

Ringbo-projektet

Resultater fra efterundersøgelsen

April 2015

Projektleder, sygeplejerske, Jane Eldrup Nørgård

Leder, psykolog, ph.d. MPG, Lone Petersen



Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Resumé.....	4
Baggrund og formål.....	7
Forundersøgelsen.....	9
Efterundersøgelsen	11
Del 1. Hovedresultater.....	14
Del 2. Resultater fra delprojekterne	19
Delprojekt 1 - Optimering af den psykofarmakologiske behandling	19
Delprojekt 1 - NADA øreakupunktur.....	22
Delprojekt 2 - Optimering af det tværsektorielle samarbejde.....	25
Delprojekt 3 - Optimering af medicin håndteringen.....	26
Delprojekt 4 - Optimering af behandlingstilbuddet	27
Delprojekt 5- Illness Management and Recovery (IMR).....	28
Delprojekt 6- Shared Decision Making	32
Konklusion	36
Bilag 1 Spørgeskema fra Ringbo-projektet	37
Bilag 2 Handleplan for medicin håndteringen 2010.....	47
Bilag 3 Optimering af behandlingstilbuddet.....	48
Bilag 4 Shared Decision Making	49

Forord

Denne rapport er udgivet af Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med Københavns Kommune som evaluering af Ringbo-projektet.

Udgangspunktet for samarbejdet var, at projektet skulle give mere viden om hvordan vi bedre kan håndtere de sundhedsfaglige opgaver på botilbud. Beboerne på et psykiatrisk behandlingstilbud skal tilbydes en behandling på lige vilkår med enhver anden borger med psykisk sygdom. Det er vigtigt at have fokus på recovery, men den psykofarmakologiske behandling er mindst lige så vigtig på botilbud og skal optimeres så polyfarmaci og brug af benzodiazepiner reduceres.

Rapporten beskriver resultaterne fra de forskellige delprojekter, som indgik i det samlede Ringbo-projekt. Rapporten er en opfølgning på forundersøgelsen fra 2012 ved Jane Nørgård, Lene Eplov og Lisa Korsbek.

Ringbo-projektet har været et langt og godt forløb over 4 år. Der har været tale om et grundigt arbejde og resultaterne peger da også på, at med en systematisk indsats løftes kvaliteten. Rapporten er udarbejdet af Jane Eldrup Nørgård og Lone Petersen fra Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri. Lone Petersen er leder af kompetencecenteret og Jane Eldrup Nørgård var projektleder og ansvarlig for evalueringen.

Projektet foregik i et tæt samarbejde mellem medarbejdere fra Center Ringbo, Psykiatrisk Center Ballerup, projektledelsen og styregruppe med deltagere fra hhv. Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Den fælles målsætning om at optimere det psykiatriske behandlingstilbud på Center Ringbo har uden tvivl bidraget til det gode resultat, ligesom det gå-på-mod, som medarbejderne har udvist i forhold til udvikling og implementering af de forskellige delprojekter og beboernes velvilje ligeledes har understøttet resultatet.

Vi vil hermed gerne takke medarbejdere i Center Ringbo og på Psykiatrisk Center Ballerup for deres medvirken i projektet. Ligeledes vil vi gerne takke de mange beboere, der har deltaget.

Resumé

Ringbo-projektet fandt sted i perioden 2010-2013 og var et samarbejdsprojekt mellem Socialforvaltningen, Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Baggrunden for at iværksætte projektet var en stigende erkendelse af, at kvaliteten på de socialpsykiatriske tilbud, især hvad angik den medicineringspraksis, der fandt sted, ikke var god nok. Specielt var der en høj forekomst af polyfarmaci, et højt medicinforbrug generelt samt et stort forbrug af benzodiazepiner. Ydermere var der en gryende erkendelse af, at den psykofarmakologiske behandling ikke kunne stå alene men burde kombineres med psykosociale og recoveryorienterede interventioner.

Den foreliggende rapport er en beskrivelse af projektets resultater og består af

1. Del 1 hvor projektets hovedresultater vil blive gennemgået
2. Del 2 hvor de enkelte delprojekters resultater beskrives
3. Konklusion

Formålet med Ringbo-projektet var at forbedre det psykiatriske behandlingstilbud til beboerne på Center Ringbo og fokus var især på beboernes helbred, livskvalitet og empowerment.¹ Projektet indeholdt seks delprojekter, som alle understøttede det overordnede formål. Disse var

- Optimering af den medicinske behandling ved brug af medicinsk algoritme og en fælles behandlingsplan
- Opnåelse af en fælles medicinkultur imellem sektorerne
- Optimering af medicin håndteringen
- Optimering af behandlingstilbuddet igennem en tværfaglig vurdering af behovet for behandling andre steder end Center Ringbo
- Undervisning af beboerne i programmet Illness Management and Recovery med henblik på at støtte beboernes egne recovery mål
- Anvendelse af principperne i Shared Decision Making for derved at øge beboernes mulighed for selvforvaltning i forhold til den medicinske behandling

Inden iværksættelse af de forskellige interventioner blev der indhentet data om beboerne via spørgeskemaer, interviews, journaloplysninger og databaser. Oplysningerne fokuserede på sociodemografiske data, symptomer og socialt funktionsniveau, misbrug, helbred og livsstilsfaktorer, behandling, medicinering og medicinadministration, indlæggelser, netværk, livskvalitet og empowerment. Undersøgelsen blev gentaget efter interventionerne var iværksat, hvorved effekten af disse kunne evalueres.

I alt 105 beboere deltog i både ved for- og efterundersøgelsen. Ikke alle beboere indgik i alle delprojekter.

Del 1

De overordnede resultaterne viser, at der i perioden 2011-2013 er sket et signifikant fald i brugen af polyfarmaci, brug af benzodiazepiner og kombinationsbehandling fra for- til efterundersøgelsestidspunktet.

Stigningen i antallet af beboere som ikke fik kombinationsbehandling udgjorde 26 %, fra 55 beboere i 2011 til 77 i 2013. Antallet af beboere som ikke fik benzodiazepiner steg fra 45 til 77 sv.t. en stigning på 19 % og antallet som ikke fik antipsykotisk polyfarmaci steg fra 55 til 77 beboere, hvilket er en stigning på 20 %.

¹ Empowerment relaterer sig til den enkeltes evne til at tage kontrol over eget liv.

Hvad angår symptom- og funktionsniveau havde beboerne færre psykiatriske symptomer og et højere funktionsniveau ved efterundersøgelsen. Begge dele er statistisk signifikant.

Livskvaliteten var steget signifikant, hvorimod der ingen ændring var i beboernes empowerment, målt ved Empowerment Scale.

Antallet af sengedage faldt fra 457 dage ved forundersøgelsen til 375 dage ved efterundersøgelsen målt over en 6 måneders periode ved begge undersøgelsestidspunkter.

Hvad angår de somatiske mål som blodtryk, blodsukker, overvægt er der sket en bedring. Der angives flere bivirkninger ved medicinen, sandsynligvis på grund af øget opmærksomhed og rapportering af disse.

Del 2

Resultaterne fra de enkelte delprojekter giver et forskelligartet indtryk.

Hvad angår delprojektet omkring optimering af den medikamentelle behandling ved hjælp af en medicinsk algoritme og en behandlingsplan, hvor 60 beboere, der havde behov for det, fik lagt en plan angående ændring af den medikamentelle behandling i henhold til den medicinske algoritme ser det ud til, at der er sket et fald i antipsykotisk polyfarmaci, benzodiazepin forbrug og kombinationsbehandling, uanset om beboeren har fået lagt en plan for den medikamentelle behandling eller ej. Derimod var der blandt de beboere, der fik lagt en plan, signifikant flere, der havde et højt funktionsniveau ved efterundersøgelsen.

De beboere, som fik NADA behandling, i alt 38 beboere, angav at have en højere livskvalitet ved efterundersøgelsen, end den gruppe, der ikke fik NADA. NADA behandlingen havde ingen effekt på forbrug af benzodiazepiner, hvilket ellers var en af hypoteserne bag NADA behandlingen.

Der har været en målrettet og vellykket indsats omkring medicin håndteringen fra projektets start.

Et af formålene med projektet var at undersøge om Center Ringbos beboere med fordel kunne behandles andre steder end på selve centret af en speciallæge fra DPC Gladsaxe, for eksempel i DPC eller hos privatpraktiserende psykiater. Igennem en tværfaglig vurdering fandt man, at dette ville have været tilfældet for omkring halvdelen af beboerne. Imidlertid blev det undervejs i projektet besluttet, at Center Ringbo skulle flytte til København, hvorfor processen med at iværksætte selve overgangen for de pågældende beboere til andre behandlingstilbud ikke blev fuldført.

Programmet Illness Management and Recovery (IMR), som er et recoveryorienteret undervisningsprogram blev afprøvet, og Ringbos personale blev uddannet i at gennemføre programmet. Oprindeligt var det forventningen, at beboerne kun ønskede at deltage i programmet individuelt, men det viste sig modsat, nemlig at gruppeundervisningen havde størst succes. På opgørelsestidspunktet havde i alt 14 beboere deltaget, heraf var de 11 beboere, der også boede på Ringbo ved projektets start og indgår således i datamaterialet. Idet det er ganske få, kan der ikke siges noget statistisk sikkert om effekten af interventionen. I og med at de beboere, der har deltaget har været glade for tilbuddet, vil man fortsætte med at tilbyde IMR på centeret.

Undervejs i projektet blev en metode til Shared Decision Making (SDM) i skemaform udviklet og afprøvet. 36 beboere og deres kontaktpersoner blev introduceret til redskabet. 22 gjorde brug af det enten til forberedelse eller undervejs i samtalen med psykiater omkring medicineringen. Der synes ikke at være effekt af brugen i forhold medicinering, symptom- eller funktionsniveau, livskvalitet eller empowerment. Da SDM er en intervention, der påvirker organiseringen af samtaler om medicin, kan redskabet ikke stå alene men skal følges af f.eks. ændring i form og

indhold af selve psykiatersamtalerne, ligesom der skal organiseres en systematisk støtte omkring brugen af SDM redskabet.

Del 3

Idet et enkelt delprojekt ikke synes at have haft afgørende indflydelse på resultaterne, er konklusionen, at selve det, at man satte systematisk fokus på kvalitetsudviklingen på Center Ringbo, og at man gjorde det med forskellige interventioner, der på hver sin måde rettede sig mod forskellige delelementer i kvalitetsudviklingen, medvirkede til projektets succes.

Baggrund og formål

Ringbo-projektet er et 4-årigt samarbejdsprojekt mellem Socialforvaltningen, Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Det overordnede formål med projektet var at forbedre det psykiatriske behandlingstilbud til beboerne på Center Ringbo med fokus på beboerens helbred, livskvalitet og empowerment. Projektet fandt sted i perioden 2010-2013. Resultaterne blev evalueret i 2014

Projektet blev lanceret med følgende 6 delmål og dertil knyttede 6 delprojekter:

Delmål

- At optimere den medicinske behandling ved brug af medicinsk algoritme og en fælles behandlingsplan
- At opnå en fælles medicinkultur, som skal sikre, at beboeren oplever en sammenhæng i behandlingen
- At optimere medicinhåndteringen ved at øge sikkerheden i den omgang med medicinen, som personalet varetager
- At optimere behandlingstilbuddet ved at foretage en tværfaglig vurdering af, om beboeren med fordel kan behandles andre steder end på selve botilbuddet
- At undervise beboerne i programmet Illness Management and Recovery med fokus på beboerens egne recovery-mål
- At øge muligheden for selvforvaltning i relation til medicinsk behandling ved anvendelse af principperne i Shared Decision Making

Center Ringbo

Center Ringbo er et socialpsykiatrisk bocenter med plads til 130 beboere. Centret hører under Københavns Kommune, men er beliggende i Bagsværd.

Ringbos kerneopgave er at yde støtte til voksne mennesker med betydelige psykiske funktionsnedsættelser efter Servicelovens § 108. Det vil sige borgere, som har behov for en længerevarende målrettet social- og sundhedsfaglig indsats for at opretholde eller udvikle deres færdigheder eller leve et godt hverdagsliv på egne betingelser.

Center Ringbo er opdelt i tre bo enheder med hver deres afdelingsleder og stedfortræder. Bo enhederne er tværfagligt bemandede med 46 % social- og sundhedsassistenter, 37 % pædagoger, og 13 % ergoterapeuter samt 4 % øvrige. Enhederne yder såvel socialfaglig- som sundhedsfaglig støtte og hjælp. Den socialpædagogiske støtte er f.eks. vejledning, guidning eller motivation. Det sundhedsfaglige arbejde består f.eks. af sundhedsfaglig behandling, måling, observation og medicinhåndtering. Der er også mulighed for at få hjælp af mere praktisk karakter f.eks. hjælp til rengøring, personlig hygiejne eller ledsagelse.

Udover bo enhederne består centret af en centerledelse, administration, centersygeplejerske, udviklingsafdeling, teknisk afdeling, natteam, madteam samt en Aktivitet og Beskæftigelse, der arrangerer aktiviteter og beskæftigelse for alle Ringbos beboere. Bo enhederne er ikke specialiserede, men arbejder med samme forskelligartede målgruppe. Der er dog den lille undtagelse, idet der til den ene enhed hører en række egne lejligheder, der i modsætning til resten af boligerne, ikke hænger sammen med personaleunderstøttede miljøer. Disse boliger er derfor målrettet beboere, der kan bo mere selvstændigt. Alle boliger er dog pladser efter Servicelovens § 108.

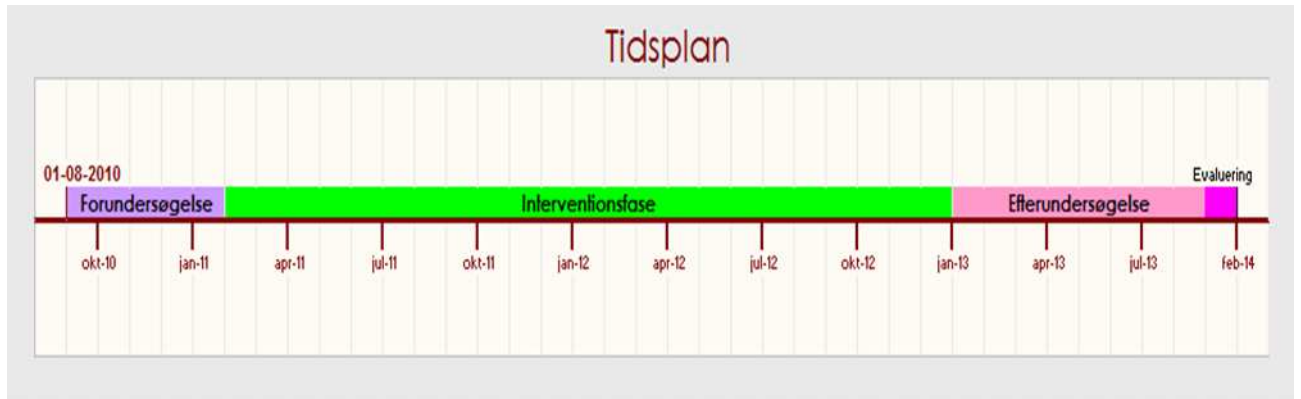
Projektets faser

Første undersøgelsesfase, som bestod af

- Forundersøgelse
- Undersøgelse af medicinkulturen med henblik på planlægning af delprojekt 2

- Interventionsfase, hvor de seks delprojekter blev implementeret.
- Anden undersøgelsesfase, bestående af
- Efterundersøgelse med henblik på at kunne vurdere effekten af interventionerne
 - Evalueringsfase

Figur 1. Tidsplan over Ringbo-projektet



Deltagere

Ved projektets begyndelse deltog 150 beboere fra Ringbo.

Desuden deltog Ringbos personale, Distriktpsykiatrisk Center Gladsaxe, personale fra afsnit 1 og akutmodtagelsen på Psykiatrisk Center Ballerup, idet de varetog behandlingen af beboerne fra Ringbo, når de havde behov for indlæggelse.

Forundersøgelsen

Som første fase af projektet blev der iværksat en forundersøgelse. Formålet med forundersøgelsen, der fandt sted i 2011 var at opnå en beskrivelse af beboerne på Ringbo, en beskrivelse der bl.a. kunne danne basis for at vurdere effekten af interventionerne.

Data vedrørende de 150 beboere blev indhentet ved:

- Interview og spørgeskema til beboerne
- Vurdering af symptombelastning og funktionsevne
- Biologiske mål
- Medicinprofiler
- Journaloplysninger og administrative data

Hovedresultaterne fra forundersøgelsen er gengivet i tabel 1

Tabel 1. Oversigt over resultater fra forundersøgelsen

Sociodemografiske data

- Blandt de 150 beboere på Ringbo var 67 % mænd.
- Gennemsnitsalderen var 54 år med en spredning fra 31-87 år
- 97 % havde dansk statsborgerskab
- 92 % var enlige
- 80 % fik førtidspension
- 32 % havde børn, dog havde ingen forældremyndigheden over mindreårige børn
- 47 % har taget en uddannelse efter folkeskolen
- 6 % havde et lønnet job

Sygdommen

- 78 % havde diagnosen skizofreni
- Beboerne havde i gennemsnit haft kontakt til psykiatrien i 29 år
- 52 % havde boet på Ringbo i mere end 5 år
- 71 % havde et højt symptomniveau og samtidig et lavt funktionsniveau

Misbrug

- 38 % havde et misbrug
- Alkoholmisbrug var det hyppigste

Helbred og livsstilsfaktorer

- 78 % var rygere
- 38 % havde forhøjet fastblodsukker
- 53 % havde abnormt lipidtal
- 50 % havde for højt BMI
- 66 % havde forhøjet blodtryk

Behandling

- 95 % fik behandling af speciallægerne på Ringbo
- 48 % blev vurderet til kun at have brug for et mindre intensivt tilbud svarende til deres aktuelle behov
- 10 % blev vurderet til at have brug for mere intensiv behandling

Medicinering

- 86 % fik behandling med antipsykotika, heraf fik 49 % behandling med mere end et præparat
- 61 % var i behandling med benzodiazepiner, heraf fik 17 % det både som fast ordination og ved behov

- 8 % af beboerne fik over anbefalet dosis ved de tre mest anvendte antipsykotiske præparater (analyseret i 2012 for undersøgelsesperioden)
- 55 % fik antipsykotika og benzodiazepiner samtidigt
- 23 % havde bivirkninger

Medicinadministrering og konkordans

- 70 % fik hjælp til medicinadministration
- 72 % angav at tage deres medicin som ordineret
- 75 % vidste en smule eller ingenting om medicin
- 42 % af beboerne ønskede at få mere indflydelse på deres medicinering
- 38 % af beboerne havde ikke fået tilbudt psykoedukation ved speciallæge

Indlæggelser

- 77 % havde ingen indlæggelser haft i en 6 mdrs. periode
- 11 % havde mere end 20 indlæggelsesdage indenfor en 6 mdrs. periode

Vold og behandlingsdomme

- 12 % havde en behandlingsdom, alle undtagen en var mænd
- Der var 39 voldsepisoder i undersøgelsesperioden, 9 af episoderne var fysisk vold
- 64 % af voldsepisoderne var forårsaget af mænd

Netværk og fritidsinteresser

- 59 % havde kontakt med sit netværk ugentligt
- 73 % havde fritidsinteresser

Livskvalitet og empowerment

- 51 % var i risikozonen for stress eller depression
- 5 % var i dårlig trivsel

Gennemsnitsscore for empowerment var 2,8 og den højeste score er 4,0

For en uddybning af forundersøgelsens resultater samt litteraturbaggrund for undersøgelsen henvises til rapporten: *Forundersøgelsen. En tværsnitsundersøgelse af beboerne på botilbuddet Ringbo*; Nørgård J, Eplov L, Korsbek L, 2012.

Efterundersøgelsen

Formål

Formålet med efterundersøgelsen, som fandt sted i 2013 var at vurdere effekten af interventionerne. Derudover var målet at opnå en viden omkring beboernes udvikling på nøgleområderne helbred, livskvalitet og empowerment.

Materiale og metode

Der deltog 105 beboere ved efterundersøgelsen. Ikke alle beboere har deltaget i alle projekter.

Ud af de 45 beboere, der ikke længere indgik i projektet, var tre flyttet i egen bolig, 24 flyttet til et tilbud med mindre støtte, fem flyttet til et tilbud med mere støtte, og 12 var afdøde i perioden fra forundersøgelsen i 2011 til efterundersøgelsen i 2013. Derudover var en beboer flyttet til et andet § 108 tilbud, og en var ifølge ledelsen forsvundet fra Ringbo.

Data blev som ved forundersøgelsen indhentet ved

- Interview og spørgeskema til beboerne
- Vurdering af symptombelastning og funktionsniveau
- Biologiske mål
- Medicinprofiler
- Journaloplysninger og administrative data

Spørgeskema

Ved efterundersøgelsen blev spørgeskemaet udleveret til de af beboerne, som havde deltaget i projektet fra begyndelsen.

Spørgeskemaet var identisk med spørgeskemaet fra forundersøgelsen. Dog blev spørgsmål omkring de basale sociodemografiske data ikke gentaget. Der blev der indhentet data omkring medicinadministrering, konkordans², livskvalitet, empowerment, misbrug, NADA øreakupunktur samt spørgsmål til Shared Decision Making (SDM). Spørgeskemaet blev udfyldt af beboeren, evt. med støtte fra kontaktperson.

Til vurdering af medicinadministrering og konkordans blev der udarbejdet spørgsmål specifikt til dette på baggrund af viden og evidens på området.

Misbrug blev opgjort på baggrund af skemaet Drug-Check, side 1. Drug-check er et misbrugs-skema, hvor der spørges ind til forbrug af alkohol samt misbrug af en række euforiserende stoffer inden for de sidste 3 mdr. Hvis der svares ja til et forbrug spørges til hyppigheden af indtaget forbrug/misbrug (kilde ukendt).

Til vurdering af beboernes livskvalitet, blev WHO 5 trivselsindeks anvendt (Bech P et al. Rating Scales for affektive lidelser. Hillerød: Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Sygehus Hillerød, 2005). WHO-5 består af fem spørgsmål. Ved besvarelse opnås en score mellem 0-100. Jo højere score desto større livskvalitet. Når tallet er mindre end 50, er borgeren i risikozonen for stress eller depression, og en score under 13 indikerer dårlig trivsel.

Empowerment er opgjort ved hjælp af Empowerment Scale (ressourcer, muligheder og kontrol over eget liv), ligeledes i spørgeskemaformat til beboerne (Rogers ES et al. A consumer-constructed Scale to Measure Empowerment among users of Mental Health Services. *Psychiatr Serv* 48: 1042-1047, 1997). Dette spørgeskema består af 28 spørgsmål. Ved hjælp af disse kan der

² Der anvendes termen konkordans, hvorved forstås overensstemmelse og samspil, og ikke kompliance, som betyder medicin efterlevelse. Herved signaleres at den medikamentelle behandling skal foregå i et samarbejde mellem lægen og patienten.

udregnes en samlet empowerment score, ligesom det er muligt at opgøre scoren på en række delskalaer.

Ved efterundersøgelsen blev der via spørgeskemaet spurgt til forsørgelsesgrundlag, aktuelt behandlingstilbud, hvor lang tid beboerne har boet på Ringbo og hvor lang tid, de har haft tilknytning til det psykiatriske system.

Spørgeskemaet findes i bilag 1.

Vurdering af symptombelastning og funktionsniveau

Funktionsniveau og symptombelastning blev vurderet ved kontaktpersonerne ved brug af Global Assessment of Functioning (GAF), split version både ved for- og efterundersøgelsen. Ved denne måles en score for symptombelastning kaldet GAF-S, og en score for funktionsniveau kaldet GAF-F. Scoren fastlægges ud fra overordnede kriterier, og for både GAF-F og GAF-S kan man score fra 1-100 (Karterud et al. Global Assessment of Functioning – split version. Oslo: Department of Psychiatry, Ullevaal University Hospital).

Med henblik på at opnå en ensartet vurdering blev kontaktpersonerne interviewet af projektlederen, der på baggrund af interviewet fastlagde scoringen på GAF-S og GAF-F.

Biologiske mål

Body Mass Index (BMI), taljemål, blodsukker, lipider, blodtryk, bivirkninger blev som ved forundersøgelsen indhentet via Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). For beboere der ikke havde diagnosen skizofreni, og hvor man derfor ikke indberetter data til NIP-databasen, blev et lignende skema udarbejdet og udfyldt af den psykiatriske speciallæge på Ringbo eller via gennemgang af journalen.

Region Hovedstadens definitioner på forhøjet fastebloodsukker, for lavt HDL, for højt triglycerid, overvægt vurderet ved taljemål, BMI gruppering, forhøjet BT og metabolisk syndrom er anvendt.

Medicinprofiler

Medicinprofiler blev ved forundersøgelsen indhentet via EPM (Elektronisk Patient Medicinering), hvor al beboerens medicin registreres inkl. form, dosis m.m. Medicinprofilerne blev dels anvendt til registrering af aktuelle medicinering, dels anvendt som udgangspunkt for optimering af den psykofarmakologiske behandling i projektet. Beboernes brug af medicin blev opgjort på de mest gængse medicingrupper: Antipsykotika, antidepressiva, stemningsstabiliserende medicin, benzodiazepiner og andet beroligende og angstdæmpende medicin.

Ved efterundersøgelsen blev Region Hovedstadens Psykiatris nye monitoreringssystem benyttet til indhentning af identiske data omkring den medicinske behandling.

Journaloplysninger og administrative data

Oplysninger om behandlingsdomme og psykiatriske diagnoser er indhentet via journal.

Antal sengedage og indlæggelser er indhentet i Det Grønne System (GS-Åben).

Statistiske analyser

Analyserne er foretaget i databaseprogrammet SPSS, hvor data er indtastet, både ved forundersøgelsen og ved efterundersøgelsen.

Ved forundersøgelsen blev der udført deskriptive analyser med en beskrivelse af hele gruppen og med en underinddeling på køn og alder. Endvidere blev der foretaget statistisk testning for kønsforskelle og aldersforskelle. Ved nominelle data var der benyttet Pearsons Chi-Square test, hvis betingelserne for dette er opfyldt eller Fishers Exact Test. Ved ordinale data var Mann-

Whitney U-test brugt, mens der blev brugt T-test ved interval/ratio data med et 95 % signifikansniveau.

Ved efterundersøgelsen blev der på lignende vis foretaget deskriptive analyser og t-tests.

Primære mål

I relation til projektets formål er de primære udfaldsmål følgende:

- GAF-F og GAF-S
- Empowerment
- Livskvalitet
- Brug af benzodiazepiner
- Brug af antipsykotisk polyfarmaci
- Brug af kombinationsbehandling med antipsykotika og benzodiazepiner

I analyserne indgik de beboere, som havde deltaget ved forundersøgelsen, i alt 105.

GAF-S og GAF-F blev analyseret i forhold til gennemsnit og median, samt i forhold til om GAF-S ligger under 40, idet der som hovedregel gives en score under 40, hvis der optræder psykotiske symptomer.

Ligeledes er også GAF-F analyseret i forhold til en bestemt grænse for funktionsniveauet, som er over eller under 51, idet der er tale om funktionssvigt på flere områder som kan være af social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig karakter, hvis GAF-F er under 51. GAF-F score over 51 angiver som hovedregel blot funktionssvigt på ét af områderne.

Empowerment (1-4) og livskvalitet (0-100) er angivet som gennemsnitlig score.

Udover ovenstående blev det analyseret om antallet af interventioner den enkelte beboer har deltaget i, havde en effekt på de primære udfaldsmål.

Sekundære mål

Sekundære udfaldsmål var:

- Biologiske, somatiske mål
- Bivirkninger

De sekundære udfaldsmål blev testet for signifikante forskelle på data indhentet ved henholdsvis for- og efterundersøgelse.

På de resterende områder blev der foretaget deskriptive analyser.

Områderne var:

- Misbrug
- Sengedage og indlæggelser
- Arbejdsskadeanmeldelser
- Medicinadministrering
- Konkordans, viden om medicin og bivirkninger samt ønske om indflydelse på behandlingen
- Sociodemografiske data: Fritidsinteresser, jobsituation, forsørgelsesgrundlag, civil status, netværk, om beboeren er i behandling for sin psykiske lidelse samt i givet fald hvor.

Del 1. Hovedresultater

I det følgende kapitel vises resultaterne fra efterundersøgelsen for alle 105 beboere.

Tabel 2 er en beskrivelse af demografiske data. Tabel 3 viser hovedresultaterne i forhold til de primære udfaldsmål.

Dernæst vises hovedresultaterne i søjlediagrammer, og endelig følger de sekundære udfaldsmål. Spørgeskemaet ses i bilag 1.

Tabel 2 Fritidsinteresser/parforhold/job/netværk

	2011	2013
Er i parforhold	7 %	10 %
Har lønnet job	5 %	14 %
Er i job på Ringbo	8 %	15 %
Forsørgelsesgrundlag		
• Førtidspension	78 %	80 %
• Folkepension	18 %	17 %
Har kontakt til sit netværk	88 %	80 %
Kontakten foregår oftest på Ringbo	80 %	61 %
Har fritidsinteresser	67 %	56 %
Er i behandling for psykisk sygdom hos en læge	98 %	87 %
Behandles på Center Ringbo	98 %	90 %

2011: N = 53-60; 2013: N = 51-64

Variationen i antal svar skyldes manglende besvarelser.

Af ovenstående resultater fremgår det, at den mest markante forandring synes at være at tre gange så mange beboere angiver at have et lønnet job ved efterundersøgelsen, og at dobbelt så mange har et job på Ringbo.

Tabel 3. Hovedresultater vedr. symptom- og funktionsniveau, medikamentel behandling, livskvalitet og empowerment.

	2011	N	2013	N	P
GAF-S (1-100), mean (SD) 2011: N = 53-60; 2013: N = 51-64	35,5 (12,1)	99	41 (12,3)	92	0,000
GAF-S (1-100,) median (SD)	36 (12,1)	99	39 (12,3)	92	0,000
GAF-F (1-100), mean (SD)	39 (9,1)	99	42 (10,0)	93	0,000
GAF-F (1-100), median (SD)	38 (9,1)	99	42 (10,0)	93	0,000
Empowerment, mean score (SD)	2,8 (0,25)	34	2,8 (0,36)	37	0,868
Livskvalitet, mean score (SD)	50 (25,9)	50	54 (26,0)	59	0,000
Fik ikke antipsykotisk poly-	53 (0,25)	103	73 (0,20)	105	0,003

farmaci, % (SD)					
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD)	44 (0,25)	103	73 (0,20)	105	0,000
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika + benzodiazepiner, % (SD)	50 (0,25)	103	76 (0,18)	105	0,000

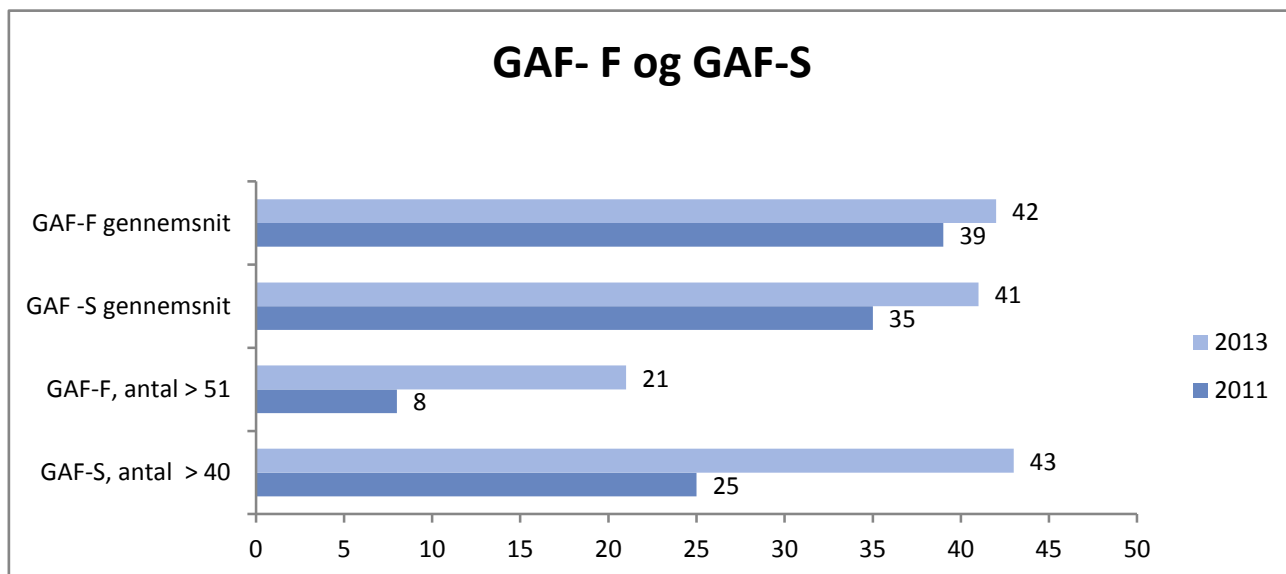
Resultaterne i tabel 3 viser, at der er sket et signifikant fald i brugen af polyfarmaci, brug af benzodiazepiner og kombinationsbehandling i perioden fra for- til efterundersøgelsen. Desuden har beboerne statistisk signifikant færre symptomer i 2013 samt et signifikant højere funktionsniveau sammenlignet med 2011. Beboernes livskvalitet er også steget, hvorimod der ingen forskel var på deres empowerment scores fra 2011 til 2013.

Regionens mål for antipsykotisk polyfarmaci i 2013 var 15 % samlet for ambulante patienter. Dette mål er sat på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Målet for kombinationsbehandling er max 20 %. Det må være forventeligt, at botilbud, OP-teams m.v., der har de mest syge patienter ligger højst, men andre dele af den ambulante psykiatri ligger lavere.

Ringbo-projektets resultater (23 % får antipsykotisk polyfarmaci og 23 % får kombinationsbehandling i 2013) viser, at man blandt Ringbos beboere er på vej mod målet om nedbringelse af forbruget af antipsykotisk polyfarmaci og kombinationsbehandling, men også at der fortsat skal være opmærksomhed på nedbringelse af forbruget.

I det følgende vises data i form af søjlediagrammer.

Figur 1. Symptomniveau og funktionsniveau

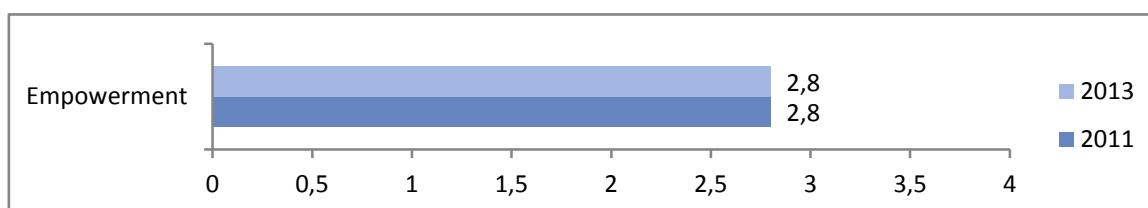


Som det fremgår af figur 1, er både GAF-S og GAF-F steget fra forundersøgelsen til efterundersøgelsen og som beskrevet i det foregående er ændringen signifikant. Dette betyder som ovenfor nævnt, at beboerne har færre symptomer og et bedre funktionsniveau. Gennemsnitligt er GAF-S steget ét niveau på skalaen. Gennemsnittet lå ved forundersøgelsen på niveau, hvor der er nogen forringelse i virkelighedsopfattelse, kommunikationsevne eller stemningsleje, og hvor der optræder psykotiske symptomer (31-40). Ved efterundersøgelsen var GAF-S steget til niveauet, hvor der optræder alvorlige symptomer, men der er fravær af psykotiske symptomer

(41-50). Næsten dobbelt så mange beboere har en GAF- S over 40 sammenlignet med forundersøgelsen. GAF-S er gennemsnitligt steget fra under 35 ved forundersøgelsen til 41 ved efterundersøgelsen.

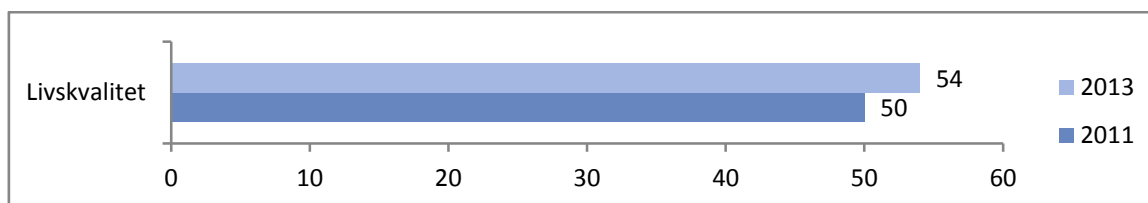
Gennemsnitligt er funktionsniveauet også steget ét niveau på skalaen fra 39 ved forundersøgelsen til 42 ved efterundersøgelsen. Gennemsnittet lå ved forundersøgelsen på et niveau, hvor der er større funktionssvigt på adskillige områder (31-40). Ved efterundersøgelsen var GAF-F steget til et niveau, hvor der er en alvorlig forstyrrelse på ét enkelt område (41-50). Næsten tre gange så mange har en GAF-F over 51 ved efterundersøgelsen, hvilket indikerer, at de pågældende beboere er gået fra funktionssvigt på adskillige områder til funktionssvigt på ét enkelt område.

Figur 2 Empowerment



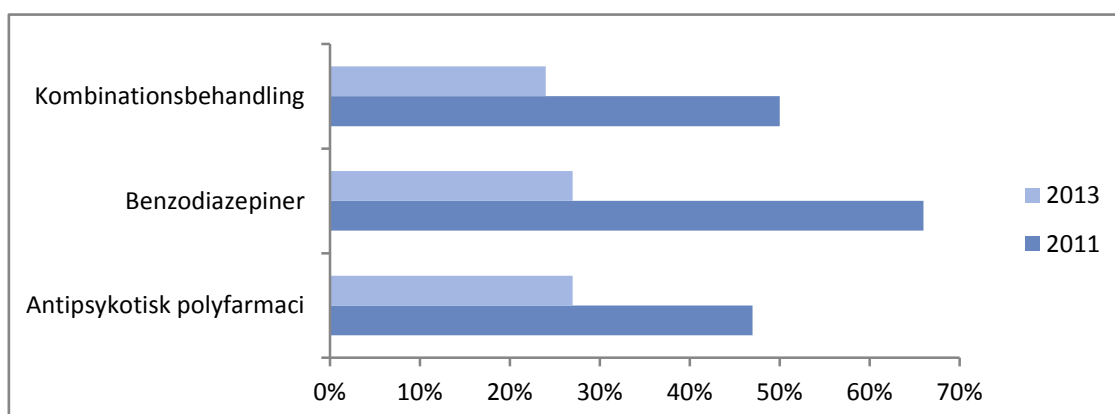
Som det fremgår af de tidligere analyser og her i figur 2, har gennemsnitlig empowerment - score ikke ændret sig fra forundersøgelsen til efterundersøgelsen. Empowerment ligger stadig på samme niveau, 2,8 målt på Empowerment-Scale.

Figur 3. Livskvalitet



Scores vedr. livskvalitet, målt ved WHO5-trivselsindex, er steget signifikant fra et gennemsnit på 50 ved forundersøgelsen til 54 ved efterundersøgelsen

Figur 4. Medicin



Af figur 4 fremgår det, at medicineringen blev reduceret i relation til både antipsykotisk polyfarmaci, benzodiazepiner og kombinationsbehandling med både antipsykotika og benzodiazepiner samtidigt. Ændringen er statistisk signifikant på alle tre parametre.

Vedrørende medicin

53 beboere ved forundersøgelsen og 62 beboere ved efterundersøgelsen svarede på spørgsmålet om hvorvidt de tager deres medicin som ordineret. 49 af disse svarede ved forundersøgelsen at det gjorde de. Ved efterundersøgelsen svarede 58 beboere ja til dette., altså ingen afgørende forskel.

En tredjedel svarer ved efterundersøgelsen, at de har en stor viden om bivirkninger, hvilket er en stigning, idet en fjerdedel mente ved forundersøgelsen, at de havde stor viden om deres bivirkninger.

Næsten dobbelt så mange finder, at de ved meget om deres medicin ved efterundersøgelsen sammenlignet med forundersøgelsen, 24 versus 12. Der er også færre beboere, som ved efterundersøgelsen har svaret "ved ikke" eller "ved en smule". 10 ud af de 62 beboere ved efterundersøgelsen der havde svaret at de ingenting ved om deres medicin. Ved forundersøgelsen var tallet 6 ud af 27 besvarelser. Så alt i alt mener flere beboere, at de ved mere om medicinering ved efterundersøgelsen sammenlignet med forundersøgelsen.

Procentvis var der ingen afgørende forskel mellem for- og efterundersøgelsen vedrørende indflydelse på medicinering, i dem der fandt, at de havde en lille indflydelse (24 % på begge undersøgelsestidspunkter), en stor indflydelse (22 % versus 24 %) eller ved ikke (22 % versus 24 %).

22 ud af de 60 beboere der havde svaret på spørgsmålet om hvorvidt de ønskede mere indflydelse på deres medicinering svarede ja til dette mod 23 ved forundersøgelsen.

Samlet set må det konkluderes at for de beboere der havde svaret på spørgsmålene om medicin i spørgeskemaet ser det ud til, at de er langt bedre informeret om medicinens virkninger og bivirkninger.

Brug af hash, cigaretter og alkohol

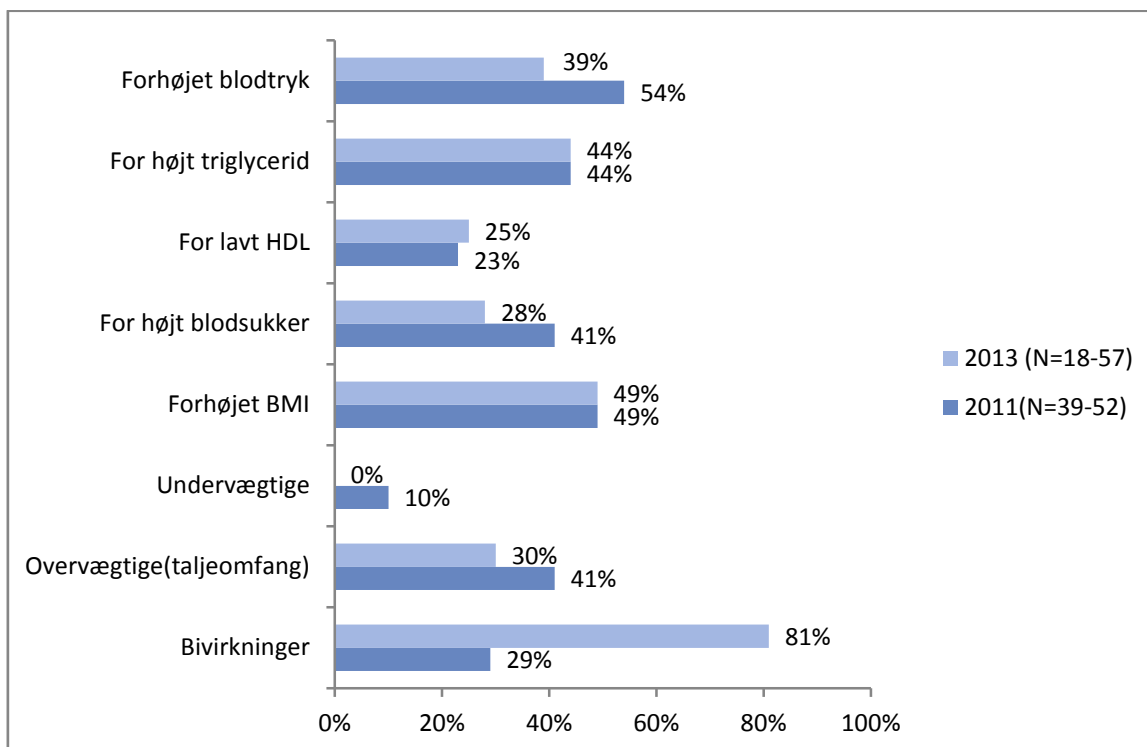
Af beboernes besvarelser omkring deres forbrug af hash, alkohol og cigaretter fremgår det at der er en lille stigning i antallet, der har angivet et alkoholforbrug, idet der er 10 % flere, der angiver at have drukket alkohol ved efterundersøgelsen sammenlignet med forundersøgelsen. Hashforbrug og antal beboere, der angiver at ryge ligger det samme niveau ved for- og efterundersøgelsen, igen på baggrund af beboernes egne angivelser. 10 % angav ved begge undersøgelsestidspunkter, at de havde et hashforbrug. 68 % angav ved forundersøgelsen at de røg. Tilsvarende gjorde 72 % af beboerne ved efterundersøgelsen.

Indlæggelser

Ved efterundersøgelsen var der 24 indlæggelser målt over en 6 måneders periode. Tallene referer til antal indlæggelser, og ikke antal beboere.

Antallet af sengedage faldt fra 457 dage ved forundersøgelsen til 375 sengedage ved efterundersøgelsen i en 6 måneders periode. Medvirkende til resultatet er sandsynligvis, at der var nogle få beboere, der havde meget lange indlæggelser ved forundersøgelsen. Indlæggelserne var ikke helt så lange ved efterundersøgelsen.

Figur 5. Somatiske data og bivirkninger



Figur 5 viser hvorledes de biologiske data samt registrerede bivirkninger har ændret sig fra forundersøgelsen til efterundersøgelsen. Overordnet set er der generelt set er sket en bedring på de fleste parametre. Dog skal det nævnes, at der ved efterundersøgelsen er færre oplysninger på alle mål. Faste-blodsukker og talje omfang ser ud til at have ændret sig til det bedre. Dog er ændringen ikke signifikant, og specielt i forhold til blodsukker, er oplysningerne meget sparsomme ved efterundersøgelsen, idet der var oplysninger om blodsukkeret på 39 beboere ved forundersøgelsen og kun på 18 ved efterundersøgelsen. Det kan endvidere ikke konkluderes, om antallet af overvægtige og undervægtige har ændret sig signifikant pga. af det lille antal. Til gengæld er blodtrykket faldet signifikant hos beboerne.

Der er statistisk signifikant flere registrerede bivirkninger ved efterundersøgelsen. En forklaring på dette er sandsynligvis, at der i perioden mellem for- og efterundersøgelsen er sket en øget opmærksomhed og systematisering i registrering af bivirkninger.

Del 2. Resultater fra delprojekterne

I det følgende fremstilles hovedresultaterne fra delprojekterne.

Delprojekt 1 - Optimering af den psykofarmakologiske behandling

Delprojektet er det mest centrale i Ringbo-projektet, idet behovet for optimering på dette område var udgangspunkt for projektet. Desuden peger talrige undersøgelser på et stigende behov for at udvikle den psykiatriske behandling af beboere på socialpsykiatriske botilbud, hvor særligt den medicinske behandling er i fokus med henblik på at optimere sikkerheden og nedsætte forbruget af antipsykotisk polyfarmaci, benzodiazepiner og samtidig brug af benzodiazepiner og antipsykotika, som er forbundet med øget dødelighed.

Delprojekt 1 bestod af to delområder til optimering af den medicinske behandling: en del, der fokuserede på den lægefaglige optimering af den farmakologiske behandling samt en NADA del.

NADA havde været i gang på Ringbo gennem nogle år ved forundersøgelsen, men blev tilføjet projektet for derved at have alternativt tilbud, der skulle understøtte nedtrapningen af behandling med benzodiazepiner. Overvejende var det dog med henblik på at vurdere effekten af NADA i form af måling af symptomniveauet.

Formål

At optimere den psykofarmakologiske behandling af patienter, der bor på et socialpsykiatrisk botilbud, med henblik på at nedbringe forbruget af benzodiazepiner, antipsykotisk polyfarmaci samt nedbringe brugen af benzodiazepiner og antipsykotika samtidigt.

Intervention

Interventionen bestod af:

- Udarbejdelse af medicinprofiler
- En medicinsk algoritme med en definition på rationel psykofarmakologisk behandling bestående af:
 - Ingen p.n medicin
 - Benzodiazepiner aftrappes/seponeres så vidt muligt
 - Unødig medicin seponeres
 - Ikke rationel polyfarmaci seponeres
 - Doser justeres
- En behandlingsplan med udgangspunkt i algoritmen, som blev lagt på et møde i samarbejde med beboeren og eventuelt kontaktperson. Psykoekation og et tilbud om NADA-øreakupunktur indgik også på møderne
- Opfølgingsmøde efter 4. mdr. med henblik på at vurdere om planen blev fulgt, og ændring ved behov

Deltagere

60 ud af de 105 beboere deltog i delprojektet vedr. optimering af den medikamentelle behandling.

Resultater

Nedenstående tabel viser effekten af interventionen sammenlignet med de som ikke fik lagt en plan.

Delprojekt 1	2011	N	2013	N	
GAF-S (1-100) mean (SD) Fik interventionen	37 (11,5)	58	42 (12,0)	54	0,000
GAF-S (1-100) mean (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	34 (11,8)	41	41 (12,0)	38	0,000
GAF-S (1-100) median (SD) Fik interventionen	37 (11,8)	58	39 (12,0)	54	0,000
GAF-S (1-100) median (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	33 (12,4)	41	38 (12,8)	38	0,000
GAF-S >40 i score (SD) Fik interventionen	29 (0,21)	58	48 (0,25)	54	0,039
GAF-S >40 i score (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	20 (0,16)	41	47 (0,25)	38	0,011
GAF-F (1-100) mean (SD) Fik interventionen	39 (8,2)	57	43 (11,3)	55	0,000
GAF-F (1-100) mean (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	38 (8,2)	42	41 (11,3)	38	0,000
GAF-F (1-100) median (SD) Fik interventionen	38 (8,2)	57	43 (11,3)	55	0,000
GAF-F (1-100) median (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	36 (10,3)	42	41 (8,0)	38	0,000
GAF-F > 51 i score % (SD) Fik interventionen	7 (0,07)	57	27 (0,20)	55	0,005
GAF-F > 51 i score % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	12 (0,11)	42	16 (0,13)	38	0,628
Empowerment mean score (SD) Fik interventionen	2,7 (0,25)	22	2,8 (0,25)	25	0,751
Empowerment mean score (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	2,9 (0,24)	12	2,8 (0,7)	12	0,569
Livskvalitet mean score (SD) Fik interventionen	50 (24,41)	33	52 (25,45)	41	0,103
Livskvalitet, mean score	49 (29,42)	17	59 (27,36)	18	0,000

(SD) Fik <u>ikke</u> intervention					
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD) Fik intervention	52 (0,25)	60	63 (0,23)	60	0,212
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	56 (0,25)	43	87 (0,11)	45	0,001
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD) Fik interventionen	50 (0,25)	60	70 (0,21)	60	0,026
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	35 (0,23)	43	78 (0,17)	45	0,000
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika +benzodiazepiner, % (SD) Fik interventionen	52 (0,25)	60	72 (0,20)	60	0,025
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika +benzodiazepiner, % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	47 (0,25)	43	82 (0,15)	45	0,001

Konklusion

Resultaterne i tabel 5 viser, at såvel brugen af benzodiazepiner samt dosering af benzodiazepiner og antipsykotika samtidigt, er faldet signifikant efter hensigten både i den gruppe, der fik lagt plan og den, der ikke fik det. At der ingen statistisk signifikant forskel er mellem grupperne kan skyldes, at opmærksomheden på nedbringelse af medicinforbruget for det første var startet, inden projektet gik i gang og dernæst at denne opmærksomhed fra speciallægenes side har været rettet mod hele beboergruppen, og ikke kun de som fik lagt plan.

I den gruppe der fik lagt plan, er der signifikant flere, der har et højere funktionsniveau målt på GAF-F over 51, sammenlignet med den gruppe, der ikke fik lagt en behandlingsplan. De øvrige resultater viser ingen forskel mellem de to grupper.

Diskussion

Metoden kan anbefales til videre brug, dog tilpasset speciallægenes øvrige arbejde og rutiner. Yderligere tiltag og undersøgelser anbefales til vurdering af behandlingen af den gruppe af beboerne, som stadig får antipsykotisk polyfarmaci og/eller benzodiazepiner, idet det stadig ved efterundersøgelsen er en stor gruppe.

Delprojekt 1 - NADA øreakupunktur

Formål

At vurdere effekten af NADA-øreakupunktur i forhold til brugen af benzodiazepiner og i forhold til graden symptomniveau.

Metode

I samarbejde med NADA-instruktør og NADA-ansvarlig i Danmark, Lars Wiinblad blev der udviklet skemaer til måling af effekt og vurdering af symptomniveau. Ligeledes blev antal beboerne, der tog imod den tilbudte intervention registreret. Det blev registreret hvor mange NADA-behandlinger beboerne fik, og der blev foretaget en måling af effekten af Nada.

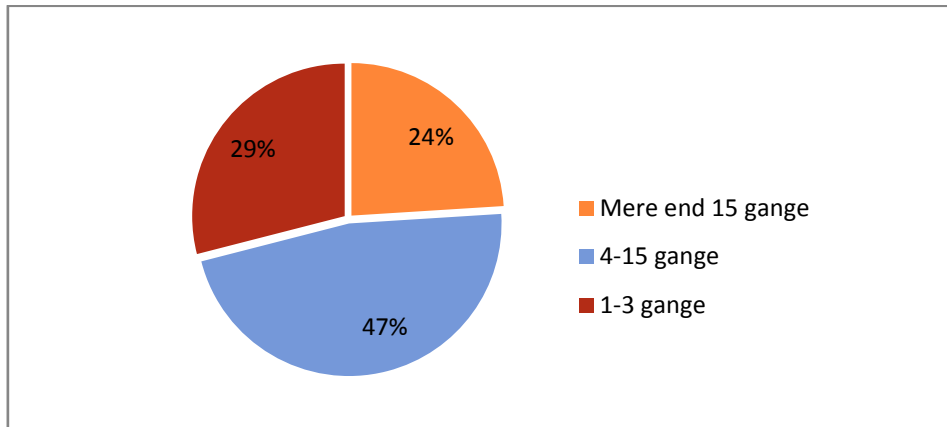
Deltagere

Ifølge personalet fik 38 beboere sv.t. 33 % ud af de 105 NADA-øreakupunktur i interventionsfasen.

Resultater

De fleste, i alt 18 beboere, har fået mellem 4-15 gange, 8 beboere har fået mellem 16-30 gange. De resterende har fået mere end 30 behandlinger i perioden, og her iblandt har en enkelt beboer har fået NADA mere end 50 gange. Figur 6 viser, hvor mange gange beboerne har fået NADA i perioden opgivet i procent af beboerne, der fik interventionen.

Figur 6 Antal gange NADA øreakupunktur



Tabel 5. Resultater for NADA-øreakupunktur

GAF-S (1-100) mean (SD) Fik interventionen	37 (11,5)	58	42 (12,0)	54	0,000
GAF-S (1-100) mean (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	34 (11,8)	41	41 (12,0)	38	0,000
GAF-S (1-100) median (SD) Fik interventionen	37 (11,8)	58	39 (12,0)	54	0,000
GAF-S (1-100) median (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	33 (12,4)	41	38 (12,8)	38	0,000
	29 (0,21)	58	48 (0,25)	54	0,039
GAF-S >40 i score (SD) Fik interventionen					
GAF-S >40 i score (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	20 (0,16)	41	47 (0,25)	38	0,011
GAF-F (1-100) mean (SD)	39 (8,2)	57	43 (11,3)	55	0,000

Fik interventionen						
GAF-F (1-100) mean (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	38 (8,2)	42	41 (11,3)	38	0,000	
GAF-F (1-100) median (SD) Fik interventionen	38 (8,2)	57	43 (11,3)	55	0,000	
GAF-F (1-100) median (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	36 (10,3)	42	41 (8,0)	38	0,000	
GAF-F > 51 i score % (SD) Fik interventionen	7 (0,07)	57	27 (0,20)	55	0,005	
GAF-F > 51 i score % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	12 (0,11)	42	16 (0,13)	38	0,628	
Empowerment mean score (SD) Fik interventionen	2,7 (0,25)	22	2,8 (0,25)	25	0,751	
Empowerment mean score (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	2,9 (0,24)	12	2,8 (0,7)	12	0,569	
Livskvalitet mean score (SD) Fik interventionen	50 (24,41)	33	52 (25,45)	41	0,103	
Livskvalitet, mean score (SD) Fik <u>ikke</u> intervention	49 (29,42)	17	59 (27,36)	18	0,000	
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD) Fik intervention	52 (0,25)	60	63 (0,23)	60	0,212	
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	56 (0,25)	43	87 (0,11)	45	0,001	
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD) Fik interventionen	50 (0,25)	60	70 (0,21)	60	0,026	

Fik ikke benzodiazepiner, % (SD)	35 (0,23)	43	78 (0,17)	45	0,000
Fik ikke interventionen					

Konklusion

Det lykkedes af praktiske grunde ikke at indhente personalets vurdering af effekten på symptomniveau men i spørgeskemaet indgik der spørgsmål omkring beboerens egen vurdering af NADAs effekt på symptomer.

11 beboere (37 %) ud af de 30 beboere, der selv har angivet, at de fik NADA behandling følte, at NADA har hjulpet på deres symptomer generelt. 14 har angivet, at det ikke har hjulpet på deres symptomer, og fem har svaret måske.

10 beboere har svaret, at det hjælper på deres angst/uro. Resten er fordelt på manglende energi, søvnløshed og andre symptomer. De beboere, der havde svaret, at NADA ikke hjælper på deres symptomer, blev spurgt til, hvorfor de så fik NADA. Her har to har angivet, at NADA har hjulpet på deres abstinenser.

Det er ikke muligt på baggrund af nuværende undersøgelse at give forklaring af effekten af NADA. Dog ser det ud til at formålet med at nedbringe symptomniveau og benzodiazepinforbrug ikke er opfyldt, når vi ser på data indsamlet af undersøger. Til gengæld beskriver beboerne effekt af behandlingen. Effekt på livskvalitet og polyfarmaci bør gentages i andre studier, før man endeligt kan sige noget generelt om effekt af NADA behandlinger.

Delprojekt 2 - Optimering af det tværsektorielle samarbejde

Formål

At optimere det tværsektorielle samarbejde med henblik på at opnå en fælles medicinkultur.

Deltagere

Medicinkulturen blev undersøgt på Ringbo i to enheder ud af seks, i distriktspsykiatrisk Center Gladsaxe samt Akutmodtagelsen og lukket intensivt afsnit på Psykiatrisk Center Ballerup

Metode

Kulturen blev undersøgt ved:

- Deltagerobservation
Deltagerobservationen fire dage ugentligt gennem ca. fem måneder i to enheder på Ringbo, samt tre enheder tilknyttet PC Ballerup. Hvor arbejdsgange, adgange til medicin, symboler, sprog, medicinens synlighed blev undersøgt
- Interview/fokusgruppeinterviews
 - Interviewene er foretaget sideløbende med deltagerobservationen samt efterfølgende. Der er foretaget 24 interviews samt et fokusgruppeinterview med medarbejdere. Interviewdeltagerne er udvalgt efter at repræsentere forskellige uddannelser, jobfunktioner, ansættelsesvarighed indenfor psykiatrien og køn. Herved er det forsøgt at opnå maksimal variation i fremstillingen af kulturen. Herved er det forsøgt at opnå maksimal variation i fremstillingen af kulturen.

På baggrund af studierne, blev der udarbejdet en kulturrapport ved ph.d. studerende Anne Petersen, Københavns kommune og CBS. Observationerne har også dannet udgangspunkt for ph.d. afhandling ved Anne Petersen: Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer. Copenhagen Business School, 2013.

Resultater

Med udgangspunkt i kulturrapporten udarbejdede centerledelserne på Ringbo og Psykiatrisk Center Ballerup en handleplan.

De konkrete tiltag der blev anbefalet var:

- At medarbejdere på tværs af de to sektorer skal indgå i fælles undervisning af brugere i IMR
- At der etableres en jobbytteordning, hvor man fx en uge af gangen kan komme i praktik i hinandens organisation
- At længerevarende jobbytteordninger også etableres
- At udviklingsafdelingerne på tværs indleder et samarbejde, hvor vidensdeling vil finde sted.
- At centerledelserne og de to psykiatriske overlæger med konsulentfunktion, holder et fælles samarbejds møde 1 gang månedligt
- At der etableres et fælles mødeforum for afdelingsledelserne på Ringbo og de involverede afsnitsledelser på det samlede PC Ballerup
- At man internt på de to centre sikrer, at der er praksis for at eventuelle problemstillinger eller uenigheder mellem beboernes kontaktpersoner på henholdsvis Ringbo og PC Ballerup bringes op til afdelingsledelse/afsnitsledelse på de to enheder mhp. at finde en fælles løsning i samarbejde med den berørte beboer
- At der afholdes fælles temadage for medarbejdere, hvor man fokuserer på at arbejde med at udvikle en fælles medicinkultur, som inddrager beboeren mest muligt i processen omkring at opretholde og justere den medicinske behandling for den enkelte beboer
- Ovenstående foranstaltninger implementeres og tilpasses de ændringer, der er indtrådt og forestår i forbindelse med den kommende hjemtagning af pladserne på Ringbo til Københavns Kommune
- At centerledelserne og de respektive afdelingsledelser tilstræber, at de ovenstående foranstaltninger relateres til samarbejdsaftalen, så denne bliver bekendt for den enkelte medarbejder og opleves af denne som grundlaget for samarbejdet.

På evalueringstidspunktet var der ikke været etableret fælles undervisning. Ringbo har deltaget aktivt i et IMR-netværk og en IMR samarbejdsgruppe, som er blevet etableret på tværs af sektorerne. Ringbo har således haft et tværsektorielt samarbejde med Region Hovedstaden etableret af overlæge, ph.d. Lene Eplov, Socialpsykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Center København. Den tværsektorielle samarbejdsgruppe har samarbejdet omkring IMR undervisning og fidelity målinger. Der er ikke etableret jobbytteordninger.

Delprojekt 3 – Optimering af medicin håndteringen

Formål

At optimere medicin håndteringen

Deltagere

Ringbos personale

Metode

Bestod af en specifik handleplan for optimering af medicinhandteringen samt undervisning af personalet i medicin, medicinhandtering og medicinpædagogik. (For uddybning se bilag 2)

Resultater

39 (37 %) ud af de 105 beboere fik hjælp til medicinhandtering ved forundersøgelsen. 15 beboere angav, at de ikke fik hjælp til medicinhandtering.

46 (44 %) ud af de 105 beboere, der stadig boede på Ringbo ved efterundersøgelsen, angav at de fik hjælp til medicinhandtering ved efterundersøgelsen. 15 beboere angav, at de ikke fik hjælp.

23 (50 %) af de, der fik hjælp til medicinhandtering ved forundersøgelsen, fik stadig hjælp ved efterundersøgelsen.

13 beboere fik hjælp i 2013, men fik ikke hjælp i 2011

Der er seks ud af de beboere, som fik hjælp i 2011, som ikke får længere hjælp til medicinhandtering i 2013.

Konklusion

Centerledelsen på Ringbo har siden 2009 gennemført en målrettet indsats for at sikre en sikker faglig indsats på det medicinfaglige og det sundhedsfaglige område, hvilket har resulteret i:

- Der er etableret medicinrum i alle enheder, og medicin befinder sig nu i enten beboerens egen bolig eller i medicinrummet
- Samtlige instrukser og vejledninger er gennemgået for fejl og mangler, samt samlet i én vejledning
- Der er indført et 1-strengt medicinhandteringssystem
- Der er sat en øget egenkontrol i gang
- Genopretningen er etableret i samarbejde med embedslægeinstitutionen
- Samtlige medarbejdere har nu været på medicinuddannelse
- Samtlige medarbejdere er re-visiteret i forhold til deres medicinkompetence efter ny model for tildeling af medicinkompetence
- Centerledelsen på Ringbo har betalt for ekstra Embedslægetilsyn

Diskussion

Resultaterne peger på at i og med at en del beboere får hjælp til medicinhandtering at en systematisk indsats på det område både har været nødvendig og er lykkedes.

Delprojekt 4 - Optimering af behandlingstilbuddet

Formål

At optimere behandlingstilbuddet igennem en tværfaglig vurdering af, om beboeren med fordel kan behandles andre steder end på botilbuddet.

Deltagere

Alle beboere på Ringbo.

Metode

I forbindelse med forundersøgelsen blev hver enkelt beboers nuværende psykiatriske behandlingstilbud undersøgt. Med udgangspunkt i dette blev der foretaget en tværfaglig vurdering af, hvad behovet for psykiatrisk behandling var for hver enkelt.

Kriterierne for dette samt processen og resultaterne vedr. udvælgelsen er beskrevet i bilag 3.

Da Ringbo blev stillet overfor en større omorganisering samt en nært forestående flytning til København, valgte Ringbo og styregruppen dog at afslutte delprojekt 4 og således ikke gå i gang med processen med at lade behandlingen af de pågældende beboere overgå til andet regi, f.eks. DPC. Begrundelsen var, at det ville være for forvirrende for beboerne at flytte behandlingstilbud for kort tid efter atter at skulle behandles et andet sted efter Ringbos flytning.

Trods beslutningen om at afslutte delprojektet før tid nåede nogle beboere at overgå til et andet behandlingstilbud i forbindelse med projektet, enten ved privat praktiserende psykiater, egen læge eller i distriktpspsykiatrien. Ni beboere takkede umiddelbart ja til tilbuddet i distriktpspsykiatrien, og fem beboere nåede at overgå til det anbefalede tilbud. To beboere overgik til behandling hos privat praktiserende psykiater, og en overgik til behandling hos egen læge.

Konklusion

På baggrund af den tidlige nedlukning af projektet og det deraf følgende lille antal beboere, der overgik til andet behandlingstilbud er det ikke muligt at konkludere noget omkring effekten af interventionen ligesom vi derfor heller ikke kan sige noget om effekten over tid.

Diskussion

Det er dog muligt at sige lidt om tendensen omkring overflytning til andet behandlingstilbud, idet det er en stor udfordring i at motivere beboerne til at få behandling andre steder end på botilbuddet, men det kan det lade sig gøre. Det kræver dog høj grad af oplysning omkring tilbuddet samt støtte fra personale med henblik på at skabe motivation for det nye tilbud, idet det ved evaluering fremgik, at nogle beboere synes, at det virkede unødvendigt eller besværligt at skulle tage længere for at blive behandlet. Andre beboere synes godt om at blive opmærksom på muligheden for at blive behandlet andre steder, hvilket som ovenfor nævnt resulterede i, at en mindre gruppe overgik til behandling andre steder.

Delprojekt 5- Illness Management and Recovery (IMR)

Formål

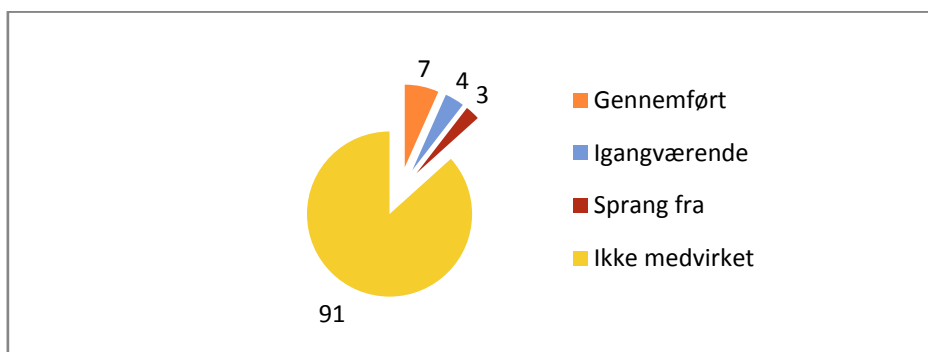
Formålet med at anvende Illness Management and Recovery (IMR) i Ringbo-projektet var at understøtte beboernes recovery, herunder øge beboernes viden og opmærksomhed på deres medicinske behandling, men også at øge opmærksomheden på øvrige områder såsom livsstil, misbrug samt at mestre stress og andre udfordringer, som er centrale for beboerens helbred, livskvalitet og empowerment.

Deltagere

IMR blev tilbudt alle beboere på Ringbo.

14 beboere deltog i IMR. 11 af dem har enten fuldført kurset eller var i gang og havde deltaget mere end tre gange. 9 ud af de 11 indgik i efterundersøgelsen, idet de boede på Ringbo ved forundersøgelsen i 2011. Tre sprang fra tidligt i forløbet og deltog under tre gange. Det har ikke været muligt at gennemføre individuelle forløb, idet de øvrige beboere som ikke allerede var i gruppeforløb, ikke ønskede at medvirke.

Figur 7. IMR deltagelse



Metode

Undervisningsprogrammet kan foregå individuelt eller i gruppe indenfor en periode på 4-10 mdr. med ugentlige sessioner.

Programmet består af 11 moduler:

1. Strategier for recovery
2. Faktisk viden om skizofreni/bipolar sindslidelse/depression
3. Stress-sårbarhedsmodellen
4. At opbygge social støtte
5. Effektiv brug af medicin
6. Brug af stoffer og alkohol
7. At reducere tilbagefald
8. At mestre stress
9. At mestre problemer og vedvarende symptomer
10. At få dækket sine behov i det psykiatriske behandlingssystem
11. Sund livsstil

Effekten af interventionen blev vurderet og desuden blev følgende to skemaer udfyldt:

- Illness Management og Recovery trofasthedsskala
- Illness Management and Recovery Scale (IMRS), der er særligt udarbejdet til IMR programmet.

Resultater

Tabel 6. Resultater for IMR

IMR	2011	N	2013	N	P
GAF-S (1-100), mean (SD) Fik interventionen	35 (13,1)	9	46 (12,6)	8	0,000
GAF-S (1-100), mean	36 (12,1)	90	41(12,2)	84	0,000

(SD) Fik <u>ikke</u> interventionen					
GAF-S (1-100), median (SD)	29 (13,1)	9	51 (12,6)	8	0,000
Fik interventionen					
GAF-S (1-100), median (SD)	36 (12,1)	90	39 (12,2)	84	0,000
Fik <u>ikke</u> interventionen					
GAF-S >40 i score, % (SD)	33 (0,22)	9	63 (0,23)	8	0,244
Fik interventionen					
GAF-F (1-100), mean (SD)	43 (11,6)	9	51 (11,5)	9	0,001
Fik interventionen					
GAF-F (1-100), mean (SD)	37 (8,8)	90	42 (9,6)	84	0,000
Fik <u>ikke</u> interventionen					
GAF-F (1-100), median (SD)	43 (11,6)	9	53 (11,5)	9	0,000
Fik interventionen					
GAF-F (1-100) median (SD)	37 (8,8)	90	41 (9,6)	84	0,000
Fik <u>ikke</u> interventionen					
GAF-F > 51 i score, % (SD)	22 (0,17)	9	78 (0,17)	9	0,021
Fik interventionen					
GAF-F > 51 i score, % (SD)	8 (0,07)	90	17 (0,14)	84	0,085
Fik <u>ikke</u> interventionen					
Empowerment, mean score (SD)	2,7 (0,16)	3	2,9 (0,05)	2	0,641
Fik interventionen					
Empowerment, mean score (SD)	2,8 (0,26)	31	2,8 (0,37)	35	0,793
Fik <u>ikke</u> interventionen					
Livskvalitet, mean score (SD)	35 (19,1)	4	48 (16,5)	6	0,018
Fik interventionen					
Livskvalitet, mean score (SD)	51 (26,2)	46	55 (26,8)	54	0,001
Fik <u>ikke</u> intervention					
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci % (SD)	56 (0,25)	9	70 (0,21)	10	0,530

Fik intervention					
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD)	53 (0,25)	94	74 (0,19)	95	0,003
Fik <u>ikke</u> intervention					
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD)	44 (0,25)	9	100 (0,0)	10	0,010
Fik interventionen					
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD)	44 (0,25)	94	71 (0,21)	95	0,000
Fik <u>ikke</u> interventionen					
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika + benzodiazepiner, % (SD)	44 (0,25)	9	100 (0 %)	10	0,010
Fik interventionen					
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika + benzodiazepiner, % (SD)	50 (0,25)	95	74 (0,19)	94	0,001
Fik <u>ikke</u> interventionen					

Konklusion

Som det fremgår af figur 7, er antallet af deltagere i IMR interventionen meget lille, hvorfor de statistiske analyser er behæftet med så stor usikkerhed, at vi ikke med sikkerhed kan sige noget om effekten af IMR.

Det viser sig dog, at der er flere med en GAF F over 51 i interventionsgruppen end de, der ikke deltog i IMR. Dette kunne tyde på, at den psykosociale funktion er blevet bedret hos IMR deltagere. Igen må man dog huske det lave antal, og den dermed forbundne statistiske usikkerhed.

Fidelity

Med henblik på at undersøge, hvor trofast implementeringen af IMR på Ringbo har været i forhold til IMR-metoden, blev der foretaget to fidelity-målinger. Første måling viste overordnet et godkendt resultat med en score, der kan betegnes som værende god fidelity, på niveau to ud af 3 niveauer (se detaljeret resultater af fidelity måling et og to i bilag 5)

Fidelity-undersøgelsen pegede dog også på områder med behov for optimering. Netop den tydelige mangel på involvering af netværk blev fremhævet i den forbindelse, da ingen af beboerne i IMR-grupperne havde involveret pårørende, hvilket ellers anbefales

Derudover bemærkedes det, at det kun var lille en del af medarbejderne på Ringbo, der var beskæftiget med IMR, 11 ud af 124. Det anbefales, at man forsøger at skabe en IMR kultur generelt, så den står stærkere i organisationen.

Hertil bemærker Ringbo i en kommentar til rapportens konklusion omkring IMR: "Dertil kommer at IMR ikke er en tilgang man kan have i omgangen med borgerne på en socialpsykiatrisk boform, da IMR helt og holdent bygger på deltagelse i en afgrænset undervisningskontekst. Det er derfor en misforståelse at tro, at det kan udbredes til en generel IMT kultur. Det er en ydelse og et tilbud, der ligger ud over selve kerneydelsen på en boform. Og det er derfor begrænset, hvor mange medarbejdere på Ringbo, der kan være beskæftiget med IMR. Der er elementer i IMR's teoretiske og praktiske tilgang, som kan benyttes selvstændigt fx kognitive teknikker,

motivationsteknikker og adfærdsterapeutiske elementer. Men det har som sådan ikke noget med IMR at gøre. Det er en sidegevinst, hvis man har arbejdet med IMR i praksis, at man kan benytte det i andre sammenhænge.

Intentionen var at skabe et IMR tilbud og motivere så mange borgere som muligt til at deltage i undervisningen og forløbene. Det mål er nået og Ringbo har tilmed fået engageret 11 medarbejdere til direkte at beskæftige sig med det i praksis.”

Anden fidelity-måling viste overordnet en god bedømmelse af troværdigheden i relation til IMR-metoden. Der blev særligt observeret et stort engagement i forhold til at implementere og bruge IMR manualen som var intentionerne bag IMR materialet. Der blev også noteret en høj grad af positiv og optimistisk stemning i forhold til at hjælpe beboerne til at få opmærksomhed på deres vej mod recovery og på vej mod at nå deres personlige mål.

De deltagende beboere har medvirket i en artikel i SOF-bladet, februar 2013 omkring IMR, hvor de beskrev stor begejstring i forhold metoden.

Diskussion

Ved IMR delprojektets start var det forventningen at det at etablere gruppebehandling med beboerne var meget vanskelig, måske umulig. I stedet satsede man på at IMR blev udfoldet i individuelle forløb. Projektet har vist at det rent faktisk godt kan lade sig gøre, også med en målgruppe som Ringbos. IMR er derfor en metode, man vil fortsætte med at have som en del af tilbuddet på Ringbo.

Delprojekt 6- Shared Decision Making

Shared Decision Making (SDM) har som formål at skabe grundlag for, at mennesker med en behandlingskrævende sygdom aktivt kan bidrage til og øve indflydelse på medicinske og generelle behandlingsmæssige beslutninger og er indenfor de sidste 5-8 år i stigende grad også blevet sat på dagsordenen inden for psykiatrien.

For at kunne realisere SDM anbefales et brug af redskaber først og fremmest for at understøtte en reel patientindflydelse. SDM med brug af de rette redskaber indebærer, at den enkelte beboer er en endog meget aktiv medspiller i sit eget sygdomsforløb.

SDM er især afprøvet i somatikken, men gennem de senere år har der også været et stigende fokus på SDM i psykiatrien, og der har været gennemført en del kvalitative studier med gode resultater.

Den eksisterende viden om SDM på bosteder er imidlertid sparsom.

Formål

Mulighed for styrkelse af autonomi og selvforvaltning i relation til den medicinske behandling med mulighed for at understøtte beboerens empowerment samt en eventuel bedre effekt af behandlingen.

Deltagere

Der deltog to bo enheder i projektet, i alt 37 beboere

Metode

I en arbejdsgruppe blev der udviklet et redskab med principperne i SDM, som blev tilbudt beboerne at anvende til deres møder med psykiateren med henblik på at øge beboernes mulighed for selvforvaltning i relation til medicin. Udviklingen af selve redskabet foregik i en nedsat projektgruppe med deltagelse af to beboere, en tovholder (enhedsleder fra Ringbo), en medarbejder fra Ringbo, en delprojektleder og daglig projektleder i dele af planlægningen. Inden implemen-

tering af redskabet blev der lavet en pilotundersøgelse inkl. en kvalitativ midtvejsevaluering med henblik på at afprøve og tilpasse redskabet. I pilotprojektet indgik fire beboere, fire kontaktpersoner (personale fra Ringbo) og en speciallæge. Der blev lavet semistrukturerede individuelle interviews samt fokusgruppeinterviews af beboere og personale omkring brugen af redskabet. Personalet og den psykiatriske speciallæge blev undervejs klædt på til at understøtte brugen af redskabet.

I alt blev der udviklet tre dokumenter:

- Redskabet til brug for beboerne (forkortet og tilpasset)
- En guideline til personalet
- En guideline til speciallægerne

Dokumenterne findes i bilag 4-6.

Ifølge personalet, blev næsten alle, 36 ud af de 37 beboere blev introduceret til SDM-redskabet. 22 beboere brugte redskabet til forberedelse til psykiatersamtale mellem en og fire gange i projektperioden. 27 havde en psykiatersamtale i perioden. 17 ud af dem, der havde en samtale, brugte redskabet en til fire gange under en psykiatersamtale. De fleste havde brugt det i hvert fald én gang til en samtale.

I efterundersøgelsen blev der spurgt til beboernes oplevelse af, om SDM-redskabet har hjulpet dem. Kun 8 svarede. Heraf sagde fire beboere ja til, at redskabet i SDM har hjulpet dem. Tre svarede måske, og en svarede nej.

Table 7. Resultater for Shared Decision Making

SDM	2011	N	2013	N	P
GAF-S (1-100), mean (SD) Fik interventionen	35 (14,0)	22	41 (12,8)	21	0,000
GAF-S (1-100), mean (SD) Fik ikke interventionen	35 (11,6)	77	41 (12,2)	71	0,000
GAF-S (1-100), median (SD) Fik interventionen	35 (14,0)	22	38 (12,8)	21	0,005
GAF-S (1-100), median (SD) Fik ikke interventionen	38 (9,11)	77	43 (9,4)	72	0,000
GAF-S >40 i score, % (SD) Fik interventionen	23 (0,18)	22	43 (0,25)	21	0,173
GAF-F (1-100), mean (SD) Fik interventionen	39 (9,2)	22	41 (12,4)	21	0,019
GAF-F (1-100), mean (SD) Fik ikke interventionen	39 (9,11)	77	43 (9,4)	72	0,000
GAF-F (1-100), median (SD)	38 (9,2)	22	40 (12,4)	21	0,022

Fik interventionen					
GAF-F (1-100), median (SD)	38 (9,11)	77	43 (9,4)	72	0,000
Fik <u>ikke</u> interventionen					
GAF-F > 51 i score, % (SD)	9 (0,08)	22	19 (0,15)	21	0,351
Fik interventionen					
Empowerment, mean score (SD)	2,7 (0,16)	9	2,6 (0,15)	9	0,584
Fik interventionen					
Empowerment, mean score (SD)	2,8 (0,28)	25	2,8 (0,40)	28	0,970
Fik <u>ikke</u> interventionen					
Livskvalitet mean score (SD)	49 (20,0)	15	54 (25,8)	19	0,04
Fik interventionen					
Livskvalitet mean score (SD)	50 (28,3)	35	54 (26,4)	40	0,004
Fik <u>ikke</u> intervention					
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD) Fik intervention	52 (0,25)	23	65 (0,23)	23	0,383
Fik ikke antipsykotisk polyfarmaci, % (SD) Fik <u>ikke</u> intervention	54 (0,25)	80	76 (0,18)	82	0,003
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD) Fik interventionen	35 (0,23)	23	65 (0,23)	23	0,044
Fik ikke benzodiazepiner, % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	46 (0,25)	80	76 (0,18)	82	0,000
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika + benzodiazepiner, % (SD) Fik interventionen	35 (0,23)	23	65 (0,23)	23	0,044
Fik ikke kombinationsbehandling med antipsykotika + benzodiazepiner, % (SD) Fik <u>ikke</u> interventionen	54 (0,25)	80	79 (0,17)	82	0,001

Konklusion

Resultaterne i tabel 7 peger på, at der ikke har været nogen selvstændig effekt af brugen af SDM på de primære effektmål.

Diskussion

Det er svært at konkludere, om beboerne finder, at redskabet har været en god hjælp til psykiatersamtalerne, idet kun få svarede på disse spørgsmål i spørgeskemaet. Næsten alle i de to boenheder er introduceret til SDM-redskabet, og over halvdelen af beboerne har anvendt redskabet enten til forberedelse til en samtale eller under en psykiatersamtale. Nogle har anvendt redskabet flere gange i perioden. Der har således været god effekt af selve implementeringsprocessen. Da SDM er en intervention, der påvirker organiseringen af samtaler om medicin kan redskabet ikke stå alene men skal følges af f.eks. ændring i form og indhold af selve psykiatersamtalerne, ligesom der skal organiseres en systematisk støtte omkring brugen af SDM redskabet.

Konklusion

På baggrund af analyserne i de foregående afsnit må man sige, at projektet overordnet set overvejende har været en succes. Ved projektets start forventede vi en forbedring hos beboerne i forhold til deres funktionsevne. Vi forventede nedbringelse af antipsykotisk polyfarmaci, og nedbringelse i brug af benzodiazepiner. Ligeledes forventedes en forbedring i livskvaliteten samt forbedring af beboernes oplevelse af empowerment.

Resultaterne viser, at der ikke er sket en forværring i beboernes symptomer, og at der er sket en forbedring i deres funktionsevne.

Den antipsykotiske behandling er blevet optimeret, idet der er sket en reduktion i det antal beboere, der får polyfarmaci, og af dem er der flere, der nu får færre præparater. Samtidig er der sket en reduktion i antal beboere, der aktuelt får ordineret benzodiazepiner.

Den gennemsnitlige score for livskvalitet er øget fra for- til efterundersøgelsen. Derimod er der ikke sket nogen udvikling i beboernes empowerment.

Når vi ser på de enkelte delprojekter synes det ikke, som om det har været et enkelt delprojekt, der isoleret set har bidraget til det samlede resultat. De positive effekter af de enkelte delprojekter har været spredte og ikke-systematiske.

Det må derfor være vores konklusion, at selve det at man satte systematisk fokus på kvalitetsudviklingen på Center Ringbo, og at man gjorde det med forskellige interventioner, der på hver sin måde rettede sig mod forskellige delelementer i kvalitetsudviklingen medvirkede til projektets succes.

Projektet foregik i et tæt samarbejde mellem medarbejdere fra Center Ringbo, Psykiatrisk Center Ballerup, projektledelsen og styregruppe med deltagere fra hhv. Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Den fælles målsætning om at optimere det psykiatriske behandlingstilbud på Center Ringbo har uden tvivl bidraget til det gode resultat, ligesom det gå-på-mod, som medarbejderne har udvist i forhold til udvikling og implementering af de forskellige delprojekter og beboernes velvilje ligeledes har understøttet resultatet.

Afslutningsvist må det konkluderes at ønsker man at optimere behandlingstilbuddet på et psykiatrisk bo-center er det som man også ved fra andre studier vigtigt at den psykofarmakologiske behandling kombineres med psykosociale interventioner, og at ingen af disse interventioner bør stå alene.

Bilag 1 Spørgeskema fra Ringbo-projektet

Kære beboer på Ringbo

Tak fordi du vil udfylde dette spørgeskema.

Sammen har vi gennem Ringbo-projektet sat initiativer i værk for at udvikle dit psykiatriske behandlingstilbud. Ved at svare på spørgsmålene medvirker du til at udvikle behandlingstilbuddet for dig og andre beboere på Ringbo og på andre botilbud.

Vi vil derfor bede dig om at udfylde alle spørgsmålene i skemaet og aflevere det udfyldte spørgeskema til personalet i en lukket kuvert, så det kun er dig, der kan se svarene.

Hvis du ønsker hjælp til udfyldelse af skemaet, hjælper den der afleverer skemaet til dig (evalueringsgruppen i din enhed) meget gerne med fx at læse spørgsmålene højt eller med at afklare eventuelle spørgsmål. Det er dog vigtigt, at du selv udfylder svarene.

Eftersom vi samtidig indhenter data vedr. dine psykiatriske indlæggelser og data fra Ringbo, har vi brug for dit navn og dit cpr.nr. Dit navn og dit cpr.nr vil *kun* blive brugt til at samkøre din besvarelse af spørgeskemaet med de andre oplysninger, vi indhenter.

Enhver øvrig brug af oplysninger vil ske i anonymiseret form, og offentliggørelse af besvarelserne vil derfor også være anonym.

Din underskrift _____

På forhånd tak for hjælpen.

Har du spørgsmål til spørgeskemaet, er du meget velkommen til at spørge din kontaktperson eller de evalueringensansvarlige i din enhed.

Du må også meget gerne kontakte projektleder Jane Eldrup Nørgård, som gerne hjælper per telefon eller e-mail:

E-mail: jane.noergaard@regionh.dk

Telf.: 21697907

Med venlig hilsen

Jane Eldrup Nørgård

(på vegne af projektorganisationen for Ringbo-projektet)

Navn og cpr: _____

Medicin

A. Får du hjælp til at tage din medicin? (sæt kryds):

1. Ja Nej

B. Hvis ja, hvilken form for hjælp får du? (sæt et eller flere krydser):

1. Andre afhenter medicinen på apoteket
2. Personalet opbevarer medicinen
3. Personalet opbevarer dele af medicinen
4. Jeg bliver påmindet om at tage medicinen
5. Personalet doserer medicinen
- a. Personalet uddeler medicinen (eller dele af medicinen)

C. Tager du din medicin som ordineret? (sæt kryds):

- Ja Nej

D. Hvad ved du om, hvordan din medicin virker? (sæt kryds)

1. Jeg ved *meget* om det
2. Jeg ved *noget* om det
3. Jeg ved *en smule* om det
4. Jeg ved *ingenting* om det

E. Hvad ved du om de bivirkninger, din medicin eventuelt kan have? (sæt kryds)

1. Jeg ved *meget* om det
2. Jeg ved *noget* om det
3. Jeg ved *en smule* om det
4. Jeg ved *ingenting* om det

F. Hvordan oplever du din indflydelse på medicineringen? (sæt kryds)

1. *Stor*. Jeg er for eksempel sammen med lægen med til at vurdere, hvilken og hvor meget medicin jeg har brug for i forskellige perioder
2. *Mellemstor*. Jeg føler, at der bliver taget hensyn til mine oplevelser og meninger omkring min medicinering
3. *Lille*. Jeg oplever ikke, at jeg har nogen indflydelse overhovedet
4. *Ved ikke*

**G. Vil du gerne have mere indflydelse på din medicinering?
(det vil sige på hvilken medicin og hvor meget du har brug for)**

- Ja Nej Ved ikke

Nada-øreakupunktur

A. Har du fået Nada-øreakupunktur indenfor de sidste to år? (sæt kryds)

- Ja Nej Ved ikke

B. Hvis ja, synes du, at det hjælper på dine psykiske symptomer?

- Ja Nej Ved ikke

**C. Hvis ja, synes du, at Nada har det virket på nedenstående symptomer?
(sæt et eller flere krydser)**

1. Abstinenser
2. Angst/uro
3. Irritabilitet/vrede

4. Søvnløshed
5. Manglende energi
6. Andre, skriv _____

D. Hvis nej, hvorfor får du så Nada? (begrund kort)

SDM- Shared decision making

A. Har du brugt "Mit redskab til mine samtaler med psykiateren" (shared decision making)?

- Ja Nej

B. Har redskabet været en hjælp for din oplevelse af at have indflydelse på din behandling og din medicin?

- Ja Nej Måske

C. Har redskabet i det hele taget hjulpet dig?

- Ja Nej Måske

D. Hvis ja, skriv eventuelt hvorfor du synes, det har hjulpet

Trivsel

Sæt venligst et kryds i det felt ved hvert af de 5 udsagn, der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste to uger. Bemærk, at et højere tal står for bedre trivsel.

Eksempel: Hvis du har følt dig glad og i godt humør i lidt mere end halvdelen af tiden i de sidste to uger, så sæt krydset i feltet med 3-tallet i øverste højre hjørne.

I de sidste 2 uger ...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1 .. har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0

2	.. har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3	.. har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4	.. er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5	.. har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

Sociale forhold

A. Er du for tiden i et parforhold? (sæt kryds):

Ja Nej

Beskæftigelse

A. Har du på nuværende tidspunkt et lønnet job? (sæt kryds):

Ja Nej

B. Hvis ja, hvor længe har du haft dette job? (sæt kryds):

1. Mindre end et 1 år
2. Mere end 3 år
3. Mere end 5 år
4. Mere end 10 år

C. Er du i job på Ringbo? (sæt kryds):

Ja Nej

D. Hvis ja, er dit job på Ringbo lønnet? (sæt kryds):

Ja Nej

E. Hvilket forsørgelsesgrundlag har du? (sæt kryds):

1. Arbejdsindtægt
2. Sygedagpenge
3. Revalideringsydelse
4. Bistandshjælp
5. Førtidspension
6. Understøttelse
7. Andet, skriv _____

7. Hvor længe har du været på dette forsørgelsesgrundlag? (sæt kryds):

- 8. Mindre end et 1 år
- 9. Mere end 3 år
- 10. Mere end 5 år
- 11. Mere end 10 år

Netværk og fritid

A. Har du kontakt til dit netværk? (sæt kryds):

Ja Nej

B. Hvis ja, hvem har du kontakt med? (sæt et eller flere krydser):

- 1. Børn
- 2. Familie
- 3. Venner
- 4. Kollegaer
- 5. Medbeboere
- 6. Medpatienter
- 7. Naboer
- 8. Andre, skriv _____

C. Hvor ofte har du kontakt med dit netværk? (sæt et kryds):

- 1. Adskillige gange om ugen
- 2. En gang ugentligt
- 3. En gang hver 14. dag
- 4. En gang om måneden
- 5. 1-3 gange om året
- 6. Sjældnere

D. Foregår kontakten oftest på Ringbo? (sæt kryds):

Ja Nej Både og

E. Hvori består den kontakt du har med dit netværk? (sæt et eller flere krydser):

- 1. Praktisk hjælp
- 2. Hygge
- 3. Samtaler
- 4. At lave aftaler
- 5. Motion
- 6. En hobby
- 7. Andet, skriv _____

F. Har du fritidsinteresser? (sæt kryds):

Ja Nej

G. Hvis ja, foregår fritidsaktiviteterne så oftest uden for Ringbo? (sæt kryds):

Ja Nej Både og

Sygdom

A. Er du i behandling for din psykiske sygdom hos en læge? (sæt kryds):

Ja Nej

B. Hvis ja, hvor får du behandling for din psykiske sygdom? (sæt kryds):

1. Hos egen læge
2. Hos privat praktiserende psykiater
3. Hos fast psykiater på Ringbo
4. I distriktpspsykiatrien Gladsaxe-Furesø

Ressourcer og muligheder

Denne del af spørgeskemaet handler om dine ressourcer og muligheder. Vær venlig at læse hvert udsagn grundigt og svar på, hvor enig eller uenig du er med hvert udsagn. Det gør du ved at sætte et kryds i den kasse ud fra det udsagn, du synes passer bedst på dig. Enten er du meget uenig i udsagnet, eller også er du uenig, enig eller meget enig.

A. Jeg er som regel sikker på de beslutninger, jeg tager

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

B. At blive vred over ting hjælper aldrig

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

C. Mennesker har ret til at tage deres egne beslutninger, selv hvis det er dårlige beslutninger

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

D. Jeg føler mig som regel alene

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

E. Når jeg lægger planer, er jeg næsten sikker på at føre dem ud i livet

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

F. Mennesker, som arbejder sammen, kan gøre en forskel i samfundet

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

G. Jeg gennemfører som regel de ting, jeg har sat mig for

1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig

4. Meget enig
- H. Folk skal prøve på at leve deres liv som de gerne vil**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- I. Mennesker er kun begrænset af, hvad de forestiller sig er muligt**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- J. Jeg ser som regel optimistisk på fremtiden**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- K. Man kan ikke bekæmpe myndighederne**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- L. Jeg opfatter mig selv som en person, der kan klare alting**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- M. Ekspert er de bedste til at afgøre, hvad folk skal gøre eller lære**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- N. Jeg kan stort set selv bestemme, hvad der skal ske i mit liv**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- O. Folk har ikke ret til at blive vrede, bare fordi der er noget, de ikke kan lide**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig

4. Meget enig
- P. Jeg har en positiv holdning til mig selv**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- Q. Når jeg arbejder sammen med andre mennesker i mit lokalområde, kan vi ændre tingene til det bedre**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- R. Jeg kan som regel overvinde forhindringer**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- S. Når jeg er usikker på noget, følger jeg som regel flertallet**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- T. Jeg kan gøre ting lige så godt som de fleste andre**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- U. Handling kan som oftest løse problemerne**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- V. De fleste dårlige ting i mit liv skyldes uheldige omstændigheder**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- W. Jeg føler, at jeg har en række gode egenskaber**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig

4. Meget enig
- X. At blive vred over noget er ofte det første skridt mod at ændre det**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- Y. Jeg føler mig magtesløs det meste af tiden**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- Z. Mennesker har mere magt, hvis de står sammen som en gruppe**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- Æ. At skabe røre fører aldrig til noget**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig
- Ø. Jeg føler, jeg er et værdifuldt menneske, i det mindste er jeg lige så meget værd som andre mennesker**
1. Meget uenig
2. Uenig
3. Enig
4. Meget enig

Spørgsmål "Har du indenfor de sidste 3 måneder brugt"

TYPE	MÆNGDE
Q."Hvor ofte bruger du normalt..."	
Alkohol? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Ugentligt <input type="checkbox"/> Månedligt
Cigaretter? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvor mange styk cigaretter ryger du per dag? Antal:
Marijuana, cannabis, eller hash? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Ugentligt <input type="checkbox"/> Månedligt
Stoffer til at sniffe fx gas/lim? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Ugentligt <input type="checkbox"/> Månedligt

Stoffer såsom LSD? Hvis ja, Dagligt Ugentligt Månedligt
 Nej Ja

Speed, ecstasy, amfetamin, kokain Hvis ja, Dagligt Ugentligt Månedligt
 Nej Ja

Heroin, morfin eller metadon? Hvis ja, Dagligt Ugentligt Månedligt
 Nej Ja

Bilag 2 Handleplan for medicin håndteringen 2010

Handleplanen bestod af følgende delelementer:

- **Handleplan for medicin håndtering 2010** udarbejdes på baggrund af en gennemgang af beboerjournaler med henblik på en belysning af og en genopretning af følgende områder:
 - Revurdering af lokale instrukser, så de er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens generelle vejledninger
 - Ajourføring hvor dokumentationen vedr. medicin håndteringen er mangelfuld
 - Øvrige områder indenfor medicin håndtering, hvor specifikke handleplaner skal udarbejdes til genopretning af hvert enkelt problemområde
- **Undervisning i medicin pædagogik** udbydes af SOF Akademiet i 2010
 - Undervisning af 30 lektioner af 3 dage tilbydes personale i ca. 4 huse (udvides eventuelt således, at alle afdelingslederne eller alt personale tilbydes kurset)

Bilag 3 Optimering af behandlingstilbuddet

Proces, kriterier og resultater af den tværfaglige vurdering

Vurdering blev foretaget med udgangspunkt i mindste middels princippet og 10 opstillede kriterier, defineret af et tværfagligt team. Det tværfaglige team bestod af afdelingsledere af boenhederne på Ringbo, udviklingsafdelingen på Ringbo, speciallægerne på Ringbo, en praktiserende læge og en privat praktiserende psykiater, som behandler beboere fra Ringbo. Beboerne blev placeret i en af følgende 5 kategorier:

- Beboeren har behov for et behandlingstilbud hos egen læge
- Beboeren har behov for et behandlingstilbud hos privat praktiserende psykiater
- Beboeren har behov for et behandlingstilbud i distriktspsykiatrien, men har ikke behov for en opsøgende funktion i hjemmet på Ringbo
- Beboeren har behov for et behandlingstilbud fra distriktspsykiatrien, men med et behov for hjemmebesøg på Ringbo, da denne ikke kan møde i DPC
- Beboeren har behov for et behandlingstilbud fra distriktspsykiatrien, men har samtidig behov for en opsøgende funktion i hjemmet på Ringbo

Metoden i delprojektet blev udviklet via en tværfaglig arbejdsgruppe, hvor delprojektlederen (daglig projektleder), en tovholder (medarbejder fra Ringbo), en psykiater fra Ringbo og udviklingschefen fra Ringbo deltog.

En intern tværfaglig gruppe blev nedsat med relevante parter fra Ringbo til at tage den endelige beslutning omkring anbefalingen til hver enkelt beboer med inddragelse af beboerens ønsker, før beboeren endeligt blev anbefalet behandlingstilbuddet.

Bilag 4 Shared Decision Making



Mit redskab
til mine samtaler med psykiateren

Dokumentet er ophavsretsligt beskyttet

Dette redskab er udviklet til anvendelse i et projekt på bostedet Ringbo og har været igennem en reviewproces og en testperiode inden implementering. Ønskes redskabet anvendt i andre sammenhænge, kontakt da venligst Ringbo eller Lisa Korsbek, Psykiatrisk Center Ballerup (lisa.korsbek@regionh.dk)

Før din samtale

Min personlige notesbog

Før enhver samtale med din psykiater, er det altid en god idé at kigge på, hvad du tænker er det mest vigtige for dig at nå i løbet af samtalen. Det kan være at snakke om den medicin, du bruger, eller om andre ting, der optager dig.

Redskabet her er en personlig notesbog, der måske kan hjælpe dig på vej

Jeg tænker, at jeg under min næste samtale med psykiateren gerne vil snakke om:

Hvis du er i tvivl, eller du ikke helt ved det, hvad du vil snakke om, kan du prøve at bruge hjælpespørgsmålene på de næste sider



Hjælpe spørgsmål

Del 1

Hvad går godt og hvad går skidt?

Følgende spørgsmål kan måske hjælpe dig med at få sat ord på, hvad du vil gerne snakke med din psykiater om under jeres næste samtale

Hvad synes du er dine mest generende symptomer eller oplevelser i øjeblikket? Sæt gerne flere krydser, hvis det er relevant

Jeg har ingen generende symptomer eller oplevelser for tiden

Jeg har angst

Jeg føler mig bange

Jeg føler mig kaotisk

Jeg hører stemmer

Jeg har hallucinationer

Jeg føler mig deprimeret

Jeg føler mig trist

Jeg føler mig vred

Jeg føler mig aggressiv

Jeg kan ikke holde ud at være alene

Jeg kan ikke holde ud at være sammen med andre

Jeg sover ikke ret godt

Jeg har dårlig appetit

Jeg har ingen energi

Jeg føler mig stresset

Jeg har selvmordstanker

Hvis du har andre symptomer eller oplevelser, som generer dig, kan du eventuelt skrive det her:

Er der bestemte områder eller ting i dit liv, der optager dig for tiden? Sæt gerne flere krydser, hvis det er relevant

Mine symptomer

Mit humør

Mit fysiske helbred

Mit brug af alkohol eller stoffer

Mine boligforhold

Min familie

Mine venner

Min hverdag

Min fremtid

Andet (skriv evt. ned, hvad du tænker på ved andet)

Hvad synes du går godt for dig i øjeblikket? Sæt gerne flere krydser, hvis det er relevant

Jeg laver ting, som interesserer mig

Jeg har venner eller familie, som jeg snakker meget med

Jeg er sammen med andre mennesker om ting, som jeg kan lide

Jeg snakker med folk, som jeg synes, jeg har det godt med

Jeg føler, at tingene går fremad

Jeg er god til at nyde livet

Jeg føler mig optimistisk

Jeg har mod på nye ting i mit liv

Hvis det er andre ting, kan du eventuelt skrive det her:

På en skala fra 1 til 10, hvordan synes du så, du har det for tiden?

Vælg det tal, som du synes passer bedst, og sæt en ring om det (10 er det højeste og derfor bedste tal).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Dårligt

Rigtig godt

Del 2

Medicinen

Hvis du har nogle overvejelser omkring din medicin, som du gerne vil præcisere, kan de følgende spørgsmål måske hjælpe dig, så du under din næste samtale med psykiateren får sagt det, du gerne vil om medicinen

Hvad forventer du, at en medicin kan hjælpe dig med:

Mine symptomer

Mit humør

Mine evner til at fungere i hverdagen

Andet (skriv evt. ned, hvad du tænker på ved andet)

Hvad synes du, din medicin hjælper dig med? Sæt gerne flere krydser, hvis det er relevant

Jeg føler, at den gør mig i bedre humør

Jeg føler, at den hjælper mod angst

Jeg føler, at den gør, at jeg er mere samlet eller koncentreret

Jeg føler, at den gør mig mere udadvendt

Jeg føler, at den gør, at jeg bedre kan være sammen med andre

Jeg føler, at den hjælper mig med at få styr på kaotiske tanker

Jeg føler, at den hjælper mig i forhold til stemmer

Jeg føler, at den giver mig mere overskud til at klare hverdagen

Har du andre gode ting eller oplevelser for tiden, som du føler, at din medicin bidrager til, kan du eventuelt skrive det her:

Hvis du oplever bivirkninger eller andet i forhold til din medicin, kan du krydse af ved mulige bivirkninger her. Sæt gerne flere krydser, hvis det er relevant

Jeg har ingen bivirkninger

Jeg ryster

Jeg føler mig meget træt

Jeg er meget tør i munden

Jeg tager på i vægt

Jeg føler mig rastløs og urolig

Jeg føler mig trist

Jeg har kvalme

Jeg føler mig svimmel

Jeg har problemer med mit syn

Jeg har svært ved at tænke eller koncentrere mig

Jeg har svært ved at sidde stille

Jeg har mistet appetitten

Jeg har en meget forøget appetit

Jeg har seksuelle problemer

Jeg har for højt blodtryk

Er der andre oplevelser af bivirkninger, som generer dig for tiden, kan du skrive det her?

Har du ønsker om at ændre i din medicin, kan du præcisere det her

Jeg vil gerne ændre i min medicin, fordi

Jeg synes, jeg oplever for mange bivirkninger af den

Jeg synes ikke, at den hjælper mig

Andet (skriv evt. ned, hvad du tænker på ved andet)

Jeg vil gerne:

Have anden medicin

Ændre dosis i min medicin

Aftrappe i noget af min medicin

Se eventuelt hjælpespørgsmålene ved ændringer i medicin på den sidste side i denne notesbog

Efter din samtale

Evaluering

Ved at svare på de følgende spørgsmål, evaluerer du din samtale med psykiateren, dvs. du kigger på, hvad du synes, der kom ud af den. Brug eventuelt din kontaktperson, hvis det vil kunne hjælpe dig

Jeg fik snakket om det, jeg gerne ville. Sæt kryds

Ja, meget

Ja, så nogenlunde

Lidt

Nej, slet ikke

Eventuelle kommentarer

Jeg fik den viden, jeg havde brug for

Ja, meget

Ja, så nogenlunde

Lidt

Nej, slet ikke

Eventuelle kommentarer

Jeg tog nogle beslutninger sammen med min psykiater

Ja

Nej

Hvis ja: Hvilke beslutninger?

Jeg er tilfreds med den eller disse beslutninger

Ja, meget

Ja, så nogenlunde

Lidt

Nej, slet ikke

Eventuelle kommentarer

Jeg synes, jeg havde indflydelse på beslutningerne

Ja, meget

Ja, så nogenlunde

Lidt

Nej, slet ikke

Eventuelle kommentarer

Hjælpe spørgsmål ved ændringer i medicinen

Spørgsmål, du kan stille til din psykiater, når I aftaler at skifte medicin eller ændre i din dosis:

Hvordan ved jeg, at medicinen hjælper?

Hvornår vil den begynde at virke?

Hvilke bivirkninger har medicinen?

Hvad kan jeg gøre ved bivirkningerne, hvis jeg får nogle af dem?

Er der andre slags medicin end den/dem, jeg får, der måske kunne være bedre for mig?

Findes der andre metoder end medicin, hvis medicinen ikke virker?