

Evaluering af ordningen med tvungen opfølgning efter ud- skrivning

28-05-2014

Indhold

1. Baggrund	3
2. Metode	4
• 2.1 Oplysninger fra journaler og spørgeskemaer	5
• 2.2. Oplysninger fra journaler og spørgeskemaer	6
• 2.3. Data fra SEI	6
• 2.4. Indhentning af udenlandske erfaringer	6
3. Ordningen med tvungen opfølgning	6
• 3.1. Kriterier for iværksættelse af tvungen opfølgning ifølge psykiatriloven	6
• 3.2. Procedurer ved medicinering	7
• 3.3. Varighed af perioden med tvungen opfølgning samt klagemuligheder	7
4. Beskrivelse af patientgruppen	8
5. Beskrivelse af iværksatte tvangsforanstaltninger	10
6. Tvangsforanstaltninger iværksat før og efter tvungen opfølgning	14
7. Håndtering af ordningen i praksis	18
8. Vurdering af effekten med tvungen opfølgning	21
• 8.1. Patienternes vurderinger	21
• 8.2. Personalets vurderinger	22
• 8.3. Andre vurderinger	23
9. Forløbet efter ophør af tvungen opfølgning	23
10. Retssikkerhed	26
• 10.1. Manglende opfyldelse af kriterierne	26
• 10.2. Tolkning af reglerne	27
• 10.3. Personalets opfattelse af tvungen opfølgning som tvangsform	28
• 10.4. Registreringsproblemer i SEI	28
• 10.5. Klagemuligheder og rettigheder	29
11. Erfaringer fra udlandet	30
• 11.1. Den norske ordning	31
• 11.2. Den engelske ordning	33
• 11.3. Den skotske ordning	34
12. Sammenfatning og anbefalinger	36
• 12.1. Retssikkerhed	37
• 12.2. Kriterierne for at iværksætte tvungen opfølgning	38
• 12.3. Depotmedicinering i forbindelse med tvungen opfølgning efter udskrivning	38
• 12.4. Iværksatte behandlings- og støttetilbud under tvungen opfølgning	39
• 12.5. Registrering af tvang	39

1. Baggrund

Satspuljepartierne aftalte med satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2010-2013, at det skulle være muligt i en forsøgsperiode på fire år at anvende tvungen opfølgning efter udskrivning (herefter tvungen opfølgning) over for nogle få svært psykisk syge patienter. Fra 1. oktober 2010 blev det efter § 13 d i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter psykiatriloven) muligt efter udskrivning at tvangsmedicinere svært syge psykiatriske patienter, når en række kriterier var opfyldt.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at formålet med tvungen opfølgning er at give mulighed for at hjælpe en lille gruppe svært psykisk syge patienter, som efter udskrivning er udsat for en stor risiko for alvorlig tilbagefald af deres sygdom, hvis de undlader at følge den ordinerede medicinske behandling. Ordningen skal sikre, at patienterne efter udskrivning fortsætter i et stabilt behandlingsforløb, og således skabe mulighed for, at patienterne opnår en bedre livskvalitet. Formålet med tvungen opfølgning er også at forebygge tilbagefald af patienternes alvorlige psykiske sygdom, og dermed også at forebygge anden tvangsanvendelse, herunder tvangsindlæggelse og tvangsfiksering. Det var før 1. oktober 2010 ikke muligt indenfor rammerne af lovgivningen at fastholde disse svært psykisk syge patienter i den behandling, der er nødvendig for patientens helbred efter udskrivningen.

Virkingen af lovændringen er fulgt tæt af Sundhedsstyrelsen, der i henhold til satspuljeaftalen og lovens bemærkninger har nedsat en bredt sammensat følgegruppe med medlemmer fra: Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, LAP (Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere), Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, Landsforeningen SIND og Bedre Psykiatri.

Det fremgår af satspuljeaftalen og lovens bemærkninger, at Sundhedsstyrelsen efter perioden 2010-2013 udarbejder en redegørelse, som vil blive fremsendt til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg samt Tilsynet i henhold til grundlovens § 71.

Redegørelsen, fremover også benævnt evalueringen, fokuserer på virkningerne af reglerne om tvungen opfølgning. De erfaringer, der er indhøstet i den 4-årige forsøgsperiode, vil blive anvendt til eventuelle justeringer i eller ophævelse af bestemmelserne om tvungen opfølgning, når psykiatriloven skal revideres i folketingsåret 2014-2015. Redegørelse omfatter de første 30 patienter, der fik iværksat tvungen opfølgning i perioden fra 1. oktober 2010 til 1. juli 2013.

Redegørelsen er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og den har været til høring i følgegruppen.

2. Metode

Som anført er tvungen opfølgning målrettet en lille gruppe svært psykisk syge patienter. 1½ år efter lovens ikrafttrædelse havde 15 patienter været underlagt tvungen opfølgning. På baggrund af dette besluttede følgegruppen, at der overvejende skulle anvendes kvalitative metoder i forbindelse med dataindsamlingen til denne redegørelse af lovens effekt. Ved tidspunktet for indhentning af data til evalueringen var der samlet 30 patienter.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at redegørelsen skal omfatte, hvilken effekt de nye regler om tvungen opfølgning har haft, herunder en beskrivelse af patienterne, en vurdering af, hvilke supplerende behandlings- og støttetilbud, der har været anvendt samt en beskrivelse af antal tvangsindlæggelser som patienter under tvungen opfølgning eventuelt har været underlagt. Ministeriet har tillige anmodet om, at redegørelsen omfatter en sammenligning med fem andre lande¹. Endelig har følgegruppen haft forslag til spørgsmål som ønskes belyst med redegørelsen.

For at få svar på de stillede spørgsmål, samt få det mest nuancerede billede af effekten af ordningen med tvungen opfølgning, er der ud over kvalitativ metode også anvendt kvantitative metoder.

I det følgende er beskrevet de metoder, der er anvendt til at belyse forskellige synsvinkler på ordningen:

1. Interview patienter og personale
2. Spørgeskemaundersøgelse til de afdelingsledelser, der havde iværksat tvungen opfølgning
3. Gennemgang af journalkopier på patienter, der havde fået iværksat tvungen opfølgning
4. Analyse af data udtrukket fra SEI (Statens Serum Instituts Elektroniske Indberetningssystem)
5. Gennemgang af lovgivning mv. fra udlandet.

Til at gennemføre interviews af patienter og personale har Sundhedsstyrelsen indgået aftale med KORA (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning).

Sundhedsstyrelsen har indhentet Datatilsynets godkendelse til at indhente patientoplysninger fra SEI-registret, kontakte patienterne og efterfølgende overdrage kontaktinformationerne til KORA på de patienter, der har givet tilsagn til deltagelse.

¹ Sverige, Norge, Irland, England og Skotland.

2.1 Oplysninger fra journaler og spørgeskemaer

Sundhedsstyrelsen har anset det for vigtigt, at få patienternes deltagelse i redegørelsen, men det har været meget vanskeligt. Inden KORA gik i gang med selve interviewene, havde Sundhedsstyrelsen skrevet ud til samtlige patienter og informeret om undersøgelsen, og bedt patienterne om at deltage i interviewene ved at tilbagesende en underskrevet samtykkeerklæring. Kun tre patienter responderede på de udsendte breve, heraf gav to samtykke til interview. Sundhedsstyrelsen talte i telefon med en fjerde patient, der ville give sit samtykke og KORA talte med en femte, der ønskede, at give sit samtykke, men patienten endte med at afgive et skriftligt svar til KORA i stedet. Sideløbende med dette tog Sundhedsstyrelsen kontakt til samtlige psykiatriske afdelinger med patienter i tvungen opfølgning for at indhente yderligere oplysninger om patienterne med henblik på at komme i kontakt med dem. Seks kontaktpersoner på bosteder blev supplerende kontaktet. I forbindelse med de senere personaleinterview forsøgte KORA også at få supplerende støtte til patientkontakt med henblik på interview (fra det psykiatriske personale og fra personalet på bostederne). Efter en intensiveret indsats fra styrelsens og KORAs side endte det med, at fire patienter indvilgede i at deltage i et interview. Det viste sig at, af de resterende 16 patienter var for syge/dårlige til at blive interviewet. Flere var indlagt med forværring af deres sygdom, eller var på anden måde så psykisk syge, at et interview ikke ville kunne gennemføres. Seks patienter takkede nej til interview (de tre ønskede ikke at tale om noget, de havde lagt bag sig). To patienter var afgået ved døden. Det lykkedes ikke at skabe kontakt til de sidste to patienter. Det mulige antal patienter, der kunne tænkes at deltage i et interview, var på den baggrund meget lille. Patientperspektivet er derfor sparsomt belyst, men det vurderes, at det ville være svært at inddrage flere, da alle patienter (på nær to), der ikke var for syge til at deltage, blev spurgt om / opfordret til at deltage af personale fra enten det psykiatriske system eller fra bostederne.

KORA udarbejdede de endelige spørgsmål i interviewguides i samarbejde med en af følgegruppens nedsat arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen.

I alt gennemførte KORA interview med fire patienter, otte overlæger, elleve sygeplejersker fra psykiatrien, og seks personalemedlemmer fra bostederne. Derudover havde KORA yderligere talt kort med to personalemedlemmer med socialfaglig baggrund og ét personalemedlem fra et opsøgende team. Det er en svaghed ved datamaterialet, at så få patienter har ønsket at deltage i et interview. Evalueringen skal læses med forbehold for denne begrænsning.

Personaleperspektivet ved ordningen med tvungen opfølgning vurderes at være tilstrækkeligt belyst via KORAs interview. Der er interviewet 28 personer, og der er stor konsistens i de temaer, som personalet bragte på bane i interviewene, hvilket indikerer, at de centrale områder er blevet dækket².

² KORAs rapport vil blive offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside i forbindelse med offentliggørelsen af Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning.

2.2. Oplysninger fra journaler og spørgeskemaer

Med det formål at indhente supplerende oplysninger om bl.a. behandlingens effekt, iværksatte behandlings- og støttetilbud, patientens egne ønsker til støtte, spørgsmål vedr. lovkrav og ordningens evt. virkning på patientens boforhold udarbejdede Sundhedsstyrelsen et spørgeskema til afdelingsledelserne. Afdelingerne blev bedt om at udfylde spørgeskemaerne og sende disse samt journalkopier til styrelsen. I alt 24 spørgeskemaer blev udfyldt. Materialet er analyseret, og data indgår i redegørelsen.

2.3. Data fra SEI

Sundhedsstyrelsen har gennem hele forsøgsperioden fulgt afdelingernes indberetning af tvungen opfølgning via de oplysninger afdelingerne i henhold til gældende regler skal indrapportere til SEI. Hvert kvartal har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i henhold til lovens bemærkninger fået oplysninger om status for ordningen. Ministeriet har efterfølgende underrettet Folketingets Sundhedsudvalg og § 71-udvalget. Ud over disse data, har Sundhedsstyrelsen fået særlige udtræk fra SEI, der er anvendt i redegørelsen.

2.4. Indhentning af udenlandske erfaringer

Hvad angår udenlandske erfaringer med brug af tvungen opfølgning er de enkelte lande kontaktet via Sundhedsstyrelsens kontaktpersoner eller via landenes ministerier. Styrelsen har ønsket oplysninger om:

- Lovgivningen i de enkelte lande
- Indikation for iværksættelse af tvungen opfølgning
- Udbredelsen af tvungen opfølgning
- Effekten af tvungen opfølgning

De indhentede oplysninger er vurderet og indgår i redegørelsen.

3. Ordningen med tvungen opfølgning

I dette afsnit omtales de gældende regler³ for anvendelsen af tvungen opfølgning.

3.1. Kriterier for iværksættelse af tvungen opfølgning ifølge psykiatriloven

Beslutningen om tvungen opfølgning skal træffes af en overlæge, inden patienten udskrives, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter ud-

³ Lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien og vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.

skrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred⁴, og:

1. patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst 3 gange,
2. patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan,
3. patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og
4. patienten inden for det sidste ½ år forud for den aktuelle indlæggelse har fået ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerende medicinske behandling.

Alle fem betingelser skal være opfyldt for at overlægen kan træffe beslutning om tvungen opfølgning. Inden en patient bliver underlagt tvungen opfølgning skal andre relevante og nødvendige behandlings- og støttemuligheder have været tilbudt og forsøgt anvendt.

3.2. Procedurer ved medicinering

En beslutning om tvungen opfølgning kan alene omfatte et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, herunder i regionens distriktspsykiatri. Patienter, der er under tvungen opfølgning, kan således ikke tvangsbehandles i eget hjem, sociale botilbud, herberger m.v.

Hvis en patient ikke møder op til medicinering, kan overlægen beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatriske afdeling. Der skal ved afhentningen være en sundhedsperson til stede. Eventuel afhentning ved politiets hjælp skal gennemføres så skånsomt som muligt, for at undgå unødige krænkelse eller ulempe. Medicineringen på den psykiatriske afdeling foregår i henhold til reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning og ikke efter reglerne om tvangsindlæggelse og tvangsbehandling. Det vil sige, at patienten ved ankomsten til den psykiatriske afdeling ikke bliver tvangsindlagt – med mindre kriterierne herfor er opfyldt - og kan forlade afdelingen igen, når medicinen er indgivet.

Den medicinske behandling, der gives i forbindelse med tvungen opfølgning, skal være med lægemidler, hvor patientens reaktion er kendt. Den medicinske behandling skal have en gavnlig effekt på patienten og ikke være forbundet med uforholdsmæssigt store bivirkninger.

3.3. Varighed af perioden med tvungen opfølgning samt klagemuligheder

En beslutning om tvungen opfølgning kan som udgangspunkt gælde i indtil 3 måneder. Hvis der ved de 3 måneders udløb fortsat er begrundet formodning og

⁴ Den første af fem betingelser for at kunne iværksætte tvungen opfølgning.

nærliggende risiko for, at patienten vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for at undgå tilbagefald af patientens alvorlige psykiske sygdom, kan overlægen træffe beslutning om, at ordningen kan forlænges i indtil 3 måneder. Yderligere forlængelse af den tvungne opfølgning kan ske i op til 3 måneder ad gangen, dog kan patienten maksimalt være underlagt tvungen opfølgning i 12 måneder. Patienten kan først på ny blive underlagt tvungen opfølgning, når vedkommende igen opfylder alle betingelserne herfor.

Der kan klages over overlægens beslutning om tvungen opfølgning, overlægens efterfølgende beslutning om, at patienten kan afhentes med politiets hjælp, og overlægens beslutning om forlængelse af den tvungne opfølgning. Kun en klage over overlægens beslutning om iværksættelse af tvungen opfølgning har opsættende virkning.

4. Beskrivelse af patientgruppen

Evalueringen omfatter som nævnt i afsnit 2 i alt 30 patienter og ud fra SEI data fremgår det, at 20 er kvinder og 10 er mænd og at gennemsnitsalderen er 56 år. Den ældste patient er 79 år og den yngste er 26 år på tidspunktet for iværksættelsen af tvungen opfølgning (Tabel 5.1).

For at få en nærmere beskrivelse af patienterne, er der foretaget en gennemgang af 25 indhentede journaler (se fodnote 6 vedr. journaler) samt 24 besvarede spørgeskemaer fra afdelingerne. Som det fremgår af det følgende, indeholder det tilsendte materiale ikke nødvendigvis alle oplysninger i forhold til den enkelte patient.

De 25 patienter er karakteriseret ved, at de alle på nær to har fået diagnosen paranoid skizofreni, og har været psykisk syge gennem mange år. Syv af patienterne har et tidligere eller nuværende misbrug af stoffer eller alkohol, og en patient er dement. De to patienter, der ikke er diagnosticeret med paranoid skizofreni, har henholdsvis diagnoserne bipolær affektiv lidelse og organisk affektiv lidelse.

Femten patienter bor på et socialpsykiatrisk botilbud, hvor bostedet kan hjælpe patienterne med dagligdags gøremål, og iværksætte forskellige aktivitetstilbud. For adskillige af patienterne fungerer bostedet som et psykiatrisk plejehjem. Syv patienter bor i egen lejlighed og mindst én patient benytter en boinstitutions dagtilbud. For de sidste tre patienter er det uklart, hvor de bor, for de tos vedkommende fordi de har misligholdt og ødelagt boligen.

For ca. halvdelen af patienterne er det anført, at de har kontakt til pårørende. For den anden halvdel af patienterne er det ikke omtalt, at patienterne har konkret kontakt med de pårørende, hverken under patienternes indlæggelser eller efter deres udskrivning med tvungen opfølgning.

For 10 af 25 patienter er det angivet, at de har børn og i seks af tilfældene oplyses det, at patienterne har kontakt til deres børn. Kun for en patient er alderen på børnene anført. De er henholdsvis 23 og 25 år. For fire patienter er det angivet, at de har voksne børn. For fire andre patienter, hvor børnenes alder ikke er anført, formodes det at de er voksne, da mødrenes alder går fra 53 til 75 år. For den sidste kvindelige patient på 39 år, kan det tænkes, at hendes barn ikke er voksent.

For 13 patienter er civilstanden oplyst. Det fremgår, at to patienter er gift, mens seks patienter er enlige. To patienter er fraskilt, og for to patienter er det oplyst, at ægtefællen er afdøet ved døden.

For fem af patienterne er det angivet, at de har en uddannelse. To har studentereksamen, en har folkeskolens afgangseksamen, en er faglært håndværker og den sidste har en handelseksamen. Tre patienter er startet på en uddannelse, som de ikke har afsluttet. To patienter har ingen uddannelse. For 15 af patienterne fremgår det ikke, om de har fået en uddannelse.

En patient har deltidsarbejde, og syv patienter har tidligere haft et arbejde. For to fremgår det, at de ikke har været i erhverv. For 15 patienter fremgår det ikke, om de tidligere har været i beskæftigelse. For 14 af de 25 patienter er det supplerende oplyst, at de modtager pension – primært førtidspension.

Afdelingerne er blevet bedt om at vurdere patienternes funktionsniveau ved hjælp af Global Assessment of Function (GAF⁵). I alt 20 af 25 patienter har fået anført en GAF værdi. Værdierne ligger for disse patienter mellem 10 og 60. Gennemsnittet af GAF værdierne er 26 og medianen er 23,5. Jo lavere GAF værdien er, jo dårligere er patientens psykosociale funktionsniveau. En GAF værdi kan ligge mellem 1 og 100, hvor 100 er bedst. Normalt fungerende personer har en GAF værdi mellem 70 og 100. I vurderingerne af patienterne beskrives det, at GAF værdier mellem 21 og 40 omfatter patienter, der ikke længere er i stand til at arbejde og adfærden bliver i tiltagende grad præget af alvorlige psykiske lidelser. Ved lavere GAF værdier forringes patienternes funktionsniveau yderligere og der kommer flere adfærdsforstyrrelser. Ved værdier på mellem 11 og 20 finder man personer, som har behov for overvågning og beskyttelse for at kunne klare sig (f.eks. demente, psykisk udviklingshæmmede og langtidsindlagte psykiatriske patienter). GAF værdierne understøtter oplysningerne fra journalerne og vurderes overordnet at karakterisere patienterne godt.

Samlet set kan patientgruppen, der har været underlagt tvungen opfølgning, beskrives som sårbare personer ofte uden netværk og uddannelse og med et dårligt psykosocialt funktionsniveau.

⁵ Kilde: GAF-Global Assessment og Function-Delt version. Uddrag af oversættelse fra norsk (ved Kim Balslev), Ullevål Sykehus, Klinik for Psykiatri, januar 1998 (vurdering af F-GAF).

Under beskrivelsen af patientgruppen skal det afslutningsvist anføres, at to patienter er afgået ved døden. Sundhedsstyrelsen har vurderet patientforløbene og har ikke fundet, at dødsfaldene har været relateret til patientbehandlingen.

5. Beskrivelse af iværksatte tvangsforanstaltninger

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra de indberetninger, som afdelingerne har indtastet i SEI (Seruminstituttets Elektroniske Indberetningssystem) samt fra journalerne. SEI oplysningerne omfatter 30 patienter, mens der indgår journaloplysninger på 25 af de første 30 patienter⁶, der fik iværksat tvungen opfølgning (perioden fra 1. oktober 2010 til 1. juli 2013).

Af tabel 5.1 fremgår det, hvornår de første 30 patienter i ordningen har fået iværksat tvungen opfølgning siden starten og frem til opgørelsestidspunktet ved udgangen af 2. kvartal 2013. Af tabellen fremgår alder og køn også.

Lige efter ordningens start i 4. kvartal 2010 fik én patient iværksat tvungen opfølgning. Herefter fik 10 iværksat tvungen opfølgning i 2011 og 14 i 2012. I de to første kvartaler af 2013 fik fem patienter iværksat tvungen opfølgning. Den lille stigning i tallene over årene kan tyde på, at kendskabet til ordningen øges og dermed at ordningen oftere benyttes.

Tallene i tabellen omfatter udelukkende de patienter, der fik iværksat tvungen opfølgning på baggrund af gældende kriterier i loven. I alt fem patienter har fået iværksat tvungen opfølgning på forkert grundlag. Sundhedsstyrelsen har kontaktet de enkelte afdelinger, hvor dette er sket, og bedt dem ophøre med foranstaltningen, såfremt den ikke allerede var ophørt, samt anmodet afdelingerne om at informere patienten om klagemulighederne.

I tabellens kommentarfelt fremgår det, at fire af patienterne optræder flere gange. Disse patienter har været indlagt flere gange undervejs, efter at de første gang fik iværksat tvungen opfølgning. Under en indlæggelse skal den tvungne opfølgning ophøre, da det er en ambulante foranstaltning. Ved udskrivningen kan tvungen opfølgning iværksættes på ny, hvis behovet og kriterierne fortsat er til stede. For tre af patienterne (A, B og D i tabel 5.1) fremgår det, at de på ny fik iværksat tvungen opfølgning efter en udskrivning.

Af journalerne fremgår det, at andre patienter tilsvarende har fået iværksat tvungen opfølgning på ny, efter at de er udskrevet, men dette er ikke blevet registreret i SEI.

⁶ For fem af de 30 patienter er der kun SEI oplysninger. De tre af patienterne blev indrapporteret for sent i SEI, så journaloplysningerne ikke kunne nå at blive indhentet. Journaloplysninger for de to patienter, der afgik ved døden, indgår heller ikke i det følgende.

Tabel 5.1. Dato for beslutning om tvungen opfølgning, alder og køn på 30 patienter (baseret på journaloplysninger og SEI data).

Patient nr.	Dato for beslutning om tvungen opfølgning	Periode	Køn	Alder	Kommentarer
01	29-10-2010	4. kvartal 2010	M	52	
02	14-03-2011	1. kvartal 2011	M	60	
03	12-04-2011	2. kvartal 2011	K	79	Afgået ved døden
04	28-04-2011	2. kvartal 2011	K	50	
05	30-05-2011	2. kvartal 2011	K	68	
06	27-06-2011	2. kvartal 2011	K	70	
07	04-07-2011	3. kvartal 2011	K	39	Patient A
08	05-08-2011	3. kvartal 2011	K	61	Afgået ved døden
09	23-08-2011	3. kvartal 2011	K	68	
07	18-10-2011	4. kvartal 2011	K	39	Patient A
10	26-10-2011	4. kvartal 2011	K	75	
11	06-12-2011	4. kvartal 2011	M	28	Patient B
12	05-03-2012	1. kvartal 2012	K	61	Patient C
13	09-03-2012	1. kvartal 2012	K	42	
11	19-03-2012	1. kvartal 2012	M	28	Patient B
14	29-05-2012	2. kvartal 2012	M	49	
15	01-06-2012	2. kvartal 2012	K	55	
16	02-07-2012	3. kvartal 2012	K	69	Kun SEI oplysninger
17	05-07-2012	3. kvartal 2012	M	66	
18	09-07-2012	3. kvartal 2012	K	53	
11	13-07-2012	3. kvartal 2012	M	28	Patient B
19	18-07-2012	3. kvartal 2012	M	36	
20	27-07-2012	3. kvartal 2012	K	67	
21	20-09-2012	3. kvartal 2012	K	53	
22	09-10-2012	4. kvartal 2012	M	70	
23	25-10-2012	4. kvartal 2012	K	48	
24	10-12-2012	4. kvartal 2012	K	39	Patient D
25	14-12-2012	4. kvartal 2012	K	59	Kun SEI oplysninger
26	17-01-2013	1. kvartal 2013	M	26	
24	01-02-2013	1. kvartal 2013	K	39	Patient D
27	13-02-2013	1. kvartal 2013	K	56	
28	13-03-2013	1. kvartal 2013	M	67	
29	22-03-2013	1. kvartal 2013	K	55	
12	10-04-2013	2. kvartal 2013	K	61	Patient C
30	17-05-2013	2. kvartal 2013	K	67	Kun SEI oplysninger

Note til tabel. Markering med A-D angiver, at den samme patient optræder flere gange. Alder er beregnet ved første iværksættelse af tvungen opfølgning.

Data i ovenstående tabel er udarbejdet på baggrund af SEI oplysninger fra 3. kvartal 2013 og omfatter 30 patienter. I de tilfælde, hvor der har været uoverensstemmelser mellem SEI og journaloplysninger er data fra journalerne valgt.

Den fjerde patient (C i tabel 5.1), der optræder med mere end én dato i tabellen er den eneste, der har fået iværksat tvungen opfølgning for anden gang efter en første periode med tvungen opfølgning, der varede de maksimale 12 måneder. Yderligere kommentarer til tabellen findes i den tilhørende note.

Table 5.2. Antal tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser samt varigheden af aktuelle indlæggelse⁷ for 30 patienter (baseret på journaloplysninger og SEI data).

Patient nr.	Antal tvangsindlæggelser 3 år forud for aktuelle indlæggelse	Antal tvangstilbageholdelser 3 år forud for aktuelle indlæggelse	Varigheden af aktuelle indlæggelse (dage). Se note 7	Kommentarer
01	6	1	1	
02	8	2	48	
03	54	0	1	
04	14	3	8	
05	6	0	63	
06	5	0	54	
07	5	2	52	Patient A
08	3	0	22	
09	4	0	13	
07	6	2	36	Patient A
10	5	0	1	
11	4	1	26	Patient B
12	4	1	63	Patient C
13	4	4	64	
11	5	1	10	Patient B
14	4	0	43	
15	3	0	74	
16	3	0	78	Kun SEI oplysninger
17	4	1	62	
18	3	0	69	
11	6	1	73	Patient B
19	6	4	37	
20	11	2	63	
21	4	1	72	
22	5	0	295	SEI 12-07-2011
23	3	1	62	
24	5	4	71	Patient D
25	3	0	31	Kun SEI oplysninger
26	3	2	70	
24	5	5	9	Patient D
27	5	0	33	
28	3	2	65	
29	6	5	37	
12	6	0	4	Patient C
30	3	0	77	Kun SEI oplysninger

Note til tabel. Se under tabel 5.1.

I tabel 5.2 fremgår det, hvor mange tvangsindlæggelser patienterne har haft i de seneste tre år forud for aktuelle indlæggelse (se fodnote ⁷).

⁷ Aktuelle indlæggelse refererer til den tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse, hvorunder der blev truffet beslutning om at iværksætte tvungen opfølgning

I alt ni af patienterne har været tvangsindlagt tre gange. Atten patienter har haft mellem fire og otte tvangsindlæggelser, og to har haft henholdsvis 11 og 14 tvangsindlæggelser tre år forud for aktuelle indlæggelse. Der er én patient, der skiller sig ud. Vedkommende har været tvangsindlagt 54 gange forud for aktuelle indlæggelse. Det viste sig, at patienten generelt havde haft mange éndagsindlæggelser og Sundhedsstyrelsen har henvendt sig til afdelingen og anført det uhensigtsmæssige i dette. Supplerende fremgår det af tabellen, at halvdelen af patienterne (16 af 30) tillige har været tvangstilbageholdt mellem én og fem gange tre år forud for aktuelle indlæggelse.

Tabel 5.2 viser også varigheden af aktuelle indlæggelser, hvor der blev truffet beslutning om, at iværksætte tvungen opfølgning. Indlæggelsestiderne varierer meget, men tre af patienterne skiller sig ud ved kun at have været indlagt i én dag.

I den forbindelse har styrelsen haft kontakt med to af afdelingerne og anført, at det er imod lovens intention, at udskrive patienten tidligere end man ville have gjort, hvis det ikke var muligt at iværksætte tvungen opfølgning. For de øvrige patienter har 10 patienter været indlagt mellem otte og 48 dage og 16 patienter var indlagt mellem 52 og 78 dage. En enkelt patient var indlagt i 295 dage. Det har ikke været muligt at beregne længden af tvungen opfølgning for den enkelte patient ud fra SEI oplysningerne alene (se også afsnit 10). Varigheden er i stedet vurderet ud fra journaloplysningerne. Oplysningerne fremgår af Tabel 5.3.

Varigheden af tvungen opfølgning beregnes fra den dato, som patienten udskrives til tvungen opfølgning. Denne dato kan være forskellig fra den dato, hvor overlægen beslutter at iværksætte tvungen opfølgning, da sidstnævnte kan ligge mange dage før selve udskrivningen.

Af tabel 5.3 fremgår det, hvor lang tid den enkelte patient har været underlagt tvungen opfølgning. For tre patienter (nr. 27-29) fremgår det, at de stadig er underlagt tvungen opfølgning på opgørelsestidspunktet.

For fem patienter kan længden af den tvungne opfølgning ikke angives med sikkerhed. Det skyldes, at der har været usikkerhed om, hvordan varigheden af tvungen opfølgning skulle beregnes, hvis forløbet af en iværksat tvungen opfølgning blev afbrudt af en indlæggelse (med samtykke eller under tvang) undervejs. Der har været uklart, om en indlæggelse satte et forløb med iværksat tvungen opfølgning i bero eller om tvungen opfølgning helt skulle ophøre.

Blandt de resterende 19 patienter, fremgår det, at otte patienter har været underlagt tvungen opfølgning i mellem 11 og 12 måneder. Ni patienter har været underlagt tvungen opfølgning i mellem 6 og 10,5 måneder, og de sidste to patienter har været underlagt tvungen opfølgning i fra 1,5 til tre måneder. Samlet set ses det, at ca. 40% af de 19 patienter (8 af 19) har været underlagt tvungen opfølgning i op til det maksimale på ét år eller næsten et år.

Tabel 5.3. Varigheden af perioden med tvungen opfølgning.

Patient nr.	Patienten er underlagt tvungen opfølgning på opgørelses-tidspunktet	Varigheden af perioden med tvungen opfølgning
01		12 måneder
02		1½ måned
03		10½ måned
04		12 måneder
05		12 måneder
06		12 måneder
07		Perioden usikker
08		6 måneder
09		6½ måned
10		7 måneder
11		Perioden usikker
12		11½ måned
13		12 måneder
14		3 måneder
15		11 måneder
17		9½ måned
18		12 måneder
19		7 måneder
20		3 måneder
21		12 måneder
22		Perioden usikker
23		12 måneder
24		Perioden usikker
26		Perioden usikker
27	Ja	7 måneder
28	Ja	Knap 6½ måned
29	Ja	6 måneder

Note. Ovenstående data er indhentet fra 25 journaler. Patient 16, 25 og 30 er ikke medtaget, da der mangler journaloplysninger.

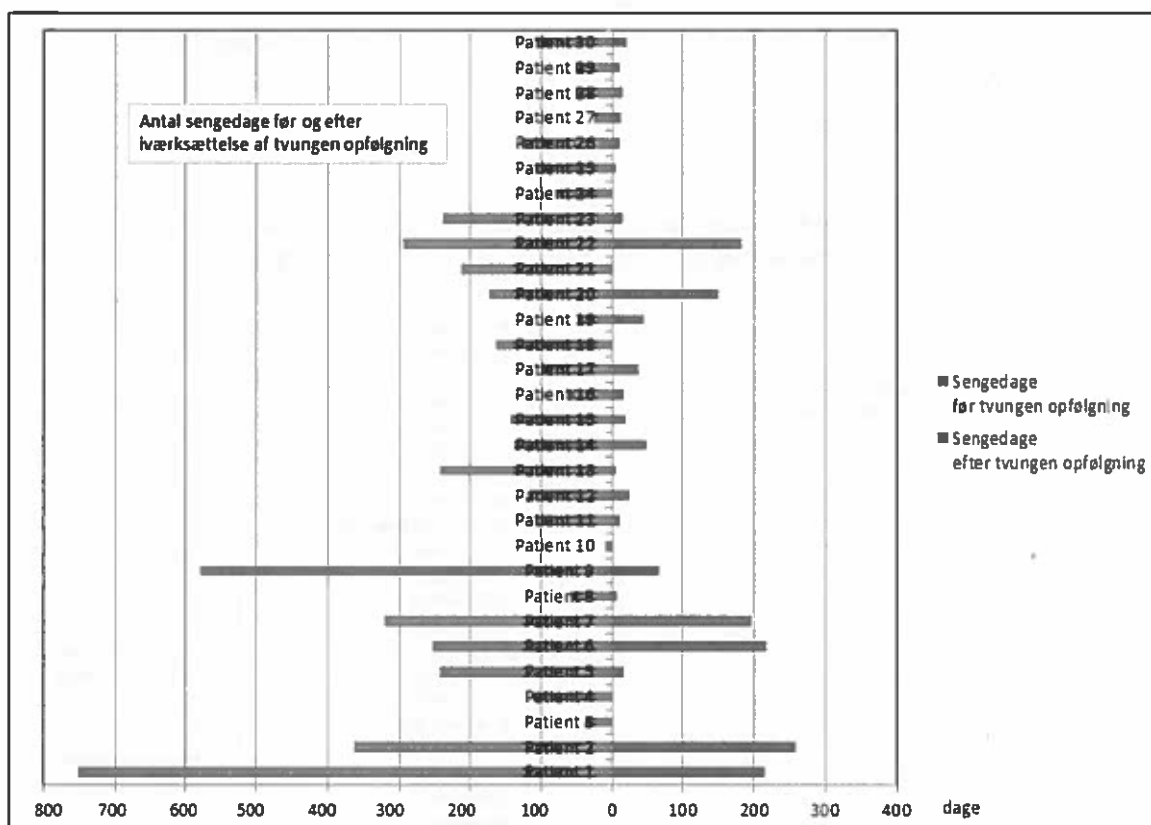
6. Tvangsforanstaltninger iværksat før og efter tvungen opfølgning

For at vurdere, om iværksættelse af tvungen opfølgning kan have haft indvirkning på antallet af tvangsforanstaltninger har styrelsen indhentet data, der kan anvendes i spejldiagrammer.

I denne type analyse vurderes for den enkelte patient en periode før tvungen opfølgning, der er lige så lang som perioden efter tvungen opfølgning. Denne analyse er anvendt, da antallet af dage før og efter iværksættelsen af tvungen opfølgning kan være forskellig fra patient til patient. Med spejlmetoden er den enkelte patients før-periode lige så lang som efter-perioden og uafhængig af de øvrige patienters forløb. For de patienter, der har fået iværksat tvungen opfølgning sent i forsøgsperioden, er perioderne kortest.

Trods nogle forbehold⁸ til metoden vurderes det, at metoden kan anvendes i vurderingen af nedenstående.

Figur 1. Antal sengedage før og efter iværksættelse af tvungen opfølgning for 30 patienter (baseret på SEI data samt data fra Landspatientregistret).



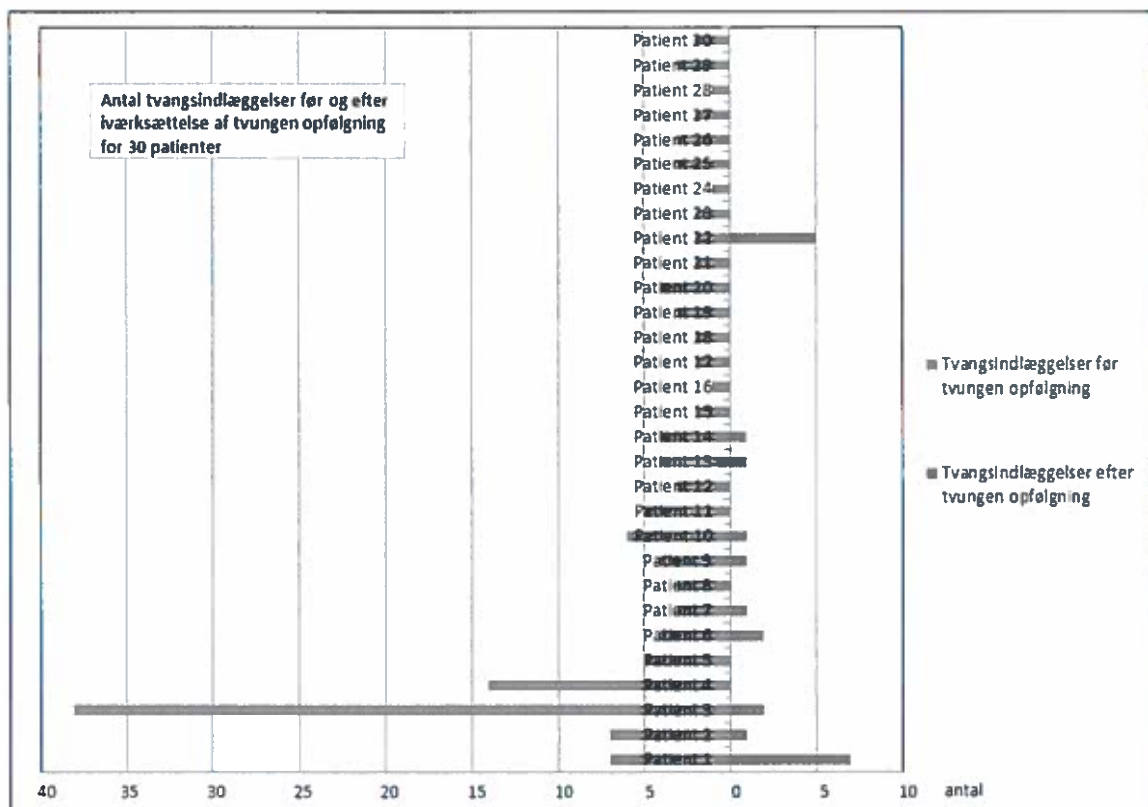
I det følgende vurderes det, om der er forskel på antal indlæggelsesdage (sengedage med og uden tvang), antallet af tvangsindlæggelser, og på antallet af bæltefikseringer og tvangsmedicineringer i før-perioden sammenlignet med efter-perioden. Som det fremgår af note 8, kan efter-perioden i spejldiagrammerne indeholde dage med indlæggelser (især tvangsindlæggelse), hvorfor der i denne periode kan forekomme tvangsformer, som kun må anvendes under indlæggelse. Når tvangsmedicinering er medtaget i analysen, skyldes det, at tvangsmedicinering, er en tvangsform, der følger af en anden lovbestemmelse end den der er omfattet af tvungen opfølgning.

⁸ Metodemæssigt skal det bemærkes at:

- efter-perioden kan indeholde både dage hvor patienten er underlagt tvungen opfølgning samt dage efter ophør af tvungen opfølgning, hvor patienten evt. er indlagt igen, eller
- efter-perioden kan udelukkende indeholde dage, hvor patienten er underlagt tvungen opfølgning, da tvungen opfølgning ikke er afsluttet
- før-perioden kan indeholde dage, hvor patienten kan være indlagt og eller udskrevet.

Det fremgår af figur 1, at der for alle patienterne er flere indlæggelsesdage (sengedage med og uden tvang) før iværksættelsen af tvungen opfølgning sammenlignet med efter iværksættelsen af tvungen opfølgning. Det er mere udtalt for nogle patienter end for andre. Resultaterne er forventelige, da en tvangsordning der gælder efter udskrivning ideelt set bør træde i stedet for perioder med indlæggelser. I den forbindelse vil man omvendt forvente, at antallet af ambulante henvendelser vil øges. Det har imidlertid ikke været muligt at få tal for antal ambulante henvendelser før og efter iværksættelse af tvungen opfølgning. Det skyldes, at man for alle patienter på nær tre, ikke har afsluttet de ambulante forløb administrativt, hvorfor antallet af henvendelser ikke kan opgøres.

Figur 2. Antal tvangsindlæggelser før og efter iværksættelse af tvungen opfølgning for 30 patienter (baseret på SEI data samt data fra Landspatientregistret)



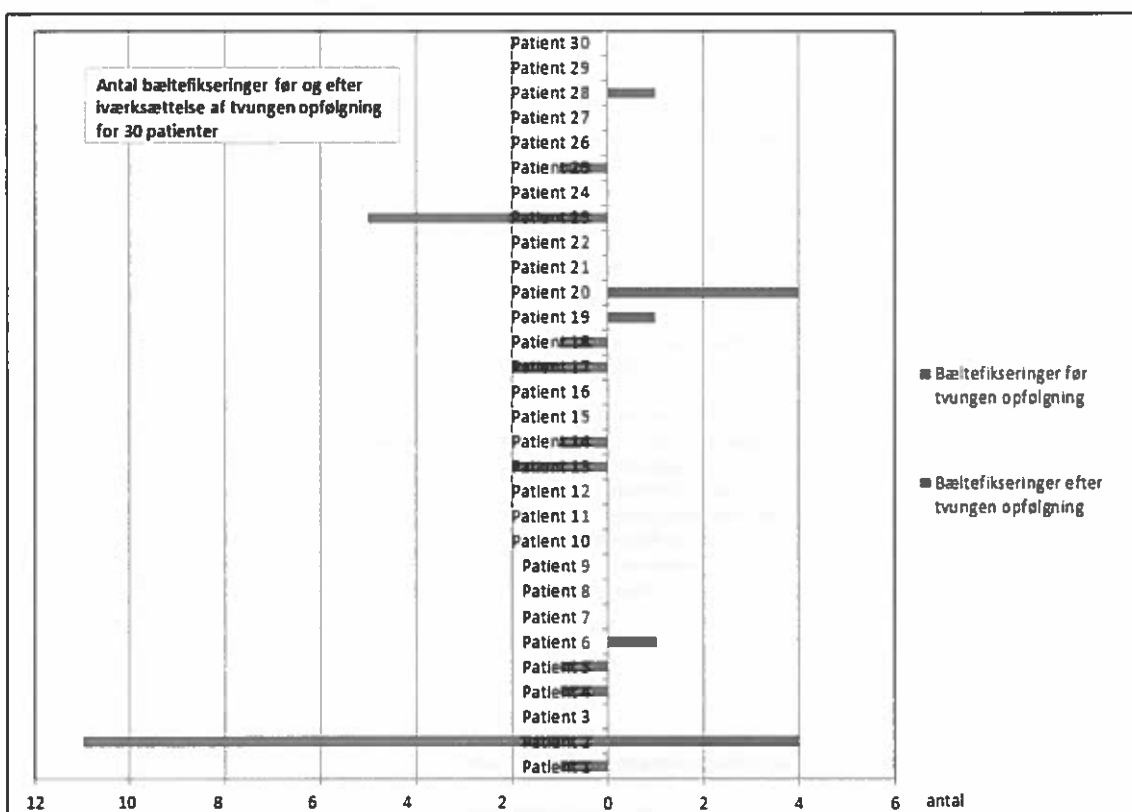
Note. Bemærk at perioden før iværksættelse af tvungen opfølgning er kortere end tre år, hvorfor der i mange tilfælde ikke er de krævede tre tvangsindlæggelser.

Figur 2 viser sammenhængen mellem iværksættelsen af tvungen opfølgning og antallet af tvangsindlæggelser. Som i figur 1 ses en tydelig tendens til, at der er flere tvangsindlæggelser før end efter iværksættelsen af tvungen opfølgning.

Det skal bemærkes, at patient 3 adskiller sig fra de andre patienter. Det er den tidligere omtalte patient, der har haft mange éndags-indlæggelser.

I figur 3 ses antallet af bæltefikseringer før og efter iværksættelse af tvungen opfølgning. For antallet af bæltefikseringer synes tendensen at være den samme som for tvangsindlæggelser, men mindre udtalt.

Figur 3. Antal bæltefikseringer før og efter iværksættelse af tvungen opfølgning for 30 patienter (baseret på SEI data samt data fra Landspatientregistret)



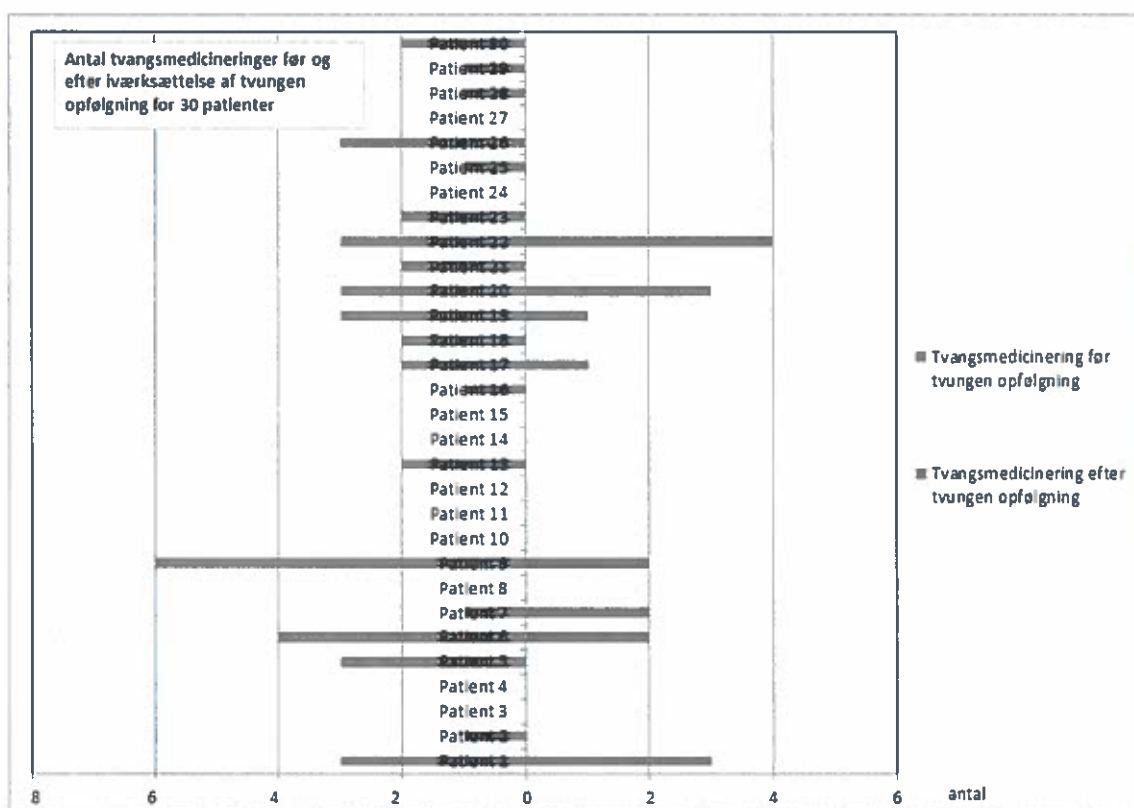
Figur 4 viser spejldata for den tvangsmedicinering, der er givet under en indlæggelse. Som nævnt tidligere er tvangsmedicinering under indlæggelse, en tvangsform der følger en anden lovbestemmelse, end den form for tvangsmedicinering, der gør sig gældende under tvungen opfølgning. De to tvangsformer registreres også forskelligt i SEI. Figuren viser alene den tvangsmedicinering, der er givet under indlæggelse. Som nævnt tidligere er flere patienter indlagt på et tidspunkt efter iværksat tvungen opfølgning, hvorfor tvangsmedicinering under indlæggelse kan forekomme i efter-perioden. Det fremgår, at der gives færre tvangsmedicineringer efter iværksættelse af tvungen opfølgning end før.

Tvungen opfølgning kan kun foregå, når patienten er udskrevet og med spejlmetoden er det vurderet, om ordningen med tvungen opfølgning kan være med til at nedbringe antallet af dage, hvor patienterne er indlagt, samt nedbringe antallet af andre tvangsforanstaltninger overfor patienterne (tvangsindlæggelser, bæltefikseringer og tvangsmedicineringer). Selv om fem patienter i forløbet efter iværksat tvungen opfølgning har været indlagt flere gange og 11 patienter havde været underlagt tvungen opfølgning i kortere perioder (fra 1½ til 10,5 måneder anført i afsnit 5), var der forskel på data før og efter tvungen opfølg-

ning. Spejldiagrammerne viser, at der før iværksættelse af tvungen opfølgning er færre indlæggelsesdage, færre tvangsindlæggelser, bæltefikseringer og tvangsmedicineringer, givet under Indlæggelse end efter iværksættelse af tvungen opfølgning.

Tallene stemmer overens med opfattelsen fra interviewundersøgelsen, hvor det anføres, at patienter, der er underlagt tvungen opfølgning udsættes for færre tvangsforanstaltninger sammenlagt.

Figur 4. Antal tvangsmedicineringer før og efter iværksættelse af tvungen opfølgning for 30 patienter (baseret på SEI data samt data fra Landspatientregistret)



7. Håndtering af ordningen i praksis

Når det antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har den behandlingsansvarlige overlæge ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myn-

digheder i kommunen, praktiserende læger og praktiserende speciallæger m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten⁹.

I de tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke til en udskrivningsaftale, har overlægen, jf. psykiatrilovens § 13 b, ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til patienten. Der stilles samme indholdsmæssige krav til en koordinationsplan som til en udskrivningsaftale, der indgås med patientens medvirken.

Af lovforslagets bemærkninger forudsættes det, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for de patienter, der bliver omfattet af en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, således at tvungen opfølgning efter udskrivning indgår som et element i den udskrivningsaftale eller koordinationsplan, der udarbejdes i forbindelse med patientens udskrivning.

I den forbindelse bliver det vurderet, hvilken hjælp/støtte patienten har behov for. Ved udarbejdelse af udskrivningsaftaler deltager personale fra psykiatrien og socialfagligt personale og evt. patientens praktiserende læge med flere. Afhængig af patientens behov tages der stilling til, hvordan og hvem fra distriktspsykiatrien, der skal sørge for at følge patienten og sørge for at patienten får den ordinerede medicin, hvilket typisk varetages af et opsøgende/udgående psykiatriteam, med mindre patienten bor i en bo-institution, hvor der er tilknyttet sygeplejerske og læge (som kan motivere patienten for den medicinske behandling og medvirke til at få patienten bragt til tvangsmedicinering i det psykiatriske system). Patientens bo-forhold, andre sociale behov og forskellige aktiviteter varetages af kommunen.

Aftalen skal så vidt muligt tilgodese patientens ønsker. Udskrivningsaftalen skal være tidsbegrænset, og aftalen skal tages op til vurdering efter en bestemt angiven periode. Det skal fremgå af udskrivningsaftalen, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, og hvem der er ansvarlig for behandling og opfølgning, så patienten modtager de beskrevne behandlingsmæssige og sociale tilbud. Det skal endvidere fremgå, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes. I mange tilfælde har det opsøgende/udgående psykiatriteam eller bostederne erfaringer med disse patienter, og vil på naturlig vis kunne inddrages i planlægningen. Det skal også vurderes, hvordan den praktiserende læge på den mest hensigtsmæssige måde kan inddrages i planlægningen. Et forudgående kendskab til patientens fysiske og psykiske funktionsniveau har betydning for indholdet af udskrivningsaftalen samt for opfølgningen.

Ved journalgennemgang er patienternes udskrivningsaftaler / koordinationsplaner, der skal udarbejdes i forbindelse med udskrivning til tvungen opfølgning vurderet. Det fremgår af journalgennemgangen, at patienterne ofte ikke selv

⁹ § 13 a i psykiatriloven samt vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.

ønsker at deltage i udarbejdelsen af planerne. Gennemgangen viste også, at afdelingerne udarbejder udskrivningsaftalen / koordinationsplan i fællesskab med forskellige deltagere fra kommunen (f.eks. støtte- / kontaktpersoner, personale fra bo-institutioner), egen læge, og f.eks. en værge og en socialrådgiver mf.

Det fremgår af journalgennemgangen, at der ved udarbejdelsen af udskrivningsaftalen / koordinationsplanen foregår en tværsektoriel vurdering og koordinering af behandlingen og de sociale foranstaltninger. Deltagerne drøfter, hvilke relevante behandlingstilbud og sociale tilbud patienten fremover vil have behov for. Eksempler på sociale tilbud eller støtteordninger kan være: Boligforhold, der skal ændres, hjælpeforanstaltninger i dagligdagen, tildeling af ekstra personale, der kan støtte patienten i forbindelse med forskellige aktiviteter, hjælp i forbindelse med økonomien mv. Udskrivningsaftalen/koordinationsplanen er omdrejningspunktet for patientens videre støtte og behandling. Journalgennemgangen har vist, at det er individuelt, hvilke tilbud der iværksættes.

Da udskrivningsaftalen/koordinationsplanen er tidsbegrænset vurderes patientens behov igen efter en fastsat dato. Herved foregår der en løbende vurdering af patientens samlede behov, da aftalen med tvungen opfølgning maksimalt kan vare i tre måneder ad gangen. Alle patienter får udarbejdet en udskrivningsaftale/koordinationsplan, der vurderer og koordinerer, hvilke supplerende behandlings- og støttetilbud, der skal igangsættes når patienten udskrives til tvungen opfølgning.

Gennemgangen af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner viser, at der er forskel på kvaliteten af udskrivningsaftalerne/koordinationsplanerne. Nogle er meget udførlige og detaljerede, mens andre er summariske. Både fra journalgennemgangen og interviewundersøgelsen fremgår det, at den praktiserende læge eller den kommunal sagsbehandler ofte ikke deltager i mødet omkring koordinationsplanerne. Hvis patienten bor på et bosted afholdes møderne ofte alene med deltagelse af personale fra den psykiatriske afdeling og personale fra patientens bosted.

Efter udskrivning besøger det udgående psykiatriteam patienterne i egen bolig eller botilbud, og det vurderes løbende, hvad patienten har af behov for hjælp og støtte. Det fremgår af journalerne, at de fleste patienter ikke ønsker at få den medicin, som er ordineret som i led med tvungen opfølgning, eller er ambivalente, hvorfor der bruges meget tid til at motivere patienterne til frivilligt at tage medicinen. Patienterne, som er behandlet under tvungen opfølgning, er alle med én undtagelse blevet behandlet med depotmedicin typisk hver 14. dag.

Det aftales fra gang til gang med patienten, hvornår næste depotbehandling skal gives. Patienternes modvilje mod behandlingen kan give sig til udtryk ved, at de ikke er hjemme på de dage, hvor de skal have den ordinerede tvangsmedicin. Andre gange vil patienterne ikke lukke sundhedspersonen ind. En række patienter må afhentes af politiet til behandling, fordi de enten modsætter sig behandling, eller ikke er hjemme på de aftalte dage (se også afsnit 10.5).

Det fremgår af journalerne, at patienterne ofte følges tæt af sygeplejerskerne i det opsøgende/udgående psykiatriteam. Sygeplejerskerne kontakter ikke kun patienterne, når de skal have medicin, men har også opsøgende besøg af mere social karakter. Sygeplejersken formidler kontakten til f.eks. socialrådgiver, boligforening, skaffer hjælpemidler, opfordrer patienten til at besøge væresteder og fortæller patienten om mulige tilbud af interesse for patienten. Det opsøgende/udgående psykiatriteams læge er ligeledes med jævne mellemrum i kontakt med patienten.

8. Vurdering af effekten med tvungen opfølgning

Effekten af ordningen med tvungen opfølgning er primært vurderet i forhold til den sundhedsfaglige behandling. Ordningen med tvungen opfølgning er karakteriseret ved, at patienterne får den ordinerede medicin regelmæssigt i modsætning til, at patienterne tidligere har fået medicinen uregelmæssigt eller ikke fået medicin overhovedet. Den medicinske behandling er omdrejningspunktet i ordningen, og fra både patientens og behandlernes synspunkt er der stor fokus på dette. Afsnittet omhandler især den medicinske behandling, men omfatter også nogle af de sociale forhold i relation til ordningens effekt, hvor det har været muligt at inddrage disse.

De oplysninger, der ligger til grund for indholdet i dette afsnit stammer fra journaler, interview samt fra spørgeskemaerne til afdelingerne. Der er overensstemmelse mellem de oplysninger, der stammer fra interviewene med patienter og personale med de oplysninger, der kan indhentes fra journaler og svarene fra spørgeskemaerne til afdelingerne.

8.1. Patienternes vurderinger

Det fremgår af de fire patientinterview, at patienterne vurderer effekten af den medicinske behandling negativt. Først og fremmest opfatter patienterne sig ikke som syge, og derfor oplever patienterne det som forkert og som et overgreb, at skulle tage den ordinerede medicin. Flere patienter har beskrevet forskellige medicinske bivirkninger ved den givne medicin, ubehag eller angst i forbindelse med injektion af depotmedicin, eller ubehag ved at vide at der er medicin i kroppen. Andre patienter har beskrevet, at medicinen har givet dem koncentrationsbesvær, manglende energi, vægtøgning og impotens. En patient har beskrevet, at medicinen fik de positive stemmer til at forsvinde, så vedkommende følte sig ensom, og at andre aktiviteter ikke kunne erstatte det tomrum, der opstod. Det psykiatriske personale havde forsøgt at kompensere for dette ved at afsætte ekstra ressourcer til relationsarbejde og forskellige sociale aktiviteter. De patientudsagn der er indhentet ved evalueringen, har ikke på kortere sigt været med til at øge patienternes livskvalitet, hvad der har været et af formålene med at indføre ordningen.

Fra spørgeskemaet til afdelingerne og af journalerne fremgår det, at de fleste patienter ikke ønsker støtte fra det psykiatriske behandlersystem, mens de er

underlagt tvungen opfølgning. Det fremgår også, at patienterne generelt ikke har fremført konkrete ønsker eller behov i forbindelse med iværksættelse af ordningen med tvungen opfølgning. Dette hænger måske sammen med, at patienterne ikke ønsker ordningen.

Der er ikke noget der tyder på, at patienterne ved iværksættelse af tvungen opfølgning forsøger at flytte for at undgå behandlingen. Et par patienter, der flyttede hyppigt inden iværksættelse af tvungen opfølgning, flyttede også efter iværksættelse med tvungen opfølgning.

Der har været nogle få positive tilkendegivelser i forbindelse med ordningen. Fra journalgennemgangen fremgår det, at to af patienterne kunne se, at de havde haft en gavnlige effekt af behandlingen. Der er ingen positive tilkendegivelser om ordningen fra interviewundersøgelsen. En patient har imidlertid angivet, at være meget glad for sin kontaktperson, hvad der gjorde, at vedkommende fortsatte med at tage den ordinerede medicin efter ordningens ophør.

8.2. Personalets vurderinger

Modsat patienterne er det behandlernes klare opfattelse, at den medicinske behandling har haft positiv effekt på patientbehandlingen i langt de fleste tilfælde. De mener, at ordningen er nødvendig, såfremt man skal fastholde en lille gruppe af svært psykisk syge med medicinsvigt i et længerevarende behandlingsforløb.

Personalet på de psykiatriske afdelinger har anført, at patienterne under tvungen opfølgning har haft færre indlæggelser, hvilket stemmer overens med oplysningerne fra SEI¹⁰. Når patienterne er i en stabil medicinsk behandling oplever det personale, der har været interviewet, at kontakten til patienten er bedre, og det er observeret, at patienterne er blevet mere aktive og mere interesserede i deres kontakter til personalet og deres pårørende. I interviewundersøgelsen har personalet også nævnt, at den maksimale varighed af tvungen opfølgning på 12 måneder synes at være for kort, fordi det kræver lang tid for denne patientgruppe at komme ind i et stabilt behandlingsforløb.

Hvad den medicinske effekt angår, er personalet på de kommunale bosteder generelt af samme opfattelse som personalet på de psykiatriske afdelinger. De vurderer, at patienterne har fået det bedre, at de er mindre forpinte og i højere grad har benyttet bostedets sociale tilbud i perioden, hvor de har været underlagt tvungen opfølgning.

Ud over effekten af den medicinske behandling vurderer personalet på bostederne ordningen med tvungen opfølgning anderledes end det sundhedsfaglige personale. Botilbuddet er patienternes egen bolig, hvor patienten har ret til selvbestemmelse. Da fokus er på patientens hele liv, ønsker det socialfaglige personale ikke, at medicin kommer til at fylde alt for meget i deres arbejde med

¹⁰ Se afsnit 6. Tvangsforanstaltninger iværksat før og efter tvungen opfølgning.

patienterne. Ordningen med tvungen opfølgning har i nogle tilfælde vist sig at reducere konflikterne med patienterne ved medicin givning, da personalet ikke længere skulle motivere patienterne til at tage medicinen – dette ansvar ligger hos det sundhedsfaglige personale. For andre patienter fylder medicingivning uændret meget i kontakten til patienten, da medicinen evt. skal gives med tvang og evt. i forbindelse med afhentning af politiet.

Personalet på de kommunale bosteder har i interviewundersøgelsen anført, at tvungen opfølgning i høj grad har karakter af noget exceptionelt, og noget som man så vidt muligt vil holde adskilt fra det sociale miljø på botilbuddene. Tvungen opfølgning opfattes anderledes end de øvrige tvangsformer, da det omfatter patientens egen bolig og dermed giver andre udfordringer. Den latente trussel om tvang ved medicingivning er vanskelig at håndtere, og personalet vurderer, at det opleves som stigmatiserende for patienten, når vedkommende må hentes af politiet. Omvendt har personalet på bostederne også oplevet, hvor dårlige patienterne kan blive, hvis de ikke tager den ordinerede medicin. Alternativet til tvungen opfølgning kan så være hyppige tvangsindlæggelser af kortere eller længere varighed, hvad personalet heller ikke mener, at patienten kan være tjent med.

8.3. Andre vurderinger

Journalgennemgangen viser, at et stabilt behandlingsforløb er med til at modvirke indlæggelse. For nogle af de patienter, der har været behandlet i mange måneder (og op til 12 måneder) uden at være indlagt, har det i flere tilfælde vist sig (se Tabel 9.1.), at patienterne har taget den ordinerede medicin frivilligt gennem flere måneder efter ophør af tvungen opfølgning. Journalgennemgangen viser også, at de patienter, der ikke ønsker at have kontakt med det udgående/opsøgende psykiatriteam, og som ophører med den medicinske behandling, oftere har en dårligere sygdomsprognose end andre patienter. Efter en kortere eller længere periode uden medicin bliver patienterne ofte tiltagende mere psykotiske, kan ikke længere klare sig selv eller er evt. til fare for andre, og må derfor indlægges til behandling, ofte med tvang.

Der er kun få pårørende tilkendegivelser i journalerne, og nogle af dem har oplyst, at de kan mærke, at medicinen har været gavnlig for patienten.

9. Forløbet efter ophør af tvungen opfølgning

I dette afsnit beskrives det, hvordan det er gået patienterne, efter at de ikke længere er underlagt tvungen opfølgning. Dette er især belyst ud fra journalgennemgangen.

Tabel 9.1. omfatter de patienter, der blev beskrevet i tabel 5.3. Det fremgår af tabellens tekst hvilke patienter det er muligt eller ikke muligt at vurdere et efterforløb på.

Af de i alt 30 patienter, der fik iværksat tvungen opfølgning, har det kun været muligt at beskrive et efterforløb for 11.

Tabel 9.1. Varigheden af perioden efter ophør af tvungen opfølgning, varigheden af perioden med frivillig medicinering samt evt. efterfølgende tvangsindlæggelser.

Patient nr.	Varigheden af perioden med tvungen opfølgning	Efterforløbets længde	Varighed af evt. frivillig medicinsk behandling i efterforløbet	Evt. iværksat tvangsindlæggelse efter ophør med tvungen opfølgning (TvOp) eller andre kommentarer
01	12 måneder	Ca. 4 måneder	Ca. 4 måneder	Tvangsindlagt 14 dage efter ophør med frivillig medicin
02	1½ måned	Efterforløb ikke kendt		Patienten flytter post-adresse
03	10½ måned	Efterforløb usikkert		Afgået ved døden
04	12 måneder	Ca. 17 måneder	Knap 15 måneder	Tvangsindlagt ca. 2 mdr. efter ophør med frivillig medicin
05	12 måneder	Ca. 4 måneder	Ca. 4 måneder	Opgørelsestidspunktet forhindrer yderligere opfølgning
06	12 måneder	2½ måned	Ingen medicin frivillig	Tvangsindlagt ca. 2½ mdr. efter ophør af TvOp
07	Perioden usikker			Efterforløbet kan ikke vurderes
08	6 måneder	Efterforløb usikkert		Afgået ved døden
09	6½ måned	Efterforløb ikke kendt		Patienten flytter afdeling under perioden med TvOp
10	7 måneder	Ca. 17 måneder	Ca. 17 måneder	Opgørelsestidspunktet forhindrer yderligere opfølgning
11	Perioden usikker			Efterforløbet kan ikke vurderes
12	11½ måned	Ca. 1 måned	Ingen frivillig medicin	Tvangsindlagt knap 1 mdr. efter ophør med TvOp
13	12 måneder	6 måneder	4 måneder	Flytter afdeling efter seks måneder
14	3 måneder	Intet efterforløb		Ophør af TvOp da patienten tvangsindlægges

Overordnet skal det bemærkes, at det ikke er muligt at opnå lange perioder efter ophør af tvungen opfølgning, da både forsøgsperioden og opgørelsestidspunktet sætter en begrænsning. Som det fremgår af tabellen har to patienter nået at få et efterforløb på ca. 17 måneder, og fire patienter har haft efterforløb på mellem fire og seks måneder. De sidste fem patienter har haft efterforløb på mellem 2½ måneder og 10 dage.

Tabel 9.1. fortsat. Varigheden af perioden efter ophør af tvungen opfølgning, varigheden af perioden med frivillig medicinering samt evt. efterfølgende tvangsindlæggelser.

Patient nr.	Varigheden af perioden med tvungen opfølgning	Efterforløbets længde	Varighed af evt. frivillig medicinsk behandling i efterforløbet	Evt. iværksat tvangsindlæggelse efter ophør med tvungen opfølgning (TvOp) eller andre kommentarer
15	11 måneder	Intet efterforløb		Ophør af TvOp fortsætter i en frivillig indlæggelse
17	9½ måned	5 måneder	5 måneder	Opgørelsestidspunktet forhindrer yderligere opfølgning
18	12 måneder	2 måneder	Ingen medicin frivillig	Opgørelsestidspunktet forhindrer yderligere opfølgning
19	7 måneder	10 dage	Ingen medicin frivillig	Tvangsindlagt 10 dage efter ophør med TvOp
20	3 måneder	Intet efterforløb		Ophør af TvOp da patienten tvangstilbageholdelse
21	12 måneder	2 måneder	2 måneder	Opgørelsestidspunktet forhindrer yderligere opfølgning
22	Perioden usikker			Efterforløbet kan ikke vurderes
23	12 måneder	Intet efterforløb		Ophør af TvOp sker på opgørelsestidspunktet
24	Perioden usikker			Efterforløbet kan ikke vurderes
25	Perioden usikker			Efterforløbet kan ikke vurderes
26	Perioden usikker			Efterforløbet kan ikke vurderes

Note. Patient 16, 25 og 30 ikke medtaget, da der mangler journaloplysninger. Patienterne 27, 28 og 29 er ikke medtaget, da de er underlagt tvungen opfølgning på opgørelsestidspunktet.

Det fremgår af tabellen, at af de 11 patienter, der har et efterforløb behandles syv frivilligt med medicin i en periode. Af disse syv patienter tvangsindlægges tre af dem mellem ½ og to måneder efter, at de er ophørt med at tage den ordinerede medicin frivilligt. Fire af patienterne tager frivilligt den ordinerede medicin i hele efterforløbet på henholdsvis to, fire, fem og 17 måneder. Yderligere opfølgning begrænses af opfølgningstidspunktet. To patienter tager medicinen frivilligt i henholdsvis fire af seks måneder samt 15 af 17 måneder. For den første patient kendes forløbet ikke, da patienten skifter afdeling, mens den anden patient tvangsindlægges to måneder efter ophør med den medicinske behandling.

Af de fire patienter, der ikke ønskede at tage den ordinerede medicin frivilligt efter ophør af tvungen opfølgning, blev to patienter tvangsindlagt efterfølgende henholdsvis en og 2½ måneder efter deres sidste tvangsmedicinering. Forløbet for de to andre patienter begrænses af opgørelsestidspunktet.

Det skal endelig bemærkes, at én af patienterne blev behandlet med tabletter i forbindelse med tvungen opfølgning. Det lykkedes ikke at etablere en egentlig behandling i patientens korte forløb med tvungen opfølgning.

Forsøgsperioden har således kun kunne bidrage med meget sparsom viden om, hvordan forløbene efter ophør af tvungen opfølgning har været. Der er hos enkelte patienter tegn på, at så længe patienterne tager deres medicin er risikoen for sygdomsforværring med en evt. efterfølgende tvangsindlæggelse mindre. Men der er i materialet ikke tilstrækkeligt datagrundlag for reelle konklusioner.

Fra interviewundersøgelsen kan det supplerende oplyses, at personalet generelt er bekymrede for, hvorvidt patienterne vil fortsætte den medicinske behandling efter ophør af tvungen opfølgning. Det fremgår også af interviewene, at nogle patienter fortsætter i frivillig behandling med medicin efter ordningens ophør. Det kan skyldes en god relation mellem patient og personale, som har medvirket til at patienten vælger at fortsætte den medicinske behandling. Det kan også skyldes, at behandlingen er blevet en vane for patienten, som fortsætter efter ordningens ophør. Det anføres også, at patienten evt. har erkendt, at den medicinske behandling har haft en gavnlig effekt for vedkommende.

10. Retssikkerhed

Forsøgsperioden med tvungen opfølgning har vist nogle problemområder og dilemmaer, der beskrives i det følgende.

10.1. Manglende opfyldelse af kriterierne

De psykiatriske afdelingers praktiske erfaring med behandlingen af patienter med tvungen opfølgning har været begrænset af, at der på opgørelsestidspunktet (inklusive 2. kvartal 2013) kun indgik 30 patienter på landsplan. Det betyder, at de fleste afdelinger kun har haft én patient under tvungen opfølgning, og nogle få afdelinger har haft to patienter under tvungen opfølgning. På de psykiatriske hospitaler, hvor tvungen opfølgning har været iværksat flest gange, har det været iværksat op til seks gange på én afdeling. Fra interviewundersøgelsen er det anført, at informationen om tvungen opfølgning har været utilstrækkelig. Journalgennemgangen kan tænkes at understøtte dette, da der i flere sammenhænge er usikkerhed med anvendelse af ordningen. Det vides ikke, om manglende kendskab til ordningen har været medvirkende til, at der i perioden blev anvendt tvungen opfølgning overfor fem patienter (nævnt i afsnit 5), hvor ikke alle kriterierne var opfyldt. For disse patienter viste det sig, at et eller begge af to bestemte kriterier ikke var opfyldt. Det ene kriterie var kravet om, at patienten skulle være tvangsindlagt mindst 3 gange i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse. Det andet kriterie var, at der ikke var udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan inden for samme periode.

Som anført i afsnit 5 viste det sig, at tre patienter fik iværksat tvungen opfølgning i forbindelse med tvangsindlæggelser af et døgn varighed. Selv om dette

ikke er ulovligt, har det ikke været lovens intention, at patienterne skulle udskrives før de ville være udskrevet, hvis loven ikke tillod tvungen opfølgning. Udskrives patienterne for tidligt, er det ikke muligt at stabilisere/bedre patientens tilstand og vurdere om behandlingen har haft den tilsigtede effekt samt, at vurdere evt. bivirkninger af den medicinske behandling.

10.2. Tolkning af reglerne

Det fremgår af en række journaler, at det har været vanskeligt for afdelingerne selv at tolke og anvende reglerne i praksis. Nogle afdelinger har forhørt sig i egen region, hos Det Psykiatriske Patientklagenævn og i Sundhedsstyrelsen undervejs i forløbet. Sundhedsstyrelsen og ministeriet har tillige undervejs drøftet fortolkningen af reglerne. For nogle afdelinger har afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn været vejledende for, hvordan afdelingen skulle tolke reglerne.

Det har f.eks. i flere tilfælde været uklart for afdelingerne, hvordan man opgør længden af tvungen opfølgning, hvis patienten en eller flere gange indlægges efter, at der er iværksat tvungen opfølgning. Herunder har der været uklarhed hos afdelingerne om, hvorvidt kriterierne for iværksættelse af tvungen udskrivning fortsat var til stede efter en udskrivning. Der er også eksempler på, at det har været uklart for afdelingerne, om tre måneders perioden tæller fra første dag efter udskrivningen, hvor patienten startet sit forløb eller fra den dato, hvor overlægen træffer beslutning om tvungen opfølgning (det kan være mange dage før udskrivningen). Yderligere har nogle afdelinger været i tvivl om, hvordan de skulle forholde sig, efter at patienten var ophørt med tvungen opfølgning efter et år. Tillige var det for en afdeling uklart, hvordan man skulle håndtere en ambulans dom til behandling samtidig med, at patienten var underlagt tvungen opfølgning.

Af interviewundersøgelsen med personalet fremgår det et sted, at kriteriet om, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse skal have været tvangsindlagt mindst tre gange eventuelt kan få indflydelse på karakteren af patientens indlæggelsesmåde. Det er anført i interviewundersøgelsen, at patienter nogle gange, når de er blevet bragt ind til skadestuen af politiet som led i en tvangsindlæggelse, accepterer en frivillig indlæggelse. Indlæggelsen vil normalt blive registreret som en frivillig indlæggelse. Er patienten en potentiel kandidat til tvungen opfølgning, mener nogen af de interviewede, at det kan være et incitament for at indlæggelsen bliver registreret som en tvangsindlæggelse, således den kan tælle med i forhold til de påkrævede tre tvangsindlæggelser. Hvis en sådan fremgangsmåde finder sted, vil Sundhedsstyrelsen vurdere at det er en omgåelse af lovgivningen. Såfremt en patient accepterer frivillig indlæggelse kan en frihedsberøvelse ikke iværksættes. Sundhedsstyrelsen har ikke genfundet det fra interviewene beskrevne i forbindelse med journalgennemgangen. Kun hvis en patient i henhold til psykiatriloven opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse, skal der ske en tvangsindlæggelse.

Endelig har personalet i interviewundersøgelsen anført, at de oplever ordningen som bureaukratisk tung, dels pga. mange regler og procedurer, dels fordi de

ikke har haft kendskab til ordningen så længe, og fordi de fleste afdelinger kun har erfaringer med at anvende ordningen over for én eller få patienter. Endelig er der et ønske om mere information og viden om tvungen opfølgning.

10.3. Personalets opfattelse af tvungen opfølgning som tvangsform

Resultaterne i afsnit 6 viser, at patienter der er underlagt tvungen opfølgning udsættes for færre tvangsforanstaltninger sammenlagt i perioden efter tvungen opfølgning sammenlignet med perioden før iværksættelse af tvungen opfølgning. Dette stemmer overens med oplysninger fra interviewundersøgelsen af det psykiatriske personale, som beskrev, at tvungen opfølgning kan være med til at reducere det samlede antal af tvangsforanstaltninger, og af personalet opfattes som en mindre indgribende form for tvang.

Omvendt har personalet på bostederne i forbindelse med interviewundersøgelsen også tilkendegivet, at tvungen opfølgning opleves som en særlig form for tvang, fordi den er så regelmæssig og hyppig (f.eks. depotbehandling hver 14. dag) og at tvungen omfatter patientens eget hjem – således at patienten, evt. ved politiets hjælp, kan hentes fra hjemmet til tvangsmedicinering på et hospital. I interviewundersøgelsen er det oplyst, at man på et par bosteder har behandlet patienterne med tvangsmedicinering på selve bostedet som led i tvungen opfølgning, da personalet opfattede det som mindre indgribende, hvis patienten blev tvangsmedicineret i eget hjem, fremfor at blive kørt til behandling på hospitalet. Sundhedsstyrelsen skal anføre, at det ikke er lovligt, at tvangsmedicinere patienterne i eget hjem. Ved journalgennemgangen har Sundhedsstyrelsen ikke genfundet den nævnte form for tvangsmedicinering og det har derfor ikke været muligt at belyse problematikken nærmere i tilsynsmæssig sammenhæng.

10.4. Registreringsproblemer i SEI

Afdelingerne er i henhold til gældende regler forpligtede til at udfylde tvangsprotokoller (indregistrere i SEI) og registrere tvangsforanstaltninger, herunder tvungen opfølgning. I henhold til Bekendtgørelse nr. 1342¹¹ og Sundhedsstyrelsens vejledning¹² beskrives det, hvad der skal registreres, og de elektroniske indtastningsskemaer er designet således, at indtastningsfelterne svarer til de lovbundne krav. Det er afdelingernes pligt at indberette data til SEI og afdelingerne har ansvaret for at sikre, at de indberettede oplysninger om tvangsforanstaltninger er korrekte. I vejledningen er det beskrevet, at afdelingerne senest skal have indrapporteret tvangsforanstaltningerne 10 dage efter tvangsforanstaltningen, at der månedsvist skal foretages kvalitetskontrol, og at der som minimum kvartalsvist skal foretages en indberetning af data til sygehusmyndig-

¹¹ Bekendtgørelse om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger

¹² Vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner.

heden. Der findes en brugermanual fra Sundhedsstyrelsen fra 2009¹³ og man kan ved tvivlsspørgsmål kontakte Sundhedsstyrelsen vedrørende juridiske og lægefaglige spørgsmål i forbindelse med tvangsforanstaltninger, mens Statens SerumInstitut, der driver SEI, kan kontaktes med spørgsmål om dataindtastning og udskrivning af data fra eSundhed, der kan anvendes til kontrol og monitorering af afdelingernes indberetninger.

Sundhedsstyrelsen har løbende kontrolleret de data afdelingerne har indtastet i SEI og ud fra dette vurderet, om kriterierne for iværksættelse af tvungen opfølgning opfyldte lovens kriterier.

Det har det vist sig, at det har været svært for afdelingerne at indberettet data i SEI korrekt. Sundhedsstyrelsen har i mange tilfælde måtte skrive til afdelingsledelserne for at få supplerende oplysninger, redegørelser og evt. journaloplysninger. Det har efterfølgende ofte vist sig, at kriterierne for at iværksætte tvungen opfølgning var opfyldt, men at registreringen i SEI var mangelfuld. Nogle patienter har været fejlindberettede. Det vil sige, at patienterne var blevet indberettet i SEI, men de havde ikke fået iværksat tvungen opfølgning.

Der har været mange eksempler på, at ophør af tvungen opfølgning ikke er blevet indberettet i SEI. Datoen for genoptagelse af tvungen opfølgning efter udskrivningen mangler også ofte. Det registreres ofte i SEI hvornår tvungen opfølgning starter, og i samme forbindelse anføres afslutningsdatoen tentativt til tre måneder eller endda ét år frem i tiden. Samtidig opdateres evt. fejl og ændringer ikke. Det har derfor f.eks. ikke været muligt ud fra SEI data at beregne, hvor længe den enkelte patient har været underlagt tvungen opfølgning som tidligere omtalt.

10.5. Klagemuligheder og rettigheder

Af både interview og journaler fremgår det klart, at patienterne ikke ønsker ordningen med tvungen opfølgning. Ordningen opfattes af flere patienter som et overgreb, da de reelt ikke kan modsætte sig behandlingen. Flere patienter beskriver et psykiatrisk behandlingssystem og en socialpsykiatri, der ikke lytter og fastholder patienten i sygdomsrollen, samt at tvungen opfølgning er endnu et af flere overgreb med tvang. Tre patienter, der afslog at deltage i interviewundersøgelsen, begrundede dette med, at det var en periode af deres liv, som de havde lagt bag sig, og ikke ønskede at tale om.

Nogle patienter har vist deres utilfredshed med ordningen ved gentagne gange eller hver gang mulighed bød sig, at klage over ordningen. Fra journalgennemgangen på de 25 patienter har det vist sig, at 12 patienter klagede over at få iværksat tvungen opfølgning. I to tilfælde har Det Psykiatriske Patientklagenævn givet patienten medhold i klagen. En patient har i forbindelse med interviewet anført, at vedkommende hellere ville tvangsindlægges hver gang for at få medicin, fordi det så var muligt at klage over tvangsmedicineringen hver gang.

¹³ Sundhedsstyrelsen drev tidligere SEI.

Med hensyn til klagemuligheder fremgår det af interviewundersøgelsen, at alt personale mener, at det er vigtigt, at patienterne kan klage over tvungen opfølgning. Det angives også at være vigtigt, at ordningen i henhold til reglerne kræver regelmæssige tilbagevendende vurderinger, som minimum hver tredje måned, når der skal tages stilling til en evt. ny tre måneders forlængelse. Dog afstedkommer hyppige klager samt de tilbagevendende tre måneders vurderinger af patienterne at være et stort administrativt arbejde, især set i forhold til at patienterne ofte har langvarige kroniske forløb.

Ved gennemgang af de 25 journaler fremgik det, at politiet var med til at hente 18 af patienterne til tvungen opfølgning. Der er en tendens til, at politiets deltaelse især var påkrævet i starten af et patientforløb med tvungen opfølgning. Seks patienter blev afhentet af politiet ved alle medicineringer. Det fremgår af nogle af journalerne samt af patientinterviewene, at nogen af patienterne demonstrerer deres utilfredshed med ordningen ved at lade sig afhente af politiet hver gang.

Afslutningsvist skal det anføres, at det i interviewundersøgelsen er nævnt, at det har været et problem, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har givet patienterne medhold i, at der ikke kan ske tvangsbehandling med depotmedicin under indlæggelse, forud for en påtænkt iværksættelse af tvungen opfølgning. I psykiatrilovens bemærkninger er det anført, at tvangsmedicinering med depotmedicin så vidt muligt bør undgås under indlæggelse. Fra journalgennemgangen har tvungen opfølgning med tabletter kun været forsøgt over for én patient. Det var ikke muligt at fastholde denne patient i behandlingsforløb. I henhold til lovens bemærkninger tilrådes det at behandle patienter under tvungen opfølgning med depotmedicin frem for tabletter, da det forekommer mindre indgribende.

11. Erfaringer fra udlandet

I forbindelse med denne evaluering har ministeriet anmodet Sundhedsstyrelsen, om at beskrive anvendelsen af tvungen opfølgning i Norge, Sverige, Irland, England og Skotland. Det skal vurderes, om de pågældende lande har en ordning med tvungen opfølgning, der minder om den danske. Sundhedsstyrelsen har taget kontakt til de fem lande via styrelsens kontaktpersoner eller via landenes ministerier.

Ved den indledende undersøgelse viste det sig, at Sverige og Irland ikke har en ordning, der svarer til den danske. Norge, England og Skotland har ordninger, der på nogle måder ligner den danske, hvorfor disse vil blive beskrevet nedenfor.

For yderligere at få belyst patientperspektivet, supplerede KORA interviewundersøgelsen med en mindre litteratur søgning. Patientperspektivet er dog kun

sparsomt repræsenteret i den udenlandske litteratur, og kun en mindre undersøgelse fra England og Wales er beskrevet af KORA¹⁴.

I det følgende beskrives for hvert af de tre lande, deres gældende ordning med tvungen opfølgning.

11.1. Den norske ordning

I den norske psykisk helsevernloven¹⁵ (svarende til psykiatriloven), har man siden 2007 skelnet mellem tvungen observation og tvungen psykisk helsevern, der begge kan foregå uden døgnophold på institution (uden indlæggelse). Frem for at indlægge patienter til behandling vurderes det, at anvendelsen af disse ordninger i en række sammenhænge kan være et bedre behandlingsalternativ.

Tvungen observation og tvungen psykisk helsevern kan udelukkende omfatte pålæg om, at patienten møder op til undersøgelse (tvungen observation) eller til behandling. Patienten kan om nødvendigt afhentes med tvang til behandling.

På baggrund af en lægelig vurdering eller en evt. tvungen observation, skal en række kriterier i henhold til loven være opfyldt, før behandling kan iværksættes:

1. Frivillig psykiatrisk behandling har uden held været forsøgt
2. Patienten er undersøgt af to forskellige læger, hvoraf den ene skal være uafhængig af den ansvarlige institution
3. Patienten har en alvorlig sindslidelse, og tvungen opfølgning er nødvendig for at forhindre
 - a. en betydelig forringelse af helbredstilstanden/bedring i tilstanden eller det forventes at patientens tilstand forværres i nær fremtid
 - b. at patienten udgør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helbred
1. Institutionen er fagligt og materielt i stand til at tilbyde patienten tilfredsstillende behandling og omsorg samt, at den er godkendt til dette i henhold til loven
2. Patienten har haft mulighed for at udtale sig i sagen
3. Selv om lovens vilkår er opfyldt, kan tvungen psykisk helsevern kun iværksættes såfremt det ved en helhedsvurdering fremstår, at ordningen er klart den bedste løsning for patienten, med mindre vedkommende udgør en nærliggende eller alvorlig fare for andres liv eller helbred. Ved vurderingen skal der lægges særlig vægt på, hvor stor belastning det tvangsmæssige indgreb vil medføre for vedkommende.

Der skelnes i en indlæggelsesbegæring ikke mellem om tvungen psykisk helsevern skal foretages med eller uden døgnophold. Det er op til institutionen at

¹⁴ Smith SL (2010) Supervised Community Treatment, Briefing Paper 2, Mental Health Alliance, London.

¹⁵ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

afgøre, hvilken form man vil anvende, og om man vil ændre formen undervejs. Institutionen afgør også, om der skal ske overflytning fra en afdeling til en anden eller fra en institution til en anden. En klage i forbindelse med de sidste to forhold har opsættende virkning. En beslutning om iværksat tvungen psykisk helsevern kan maksimalt vare i op til et år.

En behandlingsforløb kan starte med en indlæggelse og overgå til en ambulante behandlingsform. Ved udskrivningen kan patienten flytte hjem i egen bolig og blive fulgt op af døgninstitutionen, en dagenhed eller af en poliklinik (ambulant behandlingssted). Behandlingen kan også starte i ambulante regi, mens patienten f.eks. bor i egen bolig. Det er en konkret vurdering i de enkelte sager, hvordan behandlingen tilrettelægges.

Forud for en beslutning om iværksættelse af tvungen psykisk helsevern skal den behandlings- ansvarlige (relevant speciallæge eller specialuddannet klinisk psykolog) foretage en helhedsvurdering, hvorunder der særligt lægges vægt på patientens ønsker. Det skal også vurderes, om der kan etableres et samarbejde med det lokale behandlingssystem, som er med til at gøre det forsvarligt, at patienten bor hjemme. Der skal tages hensyn til patientens samlede sygdoms-, bo- og familiesituation.

Hvis tvungen psykisk helsevern beslutes i forbindelse med en indlæggelse, kræves det, at diagnosen er afklaret, samt at der er taget stilling til, hvilken behandling patienten skal have. Er tvungen psykisk helsevern derimod besluttet uden et forudgående døgnophold, er det præciseret, at institutionen skal kende patienten, og at der ikke må være tvivl om patientens diagnose, symptomer eller behandling.

Ordnningen er forsøgt evalueret af forskningsinstitutionen SINTEF¹⁶ i 2007, men på grund af dårlige data kvalitet (mangelfuld indberetning fra behandlingsinstitutionerne), var det ikke muligt at frembringe valide resultater af omfanget af tvungen psykisk helsevern eller omfanget af tvangsbehandlingen med medicin.

Sammenfattende ligner den norske ordning med tvungen psykisk helsevern den danske på flere punkter:

1. ordningen kan udelukkende omfatte pålæg om, at patienten møder op til behandling
2. patienten kan afhentes med tvang
3. bestemte kriterier skal være opfyldt før ordningen kan iværksættes
4. ordningen kan gælde i maksimalt 12 måneder

Modsat den danske ordning er følgende muligt med den norske ordning:

1. der kan iværksættes tvungen psykisk helsevern uden en forudgående indlæggelse, hvis en række betingelser er opfyldt

¹⁶ Link til SINTEF <http://www.sintef.no/>

2. der kan kun iværksættes tvungen opfølgning, hvis to læger (den ene uafhængig af institutionen) har set patienten
3. der kan ikke indgives klage over selve iværksættelsen af tvungen psykisk helsevern.

11.2. Den engelske ordning

I England har ordningen CTO (Community Treatment Order) fungeret siden 2007, som en del af SCT (Supervised Community Treatment). Ved SCT kan alvorligt psykisk syge patienter, der ikke er indlagt, modtager den behandling, der er nødvendig for deres helbred. Det er forudsat, at det er bedre at være under behandling uden for sygehusvæsenet, end under indlæggelse. Ordningen skal endvidere forebygge tilbagefald.

Ordningen henvender sig til de psykisk syge patienter, der ofte indlægges på grund af deres sygdom og som efter udskrivning fra sygehus ikke følger den ordnede behandling og derefter bliver indlagt på ny. Behandlingen gives i kommunalt regi, og patienten kan bo i eget hjem.

Der er to overordnede betingelser der altid skal opfyldes, for at patienten kan behandles efter reglerne med SCT:

1. Patienterne skal lade sig lægeundersøge, i forbindelse med forlængelse af ordningen
2. Patienterne skal indvilge i en lægelig second opinion

For at være omfattet af ordningen kræves det også, at patienten skal have medicinsk behandling for sin psykiske sygdom. Patienternes fortsatte behandling skal være nødvendig enten af hensyn til patienten selv eller for at beskytte andre.

Det er den behandlingsansvarlige læge, der træffer beslutning om at patienten skal underlægges CTO/SCT. Lægen skal have tilslutning fra en Approved Mental Health Professional (AMPH), som er en socialrådgiver. AMPH skal være enig i lægens beslutning, om at patienten skal have behandling efter ordningen, for at ordningen kan iværksættes. Lægen kan ændre på patienten behandling uden at inddrage AMPH, men det opfattes ikke som god behandlingspraksis.

Patienten kan behandles i henhold til SCT i 6 måneder. Hvis der er behov for det, kan dette forlænges i endnu 6 måneder, derefter forlængelse for 1 år ad gangen.

Patienten kan klage over at være underlagt CTO/SCT til Mental Health Tribunal. Patienten kan klage en gang for hver periode, CTO/SCT er udstedt.

Som anført indledningsvist har KORA beskrevet patientperspektivet fra en et mindre studie (Smith 2010). Undersøgelsen omhandler SCT og er en spørgeskemaundersøgelse. Den omfattede 62 personer, der havde erfaringer med ord-

ningen (patienter, pårørende og personale). I alt 31 afgav svar. De negative udsagn kan godt tænkes at have visse lighedspunkter med de danske patienterfaringer. Negative udsagn var bl.a. at ordningen blev betragtet som en indtrængen i eget hjem, som stigmatiserende, og der blev efterspurgt mere psykosocial støtte efter udskrivningen. Der blev refereret to positive patientudsagn. Ordningen er en hjælp for patienterne til at komme hurtigt ud af hospitalet, og den kan hjælpe patienterne til at fortsætte behandlingen.

Sammenfattende ligner den engelske ordning med tvungen opfølgning den danske på to punkter:

1. den gælder for hyppigt indlagte psykiatriske patienter, der ikke følger en given behandling
2. bestemte kriterier skal være opfyldt før ordningen kan iværksættes
3. patienterne kan klage over iværksættelsen af tvungen opfølgning

Modsat den danske ordning er følgende muligt med den engelske ordning:

1. der kan først iværksættes tvungen opfølgning, hvis lægens indstilling er godkendt af en AMPH
2. der kan efter et år med tvungen opfølgning foretages forlængelser af ordningen med et år ad gangen.

11.3. Den skotske ordning

I Skotland har ordningen CTO (Compulsory Treatment Order) fungeret siden 2005¹⁷. Ordningen omfatter psykiatriske patienter, der har været indlagt flere gange.

Formålet med ordningen er at sikre, at alvorligt psykisk syge patienter, der ikke er indlagt, modtager den behandling, der er nødvendig. Det er forudsat, at det er bedre at være under behandling uden for sygehusvæsenet, end indenfor. Ordningen skal endvidere forebygge tilbagefald.

For at der kan iværksættes CTO, skal der sendes en ansøgning/indstilling fra en MHO (Mental Health Officer), der er en særligt uddannet socialrådgiver. Ansøgningen sendes til Mental Health Tribunal, der består af en jurist, en psykiater og en person med særlig erfaring, for eksempel en sygeplejerske, en socialrådgiver, eller en person med personlig erfaring med psykisk sygdom, der træffer afgørelse om at patienten skal underlægges CTO.

Mental Health Tribunal træffer på baggrund af en række kriterier afgørelse i sagen. Betingelserne for at blive omfattet af ordningen er, at patienten er psykisk syg, at medicinsk behandling forhindrer tilstanden i at blive værre, eller kan medvirke til symptombehandling. Behandlingen skal være nødvendig enten af

¹⁷ The New Mental Health Act. A guide to compulsory treatment orders. Information for Service Users and their Carers 2008.

hensyn til patienten selv eller til andre. Behandlingen sker under tvang. Patienten høres undervejs i processen.

Hvis alle kriterier er opfyldt, kan der iværksættes en CTO. Mental Health Tribunal kan også iværksætte en midlertidig CTO gældende i op til maksimalt 56 dage, hvis sagen f.eks. skal belyses yderligere. Under en CTO og en midlertidig CTO skal patienten overholde en række krav afhængig af om CTO'en foregår med eller uden indlæggelse. F.eks. kan det kræves, at patienten skal være indlagt. Hvis patienten ikke er indlagt, er der f.eks. krav om, at patienten skal bo på en bestemt adresse og at adresseændring skal godkendes af MHO, at medicinen skal gives et bestemt sted og at specielle kommunale tilbud skal følges mv. Kravene til behandlingen kan ændres undervejs. Patienten kan f.eks. begynde med en hospitalsbaseret behandling og derefter overgå til en kommunalt baseret ordning. Definitionen af den medicinske behandling under CTO er bredt formuleret. Ud over medicinsk behandling, kan det eksempelvis omfatte ECT (elektrostimulation), rehabilitering og terapeutisk behandling.

Hvis patienten ikke overholder behandlingen kan patienten evt. blive indlagt til observation eller behandling på hospital.

Patienten kan være under ordningen i 6 måneder. Hvis der er behov for det, kan dette forlænges i endnu 6 måneder, derefter forlængelse for 1 år ad gangen.

Patienten eller dennes repræsentant kan når som helst anmode nævnet om, at CTO skal ophøre. Der er regler for, hvornår en person kan anmode Mental Health Tribunal om at ændre kravene i behandlingen, og regler for, hvem der kan afslutte en CTO.

Som for den norske og den engelske ordning, har det ikke været muligt at få afdækket, hvilken udbredelse eller effekt der har været af den skotske ordning med tvungen opfølgning.

Sammenfattende minder den skotske ordning mest om den engelske, men den skotske ligner den danske i forhold til at:

1. den gælder for hyppigt indlagte psykiatriske patienter
2. bestemte kriterier skal være opfyldt før ordningen kan iværksættes
3. patienten kan behandles med tvang

Modsat den danske ordning er følgende muligt med den skotske ordning:

1. der kan først iværksættes tvungen opfølgning, hvis indstillingen om tvungen opfølgning er godkendt af anden instans
2. der kan efter et år med tvungen opfølgning foretages forlængelser af ordningen med et år ad gangen
3. der kan stilles krav om ophold på bestemt adresse og iværksættes flere typer behandling end medicinsk behandling, herunder også ECT.

Afslutningsvist skal det for de tre lande anføres, at der ikke umiddelbart foreligger evalueringer, der på nationalt plan har vurderet omfanget af udbredelsen med tvungen opfølgning, effekten af behandlingen eller patientperspektivet. Det kan konstateres at både Norge og Danmark har problemer med datakvalitet, når det gælder registreringen af tvungen opfølgning.

12. Sammenfatning og anbefalinger

Formålet med evalueringen er, i henhold til lovens bemærkninger at vurdere, hvilken effekt reglerne om tvungen opfølgning har haft. Evalueringen bygger på materiale fra de 30 patientforløb, som på evalueringstidspunktet havde været underlagt tvungen opfølgning, herunder data indberettet i SEI, journalgennemgang og interview med personale og få patienter.

Evalueringen har belyst væsentlige temaer og dilemmaer ved ordningen, og Sundhedsstyrelsen vurderer, at der ikke kan konkluderes entydigt i forhold til ordningens virkning. Sundhedsstyrelsen er derfor af den opfattelse, at såfremt der er politisk ønske om at fortsætte ordningen, bør dette ske som en forlængelse af forsøgsperioden.

Nedenfor sammenfattes resultaterne af evalueringen, og Sundhedsstyrelsens forslag og anbefalinger i forbindelse med en eventuel forlængelse af forsøgsordningen anføres.

Evalueringen har vist, at patienterne i forbindelse med tvungen opfølgning er tvangsindlagt i færre dage, og sammenlagt udsættes for færre øvrige tvangsforanstaltninger. Det fremgår tillige af journalgennemgangen, at der ved udarbejdelsen af udskrivningsaftalen/koordinationsplanen foregår en tværsektoriel vurdering og koordinering af behandling og sociale foranstaltninger. Dette underbygges af oplysninger fra interviewene med personalet på bostederne samt fra afdelingernes svar på spørgeskemaundersøgelse. Det fremgår også, at der er væsentlig forskel på kvaliteten af disse aftaler/planer.

Evalueringen har samtidig vist, at ordningen vurderes meget forskelligt afhængig af, om man er patient eller behandler. Gennemgående er patienternes oplevelse af ordningen negativ, da patienterne ikke opfatter sig som syge, og derfor oplever de det som forkert og som et overgreb, at skulle tage den ordnede medicin. Omvendt mener det behandelende personale generelt, at ordningen har en positiv effekt, men der peges samtidig på nogle ulemper ved ordningen, der også beskrives nedenfor.

Patientperspektivet er sparsomt belyst, trods en omfattende indsats for at få dem i tale, da de fleste patienter enten var for syge/dårlige til at deltage ved et interview eller ikke ønskede at deltage.

12.1. Retssikkerhed

I dette afsnit er de væsentlige retssikkerhedsmæssige og juridiske problemstillinger, som Sundhedsstyrelsen har erfaret under evalueringen, anført.

De psykiatriske afdelingers kendskab til behandlingen af patienter med tvungen opfølgning har i en række sammenhænge være mangelfuld, hvilket bl.a. har medført, at der i perioden blev anvendt tvungen opfølgning overfor fem patienter, hvor ikke alle lovens kriterier var opfyldt. Sundhedsstyrelsen har kontaktet de pågældende afdelinger, og bedt dem ophøre med foranstaltningen, såfremt den ikke allerede var ophørt, samt anmodet afdelingerne om at informere patienten om klagemulighederne.

I interviewundersøgelsen er det oplyst, at man på et par bosteder har behandlet patienterne med tvangsmedicinering på selve bostedet som led i tvungne opfølgning, da personalet opfattede det som mindre indgribende. Det er ikke lovligt, at tvangsmedicinere patienterne i eget hjem. Ved journalgennemgangen har Sundhedsstyrelsen ikke genfundet den nævnte form for tvangsmedicinering, og det har derfor ikke været muligt at belyse problematikken nærmere i tilsynsmæssig sammenhæng.

Fra interviewundersøgelsen med personalet er det anført, at en patient, der som led i en tvangsindlæggelse, accepterer en frivillig indlæggelse, ikke som vanligt nødvendigvis vil få sin indlæggelse registreret som frivillig. Er patienten en potentiel kandidat til tvungen opfølgning, kan der være et incitament til at indlæggelsen bliver registreret som en tvangsindlæggelse, således at den kan tælle med i forhold til de påkrævede tre tvangsindlæggelser. Såfremt en patient accepterer frivillig indlæggelse kan en frihedsberøvelse ikke iværksættes. Sundhedsstyrelsen har ikke genfundet det fra interviewene beskrevne i forbindelse med journalgennemgangen. Kun hvis en patient i henhold til psykiatriloven opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse, kan der ske en tvangsindlæggelse.

Evalueringen har vist, at seks patienter blev afhentet af politiet hver gang, de skulle have deres depotmedicin. Hvis en patient gentagne gange skal afhentes af politiet skal lægen overveje om ordningen er egnet for patienten, eller om patienten skal have anden behandling, for eksempel indlæggelse.

Evalueringen har også vist, at der har været usikkerhed om, hvordan varigheden af tvungen opfølgning skulle beregnes, hvis forløbet af en iværksat tvungen opfølgning blev afbrudt af en eller flere indlæggelser (med samtykke eller under tvang) undervejs. Der har været usikkerhed om, hvorvidt en indlæggelse satte et forløb med iværksat tvungen opfølgning i bero eller om tvungen opfølgning helt skulle ophøre. Når en tvungen opfølgning ophørte efter en indlæggelse, har der tillige været usikkerhed om, hvordan kriterierne skulle opfyldes på ny. Usikkerheden har især drejet sig om, hvorvidt det krævede tre nye tvangsindlæggelser (samt opfyldelse af de øvrige kriterier), som hvis ordningen var ophørt efter udløbet ved 12 måneder.

Sundhedsstyrelsen anbefaler på baggrund af den usikkerhed der har været i tolkningen af regelgrundlaget i forbindelse med indlæggelse under tvungen opfølgning, at Sundhedsstyrelsens vejledning¹⁸ præciseres for så vidt angår de beskrevne områder.

12.2. Kriterierne for at iværksætte tvungen opfølgning

Psykiatriloven foreskriver, at fem kriterier skal være opfyldt, for at der kan iværksættes tvungen opfølgning. De fem kriterier er:

1. Der skal være en begrundet formodning og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred
2. Patienten skal have været tvangsindlagt mindst 3 gange i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse
3. Patienten skal i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde have undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinations-plan
4. Patienten skal i forbindelse med den aktuelle indlæggelse være tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt
5. Patienten skal inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse have fået ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerende medicinske behandling.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at de gældende fem kriterier, der skal ligge til grund for at iværksætte tvungen opfølgning alle er relevante, og bør fastholdes ved en eventuel forlængelse af ordningen. Kriterierne er med til at sikre, at de patienter, der underlægges tvungen opfølgning, vil være de patienter, hvor behandlingen er nødvendig for deres helbred. For at sikre, at der ikke sker for tidlig udskrivning fra afdelingerne, som jf. evalueringen muligvis har været tilfældet i enkelte tilfælde, foreslår Sundhedsstyrelsen, at der tilføjes et kriterie til de gældende fem om, at patienter der skal udskrives til tvungen opfølgning er stabiliseret behandlingsmæssigt inden de udskrives.

12.3. Depotmedicinering i forbindelse med tvungen opfølgning efter udskrivning

Fra interviewundersøgelsen og journalgennemgangen er der eksempler på, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har givet patienterne medhold i, at der ikke kan ske tvangsbehandling med depotmedicin under indlæggelse, forud for en påtænkt iværksættelse af tvungen opfølgning. Det fremgår imidlertid af lovforslagets bemærkninger, at det for patienter, der forventes at overgå til tvungen opfølgning efter udskrivning, kan være indiceret at anvende et depotpræparat i den sidste del af indlæggelsen.

¹⁸ Vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.

Mindste middels princip i psykiatriloven indebærer, at tvangsmedicinering med depotmedicin så vidt muligt skal undgås under indlæggelse. I bemærkningerne til lovforslaget om tvungen opfølgning er det anført, at det som udgangspunkt må anses for mindre indgribende overfor patienten at skulle møde til behandling med depotmedicin (for eksempel hver 14. dag), end at skulle møde til daglig medicinering på en psykiatrisk afdeling.

Det er forudsat, at den depotmedicin, der anvendes under tvungen opfølgning, skal have en kendt gavnlige effekt på patienten, og at man kender patientens reaktion. Dette forudsætter, at patienten tidligere har været behandlet med den pågældende medicin enten under en indlæggelse eller i et tidligere ambulante forløb.

Interviewundersøgelsen viste, at nogle af overlægerne havde oplevet forskelle i Det Psykiatriske Patientklagenævn praksis vedrørende tilladelse til at anvende depotmedicin under indlæggelse forud for iværksættelse af tvungen opfølgning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at dette dilemma belyses nærmere.

12.4. Iværksatte behandlings- og støttetilbud under tvungen opfølgning

I forbindelse med lovforslaget om tvungen opfølgning, har der været et ønske om at få vurderet, hvilke supplerende behandlings- og støttetilbud, der har været anvendt i forhold til patienter under tvungen opfølgning. Disse forhold er vurderet på baggrund af journalernes udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner, som alle patienter har fået udarbejdet. Journalgennemgangen har vist, at det er individuelt, hvilke tilbud der iværksættes.

Gennemgangen af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner har vist, at der er forskel på kvaliteten af udskrivningsaftalerne / koordinationsplanerne. Nogle er meget udførlige og detaljerede, mens andre er summariske

Sundhedsstyrelsen forslår, at der bliver sat fokus på kvaliteten af udskrivningsaftaler / koordinationsplaner, hvis det vælges at forlænge ordningen.

12.5. Registrering af tvang

Afdelingerne er i henhold til gældende regler forpligtede til at udfylde tvangsprotokollerne i SEI (Statens Serum Instituts Elektroniske Indberetningssystem), når de anvender tvang, herunder tvungen opfølgning. Sundhedsstyrelsen har løbende kontrolleret de data afdelingerne har indtastet i SEI og ud fra dette vurderet, om kriterierne for iværksættelse af tvungen opfølgning opfyldte lovens kriterier. I dette forløb har det vist sig, at det har været svært for afdelingerne at indberette data i SEI korrekt. Mangelfuld indberetning gør det svært at anvende data f.eks. til beregning af, hvor længe den enkelte patient har været underlagt tvungen opfølgning.

Det skal anføres, at Statens Serum Institut (SSI) er i gang med at udarbejde en revideret brugermanual i korrekt udfyldelse af tvangsprotokoller (indrapporte-

ring i SEI). Dette vil kunne bidrage til at øge kvaliteten i registreringerne. Tillige er SSI og Sundhedsstyrelsen i gang med at iværksætte undervisningsforløb i korrekt registrering.

Evalueringen har belyst væsentlige temaer og dilemmaer i forbindelse med ordningen om tvungen opfølgning, og har bidraget til en bedre forståelse af, hvilke fordele og hvilke udfordringer ordningen indebærer. Overordnet set er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der på baggrund af det foreliggende datagrundlag og de indhentede erfaringer med ordningen, ikke kan konkluderes entydigt i forhold til ordningens virkning, idet der er tale om en ordning, som har vidtgående patientrettighedsmæssige implikationer. Sundhedsstyrelsen er derfor af den opfattelse, at såfremt der er politisk ønske om at fortsætte ordningen, bør dette ske som en forlængelse af forsøgsperioden, så det bliver muligt at udbygge datagrundlaget for en endelig vurdering af ordningen, herunder ikke mindst belysningen af patienternes oplevelse af ordningen.