

# **Retslægerådets årsberetning for 1990**

**København  
1992**

ISBN 87-89648-01-3  
Villadsen & Christensen

# Indholdsfortegnelse

Forord 5

I. Retslægerådets organisation 7

II. Sager behandlet i Retslægerådet 1990 18

III. Urinlederlæsion ved operativ fjernelse af livmoderen 20

IV. Vanskelig svulstdiagnose 30

V. Benådningssager 33

VI. Mikroskopisk vævsprøveundersøgelse 37

VII. Bestående graviditet efter abortindgreb 46

VIII. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien 50

IX. Kriminelle personer og psykiatriloven 55

X. Farlighedsdekreter 57

XI. Myndighedslovens §65 71

XII. Åndsvaghed i lettere grad 75



## Forord

Som følge af den stadige udvikling af lægevidenskaben ændrer Retslægerådets vurdering af visse velkendte, men sjældent forekommende behandlingskomplikationer sig, og Rådet har fundet det rimeligt, som det tidligere er sket, at fremhæve disse ændringer. I denne årsberetning påpeges en sådan ændring vedrørende urinlederlæsioner i forbindelse med visse underlivsoperationer.

Den 01.10.89 trådte lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien i kraft, hvilket blandt andet medførte indførelsen af et nyt klagesystem, hvori Retslægerådets rolle blev ændret. Det har derfor været naturligt, selvom det måske er lidt tidligt, at forsøge at belyse, i hvilket omfang lovens ikrafttræden har påvirket Retslægerådets arbejde på dette område.

Årsberetningen indeholder som sædvanlig en oversigt over Retslægerådets organisation, sagsmængde og -art, ledsaget af en række udvalgte sager, som på forskellig måde belyser forhold, som må anses at have interesse for en større kreds af læsere.



# I.Retslægerådets organisation

## Lovbestemmelser m.v

### Lov om Retslægerådet, af 25.03.61.

§1. Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Justitsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke myndigheder der over for rådet kan fremsætte begæring om afgivelse af skøn, og i hvilke sager dette kan ske.

§2. Rådet består af indtil 12 læger. Det arbejder i 2 afdelinger, af hvilke den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål.

Stk. 2. Medlemmerne beskikkes af kongen. Justitsministeren udpeger blandt dem en formand og 2 næstformænd, en for hver afdeling.

Stk. 3. Justitsministeren beskikker et antal sagkyndige, af hvilke rådet kan tilkalde en eller flere til deltagelse i en sags behandling.

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

Stk. 5. Beskikkelse af medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige sker for 6 år. Når omstændighederne taler derfor, kan beskikkelse dog ske for et kortere åremål.

§3. Justitsministeren beskikker et antal praktiserende læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, hospitalslaboranter, fysioterapeuter, apotekere og apotekermedhjælpere til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse §5 og lov om apotekervæsenet §19 nævnte sager.

Stk. 2. Bestemmelsen i §2, stk. 5, finder tilsvarende anvendelse.

§4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

§5. Lov nr. 131 af 16. april 1935 om Retslægerådet ophæves.

## Forretningsorden for Retslægerådet, af 20.04.61.

I medfør af §4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsætter Justitsministeriet følgende regler om rådets virksomhed.

§1. En sag behandles i almindelighed af 3 medlemmer eller sagkyndige. Formanden bestemmer, i hvilken afdeling en sag skal behandles, og hvilke medlemmer og sagkyndige der skal deltage i behandlingen.

Stk. 2. Et medlem eller en sagkyndig, der har afgivet erklæring i en sag før dens forelæggelse for rådet, kan ikke deltage i rådets behandling af sagen, medmindre formanden under hensyn til sagens beskaffenhed finder det påkrævet.

§2. Til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse §5 og lov om apotekervæsenet §19 nævnte sager tilkalder rådet en praktiserende læge, tandlæge, jordemoder, sygeplejerske, hospitalslaborant, fysioterapeut, apoteker eller apotekermedhjælper. Tilkaldelsen sker blandt de personer, justitsministeren beskikker i medfør af §3 i lov om Retslægerådet.

§3. Sagerne behandles skriftligt. Mundtlig behandling finder dog sted, hvis formanden, vedkommende næstformand eller et medlem eller en sagkyndig, der har deltaget i den skriftlige behandling af sagen, finder det ønskeligt.

§4. Såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse, skal rådet forhandle med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører. Sådant forhandling skal altid finde sted i tilfælde, hvor der er væsentlig uoverensstemmelse mellem en i embeds medfør afgivet lægeerklæring og rådets bedømmelse af sagen.

§5. Såfremt det materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give et tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, og et sådant grundlag ikke kan tilvejebringes på anden mere hensigtsmæssig måde, lader rådet den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

§6. Rådets erklæringer skal være ledsaget af grunde. Frembyder sagens bedømmelse tvivl, skal der redegøres herfor.

Stk. 2. Er de, der deltager i en sags behandling, ikke enige i bedømmelsen, skal de forskellige opfattelser fremgå af rådets erklæring.



Stk. 3. Har der fundet forhandling sted efter reglen i §4, skal udfaldet af forhandlingen angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparten af skrivelserne vedlægges.

Stk. 4. I erklæringen angives, hvem der har deltaget i sagens behandling.

§7. Efter hvert kalenderårs udløb afgiver rådet beretning til justitsministeren om sin virksomhed i det foregående år. Beretningen offentliggøres.

## Retslægerådets medlemmer og andre sagkyndige i 1990

### Medlemmer

Overlæge, dr. med. Hans Adserballe  
Psykiatrisk Hospital i Århus, afsnit B  
(retspsykiatri).

Professor, overlæge, dr. med.  
Helge Baden  
Københavns Amts Sygehus i Herlev,  
kirurgisk afdeling (kirurgi).

Overlæge Erik Brandrup  
Sankt Hans Hospital, afdeling R (retspsy-  
kiatri).

Overlæge Carl Johan Hansen  
Psykiatrisk Hospital i Århus, Afdeling R,  
næstformand (retspsykiatri).

Overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriets psykiatriske Undersø-  
gelsesklinik (retspsykiatri).

Professor, overlæge, dr. med. Ib Lorenzen  
Hvidovre Hospital, medicinsk blok, afsnit  
for reumatologi, næstformand (intern  
medicin).

Professor, overlæge, dr. med. Mogens  
Osler  
Rigshospitalet, føde- og gynækologisk  
afdeling Y (gynækologi og obstetrik).

Professor, dr. med. Jørn Simonsen  
Københavns Universitets Retspatologiske  
Institut, formand (retsmedicin).

Professor, overlæge, dr. med. Kai Tol-  
strup  
Rigshospitalet, børnepsykiatrisk afdeling  
ob (retspsykiatri).

Professor, overlæge Joseph Welner  
Københavns Kommunehospital, psyki-  
atrisk afdeling (retspsykiatri).

**Sagkyndige i medfør af lov om Retslægerådet §2 og §3**

1. Overlæge, dr. med. Steen Ahrons  
Odense Sygehus, gynækologisk-obstetrisk afdeling d (gynækologi og obstetrik).
2. Professor, overlæge, dr. med. Daniel Andersen  
Odense Sygehus, kirurgisk afdeling k (kirurgi).
3. Overlæge, dr. med. Else Andersen  
Frederiksborg Amts Sygehus, Hillerød, børneafdelingen (pædiatri).
4. Professor, overlæge dr. med. Johan A. Andersen  
Odense Sygehus, Patologisk Institut (patologisk anatomi).
5. Overlæge, dr. med. Kjeld Skou Andersen  
Københavns Amts Sygehus i Herlev, ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
6. Lektor, dr. med. Stig Asnæs  
Københavns Universitet, Retspatologisk Institut (retsmedicin).
7. Professor, dr. med. Jens Astrup  
Århus Kommunehospital, neurokirurgisk afdeling gs (neurokirurgi).
8. Professor, overlæge, dr. med. Gunnar Bendixen  
Rigshospitalet, medicinsk afdeling tta (intern medicin).
9. Professor, overlæge, dr. med. Finn Black  
Marselisborg Hospital, medicinsk-epidemiisk afdeling (intern medicin).
10. Professor, overlæge, dr. med. Mogens Blichert-Toft  
Rigshospitalet, kirurgisk afdeling d (kirurgi).
11. Overlæge, dr. med. Henning Bliddal  
Kommunehospital i København, reumatologisk afdeling (intern medicin).
12. Professor Lars Axel Bolund  
Århus Universitet, Institut For Human Genetik (genetik).
13. Professor, overlæge, dr. med. Poul Bretlau  
Rigshospitalet, øre-næse-halsafdeling f (otologi).
14. Chefpsykolog Peter Bruhn  
Rigshospitalet (klinisk psykologi).
15. Afdelingsleder, dr. med. Christian Broen Christensen  
Københavns Universitet, Farmakologisk Institut (farmakologi).
16. Overlæge, dr. med. Niels Juel Christensen  
Københavns Amts Sygehus i Herlev, medicinsk endokrinologisk afdeling (intern medicin).
17. Overlæge, Jens Krogh Christoffersen  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, kirurgisk afdeling h (kirurgi).
18. Overlæge, dr. med. Ronald Dahl  
Århus Kommunehospital, lungemedicinsk afdeling b og lungeklinik (allergologi).

19. Overlæge, dr. med. Torsten Deckert  
Niels Steensens Hospital i Gentofte,  
medicinsk endokrinologisk afdeling (in-  
tern medicin).
20. Overlæge Ole Ejner Drachmann  
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,  
klinisk immunologisk afdeling og blod-  
bank (alkohol- og medicinpåvirkning).
21. Overlæge Uffe Dyreborg  
Odense Sygehus, røntgendiagnostikafde-  
ling (radiologi).
22. Overlæge Svend Faurschou  
Odense Sygehus, øjenafdelingen (oftako-  
logi).
23. Overlæge, dr. med. Cai Frimodt-Møller  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,  
kirurgisk afdeling h (urologi).
24. Professor, overlæge, dr. med.  
Flemming Gjerris  
Rigshospitalet, neurokirurgisk afdeling  
(neurokirurgi).
25. Overlæge, dr. med. Ernst Goldschmidt  
Centralsygehuset i Hillerød, øjenafdelin-  
gen (oftalmologi).
26. Professor, overlæge dr. med.  
Eilif Gregersen  
Rigshospitalet, øjenafdeling e (oftalmo-  
logi).
27. Professor, dr. med. Markil Gregersen  
Århus Universitet, Retsmedicinsk Insti-  
tut (retsmedicin).
28. Overlæge, dr. med. Finn Gyntelberg  
Rigshospitalet, arbejdsmedicinsk klinik  
(arbejdsmedicin).
29. Professor, dr. med. Tage Hald  
Københavns Amts Sygehus i Herlev,  
urologisk afdeling (urologi).
30. Overlæge, dr. med. Erik Halkier  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,  
thoraxkirurgisk afdeling (kirurgi).
31. Overlæge, dr. med. Karl Brogaard  
Hansen, Århus Kommunehospital, gynæ-  
kologisk-obstetrisk afdeling Y (gynæko-  
logi-obstetrik).
32. Overlæge, dr. med. Finn Hardt  
Centralsygehuset i Hillerød, medicinsk  
afdeling b (intern medicin).
33. Professor, overlæge, dr. med.  
Stig Haunsø  
Rigshospitalet, medicinsk afdeling b  
(intern medicin).
34. Overlæge, dr. med.  
Ralf Peter Hemmingsen  
Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling  
(psykiatri).
35. Fhv. afdelingsleder, dr. med.  
Klavs Henningsen  
2942 Skodsborg (paternitetssager).
36. Professor, overlæge, dr. med.  
Per Henningsen  
Skejby Sygehus, hjertemedicinsk afde-  
ling b (intern medicin).
37. Professor, overlæge, dr. med.  
Lars Heslet  
Rigshospitalet, anæstesiaafdelingen (anæ-  
stesiologi).
38. Overlæge Erik Hjelm  
Rigshospitalet, kirurgisk afdeling rt.  
(kirurgi).

39. Professor, dr. odont.  
Erik Hjørting-Hansen  
Københavns Tandlægehøjskole, Institut  
for Kirurgi og Anæstesiologi (odonto-  
logi).
40. Professor, dr. med. Eigil Hvidberg  
Rigshospitalet, intern medicinsk afdeling  
(farmakologi).
41. Professor, overlæge, dr. med.  
Niels Høiby  
Rigshospitalet, klinisk mikrobiologisk  
afdeling (mikrobiologi).
42. Lektor Jan Jakobsen  
Københavns Tandlægehøjskole, Institut  
for propædeutisk odontologi, radiologi  
og fællesklinisk undervisning (odonto-  
logi).
43. Overlæge, dr. med. Stig Jarnum  
Rigshospitalet, medicinsk afdeling a  
(intern medicin).
44. Overlæge Egill Jensen  
Alko-ambulatoriet, København V. (alko-  
holspørgsmål).
45. Overlæge Erik Gert Jensen  
Sønderborg Sygehus, ortopædkirurgisk  
afdeling (ortopædi).
46. Overlæge, dr. med. Erik Martin Jensen  
Bispebjerg Hospital, Reumatologisk- og  
rehabilitets afdeling h (reumatologi).
47. Overlæge, dr. med. Hans-Erik Jensen  
Bispebjerg Hospital, kirurgisk afdeling f  
(kirurgi).
48. Overlæge, dr. med. Jørgen Steen Jensen  
Rigshospitalet, ortopædkirurgisk afdeling  
u (kirurgi).
49. Overlæge, dr. med. Karsten Jensen  
Bispebjerg Hospital, medicinsk afdeling  
c (toksikologi).
50. Overlæge Helge Johansen  
Rigshospitalet, radioterapiafdelingen  
(onkologi).
51. Professor, overlæge, dr. med. Bent Juhl  
Århus Kommunehospital, anæstesiolo-  
gisk afdeling og intern afdeling n (anæ-  
stesiologi).
52. Professor, dr. med. Per Juul  
Farmaceutisk Højskole i København  
(farmakologi).
53. Overlæge, dr. med. Jens Kamper  
Odense Sygehus, børneafdeling h (pæ-  
diatri).
54. Lektor Søren Keiser-Nielsen  
Københavns Tandlægehøjskole, Institut  
for Almen og Oral Anatomi m.v. (odon-  
tologi).
55. Læge Ib Ladefoged  
8900 Randers (almen medicin).
56. Lektor, dr. med. Jens Anker Larsen  
Århus Universitet, Fysiologisk Institut  
(alkohol- og medicinpåvirkning).
57. Professor, overlæge, dr. med.  
Jørgen Falck Larsen  
Københavns Amts Sygehus i Herlev,  
gynækologisk obstetrisk afdeling (gynæ-  
kologi-obstetrik).
58. Overlæge Anne Frank Lindhardt  
Roskilde Amts Sygehus Fjorden, psykia-  
trisk afdeling b 1 (psykiatri).

59. Overlæge, lic. med. Svend Lings  
Odense Sygehus, samf./arbejdsmedicinsk  
afdeling (arbejdsmedicin).
60. Professor, overlæge, dr. med.  
Flemming Lund  
Rigshospitalet, karkirurgisk afdeling  
(kirurgi).
61. Overlæge Mogens Lunding  
Rigshospitalet, anæstesiologisk afdeling  
(anæstesiologi).
62. Speciallægekonsulent Inge Lynge  
3070 Snekkersten (psykiatri).
63. Professor, dr. med. Carl Erik Mabeck  
Århus Universitet, Institut for Almen  
Medicin (almen medicin).
64. Overlæge, dr. med. Jørgen Rask Madsen  
Bispebjerg Hospital, medicinsk afdeling  
b (intern medicin).
65. Fg. overlæge Hans Jørgen Malling  
Rigshospitalet, medicinsk afdeling tta  
(intern medicin).
66. Professor, overlæge dr. med.  
Johannes Melchior, Rigshospitalet, pæ-  
diatrisk afdeling (pædiatri).
67. Professor, overlæge, dr. med.  
Carl Erik Mogensen  
Århus Kommunehospital, medicinsk af-  
deling m (intern medicin).
68. Overlæge, dr. med.  
Jørgen Viby Mogensen  
Københavns Amts Sygehus i Herlev,  
anæstesiologisk afdeling (anæstesiologi).
69. Afdelingsleder, dr. med. Niels Morling  
Københavns Universitet, Retsmedicinsk  
Institut, Retsgenetisk Institut (serologi).
70. Professor, overlæge, dr. med.  
Ove B. Schaffalitzky De Muckadell  
Odense Sygehus, Gastro-enterologisk af-  
deling s (intern medicin).
71. Overlæge, dr. med. Ole Munck  
Gentofte, (alkohol- og medicinpåvirk-  
ning).
72. Overlæge Jens E. Mølholm  
Københavns Amts Sygehus i Herlev,  
medicinsk afdeling c (intern medicin).
73. Overlæge Jens Henrik Nehen  
Ålborg Sygehus Syd, øjenafdeling (of-  
talmologi).
74. Overlæge, dr. med. Benni Nerstrøm  
Århus Kommunehospital, pædiatrisk af-  
deling a (urologi).
75. Overlæge, dr. med. Jens Ole Nielsen  
Hvidovre Hospital, infektions medicinsk  
afdeling (intern medicin).
76. Afdelingssygeplejerske  
Edith Odgaard  
Odense Sygehus, anæstesiafdeling (syge-  
plejerskeforhold).
77. Professor, overlæge dr. med.  
Jes Olesen  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,  
neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).
78. 1. reservelæge Tony Olesen  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,  
børneafdeling 1 (pædiatri).
79. Overlæge, dr. med. Poul Zander Olsen  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,  
klinisk-neurofysiologisk afdeling nf  
(neurofysiologi).

80. Professor, overlæge dr. med.  
Olaf B. Paulson  
Rigshospitalet, neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).
81. Overlæge Jim Thuesen Pedersen  
Ålborg Sygehus Syd, lungemedicinsk afdeling e og lungeklinik (lungemedicin).
82. 1. reservelæge, dr. med.  
Lisbet Milling Pedersen  
Hvidovre Hospital, immunologisk-reumatologisk afsnit (alkohol- og medicin-påvirkning).
83. Overlæge Finn Vejlø Rasmussen  
Frederiksborg Amts Centralsygehus i Hillerød, medicinsk afdeling b (lungemedicin).
84. Overlæge Kjeld Reinert  
Herning Centralsygehus, psykiatrisk afdeling (psykiatri).
85. Overlæge Carsten Rose  
Odense Sygehus, afdeling r (onkologi).
86. Overlæge, dr. med. Jarl Rosenørn  
Københavns Amts Sygehus i Glostrup, neuromedicinsk afdeling H (neurokirurgi).
87. Professor, overlæge, dr. med.  
Hans Røvsing  
Hvidovre Hospital, diagnostisk radiologisk afdeling (radiologi).
88. Professor, dr. med. Torben Schiødt  
Rigshospitalet, afdeling for patologi (patologisk anatomi).
89. Overlæge Kaare Schmidt  
Københavns Amts Sygehus i Glostrup, neurokirurgisk afdeling h (neurokirurgi).
90. Professor, dr. med. Jens Schou  
Københavns Universitet, Farmakologisk Institut (farmakologi).
91. Overlæge, dr. med. Anne Katrine Sjøli  
Århus Kommunehospital, øjenafdeling j (oftalmologi).
92. Professor, overlæge, dr. med.  
Niels Erik Skakkebæk  
Hvidovre Hospital, børneafdelingen (pædiatri).
93. Professor, dr. med. Peter Skinhøj  
Rigshospitalet, infektions medicinsk afdeling (intern medicin).
94. Læge Knud Smidt-Nielsen  
Hvidovre (almen medicin)
95. Professor, dr. med. Otto Sneppen  
Ortopædisk Hospital i Århus, ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
96. Professor, overlæge dr. med.  
Flemming Stadil  
Rigshospitalet, kirurgisk afdeling (kirurgi).
97. Overlæge, dr. med.  
Kristian Stengård-Pedersen  
Kong Christian Xs Gighospital, reumatologisk afdeling (intern medicin).
98. Professor, dr. med. Jørgen Søndergård  
Bispebjerg Hospital, dermatologisk afdeling (dermato-venerologi).
99. Overlæge, dr. med. Henning Sørensen  
Rigshospitalet, klinisk immunologisk afdeling bl. (serologi).

100. Professor, overlæge, dr. med.  
Henning Sørensen  
Hvidovre Hospital oto-rhino-laryngolo-  
gisk afdeling (oto-rhino-laryngologi).
101. Overlæge, dr. med. K Harry Sørensen  
Odense Sygehus, ortopædisk afdeling  
(ortopædi).
102. Overlæge, dr. med. Thorkil Sørensen  
Københavns Amts Sygehus Nordvang,  
afdeling O (psykiatri).
103. Professor, overlæge, dr. med.  
Arne Svejgaard  
Rigshospitalet, dermatologisk afdeling h  
(genetik).
104. Overlæge, dr. med. Ole Thage  
Bispebjerg Hospital, neuromedicinsk af-  
deling (neuromedicin).
105. Professor, overlæge, dr. med. Mirko Tos  
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,  
oto-rhino-laryngologisk afdeling (oto-  
rhino-laryngologi).
106. Professor, dr. med. Niels Tygstrup  
Rigshospitalet, hæmatologisk afdeling  
(intern medicin).
107. Overlæge, dr. med. Erik Tøndevold  
Rigshospitalet, ortopædkirurgisk afdeling  
u (ortopædi).
108. Overlæge, dr. med.  
Gunhild R. Lange Vejlsgaard  
Bispebjerg Hospital, dermato-venero-  
logisk afdeling a (dermato-venerologi).
109. Overlæge, dr. med. Kaj Viskum  
Bispebjerg Hospital, medicinsk lungeaf-  
deling (intern medicin).
110. Psykolog Rut Gunilla Øberg  
Rigshospitalet, neuromedicinsk afdeling  
(klinisk psykologi).



## **Retslægerådets sekretariat**

Frederik den V's Vej 11, 2100 København Ø.

### **Juridiske medarbejdere**

Fuldmægtig, cand. jur. Anne Moldrup, indtil den 31. oktober 1990.

Fuldmægtig, cand. jur. Anne Birgitte Fisker, fra den 1. november 1990.

### **Medicinske sekretærer**

Vicestatsobducent, dr. med. Preben Geertinger (12 timer ugentlig)

Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig)

### **Sekretærer**

Afdelingsleder Annelise Juul Pedersen, fra den 1. februar 1990.

Assistent Annelise Gersby Jacobsen (deltid).

Assistent Ulla Justesen.

## II. Sager behandlet i Retslægerådet 1990

A. Psykiatriske sager	719
B. Færdselssager med spiritusindtagelse	461
C. Sterilisation og kastration	7
D. Faderskabssager	95
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	222
F. Administrative sager m.v	52
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverskade	95
M. Færdselssager med medicinindtagelse	77
I ALT	2028

### Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført

Sanktionsspørgsmål i straffesager	376
Ændring af strafferetlig foranstaltning	163
Tvangstilbageholdelse	127
Ophævelse af farlighedsdekreter	19
Overførsel til sikringsanstalten	11
Umyndiggørelse	11
Benådning	8
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	4
I ALT	719

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført

Indtagelse af spiritus alene	271
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	190
I ALT	461

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført

Ændring af navn/cpr.nr	5
Ansøgning om kønsskifte	2
I ALT	7

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført

Klage over medicinalpersoner	106
Arbejdsskader/ulykker	39
Erstatning, pensionssager m.v.	27
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	20
Aldersbestemmelse	13
Ikke-psykiatriske benådningssager	4
Diverse	13
I ALT	222

### III. Urinlederlæsion ved operativ fjernelse af livmoderen

Udbygningen af specialiseringen og tilkomst af nye diagnostiske metoder kan medføre at Retslægerådets vurdering af operationskomplikationer ændres.

Som eksempel er der i Retslægerådets årsberetning af 1988 beskrevet den "straming" der er foregået i Retslægerådets vurdering af komplikationer inden for galdevejskirurgien.

I dette afsnit skal i tilslutning til 3 sygehistorier redegøres for Retslægerådets ændrede vurdering af ureterlæsioner opstået i tilslutning til hysterektomi.

#### Tilfælde 1: (E6362)

48-årig kvinde med muskelknuder i livmoderen og blødningsforstyrrelser. Den 04.05.82 foretoges på gynækologisk afdeling fjernelse af livmoder, æggeledere og æggestokke. Operationen forløb i det væsentlige rutinemæssigt, men adgangsforholdene til operationsområdet var besværlige på grund af overvægt og rigelig sivblødning og medførte på et tidspunkt, at der måtte foretages flere gennemstikninger, før denne blødning var standset.

På grund af smerter og ømhed i højre nyreloge foretoges 11.05. røntgenfotografering, der viste, at højre urinleder var læderet.

12.05. foretoges på gynækologisk afdeling operation med fjernelse af en tråd bundet om højre urinleder, lukning af en utæthed i urinlederen og af en blærelæsion.

Der optrådte imidlertid fortsat urinsivning, hvorfor der den 09.09.82 på urologisk afdeling på samme sygehus, blev forsøgt at føre den læderede urinleder ned til urinblæren, men dette mislykkedes, hvorfor man den 25.10.82 måtte operere igen og fjerne højre nyre og urinleder. En blæreutæthed lukkede sig efter permanent drænage af blæren gennem et blærekateter, men der var fortsat nogen urininkontinens.

I 1987 blev patienten reopereret, hvor der blev fjernet en stump af højre urinleder med en utæthed tillige med et stykke af moderskedehjørnet samt foretaget opsyning af moderskeden. Der har herefter ikke været urinsiven fra moderskeden.

Retslægerådet udtalte i erklæring af 26.07.83, at den i forbindelse med operationen den 04.05.82 indtrådte komplikation - aflukning af højre urinleder - måtte betragtes som et hændeligt uheld, idet operationen var udført af en erfaren operatør efter fastlagte principper, og at der ikke var begået fejl eller udvist forsømmelighed.

Sundhedsstyrelsen tilsluttede sig i skrivelse af 31.10.83 Retslægerådets udtalelse. Retslægerådet besvarede i de følgende år en lang række detailspørgsmål fra sagsøgte og sagsøgers advokater og erklærede herunder, at Retslægerådet ikke på grundlag af den foreliggende operationsbeskrivelse med bestemthed kunne udelukke, at en lidt større forsigtighed fra den opererende læges side kunne have reduceret eller fjernet risikoen for, at der under operationen den 04.05.82 opstod komplikationer.

Endelig besvarede Retslægerrådet den 27.04.89 en række spørgsmål fra Sundhedsstyrelsen. Essensen af disse er, at Retslægerrådet i 1989 finder, at principielt bør urinlederen identificeres forud for blodstandsede gennemstikninger, når der opstår tvivl om lokaliseringen. I det konkrete tilfælde har de antrufne vanskeligheder (blødning + overvægt) nødvendiggjort et skøn, om denne identifikation skulle foretages. Da komplikationen i form af urinlederafklemning opstår, må man karakterisere beslutningen som resultatet af et fejlskøn. Det skal understreges, at Retslægerrådets vurdering tager sit udgangspunkt i, at hændelsen foregik i 1982. I 1989 ville Retslægerrådet have vurderet den manglende identifikation af urinleder som en fejl. Ved den retrospektive vurdering, må det fastslås, at afdelingen ikke tilstrækkelig hurtigt foretog de fornødne undersøgelser til påvisning af en evt. ureterlæsion. Det må dog fremhæves, at dette skyldtes et fejlskøn og ikke forsømmelse, idet der blev gjort en grundig klinisk undersøgelse den 09.05.82 kl. 23.00 med negative fund. Formelt burde røntgenundersøgelsen efter indsprøjtning af kontrast, der blev ordineret den 10.05., være ordineret som en akut undersøgelse. Praktiske forhold kan have været bestemmende for, at den blev ordineret til den 11.05. Afdelingen kan have skønnet, at et døgn's udsættelse ikke ville have indflydelse på forløbet, og Retslægerrådet kan ikke sagligt anfægte dette skøn. Formelt burde den direkte røntgenundersøgelse med kontrast i urinlederen være udført, så snart det var praktisk gennemførligt. Retslægerrådet skønner imidlertid, at det ikke ville have ændret forløbet, hvis denne undersøgelse blev udført sent på dagen den 11.05 i stedet for næste dag.

På spørgsmålet "Da sygehuset har urologisk ekspertise på gastroenterologisk/urologisk afdeling, burde denne afdeling da have været taget med på råd på dette tidspunkt, således at cystoskopien og den direkte pyelografi kunne være foretaget af en urolog?" svares, at Retslægerrådet finder, at der principielt bør indhentes kirurgisk/urologisk assistance, men må om den konkrete situation udtale, at de involverede gynækologer besad tilstrækkelig erfaring til at udføre cystoskopi + direkte pyelografi.

På spørgsmålet "Da det efter cystoskopi og direkte pyelografi var klarlagt, at der forelå en læsion af urinvejene med udsivning af urin i omgivelserne, burde den urologiske afdeling da være konsulteret, evt. ved anmodning om at operere patienten?", svarede Retslægerrådet, at bedømt i 1989 må svaret være ja. I 1982 var det imidlertid i vid udstrækning kutyme, at kirurgisk skolede gynækologer selv opererede deres urologiske komplikationer, og Retslægerrådet mener ikke, at den gynækologiske overlæge kategorisk kan kritiseres for at have undladt at søge urologisk bistand.

I april 1989 afsagde Østre landsret følgende kendelse: "Retten lægger til grund, at højre urinleder under operationen af sagsøgeren den 4. maj 1982 utilsigtet blev syet fast til bækkenvæggen. Dette har haft til følge, at højre nyre måtte fjernes, og at sagsøgeren er påført sådanne skader, at hendes invaliditetsgrad er fastsat til 50%. Operationen er af en type, der jævnlige foretages på gynækologiske afdelinger. Sagsøgerens overvægt kan antages at have vanskeliggjort operationen og medført en mindre risikostigning. Der er imidlertid ikke oplyst omstændigheder, der indebærer, at den

opererende læge ikke med den fornødne særlige agtpågivenhed kunne have undgået den ekstraordinære og utilsigtede afsnøring af urinlederen. Sagsøgte findes derfor at være erstatningspligtig. Sagsøgte X hospital betaler inden 14 dage til sagsøgeren 350.000 kr (+ renter) samt sagsomkostninger 40.000 kr.

## Tilfælde 2: (E6816)

46-årig kvinde med blødningsforstyrrelser. Den 03.07.87 foretages på gynækologisk afdeling hysterectomia totalis abdominalis (fjernelse af livmoderen). Operationsbeskrivelsen lyder: I universel anæstesi foretages hysterectomia totalis abdominalis Pfannenstiellincision, frit peritoneum. Uterus er normal stor, lidt fast og med et enkelt mindre end 1 cm stort fibrom på forvæggen. Højre adnex er normalt. På ve. side normal salpinx og et normalt stort ovarium med en 10 cm stor blodcyste. Cysten på ve. ovarium incideres og ovariet gendannes med vicryl. Lig. teres deles og ligeres, ovariestilken forsørges og man dissekerer sig med peaner ned til a. uterina, som deles og ligeres med ethibond. Blæren skubbes ned inden dette. Cardinale ligamenter deles og ligeres, herefter incideres vaginalslimhinden og der kommer en lidt uregelmæssig krave. Man har forinden delt sacrouterine ligamenter. Vagina lukkes med madrassuturer og hjørnerne suspenderes til cardinale, sacrouterine ligamenter og lig. teres. Der har forinden været en hel del siven fra såvel hø. som ve. a. uterina, hvorfor der er sat en del gennemstikninger. Der peritonealiseres. Servietter stemmer. Bugvæggen lukkes. Vicryl i peritoneum. Fortløbende vicryl i fascien. Plain i subcutis. Intrakutan vicryl. Samlet blødning: 800 ml. Præparat: uterus opklippes og indeholder flere faste fibromer, som dog ikke er over 1 cm. På bagvæggen ses et submucøst fibrom på 1 cm. Desuden sendes cysten fra ve. ovarium.

Journalnotaterne postoperativt 04.07.87 - 06.07.87 og 07.07.87 tyder på et kompliceret forløb, dog nærmest i retning af tarmlammelse. Tilstanden forværres yderligere i de følgende dage, men den 09.07.87 er der rigelig luftafgang og afføring. Den 10.07.87 bemærkes siven af urin. Tilstanden tolkes som urinsiven i vævet, men røntgenundersøgelse efter indsprøjtning af kontrast foretages først 13.07.87. Den viser højresidig ureterlæsion. 14.07.87 foretages kikkertundersøgelse af blæren med bl.a. forsøg på højresidig kateterisation af urinlederen. Der er desuden 14.07.87 indlagt kateter i højre nyrebækken. 16.07.87 foretages på grund af urinsiven i vævet og formodning om byld i bughulen resectio ilei, enteroenteroanastomosis, ileostomia, ligatura ureteris dxt., tubulatio intraperitonealis (tyndtarmsoperation, underbinding af højre urinleder, fremlægning af tyndtarm og indlæggelse af dræn). 22.07.87 foretages nephrectomia dextra (fjernelse af højre nyre) 28.07.87 foretages lap. cum sutura recti, sigmoideostomia, oophorectomia dxt., tubulatio abscessus pelvis minoris (per vaginam) (lukning af hul i endetarm, fremlægning af S-formede tyktarm, fjernelse af højre æggestok og indlæggelse af dræn gennem skeden) 30.07.87 foretages oclusio fistulae intestini tenui et tubulatio peritonei (lukning af tyndtarmlækage, dræninlæggelse) 07.03.88 foretages ileoascendendostomia colocolostomia (genoprettelse af tarpassage og lukning af

kunstig tarmåbning) 16.03.88 foretages resectio coli sigmoidei, descendostomia, tubulatio peritonei, cystoscopia, tubulatio ureteris sin. (fjernelse af et stykke tyktarm, kunstig tarmåbning og kateter i venstre urinleder). Herefter bedres tilstanden.

Der er stillet en række spørgsmål til Retslægerådet, dels fra det involverede hospitalsvæsen, dels fra skadelidte/klagerens advokat. De stillede spørgsmål og svar lyder således: Spørgsmål fra det involverede hospitalsvæsen:

Spørgsmål 1: Kan læsionen af patientens urinleder i forbindelse med fjernelse af livmoderen anses for at være en lægelig fejl, der er ansvarspådragende? Er der udvist manglende omhu?

Svar: Ud fra operationsbeskrivelsen vurderer Retslægerådet, at der under operationen burde være foretaget undersøgelse af, om urinlederne var beskadiget. Retslægerådet finder, at det er udtryk for et lægeligt fejlskøn, at denne kontrol ikke blev foretaget. Der er i øvrigt efter beskrivelsen udvist omhu ved operationen.

Spørgsmål 2: Burde resultaterne af de lægeordnede blodprøver i det umiddelbar postoperative forløb have ført til, at årsagen til sygdomsbilledet var blevet klarlagt på et tidligere tidspunkt end det blev tilfældet, nemlig da der konstateredes urinudløb fra skeden?

Svar: Et flertal finder, at det samlede billede, inklusive resultaterne af de lægeordnede blodprøver i relation til den omstændighed, at der under operationen blev sat en del ekstra gennemstikninger tidligere burde have ført til klarlæggelse af årsagerne til sygdomsbilledet. Et mindretal (1 urolog) vil besvare spørgsmålet således: Nej. En stigning i serumcarbamid hos en postoperativ patient med feber og ileus tyder ikke entydigt på ureterobstruktion, og der blev draget omsorg for kirurgisk tilsyn.

Spørgsmål 3: Er der i tiden fra operationen med fjernelse af livmoderen den 3. juli 1987 til den 10. juli 1987, hvor der blev konstateret siven af urin fra vagina ved siden af blærekateteret, udvist ansvarspådragende forhold/manglende omhu fra de involverede medicinalpersoners side?

Svar: Det er Retslægerådets opgave at vurdere, om der er blevet begået lægelige fejl/udvist manglende omhu, mens det er Sundhedsstyrelsen, der tager stilling til ansvarsspørgsmålene. Idet der henvises til svaret på spørgsmål 2, finder flertallet, at afdelingen ikke har udvist den nødvendige omhu i perioden 03.07.87 til 10.07.87 med henblik på at afklare årsagen til patientens dårlige postoperative tilstand. Mindretallet vil svare således: Nej. Den gynækologiske afdeling har ikke udvist manglende omhu i observationen af patienten i den postoperative periode. Den alvorlige udvikling i patientens sygdomsforløb må tilskrives den ret sent erkendte inficerede uroplani med

abscesdannelse, peritonitis og tarmnekroser. De øvrige behandlende kirurgiske specialer har også udvist omhu i behandlingen af patienten.

Spørgsmål fra advokatfirmaet:

Spørgsmål 1: Er læsion og afklemning af en urinleder en almindelig komplikation ved operative indgreb, hvor livmoderen fjernes?

Svar: Nej. Læsion og afklemning af en urinleder er en relativt sjældent forekommende komplikation ved operativ fjernelse af livmoderen.

Spørgsmål 2: Retslægerådet bedes oplyse, om en gennemstikning var årsag til læsion og afklemning af højre urinleder.

Svar: Det er Retslægerådets vurdering, at en gennemstikning var årsag til læsion og afklemning af højre urinleder.

Spørgsmål 3: Retslægerådet bedes i benægtende fald oplyse, hvad årsagen ellers var til komplikationen. Retslægerådet bedes i bekræftende fald oplyse, om operatøren har mulighed for at kontrollere, at urinlederen ikke er beskadiget før operationen afsluttes?

Svar: Operatøren har mulighed for ved cystoskopi (kikkertundersøgelse gennem urinrøret), ved åbning af blæren og åbning af urinlederen at oplægge kateter i urinlederen, hvorved det kan kontrolleres, at denne er intakt. Andre muligheder er injektion af et farvestof intravenøst (f.eks. indigocarmin), eller et røntgenkontrastmiddel (i.v. urografi) inden operationen afsluttes.

Spørgsmål 4: Retslægerådet bedes oplyse, om operatøren havde den fornødne rutine til at foretage indgrebet den 03.07.87?

Svar: Operatørens rutine er Retslægerådet ubekendt.

Spørgsmål 5: Finder Retslægerådet, at overvågningen af skadelidtes vandladningsfunktion i den postoperative periode har været gennemført med tilstrækkelig omhu?

Svar: Patienten havde blærekateter, i alt fald en del af tiden, hvorfor spørgsmålet vanskeligt kan besvares. Urinmængden er målt dagligt, og den må anses for at have været normal.

Spørgsmål 6: Finder Retslægerådet, at de behandlende læger, da urinsiven fra vagina blev erkendt den 10.07.87, burde have foranlediget, at der blev foretaget nyt operativt



indgreb tidligere end det skete den 16.07.1987, særligt på baggrund af journalnotat af 13.07.1987, hvor der anføres mistanke om uroplani?

Svar: Mistanke om urinsiven fra vagina den 10.07.1987 burde have ført til tidligere udførelse af de senere udførte relevante undersøgelser, hvorved der erkendtes beskadigelse af urinlederen. Den 13.07.1987 udførtes nefrostomi (indlæggelse af kateter i nyren). Forværrelsen af patientens tilstand førte derpå til egentligt operativt indgreb den 16.07.1987. Rækkefølgen af og intervallet mellem nefrostomien og den egentlige operation forekommer velmotiveret.

Spørgsmål 7: Finder Retslægerådet, at de behandlende læger på X-hospital, gynækologisk afdeling, har begået faglige fejl eller forsømmelser ved behandlingen og observation af skadelidte?

Svar: Besvaret i spørgsmål 2 og 3 fra det involverede hospitalsvæsen.

Spørgsmål 8: I bekræftende fald ønskes oplyst, om dette har været årsag til skadelidtes nuværende gener fra mavetarmkanal samt nyrer og urinveje?

Svar: For Retslægerådet foreligger ikke oplysninger om patientens nuværende gener, men det komplicerede sygdomsforløb kan relateres til den opståede skade på højre urinleder.

Spørgsmål 9: Finder Retslægerådet, at de behandlende læger på andre hospitalsafdelinger på X hospital, hvortil skadelidte i efterforløbet har været henvist og modtaget behandling, har begået lægelige fejl eller udvist forsømmelighed?

Svar: Nej.

Spørgsmål 10: Giver forløbet i øvrigt Retslægerådet anledning til andre bemærkninger end hvad fremgår af svarene på ovenstående spørgsmål?

Svar: Nej.

### **Tilfælde 3: (E6684)**

42-årig kvinde, der har født 3 gange tidligere og er noget overvægtig (78 kg/167 cm), får foretaget fjernelse af livmoderen og plastisk operation i moderskeden p.g.a. blødningsforstyrrelser, underlivssmerter og såkaldt rectocele. Operationsbeskrivelsen lyder: "Pfannenstielsnit. Peritoneum åbnes, øvre abdomen gennempalperes og findes normal. Spec. intet hernie i linea alb. over umb., hvor pt. 2 gange er opereret. Nedre abdomen: ut. af normal str., frit mobil, begge ovarier lidt plumpe, men normalt

udseende i øvr. Salpinges nat. Der er udtalte varicer i begge parametrier. Påsætning af peaner og gennemklipping af lig., gennemstikning af disse, herefter trinvist ned på hver side af uterus efter at forreste og bageste peritonealblad er incideret og skubbet ned. Trinvis gennemklipping og gennemstikning af høj. side, fås herunder en hel del sivblødning fra de meget store varicer, står for yderligere gennemstikning og hæmostase. Uterus fjernes umiddelbart under portios niveau. Vagina lukkes. Vaginalhjørnerne fikseres til de laterale lig. Herefter lukkes bækkenbundens perit., hvorunder man endnu en gang overvåger hæmostasen. Denne er acceptabel". Dagen efter konstateres urinlignende væskesiven fra moderskeden og en røntgenundersøgelse efter kontrastindsprøjtning foretaget den følgende dag viser hæmmet afløb og forsinket udskillelse. Derefter lægges kateter i urinlederen, men en ureterovaginal fistel (forbindelse mellem urinleder og skede) består. Denne behandles nogle måneder senere med indsyning af urinlederen i urinblæren. Man kan ikke med sikkerhed erkende lækagen ved dette indgreb. Der blev af Sundhedsstyrelsen stillet følgende 2 spørgsmål til Retslægerådet (i sagen voterede 3 gynækologer og 2 urologer):

Spørgsmål 1: Er det en fejl ikke at isolere ureteres inden en hysterektomi foretages?

Svar: Retslægerådet finder ikke, at det er en fejl at undlade isolering af ureteres ved en simpel hysterektomi, hvis operationen udføres lege artis uden operative vanskeligheder.

Spørgsmål 2: Er det i dette konkrete tilfælde en fejl, at ureteres ikke blev isoleret, da der var varicer af bækkenvenene?

Svar: De to voterende urologer finder, at ureteres burde være lokaliseret, men ikke nødvendigvis isoleret i dette tilfælde. Årsagen er ikke eksistensen af varicer, men den opståede blødning. De 3 voterende gynækologer er enige med urologerne i, at der bør udvises den yderste agtpågivenhed overfor ureterlæsioner ved en hysterektomi, hvis der optræder blødning, som foranlediger ekstra omstikninger. Metoderne til at lokalisere - uden nødvendigvis at visualisere - ureter peroperativt, består i åbning af blæren og kateterisation af ureter retrogradt eller frilægning af ureter ved iliacarkrydsningen, åbning af ureter og antegrad kateterisering. En urografi udført før operationens afslutning vil også kunne vise tegn på, at ureter er skadet. De 2 førstnævnte metoder kræver urologisk erfaring og er ikke helt uden komplikationsmuligheder. De vil ligesom en peroperativ urografi øge operationstiden. Hovedproblemet bliver at beslutte, i hvilke situationer isolering/lokalisering skal foretages, og om der på dette tidspunkt skal tilkaldes urologisk ekspertise. Da der næsten altid er nogen blødning ved simple hysterektomier, og 500 ml ikke er nogen usædvanlig situation, kunne en konsekvens blive, at ureteres praktisk taget altid skal lokaliseres ved hysterektomier. De 3 voterende gynækologer mener, at dette vil skabe øgede problemer ved hysterektomier med et væsentligt øget antal operationer, ved hvilke der skal foretages lokalisering/isolering af

ureter med deraf følgende muligheder for skade på ureter og forlængelse af varigheden af i øvrigt simple og ukomplicerede hysterektomier. På grundlag af disse overvejelser for og imod at foretage isolering af ureter finder de 3 voterende gynækologer ikke, at det i dette tilfælde, hvor operationen blev gennemført omhyggeligt og med anerkendt teknik, umiddelbart forekom ukompliceret og med et skønnet blodtab på 500 ml, var en fejl, at ureteres ikke blev isolerede.

## Kommentar

Igennem en længere årrække har det været Retslægerådets overordnede vurdering, at ureterlæsion optrædende i tilslutning til fjernelse af livmoderen, måtte betragtes som et hændeligt uheld med mindre særlige forhold gjorde sig gældende eller der ligefrem kunne påvises fejl eller forsømmelighed ved operationen. Ureterlæsion, der forbliver uopdaget i nogle dage efter fjernelse af livmoderen, medfører ofte et yderst kompliceret forløb, som kan føre til varig invaliditet og må derfor søges forebygget. Erkendes en ureterlæsion under operationen og behandles komplikationen omgående, bliver forløbet oftest uden yderligere komplikationer. Med udviklingen og udbygningen af det urologisk-kirurgiske speciale er der gennem de senere år uddannet en række kirurger, der har stor erfaring i operationer på urinvejssystemet. Med de ændringer der er indtrådt i uddannelsesbetingelserne i de senere år, er det efterhånden meget få gynækologer, der opnår større erfaring og ekspertise i operationer på urinvejssystemet, bortset fra operationer for ophævet evne til at holde på urinen. Under hensyntagen til de ovennævnte betragtninger har Retslægerådets vurdering, som det også fremgår af de refererede sygehistorier, undergået en vis ændring i løbet af 1980'erne. Hovedpunkterne i Retslægerådets nuværende vurdering af ureterlæsion i tilslutning til fjernelse af livmoderen er:

1. Ureterlæsion efter ukompliceret fjernelse af livmoderen udført lege artis af kompetent operatør kan oftest betragtes som et hændeligt uheld.
2. Ved fjernelse af livmoderen, hvor operationen er kompliceret med øget blødning krævende ekstra gennemstikninger i "farligt" område, kræves peroperativ sikring af, at urinlederne er intakte.
3. Ved kompliceret postoperativt forløb efter fjernelse af livmoderen må muligheden for ureterlæsion hurtigt medinddrages i de diagnostiske overvejelser.
4. De gynækologiske afdelinger må benytte rådgivning og assistance fra urologerne i diagnostik og behandling af urinvejskomplikationer i tilslutning til gynækologiske operationer.

Retslægerådet har fundet det rigtigst, at rådets generelle synspunkter og vurderinger vedrørende ureterlæsion i tilslutning til fjernelse af livmoderen er kendt af de ansvarlige chefer for gynækologiske og urologiske afdelinger samt de under uddannelse værende læger, således at man i planlægningen af afdelingernes arbejde og undervisning er bekendt med rådets ændrede vurderinger.

## IV. Vanskelig svulstdiagnose

Det drejer sig om en 56-årig kvinde, som efter længere tids træthed, kvalme og opkastninger samt et betydeligt vægttab (18 kg) den 10.07. blev indlagt på A sygehus, medicinsk afdeling, idet man havde mistanke om en kræftlidelse med ukendt sæde. Der blev foretaget omfattende undersøgelser, herunder såkaldt ultralydsscanning, hvorved man påviste en svulstdannelse i højre leverlap. Der blev foretaget såkaldt aspirationsbiopsi (celleudtagning) fra svulsten, og det mikroskopiske præparat gav mistanke om primær leverkræft. Afdelingen sendte præparatet til revurdering på B sygehus, patologisk institut, som bekræftede mistanken om leverkræft. Afdelingen kontaktede her efter C sygehus, onkologisk afdeling, som dels foreslog, at patienten blev grundigt undersøgt for andre muligheder for svulstsygdom, ligesom det mikroskopiske præparat blev genvurderet af patologisk institut på C sygehus. Også her var der mistanke om leverkræft, men patologerne fandt materialet uegnet til sikker diagnose og anbefalede en ny undersøgelse. Dette skete ikke. Patienten blev opfattet som håbløst syg, og hun og ægtefællen blev orienteret om sygdommens karakter. Hun blev sat i behandling med smertestillende medicin af morfintype. Patienten blev fortsat ambulant kontrolleret i A sygehus, medicinsk afdeling, og bortset fra en kortvarig forringelse af tilstanden, som nødvendiggjorde blodtransfusion, bedredes patientens tilstand gradvist. Da tilstanden mod forventning ikke blev dårligere, tog man, 15 måneder efter den oprindelige diagnose blev stillet, tilstanden op til revision og foretog en ny celleudtagelse fra leversvulsten. Det udtagne materiale var uegnet til sikker diagnose, og patienten blev indlagt på C sygehus, hvor man ved operation fandt en stor godartet svulst i højre binyre, som blev operativt fjernet. Der påvistes ved operationen ingen tegn på kræft i leveren (E 6558).

Under det langvarige sygdomsforløb har patienten fået et mindre vævshenfald i hjernen, som har påvirket hendes fysiske aktivitet i nogen grad.

Ægtefællen har klaget over den behandling, som patienten var udsat for på A sygehus, medicinsk afdeling, herunder bl.a. over, at afdelingen opretholdt diagnosen kræft i leveren i så lang tid, selv om det senere viste sig, at der ikke var tale om leverkræft.

Retslægerådet fik sagen forelagt af Sundhedsstyrelsen, som stillede nedenstående spørgsmål:

1. Burde lægerne på A sygehus, medicinsk afdeling, i september måned have konsulteret sagkyndig kirurgisk ekspertise med henblik på mulighederne for ved et kirurgisk indgreb (leverresection) at helbrede patienten for den på daværende tidspunkt formodede kræftsvulst i leveren?
2. Dersom svaret på spørgsmål 1 er bekræftende: Var den manglende konsultering af sagkyndig kirurg efter Rådets skøn udtryk for manglende omhu?

3. Kan det efter Rådets skøn betegnes som velmotiveret, at afdelingen i september udskrev patienten med diagnosen: "Primær eller sekundær kræftsvulst i leveren"?
4. Burde kræftdiagnosen været revideret tidligere end det faktisk skete?
5. Burde der være udført CT-scanning tidligere, end det faktisk skete?
6. Giver sagen iøvrigt Rådet anledning til bemærkninger?

Retslægerådet svarede:

Et flertal (2 af de voterende) vil besvare de stillede spørgsmål således:

Ad spm. 1:

Ja, ved at undlade at henvise en patient med en formodet solitær levercellesvulst nedadtil i højre leverlap til kirurgisk behandling, har lægerne på A sygehus, medicinsk afdeling, begået en lægelig fejl. Symptomerne var vel forenelige med denne diagnose, og der var ingen objektive fund, der dokumenterede inoperabilitet.

Ad spm. 2:

Nej, af akterne fremgår, at lægerne på A sygehus, medicinsk afdeling, i hele forløbet har arbejdet med stor omhu.

Ad spm. 3:

Ja, diagnosen var velmotiveret, da der var en ultralydverificeret solitær svulst i leveren, og da flere patologer samstemmende mistænkte et såkaldt hepatocellulært carcinom (levercellekræftsvulst) efter undersøgelse af et diagnostisk prøvepunktat. Se iøvrigt svar på spm. 4.

Ad spm. 4:

Kræftdiagnosen burde have været søgt yderligere udbygget, da det i brev af 28.08. meddeles, at patologer på C sygehus ikke fandt, at det udhentede materiale tillod en endelig konklusion, uanset den forudgående vurdering hos patologerne på B sygehus, der anses for særligt kyndige i området. Sidstnævntes vurdering er i overensstemmelse med den primære usikkerhed hos patologerne på A sygehus.

Også i marts-april året efter kunne man have haft anledning til at revurdere kræftdiagnosen i betragtning af almentilstanden og forløbet. Retslægerådet vil dog ikke anse det som en fejl, at dette ikke da skete, idet patienten udviklede symptomer fra centralnervesystemet, som sammen med hendes iøvrigt uforklarede anæmi (blodmangel) kunne tale for en progression af en ondartet sygdom.

Ad spm. 5:

Nej. Ultralydsscanning og CT-scanning må anses for alternative og ligeværdige metoder. Lægerne på A sygehus, medicinsk afdeling, har ikke haft nogen specifik grund til at anse, at der var behov for at supplere med begge undersøgelser.

Ad spm. 6:

Afsluttende skal Retslægerrådet udtale, at patientens sygdomsbillede også retrospektivt forekommer kompliceret og måske fortsat til dels uforklaret. Rådet finder ikke, at man kan bebrejde medicinsk afdeling, A sygehus, at man trods betydelig omhu ikke nåede frem til en korrekt diagnose.

Et mindretal (den tredje voterende) ønsker at besvare spørgsmål 1 og 4, som anført nedenfor:

Ad spm. 1:

Nej, idet anamnesen, de objektive fund og det kliniske forløb tydede på, at tilstanden var langt fremskreden. Man konsulterede derfor onkologisk specialist, som ikke mente lidelsen var tilgængelig for onkologisk behandling. Man tilrådede flere undersøgelser, som blev iværksat.

Ad spm. 4:

Kræftdiagnosen burde være søgt yderligere udbygget i marts-april måned året efter, fordi forløbet vendte, og almentilstanden bedredes. Mindretallet vil dog ikke anse det for en fejl, at dette ikke skete, idet patienten havde udviklet et cerebralt insult (vævs-henfald i hjernen), som sammen med hendes iøvrigt uforklarede blodmangel kunne tale for en progression af en ondartet sygdom.

I Sundhedsstyrelsens indstilling til Patientklagenævnet anfører Styrelsen, at der efter Styrelsens opfattelse ikke er udvist manglende omhu eller samvittighedsfuldhed i lægelovens forstand i forbindelse med den lægelige behandling, som patienten har modtaget på medicinsk afdeling, A sygehus.

Patientklagenævnet afsluttede sagen med en skrivelse til den administrerende overlæge på medicinsk afdeling, A sygehus, således:

"På baggrund af de foreliggende oplysninger finder Patientklagenævnet ikke, at der er udvist manglende omhu eller samvittighedsfuldhed i lægelovens forstand i forbindelse med den lægelige behandling, patienten har modtaget på medicinsk afdeling, A sygehus.

Patientklagenævnet finder dog, at det havde været hensigtsmæssigt, såfremt lægerne på medicinsk afdeling, A sygehus, havde henvist patienten til vurdering hos kirurgerne på C sygehus i efteråret (3-4 måneder efter, at diagnosen leverkræft var stillet).

Det skal beklages overfor Dem i Deres egenskab af administrerende overlæge på medicinsk afdeling, A sygehus, idet der dog skal henvises til, at det er en vikarierende overlæge, der har udtalt sig sagen.

## **Kommentar**

Sagen er - ud over selve sygdomsforløbet - interessant derved, at Retslægerådets udtalelse blev afgivet med dissens. Flertallet af de voterende i Retslægerådet fandt, at der var begået lægelig fejl i patientbehandlingen, hvilket hverken Sundhedsstyrelsen eller Patientklagenævnet var enige i. Sagen er således et eksempel på, at de spørgende instanser ikke nødvendigvis følger Retslægerådets syn i en given sag.



## V. Benådningssager

### Retsmedicinske sager

Justitsministeriets forespørgsler til Retslægerådet i benådningssager er som hovedregel formuleret som et spørgsmål om, hvorvidt udståelse af den idømte straf - eventuelt i åben anstalt eller anstalt med sygeafdeling - skønnes at medføre risiko for alvorlig helbredsforringelse, eller om det i øvrigt ud fra lægelige hensyn må frarådes, at straffen fuldbyrdes for tiden.

Spørgsmål om risikoen for alvorlig helbredsforringelse kan undertiden være vanskelige at besvare. Dette skyldes, at den aktuelle viden om somatiske og psykosomatiske konsekvenser af et fængselsophold er begrænset. Tilsvarende kan en vurdering af de helbredsmæssige konsekvenser af den pågældendes daglige liv forud for strafafsoning og en sammenligning med situationen under en eventuel strafafsoning være problematisk. Det er vigtigt at gøre sig klart, at spørgsmålet til Retslægerådet naturligvis ikke drejer sig om, hvorvidt en idømt straf for en given forseelse er rimelig i betragtning af, at den dømte lider af en sygdom. Spørgsmålet drejer sig alene om eventuelle helbredsmæssige konsekvenser af strafafsoningen. Retslægerådets medlemmer har, således som det gælder ansatte inden for kriminalforsorgen, mulighed for gennem besøg i åbne og lukkede anstalter at danne sig et indtryk af forholdene for de indsatte.

I det følgende omtales nogle karakteristiske benådningssager.

#### Tilfælde 1 (E 6439)

37-årig mand, idømt fængsel i 50 dage for vold.

Retslægerådet udtalte følgende: Det fremgår af sagens akter, at den pågældende i 1984 fik en blodprop i hjertet og i 1986 en blodprop i hjernen. Der er moderate følger efter blodproppen i hjertet i form af tendens til åndenød ved anstrengelse, men i øvrigt ingen tegn på hjertesvigt. Den halvsidige lammelse efter blodproppen i hjernen er forsvundet. Det er endvidere oplyst, at der hos den pågældende er familiær disposition til nye blodpropper, og at han har forhøjet fedtindhold i blodet. På baggrund af den pågældendes aktuelle helbredstilstand finder Retslægerådet ikke, at strafafsoning vil indebære risiko for alvorlig helbredsforringelse. Det er ikke muligt at afgøre, i hvilket omfang stress-situationer, herunder en med strafafsoning forbundet psykisk belastning, kan indebære en risiko for nye blodpropper. Dette kan ikke udelukkes.

Justitsministeriets beslutning: Afslag på benådningsansøgningen.

#### Tilfælde 2 (E 6070)

72-årig mand idømt 8 års fængsel for narkokriminalitet.

Retslægerådets udtalelse: Den pågældende lider af åreforkalkningssygdom i hjertets kranspulsårer, hvilket forårsagede en mindre blodprop i hjertet i 1986. Sygdommen har siden givet lette, ikke tiltagende symptomer. Der vil ved tilstedeværelsen af denne

hjertesygdom under alle omstændigheder være en forhøjet risiko for en ny blodprop i hjertet, men det er ud fra akterne rådets vurdering, at sygdommen ikke er af en sådan sværhedsgrad, at fortsat udståelse af straffen på anstalt med sygeafdeling vil medføre risiko for alvorlig helbredsforringelse. Synsedsættelse på grund af grå stær vil ikke blive forværret ved afsoning af fængselsstraf.

Justitsministeriets afgørelse: Prøveløsladelse under forudsætning af, at den i forbindelse med dommen truffene bestemmelse om udvisning kan effektueres ved løsladelsen.

### **Tilfælde 3 (E 6242)**

60-årig mand idømt 20 dages hæfte på grund af spirituskørsel.

Retslægerådets udtalelse: Den pågældende har gennem flere år haft et betydeligt alkoholforbrug. Han er på nuværende tidspunkt noget hukommelsessvækket. Har der ud over en kronisk sygdom i lever og bugspytkirtel. Sygdommen synes at være i en stationær fase, men med et konstant behov for smertestillende medicin. Der ud over har den pågældende en kronisk hjertelidelse, som kræver medikamentel behandling. Der er imidlertid ikke på nuværende tidspunkt manifesterede tegn på hjerteinsufficiens. Det er Retslægerådets vurdering, at udståelse af den idømte hæftestraf på 20 dage ikke vil medføre risiko for alvorlig helbredsforringelse. På baggrund af sygdommens karakter, bør afsoning imidlertid finde sted i anstalt med sygeafdeling.

Justitsministeriets afgørelse: Afslag på benådningssøgningen.

### **Tilfælde 4 (E 6778)**

52-årig mand idømt 9 måneders fængsel for narkokriminalitet.

Retslægerådets udtalelse: Den pågældende er opereret for et såkaldt panserhjerter. Han har endvidere en uregelmæssig hjerterytme med utilstrækkelig hjertepumpefunktion. Han er i medikamentel behandling herfor. I sagens akter refereres til en kardiologisk speciallægeerklæring, hvoraf fremgår, at den pågældende på nuværende tidspunkt har en rimelig velkompenseret hjertefunktion. På dette grundlag finder Retslægerådet ikke holdepunkter for, at udståelse af straffen vil medføre risiko for alvorlig helbredsforringelse for såvidt angår hjertesygdommen.

Om den pågældendes psykiske tilstand kan Retslægerådet udtale, at han har et væld af hjertesymptomer, som overvejende er psykisk betinget. Han er svært angstpræget, og opsøger ofte skadestuer og hjerteafdelinger m.v. på grund af disse symptomer og permanent dødsangst. Dette taler for benådning af lægelige grunde, idet hans nervøse tilstand kan forværres og fikseres i forbindelse med afsoning. Såfremt afsoning af straffen skal gennemføres, bør dette ske i anstalt med sygeafdeling, således at det er muligt at kontrollere tilstanden og sikre medicinindtagelse.

Justitsministeriets beslutning: Udsættelse af strafafsoningen på grundlag af reglerne om betingede domme. 2 års prøvetid.

**Tilfælde 5 (E 6348)**

55-årig mand idømt 6 års fængsel for narkokriminalitet.

Retslægerådets udtalelse: Det fremgår af sagens akter, at den pågældende lider af en alvorlig hjertesygdom som følge af åreforkalkning i hjertets kranspulsårer. Han lider af hyppige anfald af angina pectoris, som bl.a. provokeres af psykisk belastning. Det er vanskeligt at afgøre, i hvilket omfang den med strafafsoningen forbundne psykiske belastning medfører en risiko for alvorlig helbredsforringelse, men dette kan ikke udelukkes. Endvidere fremgår det af en foreliggende speciallægeerklæring, at patienten bør tilbydes hjertekirurgisk behandling, hvilket imidlertid ikke kan ske her i landet. Patienten er udlænding. Kardiologen har derfor foreslået, at patienten overføres til sit hjemland. På denne baggrund skal Retslægerådet anbefale, at ansøgningen om benådning imødekommes.

Justitsministeriets beslutning: Følger Retslægerådets forslag.

**Tilfælde 6 (E 6748)**

45-årig mand idømt 80 dages fængsel for overtrædelse af færdelsesloven.

Retslægerådets udtalelse: Den pågældende lider af en alvorlig kronisk betændelse i bugspytkirtlen, en insulinkrævende sukkersyge samt en kronisk mavesårssygdom. Af de foreliggende lægeerklæringer fremgår, at den pågældendes almentilstand er dårlig, og han har permanent behov for morfika. Efter Retslægerådets vurdering er der næppe risiko for en varig helbredsforringelse. Imidlertid kan et fængselsophold muligvis medføre en forbigående forværring i tilstanden, uanset af afsoningen finder sted i åben anstalt med sygeafdeling og lægekontrol. De anførte forhold taler, efter Retslægerådets opfattelse, for, at anmodningen om benådning imødekommes.

Justitsministeriets afgørelse: Benådning med prøvetid efter reglerne for betingede domme.

**Tilfælde 7 (E 6109)**

43-årig mand idømt 1 års fængsel for økonomisk kriminalitet.

Retslægerådets udtalelse: den pågældende har en 7 år varende gigtlidelse, som på nuværende tidspunkt især inddrager hænder, håndled og knæled. Den pågældende må i et vist omfang have hjælp af andre i det daglige. Han får mellemste førtidspension, men er indstillet til højeste førtidspension. Han har i flere år gået til kontrol i et alkoholambulatorium, og er på nuværende tidspunkt i antabusbehandling. Endelig skal han have foretaget selvmordsforsøg, angiveligt på grund af ledsmerterne.

Under forudsætning af, at den pågældende er i stand til at gennemføre den behandling, der er nødvendig for hans gigtlidelse, er det Retslægerådets vurdering, at afsoning af fængselstraffen ikke vil medføre risiko for en alvorlig forværring af gigt sygdommen. På baggrund af sygdommens sværhedsgrad, patientens psykiske tilstand og hans samlede behandlingsbehov er det imidlertid Retslægerådets opfattelse, at det ud fra rent lægelige hensyn må frarådes at straffen fuldbyrdes.

Justitsministeriets beslutning: Følger Retslægerådets indstilling.

## Kommentar

Som det fremgår af ovenstående, har Retslægerådet i flere tilfælde, hvor der foreligger en alvorlig somatisk sygdom, ikke fundet tilstrækkelige holdepunkter for, at strafafsoning vil indebære risiko for alvorlig helbredsforringelse. Justitsministeriets supplerende spørgsmål om, hvorvidt det i øvrigt ud fra lægelige hensyn må frarådes at straffen fuldbyrdes, er af nyere dato. Dette suppleringsspørgsmål har, som det fremgår af de refererede sager, åbnet mulighed for en mere nuanceret lægelig vurdering, som i nogle tilfælde har medført, at en ansøgning om benådning er imødekommet. De citerede sager illustrerer også, at der i sager vedrørende somatiske sygdomme kan være psykiatriske komponenter i sygdomsbilledet, som i sig selv kan motivere benådning.

## VI. Mikroskopisk vævsprøveundersøgelse

Den stadige udbygning af sundhedsvæsenet medfører tidligere læge-patientkontakt med deraf følgende behov for stadig mere sofistikerede undersøgelsesmetoder, herunder f.eks. mikroskopisk vævsprøveundersøgelse. Den stigende anvendelse af disse undersøgelsesprocedurer er formentlig den direkte årsag til, at et stigende antal af sådanne sager har været forelagt Retslægerådet, hvorfor det kan være rimeligt at give en oversigt over de seneste sager, som har været behandlet i Retslægerådet.

### Tilfælde 1

En 62-årig mand blev indlagt på en lungekirurgisk afdeling efter opkastning af blod. Den 17.02. foretoges kikkertundersøgelse med udtagelse af vævsprøver fra en overlaps-luftrørgren. Den mikroskopiske undersøgelse viste, at der i en af de tre små vævsprøver fandtes et svulstvæv af såkaldt clearcelletype. Svulstvævet blev opfattet som formentlig primært, selv om udsæd fra en kræftsvulst i nyre ikke kunne udelukkes. Den 19.03. foretoges ny kikkertundersøgelse med prøvetagning, men der fandtes ingen ondartede forandringer. Ved røntgenundersøgelse påvistes en "plet" i venstre lunge, og den 29.04. blev der foretaget operativ fjernelse af venstre lunges overlap. I operationspræparatet fandtes ingen ondartede forandringer. Postoperativt tilstødte der en infektion (legionærsyge), og patienten døde den 16.06 (E 5763).

Forelæggelsen for Retslægerådet vedrørte den mikroskopiske undersøgelse af de første vævsprøver. Chefen på det patologiske institut havde i sin erklæring anført, at det påviste ondartede væv formentlig var tilblanding, som var sket under præparationen.

Sagen blev forelagt af Sundhedsstyrelsen, som spurgte, om der efter Retslægerådets opfattelse var begået fejl eller udvist forsømmelighed på det patologiske institut.

Af sagens akter fremgik det, at det patologiske institut havde haft mistanke om, at det ondartede væv kunne være en tilblanding, opstået under præparationen. Institutet havde bl.a. foretaget dybere snit i blokkene, udspurgt laboranterne m.v., inden afgivelse af diagnose. Ved beskrivelsen og diagnosen nævnte det patologiske institut ikke muligheden for tilblanding over for kirurgerne. Retslægerådet var enig i, at der fandtes kræftvæv i det ene snit.

Retslægerådet svarede:

Det fremgår af sagens akter, at patienten blev henvist til kikkertundersøgelse i luftvejene på grund af blodigt opspyt og en skygge på røntgenbillederne opadtil i venstre lunge. Der var således en klar indikation for at foretage en kikkertundersøgelse, og ved denne undersøgelse fandtes en frisk blødning fra en luftrørgren i venstre lunge. I en af de to udtagne vævsprøver påvistes kræftceller. På dette grundlag blev patienten opereret og fik fjernet overlappen af venstre lunge. Det er Retslægerådets opfattelse, at

det operative indgreb var velindiceret og udført korrekt. Ved en efterfølgende undersøgelse af det fjernede lungevæv og ved den senere obduktion kunne mistanken om en ondartet svulst i venstre lunge ikke bekræftes. Den i sagen beskrevne undersøgelsesprocedure på det patologiske institut sandsynliggør, at der under præparationen af de udtagne prøver må være sket en tilblending af svulstvæv fra en anden patient. Dette må anses for at være et meget sjældent forekommende, men hændeligt uheld, og det er Retslægerådets vurdering, at der ikke er begået fejl eller udvist forsømmelighed i forbindelse med undersøgelsen af vævsprøven på patologisk institut.

Det fremgår af sagens akter, at lægerne på patologisk institut allerede i forbindelse med den første undersøgelse af vævsprøverne fik mistanke om, at der kunne være tale om en tilblandet vævsprøve. Efter Retslægerådets opfattelse er det udtryk for et fejlskøn, som dog ikke efter Rådets opfattelse kan betegnes som fejl eller forsømmelighed, at lægerne ved patologisk institut ikke gjorde lægerne ved thoraxkirurgisk afdeling opmærksomme på denne mulighed, således at dette forhold kunne være taget i betragtning ved beslutningen om operation.

Efter modtagelsen af Retslægerådets svar udtalte Sundhedsstyrelsen: På grundlag af sagens oplysninger finder Sundhedsstyrelsen efter en samlet vurdering, at lægerne på patologisk institut ved mistanke om tilblending af svulstvæv fra en anden patient burde have gjort lægerne ved thoraxkirurgisk afdeling opmærksom på denne mulighed. Sundhedsstyrelsen finder imidlertid, at denne undladelse ikke kan betegnes som forsømmelighed i lægelovens forstand. Sundhedsstyrelsen finder dog anledning til at beklage, at denne underretning ikke er sket.

Såfremt politimesteren kan tiltræde Sundhedsstyrelsens vurdering i sagen, agter Sundhedsstyrelsen at afslutte sagen med den foreslåede beklagelse til den for patologisk-anatomisk afdeling ansvarlige overlæge.

## Tilfælde 2

En 27-årig kvinde blev hos en praktiserende gynækolog den 01.10. undersøgt for øget udflåd. Der blev foretaget mikroskopisk undersøgelse af et udstrygningspræparat fra livmodermunden hos en praktiserende speciallæge i patologisk anatomi. Patologen fandt den 11.10. atypiske celler, og vævsprøvetagning den 05.11. fra livmodermunden viste forandringer svarende til papillifer erosion, atypisk pladeepithelmetaplasi og fokal let til moderat epitheldysplasi (såkaldte celleforandringer). Ved fornyet undersøgelse af vævsprøver den 12.02. det følgende år stilledes diagnosen obs. for cervicalt adenocarcinom in situ (begyndende kræft i livmoderhalsen), og patologen tilrådede keglesnit. (E 5881).

Patienten blev indlagt på en gynækologisk afdeling, og hospitalets patologer fandt ved en rutinegennemgang at de tidligere præparater, at der var tale om manifest kræft i livmoderhalsen. Den 07.03. blev der foretaget keglesnit, og der fandtes herved fuldt udviklet kræft, hvorfor der den 18.03 blev foretaget operativ fjernelse af hele livmo-

deren m.v. I operationspræparatet fandtes små mængder svulstudsæd i to lymfeknuder. Der blev institueret strålebehandling.

Sagen blev forelagt Retslægerrådet til vurdering af, om den praktiserende patolog havde begået lægelig fejl eller udvist manglende omhu i det nævnte tilfælde.

Retslægerrådet havde lejlighed til at gennemse de aktuelle histologiske præparater, og Rådet var enig med hospitalspatologerne i, at der i præparaterne fra den 12.02. var manifest kræft.

Rådet svarede således:

Ved sagens tilbagesendelse skal Retslægerrådet udtale, at Rådet finder, at der i præparaterne fra den 05.11. kan påvises begyndende, muligvis fuldt udviklet kræft i livmoderhalsen, og at præparaterne fra den 12.02. det følgende år burde være diagnosticeret som fuldt udviklet kræft. Ved ikke at diagnosticere præparatet fra den 05.11. som anført, har den praktiserende patolog gjort sig skyldig i et fejlskøn; men Rådet finder ikke, at der er tale om en lægelig fejl, eller at der er udvist manglende omhu.

Det kan efter Rådets skøn ikke udelukkes, at de tre måneders forsinkelse af den rette diagnose har haft betydning for, at der er optrådt to små områder med svulstudsæd i de regionale lymfeknuder.

Efter modtagelsen af Retslægerrådets responsum udtalte Sundhedsstyrelsen:

På baggrund af Sundhedsstyrelsens undersøgelse af sagen, har Sundhedsstyrelsen fundet, at patologen har vist manglende omhu, jvf. lægelovens § 6, ved ikke i beskrivelsen af vævsprøverne fra 05.11. at have beskrevet de udtalte cellulære ondartede forandringer, hvilket Sundhedsstyrelsen finder bør beklages over for patologen.

Patientklagenævnet var enig med Sundhedsstyrelsen og beklagede hændelsesforløbet over for patologen.

### Tilfælde 3

Sagen vedrører en 76-årig mand, som den 20.02 blev indlagt på sygehus med vægttab, kvalme og smerter opadtil i maveregionen. Herudover påvistes forhøjet blodtryk. Der blev foretaget kikkertundersøgelse af mavesækken med vævsprøvetagning. Det patologiske institut modtog næsten samtidig en vævsprøve fra mavesækken fra en anden person med samme efternavn og samme alder. Den sidstnævnte patient havde mavekræft, som senere viste sig at være inoperabel, medens den førstnævnte patient ikke havde kræft. Ved reservelægens beskrivelse af de to vævsprøver skete der en ombytning, således at kræftdiagnosen blev tillagt den førstnævnte patient, som derefter fik foretaget fuldstændig fjernelse af mavesækken. Først ved undersøgelse af operationspræparatet blev det klart, at den pågældende ikke havde kræft. Ved undersøgelse af den fjernede mavesæk fandtes spredte små, godartede polypper, men ingen tegn på kræft. (E 6292).

I instituttets vejledning til de yngre læger er det understreget, at lægen har ansvar for, at der ikke sker forbytning, og konsekvenserne af forbytning er understreget klart i instruktionen.

Retslægerådet blev af Sundhedsstyrelsen spurgt, om den pågældende yngre læge havde gjort sig skyldig i grovere forsømmelse og skødesløshed ved ikke at sikre patientidentifikation inden diktat af histologiske diagnoser.

Retslægerådet svarede:

Ved sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet udtale, at det i afdelingens instruks for yngre læger er indskærpet, at den læge, der foretager mikroskopisk undersøgelse af vævsprøver, er ansvarlig for, at der ikke sker forbytning, ligesom den mulige konsekvens af forbytning understreges.

Det er herefter Retslægerådets opfattelse, at den yngre læge har gjort sig skyldig i grovere forsømmelse eller skødesløshed ved ikke at sikre sig patientidentiteten inden afgivelse af de histologiske diagnoser.

Efter modtagelsen af Retslægerådets responsum udtalte Sundhedsstyrelsen: Efter foretagen undersøgelse af sagen finder Sundhedsstyrelsen, at reservelægen ved diktat af mikroskopibeskrivelser og diagnoser burde have sikret sig patientens identitet i henhold til afdelingens instruks. Ved at undlade dette og ved ikke senere at kontrollere, at beskrivelser og diagnoser nøje blev relateret til de respektive, korrekte patienter, finder Sundhedsstyrelsen, at reservelægen har gjort sig skyldig i grovere forsømmelse, og man finder derfor, at der over for reservelægen bør rejses tiltale for overtrædelse af lægelovens § 18. Såfremt anklagemyndigheden finder, at der ikke er grundlag for en tiltalerejsning, skal Sundhedsstyrelsen henstille, at der meddeles den pågældende læge en alvorlig disciplinær tilrettevisning i medfør af lægelovens § 6.

Anklagemyndigheden fulgte Sundhedsstyrelsens forslag, og ved en underrettsdom blev reservelægen kendt skyldig i overtrædelse af lægelovens § 18 og idømtes en bøde på 2.000 kr (forvandlingsstraf hæfte i 4 dage).

#### **Tilfælde 4**

En 32-årig mand var indlagt på kirurgisk afdeling på grund af hævelse af højre testikel. Hævelsen var lokaliseret til testiklens nedre pol, hvilket konfirmeredes ved ultralydundersøgelse. Finnålsaspirat viste uegnet materiale, og den 13.09. foretoges eksploration med vævsprøvetagning. Der foretoges kileudskæring af væv fra bitestiklen, og testiklen og vævet blev sendt til frysemikroskopisk undersøgelse under diagnosen: "Tumor (svulst) svarende til højre testikels nedre pol". Frysesnitsundersøgelsen blev foretaget af en speciallæge på et patologisk institut, og diagnosen blev angivet som: Seminom (kræftsvulst) af klassisk type. Herefter foretoges hemikastratio. Ved undersøgelsen af de paraffinindstøbte kontrolsnit viste det sig, at der ikke fandtes ondartede forandringer. Der var svær akut og kronisk bitestikelbetændelse (E 6417).



Patologen har gjort gældende, at han havde opfattet materialet som hidrørende fra testiklen og ikke som et stykke af bitestiklen. Han har endvidere anført, at det ikke er muligt at skelne en betændelsestilstand i bitestiklen fra et seminom (kræftsvulst) i testiklen i et frysensnit.

I første omfang blev Retslægerådet forespurgt, om der var begået fejl eller udvist manglende omhu i forbindelse med de ovenfor anførte sagsforløb. Retslægerådet blev samtidig spurgt om, hvor ofte en kronisk bitestikelbetændelse fejldiagnostiseres til at være et seminom (kræftsvulst) ved frysnitundersøgelse.

Retslægerådet svarede 16.10.:

Ved operationen den 13.09 fandt reservelægen forandringer i højre testikel, som klinisk gav mistanke om kræft. Med kniv fjernede han rigeligt væv fra processen, og sendte det til frysnitmikroskopi. På henvisningssedlen skrev han "tumor (svulst) svarende til højre testikels nedre pol, obs. malignitet (kræft)". Det patologiske instituts læger svarede over samtaleanlæg "klassisk seminom", og derfor fjernede kirurgen testiklen. Kirurgen har ikke begået fejl eller udvist manglende omhu. Frysensnitsdiagnosen "seminom (kræftsvulst) af klassisk type" blev afgivet af den ansvarshavende patolog-anatom, og han fandt ved mikroskopi af paraffinsnittene den 18.09., at den rigtige diagnose var bitestikelbetændelse, hvilket han straks meddelte til den kirurgiske afdeling. Frysensnitsdiagnosen ved testikelkræft er ikke 100% sikker. I dette tilfælde har patologen/patologerne skønnet forkert. De har ikke begået fejl eller udvist manglende omhu.

Retslægerådet har ikke eksakte oplysninger om, hvor hyppigt bitestikelbetændelse fejldiagnostiseres som seminom (kræft) ved frysensnitundersøgelse.

Den foreliggende variation mellem frysensnit og paraffinsnit ligger inden for det sædvanlige setes rammer, og der er intet, der tyder på forkert præparationsteknik.

Sagen blev atter forelagt Retslægerådet af Sundhedsstyrelsen, idet der nu stilledes nogle konkrete spørgsmål:

1. Kan det efter Rådets opfattelse lægges til grund, at de suspekterede forandringer hos denne patient forud for operationen mest sandsynligt mentes lokaliseret til bitestiklen, jfr. journalnotater samt oplysninger givet på rekvisition af cellediagnostisk undersøgelse, jfr. også erklæring af 19.03. fra den ansvarshavende patolog.

Svar: Patologen har i erklæring af 19.03 skrevet, at oplysninger om, at de suspekterede forandringer hos patienten forud for operation mest sandsynligt mentes lokaliseret til bitestiklen forelå for ham ved afgivelsen af svar på frysensnitmikroskopi. Imidlertid kan dette næppe "lægges til grund", da rekvisitionen af 13.09. betegnede vævet som "tumor (svulst) svarende til højre testikels nedre pol, obs. malignitet (kræft)".

2. Kan det efter Rådets opfattelse lægges til grund, at operatøren den 13.09. bedømte det fjernede, til frysemikroskopi fremsendte materiale, som omfattende både bitestiklen og testiklen, jfr. journalnotat samt senere erklæring fra reservelægen.

Svar: Det er ikke direkte anført i operationsbeskrivelsen af 13.09. i journalen, at der er udtaget væv fra bitestiklen, hvilket derimod er anført i reservelægens senere erklæring. Operationsbeskrivelsen må være det væsentlige, og den svarer til det på rekvisitionen anførte. Forholdene kan ikke "lægges til grund".

3. Ville oplysninger om, at det fremsendte væv repræsenterede såvel bitestiklen som testiklen have været af betydning for den patologisk-anatomiske vurdering af de fremstillede frysesnit?

Svar: Ja, formentlig ville det "have været af betydning", men teoretisk var der også den mulighed, at et seminom (kræftsvulst) var vokset ind i bitestiklen, selv om dette ret sjældent forekommer ved det rene, "klassiske" seminom (kræftsvulst).

4. Ville det, henset til at testiklen palpatorisk og ved ultralydsundersøgelse var fundet normal, have været mest korrekt at undlade ablatio (kirurgisk fjernelse) i første seance, dersom diagnosen kronisk bitestikelbetændelse over for diagnosen seminom (kræft) ikke kunne afgøres af patologerne på de forelagte frysesnit?

Svar: Et noget teoretisk, kirurgisk spørgsmål, da patologisvaret på frysesnit jo netop utvetydigt var "seminom (kræftsvulst) af klassisk type".

5. Burde patologen/patologerne have søgt lokaliseringen nærmere bekræftet via samtaleanlægget, henset til at diagnosen seminom (kræft) patologisk-anatomisk kan forveksles med diagnosen bitestikelbetændelse i frysesnit?

Svar: Nej, med den formulering, der er anvendt på rekvisitionen "tumor (svulst) svarende til højre testikels nedre pol, obs. malignitet (kræft)" var der ingen grund til, at patologen skulle søge yderligere oplysninger.

6. Hvorledes finder Rådet, at det bedst sikres, at fejlagnostik som den aktuelle kan undgås?

Svar: Spørgsmålet er omfattende og kan næppe besvares udtømmende. Hvis der er mulighed for det og kapacitet til det, kan patologen tilkaldes til operationen og under operationen konferere med kirurgen om vævsvurderingen inden vævsudtagelsen.

7. Var det efter Rådets opfattelse manglende omhu, at reservelægen ikke på henvisningssedlen eller over samtaleanlægget redegjorde for, at det fjernede væv stammede fra såvel bitestiklen som testiklen, jfr. de af den ansvarlige patolog i erklæring af 19.03. anførte betragtninger.

Svar: Nej, jfr. Retslægerådets udtalelse af 16.10.

8. Var det efter Retslægerådets opfattelse manglende omhu, at patologerne ikke søgte nærmere oplysning om vævslokaliseringen via samtaleanlæg, da de på frysensnit stillede diagnosen: Seminom (kræft), som i frysensnit kan forveksles med kronisk bitestikelbetændelse.

Svar: Nej.

Sundhedsstyrelsens vurdering var, at den opererende reservelæge havde vist manglende omhu, da han alene oplyste patologerne om, at det fremsendte væv repræsenterede testiklen. For såvidt angår den patologiske vurdering af præparaterne, har styrelsen ikke fundet anledning til kritik heraf, idet patologerne berettiget burde kunne gå ud fra, at kirurgens angivelser er korrekte.

Patientklagenævnet fandt, at den opererende reservelæge udviste manglende omhu, da han alene oplyste patologerne om, at det fremsendte væv repræsenterede testiklen, hvilket Patientklagenævnet meddelte den pågældende.

For så vidt angik den patologiske vurdering af præparaterne, var det Patientklagenævnets generelle opfattelse, at patologerne berettiget burde kunne gå ud fra, at kirurgens angivelser var korrekte. Patientklagenævnet fandt dog, at det i den her foreliggende situation havde været ønskeligt, om overlægen på det patologiske institut, under hensyn til den store forvekslingsmulighed, havde været opmærksom på at sikre sig, hvorfra præparatet stammede, hvilket Patientnævnet meddelte overlægen.

## Tilfælde 5

Det drejer sig om en 40-årig kvinde, som den 29.03. fik fjernet en svulst i venstre bryst på et sygehus. Svulsten kom til frysensnitsmikroskopi, som blev foretaget af en overlæge på det patologiske institut. Herved stilledes diagnosen: Colloidt carcinom (kræft), men i de senere fremstillede paraffinsnit viste det sig, at det drejede sig om en godartet svulst (fibroadenom). Resultatet af frysensnitsmikroskopien bevirkede, at patienten fik venstre bryst fjernet samme dag. (E 6603).

Det er senere oplyst, at patienten havde haft knuden i brystet i 18 år, og at hun gennem mange år havde været kontrolleret på en specialafdeling i et andet amt, men at hun på grund af bopælsændring nu var blevet undersøgt af en praktiserende speciallæge i kirurgi, som havde henvist hende til sygehuset.

Retslægerådet fik sagen fremsendt fra Sundhedsstyrelsen, som stillede nedenstående spørgsmål:

1. Har patologen i sin diagnostik optrådt med tilstrækkelig omhu?
2. Har kirurgen ved ikke at have oplyst patologen om tumors langvarige tilstedeværelse og de negative/ukarakteristiske forundersøgelsesresultater været tilstrækkelig samvittighedsfuld?

Retslægerådet svarede:

Ad spm. 1) Det er en erfaring, at frysesnitsdiagnoser er behæftede med en større usikkerhed end diagnoser, som er baseret på undersøgelser af paraffinsnit, idet kvaliteten af de førstnævnte præparater almindeligvis er dårligere end paraffinsnitspræparater. Det skyldes, dels at selve skæringen af det frosne væv er vanskeligere, dels at kuldepåvirkningen kan forårsage lidt kernepolymerfi, som kan fejltolkes. Den aktuelle svulst viste sig at være et myxoidt fibroadenom (godartet svulst), som er en ret sjælden svulstform, og hvor differentialdiagnosen over for colloidt carcinom (kræft) kan være vanskelig, selv under optimale forhold. På basis af det foran nævnte er det Retslægerådets opfattelse, at patologen har foretaget et fejlskøn.

Ad spm. 2) Det fremgår, at svulsten havde været til stede i ca. 18 år, at den kliniske undersøgelse (palpation) ikke umiddelbart tydede på malignitet (ondartethed), ligesom mammografien (røntgenundersøgelse) heller ikke umiddelbart gav mistanke om malignitet (ondartethed), omend vurderingen var vanskelig på grund af tæt kirtelvævsstruktur. Efter Retslægerådets opfattelse må en kirurg, som under de nævnte omstændigheder ønsker at benytte frysesnitsdiagnostik, informere patologen om såvel de anamnesticke som de objektive forhold forud for indgrebet.

Sundhedsstyrelsen foretog efterfølgende en vurdering af sagen og fandt, at den ansvarlige kirurgiske overlæge, som den opererende 1. reservelæge konfererede med, burde have vejledt operatøren bedre og herunder påpeget muligheden for en nærmere drøftelse mellem kirurg og patolog.

Sundhedsstyrelsen anbefalede således, at der blev meddelt den ansvarlige overlæge en beklagelse, jfr. lægelovens § 6. Sundhedsstyrelsen fandt derimod ikke noget kritisabelt i 1. reservelægens eller patologens behandling af sagen.

Patientklagenævnet fulgte Sundhedsstyrelsens forslag og meddelte den ansvarlige overlæge en beklagelse, men derudover fandt Patientklagenævnet det tillige kritisabelt, at hele det kliniske billede ikke var blevet drøftet mellem den opererende 1. reservelæge og patologen, hvilket Patientklagenævnet beklagede over for de pågældende.

## Kommentar

De 5 foran omtalte sager har det til fælles, at de alle vedrører forhold i forbindelse med mikroskopiske vævsundersøgelser, hvor diagnosen i forhold til patienten af den eller anden grund har været forkert.

I forbytnings sagen statueres det klart, at en underordnet læge har et selvstændigt ansvar, såfremt afdelingens ansvarlige ledelse har udformet skriftlige retningslinier for arbejdsgangen på afdelingen.

I 3 af sagerne henføres det uheldige udfald af sagerne, i hvert fald i nogen grad, til manglende kommunikation mellem klinikerne og patologerne, og dette påtales klart i disse tilfælde med "misbilligelser" til begge parter.

Endelig noteres det, at Patientklagenævnet i et par sager anlægger en strengere vurdering end Sundhedsstyrelsen.

## VII. Bestående graviditet efter abortindgreb

37-årig kvinde får foretaget legal svangerskabsafbrydelse og samtidig sterilisation gennem kikkertarrangement. Er på operationstidspunktet i 8. uge. Indgrebene umiddelbart ukomplicerede, men der er kun sparsomt abortvæv at fjerne. Mikroskopien af det fjernede væv viser graviditetspåvirket slimhinde, men intet moderkage eller fostervæv (A30.781).

Blødte meget lidt efter indgrebet og følte sig stadig gravid. Søgte læge flere gange inden for de følgende måneder, men der gik lang tid, før det blev konstateret, at patienten stadig var gravid.

I 19. uge blev der "igen" foretaget legal svangerskabsafbrydelse. Havde svære psykiske problemer under den langvarige abortproces, hvor hun selv måtte abortere fosteret, før der blev foretaget udskrabning. Livmoderen fandtes herved bicorn med en skillevæg i den øverste del af hulrummet. Efter aborten var tilværelsen et mareridt med natlige angstvoldende drømme og spekulationer omkring det rigtige eller forkerte i at få foretaget den sene abort.

Socialt oplystes det om patienten, at hun er bortadopteret som helt lille og opvokset hos sin adoptivmoder, som var børnehaveleder. Senere psykisk chokeret i anledning af kontakt i arvesag efter hendes biologiske fars død. Uddannet som maler. 19 år gammel udsat for et meget alvorligt psykisk traume. Stærkt psykisk påvirket herefter med angstanfald og besvimelsesanfald, nedsat arbejdskapacitet. Fødte en søn i 1972, men levede i øvrigt alene i en årrække. Gift kortvarigt med drikfædlig og voldelig ægtemand og herefter alene igen.

Psykisk beskrevet som følsom, sårbar og nærtagende, selvusikker. Er ved psykiatrisk samtale godt 1½ år efter aborten beskrevet som rolig stilfærdig, reel og realistisk. Velbegavet med selvindsigt, men grædende, fortvivlet og med skyldfølelse under samtale om de belastende forhold, hun har været igennem.

Til Retslægerådet er der stillet en række spørgsmål. Retslægerådet har svaret på de enkelte spørgsmål som følgende:

### Spørgsmål A

Kan det med sikkerhed fastslås, at årsagen til sagsøgerens psykiske problemer er den fejlslagne abort den 2.04.1987, herunder det senere forløb med endelig abort den 13.06.1987?

### Svar

Det er kendt, at provokeret abort kan forværre i forvejen tilstedeværende psykiske problemer. Et abortforløb, som det i sagen forekommende med en fejlslagen abort den 2.04.1987 og først en endelig sen abort den 13.06.1987, må antages at være langt mere psykisk belastende end en hurtigt afsluttet tidlig abort.

Retslægerrådet finder det derfor overordentlig sandsynligt, at en væsentlig årsag til sagsøgerens psykiske problemer efter den 13.06.1987, er den fejlslagne abort.

Spørgsmål B

Kan der ud fra de foreliggende oplysninger udledes noget nærmere om sagsøgerens psykiske tilstand inden abortforsøget den 2.04.87?

Svar

Det fremgår af den foreliggende speciallægeerklæring af 5.12.1988, at XX inden abortindgrebet led af en karakterneurose med angstneurotiske træk.

Spørgsmål C

Må det antages, at forløbet ville have været anderledes, såfremt abortindgrebet den 2.04.87 var lykkedes?

Svar

Et abortindgreb foretaget tidligt i graviditeten, følges i de fleste tilfælde kun af lettere, forbigående psykiske symptomer. Et sent abortindgreb (efter 16. uge) følges hyppigere af psykiske symptomer. Et abortindgreb, som det i nærværende sag passerede, bestående i et mislykket første indgreb, en længere periode hvor det ikke konstateres, at graviditeten fortsætter og endelig et sent, langvarigt og belastende abortindgreb, er teoretisk stærkt psykisk belastende. I henhold til den foreliggende undersøgelse den 3.12.1988 fremgår det også, at forløbet har været stærkt psykisk belastende for XX. Det er Retslægerrådets vurdering, at forløbet ville have været langt mindre belastende, såfremt abortindgrebet den 2.04.1987 var lykkedes.

Spørgsmål D

Retslægerrådet bedes oplyse, hvor hyppigt det forekommer, at et abortindgreb må gentages efter ca. 2½ måneds forløb, fordi det første indgreb ikke er lykkedes.

Svar

Der foretages ca. 20.000 provokerede abortindgreb årligt i Danmark. Der findes ikke offentliggjort statistik, der kan besvare spørgsmål D, men Sundhedsstyrelsens personnummerbaserede abortregister ville formentlig kunne oplyse antallet, hvis der blev udarbejdet et specielt program hertil. På grundlag af enkeltmeddelelser og kliniske erfaringer kan det årlige antal i Danmark anslås til at være meget lille, formentlig mindre end 10.

Spørgsmål E

Kan det forhold, at den provokerede abort den 2.04.1987 ikke lykkedes betegnes som en faglig fejl?

## Svar

Retslægerådet finder, at det må betegnes som en faglig fejl, at indgrebet den 2.04.1987 ikke blev gennemført med total abort til følge, og at den efterfølgende kontrol ikke afslørede, at XX stadig var gravid.

## Spørgsmål F

Med henvisning til speciallægeerklæring af 5.12.1988 ønskes oplyst, om Retslægerådet kan tilslutte sig de stillede diagnoser, nemlig, 1) angstneurose, 2) karakterneurose, 3) psykogen depression.

## Svar

Retslægerådet kan tilslutte sig den i speciallægeerklæring af 5.12.88 angivne diagnostisering, efter hvilken XX habituel er præget af en karakterneurotisk tilstand med tilbøjelighed til dekomensation i form af angstneurotiske symptomer, og at hun for tiden desuden er lidende af en såkaldt psykogen depression.

## Spørgsmål G

Særligt med henvisning til det overgreb, sagsøger var udsat for som 19-årig, ønskes oplyst, om sagsøger efter dette tidspunkt kan betegnes som særlig psykisk skrøbelig og præget af let vakt angst.

## Svar

På grundlag af nævnte speciallægeerklæring må spørgsmålet, om XX efter overgrebet som 19 årig kan betegnes som særlig psykisk skrøbelig og præget af let vakt angst, besvares bekræftende.

## Spørgsmål H

Er der holdepunkter for, at sagsøgers reaktion efter andet abortindgreb i væsentlig grad kan tilskrives den diagnosticerede habituelle neurotiske tilstand?

## Svar

Der henvises til 1. sætning i svaret på spørgsmål A.

## Spørgsmål I

Finder Retslægerådet - som anført i den psykiatriske erklæring af 5.12.1988, s. 10 - at der består behandlingsmuligheder for sagsøger?

## Svar

Der må antages principielt at bestå behandlingsmuligheder.



**Spørgsmål J**

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt det sker, at et abortindgreb må gentages, fordi det første indgreb ikke lykkedes.

**Svar**

Som anført i svaret på spørgsmål D er det meget sjældent, at en graviditet udvikler sig videre efter et abortindgreb, der således er mislykkedes. Derimod ses relativt hyppigt, at udsugning eller udskrabningen må gentages, fordi den første udsugning eller udskrabning ikke har været sufficient. Blandt de 20.459 abortindgreb der blev anmeldt til Sundhedsstyrelsen i 1988, måtte der foretages gentaget indgreb i 336 tilfælde.

**Obstetrisk kommentar**

Abortus provocatus-indgrebet er et potentielt kompliceret indgreb. I ca. 1½% af indgrebene er proceduren ikke udført sufficient. Dette vil i langt de fleste tilfælde på grundlag af kompliceret efterforløb føre til et nyt indgreb, der endelig afslutter graviditeten. I et meget lille antal tilfælde fortsætter graviditeten imidlertid og symptomerne kan være så vage, at graviditeten risikerer at fortsætte uerkendt i et stykke tid. Det er Retslægerådets vurdering, at der bør foretages kontrol efter ethvert abortindgreb enten på den opererende afdeling eller hos patientens egen læge eller i en aftalt samarbejdsprocedure mellem disse 2 instanser. Kontrollen bør bestå i gynækologisk undersøgelse og hvis denne ikke med sikkerhed er normal, da yderligere ved ultralydsscanning og/eller kontrol af HCG-udskillelsen i urinen. Retslægerådet vil i almindelighed ikke betragte det som en lægelig fejl, at der må foretages reevacuation efter et abortus provocatusindgreb, men såfremt en graviditet fortsat udvikler sig i længere tid efter et abortindgreb og der ikke har været iværksat relevante kontrolundersøgelser, vil Retslægerådet generelt vurdere dette som forårsaget af en lægefaglig fejl.

**Psykiatrisk kommentar**

Patientens karakterneurotiske tilstand, som er omtalt i svar på spørgsmål B, må antages i væsentlig grad at have øget faren for alvorlig psykisk reaktion på det fejlslagne abortindgreb og forklarer, omend kun delvis, at hun umiddelbart overgik i en depressiv tilstand, der måtte antages behandlingskrævende. Retslægerådet ønsker dog at betone, at også kvinder uden karakterneurotiske træk kunne have reageret på samme vis på et lignende kompliceret operationsforløb.

Retslægerådet er blevet gjort bekendt med, at en af patienten mod sygehusejeren anlagt erstatningssag er afsluttet med et forlig, hvorom forslag stilledes af byretten.

Den 12.04.1991 accepterede hun en méngodtgørelse på 20.000 kr med procesrenter fra 2.04.1987 (méngrad 8%).

## VIII. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Denne lov, benævnt psykiatriloven, trådte i kraft den 01.10.89. Der var da tvivl om, i hvilket omfang Retslægerrådet ville blive inddraget efter indførelsen af nyt klagesystem (se Retslægerrådets årsberetning 1988).

I 1990 blev i alt 126 sager om frihedsberøvelse forelagt rådet fra landets domstole, overvejende vedrørende tvangstilbageholdelse. I årene forud var antallet omkring 300 - i 1989 således 321. Der er uens fordeling mellem retterne - flest fra Københavns byret og retten i Århus.

Det er endnu usikkert, om det langt mindre antal sager i 1990 til høring i rådet er udtryk for færre klagesager, eller om domstolene er tilbageholdende med at høre rådet - med uens praksis.

I de allerfleste sager godkender retten hospitalets indstilling om frihedsberøvelse, således som det også var tilfældet efter den gamle lov.

Ventetiden på domstolsafgørelse tegner sig som et problem. Det er endnu ikke lykkedes at leve op til tanken om hurtig sagsbehandling ved den direkte forelæggelse for retten. Adskillige ugers ventetid er ikke usædvanligt. Det er særligt uheldigt, hvis frihedsberøvelsen består.

Forelæggelsen for Retslægerrådet er selvsagt medvirkende til forsinkelsen, men rådet behandler som tidligere disse sager omgående med normalt 2 voterende medlemmer.

Patientklagenævnene, som behandler anden form for tvang som tvangsbehandling og tvangsfiksering, synes foreløbig ikke eller kun i enkelte tilfælde at indhente udtalelse fra rådet. I sjældne tilfælde kan der tilsyneladende være uoverensstemmelse mellem patientklagenævn og domstol. I en sag fra 1990 havde et regionalt klagenævn således ikke fundet grundlag for tvangsbehandling af en manisk patient, medens Retslægerrådet tiltrådte hospitalets indstilling af tvangstilbageholdelse.

Farlighedsdekreter ifølge lovens § 40-41 er omtalt særskilt i denne årsberetning.

I det følgende refereres først 3 typiske frihedsberøvelsessager ganske overvejende ved Retslægeråds-udtalelsen, som tilstræber at være et koncentrat af sagens vigtigste forhold.

### Tilfælde 1 (A 30650)

En overlæge indberetter 28.12.89 en tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation. Retten hører 04.01.90 Retslægerrådet, som 17.01. afgiver følgende udtalelse:

"Ved sagens tilbagesendelse skal retslægerrådet på grundlag af lægeerklæring af 28.12.89 fra X-hospital om Y udtale, at hun i juni 1989 var indlagt på grund af forfølgelsesforestillinger og selvmordsforsøg. Aktuelle indlæggelse skete frivilligt den 15.12.89. I afdelingen beskrives hun som svært sindssyg, usamlet, stemningssvingende fra opstemthed til gråd, angstpræget, motorisk urolig, smider med inventar, er person-

lighedsforvekslende og virker hallucineret. Da Y er sindssyg, omend den nærmere diagnose ikke lader sig stille på det foreliggende, og da udskrivning for nærværende væsentligt vil forringe udsigterne for helbredelse eller afgørende og betydelig bedring, skal rådet anbefale, at hun mod sin vilje tilbageholdes i psykiatrisk afdeling".

Ved dom af 14.02.90 fandt retten, at tvangstilbageholdelsen havde været lovlig. Den ophørte i øvrigt 9.01.90. Dommen henviste til overlægens og Retslægerådets erklæring samt til oplysninger i retten fra patienten og dennes patientrådgiver.

### **Tilfælde 2 (A 30881)**

En overlæge indberetter i erklæring af 18.04.90 en tvangstilbageholdelse på både farligheds- og behandlingsindikation. Der vedlægges kopi af tvangsendlæggelsespapirerne og tvangsprotokollen. Retten fremsender 24.04. sagen til Retslægerådet, som 04.05. afgiver følgende udtalelse:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af erklæring af 18.04. d.å. med bilag fra overlæge Z om X udtale, at han i efteråret 1989 var indlagt på psykiatrisk hospital, hvor han frembød klare psykotiske symptomer. Han blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin med afgørende bedring af hans tilstand til følge. Aktuelt blev han den 8.04. d.å. tvangsendlagt i medfør af psykiatrilovens § 5 efter bl. a. at have foretaget et selvmordsforsøg, ligesom han havde bevæbnet sig med kniv. Han er under indlæggelsen fundet svært psykotisk, bl. a. præget af omfattende vrangforestillinger. Han er forpint af sin tilstand og hertil periodisk truende og aggressiv, ligesom han har foretaget selvbeskadigende handlinger. Medikamentel antipsykotisk behandling er påbegyndt mod hans vilje, men behandlingen har endnu ikke afgørende bedret hans tilstand. Idet X er sindssyg og udskrivning for nærværende efter Retslægerådets opfattelse væsentligt vil forringe udsigterne for hans helbredelse eller for betydelig og afgørende bedring af hans tilstand, ligesom han må antages fortsat at frembyde en nærliggende fare for sig selv eller andre, skal rådet anbefale, at han nægtes udskrivning".

Sagen blev afsluttet uden realitetsbehandling den 18.05.90, idet patienten tilbagekaldte sin klage.

### **Tilfælde 3 (A 31174)**

En overlæge indberetter 14.09.90 en klage over både tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse. Videre sendt 03.10.90 fra retten til Retslægerådet, som 17.10. afgav følgende udtalelse:

"Med tilbagesendelse af sagen vedrørende X, om hvem Retslægerådet tidligere har afgivet en række udtalelser vedrørende hans psykiske tilstand, senest af 26.08.87, hvoraf kopi vedlægges, skal Retslægerådet på grundlag af erklæring af september d.å., fra overlæge Y, og sagens akter, herunder kopi af lægeerklæring ved tvangsendlæggelse dateret 14.09. d.å. udtale, at han er sindssyg, lidende af skizofreni. Han har flere gange siden 1987 været indlagt på psykiatrisk hospital efter bl. a. at have udvist personfarlig

adfærd. Medikamentel antipsykotisk behandling har kunnet bedre hans tilstand, men han har ikke været motiveret for at fortsætte hermed efter udskrivning. Aktuelt blev han den 11.09. d.å. tvangsindlagt efter i ugerne forud for indlæggelsen bl. a. at have været tiltagende urolig og usamlet af adfærd. Han er under indlæggelsen fundet sindssyg, han huser omfattende vrangforestillinger, og han er anspændt under omtale heraf. Han er uden sygdomsindsigt og har nægtet at modtage medikamentel antipsykotisk behandling, som herefter er givet ved tvang. X er sindssyg og unkladelse af tvangsindlæggelse den 11.09. d.å. med henblik på behandling ville efter rådets opfattelse have været uforsvarlig, idet udsigterne til en betydelig og afgørende bedring af hans tilstand ellers ville være blevet væsentligt forringet, hvilket også ville være tilfældet, såfremt han udskrives for nærværende, ligesom han vil kunne frembyde en nærliggende fare for andre, hvorfor rådet skal anbefale, at han tilbageholdes med henblik på fortsat behandling".

Ved underrettens dom af 2.11.90 fandtes tvangsindlæggelsen og den senere tvangstilbageholdelse indtil den 16.10.90 lovlig. Overlægen forklarede i retten, at tvangstilbageholdelsen blev ophævet den 16.10.90, efter at patienten var bortgået fra hospitalet.

Patienten ankede dommen, ledsaget af erstatningskrav mod amtets sygehusvæsen. Landsretten stadfæstede den 14.05.91 underrettsdommen uden nye bemærkninger. Patienten og overlægen havde afgivet supplerende forklaring for Landsretten.

## Kommentar

Sagens samlede behandling frem til Landsretten er langvarig, men det er meget væsentligt, at frihedsberøvelsen var ophørt i oktober 1990.

## Andre sager

Denne sag var usædvanlig vurderet efter sindssygdommens art og behandling:

En overlæge indberettede 17.05.90 om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation af en patient med syfilis, behandlet med penicillin. Retten fremsendte sagen 23.05.90 til Retslægerådet, som den 12.06.90 afgav følgende udtalelse (A 30921):

"På grundlag af sagens akter med erklæring af 17.05.90 fra overlæge Z skal Retslægerådet udtale, at X under indlæggelse på neuromedicinsk afdeling i 1989 fik diagnosticeret en syfilis i 3. stadium. Hans psykiske symptomer, herunder en udtalt demens (åndelig svækkelse) bedredes efter penicillinbehandling. Den 08.05.90 blev han tvangsindlagt på behandlingsindikation. Ifølge lægeerklæringen var han sindssyg, paranoidt fortolkende og uden sygdomserkendelse. Han føler sig således forfulgt og generet af ikke nærmere angivne personer. Lægeerklæringen pegede særligt på muligheden for at gentage penicillinbehandlingen af den syfilitiske lidelse. Efter indlæggelsen har han fortsat frembudt sindssygdomssymptomer i form af demens, vrangforestillinger af storhedskarakter og mangel på sygdomsindsigt. Der forberedes nye undersøgelser med henblik på behandling af grundlidelsen og dens symptomer af

psykotisk (sindssygelig) art. Rådet må herefter anse såvel tvangsendlæggelsen som tvangstilbageholdelsen for overensstemmende med loven om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 5, nr. 1 og § 10, idet udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden væsentligt ville være blevet forringet, hvis frihedsberøvelse ikke var iværksat".

Ved dom af 6.07.90 blev tvangsendlæggelsen og tvangstilbageholdelsen fundet lovlig. Frihedsberøvelsen bestod stadig. Der havde været domsforhandling på hospitalet. Det havde ikke været nødvendigt at gentage penicillinbehandlingen, men behandling med neuroleptikum var iværksat.

I denne sag afgav Retslægerådet først udtalelse under behandlingen for Landsretten, som underkendte underrettens afgørelse, hvorefter tvangsendlæggelsen fandtes ulovlig. Sagens hovedtræk skal refereres (A 31292):

En 82-årig mand blev tvangsendlagt på farekriteriet den 11.10.89 og tvangstilbageholdt herefter. Det indgik i sagens vurdering, at patienten dagen i forvejen ved undersøgelse af anden læge i detentionen var fundet utvivlsomt senil dement i nogen grad, men næppe egentlig sindssyg (psykotisk) og næppe farlig for sig selv og formentlig heller ikke for andre, hvorfor lægen på dette tidspunkt ikke fandt grundlag for tvangsendlæggelse. Overlægen på den psykiatriske afdeling indberettede 18.10.89 til retten uden særlig stillingtagen til tvangsendlæggelsen, mens den følgende tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation fandtes nødvendig med henblik på behandling med antipsykotisk virkende medicin.

Ved underrettsdommen 16.11.89 fandtes tvangsendlæggelsen ulovlig, men tilbageholdelsen blev godkendt. I præmisserne henviste retten bl. a. til, at retten ikke fandt det godtgjort, at patienten havde udgjort en så stor fare for politiet, at indlæggelsen var nødvendiggjort. Derimod fandtes tvangstilbageholdelsen på behandlingsindikation indtil videre lovlig.

Sygehusmyndigheden indankede sagen for Landsretten, hvortil Retslægerådet afgav følgende udtalelse af 30.03.1990:

"I sagen vedrørende X skal Retslægerådet på grundlag af akterne med lægelige erklæringer udtale, at X den 11.10.89 blev tvangsendlagt på grund af farlighed. Ifølge lægeerklæringen udfærdiget samme dag var han sindssyg lidende af senil demens. Det anføres bl. a., at han var uligevægtig, konfus og kun delvis orienteret med springende tankegang. Inden for måneder havde han ved flere tilfælde opført sig truende over for naboer, og samme morgen havde han kastet effekter ud af vinduet samt været voldelig. Aggressiv over for politiet. Han skønnedes efterhånden at være farlig for sig selv og andre og behandlingstrængende. Det fremgår af en politirapport af 11.10.89, at X bl. a. havde kastet en massiv gipsbuste ud af vinduet med risiko for det tilkaldte politi. Under anholdelsen gjorde han korporlige udfald mod politiet. Rådet finder det godtgjort, at tvangsendlæggelsen på farlighedsindikation var berettiget i overensstemmelse med § 5, nr. 1 og nr. 2 i loven af 24.05.89, hvilket tillige støttes af den efterfølgende

vurdering i den psykiatriske afdeling, som beskrevet i overlæge Y's erklæring af 18.10.89. Såvel sindssygdomskriteriet som farlighedskriteriet skønnes tilstrækkeligt dokumenteret. Rådet finder ikke i denne vurdering en afgørende modsætning til den lægeundersøgelse, som fandt sted den 10.10.89, idet tilstanden ved senil demens kan svinge meget og herunder også farligheden. Rådet må endelig anse politiets tilkaldelse af læger for overensstemmende med anerkendt praksis".

Ved landsretsdom af 6.09.1990 ændredes underrettens dom således, at også tvangsindlæggelsen af X godkendtes. I dommen henvises bl. a. til Retslægerådets udtalelse, men landsretsdommen rummer ikke nye præmisser.

## Kommentar

Det er usædvanligt, at en domsafgørelse underkender en tvangsindlæggelse, men finder den følgende tvangstilbageholdelse lovlig, omend indlæggelsen var på farlighedsindikation og tilbageholdelsen på behandlingsindikation. Tillige er det efter tidligere praksis sjældent, at Landsretten kommer til andet resultat end underretten. Sagsforløbet var langt indtil Landsrettens afgørelse, men i vurderingen heraf bør det tilgodeses, at patienten var udskrevet allerede i december 1989. Han blev i øvrigt tvangsindlagt på behandlingsindikation i oktober 1990 og tilbageholdt, nu i angivet manisk tilstand. Retslægerådet tiltrådte frihedsberøvelsen efter overlægens indstilling.

## IX. Kriminelle personer og psykiatriloven

Retslægerrådet har afgivet en udtalelse (F 1187) - med dissens - om et udkast fra Justitsministeriet vedrørende patienter indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse (psykiatrilovens § 42): Sagens væsentligste træk skal refereres:

I Justitsministeriets udkast af 09.03.90 med tilhørende notat var det foreslået i § 3, at psykiatrilovens § 12, stk. 1 ("tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10") og § 32, stk. 3 om opsættende virkning af klage over beslutning om tvangsbehandling ikke skulle gælde for personer indlagt i henhold til foranstaltning efter straffelovens § 68 eller 69.

Justitsministeriet henviste i notatet bl. a. til, at dømte, ikke-sindssyge § 69-personer ellers ikke ville kunne behandles medikamentelt ved tvang, og at der i øvrigt i afventen af en tilstands udvikling før eventuel tvangsbehandling var risiko for ny kriminalitet. Der kunne være behov for at kunne gribe ind med behandling i forebyggende øjemed på et tidspunkt, inden tilstanden var forværret i en sådan grad, at psykiatrilovens betingelser for tvangsbehandling var opfyldt. Ministeriet mente, at dommen måtte erstatte psykiatrilovens kriterier for tvangsbehandling.

Rådet afgav 13.05.90 følgende udtalelse:

"Fire af de voterende kan tiltræde udkastet til bekendtgørelse om patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse, bortset fra bekendtgørelsens § 3. Flertallet finder i denne paragraf en risiko for en betænkelig udvidelse af adgangen til at tvangsbehandle indlagte patienter, herunder ikke-sindssyge dømte personer. Flertallet anser det for rettest at ligestille tvangsbehandlinger af dømte personer og andre psykiatriske patienter, idet flertallet finder kriterierne som begrænset i § 12, stk. 1 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien tilstrækkelige til at sikre en forsvarlig behandling også af personer dømt til anbringelse eller psykiatrisk behandling.

To af de voterende kan tiltræde udkastet til bekendtgørelse om patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse. Mindretallet finder dog anledning til at bemærke, at § 3 i forslaget principielt indebærer en risiko for, at tvangsbehandling af dømte patienter, herunder ikke-sindssygelige, udvides i betænkeligt omfang. Det skal derfor anbefales, at det i ledsageskrivelse til bekendtgørelsen fastslås, at patientklagenævnet skal påse, at behandlingen er foretaget i overensstemmelse med lovens § 4 og § 12, stk. 2 og 3, hvorved fx bemærkes, at der ikke anvendes andre og eventuelt kraftigere virkende former for medicin, end hvad der er god lægelig standard. Der kan yderligere være grund til i en sådan skrivelse at understrege lovens § 21, stk. 1, hvorefter det påhviler overlægen at påse, at bl. a. tvangsbehandling ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt".

I Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 605 af 23.08.90 fulgtes Retslægerådets flertal. Bekendtgørelsen fastslår i essensen, at psykiatriloven gælder uændret for § 68-69 dømte personer, varetægtsarrestanter og mentalobservander med undtagelse af lovens regler om frihedsberøvelse, domstolsprøvelse heraf, og om patientrådgiver.

Der blev således ikke fastlagt en videregående adgang til tvangsbehandling af indlagte kriminelle personer af hensyn til retssikkerheden.

I et notat til denne bekendtgørelse bemærkede Justitsministeriet, at ministeriet på baggrund af Retslægerådets flertalsudtalelse havde fundet det forsvarligt, at der gælder de samme betingelser for tvangsbehandling af dømte, retslige patienter, som for andre psykiatriske patienter. Lægen måtte benytte den kontakt, som den idømte foranstaltning påtvang patienten til at motivere den pågældende til at undergive sig den nødvendige behandling. Med mindre de almindelige betingelser for tvangsbehandling var opfyldt, måtte også en retslig patients protest mod en foreslået behandling respekteres. Protesten mod at modtage den nødvendige behandling ville imidlertid kunne medføre, at en indlæggelse fx måtte udstrækkes i længere tid, end det ville have været nødvendigt, hvis behandlingen kunne have været iværksat på et tidligere tidspunkt.

Der kan også vedrørende dette vanskelige spørgsmål henvises til den kommenterede psykiatrilov ved Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen (Jurist- og Økonomforbundets forlag, 1991).



## X. Farlighedsdekreter

Sikringsanstalten - eller "den til Amtshospitalet i Nykøbing Sj. knyttede Sikringsanstalt", som er det officielle navn - er Danmarks eneste "maximum security" institution for psykotiske mænd. Det antages almindeligvis, at anbringelse på Sikringsanstalten er den mest indgribende form for frihedsberøvelse, en person kan undergives her i landet. Anbringelse på Sikringsanstalten kan finde sted i medfør af dom, varetægtsarrestanter kan i særlige tilfælde anbringes på Sikringsanstalten til mentalobservation (Retsplejelovens §809) eller (Retsplejelovens §777), når hensynet til andres sikkerhed gør en sådan anbringelse påkrævet. Endelig kan "almindelige" psykiatriske patienter, der anses for særlig farlige, overflyttes til Sikringsanstalten i medfør af en administrativ beslutning, et såkaldt farlighedsdekret.

Sindssygeloven fra 1938 indeholdt en bestemmelse (§10) om, at Overøvrigheden skulle "træffe passende sikkerhedsforanstaltninger... overfor sindssyge personer, hvis sygdom ifølge lægeerklæring rummer fare for retssikkerheden...". Denne bestemmelse dannede sammen med lov om opførelse af Sikringsanstalten og et hertil hørende regulativ det retlige grundlag for, at Justitsministeriet kunne træffe beslutning om, at sindssyge farlige mænd skulle anbringes på Sikringsanstalten.

Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling afgav i 1986 "Principbetænkning om tvang i psykiatrien", der indeholder en grundig gennemgang af overvejende de juridiske aspekter ved farlighedsdekreter.

Udvalget pegede bl.a. på de problemer, der ligger i at overflytte en (sindssyg) varetægtsarrestant til Sikringsanstalten i medfør af et farlighedsdekret, og ikke i medfør af ovennævnte bestemmelser i Retsplejeloven, idet dette kunne opfattes som udtryk for, at en administrativ myndighed, Justitsministeriet, greb ind i domstolens kompetence. Et tilsvarende problem kan opstå, hvor en patient er idømt en almindelig psykiatrisk særforanstaltning, og hvor afdelingen så kort tid efter rettens afgørelse ønsker patienten overført til Sikringsanstalten i medfør af en administrativ beslutning, et farlighedsdekret. Hertil kommer de overvejelser, man må gøre sig i forbindelse med at tildele en administrativ myndighed kompetence til at foretage et så indgribende skridt som at bestemme, at en person skal overføres til Sikringsanstalten. Udvalget konkluderede imidlertid, at der ikke var... "tvivl om, at den praksis, der har udviklet sig vedrørende anvendelsen af adgangen til at udstede farlighedsdekreter, dækker et behov for i et ret begrænset antal tilfælde meget hurtigt at kunne træffe den vidtgående sikkerhedsforanstaltning at overføre visse virkelig farlige sindssyge fra almindelig psykiatrisk sygehusafdeling eller Kriminalforsorgsinstitution til Sikringsanstalten". I konsekvens heraf anbefalede udvalget, at der ved en revision af 1938-loven fortsat skulle være mulighed for en administrativt bestemt overførsel til Sikringsanstalten, men dog således, at denne administrative beslutning blev efterfulgt af en obligatorisk domstolsprøvelse.

"Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien" trådte i kraft 1. oktober 1989. Lovens kapitel 11 har som overskrift: "Særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer" og omhandler i to paragraffer bestemmelserne om farlighedsdekreter. I den første af disse (§40, stk. 1) hedder det: "I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan Justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i Sikringsanstalten, som er knyttet til Amtshospitalet i Nykøbing Sj.". (Som det ses, anvendes begrebet "farlighedsdekret" ikke i lovteksten, men betegnelsen har vundet almindelig hævding og vil blive anvendt her). I kommentarerne til loven (ved *Poul D. Jensen* og *J. Poulsen*) er nærmere redegjort for, hvad der skal forstås ved *ekstraordinært* farlige personer. Det pointeres, at det drejer sig om... "en vedvarende mere kvalificeret og konkret farlighed rettet mod andres liv eller legeme" i form af manddrab, voldtægt, legemsbeskadigelse eller forsøg herpå, eller trusler om at begå sådanne handlinger. Videre vil ildspåsættelse i visse tilfælde kunne begrunde en anbringelse i Sikringsanstalten. Endvidere betones det, at farligheden, således som det også fremgår af §40, stk. 1, ikke skal kunne imødegås eller afværges ved andre, mindre indgribende foranstaltninger end anbringelse i Sikringsanstalten.

Sager om farlighedsdekreter rejses ved, at vedkommende afdeling fremsender en erklæring til Justitsministeriet med anmodning om, at ministeriet udsteder et farlighedsdekret om den pågældende patient.

Justitsministeriet har i en lang årrække hørt Retslægerådet i alle sager vedrørende farlighedsdekreter, og efter 1938-loven skulle også Sundhedsstyrelsen høres i disse sager. Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling anbefalede, at høringen af Sundhedsstyrelsen blev afskaffet, men at Retslægerådet fortsat skulle høres. Rådet afgiver således også efter psykiatrilovens ikrafttræden 1. oktober 1989 udtalelse i alle sager om farlighedsdekreter.

Principbetænkningen indeholder en opgørelse over antallet af farlighedsdekreter i perioden 1974 til 1984 inklusive, gennemsnittet var omkring 2,5 farlighedsdekreter pr. år med et maksimum på 8 i 1984 og et minimum på 0. Af bemærkningerne til forslaget til "Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien" fremgår, at de nye bestemmelser - udover den obligatoriske efterfølgende domstolsprøvelse af Justitsministeriets afgørelse - blot betød en sproglig præcisering, men ikke nogen ændring af praksis. Man forudsatte med andre ord, at antallet af farlighedsdekreter fortsat skulle være lavt, i gennemsnit 2-3 pr. år.

Retslægerådet har imidlertid registreret, at antallet af farlighedsdekreter er steget i de senere år, og man har derfor fundet det af interesse at foretage en opgørelse af disse sager behandlet i Rådet for perioden 1985 til 1990 inklusive. Ved at sammenholde Rådets materiale med opgørelsen i Principbetænkningen vil det hertil være muligt at følge udviklingen fra 1974 frem til 1990.

På grundlag af Retslægerådets journalmateriale er foretaget en retrospektiv registrering af alle sager vedrørende udstedelse af et farlighedsdekret for perioden 1.1.1985 til 31.12.1990.

Rådets journal indeholder typisk lægeerklæringen fra den psykiatriske afdeling (evt. Anstalten ved Herstedvester), der har rejst sagen om et farlighedsdekret overfor Justitsministeriet, hertil Rådets voteringsark og den afgivne udtalelse samt Justitsministeriets resolution i sagen. Har Rådet tidligere behandlet sager vedrørende den pågældende, vil journalen indeholde dokumenter fra denne sag, også disse dokumenter er anvendt. Derimod er materiale fra sager, Rådet har fået forelagt efter sagen om farlighedsdekret, ikke anvendt.

På grund af materialets retrospektive karakter har man valgt at koncentrere undersøgelsen om nogle relativ enkle parametre såsom diagnose, oplysning om kriminalitet, misbrug og lignende. En given parameter er registreret som værende til stede, når dette direkte fremgår af erklæringen. Er dette ikke tilfældet, er den pågældende parameter registreret som "negativ". Som eksempel kan nævnes misbrug - de fleste erklæringer indeholder oplysning om evt. alkohol- eller stofmisbrug. Nogle få indeholdt ikke oplysninger herom, det er her antaget, at misbrug ikke har foreligget, eller at det i hvert fald ikke har spillet nogen rolle for den psykopatologiske tilstand, der har medført, at afdelingen har rejst sag om udstedelse af et farlighedsdekret. På samme måde vedrørende kriminalitet - indeholder erklæringen ingen oplysninger om tidligere eller aktuel kriminalitet, dom til psykiatrisk særforanstaltning mv., antages dette ikke at foreligge. Specielt hvad angår domme til psykiatriske særforanstaltninger var det muligt at vurdere erklæringernes oplysninger herom, idet denne type sager normalt forelægges Retslægerådet forud for domsafsigelse. Der var her stor overensstemmelse mellem erklæringernes oplysninger og Retslægerådets materiale, idet alle tilfælde, hvor Rådet tidligere havde afgivet udtalelse i en straffesag, var nævnt i erklæringerne. Hertil var der i et tilfælde oplysning om en psykiatrisk særforanstaltning, hvor Retslægerådet ikke havde været hørt.

De foreliggende resultater, hvad angår misbrug og kriminalitet, må altså betragtes som minimumstal, men tegner et billede af de forhold, afdelingerne har lagt vægt på i forbindelse med, at de pågældende afdelinger har rejst sag om et farlighedsdekret.

Rådet behandlede i undersøgelsesperioden 39 sager vedrørende udstedelse af et farlighedsdekret. I to tilfælde blev samme person to gange overflyttet til Sikringsanstalten i medfør af et farlighedsdekret. Da denne undersøgelse baserer sig på antallet af sager, og ikke antallet af patienter, er hver af de pågældende patienter registreret to gange.

Tabel X.I viser antal sager pr. år. Som det ses, har der været en kraftig stigning fra 3 sager i 1985 til 12 sager i 1990.

Tabel X.I. Antal sager vedrørende farlighedsdekreter forelagt Retslægerådet 1985 til 1990. n = 39.

	År						
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	I alt
I alt behandlet	3	4	4	8	8	12	39
Heraf ikke anbefalet	0	2	0	1	1	1	5
Heraf anbefalet	3	2	4	7 <sup>1</sup>	7 <sup>1</sup>	11 <sup>2</sup>	34

<sup>1</sup> Et tilfælde trukket tilbage

<sup>2</sup> Et tilfælde ophævet af retten

I 5 tilfælde kunne Rådet ikke anbefale, at der blev afsagt farlighedsdekret, Justitsministeriet fulgte Rådets indstilling i alle fem tilfælde. En af de fem sager omhandlede en kvinde, og alene af den grund kunne overflytning til Sikringsanstalten ikke komme på tale. Imidlertid frembød den pågældende i øvrigt ikke en sådan farlighed, at Rådet, såfremt det havde drejet sig om en mand, ville have anbefalet overflytning til Sikringsanstalten. Disse 5 sager er kort skitseret i de følgende kasuistikker, idet den ene kvinde af diskretionære grunde er omtalt som "han". Som det ses, har baggrunden for Rådets opfattelse i hver af de fem sager været, at farekriteriet og/eller varighedskriteriet ikke har været fuldt ud opfyldt.

1. Patienten blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling 29 år gammel, han blev tvangsindlagt efter at have været syg i et års tid. Han var indlagt ca. 2 måneder, diagnosen var paranoid psykose. Behandling med neurolepticum bedrede tilstanden. Han blev igen tvangsindlagt året efter, var paranoid, blev tvangsbehandlet og fik det bedre. To år efter en frivillig indlæggelse, senere samme år en ny tvangsindlæggelse og ny bedring. Han blev på ny tvangsindlagt to år senere. Under denne indlæggelse stak han bl.a. med en bordkniv mod maven af en plejer. Han blev bæltefikseret, tvangsbehandlet, bedret og udskrevet. Året efter blev patienten igen tvangsindlagt efter trusler med kniv. Han blev bæltefikseret fire dage efter indlæggelsen efter at have truet med kniv, samtidig medicinsk behandlet, formentlig ikke ved tvang. Patienten var i den følgende tid stort set fikseret, og 13 dage efter indlæggelsen rejste afdelingen sag om farlighedsdekret (A-27487). Patienten var utvivlsomt sindssyg, men Rådet fandt ikke, at man efter så kort tids behandling kunne statuere en sådan vedvarende og svært behandlelig farlighed, at Rådet for øjeblikket kunne anbefale overflytning til Sikringsanstalten. Rådet har ikke siden behandlet sager vedrørende denne patient.
2. Det drejer sig om en 28-årig kronisk skizofren patient, som adskillige gange tidligere havde været indlagt på psykiatrisk hospital og næsten permanent havde modtaget ambulantly psykiatrisk behandling.

Patienten var blevet frivilligt indlagt på åben afdeling, efter at tilstanden igen var forværret. Han beskrives i den følgende tid som "lettere aggressiv", men hospitalet lod ham tage på hjemmebesøg tre uger efter indlæggelsen, hvor han hjemme blev truende. På vej tilbage til hospitalet overfaldt han en plejer. Tilbage i afdelingen var han fortsat urolig og rastløs, men han blev fx ikke bæltefikseret. Han accepterede intensiveret medikamentel behandling. Afdelingen rejste sag om et farlighedsdekret (A-28854), men Retslægerådet konkluderede, at om end han havde "udvist potentiel farlig adfærd", fandt Rådet ikke, at han frembød en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme eller helbred, at anbringelse på Sikringsanstalten var påkrævet.

Ved Rådets korrespondance med hospitalet fastholdt dette sin indstilling, bl.a. med den begrundelse, at patienten i en årrække havde været truende overfor moderen, og at han også tidligere havde været truende overfor personalet. Korrespondancen gav ikke Rådet anledning til at ændre sin indstilling. Rådet har ikke efterfølgende behandlet sager vedrørende patienten.

3. Det drejer sig om en nu 39-årig skizofren patient, om hvem Rådet igennem 16 år har afgivet en lang række udtalelser. Igennem flere år havde han næsten permanent været indlagt. I månederne op til aktuelle sag var patienten blevet anspændt, urolig, periodisk voldsom overfor medpatienter og præget af selvdestruktiv adfærd. Hertil havde han ødelagt møblement mv. Da afdelingen rejste sag om farlighedsdekret (A-27066), havde patienten i et par uger næsten konstant været bæltefikseret, og det er anført, at den medikamentelle behandling var intensiveret. I erklæringen blev nævnt, at tilstanden måske var ved at bedres. Rådet fandt ikke fuldt ud tilstrækkeligt grundlag til at anbefale et farlighedsdekret, men anmodede hospitalet om yderligere oplysninger. Det blev her oplyst, at patienten nu var bedret, bæltefikseringen var ophørt. Rådet fandt herefter ikke grundlag for at anbefale overflytning til Sikringsanstalten.
4. Patienten, der er 28 år gammel, har fra sin tidlige barndom udvist tilpasnings- og adfærdsforstyrrelser. Han var første gang indlagt på psykiatrisk hospital 19 år gammel, siden talrige indlæggelser under diagnosen skizofreni. Han har haft et komplicerende misbrug af euforiserende stoffer og alkohol, gennem de senere år i første række hash og alkohol. Hans tilstand har til stadighed været svingende, og han har udvist såvel selvdestruktiv adfærd i form af selvmordsforsøg som udadrettet aggressivitet.  
Gennem nogle måneder var patienten blevet tiltagende dårlig, han var syns- og hørelsehallucineret, paranoid, hertil angst, men også voldsomt truende og affektspændt. Patienten blev i denne periode gentagne gange indlagt og udskrevet - det er nævnt, at hospitalet stort set fulgte patientens ønsker om indlæggelse og udskrivning i håbet om at bedre hans behandlingsmotivation. Af samme grund undlod man at

intensivere den (beskedne) neuroleptiske behandling. Patienten holdt til på hospitalets område, og han blev adskillige gange efter anmodning fra hospitalet afhentet af politiet, men han vendte hver gang tilbage til området, hvor han på forskellig måde chikanerede personale og patienter.

Efter på ny at være blevet indlagt overfaldt han en medpatient og foretog senere ildspåsættelse på afdelingen, der rejste sag om farlighedsdekret (A-31618).

Erklæringen var imidlertid udarbejdet 14 dage efter ildspåsættelsen, og det fremgik yderligere, at patienten i forbindelse med ildspåsættelsen var blevet anholdt og anbragt i et lokalt arresthus, hvorfra han var blevet overflyttet til Anstalten ved Herstedvester. Rådet fandt ikke på det foreliggende at kunne behandle sagen og af indhentede supplerende oplysninger fremgik, at patienten efter anholdelsen - og under intensiveret neuroleptisk behandling - var faldet til ro. Rådet fandt herefter ikke at kunne anbefale patienten overflyttet til Sikringsanstalten.

5. Patienten, der er 39 år gammel, er født og opvokset i udlandet, han kom til Danmark for ca. 15 år siden. Han blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling for ca. 10 år siden til mentalobservation i forbindelse med en sigtelse for vold. Patienten var psykotisk og blev dømt til psykiatrisk behandling. Foranstaltningen blev senere ophævet.

Forløbet har vist, at patienten lider af skizofreni, og han har jævnligt været indlagt, hvor han har været forpint af omfattende persekutoriske vrangforestillinger, hørelsesshallucinationer mv. De almindeligt anvendte neuroleptika havde kun i begrænset omfang kunnet bedre hans tilstand.

Aktuelt havde han under en flere måneder varende indlæggelse udviklet stadig mere påtrængende suicidale forestillinger. Det er anført, at han var under "konstant observation", men alligevel var det flere gange lykkedes ham at foretage ildspåsættelse i forsøg på at brænde sig selv af. Afdelingen rejste sag om et farlighedsdekret dels med den begrundelse, at patienten var svært suicidalfarlig, dels at de ildspåsættelser, han foretog, kunne være til fare for andre (A-30571).

Rådet lagde i sin vurdering vægt på, at patienten i første række var til fare for sig selv, og således ikke opfyldte kriterierne for overflytning til Sikringsanstalten. De ildspåsættelser, som patienten foretog i suicidalt øjemed, kunne udgøre en potentiel fare for andre, men Rådet fandt ikke, at patienten ved sin adfærd vedvarende udsatte andres liv eller legeme for alvorlig eller overhængende fare, ligesom Rådet heller ikke fandt det godtgjort, at den fare, han måtte være for andre, ikke kunne imødegås ved mindre indgribende foranstaltninger end overflytning til Sikringsanstalten. Rådet har ikke efterfølgende behandlet sager vedrørende denne patient.

I 34 tilfælde anbefalede Retslægerådet Justitsministeriet at udstede et farlighedsdekret, ministeriet fulgte i alle disse tilfælde Rådets anbefaling.

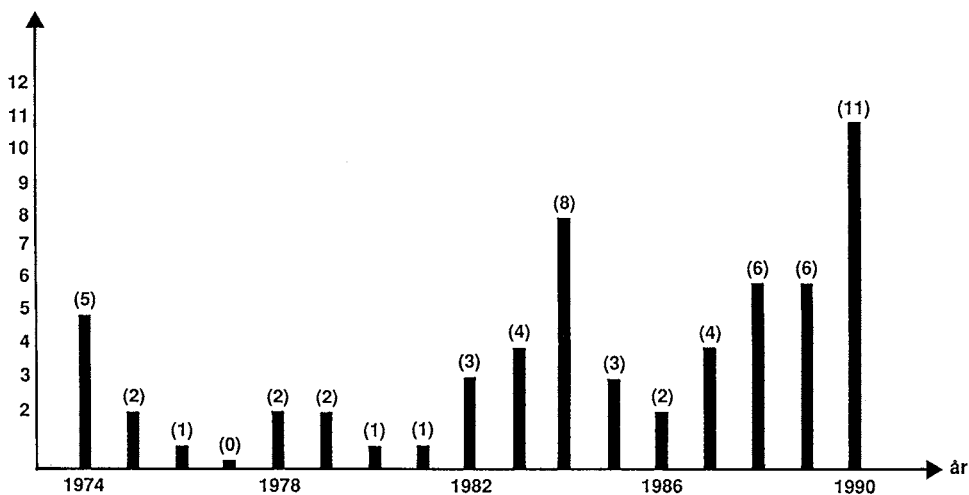
Imidlertid oplyste vedkommende afdeling i to tilfælde, at patientens tilstand, før overflytning til Sikringsanstalten var blevet effektueret, var bedret så meget, så grundlaget for farlighedsdekret ikke mere var tilstede. Disse 2 patienter nåede således ikke at blive overført, dvs. at i alt blev 32 patienter i perioden 1984 - 1990 overflyttet til Sikringsanstalten i medfør af et farlighedsdekret.

I et tilfælde, hvor Retslægerådet havde anbefalet overflytning til Sikringsanstalten, og hvor dette også fandt sted, fandt retten ved den efterfølgende domstolsprøvelse, at der ikke havde været tilstrækkeligt grundlag til at udstede et farlighedsdekret, hvorfor dette blev ophævet af retten. Da patienten som anført blev overflyttet til Sikringsanstalten, indgår han i opgørelsen over faktisk effektuerede farlighedsdekreter.

Patienten er 21 år gammel, han havde fra 10-års alderen udvist skole- og adfærdsforstyrrelser. Han havde været anbragt på diverse institutioner, herefter flere indlæggelser på ungdomspsykiatrisk afdeling og efterhånden på voksenpsykiatriske afdelinger. Efter tidligere tiltalefrafald for tyveri, røveri mv. blev han på ny sigtet for røveri. Patientens sociale status på daværende tidspunkt var boligløs bistasdklient. Han blev mentalobserveret under indlæggelse, og hospitalet konkluderede, at han efter al sandsynlighed var skizofren. Han havde imidlertid haft et ganske langvarigt, svært blandet stof- og alkoholmisbrug, hvad der komplicerede billedet. Han fandtes omfattet af straffelovens §16, man anbefalede dom til behandling. Et halvt år senere afgav afdelingen supplerende erklæring. Det fremgår heraf, at patienten var blevet udskrevet til herberg, fordi han ikke kunne "følge afdelingens regler". Han fortsatte imidlertid med næsten daglige kriminelle handlinger i form af tyverier og forsøg herpå samt røverier og forsøg herpå. Han blev på ny fængslet og senere overført til psykiatrisk afdeling med henblik på fornyet mentalobservation, hvor man konkluderede som sidst.

Han blev herefter dømt til psykiatrisk behandling, hvad også Retslægerådet havde anbefalet.

Afdelingen rejste senere samme år sag om farlighedsdekret (A-30774). Patienten havde siden dommen stort set været indlagt. Han havde et par gange skaffet sig stoffer, et par gange var han stukket af. Han var indlagt på lukket afsnit, han kunne ikke holde aftaler om terrænfrihed. Aktuelt havde han, uden held, forsøgt at hjælpe en medpatient til at suicidere. Sagen blev meldt til politiet og afdelingen anmodede Justitsministeriet om at udstede et farlighedsdekret, hvad Retslægerådet anbefalede, og patienten blev overflyttet til Sikringsanstalten. Sagen, der er fra 1990, blev prøvet i retten, hvor patienten selv angav, at han nu havde det godt. Patientens beskikkede advokat anførte, at der havde været tale om en "enkelstående episode", og ikke "farlighed i tiltagende omfang". Overlægen ved Sikringsanstalten havde samme synspunkt. Retten ophævede farlighedsdekretet.



Figur X.1 viser udviklingen fra 1974 til 1990, idet det foreliggende materiale er suppleret med opgørelsen i "Principbetænkning om tvang i psykiatrien".

Hvert materiale omfatter antal farlighedsdekreter pr. år udstedt af Justitsministeriet, principbetænkningen omhandler perioden 1974 til 1984 inklusive med 29 farlighedsdekreter, denne undersøgelse perioden 1985 til 1990 inklusive med 32. De to materialer er således direkte sammenlignelige og kan sammenlægges til ét på i alt 61 farlighedsdekreter. Som det fremgår, er der ret store variationer fra år til år, men fra begyndelsen af 1980'erne er der sket en kraftig stigning, og antallet for 1990 - 11 - er det højeste registrerede. Stigningen fra 1974 til 1990 er statistisk signifikant ( $\chi^2 = 14.9$ ,  $p = 0.0001$ ). Det meget store antal i 1990 kunne være en tilfældig variation, der påvirkede resultatet, men også når dette år udelades fra analysen - der således omfatter perioden 1974 til 1989 - ses en statistisk signifikant stigning ( $p = 0.01$ ). (Analysen er udført som test for, om året kan udelades som forklarende variabel i en regressionsanalyse med Poissonfordelt response).

Principbetænkningens materiale omfatter over en opgørelse af antal farlighedsdekreter pr. år kun en gennemgang af patienternes retlige status, og det kan derfor ikke på anden måde sammenlægges med det foreliggende materiale. Den følgende analyse baserer sig på alle 39 sager vedrørende farlighedsdekret, idet formålet vil være at beskrive de patienter, de kliniske afdelinger ønsker overført til Sikringsanstalten. De 7 patienter, der af forskellige grunde ikke blev overført, adskiller sig for en umiddelbar betragtning ikke fra de øvrige hvad angår de undersøgte parametre.

Først er undersøgt om stigningen i farlighedsdekreter kunne skyldes, at der blev flere yngre patienter. Dette er ikke tilfældet, fordelingen af farlighedsdekreter på aldersgrupper er den samme i alle seks år - det var altså ikke således, at de unge udgjorde en større andel af sagerne i de seneste år ( $\chi^2 = 6.5$ ,  $f = 5$ ,  $P = 0.263$ ). Alle



Tabel X.II. Diagnose for patienter, der 1985 til 1990 ønskes overført til Sikringsanstalten i medfør af et farlighedsdekret. n = 39.

Diagnose			
Schizofrenia	Schizofrenia o.p.	Mania	Varia
30	4	2	3

<sup>1</sup> En psychosis paranoides, en psychosis intoxicationes, en psychosis NUD.

aldersgrupper er herefter slået sammen over år og opdelt i gruppen yngre patienter, dvs. op til 29 år, og ældre, dvs. fra 30 år og opefter. Disse to grupper er herefter sammenlignet (marginalt) ved at krydstabulere de undersøgte variable med alderen med anvendelse af  $\chi^2$ -test (med benyttelse af Yate's korrektion). Da antallet af farlighedsdekreter er begrænset, er det ikke muligt at udføre en mere omfattende statistisk analyse.

Diagnoserne for de 39 patienter fremgår af Tabel X.II. Som forventet er diagnosen i langt hovedparten af tilfældene skizofreni. Der er ingen statistisk forskel i diagnosefordelingen mellem ældre og yngre ( $\chi^2 = 0.03$ ,  $p = 0.85$ ). Aldersfordelingen fremgår af Tabel X.III, der yderligere viser omfanget af misbrug.

Den yngste patient var 18 år, 11 var mellem 20 og 24 år. Det er bemærkelsesværdigt, at så mange som 7 patienter var 40 år eller derover. Den gennemsnitlige sygdomsvarighed for de yngre patienter var 3-4 år, (median cirka 3 år, 25% og 75% kvartiler, henholdsvis ca. 1,5 og 4,5 år, i et tilfælde var sygdomsvarigheden uoplyst) for de ældre

Tabel X.III. Alder og misbrug for patienter, der 1985 til 1990 ønskes overført til Sikringsanstalten i medfør af et farlighedsdekret. n = 39.

	Alder					I alt
	<24 år	25-29 år	30-34 år	35-40 år	>40 år	
- Misbrug	6	1	5	8	5	25
Hashmisbrug	3	1	0	1	1	6
Blandet stofmisbrug	1	1	0	0	0	2
Alkoholmisbrug	0	0	0	0	1	1
Hash- og alkoholmisbrug	0	2	0	0	0	2
Blandet stof- og alkoholmisbrug	2	1	0	0	0	3
I alt	12	6	5	9	7	39
Heraf misbrugere	6	5	0	1	2	14

Tabel X.IV. Aktual retlig status for patienter, inddelt i aldersgrupper, der 1985 til 1990 ønskes overført til Sikringsanstalten. n = 39.

	Foranstaltning				
	Ingen	Fængsel	Ambulant behandling	Behand- lings- dom	Anbring- elsesdom
<29 år	10	2	1	4	1
≥30 år	6	1	2	4	8
I alt	16	3	3	8	9

patienter 13-14 år. (Median ca. 13 år, 25% og 75% kvartiler, henholdsvis ca. 7 og 18 år). Misbrug var specielt fremherskende iblandt de yngre patienter, 11 ud af 18 yngre patienter havde en form for misbrug. Blandt de 21 ældre patienter var der kun tre misbrugere, to misbrugte hash, en alkohol, der var ingen, der havde et mere omfattende, blandet misbrug af euforiserende stoffer. Slås alle former for misbrug sammen ses, at forskellen i antallet af misbrugere mellem de to aldersgrupper er statistisk signifikant ( $\chi^2 = 7.31$ ,  $p < 0.01$ ).

6 af de 39 patienter - 3 over og 3 under 30 år - havde tidligere været idømt en ubetinget frihedsstraf, 8 - alle 30 år eller ældre - havde tidligere været idømt en psykiatrisk særforanstaltning, som igen var blevet ophævet. Forskellen i andelen af tidligere psykiatriske særforanstaltninger mellem de to aldersgrupper er statistisk signifikant ( $\chi^2 = 6.45$ ,  $p = 0.01$ ). 2 af patienterne havde tidligere i medfør af dom været anbragt på Sikringsanstalten, den ene to gange. For begges vedkommende var dommen til Sikringsanstalt blevet ændret til en anbringelsesdom ret kort tid før afdelingen rejste sag om tilbageførsel til Sikringsanstalten, nu i medfør af et farlighedsdekret. I begge tilfælde fulgte Rådet afdelingernes indstilling.

Tabel X.IV viser den aktuelle retlige status for de 39 patienter. 3 var anbragt i fængsel (Anstalten ved Herstedvester), 20 var på det tidspunkt, sagen blev rejst, undergivet en psykiatrisk særforanstaltning - 3 havde en dom til ambulant behandling, 8 havde en behandlingsdom og 9 var dømt til anbringelse på psykiatrisk hospital. Yderligere var 4 patienter sigtede, et par var anbragt på psykiatrisk afdeling i varetægtsurrogat. En af de 4 sigtede havde i forvejen en dom til psykiatrisk behandling. Der var ingen sikker forskel mellem de to aldersgrupper, hvad angår deres aktuelle retlige status, 8 ud af de 18 unge var aktuelt undergivet en eller anden form for foranstaltning, hvilket også var tilfældet for 15 ud af de 21 ældre, forskellen er ikke statistisk signifikant ( $\chi^2 = 1.91$ ,  $p = 0.17$ ).

Samlet fandtes, at 10 af de 39 patienter aldrig tidligere havde været dømt, og ikke aktuelt var sigtet.

## Kommentar

Psykiatriciudvalget opgjorde det gennemsnitlige antal farlighedsdekreter pr. år til mellem 2 og 3. I den kommenterede psykiatrilov er direkte anført, at det... "ved psykiatriloven (er) forudsat, at den hidtidige, meget restriktive praksis, med hensyn til udfærdigelse af farlighedsdekreter videreføres". Som det fremgår af Tabel X.I, har denne forudsætning ikke vist sig at holde stik, idet antallet af farlighedsdekreter er steget markant (statistisk signifikant) indenfor de senere år. Det kan ikke antages, at den nye lov fra 1. oktober 1989 har haft nogen indflydelse på udviklingen - der har været tale om en gennemsnitlige jævn stigning, der foreløbig er kulmineret i 1990 med i alt 11 farlighedsdekreter.

Som nævnt indledningsvis, egner dette materiale sig ikke til en nærmere undersøgelse af selve begrebet "farlighed" og derfor heller ikke til en vurdering af de kriterier og overvejelser, Retslægerådet lægger til grund for sine udtalelser i denne type sager. Disse forhold er på grundlag af konkrete sager omtalt i Retslægerådets årsberetninger for 1988 og 1989. Det skal dog understreges, at Rådet ikke har ændret praksis efter psykiatrilovens ikrafttræden. Rådet har her lagt afgørende vægt på bemærkningerne til lovforslaget, hvor det blev fastslået, at der ikke med lovændringen var tilstræbt nogen ændring af praksis.

Langt hovedparten af de patienter, der i medfør af et farlighedsdekret overflyttes til Sikringsanstalten, er skizofrene, knapt halvdelen af patienterne var under 30 år, godt halvdelen var ældre end 30 år, 7 patienter var endog over 40. Blandt de yngre patienter var en eller anden form for misbrug fremherskende, men blandt de ældre var misbrug yderst sjældent, to røg hash og en - lidende af en mani - misbrugte alkohol (denne sag er en af de to, der blev trukket tilbage). Skizofrene patienter kan udvise farlig adfærd i forbindelse med stofmisbrug, og det er således muligt, at stofmisbrug blandt yngre skizofrene mænd kan være en medvirkende årsag til det stigende antal farlighedsdekreter. Men det store antal ældre, ikke-misbrugende skizofrene - sammenholdt med, at de unge fordelte sig jævnt over hele undersøgelsesperioden, og ikke specielt var ansvarlige for den udtalte stigning i de seneste år - viser på den anden side, at denne forklaring langt fra kan stå alene.

Tabel X.IV viser - som venteligt - at den her undersøgte specielle gruppe af patienter er kriminelt belastede. Der var tre patienter i hver aldersgruppe, der tidligere havde været idømt en almindelig frihedsstraf, hvilket bekræfter den kliniske erfaring, at nogle patienter i den "præskizofrene" fase kan udvise endog ret udtalte adfærdsforstyrrelser. Statistisk signifikant flere ældre end yngre patienter havde tidligere været idømt en psykiatrisk særforanstaltning, som var blevet varetaget af de almindelige psykiatriske afdelinger. Den gennemsnitlige sygdomsvarighed var 13-14 år for de ældre patienter, kun ca. 4 år for de yngre, og alene dette forhold vil alt andet lige forklare, at de ældre patienter hyppigere end de yngre har været undergivet en psykiatrisk særforanstaltning. Men på trods af, at nogle - men lagt fra alle - af disse patienter tidligere har udvist kriminell adfærd, har de i en årrække været behandlet på almindelige psykiatriske afdelinger, og det er nærliggende at antage, at baggrunden for at disse

patienter nu søges overflyttet til Sikringsanstalten mere er, at afdelingerne har ændret sig, end at patienterne har ændret sig - det er trods alt sjældent, at skizofrene patienter bliver mere farlige med alderen. Den første kasuistik kan illustrere dette synspunkt - den adfærd, der var baggrunden for, at afdelingen rejste sag om et farlighedsdekret (trusler med kniv), havde han også udvist under tidligere indlæggelser, men uden at afdelingen havde ønsket ham flyttet.

Godt halvdelen af patienterne, 23 af 39, var på det tidspunkt, sagen om farlighedsdekret blev rejst, undergivet en eller anden form for foranstaltning, og her var der ingen sikker forskel mellem ældre og yngre.

Det er imidlertid værd at understrege, at kun ni af patienterne var dømt til anbringelse på psykiatrisk hospital, en foranstaltning der nærmest forudsætter, at den pågældende er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet, medens man ikke kan slutte omvendt - at patienterne idømt en mildere sanktion, fx dom til behandling, ikke har begået alvorlig kriminalitet. Otte patienter var dømt til behandling, dvs. at i alt 17 var idømt en mere indgribende foranstaltning. Men det er stadig kun ca. halvdelen af hele materialet, og yderligere bør nævnes, at ca. 25% - 10 patienter - aldrig tidligere havde været dømt, og ikke aktuelt var sigtet. Nok er denne gruppe kriminelt belastet, men det er ikke den voldsomme personfarlige kriminalitet, der dominerer billedet.

Tre af patienterne blev overflyttet fra Anstalten ved Herstedvester. Herstedvester er et fængsel, der varetager behandling af psykisk afvigende, men principielt ikke-sindssyge kriminelle. Herstedvester fungerer hertil som observationsafdeling for Kriminalforsorgens øvrige institutioner - fængsler og arresthuse. Anstalten vil således undertiden modtage indsatte, som viser sig at være sindssyge. Drejer det sig om kortvarige psykotiske tilstande, fx toksiske psykoser, vil de pågældende indsatte/patienter kunne færdigbehandles på Herstedvester, men drejer det sig om mere langvarige psykotiske tilstande som fx skizofreni, forudsættes de pågældende overflyttet til fortsat behandling indenfor det almindelige psykiatriske hospitalsvæsen. Imidlertid har Anstalten jævnligt vanskeligheder med at få overflyttet selv kroniske, svært psykotiske indsatte/patienter til de psykiatriske afdelinger, og de tre sager vedrørende farlighedsdekret må ses i lyset heraf, og ikke mindst i lyset af, at Anstalten gennem de senere år i stadig øget omfang så at sige oplever det modsatte af, hvad der er forudsat - overlæge Heidi Hansen, Anstalten ved Herstedvester har oplyst, at Anstalten i 1990 modtog 25 patienter direkte fra de psykiatriske afdelinger. Det bør nævnes, at flytning af sindssyge fra psykiatriske afdelinger til et fængsel er i direkte modstrid med "De Europæiske fængselsregler", som Danmark har ratificeret.

"Overflytningen" finder sted i situationer, hvor den pågældende patient i hvert fald formelt foretager en kriminell handling på en psykiatrisk afdeling - ildspåsættelse, trusler, måske vold - hvorefter afdelingen anmelder forholdet til politiet og yderligere anmoder politiet om at fjerne patienten fra afdelingen. Patienten bliver herefter anholdt, placeret i arresthus og derfra flyttet til Anstalten ved Herstedvester (jf. kasuistik nr. 4). Denne udvikling kan ses som en direkte parallel til udviklingen i antallet af farligheds-

dekreter, og samlet peger resultaterne af undersøgelsen på, at den væsentligste årsag til det stigende antal farlighedsdekreter er tiltagende vanskeligheder for de psykiatriske afdelinger ved at huse dårlige, periodisk aggressive patienter.

Det *indtryk*, man får ved at gennemgå sagerne fra de senere år, bekræfter denne antagelse. Tærsklen for hvad en afdeling kan - eller vil - rumme er faldet, og det gælder såvel den personfarlige adfærd som varighedskriteriet - en dårlig patient, der foretager en måske enkeltstående farlig handling, kan godt søges overført til Sikringsanstalten, jf. den sag, hvor retten ophævede et farlighedsdekret. Denne sygehistorie demonstrerer i øvrigt en anden løsningsmodel for besværlige, men ikke nødvendigvis voldelige patienter - de udskrives til gaden. Det turde være indlysende, at sådanne livsvilkår for en skizofren patient kun kan forværre patientens tilstand og øge risikoen for personfarlig adfærd.

Stigningen i antallet af farlighedsdekreter rejser imidlertid spørgsmålet, om Retslægerådet kan - og bør - ændre praksis og stramme betingelserne for at anbefale et farlighedsdekret. Betænkningen om Retslægerådet indeholder en grundig gennemgang af Rådets rolle og funktion i relation til mentalerklæringer i straffesager, hvor udvalgets flertal konkluderer, at Rådet kan "...fremkomme med en sagkyndig bedømmelse af allerede tilvejebragte oplysninger", og videre, at "...visse sider af en mentalundersøgelse i realiteten er unddraget Rådets efterprøvelse". Det forholder sig på samme måde i sager vedrørende farlighedsdekreter. Rådet kan vurdere de foreliggende oplysninger, og er de ikke fyldestgørende, kan der indhentes yderligere oplysninger, men "visse sider unddrager sig Rådets efterprøvelse" som fx hvorvidt "mindre indgribende foranstaltninger" til imødegåelse af faren har vist sig utilstrækkelige.

Eksempelvis kan nævnes en skizofren patient, der har overfaldet personalet og medpatienter, som næsten konstant må ligge i bælte, og som bliver mere og mere urolig og truende. Afdelingen rejser sag om et farlighedsdekret, og Retslægerådet må konstatere, at under de givne forhold er såvel de formelle som materielle kriterier for overflytning til Sikringsanstalten opfyldt. Patienten er imidlertid indlagt på en lukket urolig modtageafdeling, uden den ro i trygge omgivelser med faste rammer, der er så vigtig i håndteringen af skizofrene urotilstande. Det lader sig ikke efterprøve, om den mindre indgribende foranstaltning at flytte patienten til en rolig, lukket velbemandet afdeling ville kunne imødegå faren, for enten er der ikke andre lukkede afdelinger, eller også er forholdene på de øvrige lukkede afdelinger ligeså. Retslægerådet må således forholde sig til de eksisterende forhold for de psykiatriske afdelinger - og psykiatriske patienter - og det er ikke realistisk at forudsætte, at Rådet ved en stramning af kriterierne for anbringelse på Sikringsanstalten kan nedbringe antallet af farlighedsdekreter. Noget andet er, at andre forhold kan nødvendiggøre dette - overlæge Toni Haugen, Amtshospitalet Nykøbing Sj. har beregnet, at fortsætter udviklingen, vil alle Sikringsanstaltens pladser omkring 1994/95 være belagt med patienter indlagt i

medfør af et farlighedsdekret - der vil hverken være plads til domsanbragte eller varetægtsarrestanter.

Resultatet af denne opgørelse peger på, at årsagen til den kraftige stigning i antallet af farlighedsdekreter er, at de psykiatriske sengeafdelinger har tiltagende vanskeligheder ved at behandle, hvad der må opfattes som psykiatriens kernegruppe - den dårlige psykotiske især skizofrene patient. I nogle tilfælde flyttes patienten i medfør af et farlighedsdekret til Sikringsanstalten, i andre tilfælde får man patienten anbragt i Anstalten ved Herstedvester, som er et fængsel. Det samlede antal patienter, der på denne måde "udstødes" fra de psykiatriske afdelinger er endnu begrænset, men stigningen er urovækkende, i første række - naturligvis - for de patienter, der bliver undergivet disse meget indgribende foranstaltninger på grund af utilstrækkelige behandlingsmuligheder på de psykiatriske afdelinger. Men også urovækkende set i lyset af, at fortsætter udviklingen, vil alle Sikringsanstaltens pladser om tre til fire år være belagt med patienter indlagt i medfør af et farlighedsdekret - der vil hverken være plads til domsanbragte eller til varetægtsarrestanter. Quo vadis?

Denne undersøgelse siger intet om årsagen til, at de psykiatriske afdelinger har tiltagende vanskeligheder ved at huse og behandle dårlige, voldsomme patienter. Den kraftige stigning i antallet af skizofrene drabsmænd må antages at hænge sammen med nedlæggelse af psykiatriske sengepladser, og det er nærliggende at antage, at også stigningen i antallet af farlighedsdekreter skyldes nedlæggelse af sengepladser. Det er imidlertid muligt, at holdningsændringer også spiller en rolle.

Ingen ønsker en kritikløs eller blot lemfældig anvendelse af tvang. Den stigende respekt for individets autonomi omfatter også psykiatriske patienter, og enhver form for tvangsanvendelse må derfor nøje overvejes og begrundes. Man kan imidlertid reflektere over, om den tvangsanvendelse som *kan* være nødvendig overfor psykiatriske patienter - og som ikke er udtryk for en forældet lægelig paternalisme, men for omsorg over for en syg patient, som på grund af sin sygdom alvorligt kan skade sig selv eller andre - nu også opfattes som suspekt? Og at de psykiatriske afdelinger derfor, i tilfælde af hvor fx længerevarende fiksatoren viser sig nødvendig, ønsker at "legitimere" tvangsanvendelsen ved at rette henvendelse til Justitsministeriet. Selv om patienten ikke bliver flyttet, har man dækket sig ind, hvis der skulle blive en offentlig "sag".

Selve Sikringsanstaltens eksistens er et udtryk for, at nogle ganske få skizofrene patienter på grund af deres sygdom og trods optimal behandling, er virkelig farlige, hvad der også ses i dette materiale. Analysen af stigningen i antallet af farlighedsdekreter peger imidlertid på, at utilstrækkelige behandlingsmuligheder i sig selv kan medføre, at skizofrene patienter, der i en årrække har været indlagt på almindelige psykiatriske afdelinger, nu må overføres til Sikringsanstalten, enten fordi afdelingerne ikke mere har kapacitet til at rumme og behandle patientens adfærd, eller fordi strukturændringer mv. medfører, at disse patienters tilstand forværres, således at de vedvarende udviser ekstraordinær personfarlig adfærd.

## XI. Myndighedslovens §65

A. er en nu 60-årig kvinde, der havde skrevet under på en slutseddel vedrørende køb af en ejendom. 10 dage efter blev hun indlagt på psykiatrisk hospital, hvor hun fandtes svært sindssyg. Under indlæggelsen blev det klart, at hun hverken havde brug for huset eller havde økonomiske midler til at afholde udgifterne til at have et hus. Hun blev herefter stævnet for misligholdelse af købekontrakten. (A-31121)

Sagen blev forelagt Retslægerådet, hvor sagens parter ønskede følgende spørgsmål besvaret:

"Retslægerådet anmodes om at afgive en udtalelse om karakteren af A.'s sygdom og den tidsmæssige udstrækning af det akutte anfald forud for indlæggelsen den ...1989.

Endvidere anmodes Rådet om en erklæring om sygdommens indflydelse på A.'s evne til at handle fornuftsmæssig, herunder specielt i månederne forud for indlæggelsen den ...1989.

Ligeledes ønskes en erklæring om A. i perioden ... (en måned forud for indlæggelsen) kan antages at have manglet evnen til at forstå en indgået retshandel og dennes betydning på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende.

Ligeledes ønskes en erklæring om, hvorvidt en eventuel sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende i samme periode må antages at have været kendelig for lægmand."

Ved sagens fremsendelse til Retslægerådet forelå en kortfattet udtalelse fra det psykiatriske hospital, A. var blevet indlagt på, samt dele af hospitalets journal i fotokopi. Det fremgik, at A. kort tid før aktuelle indlæggelse - og kort tid før hun underskrev slutsedlen - havde været indlagt på en (anden) psykiatrisk afdeling. Rådet fandt ikke at kunne afgive udtalelse på det foreliggende grundlag og anbefalede, at der blev indhentet en supplerende erklæring, omhandlende bl.a. oplysninger om hendes tilstand under de seneste hospitalsindlæggelser. Overlæge S. afgav herefter supplerende erklæring.

Af det samlede materiale fremgår, at A. igennem mere end 30 år havde været psykisk syg, lidende af en såkaldt skizoaffektiv psykose (dvs. en særlig form for skizofreni med ledsagende stemningssvingninger). Hun havde i årenes løb talrige gange været indlagt på forskellige psykiatriske afdelinger og hospitaler. Hun modtog højeste invalidepension. Hun havde i lange perioder været i behandling med antipsykotisk virkende medicin.

Et par år før aktuelle sag var hun blevet gift med en næsten 40 år yngre udlænding. Parret havde boet i A.'s 1-værelses lejlighed. Ægteskabet var hurtigt blevet problemfyldt, og ægtefællen var, ca. 1 måned før A. skrev under på slutsedlen, rejst tilbage til sit hjemland, angivelig med bringende en del af en arv, A. nylig havde modtaget.

Kort efter at ægtefællen var rejst, blev A. indlagt på en psykiatrisk afdeling efter at have foretaget et selvmordsforsøg. Hun fandtes under indlæggelsen urolig og rastløs, hun gav udtryk for vage legemlige vrangforestillinger, således angav hun, at hun gerne ville undersøges for tuberkulose. Efter ca. en uges indlæggelse ønskede hun sig udskrevet. Afdelingen frarådede dette, men A. fastholdt sit ønske. Det blev herefter aftalt, at hun ambulantly skulle fortsætte med antipsykotisk virkende medicin, og at hun ret hyppigt skulle give ambulantly fremmøde.

Ni dage efter udskrivelsen skrev hun under på slutsedlen vedrørende et huskøb, ti dage efter hun havde skrevet under, blev hun indlagt på et psykiatrisk hospital. Hun fandtes her svært sindssyg, hun husede omfattende legemlige vrangforestillinger, hun mente således, at hun led af en lang række alvorlige legemlige sygdomme. Hun klagede over, at der gik elektricitet igennem hendes organisme, og det blev oplyst, at hun i dagene forud for indlæggelsen havde udvist aparte adfærd begrundet i hendes sindssygelige forestillinger. Hun oplyste selv, at hun var ophørt med den medikamentelle behandling efter aftale med den afdeling, hvor hun tidligere havde været indlagt (hvilket var i strid med kendsgerningerne).

Under indlæggelsen meddelte en pårørende, at denne i A.'s hjem havde fundet en slutseddél vedrørende et huskøb, og at A. havde betalt udbetalingen. A. selv oplyste, at hun var klar over, at hun havde betalt det pågældende beløb, men hun vidste ikke til hvem. Hun oplyste videre, at hun havde ønsket sig en større bolig, idet hun mente, at hun var gravid og ventede tvillinger.

Overlæge S. konkluderede, at det måtte ..."anses for overvejende sandsynligt, at patienten på det tidspunkt, hun har underskrevet slutseddél, på grund af sindssygdom har manglet evnen til at handle fornuftmæssigt".

Retslægerådet afgav herefter følgende udtalelse:

"Med tilbagesendelse af sagen vedrørende A., skal Retslægerådet, på baggrund af lægeerklæring af 01.06.89 og 17.08.90, samt det i øvrigt for Rådet foreliggende, udtale at A. siden 1958 i perioder har været produktiv sindssyg, præget af vrangforestillinger med forfølgelsesindhold, påvirkningsfornemmelser, hypokondre vrangforestillinger, angst og uro. Hun modtager højeste invalidepension. Hun har siden 1983 været indlagt i alt 19 gange på ... (psykiatrisk sygehus) og ... (psykiatrisk afdeling). Diagnostisk betegnes A. som lidende af skizoaffektiv psykose (skizofreni med stemningssvingninger). Ved indlæggelsen den ...1989 beskrives A. som præget af tankemylder og hypokondre vrangforestillinger. Hun blev udskrevet den ... (7 dage senere), hvor hun ikke fandtes præget af produktive psykotiske symptomer. Hun undlod at følge den aftalte behandling med antipsykotisk virkende medicin. Den ... (19 dage efter at være blevet udskrevet) blev A. på ny indlagt (på psykiatrisk hospital) og var da åbenlyst sindssyg med påvirkningsfornemmelser, hypokondre vrangforestillinger og formelle forstyrrelser af tænkningen. Hun kunne ikke på sammenhængende måde gøre rede for



tildragelser i den forudgående periode. A. er lidende af en kronisk sindslidelse, og i perioden fra første halvdel af ... til ...1989 (perioden mellem de to indlæggelser, hvor A. underskrev slutsedlen) var hun i betydelig grad præget af tegn på opblussen af sygdommen, herunder manifesterede tegn på sindssygdom.

Retslægerådet finder det helt overvejende sandsynligt, at A. på tidspunktet for indgåelsen af en handel den ... som følge af sindssygdom har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt."

Det er senere oplyst, at sagen blev forliget efter rettens tilkendegivelse efter afholdelse af procedure i sagen. Rettens tilkendegivelse gik ud på, at A. ... "måtte anses for at have været i en §65-tilstand på tidspunktet, hvor handlen blev indgået, og der blev ikke givet sagsøgte medhold i, at der var grundlag for erstatning efter myndighedslovens §65, stk. 2."

## Kommentar

Retslægerådet behandler nogle få sager - af størrelsesordenen 10-15 - årligt - hvor spørgsmålet er - om en person på tidspunktet for en handels indgåelse har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt jf. myndighedslovens §65. Det kan, som i den her refererede sag, dreje sig om mennesker med livslange kroniske psykosser, eller det kan dreje sig om ældre med én eller anden grad af demens, der har indgået et handel. Den her refererede sag var fra et lægeligt synspunkt relativt ukompliceret, idet A. såvel kort tid før som kort tid efter handlens indgåelse havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor hun begge gange fandtes sindssyg. Det er yderligere oplyst, at hun kort tid efter at være blevet udskrevet fra den første indlæggelse var ophørt med medikamentel antipsykotisk virkende behandling. En forværring i den sindssygdom, A. lider af, vil normalt være af en vis varighed (uger til måneder), afhængig af hvor intensiv tilstanden behandles. A.'s tilstand var langt fra stabil, da hun mod givet råd lod sig udskrive, hun ophørte med medikamentel behandling, og hun fandtes ved indlæggelsen kort tid efter på psykiatrisk hospital svært psykotisk, hvorfor Retslægerådet kunne konkludere, at Rådet fandt det "helt overvejende sandsynligt", at A. på tidspunktet for handlens indgåelse havde manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt.

I mange tilfælde vil Rådet imidlertid være mere forbeholden i sin udtalelse i denne type sager. Et typisk eksempel er en person, der over måneder udvikler en sindssygdom, eller som igennem flere år er blevet tiltagende intellektuel reduceret. Udviklingen har måske medført, at vedkommende til slut er blevet indlagt på psykiatrisk hospital. Har den pågældende, i den periode sygdommen har udviklet sig, indgået en aftale, kan Retslægerådet blive spurgt, om den pågældende på tidspunktet for aftalens indgåelse manglede evnen til at handle fornuftsmæssigt. Det kan i denne type sager være forbundet med betydelige vanskeligheder at vurdere, om en sygdomsudvikling har været så fremskreden, at den har medført, at personen har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt, ligesom mange sindssygdomsformer ikke udviser en jævn forværring,

men er præget af en vekslen mellem gode og dårlige perioder, også selvom tilstanden så og sige "gennemsnitlig" forværres med tiden. Rådets vurdering vil selv sagt basere sig på de lægelige oplysninger i sagen, men også i et vist omfang, hvor det findes relevant, på de iagttagelser som f.eks. pårørende eller andre med tilknytning til den pågældende har gjort. I visse tilfælde må Rådet nøjes med at konkludere, at såfremt det lægges til grund, at den person, sagen omhandler, på tidspunktet for aftalens indgåelse, befandt sig i en tilstand som den nu beskrevne, så havde vedkommende manglet evnen til handle fornuftsmæssigt.

## XII. Åndssvaghed i lettere grad

A. er en 32-årig kvinde, der var sigtet for overtrædelse af straffelovens §181, stk. 1 - forvoldelse af ildebrand på fremmed ejendom - ved i køkkenet i den lejlighed, hvor hun boede til leje, i to tilfælde at have antændt en voksdug, hvorved der ved ildens videre udbredelse skete brandskade på køkkengulvet for ca. 1.500 kr. Hun var ikke tidligere straffet. Hun blev mentalobserveret under indlæggelse på et psykiatrisk hospital, hvor overlæge K. afgav erklæring. Erklæringen bygger i høj grad på journalmateriale fra (den tidligere) Åndssvageforsorg (A-30662).

A. blev født af samlevende forældre, men moderen døde, da A. var 4 år gammel. Hun blev sammen med sine 5 søskende opdraget af faderen, der modtog invalidepension. Barndomshjemmet var pauvert, og A. opvoksede under særdeles dårlige sociale forhold. Hun blev, 8 år gammel, optaget under Åndssvageforsorgen, hun blev henvist af skolepsykolog. Hun fandtes dengang begavelsesmæssigt placeret på overgangen mellem åndssvaghed i lettere grad og sinkestadiet. Hun havde hertil en udtalt taledefekt, som i øvrigt har præget hende livet igennem på trods af, at hun såvel i Åndssvageforsorgen som senere er forsøgt behandlet herfor.

I sin barndom og opvækst har hun været anbragt på institutioner under Åndssvageforsorgen, senere var hun i en årrække i familiepleje. Hun udviste som barn og ung en aparte adfærd, og hun kunne være provokerende og udkældende. Hun var hertil præget af et klodset bevægemønster.

Da A. var 22 år gammel foretog man en samlet vurdering af hendes evner og sociale funktionsniveau. Hun var selvhjulpne og kunne finde rundt i omgivelser, hun kendte. Hun skulle støttes i almindelig hygiejne. Hun talte med enstavelser og havde mange talefejl, som medførte, at hendes sprog ofte var uforståeligt for fremmede. Hun var i stand til at læse lette tekster, fx ungdomsbøger, men hun kunne ikke følge teksten på en fjernsynsskærm. Hun kendte pengene og deres værdi. Senere fik hun forsøgsvis ophold på en husholdningsskole for normalbegavede, men her faldt hun slet ikke til.

Da A. var i midten af 20'erne, boede hun nogle år sammen med en væsentlig ældre mand. Parret fik et barn. Da samlivsforholdet blev opløst, blev barnet anbragt på institution, og A. havde siden kun haft sporadisk kontakt med barnet.

A. havde haft sin aktuelle bolig i et års tid, hun boede alene. Hendes økonomi blev i praksis administreret af det lokale socialkontor. Hun levede ret isoleret men med en vis, overfladisk kontakt til bl.a. en nabo.

A.'s fader havde, da A. som barn boede hjemme, drevet "smugkro", og A. skulle allerede dengang have haft et alkoholforbrug. I hvert fald gennem de sidste 7-8 år før aktuelle havde hun haft et ikke ubetydeligt alkoholmisbrug af afhængighedskarakter. Var hun begyndt at drikke, kunne hun ikke stoppe. Hun mente selv, at hun drak 10-15 øl daglig. Hun misbrugte ikke euforiserende stoffer eller medicin. Hun havde været ganske svært beruset, da hun foretog de påsigtede ildspåsættelser. Hun kunne ikke

forklare baggrunden for sin handling udover at hun var ked af, at en bekendt ikke som aftalt var kommet og havde hjulpet hende med at flytte nogle møbler.

A. var legemlig rask bortset fra, at hun var overvægtig.

A. fandtes under indlæggelsen i første række præget af sin dårlige begavelse og sine ret udtalte talevanskeligheder. Hun fandtes hertil initiativløs og uselvstændig.

Under mentalobservationen havde overlæge K. kontakt med den lokale socialforvaltning, der var indstillet på at støtte A. fremover, bl.a. blev der fundet plads på et værksted, hvor hun skulle komme dagligt. Der blev ligeledes truffet aftale om alkoholbehandling.

Erklæringen konkluderede: "Sigtede, der ved den strafbare handling foretaget ikke var sindssyg, var præget af åndssvaghed i lettere grad og (er) dermed at henføre til straffelovens §16, stk. 2." ...Hun er videre beskrevet som alkoholmisbrugende, ligesom det er nævnt, at hun var påvirket af alkohol på tidspunktet for den påsigtede handling. Konklusionen slutter: "Det må formodes, at tilstrækkelig sikkerhed kan opnås ved, at man idømmer A. ambulanslægeligt ledet alkoholbehandling ved nærmeste alkoholambulatorium med tilsyn af Kriminalforsorgen."

Retslægerådet kunne tilslutte sig, at A. var omfattet af straffelovens §16, stk. 2, men Rådet fandt det rigtigst at anbefale, at A. blev inddraget under Åndssvageforsorg. Da der således forelå uenighed mellem Retslægerådet og den erklæringsskrivende speciallæge, korresponderede Rådet med overlæge K., der angav, at han ikke havde indvendinger mod Rådets påtænkte udtalelse.

Retslægerådets udtalelse har følgende ordlyd:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af mentalobservationserklæring af 05.01.90 fra overlæge K. og øvrige for Rådet foreliggende akter om A. udtale, at hun ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunktet for den påsigtede handling. Hun har tidligere været inddraget under Åndssvageforsorgen og er begavelsesmæssigt fundet placeret på overgangen mellem åndssvaghed i lettere grad og sinkestadiet. Hun er hertil i betydelig grad hæmmet af en udtalt taleddefekt. Personlighedsmæssigt er hun beskrevet som kortsynet, præget af manglende stabilitet og usikker social tilpasning samt af betydelige vanskeligheder ved at etablere og vedligeholde kontakt til andre mennesker. Retslægerådet vil herefter ved en samlet vurdering af hendes tilstand finde, at hun befinder sig i en tilstand af åndssvaghed i lettere grad eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed. Hun har i en årrække misbrugt alkohol, og hun var påvirket heraf på tidspunktet for den påsigtede handling, men der er ingen mistanke om, at abnorm rustilstand har foreligget.

A. findes herefter omfattet af straffelovens §16, stk. 2. Hun har behov for støtte og behandling, herunder behandling mod alkoholmisbrug, og Retslægerådet skal, som mest formålstjenlig foranstaltning, såfremt hun findes skyldig, anbefale, at hun, jf. straffelovens §68, 2. pkt., anbringes (inddrages) under Åndssvageforsorgen."

Da mentalobservationen var afsluttet, blev A. udskrevet, hun blev ved samme lejlighed løsladt. De sociale myndigheder havde sikret bolig, beskæftigelse, alkoholist-behandling mv. Hun blev senere dømt til inddragelse ..."under forsorgen for psykisk handicappede med tilsyn af amtskommunens social- og sundhedsforvaltning, således at hun skal efterkomme forsorgsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde samt bestemmelse om lægeligt ledet behandling mod misbrug af alkohol".

## Kommentar

Rådet måtte i første omgang overveje, hvorvidt A. kunne betragtes som åndssvag i lettere grad eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og således omfattet af straffelovens §16, stk. 2, eller om hun måtte opfattes som placeret i sinkegruppen for så at blive henført til straffelovens §69, stk. 1. Denne problemstilling præsenteres Rådet ikke sjældent for. I vurderingen heraf vil Rådet lægge vægt på forhold som evnen til at klare sig socialt, personlighedstræk eller tilstedeværelsen af andre former for handicap, som i den her refererede sag, hvor A. udover sin dårlige begavelse, også var præget af et udtalt talebesvær. Resultaterne af intelligensmålinger er naturligvis vigtige, men vurderingen af, om en person henføres til sinkegruppen eller til gruppen af lettere åndssvage beror på en helhedsvurdering.

Det fremgik af erklæringen, at den stedlige socialforvaltning indtog en central plads i den behandlingsplan, der blev lagt for A., og allerede af den grund fandt Retslægerådet det naturligt at anbefale, at hun blev inddraget under Åndssvageforsorg, idet det efter særforsorgens udlægning er amtskommunerne (Københavns og Frederiksberg Kommune) der har ansvaret for behandlingen af åndssvage. Da der var uoverensstemmelse mellem Rådets påtænkte udtalelse og mentalobservationserklæringens konklusion, korresponderede Rådet med den speciallæge, der havde afgivet erklæringen, vedkommende overlæge havde ingen indvendinger mod Rådets påtænkte udtalelse. (Procedure mv. i uenighedssager mellem Rådet og den erklæringsskrivende læge er nærmere beskrevet i Rådets årsberetning for 1989 side 56 til 67, hvortil der henvises).

Retslægerådet er bekendt med, at det i en årrække undertiden har vakt en vis undren, at Rådet har anvendt betegnelsen "åndssvag" og som sanktionsforslag har anbefalet enten "inddragelse" eller "anbringelse" under Åndssvageforsorgen. Det har fra forskellig side været påpeget, at sanktionsforslaget "inddragelse under Åndssvageforsorg" nærmest er indholdsløst, idet bestemmelserne i bistandsloven vedrørende personer med vidtgående psykisk handicap bygger på frivillighed og ikke åbner mulighed for tvangsmæssig indgriben. Baggrunden for Rådets terminologi har været ordlyden af straffelovens §16 og §68, hvor de her nævnte betegnelser er anvendt. Retslægerådet har imidlertid med tilfredshed bemærket, at Rigsadvokatens årsberetning for 1990 indeholder en gennemgang af de påstande, anklagemyndigheden fremover vil anvende i sager vedrørende åndssvage, spændende fra den rene ambulante foranstaltning til anbringelse på sikret afdeling. Rådet vil tilstræbe at anvende disse sanktionsforslag, som er bragt i overensstemmelse med bistandslovens terminologi og indhold.