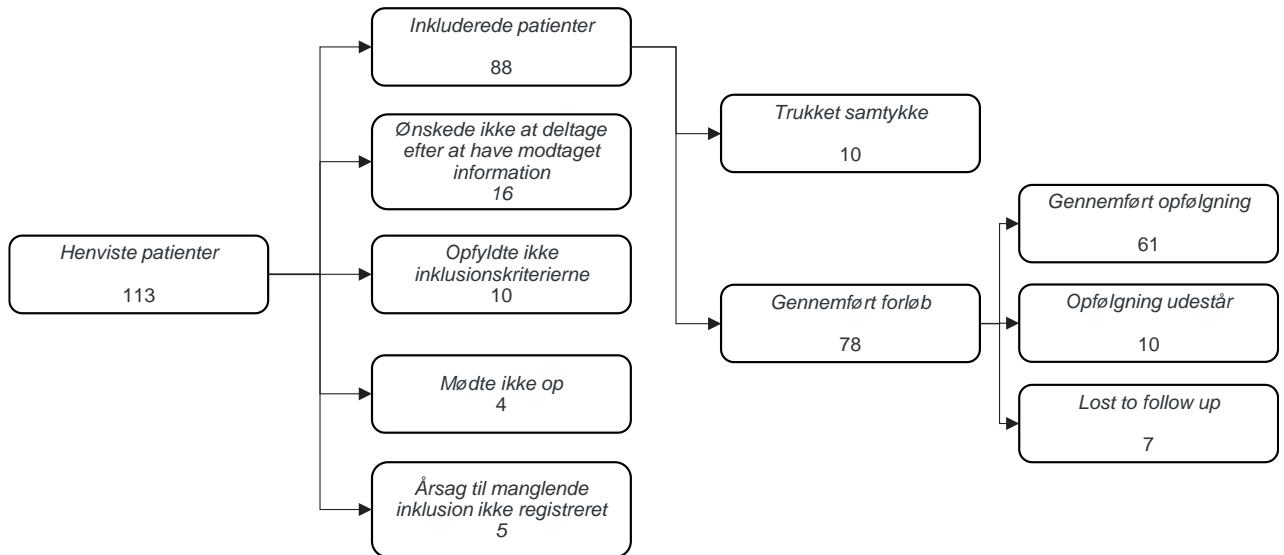
Figur 1: Fordeling af patienter i aldersgrupper



Blandt de inkluderede patienter var 16 pct. i behandling med flere medicinske præparater (polyfarmaci).

Projektet modtog i alt 133 henvisninger og inkluderede i alt 88 patienter over hele projektperioden. Nedenfor ses et overblik over antallet af inkluderede patienter, gennemførte forløb mv.:

Figur 2: Inkluderede patienter og gennemførte forløb



De 10 patienter, hvor opfølgningen udestår, skyldes alene, at der på tidspunktet for gennemførelsen af evalueringen fortsat ikke er gået 6 måneder fra patienternes afslutning i projektet.

Af de 10 patienter, som trak samtykket, gjorde 4 det under den indledende indlæggelse, 3 i løbet af de første tre uger af forløbet og 3 undervejs i forløbet. Det er en del af samtykkeerklæringen, at patienten ikke behøver begrunde, hvorfor de trækker deres samtykke, og derfor er der ikke fuldstændig viden om årsagerne hertil. Oplevelsen blandt medarbejderne er, at de primære grunde for de patienter, som afsluttede forløbet tidligt, dvs. under den indledende indlæggelse eller de første tre uger, knyttede sig til enten en overvældelse af omfanget af undersøgelser, interviews og tests eller en ændret forståelse for egen tilstand som følge af de mange spørgsmål om symptomer og livssituation. De 3 patienter, som trak deres samtykke sent i forløbet, havde det til fælles, at de alle blev vurderet at opleve en forværring af deres psykiske symptomer og anbefalet at trappe op i antipsykotisk dosis. 2 af de 3 blev stabiliseret efter optrapning og ønskede derefter at returnere til den henvisende behandler fremfor at fortsætte i projektet. For den sidste patient var der så betydelig uenighed mellem psykiater og patient i vurderingen af, om patientens tilstand var forværret – og deraf også det videre forløb – at det førte til ophør af samarbejdet.

Blandt de 78 gennemførte forløb var der i perioden 10 patienter (svarende til 13 pct.), som blev indlagt i psykiatrisk regi forud for opfølgningen. To af disse var undervejs i deres tilknytning til projektet (altså inden for 6 måneder efter rekruttering til tilbuddet), mens de resterende blev indlagt, efter de var afsluttet fra projektet, men inden opfølgningen 6 måneder senere. Der har herudover ikke været alvorlige utilsigtede hændelser, selvmordsforsøg eller dødsfald.

## 6.1 Udfordringer med rekruttering af patienter

Det var en ambition med projektet, at der skulle inkluderes 150 patienter over projektperioden. Det faktiske antal på 88 patienter – hvoraf 78 gennemførte – faldt således væsentligt under målet. Dette på trods af den tidligere nævnte bevågenhed om projektet og en løbende indsats blandt projektmedarbejderne om at sprede kendskabet til potentielle henvisende læger.

Der er gennem interviews med medarbejderne peget på flere hypoteser om, hvorfor det ikke lykkedes at rekruttere flere patienter:

- COVID-19 gav en opbremsning i tilgangen i 2020 i henhold til regionale retningslinjer, og kadencen for indtaget af patienter nåede aldrig tilbage på samme niveau som før COVID-19.
- På trods af diverse forsøg oplevedes det vanskeligt at gøre tilbuddet præsent og nærværende for de henvisende læger i distriktspsykiatrien. Der er mange samtidige projekter i gang, som konkurrerer om opmærksomheden, og i en travl hverdag forsvinder de fra bevidstheden.
- Der har blandt nogle henvisende psykiatere givetvis været en vis skepsis over for, om tilbuddet kunne løfte opgaven. De enkelte patienthistorier med patienter, som ikke oplevede lydørhed over for projektet i psykiatrien, men som blev henvist af egen praktiserende læge, kan understøtte dette, om end det er uklart, i hvilket omfang denne hypotese i øvrigt har forklaringskraft. Den dæmpende effekt af "faglig skepsis" kunne være et spørgsmål til videre undersøgelse ved eventuel udbredelse/udvidelse af projektet.
- Tilbuddets beliggenhed i Brøndby har ikke været optimal for mange af patienterne. I første omgang gav det anledning til, at tilbuddet begyndte at give støtte til transportudgifter. Efter en begrænset effekt af dette ændrede hypotesen sig til primært at handle om transporttid, hvorefter tilbuddet lånte lokaler på Gl. Kongevej på indre Frederiksberg. Dette nåede dog ikke at virke i længere tid, og det står derfor uvist hen, hvor stor forklaringskraft beliggenheden reelt har haft.
- For nogle patienter har det måske følt som uoverskueligt at træde ind i det nye tilbud for et relativt kort behandlingsforløb, og hypotesen er derfor, at forløbslængden på 6 måneder var en selvstændig kilde til begrænset rekruttering af patienter.

Det har ikke været muligt at belyse eller teste disse hypoteser med data eller relevante kilder, og det er derfor vanskeligt at be- eller afkræfte dem. Det, der kan siges på baggrund af informationsgrundlaget for denne evaluering, er, at flere af de interviewede patienter gav udtryk for, at deres vej ind i tilbuddet var båret af en eller anden form for tilfældighed – fx at en i netværket tilfældigvis kendte tilbuddet, eller at de tilfældigvis havde læst noget om det på nettet. Det kunne tale for, at tilbuddet ikke har været præsent og nærværende for tilstrækkeligt mange henvisende læger.

Det er samtidig klart – som en mere generel pointe i øvrigt – at der er knyttet en betydelig implementeringsopgave til at udrede kendskabet og øge henvisningslysten til et nyt tilbud, herunder måske særligt til nye "midlertidige tilbud". Det er på den baggrund måske ikke overraskende, at det har været vanskeligt at rekruttere det ønskede antal patienter til tilbuddet.

## 7. Resultater og forudsætninger

Der var, som nævnt i afsnit 4, to overordnede målsætninger:

1. Reduktion i antipsykotisk medicin med mindst 50 pct. for mindst 50 pct. af de inkluderede patienter.
2. Identificere prædiktorer for succesfuld ned- eller udtrapning af antipsykotisk medicin.

Eftersom denne evaluering ikke omfatter et kontrolleret design, er det ikke muligt at slutte kontrafaktisk på målopfyldelsen, dvs. at der er ikke et informationsgrundlag til at afgøre, hvorvidt patienterne ville være trappet ned i medicin i det psykiatriske regi, de i forvejen var tilknyttet, hvis dette tilbud ikke var tilgængeligt. Overvejelser om dette hviler derfor på det kvalitative grundlag, som interviews med medarbejdere og patienter har tilvejebragt.

### 7.1 Målsætning om reduktion i medicinforbrug

Nedenfor ses en oversigt over resultaterne, for så vidt angår medicinnedtrapning ved afslutning af forløbet (6 måneder) og ved opfølgning 12 måneder efter rekruttering til tilbuddet.

Tabel 4: Målopfyldelse

Kategori	6 måneder (n = 78)	12 måneder (n = 61)
Ikke muligt	21%	28%
≤24%	4%	5%
25-49%	23%	20%
50-74%	33%	30%
75-99%	10%	7%
Medicinfri (AP)	9%	11%
<b>I alt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

\* Data i ovenstående tabel er alene baseret på gennemførte forløb. Medicinreduktionen er mål i CPZ-ækvivalenter.

Som det fremgår af tabellen, var der ved endt afslutning af forløbet 52 pct. af patienterne med et gennemført forløb, som var reduceret med 50 pct. eller mere, mens det ved opfølgningen 6 måneder senere var 48 pct., som havde reduceret deres medicinforbrug med 50 pct. eller mere.

Disse resultater skal ses i lyset af, at nedtrapningen har været pauseret eller tilbagerullet, hvis patienten har oplevet tilbagefald (som overstiger de oplevede fordele ved reduktionen i medicinen). Der er således meget, der tyder på, at de tilfælde, hvor patienterne er reduceret væsentligt i medicin, også er tilfælde, hvor det samlet set har øget patientens oplevede livskvalitet.

På den baggrund – og i lyset af, at der ikke er gennemført et kontrolleret studie – må resultaterne samlet set konstateres at være særdeles positive:

- Ca. 10 pct. er blevet medicinfri
- Ca. 20 pct. har reduceret deres medicinforbrug med mere end 75 pct.
- Over 50 pct. har reduceret deres medicinforbrug med mere end 50 pct.

At resultaterne sikrer en formel målopfyldelse i forhold til projektoplægget, er i den forbindelse mindre væsentligt, eftersom de præcise andele i målet er arbitrært fastlagte.

Der er (desværre) ikke data på medicinsk compliance, men det er af nogle medarbejdere fremhævet i interviews, at der i hvert fald er en begrundet forventning om, at den medicinske compliance er forbedret under og efter forløbet.

Resultaterne er særligt positive, set i lyset af at der mellem afslutningen af forløbet og opfølgningen 6 måneder senere er en relativt begrænset stigning i forbruget af medicin. Perspektiverende set – med skelen til, at der ikke er foretaget en sammenligning op mod en tilsvarende patientgruppe, som er i behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien uden for projektet – er det samtidig interessant, at en større patientgruppe i praksis har et medicinforbrug på et niveau, der er væsentligt højere end det, der er behov for.

Hvis man kigger alene på de 61 forløb, i hvilke der er gennemført opfølgning efter seks måneder, er der sket følgende bevægelser mellem afslutningen af forløbet og opfølgningen seks måneder senere.

*Tabel 5: Forandringer ml. 6 og 12 måneder fra opstart*

<b>Ændringer fra 6 til 12 måneder</b>	<b>Andel</b>	<b>Gns. ændring</b>
Reduceret dosis	10%	1,3
Samme dosis	79%	-
Øget dosis	11%	2,6

\*  $n = 61$ .

Den gennemsnitlige ændring er her målt på en skala fra 1-5, hvor 1 er den mindst mulige ændring, og 5 er den størst mulige ændring ud fra de i tabel 4 definerede kategorier. Dvs. hvis en patient er gået fra at være medicinfri ved afslutningen af forløbet til at være tilbage på fuld dosis efter 12 måneder (hvilket faktisk er tilfældet for én patient), får patienten scoren 5 i ændring. Hvis en patient går fra at være reduceret mellem 75 pct. og 99 pct. ved afslutningen af forløbet til at være medicinfri efter 12 måneder (hvilket er tilfældet for 3 patienter), får patienten scoren 1.

Der er to interessante konklusioner at drage på baggrund af ovenstående.

1. For det første tyder meget på, at der for langt de fleste patienter er tale om langsigtede resultater. Uanset hvad resultatet har været ved afslutningen af forløbet, fastholder ca. 80 pct. af patienterne dette resultat 6 måneder senere. De resterende fordeler sig ligeligt mellem patienter, som har opnået yderligere reduktioner i deres medicinforbrug, og patienter, som har øget deres medicinforbrug igen.
2. For det andet er der noget, der tyder på, at de patienter, som har fortsat reduktionen i medicinforbruget, har gjort dette i et mere moderat tempo end de patienter, som har måttet øge dosis igen.

Der kan ikke på baggrund af disse resultater – hverken i positiv eller negativ retning – konkluderes, om patienterne har været fejl- eller overmedicineret forud for inklusion i projektet. Der kan være sket mange ting i patientforløbet, som har gjort tiden moden til medicinnedtrapning. Men det, der i hvert fald kan konstateres, er, at det forhold, at en så høj andel patienter lykkes med medicinnedtrapning i et eller andet omfang, taler for, at den rette og tilstrækkelige medicinering kræver et kontinuerligt fokus på medicinnedtrapning og en villighed og evne til at agere, når tiden er moden.

Opsummerende og med de forbehold, som knytter sig til, at der ikke har været gennemført et kontrolleret studie, er konklusionen, at projektet har vist særdeles positive resultater med hensyn til at lykkes med medicinnedtrapning for de fleste af de involverede patienter.

### 7.1.1 Virkningsmekanismerne for resultaterne

I det omfang, projektet reelt lykkedes med at understøtte medicinnedtrapning, som ikke ville være lykkedes i det psykiatriske regi, patienterne ellers havde været tilknyttet, rejser det naturligt spørgsmålet om, hvilke egenskaber eller karakteristika ved tilbuddet der understøttede de positive resultater.

Med udgangspunkt i interviewene med medarbejdere og patienter er der meget, der tyder på, at projektet lykkedes med at etablere nogle velkendte – om end ofte vanskeligt realiserbare – virkningsfulde mekanismer, omfattende:

1. Der blev arbejdet systematisk og helhedsorienteret med patientens mål om medicinnedtrapning
2. Forløbene har været individualiserede med en høj grad af patientinddragelse
3. Patienterne har følt sig trygge fra starten og hele vejen gennem forløbet

Det er samtidig væsentligt, at der har været en høj grad af sammenfald mellem det, patienterne udtrykte har været virkningsfuldt i forløbet, og det, medarbejderne udtrykte har været virkningsfuldt i forløbet. Disse uddybes nedenfor.

#### **Der blev arbejdet systematisk og helhedsorienteret med patientens mål om medicinnedtrapning**

Alle patienterne inkluderet i dette tilbud har gået med et ønske – efter alt at dømmes et for mange dybtfølt ønske – om at trappe ned eller ud af deres medicin. Det har for de fleste af de interviewede patienter samtidig været et ønske, som de har oplevet det vanskeligt at få prøvet af i perioden op til inklusionen i dette projekt – og for fleres vedkommende i en længere årrække.

Det er derfor et væsentligt perspektiv i sig selv, at de interviewede patienter enstemmigt har følt sig mødt i deres ønske om medicinnedtrapning. Flere talte om at føle sig forstået og imødekommet på en måde, som de ikke havde været vant til i dialogen om medicinering, og italesatte det som både befriende og motiverende, at der ikke skulle stilles spørgsmålstejn ved, og at de ikke skulle argumentere mod nogen for, at medicinnedtrapningen skulle afprøves. Der er på baggrund af patientinterviewene ingen tvivl om, at alene det at møde et sundhedssystem, som var gearret til at kunne lytte og agere på ønsket om medicinnedtrapning, i sig selv var en primær kilde til den udtalte begejstring, der blev afdækket.

Meget tyder endvidere på, at den begejstring på samme måde har været understøttende for forløbene og samarbejdet mellem patient og det tværfaglige team. Flere italesætter det som fordrende for troen på, at det kan lykkes at trappe ned i medicin, at de fra starten har følt sig mødt af et team, som også har villet og troet på målet om medicinnedtrapning. På denne måde blev der fra starten af projektet etableret et godt udgangspunkt for det videre samarbejde.

Patienternes perspektiver falder i tråd med de interviewede medarbejdere, der alle italesætter, at ét af de afgørende forhold, som adskilte interventionen i dette projekt fra dele af den øvrige psykiatri, handlede om selve tilgangen til og fokuset på medicinnedtrapning. Det var så at sige indlejret i projektets formål, at medicinnedtrapning var det, det hele handlede om, og der var blandt de professionelle en udpræget nysgerrighed efter at udforske det og tro på, at det kunne lade sig gøre.

Det er samtidig en væsentlig pointe, at det tydelige fokus på medicinnedtrapning ikke er en forudsætning, der kan stå alene. Det fokus skal følges af rammer, som gør det muligt at forfølge det professionelt og systematisk. Det har været en grundsten i projektet, at der skulle etableres et setup omkring borgeren, som både gjorde nedtrappingsprocessen

mulig, sikker og tryk, og hvor understøttende indsatser kunne tilvælges. I tråd med dette fremhævede flere patienter, at de følte det meget positivt, at der var fokus på de forskellige dele af deres liv, tanker, bekymringer mv., som de selv vurderede var relevant for at lykkes med medicinnedtrapningen. På denne måde talte flere om at blive set som et "helt menneske". To patienter udtrykte fx:

*"Jeg blev set som et menneske – ikke bare et nummer eller diagnose."*

*"Jeg blev behandlet godt og som menneske – i modsætning til tidligere erfaringer, hvor jeg blockede mig selv."*

– Patienter

Der er også her sammenfald med medarbejdernes oplevelse af, at det tværfaglige samarbejde lykkedes særligt godt. Forklaringen herpå gik dels på, at der var tilstrækkelige ressourcer til, at de kunne sætte sig sammen om patienten og reelt bidrage med forskellige perspektiver, og dels at det var et forholdsvist lille sammentømret team med et fælles projekt og en fælles passion for og tro på arbejdet med medicinnedtrapning.

### **Forløbene har været individualiserede med en høj grad af patientinddragelse**

Tilbuddet var – som allerede nævnt – ikke én og samme ting for alle patienter. Der var en "obligatorisk" grundstruktur i projektet, som bestod af den hyppige dialog med kontaktpersonen og den månedlige opfølgning med psykiateren, men udover dette var de øvrige elementer i tilbuddet valgfri og drevet af patientens (egen oplevelse af) behov og ønsker. Blandt de interviewede patienter var der eksempler på patienter, som alene var i dialog med kontaktpersonen og psykiateren, ligesom der var eksempler på patienter, som tog imod "hele pakken".

På denne måde var projektet i høj grad individualiseret og tilrettelagt på patientens præmisser og ud fra patientens oplevede behov. Ingen patienter italesatte således en generel oplevelse af at være "trukket igennem" indsatser eller aktiviteter, som for dem virkede irrelevante.

Der er meget, der tyder på, at det lykkedes i projektet at arbejde konstruktivt med patientinddragelse og skabe en oplevelse blandt patienterne af, at beslutninger om forløbet var fælles og meningsfulde. Et eksempel på dette er, at der på trods af en fast systematik i medicinnedtrapningen med standardiserede sikkerhedsmekanismer for pausering eller tilbagerulning af nedtrapning ikke var én af de interviewede patienter, som gav udtryk for at opleve processerne og beslutningerne om behandlingsplanen som mekaniske eller drevet alene af psykiateren og resten af det tværfaglige team. Tværtimod italesatte flere eksplicit, hvordan de oplevede et konstruktivt samarbejde og dialog med det tværfaglige team. En patient udtaler fx:

*"De tog sig god tid til dialogen – nogle gange et par timer – og vi kom godt rundt. De var også gode til at bevare overblikket for en, hvis man ikke var på toppen, men ikke sådan, at jeg blev sat ud af spil."*

– Patient

Det er i denne sammenhæng også væsentligt, at meget tyder på, at samarbejdet mellem teamet og patienten ikke alene oplevedes konstruktivt, når medicinnedtrapningen lykkedes. Det er ikke på baggrund af patientinterviewene muligt at konkludere på dette, da Implement ikke er bekendt med de interviewede patienters specifikke medicinnedtrapningsresultater, men det blev af flere medarbejdere italesat, hvordan der også i de nedtrapningsforsøg, som ikke endte med (væsentlige) medicinreduktioner, alligevel kunne være positive effekter af afprøvningen. Dette i særlig grad, fordi der i

samarbejdet mellem patienten og det tværfaglige team kunne opstå nye erkendelser og for patienten – i bedste fald – en form for forsoning med medicinbehovet.

En af medarbejderne udtrykte i den forbindelse:

*”Det giver mening at lytte og tage det alvorligt, når borgerne udtrykker ønske om at trappe ned – og det er godt givet ud at afprøve det. ... Det lykkes jo ikke altid, men det, jeg i hvert fald ved, er, at det er muligt at få et bedre samarbejde med patienterne om medicinen – uanset om de skal nedtrappes eller ej.”*

– Medarbejder

Det er ikke muligt i forbindelse med denne evaluering at kvalificere eller kvantificere yderligere, hvor ofte patienterne, for hvem medicinnedtrapningen ikke lykkedes, der i kraft af et godt samarbejde med teamet, afsluttede projektperioden med en oplevelse af nye erkendelser eller forsoning. Det ville i denne forbindelse være særligt væsentligt også at snakke med patienter, som havde trukket deres samtykke, og afdække oplevelserne blandt disse patienter dybere. Men det er alligevel en væsentlig pointe, fordi den tydeliggør, at ikke kun medicinnedtrappingsforsøg, som lykkes ”på papiret”, kan være værdifulde for patienten. Noget tyder på, at alene det at få afprøvet ønsket om medicinnedtrapning systematisk, professionelt og i et konstruktivt samarbejde har selvstændig værdi og kan have andre positive afledte effekter.

Det er samtidig væsentligt, at det naturligvis ikke forholder sig sådan for alle, at konklusionen om, at medicinnedtrapning ikke er mulig her og nu i dette regi og med den samlede livssituation, der nu engang gør sig gældende for patienten, altid ender i forsoning. En af medarbejderne fremhævede, at nogle patienter har betalt en pris i forsøget. Det har været efter eget ønske og på egen motivation, men for nogle har tilbagefald og symptomforværring – snarere end forsoning – været konsekvensen. Data, der viser, at de ca. 10 pct. af patienterne, som ”tilbageruller” medicinreduktionen efter afslutningen af forløbet, gør det i relativt markant omfang, kan understøtte denne pointe, om end det er vanskeligt at konkludere noget i fraværet af et kontrolleret design.

### **Patienterne har følt sig trygge fra starten og hele vejen gennem forløbet**

Flere af de interviewede patienter gav udtryk for, at noget af det særlige ved dette tilbud var den tryghed, de følte i projektet ved at give sig i kast med at afprøve medicinnedtrapningen. Særligt tre forhold blev i den forbindelse fremhævet af flere.

For det første udtrykte flere, at den **indledende indlæggelse** var helhedsorienteret i sit fokus, og at hele testperioden var meget systematisk udført. For flere gav det en tro på, at selve nedtrappingsplanen var realistisk og ville blive professionelt udført, ligesom det at der blev testet ”hele vejen rundt”, gav et ”enormt betryggende” grundlag at stå på og også en tro på, at de selv kunne håndtere og være i nedtrapningen.

Det var ikke så meget selve *indlæggelsen*, som blev fremhævet som positiv, som det var systematikken og det brede fokus i testene.

For det andet nævnte flere den **tætte, hyppige kontakt** med kontaktpersonen og denne lette adgang til psykiateren via den månedlige – og grundige – opfølgning som særligt tryghedsskabende. Som en patient udtrykker det:

*”Det er nok den tætte kontakt, som jeg i virkeligheden synes har været tryk. Der er ikke nogen, der skrider i svinget.”*

– Patient



Også medarbejderne fremhævede den tætte opfølgning og den mulighed, det giver for at reagere rettidigt, hvis der opstår symptomforværring, som særligt væsentligt. Det var efter medarbejdernes udsagn ikke, fordi opfølgningerne blev gennemført ud fra andre principper eller en anden tilgang end "almindelig" praksis – den væsentlige forskel blev snarere beskrevet som et spørgsmål om, at der faktisk var ressourcer til at gennemføre opfølgingsarbejdet hyppigt og grundigt.

For det tredje fremhævede flere patienter **medarbejdernes kompetencer** og forståelse for det psykiatriske område generelt og for skizofreni specifikt som et særligt positivt og tryghedsskabende forhold ved forløbet. Flere oplevede, at de ikke skulle bruge unødigt tid på at føle sig forstået i deres symptomer, følelser, bekymringer, håb og drømme, og det var fordrende for det tillidsbaserede samarbejde.

## 7.2 Målsætning om at identificere prædiktorer

Den anden målsætning for projektet knyttede sig som nævnt til at identificere prædiktorer for succesfulde nedtrappingsforløb. Dette formål er i sagens natur et spørgsmål, som den forskning, der bliver lavet på baggrund af projektets fulde datagrundlag, vil adressere mere fyldestgørende. Eftersom kun et begrænset datasæt er stillet til rådighed til denne evaluering, er mulighederne tilsvarende begrænsede.

Man kan helt indledningsvist konkludere, at det ikke kræver yderligere analyse at konstatere, at for patienter, som opfylder projektets inklusionskriterier, har det udtrykkelige ønske om at trappe ned eller ud af medicin haft en særdeles stærk prædiktiv værdi. Det kan ikke konstateres med sikkerhed på baggrund af nærværende informationsgrundlag, men det kan sandsynliggøres og – om ikke andet – stilles som en hypotese til undersøgelse, at *ønsket* alene er den enkeltstående faktor med størst prædiktiv værdi for succesfuld nedtrapping. I forlængelse heraf er det naturligt at tænke, at afsættet for enhver afprøvning af medicinnedtrapping må være patientens ønske herom.

Hvis man kigger på de faktorer, som differentierer patienterne inkluderet i projektet fra hinanden, og som der for denne evaluering er gjort data tilgængelige for, er der ikke umiddelbart observerbare forhold, der prædikterer graden af medicinnedtrapping ved afslutning af forløbet. Nedenfor ses en regressionsanalyse på de fire variable: køn, alder, mono- eller polyfarmaci og dosis ved opstart (udtrykt i CPZ-ækvivalent):

*Tabel 6: Lineær regression på prædiktive faktorer*

<i>Uafhængige variable</i>	<i>Koefficient</i>	<i>p-værdi</i>
Intercept	3,71	0,00
Køn (1 = kvinde)	0,53	0,13
Alder	-0,01	0,68
Polyfarmaci (= 1)	-0,14	0,80
CPZ-ækvivalent dosis	0,00	0,11

\*  $n = 78$ . *Afhængig variabel: Medicinnedtrapping som andel af startdosis ved afslutning af forløb (1: 0%; 2: 1-24%; 3: 25-49%; 4: 50-74%; 5: 75-99%; 6: 100%)*

Den faktor, som kommer tættest på at forklare noget af interesse, er køn. Her ses en tendens til, at kvinder lykkes marginalt bedre og mere med nedtrapping. Effekten er dog ikke statistisk signifikant på det tilgængelige datagrundlag. Alt i alt må det altså

konstateres, at opgaven med at identificere de prædiktive faktorer via en kvantitativ analyse – ikke overraskende – må afvente forskningsresultaterne.

De kvalitative overvejelser, som særligt de interviewede medarbejdere har italesat, er i overensstemmelse med ovenstående, idet mange oplever, at det er utrolig vanskeligt at prædiktere på forhånd, for hvem nedtrapning vil lykkes, og for hvem det ikke vil. En observation, som flere fremhæver, er, at det for mange patienter, som ”man” normalt ville tænke, at medicin nedtrapning ikke var muligt for, faktisk kunne lade sig gøre alligevel.

Samtidig drager flere af de interviewede medarbejdere den konklusion, at givet den usikkerhed, der er på området, og givet bivirkningernes væsentlige påvirkning på livskvaliteten, er alene det, at patienterne har et udtrykt ønske om at trappe ned eller ud af deres medicin, en tungtvejende grund til at forfølge dette.

## 8. Perspektiver for videreudvikling

Alle medarbejdere og patienter er blevet spurgt til, hvad læringen og perspektiverne i projektet har været, samt hvilke ændringer de ville foretage, hvis projektet skulle være endnu bedre. Der er i den forbindelse nogle udviklingsperspektiver, som knytter sig mere afgrænset til videreudviklingen af lignende tilbud, mens andre udviklingsperspektiver knytter sig til udbredelsen af adgangen til specialiserede medicin nedtrapningstilbud og/eller medicin fri behandling i bredere forstand.

Med hensyn til det første er der i interviewene ikke italesat eller identificeret væsentlige ændringsbehov i selve tilbuddet – selve grundstrukturen og systematikken i tilbuddet bliver af både medarbejdere og patienter vurderet relevant og uden større ændringsbehov. De primære ændringsmuligheder, der bliver italesat, er:

- **Tidshorizonten kan med fordel udvides:** Flere af medarbejderne fremhæver, at en projektperiode på 6 måneder i flere forløb har været for kort til at indfri nedtrapningspotentialer. Dette særligt i de forløb, hvor patienten har været på depotmedicin, hvis virkning indtræder med betydelig forsinkelse – og derfor ses effekten af en nedtrapning ligeledes med betydelig forsinkelse. De fleste angiver 12 måneder som en mere relevant tidshorizont (som i øvrigt også er besluttet som forløbslængde for det tilbud, som efterfølgende er gået i drift på Psykiatrisk Center Glostrup).

Projektperioden var ikke på samme måde et tema for de interviewede patienter. De fleste havde vanskeligt ved at forholde sig til, hvad en mere relevant projektlængde kunne være, og mens nogle sagde, at en længere periode ville have været godt, sagde andre, at de er i tvivl, om de havde taget imod tilbuddet fra starten, hvis det havde været 12 måneder, fordi det ville have virket voldsomt. Det kan derfor være relevant også på dette punkt at sikre, at de individuelle behov hos den enkelte patient definerer forløbslængden.

- **Ambulant opstart:** Flere medarbejdere italesatte, at den indledende indlæggelse med fordel kunne undgås og i stedet gennemføres som et intensivt ambulant forløb. Dette er sammenfaldende med, at enkelte af de interviewede patienter oplevede indlæggelsen som vanskelig at overskue og gennemføre, og der blev således også lavet individuelle aftaler om, at nogle patienter kunne gennemføre den første dag helt eller delvist ambulant.
- **Samarbejde med henvisende læger:** Det står fortsat som et relativt uafklaret forhold, hvorfor det ikke lykkes at rekruttere flere patienter til tilbuddet. Flere

hypoteser er som nævnt i spil, men det er vanskeligt at validere – eller i hvert fald rangordne – dem. En ting, der er klart, er, at hvis den potentielle målgruppe, som kunne have gavn af tilbuddet, også skal have adgang til tilbuddet, kræver det et tættere og måske mere formaliseret samarbejde med flere henvisende læger – og måske især i de distriktspsykiatriske centre.

Med afsæt i de positive patientoplevelser og medarbejdervurderinger samt målopfyldelsen med medicinnedtrapning er der samtidig meget, der taler for, at nogle af de væsentlige videreudviklingsperspektiver i højere grad retter sig mod udbredelsen af adgangen til specialiseret medicinnedtrapningstilbud og/eller medicinfri behandling i bredere forstand. Der er her særligt to perspektiver:

- **Udbredelse af tilsvarende muligheder i andre regioner:** Efter projektperioden er en justeret udgave af projektet gået i drift på Distriktspsykiatrisk Center Glostrup under Region Hovedstaden. Tilsvarende muligheder for patienterne – med samme specialisering, tværfaglighed og systematik i arbejdet med medicinnedtrapning – findes imidlertid ikke i de øvrige regioner. Det kalder på en drøftelse af, hvorvidt patienterne i Danmark, uafhængigt af bopæl, skal have adgang til en specialiseret, tværfaglig indsats, der arbejder aktivt og systematisk med medicinnedtrapning som en integreret del af den samlede indsats.
- **Udvikling af tilsvarende muligheder for andre målgrupper:** Dette projekt har som bekendt alene omhandlet patienter med skizofrenidiagnoser. Der ligger en oplagt udvidelsesmulighed i at tænke medicinnedtrapningsindsatsen (langt) bredere. En foreløbig overvejelse blandt en projektmedarbejder går på, at et naturligt udviklingstrin kunne være at omfatte patienter med fx personlighedsforstyrrelser, hvor virkningen af psykofarmaka er tilsvarende uklar, og bivirkningerne er tilsvarende svære.

Der ligger naturligvis et uafdækket omkostnings- og effektivitetsperspektiv i eventuelle udbredelser til andre regioner og/eller andre målgrupper. Dette projekt giver ikke grundlaget for at beskrive og vurdere dette tilstrækkeligt af flere grunde:

- For det første er det uklart, hvad disse forløb ville koste, hvis projektet var gået i drift. De faktiske omkostninger pr. gennemført forløb i dette projekt (svarende til 130.000 kr.) er i den forbindelse irrelevante, da de både dækker over en overbudgettering ift. det faktiske antal inkluderede patienter, projektkomkostninger (som ville bortfalde i drift) samt eventuelle tilpasninger af tilbuddet med henblik på at ramme et fornuftigt leje mellem ressourcer og effekt.
- For det andet ville det kræve et mere seriøst forsøg på at forstå de forskellige afledte effekter, der kan være i forbindelse med både de positive og negative virkninger af medicinnedtrapningsforsøgene, herunder sengedage i psykiatrien, fastholdelse af erhvervsevne, udvikling af somatiske sygdomme mv. Og herunder er der et helt fundamentalt behov for at afklare, hvor langt et perspektiv der bør lægges ned over effekt- og omkostningsafklaringen.

Uden et sådant effekt- og omkostningsperspektiv står udbredelsesperspektivet i højere grad på den principielle drøftelse af (lige) adgang uanset geografi og diagnose.

Hvis ambitionen er, at psykiatrien i Danmark skal være førende inden for medicinfri behandling, er der samtidig et udviklingsperspektiv, som ikke alene går i retning af at trække patienter ned eller ud af medicin, men helt at undgå at starte den medicinske behandling op. Skeler man til Norge, hvor meget af inspirationen kommer fra, er egentlig medicinfri behandling et tilbud, patienten kan vælge. Den mulighed dækker projektet om medicinnedtrapning ikke, og den findes ej heller andre steder i den danske psykiatri.

En sådan udvikling vil stille endnu større krav til de indsatser, der sættes i stedet for den medicinske behandling, hvor reelle, intensive recovery-orienterede indsatser vil være nødvendige. Og heri vil der ligge et større udviklingsarbejde for psykiatrien med bl.a. større integration af behandlings- og socialpsykiatri samt inddragelse af netværk og civilsamfund.

## 9. Bilag 1: Testbatteri og opfølgning

Nedenfor ses et overblik over, hvilke tests der blev gennemført under den indledende indlæggelse ("baseline") samt fulgt op på undervejs.

Anslået tidsforbrug med forsøgspersonen er angivet i parentes.

Type af ratingskala/undersøgelse	Baseline	1,2,4,5 mdr.	3 mdr.	6 mdr.	12 mdr.
<b>Psykopatologi, kognitiv formåen m.m.</b>					
Positive and negative symptom scale (PANSS) (30 min.)	X	X	X	X	
Clinical Global Impression (CGI) (2 min.)	X	X	X	X	X
Hamilton – Angstskala (10 min.)	X		X	X	
Calgary Depression Scale Schizophrenia (CDSS) (5 min.)	X		X	X	
WAIS-IV (intelligenstest)	X				
PSE/Diagnose validering (30 min.)	X				
Brief Assessment of Cognition (BACS) (35 min.)	X			X	
Trail Making Test (TMT)	X			X	
Mentaliseringsevne (TAS-20) (10 min.)	X		X	X	
Bech's Cognitive Insight Scale (BCIS)	X		X	X	X
<b>Funktionsniveau og social</b>					
Global assessment of functioning (GAF) (0 min.)	X	X	X	X	X
Personal and functioning scale (PSP) (5 min.)	X		X	X	
Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (1 time)	X			X	
The changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) (10 min.)	X		X	X	
Sheehan Disability Scale (10 min.)	X		X	X	
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	X			X	
Adolescent/Adult Sensory Profile	X				
<b>Recovery og livskvalitet</b>					
MANSA (livskvalitet)	X		X	X	
Drug Attitude Inventory (DAI) (10 min.)	X	X	X	X	
Cohens Stress-skala (5 min.)	X	X	X	X	
INSPIRE recovery-skala (10 min.)	X		X	X	X
<b>Motorisk</b>					
Body Awareness Rating Scale (BARS) (1 time)	X			X	
UKU Bivirkningsskala (15 min.)	X	X	X	X	
Multidimensional Assessment of Interoceptive awareness (MAIA) (15 min.)	X			X	
PAS + accelerometer	X		X	X	
<b>Andet</b>					
Alcohol/Drug Use Disorder Identification Test (AUDIT/DUDIT) (20 min.)	X	X	X	X	X
Diagnostisk og psykofarmakologisk historik	X				
Medicinstatus og Antropometri	X	X	X	X	X
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	X	X	X	X	

\* Kilde: Forsøgsprotokol v. 2.4, 4. maj 2018