

# UNDERSØGELSE AF PSYKIATRILOVSREVISIONEN AF 1999



# Undersøgelse af Psykiatrilovsrevisionen af 1999

Rapport

Maj 2005

Rambøll Management  
Olof Palmes Allé 20  
DK-8200 Århus N  
Denmark

Tlf: 8944 7800  
[www.ramboll-management.dk](http://www.ramboll-management.dk)

**Rapporten er udarbejdet af:**

Chris Enrico Petersen, Jane Kraglund og Timo Bohni Nielsen, Rambøll Management i samarbejde med Center for Evaluering i Psykiatrien, Århus Amt. Rapportens bilag J (dokumentatistrapport) er udarbejdet af læge, Phd. Henrik Day Poulsen.

**Udgiver:**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2. afdeling,  
3. sundhedskontor, Slotsholmsgade 10-12, 1216 København K.  
tlf: 72269000 Fax: 72269001, E-post: [im@im.dk](mailto:im@im.dk)

**Udgivelsesår:**

2005

**Udgave, oplag:**

1. udgave, 1. oplag, 1.500 eks. ISBN: 87-7601-131-3 (trykt version)  
87-7601-132-1 (elektronisk version)

**Sats:**

Rambøll Management

**Tryk og Bogbind:**

Schultz Grafisk

**Pris:**

Yderligere eksemplarer af rapporten, som er gratis, kan rekvireres ved henvendelse til Danmark.dk's netboghandel, IT- & Telestyrelsen, tlf.: 70 10 18 81 eller læses på [www.im.dk](http://www.im.dk)

## Indholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>Indledning, baggrund og formål</b>	<b>1</b>
1.1	Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	1
1.2	Formålet med undersøgelsen	1
1.3	Undersøgelsens design	2
1.4	Datagrundlag og anvendelsen af data	3
1.5	Rapportens struktur	5
<b>2.</b>	<b>Hovedkonklusioner og anbefalinger</b>	<b>7</b>
2.1	Overordnede konklusioner og anbefalinger	7
2.2	Konklusioner og anbefalinger fordelt på undersøgelsesområder	9
2.3	God sygehusstandard	14
2.4	Klagesystemet	15
2.5	Delegation af overlægens kompetence	21
2.6	Registrering af tvang	22
2.7	Tilbageførelse	23
2.8	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	24
2.9	Patientrådgiveren	29
2.10	Patientråd, patientmøder og patientindflydelse	31
<b>3.</b>	<b>God sygehusstandard</b>	<b>33</b>
3.1	Analytisk tilgang	34
3.2	Hensigtsmæssighedskriteriet	36
3.2.1	Er den indholdsmæssige præcisering af begrebet relevant?	36
3.2.2	Er præcisering af begrebet god sygehusstandard en relevant metode til at sikre ønsket sygehusstandard?	39
3.3	Effektivitetskriteriet	40
3.3.1	I hvilket omfang vurderes bestemmelserne vedr. god sygehusstandard at have haft indflydelse på konkrete beslutninger?	41
3.3.2	Tilfredsstillende niveau for sygehusstandard	42
3.3.3	Virkninger	45
3.4	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	46
3.4.1	Forventninger til den fremtidige udvikling af sygehusstandard	46
3.4.2	Årsager og barrierer for realisering af målsætningsbestemmelsen	46
3.5	Konklusion vedrørende god sygehusstandard	48
<b>4.</b>	<b>Klagesystemet</b>	<b>51</b>
4.1	Analytisk tilgang	54
4.2	Klagesystemets indretning	56
4.2.1	Hensigtsmæssighedskriteriet	57
4.2.2	Effektivitetskriteriet	60
4.2.3	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	67
4.3	Delkonklusion i forhold til klagesystemets indretning	73
4.4	Balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsbehandling	74
4.4.1	Hensigtsmæssighedskriteriet	75
4.4.2	Effektivitetskriteriet	76

4.4.3	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	79
4.5	Delkonklusion i forhold til balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsansværelsen	82
4.6	De lokale patientklagenævns faglige kompetencer	83
4.6.1	Hensigtsmæssighedskriteriet	84
4.6.2	Effektivitetskriteriet	85
4.6.3	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	89
4.7	Delkonklusion i forhold til de lokale patientklagenævns faglige kompetencer	92
4.8	Deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn	93
4.8.1	Hensigtsmæssighedskriteriet	94
4.8.2	Effektivitetskriteriet	98
4.8.3	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	100
4.9	Delkonklusion i forhold til deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn	101
4.10	Årsrapporter fra de lokale patientklagenævn	102
4.10.1	Hensigtsmæssighedskriteriet	102
4.10.2	Effektivitetskriteriet	103
4.10.3	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	104
4.11	Delkonklusion i forhold til årsrapporter fra de lokale patientklagenævn	104
4.12	Særlige problemstillinger fra børne- og ungdomspsykiatri	105
4.13	Konklusion i forhold til klagesystemet	108
<b>5.</b>	<b>Delegation af overlægens kompetence</b>	<b>115</b>
5.1	Analytisk tilgang	116
5.2	Hensigtsmæssighedskriteriet	118
5.2.1	Er lovrevisionen dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger?	118
5.2.2	Er lovmæssige præciseringer af betingelserne for delegation af overlægens kompetence en god metode til at skabe klarhed herover?	118
5.3	Effektivitetskriteriet	119
5.3.1	Overholdes reglerne for delegation af overlægens kompetence?	119
5.3.2	Hvilke virkninger har reglerne for delegation af overlægens kompetence haft for personalet?	121
5.3.3	Hvilke virkninger har reglerne for delegation af overlægens kompetence haft for patienterne?	122
5.4	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	123
5.5	Konklusion i forhold til reglerne om delegation af overlægens kompetence	123
<b>6.</b>	<b>Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner</b>	<b>125</b>
6.1	Analytisk tilgang	126
6.2	Hensigtsmæssighedskriterium	129
6.2.1	Er udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indholdsmæssigt dækkende for de beskrevne problemstillinger?	129

6.2.2	Er det hensigtsmæssigt at regulere udskrivningsprocedurer via lovgivning?	131
6.3	Effektivitetskriteriet	133
6.3.1	I hvilket omfang udarbejdes det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?	133
6.3.2	I hvilket omfang sikrer udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i praksis sammenhæng i patientforløbene?	141
6.3.3	Hvilke øvrige virkninger har bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner haft i forhold til patienter og personale?	143
6.4	Nytte- og bæredygtighedskriterium	146
6.4.1	Kan det over tid forventes, at der bliver en større målopfyldelse i form af at der udarbejdes flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?	146
6.4.2	Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udfordres som redskab til at sikre sammenhæng i udskrivningsforløbene?	153
6.5	Konklusion i relation til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	157
<b>7.</b>	<b>Registrering af tvang</b>	<b>163</b>
7.1	Analytisk tilgang	163
7.2	Hensigtsmæssighedskriteriet	165
7.3	Effektivitetskriteriet	166
7.3.1	Overholdes kravene til indberetning?	166
7.3.2	Er kvaliteten af de indberettede data vedr. tvangsansendelse i orden?	167
7.3.3	Opfylder tvangsstatistikkerne formålet om overordnet kontrol af tvangsansendelse?	167
7.3.4	I hvilket omfang anvendes tvangsstatistikkerne til kvalitetsudvikling på de enkelte afdelinger?	168
7.3.5	Hvilke virkninger har kravet om indberetning af tvangsansendelse for den daglige opgavevaretagelse på de psykiatriske afdelinger?	168
7.4	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	169
7.4.1	Kan der forventes andre virkninger over tid?	169
7.4.2	Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at der vil opstå et pres på de nuværende regler for indberetning af tvang?	170
7.5	Konklusioner i forhold til registrering af tvang	171
<b>8.</b>	<b>Tilbageførelse</b>	<b>173</b>
8.1	Analytisk tilgang	173
8.2	Hensigtsmæssighedskriteriet	175
8.2.1	Er lovrevisionen dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger?	175
8.2.2	Er lovmæssig præcisering af betingelserne for delegation af overlægens kompetence en god metode til at skabe klarhed herover?	175
8.3	Effektivitetskriteriet	176
8.4	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	176
8.5	Konklusion i relation til tilbageførelse	177

<b>9.</b>	<b>Patientrådgiverordning</b>	<b>179</b>
9.1	Analytisk tilgang	179
9.2	Hensigtsmæssighedskriteriet	181
9.2.1	Er valget af lovrevision som metode (kombineret med kursusaktivitet) hensigtsmæssig i forhold til de beskrevne problemstillinger?	181
9.2.2	Er den indholdsmæssige del af lovrevisionen dækkende i forhold til ønsket om patientrådgiverens deltagelse i retsmøder og i patientklagenævnenes møder?	183
9.3	Effektivitetskriteriet	183
9.3.1	Patientrådgivernes faktiske deltagelse i de lokale patientklagenævns møder	183
9.3.2	Hvilke virkninger har patientrådgivernes deltagelse for de afgørelser, der træffes i de lokale patientklagenævn?	184
9.3.3	Hvilke virkninger har patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder i øvrigt for patienterne?	185
9.4	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	186
9.4.1	I hvilket omfang vil der over tid ske en ændring i patientrådgivernes mødefrekvens?	186
9.4.2	Er der (eller kan der forventes at opstå) et pres på de nuværende bestemmelser om patientrådgivernes rolle og funktioner?	188
9.5	Konklusion i forhold til patientrådgiveren	192
<b>10.</b>	<b>Patientråd, patientmøder og patientindflydelse</b>	<b>195</b>
10.1	Analytisk tilgang	196
10.2	Hensigtsmæssighedskriteriet	198
10.2.1	Er valg af bemyndigelsesbestemmelse – og herunder bekendtgørelse om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger en hensigtsmæssig metode til sikring af patientindflydelse?	198
10.3	Effektivitetskriteriet	199
10.3.1	I hvilket omfang gennemføres patientråd og patientmøder?	199
10.3.2	Hvilken virkning har patientmøder og patientråd for patienterne?	200
10.4	Nytte- og bæredygtighedskriteriet	201
10.4.1	Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling at lovbestemmelsen generelt er under pres?	202
10.5	Konklusion i forhold til patientråd, patientmøder og patientindflydelse	204
Bilag A: Litteraturliste		
Bilag B: Statistik		
Bilag C: Undersøgelsens design og metode		
Bilag D: Spørgeskemaer		
Bilag E: Frekvensanalyser		
Bilag F: Fokuspersoner – eksplorative interview		
Bilag G: Deltagere i statusseminar		
Bilag H: Oversigt over samtlige interviewede i dybdeundersøgelsen		
Bilag I: Dybdeundersøgelsens caserapporter (vedlagt i særskilt bilag)		
Bilag J: Dokumentalistrapport vedr. god sygehusstandard, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, ambulant tvang, registrering og indberetning af tvang samt patientrådgiverordningen		

## **1. Indledning, baggrund og formål**

Hermed foreligger rapport vedrørende undersøgelse af virkningerne af psykiatrilovsrevisionen af 1999.

Undersøgelsen er iværksat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og gennemført af Rambøll Management i konsortium med Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt (CEPS). Undersøgelsen er gennemført i perioden 1. maj 2004 – 1. maj 2005.

### **1.1 Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien**

Den 1. oktober 1989 trådte lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien i kraft. Formålet med psykiatriloven var dels at styrke sindslidendes retsstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og tvangsbehandling mv., og dels at forebygge brugen af tvang. Loven skulle endvidere sikre, at sindslidende i videst muligt omfang inddrages og får indflydelse på behandling og egne forhold i øvrigt.

Loven blev revideret med ikrafttrædelse 1. januar 1999, og de ændringer, der blev vedtaget, byggede blandt andet på resultaterne af en videnskabelig undersøgelse af psykiatrilovens virkninger, som blev offentliggjort i august 1996, og i forbindelse med retsplejeudvalgets beretning af 2. oktober 1997.

### **1.2 Formålet med undersøgelsen**

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets udbudsbekendtgørelse af 5. november 2003, udbudsmaterialet af 27. oktober, Lov nr. 403 af 26. juni 1998 samt lovens forarbejder fremgår det, at der skal "iværksættes en undersøgelse af lovens virkninger ved et uafhængigt forskningsinstitut". Det understreges endvidere, at undersøgelsen *kun* skal omfatte de ændringer, som trådte i kraft den 1. januar 1999, hvilket vil sige ændringer i forhold til:

- God sygehusstandard
- Klagesystemet
- Delegation af overlægens kompetencer
- Lovens stedlige anvendelsesområde
- Registrering og indberetning af tvang
- Patientrådgiverordningen
- Patientindflydelse.



I kommissoriet for undersøgelsen specificeres det endvidere, at undersøgelsen af lovens virkninger skal omfatte fokus på:

1. *Hvorvidt loven overholdes?*
2. *Hvordan reglerne opfattes af "brugerne" – herunder om reglerne giver anledning til fortolkningstvivl?*
3. *Hvorvidt reglerne opfylder deres formål, således som det er begrundet i forarbejderne til loven.*

Med henblik på at gennemføre en systematisk undersøgelse af disse overordnede spørgsmål i en samfundsvidenskabelig analyseramme er lovens virkninger gennem hele undersøgelsen analyseret ud fra tre centrale vurderingskriterier:

- **Hensigtsmæssighedskriteriet**, som omhandler vurderingen af lovgivningens relevans: Er der sammenhæng mellem den skitserede problemstilling og lovgivning som intervention?
- **Effektivitetskriteriet**, der drejer sig om vurderingen af lovgivningens effekt: Hvilke output og resultater har ændringen medført?
- **Nytte- og bæredygtighedskriteriet**, som fokuserer på lovændringens langsigtede virkninger og konsekvenser: Har lovændringen virkningskraft på sigt, og hvilke barrierer er der evt. i forhold til virkningskraften?

Disse tre vurderingskriterier udgør undersøgelsens overordnede analyseramme, idet samtlige af lovrevisionens virkninger på samtlige delområder er undersøgt på baggrund af hensigtsmæssighed, effektivitet samt nytte og bæredygtighed.

### 1.3 Undersøgelsens design<sup>1</sup>

Undersøgelsen er forløbet i tre faser, en forundersøgelserfase, en breddeundersøgelse og en dybdeundersøgelse.

Undersøgelsen har herefter været udsendt til høring. Høringssvarene har givet anledning til enkelte justeringer. Disse er indarbejdet i rapporten (god sygehusstandard, opsættende virkning af klager over tvangsbehandling og udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.)

#### **Forundersøgelserfasen**

Forundersøgelsen bestod af en række dokumentstudier og eksplorative interview og havde til formål at skabe et indledende vidensfundament på baggrund af hvilke, der kunne konstrueres en række relevante hypoteser for den videre undersøgelse.

---

<sup>1</sup> Undersøgelsens metode mv. er udførligt beskrevet i bilag C. I dette afsnit præsenteres undersøgelsens design, metode og datagrundlag kun kortfattet.

For at kvalificere og validere de genererede hypoteser blev der som afslutning på denne fase udarbejdet et omfattende statusnotat<sup>2</sup>, som blev præsenteret og kommenteret på et statusseminar, hvor væsentlige interessenter inden for psykiatriområdet deltog.

### **Breddeundersøgelsen<sup>3</sup>**

Videnfundamentet og en omfattende del af de hypoteser, der blev genereret i forundersøgelserfasen, blev herefter afprøvet i en breddeundersøgelse. Breddeundersøgelsen bestod af en række spørgeskema-baserede surveys blandt de relevante lovbrugere: Patienter, personale, patientrådgivere, medlemmer af patientklagenævn og beslutningstagere. Spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter omfattede de patienter, der havde været udsat for tvang.

### **Dybdeundersøgelsen**

I dybdeundersøgelsen blev der gennemført en række landsdækkende interview og fokusgruppemøder med repræsentanter fra de forskellige interessentgrupper, for derved at kunne behandle emner, der lettere kan afdækkes via personligt interview, og for at få uddybet og nuanceret data fra spørgeskemaundersøgelsen<sup>4</sup>. Endvidere blev der indsamlet anonymiserede kopier af klagesager fra samtlige statsamter og overpræsidiets med henblik på en nærmere analyse af klagesystemet.

Herudover blev der foretaget casestudier i H:S og Ringkøbing Amt, hvor patientforløb og tre udvalgte afdelingers<sup>5</sup> faktiske praksis blev analyseret for at få en større forståelse for lovens virkninger på de forskellige fokusområder. Casestudierne omfattede interview/fokusgruppemøder med personale, patientrådgivere, beslutningstagere, patientklagenævn og patienter, og herudover blev en række konkrete klagesager og udskrivningsforløb analyseret.

## **1.4 Datagrundlag og anvendelsen af data<sup>6</sup>**

Undersøgelsen er dels baseret på analyse og gennemgang af en række eksisterende kvantitative og kvalitative kilder, herunder: Sundhedsstyrelsens tvangsstatistikker, danske og udenlandske undersøgelser og årsberetninger fra de psykiatriske patientklagenævn og dels selvstændigt genererede data af både kvantitativ og kvalitativ karakter.

Undersøgelsen bygger således både på kvantitative data og på kvalitative data, hvoraf nogle er selvstændigt genererede, mens andre var allerede eksisterende.

<sup>2</sup> Statusnotat – Psykiatrilovsundersøgelsen, august 2004.

<sup>3</sup> Spørgeskemaerne og frekvenserne på besvarelsene er vedlagt som henholdsvis bilag D og E.

<sup>4</sup> Se bilag H for overblik over samtlige interview i dybdeundersøgelsen

<sup>5</sup> Psykiatrisk Afdeling på Amager Hospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling på Bispebjerg Hospital, og Psykiatrisk Afdeling på Herning Centralsygehus.

<sup>6</sup> For en uddybende beskrivelse af datagrundlag og anvendelsen af data, henvises til metodebeskrivelsen i bilag C

### **Kvantitative data**

De kvantitative data er anvendt til at foretage statistiske generaliseringer, hvor der sluttes fra det generelle til det specifikke. De kvantitative data er anvendt til at afdække tendenser og sammenhænge i store stikprøvepopulationer. Følgende kvantitative data er anvendt:

- Danske og udenlandske videnskabelige undersøgelser
- Statistisk materiale fra Amtsrådsforeningen og Sundhedsstyrelsen<sup>7</sup>
- Statsamternes årsberetninger om patientklagenævnenes virksomhed.

I tilknytning hertil består undersøgelsens genererede kvantitative data af:

- Spørgeskemaundersøgelse blandt personalet
- Spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne
- Spørgeskemaundersøgelse blandt patientrådgivere
- Spørgeskemaundersøgelse blandt patientklagenævnsmedlemmer
- Spørgeskemaundersøgelse blandt beslutningstagere.

### **Kvalitative data**

Kvalitative data kan gøres til genstand for analytiske generaliseringer, hvor der sluttes fra det specifikke til det generelle<sup>8</sup>. Kvalitative data har primært deres styrke i forhold til at forstå nuancerne og eventuelt årsagsfaktorerne i de forhold, der undersøges. Følgende kvalitative data er anvendt:

#### Eksisterende data

- Ombudsmands- og § 71-tilsynets rapporter
- Høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet<sup>9</sup>
- Danske og udenlandske undersøgelser

#### Generelle fokusgruppemøder og interview

- Landsdækkende fokusgruppemøder<sup>10</sup>
- Telefoninterview af interessenter som ikke direkte medtages i øvrige dele af undersøgelsen

---

<sup>7</sup> For et overblik henvises til bilag B

<sup>8</sup> Jf. Yin, R. K. (1994): *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage.

<sup>9</sup> I forbindelse med at nærværende undersøgelse kom i udbud indhentede Indenrigs- og Sundhedsministeriet en række høringssvar hos diverse interessenter på psykiatriområdet, herunder statsamter, Dansk Psykiatrisk Selskab og patient- og pårørendeorganisationer.

<sup>10</sup> Der blev afholdt landsdækkende fokusgruppemøder med patient- og pårørendeorganisationer, personalerepræsentanter udpeget af DPS, DSR og FOA, patientrådgivere og patientklagenævnsmedlemmer.

### Caseundersøgelser

- Gennemgang af ikke-anonyme klagesager<sup>11</sup>, herunder interview af klagesagernes parter
- Undersøgelse af konkrete udskrivningsforløb, herunder eksterne udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, herunder interview af relevante parter
- Fokusgruppemøder i caseamtet/H:S og i patientklagenævnene
- Interview af patienter og pårørende

### Gennemgang af anonyme klagesager

- Gennemgang af anonyme klagesager<sup>12</sup>

### **Anvendelsen af data**

I rapporten refereres der løbende til de forskellige datakilder. Det er et gennemgående træk, at der systematisk arbejdes med flere datatyper og perspektiver (triangleringsprincippet) med henblik på at undgå fejlslutninger som følge af én kildes bias.

### **Lovbrugerperspektivet**

I rapporten refereres der til holdninger og synspunkter fra de relevante lovbrugere, og den valgte metodetilgang har sigtet efter at balancere dataindsamlingen således, at der kunne indhentes data fra alle grupper af lovbrugere. Det har imidlertid vist sig vanskeligt at imødekomme dette ønske fuldt ud for så vidt angår patientperspektivet, bl.a. fordi der generelt set ikke har været et tilstrækkeligt ønske om deltagelse fra denne lovbrugergruppe. Der henvises i øvrigt til en uddybning heraf i bilag C.

## **1.5 Rapportens struktur**

Rapporten er struktureret med udgangspunkt i to gennemgående principper:

- *For det første* er rapporten struktureret således, at der er et kapitel for hvert af de syv delområder, som psykiatrilovsrevision af 1999 fokuserer på. Eneste undtagelse er *lovens stedlige anvendelsesområde*, som opdeles i to selvstændige kapitler om henholdsvis *udskrivningsaftaler/koordinationsplaner* og *uformal tilbageførelse*. For hvert kapitel/delområde er der udarbejdet et konkluderende afsnit, således at hvert delområde kan læses enkeltvis.
- *For det andet* er samtlige kapitler skrevet ud fra en fælles skabelon, idet alle fokusområder undersøges med platform i

---

<sup>11</sup> Der blev foretaget en analyse af sagsakterne i seks ikke-anonyme klagesager og 10 anonyme klagesager.

<sup>12</sup> Der blev indhentet kopier af 3-6 af de nyeste klagesager i alle statsamtter og i overpræsidiets. Disse blev analyseret for at opnå indsigt i patientklagenævnenes domspraksis.

analysen af bestemmelsernes hensigtsmæssighed, effektivitet samt nytte og bæredygtighed.

Som indledning til hvert kapitel præsenteres den analytiske tilgang.

Rapportens kapitler er struktureret på følgende måde, idet der efter dette indledende kapitel følger:

- Kapitel 2: Rapportens konklusioner og anbefalinger
- Kapitel 3: God sygehusstandard
- Kapitel 4: Klagesystemet
- Kapitel 5: Delegation af overlægens kompetence
- Kapitel 6: Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
- Kapitel 7: Registrering af tvang
- Kapitel 8: Tilbageførelse
- Kapitel 9: Patientrådgiverordningen
- Kapitel 10: Patientråd og patientmøder.

I tilknytning til nærværende hovedrapport er der tilknyttet et antal bilag: I bilag A er der vedlagt en litteraturliste. I bilag B er der præsenteret en række relevante statistikker genereret på baggrund af tal fra blandt andet Sundhedsstyrelsen, Statsamter og Amtsrådsforeningen. I bilag C er der en uddybende præsentation af undersøgelsens design og metode. I bilag D foreligger de i breddeundersøgelsen anvendte spørgeskemaer. I bilag E fremgår resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen i form af frekvensfordelinger. I bilag F er der en oversigt over fokuspersonerne i de eksplorative interview. Af bilag G fremgår deltagerne i forundersøgelsens statusseminar. I bilag H findes en oversigt over samtlige interviewede i dybdeundersøgelsen. I bilag I foreligger dybdeundersøgelsens caserapporter. I bilag J ligger en dokumentalistrapport, udfærdiget af cand.med. Henrik Day Poulsen.

## **2. Hovedkonklusioner og anbefalinger**

Nærværende kapitel er struktureret således, at der indledes med Rambøll Managements overordnede konklusioner og anbefalinger.

Herefter følger uddybende konklusioner og anbefalinger fordelt på de 7 undersøgelsesområder, dels i en kort gengivelse i bulletform og dels via et uddybende konklusionsafsnit for hvert undersøgelsesområde.

### **2.1 Overordnede konklusioner og anbefalinger**

Det er Rambøll Managements overordnede vurdering, at Psykiatriloven generelt opfylder sit formål om at sikre de sindslidendes retsstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og anvendelsen af anden tvang i psykiatrien i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling.

Undersøgelsen viser, at loven – i forhold til de undersøgte områder – generelt overholdes.

Og endelig skal fremhæves at undersøgelsen viser, at der blandt lovbrugerne er en generel accept af nødvendigheden af at sikre patienternes retssikkerhed gennem en overordnet kontrol med tvangsansværelsen på de psykiatriske afdelinger.

På baggrund af den gennemførte undersøgelse anbefaler Rambøll Management, at følgende præciseringer/ændringer af loven overvejes:

- At præciseringen af begrebet god sygehusstandard ændres, således at patienternes mulighed for uddannelse under indlæggelse ikke medtages, og således at personalets kompetencer indgår som en del af begrebet.
- At det præciseres, under hvilke omstændigheder skærmmning kan sidestilles med tvangsansværelse omfattet af psykiatrilovens bestemmelser.
- At Indenrigs- og Sundhedsministeren bemyndiges til at udarbejde overordnede retningslinjer for husordener, herunder til at gennemføre et overordnet tilsyn hermed.
- At kriterierne for, hvornår en klage over tvangsbehandling ikke tillægges opsættende virkning, udvides, således at det er muligt umiddelbart at gennemføre tvangsbehandling af patienter, der gentagne gange har været indlagt på samme psykiatriske afdeling, og for hvilke der er en sikker viden om positive virkninger af tvangsbehandling, herunder at der er vi-

den om, at udskyldelse af/afbrud i behandling kan have væsentlige negative virkninger for patientens samlede forløb. Rambøll Management skal pege på, at det ikke kan udelukkes, at denne gruppe kan omfattes af nuværende kriterier, i det omfang der generelt anlægges en bredere fortolkning af kriteriet "udsætte patientens helbred for fare".

- At de almindelige bestemmelser om anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ændres, således at det præciseres, at overlægen har ansvaret for, at der for alle relevante patienter tilvejebringes en plan for/aftale om nødvendig opfølgende indsats efter udskrivelsen. Overlægen vælger den samarbejdsform der for den enkelte patient anses for mest hensigtsmæssig, herunder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Uanset valg af samarbejdsform, skal for indgåede aftaler tydeligt fremgå: Tidspunkt for 1. møde, hvem der er ansvarlig for den direkte støtte og hvem der er ansvarlig for vurdering, opfølgning og tilbagemelding.
- At der i psykiatriloven gives mulighed for at afprøve anvendelse af ambulant tvang, og herunder at erfaringer indhøstet i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor. Den ambulante tvang forudsættes kun anvendt, i de tilfælde hvor patientens helbred efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling afhænger af fortsat medicinering, og kun hvor alle andre muligheder for at fortsætte en nødvendig medicinsk behandling uden indlæggelse på psykiatrisk afdeling er udtømt. Det forudsættes endvidere, at tvangen alene kan finde anvendelse inden for den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det bør være muligt at klage over anvendelse af ambulant tvang på lige fod som i forhold til andre tvangsindgreb.
- At nuværende bestemmelser om beskikkelse af patientrådgiver udvides således, at der også skal beskikkes en patientrådgiver for enhver der undergives tvangsfiksering.
- At bestemmelsen om, hvornår beskikkelse af patientrådgiver ophører, præciseres således, at der gives mulighed for at patientrådgiveren i en kortere periode og efter en konkret vurdering af behov, kan rådgive patienten efter at tvangsindgrebet er ophørt.
- At psykiatriske og somatiske patienter ligestilles for så vidt angår regler om patientindflydelse. Bestemmelsen om at Sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger, vil på denne baggrund udgå.

Rambøll Management anbefaler, at følgende administrative præciseringer overvejes:

- At der for så vidt angår tvangsfikseringssager udarbejdes en vejledning om de elementer, der skal indgå i afdelingernes redegørelser herom, herunder adgang til at inddrage involveret personale i sagens belysning.
- At der gennemføres en videreudvikling og præcisering af gældende vejledning om registrering af tvang.

Herudover anbefaler Rambøll Management:

- At der udarbejdes en model for hvordan kontrollen med sygehusstandard på den enkelte afdeling kan ekspliciteres. Dette kan fx ske via ombudsmanden eller via Folketingets §71 udvalg.
- At der arbejdes videre med udvikling af en model som sikrer de lokale patientklagenævn adgang til uafhængig psykiatrisk ekspertise i særlige vanskelige sager (få om året), hvor der er behov for en grundlæggende vurdering af sindsygdomskriteriet.

## **2.2 Konklusioner og anbefalinger fordelt på undersøgelsesområder**

I det følgende gennemgås først i bulletform de konklusioner og anbefalinger, Rambøll Management vil fremhæve, fordelt på de 7 undersøgelsesområder, efterfulgt af mere uddybende konklusionsafsnit for hvert område:

*God sygehusstandard:*

- Lovbrugerne finder det generelt hensigtsmæssigt, at der i psykiatriloven er en målsætning om god sygehusstandard og at det er relevant, at målsætningen er udspecificeret på en række områder.
- Bestemmelsen om god sygehusstandard er kun en del af den samlede mængde af faktorer, der påvirker givne beslutninger omkring sygehusstandard. Bestemmelsen indebærer ikke i sig selv ændringer.
- I undersøgelsen konkluderes det, at udspecificering af begrebet god sygehusstandard for så vidt angår uddannelsesstilbud til patienterne ikke findes relevant. Omvendt konkluderes det, at personalets kompetencer bør indgå som en del af begrebet god sygehusstandard.
- Målsætningen om god sygehusstandard bidrager til den fortsatte udvikling af sygehusstandard på psykiatriske afdelinger, men undersøgelsen viser også, at målsætningen ikke er opnået fuldt ud, idet der for de enkelte områder er betydelige



variationer mellem de forskellige afdelinger. Hertil kommer at de konkrete mål flytter sig og varierer over tid.

- Målsætningen om god sygehusstandard anses også i de kommende år for faglig relevant, og der er blandt beslutningstagerne og personale en generel forventning om, at der over de næste 5 år vil ske forbedring af sygehusstandarden.
- Der vurderes ikke behov for udvikling af bindende mål/standarder for sygehusstandarden.
- Det findes hensigtsmæssigt, at der udarbejdes en model for, hvordan kontrollen med sygehusstandarden på den enkelte afdeling kan ekspliciteres. Dette kan fx ske via ombudsmanden eller via Folketingets §71 udvalg.

#### *Klagesystemet:*

- I forhold til klagesystemets indretning viser undersøgelsen, at der er en vis utydelighed omkring grænserne for og samspillet imellem de lokale patientklagenævn, sygehusmyndighederne og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.
- Samlingen af 1. behandling af alle klager over tvangsanvendelse ved de lokale patientklagenævn vurderes samlet set at have forbedret patienternes retssikkerhed.
- Der er behov for lovgivningsmæssig præcisering af, under hvilke omstændigheder skærmmningstiltag kan ligestilles med øvrig tvangsanvendelse og dermed mulighed for dels at klage herover til de lokale patientklagenævn, dels at få tilbud om beskikkelse af patientrådgiver.
- Der er behov for, at der arbejdes hen imod en nærmere definition af begrebet husordener og herunder, at der tages stilling til om der skal udfærdiges et sæt vejledende retningslinjer herfor, samt om der skal være et overordnet tilsyn med husordener.
- Der er generel opbakning til, at klager over tvangsbehandling har opsættende virkning og til at disse skal behandles inden 7 dage ved de lokale patientklagenævn.
- Det samlede tidsforløb omkring iværksættelse af tvangsbehandling betyder, at nogle patienter er ubehandlede i længere tid, end personalet finder etisk forsvarligt. Det gælder gruppen af "svingdørpatienter". Rambøll Management finder på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at det overvejes, hvordan den lille gruppe af patienter – om hvem der er en sikker viden om, at alene den foreslåede behandling har en effekt og for hvem der er en sikker viden om, at et afbrud i/udskydelse af behandlingen vil betyde en væsentlig forringelse af det samlede forløb – bedst muligt sikres.
- Der peges konkret på, at det alene for disse patienter kan overvejes at ændre bestemmelserne om motivationstid (kortere/ingen motivationstid), og evt. at bestemmelserne om opsættende virkning udvides, således at det er muligt for disse patienter umiddelbart at iværksætte relevant behandling. Det kan ikke udelukkes, at denne gruppe kan omfattes af nuværende kriterier, i det omfang der generelt anlægges en brede-

re fortolkning af kriteriet "udsætte patientens helbred for fare".

- Der er generelt set tilfredshed med sammensætningen af de lokale patientklagenævn, idet der dog er et vist lægeligt ønske om, at der skal være psykiatrisk ekspertise til stede i de lokale patientklagenævn, men der er ikke nogen entydighed heri.
- Det vurderes som relevant, at de lokale patientklagenævns møder så vidt muligt finder sted på afdelingerne og at overlægerne deltager.
- Der er behov for at kvalitetssikre de lokale patientklagenævns beslutningsgrundlag i forhold til tvangsfikseringssager. Lægeerklæringerne adresserer ikke i fuldt omfang behovet for sagsoplysning, idet der specielt i tvangsfikseringssager ofte mangler et mere helhedsskabende indtryk af det forløb, der førte til tvangsindgrebet og den efterfølgende klage. Dels i forhold til det konkrete indhold i afdelingernes redegørelser, dels i forhold til, at det sikres, at det personale der er til stede ved mødet har konkret kendskab til hændelsesforløbet.
- Årsrapporterne fra de lokale patientklagenævn er relevante og anvendes på de fleste psykiatriske afdelinger. Det vurderes, at der fortsat er et potentiale for anvendelsen af årsrapporterne som redskab til vidensoverførsel fra de lokale patientklagenævn til afdelingerne.
- I forhold til børne- og ungepsykiatrien viser undersøgelsen, at der blandt personalet er en forståelse af sammenhængen mellem lov om patienters retsstilling, psykiatriloven og lov om forældremyndighed og samvær. Personalet anlægger nogle gange skønsmæssige vurderinger, men der er ikke grundlag for lovgivningsmæssige ændringer/præciseringer.

#### *Delegation af overlægens kompetence*

- Der er ikke behov for at ændre i bestemmelserne om delegation af overlægens kompetence.

#### *Registrering af tvang.*

- Der er behov for videreudvikling og præcisering af gældende vejledning om registrering af tvang
- Tvangsstatistikkerne opfylder formålet om overordnet kontrol med tvangsanvendelse på den enkelte afdeling, men de er ikke velegnede til sammenligning mellem afdelingerne.

#### *Tilbageførelse*

- Der er ikke behov for ændring af reglerne om tilbageførelse.

#### *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*

- Der er grundlæggende opbakning til behovet for at samarbejde mellem sektorerne. Opbakningen betyder primært et ønske om at udvikle og forbedre de eksisterende samarbejds- og koordinations tiltag. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses som en af flere muligheder, som i visse (sjældne) tilfælde kan bringes i anvendelse.

- Der er ikke udarbejdet det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som blev forventet ved lovrevisionen, og det kan ikke forventes, at der ændres væsentligt herpå.
- Der udarbejdes en lang række andre aftaler ved udskrivning med henblik på at sikre et sammenhængende patientforløb. Disse aftaler er på mange måder sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men adskiller sig på følgende områder:
  - I aftalerne angives der ikke nødvendigvis et tidspunkt for et opfølgende 1. møde
  - Det aftales ikke nødvendigvis, om og hvem der i givet fald skal fungere som støtte- og kontaktperson, hvem der er ansvarlig for revurdering, opfølgning og tilbagemelding
  - Der er forskel i forhold til skriftlighed og dokumentation.
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har en vis effekt i forhold til at sikre systematisk informationsudveksling og medinddragelse af samarbejdspartnere. I hvilket omfang dette adskiller sig fra effekten af øvrige samarbejdstiltag, er forskelligt fra amt til amt.
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har en vis effekt i forhold til at fastholde patienter i behandling som følge af forhåndsaftaler, pædagogisk gennemslagskraft og mulighed for hurtigere indlæggelse.
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes grundlæggende ikke at have bedre effekt end andre samarbejdsredskaber, når det drejer sig om at fastholde de allersvageste patienter i behandling.
- Skal det sikres, at alle patienter, herunder også de allersvageste, kan fastholdes i behandling, er der behov for at sikre patienternes overholdelse af behandlingstilbuddet i indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Dette kan ske ved anvendelse af fx ambulante tvang eller tvungen eftervård. Ønsket om stærkere redskaber til sikring af, at patienten fastholdes i opfølgende behandling, er dog omgærdet af en række etiske problemstillinger i forhold til patienternes retssikkerhed. Problemstillinger, som personalet grundlæggende er meget bevidst om, både i socialpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien. I sammenhæng hermed peges derfor på, at såfremt man ønsker disse muligheder indført, skal anvendelsen af disse redskaber være forbundet med meget specifikke muligheder for at sikre, at man ikke kommer ud på en glidebane, og for at disse muligheder ikke anvendes unødigt.
- På baggrund af rapportens datagrundlag findes god mening i, at der i psykiatriloven gives mulighed for at afprøve anvendelse af ambulante tvang, og herunder at erfaringer indhøstet i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor.
- Det forudsættes, at den konkrete og detaljerede model herfor udarbejdes under inddragelse af relevant lægefaglig, juridisk

ekspertise og under inddragelse af brugersynspunkter og vurderinger i størst muligt omfang.

- Det er Rambøll Managements forudsætning, at anvendelse af ambulante tvang skal være i relation til patienter, hvis helbred efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling afhænger af fortsat medicinering. Tvangsansøgningen forudsættes kun anvendt, hvor alle andre muligheder for at fortsætte en nødvendig medicinsk behandling uden indlæggelse på psykiatrisk afdeling er udtømt. Det vil sige, at der inden anvendelse af ambulante tvang skal være en sikker viden om manglende effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Sikker viden skal i den forbindelse forstås som minimum 2-3 tilfælde af udskrivningsforløb fra samme afdeling, og hvor der er lavet en udskrivningsaftale og/eller koordinationsplan.

Det skal pointeres, at alle andre muligheder – efter Rambøll Managements opfattelse – omfatter en vurdering af mulige indsatser fra det kommunale sociale system, opsøgende psykoseteam mv. Det forudsættes således, at det kan konstateres, at der har været iværksat alle relevante af disse foranstaltninger, inden der gives mulighed for anvendelse af ambulante tvang.

Vurdering af, at patientens helbred efter udskrivelse afhænger af fortsat medicinering, forudsættes ligeledes at bero på konkrete erfaringer fra tidligere udskrivningsforløb fra samme afdeling. I den forbindelse kunne det indgå som kriterium, at det – et vist antal gange inden for samme år – har været nødvendigt at tvangsindlægge patienten.

Rambøll Management forudsætter endvidere, at tvangen alene kan anvendes på den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det betyder, at patienten enten af egen drift opsøger afdelingen for at modtage den nødvendige behandling, at patienten motiveres hertil af støtte/kontaktperson eller at gennemførelsen sker på samme måde som ved tvangsindlæggelse. Tvangsindlæggelsen vil i dette tilfælde være kortvarig (en dag).

Det bør være muligt at klage over anvendelse af ambulante tvang på lige fod som i forhold til andre tvangsindgreb.

#### *Patientrådgiverordningen*

- Det er relevant at præcisere, at patientrådgiveren deltager i de lokale patientklagenævne, fordi dette styrker patienttillid og fordi patienten får bedre mulighed for at formulere sine synspunkter under nævnets møder. Patientrådgiverens deltagelse i de lokale patientklagenævns møder vurderes ikke at have betydning for den materielle afgørelse af klagen
- Der er fortsat ikke en tilfredsstillende deltagelse af patientrådgiverne i de lokale patientklagenævns møder, om end den-

ne er steget betydeligt siden lovrevisionen. Årsagen hertil er først og fremmest patientrådgivernes hovederhverv

- Der synes behov for at overveje, om psykiatrilovens *kan*-bestemmelse i relation til tilbud om beskikkelse af patientrådgiver skal ændres til en *skal*-bestemmelse, når der er tale om tvangsfiksering. Baggrunden herfor er primært, at der allerede eksisterer en sådan præcedens på en række psykiatriske afdelinger, og at dette opfattes positivt af lovbrugerne
- Der er et vist behov for at åbne for patientrådgiverstøtte – i enkelttilfælde – også når tvangsindgrebet er ophørt.

#### *Patientråd og patientmøder*

- Der er i begrænset omfang etableret patientråd på afdelingerne
- Patientmøder i bred forstand afholdes på de fleste afdelinger
- Patientindflydelse skal ses i tæt sammenhæng med faglig udvikling og kvalitetsudviklingsinitiativer generelt
- Der er behov for at organisere patientindflydelsen ind i rammer, der har konkret sammenhæng med opgavevaretagelsen på de enkelte afdelinger
- Det forekommer ude af trit med den øvrige udvikling inden for sygehusvæsenet, at der er udarbejdet særlige regler for psykiatriske patienters indflydelse, idet udviklingen på en række områder går mod ligestilling af somatiske og psykiatriske patienter, og fordi de generelle regler synes tilstrækkelige.

I det følgende gennemgås konklusionerne og anbefalingerne for hvert af de 7 delområder i en mere uddybende form:

### **2.3 God sygehusstandard**

Psykiatrilovsrevisionen medførte, at begrebet god sygehusstandard blev udspecificeret, således at det fremgår, at god sygehusstandard omfatter bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørsophold, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Der er generelt enighed blandt lovbrugerne om, hvad begrebet god sygehusstandard dækker over.

Det vurderes generelt blandt lovbrugerne, at det er hensigtsmæssigt at der i psykiatriloven er en målsætning om god sygehusstandard, men også, at målsætningen ikke i sig selv indebærer ændringer.

Det er således undersøgelsens konklusion, at bestemmelse om god sygehusstandard i et vist omfang udgør en del af det billede, der påvirker givne beslutninger. Bestemmelsen vurderes ikke at have haft nogen stærk effekt på trufne beslutninger på de enkelte elementer i god sygehusstandard. Der vurderes at være størst effekt af bestemmelsen i relation til beslutninger om etablering af enestuer.

Det er undersøgelsens konklusion, at udspecificeringen indholdsmæssig er relevant for så vidt angår de bygningsmæssige forhold,

senge- og personalenormering, mulighed for udendørsophold og aktivitetstilbud.

Patienters adgang til uddannelse er ikke en relevant udspecificering af begrebet god sygehusstandard. Desuden viser analysen, at personalets faglige kompetence bør indgå i begrebet god sygehusstandard.

Det er endvidere undersøgelsens konklusion, at målsætningen om god sygehusstandard ikke er opnået og må anses som værende i en fortsat udvikling, idet målene flytter sig over tid, og at der kan være en betydelig variation mellem de enkelte afdelinger. Det gælder alle de opstillede indikatorer: Enestuer, adgang til frisk luft, beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder samt tilstrækkelig sengekapaцитet.

Der er ikke i denne undersøgelse foretaget nogen egentlig analyse af sammenhængen mellem god sygehusstandard og anvendelse af tvang, men der er klare tilkendegivelser i de kvalitative dele af undersøgelsen om, at man opfatter, at dette er tilfældet.

Målsætningen om god sygehusstandard må også i de kommende år anses for fagligt relevant.

Der er blandt personalet og beslutningstagerne generelt en forventning om, at der over de næste 5 år vil ske en forbedring af sygehusstandard.

Der er ikke ønske om detaljerede, bindende standarder til sikring af en højere målopfyldelse. Årsagen hertil er, at der er behov for at man på den enkelte afdeling prioriterer højt at kunne tilpasse sig omgivelserne og de enkelte patienter. Omvendt peges på, at konkrete overordnede målsætninger kan virke befordrende for realisering af målene – fx har målsætningen om enestuer haft en effekt.

Der peges på, at det kan overvejes at eksplicite kontrollen med sygehusstandard fx via § 71-udvalget/Ombudsmanden. Kontrollen bør i givet fald tage udgangspunkt i den enkelte sygehusafdelings driftsvilkår.

Og endelig er det en generel opfattelse, at økonomiske styringsmidler har en afgørende betydning for, om ønskede ændringer kan opnås.

## **2.4 Klagesystemet**

Klagesystemets overordnede formål er at sikre patienternes retssikkerhed i forbindelse med beslutninger om frihedsberøvelse, tvangsbehandling og fiksering.

Lovrevisionen medførte bl.a., at reglerne omkring klagesystemet blev ændret således, at alle klager over tvangsansøgning skulle rettes til de lokale patientklagenævne. Tillige indførtes bestemmelser

om, at klager over tvangsbehandling skulle behandles i de lokale patientklagenævn *inden 7 hverdage* efter klagens modtagelse, og der blev indføjet nye og udvidede kriterierne for, hvornår en klage *ikke* tillægges opsættende virkning. Endelig kom der i forbindelse med lovrevisionen en præcisering af patientklagenævnenes forretningsorden, samt sygehuslægenes og patientrådgivernes deltagelse i patientklagenævnenes møder.

### **Klagesystemets indretning**

Det er undersøgelsens konklusion, at lovændringen, hvorefter klager over tvangsanvendelse samles i de lokale patientklagenævn, imødekommer de problemstillinger der blev formuleret i det lovforberedende arbejde og som vedrører problemerne ved parallelbehandling af klager.

Lovændringen adresserer også formålet om at skabe gennemskuelighed i klagesystemet. Dog således, at det delte ankesystem forstået som lægernes manglende mulighed for at anke afgørelser, truffet i de lokale patientklagenævn ikke entydigt – set fra lægeligt hold – kan vurderes som hensigtsmæssigt.

Der er fortsat visse problemer omkring gennemskuelighed, forstået således, at der er en vis utydelighed omkring grænserne for, og samspillet mellem de lokale patientklagenævn, sygehusmyndigheder og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Samlingen af 1. behandlingen af klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn har betydet, at patienternes retssikkerhed er forbedret, idet:

- der ikke er noget der tyder på, at nævnene træffer indholdsmæssigt andre afgørelser end domstolene
- mødeformen i de lokale patientklagenævn giver patient og patientrådgiver mulighed for at formulere synspunkter direkte over for patientklagenævnet
- der er tale om en kortere sagsbehandlingstid i nævnet end ved domstolene
- klagesystemet ikke lægger hindringer i vejen for at fremsætte klager.

I den anden retning kan trække det forhold, at patienterne ikke ved behandlingen af klager er repræsenteret ved advokat. Idet der i caseundersøgelsen dog er fremhævet et eksempel på, at netop tilstedeværelse af advokat kan indebære, at patientklagenævnet ikke får tilstrækkelig mulighed for at udspørge patienten og dermed heller ikke mulighed for at gennemføre en samlet vurdering af sagen.

Klagesystemet lægger som system ikke hindringer i vejen for patienterne at fremsætte klager over tvangsanvendelse. De forhold der vurderes af betydning for klagefrekvensen er, hvordan patienten selv opfatter situationen, relationen mellem personalet og den enkelte patient, og relationen mellem den enkelte patient og dennes patientrådgiver.

*Heraf følger, at der på baggrund af den lovgivningsmæssige præcisering af skærmningstiltag skal stilles krav om registrering og udarbejdelse af, samt indberetning af tvangsprotokoller for tiltagene.*

Og endelig kan det konstateres, at der generelt set er øget opmærksomhed om begrebet husordener. I de tilfælde hvor opretholdelsen af gældende husorden fører til anvendelsen af tvang, træder psykiatrilovens bestemmelser i kraft og regulerer patientens mulighed for at klage over tvangsanvendelsen. I øvrige forhold, hvor husordenen søges opretholdt, og hvor patienten oplever dette som en begrænsning, er patientens rettigheder derimod ikke specificeret i form af en klageadgang til det lokale patientklagenævn.

Der vurderes dog ikke at være behov for, at klager over husordener skal kunne indbringes for det lokale patientklagenævn. Der er derimod behov for, at der arbejdes hen imod en nærmere definition af begrebet og herunder, at der tages stilling til om der skal udfærdiges et sæt vejledende retningslinjer for husordener, samt om der skal være et overordnet tilsyn med husordener.

### ***Balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsbehandling***

Det er undersøgelsens konklusion, at der generelt er opbakning til, at de lokale patientklagenævn skal behandle klager over tvangsbehandling inden 7 dage, efter at klagen er modtaget.

Der er dog stadig problemstillinger i relation til reglerne om opsættende virkning. En stor del af personalet peger således på, at reglerne om opsættende virkning *kan* have en negativ indflydelse på behandlingskvaliteten og kontinuiteten i behandlingen.

På den anden side er der en grundlæggende anerkendelse bag princippet om opsættende virkning, idet personalet er opmærksom på princippet som en del af regelsættet vedrørende sikring af patienternes retssikkerhed. I den forstand findes det grundlæggende accepteret, at "prisen" for imødekommelsen af patientens retssikkerhed kan være, at den opsættende virkning for nogle patienter kan medføre uhensigtsmæssigheder i forhold til kontinuiteten i behandlingen og dermed for behandlingskvaliteten.

Det påpeges således, at der for de såkaldte "svingdørspatienter" eksisterer en ubalance, idet hensynet til patientens retssikkerhed ikke, set fra flere lovbrugeres side, synes at være begrundet tilstrækkeligt, set i forhold til det kendskab personalet har til patienten, og til de lidelser den opsættende virkning givet vil få for patienten, og tillige set i lyset af de afgørelser der forventeligt vil komme fra patientklagenævnet.



Konsekvensen heraf er, at der i caseundersøgelserne gives udtryk for holdninger til, hvad der bør opfattes som en relevant motivationstid. Her peges der på, at en kortere/ingen motivationstid for svingdørs-patienter kunne være et middel til at undgå unødige lidelse.

For det andet udtrykkes dette i caseundersøgelserne som holdninger til kriterier for, hvornår klagen *ikke* skal tillægges opsættende virkning. I den forbindelse gøres der dog også opmærksom på, at en eventuel lempelse af reglerne i forhold til de tilfælde, hvor der ikke medfølger opsættende virkning af en klage, kan betyde, at hvis en patient er behandlet, kan man ikke i samme omfang vurdere, om tvangsbehandlingen er berettiget.

Rambøll Management finder på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at det overvejes, hvordan den lille gruppe af patienter – om hvem der er en sikker viden om, at alene den foreslåede behandling har en effekt, og for hvem der er en sikker viden om, at et afbrud i/udskydelse af behandlingen vil betyde en væsentlig forringelse af det samlede forløb – bedst muligt sikres.

Sikker viden om den foreslåede behandlings effekt indebærer, at der for den samme patient på samme afdeling har været et sammenligneligt sygdomsmønster, og for hvilke der er positiv viden om, at den foreslåede behandling har haft de ønskede resultater.

Sikker viden om, at udskydelse af /afbrud i behandling betyder væsentlig forringelse af det samlede forløb, skal bero på en dokumenteret viden herom, og herunder væsentlige erfaringer på samme afdeling i forhold til den konkrete patient.

Dette kan sikres ved, at kriterierne for, hvornår klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, udvides til også at omfatte denne gruppe.

Rambøll Management skal i den forbindelse pege på, at det ikke kan udelukkes, at denne gruppe kan omfattes af nuværende kriterier, i det omfang der generelt anlægges en bredere fortolkning af kriteriet "udsætte patientens helbred for fare".

### **De lokale patientklagenævns faglige kompetencer**

Ved psykiatrilovsrevisionen besluttedes at styrke de lokale patientklagenævns psykiatriske ekspertise. Sammensætningen af de lokale patientklagenævn blev fastholdt, idet det blev præciseret, at den lægelige repræsentant i nævnet så vidt muligt skulle være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri.

Det er undersøgelsens konklusion, at denne præcisering giver mulighed for at sikre psykiatrisk kompetence i de lokale patientklagenævne.

Kun 4 af de lokale patientklagenævn har lægelig repræsentation, hvor lægen er speciallæge i psykiatri.

Set i det lys viser undersøgelsen dog, at der generelt er tilfredshed med sammensætningen af de lokale patientklagenævn.

Der er dog et vist lægeligt ønske om, at der skal være psykiatrisk ekspertise til stede i de lokale patientklagenævn, men der er ikke nogen entydighed heri.

I forhold til spørgsmålet om, hvilken betydning dette har for nævnenes evne til at vurdere sindssygdomskriteriet, viser gennemgang af anonyme klagesager, at nævnene stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering.

Spørgsmålet er oftest, om den pågældende er så behandlingskrævende, at kriterierne for anvendelse af de påklagede tvangsforanstaltninger er opfyldt.

Generelt set vurderes det på baggrund af lovbrugernes tilkendegivelser, at den generelle tillid til patientklagenævnets afgørelser er høj. Der er tendens til at flere læger angiver, at de har større tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn end til de lokale patientklagenævn. Ses høj tillid og nogen tillid under ét, er der for *begge* instanser dog tale om, at 90 % af lægerne placerer sig i disse kategorier. Der kan således ikke tales om væsentlige forskelle i den lægelige tillid.

Det vurderes ikke, at der er behov for lovgivningsmæssigt at skærpe forventningerne til, at de lægelige medlemmer af de lokale patientklagenævn skal være speciallæger i psykiatri.

Der kan være enkeltsager som i deres indhold gør, at de lokale patientklagenævn har behov for ekstern speciallægelig vurdering.

Dette er i enkelte tilfælde sket ved at konsultere Retslægerådet. Men generelt er der i de lokale patientklagenævn, der har deltaget i caseundersøgelserne, udtrykt skepsis i forhold til en eksplicitering heraf.

Under indtryk heraf og under indtryk af de indkomne høringssvar vurderer Rambøll Management, at det vil være hensigtsmæssigt såfremt der arbejdes videre med udvikling af en model som sikrer de lokale patientklagenævn adgang til uafhængig psykiatriske ekspertise i særlige vanskelige sager (få om året), hvor der er behov for en grundlæggende vurdering af sindssygdomskriteriet.

### **Deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn**

I forbindelse med psykiatrilovsrevisionen besluttedes administrativt at præcisere forretningsordenen for de lokale patientklagenævn med hensyn til mødested, mødedeltagere og beslutningsgrundlag.

Undersøgelsen viser at det er relevant, at møderne som udgangspunkt foregår på afdelingerne.

Det vurderes ligeledes hensigtsmæssigt at præcisere overlægens og patientrådgivers deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Den gældende vejledning vedr. indhold i lægeerklæringer vurderes at være relevant, men næppe i fuldt omfang adresserende behovet for sagsoplysning i tvangsfikseringssager, idet det anføres at det i flere sager er hensigtsmæssigt at opnå deltagelse af andet personale fra afdelingen.

Der mangler således – ikke sjældent – et mere helhedsskabende indtryk af det forløb der førte til tvangsindgrebet og den efterfølgende klage.

I lyset heraf anføres i caseundersøgelsen, at det kan være et problem for afdelingerne, at materialet skal tilvejebringes på forholdsvis kort tid, samt at det på baggrund af en afdelings skiftende vagter, ofte kan være vanskeligt at have en forudgående dialog med de implicerede inden udfærdigelsen af lægeerklæringen.

Det er undersøgelsens konklusion, at præciseringen af forretningsordenen har haft den ønskede effekt i forhold til mødested.

Lovrevisionen har haft effekt i forhold til at sikre lægens tilstedeværelse, dog er det ikke muligt på baggrund af statistikkerne at afgøre, om de læger der deltager, også er de læger der har været involveret og som kender patienten. Caseundersøgelserne tyder på, at dette ikke altid er tilfældet.

Med hensyn til patientrådgiverdeltagelse henvises til afsnittet herom.

Et fyldestgørende sagsmateriale er en vigtig del af patientens vinkel på hændelsesforløbet og i jo højere grad materialet medtager hændelsesforløbet, i jo højere grad vil der kunne skabes tillid til afgørelserne. Set i det lys vil patienternes retssikkerhed kunne styrkes ved indholdsmæssig sikring af lægeerklæringerne – særligt ved tvangsfikseringssager.

Præciseringerne i forretningsordenen vurderes at være bæredygtige i forhold til mødested. Med hensyn til deltagelse kan det overvejes at præcisere deltagerkredsen ved møderne i de lokale patientklagenævns, sådan at det bl.a. kan sikres, at deltagende personale ved tvangsfikseringer kan være til stede, og at det i højere grad understreges, at den læge, der deltager i mødet, kender patienten.

Der kan desuden være behov for en præcisering af/udbygning af nu gældende vejledning om, hvilke oplysninger der som minimum skal indgå i lægeerklæringerne – først og fremmest i tvangsfikseringssager.

### **Årsrapporter fra de lokale patientklagenævn**

Det er undersøgelsens vurdering, at lovgivningsændringen, hvorefter statsamterne skal udarbejde årsrapporter, er et hensigtsmæssigt redskab i forhold til at tilvejebringe viden om statsamternes virksomhed med henblik på at lade denne viden indgå i dialogen med de respektive sygehusafdelinger.

Det kan tillige konstateres, at der faktisk er udarbejdet årsrapporter fra samtlige statsamter for 2003.

Årsrapporternes anvendelse har fortsat et potentiale, om end det tilsyneladende er et spørgsmål om tid, før årsrapporterne generelt set har en funktion der nærmer sig en præcedensskabende rolle. Generelt set er der tilsyneladende endnu ikke en grundlæggende viden hos personalet om de fordele, årsrapporterne kan være med til at skabe i forhold til en afdelings procedurer og iagttagelse af uhenigtsmæssigheder i opfattelsen af tvangsanvendelsen.

Caseundersøgelsen viser for begge afdelinger, at der synes at være skabt en dialog mellem sygehusafdeling og patientklagenævn, der kan danne baggrund for en kvalitetsudvikling af afdelingens procedurer.

Generelt set peges der derfor på, at årsberetningerne tilsyneladende er inde i en udvikling, hvor kvaliteten i beretningerne begynder at skabe grundlag for en på sigt præcedensskabende dialog med de enkelte sygehusafdelinger.

### **Særlige problemstillinger fra børne- og ungdomspsykiatri**

I forhold til børne- og ungepsykiatrien viser undersøgelsen, at der er en forståelse af sammenhængen mellem psykiatriloven og lov om forældremyndighed og samvær. Der fremføres i undersøgelsen dog eksempler på, at det i konkrete tilfælde kan være vanskeligt at tage stilling til, hvordan der skal handles i forhold til enkeltsager, men på det foreliggende grundlag vurderes det ikke, at lovgivningen bør ændres, idet der ikke vil kunne undgås at være tilfælde, hvor den skønsmæssige stillingtagen til barnets modenhed vil være en væsentlig baggrund for, hvilke handlinger der iværksættes.

## **2.5 Delegation af overlægens kompetence**

Psykiatrilovsrevisionen indebar, at reglerne for delegation af overlægens kompetence i forhold til en række beslutninger om tvangsanvendelse blev præciseret.

Præciseringen af reglerne vurderes at have skabt klarhed over delegationsbetingelserne blandt personalet. Analysen viser endvidere, at de lovgivningsmæssige ændringer og præciseringer har været en effektiv måde at imødekomme de uklarheder der har været vedrørende delegationsmuligheder.

Undersøgelsen viser, at delegation af kompetence hyppigst sker på de områder, hvor psykiatriloven præcist angiver, hvornår beslutningerne skal tages dvs. frihedsberøvelse og efterprøvelse af frihedsberøvelse. Dette svarer til forventningerne, fordi den snævre angivelse af tider for beslutninger indebærer, at disse ikke sjældent skal træffes uden for normal dagarbejdstid.

Herudover er afdækket, at der på rimelig vis er overensstemmelse mellem de yngre lægers og overlægenes opfattelse af, hvornår kompetencen delegeres – dog således, at der er tendens til, at overlægerne generelt angiver en lidt mindre delegationshyppighed.

Bestemmelsen om at overlægen aktivt skal tage stilling til trufne beslutninger i hans fravær, overholdes.

Det er desuden undersøgelsens konklusion, at de yngre læger, der modtager kompetence til at træffe beslutninger under overlægens fravær, føler sig rustet hertil.

I forhold til betydningen for de beslutninger der træffes under overlægens fravær viser undersøgelsen, at bestemmelserne om delegation af overlægens kompetence som hovedregel ikke har betydning for det materielle indhold i trufne beslutninger. Dermed har bestemmelsen ikke betydning for patienternes retssikkerhed.

Og endelig peges i undersøgelsen på, at kompetencedelegationen ved efterprøvelse af tvangstilbageholdelse – i det omfang denne skal ske på en dag, hvor overlægen ikke er til stede – forberedes fra overlægens side. Konsekvensen heraf er, at efterprøvelsen i et ikke ubetydeligt indholdsmæssigt omfang foregår på en anden dag end fastsat i loven.

Det kan ikke forventes, at der udvikler sig en anden praksis end den nuværende, og at der ikke er behov for ændringer i de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence.

## **2.6 Registrering af tvang**

Med henblik på at forbedre den statistiske værdi af tvangsindberetningerne medførte psykiatrilovsrevisionen, at der blev givet mulighed for at indberetninger også kunne indeholde oplysninger om patientens identitet.

Det er undersøgelsens konklusion, at ændringerne har været dækkende for de beskrevne problemstillinger, og at ændringerne opfattes som hensigtsmæssige af såvel personale som af beslutningstagerne.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt indberetningskravene overholdes, er det undersøgelsens konklusion, at der i meget stort omfang oprettes tvangsprotokol ved tvangsanvendelse på afdelingerne. Risiko for underregistrering kan dog ikke afvises, særligt når der er tale

om indberetningspligtige handlinger, som ikke er relateret til tvangs-anvendelse, dvs. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt kvaliteten af de indberettede data er i orden viser undersøgelsen, at der er usikkerhed omkring fortolkning af enkelte tvangssituationer. Der er derfor behov for videreudvikling og præcisering af gældende vejledning om registrering af tvang.

Med hensyn til spørgsmålet om i hvilket omfang tvangsstatistikkerne opfylder formålet om overordnet kontrol med tvangsansværelsen viser undersøgelsen, at personale og beslutningstagere i rimeligt omfang vurderer at disse kan anvendes som grundlag herfor på den enkelte afdeling.

De tilgængelige data gør det ikke muligt at sammenligne på tværs af afdelingerne, hvilket svækker mulighederne for overordnet kontrol og benchmarking. Dette er en kendt problemstilling både i psykiatrien og i det somatiske sygehusvæsen, idet vanskelighederne blandt andet omfatter det forhold, at det på baggrund af statistikkerne ikke er muligt at vurdere forskelle i patientsammensætning. Dertil kommer, at fortolkningstvivi betyder, at der er konkrete forskelle på de enkelte afdelingers registreringspraksis.

Det er endvidere undersøgelsens konklusion, at tvangsstatistikker generelt finder anvendelse som led i kvalitetsudvikling på de enkelte psykiatriske afdelinger.

Med hensyn til virkninger for personalet viser undersøgelsen, at kravet om indberetning af tvangsansværelse i nogen/i mindre grad opfattes som en ressourcemæssig belastning af personalet, men at der fra personalets side generelt er forståelse for behovet for registrering.

Det er ikke muligt at vurdere, om den elektroniske indberetning vil ændre på de nuværende forhold.

## **2.7 Tilbageførelse**

I forbindelse med psykiatrilovsrevisionen blev reglerne vedrørende tilbageførelse af frihedsberøvede patienter præciseret, således at der var klar hjemmel til tilbageførelse af frihedsberøvede patienter.

Tilbageførelse kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Såfremt der går længere tid, skal der om nødvendigt iværksættes en ny tvangssindlæggelse.

Der er alene mulighed for at tilbageføre en patient, der har tilladelse til udgang, når der er givet tilladelse til udgang med op til 3 overnatninger.

Revisionen af bestemmelserne for tilbageførelse er dækkende for de daværende problemstillinger. Både i forhold til valget af lovgivning som metode og i forhold til den indholdsmæssige del af revisionen.

Undersøgelsens viser, at reglerne for tilbageførelse har haft den forventede virkning i forhold til forbedring af patienternes mulighed for udgang.

Det er undersøgelsens konklusion, at der ikke kan forventes anden anvendelse af og andre virkninger af de nuværende regler for tilbageførelse.

Der er ikke behov for justering af de nuværende regler.

## **2.8 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Ved psykiatrilovsrevisionen blev behovet for at sikre sammenhæng i de psykiatriske tilbud på tværs af sektorerne understreget, herunder behovet for at sikre en klar placering af behandlingsansvar og ansvar for de sociale tilbud for den gruppe af sindslidende, der ofte kaldes de særligt vanskeligt stillede sindslidende.

Med henblik herpå indførtes derfor bestemmelser om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Der er generelt en bred opbakning til at styrke koordinationen mellem sektorerne. Undersøgelsen viser dog, at denne opbakning ikke også betyder, at der er en holdning om, at der bør være en højere udnyttelse af bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Undersøgelsen viser snarere, at der er et ønske om at udvikle og forbedre de eksisterende samarbejds- og koordinations tiltag. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses i den forbindelse som en af flere muligheder, som i visse (sjældne) tilfælde kan bringes i anvendelse.

Dette betyder i et overordnet perspektiv, at det kan konkluderes, at de mere generelle erfaringer med anvendelse af procesregulering/-regelstyring i faglig praksis også er relevante, når det drejer sig om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Formålet med lovrevisionen var at påvirke og ændre de faglige normer og kulturer i forbindelse med udskrivningsprocessen, men undersøgelsen viser, at det er vanskeligt at ændre praksis i en professionel organisation, hvis opfattelsen af reglerne er, at de ikke afspejler de eksisterende faglige normer og faglige kultur. I og med at effekten af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke er overbevisende, og i og med at redskabets anvendelse fordrer en anden praksis end normalt, er det vanskeligt at integrere anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som en del af den daglige drift.

I de tilfælde, hvor udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har været bragt i anvendelse skyldes det, at man i konkrete tilfælde har vurderet, at en udskrivningsaftale eller koordinationsplan har været et godt supplement til de øvrige koordinations tiltag.

Der er (langt fra) udarbejdet det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som blev forventet. Selv om det ikke kan afvises, at der laves flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner end der faktisk bliver indberettet, vil det totale antal næppe komme op i den størrelsesorden, der oprindeligt blev vurderet (ca. 1000).

Der bliver dog udarbejdet en lang række andre aftaler og koordinations tiltag i forbindelse med udskrivelse af psykiatriske patienter, herunder også i forhold til den målgruppe, der er defineret som aktuelle for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Undersøgelsen giver et fingerpeg om, hvordan de øvrige aftaler adskiller sig fra udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Fælles for alle planer/aftaler er generelt, at disse alle indeholder en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede behov, fremtidig indsats i behandling og sociale tilbud, aftale om indsats i distriktspsykiatrien, og hvem der er ansvarlig for indsatsen.

De øvrige aftaler adskiller sig derimod fra udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ved, at der i aftalerne ikke nødvendigvis er angivet et præcist tidspunkt for et opfølgende 1. møde, og at det ikke nødvendigvis er aftalt, hvem der i givet fald skal fungere som støtte- og kontaktperson eller hvem der er ansvarlig for revurdering, opfølgning og tilbagemelding. Endelig er der forskelle i forhold til skriftlighed og dokumentation.

De almindelige aftaler/koordinations tiltag er således til en vis grad indholdsmæssigt sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men hvor der jf. ovenstående tillige kan konstateres forskelle på en række væsentlige områder og netop på områder som understreges som væsentlige i lovrevisionen.

Det er ikke muligt at vurdere, om der er et udækket behov for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det kan dog ikke afvises, at der nogle steder er et udækket behov for kommunikation og samarbejde omkring de socialfaglige behov.

Det er undersøgelsens konklusion, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har en vis effekt i forhold til at sikre en systematisk informationsudveksling og medinddragelse af samarbejdspartenerne. I hvilket omfang denne effekt afviger fra de normale samarbejds systemer afhænger af, hvordan dette konkret er organiseret. Langt hen ad vejen er der tale om samme effekt, men der kan være tilfælde, hvor anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner giver en større virkning.



Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes også at kunne have en effekt i forhold til at fastholde patienterne i behandling – også set i relation til normale aftaler. Denne effekt begrundes i en forbedring af muligheden for at lave forhåndsftaler, pædagogisk gennemslagskraft og mulighed for hurtigere indlæggelse.

I forhold til de særligt vanskelige patienter er det derimod vanskeligt at identificere, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har højere effekt end øvrige aftaler/tiltag.

I forhold til undersøgelsens vurdering af udskrivningsaftalers og koordinationsplaners virkninger for behandlingsalliancen, patientinddragelse og patientens integritet, har det ikke været muligt at undersøge virkninger af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner isoleret. Spørgsmålet er derfor vurderet i forhold til mere generelle virkninger af aftaler som sådan.

Undersøgelsen peger på, at patienterne generelt inddrages i aftaleudarbejdelsen, hvorfor det ikke vurderes at have nogen betydning for patientdeltagelsen, hvorvidt der anvendes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvor det præcist er angivet, at patienten skal inddrages, eller om der anvendes øvrige aftaleformer.

Det er ikke muligt på baggrund af de data der er indkommet at afgøre, på hvilken måde patienten konkret inddrages. Spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at patienterne føler, at der bliver lyttet til deres synspunkter, ligesom personalet fremfører dette.

Det er vanskeligt at vurdere generelt, hvilken påvirkning aftaler har i forhold til patienternes integritet. Data peger i begge retninger. På den ene side griber aftalerne ind i patienternes ret til selv at bestemme. På den anden side kan det også opleves som en tryghed.

Det er undersøgelsens konklusion, at manglende kendskab til bestemmelserne ikke er en forklaring på, at redskabet ikke anvendes hyppigere. Der er generelt et godt kendskab til bestemmelsen, dog tyder caseundersøgelserne dog på, at der i forhold til enkeltelementerne er nogen usikkerhed.

Hurtige og uplanlagte udskrivningsforløb forklarer ligeledes i begrænset omfang den manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

De eksisterende samarbejdskulturer vurderes i et vist omfang at kunne forklare manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det er generelt en klar markering af, at en god samarbejdskultur er nødvendig for koordination. I det omfang denne er til stede, udgør den ikke nogen barriere for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men måske overflødiggør den i disse tilfælde anvendelsen. I det omfang der ikke er tale om en god samarbejdskultur, vurderes dette at kunne være en barriere, også for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Hertil kommer, at kulturens generelle forståelse af begrebet samarbejde – herunder bredden (inddragelse) og dybden (indhold) i begrebet – kan have betydning for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Ressourcespørgsmål kan i et vist omfang forklare manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Ressourcer, først og fremmest forstået som tid til at mødes. Men også resourcespørgsmål, såsom muligheder i det opfølgende system for at tilvejebringe relevante, socialpsykiatriske tilbud, har betydning.

Manglende tiltro til aftalernes/planernes virkning må tillægges en betydelig forklaringskraft i forhold til den manglende anvendelse.

Den generelt manglende tiltro til, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner bibringer mere sammenhæng end øvrige tiltag/planer, som anvendes, vurderes også at forstærke de barrierer, der er identificeret i forhold til samarbejdskultur og ressourcer.

Det er undersøgelsens konklusion, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke – for den i lovgivningen nævnte målgruppe – kan ses som eneste redskab til at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne.

I forhold til den del af sammenhængsbegrebet, der vedrører konkrete samarbejdstiltag og informationsudveksling, er der stor opbakning til sigtet hermed, men der er begrænset forståelse for, at dette behov skal løses ved hjælp af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der peges i stedet på behov for en bredere formulering – der skal lovgives om samarbejde, ikke om særlige redskaber.

Det er Rambøll Managements vurdering, at i det omfang der generelt lovgives om samarbejde, og i det omfang der generelt lægges op til, at valget af samarbejdsform afhænger af den enkelte patient, afdeling og struktur, bør det være et krav, at der i alle aftaler tydeligt fremgår tidspunkt for 1. møde, hvem der skal fungere som støtte- og kontaktperson, hvem der er ansvarlig for vurdering, opfølgning og tilbagemelding.

Skal det sikres, at alle patienter, herunder også de allersvageste, kan fastholdes i behandling, er der behov for at sikre patienternes overholdelse af indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Dette kan ske ved anvendelse af fx ambulante tvang eller tvungen eftervård.

Ønsket om stærkere redskaber til sikring af, at patienten fastholdes i opfølgende behandling er dog omgærdet af en række etiske problemstillinger i forhold til patienternes retssikkerhed. Problemstillinger, som personalet grundlæggende er meget bevidst om, både i socialpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien. I sammenhæng hermed peges der derfor på, at såfremt man ønsker disse muligheder indført,

skal anvendelsen af disse redskaber være forbundet med meget specifikke muligheder for at sikre, at man ikke kommer ud på en glidebane, og for at muligheder ikke anvendes unødigt.

Denne bekymring er også fremført i høringsfasen. I en række høringssvar peges der på, at man gerne deltager i en debat om anvendelse af ambulante tvang. Der peges på, at der er behov for en klar beskrivelse af modellen, herunder af de retssikkerhedsmæssige og etiske problemstillinger, og endelig på, at der er behov for viden om positive og negative effekter heraf.

Fra andre sider – fra nogle patientforeninger, Dansk Psykiatrisk selskab og fra enkelte amter peges der på, at der ikke bør indføres mulighed for ambulante tvang.

Rambøll Management finder dog på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at der i psykiatriloven gives mulighed for at afprøve anvendelse af ambulante tvang, og herunder at erfaringer indhøstet i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor.

Rambøll Management forudsætter, at den konkrete og detaljerede model herfor udarbejdes under inddragelse af relevant lægefaglig, juridisk ekspertise og under inddragelse af bruger synspunkter og vurderinger i størst muligt omfang.

Det er endvidere Rambøll Managements forudsætning, at anvendelse af ambulante tvang skal være i relation til patienter, hvis helbred efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling afhænger af fortsat medicinering. Tvangsanvendelsen forudsættes kun anvendt, hvor alle andre muligheder for at fortsætte en nødvendig medicinsk behandling uden indlæggelse på psykiatrisk afdeling er udtømt.

Det vil sige, at der inden anvendelse af ambulante tvang skal være en sikker viden om manglende effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Sikker viden skal i den forbindelse forstås som minimum 2-3 tilfælde af udskrivningsforløb fra samme afdeling, og hvor der er lavet en udskrivningsaftale og/eller koordinationsplan.

Det skal pointeres, at alle andre muligheder – efter Rambøll Managements opfattelse – omfatter en vurdering af mulige indsatser fra det kommunale sociale system, opsøgende psykoseteam mv. Det forudsættes således, at det kan konstateres, at der har været iværksat alle relevante af disse foranstaltninger, inden der gives mulighed for anvendelse af ambulante tvang.

Vurdering af, at patientens helbred efter udskrivelse afhænger af fortsat medicinering, forudsættes ligeledes at bero på konkrete erfaringer fra tidligere udskrivningsforløb fra samme afdeling. I den forbindelse kunne det indgå som kriterium, at det – et vist antal gange inden for samme år – har været nødvendigt at tvangsindlægge patienten.

Da virkningen af den forudgående anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke kendes, kan det heller ikke umiddelbart vurderes, hvor stor gruppen, der vil have behov for ambulante tvang, vil være, hvilket understreger behovet for en forsøgsparagraf.

Rambøll Management forudsætter endvidere, at den ambulante tvang alene kan anvendes på den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det betyder, at patienten enten af egen drift opsøger afdelingen for at modtage den nødvendige behandling, at patienten motiveres hertil af støtte/kontaktperson eller at gennemførelsen sker på samme måde som ved tvangsindlæggelser. Tvangsindlæggelsen vil i det tilfælde være kortvarig (en dag).

Endelig skal Rambøll Management pointere, at det bør være muligt at klage over anvendelse af ambulante tvang på lige fod med andre tvangsindgreb.

## **2.9 Patientrådgiveren**

Lovrevisionen indebærer en præcisering af, at patientrådgiveren deltager i de lokale patientklagenævnsmøder og at de beskrevne problemstillinger i relation til patientrådgiverens forskellige rolleopfattelser forudsættes løst ved hjælp af kursusaktivitet.

Der er undersøgelsens konklusion, at præciseringen af patientrådgiverfunktioner så vidt muligt deltager i de lokale patientklagenævnsmøder, er relevant set i forhold til de beskrevne problemstillinger.

Det konkluderes endvidere, at problemstillingerne omkring patientrådgivernes forskellighed i rolleopfattelse ikke synes at kunne tilbageføres til uklarheder i den lovmæssige fastlæggelse af patientrådgiverens funktion, men derimod til samspillet med personalet og varetagelse af konkrete rådgivningssituationer. I den gennemførte undersøgelse vurderes der ikke at være forventninger til en lovmæssig præcisering af patientrådgiverens samspil med personalet og til en yderligere lovmæssig definition af de enkelte rådgivningsfunktioner. Valget af kompetenceudvikling som metode til at håndtere problemstillinger i forhold til patientrådgiverrolleopfattelsen synes derfor dækkende og relevant.

Selv om deltagelsesprocenten er forbedret, er det konklusionen at patientrådgiverne ikke i tilstrækkeligt omfang deltager i de lokale patientklagenævns møder

I forhold til virkningerne af patientrådgiveres deltagelse er der ikke grundlag for at konkludere, at afgørelserne i deres materielle juridiske indhold påvirkes af patientrådgiverens deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Det vurderes dog, at sagsgangen i møderne ændres, når patientrådgiver deltager, således at der bliver bedre mulighed for at lytte til patienten og herunder patienternes vurderinger.

Patientrådgiverens deltagelse i de lokale patientklagenævns møder vurderes at styrke patienternes retssikkerhed i forhold til den dimension af begrebet, der omfatter tillid til klagesystemet og adgang til systemet.

I forhold til lovrevisionens langsigtede virkninger er det undersøgelsens konklusion, at der fortsat er en betydelig forklaringskraft i patientrådgiverens hovederhverv i forhold til dennes deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Løsningen herpå kunne være at definere patientrådgiverfunktionerne som borgerligt ombud. Konsekvenserne heraf kan dog være betydelige i forhold til patientrådgivernes muligheder for at opretholde et hovederhverv, og dermed vil det kunne have betydning for patientrådgiverens generelle ansættelsesbetingelser.

Der er ikke grundlag for at konkludere, at aflønningsspørgsmålet i sig selv har betydning som barriere for, at patientrådgiver ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder.

I forhold til patientrådgiverens rolleopfattelse og eventuelle behov for udvidelse af patientrådgiverfunktioner peger undersøgelsen på, at der grundlæggende er tilslutning til at patientrådgiveren er lægmand med de forskellighedsaspekter, dette indebærer. Der er dog et vist behov for professionalisering af hvervet som patientrådgiver, blandt andet i forhold til samspillet med og rolleopfattelsen i forhold til personalet på afdelingerne.

Det fremgår generelt som holdning, at professionaliseringen ikke skal have som betydning, at lægmandsprincippet ikke kan opretholdes.

Der synes behov for at overveje om psykiatrilovens *kan*-bestemmelse i relation til tilbud om beskikkelse af patientrådgiver skal ændre til en *skal*-bestemmelse, når der er tale om tvangsfiksering, og for at åbne for patientrådgivers funktionsvaretagelse i forhold til i enkelttilfælde at yde støtte til patienter, også når tvangsindgrebet er ophørt.

Der er generelt ikke behov for at udvide patientrådgiverfunktionen således, at denne får mulighed for at inddrage pårørende og for at bistå ved udskrivelse. Dog er der et klart behov for at afklare patientrådgiveres rolle i forhold til pårørende, når det drejer sig om psykiatriske patienter under 18 år.

Endelig vurderes der ikke at være behov for ændringer i forhold til patientrådgiverfunktionen i forbindelse med evt. støtte ved udskrivelsen.

## 2.10 Patientråd, patientmøder og patientindflydelse

Psykiatrilovsrevisionen betød, at den tidligere pligt til at oprette patientråd og patientmøder blev afløst af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på de psykiatriske afdelinger. Bekendtgørelse nummer 708/1989 blev ophævet med udgangen af 2004 og erstattet af ny bekendtgørelse om patientindflydelse som trådte i kraft 1. januar 2005.

Der er i meget begrænset omfang etableret patientråd på de enkelte afdelinger. Der er ikke noget der tyder på, at begrundelserne for ikke at etablere patientråd bliver uaktuelle i fremtiden, nærmest tværtimod.

I forhold til spørgsmålet om patientmøder viser undersøgelsen, at der er uklarhed om, hvad patientmøder er – er det alle møder med deltagelse af patienter og personale, eller er det alene formaliserede møder?

I den brede definition er det undersøgelsens konklusion, at disse møder afholdes på langt de fleste afdelinger.

Nogle – men langt fra alle afdelinger – har herudover egentlige formaliserede patientmøder.

I det omfang information defineres som en del af indflydelse på egen situation, har patientmøderne den virkning. I det omfang patienten på møderne er i stand til at formulere egne ønsker og behov, lyttes der til dem, men mange patienter er for syge til at indgå i et egentligt mødeforum med henblik på at opnå indflydelse.

Afholdelse af patientmøder giver særligt i den brede fortolkning god mening for personalet og patienterne, og den nuværende praksis kan forventes at fortsætte. I forhold til de mere formaliserede patientmøder beror gennemførelse på personalets faglige vurdering af hensigtsmæssighed og på den prioritering, der er af personalets ressourcer.

Flere personalesider peger på, at patientindflydelse skal ses i tæt sammenhæng med faglig udvikling og kvalitetsudviklingsinitiativer generelt.

Dette synspunkt vurderes adresseret i den nye bekendtgørelse, idet det af denne fremgår, at rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bl.a. bør fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige liggetid på afdelingen.

Overvejende vurderes der behov for at organisere patientindflydelsen ind i rammer, der har konkret sammenhæng med opgavevaretagelsen på de enkelte afdelinger.

I forlængelse af dette synspunkt kan overvejes, om der er behov for en lovgivningsbaseret regulering af patientindflydelsen.

I flere sammenhænge er således givet udtryk for, at det forekommer ude af trit med den øvrige udvikling inden for sygehusvæsenet, at der er udarbejdet særlige regler for psykiatriske patienters indflydelse, idet udviklingen på en række andre områder går mod ligestilling af somatiske og psykiatriske patienter.

### 3. God sygehusstandard

Under udvalgsbehandlingen af psykiatriloven i 1989 blev der udtrykkeligt peget på ønskeligheden af at indrette opholdsrum og sengestuer på en sådan måde, at patienten ikke blev tvunget til konstant fysisk nærhed. Sammen med personalets holdning og uddannelse kunne dette modvirke, at miljøet virker angst- og aggressionsskabende. Ligeledes blev lagt vægt på muligheden for meningsfulde aktiviteter, herunder mulighed for frisk luft og skift i opholdssted i løbet af dagen.

Det fremgår af forarbejderne til revisionen af psykiatriloven, at selv om der i årene op til lovrevisionen var gennemført en række forbedringer på landets psykiatriske afdelinger, måtte de fysiske rammer fortsat betragtes som utilfredsstillende på en lang række af landets psykiatriske afdelinger.

Psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 pegede således på, at mange psykiatriske afdelinger ikke levede op til de formulerede mål for god sygehusstandard, der blev formuleret i forbindelse med vedtagelsen af psykiatriloven i 1989. Der peges på baggrund af en undersøgelse i årene 1991-93 på mangel på enestuer og opholds- og besøgsrum og på, at man kun i begrænset omfang kunne tilbyde beskæftigelse og undervisning og adgang til daglig udgang i frisk luft.

Udviklingen efter 1993 og op til lovrevisionen er belyst i en spørgeskemaundersøgelse vedrørende fysiske rammer på de psykiatriske afdelinger, som blev gennemført i et samarbejde mellem ARF, H:S og Sundhedsministeriet. Undersøgelsen dokumenterer fortsat mangel på enestuer, adgang til endørsophold og opholdsstuer.<sup>13</sup>

Psykiatrilovens bestemmelser blev derfor ændret, således at det blev præciseret og understreget, at god sygehusstandard indebærer bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for endørsophold, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Den målsætning, som bestemmelsen indebærer, forudsattes gennemført ved implementering af aftalen af april 1997 mellem regering og amtsrådsforening omkring udbygning af tilbuddene til de sindslidende. Der er efterfølgende og i forlængelse heraf indgået aftaler mellem regering og de kommunale parter om udbygning af psykiatrien i 2000 og i 2003.

Aftalen(erne) indeholder blandt andet en række tilkendegivelser vedrørende de mål og forventninger, som parterne har til udbygning af tilbuddene til de sindslidende.

Aftalen af 1997 konkretiserer god sygehusstandard, idet det blandt andet fremgår, at

---

<sup>13</sup> Sundhedsministeriets spørgeskemaundersøgelse "De fysiske rammer i psykiatrien", 1988.



- der gøres en målrettet indsats for at udvide antallet af enestuer, og at målsætningen er, at alle patienter skal have ret til enestue
- der skal være adgang til fællesarealer, fx beskæftigelses-terapi, undervisningslokaler, udendørsareal, mulighed for udøvelse af sport eller anden fysisk udfoldelse, dagligstue eller tv-stue
- patienterne skal have mulighed for ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt.

Aftalens præcisering af god sygehusstandard er i overensstemmelse med retsudvalgets beretning af 2. oktober 1997 over lovforslaget.

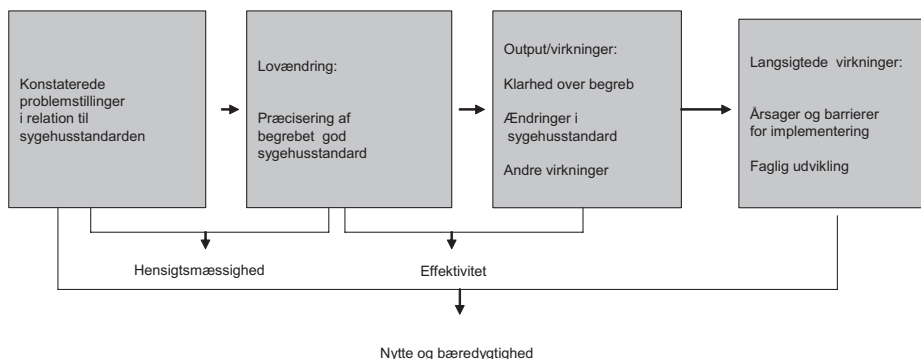
De efterfølgende psykiatraftaler fra 2000 og 2003 fortsætter linjen fra 1997-aftalen, idet der også i disse aftaler er formuleret konkrete mål om blandt andet enestuer.

### 3.1 Analytisk tilgang

Som det fremgår ovenfor, indebar psykiatrilovsrevisionen en præcisering af begrebet god sygehusstandard, således at det blev præciseret og understreget, at god sygehusstandard indebar bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udenørsophold, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssighedskriterium, et effektivitetskriterium og et nytte- og bæredygtighedskriterium.

Kriterierne og disses generelle sammenhæng med analysens undersøgelsesspørgsmål er beskrevet i afsnit 2. For så vidt angår god sygehusstandard angives sammenhængen i skemaet nedenfor.



#### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang præcisering af begrebet god sygehusstandard er et relevant middel (sammen med andre midler) til realisering af målsætningen omkring god sygehusstandard.

I den forbindelse vil der være to overordnede undersøgelsesområder:

- Er den indholdsmæssige præcisering af begrebet relevant?
- Er præcisering af begrebet god sygehusstandard en relevant metode til at sikre det ønskede niveau?

#### *Effektivitetskriteriet*

Sygehusstandarden på de enkelte psykiatriske afdelinger påvirkes ud over målsætningsparagraffen i psykiatriloven af en række andre faktorer, såsom økonomiske virkemidler, udvikling af faglige standarder for driftstilrettelæggelse og lignende.

Sidstnævnte virkemidler er som sagt ikke en del af psykiatriloven, hvorfor det kan være vanskeligt at kæde ændringer i sygehusstandard direkte sammen med psykiatrilovens målsætningsbestemmelse.

På den anden side er det direkte i psykiatrilovens forarbejde forudsat, at målsætningsbestemmelsen skulle realiseres i sammenhæng med brug af andre virkemidler.

Derfor vil analysen, uafhængigt af hvilke årsager der er til effekt, koncentrere sig om tre resultat- og virkningsområder, nemlig:

- I hvilket omfang vurderes bestemmelserne vedr. god sygehusstandard at have haft indflydelse på konkrete beslutninger?
- Tilfredsstillende niveau for sygehusstandard?  
Uanset årsag til ændringer i sygehusstandard vil niveauet for sygehusstandard være indikator for, om målsætningen for god sygehusstandard er nået.
- Øvrige virkninger af lovrevisionen.

#### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette kriterium indgår for det første en analyse af, om de manglende resultater skyldes, at der har været for kort tid til implementering – dvs. en vurdering af, om tidsfaktoren i sig selv er en forklaring.

For det andet vil der være en bredere vurdering af, hvilke årsager der er til, at standarden på de enkelte sygehusafdelinger ikke fuldt ud har udviklet sig i overensstemmelse med de formulerede målsætninger.

Inden for dette område er der således to undersøgelsesområder:

- Hvilke forventninger er der til den fremtidige udvikling af sygehusstandard?

- Årsager og barrierer for realisering af målsætningsbestemmelsen om god sygehusstandard. Dette kan være mangel på kontrolmuligheder, eller det kan være, fordi andre styringsredskaber konkurrerer med realisering af målsætningerne.

#### *Datakilder*

Analysen bygger på anvendelse af følgende datakilder: Statistiske data, udtalelser fra Ombudsmanden, data fra danske og udenlandske undersøgelser, data fra spørgeskemaundersøgelsen, data fra fokus-gruppeinterview, data fra de gennemførte caseundersøgelser.

Som det fremgår af metodebilaget, er data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt personale umiddelbart generaliserbare. Data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter er velegnet som fingerpeg om patienternes vurdering af de forskellige parametre. Der er antalsmæssigt få besvarelser fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt beslutningstagere, hvorfor det kan være vanskeligt at anvende procenter. Svarene kan i rimeligt omfang anvendes som grundlag for vurdering af beslutningstagerens holdning og vurdering. Data fra de gennemførte dybdeundersøgelser og caseundersøgelser anvendes til at begrunde og uddybe resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

Niveauet for de statistiske data er amtsniveau og dækker alle amter i landet. Data fra Ombudsmandens besøg på psykiatriske afdelinger og data fra gennemførte dybdeundersøgelser og caseundersøgelser anvendes til at begrunde og uddybe de statistiske data og resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

Kombinationen af de forskellige datakilder vurderes således at give en tilstrækkelig datastyrke til at kunne analysere lovrevisionen vedr. god sygehusstandard.

### **3.2 Hensigtsmæssighedskriteriet**

Analysen af hensigtsmæssighedskriteriet vedrører for det første en undersøgelse af, om den indholdsmæssige præcisering er relevant, og for det andet om præciseringen af begrebet god sygehusstandard er en relevant metode til at sikre det ønskede niveau herfor.

#### *3.2.1 Er den indholdsmæssige præcisering af begrebet relevant?*

I forhold til sammenhængen mellem god sygehusstandard og tvangsanvendelse skal indledningsvis konstateres, at begrebet: "God sygehusstandard" er vanskeligt at definere præcist. En række undersøgelser af udenlandsk og dansk oprindelse peger dog på, at der eksisterer en sammenhæng mellem forskellige standarder for sygehuse og patienternes tilfredshed med indlæggelsen. Hvorvidt der eksisterer evidens for, at der tillige er en sammenhæng mellem god sygehusstandard og anvendelse af tvangsforanstaltninger over for psykia-

triske patienter, er vanskeligt dokumenterbart ud fra eksisterende undersøgelser<sup>14</sup>.

I de gennemførte spørgeskemaundersøgelser er lovbestemmelsens formulering af bygningsmæssige forhold oversat til mulighed for ophold på enestue. Det skyldes, at der i en række aftaler mellem regering og Amtsrådsforeningen netop er sat fokus på etablering af enestuer, som en afgørende parameter for modernisering af de fysiske rammer.

Lovbestemmelsens angivelse af andre aktivitetstilbud er i spørgeskemaundersøgelsen – under hensyntagen til formulering af centralt fastsatte mål for psykiatrien – konkretiseret som adgang til fysisk udfoldelse.

Og endelig er lovbestemmelsens angivelse af mulighed for udendørsophold i spørgeskemaundersøgelsen formuleret som adgang til frisk luft.

Herudover er det i spørgeskemaundersøgelserne undersøgt, i hvor stort omfang de enkelte respondentgrupper vurderer, at personalets faglige kompetence er en del af begrebet god sygehusstandard. Selv om personalets faglige kompetence ikke direkte fremgår som en del af psykiatrilovens formulering er baggrunden herfor, at det i udenlandske undersøgelser påvises, at graden af uddannelse af personalet er med til at sætte god standard for psykiatrisk behandling<sup>15</sup>, fordi kriteriet blev vægtet meget højt i forundersøgelsernes eksplorative interview.

#### *Ophold på enestue*

Med hensyn til mulighed for ophold på enestue vurderer 85 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 13 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patienterne er de samme tal 83 % og 6 %, og for beslutningstagere har 12 ud af 14 denne holdning.

#### *Beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder*

Med hensyn til beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder vurderer 70 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 24 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patienterne er de samme tal hhv. 52 % og 27 %, og for beslutningstagere vurderer 13 ud af 14, at dette i høj grad eller i nogen grad er tilfældet.

#### *Muligheder for frisk luft*

Med hensyn til muligheder for frisk luft vurderer 85 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 11 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patienterne er de samme tal hhv. 52 % og 12 %, og for beslutningstagere hhv. 51 % og 43 %.

---

<sup>14</sup> Henrik Day Poulsen, Dokumentalistrapport.

<sup>15</sup> Nijman et. al 1997.

#### *Mulighed for uddannelse af patienter*

Der er i spørgeskemaundersøgelsen en begrænset opfattelse af at tilbud til patienterne om uddannelse er en del af begrebet god sygehusstandard. 30 % af personalet mener, at dette i nogen grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 32 % mener, at dette i mindre grad er tilfældet.

For patienterne svarer mere end halvdelen, at spørgsmålet om uddannelse ikke er relevant på deres afdeling, eller at det slet ikke er en del af begrebet god sygehusstandard. Resten fordeler sig på de øvrige svarkategorier. Halvdelen af beslutningstagerne vurderer, at mulighed for uddannelse i nogen grad er udtryk for god sygehusstandard.

Spørgeskemaundersøgelsen afdækker således, at der generelt set er en opfattelse af, at patienters adgang til uddannelse kun i begrænset omfang er en del af begrebet god sygehusstandard. Dette billede understøttes af caseundersøgelserne. Her angives, at uddannelsestilbud ikke er relevant, fordi der på afdelingen alene tilbydes intensive behandlingstilbud. Det vurderes ikke for muligt at kombinere uddannelse med gennemførelse af intensive psykiatriske behandlingstilbud, og bestemmelsen er udtryk for en tid, hvor patienterne boede på hospitalerne.

#### *Fysisk udfoldelse*

Med hensyn til fysisk udfoldelse vurderer 63 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 34 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patienterne er de samme tal hhv. 47 % og 34 %, og alle de indkomne svar fra beslutningstagerne viser, at disse enten i høj grad eller i nogen grad vurderer, at dette er tilfældet.

#### *Tilstrækkelige personaleressourcer*

Med hensyn til tilstrækkelige personaleressourcer vurderer 91 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 7 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patienterne er de samme tal hhv. 68 % og 12 %, og for beslutningstagerne hhv. 43 % og 50 %.

#### *Tilstrækkelig sengekapacitet*

Med hensyn til tilstrækkelig sengekapacitet vurderer 82 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 14 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patienterne er de samme tal hhv. 65 % og 12 %, og for beslutningstagerne fordeles svarene sig med, at halvdelen vurderer, at tilstrækkelig sengekapacitet i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og resten vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.

#### *Kompetenceudvikling af personalet*

Med hensyn til kompetenceudvikling af personalet vurderer 85 % af personalet, at dette i høj grad er en del af begrebet god sygehusstandard, og 14 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For

patienterne er de samme tal hhv. 71 % og 12 % og 12 ud af 14 beslutningstagere vurderer, at dette i høj grad er tilfældet.

Skematisk kan de enkelte lovbrugeres generelle vurdering af indholdet i begrebet god sygehusstand præsenteres således:

	<b>Personale</b>	<b>Patienter</b>	<b>Beslutningstagere</b>
Ophold på enestue	Ja	Ja	Ja
Beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder	Ja	Ja	Ja
Mulighed for frisk luft	Ja	Ja	Ja
Mulighed for uddannelse	Nej	Nej	Måske
Mulighed for fysisk udfoldelse	Ja	Ja	Ja
Tilstrækkelige personaleressourcer	Ja	Ja	Ja
Tilstrækkelig sengekapacitet	Ja	Ja	Ja
Kompetenceudvikling af personalet	Ja	Ja	Ja

På baggrund af ovenstående kan i forhold til den indholdsmæssige præcisering af begrebet god sygehusstandard konkluderes, at udspecificeringen af begrebet god sygehusstandard er indholdsmæssigt relevant for så vidt angår bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørsophold og aktivitetstilbud.

Patienters adgang til uddannelse er ikke en relevant udspecificering af begrebet god sygehusstandard.

Derimod er kompetenceudvikling af personalet en del af begrebet.

Undersøgelsen viser endvidere, at der mellem de forskellige grupper af lovbrugere er en rimelig grad af enighed om begrebets indhold.

### 3.2.2 *Er præcisering af begrebet god sygehusstandard en relevant metode til at sikre ønsket sygehusstandard?*

I forhold til betydningen af lovbestemmelsen som målsætningsbestemmelse fremgår det af lovens forarbejder, at det er fravalgt at udarbejde lovgivningsmæssige standarder under hensyntagen til sygehusejernes ret til at foretage den nærmere sygehusplanlægning og prioritering, og at hensynet hertil netop bliver tilgodeset gennem aftalesystemet. Der angives endvidere en bekymring for, hvorvidt en lovgivningsmæssig fastsættelse af standarder i givet fald vil kunne få negative konsekvenser for øvrige psykiatriske patienter (skævvridning af ressourcer).

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 85 % af personalet i høj grad finder det relevant, at psykiatriloven indeholder en målsætning om god sygehusstandard, og 10 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. For patientrådgiverne er de samme tal hhv. 90 % og 6,3 %. 13 ud af 14 beslutningstagere vurderer, at dette i høj grad eller i nogen grad er relevant.

Umiddelbart synes der således en høj tilslutning til, at der i psykiatriloven er en bestemmelse om god sygehusstandard.

På baggrund af de interview, der er gennemført i dybdeundersøgelsen generelt og på baggrund af de interview, der er gennemført i caseundersøgelsen, vurderes, at denne opbakning først og fremmest er funderet i, at lovbrugerne er enige i målsætningerne.

De data, der er fremkommet via de gennemførte interview peger også på, at man generelt vurderer det for hensigtsmæssigt, at ønsket om god sygehusstandard er formuleret som en målsætningsbestemmelse. Det giver mulighed for, at man på de enkelte afdelinger kan tilpasse udviklingen til de forhold, der er gældende, samtidig med at der er mulighed for at tilpasse sig den generelle udvikling.

Omvendt fremhæves, at man ved at sætte klare mål og standarder kan opnå en fokusering, man ellers ikke ville have nået – fx adgang til enestue. Men samtidig peges på, at sådanne standarder i givet fald skulle være fleksible i forhold til den enkeltes behandlingsplan – fx når det drejer sig om adgang til frisk luft.

I caseundersøgelserne har der endvidere været udtrykt en generel skepsis i forhold til, om generelle målsætninger er velegnet som metode til at sikre en ønsket sygehusstandard. Der peges således på, at målsætningerne kun har effekt, hvis der følger penge med.

På baggrund af ovenstående data kan konkluderes, at der blandt lovbrugerne generelt er en vurdering af, at det er hensigtsmæssigt, at der i psykiatriloven er en målsætning om god sygehusstandard, men at der er opmærksomhed på, at målsætningen ikke i sig selv indebærer ændringer.

### **3.3 Effektivitetskriteriet**

Effektivitetskriteriet undersøges på flg. resultat- og virkningsområder, nemlig:

- I hvilket omfang vurderes bestemmelserne vedr. god sygehusstandard at have haft indflydelse på konkrete beslutninger?
- Tilfredsstillende niveau for sygehusstandard
- Øvrige virkninger.

3.3.1 *I hvilket omfang vurderes bestemmelserne vedr. god sygehusstandard at have haft indflydelse på konkrete beslutninger?*

Undersøgelsen heraf vil være en afdækning af, hvordan man generelt opfatter, at lovgivningen har haft betydning for trufne beslutninger. Der vil således ikke blive foretaget en gennemgang af konkrete beslutninger med henblik på analyse af, hvilke kriterier der har været stærkest, som forklaring på de trufne beslutninger.

Der peges i caseundersøgelsen generelt på, at målsætningsbestemmelsen vurderes at ligge bag en række af de trufne beslutninger om ændringer i sygehusstandard, men samtidig pointeres, at bestemmelsen ikke vurderes at have haft nogen eksplicit betydning.

Der gives udtryk for, at holdningen er vigtigere end bestemmelsen, og at det er svært at skelne mellem holdning og lov, fordi disse ofte er sammenfaldende.

*Mulighed for ophold på enestue*

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der blandt personalet er en overvejende tendens til at tillægge psykiatrilovens bestemmelser om god sygehusstandard nogen betydning i forhold til trufne beslutninger, idet omkring 40 % angiver, at bestemmelsen har haft nogen betydning.

8 ud af 12 beslutningstagere vurderer i spørgeskemaundersøgelsen, at psykiatrilovens målsætning om god sygehusstandard i høj grad har haft betydning for beslutninger om etablering af mulighed for ophold på enestue.

*Tilstrækkelig sengekapacitet*

Med hensyn til tilstrækkelig sengekapacitet vurderer halvdelen af beslutningstagerne, at bestemmelsen om god sygehusstandard har haft betydning for trufne beslutninger. De øvrige beslutningstagere fordeler sig næsten ligeligt mellem en vurdering af, at dette har haft stor betydning og at dette har haft mindre betydning.

I caseundersøgelsen oplyses i relation hertil, at etablering afdelingen på Amager Hospital er bygget og dimensioneret med bestemmelserne om god sygehusstandard som grundlag. Især enestuer har været i fokus (afdelingen ligger dog langt fra et somatisk hospital, hvilket kan have konsekvenser for bistand til akut opstået somatisk sygdom).

*Beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder*

I forhold til beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder vurderer 6 ud af 14 beslutningstagere, at bestemmelserne omkring god sygehusstandard har haft indflydelse på de beslutninger der er truffet, og samme antal vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.



#### *Frisk luft*

For så vidt angår adgang til *frisk luft* vurderer 6 ud af 14 beslutningstagere, at bestemmelserne i nogen grad har haft indflydelse på de trufne beslutninger. 5 % vurderer, at dette i mindre grad er tilfældet, og 3 % at dette i høj grad er tilfældet.

#### *Fysisk udfoldelse*

Med hensyn til fysisk udfoldelse vurderer halvdelen af beslutningstagerne, at bestemmelsen i nogen grad har haft indflydelse. 5 ud af 14 at dette i mindre grad er tilfældet.

#### *Tilstrækkelige personaleressourcer*

Halvdelen af beslutningstagerne vurderer, at bestemmelsen om god sygehusstandard har haft mindre betydning for beslutninger om mængden af personaleressourcer og 36 %, at dette i nogen grad er tilfældet.

Psykiatrilovens bestemmelse om god sygehusstandard vurderes af 6 ud af 14 beslutningstagere at have haft stor eller nogen betydning for kompetenceudvikling af personalet, også selv om dette ikke er ekspliciteret som en del af begrebet.

#### *Uddannelsestilbud til patienterne*

Med hensyn til mulighed for *uddannelsestilbud til patienterne* vurderer 5 ud af 14 beslutningstagere, at denne bestemmelse i mindre grad har haft betydning for trufne beslutninger og samme antal vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at psykiatrilovens bestemmelse om god sygehusstandard i et vist omfang er en del af det billede, der påvirker givne beslutninger. Bestemmelsen vurderes dog ikke at have haft nogen stærk effekt på de enkelte elementer. Der vurderes at være størst effekt af bestemmelsen i relation til beslutninger omkring etablering af enestuer.

### *3.3.2 Tilfredsstillende niveau for sygehusstandard*

Vurdering af, om niveauet for god sygehusstandard er tilfredsstillende, skal ideelt ske i forhold til konkret opstillede standarder herfor. Der er ikke på alle de områder, hvorpå begrebet god sygehusstandard appliceres, opstillet standarder. Kun i relation til fysiske rammer/enestuer er der konkret udmeldt en standard, nemlig at alle patienter skal tilbydes ophold på enestue.

Som indikator på, om målsætningerne er opnået, er valgt de fysiske rammer, adgang til beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder samt adgang til frisk luft.

Valget er motiveret i, at den primære kilde til vurdering af, om målsætningerne er opnået, er lovbrugernes opfattelse heraf. De valgte områder er rimeligt veldefinerede og afgrænsede i forhold til daglig drift.

### *Ophold på enestuer*

I forhold til mulighed for ophold på enestuer fremgår det, af amtsrådsforeningens statistik over antal enestuer<sup>16</sup>, at der i perioden fra 2001-2003 er sket en moderat vækst i såvel antallet som i procentdelen af enestuer.

59 % af personalet vurderer, at der i høj grad er mulighed for ophold på enestuer. 19 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet og endelig vurderer 17 % af personalet, at der i mindre grad er mulighed for ophold på enestue. For patientrådgiverne er de tilsvarende tal, at 56 % vurderer, at der i høj grad er mulighed for ophold på enestue, og 35 % vurderer, at dette i mindre grad er tilfældet. 75 % af patienterne vurderer, at dette i høj grad er tilfældet. For så vidt angår beslutningstagere vurderer 8 ud af 14, at der i høj grad er mulighed herfor, og 6, at dette i nogen grad er tilfældet.

Det kan således konkluderes, at målsætningen om adgang til ophold på enestue ikke er fuldt ud opnået. Variationen i de afgivne svar tyder på, at der er betydelige forskelle mellem de enkelte afdelinger, således at målet på nogle afdelinger er nået – på andre ikke.

### *Tilstrækkelig sengekapacitet*

I forhold til tilstrækkelig sengekapacitet fremgår det af statistiske bilag, at den gennemsnitlige belægningsprocent i perioden 1999 – 2001 er faldet fra 94 % til 92 %.

Der er dog store variationer mellem amterne, og der kan ikke beskrives nogen entydig tendens. Samtidig skal understreges, at de i statistisk bilag anførte belægningsprocenter vedrører amternes samlede psykiatri. Der vil derfor kunne konstateres betydelige indenamtlig variationer i belægningsprocenter på de enkelte afsnit. For enkelte amter er der i ovennævnte periode en gennemsnitlig stigning i belægningsprocenten. Og der kan for nogle amter konstateres belægningsprocenter over eller lige under 100.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 23 % af personalet, at der i høj grad er tale om tilstrækkelig sengekapacitet. 46 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet, og endelig vurderer 21 % af personalet, at der i mindre grad er tilstrækkelig sengekapacitet. For patientrådgiverne er de tilsvarende tal, at 12 % vurderer, at der i høj grad er tilstrækkelig sengekapacitet, og 61 % vurderer, at dette i mindre grad er tilfældet. 40 % af patienterne vurderer, at der i høj grad er tale om tilstrækkelig sengekapacitet, og for så vidt angår beslutningstagere, vurderer 6 ud af 14, at der i høj grad er tilstrækkelig sengekapacitet, og 8, at dette i nogen grad er tilfældet.

Af § 71-udvalgets og Ombudsmandens rapporter fra besøg på landets psykiatriske afdelinger fremgår det i forlængelse heraf, at der forekommer overbelægning på de psykiatriske afdelinger, men at der

---

<sup>16</sup> Bilagets statistiktabel 4.5.

ikke synes at være nogen entydig tendens i forhold til, i hvilke amter belægningsprocenterne er for høje<sup>17</sup>.

I § 71-udvalgets og Ombudsmandens rapporter nævnes enkelte gange som årsag til overbelægning, at en mangel på botilbud kan medføre, at færdigbehandlede patienter forbliver på afdelingerne, hvilket har negativ betydning for ventelisterne<sup>18</sup>. I caseundersøgelsen påpeger personale imidlertid, at indlæggelsespres kan medføre for tidlige overflytninger/udskrivninger. Hvad enten den ene eller den anden løsning vælges, synes konsekvensen dog under alle omstændigheder at være en ikke optimal afslutning på behandlingsforløbet.

I de gennemførte fokusgruppeinterview er der ligeledes fra flere sider påpeget problemer med overbelægning. Synspunktet er blandt andet fremført fra patientorganisationerne.

Det kan for så vidt hvad angår tilstrækkelig sengekapacitet konkluderes, at målet herom ikke er nået generelt. Også her er der tale om store variationer mellem afdelingerne.

#### *Beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder*

Med hensyn til beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder vurderer 15 % af personalet, at dette i høj grad er tilfældet. 57 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet, og endelig vurderer 23 % af personalet, at der i mindre grad er adgang til beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder.

For patientrådgiverne er de tilsvarende tal, at 47 % vurderer, at der i mindre grad er mulighed for beskæftigelse og aktivitet, og 38 % vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.

25 % af patienterne vurderer, at der i høj grad er tale om beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder. Samme andel vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet, og 27 % vurderer, at dette i mindre grad er tilfældet. For beslutningstagerne vurderer 3 ud af 14, at der i høj grad er adgang til beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder, og 11 vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.

#### *Frisk luft*

Med hensyn til adgang til frisk luft fremgår det af § 71-udvalgets og Ombudsmandens rapporter, at der ligesom med hensyn til overbelægning antydes store såvel amtslige som indenamtslige variationer. Hvad angår adgangen til frisk luft, synes nærmest alle afdelinger at

---

<sup>17</sup> Rapport fra § 71-tilsynets uanmeldte besøg på Bispebjerg Hospitals Psykiatriske Afdeling E den 1. dec. 2003. Beretning om § 71-tilsynets virksomhed i folketingsåret 2002-03. Ombudsmanden: Opfølgning på inspektion af Sct. Hans Hospital den. 18. og 24. feb. 2004. J.nr.: 2003-4414-424.

<sup>18</sup> Rapport fra § 71-tilsynets uanmeldte besøg på Bispebjerg Hospitals Psykiatriske Afdeling E den 1. dec. 2003. Ombudsmanden: Opfølgning på inspektion af Sct. Hans Hospital den. 18. og 24. feb. 2004. J.nr.: 2003-4414-424.

kunne tilbyde dette dagligt, men det påtales dog, at der flere steder ikke synes at være mulighed for længere gåture<sup>19</sup>.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at 57 % af personalet vurderer, at der i høj grad er adgang til frisk luft. 29 % vurderer, at dette nogen grad er tilfældet. For patientrådgiverne er de tilsvarende tal, at 20 % vurderer, at der i høj grad er adgang til frisk luft, og 50 % vurderer, at dette i nogen grad tilfældet. 56 % af patienterne vurderer, at der i høj grad er adgang til frisk luft, og for så vidt angår beslutningstagere, vurderer 62 %, at der i høj grad er adgang til frisk luft, og 40 %, at dette i nogen grad er tilfældet.

Det kan således konkluderes, at målsætningen om god sygehusstandard ikke er opnået, selv om der er en betydelig variation mellem de enkelte afdelinger. Det gælder alle de undersøgte indikatorer: Ene-stuer, adgang til frisk luft, beskæftigelses- og aktivitetsmuligheder samt tilstrækkelig sengekapacitet.

### 3.3.3 *Virkninger*

Målsætningen omkring god sygehusstandard er begrundet i et ønske om at skabe vilkår for reduktion af tvangsanvendelsen. Denne intention fremgår af følgende citat fra § 71-tilsynets årsrapport 2002-2003: "Tilsynet finder det positivt, at brugen af bæltefiksering kan begrænses ved tilpassede fysiske rammer, et rutineret personale, som formår at håndtere vanskelige situationer, og en overordnet indsats for at undgå overbelægning på lukkede afsnit"<sup>20</sup>.

Sundhedsstyrelsens statistikker<sup>21</sup> over tvangsanvendelse i perioden 2000-2003 synes at vise, at hyppigheden, hvormed de forskellige tvangsforanstaltninger anvendes, har været stabil i nævnte periode. Men det er ikke muligt at udlede et statistisk mønster på så kort tid.

Det er, som det er nævnt indledningsvis, ikke denne undersøgelses formål at undersøge årsager til tvang. Her skal blot fremføres, at den overordnet set uændrede anvendelse af tvang ikke kan kvalificeres i forhold til eventuelle ændringer i patienternes adfærd, patientmix (flere dobbeltdiagnoser, behandlingsparadigmer mv.).

Det fremgår i den forbindelse af casestudierne, at der blandt personalet er en klar opfattelse af, at der er sammenhæng mellem anvendelse af fiksering og de fysiske rammer, ligesom der er en sammenhæng mellem fiksering/fysisk magt og personalets kompetence.

---

<sup>19</sup> Ombudsmandens inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling F på Bispebjerg Hospital den 27. marts 2003. J.nr.: 2003-0366-424. Ombudsmandens inspektion af Psykiatrisk Afdeling i Esbjerg den 6. nov. 2003. J.nr.: 2003-3277-424.

<sup>20</sup> Rapport fra besøg på Herlev Amtssygehus i Beretning om tilsynets virksomhed i folketingsåret 2002-03, p.7.

<sup>21</sup> Statistisk bilag tabel 2.1, 2.2., 2.3. og 2.4.

Begrebet god sygehusstandard har i en række forhandlinger mellem regering og Amtsrådsforeningen været fokuseret på enestuer. Det kan ikke udelukkes, at dette har betydet, at den overordnede opmærksomhed er ledt væk fra kulturen og kompetenceniveauet på afdelingerne og over på de fysiske rammer.

### **3.4 Nytte- og bæredygtighedskriteriet**

Inden for dette område er der to undersøgelsesområder, nemlig hvilke forventninger er der til den fremtidige udvikling af sygehusstandard? Og årsager og barrierer for realisering af målsætningsbestemmelsen om god sygehusstandard.

#### *3.4.1 Forventninger til den fremtidige udvikling af sygehusstandard*

Som det fremgår af afsnit 3.3 er der fortsat problemer i relation til realisering af målsætningen omkring god sygehusstandard.

Selv om der ikke er entydige undersøgelser af sammenhængen mellem god sygehusstandard og anvendelse af tvang, fremgår det af såvel de gennemførte fokusgruppeinterview som af de gennemførte caseundersøgelser, at der fra personaleside er opbakning til at fremme god sygehusstandard og herunder at der opleves en sammenhæng mellem sygehusstandard og anvendelse af tvang.

Det vurderes derfor, at realisering af målsætningen om god sygehusstandard vil være aktuel og fagligt relevant også i de kommende år.

I forhold til de fysiske rammer viser amternes flerårige anlægsbudgetter således, at der forventes en fortsat forbedring af de fysiske rammer.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at 55 % af personalet forventer, at sygehusstandard udvikler sig positivt de næste 5 år. 23 % forventer en forværring i sygehusstandard og 16 % forventer ikke nogen ændringer. For beslutningstagerne er forventningen blandt 79 %, at der sker en forbedring af sygehusstandard.

Det kan således konkluderes, at målsætningen om god sygehusstandard også i de kommende år må anses for relevant. Der er blandt personalet og beslutningstagerne generelt en forventning om, at der over de næste 5 år vil ske en forbedring af sygehusstandard.

#### *3.4.2 Årsager og barrierer for realisering af målsætningsbestemmelsen*

Årsagerne til, at der fortsat er problemer omkring realisering af målsætningen om god sygehusstandard, undersøges inden for tre områder, nemlig:

- At det ikke i tilstrækkeligt omfang er præciseret, hvad der inden for de forskellige områder menes med god sygehusstandard – dvs. generelle standarder.

- At der ikke er gennemført en systematisk kontrol af, om målsætningen er opnået.
- At andre styringsredskaber, som påvirker sygehusstandarden, har haft større betydning.

Med hensyn til virkninger af generelle (og bindende) standarder for, hvad god sygehusstandard er, fremgår det af caseundersøgelserne, at dette formentlig ville påvirke sygehusstandarden inden for disse områder. Der er dog en frygt for, at standarderne ikke vil kunne afspejle de forskellige vilkår på de enkelte afdelinger, både i forhold til geografi og sammenhæng med omgivelserne og i forhold til de enkelte patienter.

En af caseundersøgelsens interviewpersoner udtrykker eksempelvis: "En gang imellem passer standarderne ikke på vores virkelighed, og i de tilfælde duer de ikke. På den anden side skal standarderne også være så specifikke, at man faktisk kan hænges op på dem."

I forhold til kontrol er det i caseundersøgelserne påpeget, at kontrol formentlig ville sætte fokus på det faktiske niveau for sygehusstandarden. I den forbindelse vurderes det som ikke-attraktivt at skulle "hænges op" på standarder, der måske ikke har mening på det pågældende sted. En mere meningsfuld gennemførelse af kontrol kunne i den forbindelse være at eksplicitere § 71-udvalgets eller Ombudsmandens kontrolfunktioner i relation til begrebet god sygehusstandard.

I forhold til betydning af andre styringsredskaber, som påvirker sygehusstandarder, er der ikke nogen tvivl om, at økonomiske styringsmidler har den største effekt i relation til at sikre ændringer. Det fremgår i såvel dybdeundersøgelsens fokusgruppemøder som i de gennemførte caseundersøgelser, at uden anvendelse af økonomiske styringsmidler opnår man ikke de ønskede ændringer i sygehusstandarden. Disse økonomiske styringsmidler kan være centrale puljer, øremærkede midler og lignende.

Sammenfattende kan det omkring nytte og bæredygtighed konkluderes, at målet om god sygehusstandard også vil være meningsfuldt i de kommende år. Der forventes overvejende en positiv udvikling i realisering af målet.

Der er ikke ønske om detaljerede bindende standarder. Det vil betyde, at der på den enkelte afdeling ikke bliver plads til at tilpasse sig omgivelserne og de enkelte patienter, men omvendt peges på, at konkrete overordnede målsætninger kan virke befordrende for realisering af målene – fx adgang til enestuer. Der peges på, at det kan overvejes at eksplicitere kontrollen med sygehusstandarden, fx via § 71-udvalget/Ombudsmanden. Kontrollen bør i givet fald tage udgangspunkt i den enkelte sygehusafdelings driftsvilkår, og endelig er det en generel opfattelse, at økonomiske styringsmidler har en afgørende betydning for, om ønskede ændringer kan opnås. Disse øko-

nomiske styringsmidler kan være centrale puljer, øremærkede midler og lignende.

### **3.5 Konklusion vedrørende god sygehusstandard**

Psykiatrilovsrevisionen medførte, at begrebet god sygehusstandard blev udspecificeret, således at det fremgår, at god sygehusstandard omfatter bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørsophold, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Der er generelt enighed blandt lovbrugerne om, hvad begrebet god sygehusstandard dækker over.

Det vurderes generelt blandt lovbrugerne, at det er hensigtsmæssigt at der i psykiatriloven er en målsætning om god sygehusstandard, men også, at målsætningen ikke i sig selv indebærer ændringer.

Det er således undersøgelsens konklusion, at bestemmelsen om god sygehusstandard i et vist omfang udgør en del af det billede, der påvirker givne beslutninger. Bestemmelsen vurderes ikke at have haft nogen stærk effekt på trufne beslutninger på de enkelte elementer i god sygehusstandard. Der vurderes at være størst effekt af bestemmelsen i relation til beslutninger om etablering af enestuer.

Det er undersøgelsens konklusion, at udspecificeringen indholdsmæssig er relevant for så vidt angår de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørsophold og aktivitetstilbud.

Patienters adgang til uddannelse er ikke en relevant udspecificering af begrebet god sygehusstandard. Desuden viser analysen, at personalets faglige kompetence bør indgå i begrebet god sygehusstandard.

Det er endvidere undersøgelsens konklusion, at målsætningen om god sygehusstandard ikke er opnået og må anses som værende i en fortsat udvikling, idet målene flytter sig over tid, og at der kan være en betydelig variation mellem de enkelte afdelinger. Det gælder alle de opstillede indikatorer: Enestuer, adgang til frisk luft, beskæftigelses- og aktivitetstilbud samt tilstrækkelig sengekapacitet.

Der er ikke i denne undersøgelse foretaget nogen egentlig analyse af sammenhængen mellem god sygehusstandard og anvendelse af tvang, men der er klare tilkendegivelser i de kvalitative dele af undersøgelsen om, at man opfatter, at dette er tilfældet.

Målsætningen om god sygehusstandard må også i de kommende år anses for fagligt relevant.

Der er blandt personalet og beslutningstagerne generelt en forventning om, at der over de næste 5 år vil ske en forbedring af sygehusstandard.

Der er ikke ønske om detaljerede, bindende standarder til sikring af en højere målopfyldelse. Årsagen hertil er, at der er behov for at man på den enkelte afdeling prioriterer højt at kunne tilpasse sig omgivelserne og de enkelte patienter. Omvendt peges på, at konkrete overordnede målsætninger kan virke befordrende for realisering af målene – fx har målsætningen om enestuer haft en effekt.

Der peges på, at det kan overvejes at eksplicitere kontrollen med sygehusstandarder fx via § 71-udvalget/Ombudsmanden. Kontrollen bør i givet fald tage udgangspunkt i den enkelte sygehusafdelings driftsvilkår.

Og endelig er det en generel opfattelse, at økonomiske styringsmidler har en afgørende betydning for, om ønskede ændringer kan opnås.





## 4. Klagesystemet

Klagesystemets overordnede formål er at sikre patienternes retssikkerhed i forbindelse med beslutninger om tvangsgreb.

I forarbejderne til den nugældende lov peges – med reference til blandt andet psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 – på en række svagheder i det daværende klagesystem:

### **Parallelbehandling af klager og manglende gennemskuelse af klagesystemet**

Af psykiatriloven fra 1989 fremgår, at klager over frihedsberøvelse skulle indbringes direkte for en domstol, mens øvrige tvangsformer skulle påklages hos lokale patientklagenævn. Argumentet for opdelingen af klagesystemet var, at frihedsberøvelse er et så alvorligt indgreb, at det *hurtigt* bør behandles i retssystemet, og at forudgående behandling i det lokale psykiatriske patientklagenævn blot ville forsinke den retlige prøvelse.

Psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 påviste imidlertid, "at den delte klagevej er uhensigtsmæssig og vanskelig at overskue"<sup>22</sup>. Grundlæggende bestod det uhensigtsmæssige i, at tvangsansørgelse alene kunne iværksættes, hvis betingelserne for *tvangstilbageholdelse* også er til stede, hvilket resulterede i, at de lokale patientklagenævn også var nødt til at tage stilling til, om kriterierne for tvangstilbageholdelse var opfyldt. I visse tilfælde forelå der imidlertid også en klage over tvangstilbageholdelsen. I praksis kunne det således medføre, at domstolen og patientklagenævnet parallelt påså, om betingelserne for tvangstilbageholdelse var opfyldt, hvilket medførte en manglende gennemskuelse af klagesystemet.

Reglerne omkring klagesystemet blev derfor ændret. Den ændrede praksis betød, at alle klager over tvangsansørgelse skulle rettes til de lokale patientklagenævn.

Det fremgår således af lovens forarbejder, at hensynet til patienternes retssikkerhed og til Grundlovens bestemmelser leder til, at:

- De lokale patientklagenævns afgørelser over tvangstilbageholdelse og tvangsindlæggelser kan ankes til domstolene
- Nævnenes afgørelser over øvrig tvangsansørgelse kan ankes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
- Klager over sundhedspersonalets faglige adfærd, som ikke er sammenhængende med anvendelse af tvang, rettes direkte til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
- Klager over den almindelige patientservice rettes til sygehushemyndigheder.

---

<sup>22</sup> Lovens forarbejder, p. 17

### ***Manglende balance mellem hensynet til patienternes retssikkerhed og hensynet til at undgå unødige lidelse***

I psykiatriloven fra 1989 havde klager over tvangsbehandling efter § 32 stk. 3 opsættende virkning, med mindre dette medfører væsentlig fare for patientens liv eller helbred. Hensynet er i forhold til at sikre patientens retssikkerhed. I forbindelse med psykiatrilovsrevisionen blev det imidlertid påpeget, at den opsættende virkning kunne indebære negative konsekvenser, idet patienterne ofte blev mere syge og urolige i perioden, hvor behandlingen var opsat, hvorfor det ikke sjældent var nødvendigt at tvangsfiksere patienter af hensyn til beskyttelse af øvrige patienter og personale<sup>23</sup>. Det grundlæggende synspunkt var således, at der eksisterede en ubalance mellem hensynet til patienternes retssikkerhed og hensynet til at undgå unødige lidelse.

Med henblik på at imødegå denne ubalance og for at undgå, at patienter lades ubehandlede i længere tid, herunder med risiko for at sygdommen forværres eller urolig adfærd opstår, indførtes en bestemmelse om, at klager over tvangsbehandling skulle behandles i de lokale patientklagenævn *inden 7 hverdage* efter klagens modtagelse.

Hertil kom, at kriterierne for hvornår en klage *ikke* tillægges opsættende virkning, blev udvidet. Kriterierne for hvornår en klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, kom således til at bestå af det hidtidige kriterium: Ikke at udsætte patientens liv eller helbred for fare *samt herudover* et nyt kriterium, nemlig *afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred*.

Herved var forventningen, at man i højere grad ville kunne undgå at tvangsfiksere og/eller give beroligende medicin i perioden indtil klagen blev afklaret. At faren forudsættes at være nærliggende indebærer, at der i det enkelte tilfælde skal være en *konkret og påviselig fare*. Faren behøver derimod ikke at have manifesteret sig i en skadevoldende handling.

### ***Patientklagenævnets faglige kompetencer***

Psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 påpegede, at de lokale patientklagenævn kunne savne speciallægelig kompetence ved vurdering af sindssygdomskriteriet og ved behandling af klager over tvangsbehandling og medicinering<sup>24</sup>.

Med hensyn til de lokale patientklagenævns sammensætning overvejedes at styrke disses psykiatriske ekspertise, særligt ved behandling af klager over tvangsbehandling. Det besluttedes imidlertid at fastholde sammensætningen, idet det blev præciseret, at den lægelige repræsentant i nævnet *så vidt muligt* bør være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri. Samtidig påpegedes, at den til mødet udfærdigede lægeerklæring og det forhold, at overlægen deltager i

<sup>23</sup> Lovens forarbejder p. 20

<sup>24</sup> Lovens forarbejder p. 22

nævnets møder, vil bibringe de nødvendige konkrete psykiatriske speciallægefaglige oplysninger.

### **Deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for patientklagenævn**

Det blev anført i lovrevisionen, at overlægen og patientrådgiveren i for stort omfang ikke var til stede ved sagsbehandlingen i det lokale patientklagenævn. Endvidere blev det påpeget, at der var forskellig praksis i forhold til, hvor patientklagenævnets møder blev afholdt, men at det – af hensyn til patientens mulighed for deltagelse – var mest hensigtsmæssigt at henlægge møderne på den afdeling, hvor patienten var indlagt<sup>25</sup>.

Med henblik på at sikre de rigtige kompetencer i de lokale patientklagenævn, blev det ved lovrevisionen oplyst, at Justitsministeriet administrativt ville gennemføre en ændring af forretningsordenen for de lokale patientklagenævn således, at det dels blev præciseret, at overlægen og patientrådgiveren *så vidt muligt* forventes at deltage i patientklagenævnets møder, og dels at møderne som udgangspunkt skulle afholdes på afdelingerne.

### **Formidling og videnoverførsel**

Der var et ønske om at styrke de lokale patientklagenævns kontakt til de psykiatriske afdelinger, således at denne ikke var begrænset til alene at opstå ved behandlingen af enkeltsager.

Med henblik på at forbedre de lokale patientklagenævns muligheder for at indgå i dialog med afdelingerne besluttedes, at disse hvert år i samarbejde med afdelingerne skulle udarbejde en årsrapport om deres virksomhed. I forarbejderne til loven overvejedes at udvide de lokale patientklagenævns tilsynskompetence med afdelingerne, således at disse blandt andet fik mulighed for at udøve uanmeldte tilsyn på afdelingerne. Det vurderedes dog, at dette ikke var nødvendigt, idet behovet herfor ansås for dækket af Folketingets § 71-udvalg, Ombudsmanden og Sundhedsstyrelsen<sup>26</sup>.

---

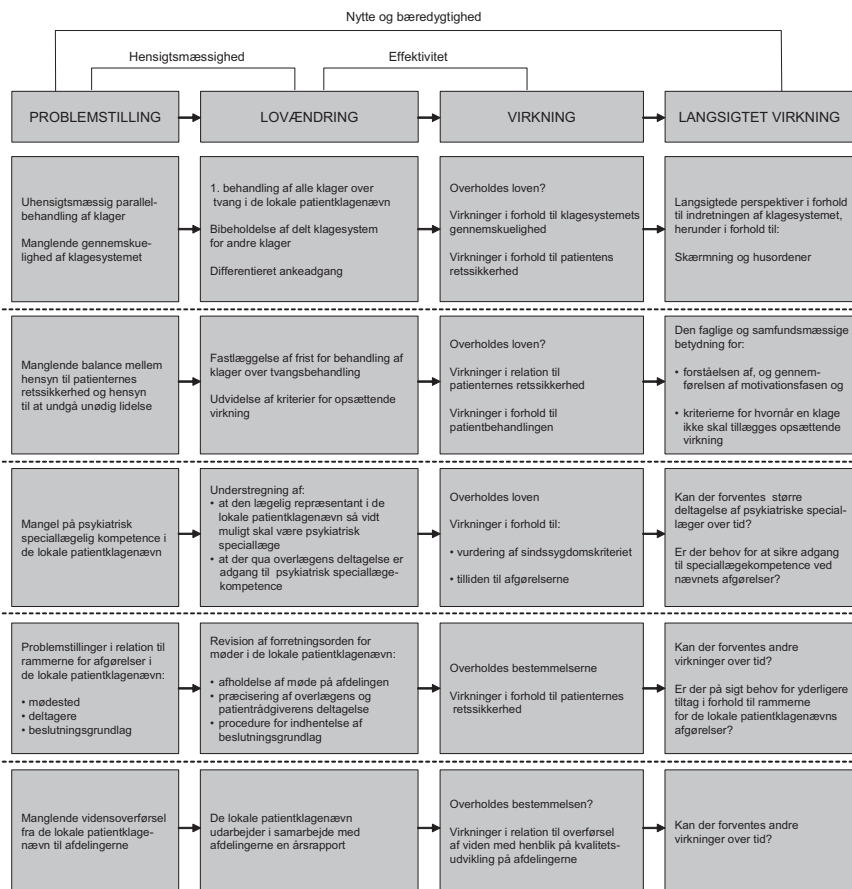
<sup>25</sup> Lovens forarbejder p. 24-25

<sup>26</sup> Lovens forarbejder p. 25-26

## 4.1 Analytisk tilgang

I forhold til den analytiske tilgang til undersøgelsen af klagesystemet vil følgende undersøgelsesdesign blive anvendt:

**Figur 4.1 Den analytiske tilgang til undersøgelsen af klagesystemet**



## 5 problemstillinger under klagesystemet

Gennemgangen af klagesystemet adskiller sig fra de øvrige undersøgelsesområder ved at bestå af flere adskilte problemstillinger, jf. figuren ovenfor. For hver af de 5 skitserede problemstillinger:

- Klagesystemets indretning: Uhensigtsmæssig parallelbehandling af klager og manglende gennemskuelighed
- Balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsbehandling

- De lokale patientklagenævns faglige kompetencer – mangel på psykiatrisk speciallægekompetence i patientklagenævnene
- Deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn
- Årsrapporter fra de lokale patientklagenævn – vidensoverførsel mellem patientklagenævnene og afdelingerne.

Analyseformen er den samme som hidtil, idet gennemgangen følger de tre kriterier:

- Hensigtsmæssighed
- Effektivitet, og
- Nytte og bæredygtighed.

Hensigtsmæssighedskriteriet undersøger, om de valgte lovændringer og præciseringer af forretningsordenen for patientklagenævnene adresserer de problemstillinger, der blev skitseret ved lovens forberedelse og i den foregående psykiatrilovsundersøgelse.

Generelt skal i forhold til hensigtsmæssighedskriteriet bemærkes, at klagesystemet består af en række konkrete lovgivningsmæssige præciseringer (fx 7-dages fristen).

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører i de øvrige kapitler også en undersøgelse af, hvorvidt lovrevision som redskab er et hensigtsmæssigt valg til at opnå de ønskede virkninger. For så vidt angår klagesystemet er dette i sin natur hvilende på lovregulering, hvorfor lovrevisionen som redskab selvsagt er relevant, og der vil ikke ske en nærmere undersøgelse heraf.

Effektivitetskriteriet undersøger, hvilken effekt lovgivningsændringen har haft. For en række af lovgivningsændringerne kan dette måles konkret. Herudover gennemføres analyse af de enkelte ændrings virkninger i forhold til patienternes retssikkerhed, tillid og i forhold til patientbehandlingen i øvrigt.

Endelig gennemgås nytte- og bæredygtighedskriteriet for de 5 undersøgelsesområder, hvor lovgivningsændringens langsigtede virkninger vurderes, og herunder hvilke barrierer samt øvrige udviklingstendenser, der kan spille ind på holdbarheden.

For hver problemstilling indledes afsnittet med en nærmere præsentation af motivationen for lovgivningsændringerne.

Endelig er der som særligt afsnit under dette kapitel medtaget en analyse af særlige problemstillinger for børne- og ungdomspsykiatri.

### **Datagrundlag**

For alle de fem områder gennemføres analysen på baggrund af følgende datakilder:

- Spørgeskemaundersøgelse blandt personale, patienter, klagenævnetsmedlemmer, patientrådgivere og beslutningstagere
- Statsamternes årsberetninger om de psykiatriske patientklagenævnets virksomhed
- Dybdeundersøgelsens fokusgruppeinterview
- Telefoninterview
- Caseundersøgelserne, herunder gennemgang af såvel anonyme som ikke-anonyme klagesager.

Spørgeskemaundersøgelserne blandt personale, patientklagenævnetsmedlemmer og patientrådgiverne har i denne gennemgang en stor vægt, idet klagesystemet i høj grad bliver adresseret i spørgeskemaerne, der samtidig vurderes som generaliserbare. Spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter er ikke generaliserbar, hvorfor svarene anvendes til illustration og som fingerpeg på patienternes opfattelse. Dette udgangspunkt suppleres med data, især fra de gennemførte interview i dybdeundersøgelsen, i telefoninterviewene og i caseundersøgelser, hvor kompleksiteten i en række af problemstillingerne bliver adresseret.

Årsberetningerne giver et samlet statistisk grundlag for virket i de lokale patientklagenævn. Der anvendes tal fra 2003, idet der fra dette år er indført fælles standard for de statistiske opgørelser i de enkelte patientklagenævn. Tallene er derfor sammenlignelige fra statsamt til statsamt.

Kombinationen af de kvantitative og kvalitative data vurderes at give et tilstrækkeligt datagrundlag for analysen af lovrevisionen i forhold til klagesystemet.

## 4.2 Klagesystemets indretning

Reglerne omkring klagesystemet blev som nævnt ændret med psykiatrilovsrevisionen, således at alle klager over tvangsanvendelse fremover skulle rettes til de lokale patientklagenævn. Formålet med at klager over tvangsindgreb kun skal indbringes for én myndighed uanset tvangsindgrebets karakter, er dels at forhindre parallelforløb og dels det forhold at der derved sikres et mere gennemskueligt system, der har til formål at lette tilgængeligheden til klagesystemet for patienterne.

Lovgivningen fastlægger herefter, at klager kan rettes til og ankes efter følgende retningslinjer:

- De lokale patientklagenævnets afgørelser over tvangstilbageholdelse, tvangsindlæggelser og tilbageførsel kan ankes til domstolene.
- Nævnenes afgørelser over øvrig tvangsanvendelse kan ankes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.
- Klager over sundhedspersonalets faglige adfærd, som ikke er sammenhængende med anvendelse af tvang, rettes direkte til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

- Klager over den almindelige patientservice rettes til sygehusmyndigheder.

#### 4.2.1 Hensigtsmæssighedskriteriet

I det følgende undersøges lovgivningens hensigtsmæssighed /relevans i forhold til tre områder:

- 1. behandling af alle klager over tvang i de lokale patientklagenævn.
- Bibeholdelse af differentieret klagesystem for andre klager end klager over tvang
- Differentieret ankeadgang.

Undersøgelsen vil omhandle en vurdering af, om bestemmelserne adresserer og dækker de beskrevne problemstillinger i forhold til at undgå parallelforløb og i forhold til at skabe gennemskelighed i klagesystemet. Det vil sige, om kombinationen af 1. behandlingsprincippet, kombineret med klagesystemets øvrige klageveje samt de muligheder der eksisterer for anker, faktisk imødekommer de problemer der blev identificeret før lovindgrebet, og herunder om det faktisk adresserer problemerne vedrørende gennemskelighed.

Gennemskelighed forstås i denne sammenhæng som et spørgsmål om, i hvilket omfang de enkelte lovbrugere *kan se igennem* systemet, herunder hvortil de enkelte klager skal sendes og hvortil og under hvilke konditioner, trufne beslutninger kan ankes.

Under hensigtsmæssighedskriteriet vurderes primært, om der "på papiret" er tilvejebragt den ønskede gennemskelighed. Som et element heri indgår også, om gennemskeligheden hviler på et accepteret grundlag.

Om der så rent faktisk er opnået den ønskede gennemskelighed, undersøges nærmere under effektivitetskriteriet.

##### *1. behandling af alle klager over tvang i de lokale patientklagenævn*

Det kan forholdsvis hurtigt konstateres, at i forhold til at undgå parallelforløb må lovrevisionen siges at være relevant, idet ændringen præciserer proceduren, hvilket betyder, at dobbeltbehandling af klagesager ikke forekommer. Hverken i Statsamternes årsberetninger eller i de kvalitative interview gives der indikationer for, at dobbeltforløb stadig forekommer, hvilket kan tages som udtryk for, at problematikken er imødegået.

Hvorvidt 1. behandlingen af alle klager i det lokale patientklagenævn er en relevant lovændring i forhold til at skabe gennemskelighed i klagesystemet (tilgængelighedsbegrebet), bakkes næsten entydigt op af personalet og patientrådgiverne.

I spørgeskemaundersøgelsen giver personalet på de psykiatriske afdelinger udtryk for at have tilstrækkeligt kendskab til patienternes



klagemuligheder i relation til tvangsindgreb, idet 86 % oplyser dette. 78 % af patientrådgiverne oplyser, at de har kendskab til patienternes klagemuligheder over tvangsanvendelse.

I forhold til at kanalisere klager over tvangsanvendelse til den rigtige instans viser undersøgelsen, at de væsentligste lovbrugere i forhold til dette spørgsmål har en høj grad af viden om retningslinjerne.

Denne viden understøttes desuden af interviewene i forbindelse med caseundersøgelserne. Problemstillingen bliver derimod mere kompleks, når gennemskueligheden undersøges, for så vidt angår øvrige klager.

#### *Bibeholdelse af delt klagesystem for andre klager*

Klagesystemets gennemskuelighed vedrører udover gennemskuelighed i håndtering af klager over tvang også gennemskuelighed i det samlede klagesystem. Som det fremgår af lovrevisionen, er der bibeholdt et delt klagesystem, idet klager over personalets faglige adfærd, som ikke er relateret til tvangsanvendelse, skal fremsendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, og klager over husordener og andre servicemæssige klager skal fremsendes til sygehusmyndighederne.

Enhver opdeling medfører potentielle gråzoneområder, hvor de enkelte systemer støder sammen. Dette viser sig også at være tilfældet i forhold til klagesystemets opdeling.

I såvel caseundersøgelserne som i spørgeskemaundersøgelsen er undersøgt, om der med lovrevisionen er skabt klarhed over, hvor de enkelte klager skal sendes hen. Det fremgår af effektivitetsanalysen, at lovændringerne har skabt klarhed over klagebehandling og ankemuligheder i relation til klager over tvangsanvendelse, og i mindre omfang at klagesystemet er tydeligt i forhold til visse gråzoner.

#### *Differentieret ankeadgang*

Samlingen af 1. behandling af klager over tvangsanvendelse ved de lokale patientklagenævn blev kombineret med en differentieret ankeadgang. De kendelser, der vedrører frihedsberøvelse og som træffes i de lokale patientklagenævn, kan af patienterne ankes til domstolene. Øvrige afgørelser kan ankes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Det grundlæggende spørgsmål relateret hertil er lægernes manglende mulighed for at anke afgørelser om frihedsberøvelse til domstolene.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 30 % af personalet vurderer, at ankemulighederne ikke svarer til behovet. 40 % angiver heroverfor, at de finder klagemulighederne passende. For overlægerne vedkommende er der dog en større gruppe, som angiver, at de ikke finder, at ankemulighederne svarer til behovet, nemlig 40 %.

For klagenævnsmedlemmer, patientrådgivere og beslutningstagere er der en klar opfattelse af, at ankemulighederne svarer til behovet.

Det vurderes, at det lægelige ønske om at kunne anke beslutninger truffet i de lokale patientklagenævn primært hænger sammen med en vurdering af, at de lokale patientklagenævn ikke har de rigtig forudsætninger for at kunne træffe afgørelser tæt relateret til en grundlæggende vurdering af sindssygdomskriteriet, men derudover er der også et generelt ønske om at kunne anke afgørelser, der omgør beslutninger truffet af den enkelte overlæge.

I de interview der er gennemført, rejses der således fra lægeligt hold flere gange tvivl om de lokale patientklagenævns kompetencer i forhold til at vurdere patienterne, da de mangler den psykiatriske indsigt. Der peges på risikoen for, at patienterne "snyder" medlemmer af patientklagenævnet og dermed for, at de lokale patientklagenævn træffer de, efter lægernes opfattelse, forkerte beslutninger. Dette kan have betydning for lægens handlemuligheder og for at udøve den behandling vedkommende finder rigtig.

På et fokusgruppeinterview med et patientklagenævn blev det vurderet, at såfremt lægerne havde ankeadgang, ville der være flere sager der blev omgjort ved domstolene, fordi lægerne generelt er utilfredse, når nævnet tilsidesætter deres beslutninger, og derfor vil de mobilisere flere ressourcer for at få underkendt nævnets afgørelser.

Med hensyn til det delte ankesystem peges der i caseundersøgelsen på det forhold, at man – afhængig af klagens karakter, enten anker en beslutning til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til domstolene. Det vurderes i interviewet, at dette indebærer en principiel risiko for dobbeltbehandling, idet en anke over tvangsbehandling kræver, at patienten opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse.

### *Konklusion*

Det er undersøgelsens konklusion, at samlingen af klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn adresserer det behov, der ved lovforarbejderne blev formuleret omkring at undgå parallelbehandling af klager.

Lovændringen adresserer også formålet om at skabe gennemskelighed i klagesystemet. Dog således, at det delte ankesystem forstået som lægernes manglende mulighed for at anke afgørelser, truffet i de lokale patientklagenævn ikke entydigt – set fra lægeligt hold – kan vurderes som hensigtsmæssigt.

Det vurderes også, at der fortsat er visse problemer omkring gennemskelighed, forstået således, at der er en vis utydelighed omkring grænserne for, og samspillet mellem de lokale patientklagenævn, sygehusmyndigheder og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Problemernes dybde undersøges nærmere under effektivitetskriteriet og nytte- og bæredygtighedskriteriet.

#### 4.2.2 Effektivitetskriteriet

Effektivitetskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang lovbestemmelsen er effektiv.

Det vil *for det første* sige om bestemmelserne overholdes. *For det andet* undersøges, om ændringen af klagesystemet rent faktisk har afstedkommet, at klagesystemet er gennemskueligt. Gennemskuelighed forstås, jf. ovenfor, i denne sammenhæng som et spørgsmål om, i hvilket omfang de enkelte lovbrugere kan se igennem systemet, herunder hvortil de enkelte klager skal sendes og hvortil og under hvilke konditioner, trufne beslutninger kan ankes.

*For det tredje* undersøges, hvilke virkninger det ændrede klagesystem i øvrigt vurderes at have for patienternes retssikkerhed. Det vil dels sige, om der træffes andre afgørelser i det nuværende system frem for, hvis klagen skulle behandles i retssystemet, dels hvilken betydning mødeform, sagsgang og tidsperspektivet har for retssikkerhed, herunder om der er tilstrækkelig adgang til klagesystemet.

Undersøgelsesområderne under dette kriterium er således:

- Overholdes loven?
- Virkninger i forhold til klagesystemets gennemskuelighed
- Virkninger i forhold til patienternes retssikkerhed.

##### 4.2.2.1 Overholdes loven?

Håndhævelsen af lovgivningen følger principielt af klagesystemets opbygning. Dvs. at håndhævelsen følger af, at der i forbindelse med lovændringen fulgte en konkret organisatorisk tilrettelæggelse af klagesystemet, der medfører, at klagerne faktisk kanaliseres til den rigtige instans.

##### 4.2.2.2 Virkninger i forhold til gennemskuelighed

I spørgeskemaundersøgelsen er de enkelte lovbrugere blevet spurgt om, i hvilket omfang de vurderer, at de har kendskab til patienternes klagemuligheder i relation til klager over tvangsansøgning.

Svarene fra personale, patientrådgivere og klagenævnsmedlemmer viser, at disse grupper altovervejende vurderer, at de i høj grad har kendskab til patienternes klagemuligheder i relation til tvangsforanstaltninger, jf. afsnittet vedrørende hensigtsmæssighed.

Data fra spørgeskemaundersøgelsen peger på, at patienternes kendskab til klagemuligheder i relation til tvang er begrænset, men varierende: 8 ud af 53 svarer, at de "i høj grad" har kendskab til klagesystemet, mens 14 svarer "slet ikke".

Dette billede suppleres med, at 90 % af patientrådgiverne og klagenævnsmedlemmerne, samt over 75 % af personalet vurderer, at patientrådgiveren har stor betydning som formidler af klagesystemet. Patientundersøgelsens resultater kan som nævnt ikke generaliseres, men der synes at være indikationer for, at mange patienter er af-

hængige af patientrådgiverens hjælp til at gennemskue deres klagemuligheder over tvang.

Afhængigheden af patientrådgiveren bekræftes ved, at 18 ud af 20 patienter oplyser, at de talte med deres patientrådgiver om muligheden for at klage, og nærvæd 11 ud af 17 tillægger det stor betydning, at patientrådgiveren har kunnet rådgive dem om muligheden for at klage.

I caseundersøgelserne anføres i forlængelse heraf, af såvel patientrådgivere som personale, at patienternes forståelse af klagesystemet ofte er begrænset. Det pointeres endvidere i disse interview, at det ofte er svært psykotiske patienter, som ikke forstår deres klagemuligheder. Dette understreges ved, at patientrådgiverne har spillet en rolle i alle konkrete analyserede sager i caseundersøgelsen, og blandt alle interessenter er der enighed om, at patientrådgivernes rolle er en forudsætning for, at ressourcetsvage patienter kan gennemskue klagesystemet.

50 % af personalet oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de i høj grad har kendskab til patienternes mulighed for at klage over øvrige forhold, mens 35 % mener, at de i nogen grad har kendskab hertil.

Blandt patientrådgiverne meddeler cirka 10 %, at de i høj grad har kendskab til klager over øvrige forhold, mens omkring 20 % svarer slet ikke. Dette forhold hænger formentlig sammen med patientrådgiverfunktionen som vejleder i forhold til *tvangsansvendelse* i psykiatriloven og ikke som vejleder i forhold til øvrige forhold.

Patienterne svarer meget spredt på spørgsmålet om kendskabet til klager over øvrige forhold, hvilket kan tages som en indikation på, at kendskabet afhænger af den enkelte patient og det forløb, denne har været igennem.

5 ud af 15 formænd for de lokale patientklagenævn oplyser, at de en gang imellem modtager klager over forhold, som skal behandles af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, mens 9 mener, at det sjældent finder sted. Dette tyder på, at der nogle steder kan være en vis usikkerhed forbundet med, hvor disse klager skal sendes hen, og hvor de skal behandles.

I caseundersøgelsen oplyser en patientrådgiver i den sammenhæng, at det kan være svært at forklare, at nogle klager skal behandles i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, og at andre skal behandles af sygehusmyndighederne.

Denne manglende oplevelse af gennemskuelighed i klagesystemet for så vidt angår klager, der ikke er relateret til tvangsansvendelse, kan desuden hænge sammen med, at der i praksis opleves sager, der befinder sig i en *gråzone*.

En patientrådgiver oplyser således, at hun er meget optaget af husordener, herunder især hvem man skal klage til og hvilken behandling klagen får. Hun anfører, at det kan være svært at forstå og forklare, at man både kan være frihedsberøvet – og samtidig at der er en række ting, man ikke må.

En anden patientrådgiver oplyser som eksempel herpå, at en patient var tilbageholdt og skærmet: "Patienten modarbejdede behandlingen og ville ikke forlade sit værelse. Personalet forbød ham at ryge og spise på sit værelse for at tvinge ham til at komme ud. De laver altså om på husordenen. Er det et overgreb?"

Ovenstående gennemgang viser, at lovændringen har betydet, at der er opnået gennemskuelighed i klagesystemet, dog primært i relation til behandling af klager over tvang. Der er en vis utydelighed omkring grænserne mellem de lokale patientklagenævn, sygehusmyndighederne og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn for så vidt angår behandlingen af andre klageområder. Det vurderes, at denne i et ikke ubetydeligt omfang hænger sammen med den faglige udvikling og herunder den øgede anvendelse af skærmning, jf. afsnittet om lovgivningens nytte og bæredygtighed i afsnit 4.2.3.

#### 4.2.2.3

Virksomheder i forhold til patientens retssikkerhed

I forhold til den retssikkerhedsmæssige betydning af at samle alle klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn fremgår det af bemærkningerne til lovforslaget, at muligheden for at lade de lokale patientklagenævn behandle klager om frihedsberøvelse, blev overvejet allerede i forbindelse med 1989-loven. Hensynet til netop patienternes retssikkerhed gjorde imidlertid, at det delte klagesystem blev valgt.

Virkningerne i forhold til patienternes retssikkerhed kan i denne sammenhæng dels vurderes i forhold til, om de lokale patientklagenævn træffer andre indholdsmæssige afgørelser end i forhold til hvis klagerne om frihedsberøvelse var blevet behandlet ved domstolene. Dels kan retssikkerhedskonsekvenserne vurderes i forhold til selve sagsgangen i de lokale patientklagenævn set i forhold til domstolene. Og endelig kan de retssikkerhedsmæssige konsekvenser vurderes i forhold til adgangen til systemet.

Generelt set viser spørgeskemaundersøgelsen, at 67 % af personalet mener, at patienternes retssikkerhed enten er styrket eller at det ingen betydning har haft at samle klagerne. 10 % af personalet vurderer, at det har betydet en forringelse af patienternes retssikkerhed.

77 % af patientrådgiverne vurderer, at patienternes retssikkerhed enten er styrket eller at det ikke har haft nogen betydning. Patienternes svar er spredt ud over alle kategorier, idet der er 23 ud af 52 der oplyser, at de ikke kan vurdere spørgsmålet. Endelig mener 85 % af klagenævnsmedlemmerne, at omlægningen er en styrkelse af patienternes retssikkerhed.

I dybdeundersøgelsens fokusgruppeinterview giver repræsentanterne fra de lokale patientklagenævn i forlængelse heraf udtryk for, at det, set fra deres side, er naturligt og rigtigt, at de lokale patientklagenævn er førsteinstans i alle sager. Det enstrengede system opleves som et godt system, der har forbedret retssikkerheden.

Fra patientforeningen SIND's side peges generelt på, at der vurderes at være større retssikkerhed forbundet med en behandling af klager ved domstolene. Dette synspunkt er ligeledes fremført af Dansk Psykiatrisk Selskabs hørings svar af 3/10 2003 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

#### *Indholdsmæssige konsekvenser*

Som indikator på om de lokale patientklagenævn træffer indholdsmæssigt andre afgørelser end domstolene, kan det undersøges hvor mange af de ankede afgørelser, der omgøres af domstolene.

Det fremgår af statistisk bilag, at de lokale patientklagenævn i 2003 behandlede 670 sager om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse. Heraf blev lidt mere end 100 sager anket til domstolene, svarende til ca. 15 %. Kun én af disse afgørelser er ophævet ved domstolene.

Der er således ikke noget der tyder på, at det forhold, at de lokale patientklagenævn behandler alle klager over frihedsberøvelse som 1. instans, har nogen betydning for de indholdsmæssige afgørelser.

#### *Ændret sagsgang og tidsperspektiv*

Spørgsmålet om den retssikkerhedsmæssige betydning ved sagsgangen i de lokale patientklagenævn relaterer sig til deltagerkredsen ved behandlingen af sagerne, mødeformen og tidsperspektivet.

I forhold til mødeform og deltagerkreds adskiller denne sig i de lokale patientklagenævn ved at klagen behandles i mødeform, hvor patienten, patientrådgiver og overlægen har mulighed for at formulere synspunkter og vurderinger direkte som led i behandlingen af klagen.

I caseundersøgelserne giver størsteparten af patienterne og patientrådgivere fra henholdsvis Herning Sygehus og Amager Hospital, der forholder sig til emnet, udtryk for, at patientklagenævnet er gode til at spørge patienterne ud om deres vurdering af sagen, og at dette har stor betydning for patienten.

Med hensyn til spørgsmålet om det har betydning for patienten, at de i forbindelse med møderne i de lokale patientklagenævn ikke har adgang til advokatbistand, er der meget få patienter der forholder sig til. Et nævnsmedlem fortæller dog om en sag, hvor patienten havde medtaget en advokat ved behandlingen af klagen. Advokaten indtog på mødet en forsvarers adfærd, hvilket betød, at advokaten på vegne af patienten, fremførte de synspunkter, vedkommende vurderede, der var behov for. Advokatens rolle betød, at patienten ikke selv kom til orde, og derfor var det vanskeligt at vurdere, om kriteriet "sinds-

syg eller i en tilstand, der ganske kan sidestilles hermed" var opfyldt, hvilket svækkede nævnets beslutningsgrundlag.

Med hensyn til tidsperspektivet for behandling af sagerne er den gennemsnitlige sagsbehandlingstid, jf. statsamternes beretning om de psykiatriske patientklagenævns 2003, svingende fra en gennemsnitlig sagsbehandlingstid fra 5,6 dag til 11,5 dag. Dette er en markant kortere sagsbehandlingstid end ved domstolene idet det fremgår af statsamternes årsberetninger fra 2003, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for behandling af ankesager var ca. 7,5 uge<sup>27</sup>.

I forhold til sagsgang og tidsperspektiv viser ovenstående gennemgang sammenfattende, at patienternes retssikkerhed kan anses for styrket. Retssikkerheden er primært blevet styrket ved, at patienten og patientrådgiveren har mulighed for at gøre rede for patientens synspunkter over for patientklagenævnet på selve nævnsmøderne. Dertil kommer, at retssikkerheden er styrket ved at sagsbehandlingstiden er relativt kort for nævnets behandling, sammenlignet med sagsbehandlingstiden hos domstolene.

Omvendt kan patienternes retssikkerhed være forringet i og med at de ikke repræsenteres ved en advokat. Advokatens tilstedeværelse betyder dog, at der er risiko for, at det ikke er muligt for patienten i samme omfang at formulere sine synspunkter, og hermed forringes den direkte mulighed for at vurdere patientens tilstand. Denne kan i så tilfælde alene baseres på skriftlige dokumenter.

#### *Adgangen til at fremsætte klager*

I forhold til spørgsmålet vedrørende tilstrækkelig adgang til at fremsætte klager skal der indledningsvist peges på, at klagefrekvenserne er meget forskellige fra amt til amt. Der er tale om små tal, hvorfra det ikke er muligt at drage sikre konklusioner. Udsvingene i klageantallet i de enkelte lokale patientklagenævns synes dog ikke at kunne forklares ud fra amternes forskellige størrelse.

Set i det perspektiv er det væsentligt at undersøge, hvorvidt der er grund til at tro, at der findes barrierer for patienternes adgang til klagesystemet, der kan variere mellem sygehusafdelinger. Herunder er det naturligvis en forudsætning for patientens adgang til klagesystemet, at denne bliver gjort opmærksom på sine muligheder for at klage (herunder at der gives en begrundelse for tvangsansøgningen) og for at få beskikket en patientrådgiver.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at flertallet blandt personalet er af den opfattelse, at klagesystemets indretning generelt set *ikke* er en barriere for patienternes klageadgang, idet 60 % mener, at systemet slet ikke eller kun i mindre grad er en barriere, mens 16,5 % svarer ved ikke.

Patient- og pårørendeorganisationerne har i den sammenhæng givet udtryk for, at angst for personalet kan medføre, at der i realiteten ind-

---

<sup>27</sup> Beregningen er baseret på gennemsnitlige behandlingstider fra indberetninger fra 8 ud af 15 (inkl. H:S) patientklagenævns, 2003.

gives for få klager. Baggrunden for denne holdning er det forhold, at foreningerne mener, at en klage fra en patient vil medføre, at alliancen mellem behandler og patient påvirkes. Det vil sige, at selv om adgangen til at klage i teorien er god, føler patienterne, at den i praksis er begrænset.

Dette synspunkt skal ses i relation til, at der fra behandlerside påpeges, at der ofte kommer grundløse klager, som virker negativt ind på patientens sygdomsforløb, jf. diskussionen om opsættende virkning i afsnit 4.4.

Spørgeskemaundersøgelsen understøtter i en vis udstrækning, at der kan opstå et problem i alliancen, idet ca. 20 % af personalet finder, at klagesystemet som sådan forringer alliancen. 40 % mener, at det ikke har betydning, mens 17 % mener, at alliancen styrkes. Dertil kommer, at 50 % blandt personalet mener at forholdet mellem patient og behandler mere eller mindre udgør en barriere for patientens klageadgang.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt patienterne er baseret på forholdsvis få besvarelser og skal derfor tages med de rette forbehold. Imidlertid viser det sig, at ud af 28 besvarelser på spørgsmålet, anførte 16, at de ikke var angst for personalets reaktion i forbindelse med en klage, mens 2 følte det i høj grad, 3 i nogen grad og 1 i mindre grad. Samme billede gør sig gældende, når spørgsmålet falder på angsten for, at en klage vil få betydning for behandlingen.

Fra patientrådgivere og fra statsamterne udtrykkes, at det er svært at vurdere, om adgangen til at fremsætte klager er optimal, men at det er det generelle indtryk, at der klages, når der – set fra patientens side – er grund til det. Patientrådgiverne oplyser, at der kan være tilfælde, hvor der ikke bliver klaget, når der er grund til det, ligesom der også forekommer tilfælde af åbenlyst grundløse klager. Hertil tilføjes det fra personalerepræsentanterne i caseundersøgelsen, at manglende lyst til at klage ganske enkelt kan hænge sammen med, at patienten desillusioneres gradvist, da de ved, at de sandsynligvis ikke vil vinde sagen.

Der peges også på patientrådgivernes forskellige opfattelser, og at forskellige indgangsvinkler til jobbet som patientrådgiver kan have betydning for, om en patient klager. Nogle patientrådgivere har således mange klager, andre har få. Det er fremført i interviewene, at patientrådgiverens opfattelse af tvangssituationen kan medføre, at denne "taler patienten fra" at klage eller opfordrer patienten til at tænke sig om i en dag eller to, for derefter at vende tilbage for at vurdere, om patienten fortsat ønsker at klage. På den anden side giver nogle patientrådgivere udtryk for, at de nogle gange fører såkaldte "pædagogiske klagesager". Dette skal forstås som klager, hvor patientrådgiveren faktisk mener, at de ingen berettigelse har, men hvor klagen alligevel effektueres for at skabe ro om patienten/sagen.



I undersøgelsen er der rejst et spørgsmål, der vedrører eventuelle vanskeligheder forbundet med støtte til formulering af og iværksættelsen af en klagesag, for så vidt angår grupperne: Udviklingshæmmede psykisk syge, patienter af anden etnisk oprindelse og ældre demente. Disse vanskeligheder kan eksempelvis være forbundet med kommunikationsvanskeligheder (tolkebehov) og med at disse patientgrupper har relativt vanskeligere ved at forstå og forholde sig til klagesystemet.

Caseundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen viser dog, at dette ikke opfattes som et problem. Det medgives fra personalets side, at det over for de nævnte grupper stiller større krav til den pædagogiske og tidsmæssige faktor, men at der generelt set er opmærksomhed på at skabe samme muligheder for disse svage grupper.

Gennemgangen viser, at lovgivningssystemet som sådan ikke opstiller barrierer for adgangen til at klage. Imidlertid synes der at være en række andre faktorer, der spiller en rolle i forhold til patienternes adgang til at klage og som i princippet er uregulerede og derfor kan forklare variationer i klagemønsteret på tværs af amtsgrænser. I det tidligere afsnit blev spørgsmålet vedrørende gennemskuelighed belyst, og det blev understreget, at patientrådgiverrollen var af stor betydning for patienternes forståelse af systemet. Ovenstående gennemgang viser, at der til dette faktum kan tilføjes, at også relationen mellem behandler og patient kan spille en rolle for klageadgangen, forstået på den måde, at klagerens motivation for at klage afhænger af de procedurer og holdninger, afdelingen er udstyret med.

Sammenfattende kan det herefter konkluderes, at klagesystemet ikke i sig selv lægger hindringer i vejen for fremsættelse af klager over tvangsansendelse. I varieret omfang kan der forekomme hindringer for fremsættelse af klager, der er afhængig af patientens egen forventninger/opfattelser, relationen mellem personalet og den enkelte patient og relationen mellem den enkelte patient og dennes patientrådgiver.

#### *Konklusion*

Det er undersøgelsens konklusion, at behandlingen af klager over tvangsansendelse i de lokale patientklagenævn har betydet, at patienternes retssikkerhed er forbedret.

Konklusionen baserer sig *for det første* på, at der ikke er noget der tyder på, at nævnene træffer indholdsmæssigt andre afgørelser end domstolene.

*For det andet* giver mødeformen i de lokale patientklagenævn patienterne og patientrådgiver mulighed for at formulere synspunkter direkte over for patientklagenævnet.

*For det tredje* er der tale om en kortere sagsbehandlingstid i nævnet end ved domstolene.

For det fjerde lægger klagesystemet ikke hindringer i vejen for at fremsætte klager. En væsentlig pointe i undersøgelsen er dog, at det synes at være af betydning for, om klagen fremsættes, hvordan:

- patienten selv opfatter situationen
- retningslinjerne på afdelingen er
- relationen mellem personalet og den enkelte patient er, og
- relationen mellem den enkelte patient og dennes patientrådgiver er.

Endelig giver undersøgelsen ikke et entydigt svar på, i hvilket omfang det påvirker patientens retssikkerhed, om patienten er repræsenteret af en advokat ved møderne i de lokale patientklagenævn. Dog tilkendegives det fra enkelte, at det ikke er en fordel, idet det vurderes som væsentligt, at det er patienten selv der så vidt muligt fører ordet, bl.a. med henblik på at nævnet opnår de bedste forudsætninger for at vurdere sindssygdomskriteriet.

#### 4.2.3 *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette perspektiv indgår overvejelserne om, i hvilket omfang de gennemførte ændringer på længere sigt er bæredygtige i forhold til de problemstillinger, der enten ikke er håndteret i lovrevisjonen eller i forhold til den faglige udvikling, der har været siden lovrevisjonen.

I det forudgående er det blevet afdækket, at der er en vis utydelighed omkring afgrænsning mellem klager, der skal fremsendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og klager, der skal sendes til sygehusmyndighederne.

Denne utydelighed skyldes primært to forhold: For det første arbejdes der i langt højere grad systematisk med "skærmning" som en del af den psykiatriske behandling. For det andet er det desuden relevant at undersøge, hvilken betydning det øgede fokus på husordener og andre regulativer har for klagesystemets indretning.

For begge perspektivers vedkommende er formålet i dette afsnit at undersøge, om denne udvikling og dette fokus på "nye begreber" sætter den nuværende indretning af klagesystemet under pres. Omdrejningsspørgsmålet for det følgende vil derfor være følgende to spørgsmål:

- Hvad betyder den øgede anvendelse af skærmning som behandlingstiltag for den enkelte patients retssikkerhed, herunder i relation til psykiatrilovens bestemmelser?
- Hvad betyder den øgede bevidsthed om de begrænsninger, husordener og andre regler medfører for den enkelte patient, herunder i relation til psykiatrilovens bestemmelser?

Det første spørgsmål vedrører det forhold, at det anses som værende nødvendigt at relatere den øgede anvendelse af skærmning til psyki-

atrilovens definition af en tvangsanvendelse (foranstaltning). Synspunktet er, at givet dele af skærmningsforanstaltningerne kan sidestilles med tvang, bør disse være inkluderet i psykiatriloven, idet der således kan gælde samme regelsæt for anvendelsen af disse foranstaltninger med henblik på at sikre patientens retssikkerhed.

Samme problematik gør sig gældende i forhold til husordener, hvor det ligeledes bør undersøges, hvorvidt disse foranstaltninger kan sidestilles med tvang.

#### 4.2.3.1 Hvad betyder den øgende anvendelse af skærmning som behandlingstiltag for den enkelte patients retssikkerhed, herunder i relation til psykiatrilovens bestemmelser?

Der er ikke nogen officiel definition på begrebet skærmning. Men der er i forskellige sammenhænge arbejdet med begrebet, og herunder er der udviklet en definition heraf<sup>28</sup>. Udgangspunktet for udviklingen af en fælles definition er ønsket om at imødekomme det forhold, at såvel mellem amterne som internt i amterne, er store forskelle på, hvordan skærmning defineres, styres og anvendes i praksis. I ARF-rapporten fra 2002 defineres skærmning på følgende måde:

*"Skærmning af patienter, der indlægges på psykiatriske afdelinger, betyder, at patienten gennem fysisk afskærmning og/eller gennem personalets observation af og samvær med patienten i varierende udstrækning skærmes fra omgivelserne på baggrund af en grundig vurdering af sygdom og behov."*

Der lægges således vægt på, at skærmning både kan omfatte fysiske og/eller relationelle foranstaltninger, idet det – i behandlingsøjemed – skønnes formålstjenligt at regulere mængden og intensiteten af stimuli.

I blandt andet Amtsrådsforeningens rapport tales om tre skærmningsniveauer:

- **Lavt skærmningsniveau:** Patienten følges på afstand. Den relationelle skærmning kan sidestilles med almindelig kontaktpersonaftale. (Dette niveau skønnes vanskeligt at skelne fra de almindelige vilkår for en indlagt på en ikke-skærmet afdeling)
- **Moderat skærmningsniveau:** Der er typisk observation på afstand, og der foregår en begrænsning af antallet af kontakter med andre.
- **Højt skærmningsniveau:** Inkluderer fast vagt og afgrænsede fysiske rammer, fx låst dør.

---

<sup>28</sup> Amtsrådsforeningen: "Skærmning – en metode i den psykiatriske behandling og pleje" (2002), Projekt skærmning i Region Nord" (2003) forfattet af en arbejdsgruppe under Ringkøbing Amt, Viborg Amt, Nordjyllands Amt og Århus Amt.

Den generelle usikkerhed omkring skærmning og hvordan dette skal forstås i forhold til psykiatrilovens bestemmelser, afspejler sig bl.a. i spørgeskemaundersøgelsen.

Personale og patientrådgivere svarer således ikke helt entydigt på, hvor man sender klager over skærmning hen. Det kan skyldes, at man vurderer, at der er tale om en klage over tvangstilbageholdelse i forbindelse med skærmning, eller der kan være tale om klage over en mindre indgribende form for skærmning.

Uklarheden over hvordan samspelet i de enkelte situationer er mellem skærmningstiltag og patienternes mulighed for klage, herunder for tildeling af patientrådgiver, viser sig også i caseundersøgelsen.

En formand for et lokalt patientklagenævn fremfører således, at tvangsmæssig skærmning bestående af isolering eller væsentlig indskrænkning af patientens bevægelsesfrihed i afdelingen, bør være reguleret i psykiatriloven.

I sammenhæng hermed udtrykker et patientklagenævnsmedlem, at der er behov for større klarhed over kriterier for anvendelse af skærmning. Dette begrundes med, at skærmning benyttes som adfældsregulerende, hvilket gør det utydeligt, om der er tale om tvangsanvendelse, herunder også om der sker en tilstrækkelig registrering af tvangsanvendelsen.

Et andet medlem udtrykker, at det er uklart, i hvilket omfang skærmning opfattes som tvang i psykiatrilovens forstand, herunder i hvilket omfang patienten oplyses om klageadgang og ret til beskikelse af patientrådgiver. Det gælder fx fiksering uden bælte og med fast vagt på stuen.

I samme forbindelse er også peget på, at der kan være problemer i relation til spørgsmålet om, hvad tvangstilbageholdelse egentlig dækker over. Er dette det samme som at give adgang til skærmning på højeste niveau, jf. Amdsrådsforeningens definition af de tre niveauer for skærmning?

I spørgeskemaundersøgelsen er undersøgt, i hvilket omfang man ønsker de lokale patientklagenævns kompetencer udvidet, således at disse også behandler klager over indgribende former og mindre indgribende former for skærmning.

I forhold til de indgribende former for skærmning er det den overvejende holdning blandt klagenævnsmedlemmer og patientrådgivere, at de lokale patientklagenævn skal eller "måske" skal gives kompetence til at behandle sådanne klager. Personalet og beslutningstagerne er mere uafklarede, idet der for begge grupper er ca. 30 % der svarer, at de lokale patientklagenævn ikke skal tildeles kompetence til at behandle klager over indgribende former for skærmning.

Dette billede antyder, at der blandt personalet er en opfattelse af, at visse former for skærmning har karakter af tvang og derfor bør omfattes af klageadgangen, og dermed være en del af patienternes lovsikrede ret til at klage.

I forhold til mindre indgribende former for skærmning er den overvejende tendens, at de lokale patientklagenævn ikke skal tildeles kompetence hertil. Dog er der 27 % af patientrådgiverne som anfører, at de mener at dette skal være tilfældet, og ca. 37 % angiver, at det måske skal være tilfældet.

På samme vis oplyser særligt brugerrepræsentanterne i de lokale patientklagenævn, at de mener, at de lokale patientklagenævn også skal tildeles kompetence til at behandle mindre indgribende former for skærmning.

Sammenfattende kan på baggrund af ovenstående konkluderes, at der er behov for en lovgivningsmæssig præcisering af, og under hvilke konditioner skærmningstiltag kan ligestilles med øvrig tvangsansvendelse. Denne præcisering vil skulle danne rammen for en præcisering af klageadgangen og af mulighed for tilbud om patientrådgiver.

Heraf følger, at der på baggrund af den lovgivningsmæssige præcisering af skærmningstiltag, skal stilles krav om registrering og udarbejdelse samt indberetning af tvangsprotokoller for tiltagene.

#### 4.2.3.2 Betydningen af den øgede bevidsthed om husordener

Spørgsmålet er hvilken betydning den øgede bevidsthed om de begrænsninger, husordener og andre regler har for den enkelte patients retssikkerhed, herunder i relation til psykiatrilovens bestemmelser.

Det har i forhold til gældende husordener på de enkelte psykiatriske afdelinger ligeledes været diskuteret, om der i den forbindelse eksisterer foranstaltninger, der kan sidestilles med tvang.

I spørgeskemaundersøgelsen er personalet blevet spurgt, i hvor høj grad de vurderer, at det nuværende klagesystem skal tildeles kompetence til at behandle klager over husordener. Et stort flertal på 81 % mener ikke, at dette skal være tilfældet, mens 10 % svarer ved ikke. Blandt medlemmerne af patientklagenævnene er billedet en smule anderledes, idet en større procentdel på 45 mener, at klager over husordener enten skal eller måske skal være en del af klagesystemet, dog med en overvægt i forhold til "måske".

Patientklagenævnsmemberne argumenterer i caseundersøgelsen med, at de i forbindelse med klagebehandlingen over tvangsforanstaltninger lytter sig til, at der i patienternes redegørelser også indgår en utilfredshed med konkrete regelsæt, der er gældende som husorden på den enkelte afdeling.

Flyttes fokus til holdningerne i forhold til dette spørgsmål hos dels patientrådgiverne og dels patienterne, synes der at være en markant indikation for, at disse lovbrugere har en anden opfattelse til spørgsmålet. Blandt patientrådgivere er det således ca. 52 % der svarer, at klager over husordener skal eller måske skal være en del af klagesystemet, mens det ikke er muligt ud fra spørgeskemaundersøgelsen blandt patienterne at få et entydigt billede af dette. I caseundersøgelsen argumenterer en patientrådgiver med, at der på baggrund af de nuværende regler, gives mulighed for, at de ansatte kan "bøje" husordenreglerne efter, hvad man finder mest hensigtsmæssigt i forhold til den enkelte patient, hvilket medfører, at der er behov for større præcisering af de rammer, der er gældende for husordener. Et andet patientrådgiverforum, der indgik i caseundersøgelsen, fremfører, at patienternes tillid til afgørelser truffet af sygehusmyndigheden over husordener (oplevelsen af tvang i forbindelse hermed) er lille, idet en klage til sygehuset er forbundet med "indspisshed" mellem den ansvarlige overlæge på afdelingen og sygehusledelsen.

I et fokusgruppeinterview med repræsentanter for patientforeningerne, fremføres følgende:

"Problemet med husordener er, at de er forskellige fra vagtskifte til vagtskifte. Når der ikke er ens standarder for, hvad der er tilladt, og noget, der for en time siden var ok, pludselig bliver forbudt, er der tale om tvang!

Der burde på alle afdelinger være et offentligt tilgængeligt sæt regler for god orden, samt en specifikation af, hvilke konsekvenser overtrædelse har. Hvis der på baggrund af brud på husordenen iværksættes adfærdsregulerende foranstaltninger som konsekvens, skal der oprettes tvangsprotokol".

Generelt set påpeger patientforeningerne, at personalet ikke i tilstrækkelig grad er klædt på til at kommunikere med patienterne, og at megen tvang kunne undgås, hvis de blev tacklet rigtig. Gruppen af repræsentanter for patientforeningerne underbygger dette med synspunktet om, at personalet skal være bedre til at prøve at forstå patienternes subjektive verdener og grunde, og i mindre grad være opmærksom på at håndhæve bestemte direktiver.

Generelt set peges der blandt patientklagenævnene på, at det ikke bør være klagenævnens opgave at gennemgå, godkende eller påse overholdelsen af husordener. Det ville i så fald være en væsentlig anden opgave, end klagenævnene har i øjeblikket.

Ovenstående viser, at der tilsyneladende eksisterer en relevant forskel på opfattelsen af husordeners relation til klagemuligheder og patientrettigheder. Generelle husordener, der søger at regulere dagligdagen på en afdeling ved hjælp af nogle overordnede regler er bredt accepteret. Derimod synes der at være behov for en særlig opmærksomhed i de tilfælde, hvor husordenen får en konkret, indi-

viduel betydning for den enkelte patient, og hvor der eventuelt kan indgå en fortolkning af de generelle regler i forhold til den enkelte patients adfærd.

*Igangværende undersøgelse af skjult tvang ( "ikke lovreguleret tvang" )*

Det skal i relation til nærværende diskussion vedrørende husordener oplyses, at der sideløbende med psykiatrilovsundersøgelsen pågår en særskilt undersøgelse vedrørende ikke lovreguleret tvang, som evalueres og bringes i sammenhæng med nærværende undersøgelse i forbindelse med det lovforberedende arbejde i folketingsåret 2005-2006<sup>29</sup>.

*Konklusion*

På baggrund af ovenstående gennemgang af forholdene vedrørende skærmningsproblematikken og husordener kan følgende konkluderes:

*For det første* konkluderes, at der er behov for en lovgivningsmæssig præcisering af og under hvilke konditioner skærmningstiltag kan ligestilles med øvrig tvangsansvendelse. Denne præcisering vil skulle danne rammen for en præcisering af klageadgangen og af mulighed for tilbud om patientrådgiver.

*Heraf følger*, at der på baggrund af den lovgivningsmæssige præcisering af skærmningstiltag, skal stilles krav om registrering og udarbejdelse samt indberetning af tvangsprotokoller for tiltagene.

*For det andet* synes der generelt set at være en øget opmærksomhed om begrebet husordener, om end opfattelsen af, hvorvidt husordener kan være udtryk for tvang, svinger i forhold til, hvilken lovbruger der spørges.

Generelt set må det konkluderes, at der ikke er behov for at klager over husordener skal kunne indbringes for det lokale patientklagenævn. Der er derimod behov for, at der arbejdes hen imod en nærmere definition af begrebet, og herunder at der tages stilling til, om der skal udfærdiges et sæt vejledende retningslinjer for husordener på de psykiatriske afdelinger, og herunder vejledende eksempler på, hvornår husordener kan tangere situationer, der kan forveksles med tvang. I særlig grad bør der være opmærksomhed på de situationer, hvor en generel husorden fortolkes i forhold til konkrete patienter i konkrete situationer med en efterfølgende større sandsynlighed for, at patienten opfatter dette som tvang.

*Endelig* kan det i denne forbindelse overvejes, hvorvidt der skal istandsættes et overordnet tilsynsorgan, der fører tilsyn med husordener og i sammenhæng med de ovenfor nævnte retningslinjer har til opgave i samarbejde med sygehusene at tilrettelægge husordener på den mest hensigtsmæssige måde ud fra lokale forhold.

### 4.3 Delkonklusion i forhold til klagesystemets indretning

Det er undersøgelsens konklusion, at samlingen af klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn adresserer det behov, der ved lovforarbejderne blev formuleret i forhold til at undgå parallelbehandling af klager.

Lovændringen adresserer også formålet om at skabe gennemsækelighed i klagesystemet. Dog således, at det delte ankesystem forstået som lægernes manglende mulighed for at anke afgørelser truffet i de lokale patientklagenævn ikke entydigt – set fra lægeligt hold – kan vurderes som hensigtsmæssigt.

Der er fortsat visse problemer omkring gennemsækelighed, forstået således, at der er en vis utydelighed omkring grænserne for, og samspillet mellem de lokale patientklagenævn, sygehusmyndigheder og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Samlingen af 1. behandlingen af klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn har betydet, at patienternes retssikkerhed er forbedret, idet:

- der ikke er noget der tyder på, at nævnene træffer indholds-mæssigt andre afgørelser end domstolene
- mødeformen i de lokale patientklagenævn giver patient og patientrådgiver mulighed for at formulere synspunkter direkte over for patientklagenævnet
- der er tale om en kortere sagsbehandlingstid i nævnet end ved domstolene
- klagesystemet ikke lægger hindringer i vejen for at fremsætte klager.

I den anden retning kan trække det forhold at patienterne ikke ved behandlingen af klager, er repræsenteret ved advokat.

Klagesystemet lægger som system ikke hindringer i vejen for patienterne til at fremsætte klager over tvangsanvendelse. De forhold, der vurderes af betydning for klagefrekvensen, er, hvordan patienten selv opfatter situationen, relationen mellem personalet og den enkelte patient, og relationen mellem den enkelte patient og dennes patientrådgiver.

I det langsigtede perspektiv er det undersøgelsens konklusion, at der er behov for en lovgivningsmæssig præcisering af, og under hvilke konditioner skærmningstiltag kan ligestilles med øvrig tvangsanvendelse. *Heraf følger*, at der på baggrund af den lovgivningsmæssige præcisering af skærmningstiltag, skal stilles krav om registrering og udarbejdelse samt indberetning af tvangsprotokoller for tiltagene.

Og endelig kan konstateres, at der generelt set er øget opmærksomhed om begrebet husordener. Der vurderes ikke at være behov for, at klager over husordener skal kunne indbringes for det lokale patientklagenævn. Der er derimod behov for, at der arbejdes hen imod en nærmere definition af begrebet og herunder, at der tages stilling



til om der skal udfærdiges et sæt vejledende retningslinjer for husordener, samt om der skal være et overordnet tilsyn med husordener.

#### **4.4 Balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsbehandling**

Med henblik på at undgå, at patienter lades ubehandlede i længere tid, herunder med risiko for at sygdommen forværres eller at der opstår urolig adfærd, indførtes en bestemmelse om at klager over tvangsbehandling skulle behandles i de lokale patientklagenævn *inden 7 hverdage* efter klagens modtagelse.

Hertil kom, at kriterierne for, hvornår en klage *ikke* tillægges opsættende virkning, blev udvidet. Kriterierne for, hvornår en klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, kan således bestå af det hidtidige kriterium: Ikke at udsætte patientens liv eller helbred for fare *samt herudover* et nyt kriterium, nemlig *afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.*

Disse lovændringer analyseres i det følgende ud fra hensigtsmæssighedskriteriet, effektivitetskriteriet og et nytte- og bæredygtighedskriterium.

Indledningsvis skal det understreges, at iværksættelse af tvangsbehandling og det tidsperspektiv, der kan være inden denne effektueres, ikke alene omhandler sagsbehandlingstiden i de lokale patientklagenævn.

Et forløb indledes således med, at der lægeligt tages stilling til en given patients behandling, herunder medicineringsbehovet. Såfremt patienten er enig i dette behov, kan forløbet fortsætte som planlagt. Er patienten ikke enig i behandlingen og herunder i medicineringsbehovet, og ønsker denne ikke at indgå i behandlingen, skal personalet søge at motivere patienten hertil. Denne motiveringsfase har typisk et forløb på mellem 1-4 uger. Lykkes det ikke at motivere patienten, træffes beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes tvangsbehandling. Ønsker patienten at klage over tvangsbehandlingen, fremsendes klage til det lokale patientklagenævn. Senest 7 dage efter at klagen er modtaget, skal klagen behandles i nævnet.

Dette tidsforløb betyder, at de patienter som ikke frivilligt indgår i behandlingen, og som vurderes at være så behandlingskrævende at der er behov for en tvangsmæssig iværksættelse, i realiteten vil være ubehandlede i længere tid end de 7 dage, som er de lokale patientklagenævns frist for behandling af klagen.

#### 4.4.1 Hensigtsmæssighedskriteriet

I det følgende undersøges lovgivningens hensigtsmæssighed/relevans i forhold til:

- Lovgivningen vedrørende frist for behandling af klager over tvangsbehandling
- Udvidelse af kriterierne for opsættende virkning.

Undersøgelsen vil omhandle en vurdering af, om bestemmelserne adresserer de beskrevne problemstillinger om at undgå unødigt lidelse, samtidig med at patienternes retssikkerhed ikke forringes.

I forhold til lovgivningen vedrørende frist for behandling af klager over tvangsbehandling undersøges det således, i hvor høj grad de lovgivningsmæssige ændringer er en relevant intervention i forhold til at sikre en hensigtsmæssig balance mellem hensynet til patientens retssikkerhed på den ene side, og hensynet til at patienten undgår unødigt lidelse på den anden. Samme perspektiv gør sig gældende i forhold til udvidelsen af kriterierne for, hvornår klage over iværksættelse af tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning.

##### 4.4.1.1 Indholdsmæssig sammenhæng mellem de beskrevne problemstillinger og lovrevisionen

Indledningsvis tages der i forhold til denne vurdering, udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsen. Med hensyn til 7-dages fristen vurderer lidt mere end halvdelen af personalet, at den er passende, mens knap en tredjedel finder den for lang. Blandt patientrådgivere (80 %) og patientklagenævnsmedlemmer (85 %) er der en entydig tendens til at vurdere, at 7-dages fristen er passende.

På spørgsmålet om, hvorvidt der i de nuværende bestemmelser om opsættende virkning er en tilfredsstillende afvejning af hensynet til patienternes retssikkerhed og til hensynet om at undgå unødvendig lidelse, svarer 30 % af personalet bekræftende, mens over halvdelen svarer, at reglerne er uforenelige med forpligtelsen om at unødvendig lidelse undgås.

Dette viser, at en majoritet blandt personalet finder, at reglerne om opsættende virkning er uhensigtsmæssige, fordi de er i konflikt med deres forståelse af, hvordan man som fagperson bør reagere over for patienter, der lider. Synspunktet fremføres ofte i den forbindelse som en grundlæggende etisk forpligtelse til at reagere på, at patienten åbenlyst er lidende.

Som det fremgår af det indledende afsnit, har reglerne omkring opsættende virkning af klager over tvangsbehandling et tidsmæssigt langt længere tidsperspektiv end fristen for behandling af klagen ved de lokale patientklagenævn – personalets etiske dilemma må antages at påvirkes heraf.

Det skal understreges, at der er en grundlæggende opbakning til, at klager over tvangsbehandling skal tillægges opsættende virkning. Opbakningen kan registreres blandt alle lovbrugere blandt andet formuleret i en række forskellige interview.

I en af caseundersøgelserne vurderer en overlæge således, at den opsættende virkning som retsprincip er fint og skal vedblive at være en del af loven. Det er imidlertid meget individuelt, om det er rimeligt at omgå det. I loven hedder det, at patienter, der er til fare for sig selv eller andre, kan medicineres uden opsættende virkning. Når en patient lider meget, vil det altid være et lægeligt skøn, om der er suicidalrisiko, hvorved den konkrete beslutning om tvangsbehandling ikke tillægges opsættende virkning.

På en anden afdeling oplyses, at der iværksættes meget få tvangsbehandlinger. Patienterne er for de flestes vedkommende nyhenviste, og der opleves ikke stor frustration i forhold til reglerne om opsættende virkning, idet der er en motivationsfase på 1-2 uger.

I forhold til spørgsmålet om lovbestemmelsen er formuleret tilstrækkeligt præcist, giver personalet udtryk for, at reglerne vedrørende omgåelse af den opsættende virkning er lette at fortolke, idet hhv. ca. 20 % og ca. 50 % svarer, at reglerne i høj eller i nogen grad er klare og lette at fortolke.

#### *Konklusion*

Sammenfattende kan det således anføres, at der generelt er opbakning til, at de lokale patientklagenævn skal behandle klager over tvangsbehandling, inden 7 dage efter at klagen er modtaget.

Der er dog stadig problemstillinger i relation til reglerne om opsættende virkning. Der er generel opbakning til, at klager over tvangsbehandling skal tillægges opsættende virkning, men det samlede tidsforløb i forhold til iværksættelse af tvangsbehandling medfører, at mange patienter er ubehandlede i længere tid. Dette kan medføre et etisk dilemma for personalet på de psykiatriske afdelinger.

#### *4.4.2 Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører en analyse af, om lovbestemmelsen er effektiv. Dette betyder for det første, at det bliver anskueliggjort, om loven overholdes.

For det andet undersøges, hvilke virkninger lovændringen har haft i forhold til patienternes retssikkerhed og for det tredje undersøges, hvilke virkninger lovbestemmelsen har i forhold til patientbehandling.

Undersøgelsesspørgsmålet er på den baggrund:

- Overholdes loven?
- Hvilke virkninger har loven i relation til patienternes retssikkerhed?

- Hvilke virkninger er der i forhold til patientbehandlingen?

#### 4.4.2.1

##### Overholdes loven

Som indikator på om loven overholdes, anvendes data fra statsamtens årsrapporter.

Det fremgår ikke af årsrapporterne, at der skulle være vanskeligheder med at overholde 7-dages fristen.

Statistikkerne fra patientklagenævnets årsberetninger viser, at omkring 80 % af klagerne over tvangsbehandling tillægges opsættende virkning. I psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 blev der på spørgsmålet om hyppigheden af tilfælde, hvor klager over tvangsbehandling ikke medfører opsættende virkning, i 16 % af besvarelserne svaret "ofte", 75 % svarer "sjældent" og 9 % "aldrig". Disse tal kan naturligvis ikke uden videre oversættes, men de synes at antyde, at langt størstedelen af alle klager over tvangsmedicinering dengang som nu tillægges opsættende virkning.

Der er ikke kendskab til afgørelser, hvor afdelingernes beslutning om ikke at tillægge en beslutning om tvangsbehandlingens opsættende virkning er omgjort ved de lokale patientklagenævn.

Sammenfattende kan det således konkluderes, at lovbestemmelserne overholdes.

#### 4.4.2.2

##### Virkninger i forhold til patientens retssikkerhed

I forhold til spørgsmålet om 7-dages fristen i sig selv har betydning for patienternes retssikkerhed i form af, at en klage ikke kan behandles med tilstrækkelig grundighed, er det i dybdeundersøgelsens fokusgruppe med deltagelse af medlemmer af patientklagenævnet på landsplan, fremført, at det ikke vurderes at medføre en svækket sagsforberedelse. En repræsentant fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn giver dog udtryk for bekymring for, om alle sager er tilstrækkeligt belyst, når fristen er så kort som 7 dage, og når sagen afgøres på ½ time.

Det må dog konkluderes, at der ikke er data, der giver anledning til at rejse tvivl om, hvorvidt fristen har betydning for grundigheden i behandlingen af klagen.

#### 4.4.2.3

##### Virkninger i forhold til patientbehandling

Virkningsbegrebet forstås i denne sammenhæng som virkninger i relation til såvel kontinuiteten i behandlingen og i forhold til den egentlige behandlingsmæssige kvalitet.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer 72 % af personalet at bestemmelsen om opsættende virkning i høj grad eller i nogen grad har som konsekvens, at der er dårligere kontinuitet i behandlingen. 73 % af personalet vurderer, at bestemmelsen betyder, at den behandlingsmæssige kvalitet i høj grad eller i nogen grad forringes.

Sammenholdt med at der generelt er opbakning til, at en klage over tvangsbehandling skal have opsættende virkning, og at der i det samlede forløb vedrørende tvangsbehandling også indgår en motivationsfase, hvor patienten er ubehandlet, tyder dette på, at selv om der er en stor del af personalet, der tillægger reglerne om opsættende virkning konsekvenser i forhold til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, så er der også en klar opmærksomhed på patienternes retssikkerhed og på det dilemma, der er forbundet hermed.

I caseundersøgelserne har dilemmaet særligt vist sig i forhold til den gruppe af patienter, der er kendte i systemet gennem mange år og som har mange indlæggelser bag sig (svingdørspatienter). Specielt fremføres det, at regelsættet i forhold til disse patienter forekommer ude af balance i forholdet mellem hensynet til patientens retssikkerhed og patientens lidelser. Problemet er, at man i forhold til disse patienter som er kendte, ofte ved, at patienterne har gavn af en bestemt medicinsk behandling, men at personalet nogle gange er ude for, at patienten forstår at trække motivationsfasen i langdrag ved at trække deres samtykke tilbage/spørge efter nye medicintyper. På den måde kan nogle patienter gå umedicinerede i måneder, med efterfølgende opsættende virkning.

Med hensyn til bestemmelsen om opsættende virkning for svingdørspatienter blev det i et interview med et patientklagenævn således nævnt, at det kunne være en mulighed at arbejde med en kortere eller en mere nuanceret varighed af motivationsfasen. Men opsættende virkning af klager over tvangsbehandling burde stadig være udgangspunktet – også for denne gruppe af patienter.

I andre interview i caseundersøgelsen gøres der opmærksom på at patienter, der er kendte og som reagerer positivt på medicinsk behandling, bør kunne sættes i behandling på trods af, at patienten modsætter sig dette, selv om det ikke samtidig ikke kan godtgøres, at patienten er til fare for sig selv eller andre, men hvor personalet observerer at patienten efter personalets opfattelse, lider.

Der henvises i øvrigt til, at samme problemstilling behandles i afsnittet vedrørende nytte- og bæredygtighedskriteriet.

#### *Konklusion*

En stor del af personalet peger på, at reglerne om opsættende virkning *kan* have en negativ indflydelse på behandlingskvaliteten og kontinuiteten i behandlingen.

På den anden side er der en grundlæggende anerkendelse bag princippet om opsættende virkning, idet personalet er opmærksom på princippet som en del af regelsættet vedrørende sikring af patienternes retssikkerhed. I den forstand findes det grundlæggende accepteret, at "prisen" for imødekommelsen af patientens retssikkerhed kan være, at den opsættende virkning for nogle patienter kan medføre uhensigtsmæssigheder i forhold til kontinuiteten i behandlingen og dermed for behandlingskvaliteten.

Det påpeges dog, at der for de såkaldte "svingdørspatienter" eksisterer en ubalance, idet hensynet til patientens retssikkerhed ikke er begrundet tilstrækkeligt, set i forhold til det kendskab personalet har til patienten og til de lidelser, den opsættende virkning givet vil få for patienten, og tillige set i lyset af de afgørelser, der forventeligt vil komme fra patientklagenævnet.

#### 4.4.3 *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette perspektiv indgår overvejelserne om, i hvilket omfang de gennemførte ændringer på længere sigt er bæredygtige i forhold til de problemstillinger, der blev beskrevet ved lovrevisionen, og i hvilket omfang den faglige og samfundsmæssige udvikling betyder, at problemstillingens karakter og indhold er ændret.

I forhold til om der kan forventes andre virkninger som følge af, at der på sigt bliver en større grad af lovoverholdelse, skal det indledningsvis anføres, at i og med loven overholdes, og i og med der ikke er identificeret forhold, som skulle betinge, at dette ændrer sig, vil der ikke være andre virkninger på længere sigt end de virkninger, der er redegjort for i forrige afsnit.

I forhold til spørgsmålet om den langsigtede balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i relation til iværksættelse af tvangsbehandling, vil undersøgelsen fokusere på dels motivationsfasen og dels på kriterierne for, hvornår en klage *ikke* skal tillægges opsættende virkning.

Undersøgelsesspørgsmålene bliver således:

- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at forståelsen og gennemførelsen af motivationsfasen, er sat under pres?
- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at kriterierne for, hvornår en klage *ikke* skal tillægges opsættende virkning, er sat under pres?

##### 4.4.3.1 Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling at forståelsen og gennemførelsen af motivationsfasen er sat under pres?

De lokale patientklagenævne accepterer ofte en motivationsfase på 1-2 uger. Det samme er tilfældet ved Sundhedsvæsenets patientklagenævn.

I caseundersøgelsen giver flere af de interviewede personalerepræsentanter udtryk for, at motivationstiden op til en eventuel tvangsmedicinering forekommer for lang, fordi patienternes holdning ikke ændres, og dermed udsættes disse patienter for unødigt pine.

Personalet peger i den forbindelse på, at der bør anvises mulighed for at iværksætte behandlingen for "kendte" patienter på trods af regelsættet om opsættende virkning og motivationstid. Dette suppleres med et synspunkt der fremkom i et interview med medlemmer fra et lokalt patientklagenævn, hvor det blev fremført, at det for "svingdørspatienter" kunne være en mulighed at arbejde med en kortere eller en mere nuanceret varighed af motivationsfasen.

Det skal dog understreges, at ovenstående holdning ikke erstatter grundholdningen om, at opsættende virkning af klager over tvangsbehandling fortsat bør være udgangspunktet, også for denne gruppe af patienter.

Det tyder således på, at motivationsfasens længde generelt er under udvikling, og at der i de enkelte sager kan accepteres forskellige længder. I forbindelse med nærværende psykiatrilovsundersøgelse blev der i den sammenhæng gennemført en særskilt analyse af anonyme klagesager:

Undersøgelsen af de anonyme klagesager bærer i forbindelse med angivelsen af motivationstidens varighed, generelt præg af, at der synes at være en uklar holdning til, hvor længe denne skal være. Et skøn ud fra sagsmaterialet er, at der tales om ca. 14. dage.

Ingen sager afvises med henvisning til manglende forsøg på motivation. Kun i forhold til patientklagenævnet i Nordjylland anmoder nævnet konsekvent sygehusene om, at de til stadighed skal søge at opnå patientens aktive medvirken.

#### 4.4.3.2

Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling at kriterierne for, hvornår en klage ikke skal tillægges opsættende virkning, er sat under pres?

I det langsigtede perspektiv er der i caseundersøgelserne fremført en række synspunkter der indikerer, at der – for – svingdørspatienterne kan være behov for at overveje kriterierne for opsættende virkning.

En gruppe personalemedlemmer fremfører således, at man for svingdørspatienternes vedkommende kan genkende, at reglerne om opsættende virkning ikke opleves at have den rigtige balance mellem hensynet til at undgå unødvendig lidelse og hensynet til patientens retssikkerhed. I den forbindelse peges på, at man – for disse patienter – bør ændre lovgivningen, således at man fjerner reglen om opsættende virkning, behandler patienten, og når klagen/forespørgslen er behandlet i patientklagenævnet – tilpasses behandling til afgørelsen. En række af patientrådgivere har fremført synspunkter svarende hertil.

Omvendt bemærkes det dog i denne sammenhæng, at spørgsmålet om opsættende virkning også skal ses på den måde, at hvis der ikke bliver tillagt opsættende virkning, vil patientklagenævnet ved behandling af klagen have svært ved at vurdere, om kriteriet om

”sindssyg eller i en tilstand der ganske kan ligestilles hermed” er opfyldt, idet en patient, der er i medicinsk behandling, vil have en anden fremtoning end en patient, der ikke er i behandling. Der blev dog generelt set givet udtryk for, at det kunne være hensigtsmæssigt med et regelsæt, der for svingdørspatienternes vedkommende beskrev, i hvilke tilfælde en klage over tvangsbehandling ikke nødvendigvis skulle tillægges opsættende virkning.

#### *Konklusion*

Ovenstående gennemgang viser, at balancen mellem retssikkerhed og hensyn til at undgå lidelse – for svingdørspatienter – er under pres fra flere lovbrugeres side.

For det første udtrykkes dette i caseundersøgelserne som holdninger til, hvad der bør opfattes som en relevant motivationstid. Her peges der på, at en kortere/ingen motivationstid for svingdørspatienter kunne være et middel til at undgå unødigt lidelse.

For det andet udtrykkes dette i caseundersøgelserne som holdninger til kriterier for, hvornår klagen *ikke* skal tillægges opsættende virkning. I den forbindelse gøres der dog også opmærksom på, at en eventuel lempelse af reglerne i forhold til de tilfælde, hvor der ikke medfølger opsættende virkning af en klage, kan betyde, at hvis en patient er behandlet, kan man ikke i samme omfang vurdere, om tvangsbehandlingen er berettiget.

I høringsfasen er der udtrykt en vis skepsis i forhold til at ændre kriterierne for opsættende virkning af klager over tvangsbehandling og herunder i et vist omfang til at ændre motivationsfasen.

Skepsis bunder i en frygt for at der startes en ”glibebane”, som betyder, at det grundlæggende princip om 1-2 ugers motivationstid og opsættende virkning af klager over tvangsbehandling sættes under pres.

Der udtrykkes bekymring for, om det er muligt at afgrænse gruppen, og blandt andet Dansk Psykiatrisk selskab peger på, at de nuværende kriterier er tilstrækkelige.

På den anden side peges fra flere sider også i høringsfasen på, at det forekommer meningsfuldt at udvide kriterierne for, hvornår en klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, og for at der skal arbejdes på en kortere motivationstid.

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab tilkendegiver, at kriterierne for, hvornår en klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, kunne være i de situationer, hvor man har et grundigt kendskab til den unges reaktionsmønster, eller hvor en patient med anorexia nervosa, der måske ikke længere er i en livstruende tilstand, men er i en situation, der er farlig for den unges tilstand.



Rambøll Management finder på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at det overvejes, hvordan den lille gruppe af patienter – om hvem der er en sikker viden om, at alene den foreslåede behandling har en effekt, og for hvem der er en sikker viden om, at et afbrud i/udskydelse af behandlingen vil betyde en væsentlig forringelse af det samlede forløb – bedst muligt sikres.

Sikker viden om den foreslåede behandlings effekt indebærer, at der for den samme patient på samme afdeling har været et sammenligneligt sygdomsmønster, og for hvilke der er positiv viden om, at den foreslåede behandling har haft de ønskede resultater.

Sikker viden om, at udskydelse af /afbrud i behandling betyder væsentlig forringelse af det samlede forløb, skal bero på en dokumenteret viden herom og herunder væsentlige erfaringer på samme afdeling i forhold til den konkrete patient.

Dette kan sikres ved, at kriterierne for, hvornår klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, udvides til også at omfatte denne gruppe.

Rambøll Management skal i den forbindelse pege på, at det ikke kan udelukkes, at denne gruppe kan omfattes af nuværende kriterier, i det omfang der generelt anlægges en bredere fortolkning af kriteriet "udsætte patientens helbred for fare".

#### **4.5 Delkonklusion i forhold til balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsanvendelsen**

Det er undersøgelsens konklusion, at der generelt er opbakning til, at de lokale patientklagenævn skal behandle klager over tvangsbehandling inden 7 dage efter, at klagen er modtaget.

Der er dog stadig problemstillinger i relation til reglerne om opsættende virkning. En stor del af personalet peger således på, at reglerne om opsættende virkning *kan* have en negativ indflydelse på behandlingskvaliteten og kontinuiteten i behandlingen.

På den anden side er der en grundlæggende anerkendelse bag princippet om opsættende virkning, idet personalet er opmærksom på princippet som en del af regelsættet vedrørende sikring af patienternes retssikkerhed. I den forstand findes det grundlæggende accepteret, at "prisen" for imødekommenheden af patientens retssikkerhed kan være, at den opsættende virkning for nogle patienter kan medføre u hensigtsmæssigheder i forhold til kontinuiteten i behandlingen og dermed for behandlingskvaliteten.

Det påpeges dog, at der for de såkaldte "svingdørpatienter" eksisterer en ubalance, idet hensynet til patientens retssikkerhed ikke – set fra flere lovbrugeres side – synes at være begrundet tilstrækkeligt,

set i forhold til det kendskab, personalet har til patienten og til de lidelser, den opsættende virkning givet vil få for patienten, og tillige set i lyset af de afgørelser, der forventeligt vil komme fra patientklagenævnet.

Konsekvensen heraf er, at der i caseundersøgelserne gives udtryk for holdninger til, hvad der bør opfattes som en relevant motivationstid. Her peges der på, at en kortere/ingen motivationstid for svingdørs-patienter kunne være et middel til at undgå unødige lidelser.

For det andet udtrykkes dette i caseundersøgelserne som holdninger til kriterier for, hvornår klagen *ikke* skal tillægges opsættende virkning. I den forbindelse gøres der dog også opmærksom på, at en eventuel lempelse af reglerne i forhold til de tilfælde, hvor der ikke medfølger opsættende virkning af en klage kan betyde, at hvis en patient er behandlet, kan man ikke i samme omfang vurdere, om tvangsbehandlingen er berettiget.

Rambøll Management finder på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at det overvejes, hvordan den lille gruppe af patienter – om hvem der er en sikker viden om, at alene den foreslåede behandling har en effekt, og for hvem der er en sikker viden om, at et afbrud i/udskydelse af behandlingen vil betyde en væsentlig forringelse af det samlede forløb – bedst muligt sikres.

Sikker viden om den foreslåede behandlings effekt indebærer, at der for den samme patient på samme afdeling har været et sammenligneligt sygdomsmønster, og for hvilke der er positiv viden om, at den foreslåede behandling har haft de ønskede resultater.

Sikker viden om, at udskydelse af /afbrud i behandling betyder væsentlig forringelse af det samlede forløb, skal bero på en dokumenteret viden herom og herunder væsentlige erfaringer på samme afdeling i forhold til den konkrete patient.

Dette kan sikres ved, at kriterierne for, hvornår klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, udvides til også at omfatte denne gruppe.

Rambøll Management skal i den forbindelse pege på, at det ikke kan udelukkes, at denne gruppe kan omfattes af nuværende kriterier, i det omfang der generelt anlægges en bredere fortolkning af kriteriet "udsætte patientens helbred for fare".

#### **4.6 De lokale patientklagenævns faglige kompetencer**

Psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 påpegede, at de lokale patientklagenævn kunne savne speciallægelig kompetence ved vurdering af sindssygdomskriteriet og ved behandling af klager over tvangsbehandling og medicinering, idet patientklagenævnet skulle tage stilling til det lægelige indhold af en beslutning om tvangsbehandling.

Med hensyn til de lokale patientklagenævns sammensætning overvejes at styrke disses psykiatriske ekspertise, særligt ved behandling af klager over tvangsbehandling. Det besluttedes imidlertid at fastholde sammensætningen, idet det blev præciseret, at den lægelige repræsentant i nævnet så vidt muligt bør være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri. Samtidig påpegedes, at den til mødet udfærdigede lægeerklæring og det forhold, at overlægen deltager i nævnets møder, vil bibringe de nødvendige konkrete psykiatriske speciallægefaglige oplysninger.

#### 4.6.1 *Hensigtsmæssighedskriteriet*

I det følgende undersøges lovændringernes relevans i forhold til, om disse vurderes at kunne sikre en tilstrækkelig psykiatrisk speciallægelig kompetence i nævnene.

Denne præcisering giver mulighed for at sikre psykiatrisk kompetence i de lokale patientklagenævn.

Jf. afsnit 4.6.2 er der langt fra tale om, at de lægelige medlemmer i de lokale patientklagenævn er speciallæger i psykiatri.

Set i det lys viser spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet, at ca. 50 % mener, at patientklagenævnene er rigtigt sammensat, mens 30 % svarer nej og 22 % svarer ved ikke. Blandt de besvarelser der fremførte, at sammensætningen ikke er den rigtige er der en klar majoritet, der henviser til, at det er speciallægekompetence der mangler.

70 % af patientrådgiverne giver på det tilsvarende spørgsmål udtryk for, at sammensætningen er den rigtige mens det hos patienterne viser sig, at hele 51 % ikke tager stilling til det tilsvarende spørgsmål.

I interviewene med medlemmer af de lokale patientklagenævn er det generelt vurderingen, at den lægefaglige kompetence er tilstrækkelig. Når der deltager læger med andre specialer i behandlingen af sagerne, har det den fordel, at hospitalslægerne skal have øje for, at lægeerklæringen skal beskrives så den "i almindelighed" vil kunne forstås af alle med en lægefaglig baggrund.

Patientforeningerne giver udtryk for, at problemstillingen i højere grad vedrører det forhold, at der er tale om en underrepræsentation fra patientsiden i de lokale patientklagenævn. Grundlæggende baseres dette synspunkt på det forhold, at behandlere der vurderer sager om andre behandlere, opleves som en negativ bias over for patienterne.

#### *Konklusion*

Det er undersøgelsens konklusion, at denne præcisering giver mulighed for at sikre psykiatrisk kompetence i de lokale patientklagenævn.

Langt fra alle medlemmer af de lokale patientklagenævn er speciallæger i psykiatri.

Set i det lys viser undersøgelsen imidlertid, at der generelt er tilfredshed med sammensætningen af de lokale patientklagenævn. Der er dog et vist lægeligt ønske om, at der skal være psykiatrisk ekspertise til stede i de lokale patientklagenævn, men der er ikke nogen entydighed heri.

Sammenfattende kan det således anføres, at lovrevisionen adresserer den beskrevne problemstilling.

#### 4.6.2 *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører spørgsmålet om, hvorvidt lovgivningen overholdes.

Herudover undersøges virkningen i forhold til vurdering af sindssygdomskriteriet, og endelig undersøges, i hvilket omfang de lokale patientklagenævns sammensætning generelt har betydning for tilliden til disses afgørelser.

##### 4.6.2.1 Overholdes loven?

En opdatering på, hvor mange speciallæger der faktisk er repræsenteret i patientklagenævnene, viser at der i 4 af 15 nævn er repræsentation af en speciallæge i psykiatri, mens det typiske billede derudover er at den lægelige repræsentant er almen praktiserende læge. Interviewene med patientklagenævnene i caseundersøgelserne indikerer, at årsagen er at det er vanskeligt at rekruttere speciallæger til nævnene. Overordnet set overholdes loven tilsyneladende ikke, men denne vurdering er afhængig af tolkningen i forhold til lovens formulering om, at der *så vidt muligt* skal være speciallægefaglig repræsentation.

##### 4.6.2.2 Vurdering af sindssygdomskriteriet

Kompetencebegrebet vedrører i denne sammenhæng primært, om det lokale patientklagenævn vurderes at kunne afgøre, om en patient er sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed, og om nævnet indholdsmæssigt kan vurdere en given tvangsbehandling.

Medlemmer af et lokalt patientklagenævn har i den forbindelse understreget, at nævnet stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, om der er tale om sindssygdom eller en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed. Spørgsmålet er oftest, om den pågældende er så behandlingskrævende, at kriterierne for anvendelse af de påklagede tvangsforanstaltninger, er opfyldt.

I forbindelse med undersøgelsens analyse af et antal anonyme klagesager, indhentet fra patientklagenævnene, er afgørelsespraksis vurderet. Det viser sig, at nævnenes afgørelser som grundregel læg-

ger sig op ad lægernes vurdering af, om patienten er sindssyg. Kun i én sag afvises det, at patienten kan betegnes som sindssyg, idet patientens optræden på mødet lægges til grund.

Undersøgelsen viser også, at det er de samme medicintyper, der går igen. Nævnene lægger således i overvejende grad vægt på, at patientens tilstand ikke vil bedres eller forværres uden den medicinske behandling – og herunder lægges der til grund, at det kan påvises, at medicinen i et tidligere behandlingsforløb – har haft god effekt.

Et spørgsmål, der rejser sig i forbindelse med de "svære" afgørelser, er, om der i disse tilfælde skal foranstalles en særlig adgang til at indhente speciallægefaglig vurdering.

I et fokusgruppeinterview med et patientklagenævn under caseundersøgelsen blev det i forbindelse med dette spørgsmål fremført, at det ikke umiddelbart var et ønske. Det skyldes først og fremmest, at det ikke blev vurderet som muligt af hensyn til afstanden og af hensyn til, at ekspertisen skulle være til rådighed under selve sagsbehandlingen. Forhold, som blev vurderet som vanskelige at opfylde.

I samme patientklagenævn blev det oplyst, at nævnet en enkelt gang havde brugt Retslægerådet som rådgiver i forbindelse med afgørelse af, om "kriteriet sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed", var opfyldt. Det var i forbindelse med en sag, hvor en kvinde blev tvangsindlagt pga. manifest psykose, og hvor der allerede dagen efter ikke blev fundet holdepunkter for psykosesuspekterede symptomer.

Der var tale om en reaktion på en meget voldsom psykisk belastning i forbindelse med kvindens nyfødte barns længerevarende og svære sygdomsforløb. I sin udtalelse fastslog Retslægerådet, at kvinden havde haft en forbigående paranoid psykose, og at sådanne psykoser var velkendte.

Dette eksempel angives at være et udtryk for, at der i sjældne tilfælde er et behov for en uvildig vurdering af sindssygdomskriteriet. Der synes generelt ikke at være behov for en mere udbredt anvendelse af fx Retslægerådet til en grundlæggende vurdering af sindssygdomskriteriet.

#### 4.6.2.3 Hvilken betydning har kompetencesammensætningen for tilliden til afgørelser truffet i de lokale patientklagenævne?

Tilliden til afgørelserne i patientklagenævnet er en afgørende forudsætning for den generelle tillid til klagesystemet, idet der i nævnet træffes væsentlige beslutninger med betydning for patienten. Tillidsspørgsmålet har her to dimensioner. Dels vedrører tillidsbegrebet som nævnt den generelle tillid til klagesystemet, og dels vedrører tillidsbegrebet det særlige forhold der gør sig gældende i relation til at der ikke nødvendigvis er lægefaglig specialviden tilknyttet patientklagenævnene. I forhold til det eventuelle fravær af lægefaglig spe-

cialviden er det ligesom ved den forudgående gennemgang væsentligt at vurdere tilliden, set fra forskellige lovbrugerers vinkler, idet tillidsspørgsmålet må formodes at afhænge af de forventninger, der er til de konkrete afgørelser i nævnet.

I forlængelse af den forudgående gennemgang af den konkrete overholdelse af lovgivningen samt virkningen af lovgivningen i forhold til vurderingen af sindssygdomskriteriet, udgør lovens virkninger i forhold til tilliden den tredje faktor i vurderingen af lovens effektivitet, og vurderes som sagt på to dimensioner:

- Den generelle tillid
- Virkningen i forhold til betydning af at den lægelige repræsentant ikke (altid) er speciallæge i psykiatri.

#### *Den generelle tillid*

Af statsamternes årsrapporter fra 2003 fremgår, at der i 2003 var enighed i 958 afgørelser ud af 974 i alt<sup>30</sup>. Denne meget store andel enstemmighed må formodes at være af positiv betydning for lovbrugerens tillid til de lokale patientklagenævns afgørelser, idet der samtidig er en forholdsvis høj mødeprocent og derved repræsentation fra både patienten og afdelingen i langt de fleste sager.

I forhold til tilkendegivelserne fra lovbrugerne oplyses det i spørgeskemaundersøgelsen, at op mod 90 % af personalet i høj grad eller i nogen grad har tillid til afgørelser truffet i de lokale patientklagenævn.

I forhold til holdningen blandt patienter viser det sig dog, at der ikke kan gives noget entydigt svar på spørgsmålet, idet der er divergerende opfattelser af tilliden til afgørelserne i patientklagenævnet. Med til dette forhold hører, at afgørelserne oftest går patienten imod, og dermed er der en risiko for at tilliden til den proces, der fører til en afgørelse, blandes sammen med frustrationen over ikke at have fået medhold i klagen.

Patientrådgiverne er ligeledes en væsentlig lovbruger, når tilliden til patientklagenævnet skal vurderes. Patientrådgiverne giver udtryk for en høj grad af tillid til patientklagenævnets afgørelser, idet 53,5 % mener, at de i høj grad har tillid til afgørelserne, mens 41,7 % mener i nogen grad.

Ankesystemet er ligeledes væsentligt for tilliden til klagesystemet og til afgørelser truffet i de lokale patientklagenævn. Alene muligheden for at anke afgørelser i de lokale patientklagenævn er med til at skabe tillid til disse afgørelser. Herudover er ankefrekvensen en væsentlig indikator for tilliden til afgørelser i de lokale patientklagenævn, idet en høj ankefrekvens indikerer problemer i relation til tilliden.

---

<sup>30</sup> I statistikken mangler der tal fra statsamterne i Vestsjælland, Ribe, Vejle og København.

Af det statistiske bilag<sup>31</sup> fremgår, at der i 2003 var i alt 1080 sager og 1322 afgørelser i de lokale patientklagenævn. Heraf blev 229 anket til enten domstolene eller til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, svarende til, at ca. 17 % af sagerne ankes. Sammen med erfaringer generelt om ankefrekvenser vurderes, at ankefrekvensen ligger på et niveau, der har positiv betydning for tilliden.

Generelt set vurderes det på baggrund af lovbrugernes tilkendegivelser ovenfor, at den generelle tillid til patientklagenævnets afgørelser er høj. Som supplement til dette billede af tilliden hører dog en vurdering af den konkrete betydning af, at den lægelige repræsentant ikke (altid) er speciallæge i psykiatri.

*Betydning af at den lægelige repræsentant ikke (altid) er speciallæge i psykiatri*

Betydning heraf kan for det første vurderes i et sammenligningsperspektiv – dvs. er der forskel på tilliden til de lokale patientklagenævn og til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn?

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn sammensættes i forbindelse med afgørelser af nævnets formand eller en næstformand, to lægmandsrepræsentanter og to repræsentanter fra den i sagen involverede kategori af sundhedspersoner. I psykiatriske ankesager konsulteres en udenforstående speciallæge i psykiatri med henblik på at få en specialistvurdering af, hvorvidt "mindstemiddels-princippet" i den konkrete sag er blevet efterlevet. På baggrund af denne vurdering samt sagens øvrige akter udarbejder en juridisk medarbejder ved Sundhedsvæsenets Patientklagenævn et skriftligt domsforslag, som efterfølgende behandles af nævnets medlemmer. Kun i principielle sager indkaldes den konsulterede speciallæge til høring i nævnet.

Det må derfor antages, at sagsbehandlingsprocedurerne i højere grad tilgodeser det fra lægelig side fremsatte ønske om tilstedeværelse af psykiatrisk ekspertise i sagsbehandlingen.

I spørgeskemaundersøgelsen er der fra lægelig side en noget højere tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn end til det lokale patientklagenævn, idet 27 % af overlægerne oplyser, at de har høj tillid til de lokale patientklagenævn og 41 % at de har høj tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Næsten 62 % af overlægerne oplyser, at de i nogen grad har tillid til de lokale patientklagenævn og 44 % at de i nogen grad har tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Der er således en klar tendens til at flere læger angiver, at de har større tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn end til de lokale patientklagenævn. Ses høj tillid og nogen tillid under ét, er der for begge instanser tale om, at 90 % af lægerne placerer sig i disse kategorier.

I caseundersøgelsen fremfører deltagere fra et lokalt patientklagenævn, at den manglende psykiatriske kompetence ikke vurderes at have nogen betydning for afgørelsernes gennemslagskraft.

Caseundersøgelsen fra Herning supplerer dette synspunkt, idet der grundlæggende blandt personalet gives udtryk for, at man har tillid til nævnets afgørelser, idet det juridiske grundlag vurderes som sagligt rigtigt i forbindelse med afgørelserne. Tilliden til nævnets afgørelser bygger i den sammenhæng på, at nævnets vurdering bl.a. hviler på erfaring i forhold til tolkningen af, om den lægelige redegørelse er fyldestgørende, bl.a. i forhold til, om der er tale om en sindssygdom hos patienten.

#### *Konklusion*

Kun 4 af de lokale patientklagenævn har lægelig repræsentation, hvor lægen er speciallæge i psykiatri.

I forhold til spørgsmålet om, hvilken betydning dette har for nævnenes evne til at vurdere sindssygdomskriteriet, viser gennemgang af anonyme klagesager, at nævnene stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, at patienten er sindssyg. Medlemmer af et lokalt patientklagenævn oplyser i denne sammenhæng, at dette stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, om der er tale om sindssygdom eller en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed. Spørgsmålet er oftest, om den pågældende er så behandlingskrævende, at kriterierne for anvendelse af de påklagede tvangsforanstaltninger er opfyldt.

Generelt set vurderes det på baggrund af lovbrugernes tilkendegivelser, at den generelle tillid til patientklagenævnets afgørelser er høj.

Der er tendens til at flere læger angiver, at de har større tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn end til de lokale patientklagenævn. Ses høj tillid og nogen tillid under ét er der for *begge* instanser dog tale om, at 90 % af lægerne placerer sig i disse kategorier. Der kan således ikke tales om væsentlige forskelle i den lægelige tillid.

#### *4.6.3 Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Nytte- og bæredygtighedskriteriet vedrører spørgsmålet om, hvorvidt psykiatrilovsrevisionen er holdbar, set i et langsigtet perspektiv, og i hvilken grad der i den forbindelse kan identificeres en anden effekt over tid.

Et nærliggende spørgsmål handler primært om, i hvor høj grad det kan forventes, at der i fremtiden vil kunne rekrutteres speciallægefaglig kompetence til patientklagenævnene, hvilket dels kan handle om speciallægenes villighed til at indgå i denne sammenhæng samt det faktum, at antallet af speciallæger i sig selv kan være begrænsende – eller det modsatte.

Set i det lys vurderes, om der er behov for særlige initiativer i forhold til at sikre en acceptabel deltagelse fra speciallægefaglig side.



Der er under dette kriterium således tale om følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Vil det kunne forventes at den lægelige repræsentation i højere grad er speciallæger i psykiatri?
- Er der behov for i øget omfang at sikre, at der er adgang til speciallægekompetence ved nævnenes afgørelser?

#### 4.6.3.1 Vil det kunne forventes at den lægelige repræsentation i højere grad vil være speciallæger i psykiatri?

Besvarelsen af dette spørgsmål hænger sammen med en vurdering af villigheden i forhold til at deltage, samt det "konkurrence"-element der er indbygget i spørgsmålet, idet der samtidig er en generel høj efterspørgsel efter speciallægefaglig kompetence i psykiatrien. Endelig vedrører spørgsmålet de regionale forskelle der er gældende i forhold til udbuddet af lægekompetencer.

Udviklingen i antallet af lægelige fuldtidsstillinger i psykiatrien har været svagt stigende i perioden 2001-2003. Ifølge Amtsrådsforeningens statistik vedrørende fuldtidsstillinger i sygehus- og distriktpspsykiatrien fordelt på faggrupper viser tallene, at antallet af psykiatere i 2001 udgjorde 1069 og i 2003 1177, svarende til en 10 %-stigning<sup>32</sup>. Stigningen kan umiddelbart opfattes som en positiv udvikling i forhold til at rekruttere læger til de lokale patientklagenævn, men dertil hører et billede af, at antallet af psykiatere ikke på nuværende tidspunkt kan imødekomme efterspørgslen, hvilket giver sig udslag i, at der fortsat er vakante stillinger på trods af stigningen i antallet af speciallæger.

Set i det perspektiv kan det ikke forventes, at der i fremtiden vil være et større rekrutteringsgrundlag blandt speciallæger i psykiatri end tilfældet er i dag.

#### 4.6.3.2 Er der behov for at i øget omfang at sikre, at der er adgang til speciallægekompetence ved nævnenes afgørelser?

I forhold til det i lovrevisionen formulerede ønske om, at den lægelige repræsentant så vidt muligt skulle være speciallæge i psykiatri og om der i den anledning er behov for lovgivningsmæssig skærpelse af forventningerne, skal anføres, at spørgeskemaundersøgelsen som vist under afsnit 4.6.1 viser, at der blandt alle lovbrugere generelt er opbakning til den nuværende sammensætning, idet opbakningen er en anelse mindre blandt personalet.

I forlængelse heraf har patientklagenævnsmemberne i caseundersøgelserne givet udtryk for, at den lægelige kompetence efter deres opfattelse er tilstrækkelig, og at der ved en skærpelse af kravet efter deres opfattelse kan være en risiko for, at kollegiale overvejelser kommer til at få indflydelse på den lægelige vurdering.

Det vurderes, at der er et lægeligt ønske om at skærpe forventninger til speciallægelig kompetence i nævnene, om end der langt hen ad

vejens synes at være en rimelig balance mellem den nuværende sammensætning og den lægelige tillid.

Disse forhold sammenholdt med at det reelt kan være vanskeligt at rekruttere speciallæger til nævnene gør, at det ikke kan anbefales at skærpe forventningerne til, at de lægelige medlemmer skal være speciallæger i psykiatri.

Under afsnit 4.6.2.2. er redegjort for, at de lokale patientklagenævn stort set altid lægger sig op ad overlægenes vurdering af, om patient kan anses for sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og at spørgsmålet oftest er, om den pågældende er så behandlingskrævende, at kriterierne for anvendelse af de respektive tvangsforanstaltninger er opfyldt.

Der kan dog være enkeltsager som i deres indhold gør, at de lokale patientklagenævn har behov for ekstern speciallægelig vurdering.

Dette er i enkelte tilfælde sket ved at konsultere Retslægerådet. Men generelt er der i de lokale patientklagenævn, der har deltaget i caseundersøgelserne, udtrykt skepsis i forhold til en eksplicitering heraf.

Dette skyldes for det første, at det kan være vanskeligt at forene dette med kravet om hurtige afgørelser i nævnet.

For det andet kan det forventes, at inddragelse af ekstern ekspertise først og fremmest vil være baseret på skriftlighed. Hermed vil det – efter nævnenes opfattelse – kvalitative aspekt, der omhandler kontakt til og drøftelse med den enkelte patient, ikke kunne indgå.

#### *Konklusion*

Det kan ikke forventes, at rekrutteringsgrundlaget blandt speciallæger i psykiatri vil blive mere gunstigt i de kommende år.

Det vurderes ikke, at der er behov for lovgivningsmæssigt at skærpe forventningerne til, at de lægelige medlemmer af de lokale patientklagenævn skal være speciallæger i psykiatri.

Dette bygger for det første på, at der i spørgeskemaundersøgelsen er udtrykt generel tilfredshed med de lokale patientklagenævns sammensætning. For det andet at det i caseundersøgelserne fra patientklagenævnsmedlemmer er peget på, at der ikke i dagligdagen opleves problemer omkring den lægelige kompetence, og at der kan være negative aspekter i form af kollegiale hensyn. Der vurderes, at der er et lægeligt ønske om at skærpe forventninger til speciallægelig kompetence i nævnene. Langt hen ad vejen synes der at være en rimelig balance mellem den nuværende sammensætning og den lægelige tillid.

Der kan være enkeltsager, som i deres indhold gør, at de lokale patientklagenævn har behov for ekstern speciallægelig vurdering.

Dette er i enkelte tilfælde sket ved at konsultere Retslægerådet. Men generelt er der i de lokale patientklagenævn, der har deltaget i caseundersøgelserne, udtrykt skepsis i forhold til en eksplicitering heraf.

Under indtryk heraf og under indtryk af de indkomne høringssvar er det Rambøll Managements vurdering, at der bør arbejdes videre med udvikling af en model som sikrer de lokale patientklagenævn adgang til uafhængig psykiatriske ekspertise i særlige vanskelige sager (få om året), hvor der er behov for en grundlæggende vurdering af sindssygdomskriteriet.

#### **4.7 Delkonklusion i forhold til de lokale patientklagenævns faglige kompetencer**

Ved psykiatrilovsrevisionen besluttedes at styrke de lokale patientklagenævns psykiatriske ekspertise. Sammensætningen af de lokale patientklagenævn blev fastholdt, idet det blev præciseret, at den lægelige repræsentant i nævnet så vidt muligt skulle være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri.

Det er undersøgelsens konklusion, at denne præcisering giver mulighed for at sikre psykiatrisk kompetence i de lokale patientklagenævn.

Kun 4 af de lokale patientklagenævn har lægelig repræsentation, hvor lægen er speciallæge i psykiatri.

Set i det lys viser undersøgelsen imidlertid, at der generelt er tilfredshed med sammensætningen af de lokale patientklagenævn.

Der er dog et vist lægeligt ønske om, at der skal være psykiatrisk ekspertise til stede i de lokale patientklagenævn, men der er ikke nogen entydighed heri.

I forhold til spørgsmålet om, hvilken betydning dette har for nævnenes evne til at vurdere sindssygdomskriteriet viser gennemgang af anonyme klagesager, at nævnene stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, at patienten er sindssyg. Medlemmer af et lokalt patientklagenævn oplyser i denne sammenhæng, at dette stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, om der er tale om sindssygdom eller en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed.

Spørgsmålet er oftest, om den pågældende er så behandlingskrævende, at kriterierne for anvendelse af de påklagede tvangsforanstaltninger er opfyldt.

Generelt set vurderes det på baggrund af lovbrugernes tilkendegivelser, at den generelle tillid til patientklagenævnets afgørelser er høj.

Der er tendens til at flere læger angiver, at de har større tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn end til de lokale patientklagenævn. Ses høj tillid og nogen tillid under ét er der for *begge* instanser dog tale om, at 90 % af lægerne placerer sig i disse kategorier. Der kan således ikke tales om væsentlige forskelle i den lægelige tillid.

Det vurderes ikke, at der er behov for lovgivningsmæssigt at skærpe forventningerne til, at de lægelige medlemmer af de lokale patientklagenævn skal være speciallæger i psykiatri.

Der kan være enkeltsager som i deres indhold gør, at de lokale patientklagenævn har behov for ekstern speciallægelig vurdering.

Dette er i enkelte tilfælde sket ved at konsultere Retslægerådet. Men generelt er der i de lokale patientklagenævn, der har deltaget i caseundersøgelserne, udtrykt skepsis i forhold til en eksplicitering heraf.

Under indtryk heraf og under indtryk af de indkomne hørings svar er det Rambøll Managements vurdering, at der bør arbejdes videre med udvikling af en model, som sikrer de lokale patientklagenævn adgang til uafhængig psykiatriske ekspertise i særlige vanskelige sager (få om året), hvor der er behov for en grundlæggende vurdering af syndsdomskriteriet.

#### **4.8 Deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn**

I psykiatriloven hedder det, at der ved hvert statsamt og ved Københavns Overpræsidenten oprettes et patientklagenævn bestående af amtmænd (overpræsidenten) som formand samt to øvrige medlemmer. De to øvrige medlemmer beskikkes af Sundhedsministeren efter indstilling af henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De samvirkende Invalideorganisationer.

Nærværende analyseområde omhandler klagenævnets forretningsorden og de ændringer/præciseringer, der kom ved revideringen af psykiatriloven for så vidt angår:

- Deltagelse i patientklagenævnets møder
- Mødested for patientklagenævnet, samt
- Forhold vedrørende tilvejebringelsen af beslutningsgrundlaget for sagens afgørelse.

I forbindelse med lovrevisionen blev det således administrativt præciseret, via en ændring af forretningsordenen for patientklagenævne, at patientrådgiveren *så vidt muligt* skal være til stede ved klagenævnets behandling i patientklagenævnet, og at den læge, der har truffet beslutning om det påklagede tvangsindgreb, *normalt også* skal være til stede i nævnets møde om sagen.

Ordvalgene *så vidt muligt* og *normalt* kommer af hensynet til at patientklagenævnet skal træde sammen inden for en absolut frist på 7 hverdage for at træffe afgørelser i sager, hvor klagen har opsættende virkning (se herom i afsnit 4.4), idet der heri ligger en erkendelse af, at den korte frist hvormed parterne skal have mulighed for deltagelse, kan betyde, at en eller flere kan være forhindret.

I forhold til nævnets møder blev det præciseret, at de *som udgangspunkt* holdes på den psykiatriske afdeling. Begrundelsen herfor er hensynet til, at det ofte vil give bedre mulighed for patientens deltagelse. Muligheden for at fravige dette kan ske, hvis det af anden årsag ikke er hensigtsmæssigt.

Endelig er der krav om, at når en klage indbringes for patientklagenævnet skal sygehusmyndigheden – (de facto ofte den administrerende overlæge fra den indklagede afdeling), fremsende sagens akter og herunder en udskrift af tvangsprotokollen og en lægeerklæring fra sygehusafdelingen.

Disse tre præciseringer af forretningsordenen for patientklagenævnet er derfor genstandsfeltet for nærværende undersøgelse.

#### 4.8.1 *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører spørgsmål om i hvilket omfang præciseringerne adresserer de i forbindelse med lovforarbejderne identificerede problemstillinger.

Det er væsentligt her at understrege, at der er tale om en præcisering af forretningsordenen for patientklagenævnet og ikke en lovændring, således som tilfældet er for de forudgående undersøgelsesområder. Selv om præcisering af forretningsordenen umiddelbart er et svagere redskab end en lovgivningsmæssig præcisering, vurderes det, at dette valg er hensigtsmæssigt, idet der under alle omstændigheder forekommer en forretningsorden for de lokale patientklagenævne og spørgsmål om konkrete forhold for mødegennemførelse i så tilfælde vil høre hjemme herunder.

#### *Afholdelse af møder på afdelingen*

Alle lovbrugere må antages at være interesseret i at afgørelserne træffes på det bedst mulige grundlag. Medlemmer af de lokale patientklagenævne må i det lys antages i særlig grad at være mest afhængige af, at parterne ved et patientklagenævnsmøde faktisk er til stede.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt patientklagenævnsmedlemmerne viser, at 75 % vurderer, at det er en god idé at møderne finder sted på sygehuset/afdelingen, mens 17,3 % svarer, at det i nogen grad er en god idé. Spørgsmålet til nævnsmedlemmerne er stillet på en sådan måde, at besvarelsen går på at alternativet ellers ville have været på statsamtet. Når nævnsmedlemmerne bliver udsat for dette

valg, angiver flertallet altså at det er at foretrække, at møderne holdes på sygehusafdelingen/sygehuset.

Forklaringerne kan være flere, men den mest nærliggende er sandsynligvis, at nævnsmedlemmerne oplever, at stedet har en betydning som en fordel for patienten og personalet, og dermed for muligheden for deltagelse. Samtidig svarer nævnsmedlemmerne, at de fysiske rammer på sygehusene er tilfredsstillende.

86 % af patientrådgiverne vurderer i spørgeskemaundersøgelsen, at det i høj grad eller i nogen grad er en god ide, at møderne bliver holdt på sygehusafdelingen, frem for i statsamtet, og også blandt patientrådgiverne er der tilfredshed med de fysiske rammer omkring møderne.

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 7 patienter ud af 13, at de i høj grad finder det hensigtsmæssigt, at møderne foregår på afdelingen, mens de resterende svarer ved ikke.

Endelig viser spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet, at næsten alle respondenterne svarer, at det i høj grad eller i nogen grad er en god idé, at møderne holdes på sygehuset/afdelingen. Flertallet mener også, at de fysiske rammer er i orden.

Undersøgelsen af hensigtsmæssigheden i den præcisering af forretningsordenen det vedrører, viser et næsten entydigt billede af, at lovbrugerne mener, at det er en god ordning, at møderne finder sted på sygehusafdelingen.

#### 4.8.1.1 Præcisering af overlægens og patientrådgiverens deltagelse

I lovgivningen præciseres vigtigheden af, at overlægen og patientrådgiveren deltager i møderne.

Betydningen af patientrådgiverens deltagelse er undersøgt i afsnit 8. Det fremgår af dette afsnit, at patientrådgiverens deltagelse i nævnsmøderne tillægges stor betydning for, hvordan patienten opfatter mødet og som det fremgår ovenfor også for nævnets opmærksomhed om patientens fremlæggelse og forklaringer på de forhold, der ligger bag klagen.

I forhold til lægens/personalets deltagelse i møderne blev det i et patientklagenævn anført, at patientklagenævnet oplever, at der ikke er sikkerhed for, at det personale der faktisk var til stede under fx en tvangsfiksering, også er til stede ved afholdelsen af møde i patientklagenævnet.

Patientklagenævnets medlemmer anfører i den forbindelse, at det specielt i forbindelse med magtanvendelse ofte er plejerne på afdelingen, der anvender den fysiske magt. Problemstillingen her er, at det som udgangspunkt er en opgave for sygehusafdelingen at fremlægge bevisførelsen for den berettigede anvendelse af fysisk magt,

og afgørelsen bør bero på en udførlig og præcis gengivelse af hændelsesforløbet.

Hvis der ikke er deltagelse i mødet fra de konkret implicerede medarbejdere, vil afgørelsen relativt set i højere grad hvile på påstand mod påstand mellem overlægen (sygehuset) og patienten (patientrådgiveren). I forlængelse heraf spiller lægeerklæringen og evt. øvrige sagsmateriale – der er med til at belyse sagens hændelsesforløb – en stor rolle, idet mere præcise lægeerklæringer således bliver et mere tungtvejende beslutningsgrundlag for nævnet i fravær af det implicerede personale<sup>33</sup>, som tilfældet ofte er.

Sammenfattende kan således konkluderes, at det er relevant at præcisere overlægens og patientrådgivers deltagelse i de lokale patientklagenævns møder. Præciseringen adresserer dog ikke, at det i flere sager er hensigtsmæssigt at opnå deltagelse fra andet personale fra afdelingen.

#### 4.8.1.2 Indhentelse af beslutningsgrundlag

Når en klage indbringes for patientklagenævnet skal sygehusholdigheden (de facto ofte den administrerende overlæge fra den indklagede afdeling), fremsende sagens akter og herunder en udskrift af tvangsprotokollen og en lægeerklæring fra sygehusafdelingen. I Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 203 af 8/12 1998 om psykiatrilovens revision er der et generelt pkt. 9 om lægeerklæringer til brug for klagesagsbehandling.

I forskellige sammenhænge er det i dybdeundersøgelsen og i caseundersøgelserne fremført, at der er problemstillinger i relation til lægeerklæring og herunder adgang til oplysninger, der findes i patientjournalen og i kardex.

I dybdeundersøgelsens landsdækkende interview med et bredt sammensat felt med repræsentanter for patientklagenævnene fremlægges det af en deltager, at lægeerklæringerne ofte er tynde, og at der ikke vedlægges kopi af journaler. Som følge heraf henvises der til, at patientklagenævnet har vanskeligt ved at vurdere, om der i de konkrete sager er anvendt "mindstemiddel-princippet". Det udtrykkes i den forbindelse, at det kan være vanskeligt at indhente yderligere oplysninger fra afdelingen.

Over for dette viser interview med læger, at udfærdigelsen af en lægeerklæring må ses i sammenhæng med en travl hverdag, hvor arbejdsbelastningen er stor, og derfor kan en henvendelse til en afdeling om yderligere oplysninger og skriftlige erklæringer, være vanskelig umiddelbart at imødekomme, især hvis den obligatoriske lægeerklæring er udfyldt og afsendt til patientklagenævnet.

---

<sup>33</sup> I Sundhedsstyrelsens vejledning nummer 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision er der et generelt pkt. 9 om lægeerklæringer til brug for klagesagsbehandling.

Særligt i forbindelse med behandling af klager over tvangsfikseringer er der problemstillinger relateret til sagematerialet.

I lægeerklæringerne fokuseres der sjældent på de konkrete omstændigheder i den konkrete situation, der udløste tvangsfikseringen og sygeplejekardex medtages sjældent i sagsakterne. Dette angives som problematisk, idet afgørelserne bør inddrage hændelsesforløbet, som et væsentligt aspekt for at forstå klagen fra patienten.

Fleere medlemmer af lokale patientklagenævn har i den forbindelse givet udtryk for, at en mere specifik og bredere vejledning om, hvilke oplysninger der kan være til stede i forbindelse med behandling af sager om tvangsfiksering vil være en hjælp. Konkret har Overpræsidiat af egen drift udarbejdet en sådan vejledning.

Sammenfattende viser gennemgangen vedrørende indhentelse af sagsmateriale, at der dels er en generel problemstilling knyttet til præciseringen af tilvejebringelse af sagsmaterialet, idet det anføres som et reelt problem, at materialet skal tilvejebringes på forholdsvis kort tid, samt at det på baggrund af en afdelings skiftende vagter, ofte kan være vanskeligt at have en forudgående dialog med de implicerede (typisk plejegruppen) fagpersoner inden udfærdigelsen af lægeerklæringen.

Desuden peges der sammenfattende på, at lægeerklæringen sammen med evt. øvrigt sagsmateriale, ofte mangler et mere helhedsskabende indtryk af det forløb, der førte til tvangsendgrebet og den efterfølgende klage. Vurderingsgrundlaget for patientklagenævnet kan derfor – set i det perspektiv – forbedres.

#### *Konklusion*

Undersøgelsen viser, at det er relevant, at møderne som udgangspunkt foregår på afdelingerne.

Det vurderes ligeledes hensigtsmæssigt at præcisere overlægens og patientrådgivers deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Den gældende vejledning vedr. indhold i lægeerklæringer vurderes at være relevant, men næppe i fuldt omfang adresserende behovet for sagsoplysning i tvangsfikseringssager, idet det anføres at det i flere sager er hensigtsmæssigt at opnå deltagelse af andet personale fra afdelingen.

Der mangler således – ikke sjældent – et mere helhedsskabende indtryk af det forløb, der førte til tvangsendgrebet og den efterfølgende klage. Dette anføres især at være gældende i forhold til tvangsfikseringssager.

I lyset heraf anføres i caseundersøgelsen, at det kan være et problem for afdelingerne, at materialet skal tilvejebringes på forholdsvis kort tid, samt at det på baggrund af en afdelings skiftende vagter,



ofte kan være vanskeligt at have en forudgående dialog med de implicerede inden udfærdigelsen af lægeerklæringen.

#### 4.8.2 *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet undersøger dels hvorvidt der er opnået den ønskede effekt af præciseringen og dels hvilken virkning præciseringerne har haft for patienternes behandling og retssikkerhed.

##### 4.8.2.1 Overholdes bestemmelserne?

Undersøges der konkret for deltagelsesprocenten i nævnsmøderne, fås følgende mønster. Deltagelsesprocenten for overlæger var i henhold til statsamtens årsrapporter mellem 85 % (ét statsamt) og 100 % (11 statsamter). For patientrådgivere svinger deltagelsesprocenten mellem ca. 60 % og 95 %. For patienterne var deltagelsesprocenten mellem 77 % og 93 %.

Det vurderes, at de høje mødeprocenter for så vidt angår lægerne og patienterne skyldes det forhold, at møderne i patientklagenævnet stort set altid finder sted på afdelingen eller på sygehuset.

Der synes således stadig visse problemer i relation til patientrådgiverens deltagelse i de lokale patientklagenævns møder – om end deltagelsesprocenten i forhold til kendte data fra 2001 er på vej op. Dette spørgsmål undersøges yderligere i kapitel 8.

I caseundersøgelserne, hvor der har været gennemgået et antal konkrete sager, hvor patienten har klaget, deltog patienten i samtlige sager i patientklagenævnet.

Der kan dog ikke siges noget generelt om hvorvidt de overlæger der deltog, også var de overlæger, der besluttede/var til stede under tvangsindgrebet. En del af udsagnene i caseundersøgelserne tyder på, at dette ikke altid er tilfældet. I forbindelse med sagerne fra Amager Hospital peger patientrådgiverne, nogle af lægerne og en nævnsformand således på vigtigheden af, at den læge, der deltager i mødet, kender patienten, og at det ikke altid er tilfældet.

##### 4.8.2.2 Virkninger for patientbehandlingen

I caseundersøgelserne er undersøgt, i hvilket omfang deltagelse af overlægen og andet personale kan have betydning for patientbehandlingen. Caseundersøgelserne har ikke i tilstrækkeligt omfang kunnet belyse dette forhold, idet der er fremkommet udsagn der peger i hver sin retning.

Det skal dog bemærkes, at en læge fra Herning Sygehus oplyser, at denne på mødet i patientklagenævnet i den undersøgte case forsøger at sikre alliancen mellem plejepersonale og patient ved blandt andet at lade lægen fremstå som den "skyldige".

En patientrådgivergruppe i Herning fremfører, at det er væsentligt at være opmærksom på, at de lokale patientklagenævne for nogle pati-

enter kan opleves som "en del af systemet" og mødeaftoldelsen kan fremkalde mistillid til systemet.

#### 4.8.2.3 Virkning i forhold til patienternes retssikkerhed

I forhold til om der faktisk indhentes fyldestgørende sagsmateriale, vurderes dette primært ud fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor patientklagenævnsmedlemmerne er blevet bedt om at besvare dette spørgsmål. 48 % af medlemmerne svarer, at materialet er fyldestgørende, mens 46 % svarer, at det i nogen grad er fyldestgørende. I nogen grad – tolkes her som værende det forhold, der blev skitseret under hensigtsmæssighedskriteriet, hvor det blev anført, at materialet kan mangle en bredere forklaring i forhold til det hændelsesforløb, der gik forud for tvangsindgrebet.

Betydningen af patientrådgiverdeltagelse i forhold til patientens retssikkerhed behandles i afsnit 8. I konsekvens heraf behandles her alene spørgsmålet om, hvilken betydning det har for patientens retssikkerhed, at der ikke altid fremsendes fyldestgørende materiale – særligt i tilfælde af tvangsfikseringssager.

Det har i undersøgelsen generelt vist sig, at patienternes opfattelse af varetagelsen af deres retssikkerhed bl.a. udspiller sig i forhold til oplevelsen af, hvordan mødet i patientklagenævnet faktisk udspiller sig. Flere parametre spiller ind i patientens overvejelser vedrørende tilliden til afgørelserne: kan patienten genkende det handlingsforløb, der bliver skitseret fra lægens side. Kommer patienten til orde under mødet, dvs. oplever patienten, at der bliver lyttet til hans/hendes version og endelig, viser det sig at have betydning om patientrådgiveren er til stede, og hvor aktiv en rolle rådgiveren spiller, i forhold til at hjælpe patienten med at få udtrykt holdninger og synspunkter.

Virksomheden af, om der foreligger et udtømmende sagsmateriale er derfor vanskeligt specifikt at svare på, men alt andet lige vil dette forhold være væsentligt set med patientøjne. I tilfælde af, at patienten har vanskeligt ved at udtrykke sine synspunkter, er det givet, at sagsmaterialet herved får en betydelig rolle i forhold til at skitsere det komplekse i en sag.

Et fyldestgørende sagsmateriale kan være en vigtig del af patientens vinkel på hændelsesforløbet og i højere grad materialet medtager hændelsesforløbet i jo højere grad vil der kunne skabes tillid til afgørelserne.

#### *Konklusion*

Det er vurderingen, at den administrative præcisering har haft effekt for så vidt angår mødested, deltagelse af læger og patienter og i mindre grad effekt i forhold til patientrådgivernes deltagelse (se kap. 8).

Selv om der foreligger en lægeerklæring ved hvert møde, kan denne være ikke-dækkende – særligt når det drejer om tvangsfikseringssager. Et fyldestgørende sagsmateriale er en vigtig del af patientens

vinkel på hændelsesforløbet og i højere grad materialet medtager hændelsesforløbet, i jo højere grad vil der kunne skabes tillid til afgørelserne. Set i det lys vil patienternes retssikkerhed kunne styrkes ved indholdsmæssig sikring af lægeerklæringerne, særligt ved tvangsfikseringssager.

#### 4.8.3 *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

I forhold til nytte- og bæredygtighedskriteriet vurderes det, hvorvidt de administrative præciseringer er holdbare set i et længere perspektiv, og herunder om der i tilknytning til bæredygtigheden kan identificeres barrierer for virkningen på sigt.

I tilknytning til denne vurdering vurderes desuden, hvorvidt der kan peges på, om der er behov for konkrete tiltag i forhold til forretningsordenen for yderligere at understrege præciseringerne.

##### 4.8.3.1 Behov for yderligere tiltag i forhold til forretningsordenen

Som nævnt i forrige afsnit kan bestemmelsen om deltagerkreds i de lokale patientklagenævne i mange tilfælde være for snæver.

I caseundersøgelserne fra Herning Sygehus og Amager Hospital har patientrådgiveren, en læge fra afsnittet og som regel en kontaktperson fra afsnittet deltaget i mødet i patientklagenævnet.

I forbindelse med sagerne fra Amager Hospital peger patientrådgiverne, nogle af lægerne og en nævnsformand på vigtigheden af, at den læge, der deltager i mødet, kender patienten, og at det ikke altid er tilfældet.

Set i lyset af ovenstående er det overordnet set vurderingen, at det kan overvejes at præcisere deltagerkredsen ved møderne i de lokale patientklagenævne, særligt sådan at det kan sikres, at deltagende personale ved tvangsfikseringer kan være til stede, herunder at det i højere grad understreges, at den læge der deltager i mødet, kender patienten.

Der kan desuden være behov for en præcisering af/udbygning af nu-gældende vejledning om, hvilke oplysninger der som minimum skal indgå i lægeerklæringerne – først og fremmest i tvangsfikseringssager.

#### *Konklusion*

Præciseringerne i forretningsordenen vurderes at være bæredygtige i forhold til mødested. Med hensyn til deltagelse kan overvejes at præcisere deltagerkredsen ved møderne i de lokale patientklagenævne, sådan at det bl.a. kan sikres, at deltagende personale ved tvangsfikseringer kan være til stede, og at det i højere grad understreges, at den læge der deltager i mødet, kender patienten.

Der kan desuden være behov for en præcisering af/udbygning af nu-gældende vejledning om, hvilke oplysninger der som minimum skal

indgå i lægeerklæringerne – først og fremmest i tvangsfikseringssager.

#### **4.9 Delkonklusion i forhold til deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn**

I forbindelse med psykiatrilovsrevisionen besluttedes administrativt at præcisere forretningsordenen for de lokale patientklagenævn med hensyn til mødested, mødedeltagere og beslutningsgrundlag.

Undersøgelsen viser, at det er relevant at møderne som udgangspunkt foregår på afdelingerne.

Det vurderes ligeledes hensigtsmæssigt at præcisere overlægens og patientrådgivers deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Den gældende vejledning vedr. indhold i lægeerklæringer vurderes at være relevant, men næppe i fuldt omfang adresserende behovet for sagsoplysning i tvangsfikseringssager, idet det anføres at det i flere sager er hensigtsmæssigt at opnå deltagelse af andet personale fra afdelingen.

Der mangler således – ikke sjældent – et mere helhedsskabende indtryk af det forløb, der førte til tvangsindgrebet og den efterfølgende klage.

I lyset heraf anføres i caseundersøgelsen, at det kan være et problem for afdelingerne, at materialet skal tilvejebringes på forholdsvis kort tid, samt at det på baggrund af en afdelings skiftende vagter, ofte kan være vanskeligt at have en forudgående dialog med de implicerede inden udfærdigelsen af lægeerklæringen.

Det er undersøgelsens konklusion at præciseringen af forretningsordenen har haft den ønskede effekt i forhold til mødested.

Lovrevisionen har haft effekt i forhold til at sikre lægens tilstedeværelse, dog er det ikke muligt på baggrund af statistikkerne at afgøre, om de læger der deltager, også er de læger der har været involveret og som kender patienten. Caseundersøgelserne tyder på, at dette ikke altid er tilfældet.

Med hensyn til patientrådgiverdeltagelse henvises til kap 8.

Et fyldestgørende sagsmateriale er en vigtig del af patientens vinkel på hændelsesforløbet og i højere grad materialet medtager hændelsesforløbet, i jo højere grad vil der kunne skabes tillid til afgørelserne. Set i det lys vil patienternes retssikkerhed kunne styrkes ved indholdsmæssig sikring af lægeerklæringerne, særligt ved tvangsfikseringssager.

Præciseringerne i forretningsordenen vurderes at være bæredygtige i forhold til mødested. Med hensyn til deltagelse kan overvejes at

præcisere deltagerkredsen ved møderne i de lokale patientklagenævn, sådan at det bl.a. kan sikres, at deltagende personale ved tvangsfikseringer kan være til stede, og at det i højere grad understreges, at den læge der deltager i mødet, kender patienten.

Der kan desuden være behov for en præcisering af/udbygning af nu-gældende vejledning om, hvilke oplysninger der som minimum skal indgå i lægeerklæringerne – først og fremmest i tvangsfikseringssager.

#### **4.10 Årsrapporter fra de lokale patientklagenævn**

Med henblik på at forbedre de lokale patientklagenævns muligheder for at indgå i dialog med afdelingerne, besluttedes det i forbindelse med lovrevisionen, at patientklagenævnene i samarbejde med afdelingerne udarbejder en årsrapport om deres virksomhed. I forarbejderne til loven blev det endvidere overvejet at udvide de lokale patientklagenævns tilsynskompetence med afdelingerne, således at disse blandt andet fik mulighed for at udøve uanmeldte tilsyn på afdelingerne. Det vurderedes dog, at dette ikke var nødvendigt, idet behovet herfor ansås for dækket af Folketingets § 71-udvalg, Ombudsmanden og Sundhedsstyrelsen.

I det følgende vurderes lovændringen vedrørende udarbejdelsen af årsrapporter i forhold til hensigtsmæssighedskriteriet, i forhold til effektivitetskriteriet og i forhold til nytte- og bæredygtighedskriteriet. For så vidt angår hensigtsmæssighedskriteriet afdækkes det, hvorvidt lovændringen er en hensigtsmæssig måde at adressere det forhold, at patientklagenævnet og afdelingerne derved får lettere adgang til at kommunikere og føre en dialog i forhold til de resultater, der skabes i patientklagenævnet. I forhold til effektivitetskriteriet er spørgsmålet, hvorvidt der faktisk er udarbejdet årsrapporter, og om årsrapporterne faktisk har medført en overførsel af viden til de pågældende afdelinger. Endelig vedrører nytte og bæredygtighedskriteriet det forhold at vurdere, om lovgivningen har et bæredygtigt – langsigtet perspektiv.

##### *4.10.1 Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet afdækker, hvorvidt årsrapporterne på en hensigtsmæssig måde adresserer ønsket om at sikre, at patientklagenævn og afdelingerne får et relevant redskab til kommunikation af de afgørelser, der træffes i patientklagenævnet.

Formålet med årsrapporterne er at tilvejebringe et dokumentationsmateriale for patientklagenævnets virksomhed, som skal danne grundlag for en dialog med den enkelte psykiatriske afdeling. Heraf følger, at formålet med årsrapporterne er at bidrage til en kvalitets sikring af afdelingens procedurer og herunder generelt set at medvirke til at formindske anvendelsen af tvang i psykiatrien.

Årsrapporterne fra de respektive patientklagenævn kan siges at bestå af de første udgaver, og det bærer tydeligvis præg af, at der har været en udvikling i indholdet og omfanget af informationer over de seneste år.

I dette tilfælde er der blandt lovbrugerne enighed om at påpege det formålstjenlige i, at statsamterne gør rede for deres virksomhed med henblik at kvalificere den viden, der er vedrørende klageadgangen, afgørelser osv.

#### *Konklusion*

Det er således undersøgelsens vurdering at lovgivningsændringen, hvorefter statsamterne skal udarbejde årsrapporter er et hensigtsmæssigt redskab i forhold til at tilvejebringe viden om statsamternes virksomhed, med henblik på at lade denne viden indgå i dialogen med de respektive sygehusafdelinger.

#### 4.10.2 *Effektivitetskriteriet*

Dette punkt vedrører for det første spørgsmålet om bestemmelsen overholdes dvs. om der faktisk udarbejdes årsrapporter. For det andet vedrører punktet en undersøgelse af hvilke virkninger årsrapporterne har i forhold til overførelse af viden/kvalitetsudvikling.

##### 4.10.2.1 Overholdes bestemmelserne?

Det kan konstateres, at dette kriterium er opfyldt, idet der foreligger årsrapporter fra samtlige statsamter for 2003.

##### 4.10.2.2 Virkninger i forhold til overførelse af viden/kvalitetsudvikling

I tilknytning til spørgsmålet vedrørende virkningerne for overførelse af viden skal det nævnes, at Ombudsmanden af egen drift iværksatte en undersøgelse af de regionale psykiatriske patientklagenævns årsberetninger for 2001 og 2002<sup>34</sup>. Ombudsmanden henstillede til Indenrigs og Sundhedsministeriet at fastsætte ændrede regler for udformning af årsberetningerne, hvorved det blandt andet sikres, at de statistiske oplysninger bliver mere præcise, og hvorved det bliver muligt at vurdere de enkelte patientklagenævns virksomhed i forhold til hinanden. Det fremgår af udtalelsen, at Ombudsmanden konstaterer, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udarbejdet fælles retningslinjer for udarbejdelsen af årsberetningerne og det konstateres, at der med årsberetningerne for 2003 er sket væsentlige forbedringer både med hensyn til indhold og til statistiske oplysninger.

Generelt set vurderes det af personalet, at udarbejdelsen af årsrapporter har en gavnlig effekt i forhold til muligheden for dialog mellem patientklagenævnet og afdelingen. På spørgsmålet om, hvordan statsamternes årsrapporter anvendes på afdelingerne svares der dog bredt. 35 % angiver at de anvendes i forhold til den interne kvalitetssikring, 41 % at de anvendes til dialog med statsamterne, 18 % angiver at de ikke anvendes, 11 % svarer, at de anvendes til andre formål, mens 33 % svarer ved ikke.

<sup>34</sup> Ombudsmandsudtalelse J.nr. 2002-26211-429

Patientrådgiverne modtager typisk årsberetningerne fra deres "eget" patientklagenævn og henholdsvis 14 og 44 % giver udtryk for, at de i høj grad anvender, eller i nogen grad anvender årsberetningerne i deres funktion som patientrådgivere.

I caserapporterne gives der især fra H:S-casen udtryk for, at årsberetningerne har en kvalitet, der gør afdelingsledelsen i stand til at anvende rapporterne på interne kurser og konferencer. Samtidig understreges værdien ved, at rapporterne fungerer som grundlag for en god dialog mellem afdelingen og i dette tilfælde Overpræsidiets. Som et udvidet element anføres det tillige at rapporterne udgør et grundlag for afdelingens dialog med Sundhedsstyrelsen.

På Herning Sygehus anføres det, at Patientklagenævnets beslutninger altid tages til efterretning, hvad enten der er tale om de konkrete enkeltsagsafgørelser eller en samlet vurdering på baggrund af årsrapporterne. I særlig grad fremføres det, at afgørelserne fra patientklagenævnet ofte drøftes i kollegiale sammenhænge, og herunder om tingene er gjort ordentligt i forbindelse med tvang.

#### *Konklusion*

Sammenfattende vurderes det derfor, at udarbejdelsen af årsrapporter har en forholdsvis god effekt i forhold til at anvende disse til kvalitetssikring og dialog. Dette gives der udtryk for både i caseundersøgelserne, hvor afdelingsledelserne anfører dette og i spørgeskemaundersøgelserne, hvor der dog kan konstateres en vis spredning i holdningerne til årsrapporternes anvendelsesmulighed.

#### *4.10.3 Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

I forhold til det fremadrettede perspektiv og herunder om årsrapporterne vil kunne udvikle sig yderligere som et væsentligt grundlag for dialog og videnoverførsel, er det vurderingen, at der fortsat er et potentiale i forhold til at virkeliggøre lovgivningens formål. Udgangspunktet for denne vurdering er, at der er en anerkendelse af, at årsrapporterne er med til at skabe viden, men vurderingen er, at der udover denne viden er behov for at tilrettelægge en intern proces på de respektive afdelinger, der virker i forhold til at omsætte den konkrete viden til procedurer og forretningsgange.

De respektive afdelingsledelser forsøger at imødekomme dette ved bl.a. at anvende årsrapporterne i den interne undervisning og ved afholdelse af konferencer med statsamtet.

Det er dog vurderingen, at der er et vist potentiale i at sikre udnyttelsen af årsrapporternes data.

### **4.11 Delkonklusion i forhold til årsrapporter fra de lokale patientklagenævne**

Det er undersøgelsens vurdering, at lovgivningsændringen, hvorefter statsamtterne skal udarbejde årsrapporter, er et hensigtsmæssigt

redskab i forhold til at tilvejebringe viden om statsamternes virksomhed med henblik på at lade denne viden indgå i dialogen med de respektive sygehusafdelinger.

Det kan tillige konstateres, at der faktisk er udarbejdet årsrapporter fra samtlige statsamter for 2003.

Årsrapporternes anvendelse har fortsat et potentiale, om end det tilsyneladende er et spørgsmål om tid, før årsrapporterne generelt set har en funktion der nærmer sig en præcedensskabende rolle. Generelt set er der tilsyneladende endnu ikke en grundlæggende viden hos personalet om de fordele, årsrapporterne kan være med til at skabe i forhold til en afdelings procedurer og iagttagelse af uhenigtsmæssigheder i opfattelsen af tvangsansvarelsen.

Caseundersøgelsen viser for begge afdelinger, at der synes at være skabt en dialog mellem sygehusafdeling og patientklagenævn, der kan danne baggrund for en kvalitetsudvikling af afdelingens procedurer.

Generelt set peges der derfor på, at årsberetningerne tilsyneladende er inde i en udvikling, hvor kvaliteten i beretningerne begynder at skabe grundlag for en på sigt præcedensskabende dialog med de enkelte sygehusafdelinger.

#### **4.12 Særlige problemstillinger fra børne- og ungdomspsykiatri**

I forbindelse med psykiatrilovsundersøgelsen er der gennemført interview med medarbejdere, afdelingsledelse og indlagte børn samt pårørende på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Bispebjerg Hospital. Formålet har været at afdække, om der er særlige problemstillinger som er gældende i forhold til børne- og ungepsykiatriske afdelinger for så vidt angår ændringerne til psykiatriloven.

De særlige problemstillinger vedrører primært det forhold, at der for børn og unge under 18 år skal iagttages et samspil mellem tre lovgivninger: psykiatriloven, Lov om patienters retsstilling og Lov om forældremyndighed og samvær. I det følgende redegøres der derfor indledningsvist om sammenhængen mellem disse lovgivninger<sup>35</sup>.

##### *Behandlingsbeslutninger*

En patient, der er under 18 år, har som udgangspunkt ikke handleevne. Det vil sige, at patienten som udgangspunkt ikke kan give informeret samtykke – medmindre der er en lovbestemmelse, der siger noget andet. En sådan bestemmelse findes i *Lov om patienters retsstilling*. Efter lov om patienters retsstilling er en person beslutningskompetent i forhold til behandling mv. ved det fyldte 15. år.

---

<sup>35</sup> Udredningen er foretaget af cand.jur. Ulla Hybel, Århus Universitet for Rambøll Management.



Udgangspunktet for en konkret vurdering vil derfor være at inddele de 0-18-årige patienter i 2 grupper, gruppen af 15-17-årige og gruppen af 0-14-årige:

### **15-17 år**

Patienten er beslutningskompetent, jf. lov om patienters retsstilling og heraf følger, at forældrene ingen beslutningskompetence har. Det vil sige, at den unges retsstilling er som voksnes ved indlæggelse og behandling på en psykiatrisk afdeling. Skønnes i et konkret tilfælde, at en patient mellem 15 og 18 år ikke er i stand til at forholde sig til behandlingsspørgsmålet, kan der indhentes samtykke fra forældremyndighedsindehaveren.

Afgørende for, om der kan ske indlæggelse og behandling ved tvang, er alene psykiatrilovens bestemmelser. Det betyder, at for denne aldersgruppe reguleres patientens retsstilling i forhold til psykiatrilovens bestemmelser ved anvendelse af tvang.

### **0-14 år**

For denne patientgruppe er det gældende, at de ikke selv er i stand til at give det nødvendige samtykke. Forældremyndighedsindehaveren skal derfor give informeret samtykke til indlæggelse, behandling mv. af barnet (Lov om forældremyndighed og samvær § 2).

Modsætter patienten sig behandling og indlæggelse, er samtykke fra forældremyndighedsindehaveren ikke altid tilstrækkelig. Betingelserne for udøvelse af tvang i psykiatriloven skal være opfyldt (som for voksnes vedkommende), idet det dog er en forudsætning, at den mindreårige anses for habil til at protestere. Om børn og unge under 15 år anses for habile til at protestere, må afgøres ud fra en konkret vurdering af barnets modenhed. Ifølge forarbejderne til psykiatriloven anses børn på 10 år og derunder som udgangspunkt ikke for værende habile til at protestere.

I praksis betyder dette, at der for børn og unge i aldersgruppen 11-15 år vil blive tale om at udøve et konkret skøn over det enkelte barns modenhed for at afgøre, om vedkommende er habil i henseende til at modsætte sig indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling.

Det vil sige, at psykiatriloven også finder anvendelse i forhold til sindssyge mindreårige – forudsat de har opnået en vis alder.

Er den mindreårige derimod ikke sindssyg, og dermed ikke opfylder betingelserne for tvang i psykiatriloven, er det forældremyndighedsindehaveren, der træffer afgørelser i forhold til indlæggelse og behandling. Modsætter den mindreårige sig behandling, bliver diskussionen herefter, om der i forældremyndighedsudøvelsen er hjemmel til tvang.

*Den praktiske forvaltning af lovgivningen på Bispebjerg Hospital*

Af interviewene med medarbejdere og afdelingsledelse fremgår det, at der eksisterer en grundlæggende bevidsthed om de ovenfor anførte problemstillinger, og at der kan være tale om skøn inden for en bestemt aldersgruppe. Det anføres således, at der arbejdes efter et fornuftsprincip, baseret på de konkrete forhold, der gør sig gældende i de enkelte sager.

På afdelingen administreres lovgivningen således, at hvis barnet er under 12 år, er det oftest Lov om forældremyndighed og samvær, der er retningsgivende for personalets håndtering af sagen. Hvis barnet er mellem 12 og 15 år tages der derimod udgangspunkt i, overvejende at lytte til børnene, og er de over 15 år er udgangspunktet at tage hensyn til barnets ønsker.

På afdelingen er der dog et grundlæggende synspunkt om, at psykiatriloven træder over Lov om forældremyndighed og samvær. Psykiatriloven er "grundloven" som det udtrykkes, og et af argumenterne herfor er, at det er erfaringen, at det giver færre konflikter mellem barn og voksen.

Dog vil der altid være tilfælde som befinder sig i gråzonen – fx ved patienter i 12-13 års alderen, hvor skønspincippet indgår.

På afdelingen fremføres det, at det er væsentligt at være bevidst om gråzonen, idet der argumenteres med, at der i praksis er videre adgang for indlæggelse af barnet mod dets ønsker i henhold til Lov og forældremyndighed og samvær end efter psykiatriloven. På afdelingen fremføres det videre, at der ganske vist defineres et aldersbetinget udgangspunkt for hvilken lov, der administreres efter, men at der heri indgår en overvejelse/skøn om barnets modenhed.

Et eksempel på dette er de sjældne sager, hvor Lov om forældremyndighed og samvær bruges, hvis man er i tvivl om, hvorvidt psykiatrilovens kriterier er overholdt. Et andet eksempel er, når afdelingen træder i forældremyndighedsindehavers sted, fx hvis en patient ønsker at forlade afdelingen, for at tage i byen en lørdag aften.

Afdelingen refererer, at forældre ofte responderer positivt på, at det er efter psykiatriloven der administreres, bl.a. fordi barnet ved indlæggelse tildeles en patientrådgiver.

Patientrådgiveren tager normalt ikke kontakt til forældrene i disse tilfælde, og mange forældre er glade for at slippe for at blive blandet ind i dette forhold, og kan efter deres opfattelse bedre støtte barnet, hvis de er "fri" af drøftelserne mellem barnet og patientrådgiveren.

Ovenstående gennemgang af gældende lovgivning og efterfølgende den konkrete udmøntning af lovgivningen på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, viser for det første, at der er en klar forståelse af sammenhængen mellem psykiatriloven og Lov om forældremyndighed og samvær. For det andet gives der i eksemplerne fra afdelingen dog også udtryk for, at det kan være vanskeligt at tage stilling

til, hvordan der skal handles i forhold til konkrete tilfælde/episoder. På det foreliggende grundlag vurderes det dog ikke, at lovgivningen bør ændres, idet det ikke vil kunne undgås, at der vil være tilfælde, hvor den skønsmæssige stillingtagen til barnets modenhed vil være en væsentlig baggrund for, hvilke handlinger der iværksættes.

#### **4.13 Konklusion i forhold til klagesystemet**

I det følgende opsummeres en samlet konklusion for hele afsnit 4, vedrørende klagesystemet fordelt på delafsnit.

##### **Klagesystemets indretning**

Det er undersøgelsens konklusion, at samlingen af klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn adresserer det behov, der ved lovforslagene blev formuleret i forhold til at undgå parallelbehandling af klager.

Lovændringen adresserer også formålet om at skabe gennemskuelighed i klagesystemet. Dog således, at det delte ankesystem, forstået som lægernes manglende mulighed for at anke afgørelser truffet i de lokale patientklagenævn, ikke entydigt – set fra lægeligt hold – kan vurderes som hensigtsmæssigt.

Der er fortsat visse problemer omkring gennemskuelighed, forstået således, at der er en vis utydelighed omkring grænserne for, og samspillet mellem de lokale patientklagenævn, sygehusmyndigheder og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Samlingen af 1. behandlingen af klager over tvangsanvendelse i de lokale patientklagenævn har betydet, at patienternes retssikkerhed er forbedret, idet:

- der ikke er noget der tyder på, at nævnene træffer indholdsmæssigt andre afgørelser end domstolene
- mødeformen i de lokale patientklagenævn giver patient og patientrådgiver mulighed for at formulere synspunkter direkte over for patientklagenævnet
- der er tale om en kortere sagsbehandlingstid i nævnet end ved domstolene
- klagesystemet ikke lægger hindringer i vejen for at fremsætte klager.

I den anden retning kan trække det forhold, at patienterne ikke ved behandlingen af klager er repræsenteret ved advokat. I caseundersøgelsen gives dog et eksempel på en sag, hvor patienten var repræsenteret ved advokat. Dette betød, at patienten ikke selv redegjorde for sine synspunkter, og hermed blev nævnets vurderingsgrundlag svækket.

Klagesystemet lægger som system ikke hindringer i vejen for patienterne til at fremsætte klager over tvangsanvendelse. De forhold der vurderes af betydning for klagefrekvensen er, hvordan patienten selv opfatter situationen, relationen mellem personalet og den enkelte

patient, og relationen mellem den enkelte patient og dennes patientrådgiver.

I det langsigtede perspektiv er det undersøgelsens konklusion, at der er behov for en lovgivningsmæssig præcisering af, og under hvilke konditioner skærmningstiltag kan ligestilles med øvrig tvangsanvendelse. *Heraf følger*, at der på baggrund af den lovgivningsmæssige præcisering af skærmningstiltag, skal stilles krav om registrering og udarbejdelse samt indberetning af tvangsprotokoller for tiltagene.

Og endelig kan konstateres, at der generelt set er øget opmærksomhed om begrebet husordener. Der vurderes ikke at være behov for, at klager vedr. husordener skal kunne indbringes for det lokale patientklagenævn. Der er derimod behov for, at der arbejdes hen imod en nærmere definition af begrebet, og herunder at der tages stilling til om der skal udfærdiges et sæt vejledende retningslinjer for husordener, samt om der skal være et overordnet tilsyn med husordener.

### **Balance mellem retssikkerhed og unødigt lidelse i forhold til reglerne om opsættende virkning af klage over tvangsbehandling**

Det er undersøgelsens konklusion, at der generelt er opbakning til, at de lokale patientklagenævne skal behandle klager over tvangsbehandling inden 7 dage efter at klagen er modtaget.

Der er dog stadig problemstillinger i relation til reglerne om opsættende virkning. Der er generel opbakning til, at klager over tvangsbehandling skal tillægges opsættende virkning, men det samlede tidsforløb i forhold til iværksættelse af tvangsbehandling medfører, at mange patienter er ubehandlede i længere tid. Dette medfører et etisk dilemma for personalet på de psykiatriske afdelinger. En stor del af personalet peger i den forbindelse på, at reglerne om opsættende virkning *kan* have en negativ indflydelse på behandlingskvaliteten og kontinuiteten i behandlingen.

Grundlæggende accepteres det dog, at "prisen" for imødekommelsen af patientens retssikkerhed kan være, at den opsættende virkning for nogle patienter kan medføre uhensigtsmæssigheder i forhold til kontinuiteten i behandlingen og dermed for behandlingskvaliteten.

Det påpeges dog, at der for de såkaldte "svingdørpatienter" eksisterer en ubalance, idet hensynet til patientens retssikkerhed ikke – set fra flere lovbrugeres side – synes at være begrundet tilstrækkeligt, set i forhold til det kendskab personalet har til patienten og til de lidelser, den opsættende virkning givet vil få for patienten, og tillige set i lyset af de afgørelser, der forventeligt vil komme fra patientklagenævnet.

Konsekvensen heraf er, at der i caseundersøgelserne gives udtryk for holdninger til, hvad der bør opfattes som en relevant motivationstid. Her peges der på, at en kortere/ingen motivationstid for svingdørpatienter kunne være et middel til at undgå unødigt lidelse.

For det andet udtrykkes det i caseundersøgelserne, som holdninger til kriterier for, hvornår klagen *ikke* skal tillægges opsættende virkning. I den forbindelse gøres der dog også opmærksom på, at en eventuel lempelse af reglerne i forhold til de tilfælde, hvor der ikke medfølger opsættende virkning af en klage kan betyde, at hvis en patient er behandlet, kan man ikke i samme omfang vurdere, om tvangsbehandlingen er berettiget.

Rambøll Management finder på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at det overvejes, hvordan den lille gruppe af patienter – om hvem der er en sikker viden om, at alene den foreslåede behandling har en effekt, og for hvem der er en sikker viden om, at et afbrud i/udskydelse af behandlingen vil betyde en væsentlig forringelse af det samlede forløb – bedst muligt sikres.

Sikker viden om den foreslåede behandlings effekt indebærer, at der for den samme patient på samme afdeling har været et sammenligneligt sygdomsmønster, og for hvilke der er positiv viden om, at den foreslåede behandling har haft de ønskede resultater.

Sikker viden om at udskydelse af /afbrud i behandling betyder væsentlig forringelse af det samlede forløb, skal bero på en dokumenteret viden herom og herunder væsentlige erfaringer på samme afdeling i forhold til den konkrete patient.

Dette kan sikres ved, at kriterierne for, hvornår klage over tvangsbehandling ikke skal tillægges opsættende virkning, udvides til også at omfatte denne gruppe.

Rambøll Management skal i den forbindelse pege på, at det ikke kan udelukkes, at denne gruppe kan omfattes af nuværende kriterier, i det omfang der generelt anlægges en bredere fortolkning af kriteriet "udsætte patientens helbred for fare".

### **De lokale patientklagenævns faglige kompetencer**

Ved psykiatrilovsrevisionen besluttedes at styrke de lokale patientklagenævns psykiatriske ekspertise. Sammensætningen af de lokale patientklagenævn blev fastholdt, idet det blev præciseret, at den lægelige repræsentant i nævnet så vidt muligt skulle være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri.

Det er undersøgelsens konklusion, at denne præcisering giver mulighed for at sikre psykiatrisk kompetence i de lokale patientklagenævn.

Kun 4 af de lokale patientklagenævn har lægelig repræsentation, hvor lægen er speciallæge i psykiatri<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Det er således kun 4 ud af 15 nævn der er repræsenteret med speciallæger i psykiatri. Heraf indgår 1 af de 4 som lægelig repræsentant i overpræsiediet, hvor der også er tilknyttet 2 øvrige læger som ikke er speciallæger i psykiatri.

Set i det lys viser undersøgelsen imidlertid, at der generelt er tilfredshed med sammensætningen af de lokale patientklagenævn.

Der er dog et vist lægeligt ønske om, at der skal være psykiatrisk ekspertise til stede i de lokale patientklagenævn, men der er ikke nogen entydighed heri.

I forhold til spørgsmålet om, hvilken betydning dette har for nævnenes evne til at vurdere sindssygdomskriteriet, viser gennemgang af anonyme klagesager, at nævnene stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, at patienten er sindssyg. Medlemmer af et lokalt patientklagenævn oplyser i denne sammenhæng, at dette stort set altid lægger sig op ad den lægelige vurdering af, om der er tale om sindssygdom eller en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed.

Spørgsmålet er oftest, om den pågældende er så behandlingskrævende, at kriterierne for anvendelse af de påklagede tvangsforanstaltninger er opfyldt.

Generelt set vurderes det på baggrund af lovbrugernes tilkendegivelser, at den generelle tillid til patientklagenævnets afgørelser er høj.

Der er tendens til at flere læger angiver, at de har større tillid til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn end til de lokale patientklagenævn. Ses høj tillid og nogen tillid under ét er der for *begge* instanser dog tale om, at 90 % af lægerne placerer sig i disse kategorier. Der kan således ikke tales om væsentlige forskelle i den lægelige tillid.

Det vurderes ikke, at der er behov for lovgivningsmæssigt at skærpe forventningerne til, at de lægelige medlemmer af de lokale patientklagenævn skal være speciallæger i psykiatri. Der kan være enkelt-sager som i deres indhold gør, at de lokale patientklagenævn har behov for ekstern speciallægelig vurdering

Dette er i enkelte tilfælde sket ved at konsultere Retslægerådet. Men generelt er der i de lokale patientklagenævn, der har deltaget i caseundersøgelserne udtrykt skepsis i forhold til en eksplicitering heraf.

Under indtryk heraf og under indtryk af de indkomne høringssvar er det Rambøll Managements vurdering, at der bør arbejdes videre med udvikling af en model, som sikrer de lokale patientklagenævn adgang til uafhængig psykiatriske ekspertise i særlige vanskelige sager (få om året), hvor der er behov for en grundlæggende vurdering af sindssygdomskriteriet.

### **Deltagelse, mødested og beslutningsgrundlag for de lokale patientklagenævn**

I forbindelse med psykiatrilovsrevisionen besluttedes administrativt at præcisere forretningsordenen for de lokale patientklagenævn med hensyn til mødested, mødedeltagere og beslutningsgrundlag.

Undersøgelsen viser, at det er relevant, at møderne som udgangspunkt foregår på afdelingerne.

Det vurderes ligeledes hensigtsmæssigt at præcisere overlægens og patientrådgiver deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Præciseringen adresserer dog ikke, at det i flere sager er hensigtsmæssigt at opnå deltagelse fra andet personale fra afdelingen.

Den gældende vejledning vedr. indhold i lægeerklæringer vurderes at være relevant, men næppe i fuldt omfang adresserende behovet for sagsoplysning.

Der mangler således – ikke sjældent – et mere helhedsskabende indtryk af det forløb der førte til tvangsindgrebet og den efterfølgende klage.

I lyset heraf anføres i caseundersøgelsen, at det kan være et problem for afdelingerne, at materialet skal tilvejebringes på forholdsvis kort tid, samt at det på baggrund af en afdelings skiftende vagter, ofte kan være vanskeligt at have en forudgående dialog med de implicerede inden udfærdigelsen af lægeerklæringer.

Det er undersøgelsens konklusion, at præciseringen af forretningsordenen har haft den ønskede effekt i forhold til mødested. Der har også været effekt med hensyn til deltagelse af læger, dog er det ikke muligt på baggrund af statistikkerne at afgøre, om de læger der deltager, også er de læger, der har været involveret, og som kender patienten. Caseundersøgelserne tyder på, at dette ikke altid er tilfældet.

Med hensyn til patientrådgiverdeltagelse henvises til kap 8.

Selv om der foreligger en lægeerklæring ved hvert møde, kan denne være ikke-dækkende – særligt når det drejer sig om tvangsfikseringssager.

Et fyldestgørende sagsmateriale er en vigtig del af patientens vinkel på hændelsesforløbet og i højere grad materialet medtager hændelsesforløbet, i jo højere grad vil der kunne skabes tillid til afgørelserne. Set i det lys vil patienternes retssikkerhed kunne styrkes ved indholdsmæssig sikring af lægeerklæringerne, særligt ved tvangsfikseringssager.

Præciseringerne i forretningsordenen vurderes at være bæredygtige i forhold til mødested. Med hensyn til deltagelse kan overvejes at præcisere deltagerkredsen ved møderne i de lokale patientklagenævn, sådan at det bl.a. kan sikres, at deltagende personale ved tvangsfikseringer kan være til stede, og at det i højere grad understreges, at den læge, der deltager i mødet, kender patienten.

Der kan desuden være behov for en præcisering af/udbygning af nu-gældende vejledning om, hvilke oplysninger der som minimum skal indgå i lægeerklæringerne – først og fremmest i tvangsfikseringssager.

### **Årsrapporter fra de lokale patientklagenævn**

Det er undersøgelsens vurdering, at lovgivningsændringen, hvorefter statsamterne skal udarbejde årsrapporter, er et hensigtsmæssigt redskab i forhold til at tilvejebringe viden om statsamternes virksomhed med henblik på at lade denne viden indgå i dialogen med de respektive sygehusafdelinger.

Det kan tillige konstateres, at der faktisk er udarbejdet årsrapporter fra samtlige statsamter for 2003.

Årsrapporternes anvendelse har fortsat et potentiale, om end det tilsyneladende er et spørgsmål om tid, før årsrapporterne generelt set har en funktion, der nærmer sig en præcedensskabende rolle. Generelt set er der tilsyneladende endnu ikke en grundlæggende viden hos personalet om de fordele, årsrapporterne kan være med til at skabe i forhold til en afdelings procedurer og iagttagelse af uhen-sigtsmæssigheder i opfattelsen af tvangsansvarelsen.

Caseundersøgelserne viser, at der synes at være skabt en dialog mellem sygehusafdeling og patientklagenævn, der tager sigte efter at fordrø en kvalitetsudvikling af afdelingens procedurer. Generelt set peges der derfor på, at årsberetningerne tilsyneladende er inde i en udvikling, hvor kvaliteten i beretningerne begynder at skabe grundlag for en på sigt præcedensskabende dialog med de enkelte sygehusafdelinger.

### **Særlige problemstillinger fra børne- og ungdomspsykiatri**

I forhold til børne- og ungepsykiatrien viser undersøgelsen, at der er en forståelse af sammenhængen mellem psykiatriloven og lov om forældremyndighed og samvær. Der fremføres dog i undersøgelsen eksempler på, at det i konkrete tilfælde kan være vanskeligt at tage stilling til, hvordan der skal handles i forhold til enkelt-sager, men på det foreliggende grundlag vurderes det ikke, at lovgivningen bør ændres, idet der ikke vil kunne undgås at være tilfælde, hvor den skønsmæssige stillingtagen til barnets modenhed vil være en væsentlig baggrund for, hvilke handlinger der iværksættes.





## 5. Delegation af overlægens kompetence

Af forarbejderne til lovrevisionen fremgår, at ordet "overlægen" fremgik af psykiatriloven af 1989, uden at det var klart, om denne formulering samtidig var et forbud mod, at kompetencen blev delegeret til andre på afdelingen.

I psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 peges således på, at der er behov for at få afklaret, hvornår ordet overlæge er til hinder for at kompetencen under overlægens fravær delegeres til andre læger på afdelingen. Der peges også på et behov for at få afklaret, om en beslutning, der efter loven skal træffes af overlægen personligt og således ikke kan træffes af underordnet lægeligt personale, kan anses for truffet af overlægen, når overlægen efterfølgende tager stilling hertil.

I psykiatrilovsrevisionen præciseres derfor, at overlægen har ansvaret for, at der udarbejdes behandlingsplaner og for at påse, at tvang ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Delegation af overlægens kompetence vedrører en række beslutninger – fx beslutninger om tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling – som normalt af hensyn til patienternes retssikkerhed skal træffes af overlægen. Med lovændringerne fra 1998 blev der tilføjet en bestemmelse om, at disse beslutninger i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, dog således at overlægen efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen. Bestemmelsen blev tilføjet for at undgå praktiske problemer i overlægens fravær.

De beføjelser, bestemmelsen omhandler, omfatter overlægens kompetence til:

- at træffe afgørelse om, hvorvidt betingelser for tvangsendlæggelse/tvangstilbageholdelse er opfyldt
- at efterprøve betingelserne for frihedsberøvelse (3, 10, 20 og 30 dage samt herefter mindst hver 4. uge)
- at beslutte om en tvangsendlagt eller tvangstilbageholdt person, som har forladt psykiatrisk afdeling, skal føres tilbage til afdelingen med politiets hjælp
- at træffe afgørelse om tvangsbehandling, herunder hvorvidt der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse
- at træffe beslutning om tvangsbehandling i samarbejde med overlægen på den pågældende somatiske afdeling

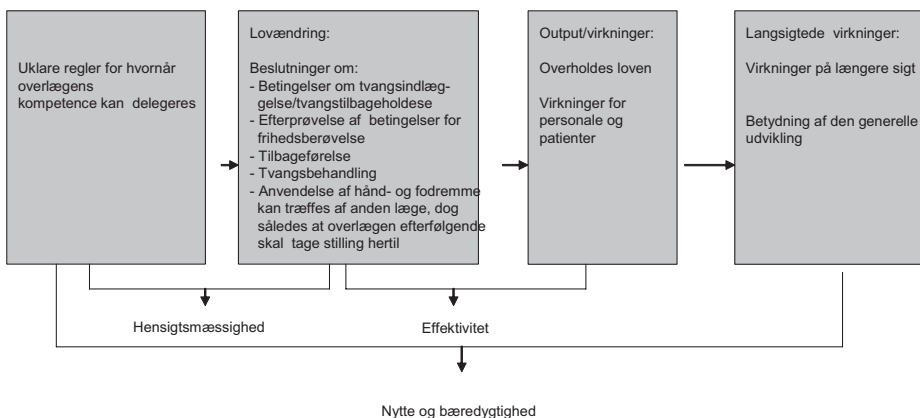
- at træffe beslutning om, hvorvidt der ved tvangsfiksering foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme.

## 5.1 Analytisk tilgang

Som det fremgår ovenfor, indebærer psykiatrilovsrevisionen en præcisering af, hvornår det er muligt at delegerer overlægens kompetence.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssighedskriterium, et effektivitetskriterium og et nytte- og bæredygtighedskriterium.

Kriterierne og disses generelle sammenhæng er beskrevet i afsnit 2. For så vidt angår delegation af overlægens kompetence, angives sammenhængen i kriterierne i skemaet nedenfor.



### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang præcisering af reglerne for delegation af overlægens kompetence er relevant som middel til at skabe klarhed over betingelserne herfor.

Undersøgelsesområdet vil derfor under dette kriterium være:

- Er lovrevisionen dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger?  
Analysen heraf vil bero på, i hvilket omfang personalet mener, at de nuværende betingelser skaber klarhed over betingelserne for delegation.
- Er lovmæssig præcisering af betingelserne for delegation af overlægens kompetence en god metode til at skabe klarhed herover?  
Vurderingen heraf vil hvile på en juridisk analyse af eventuelle alternative reguleringsmåder, og om disse ville være velegnede til at nå klarhed over delegationsbetingelserne.

### *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang lovbestemmelsen er effektiv, det vil sige om loven overholdes og om den giver de resultater, det var forudsat. Herunder vil det være af betydning at afdække, hvilke virkninger loven har haft for såvel personale som for patienter.

Undersøgelsesområdet under dette kriterium vil derfor være:

- Overholdes reglerne for delegation af overlægens kompetence?  
Indikatorer for lovoverholdelse omfatter en vurdering af, om delegationssituationerne svarer til lovgivningen, herunder de forventninger der blev udtrykt i den sammenhæng, og om der sker den forudsatte efterprøvelse.
- Hvilke virkninger har reglerne for delegation af overlægens kompetence haft for personalet?  
Beslutninger om anvendelse af tvang er og opleves af personalet som vanskelige beslutninger, hvilket aktualiserer spørgsmålet om, i hvilket omfang de yngre læger føler sig fagligt rustet til at modtage denne kompetence.
- Hvilke virkninger har reglerne for delegation af overlægens kompetence haft for patienterne?  
Interessen i denne analyse vil være rettet imod, om det forhold at kompetencen til at beslutte anvendelse af tvang er delegeret til anden læge, og om det har betydning for det materielle indhold – dvs. om der træffes anden beslutning, end den som overlægen selv ville have truffet.

### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette kriterium indgår overvejelser om, i hvilket omfang det må antages, at tidsperspektivet vil have betydning for regeloverholdelsen – dvs. om evt. manglende overholdelse af bestemmelserne vil blive rettet op over tid.

Herudover undersøges, om den generelle faglige og samfundsmæssige udvikling tilsiger en ændring i de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence.

Undersøgelsesområdet under dette kriterium er således:

- Kan der forventes andre virkninger over tid?
- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at der efter lovrevisionen er opstået et pres på de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence?

### *Data*

Undersøgelsen baseres på data fra ombudsmandsudtalelser, spørgeskemaundersøgelsen blandt personale og data fra de gennemførte

caseundersøgelser. Som det fremgår af metodebilaget, er data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet umiddelbart generaliserbare<sup>37</sup>. Som supplement hertil kan anvendes data fra Ombudsmandens undersøgelser og fra de gennemførte caseundersøgelser.

Kombinationen af disse datakilder udgør en hensigtsmæssig baggrund for at kunne konkludere i forhold til bestemmelsens effektivitet.

## 5.2 Hensigtsmæssighedskriteriet

Undersøgelsesområdet vil her være, om lovrevisionen er dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger, og om en lovmæssig præcisering af betingelserne for delegation af overlægens kompetence er en god metode.

### 5.2.1 *Er lovrevisionen dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger?*

Som indikator herpå undersøges, i hvilket omfang personalet mener, de nuværende betingelser skaber klarhed over betingelserne for delegation.

I spørgeskemaundersøgelsen angiver et lille flertal på 50 % af 1. reservedeleger og afdelingslæger, at de "i høj grad" har kendskab til vilkår og betingelser for delegation af overlægens kompetence. 35 % meddeler, at dette "i nogen grad" er tilfældet, mens under 10 % mener det "i mindre grad" eller "slet ikke" forholder sig sådan.

Lovrevisionens indhold synes således at være dækkende for de beskrevne problemstillinger, idet der er skabt klarhed over delegationsmuligheder og betingelser.

### 5.2.2 *Er lovmæssige præciseringer af betingelserne for delegation af overlægens kompetence en god metode til at skabe klarhed herover?*

Det fremgår af forarbejderne til lovrevisionen, at uklarhederne omkring, hvornår det var muligt at delegere overlægens kompetence, netop stammer fra de konkrete lovgivningsmæssige formuleringer. Derfor vurderes det alene for muligt at rette denne uklarhed op gennem revision af loven. Den valgte metode kan derfor anses for hensigtsmæssig.

Det kan således konkluderes, at revisionen af bestemmelserne for delegation af overlægens kompetence er dækkende for de daværende problemstillinger, og at det har været hensigtsmæssigt at anvende en lovrevision som redskab til at skabe klarhed. Dette bundner i, at det ikke er muligt at anvende andre metoder til at skabe klarhed

---

<sup>37</sup> Med forbehold for de validitetsproblemer der altid vil være forbundet med, at der kan være forskel på, hvad folk siger, de gør, til hvad de faktisk gør.

over betingelserne og i, at den indholdsmæssige del af revisionen har skabt klarhed over delegationsbetingelserne blandt personalet.

### **5.3 Effektivitetskriteriet**

Undersøgelsesområdet under dette kriterium vil for det første være, om reglerne for delegation af overlægens kompetence overholdes. For det andet, hvilke virkninger reglerne om delegation af overlægens kompetence har haft for personalet. Og endelig, hvilke virkninger reglerne for delegation af overlægens kompetence har haft for patienterne.

#### *5.3.1 Overholdes reglerne for delegation af overlægens kompetence?*

Indikatorer for lovoverholdelsen er dels om delegationssituationerne svarer til forventninger ved lovrevisionen, dels om der faktisk sker den forudsatte efterprøvelse.

Med hensyn til delegationssituationerne må antages, at reglerne for delegation overvejende finder anvendelse i de situationer, hvor beslutning om tvangsanvendelse skal træffes uden ophør – dvs. tvangstilbageholdelse og efterprøvelse samt anvendelse af hånd- og fodremme.

Herudover kan forventes, at delegation af kompetence primært sker, når overlægen af arbejdstilrettelæggelseshensyn ikke er til stede, dvs. uden for dagarbejdstid.

Spørgeskemaundersøgelserne viser, at såvel overlæger som yngre læger angiver, at bestemmelserne om delegation af overlægens kompetence først og fremmest anvendes ved beslutninger om betingelser for tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse og ved efterprøvelse af betingelser for frihedsberøvelse.

Næsten 79 % af de yngre læger angiver, at de ofte eller en gang imellem træffer beslutninger om betingelserne for tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse, og 75 % af overlægerne angiver, at dette ofte eller en gang imellem sker. Men hensyn til efterprøvelse af betingelser for frihedsberøvelse er de tilsvarende tal, at 80 % af de yngre læger angiver, at de ofte eller en gang imellem træffer beslutning herom. Det samme tal for overlægerne er 75 %.

For så vidt angår tilbageførelse, tvangsbehandling og anvendelse af hånd- og fodremme er delegationsgraden mindre hyppig.

For tilbageførelse angiver 34 % af de yngre læger, at de ofte træffer beslutning herom, 35 % at dette sker en gang imellem, og 20 % at dette sker sjældent. Overlægenes vurdering af hyppigheden af, hvornår beslutning om tilbageførelse træffes af yngre læger, svarer stort set hertil.

Delegation af beslutninger om tvangsbehandling delegeres efter såvel overlægers som yngre lægers opfattelse som hovedregel sjældent eller aldrig. 57 % af de yngre læger og 67 % af overlægerne vurderer, at dette er tilfældet. 13 % af de yngre læger og 12 % af overlægerne vurderer, at der ofte sker delegation af overlægens kompetence ved beslutning om tvangsbehandling.

Med hensyn til anvendelse af hånd- eller fodremme ved tvangsfiksering angiver 30 % af de yngre læger, at de ofte træffer beslutning herom, 35 % at dette sker en gang imellem, og 24 % at dette sker sjældent. 10 % vurderer, at dette aldrig finder sted.

Overlægenes vurdering af hyppigheden er en smule anderledes, idet 20 % vurderer, at dette sker ofte, 30 % at dette sker en gang imellem, og 20 %, at dette sker sjældent. 24 % af overlægerne angiver, at beslutning om anvendelse af hånd- og fodremme aldrig forekommer.

Dette kan måske skyldes, at de ikke er ansat på en lukket afdeling, hvor denne type af tvang oftest forekommer.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvornår overlægens kompetence delegeres, svarer 90 % af de yngre læger, at årsagen til, at kompetencen blev delegeret, var, at beslutningen skulle træffes uden for normal dagarbejdstid.

Af andre årsager til delegation af kompetence svarer næsten halvdelen, at overlægen var fraværende af anden årsag. Lidt over 30 % svarer, at delegation af overlægens kompetence fungerer som et led i driftstilrettelæggelsen på afdelingen. Dette forhold skal dog næppe ses som et alternativ til kriteriet om overlægens fravær, men nok snarere som et supplement.

På den baggrund kan konkluderes, at bestemmelserne om, hvornår overlægens kompetence kan delegeres, overholdes.

Med hensyn til overholdelse af bestemmelserne om efterprøvelse af beslutninger truffet under overlægens fravær oplyser 87 % af de yngre læger, at dette altid eller næsten altid sker umiddelbart – efter at overlægen kommer tilbage på afdelingen – dvs. samme dag.

93 % af overlægerne angiver, at de altid eller næsten altid tager aktivt stilling til trufne beslutninger, umiddelbart efter de kommer tilbage på afdelingen.

Der er således god overensstemmelse mellem svarene fra de yngre læger og svarene fra overlægerne, og det vurderes at bestemmelsen om, at overlægen aktivt skal tage stilling til trufne beslutninger i hans fravær, er overholdt.

I forlængelse af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse skal anføres, at en gennemgang af et udsnit af afgørelserne refereret i de

lokale patientklagenævns årsrapporter viser meget få sager, hvor man fra de lokale patientklagenævn har påtalt, at beslutningen er truffet af en anden person end overlægen.

Sammenfattende kan det således konkluderes, at bestemmelserne om delegation af overlægens kompetence overholdes, idet delegation af kompetence hyppigst sker på de områder, hvor psykiatriloven præcist angiver, hvornår beslutningerne skal tages (frihedsberøvelse og efterprøvelse).

Det er endvidere konklusionen, at der på rimelig vis er overensstemmelse mellem de yngre lægers og overlægernes opfattelse af, hvornår kompetencen delegeres – dog således, at der er tendens til, at overlægerne generelt angiver en lidt mindre delegationshyppighed.

Bestemmelserne om, hvornår overlægens kompetence kan delegeres, svarer til forventningerne.

Og endelig viser undersøgelsen, at bestemmelsen, om at overlægen aktivt skal tage stilling til trufne beslutninger i hans fravær, overholdes.

### 5.3.2 *Hvilke virkninger har reglerne for delegation af overlægens kompetence haft for personalet?*

Baggrunden for delegationsbestemmelserne var ønsket om at give mulighed for en hensigtsmæssig driftstilrettelæggelse på afdelingerne, idet det ikke er muligt for overlægerne at være til stede eller til rådighed på alle tider af døgnet.

Delegationsbestemmelserne giver således overlægerne mulighed for "almindelige" arbejdstidsvilkår.

Beslutninger om anvendelse af tvang er og opleves af personalet som vanskelige beslutninger, hvilket aktualiserer spørgsmålet om, i hvilket omfang de yngre læger føler sig fagligt rustet til at modtage denne kompetence.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 97 % af de yngre læger altid eller næsten altid føler sig fagligt rustet til at anvende den delegerede beslutningskompetence.

På den baggrund kan konkluderes, at de yngre læger, der modtager kompetence til at træffe beslutninger under overlægens fravær, føler sig rustet hertil, og dermed har bestemmelsen ikke specifikke virkninger for personalet i form af utryghed.



### 5.3.3 *Hvilke virkninger har reglerne for delegation af overlægens kompetence haft for patienterne?*

Psykiatrilovens fastsættelse af, at det er overlæger, der træffer beslutning om anvendelse af tvang og efterprøvelse af frihedsberøvelse, bundet i et hensyn til patienternes retssikkerhed. Det er derfor af betydning, om beslutninger, der er truffet af de læger, hvortil kompetencen er delegeret, ikke indholdsmæssigt adskiller sig fra de beslutninger, der ville være blevet truffet af overlægen selv.

Det forhold, at psykiatriloven angiver nogle absolutte tidsfrister for efterprøvelse af frihedsberøvelse, indebærer, at yngre læger ikke sjældent træffer beslutning herom i overlægens fravær. Spørgsmålet bliver i den forbindelse, hvilke konsekvenser dette har for efterprøvelsen.

Med hensyn til den indholdsmæssige del af de beslutninger, der træffes under overlægens fravær, oplyser 45 %, at de aldrig har omgjort en beslutning og 43 %, at dette er sket sjældent. Næsten 60 % af de yngre læger angiver, at de ikke har været udsat for, at overlægen omgør beslutninger, de har truffet under hans/hendes fravær, og 34 % at dette er sket sjældent.

På den baggrund vurderes det for muligt at konkludere, at muligheden for delegation som hovedregel ikke har indholdsmæssig betydning for trufne beslutninger.

Som det fremgår af afsnit 5.2.1 anvendes reglerne for delegation af overlægens kompetence ofte, når det drejer sig om efterprøvelse af betingelser for opretholdelse af frihedsberøvelse.

Det skyldes, at efterprøvelsen efter psykiatriloven skal ske på konkret fastsatte datoer, uanset om disse falder i weekends eller på helldage.

Det er derfor forudsigeligt, om efterprøvelsen konkret kan ske ved overlægens beslutning, eller om denne vil skulle delegeres til yngre læge.

I de gennemførte caseundersøgelser er det oplyst, at i de tilfælde hvor det er forudsigeligt, at efterprøvelsen skal ske på en dag, hvor overlægen ikke er til stede, forberedes beslutningen herom på den seneste dag, hvor overlægen er til stede. Hermed sikres, at efterprøvelsen sker ved den kendte overlæge, men i realiteten sker efterprøvelsen indholdsmæssigt i begrænset omfang på den i lovgivningen fastsatte dato.

På den baggrund kan konkluderes, at bestemmelserne om delegation af overlægens kompetence som hovedregel ikke har betydning for det materielle indhold i de beslutninger, der træffes under overlægens fravær og dermed har bestemmelsen ikke betydning for patienternes retssikkerhed. Kompetencedelegationen kan blandt andet ved efterprøvelse af tvangstilbageholdelse forberedes fra overlægens

side, hvilket reelt indebærer, at denne i stort omfang indholdsmæssigt foregår på en anden dag end fastsat i loven.

#### **5.4 Nytte- og bæredygtighedskriteriet**

Under dette kriterium indgår overvejelser om, i hvilket omfang det må antages, at tidsperspektivet vil have betydning for regeloverholdelsen – dvs. om evt. manglende overholdelse af bestemmelserne vil blive rettet op over tid.

Herudover undersøges, om den generelle faglige og samfundsmæssige udvikling tilsiger en ændring i de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence.

Undersøgelsesområdet under dette kriterium er således:

- Kan der forventes andre virkninger over tid?
- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at der på sigt vil opstå et pres på de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence?

Som det fremgår af afsnit 5.2 er der ikke noget, der tyder på, at loven ikke er implementeret. Regler overholdes både i relation til, hvornår kompetencen delegeres, og i forhold til reglerne om efterprøvelse.

Sammenfaldet mellem de yngre lægers besvarelser og overlægers besvarelser omkring bestemmelserne tyder også på tilfredshed med de nuværende regler.

I spørgeskemaundersøgelsen har 82 % af overlægerne endvidere oplyst, at de finder de nuværende regler for delegation for passende. Kun ca. 10 % oplyser, at de finder reglerne for stramme.

På den baggrund kan det således konkluderes, at det ikke kan forventes, at der udvikler sig en anden praksis end den nuværende, og at der ikke er behov for ændringer i de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence.

#### **5.5 Konklusion i forhold til reglerne om delegation af overlægens kompetence**

Psykiatrilovsrevisionen indebar, at reglerne for delegation af overlægens kompetence i forhold til en række beslutninger om tvangsansendelse blev præciseret.

Præciseringen af reglerne vurderes at have skabt klarhed over delegationsbetingelserne. Analysen viser endvidere, at de lovgivningsmæssige ændringer og præciseringer har været en effektiv måde at

imødekomme de uklarheder, der har været vedrørende delegationsmuligheder.

Undersøgelsen viser at delegation af kompetence hyppigst sker på de områder, hvor psykiatriloven præcist angiver, hvornår beslutningerne skal tages, dvs. frihedsberøvelse og efterprøvelse af frihedsberøvelse. Dette svarer til forventninger, fordi den snævre angivelse af tider for beslutninger indebærer, at disse ikke sjældent skal træffes uden for normal dagarbejdstid.

Herudover er afdækket, at der på rimelig vis er overensstemmelse mellem de yngre lægers og overlægernes opfattelse af, hvornår kompetencen delegeres – dog således, at der er tendens til, at overlægerne generelt angiver en lidt mindre delegationshyppighed.

Bestemmelsen om, at overlægen aktivt skal tage stilling til trufne beslutninger i hans fravær, overholdes.

Det er desuden undersøgelsens konklusion, at de yngre læger, der modtage kompetence til at træffe beslutninger under overlægens fravær, føler sig rustet hertil.

I forhold til betydningen for de beslutninger, der træffes under overlægens fravær, viser undersøgelsen, at bestemmelserne om delegation af overlægens kompetence som hovedregel ikke har betydning for det materielle indhold i trufne beslutninger. Dermed har bestemmelsen ikke betydning for patienternes retssikkerhed.

Og endelig peges i undersøgelsen på, at kompetencedelegationen ved efterprøvelse af tvangstilbageholdelse – i det omfang denne skal ske på en dag, hvor overlægen ikke er til stede – forberedes fra overlægens side. Konsekvensen heraf er, at efterprøvelsen i et ikke ubetydeligt indholdsmæssigt omfang foregår på en anden dag end fastsat i loven.

Det kan ikke forventes, at der udvikler sig en anden praksis end den nuværende, og at der ikke er behov for ændringer i de nuværende regler for delegation af overlægens kompetence.

## 6. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

I forarbejderne til lovrevisionen peges blandt andet på, at det af Sundhedsministeriets og Socialministeriets redegørelse om "Fremrykning af indsatsen for sindslidende" af 1993 fremgår, at: Udskrivningsprocedurer er vigtige for en god og sammenhængende psykiatri. Ligeledes henvises til Sundhedsministeriets redegørelse af 1996 for indsatserne for sindslidende, hvoraf det fremgår, at: Der er behov for at sikre en klar placering af behandlingsansvar og ansvar for de sociale tilbud for den gruppe af sindslidende, der ofte kaldes de særligt vanskeligt stillede sindslidende.

Med henblik herpå blev derfor med psykiatrilovsrevisionen indført bestemmelser om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Det fremgår blandt andet af det lovforberedende arbejde, at: "På denne baggrund foreslås, at pligten til at følge patienten efter udskrivning fastlægges således, at denne mindre gruppe patienter sikres en bedre opfølgning. Den foreslåede ordning baseres på såkaldte udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der kan betragtes som et supplement til de allerede eksisterende behandlingsplaner, som efter psykiatrilovens § 3.3 skal opstilles for enhver, der indlægges på en psykiatrisk afdeling. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vil endvidere udgøre resultatet af de drøftelser, der hidtil ofte har fundet sted ved udskrivningskonference mellem afdelingen og de behandlere, der forudsættes at overtage behandlingen, efter udskrivelse har fundet sted."

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner adskiller sig således fra øvrige udskrivningsaftaler/udskrivningsaktiviteter ved at være:

- Formaliserede
- Skriftlige i form af et dokument.

Målgruppen for disse aftaler var de særligt vanskeligt stillede sindslidende, der må antages efter udskrivning ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred.

Det fremgår af vejledning om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner<sup>38</sup>, at den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder i kommune og amt, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

---

<sup>38</sup> VEJ nr. 203 af 08/12/1998 (Gældende) Vejledning om psykiatrilovens revision (forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger).

Vejledningen specificerer endvidere, at det kan dreje sig om patienter med alvorlige sindslidelser, der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Der kan fx være tale om patienter, der samtidig lider af skizofreni og har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at udskrivningsaftalerne skal indeholde:

- En beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud
- De behandlingsmæssige og sociale tilbud, som vil være relevante for patienten
- Angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl.
- Dato for udløb af aftalen
- Angivelse af, hvornår aftalen skal tages op til vurdering
- Hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen
- Hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud
- Hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Koordinationsplaner udarbejdes, såfremt patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale.

Både for så vidt angår udskrivningsaftaler som koordinationsplaner er der tale om, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med relevante myndigheder m.fl. gennem fælles konferenceaktivitet tilrettelægger de fortsatte behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Både for udskrivningsaftaler og for koordinationsplaner er der alene tale om tilbud, som ikke kan gennemtvinges over for patienten.

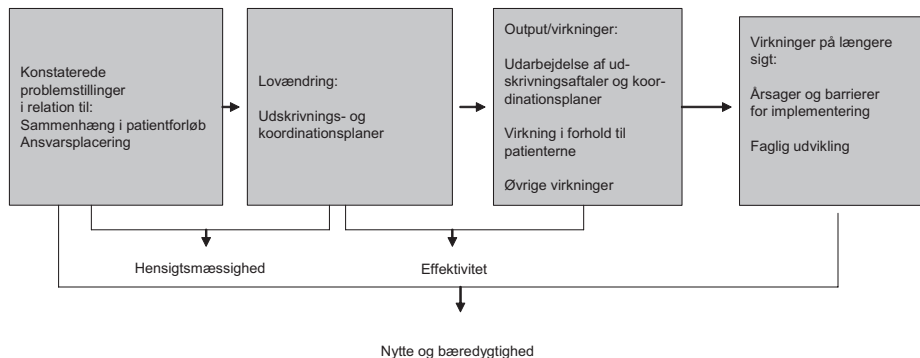
Indholdsmæssigt er udskrivningsaftalen og koordinationsplanen således ens, og der blev i sammenhæng med denne bestemmelse desuden givet mulighed for, at den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, såfremt videregivelsen anses for nødvendig af hensyn til indgåelse og overholdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

## **6.1 Analytisk tilgang**

Psykiatrilovsrevisionen indebærer, at der blev indført en pligt til at følge en mindre gruppe af særligt vanskeligt stillede udskrevne patienter efter udskrivelsen. Med psykiatriloven blev endvidere anvist, på hvilken måde dette forudsattes at skulle ske, nemlig gennem anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssighedskriterium, et effektivitetskriterium og en nytte- og bæredygtighedskriterium.

Kriterierne og disses generelle sammenhæng med analysens undersøgelsesspørgsmål er beskrevet i afsnit 2. For så vidt angår udskrivningsaftaler og koordinationsplaner angives sammenhængen i skemaet nedenfor.



#### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Med psykiatriloven blev der sat fokus på behovet for at sikre sammenhængende forløb, herunder at der for en gruppe af særligt vanskeligt stillede patienter blev indført pligt til at følge disse patienter efter udskrivelsen. Dette forudsattes realiseret gennem anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Under hensigtsmæssighedskriteriet vurderes om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som redskab adresserer de beskrevne problemstillinger. Det vil sige, om de elementer, der indgår i planerne/aftalerne, sikrer en relevant opfølgende indsats, og om der er tale om en klar ansvarsplacering for den opfølgende indsats.

Derudover undersøges, om valg af lovgivning er et hensigtsmæssigt redskab til regulering af specifikke udskrivningsprocedurer. Valg af lovgivning som middel til at regulere praksis skal i den sammenhæng forstås i sammenligning med andre reguleringsformer, fx udarbejdelse af faglige standarder, faglige prioriteringer mv.

De to undersøgelsesområder under dette kriterium vil således være:

- Er udskrivningsaftaler og koordinationsplaner dækkende for de beskrevne problemstillinger?
- Er det hensigtsmæssigt at regulere udskrivningsprocedurer via lovgivning?

#### *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang lovbestemmelsen er effektiv, det vil for det første sige, om bestemmelsen har ført til, at der i praksis udarbejdes de forventede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

For det andet undersøges om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i praksis imødekommer de beskrevne problemstillinger – dvs. om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner sikrer en bedre sammenhæng ved udskrivelsen. Begrebet sammenhæng omfatter i nærværende undersøgelse to aspekter, nemlig dels den form for sammenhæng der skabes via informationsudveksling og konkret samarbejde, dels den form for sammenhæng der tager sigte på at fastholde en patient i et givet behandlingsforløb.

Og for det tredje undersøges, om bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har haft andre virkninger i forhold til patienter og personale.

Undersøgelsesområderne under dette kriterium vil derfor være:

- I hvilket omfang udarbejdes det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?
- I hvilket omfang sikrer udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i praksis sammenhæng i patientforløbene?
- Hvilke øvrige virkninger har bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner haft i forhold til patienter og personale?

#### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette kriterium indgår overvejelser om, i hvilket omfang det må antages at tidsperspektivet vil have betydning for regeloverholdelsen – dvs. om det kan forventes, at der over tid bliver en større målopfyldelse for at der udarbejdes flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Herudover undersøges, om den generelle faglige og samfundsmæssige udvikling i øvrigt påvirker anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som redskab.

Undersøgelsesområder herunder er således:

- Kan det over tid forventes, at der bliver større målopfyldelse i form af, at der udarbejdes flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?
- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner påvirkes som redskab?

#### *Data*

Analysen bygger på anvendelse af følgende datakilde: Danske undersøgelser, data fra de gennemførte spørgeskemaundersøgelser, data fra dybdeundersøgelsens fokusgrupper, og endelig indgår data fra de gennemførte caseundersøgelser.

Som det fremgår af metodebilaget, er data fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt personale umiddelbart generaliserbare. Data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt patienterne er velegnede som fingerpeg om opfattelsen af forskellige parametre. Data fra dybdeundersøgelsen og fra de gennemførte caseundersøgelser anvendes til at begrunde og uddybe spørgeskemaundersøgelsesresultater. Endelig skal anføres, at data fra danske undersøgelser anvendes som grundlag primært for en mere teoretisk vurdering af hensigtsmæssighedskriteriet.

Det er undersøgelsens vurdering, at kombinationen af disse datakilder giver et godt grundlag for at kunne analysere bestemmelsen omkring udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der henvises i øvrigt til overvejelserne i undersøgelsens metodebilag.

## **6.2 Hensigtsmæssighedskriterium**

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører en analyse af, om det er hensigtsmæssigt at regulere udskrivningsprocedurer via lovgivning, og om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er dækkende for de beskrevne problemstillinger.

### **6.2.1 *Er udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indholdsmæssigt dækkende for de beskrevne problemstillinger?***

De problemstillinger, der blev beskrevet i forbindelse med lovrevisionen, var, at der ikke var tilstrækkeligt samarbejde mellem sektorerne, og at der ikke altid var placeret et ansvar for den opfølgende indsats.

En indholdsmæssig analyse af lovbestemmelsen viser, at denne netop pointerer, at der skal udarbejdes en plan i forbindelse med udskrivning, og at denne plan skal involvere relevante parter i forbindelse med udskrivelsen. Det fremgår samtidig af bestemmelsen og den tilhørende vejledning, at der ved såvel udskrivningsaftaler som koordinationsplaner skal tages stilling til, hvem der er ansvarlig for planens/aftalens gennemførelse, og hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der generelt er opbakning til lovrevisionens sigte om at styrke samarbejdet mellem sektorerne.

Således angiver 79 % af personalet, at der i høj grad eller i nogen grad er behov for i øget omfang at styrke indsatsen. Der er nogen forskel mellem de enkelte respondentgrupper, idet der er en klar tendens til, at plejegruppen i højere grad finder behov herfor.

Næsten 72 % af patientrådgiverne angiver, at de i høj grad finder behov for i øget omfang at sikre en sammenhængende indsats efter udskrivelsen. 17 % angiver, at de i nogen grad finder behov herfor.



Billedet er det samme for beslutningstagerne, hvor 12 ud af 14 finder, at der i høj grad eller i nogen grad er behov herfor.

Opbakning til behovet for en sammenhængende indsats på tværs af sektorerne er imidlertid ikke nødvendigvis sammenfaldende med en opfattelse af, at dette sikres ved anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 40 % af personalet i nogen grad synes, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner sikrer en relevant opfølgende indsats, og 34 % at dette i mindre grad er tilfældet. Overlægerne har den mest reservede holdning, idet næsten halvdelen angiver, at dette i mindre grad er tilfældet. 12 % af overlægerne angiver, at det slet ikke er tilfældet.

I caseundersøgelserne på Herning Sygehus, på Amager Hospital og på Bispebjerg Hospital er der i forlængelse heraf også givet udtryk for en stor forståelse for, at der er behov for samarbejde med det omgivende system.

Denne opbakning til behovet for koordination oversættes dog ikke på nogen af de deltagende caseafdelinger som behov for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan, som det fremgår af de kommende afsnit, være et redskab blandt andre, men grundlæggende ser afdelinger, at behovet for koordination bedst sikres gennem de systemer, der lokalt er bygget op.

Som et redskab blandt andre afvises det ikke nogen af stederne, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan løse visse problemstillinger i relation til sammenhæng i tilbuddene, fx i forhold til gensidig forpligtigelse og som pædagogisk redskab i relation til at fastholde patienten i en given aftale. Disse virkninger beskrives nærmere i afsnit 6.3.

#### *Konklusion*

En indholdsmæssig analyse viser, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner umiddelbart dækker og omfatter de op til lovrevisionen beskrevne problemer.

Der er generelt bred opbakning til at styrke koordinationen mellem sektorerne, men caseundersøgelserne tyder på, at denne opbakning ikke også betyder opbakning til en højere udnyttelse af bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Opbakningen betyder snarere et ønske om at udvikle og forbedre de eksisterende samarbejds- og koordinationstiltag. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses i den forbindelse som en af flere muligheder, som i visse (sjældne) tilfælde kan bringes i anvendelse.

### 6.2.2 *Er det hensigtsmæssigt at regulere udskrivningsprocedurer via lovgivning?*

I en række undersøgelser påpeges det således, at det kan være vanskeligt at udøve regelstyring/processtyring i relation til den faglige praksis i professionelle organisationer. I professionelle organisationer såsom sygehuse finder den væsentligste styring sted gennem faglige normer og værdier, intern faglig kontrol, uddannelse og langvarig oplæring og socialisering<sup>39</sup>.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er i den kontekst regelbaserede redskaber, der i praksis skal indoptages som rettesnor for faglig praksis i sammenhæng med de øvrige faktorer, der påvirker driftstilrettelæggelsen.

Det fremgår af caseundersøgelserne, at bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i begrænset omfang har påvirket den faglige praksis omkring udskrivning.

Som eksempel herpå kan nævnes, at man på Herning Sygehus generelt har den opfattelse, at de elementer, der skal være indeholdt i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, principielt hører til enhver god udskrivelse fra Psykiatrisk Afdeling.

Afdelingen har på undersøgelsestidspunktet ingen formelle retningslinjer i tilknytning til udskrivelser. Det fremhæves, at man "bruger sund fornuft".

Der er udviklet en uformel samarbejdskultur mellem den psykiatriske afdeling og samarbejdspartnerne, der indebærer samarbejdspartneres individuelle besøg på afdelingen og kontakt med patienten før udskrivelsen, i det omfang det overhovedet er muligt.

Aftaler træffes ofte mundtligt på udskrivningsmøder, idet der tages mødereferat. Man har hidtil ikke fundet anledning til at formalisere procedurerne yderligere.

På Amager Hospital er der udarbejdet interne instrukser om anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Men dette har ikke resulteret i en grundlæggende anden anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, end der er tale om i Herning. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner anvendes i de tilfælde, hvor den ansvarlige overlæge evt. i samarbejde med øvrigt personale vurderer, at en sådan vil give merværdi i forhold til de etablerede procedurer.

Amager Hospital er et af de sygehuse, der har størst erfaring i anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, idet anvendelsen er baseret på den enkelte overlæges vurdering af redskabets anvendelighed.

---

<sup>39</sup> Fx: Torben Beck Jørgensen og Karsten Vrangsbæk: Værdibaseret bidrag til kodeks for god offentlig topledelse.

Generelt tegnes på Amager Hospital et billede af en medarbejderstab, hvis forventninger til den reviderede lov var, at den skulle give mening i praksis. Eksempelvis siger en af de interviewede afdelings- sygeplejersker, at de, "da den sidste psykiatrilov kom", havde forventet, at det nye "redskab", herunder især koordinationsplanerne, ville få betydning for samarbejdet omkring den specifikke gruppe patienter, som især det opsøgende psykoseteam har mange af. "Vi havde forventet, at redskabet skulle give mening. Ellers kunne vi jo bare have det, som vi altid har haft det. Hvad skulle vi så have en ny lov for? Jeg forstår ikke, hvorfor man skal opfinde noget nyt, hvis det ikke har nogen betydning i praksis og ændrer, det man gør".

Dybdeundersøgelsens interview af repræsentanter fra socialpsykiatrien peger i forlængelse af caseundersøgelsens resultater også på, at det er vanskeligt i sig selv via lovgivning at ændre på eksisterende samarbejdskulturer. De socialpsykiatriske repræsentanter peger således på, at kulturer primært ændres ved et vedholdende samarbejde, hvor man arbejder på at skabe fleksible arbejdsgange.

Der er således ikke nogen af de interviewede fra socialpsykiatrien, som har peget på, at psykiatrilovbestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har haft som resultat, at der er opbygget specifikke procedurer heromkring – de nuværende systemer er opbygget som totalsystemer, der i princippet skal kunne håndtere alle patienter, uanset om de tilhører målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner eller ej.

På baggrund af ovenstående er det således muligt at konkludere, at de generelle erfaringer med anvendelse af procesregulering/regelstyring i faglig praksis også er relevant, når det drejer sig om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Det er generelt vist i mange teoretiske studier, at procesregler har vanskeligt ved at ændre praksis i en professionel organisation, hvis der ikke her er en opfattelse af, at reglerne afspejler de faglige normer og den faglige kultur. I og med at effekten af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke er overbevisende (jf. afsnit 6.3), og i og med at redskabets anvendelse fordrer en anden praksis end normalt, har det været vanskeligt at integrere anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som en del af afdelingernes daglige drift.

Caseundersøgelserne tyder således på, at når udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er bragt i anvendelse som redskab, skyldes det netop, at man i enkelte tilfælde på baggrund af konkret overvejelser omkring den enkelte patient har vurderet, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er en god idé, og at redskabet kan bringe merværdi i forhold til andre koordinationsforanstaltninger.

### 6.3 Effektivitetskriteriet

Effektivitetskriteriet vedrører en undersøgelse af bestemmelsens effektivitet i forhold til at sikre, at der faktisk udarbejdes det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Herudover vil der under dette kriterium blive gennemført en analyse af, i hvilket omfang udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i praksis sikrer sammenhæng i patientforløbene.

Og endelig vil der blive fokuseret på, hvilke øvrige virkninger udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har for patienter og personale.

#### 6.3.1 *I hvilket omfang udarbejdes det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?*

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er, jf. det indledende afsnit, faste begreber, som er lovgivningsmæssigt defineret.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner adskiller sig fra øvrige udskrivningsaftaler og samarbejdstiltag ved at være en opsamling af det arbejde der allerede sker, idet der er tale om et formaliseret arbejde, der munder ud i et skriftligt dokument. Herudover er der konkretiseret en række indholdsmæssige krav, der skal være opfyldt i en udskrivningsaftale eller i en koordinationsplan. Disse krav er ikke nødvendigvis opfyldt i de såkaldte almindelige aftaler.

Ved lovrevisionen blev angivet, at man forventede, at der årligt skulle udarbejdes ca. 1000 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Analysen af, i hvilket omfang der udarbejdes det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, vil derfor indledningsvis fokusere på, at dette antal er opnået.

Som det fremgår, var der ved lovrevisionen en bevidsthed om, at der som almindelig del af praksis foregik en række forskellige koordinations- og samarbejdstiltag i forbindelse med udskrivning af psykiatri-ske patienter. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan forstås som en overbygning på dette arbejde. Så der er derfor også behov for at vurdere, om der i stedet for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indgår sammenlignelige aftaler som led i udskrivningsprocedurer.

Og endelig er der behov for at vurdere konsekvenserne af, at der ikke er udarbejdet det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som var forventet – altså om der er et materielt behov for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som ikke er opfyldt.

*Er der indgået det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?*

Målgruppen for disse aftaler var de særligt vanskeligt stillede sindslidende, der må antages efter udskrivning ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred. Det blev som nævnt skønnet, at denne gruppe på landsplan ville andrage ca. 1000 personer.

Det fremgår af den indsamlede statistik fra Sundhedsstyrelsen<sup>40</sup>, at der på landsplan i 1999 blev udarbejdet i alt 251 aftaler/planer. Dette tal var i 2003 faldet til 89.

De fremgår ligeledes af statistikken, at der er en vis variation mellem de enkelte amter. Dog således at denne variation er mindre i 2003 end i 1999.

Som udgangspunkt kan således konkluderes, at der ikke er indgået det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det er imidlertid ikke umiddelbart muligt at vurdere, om de indberettede tal er dækkende for det faktiske antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, idet kun 18 % af personalet i spørgeskemaundersøgelsen oplyser, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner altid bliver indberettet. 10 % oplyser, at de næsten altid bliver indberettet. Næsten 60 % oplyser, at de ikke er klar over, hvorvidt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner altid indberettes.

Den meget store andel af personalet der angiver, at de ikke er klar over, om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner altid indberettes, må antages at hænge sammen med begrænsede erfaringer med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Tallene viser dog, at der er en vis sandsynlighed for, at der er nogen underregistrering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Uanset dette forhold kan dog konkluderes, at der ikke – og formentlig langt fra – er udarbejdet det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som var forventet i forbindelse med lovens vedtagelse.

*Indgås andre aftaler, som er sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*

Med udgangspunkt i de gennemførte interview både i caseundersøgelser og i de øvrige dele af den samlede undersøgelse kan konstateres, at der ved udskrivelse indgås en række aftaler og koordinations tiltag af forskellig karakter.

En overlæge udtrykker det således:

”At vi ikke laver formelle udskrivningsaftaler skal ikke tages som udtryk for, at der ikke bliver lavet aftaler. Det gør der meget ofte, og afdelingen betragter det som en naturlig og vigtig del af en god behandling, at vi ikke bare udskriver patienterne.”

Mere end 60 % af patienterne oplyser, at der er lavet en eller anden form for aftale i forbindelse med deres udskrivelse. Aftalerne fordeler sig som værende både mundtlige (ca. 19 %), skriftlige (26 %) eller begge dele (17 %).

Det fremgår desuden af spørgeskemaundersøgelsen, at der på 90 % af afdelingerne er udarbejdet procedurer for udskrivning, som i høj grad eller i mindre grad indeholder retningslinjer for kontakt til og inddragelse af de praktiserende læger og af den sociale sektor.

I dybdeundersøgelsens interview med repræsentanter fra socialpsykiatrien er der i alle interviewene redegjort for aftaler, som er sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner – dog er der forskel på hyppigheden, hvormed sådanne aftaler indgås. Nogle steder indgås der mange af disse aftaler – andre steder indgås der ikke tilstrækkeligt – et sted udtrykkes det således, at reglerne er gode nok, men de overholdes ikke altid. Der er ikke tilstrækkelig forudsigelighed. Det er ikke altid sygdomsbilledet, der er afgørende.

Konkret fremgår det af caseundersøgelserne, at der på begge afdelinger er megen opmærksomhed omkring opfølgende indsats efter udskrivelsen.

På Psykiatrisk Afdeling i Herning er der ikke udarbejdet et overordnet regelsæt for procedurerne i tilknytning til udskrivelser. Det fremgår af interviewene, at den etablerede samarbejdskultur i sig selv medvirker til, at der på uformelt plan indgås aftaler i forbindelse med mere komplicerede udskrivelsesforløb.

Der lægges af såvel behandlingsfagligt som socialfagligt personale vægt på, at udskrivelser planlægges i god tid. Kontakten med samarbejdspartnere om opfølgingsforløb efter udskrivelsen sker, mens patienten stadig er indlagt. Umiddelbart før udskrivelsen kan der indkaldes til et udskrivningsmøde, hvor de endelige aftaler træffes. I tilfælde af at møde ikke vurderes nødvendigt, indgås aftaler med samarbejdspartnere ved telefonisk kontakt.

Der indkaldes i en del tilfælde til bredere samarbejds møder omkring nye foranstaltninger eller løsning af aktuelle problemstillinger.

Det nærmeste man kan komme skriftlige aftaler, svarende til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, udformes i form af referater af de nævnte samarbejds møder og udskrivningsmøder". Men det bliver ikke indberettet, for det opfattes ikke som noget, der skal indberettes.

På Amager Hospital fremgår det af procedurebeskrivelse, at overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der er indlagt på psykiatrisk hospital, og at der før udskrivning etableres en udskrivningsaftale – alternativt koordinationsaftale for visse patienter, der ikke må antages at ville søge den behandling eller de

sociale tilbud, der er nødvendige. Formålet er en formalisering af en i forvejen eksisterende udskrivningsprocedure.

Ansvar for et sammenhængende behandlingsforløb vurderes at være klart placeret, hvis og såfremt patienten indvilger i at have kontakt til distriktspsykiatrien, der organisatorisk hænger tæt sammen med hospitalsafsnittene. Der er blandt lægerne en forventning om – og et kendskab til – at distriktspsykiatrien reagerer, hvis en patient ikke overholder en af de almindelige aftaler, der er lavet med ham eller hende.

I caseundersøgelserne er endvidere gennemgået konkrete udskrivningsforløb.

I *Herning* har gennemgangen omhandlet 1 udskrivningsforløb, der har resulteret i udarbejdelse af en koordinationsplan, 2 udskrivningsforløb, der har resulteret i udskrivningsaftale, og 14 andre udskrivningsforløb.

De 14 andre udskrivningsforløb er udvalgt på baggrund af en lægelig vurdering af en vis kompleksitet. I 3-4 tilfælde fortæller de udskrivende læger, at man godt kunne have argumenteret for, at udskrivningsforløbene skulle være fulgt af en UA/KP, men muligheden er ikke tænkt ind som en nødvendighed. I et enkelt tilfælde ville lægen dog have overvejet en koordinationsaftale, hvis en nyere medicin- aftale med patienten ikke var overholdt frivilligt, hvad den dog indtil videre er.

Generelt viser gennemgangen i *Herning*, at de gennemgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner overholder lovens standarder. I forhold til de øvrige udskrivningsforløb er der generelt set tale om, at disse indeholder oplysninger om, hvem der har pligt til at følge patienten, patientens aktuelle og forventede behov, fremtidig indsats i behandlings- og sociale tilbud, aftale om indsats i distriktspsykiatrien og aftale om kommunens/amtets sociale indsats.

De elementer der i *Herning* generelt adskiller de normale udskrivningsforløb fra udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er, at der i disse aftaler ikke systematisk er oplyst eventuel støtte- og kontaktperson, dato og tidspunkt for 1. møde, hvem der er ansvarlig for re- vurdering og hvem der skal følge op, og hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Opklarende interview med de udskrivende læger viser, at der i nogle tilfælde er truffet aftale om yderligere opfølgende foranstaltninger, der ikke nødvendigvis fremgår af epikrisen, men er aftalt på samarbejds møder og fremgår af referater herfra. Det kan for eksempel være aftaler med egen læge eller aftale om opfølgende personlig kontakt med den udskrivende læge. Yderligere har også de pårørende i nogle tilfælde fået særlige støttetilbud i form af psykoedukative grupper. Der kan også være truffet aftale med pårørende om akutte kontaktmuligheder til systemet eller egen læge, idet det er de pårø-

rende, der i givet fald skal reagere, hvis en patient fx stopper med at tage medicin. Patienten kan også være tilknyttet en fast støtte- og kontaktperson allerede før indlæggelsen, uden at det er noteret i epikrisen.

Der udpeges normalt ikke konkrete personer til efter udskrivelsen at varetage tovholderfunktioner på tværs af de tilbud, der aftales med samarbejdsparterne. Dog vil der i praksis ofte være en naturlig tovholder blandt det opfølgende personale, og som oftest vil være den kommunale sagsbehandler/socialrådgiver, oplyser hospitalets læger.

På *Amager Hospital* er gennemgået de udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der er udarbejdet i de sidste tre år. Der er tale om 7 koordinationsplaner og 8 udskrivningsaftaler.

Derudover er gennemgået en række dokumenter (i alt 6 epikriser, samt uddrag fra en række patientjournalers "grønne sider" (sygeplejekardex, alle fra 2004). Meningen var, at disse dokumenter skulle kunne benyttes til at:

- illustrere afdelingens eksisterende uformelle udskrivningsprocedurer for en gruppe patienter, der ikke har fået lavet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner, men om hvem det måtte antages, at de ikke på andre væsentlige punkter adskiller sig fra de formelle planers målgruppe (en kontrolgruppe).
- kunne benyttes som grundlag for en sammenligning af indholdet i henholdsvis de formelle og de uformelle udskrivningsprocedurer.

Den sidste gruppe af udskrivningsforløb adskiller sig imidlertid på væsentlige punkter fra de patienter, der er lovgivningens målgruppe, hvorfor de to grupper ikke umiddelbart er sammenlignelige. For eksempel gælder det for alle patienterne i kontrolgruppen (patienter uden formelle udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner), at de var frivilligt indlagte. Alle de patienter, der havde fået lavet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, var tvangsindlagte. En sammenligning af de epikriser, der er lavet for patienter med og uden formelle udskrivningsdokumenter, viser, at deres sygdomsforløb og dermed deres behov for efterfølgende behandling ligeledes var væsensforskelligt.

Sammenligningen skal derfor tages med mange forbehold.

Sammenligningen viser, at det for alle plantypers vedkommende fremgår det tydeligt, hvem der har pligten til at følge patienten efter udskrivningen.

For alle planers vedkommende fremgår patientens aktuelle og forventede behov, hvad angår den medicinske behandling. Patientens fremtidige sociale behov fremstår mindre tydeligt af de fleste planer.



En nærlæsning af de enkelte udskrivningsaftaler/koordinationsplaner og epikriser viser i sammenhæng hermed, at den medicinske behandling vægtes i planerne.

En af de interviewede overlæger forklarede i relation hertil, at de planansvarlige overlæger qua deres faglighed først og fremmest forholder sig til den medicinske behandling. Modsat er de af samme grund ikke altid lige så orienteret, hvad angår patientens forventede sociale støttebehov.

Med en enkelt undtagelse – en gerontopsykiatrisk patient, der bor på plejehjem – gælder, at der er tydelige aftaler vedrørende den efterfølgende behandling i distriktspsykiatrien.

For 10 ud af 15 af udskrivningsaftalers/koordinationsplaners vedkommende fremgår det, hvilke aftaler om kommuner og amters sociale indsats, der er lavet. Kun 2 ud af de 6 almindelige planer indeholder en henvisning til dette punkt. For de fleste patienters vedkommende gælder, at de er udskrevet til eget hjem og ikke lever/bor alene.

For 9 ud af 15 udskrivningsaftaler/koordinationsplaners vedkommende fremgår det, hvem patientens støttekontaktperson er. Formodentlig har patienterne i kontrolgruppen ikke behov for støtte-/kontaktperson.

For 8 ud af 15 udskrivningsaftaler/koordinationsplaner fremgår dato og tidspunkt for 1. møde. Det fremgår ikke af nogen af de almindelige planer. En af patienterne i denne gruppe har dom til behandling og har dermed fast kontakt til distriktspsykiatriens medarbejdere. En anden har kontakt til det opsøgende psykoseteam. Det må derfor formodes, at der også for disse patienters vedkommende findes planer for efterbehandling.

For 8 ud af 15 udskrivningsaftaler/koordinationsplaner fremgår det, hvem der er ansvarlig for revurdering af planen. Det fremgår ikke af nogen af de almindelige planer. For en af patienterne i kontrolgruppens vedkommende har vi via de opfølgende telefoninterview viden om, at patienten er i tæt og kontinuerlig kontakt med den behandlingsansvarlige overlæge.

For 14 ud af 15 udskrivningsaftaler/koordinationsplaners vedkommende fremgår det, hvem der er ansvarlig for opfølgning på planen, således at det sikres, at patienten får de i planen nævnte tilbud. Det fremgår ikke af nogen af de almindelige planer.

For 14 ud af 15 udskrivningsaftaler/koordinationsplaners vedkommende fremgår det, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke holdes. Det fremgår ikke af nogen af de almindelige planer.

*Bliver der udarbejdet færre udskrivningsaftaler og koordinationsplaner end der er behov for?*

Spørgsmålet er her, om der bliver udarbejdet færre udskrivningsaftaler og koordinationsplaner end der er behov for – dvs. om der fra personalet udtrykkes, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ud fra en faglig betragtning kunne løse eller have løst nogle konstaterede koordinations-/opfølgingsproblemstillinger.

De gennemførte caseundersøgelser kan give et fingerpeg om, i hvilket omfang dette er tilfældet. På *Herning Sygehus* udformes der højest en eller to formelle udskrivningsaftaler/ koordinationsplaner om året. En af de årsager, der anføres fra lægelig side, er, at man skal opleve et reelt behov, hvilket er sjældent.

Skriftliggørelse af aftaler sker jf. ovenfor på andre formularer i overensstemmelse med det normalt anvendte udskrivningssystem. Herudover foretrækker man det uformelle aftalesystem.

Det er desuden fremført, at den gruppe, som kunne have været involveret i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hovedsageligt er de svært skizofrene, som ind imellem har et indlæggelsesbehov, men ellers er en gruppe, der kræver konstant støtte. Her har kommunen og amtet et permanent system i form af bostøtte og botilbud, der kan fastholde kernen af de allerdårligste patienter.

Fra Herning Kommune oplyses tilsvarende, at der med de bestående rutiner samarbejdes godt om de patienter, der kræver intens støtte.

Herning Kommunes psykiatrikoordinator oplever, at det kun i få undtagelsestilfælde er nødvendigt at udarbejde udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner. Denne type aftaler kan også opleves som forsinkende dobbeltarbejde, der kun formelt supplerer det, man gør i forvejen.

På *Amager Hospital* bunder de interviewedes holdninger til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner først og fremmest i en bred praktisk og klinisk erfaring, og udskrivningsaftaler og koordinationsplaner anvendes også her som redskab, hvis man konkret vurderer, at disse vil have en værdi i den konkrete situation.

Der gives ikke umiddelbart udtryk for et udækket behov, men der er en opmærksomhed på, at det etablerede samarbejdssystem er orienteret primært omkring den medicinske opfølgning.

De interviewede oplyser således, at epikrisen, der er et lægefagligt stykke papir, først og fremmest deles med de praktiserende læger, og derefter eventuelt med andet sundhedsfagligt personale i distriktspsykiatrierne. De socialfaglige samarbejdsparter får ikke umiddelbart nogen skriftlig/formel besked vedrørende den behandling, der har fundet sted under patientens indlæggelse og herunder planer for den efterfølgende behandling og støtte.

Der synes således her et udækket behov for koordination på det socialfaglige område. Et behov, der som udgangspunkt dækkes via det beskrevne indhold i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Eksempelvis fremgår der af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner konkrete navne på samarbejdspartnere, hvilket gør, at de er lettere at få fat på.

#### *Konklusion*

På baggrund af ovenstående kan således konkluderes, at der ikke – og langt fra – laves det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som var forventet. Det vurderes, at der nok laves flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, end der faktisk bliver indberettet, men det totale antal kommer næppe op i den størrelsesorden, der oprindeligt blev vurderet.

Der bliver dog udarbejdet en lang række andre aftaler og koordinationsstiltag i forbindelse med udskrivelse af psykiatriske patienter, herunder også i forhold til den målgruppe, der er defineret som aktuelle for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Caseundersøgelserne giver et fingerpeg om, hvordan aftalerne adskiller sig. Fælles for alle planer er generelt, at de alle indeholder en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede behov, fremtidig indsats i behandling og social tilbud, aftale om indsats i distriktspsykiatrien og ansvarlig.

De øvrige aftaler adskiller sig derimod fra udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ved, at der i aftalerne ikke nødvendigvis er angivet et præcist tidspunkt for et opfølgende 1. møde, og at det ikke nødvendigvis er aftalt, hvem der i givet fald skal fungere som støtte- og kontaktperson, eller hvem der er ansvarlig for revurdering, opfølgning og tilbagemelding. Endelig synes der at være forskel i forhold til skriftlighed og dokumentation. Sigtet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner var dog netop at sikre de elementer, der oftest ikke indgår i de almindelige aftaler.

De almindelige aftaler/koordinationsstiltag er således til en vis grad indholdsmæssigt sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men hvor der jf. ovenstående tillige kan konstateres forskelle. Sigtet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner var dog netop at sikre de elementer, der oftest ikke indgår i de almindelige aftaler.

Det er ikke muligt at vurdere, om der er et udækket behov for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det kan dog ikke afvises, at der nogle steder er et udækket behov for kommunikation og samarbejde omkring de socialfaglige behov.

### 6.3.2 *I hvilket omfang sikrer udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i praksis sammenhæng i patientforløbene?*

Begrebet "sammenhæng i patientforløbene" indeholder i nærværende undersøgelse to aspekter, nemlig dels den form for sammenhæng der skabes via informationsudveksling og konkret samarbejde omkring den enkelte patient, dels den form for sammenhæng der tager sigte på at sikre at fastholde patienten i et givet behandlingsforløb.

Analysen er funderet på personalets generaliserede vurderinger og erfaringer. Dette perspektiv sikrer, at konklusionerne bygger på en praksisrelateret viden. Ulempen er, at der jf. ovenfor blandt personalet er relativt få erfaringer med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Vurderingerne kan derfor være vanskelige, og nogle af de nedenfor anførte virkninger bygger derfor såvel på teoretiske som på praktiske overvejelser.

Som det fremgår ovenfor, udarbejdes der i meget stort omfang "almindelige" aftaler, når patienterne udskrives. Det er derfor af interesse at undersøge, om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i højere grad end ved almindelige aftaler vurderes at sikre informationsudveksling og samarbejde omkring den enkelte patient, og om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i højere grad end almindelige aftaler sikrer, at patienten kan fastholdes i et givet forløb.

Generelt – og uspecificeret i forhold til begge sammenhængskriterier oplyser personalet i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, at de i en vis grad vurderer, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan være et redskab til at sikre sammenhængende udskrivningsforløb. De forbehold, der tegnes i de svar, der er fremkommet i spørgeskemaundersøgelsen, kan perspektiveres og nuanceres via data indsamlet i caseundersøgelserne.

I forhold til udskrivningsaftalers og koordinationsplaners effekt som redskab til at sikre informationsudveksling og samarbejde omkring den enkelte patient fremgår det af de gennemførte caseundersøgelser, at man ikke kan afvise, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan danne rammen for en mere systematisk informationsudveksling.

Samtidig fremføres fra begge caseafdelinger, at det ikke ved hjælp af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er muligt at erstatte den regelmæssige dialog, og at de eksisterende samarbejdssystemer og strukturer vurderes som effektive til at sikre informationsudveksling.

Personalet på Herning Sygehus og kommunale samarbejdspartner giver således generelt udtryk for, at det ikke er holdningen, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i særlig grad kan løse problemstillinger i relation til tilbuddenes sammenhæng, som ikke også kunne løses med det bestående samarbejdssystem.

Direkte adspurgt nævner såvel afdelingspersonale som kommunale samarbejdspartner i Herning dog, at skriftlige aftaler efter lovens be-

stemmelser måske kan sikre hurtigere gensidig orientering, hvis uregelmæssigheder opstår, og at der er eksempler på, at der er udarbejdet udskrivningsaftaler, hvis indhold ikke har afvejet fra de planer, der i forvejen var lagt. Disse aftaler var fortrinsvis nedskrevet for at give pårørende eller eksempelvis socialpsykiatriske botilbud en skriftlig bekræftelse på mundtlige aftaler.

På Amager Hospital fremføres fra en overlæge, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for de tværsektorielle medarbejdere kan betyde, at der er en højre tilbøjelighed til at leve op til det aftalte.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i højere omfang end almindelige aftaler formår at holde patienten fast i et givet behandlingsforløb, er det generelt fremført i caseundersøgelserne, at det er svært at se nytteværdien af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i forhold til særligt vanskelige patienter – dvs. de patienter, der ikke ønsker at samarbejde med systemerne. Det fremhæves her bl.a. på Herning Sygehus, at loven i yderste konsekvens giver patienten retten til at sige nej til såvel medicinsk behandling som sociale støttetilbud.

I den anden ende af skalaen gives i caseundersøgelserne dog udtryk for, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan give bedre mulighed for forhåndsftaler om indlæggelse, når patienten erfaringsmæssigt begynder at udvikle en psykose efter længerevarende medicinstop.

En anden positiv effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i forhold til at fastholde patienterne i behandling er, at aftaler giver mulighed for rent pædagogisk at fastholde en patient med begyndende tilbagetrækning fra behandling eller social støtte ved at referere til aftalen. Den pædagogiske effekt har dog sine begrænsninger. Som eksempel herpå er anført en koordinationsplan, som var udarbejdet for en hjemmeboende psykisk syg mand, som gennem flere år har afvist kontakt med alle systemer, hvilket har ført til gentagne tvangsindlæggelser. Som sidste udvej udarbejdedes en koordinationsplan, men da den pågældende "simpelthen ikke åbnede døren", havde planen ingen effekt.

En tredje positiv effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er, at disse vurderes at kunne give bedre mulighed for at få bestemte patienter indlagt tidligere, hvis indikationen for indlæggelse på forhånd er aftalt med den praktiserende læge. Her tænkes på patienter, der har gentagne mønstre, hvor de stopper med medicinen efter udskrivelsen, tvangsindlægges efter nogen tid, og efter udskrivelsen igen stopper med medicinen. Men også denne effekt vurderes at have sine begrænsninger, idet det i interviewene er fremført, at "det er muligt, at patienten skriver under på en udskrivningsaftale, men i enkelte tilfælde kan det ikke afvises, at vedkommende mest skriver under for at overstå procedurerne og blive udskrevet".

På ovenstående baggrund kan således konkluderes, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes at have effekt i forhold til at sikre en systematisk informationsudveksling og medinddragelse af samarbejdsparter. I hvilket omfang denne effekt afviger fra de normale samarbejdssystemer, afhænger af hvordan dette konkret er organiseret. Langt hen ad vejen virker de aftaletyper på samme måde, men der kan være tilfælde, hvor anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner giver en større effekt.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes også at kunne have en vis effekt i forhold til at fastholde patienter i behandling – også set i relation til normale aftaler. Denne effekt begrundes i en forbedring af muligheden for at lave forhåndsftaler, pædagogisk gennemslagskraft og mulighed for hurtigere indlæggelse.

I forhold til de særligt vanskelige patienter er det derimod vanskeligt at identificere, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har højere effekt end øvrige aftaler/tiltag.

### 6.3.3 *Hvilke øvrige virkninger har bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner haft i forhold til patienter og personale?*

Spørgsmålet er her, hvilke virkninger udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har i forhold til dels behandlingsalliancen, dels i forhold til patientens ret til selv at bestemme, herunder i hvilket omfang patienterne bliver inddraget ved udarbejdelse af aftaler.

#### *Betydning for behandlingsalliancen*

Personalet er i spørgeskemaundersøgelsen spurgt om, hvordan de vurderer udarbejdelse af udskrivningsaftaler påvirker behandlingsalliancen. Der sondres i spørgsmålet ikke mellem de formelle udskrivningsaftaler og de aftaler, der indgås som led i normal praksis. I og med at der indgår meget få formelle udskrivningsaftaler på de enkelte afdelinger, må det antages, at en del af personalets vurderinger bygger på erfaringer med de normale aftaler.

40 % mener, at behandlingsalliancen styrkes. 25 % mener, at dette ikke har nogen betydning. 30 % kan ikke vurdere det. Her er billedet, at plejepersonalet generelt tillægger udskrivningsaftaler større betydning for behandlingsalliancen end det lægelige personale.

I caseundersøgelserne tegnes ikke et klart billede af udskrivningsaftalernes effekt i forhold til behandlingsalliancerne. På begge sygehuse vejer hensynet til behandlingsalliancen generelt meget tungt i forhold til valg af alle interventioner, såvel ved medicinering som ved andre interventioner, herunder indgåelse af udskrivningsaftaler.

Der findes på begge sygehuse eksempler på, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt andre aftaler kan have negativ og positiv betydning.

Den negative betydning træder særligt i kraft, hvis aftalen drejer sig om medicinfastholdelse. Ifølge såvel medicinske behandlere som socialpsykiatrisk personale kan patienten således opleve det som ubehagelig kontrol, når vedkommende forsøges fastholdt i en aftale. Den person, som søger at fastholde aftalen, kan også i sådanne tilfælde føle sig akavet i kontakten, men der er dog ingen eksempler på, at behandlingsalliancen er skadet alvorligt.

Enkelte læger giver omvendt eksempler på, at en aftale har styrket behandlingsalliancen. Hvis en patient er i en tilstand, hvor vedkommende unddrager sig medicin, kan det således styrke alliancen at kunne vise den pågældende et stykke papir med underskrift og påpege, at vedkommende tidligere har accepteret fortsat medicinering.

Flere af de interviewede nævner i øvrigt, at de selv af og til træffer personlige aftaler med konkrete patienter, som de senere kan foreholde dem. Der er således en positiv holdning til aftaler som sådan, og de fungerer som en styrkelse for alliancen. Desuden har det afgørende betydning, på hvilken måde et aftalebehov præsenteres for den pågældende. Der er forskel på, om man giver et pålæg, eller om man præsenterer et tilbud.

#### *Betydning for patientens ret til selv at bestemme – patientens deltagelse i aftaleudarbejdelse og patientens integritet*

I den gennemførte spørgeskemaundersøgelse svarede 78 % af de patienter, der besvarede spørgeskemaundersøgelsen, at de selv deltog i det møde, der var i forbindelse med deres udskrivelse. 75 % af patienterne oplyser, at der i høj grad eller i nogen grad blev lyttet til deres synspunkter, da aftalen skulle laves. 53 % af patienterne oplyser, at de slet ikke eller i mindre grad synes, at aftalen svækker deres ret til selv at disponere.

Selv om det må antages, at patienterne generelt svarer i forhold til alle de former for aftaler, der kan indgås i forbindelse med udskrivelse, tyder spørgeskemaundersøgelsen på, at patienterne deltager i aftaleudarbejdelsen, og at patienterne generelt føler, at der lyttes til deres ønsker. Ligeledes fremgår, at patienten ikke generelt føler, at indgåelse af aftaler i forbindelse med deres udskrivning påvirker dennes integritet.

Disse billeder bakkes op i caseundersøgelsen og i den gennemførte interviewrunde af repræsentanter fra socialpsykiatrien i dybdeundersøgelsen.

På Psykiatrisk Afdeling i Herning inddrages patienterne, både ved udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og ved almindelige udskrivningsmøder i det omfang patienten er i stand til at deltage og ønsker at deltage.

På Amager Hospital inddrages patienter og pårørende så vidt muligt i planarbejdet. Af de sygeplejefaglige medarbejders kommentarer til denne hypotese fremgår det, at planarbejdet kan have en negativ

indflydelse på de allerdårligste patienters selvværd. Dette gælder, når det ikke lykkes for dem at overholde aftalen.

På Bispebjerg Hospital oplyses, at der ved udskrivelse af børn og unge ud over en intern konference, også afholdes en ekstern konference, hvor forældre, sagsbehandler og skole deltager. De aftaler, der indgås i forbindelse med udskrivinger, indgås i henhold til service-loven. I forbindelse med udskriving udarbejder afdelingen en indberetning til de sociale myndigheder. Dette gøres med accept fra patienten. Hvis patienten ikke ønsker at samarbejde, udarbejdes en skærpet indberetning.

I interviewrunden blandt repræsentanter fra socialpsykiatrien oplyser langt de fleste, at de ikke oplever problemer omkring patientinddragelsen. Patienterne er stort set altid med ved møderne, og det opleves, at der bliver lyttet til deres synspunkter. Undtagelser herfra er blandt andet, hvis socialpsykiatri og behandlingspsykiatri er meget langt fra hinanden ved anbefaling af kommende tiltag. En anden undtagelse kan være, at man vurderer, at patienterne er for dårlige til at medvirke.

I forhold til patienternes integritet fremgår det af caseundersøgelserne, at det er vanskeligt at sige noget entydigt om aftalernes betydning for patienternes integritet.

På den ene side opleves aftalerne af nogle patienter som en form for tvang – det gælder først og fremmest i relation til medicinering. Som eksempel herpå er fremført, at en konkret patient har henvist til sin selvbestemmelsesret til en gang imellem at kunne mærke, når han er henholdsvis glad og ked af det. Et andet eksempel er fremført af en bruger, som havde fået den opfattelse, at hjemmestøtten var en tvang, han måtte acceptere for at kunne blive i eget hjem. Da han blev præsenteret for, at der var tale om et tilbud, han godt kunne fravælge, fik samarbejdet en mere positiv karakter.

På den anden side er det også udtrykt i caseundersøgelserne: "Jeg tror, at for nogle af vores patienter, da vil det være en lettelse at vide, at der er nogen, der faktisk forpligter sig til at holde om mig, hvis jeg får det rigtigt skidt."

#### *Konklusion*

I forhold til undersøgelsens vurdering af udskrivningsaftalers og koordinationsplaners virkninger for behandlingsalliancen, patientinddragelse og patientens integritet skal anføres, at det ikke har været muligt at undersøge virkninger af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner isoleret, hvorfor spørgsmålet generelt er vurderet i forhold til mere generelle virkninger af aftaler som sådan.

Der er ikke noget entydigt billede af, hvorledes behandlingsalliancen påvirkes af aftaleindgåelse. Overvejende er der nok en opfattelse af, at der er en positiv effekt.



Undersøgelsen peger på, at patienter generelt inddrages i aftale-udarbejdelsen. Det har således ikke nogen betydning for patientdeltagelsen, hvorvidt der anvendes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvor det præcist er angivet, at patient skal inddrages, eller om der anvendes øvrige aftaleformer.

Det er ikke muligt på baggrund af de data, der er indkommet at afgøre, på hvilken måde patienten konkret inddrages. Spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at patienterne føler, at der bliver lyttet til deres synspunkter, ligesom personalet fremfører dette.

Det er vanskeligt at vurdere generelt, hvilken påvirkning aftaler har i forhold til patienternes integritet. Der er data, der peger i begge retninger. På den ene side griber aftaler ind i patienternes ret til selv at bestemme. På den anden side kan det også opleves som en tryghed.

#### **6.4 Nytte- og bæredygtighedskriterium**

Som det fremgår af de tidligere afsnit, er der langt fra indgået det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som var forudsat i forarbejderne til lovrevisionen.

Under nytte- og bæredygtighedskriteriet undersøges derfor, om der over tid kan forventes en større anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner og hermed i højere grad realisering af lovrevisi-  
ons forventninger.

Af de foregående afsnit fremgår i et vist omfang de barrierer, der på caseafdelingerne er for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. I dette afsnit gennemføres en systematisk undersøgelse af mulige barrierer, og herunder en vurdering af, i hvilket omfang disse evt. kan forventes løst over tid.

Herudover undersøges, om den faglige samfundsmæssige udvikling betyder, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udfordres som redskab til at sikre sammenhæng i udskrivningsforløbene – er redskabet stadig aktuelt, eller er der behov for revurdering?

##### **6.4.1 *Kan det over tid forventes, at der bliver en større målopfyldelse i form af at der udarbejdes flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner?***

De barrierer, der er undersøgt, er:

- Mangel på kendskab til lovbestemmelsen
- Hurtige/uplanlagte udskrivninger
- Eksisterende samarbejdskulturer
- Mangel på ressourcer både på de psykiatriske afdelinger og i det opfølgende system
- Tiltro til virkning.

### *Kendskab til reglerne*

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 90 % af personalet angiver, at de i høj grad eller i nogen grad kender til reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Med hensyn til definition af målgruppen oplyser ca. 45 %, at de i nogen grad er klar over kriterierne, 18 % at de i høj grad er klar over kriterierne.

Spørgeskemaundersøgelsen tyder således på, at der blandt personalet er et rimeligt kendskab til lovgivningens bestemmelser.

Caseundersøgelser på Amager Hospital viser, at medarbejderne generelt er velinformede om psykiatrilovens bestemmelser vedrørende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Bestemmelsen har haft den administrerende overlæges bevågenhed, og der er fra afdelingsledelsen udsendt procedurebeskrivelser vedrørende planarbejdet. Interviewene med sengeafsnittenes medarbejdere giver det indtryk, at de alle ved besked med, hvilke af de indlagte patienter der falder inden for lovens bestemmelse om, at der skal udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for dem.

Caseundersøgelsen på Herning Sygehus viser, at der blandt personalet er et kendskab til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som begreb, men at der generelt er et begrænset kendskab til detaljerne. Denne mangel på detaljekendskab vurderes at hænge sammen med reglernes begrænsede anvendelse. I forhold til afgrænsning af målgruppen synes der en vis usikkerhed i forbindelse med, hvor bredt loven skal fortolkes. I de konkrete tilfælde, hvor lovens bestemmelser er bragt i anvendelse, er det således på grundlag af en konkret oplevet nødvendighed.

Som loven er formuleret, er der en vis usikkerhed i forhold til, om lovgivningen indebærer en mulighed eller en forpligtelse for afdelingens overlæger. Det anføres fra en enkelt læges side, at det bliver en individuel vurdering præget af den enkelte læges holdning, om bestemmelserne skal tages i brug. Adspurgt fremføres, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner først bliver aktuelle, når den uformelle koordination har været eller skønnes at blive utilstrækkelig.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at der generelt er et overordnet kendskab til bestemmelserne. Caseundersøgelserne tyder dog på, at der i forhold til enkeltelementer er nogen usikkerhed på indholdet. Generelt vurderes, at manglende kendskab til reglerne kun i begrænset omfang kan forklare den manglende anvendelse.

### *Uplanlagte udskrivinger/hurtige udskrivinger*

Uplanlagte udskrivinger kan være en forklaring på, at der ikke udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, i og med at patienterne kan forlange sig udskrevet umiddelbart. Hermed er der ikke den nødvendige tidshorisont til rådighed for at udarbejde en formali-

seret udskrivningsaftale eller koordinationsplan inden patienten forlader afdelingen.

Caseundersøgelsen viser, at dette forhold på de deltagende afdelinger har en vis betydning. På Amager Hospital fremføres det således, at man i tilfælde af at en patient forlanger sig udskrevet, så laves den næstbedste løsning, nemlig at personale på afdelingen og i distriktspsykiatrien mødes, eventuelt pr. telefon, for efterfølgende at lave en aftale. Det fremgår endvidere, at belægningsforholdene på afdelingen kan betyde, at nogle patienter udskrives førend planlagt for at skaffe plads til andre og dårligere patienter. I disse tilfælde er det heller ikke muligt at samle folk for at lave udskrivningsaftaler. Man gør så det, at man faxer, ringer eller skriver og sørger for, at folk får besked alligevel.

Uplanlagte udskrivinger og meget hurtige indlæggelsesforløb nævnes i Herning-området som en generel barriere for god opfølgning på udskrivelser, de er ikke specielt en barriere for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. I disse tilfælde er det således ikke altid, kommunen har fået tid til at få et tilstrækkeligt støttetilbud på plads. Desuden fremhæver støttekontaktpersoner og distriktspsykiatrien, at det er meget vigtigt for det senere samarbejdes tillidsforhold, at de har haft mulighed for at aflægge uformelle besøg hos patienten, mens denne er indlagt. Problemet med uplanlagte udskrivelser opstår ikke tit.

I dybdeundersøgelsens interviewrunde blandt repræsentanter fra socialpsykiatrien støttes caseundersøgelsens billede, idet interviewede angiver, at uplanlagte udskrivinger ikke er en barriere for udarbejdelse af udskrivningsaftaler, fordi det er muligt efterfølgende at lave en aftale.

På baggrund af ovenstående kan konkluderes, at uplanlagte og hurtige udskrivinger er en barriere for gode udskrivningsforløb. Om de også er en barriere for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er meget usikkert, idet det ikke kan afgøres, om man i de tilfælde, hvor der er tale om uplanlagte udskrivningsforløb – hvis ikke dette var forekommet – ville have lavet en udskrivningsaftale og koordinationsplan. Det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner der indgås generelt, tyder dog på, at dette ikke ville have været tilfældet.

Hurtige og uplanlagte udskrivningsforløb forklarer derfor i begrænset omfang den manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

#### *Samarbejdskulturer*

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 40 % af personalet, at de eksisterende samarbejdskulturer mellem de forskellige sektorer i nogen grad kan forklare, at der ikke udarbejdes det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. 18 % vurderer, at dette i høj grad er tilfældet. Der er i svarene en signifikant forskel mellem

overlæger og plejerspersonalet, idet tendensen er, at knap halvdelen af overlægerne i mindre grad eller slet ikke tillægger de eksisterende samarbejdskulturer betydning.

Omkring 46 % af beslutningstagerne vurderer, at eksisterende samarbejdskulturer har betydning som forklaring på, at der ikke udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Lige så mange vurderer, at dette i mindre grad eller slet ikke har betydning.

Der er således ikke i spørgeskemaundersøgelsen nogen entydig vurdering af samarbejdskulturens betydning.

På Herning Sygehus anses samarbejdskultur ikke som barriere for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men langt hen ad vejen anses samarbejdskulturen som en faktor, der gør behovet for aftaler mindre.

Der er på afdelingen planer om at anvende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner mere i fremtiden, og det er ikke indtrykket, at der generelt er modstand herimod. Dog udtrykkes der fra kommunal side i Herning en vis bekymring for, at der bliver tale om dobbelt bogholderi i forhold til de gængse procedurer og aftaler. Bekymringen udtrykkes således: "Vi følger det, vi kalder oplevet nødvendighed af samarbejde og informationsudveksling for at kunne lave arbejdet ordentligt, og sådan at man oplever, at det virker, når man sidder i praksis i det daglige. Det fungerer langt bedre end skemaer. Vi kan hurtigt føle os forsinkede af bunker af papir, og ofte vil en udskrivningsaftale og koordinationsplan blot være en ny udgave af andre sæt af papirer fra kommunen og afdelingen, hvor der stort set står det samme i".

På Amager Hospital er det heller ikke vurderingen, at samarbejdskulturen i sig selv er en forklaring på den manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det fremgår dog af interviewene blandt andet med den socialfaglige medarbejder, at forståelse af koordination mellem sektorerne primært som et spørgsmål om at fastholde patienten i medicinsk behandling kan være en barriere. Samme medarbejder understreger, at hvis man overhovedet er interesseret i at bygge bro over de forskellige kulturer, der er involveret i et behandlingsforløb, der finder sted både inden for og uden for hospitalet, så er det nødvendigt at gøre begge kulturer ansvarlige for udarbejdelsen af planen – ikke kun for opfølgningen på den.

Samarbejdskulturen forstået som behovet for at inddrage samarbejdspartenerne aktivt i forhold til beslutninger, der vedrører deres praksis og ressourceanvendelse, vurderes generelt at have betydning. De kommunale samarbejdspartener til Herning Sygehus giver således udtryk for, at det af og til har været nødvendigt at modificere sygehusets ambitioner for den udskrevne patients støttebehov. Kommunerne lægger vægt på, at både afdelingen og det opfølgende system kan udtale sig om vurderede behov og muligheder ved udskrivningsmøderne. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vil i

den forbindelse blive betragtet som en gensidigt udarbejdet plan. Der er bevidsthed om ansvarsfordelingen mellem sygehusvæsenet og det sociale system, og alle parter forbeholder sig mulighed for at have indflydelse på planen omkring den enkelte patient ved udskrivningsmødet.

De praktiserende læger betragtes som vigtige samarbejdsparter i forhold til at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. "Hvis det er en praktiserende læge, der får ansvaret efter udskrivningen, så er det jo vigtigt, at han eller hun bliver taget i ed og får forklaret, hvordan det her skal foregå", siger en af overlægerne ved Amager Hospital. Det beskrives af alle de interviewede medarbejdere ved Amager Hospital som vanskeligt at få de praktiserende læger i ed, mens det samme ikke er tilfældet ved Herning Sygehus.

Flere interviewede i caseundersøgelserne påpeger i relation hertil også, at det er vigtigt at respektere opgavefordelingen de forskellige systemer imellem efter udskrivelsen. Det oplyses eksempelvis af såvel distriktspsykiatriens sygeplejerske som af en kommunal støttekontaktperson, at virkeligheden kan præsentere sig anderledes for det personale, som får den direkte brugerkontakt efter udskrivelsen, end hospitalet har forudsat. Sådanne justeringer kan også forekomme i tilknytning til forløbet efter formelt udarbejdede udskrivningsaftaler.

I dybdeundersøgelsens interviewrunde blandt repræsentanter fra socialpsykiatrien gives generelt udtryk for, at man i mange år har arbejdet på at opbygge tætte og nære samarbejdsrelationer – og at det er omkring disse, de konkrete aftaler udformes. Der angives dog store forskelle på, hvor tæt og præcist samarbejdssystemerne fungerer.

Om de eksisterende samarbejds konstruktioner så kan rumme en udarbejdelse af rigtige udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, er der ikke noget egentligt svar på i interviewrunden, primært fordi der ikke er konkrete erfaringer med disse aftaler.

I forhold til oplevede problemer omkring koordination efterlyses generelt mere samarbejde og flere udskrivningsplaner (ikke nødvendigvis udskrivningsaftaler og koordinationsplaner). Det udtrykkes fx fra en af respondenterne, at det er nødvendigt, at der er et ansvar hele vejen rundt. Hvis fx det kun var overlægen, der havde ansvaret, ville det demotivere de øvrige aktører.

På baggrund af ovenstående kan det således konkluderes, at samarbejdskulturerne i et vist omfang kan forklare den manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der er generelt en klar markering af, at en god samarbejdskultur er nødvendig for koordination. I det omfang denne er til stede, udgør den ikke nogen barriere for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men måske overflødig gør denne i disse tilfælde anvendelsen.

I det omfang der ikke er tale om en god samarbejdskultur, vurderes dette at kunne være en barriere, også for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Hertil kommer, at kulturens generelle forståelse af begrebet samarbejde, herunder bredden (inddragelse) og dybden (indhold) i begrebet, kan have betydning for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

#### *Har ressourcespørgsmålet betydning?*

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser lidt mere en 32 % af personalet, at mangel på ressourcer i nogen grad kan forklare, at der ikke er udarbejdet det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Stort set samme andel oplyser, at ressourcespørgsmålet i mindre grad kan forklare forholdet. Næsten 65 % af beslutningstagerne vurderer, at dette forhold slet ikke har betydning, og den øvrige andel oplyser, at de ikke ved det, eller at det i mindre grad har betydning.

Caseundersøgelserne tyder også på, at spørgsmålet om ressourcer har mindre betydning. Eksempelvis fremføres fra Herning Sygehus, at man i forvejen udfører et ganske ressourcekrævende arbejde i forbindelse med udskrivelser for denne patientgruppe. Det vurderes generelt ikke, at det vil koste de store anstrengelser at nedfælde det, man i forvejen aftaler, i en lovbestemt aftale.

Det vurderes dog også, at hvis et øget brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vil betyde tvungen samling af alle interessenter hver gang, ville det være unødigt ressourcekrævende. Det er i øvrigt heller ikke sket i alle de faktisk indgåede udskrivningsaftaler, idet nogle af samarbejdspartnerne i et enkelt tilfælde er indkaldt enkeltvis til møder med hospitalets læge og patienten.

Spørgsmålet om ressourcer i det opfølgende system er også vurderet i spørgeskemaundersøgelsen. Her oplyser 60 % af personalet, at dette spørgsmål i nogen grad eller i høj grad har betydning. Halvdelen af beslutningstagerne vurderer, at forholdet slet ikke har betydning, og mere en 21 % vurderer, at dette i mindre grad er tilfældet.

Caseundersøgelsen tyder dog på, at der er visse ressourcemæssige barrierer i det opfølgende system. Eksempelvis fremføres fra Amager Hospital, at mangel på socialpsykiatriske pladser kan være en barriere for etablering af hensigtsmæssig opfølgning – eksempelvis i forhold til skizofrene misbrugere. Også på Bispebjerg peges på, at en barriere for hensigtsmæssige udskrivelser er mangel på relevante pladser i det socialpsykiatriske system.

Generelt vurderes det endvidere på Amager Hospital, at det generelt kniber med at finde tid til at deltage i konferencer/netværksmøder, hvor der i fællesskab udarbejdes udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner. Først og fremmest er det vanskeligt at motivere den praktiserende læge til at deltage i koordineringsmøder. Dette vurderes at

skyldes de praktiserende lægers arbejds- og aflønningsforhold. Arbejdet er meget tidskrævende for den praktiserende læger, og han kan ikke påregne sig betaling herfor. Hertil kommer, at det vurderes som meget tidskrævende at arrangere egentlige møder mellem de involverende parter.

På baggrund af ovenstående kan således konkluderes, at ressource-spørgsmål i et vist omfang kan forklare manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Ressourcer – først og fremmest forstået som tid til at mødes. Men også ressource-spørgsmål, såsom muligheder i det opfølgende system for at tilvejebringe relevante socialpsykiatriske tilbud, har betydning.

#### *Tiltro til virkning*

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer 70 % af personalet, at manglende tiltro til, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er effektive redskaber i høj grad eller i nogen grad kan forklare, at de ikke udarbejdes hyppigere.

Caseundersøgelsernes data er helt i overensstemmelse med denne opfattelse. Som det fremgår af afsnit 6.3, er det undersøgelsens konklusion, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kun i begrænset omfang har bedre virkning i forhold til informationsudveksling og samarbejde omkring den enkelte patient end de almindelige procedurer omkring udskrivning.

Det afgørende spørgsmål i forbindelse med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er, at der ikke er nogen mulighed for at sikre, at patienten overholder aftalen og hermed, at patienten sikres den nødvendige opfølgende behandling.

Spørgeskemaundersøgelsen viser således, at 70 % af personalet vurderer, at manglende sanktionsmuligheder kan forklare, hvorfor der ikke indgås flere aftaler. Overlægerne markerer sig ved at have den mindste tiltro til aftalernes virkning, idet 80 % oplyser, at dette i høj grad eller i nogen grad kan forklare den manglende udarbejdelse.

I afsnit 6.3 er i forlængelse heraf påpeget, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kun i begrænset omfang er et bedre redskab end de eksisterende aftaler til sikring af, at patienten kan fastholdes i opfølgende behandling.

De benefits, der vurderes at være, består af en øget mulighed for systematisk information. Hertil kommer en øget mulighed for at lave forhåndsftaler, for en vis pædagogisk effekt og for at sikre en hurtigere indlæggelse, hvis patienten ikke følger planen.

I forhold til de vanskeligste patienter er det dog vanskeligt at identificere en sikker effekt.

I dybdeundersøgelsens interviewundersøgelse blandt repræsentanter fra socialpsykiatrien peges i forlængelse af sygehusenes oplevelser

på, at man kender til problematikken med, at patienten eller brugeren ikke overholder de aftaler, der er indgået. For de flestes vedkommende oplyses, at man så i henhold til § 80 i serviceloven har pligt til opsøgende arbejde – og at man i mange tilfælde kan komme langt med motivation. Nogle siger det således, at man aldrig må give op.

Repræsentanter fra SIND og PårørendeForeningen af 1998 giver på et fokusgruppemøde udtryk for at udskrivningsaftaler kunne hvis de blev brugt – være med til at definere en klarere ansvarsfordeling mellem de underskrivende parter. Foreningerne peger dog samtidig på en række barrierer for hvorfor udskrivningsaftalerne ikke anvendes.

På baggrund af ovenstående kan konkluderes, at den manglende tiltro til aftalernes/planernes virkning må tillægges en betydelig forklaringskraft i forhold til den manglende anvendelse.

Den generelt manglende tiltro til at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner bibringer mere sammenhæng end øvrige tiltag/planer som anvendes, vurderes også at forstærke de barrierer, der er identificeret i forhold til samarbejdskultur og ressourcer.

#### 6.4.2 *Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udfordres som redskab til at sikre sammenhæng i udskrivningsforløbene?*

Formålet ved psykiatrilovsrevisionen i relation til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner var at indføre et redskab til sikring af sammenhæng på tværs af sektorerne.

Begrebet sammenhæng omfatter i nærværende undersøgelse to aspekter, nemlig dels den form for sammenhæng der skabes via informationsudveksling og konkret samarbejde, dels den form for sammenhæng der tager sigte på at fastholde en patient i et givet behandlingsforløb.

Undersøgelsen viser, at redskabet ikke har haft de forventede effekter, og herunder at det næppe kan forventes, at de barrierer, der er identificeret for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, kan forventes løst over tid.

Spørgsmålet er derfor, om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som redskab til sikring af sammenhæng er under påvirkning.

I forhold til den del af begrebet, der vedrører informationsudveksling og konkret samarbejde, viser undersøgelsen, at der er klar opbakning på tværs af systemer hertil, men at der er meget begrænset tilslutning til at sikre dette ved hjælp af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.



Det fremføres således flere gange i caseundersøgelserne, at det måske ville være vigtigere "at lovgive om samarbejde end at lovgive om papir og formelle aftaler".

Sagt på en anden måde er i relation hertil fremført, at "det er bare sådan, at virkeligheden har overhalet loven, idet der hos os pågår et langt smidigere, papirløst samarbejde mellem sektorerne".

I forhold til den del af sammenhængsbegrebet, der vedrører evnen til at fastholde patienten i et givet behandlingsforløb, er der identificeret klare problemer i forhold til udskrivningsaftalers og koordinationsplaners virkning.

I den forbindelse er der i adskillige sammenhænge rejst spørgsmål om, i hvilket omfang mere håndfaste muligheder for at fastholde patienten i et behandlingsforløb ville have en større effekt – evt. muligheder som skulle ses i sammenhæng med en sikring af, at aftalerne i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner overholdes.

I caseundersøgelsen er således fremført, at "der trods intentionerne i lovgivningen er en restgruppe, som ikke opfanges. I forhold til restgruppen må vi overveje anvendelsen af "ambulant tvang". Vi er med rette optagede af patienternes retssikkerhed, men i forhold til disse patienter, må vi gå andre veje. Jeg kunne forestille mig, at vi fik mulighed for at anvende ambulant tvang i særlige tilfælde og selvfølgelig helst med patientens samtykke i forbindelse med udskrivningen. Indhentes samtykke til ambulant tvang, skal der foreligge en godkendelse fra patientklagenævnet, og aftalen skal så fx revurderes med faste intervaller (fx ½-1 år)".

Lidt mere uspecifikt er anført, at "der skal konsekvens ind i bestemmelserne omkring udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der skal ske noget allerede, når man kan se det begynder at skride for en patient. Så skal man kunne anvende tvang".

Spørgsmålet om konsekvenser og herunder ambulant tvang er dog omgærdet med en række etiske problemstillinger, som personalet udtrykker stor bevidsthed om. Overordnet fremføres det således, at udøvelsen af ambulant tvang alene bør foregå i regi af behandlingssystemet, dvs. på sygehuset og aldrig i eget hjem.

Det fremføres således på den ene side, at "spørgsmålet om ambulant tvang er meget komplekst – bl.a. er det en bekymring, at det bliver en glidebane og en udhuling af retssikkerheden". På den anden side at "omvendt må vi se i øjnene, at gentagne "drop outs" kan føre til forringelse af sygdommen samt dårligere livskvalitet. I nogle tilfælde skal vi kunne forhindre den "evige flugt" fra patienterne, men vi skal være varsomme og evt. have et organ, der "overvåger" den ambulante tvang, fx Retslægerådet".

Andre peger i caseundersøgelsen på den norske model om tvungen psykiatrisk helseværn.

Som det er nu, er der ikke nogen muligheder for konkret at fastholde patienterne i behandling, hvilket i flere sammenhænge har ført til, at man vurderer behandlingsdomme som et muligt redskab hertil, fx er det formuleret således: "Der kommer flere og flere med behandlingsdomme. Af og til går vi faktisk og håber på, at de dårlige patienter begår noget kriminelt, så de får behandling" og ved "der lægges op til et samarbejde med nogle patienter, som ikke kan samarbejde, fordi hvis de kunne det, så ville det ikke være nødvendigt at lave alle de fine aftaler... Jeg har faktisk været med til at lave en politianmeldelse for en patients vedkommende, for så har vi noget [en behandlingsdom] at gøre godt med, rent faktisk."

### *Konklusion*

Det er undersøgelsens konklusion, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke – for den i lovgivningen nævnte målgruppe – kan ses som eneste redskab til at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne.

I forhold til den del af sammenhængsbegrebet, der vedrører konkrete samarbejdstiltag og informationsudveksling, er der stor opbakning til sigtet hermed, men der er begrænset forståelse for, at dette behov skal løses ved hjælp af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der peges i stedet på behov for en bredere formulering – der skal lovgives om samarbejde, ikke om særlige redskaber.

Det er Rambøll Managements vurdering, at i det omfang der generelt lovgives om samarbejde, og i det omfang der generelt lægges op til, at valget af samarbejdsform afhænger af den enkelte patient, afdeling og struktur, bør det være et krav, at der i alle aftaler tydeligt fremgår tidspunkt for 1. møde, hvem der ansvarlig for den direkte støtte, hvem der er ansvarlig for vurdering, opfølgning og tilbagemelding.

Skal det sikres, at alle patienter, herunder også de allersvageste, kan fastholdes i behandling, er der behov for at sikre patienternes overholdelse af behandlingstilbuddet i indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Dette kan ske ved anvendelse af fx ambulante tvang eller tvungen eftervård.

Ønsket om stærkere redskaber til sikring af, at patienten fastholdes i opfølgende behandling, er dog omgærdet af en række etiske problemstillinger i forhold til patienternes retssikkerhed. Problemstillinger, som personalet grundlæggende er meget bevidst om, både i socialpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien. I sammenhæng hermed peges derfor på, at såfremt man ønsker disse muligheder indført, skal anvendelsen af disse redskaber være forbundet med meget specifikke muligheder for at sikre, at man ikke kommer ud på en glidebane, og for at muligheder ikke anvendes unødigt.

Denne bekymring er også fremført i høringsfasen. I en række høringsvar peges der på, at man gerne deltager i en debat om anven-

delse af ambulant tvang. Der peges på, at der er behov for en klare beskrivelse af modellen, herunder af de retssikkerhedsmæssige og etiske problemstillinger, hvilket peger på en nødvendig yderligere viden om problemstillingen, som ligger ud over, hvad undersøgelsen har omfattet, herunder at der er behov for viden om positive og negative effekter heraf.

Fra andre sider – fra nogle patientforeninger, Dansk Psykiatrisk selskab og fra enkelte amter peges der på, at der ikke bør indføres mulighed for ambulant tvang.

Rambøll Management finder dog på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at der i psykiatriloven gives mulighed for at afprøve anvendelse af ambulant tvang, og herunder at erfaringer indhøstet i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor.

Rambøll Management forudsætter, at den konkrete og detaljerede model herfor udarbejdes under inddragelse af relevant lægefaglig, juridisk ekspertise og under inddragelse af bruger synspunkter og vurderinger i størst muligt omfang.

Det er endvidere Rambøll Managements forudsætning, at anvendelse af ambulant tvang skal være i relation til patienter, hvis helbred efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling afhænger af fortsat medicinering. Tvangsanvendelsen forudsættes kun anvendt, hvor alle andre muligheder for at fortsætte en nødvendig medicinsk behandling uden indlæggelse på psykiatrisk afdeling er udtømt.

Det vil sige, at der inden anvendelse af ambulant tvang skal være en sikker viden om manglende effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Sikker viden skal i den forbindelse forstås som minimum 2-3 tilfælde af udskrivningsforløb fra samme afdeling, og hvor der er lavet en udskrivningsaftale og/eller koordinationsplan.

Det skal pointeres, at alle andre muligheder – efter Rambøll Managements opfattelse – omfatter en vurdering af mulige indsatser fra det kommunale sociale system, opsøgende psykoseteam mv. Det forudsættes således, at det kan konstateres, at der har været iværksat alle relevante af disse foranstaltninger, inden der gives mulighed for anvendelse af ambulant tvang.

Vurdering af, at patientens helbred efter udskrivelse afhænger af fortsat medicinering, forudsættes ligeledes at bero på konkrete erfaringer fra tidligere udskrivningsforløb fra samme afdeling. I den forbindelse kunne det indgå som kriterium, at det – et vist antal gange inden for samme år – har været nødvendigt at tvangsindlægge patienten.

Da virkningen af den forudgående anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke kendes, kan det heller ikke umiddelbart

vurderes hvor stor gruppen, der vil have behov for ambulat tvang, vil være, hvilket understreger behovet for en forsøgsparagraf.

Rambøll Management forudsætter endvidere, at den ambulante tvang alene kan anvendes på den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det betyder, at patienten i disse enten af egen drift opsøger afdelingen for at modtage den nødvendige behandling, at patienten motiveres hertil af støtte/kontaktperson eller at gennemførelsen sker på samme måde som ved tvangsindlæggelser. Tvangsindlæggelsen vil i dette tilfælde være kortvarig (en dag).

Endelig skal Rambøll Management pointere, at det bør være muligt at klage over anvendelse af ambulat tvang på lige fod med andre tvangsindgreb.

## **6.5 Konklusion i relation til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Ved psykiatrilovsrevisionen blev behovet for at sikre sammenhæng i de psykiatriske tilbud på tværs af sektorerne understreget, herunder behovet for at sikre en klar placering af behandlingsansvar og ansvar for de sociale tilbud for den gruppe af sindslidende, der ofte kaldes de særligt vanskeligt stillede sindslidende.

Med henblik herpå indførtes derfor bestemmelser om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Der er generelt bred opbakning til at styrke koordination mellem sektorerne, men caseundersøgelserne tyder på, at denne opbakning ikke også betyder opbakning til en højere udnyttelse af bestemmelsen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Opbakningen betyder snarere et ønske om at udvikle og forbedre de eksisterende samarbejds- og koordinationstiltag. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses i den forbindelse som en af flere muligheder, som i visse (sjældne) tilfælde kan bringes i anvendelse.

Dette betyder mere overordnet også, at det kan konkluderes, at de mere generelle erfaringer med anvendelse af procesregulering/regelstyring i faglig praksis også er relevante, når det drejer sig om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Det er således vanskeligt at ændre praksis i en professionel organisation, hvis der ikke her er en opfattelse af, at reglerne afspejler de faglige normer og den faglige kultur. I og med at effekten af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke er overbevisende, og i og med at redskabets anvendelse fordrer en anden praksis end normalt, er det vanskeligt at integrere anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som en del af den daglige drift.

I de tilfælde hvor udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har været bragt i anvendelse, skyldes det, at man i disse tilfælde har helt

konkrete overvejelser omkring den enkelte patient og har vurderet, at dette er en god idé, og at redskabet kan bringe merværdi i forhold til andre koordinationsstiltag.

Der er (langt fra) udarbejdet det antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som blev forventet (ca. 1000).

Selv om det ikke kan afvises, at der laves flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, end der faktisk bliver indberettet, vil det totale antal næppe komme op i den størrelsesorden, der oprindeligt blev vurderet.

Der bliver dog udarbejdet en lang række andre aftaler og koordinationsstiltag i forbindelse med udskrivelse af psykiatriske patienter, herunder også i forhold til den målgruppe, der er defineret som aktuelle for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Caseundersøgelserne giver et fingerpeg om, hvordan de øvrige aftaler adskiller sig fra udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Fælles for alle planer/aftaler er generelt, at de alle indeholder en beskrivelse af patienternes aktuelle og forventede behov, fremtidig indsats i behandling og sociale tilbud, aftale om indsats i distriktpspsykiatrien og hvem der er ansvarlig for indsatsen.

De øvrige aftaler adskiller sig derimod fra udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ved, at der i aftalerne ikke nødvendigvis er angivet et præcist tidspunkt for et opfølgende 1. møde, og at det ikke nødvendigvis er aftalt, hvem der i givet fald skal fungere som støtte- og kontaktperson, eller hvem der er ansvarlig for revurdering, opfølgning og tilbagemelding. Endelig synes der at være forskel i forhold til skriftlighed og dokumentation.

De almindelige aftaler/koordinationsstiltag er således til en vis grad indholdsmæssigt sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men hvor der jf. ovenstående tillige kan konstateres forskelle. Sigtet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner var dog netop at sikre de elementer, der oftest ikke indgår i de almindelige aftaler.

Det er ikke muligt at vurdere, om der er et udækket behov for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det kan dog ikke afvises, at der nogle steder er et udækket behov for kommunikation og samarbejde omkring de socialfaglige behov.

Det er undersøgelsens konklusion, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har en vis effekt i forhold til at sikre en systematisk informationsudveksling og medinddragelse af samarbejdspartenerne. I hvilket omfang denne effekt afviger fra de normale samarbejdsystemer afhænger af, hvordan dette konkret er organiseret. Langt hen ad vejen er der tale om samme effekt, men der kan være tilfælde, hvor anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner giver en større virkning.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes også at kunne have en vis effekt i forhold til at fastholde patienterne i behandling – også set i relation til normale aftaler. Denne effekt begrundes i en forbedring af muligheden for at lave forhåndsftaler, pædagogisk gennemslagskraft og mulighed for hurtigere indlæggelse.

I forhold til de særligt vanskelige patienter er det derimod vanskeligt at identificere, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har højere effekt end øvrige aftaler/tiltag.

I forhold til undersøgelsens vurdering af udskrivningsaftalers og koordinationsplaners virkninger for behandlingsalliancen, patientinddragelse og patientens integritet har det ikke været muligt at undersøge virkninger af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner isoleret. Spørgsmålet er derfor vurderet i forhold til mere generelle virkninger af aftaler som sådan.

Undersøgelsen peger på, at patienterne generelt inddrages i aftaleudarbejdelsen, hvorfor det ikke vurderes at have nogen betydning for patientdeltagelsen, hvorvidt der anvendes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvor det præcist er angivet, at patienten skal inddrages, eller om der anvendes øvrige aftaleformer.

Det er ikke muligt på baggrund af de data, der er indkommet, at afgøre, på hvilken måde patienten konkret inddrages. Spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at patienterne føler, at der bliver lyttet til deres synspunkter, ligesom personalet fremfører dette.

Det er vanskeligt at vurdere generelt, hvilken påvirkning aftaler har i forhold til patienternes integritet. Data peger i begge retninger. På den ene side griber aftalerne ind i patienternes ret til selv at bestemme. På den anden side kan det også opleves som en trykthed.

Det er undersøgelsens konklusion, at manglende kendskab til bestemmelserne ikke er en forklaring på, at redskabet ikke anvendes hyppigere. Der er generelt et godt kendskab til bestemmelsen, dog tyder caseundersøgelserne dog på, at der i forhold til enkeltelementerne er nogen usikkerhed.

Hurtige og uplanlagte udskrivningsforløb forklarer ligeledes i begrænset omfang den manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

De eksisterende samarbejdskulturer vurderes i et vist omfang at kunne forklare manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det er generelt en klar markering af, at en god samarbejdskultur er nødvendig for koordination. I det omfang denne er til stede, udgør den ikke nogen barriere for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men måske overflødig gør den i disse tilfælde anvendelsen. I det omfang der ikke er tale om en god

samarbejdskultur, vurderes dette at kunne være en barriere, også for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Hertil kommer, at kulturens generelle forståelse af begrebet samarbejde – herunder bredden (inddragelse) og dybden (indhold) i begrebet – kan have betydning for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Ressourcespørgsmål kan i et vist omfang forklare manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Ressourcer, først og fremmest forstået som tid til at mødes. Men også resourcespørgsmål, såsom muligheder i det opfølgende system for at tilvejebringe relevante socialpsykiatriske tilbud, har betydning.

Manglende tiltro til aftalernes/planernes virkning må tillægges en betydelig forklaringskraft i forhold til den manglende anvendelse.

Den generelt manglende tiltro til, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner bibringer mere sammenhæng end øvrige tiltag/planer som anvendes, vurderes også at forstærke de barrierer, der er identificeret i forhold til samarbejdskultur og ressourcer.

Det er undersøgelsens konklusion, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke – for den i lovgivningen nævnte målgruppe – kan ses som eneste redskab til at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne.

I forhold til den del af sammenhængsbegrebet, der vedrører konkrete samarbejdstiltag og informationsudveksling, er der stor opbakning til sigtet hermed, men der er begrænset forståelse for, at dette behov skal løses ved hjælp af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der peges i stedet på behov for en bredere formulering – der skal lovgives om samarbejde, ikke om særlige redskaber.

Det er Rambøll Managements vurdering, at i det omfang der generelt lovgives om samarbejde, og i det omfang der generelt lægges op til, at valget af samarbejdsform afhænger af den enkelte patient, afdeling og struktur, bør det være et krav, at der i alle aftaler tydeligt fremgår tidspunkt for 1. møde, hvem der skal fungere som støtte- og kontaktperson, hvem der er ansvarlig for vurdering, opfølgning og tilbagemelding.

Skal det sikres, at alle patienter, herunder også de allersvageste, kan fastholdes i behandling, er der behov for at sikre patienternes overholdelse af indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Dette kan ske ved anvendelse af fx ambulante tvang eller tvungen eftervård.

Ønsket om stærkere redskaber til sikring af, at patienten fastholdes i opfølgende behandling er dog omgærdet af en række etiske problemstillinger i forhold til patienternes retssikkerhed. Problemstillinger, som personalet grundlæggende er meget bevidst om, både i soci-

alpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien. I sammenhæng hermed peges der derfor på, at såfremt man ønsker disse muligheder indført, skal anvendelsen af disse redskaber være forbundet med meget specifikke muligheder for at sikre, at man ikke kommer ud på en glidebane, og for at muligheder ikke anvendes unødigt.

Denne bekymring er også fremført i høringsfasen. I en række hørings svar peges der på, at man gerne deltager i en debat om anvendelse af ambulant tvang. Der peges på, at der er behov for en klar beskrivelse af modellen, herunder af de retssikkerhedsmæssige og etiske problemstillinger og endelig på, at der er behov for viden om positive og negative effekter heraf.

Fra andre sider – fra nogle patientforeninger, Dansk Psykiatrisk selskab og fra enkelte amter peges på, at der ikke bør indføres mulighed for ambulant tvang.

Rambøll Management finder dog på baggrund af rapportens datagrundlag god mening i, at der i psykiatriloven gives mulighed for at afprøve anvendelse af ambulant tvang, og herunder at erfaringer indhøstet i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor.

Rambøll Management forudsætter, at den konkrete og detaljerede model herfor udarbejdes under inddragelse af relevant lægefaglig, juridisk ekspertise og under inddragelse af bruger synspunkter og vurderinger i størst muligt omfang.

Det er endvidere Rambøll Managements forudsætning, at anvendelse af ambulant tvang skal være i relation til patienter, hvis helbred efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling afhænger af fortsat medicinering. Tvangsanvendelsen forudsættes kun anvendt, hvor alle andre muligheder for at fortsætte en nødvendig medicinsk behandling uden indlæggelse på psykiatrisk afdeling er udtømt.

Det vil sige, at der inden anvendelse af ambulant tvang skal være en sikker viden om manglende effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Sikker viden skal i den forbindelse forstås som minimum 2-3 tilfælde af udskrivningsforløb fra samme afdeling, og hvor der er lavet en udskrivningsaftale og/eller koordinationsplan.

Det skal pointeres, at alle andre muligheder – efter Rambøll Managements opfattelse – omfatter en vurdering af mulige indsatser fra det kommunale sociale system, opsøgende psykoseteam mv. Det forudsættes således, at det kan konstateres, at der har været iværksat alle relevante af disse foranstaltninger, inden der gives mulighed for anvendelse af ambulant tvang.

Vurdering af, at patientens helbred efter udskrivelse afhænger af fortsat medicinering, forudsættes ligeledes at bero på konkrete erfaringer fra tidligere udskrivningsforløb fra samme afdeling. I den forbindelse kunne det indgå som kriterium, at det – et vist antal gange



inden for samme år – har været nødvendigt at tvangsindlægge patienten.

Da virkningen af den forudgående anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke kendes, kan det heller ikke umiddelbart vurderes, hvor stor gruppen, der vil have behov for ambulat tvang vil være, hvilket understreger behovet for en forsøgsparagraf.

Rambøll Management forudsætter endvidere, at tvangen alene kan anvendes på den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det betyder, at patienten enten af egen drift opsøger afdelingen for at modtage den nødvendige behandling, at patienten motiveres hertil af støtte/kontaktperson eller at gennemførelsen sker på samme måde som ved tvangsindlæggelser. Tvangsindlæggelsen vil i dette tilfælde være kortvarig (en dag).

Endelig skal Rambøll Management pointere, at det bør være muligt at klage over anvendelse af ambulat tvang på lige fod som i forhold til andre tvangsindgreb.

## 7. Registrering af tvang

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens revision, at krav om registrering og indberetning af tvang som udgangspunkt er nødvendig for, at sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen kan føre den nødvendige, løbende kontrol med tvangsansværelsen.

Psykiatriloven indeholder detaljerede bestemmelser om registrering og afrapportering af tvangsansværelse på landets psykiatriske afdelinger. Op til revisionen af psykiatriloven var data ikke personhenførbare, hvilket indebærer, at opgørelser over samlet omfang af tvangsansværelse ikke kunne vise stigninger/fald i anvendelsen af tvang. Dette forringede mulighederne for anvendelse af data.

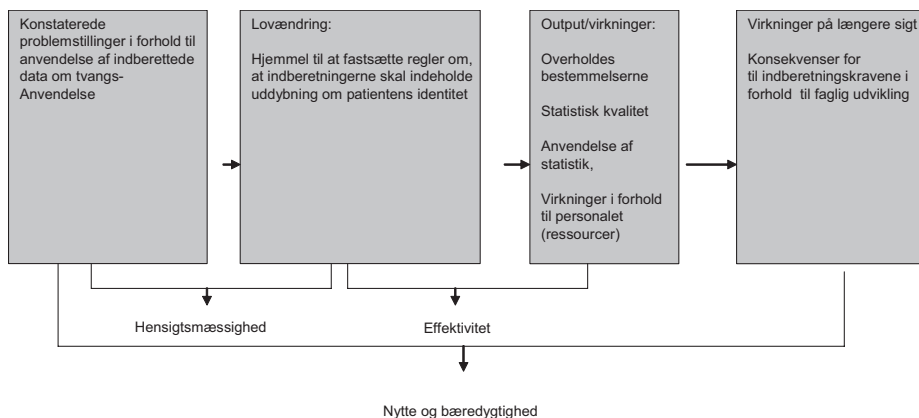
Derfor blev psykiatrilovens bestemmelser ændret, således at der blev givet mulighed for, at indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen gennem embedslægeinstitutionen indeholder oplysninger om patientens identitet. Formålet hermed er at forbedre den statistiske værdi af indberetningerne.

### 7.1 Analytisk tilgang

Som det fremgår ovenfor indebærer psykiatriloven, at indberetninger af tvangsansværelse også skulle indeholde oplysninger om patienternes identitet.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssigheds-, effektivitets- og et nytte- og bæredygtighedskriterium.

Kriterierne og disses generelle sammenhæng er beskrevet i afsnit 2. For så vidt angår ændringerne af kravene til indberetning af tvang, angives sammenhængen i skemaet nedenfor.



### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang kravet om indberetning af personhenførbare data for tvangsanvendelse adresserer de konstaterede problemstillinger i relation til ønsket om at kunne vise stigninger og fald i tvangsanvendelse.

Undersøgelsesspørgsmålet under dette kriterium er derfor:

- Er ændringerne i indberetningskravene dækkende for de beskrevne problemstillinger?

### *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang de i psykiatriloven opstillede indberetningskrav overholdes.

Hjemlen til at fastsætte regler om indberetningerne om patientens identitet, overholdes i og med at der er udsendt vejledning herom. Men herudover er det også af interesse at vurdere, om indberetningen rent faktisk sker. Der er i den forbindelse ikke sondret mellem indberetning af patienternes identitet og af indberetning generelt.

Herudover indeholder effektivitetskriteriet en analyse af de virkninger, som den ændrede indberetning af tvangsdata har haft i relation til anvendelse af data.

Det undersøges, om de gennemførte ændringer har haft de ønskede virkninger i forhold til forbedring af data, herunder om statistikkerne er velegnede som redskaber for overordnet kontrol og til kvalitetsudvikling på afdelingerne.

I forhold til personalet er det vigtigt at undersøge, hvilke virkninger kravet om indberetning af tvangsanvendelse har for den daglige opgavevaretagelse. Der sondres her ikke mellem indberetninger generelt og indberetninger med personhenførbare data.

Undersøgelsesområderne under dette kriterium vil derfor være:

- Overholdes kravene til indberetning?
- Er kvaliteten af de indberettede data vedr. tvangsanvendelse i orden?
- Opfylder tvangsstatistikkerne formålet om overordnet kontrol af tvangsanvendelse?
- I hvilket omfang anvendes tvangsstatistikkerne til kvalitetsudvikling på de enkelte afdelinger?
- Hvilke virkninger har kravet om indberetning af tvangsanvendelse for den daglige opgavevaretagelse på de psykiatriske afdelinger?

### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette kriterium undersøges, om og i hvilket omfang tidsperspektivet har betydning – det vil sige om eventuelle problemstillinger om indberetning af tvang og anvendelse af tvang vil udvikles/løses over tid.

Herunder vurderes, i hvilket omfang ændret behandlingspraksis/ faglig udvikling generelt har betydning for tvangsinberetning/ statistik.

Undersøgelsesområderne under dette kriterium er således:

- Kan der forventes andre virkninger over tid?
- Betyder den faglige samfundsmæssige udvikling, at der vil opstå et pres på de nuværende regler for indberetning af tvang?

### *Datagrundlag*

Analysen bygger på anvendelse af følgende datakilder: Gennemgang af Sundhedsstyrelsens tvangsstatistikker og data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet. Med henblik på perspektivering og uddybning anvendes endvidere data fra udvalgte ombudsmandsrapporter.

Som det fremgår af metodebilaget, kan data fra personaleundersøgelsen umiddelbart generaliseres. I forhold til anvendelsen af data fra Sundhedsstyrelsens tvangsstatistikker skal det generelt pointeres, at disse ikke er valideret, og at der derfor kan være usikkerheder forbundet hermed.

## **7.2 Hensigtsmæssighedskriteriet**

Undersøgelsesspørgsmålene under dette kriterium er, i hvilket omfang ændringerne i indberetningskravene er dækkende for de beskrevne problemstillinger.

Problemstillingen omkring anvendelse af de daværende tvangsstatistikker var, at det ikke var muligt at få et indtryk af både omfanget af tvanganvendelsen, og hvor mange personer der blev berørt heraf.

Det var således ikke muligt at vurdere, om en stigning i tvanganvendelse kunne forklares ved, at der evt. havde været særligt vanskelige patienter indlagt eller lign.

En gennemgang af de eksisterende statistikker fra Sundhedsstyrelsen omkring tvanganvendelse viser, at kravet om indberetning af personhenførbare data har givet mulighed for at lave statistik vedr. såvel omfang af tvanganvendelse som af antallet af personer, der er berørt af tvang.

I spørgeskemaundersøgelsen angiver 75 % af personalet, at det i høj grad er hensigtsmæssigt, at tvangsstatistikkerne både viser data om den samlede tvangsanvendelse og om, hvor mange personer der har været udsat for tvangsanvendelse. 14 % mener, at dette i mindre grad er tilfældet.

For så vidt angår beslutningstagerne, er der 86 %, der mener, at det i høj grad er relevant, og 14 % mener, at dette i mindre grad er relevant.

På den baggrund kan det konkluderes, at den reviderede psykiatrilovs bestemmelse om indberetning af patienters identitet har givet mulighed for at opgøre dels den samlede anvendelse af tvang, og dels antallet af personer berørt af tvang. Denne ændring opfattes som hensigtsmæssig af både personale og beslutningstagere.

### 7.3 Effektivitetskriteriet

Undersøgelsesområderne under dette kriterium er:

- Overholdes kravene til indberetning?
- Er kvaliteten af de indberettede data vedr. tvangsanvendelse i orden?
- Opfylder tvangsstatistikkerne formålet om overordnet kontrol af tvangsanvendelse?
- I hvilket omfang anvendes tvangsstatistikkerne til kvalitetsudvikling på de enkelte afdelinger?
- Hvilke virkninger har kravet om indberetning af tvangsanvendelse for den daglige opgavevaretagelse på de psykiatriske afdelinger?

#### 7.3.1 Overholdes kravene til indberetning?

Som nævnt er der ikke i denne undersøgelse specifikt fokuseret på, om kravene om indberetning af patienternes identitet overholdes, men derimod på, om indberetningskravet generelt overholdes.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt der altid sker en indberetning af tvangsanvendelse, peger danske og udenlandske undersøgelser på, at der er sandsynlighed for underregistrering af faktiske forhold. Et eksempel herpå er en dansk undersøgelse vedr. overensstemmelserne mellem antallet af tvangsindlæggelser i Det Psykiatriske Centralregister og hos politiet<sup>41</sup>, hvor en gennemgang af op mod 500 cases viser, at der er tale om fejlregistrering på op imod 11 %. Andre undersøgelser viser samme tendens.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 93 %, at der altid bliver oprettet en tvangsprotokol ved tvangsanvendelse. Næsten 60 % af personalet oplyser, at de ikke er klar over, om der altid sker en indberetning af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner til Sundhedsstyrelsen.

Det kan således konkluderes, at der i meget stort omfang oprettes tvangsprotokol ved tvangsanvendelse på afdelingerne. Den påpegede risiko for underregistrering kan dog ikke afvises, særligt når der er tale om indberetningspligtige handlinger, som ikke er relateret til tvangsanvendelse, dvs. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

### 7.3.2 *Er kvaliteten af de indberettede data vedr. tvangsanvendelse i orden?*

I forhold til spørgsmålet, om der er klarhed over, hvilke data der skal indberettes og hvornår, oplyses det i forundersøgelsens eksplorative interview, at der blandt andet er fortolkningstvivil/manglende registreringsmuligheder i relation til sammenhæng mellem somatisk og psykiatrisk lidelse, behov for mere end én begrundelse for tvang, problemer i relation til registrering af tiltag på skærmede afdelinger, problemer i relation til længde af tvangsindgreb, og i tolkningen om tvangsbehandling angår et forløb eller hver enkelt handling i forløbet.

Ombudsmandens gennemgang af tvangsprotokoller synes ligeledes at indikere, at det ofte er vanskeligt for personalet at udfylde tvangsprotokollerne korrekt. I alle tilfælde påtaler Ombudsmanden i en del tilfælde formelle fejl i registreringen af tvang.<sup>42</sup>

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 40 % af personalet, at datakvaliteten i nogen grad er tilstrækkelig høj. 17 % oplyser, at datakvaliteten i høj grad er tilstrækkelig, og 13 %, at dette i mindre grad er tilfældet.

Det kan derfor konkluderes, at der er usikkerhed omkring fortolkning af enkelte tvangssituationer. Der er behov for videreudvikling og præcisering af gældende vejledning om registrering af tvang.

### 7.3.3 *Opfylder tvangsstatistikkerne formålet om overordnet kontrol af tvangsanvendelse?*

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt tvangsstatistikkerne opfylder formålet om overordnet kontrol med tvangsanvendelse, viser en gennemgang af Sundhedsstyrelsens statistikker, at det er muligt at følge omfang af tvangsanvendelsen på de enkelte afdelinger. Samtidig må det dog fremhæves, at det ikke af statistikkerne fremgår, om større eller mindre anvendelse af tvang kan henføres til patientsammensætning, tyngde af patient mv. Den overordnede kontrol med

---

<sup>42</sup> Fx: Opfølgning på Ombudsmandens inspektion af Sct. Hans Hospital den. 18. og 24. feb. 2004. J.nr.: 2003-4414-424 og Ombudsmandens Inspektion af Psykiatrisk Afdeling i Esbjerg den 6. nov. 2003. J.nr.: 2003-3277-424.

tvangsanvendelsen bør derfor suppleres med kvalitative betragtninger.

39 % af personalet oplyser, at de i høj grad vurderer, at tvangsstatistikkerne er egnede som grundlag for overordnet kontrol med tvangsanvendelsen på afdelingerne. 40 % mener, at dette i nogen grad er tilfældet. For beslutningstagerne er billedet nogenlunde det samme, idet 57 % mener, at dette i høj grad er tilfældet og 36 %, at disse i nogen grad kan anvendes som grundlag for overordnet kontrol.

Det påpeges dog fra enkelte sider, at statistikkerne ikke umiddelbart kan bruges til sammenligninger på tværs af afdelinger. Således udtrykker en af caseundersøgelsens interviewpersoner, at "der er lokal dialekt på fortolkningen af definitionerne, så de ikke reelt kan bruges til at sammenligne på tværs."

Det kan således konkluderes, at tvangsstatistikkerne i rimeligt omfang kan anvendes som grundlag for overordnet kontrol med tvangsanvendelse. De tilgængelige data gør det dog ikke muligt at sammenligne på tværs af afdelingerne. Dette er en kendt problemstilling både i psykiatrien og i det somatiske sygehusvæsen, idet vanskelighederne blandt andet omfatter det forhold, at det på baggrund af statistikkerne ikke er muligt at vurdere forskelle i patientsammensætning. Dertil kommer, at fortolkningstvivil betyder, at der er konkrete forskelle på de enkelte afdelingers registreringspraksis.

#### *7.3.4 I hvilket omfang anvendes tvangsstatistikkerne til kvalitetsudvikling på de enkelte afdelinger?*

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at 45 % af personalet oplyser, at tvangsstatistikkerne anvendes til kvalitetsudvikling af afdelingernes praksis. Næsten 13 % mener, at dette i høj grad er tilfældet. Godt halvdelen af beslutningstagerne angiver, at tvangsprotokollerne "i nogen grad" anvendes til kvalitetsudvikling i deres organisation, mens 46 % mener, at de "i høj grad" anvendes hertil.

I caseundersøgelsen er fremført, at tvangsstatistikkerne primært anvendes til at følge udviklingen, således at man på den enkelte afdeling kan vurdere udviklingen fra år til år. Det kan derfor konkluderes, at tvangsstatistikker generelt finder anvendelse som led i kvalitetsudvikling på de enkelte psykiatriske afdelinger.

#### *7.3.5 Hvilke virkninger har kravet om indberetning af tvangsanvendelse for den daglige opgavevaretagelse på de psykiatriske afdelinger?*

Indførelse af tvangsprotokoller gav i 1990'erne anledning til en række danske undersøgelser af Psykiatrilovens funktion før og efter indførelsen<sup>43</sup>. Flere af undersøgelserne pegede på, at der blev brugt flere

<sup>43</sup> Aggernæs et al. 1990, Schrøder et al. 1992, Engberg 1992a+b, Schepeleln et al. 1993 a+b, Schepeleln et al. 1994, Raben et al. 1994, Poulsen et al. 1996 a+b.

lægelige ressourcer på udfyldelse af tvangsprotokoller, og at forekomsten af tvang ikke var blevet mindre. Undersøgelserne påpegede, at faktorer som overbelægning på afdelingerne og for hurtig udskrivelse af patienterne kunne være medvirkende til øget anvendelse af tvang. Senere er det også påpeget, at en nedsættelse af anvendelsen af tvang ikke nødvendigvis hænger sammen med graden af øget registrering<sup>44</sup>.

Spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at spørgsmålet om indberetning af tvangsprotokoller i et vist omfang er blevet en del af den daglige opgavevaretagelse på afdelingerne, idet 40 % angiver, at indberetning af tvangsprotokoller i nogen grad er en ressourcemæssig belastning for personalet, og 36 % angiver, at dette i mindre grad er tilfældet. 46 % af beslutningstagerne vurderer, at indberetning af tvangsansøgning i mindre grad er en belastning for personalet. 15 % af beslutningstagerne vurderer, at dette i høj grad eller i nogen grad er tilfældet.

Caseundersøgelserne og fokusgruppemøderne i dybdeundersøgelsen viser, at selv om registrering af tvangsansøgning ikke i sig selv opfattes som middel til at påvirke den konkrete adfærd, er der blandt personalet en udpræget forståelse for, at det er nødvendigt at gennemføre en kontrol af tvangsansøgning, og hermed også, at det er nødvendigt at registrere og indberette tvangsansøgning.

Sammenfattende kan det derfor konkluderes, at kravet om indberetning af tvangsansøgning i nogen/i mindre grad opfattes som en ressourcemæssig belastning af personalet, men at der fra personalets side generelt er forståelse for behovet for registrering.

## **7.4 Nytte- og bæredygtighedskriteriet**

Undersøgelserområderne for dette kriterium er:

- Kan der forventes andre virkninger over tid?
- Betyder den faglige samfundsmæssige udvikling, at der vil opstå et pres på de nuværende regler for indberetning af tvang?

### *7.4.1 Kan der forventes andre virkninger over tid?*

Det primære spørgsmål er her, i hvilket omfang de virkninger, der er beskrevet vedr. uklare definitioner, ressourcemæssige konsekvenser, bliver løst ved implementering af elektronisk indberetning.

Det er hensigten, at den elektroniske indberetning af data skal medvirke til at forbedre datakvaliteten, fordi systemet i sig selv er beslutningsstøttende. Herudover er det intentionen, at systemet skal medvirke til at lette arbejdsgangene.

---

<sup>44</sup> Poulsen et al. 2000 iflg. Henrik Day Poulsen: Dokumentalistrapport.



I spørgeskemaundersøgelsen viser personalet meget blandede forventninger til, om disse effekter rent faktisk opnås. Svarerne fordeler sig på alle muligheder med en vis tyngde – uanset hvilken personalegruppe man tilhører. Det er således ikke muligt at konkludere på, om den elektroniske indberetning vil ændre på de nuværende forhold.

#### 7.4.2 *Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at der vil opstå et pres på de nuværende regler for indberetning af tvang?*

I forhold til tidspunktet for psykiatrilovsrevisionen har den faglige udvikling betydet, at skærmning i stigende omfang anvendes som led i behandlingen.

I klageafsnittet beskrives en række uklarheder i forhold til, hvornår skærmning er ligestillet med anvendelse af tvang.

Disse uklarheder vurderes at afspejle sig i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt personalet, idet denne viser, at der blandt personalet ikke er en afklaret holdning til, i hvilket omfang anvendelse af skærmning af den enkelte patient skal indberettes. 39 % oplyser, at der måske er behov herfor og lige så mange at der ikke er behov for dette.

For beslutningstagerne gælder, at disse fordeler sig ligeligt, således at 29 % vurderer, at der i høj grad er behov for registrering af skærmning. Lige så mange mener, at der måske er behov herfor, og igen vurderer 29 %, at der ikke er behov herfor.

Med hensyn til indberetning af den tvangsanvendelse, der nogle gange finder sted i medfør af husregler mv., og som i daglig tale benævnes ikke lovreguleret tvang, er billedet stort set det samme, som når det drejer sig om skærmning.

Svarene fordeler sig overvejende på, at der måske er behov for registrering eller at der i høj grad er behov herfor.

I spørgeskemaundersøgelsen er undersøgt, hvorledes en registrering af den tvangsanvendelse, der finder sted i medfør af husregler og lignende, i givet fald skulle finde sted, og hvad denne skulle indeholde. Der peges i de gennemførte fokusgruppemøder i dybdeundersøgelsen på, at det kunne overvejes at synliggøre afdelingernes husregler på en sådan måde, at der generelt blev mulighed for en overordnet kontrol hermed.

Fra både personalets og beslutningstagerne side er der en forholdsvis stor interesse for at udvide registreringen af tvangsanvendelse, således at der også skal angives konkrete begrundelser for tvangsanvendelsen.

Med baggrund i de gennemførte fokusgruppeinterview vurderes, at årsagen hertil er et ønske om i højere grad at opnå viden om årsager til tvangsanvendelse og der i højere grad kunne forebygge anvendelse heraf. Der vil i givet fald skulle arbejdes videre hermed.

Sammenfattende kan således anføres, at i det omfang, det afklares, under hvilke konditioner skærmning kan opfattes som tvang, vil der i det omfang dette afviger fra den nuværende registreringspraksis være behov for at sikre en registrering heraf.

Med hensyn til registrering af tvangsanvendelse i forbindelse med husregler og årsager til anvendelse af tvang, peges på et behov for at arbejde videre med en definition og afklaring af hvordan det sikres, at der er adgang til de nødvendige oplysninger til understøtning heraf.

## **7.5 Konklusioner i forhold til registrering af tvang**

Med henblik på at forbedre den statistiske værdi, tvangsindberetningerne medførte Psykiatrilovsrevisionen betød det, at der blev givet mulighed for, at indberetninger også indeholdt oplysning om patienternes identitet.

Det er undersøgelsens konklusion, at ændringerne har været dækkende for de beskrevne problemstillinger, og at ændringerne opfattes som hensigtsmæssige af såvel personalet som af beslutningstagerne.

I forhold til spørgsmålet, om indberetningskravene overholdes, er det undersøgelsens konklusion, at der i langt de fleste tilfælde oprettes tvangsprotokol ved tvangsanvendelse på afdelingerne. Risiko for underregistrering kan dog ikke afvises, særligt når der er tale om indberetningspligtige handlinger, som ikke er relateret til tvangsanvendelse, dvs. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

I forhold til spørgsmålet, om kvaliteten af de indberettede data er i orden, viser undersøgelsen, at der er usikkerhed om fortolkningen af enkelte tvangssituationer. Der er behov for videreudvikling og præcisering af gældende vejledning om registrering af tvang.

Med hensyn til spørgsmålet om, i hvilket omfang tvangsstatistikkerne opfylder formålet om overordnet kontrol med tvangsanvendelsen, viser undersøgelsen, at personale og beslutningstagere i rimeligt omfang vurderer, at disse kan anvendes som grundlag herfor.

De tilgængelige data gør det dog ikke muligt at sammenligne på tværs af afdelingerne. Dette er en kendt problemstilling både i psykiatrien og i det somatiske sygehusvæsen, idet vanskelighederne blandt andet omfatter det forhold, at det på baggrund af statistikkerne ikke er muligt at vurdere forskelle i patientsammensætning. Dertil kommer at fortolkningstvivil betyder, at der er konkrete forskelle på de enkelte afdelingers registreringspraksis.

Det er endvidere undersøgelsens konklusion, at tvangsstatistikker generelt finder anvendelse som led i kvalitetsudvikling på de enkelte psykiatriske afdelinger.

Med hensyn til virkninger for personalet er det undersøgelsens konklusion, at kravet om indberetning af tvangsanvendelse i nogen/i mindre grad opfattes som en ressourcemæssig belastning for personalet, men at der fra personalets side generelt er forståelse for behovet for registrering.

Det er ikke muligt at vurdere, om den elektroniske indberetning vil ændre på de nuværende forhold.

I det omfang det afklares, under hvilke konditioner skærmning kan opfattes som tvang, vil der i det omfang, dette afviger fra den nuværende registreringspraksis, være behov for at sikre en registrering heraf.

Med hensyn til registrering af tvangsanvendelse i forbindelse med husregler og årsager til anvendelse af tvang, peges på et behov for at arbejde videre med en definition og afklaring af, hvordan det sikres, at der er adgang til de nødvendige oplysninger til understøttelse heraf.

## 8. Tilbageførelse

Den tidligere gældende psykiatrilov indeholdt ikke bestemmelser om tilbageførelse. Forarbejderne til de tidligere bestemmelser forudsatte dog, at der kunne ske tilbageførelse i kortere tid efter bortgang. Psykiatrilovsundersøgelsen viste, at der på de psykiatriske afdelinger herskede nogen usikkerhed om adgangen til at tilbageføre indlagte patienter, og at patienter undertiden blev »tvangstilbageholdt«, uden at have begæret sig udskrevet for dermed at skabe mulighed for, at politiet efter omstændighederne kunne føre patienten tilbage til afdelingen uden iagttagelse af fremgangsmåden for tvangsindlæggelse.

På den baggrund blev det i forbindelse med psykiatrilovens revision understreget, at der var behov for klar hjemmel til uformel tilbageførelse af frihedsberøvede patienter.

Det fremgår af lovbestemmelsen, at hvis en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient ikke frivilligt vender tilbage, kan overlægen beslutte, at den pågældende patient skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Tilbageførelse kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Såfremt der går længere tid, skal der om nødvendigt iværksættes en ny tvangsindlæggelse.

Der er alene mulighed for at tilbageføre en patient, der har tilladelse til udgang, når der er givet tilladelse til udgang med op til 3 overnatninger. Hvis patienten har fået udgang med mere end 3 overnatninger, gælder reglerne om tilbageførelse ikke. I givet fald kan der i disse tilfælde blive tale om iværksættelse af en ny tvangsindlæggelse.

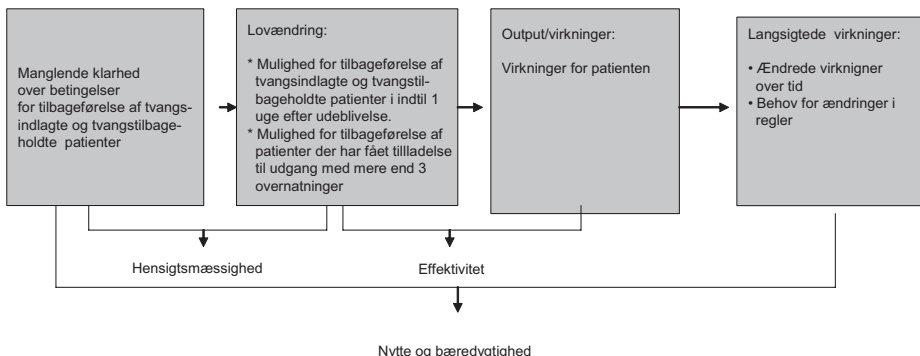
Fastsættelsen af 1-uges-risten var i det væsentligste en fortsættelse af den hidtidige ordning. Forslaget indebar dog en mindre udvidelse af adgangen til tilbageførelse i tilfælde af udgang. Formålet med udvidelsen var at forbedre mulighederne for, at patienterne kunne få udgang til weekends, idet man forventede en større adgang til at få mulighed for udgang end tidligere.

### 8.1 Analytisk tilgang

Som det fremgår ovenfor, indebar psykiatrilovsrevisionen, at betingelserne for tilbageførelse af tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter blev præciseret og klargjort.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssigheds-, effektivitets- og et nytte- og bæredygtighedskriterium.

Kriterierne og sammenhængen herimellem er beskrevet i afsnit 2. For så vidt angår regler om tilbageførelse, fremgår sammenhængen af figuren nedenfor.



### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang præciseringen af reglerne om tilbageførelse har været et relevant middel til at skabe klarhed over vilkårene herfor.

Undersøgelsesområdet vil derfor for dette kriterium være:

- Er lovrevisionen dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger?

Analysen heraf vil bero på, i hvilket omfang personalet mener, at de nuværende betingelser skaber klarhed over betingelserne for tilbageførelse.

- Er lovmæssig præcisering af betingelserne for tilbageførelse en god metode til at skabe klarhed herover?

### *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører dels, i hvilket omfang lovens bestemmelser anvendes, dels om loven overholdes, og særligt, om de virkninger, som var forventet i forbindelse med lovrevisionen, er opnået.

Indikator herfor er, om de virkninger, der var forudsat ved lovrevisionen, er opnået, dvs. en analyse af, om lovrevisionen har forbedret patienters mulighed for udgang.

Undersøgesspørgsmålet er derfor:

- Om reglerne for tilbageførelse har forbedret patienters muligheder for udgang?

### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Dette kriterium indeholder en analyse af, om der på grund af implementeringsvanskeligheder kan forventes en anden adfærd på afdelingerne, herunder om der er behov for ændringer af de nuværende bestemmelser.

Undersøgelsesspørgsmålet er derfor:

- Kan der forventes andre virkninger over tid?
- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at der på sigt vil opstå et pres på de nuværende regler for tilbagelegation af overlægens kompetence?

#### *Data*

Undersøgelsen baseres primært på data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet. Der er herudover gennemført telefoninterview med repræsentanter fra politiet.

## **8.2 Hensigtsmæssighedskriteriet**

Undersøgelsesområdet for dette kriterium er, om lovrevisionen er dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger, og om en lovmæssig præcisering af betingelserne for tilbageførelse er en god metode til at imødekomme de skitserede problemstillinger.

### *8.2.1 Er lovrevisionen dækkende i forhold til de beskrevne problemstillinger?*

Som indikator herpå undersøges, i hvilket omfang personalet mener at de nuværende bestemmelser skaber klarhed over betingelserne for delegation.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet, at man generelt vurderer, at der er klarhed over delegationsbetingelserne, idet 70 % af personalet oplyser, at de i høj grad er klar over betingelserne for tilbageførelse. 21 % af personalet oplyser, at de i nogen grad er klar over betingelserne.

### *8.2.2 Er lovmæssig præcisering af betingelserne for delegation af overlægens kompetence en god metode til at skabe klarhed herover?*

Det fremgår af forarbejderne til lovrevisionen, at uklarhederne om, hvornår det er muligt at tilbageføre patienterne, netop stammer fra de konkrete lovgivningsmæssige formuleringer. Derfor vurderes det alene for muligt at rette op på denne uklarhed gennem revision af loven. Den valgte metode kan derfor anses for hensigtsmæssig.

På den baggrund må revisionen af bestemmelserne for tilbageførelse anses for hensigtsmæssig. Dette bunder i, at det ikke er muligt at anvende andre metoder til at skabe klarhed over betingelserne, samt at den indholdsmæssige del af revisionen har skabt klarhed over reglerne for tilbageførelse.

### **8.3 Effektivitetskriteriet**

Under dette kriterium undersøges, i hvilket omfang lovens bestemmelser anvendes, om loven overholdes, og særligt om de virkninger, som var forventet i forbindelse med lovrevisionen, er opnået.

Ved lovrevisionen var det forudsat, at de præciserede regler for tilbageførelse ville betyde, at patienten fik bedre muligheder for udgang.

Analyserne baseres på statistiske data og data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet.

Det fremgår af statistikbilaget, tabel 2.5, at omfanget af tilbageførelser er meget begrænset, men at udviklingen i antallet har været ganske let stigende i perioden 1999-2003.

Af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse fremgår, at 77 % af personalet vurderer, at reglerne for tilbageførelse har positiv betydning for patienters mulighed for udgang. 12 % vurderer, at regler ikke har nogen betydning for patienters mulighed for udgang.

På den baggrund kan konkluderes, at reglerne for tilbageførelse har haft den forventede virkning i forhold til forbedring af patienters mulighed for udgang.

### **8.4 Nytte- og bæredygtighedskriteriet**

Under dette kriterium undersøges, om der kan forventes andre virkninger af reglerne for tilbageførelse over tid, og om den faglige/samfundsmæssige udvikling har indebåret et ønske om yderligere revision af reglerne for tilbageførelse.

De nuværende bestemmelser om tilbageførelse er implementeret på de enkelte afdelinger. Der er klarhed over reglerne, og de vurderes at medføre de virkninger, der var forudsat i loven. Derfor kan der ikke forventes andre virkninger over tid.

Med hensyn til, om den faglige/samfundsmæssige udvikling har indebåret et ønske om yderligere revision af reglerne for tilbageførelse, viser spørgeskemaundersøgelsen, at 74 % af personalet vurderer reglerne som passende, som de er.

Det kan derfor konkluderes, at der ikke kan forventes anden anvendelse og andre virkninger af de nuværende regler for tilbageførelse. Der er ikke behov for justering af de nuværende regler.

## **8.5 Konklusion i relation til tilbageførelse**

Psykiatrilovsrevisionen indebærer en præcisering af regler for tilbageførelse af frihedsberøvede patienter. Det er undersøgelsens konklusion, at revisionen af bestemmelserne for tilbageførelse er hensigtsmæssig. Både i forhold til valget af lovgivning som metode og i forhold til den indholdsmæssige del af revisionen.

Undersøgelsen viser, at reglerne for tilbageførelse har haft den forventede virkning i forhold til forbedring af patienters mulighed for udgang.

Det er undersøgelsens konklusion, at der ikke kan forventes anden anvendelse og andre virkninger af de nuværende regler for tilbageførelse. Der er ikke behov for justering af de nuværende regler.





## 9. Patientrådgiverordning

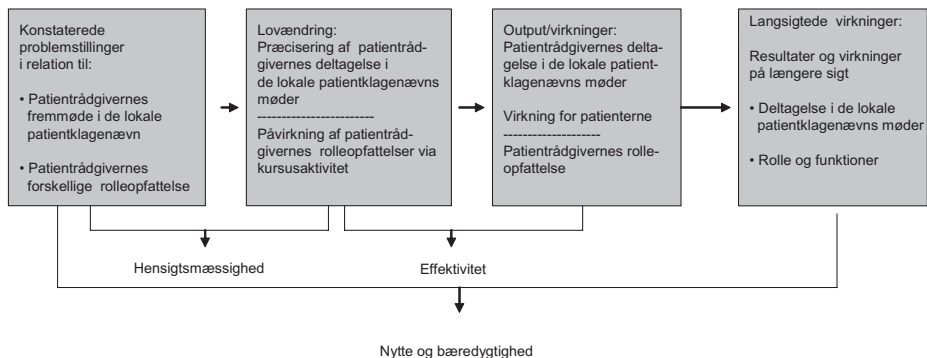
Med psykiatrilovens vedtagelse i 1989 indførtes en patientrådgiverordning. Der skal således beskikkes en patientrådgiver i forbindelse med enhver form for tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling. Ved tvangsfiksering eller anden fysisk magt skal patienten tilbydes beskikkelse af patientrådgiver. Ordningen blev evalueret i psykiatrilovsundersøgelsen, og det fremgik heraf, at patientrådgiverne generelt var godt tilfredse med hvervet, og at de generelt havde god kontakt til patienter og personale. Det blev dog påpeget, at der er meget forskellige opfattelser af, hvad hvervet indebærer, og at patientrådgiverne langt fra altid deltager i retsmøder og møder i patientklagenævnet.

Revisionen af psykiatriloven indeholdt på den baggrund en bestemmelse om patientrådgiverens deltagelse i patientklagenævnet.

### 9.1 Analytisk tilgang

Som det fremgår ovenfor, indebar psykiatrilovsrevisionen en præcisering af, at patientrådgivere så vidt muligt forventes at deltage i de lokale patientklagenævns møder.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssigheds-, effektivitets- og et nytte- og bæredygtighedskriterium. Sammenhængen herimellem skitseres i figuren nedenfor, idet den generelle sammenhæng med analysens undersøgelsesspørgsmål er beskrevet i afsnit 2.



De problemstillinger – der op til psykiatrilovsrevisionen blev beskrevet i relation til patientrådgivernes forskellige rolleopfattelse – forudsattes løst via gennemførelse af relevant kursusaktivitet, og lovrevisionen adresserede således ikke direkte denne problemstilling. I forhold til ovennævnte figur illustreres dette ved den tegnede streg i kassen, hvor lovændringerne præsenteres.

Som det fremgår af figuren, forudsattes de konstaterede problemstillinger vedr. patientrådgivernes forskellige rolleopfattelse håndteret ved gennemførelse af en målrettet kursusaktivitet. Denne kursusaktivitet gennemføres løbende. Det vil ikke være denne undersøgelses fokus at evaluere kursusaktiviteten i sig selv, men valget af kursusaktivitet som middel vil blive bedømt i forhold til hensigtsmæssighedskriteriet. Også i forhold til den mere langsigtede vurdering af bæredygtigheden undersøges, om der fortsat eksisterer problemer vedr. patientrådgivernes forskellige rolleopfattelse.

#### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet omfatter en analyse af, om de valgte initiativer er relevante og dækkende for de beskrevne problemstillinger, og om valget af lovrevision som metode (kombineret med kursusaktivitet) er hensigtsmæssig i forhold til at imødekomme de beskrevne problemstillinger.

Der vil derfor være to overordnede undersøgelsesområder:

- Er valget af lovrevision som metode (kombineret med kursusaktivitet) hensigtsmæssigt i forhold til de beskrevne problemstillinger?
- Er den indholdsmæssige del af lovrevisionen dækkende i forhold til den beskrevne problemstilling om patientrådgiverdeltagelse i retsmøder og i patientklagenævnenes møder?

#### *Effektivitetskriteriet*

Effektivitetskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang lovbestemmelsen er effektiv, det vil sige, om lovrevisionen har sikret, at patientrådgiverne deltager i de lokale patientklagenævns møder.

Loven angiver "så vidt muligt". Ved anvendelsen af udtrykket "så vidt muligt" angives det i lovforarbejderne, at der kan forekomme tilfælde, hvor patientrådgiveren undtagelsesvis ikke har mulighed for at deltage. Der tænkes bl.a. på tilfælde, hvor patientklagenævnet skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Lovbestemmelsens virkning omfatter herudover analyse af, hvilke virkninger patientrådgivernes tilstedeværelse har for de beslutninger, der træffes i de lokale patientklagenævn, og hvilke virkninger der i øvrigt er for patienterne.

Undersøgelsesområdet under dette kriterium vil derfor være:

- I hvilket omfang deltager patientrådgiverne i de lokale patientklagenævns møder?
- Hvilke virkninger har patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder for de afgørelser, der træffes i klagesager?

Virkninger defineres her som virkninger i forhold til selve indholdet i afgørelserne – dvs. den del af retssikkerhedsbegrebet, som omfatter selve sagsbehandlingen.

- Hvilke virkninger har patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder for patienters retssikkerhed? Virkningerne defineres her som virkninger i relation til den del af retssikkerhedsbegrebet, som vedrører adgang og tillid til klagesystemet.

#### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette kriterium indgår overvejelser om, i hvilket omfang det må antages, at tidsperspektivet vil have betydning for regeloverholdelsen – det vil sige, om det kan forventes, at der over tid vil blive en større deltagelsesfrekvens af patientrådgivere i de lokale patientklagenævns møder.

Herudover undersøges, om den generelle faglige og samfundsmæssige udvikling i øvrigt sætter patientrådgivernes rolle og funktioner under pres:

- Kan det over tid forventes, at patientrådgivere i større omfang deltager i de lokale patientklagenævns møder?
- Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling, at der på sigt vil opstå et pres på de nuværende bestemmelser om patientrådgivernes rolle og funktioner, herunder om der fortsat er behov for større ensartethed i patientrådgivernes rolleopfattelse.

#### *Datagrundlag*

Analyserne hviler på følgende datamateriale: Statistisk materiale, danske og udenlandske undersøgelser, data fra spørgeskemaundersøgelsen, data fra fokusgruppeinterview i dybdeundersøgelse og data fra caseundersøgelserne.

For så vidt angår en nærmere beskrivelse af datakildernes og deres styrke, henvises til afsnit 2, metodebilaget.

## **9.2 Hensigtsmæssighedskriteriet**

Analysen af hensigtsmæssighedskriteriet vedrører, jf. afsnit 9.1, en undersøgelse af, om valget af lovrevision som metode (kombineret med kursusaktivitet) er hensigtsmæssig i forhold til de beskrevne problemstillinger. Samt en undersøgelse af, om den indholdsmæssige del af lovrevisionen er dækkende i forhold til ønsket om patientrådgiveres deltagelse i retsmøder og i patientklagenævnenes møder?

### **9.2.1 *Er valget af lovrevision som metode (kombineret med kursusaktivitet) hensigtsmæssig i forhold til de beskrevne problemstillinger?***

En af nydannelserne i psykiatriloven fra 1989 var indførelse af patientrådgiverordningen. Loven fastsatte således klare regler for, hvornår en patientrådgiver skulle beskikkes og for patientrådgiverfunkti-

oner i forbindelse hermed. Det fremgik således, at patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Ophør af beskikkelsen sker samtidig med, at tvangsindgrebet ophører, idet patientrådgiveren endvidere skal bistå patienten med gennemførelse af klager som allerede er iværksat.

Problemstillingerne omkring patientrådgivernes forskellighed i rolleopfattelse relaterer sig til, hvorledes den enkelte patientrådgiver oversætter de i loven beskrevne funktioner til praktisk handling. I det omfang problemstillingerne forbundet hermed skyldes, at loven er uklart formuleret, vil det være hensigtsmæssigt at præcisere lovgivningens bestemmelser.

I dybdeundersøgelsen og i de gennemførte casestudier beskrives problemerne omkring patientrådgivernes forskellige rolleopfattelse ikke som problemstillinger i forhold til at indgå i de funktioner, som er beskrevet i lovgivningen, men derimod primært som problemstillinger i forhold til samspil med personalet. Det er afgørende, at patientrådgiveren først og fremmest er patientens rådgiver. Det betyder, at det er meget væsentligt, at patientrådgiveren ikke opfattes som en del af hospitalssystemet. Derudover er det også vigtigt for patientrådgiveren at have en dialog og et samarbejde med personalet i en lang række forhold.

Det er valgt at sikre denne balance samt eventuelle andre uklarheder ved at oversætte funktionerne til praksis gennem kompetenceudvikling af patientrådgiveren.

I caseundersøgelsen er fremført, at kursustilbuddet giver mulighed for at patientrådgiveren opnår en relevant grunduddannelse. Herudover er peget på, at LPD-avisen videreformidler en række principielle afgørelser på tværs af de enkelte statsamter. Der udtrykkes generel tilfredshed med de eksisterende kursustilbud fra de interviewede patientrådgivere.

En alternativ mulighed for at sikre balancen kunne være at præcisere patientrådgiverrollen i forhold til samspillet med afdelingerne og i øvrigt gennemføre en mere detaljeret beskrivelse af de enkelte rådgivningssituationer. Det må i den forbindelse anføres, at det vurderes som vanskeligt at regulere samspillet mellem patient og personale ved hjælp af lovgivning, ligesom en detaljeret og bindende beskrivelse af de enkelte rådgivningssituationer vurderes som meget vanskeligt.

Sammenfattende kan derfor konkluderes, at problemstillingerne omkring patientrådgivernes forskellighed i rolleopfattelse ikke synes at kunne tilbageføres til uklarheder i den lovmæssige fastlæggelse af patientrådgiverens funktion, men derimod til samspillet med personalet og varetagelse af konkrete rådgivningssituationer. I den gen-

nemførte undersøgelse vurderes der ikke at være forventninger til en lovmæssig præcisering af patientrådgiversamspil med personalet og heraf til en yderligere definition af de enkelte rådgivningsfunktioner. Valget af kompetenceudvikling som metode til at håndtere problemstillinger i forhold til patientrådgivernes rolleopfattelse synes derfor dækkende og relevant.

9.2.2 *Er den indholdsmæssige del af lovrevisionen dækkende i forhold til ønsket om patientrådgiverens deltagelse i retsmøder og i patientklagenævnets møder?*

Psykiatrilovens præcisering af patientrådgiverens funktioner til også at omfatte deltagelse i patientklagenævnets møder blev formuleret således, at patientrådgiveren så vidt muligt skal være til stede ved patientklagenævnets møder. Ved anvendelsen af udtrykket »så vidt muligt« angives det i lovforarbejderne, at der kan forekomme tilfælde, hvor patientrådgiveren undtagelsesvis ikke har mulighed for at deltage. Der tænkes bl.a. på tilfælde, hvor patientklagenævnet skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

På den baggrund må det vurderes, at den indholdsmæssige præcisering er relevant.

### 9.3 Effektivitetskriteriet

Analysen af lovrevisionens effektivitet og virkning vedrører for det første en undersøgelse af, i hvilket omfang patientrådgivere deltager i de lokale patientklagenævns møder. For det andet, hvilke virkninger patientrådgivers deltagelse har for de afgørelser, der træffes i de lokale patientklagenævn. Endelig undersøges, hvilke virkninger patientrådgiverdeltagelse har for patienterne i øvrigt.

9.3.1 *Patientrådgivernes faktiske deltagelse i de lokale patientklagenævns møder*

Patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder er undersøgt dels via en statistisk opgørelse over, hvor mange møder der har været afholdt i de lokale patientklagenævn, dels hvor mange af disse møder patientrådgiverne har deltaget i<sup>45</sup>. Deltagelseshyppigheden er endvidere undersøgt i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse.

---

<sup>45</sup> Statistisk bilag, tabel 1.1 og 1.2.

Patientrådgivernes deltagelsesprocent har i de senere år været stigende, men som det fremgår af den statistiske opgørelse er der stadig i 2003 fem statsamter, hvor deltagelsesprocenten ligger under 70 %, og fem andre, hvor den ligger under 80 %.<sup>46</sup>

47 % af patientrådgiverne oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de altid deltager i de lokale patientklagenævns møder, og 48 % oplyser, at de næsten altid deltager. 70 % af de patienter, der har svaret på spørgeskemaundersøgelsens spørgsmål om, hvem der deltog i behandlingen af klage ved de lokale patientklagenævn, oplyser, at patientrådgiveren var til stede. For sidstnævnte respondentgruppe er antallet af besvarelser imidlertid så lille, at besvarelsen primært kan anvendes om fingerpeg.

Det kan derfor konkluderes, at selv om deltagelsesprocenten er forbedret, deltager patientrådgiverne ikke altid i de lokale patientklagenævns møder. På baggrund af lovforarbejdernes angivelse af, at *så vidt muligt* skal opfattes som *undtagelsesvist*, vurderes, at præciseringen af, at patientrådgiverne skal deltage i de lokale patientklagenævns møder, ikke i fuldt omfang har haft den effekt, der forventedes.

### 9.3.2 *Hvilke virkninger har patientrådgivernes deltagelse for de afgørelser, der træffes i de lokale patientklagenævn?*

Som beskrevet under afsnit 8.1, opfattes virkninger under dette spørgsmål som virkninger i forhold til den materielle afgørelse i de lokale patientklagenævn – det vil sige ville afgørelsen have været anderledes, hvis patientrådgiveren ikke havde været med?

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 72 % af de adspurgte medlemmer af de lokale patientklagenævn, at når patientrådgiverdeltager i møderne, tillægges patienternes synspunkter større vægt. Svarene fordeler sig således, at lidt over halvdelen af de lokale patientklagenævnsformænd har denne opfattelse, 83 % af de lægelige repræsentanter og 76 % af brugerrepræsentanterne har svaret dette.

14 % af de adspurgte medlemmer af de lokale patientklagenævn mener, at patientrådgiverens deltagelse ikke har nogen betydning. Der er dog flere formænd, der har denne opfattelse, idet 27 % har oplyst dette.

Det fremgår af de udsagn, der er fremkommet i de gennemførte caseundersøgelser, at de enkelte kriterier og den juridiske gyldighed for de lokale patientklagenævns behandling af den enkelte klage næppe påvirkes af patientrådgiverens deltagelse. Men tilstedeværelsen kan betyde, at patienten kan være mere rolig og derfor i bedre omfang være i stand til at formulere sine synspunkter. Patientrådgiveren kan også hjælpe patienten til at formulere sine synspunkter,

---

<sup>46</sup> Statistisk bilag 1.1: < 70 %: Frederiksborg, Viborg, Nordjylland, Roskilde og Sønderjylland. > 70 % < 80 %: Ribe, Storstrøm, Vestsjælland, Vejle og Århus.

hvilket kan indebære, at patientsynspunktet får bedre betingelse for at blive formuleret under mødet.

Der er ikke grundlag for at konkludere, at afgørelserne i deres materielle juridiske indhold påvirkes af patientrådgiverdeltagelse. Det vurderes, at sagsgangen i møderne ændres, når patientrådgiveren deltager, således at der bliver bedre mulighed for at lytte til patienten, herunder patientens vurderinger.

### 9.3.3 *Hvilke virkninger har patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder i øvrigt for patienterne?*

Virkningerne defineres her som virkninger i relation til den del af retssikkerhedsbegrebet, som vedrører adgang og tillid til klagesystemet. Som indikator herpå er valgt patientrådgiverens betydning for patienttryghed. Hvis patienten er tryk, vil dette i sig selv indebære, at tærsklen for at klage ikke påvirkes af utryghed og angst for at være alene under klagens behandling. Og hvis patientens tryghed styrkes, vil dette også have betydning for patientens tillid til klagesystemet.

Flere internationale undersøgelser peger på patientrådgiverens generelle betydning for patientens retssikkerhed.<sup>47</sup> Der er dog ikke nogen af disse i bilaget beskrevne undersøgelser, der direkte fokuserer på patientrådgiverens konkrete støtte af patienten under behandling af en klagesag.

I de gennemførte spørgeskemaundersøgelser svarer et signifikant flertal på 43 % af personalet, at patientrådgiverens deltagelse i patientklagenævnets møder i nogen grad styrker patientens retssikkerhed.

En fjerdedel mener, at det i høj grad er tilfældet, mens 15 % svarer i mindre grad. Kun 5 % mener slet ikke, at retssikkerheden styrkes. Krydses der med stilling som baggrundsvariabel, viser det sig, at der er signifikant flere overlæger end sygeplejersker i gruppen der svarer, at patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder slet ikke styrker patienternes retssikkerhed.

For patientrådgiverne anfører knap halvdelen, at deres deltagelse i de lokale patientklagenævns møder styrker patienternes retssikkerhed, og 40 %, at dette i nogen grad er tilfældet. Samme billede tegnes af beslutningstagerne, hvor 43 % mener, at patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævns møder i nogen grad styrker patientretssikkerheden og 36 % mener, at dette i høj grad er tilfældet.

Spørgeskemaundersøgelsen har ikke differentieret begrebet retssikkerhed, derfor er svarene søgt uddybet og begrundet i den efterfølgende dybdeundersøgelse og i caseundersøgelserne.

---

<sup>47</sup> Henrik Day Poulsen: Dokumentalistrapport.



Konkret er det således formuleret i caseundersøgelsen, at patientrådgiveren har en vigtig rolle i forhold til at tale med patienten om mødet i det lokale patientklagenævn, både før mødet og mindst lige så vigtigt efter mødet. Herudover er det i caseundersøgelserne beskrevet, at patientrådgiveren nogle gange hjælper patienten med at formulere sine synspunkter under selve mødet. Patienterne er nogle gange bedre til at tale sin sag, når der er en patientrådgiver til stede. Desuden er det fremført, at patientrådgiveres deltagelse i patientklagenævnmøder indebærer, at patienten er mere rolig. Dette kan godt give en anden sagsgang.

Det fremgår af de interview, der er gennemført i dybdeundersøgelsen og i caseundersøgelserne, at de enkelte møder i de lokale patientklagenævne kan være præget af "ubalance" mellem professionelle og patienten. Ubalancen giver sig udtryk på flere forskellige måder, herunder blandt andet i form af antallet af "professionelle" deltagere i mødet og i form af, at det sprog, der tales på mødet, ikke altid er forståeligt for patienten.

Sammenfattende kan det således konkluderes, at patientrådgiverdeltagelse i de lokale patientklagenævnmøder styrker patientretssikkerheden i forhold til den dimension af begrebet, der omfatter tillid og adgang til klagesystemet, fordi patientrådgiveren styrker patientens tryghed.

#### **9.4 Nytte- og bæredygtighedskriteriet**

Analysen under nytte- og bæredygtighedskriteriet består af en undersøgelse af, om det over tid forventes, at patientrådgivere i større omfang deltager i de lokale patientklagenævnmøder, og om den faglige udvikling har betydet, at der er (eller vil bestå) et pres på de nuværende bestemmelser om patientrådgiverens rolle og funktioner, herunder om der fortsat er behov for større ensartethed omkring patientrådgivernes rolleopfattelse.

##### *9.4.1 I hvilket omfang vil der over tid ske en ændring i patientrådgivernes mødefrekvens?*

I forarbejderne til psykiatrilovsrevisionen er fremført, at årsagerne til patientrådgivernes manglende fremmøde dels var begrundet i patientrådgivernes ansættelsesbetingelser, dels i patientrådgivernes aflønningsforhold.

De barrierer, der udspringer af patientrådgivernes ansættelsesforhold, bunder i det forhold at hvervet som patientrådgiver er et bierhverv, hvorfor det kan være svært at få fri til deltagelse i møder.

Dertil kommer, at indkaldelse af patientrådgiveren ikke er omfattet af reglerne for borgerligt ombud, hvilket betyder, at det kan være bekosteligt eller umuligt for patientrådgiveren at få fri. Det fremgår desuden, at tidsfristen ved indkaldelse ofte er meget kort, hvilket ligeledes mindsker chancen for fremmøde.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 45 % af patientrådgiverne, at problemer med at få fri fra hovederhvervet har stor betydning som forklaring på, at patientrådgiverne ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder. Vurderingen gælder uanset erhvervsstatus. 29 % oplyser, at spørgsmålet har nogen betydning.

Vurderingen deles af medlemmerne fra de lokale patientklagenævn, idet ca. 58 % af medlemmerne vurderer, at problemer med at få fri fra hovederhvervet har stor betydning som forklaring på, at patientrådgiverne ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder.

30 % vurderer, at spørgsmålet i noget omfang har betydning. Vurderingen gælder, uanset hvilken funktion de adspurgte har i de lokale patientklagenævn.

I caseundersøgelserne er det vurderet, om definition af hvervet som patientrådgiver som borgerligt ombud ville løse problemerne i forhold til at få fri fra hovederhvervet. Det er vurderet, at dette formentlig ville have den ønskede effekt på fremmødet, men det vurderes samtidig at kunne få betydning for definitionen af patientrådgivererhvervet som bierhverv – det vil sige, at det vil kunne blive vanskeligt for patientrådgiveren at opretholde sit hovederhverv.

Det kan derfor konkluderes, at der fortsat er betydelig forklaringskraft i patientrådgiverens hovederhverv i forhold til spørgsmål om, hvorfor patientrådgiveren ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder. Løsningen herpå kunne være at definere patientrådgiverfunktionerne som borgerligt ombud. Konsekvenserne heraf kan være betydelige i forhold til patientrådgiverens muligheder for at opretholde et hovederhverv, og dermed vil det kunne have betydning for patientrådgiverens generelle ansættelsesbetingelser.

I forhold til patientrådgivernes aflønningsforhold peges i forarbejderne til psykiatrilovsrevisionen på, at der op til revisionen er gennemført en række forbedringer i patientrådgivernes aflønningsforhold.

Patientrådgivere aflønnes principielt "pr. beskikkelse", uanset hvilke arbejdsfunktioner den enkelte beskikkelse medfører. Deltagelse i klagesag og det tidsforbrug, der er afledt heraf, medfører ikke yderligere honorering.

Om aflønningsforholdene har betydning for patientrådgivernes deltagelse i de lokale patientklagenævns møder, er undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen blandt patientrådgiverne. Herpå peger 48 % af patientrådgiverne, at dette ikke vurderes som en selvstændig forklaring på, at disse ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder. 25 % tillægger forholdet stor eller nogen betydning. 43 % af patientklagenævnsmedlemmerne tillægger forholdet stor eller nogen betydning.

Der er således ikke grundlag for at konkludere, at aflønningsspørgsmålet i sig selv har betydning som barriere for, at patientrådgiverne ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder.

I de gennemførte fokusgruppeinterview i dybdeundersøgelsen og i caseundersøgelserne er dog generelt fremført et behov for at revidere patientrådgivernes aflønningsforhold.

#### 9.4.2 *Er der (eller kan der forventes at opstå) et pres på de nuværende bestemmelser om patientrådgivernes rolle og funktioner?*

Analysen under dette punkt vil dels omhandle en vurdering af problemstillinger omkring patientrådgiverens rolleopfattelse, dels om de funktioner, som patientrådgiveren har, er under pres som følge af den generelle udvikling fagligt og samfundsmæssigt.

Som beskrevet i afsnit 8.3 relaterer problemstillingerne omkring forskelle i patientrådgivernes rolleopfattelse sig til, hvorledes den enkelte oversætter de i loven beskrevne funktioner til praktisk handling, og herunder i særlig grad patientrådgiverens samspil med personalet. Det er afgørende, at patientrådgiveren først og fremmest er patientens rådgiver. Det betyder, at det er meget væsentligt, at patientrådgiveren ikke opfattes som en del af hospitalssystemet. På den anden side er det også vigtigt for patientrådgiveren at have en dialog og et samarbejde med personalet i en lang række forhold.

På spørgsmålet til patienterne om, i hvor høj grad det er patientens opfattelse, at patientrådgiveren yder en uafhængig rådgivning, svarer 26 % således i høj grad, 24 % i nogen grad og 14 % i mindre grad. 34 % synes ikke at kunne vurdere dette. Selv om svarene fra patientundersøgelsen i begrænset omfang kan generaliseres, peger svarene dog på, at der er visse problemstillinger i forhold hertil.

Metoden til at løse denne udfordring har været anvendelse af kompetenceudvikling som redskab. En yderligere intensivning af dette redskab betyder stigende professionalisering af hvervet som patientrådgiver.

I spørgeskemaundersøgelsen er der fra såvel patientrådgivere som personale nogen tilslutning til behovet for en yderligere professionalisering af hvervet som patientrådgiver. 46 % af personalet oplyser, at der i nogen grad er behov herfor, og 40 % af patientrådgiverne oplyser det samme. For beslutningstagernes vedkommende oplyser 71 %, at der i nogen grad er behov for en yderligere professionalisering af patientrådgiverhvervet.

Hvad angår klagenævnsmedlemmer er tendensen, at man ikke vurderer et behov for yderligere professionalisering af hvervet som patientrådgiver, idet 56 % af medlemmerne vurderer, at der i mindre grad eller slet ikke er behov for en yderligere professionalisering.

Patientklagenævnsmedlemmernes opfattelse vurderes på baggrund af de gennemførte interview ved at tage afsæt i den funktion, hvor de lokale patientklagenævnsmedlemmer arbejder sammen med patientrådgiveren. Det er typisk situationer, hvor der fokuseres på formulering og afgørelse af klager. Patientklagenævnsmedlemmer har ikke berøring med den daglige drift og samspillet mellem patientrådgiver og personale.

Med hensyn til behovet for professionalisering set i patientrådgiverens samarbejde og rolleopfattelse i forhold til personalet er det i caseundersøgelserne fremhævet fra personaleside, at det er afgørende, at patientrådgiveren er lægmand, og at det netop er i denne rolle, at patientrådgiveren bedst kan varetage patientinteresser. Det er også fra personalets side fremført, at det er meget vigtigt, at patienten ikke opfatter patientrådgiveren som en del af systemet, fordi denne opfattelse netop vil betyde, at rådgivningen og støtten vil af-tage i værdi.

Patientrådgiverne har i caseundersøgelsen også fremhævet, at det er vigtigt, at patientrådgiverne afspejler befolkningen, og at der er en forskellighed blandt de enkelte patientrådgivere. De interviewede patientrådgivere har klart givet udtryk for, at de er klar over risikoen ved for tæt samarbejde med personalet – det er blandt andet udtrykt fra en patientrådgiver, at vedkommende aldrig går ind bag en lukket dør sammen med et personalemedlem. Al dialog foregår på gangen og i fuld synlighed.

Der er i caseundersøgelserne klar tilslutning til de kursusaktiviteter der gennemføres, og indholdet af disse vurderes som relevant. Dog er der udtrykt forundring over, at der ikke er mere klare krav til deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter for patientrådgivere.

I forhold til eventuelle systematiske udviklingsbehov i forhold til særlige grupper – dvs. etniske grupper, udviklingshæmmede og børn og unge, har der fra patientrådgiverside ikke været udtrykt specifikke behov for kompetenceudvikling.

Sammenfattende kan vurderes, at der grundlæggende er tilslutning til, at patientrådgiveren er lægmand med de forskelligheder, dette indebærer. Der er dog et vist behov for professionalisering af hvervet som patientrådgiver, blandt andet samspillet og rolleopfattelsen i forhold til personalet på afdelingerne. Det fremgår generelt, at professionaliseringen ikke skal betyde, at lægmandsprincippet ikke kan opretholdes. I forhold til spørgsmålet om, i hvilket omfang den generelle samfundsmæssige udvikling har sat patientrådgiverens funktioner under pres, er der primært fokuseret på behovet for at udvide patientrådgiverfunktionerne, således at disse fortsætter, når tvangsindgrebet er ophørt, udvidelse af funktionerne, således at patientrådgiveren får formaliserede muligheder for at inddrage pårørende, og endelig om patientrådgiveren skal inddrages, når der laves udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

*I hvilket omfang er der pres på patientrådgiverfunktioner*

Spørgsmålet om, i hvilket omfang der er behov for udvidelse af patientrådgiverens funktioner, undersøges disse inden for tre områder.

For det første undersøges, om der er behov for ændring af psykiatrilovens bestemmelse af, at der *kan* gives tilbud om beskikkelse af patientrådgiver ved tvangsfikseringer. For det andet fokuseres på, om der er behov for udvidelse af patientrådgivning også efter tvangsindgrebet er ophørt. Endelig undersøges, om der er behov for udvidelse af patientrådgiverordningen, således at denne også omfatter inddragelse af pårørende.

I forhold til spørgsmålet, om der er behov for ændring af psykiatrilovens bestemmelse af at der *kan* gives tilbud om beskikkelse af patientrådgiver ved tvangsfiksering, oplyser personalet på Amager Hospital, at man forsøger at imødekomme en evt. angst hos patienten ved som udgangspunkt altid at tilkalde en patientrådgiver i forbindelse med tvangsanvendelse, herunder også ved fiksering, og at personalet er instrueret i ved fiksering altid at gøre opmærksom på, at patienten kan få beskikket en patientrådgiver. Flere påpeger i den sammenhæng, at *kan*-bestemmelsen vedrørende muligheden for beskikkelse af en patientrådgiver i forbindelse med fiksering ikke giver mening og burde sidestilles med patientens rettigheder i forbindelse med anden tvangsanvendelse. Dog anføres det, at nogle patienter selv beder om at blive fikseret, og i disse tilfælde tilkaldes der ikke en patientrådgiver.

På Herning Sygehus understreges, at det væsentligste i forhold til at træffe et valg er dialogen med patienten. I nogle tilfælde ved patienten faktisk selv, at han har brug for fiksering, hvilket naturligvis betyder, at der ikke rekvireres en patientrådgiver. Men det anføres også, at det i princippet er underordnet, om der er tale om en *kan*- eller *skal*-bestemmelse, så længe der ikke er problemer med at tilkalde en patientrådgiver.

Patientrådgiverne er enige i betragtningen om, at fiksering burde ligestilles med anden tvang og begrunder det med, at de oplever det som frustrerende at opleve en patient fortælle om en "voldsom" bæltefiksering uden at have haft mulighed for at tale med en patientrådgiver.

Der synes derfor behov for at overveje om psykiatrilovens *kan*-bestemmelse i relation til tilbud om beskikkelse af patientrådgiver skal ændres til en *skal*-bestemmelse, når der er tale om tvangsfiksering, bl.a. ud fra de overvejelser afdelingerne har gjort sig, og som i princippet har ført til, at bestemmelsen allerede er ændret fra en *kan*- til en *skal*-bestemmelse.

I forhold til spørgsmålet om behovet for at udvide patientrådgiverfunktionerne, således at rådgiveren også får mulighed for at være til rådighed også når tvangsindgrebet er ophørt, er der ikke egentlig tilslutning til blandt personalet. 34 % vurderer, at der i høj grad eller

i nogen grad er behov herfor, idet langt de fleste dog vurderer, at der i nogen grad er et behov.

For patientrådgivernes vedkommende vurderer 36 %, at der i nogen grad er behov for en udvidelse. 16 % mener, at der i høj grad er behov herfor, og endelig vurderer ca. 46 % af patientrådgiverne, at der i mindre grad eller slet ikke er behov for en udvidelse af patientrådgiverfunktioner, efter at tvangsindgrebet er ophørt.

For patienternes vedkommende viser billedet, at ca. 45 % i høj grad eller i nogen grad også ønsker støtte fra patientrådgivere, efter at tvangsindgrebet er ophørt. 35 % oplyser, at de ikke kan vurdere dette.

43 % af beslutningstagerne vurderer, at der i nogen grad vil være behov for at udvide patientrådgivernes funktionsområde. 21 % oplyser, at de ikke finder behov herfor, og samme andel oplyser, at de ikke kan vurdere dette.

Så der er således ikke noget klart billede af behovet for at udvide patientrådgiverfunktionerne, således at rådgiverne også kan støtte patienten, efter at tvangsindgrebet er ophørt. Tendensen til at der i nogen grad er behov herfor, er i caseundersøgelserne begrundet i, at der findes eksempler på patienter, hvor dette ville have været hensigtsmæssigt, men der synes ikke generelt noget behov herfor.

I forhold til spørgsmål om patientrådgiver samarbejde med eventuelle pårørende, er der i begrænset omfang tilslutning til en udvidelse af patientrådgiverens funktioner, således at disse også omfatter mulighed for involvering af pårørende.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer 30 % af personalet således, at der i nogen grad er behov for en sådan udvidelse af patientrådgiverordningen. Omkring 45 % vurderer, at der i mindre grad eller slet ikke er behov herfor. 58 % af patientrådgiverne vurderer, at der i mindre grad eller slet ikke er behov herfor. Patienterne synes ikke afklarede, idet 37 % angiver, at de ikke kan vurdere, om der er behov for en sådan udvidelse. Halvdelen af beslutningstagerne vurderer, at der i nogen grad er behov for en udvidelse af patientrådgiverordningen, således at denne også omfatter inddragelse af pårørende.

Der synes dog at være en særlig problemstilling i forhold til tildeling af patientrådgiver til unge psykiatriske patienter. Spørgsmålet er i den forbindelse, at det kan være usikkert, hvornår en given ung patient indlægges efter psykiatriloven eller efter forældremyndighedsbestemmelserne. Hvis den unge indlægges efter psykiatriloven, vil denne blive tildelt en patientrådgiver. Hvis den unge indlægges og behandles efter forældremyndighedsloven, vil denne, uanset anvendelse af tvang, ikke blive tildelt en patientrådgiver.

Patientrådgivere har i caseundersøgelserne generelt fremført, at man for børn/unge på ca. 15 år er usikre på, om forældre/værger skal

involveres i en evt. klage. Herudover må man være opmærksom på, at i nogle tilfælde er netop forældrene en af årsagerne til, at den unge er syg, så aldersgrænsen er ikke alene et relevant kriterium.

Det er samtidig fremført i caseundersøgelserne, at i det omfang den unge patient tildeles en patientrådgiver, er det langt fra alle forældre, der efterspørger at blive involveret i udarbejdelse af en evt. klage. Involveringen betyder nemlig, at forældrene ikke længere spiller en "fri" rolle i forhold til deres barn – og der kan være nogle forældre, der lægger stor vægt på dette.

Der er således et klart behov for at afklare forventninger til patientrådgiverens inddragelse af pårørende, når det drejer sig om rådgivning og støtte til psykiatriske patienter under 18 år.

Med hensyn til en eventuel udvidelse af patientrådgiverordningens således at patientrådgiveren støtter patienten ved udarbejdelse af aftaler i forbindelse med udskrivelse, oplyser 66 % af patienterne, at de ikke ved, om der er behov eller slet ikke er behov herfor. Det tyder således på, at der ikke efterspørges støtte fra patientrådgivere i denne henseende.

Sammenfattende kan konkluderes, at der synes et vist behov for at åbne op for patientrådgivers funktionsvaretagelse i forhold til i enkelttilfælde at yde støtte til patienter, også når tvangsindgrebet er ophørt. Der synes ikke overvejende efterspørgsel efter at udvide patientrådgiverfunktionen, således at denne får mulighed for at inddrage pårørende og for at bistå ved udskrivelse. Dog er der et klart behov for at afklare patientrådgiveres rolle i forhold til pårørende, når det drejer sig om psykiatriske patienter under 18 år.

Endelig vurderes der ikke at være behov for ændringer i forhold til patientrådgiverfunktioner til evt. støtte ved udskrivelse.

## **9.5 Konklusion i forhold til patientrådgiveren**

Det er undersøgelsens konklusion, at det er relevant lovgivningsmæssigt at præcisere patientrådgiverfunktionerne, således at det angives, at det forventes, at patientrådgiveren så vidt muligt deltager i de lokale patientklagenævns møder.

Det konkluderes endvidere, at problemstillingerne omkring patientrådgivers forskellighed i rolleopfattelse ikke synes at kunne tilbageføres til uklarheder i den lovmæssige fastlæggelse af patientrådgiverens funktion, men derimod til samspillet med personalet og varetagelse af konkrete rådgivningssituationer. I den gennemførte undersøgelse vurderes der ikke at være forventninger til en lovmæssig præcisering af patientrådgiverens samspil med personalet og dermed til en yderligere definition af de enkelte rådgivningsfunktioner. Valget af kompetenceudvikling som metode til at håndtere problemstillinger i forhold til patientrådgivers rolleopfattelse synes derfor dækkende og relevant.

Selv om deltagelsesprocenten er forbedret, er det konklusionen, at patientrådgiverne ikke i tilstrækkeligt omfang deltager i de lokale patientklagenævns møder. På baggrund af lovforarbejdernes angivelse af, at *så vidt muligt* ikke skal opfattes som undtagelsesvist, vurderes, at præciseringen af patientrådgivers deltagelse i de lokale patientklagenævns møder ikke i fuldt omfang har haft den effekt, der forventedes.

I forhold til virkningerne af patientrådgiveres deltagelse er der ikke grundlag for at konkludere, at afgørelserne i deres materielle juridiske indhold påvirkes af patientrådgivers deltagelse i de lokale patientklagenævns møder.

Det vurderes dog at sagsgangen i møderne ændres, når patientrådgiveren deltager, således at der bliver bedre mulighed for at lytte til patienten, og herunder patienternes vurderinger.

Patientrådgiverens deltagelse i de lokale patientklagenævns møder styrker patientens retssikkerhed i forhold til dimensionen af begrebet, der omfatter tillid til klagesystemet og adgang til systemet.

I forhold til lovrevisionens langsigtede virkninger er det undersøgelsens konklusion, at der fortsat er en betydelig forklaringskraft i patientrådgiverens hovederhverv i forhold til spørgsmål om, hvorfor patientrådgiveren ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder. Løsningen herpå kunne dog være at definere patientrådgiverfunktionerne som borgerligt ombud. Konsekvenserne heraf kan være betydelige i forhold til patientrådgiverens muligheder for at opretholde et hovederhverv. Dermed vil det kunne have betydning for patientrådgiverens generelle ansættelsesbetingelser.

Der er ikke grundlag for at konkludere, at aflønningsspørgsmålet i sig selv har betydning som barriere for, at patientrådgiveren ikke altid deltager i de lokale patientklagenævns møder.

I forhold til patientrådgiverens rolleopfattelse og eventuelle behov for udvidelse af patientrådgiverfunktioner peger undersøgelsen på, at der grundlæggende er tilslutning til, at patientrådgiveren er lægmand med de forskellighedsaspekter, dette indebærer. Der er dog et vist behov for professionalisering af hvervet som patientrådgiver, blandt andet til samspillet og rolleopfattelsen i forhold til personalet på afdelingerne.

Den generelle holdning er, at professionaliseringen ikke skal betyde, at lægmandsprincippet ikke kan opretholdes.

Der synes behov for at overveje, om psykiatrilovens *kan*-bestemmelse i relation til tilbud om beskikkelse af patientrådgiver skal ændres til en *skal*-bestemmelse, når der er tale om tvangsfiksering, primært af den årsag, at ændringen faktisk er gennemført i form af gældende præcedens på afdelingerne. Tillige synes der at være et behov for at åbne op for patientrådgivers funktionsvaretagelse i for-



hold til i enkelttilfælde at yde støtte til patienter, også når tvangsindgrebet er ophørt.

Der er generelt ikke behov for at udvide patientrådgiverfunktionen således at der bliver mulighed for at inddrage pårørende og bistå ved udskrivelse. Dog er der et klart behov for at afklare patientrådgiverens rolle i forhold til pårørende, når det drejer sig om psykiatiske patienter under 18 år.

Endelig vurderes der ikke at være behov for ændringer i forhold til patientrådgiverfunktioner til evt. støtte ved udskrivelsen.

## 10. Patientråd, patientmøder og patientindflydelse

Med henblik på at styrke patienternes følelse af selvværd og for at skabe fundamentet for et godt samarbejde mellem patienter og personale, er det et formål i psykiatriloven at give patienterne mulighed for at øve indflydelse på egne forhold.

I psykiatriloven af 1989 indføjedes derfor en bestemmelse om at oprette patientråd og patientmøder.

Bekendtgørelse 708/1989 indeholdt de nærmere regler om disse ordninger. Det fremgår heraf, at det påhviler amtsrådet at udfærdige nærmere retningslinjer for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder om antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed, jf. § 1, stk. 4. Desuden skal amtsrådet skabe det fornødne grundlag for, at patientråd kan oprettes, eller patientmøder kan afholdes, herunder sikre den fornødne vejledning og assistance, jf. § 2. Om patientråd er det i øvrigt fastsat, at rådet vælges af og blandt patienterne, og at medlemskab af rådet ophører, når det pågældende medlem udskrives eller af andre grunde forlader sygehuset. Endvidere skal patientrådet holde møde jævnligt, dog mindst en gang i kvartalet, jf. § 4. Desuden er oprettelse af patientråd ikke til hinder for afholdelse af patientmøder, jf. § 7. Patientrådet har ikke kompetence til at behandle spørgsmål, der vedrører enkeltpersoners forhold, jf. § 6. Efter § 5 skal en række spørgsmål af generel betydning for patienterne forelægges patientrådet til udtalelse, inden der træffes beslutning.

Psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 afdækkede, at disse foranstaltninger ikke virkede efter hensigten. Det blev blandt andet påpeget, at årsagen hertil var, at patienterne på grund af deres sygdom ikke kunne indgå i arbejdet, og at den generelt faldende liggetid gjorde det vanskeligt at oprette disse fora.

Den tidligere pligt til at oprette patientråd og patientmøder blev derfor afløst af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på de psykiatriske afdelinger.

Bekendtgørelse nummer 708/1989 er netop blevet afløst af bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 med ikrafttrædelse den 1. januar 2005. Af 1337/2004 fremgår, at kravet om, at der skal oprettes patientråd og afholdes patientmøder, frafaldes. Det fastholdes derimod, at der på psykiatrisk sygehus eller afdeling udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Det fastlægges videre i § 1 stk. 2, at rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bl.a. bør fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen.

Bekendtgørelsen præciserer i øvrigt hvilke generelle forhold, patienterne skal høres om, inden der træffes beslutninger.

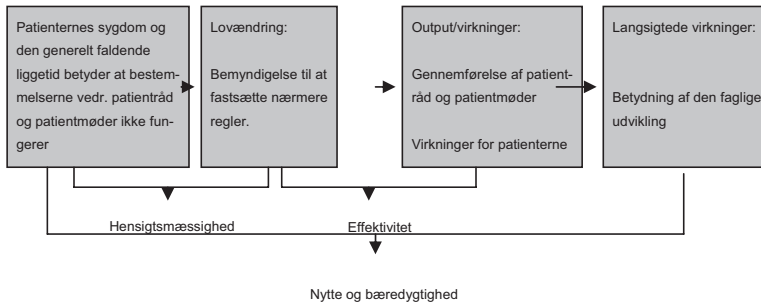
Af ovenstående fremgår, at bekendtgørelse 1337/2004 har virkning fra 1. januar 2005. Idet nærværende psykiatrilovsundersøgelse er tilrettelagt og gennemført fra maj 2004, er data indhentet og analyseret på baggrund af lovbekendtgørelse 708/1989 og bemyndigelsesbestemmelsen, jf. psykiatrilovsrevisionen. I det følgende vil analysen derfor primært være baseret på data genereret ud fra det daværende lovgrundlag. Data vil dog blive perspektiveret i forhold til den nye bekendtgørelse.

### 10.1 Analytisk tilgang

Som det fremgår ovenfor indebar psykiatrilovsrevisionen, at de tidligere regler om patientråd og patientmøder blev afløst af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte de nærmere bestemmelser om patientindflydelse på de psykiatriske afdelinger. De nærmere bestemmelser er ændret med virkning fra 1. januar 2005.

Denne lovrevision analyseres i det følgende ud fra et hensigtsmæssighedskriterium, et effektivitetskriterium og et nytte- og bæredygtighedskriterium.

Kriterierne og disses sammenhæng til lovrevisionen er skitseret i figuren nedenfor.



#### *Hensigtsmæssighedskriteriet*

Hensigtsmæssighedskriteriet vedrører en analyse af, i hvilket omfang valget af bemyndigelsesbestemmelsen er et relevant og dækkende middel til at imødekomme de beskrevne problemstillinger.

I den forbindelse vil undersøgelsesspørgsmålet være:

- Er valg af bemyndigelsesbestemmelse – og herunder bekendtgørelse om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse

og afdelinger en hensigtsmæssig metode til sikring af patientindflydelse?

#### *Effektivitetskriteriet*

Da analysen i væsentligt omfang er gennemført inden ikrafttrædelse af den nye bekendtgørelse, vil effektivitetsvurderingen primært vedrøre en vurdering af, i hvilket omfang der gennemføres patientråd og patientmøder, og hvilke virkninger der kan identificeres af disse patientindflydelsesformer.

Analysen vil således koncentrere sig om følgende:

- I hvilket omfang gennemføres patientråd og patientmøder?
- Hvilken virkning har patientråd og patientmøder for patienterne?  
Indholdet i denne analyse vil være afdækning af, om patientmøder og patientråd har de virkninger for patienter, som var forventet, dvs. om møderne medvirker til at skabe et godt samarbejde mellem personale og patient, og om møderne medvirker til at patienterne får bedre mulighed for at øve indflydelse på egne forhold.

#### *Nytte- og bæredygtighedskriteriet*

Under dette kriterium indgår overvejelser om, i hvilket omfang det kan forventes, at der bliver en anden praksis omkring afholdelse af patientråd og patientmøder.

I lyset af den undersøgelse der i øvrigt er foretaget, vurderes endvidere, om den nye bekendtgørelse synes at imødekomme de perspektiver, der er afdækket i den øvrige analyse.

Undersøgelsesområderne under dette kriterium er således:

- Kan det forventes, at der over tid vil være anden praksis vedr. afholdelse af patientråd og -møder
- Vurdering af, hvorvidt den nye bekendtgørelse imødekommer de afdækkede perspektiver.

#### *Datagrundlag*

Undersøgelsen baseres på data fra spørgeskemaundersøgelserne (personale, patienter og beslutningstagere) og data fra de gennemførte caseundersøgelser. Som det fremgår af bilagsmaterialet er det umiddelbart muligt at generalisere ud fra data fremkommet gennem spørgeskemaundersøgelsen blandt personale, og i mindre omfang fra de gennemførte undersøgelser blandt patienter og beslutningstagere.

Data fra caseundersøgelsen anvendes til at uddybe og perspektivere svarene i spørgeskemaundersøgelsen.

## 10.2 Hensigtsmæssighedskriteriet

Under dette kriterium analyseres, i hvilket omfang valget af bemyndigelsesbestemmelse og herunder bekendtgørelse om patientindflydelse, er et relevant middel til realisering af målsætningerne vedr. patientindflydelse, og dermed adressere de problemstillinger, der blev afdækket i forbindelse med psykiatrilovsrevisionen.

### 10.2.1 *Er valg af bemyndigelsesbestemmelse – og herunder bekendtgørelse om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger en hensigtsmæssig metode til sikring af patientindflydelse?*

Psykiatrilovsundersøgelsen af 1996 afdækkede, at de hidtidige bestemmelser om patientråd og patientmøder ikke virkede efter hensigten. Det blev blandt andet påpeget, at årsagen hertil blandt andet var, at patienterne på grund af deres sygdom ikke kunne indgå i arbejdet, og at den generelt faldende liggetid gjorde det vanskeligt at oprette disse fora.

Den tidligere pligt til at oprette patientråd og patientmøder blev derfor afløst af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter Sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på de psykiatriske afdelinger.

Bekendtgørelse nummer 708/1989 blev ophævet med udgangen af 2004, og ny bekendtgørelse om patientindflydelse er som nævnt trådt i kraft 1. januar 2005.

Med hensyn til spørgsmålet, om det er hensigtsmæssigt at regulere patientindflydelsen via lovgivningsmæssige rammer, skal peges på, at der fra flere personalsider peges på, at patientindflydelse skal ses i tæt sammenhæng med faglig udvikling og kvalitetsudviklingsinitiativer generelt. Der synes således at være indikation for, at området ikke er velegnet til detaljeret lovmæssig regulering.

Dette synspunkt synes adresseret i den nye bekendtgørelse, idet det af denne fremgår, at rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bl.a. bør fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige liggetid på afdelingen.

Hvorvidt området egner sig til regelbunden regulering, er der i caseundersøgelserne fremkommet forskellige synspunkter på. Overvejende har synspunktet dog været, at der er behov for at organisere patientindflydelsen ind i rammer, der har konkret sammenhæng med opgavevaretagelsen på de enkelte afdelinger, og derfor er der ikke behov for en lovgivningsbaseret regulering af patientindflydelsen. Bekendtgørelsens specifikation af de områder som patienten skal have indflydelse på, er i mindre omfang i overensstemmelse med dette synspunkt.

I flere sammenhænge er tillige givet udtryk for, at det forekommer ude af trit med den øvrige udvikling inden for sygehusvæsenet, at der er udarbejdet særlige regler for psykiatriske patienter, idet ud-

viklingen på en række andre områder går hen imod ligestilling af somatiske og psykiatiske patienter.

### **10.3 Effektivitetskriteriet**

Analysen omhandler, jf. afsnit 10.1, en undersøgelse af, i hvilket omfang der gennemføres patientråd og patientmøder, og hvilke virkninger disse har for patienterne.

#### *10.3.1 I hvilket omfang gennemføres patientråd og patientmøder?*

Dette undersøges ved at afdække, i hvilket omfang der faktisk afholdes patientmøder og patientråd på den enkelte afdeling.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 13 % af personalet, at der er oprettet patientråd på egen afdeling. 5 % af patienterne oplyser, at dette er tilfældet.

Det kan på den baggrund konkluderes, at der i meget begrænset omfang er etableret patientråd på de enkelte afdelinger.

Lidt over halvdelen af beslutningstagerne angiver dog, at der er etableret patientråd i egen organisation. Den højere frekvens af positive svar fra beslutningstagerne kan skyldes, at der i mange amter er politisk vedtagne overordnede retningslinjer for patientindflydelse, som på baggrund af de centrale retningslinjer indeholder bestemmelser om patientråd.

Med hensyn til patientmøder oplyser 80 % af personalet, at der ofte eller en gang imellem afholdes patientmøder. For så vidt angår patienter og beslutningstagerne oplyser omkring en tredjedel af disse grupper, at de ikke er klar over, hvor ofte møderne afholdes. 19 % af patienterne og 8 % af beslutningstagerne oplyser, at der aldrig afholdes patientmøder.

Caseundersøgelsen afslører en vis uklarhed om, hvad der egentlig menes med patientmøder, dvs. er det morgenmøder eller egentligt formelle skematiserede møder med dagsorden.

Morgenmøder beskrives i den forbindelse primært som informationsmøder. Nogle afdelinger forsøger at udbygge informationsmøderne således, at der i forbindelse hermed bliver mulighed for generelle drøftelser om trivsel på afdelingen.

På den baggrund må konkluderes, at der på langt de fleste afdelinger afholdes patientmøder, særligt hvis der anlægges en bred fortolkning af begrebet.

For så vidt angår frekvensen af de afholdte møder må det konstateres, at der mellem de enkelte respondentgrupper er en forskellig vurdering heraf, men ud fra personalets angivelser ser det ud til, at der er en overvejende tendens til, at disse afholdes jævnlige.

### 10.3.2 *Hvilken virkning har patientmøder og patientråd for patienterne?*

I forarbejderne til loven blev peget på, at møderne forudsattes at medvirke til at skabe et godt samarbejde mellem personale og til at patienterne fik bedre muligheder for at øve indflydelse på egne forhold.

For så vidt angår patientråd oplyser næsten halvdelen af personalet, at de ikke er klar over, i hvilket omfang patientråd giver indflydelse på egen situation. Ca. 20 % af personalet vurderer, at patientråd i høj grad eller i nogen grad giver indflydelse på patienternes egen situation. Mere end halvdelen af patienterne oplyser, at de ikke ved, om patientråd giver indflydelse på egen situation.

Når der er så høj en andel af respondenterne som oplyser, at de ikke kan vurdere effekten af patientråd, skyldes det formentlig, at der meget få steder er oprettet patientråd.

Årsagen hertil angives i caseundersøgelserne at være, at patienternes liggetid generelt er for kort, og at patienterne generelt er for syge.

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser næsten halvdelen af personalet, at patientmøderne i nogen grad giver patienterne indflydelse på egen situation. Der er dog en signifikant tendens til, at lægegruppen hyppigere end plejegruppen vurderer, at patientmøderne i mindre grad har denne virkning.

Mere en halvdelen af patienterne oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de ikke er klar over, i hvilket omfang patientmøderne giver dem indflydelse på egen situation.

I caseundersøgelsen oplyses, at de patientmøder der finder sted som morgenmøder, oftest omhandler en information om, hvad der skal ske i løbet af dagen, evt. i løbet af ugen.

Nogle gange prøver man at koble en dialog om patienters præferencer på denne information, men det kan ofte være vanskeligt at praktisere på grund af patienternes sygdom.

Fra patientside er det også fremført, at det kan være vanskeligt at fortælle om de ønsker og synspunkter, man måtte have, idet mødeformen med deltagelse af mange mennesker kan være en barriere. Ligesom det ikke altid vurderes som passende tidspunkt i forhold til de behov, man måtte have.

På den baggrund kan konkluderes, at patientråd i begrænset omfang finder sted. Med hensyn til patientmøder er det uklart, hvordan disse skal defineres. Ved en bred definition af patientmøder som møder med deltagelse af patient og personale, er det undersøgelsens kon-

klusion, at disse gennemføres på de fleste afdelinger. Nogle afdelinger har herudover egentlige formaliserede patientmøder.

I det omfang information defineres som en del af indflydelsen på egen situation, har patientmøderne den virkning. I det omfang patienterne på møderne er i stand til at formulere egne ønsker og behov, lyttes der til dem, men mange patienter er for syge til at indgå i et egentligt mødeforum med henblik på at opnå indflydelse.

Møderne styrker samarbejdet mellem patienter og personale, idet viden og information er en forudsætning for samarbejde.

#### **10.4 Nytte- og bæredygtighedskriteriet**

Undersøgelserne under dette kriterium er for det første, om der over tid kan forventes anden praksis vedr. afholdelse af patientråd og -møder, og om den faglige/samfundsmæssige udvikling betyder, at der er opstået et pres på lovbestemmelsen generelt?

Der peges i caseundersøgelserne på, at behandlingen på de psykiatriske afdelinger fortsat udvikler sig i retning af en mere intensiv behandling, forstået således, at liggetiden er faldende, idet behandlingsforløbet er mere intensivt.

Der er således ikke noget der tyder på, at begrundelserne for ikke at etablere patientråd bliver uaktuelle i fremtiden, nærmest tværtimod kan det forventes, at der fortsat sker en intensivning af behandlingstilbuddene under indlæggelse.

Med hensyn til patientmøder – i den brede fortolkning – skal opmærksomheden henledes på, at de afholdes på langt de fleste afdelinger, og det giver god mening for personalet at gøre dette.

Med hensyn til patientmøder i mere snæver forstand er praksis mere forskellig på de enkelte afdelinger. De udsagn der er fremkommet i caseundersøgelserne peger ikke på, at der i sig selv kan forventes en anden praksis. Gennemførelse af de mere formaliserede patientmøder beror på personalets faglige vurdering af hensigtsmæssighed, og på den prioritering der er af personalets ressourcer.

I forhold til den faglige vurdering af hensigtsmæssighed må patienternes tilstand formodes at spille en afgørende rolle. Hvis den nuværende udvikling, hvor kun de mest syge patienter indlægges, fortsætter, vil det formentlig betyde en nedprioritering af formaliserede møder, fordi patienterne er for syge til at deltage, når de er indlagt.

Samtidig kan det forventes, at man ud fra faglige hensyn vil orientere sig hen mod de metoder for patientindflydelse, der ud fra den aktuelle patientsammensætning er mest hensigtsmæssige på en given afdeling.



#### 10.4.1 *Betyder den faglige/samfundsmæssige udvikling at lovbestemmelsen generelt er under pres?*

Den faglige udvikling har betydet, at liggetiden er faldet og at behandlingsintensiteten er steget.

I caseundersøgelsen er dette formuleret som en pointering af, at den demokratiske træning skal ske et andet sted end under ophold på en psykiatrisk afdeling.

Det er endvidere understreget, at det er for snævert at tænke brugerindflydelse som afholdelse af møder og oprettelse af råd. Sygehusopholdet er en parentes i mange psykiatriske patienters liv. Patientomdrejningspunktet er deres eget liv og deres totale situation, som defineres som totalbegreb, og i meget større omfang omhandler spørgsmål såsom, hvor skal jeg bo, hvem skal jeg bo sammen med, kan jeg få et arbejde osv.

Det vurderes i forlængelse heraf, at patienterne ikke vægter indflydelse under deres hospitalsophold særligt højt, fordi livet uden for afdelingen har langt større betydning for deres samlede situation.

I sammenhæng hermed har 75 % af personalet peget på, at behandlingsstrategier omfattende coping, recovery o.lign. i høj grad og i nogen grad er en velegnet metode til at sikre patienterne indflydelse på egen situation. Alle beslutningstagerne fremfører denne vurdering.

Inddragelse af pårørende vurderes også som en velegnet metode til at styrke patienternes indflydelse. 90 % af personalet vurderer, at dette i høj grad eller i nogen grad er tilfældet og mere end 90 % af beslutningstagerne har samme opfattelse.

Med hensyn til anvendelse af psykoedukation mener 90 % af personalet, at dette i høj grad eller i nogen grad er en velegnet metode til at give patienterne indflydelse på egen situation, og samme billede tegnes af beslutningstagerne.

Patienterne angiver, at et godt samarbejde mellem personale og patient i høj grad eller i nogen grad er velegnet som metode til at opnå indflydelse på egen situation.

I forhold til indflydelse på afdelingens overordnede forhold er vurderingen af patienttilfredshedsundersøgelser ikke entydig. Knap halvdelen af personalet vurderer, at data fra sådanne undersøgelser er anvendt til at sikre patientindflydelse på overordnede forhold på afdelingerne. Lidt mere end 20 % vurderer, at dette i mindre grad er tilfældet. For patienterne svarer næsten halvdelen, at de ikke kan vurdere, om patienttilfredshedsundersøgelser giver dem overordnet indflydelse på afdelingerne. For beslutningstagerne er der generelt tiltro til anvendelse af data fra tilfredshedsundersøgelser, idet omkring 85 % vurderer, at sådanne undersøgelser i høj grad eller i mindre grad er anvendelige til at sikre patient overordnet indflydelse.

Samarbejde med patient- og pårørendeorganisationer vurderes generelt af personale og af beslutningstagere som en god metode til at give patienterne indflydelse på overordnede forhold. 66 % af personalet mener, at dette i nogen grad eller i høj grad er en god metode. 10 ud af 12 beslutningstagerne har denne opfattelse.

Patientsvarene på dette spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen fordeles sig på alle svarkategorierne, idet dog næsten halvdelen ikke ser sig i stand til at vurdere metoden.

Med hensyn til anvendelse af offentlige debatmøder er det overordnede indtryk fra spørgeskemaundersøgelsen blandt personale og beslutningstagere, at disse i nogen grad kan have betydning som metode. Mere end halvdelen af patienterne ser sig ikke i stand til at vurdere dette forhold.

Med hensyn til generelle forbedringer i sygehusstandard oplyses fra mere end 60 % af personalet, at dette i nogen grad eller i høj grad vil forbedre patienternes indflydelsesmuligheder på overordnede forhold. Denne opfattelse deles i mindre grad af beslutningstagerne, hvor 4 ud af 12 vurderer, at dette i nogen grad vil forbedre patienternes overordnede muligheder for indflydelse. Halvdelen af beslutningstagerne vurderer, at dette i mindre grad eller slet ikke har betydning.

Det kan på den baggrund konkluderes, at der ikke er noget der tyder på, at begrundelserne for ikke at etablere patientråd bliver uaktuelle i fremtiden, nærmest tværtimod.

Afholdelse af patientmøder giver særligt i den brede fortolkning god mening for personalet og patienterne, og den nuværende praksis kan forventes at fortsætte. I forhold til de mere formaliserede patientmøder beror gennemførelse på personalets faglige vurdering af hensigtsmæssighed, og på den prioritering der er af personalets ressourcer.

Analyserne viser, at det er for snævert at tænke brugerindflydelse som afholdelse af møder og oprettelse af råd.

Det kan forventes, at man ud fra faglige hensyn vil orientere sig hen mod de metoder for patientindflydelse, der ud fra den aktuelle patientsammensætning er mest hensigtsmæssig på en given afdeling.

Dette synspunkt er som tidligere nævnt adresseret med den nye bekendtgørelse, idet det af denne netop fremgår at rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bl.a. bør fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige liggetid på afdelingen.

Caseundersøgelserne viser, at der på afdelingerne er en meget stor opmærksomhed på inddragelse og involvering af patienterne. Men både indflydelsesformer og områder varierer.

Spørgsmålet om ligestilling mellem somatiske og psykiatriske patienter er rejst i flere sammenhænge, herunder også, at den demokratiske træning, qua liggetider og patienternes sygdomsbillede skal ske et andet sted end under ophold på en psykiatrisk afdeling.

Det er i sammenhæng hermed fremført, at sygehusopholdet er parentes i mange psykiatriske patienters liv. Patientomdrejningspunktet er deres eget liv og deres totale situation, som defineres som totalbegreb, og i meget større omfang omhandler spørgsmål såsom hvor skal jeg bo, hvem skal jeg bo sammen med, kan jeg få et arbejde osv.

### **10.5 Konklusion i forhold til patientråd, patientmøder og patientindflydelse**

Psykiatrilovsrevisionen betød, at den tidligere pligt til at oprette patientråd og patientmøder blev afløst af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på de psykiatriske afdelinger. Bekendtgørelse nummer 708/1989 blev ophævet med udgangen af 2004 og erstattet af ny bekendtgørelse om patientindflydelse som trådte i kraft 1. januar 2005.

Der er i meget begrænset omfang etableret patientråd på de enkelte afdelinger. Der er ikke noget der tyder på, at begrundelserne for ikke at etablere patientråd bliver uaktuelle i fremtiden, nærmest tværtimod.

I forhold til spørgsmålet om patientmøder viser undersøgelsen, at der er uklarhed om, hvad patientmøder er – er det alle møder med deltagelse af patienter og personale, eller er det alene formaliserede møder?

I den brede definition er det undersøgelsens konklusion, at disse møder afholdes på langt de fleste afdelinger.

Nogle – men langt fra alle afdelinger – har herudover egentlige formaliserede patientmøder.

I det omfang information defineres som en del af indflydelse på egen situation har patientmøderne den virkning. I det omfang patienten på møderne er i stand til at formulere egne ønsker og behov, lyttes der til dem, men mange patienter er for syge til at indgå i et egentligt mødeforum med henblik på at opnå indflydelse.

Afholdelse af patientmøder giver særligt i den brede fortolkning god mening for personalet og patienterne, og den nuværende praksis kan forventes at fortsætte. I forhold til de mere formaliserede patientmøder beror gennemførelse på personalets faglige vurdering af hensigtsmæssighed og på den prioritering, der er af personalets ressourcer.

Flere personalesider peger på, at patientindflydelse skal ses i tæt sammenhæng med faglig udvikling og kvalitetsudviklingsinitiativer generelt.

Dette synspunkt vurderes adresseret i den nye bekendtgørelse, idet det af denne fremgår, at rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bl.a. bør fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige liggetid på afdelingen.

Overvejende vurderes der behov for at organisere patientindflydelsen ind i rammer, der har konkret sammenhæng med opgavevaretagelsen på de enkelte afdelinger.

I forlængelse af dette synspunkt kan overvejes, om der er behov for en lovgivningsbaseret regulering af patientindflydelsen.

I flere sammenhænge er således givet udtryk for, at det forekommer ude af trit med den øvrige udvikling inden for sygehusvæsenet, at der er udarbejdet særlige regler for psykiatriske patienters indflydelse, idet udviklingen på en række andre områder går mod ligestilling af somatiske og psykiatriske patienter.

