

Retslægerådets årsberetning for 1991

**København
1993**

ISBN 87-601-3760-6
Villadsen & Christensen

Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
II. Sager behandlet i Retslægerådet 1991	18
III. Arbejdsmedicinske skader i bevægeapparatet	21
IV. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	26
V. Straffelovens §73	38
VI. Varigheden af en psykiatrisk særforanstaltning	41
VII. Psykosediagnosen, de "uanbringelige" retspsykiatriske patienter	45
VIII. Varigheden af en dom til behandling - udvisning	55

Forord

Opbygningen af denne årsberetning adskiller sig ikke fra den, der er anvendt i de foregående årsberetninger.

Det ses, at antallet af sager og sagernes karakter ikke afviger fra tidligere års sager. Den i 1989 indførte lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien gav naturligt nok anledning til en lidt ændret fordeling af de psykiatriske sagers karakter, idet først og fremmest antallet af forespørgsler vedrørende tvangstilbageholdelse faldt markant. Der synes nu at være sket en ikke ubetydelig stigning i forhold til 1990 (ca. 56%) i forhold til året før, selv om antallet stadig ligger noget under antallet fra 1989. Det skyldes tilfældigheder, at det i nærværende årsberetning først og fremmest er psykiatrispørgsmål, der er omtalt efter redegørelsen for Retslægerådets organisation og sagsmængde.

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 apotekervæsen §19 nævnte sager.

Stk. 2. bestemmelse 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 Retslægerrådet, af 20.04.61.

I medfør af §4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerrådet 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 Retslægerrådet.

§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 1991

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
(retspsykiatri), indtil den 30.08.91.

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

Overlæge Peter Kramp
Justitsministeriets psykiatriske undersø-
gelseslinik (retspsykiatri).

Professor, overlæge, dr. med. Ib Lorenzen
Hvidovre Hospital, Medicinsk blok, Af-
snit for reumatologi, næstformand (intern
medicin).

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

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

Professor, overlæge, dr. med.
Kai Tolstrup
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. Overlæge, dr. med. Else Andersen
Frederiksborg Amts Sygehus, Hillerød, Børneafdelingen (pædiatri).
3. Professor, overlæge dr. med. Johan A. Andersen
Odense Sygehus, Patologisk institut (patologisk anatomi).
4. Overlæge, dr. med. Kjeld Skou Andersen
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Orthopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
5. Prosektor, dr. med. Stig Asnæs
Københavns Universitet, Retspatologisk Institut (patologi).
6. Professor, dr. med. Jens Astrup
Århus Kommunehospital, Neurokirurgisk afdeling gs (neurokirurgi).
7. Lektor Athanasios Athanasiou
Institut for odontologi, Århus Tandlægehøjskole (odontologi).
8. Lektor, lic. odont. Merete Bakke
Københavns Tandlægehøjskole (odontologi).
9. Professor, overlæge, dr. med. Gunnar Bendixen
Rigshospitalet, Medicinsk afdeling tta (intern medicin).
10. Overlæge dr. med. Tom Bendix
Rigshospitalet, Medicinsk afdeling tta (intern medicin).
11. Professor, overlæge dr. med. Mogens Blichert-Toft
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling d (kirurgi).
12. Overlæge, dr. med. Marie Bojesen-Møller
Århus Kommunehospital, Neuropatologisk afdeling (patologi).
13. Professor Lars Axel Bolund
Århus Universitet, Institut for Human Genetik (genetik).
14. Overlæge dr. med. Niels Brandt
Rigshospitalet, Børneafdelingen ggk (pædiatri).
15. Professor, overlæge, dr. med. Poul Bretlau
Rigshospitalet, Øre-næse-halsafdeling F (otologi).
16. Chefspsykolog Peter Bruhn
Rigshospitalet (klinisk psykologi)
17. Tandlæge Poul Cappelørn
1100 København K (odontologi).
18. Overlæge Jens Krogh Christoffersen
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Kirurgisk afdeling h (kirurgi).
19. Overlæge, dr. med. Leif Corydon
Vejlø Sygehus, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi).
20. Lektor, dr. odont. Erik Dahl
Tandlægehøjskolen, København (odontologi).
21. Overlæge, dr. med. Ronald Dahl
Århus Kommunehospital, Lungemedicinsk Afdeling B (intern medicin).
22. Overlæge, dr. med. Torsten Deckert
Niels Steensens Hospital i Gentofte, Medicinsk endokrinologisk afdeling (intern medicin).
23. Overlæge, dr. med. Sven Dorph
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Røntgen afdeling (radiologi).

24. Overlæge Ole Ejner Drachmann
Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Klinisk immunologisk afdeling og blodbank (alkohol- og medicinpåvirkning).
25. Overlæge, dr. med. Aage Drivsholm
Rigshospitalet, Medicinsk-Hæmatologisk afdeling I (intern medicin).
26. Overlæge, dr.med. Krystof T. Drzewiecki
Rigshospitalet, Plastik- og Kæbekirurgisk afdeling S (plastikkirurgi)
27. Overlæge, dr. med. Espen Dybkjær
Hvidovre Hospital, Blodbanken (blodtype-serologi).
28. Overlæge Uffe Dyreborg
Odense Sygehus, Røntgendiagnostikafdeling (radiologi).
29. Overlæge, dr. med. Cai Frimodt-Møller
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Kirurgisk afdeling h (urologi).
30. Professor, overlæge, dr. med.
Flemming Gjerris
Rigshospitalet, Neurokirurgisk afdeling (neurokirurgi).
31. Overlæge, dr. med. Ernst Goldschmidt
Centralsygehuset i Hillerød, Øjenafdelingen (oftalmologi).
32. Professor, dr. med.
Philippe Adam Grandjean, Odense Universitet (hygiejne).
33. Professor, overlæge dr. med. Eilif Gregersen
Rigshospitalet, Øjenafdeling e (oftalmologi).
34. Professor, dr. med. Markil Gregersen
Århus Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).
35. Overlæge, dr. med. Finn Gyntelberg
Rigshospitalet, Arbejdsmedicinsk klinik (arbejdsmedicin).
36. Professor, dr. med. Tage Hald
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Urologisk afdeling (urologi).
37. Overlæge, dr. med. Erik Halkier
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Thoraxkirurgisk afdeling (kirurgi).
38. Overlæge Jens E. Mølholm Hansen
Københavns Amts Sygehus, Herlev, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling F (endokrinologi)
39. Afdelingsjordemoder Karen M. Hansen
Odense Sygehus, Fødeafdelingen (jordemoderforhold).
40. Overlæge, dr. med. Karl Brogaard Hansen
Århus Kommunehospital, Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y (gynækologi-obstetrik).
41. Overlæge, dr. med. Finn Hardt
Hvidovre Hospital, Gastroenterologisk afdeling (intern medicin, alkoholspørgsmål).
42. Professor, overlæge, dr. med. Stig Haunsø
Rigshospitalet, Medicinsk afdeling B (intern medicin).
43. Overlæge, dr. med. Ralf Peter Hemmingsen
Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk afdeling (psykiatri).
44. Fhv. afdelingsleder, dr. med.
Klavs Henningsen
2942 Skodsborg (paternitetssager).
45. Professor, overlæge, dr. med.
Per Henningsen
Skejby Sygehus, Hjertemedicinsk afdeling b (intern medicin og kardiologi).
46. Overlæge Erik Hjelms
Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling rt (kirurgi).
47. Professor, dr. odont. Erik Hjørtting-Hansen
Københavns Tandlægehøjskole, Institut for Kirurgi og Anæstesiologi (odontologi).

48. Professor, overlæge dr. med.
Hans Henrik Holm
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Kirurgisk-urologisk afdeling (kirurgi).
49. Professor, dr. odont. Palle Holmstrup
Københavns Tandlægehøjskole (odontologi).
50. Professor, dr. med. Eigill Hvidberg
Rigshospitalet, Klinisk Farmakologisk afdeling (farmakologi).
51. Professor, overlæge, dr. med. Niels Højby
Rigshospitalet, Klinisk Mikrobiologisk afdeling (mikrobiologi).
52. Lektor Jan Jakobsen
Københavns Tandlægehøjskole, Institut for propædeutisk odontologi, radiologi og fællesklinisk undervisning (odontologi).
53. Specialtandlæge Poul Ull Jacobsen
2800 Lyngby (odontologi).
54. Lektor, lic. odont. Birgit Leth Jensen
Tandlægehøjskolen, København (pædodonti).
55. Overlæge Egill Jensen
Alko-ambulatoriet, København V (alkoholspørgsmål).
56. Overlæge Erik Gert Jensen
Sønderborg Sygehus, Ortopæd-kirurgisk afdeling (ortopædi).
57. Overlæge, dr. med. Erik Martin Jensen
Bispebjerg Hospital, Reumatologisk og rehabiliterings afdeling h (reumatologi).
58. Overlæge, dr. med. Hans-Erik Jensen
Bispebjerg Hospital, Kirurgisk afdeling f (kirurgi).
59. Direktør, dr. med. Jørgen Steen Jensen
Polymers Reconstructive A/S.
60. Overlæge, dr. med. Karsten Jensen
Bispebjerg Hospital, Medicinsk afdeling c (toksikologi).
61. Professor, overlæge, dr. med. Bent Juhl
Århus Kommunehospital, Anæstesiologisk afdeling og intern afdeling n (anæstesiologi).
62. Professor, dr. med. Per Juul
Farmaceutisk Højskole i København (farmakologi).
63. Overlæge, dr. med. Hans E. Jørgensen
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Medicinsk afdeling (alkohol påvirkning)
64. Lektor Elisabeth Kaa
Retsmedicinsk Institut, Århus (retskemi).
65. Overlæge, dr. med. Jens Kamper
Odense Sygehus, Børneafdeling h (pædiatri).
66. Professor, overlæge, dr. med. Henrik Kehlet
Hvidovre Hospital, Gastrokirurgisk afdeling (kirurgi).
67. Professor, dr. med. Poul Kildeberg
Odense Sygehus, Børneafdelingen (pædiatri).
68. Embedslæge Søren Klebak
Embedslægeinstitutionen, Vanløse (pædiatri).
69. Direktør, dr. med. Leif Klinken
Københavns Universitet, Neuropatologisk Institut (neuropatologi)
70. Oversygeplejerske Gitte Kozakewitsch
Hvidovre Hospital, Reumatologisk afdeling (sygeplejerskeforhold)
71. Professor, overlæge, dr. med.
Peter Krasilnikoff
Hvidovre Hospital, Børneafdelingen (pædiatri)
72. Læge Ib Ladefoged
8900 Randers (almen medicin)
73. Lektor, dr. med. Jens Anker Larsen
Århus Universitet, Fysiologisk Institut (alkohol- og medicinpåvirkning)

74. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Falck Larsen
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Gynækologisk Obstetrisk afdeling (gynækologi-obstetrik)
75. Overlæge, dr.med. Benedicte Laursen
Ålborg Sygehus Syd, Medicinsk Hæmatologisk afdeling (intern medicin)
76. Overlæge, dr.med. Paul Erik Lebech
Frederiksberg Hospital, Gynækologisk afdeling (gynækologi-obstetrik)
77. Overlæge Anne Frank Lindhardt
Roskilde Amts Sygehus Fjorden, Psykiatrisk afdeling b 1 (psykiatri).
78. Overlæge, dr.med. Henrik Lund-Andersen
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi).
79. Overlæge, dr.med. Mogens Lunding
Rigshospitalet, Anæstesiafdeling AN (anæstesiologi)
80. Speciallægekonsulent Inge Lynge
3070 Snekkersten (psykiatri)
81. Professor, dr. med.
Carl Erik Mabeck
Århus Universitet, Institut for Almen Medicin (almen medicin).
82. Overlæge, dr. med.
Jørgen Rask Madsen
Hvidovre Hospital, Gastromedicinsk afdeling (gastromedicin).
83. Fg. overlæge Hans Jørgen Malling
Rigshospitalet, Medicinsk afdeling tta (intern medicin, allergologi).
84. Professor, overlæge dr. med.
Johannes Melchior
Rigshospitalet, Pædiatrisk afdeling (pædiatri).
85. Professor, overlæge, dr. med.
Carl Erik Mogensen
Århus Kommunehospital, Medicinsk afdeling m (intern medicin).
86. Overlæge, dr. med.
Jørgen Viby Mogensen
Københavns Amts Sygehus i Herlev, Anæstesiologisk afdeling (anæstesiologi).
87. Overlæge, dr. med. Ole Munck
Gentofte (alkohol- og medicinpåvirkning).
88. Professor, overlæge, dr. med.
Thorkild Mygind
Københavns amts Sygehus i Herlev, Røntgenafdelingen (radiologi).
89. Specialtandlæge Jørgen Fløe Møller
København (odontologi).
90. Professor, dr. med. Jørg Mørland
Statens Retstoksilogisk Institut, Norge (toksikologi).
91. Overlæge, dr. med. Benni Nerstrøm
Århus Kommunehospital, Kirurgisk afdeling K (kirurgi, urologi).
92. Overlæge, dr. med. Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital, Infektions- medicinsk afdeling (intern medicin).
93. Overlæge, dr. med. Bent Lyager Nielsen
Odense Sygehus, Medicinsk Afdeling B (intern medicin).
94. Lektor, dr. med.
Nils Højgaard Nielsen
Københavns Universitet, Retspatologisk Institut (retspatologi).
95. Overjordemoder Anette Nonboe
Odense Sygehus, Fødeafdelingen (jordemoderforhold).
96. Professor, overlæge dr. med.
Jes Olesen
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).

97. Overlæge, dr. med. Niels Ovesen
Århus Kommunchospital, Neurokirurgisk afdeling (neurokirurgi).
98. Professor, overlæge dr. med.
Olaf B. Paulson
Rigshospitalet, Neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).
99. Overlæge, dr. med. Hans Pedersen
Rigshospitalet, Radiologisk afdeling X (radiologi).
100. Overlæge, dr. med.
Jim Thuesen Pedersen
Ålborg Sygehus Syd, Lungemedicinsk afdeling (lungemedicin).
101. Overlæge, dr. med.
Finn Vejlø Rasmussen
Frederiksborg Amts Centralsygehus i Hillerød, Medicinsk afdeling b (lungemedicin).
102. Overtandlæge, dr. odont.
Ole Collin Rasmussen
Centralsygehuset i Hillerød (odontologi).
103. Overlæge, dr. med. Kjeld Reinert
Ålborg Psykiatriske Sygehus, Afsnit R (psykiatri).
104. Overlæge Carsten Rose
Odense Sygehus, Afdeling R (onkologi).
105. Overlæge, dr. med. Jarl Rosenørn
Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Neuromedicinsk afdeling H (neurokirurgi).
106. Professor, overlæge, dr. med.
Hans Rovsing
Hvidovre Hospital, Diagnostisk radiologisk afdeling (radiologi)
107. Overlæge, dr. med. Erik Scherfig
Rigshospitalet, Øjenafdeling E (oftalmologi).
108. Professor, dr. med. Torben Schiødt
Rigshospitalet, Afdeling for Patologi (patologisk anatomi).
109. Professor, dr. med. Jens Schou
Københavns Universitet, Farmakologisk Institut (farmakologi).
110. Overlæge, dr. med. Torben Schroeder
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling, (kirurgi).
111. Overlæge, dr. med.
Anne Katrine Sjøli
Århus Kommune-hospital, Øjenafdeling j (oftalmologi).
112. Professor, dr. med. Peter Skinhøj
Rigshospitalet, Infektionsmedicinsk afdeling (intern medicin).
113. Professor, dr. med. Otto Sneppen
Ortopædisk Hospital i Århus, Ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
114. Professor, overlæge dr. med.
Flemming Stadil
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling (kirurgi).
115. Overlæge, dr. med.
Kristian Stengård-Pedersen
Århus Kommunchospital, Reumatologisk afdeling (intern medicin).
116. Professor, dr. med. Jørgen Søndergård
Bispebjerg Hospital, Dermatologisk afdeling (dermato-venerologi).
117. Overlæge, dr. med. Henning Sørensen
Rigshospitalet, Klinisk immunologisk afdeling bl (retsgenetik).
118. Professor, overlæge dr. med.
Henning Sørensen
Hvidovre Hospital, Oto-rhino-laryngologisk afdeling (oto-rhino-laryngologi).
119. Overlæge, dr. med. K. Harry Sørensen
Odense Sygehus, Ortopædisk afdeling (ortopædi).
120. Psykolog Henrik Sørensen
Københavns amts Sygehus i Gentofte (klinisk psykologi).

121. Overlæge, dr. med. Thorkil Sørensen
Københavns Amts Sygehus Nordvang, Afde-
ling O (psykiatri).
122. Professor, overlæge, dr. med. Arne Svejgaard
Rigshospitalet, Dermatologisk afdeling h
(genetik).
123. Overlæge, dr. med. Ole Thage
Bispebjerg Hospital, Neuromedicinsk afde-
ling (neuromedicin).
124. Overlæge, dr. med. P. E. Bloch Thomsen
Skejby Sygehus, Hjertemedicinsk afdeling
(intern medicin).
125. Professor, overlæge, dr. med. Mirko Tos
Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Oto-
rhino-laryngologisk afdeling (oto- rhino-la-
ryngologi).
126. Professor, dr. med. Niels Tygstrup
Rigshospitalet, Hæmatologisk afdeling (intern
medicin).
127. Overlæge, dr. med. Erik Tøndevold
Rigshospitalet, Ortopædkirurgisk afdeling u
(ortopædi).
128. Professor, overlæge, dr. med.
Gunhild L. Vejlsgaard
Rigshospitalet, Dermato-venerologisk afde-
ling a (dermato-venerologi).
129. Overlæge, dr. med. Kaj Viskum
Bispebjerg Hospital, Medicinsk lungeafdeling
(intern medicin).
130. Professor, overlæge, dr. med. Hans Wolf
Skejby Sygehus, Urologisk afdeling (kirurgi).

Retslægerådets sekretariat

Frederik den V's Vej 11, 2100 København Ø

Juridiske medarbejdere

Fuldmægtig, cand. jur. Anne Birgitte Fisker, indtil 31. juli 1991

Fuldmægtig, cand. jur. Britt Falster Klitgaard, fra 01. august 1991.

Medicinske sekretærer

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

Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig)

Sekretærer

Afdelingsleder Annelise Juul Pedersen

Assistent Annelise Gersby Jacobsen (deltid)

Assistent Ulla Justesen.

II. Sager behandlet i Retslægerådet 1991

A. Psykiatriske sager	784
B. Færdselssager med spiritusindtagelse	431
C. Sterilisation og kastration	8
D. Faderskabssager	392
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	267
F. Administrative sager m.v.	54
L. Færdselssager hos personer med leverlidelse eller, som har indåndet flygtige stoffer	83
M. Færdselssager med medicinindtagelse	98
I ALT	2117

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	388
Tvangstilbageholdelse	198
Ændring i strafferetlig foranstaltning	148
Ophævelse af farlighedsdekreter	18
Overførsel til sikringsanstalten	17
Umyndiggørelser	4
Benådning	2

<i>II. Sager behandlet i Retsslægerådet i 1991</i>	19
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	9
I ALT	784

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	247
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	184
I ALT	431

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	7
Ændring af navn/cpr. nr.	1
I ALT	8

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	127
Arbejdsskader/ulykker	60
Erstatning, pensionssager m.v.	30
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	22

Aldersbestemmelse	16
Ikke-psykiatriske benådningssager	2
Diverse	10
I ALT	267

III. Arbejdsmedicinske skader i bevægeapparatet

De sager, der forelægges Retslægerådet, vil hyppigst dreje sig om civile søgsmål om erstatning for sygdomme i bevægeapparatet, hvor symptomerne er opstået eller blevet mere manifesterede under udøvelse af erhvervsarbejde. Almindeligst er ryglidelser og i et vist omfang skulderlidelser.

Spørgsmålene til rådet drejer sig dels om en karakterisering af selve skaden, en vurdering af årsagssammenhænge, disponerende faktorer, konsekvenser med hensyn til sygdomsvarighed og invaliditet samt en vurdering af, hvornår tilstanden anses for at være stationær. Almindelige spørgsmål er følgende:

- Kan det alene på grundlag af de objektive fund fastslås, at sagsøger lider af en rygskade?
- Er det i givet fald rygskaden, der gør sagsøger uarbejdsdygtig?
- Hvori består sagsøgers lidelse?
- Der ønskes en beskrivelse af skaden.
- Hvori består de objektive fund?
- Er der overensstemmelse mellem symptomer og objektive fund?
- Har sagsøgers arbejde været årsag, i overvejende grad årsag eller medvirkende årsag til den pågældende lidelse?
- Kan det éntydigt fastslås, at det er sagsøgerens arbejde hos sagsøgte, der er årsag til en eventuel ryglidelse?
- Er alle symptomer fra sagsøgers ryg med overvejende sandsynlighed forårsaget af sagsøgers erhvervsarbejde? I benægtende fald: hvilke symptomer er forårsaget af erhvervsarbejdet, og hvilke af andre årsager?
- Kan det éntydigt fastslås, at sagsøgers ryglidelse var årsagen til de anførte sygeperioder?
- Såfremt dette ikke er tilfældet, kan andre årsager da anføres?
- Hvilken betydning har symptomer med anden årsag haft for sygeperiodens varighed?
- Er det sædvanligt, at den pågældende ryglidelse medfører en sygdomsperiode af den anførte varighed? I benægtende fald, hvor lang en sygdomsperiode medfører den pågældende ryglidelse sædvanligvis?
- Har sagsøgte i forvejen været disponeret for rygskader inden arbejdsulykken?
- Såfremt dette er tilfældet: ville den forud bestående disposition have medført en sygdomsperiode af den angivne længde, uanset om ulykken var indtruffet eller ej?
- Er symptomerne årsag til en nu påvist invaliditet?
- Af hvilken sværhedsgrad er invaliditeten?
- Hvornår er tilstanden stationær?

Kommentarer

Almindeligvis er der en diskrepans mellem på den ene side spørgsmålenes juridiske præcision og de forhold sagsøgers advokat ønsker belyst, og på den anden side de præmisser, der forelægges Retslægerådet til at besvare spørgsmålene.

Sygehistorien er hyppigt utilstrækkelig belyst. Dette gælder såvel oplysningerne om de aktuelle symptomer som oplysninger om tidligere sygdomme og symptomer. Ofte mangler der en præcision af tidspunktet for de foreliggende sparsomme oplysninger, specielt oplysninger om, hvorledes symptomerne er på det tidspunkt, hvor sagen er rejst. Det samme gælder de objektive kliniske fund, som dels ikke sjældent er så sparsomme, at de ikke kan danne grundlag for en mere præcis diagnose, og dels ikke er ajourført. Dette medfører, at Retslægerådet enten må udbede sig en aktuel speciallægeerklæring eller afgive sine svar med en række reservationer. Dette kan sekundært udløse en række supplerende spørgsmål til rådet.

Nogle af spørgsmålene er så hypotetiske, at rådet ikke kan besvare dem. Det gælder eksempelvis en vurdering af sandsynligheden for, at en symptomfri, degenerativ ryglidelse under alle omstændigheder ville have givet symptomer af samme karakter som de aktuelle symptomer, uanset om patienten ikke havde været udsat for et ulykkestilfælde.

Retslægerådet indlader sig principielt ikke på at vurdere graden af invaliditet. Rådet tager heller ikke stilling til, hvornår en tilstand er stationær. Dels vil rådet sædvanligvis ikke have præmisserne for en sådan vurdering, og dels er det et spørgsmål, som hører under Arbejdsskadestyrelsen.

Hos patienter med forudbestående symptomgivende ryglidelse, kan det være vanskeligt at afgøre, i hvilket omfang en forværring af symptomerne opstået under et erhvervsarbejde skyldes selve arbejdet. I andre tilfælde, hvor det drejer sig om symptomer opstået akut under en arbejdsulykke, kan sammenhængen være mere klar, uanset forud bestående radiologiske tegn på degenerative ryglidelser.

Tilfælde 1



Spørgsmål og svar

- a. Foreligger der overensstemmelse mellem sagsøgers subjektive klager og de objektive fund.

Svar: ja.

b.

c.

d.

e.

Tilfælde 2

Spørgsmål og svar

1.

2.

3.

4.

Tilfælde 3*Spørgsmål og svar*

1.

2.

3.

b.

c.

d.

4.

5.

6. Hvornår kan sagsøgers tilstand anses for at være stationær?

Svar: Retslægerådet udtaler sig ikke om stationært tidspunkt.

Kommentarer

Eksemplerne illustrerer, hvorledes der i nogle tilfælde er en sandsynlig sammenhæng mellem en arbejdsskade og sygdom, mens sammenhængen i andre tilfælde er mere usikker, dels på grund af forud bestående sygdom, og dels på grund af manglende arbejdsmæssig belastning i relation til symptomernes debut. Endvidere spørgsmål, som Retslægerådet ikke kan besvare, fordi de er hypotetiske, utilstrækkeligt underbyggede eller drejer sig om en stationærbegrebet.

IV. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Ved denne lovs ikrafttræden pr. 01.10.89 var det usikkert, i hvilket omfang retten ville blive impliceret i sagsbehandlingen. I 1990 blev 126 sager om frihedsberøvelse forelagt Rådet fra domstolene. I 1991 var antallet af sager steget til 198. Det er endnu ikke undersøgt, om dette er udtryk for flere domstolsprøvelser, eller om domstolene i højere grad hører Rådet.

Ventetiden inden dom ser fremdeles ud til at være et problem - som omtalt i Retslægerådets årsberetning 1990.

Det er stadig sjældent, at overlægens indstilling ikke følges af Rådet og af domstolene.

Patientklagenævnene forelægger generelt ikke sager for Retslægerådet.

Der skal kort refereres 7 sager, som bl. a. belyser afgrænsnings- og fortolkningsproblemer i loven. Rådets udtalelser tilstræber at samle sagens vigtigste forhold.

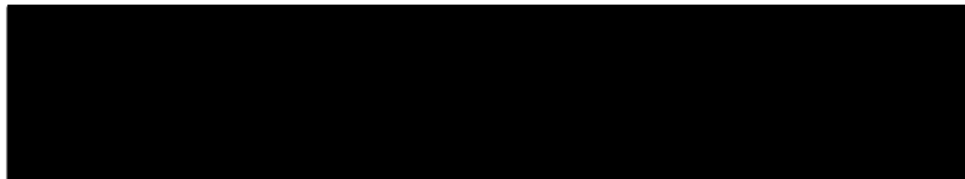
A 32006

En overlæge bemærkede i en indberetning til retten om frihedsberøvelse, at tvangsindlæggelseserklæringen ikke opfyldte formalia. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Kommentar

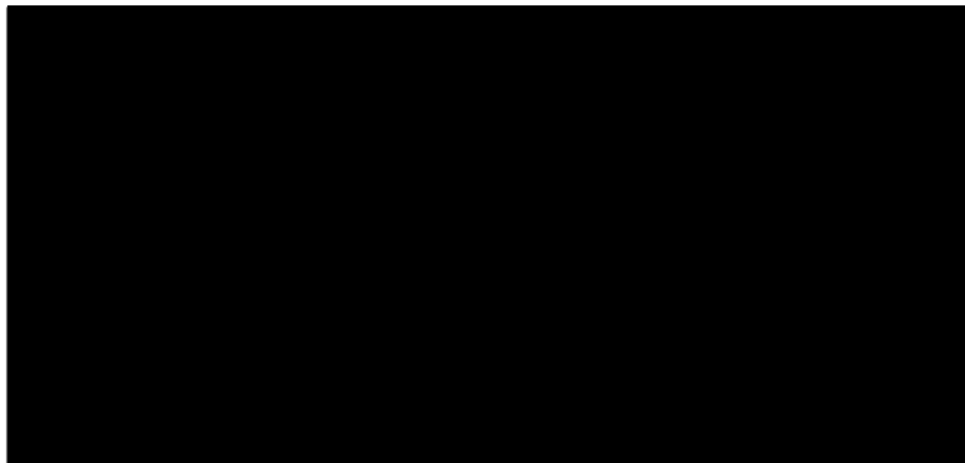
Ifølge psykiatrilovens §7, stk. 2 må en tvangsindlæggelse kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelsen. Det er ikke helt sjældent, at den fordrede personlige og aktuelle undersøgelse til en tvangsindlæggelse giver indlæggende læge problemer, hvis patienten er afvisende, isolerer sig og truer. Kravene til korrekt fremgangsmåde er ikke opfyldt, hvis lægen alene støtter sig på observationer, som den pågældende tidligere har foretaget i forbindelse med undersøgelse af patienten i samme eller anden anledning (kommenteret psykiatrilov). Lægen bør i sådanne tilfælde om nødvendigt rekvirere politiets assistance til gennemførelse af sin undersøgelse.

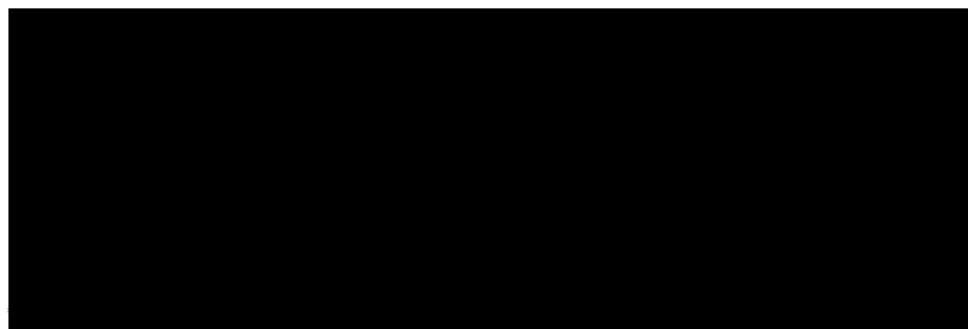
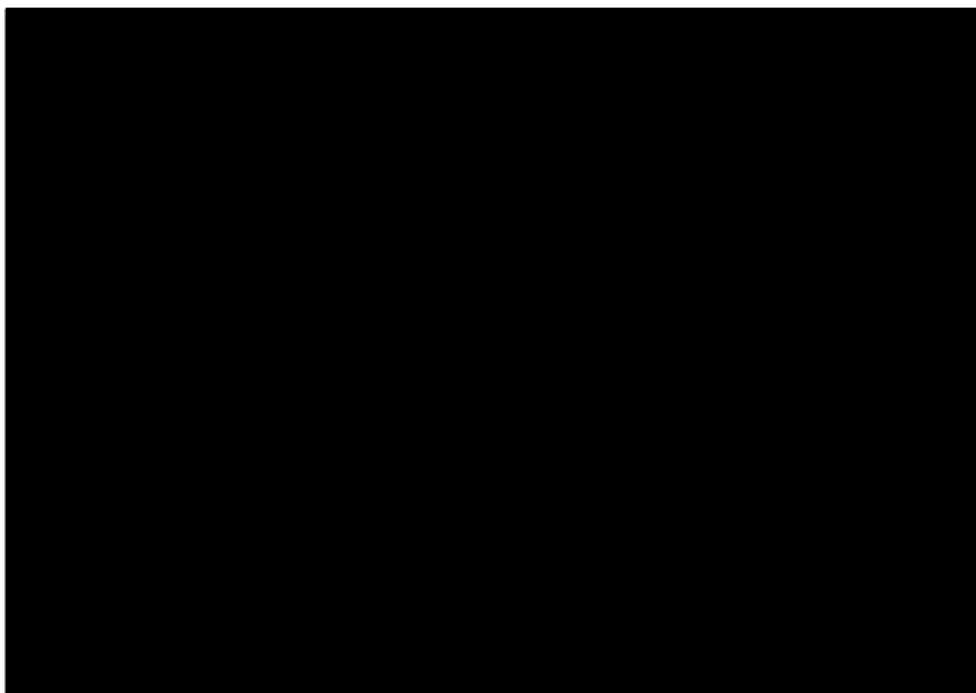


, men der er publiceret tilfælde af tvangsindlæggelse, hvor indlæggende læge er blevet sigtet for overtrædelse af lægelovens §6 eventuelt §18 efter udfærdigelse af tvangsindlæggelseserklæring uden personlig undersøgelse af patienten. Der kan henvises til Retslægerådets årsberetning 1988, herunder sag A 27945.

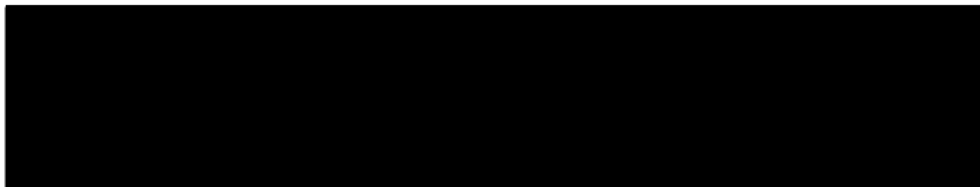


En langvarig sag med godkendelse af tvangstilbageholdelse efter patientklagenævnets afvisning af tvangsbehandling.





Kommentar



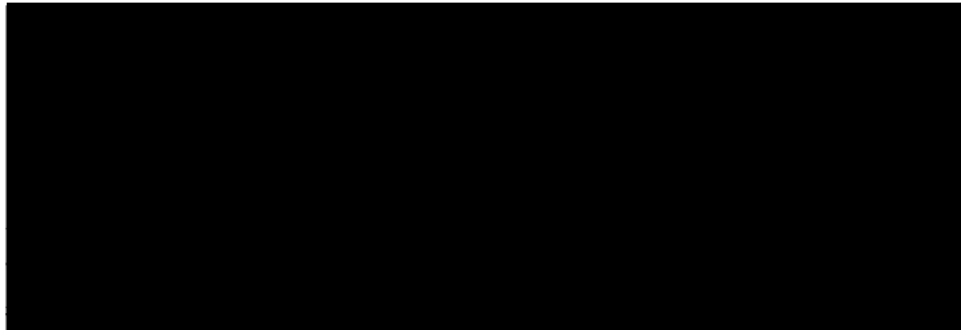
I en psykiatrisk vurdering vil en afvisning af tvangsbehandling i tilfælde med klar indikation for frihedsberøvelse og medikamentel behandling være uden mening, men den deltte klagevej for frihedsberøvelse og for anden tvang kan i enkelte tilfælde medføre uoverensstemmelser.

[REDACTED]

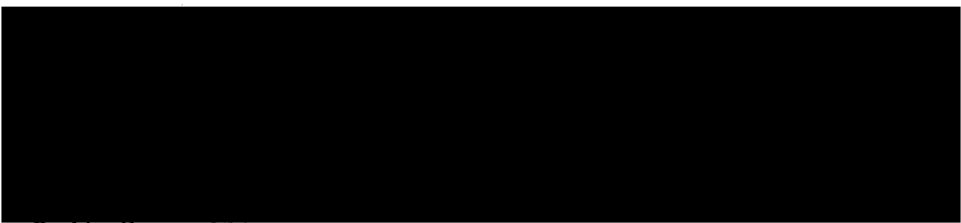
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Kommentar



Psykiatrilovens §5 har nu et let udvidet sindssygdomskriterium, idet også en tilstand der ganske må ligestilles med sindssygdom kan være en af betingelserne for frihedsberøvelse. I bemærkningerne til lovforslagets §5 er som eksempel blandt de ganske ligestillede tilstande nævnt "anorexia nervosa med svær afkræftelse og livsfare til følge", hvilket også anføres i den kommenterede psykiatrilov ved Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen (1991). Denne fortolkning støtter således hidtidig praksis, som i disse tilfælde fremhævede, at patienter med svær anorexia nervosa havde symptomer som mangelfuld sygdomsindsigt og svigtende virkelighedsopfattelse med hensyn til vægt, legeme, udseende og fødeindtagelse. Disse symptomer måtte i en samlet betragtning ligestilles med sindssygdom, uanset at anorexia nervosa ikke i psykiatriens officielle diagnoseliste henregnes under psykoserne (sindssygdommene). Indikationen for frihedsberøvelse vil foruden den med sindssygdom ganske ligestillede tilstand typisk være både farligheds- og behandlingsindikationen (lovens §5, nr. 1 og 2).

Den refererede sag viser, at behandlingen og frihedsberøvelsen kan blive meget langvarig, endog over år, hvilket tillige forudsætter, at helbredelse eller væsentlig bedring faktisk kan lykkes også i disse tilfælde.

I livstruende tilfælde af anorexia nervosa kan tvangsbehandling og tvangsernæring være indiceret efter psykiatrilovens §12, og den nye lovs adgang til tvangsoverflytning til somatisk afdeling (§13) kan være en nødvendig, livsreddende mulighed.

Kommentar

Sagen illustrerer vanskeligheden ved at afgrænse behandlingskriteriet i psykiatrilovens §5, nr. 1. I den kommenterede psykiatrilov anføres bl. a., at det ikke kan kræves, at der skal være udsigt til en egentlig helbredelse af sindssygdommen som sådan, således forstået, at patienten efter sygehusbehandling må forventes at blive varigt rask, men der skal være et klart grundlag for, at behandling vil medføre en væsentlig bedring eller dog forebygge en betydelig og akut forringelse af tilstanden. Der skal være konkret udsigt til, at patientens tilstand som følge af sygehusbehandling vil blive så meget bedre, at behandlingen vil resultere i udskrivning.

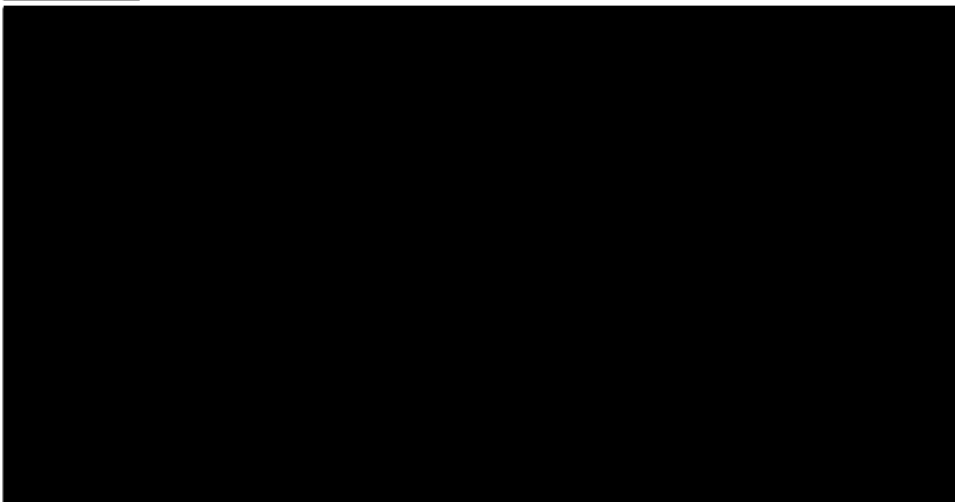
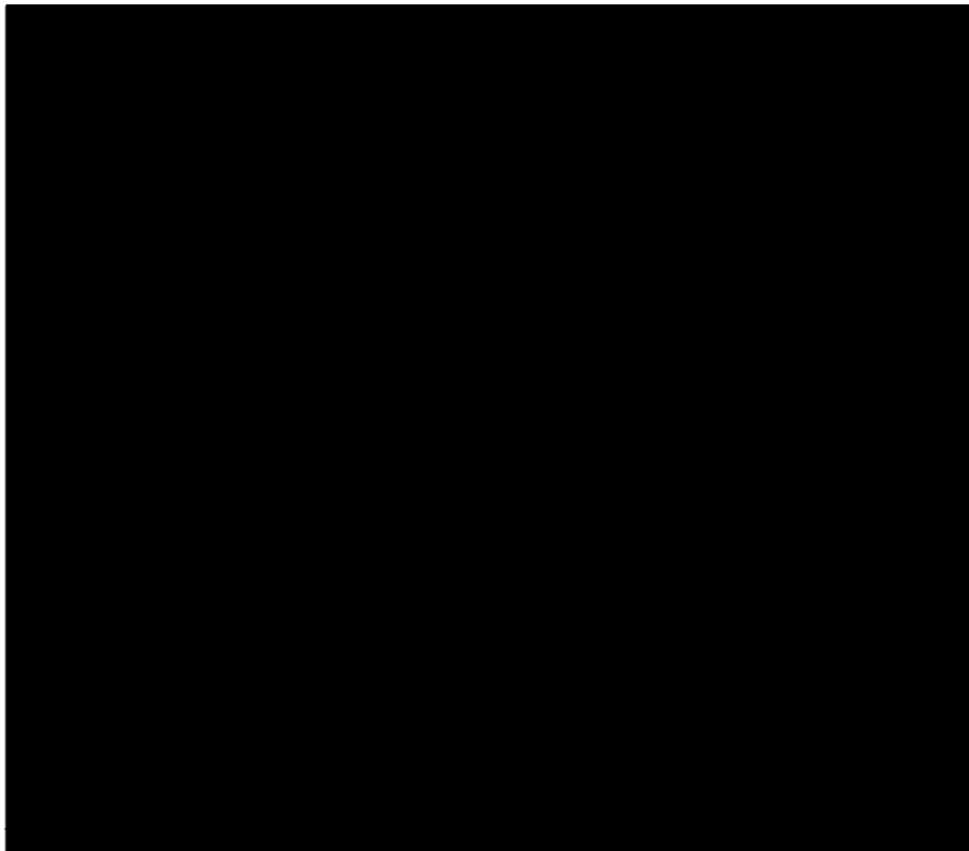
Det er ikke ualmindeligt, at der [redacted] - foreligger den situation, at patientens tilstand er bedret væsentligt under opretholdt medikamentel behandling under indlæggelse, men at den opnåede bedring sandsynligt vil mistes, når patienten ved udskrivning ophører med at tage medicinen. [redacted]

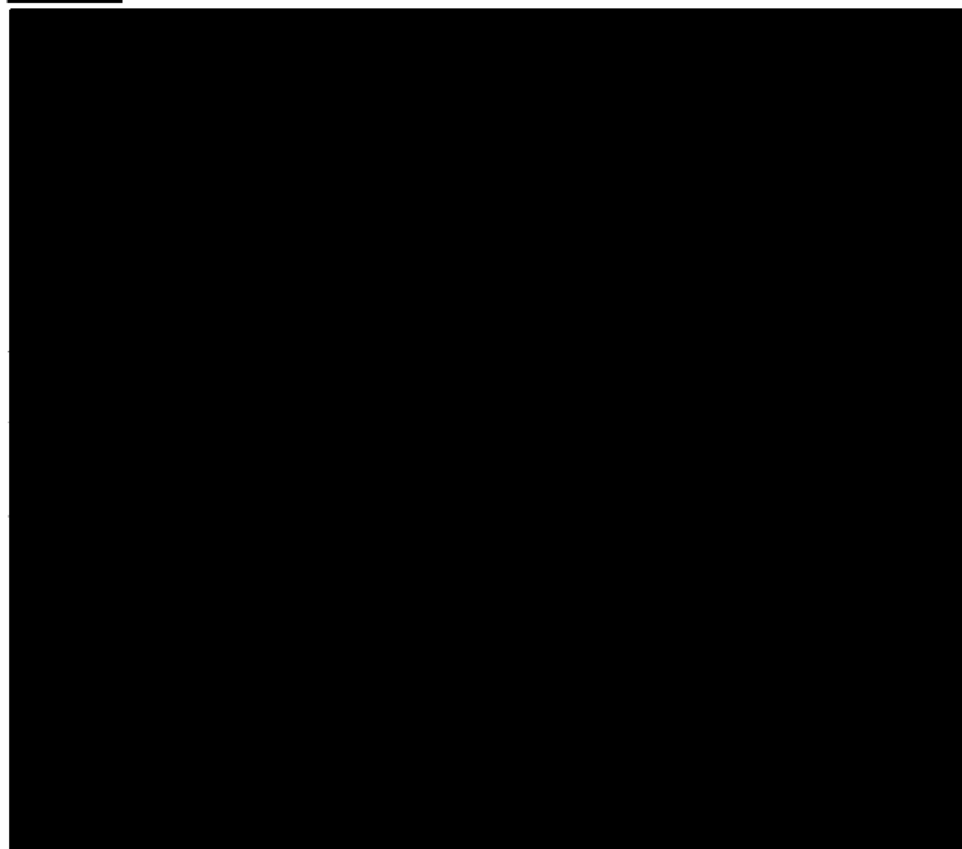
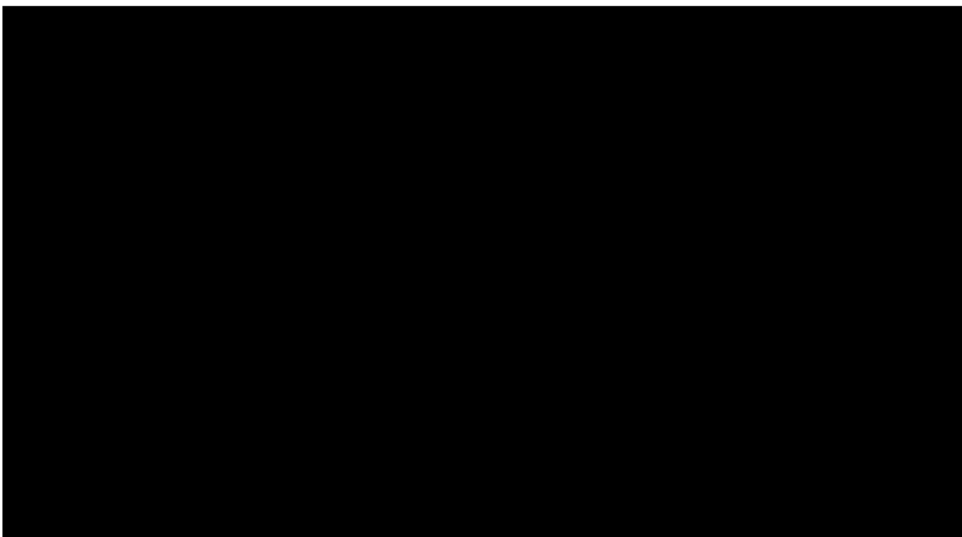
Demente personer

De følgende 3 sager belyser først og fremmest spørgsmålet om frihedsberøvelse af demente personer. Der gives hertil en samlet kommentar.

[redacted]

[redacted]





1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

Kommentar

Kommentaren støtter sig for en del til bemærkningerne til lovforslaget og den kommenterede psykiatrilov.

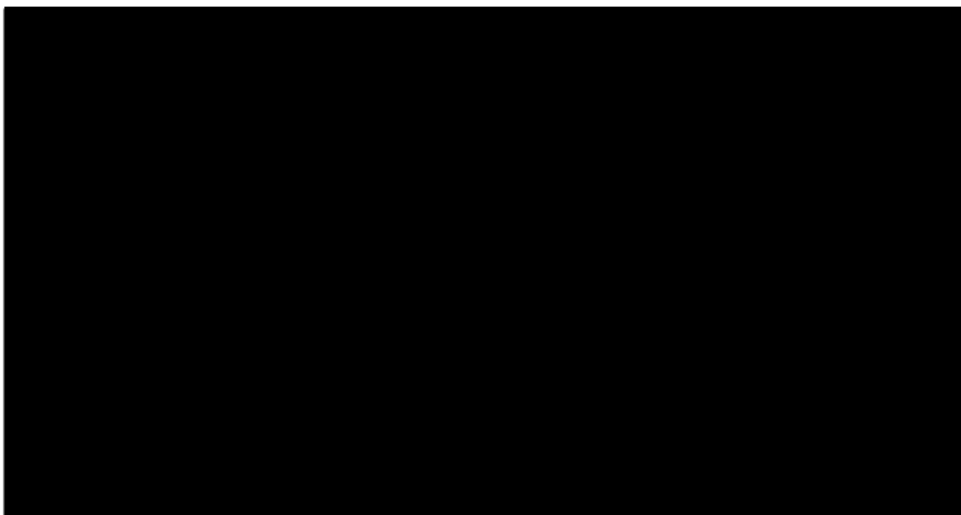
Svær senil demens anses for sindssygdom både klinisk og formelt. En middelsvær demens kan eventuelt ganske ligestilles med sindssygdom, medens mindre eller lettere grader af demens og alderdomssvækkelse ikke er omfattet af psykiatrilovens sygdomskriterium.

Ifølge psykiatrilovens §5 skal enhver frihedsberøvelse ske med henblik på behandling, hvilket krav kan have afgørende betydning i vurderingen af frihedsberøvelse af demente personer, omend det anføres i lovforslagets bemærkninger, at det i de tilfælde, hvor patienten er til fare for sig selv eller andre må anses for tilstrækkeligt til at opfylde behandlingskravet, at der ved behandling skønnes at være udsigt til at afhjælpe farligheden, selv om der ikke samtidig består en rimelig udsigt til at helbrede eller lindre den psykiske abnormtilstand.

I disse tilfælde vil der også anlægges et skøn over uforsvarlighedskriteriet, der kan ses som en særlig udmøntning af "det mindste middels princip". Er der andre muligheder end frihedsberøvelse? Kan de pårørende klare opgaven? Kan plejehjem eller andre sociale foranstaltninger forsvarligt anvendes? I så fald er frihedsberøvelse ikke berettiget.

Psykotiske komplikationer til demens som forvirring (konfusion) og udtalt depression vil kunne omfattes af lovens behandlingskriterium.

De 3 refererede sager viser, hvilke problemer der kan være om kriteriernes rækkevidde med hensyn til dementielle tilstande og deres følger. Rådet har typisk måttet indhente supplerende oplysninger.



V. Straffelovens §73

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Kommentar

Retslægerrådet må ikke sjældent medvirke til vurderingen af spørgsmålet, om en mentalobservand må henregnes til straffelovens §73, omend det selvsagt er Retten, der træffer denne afgørelse og tager stilling til valget mellem straf og/eller særforanstaltning.

Rådets opgave efter mentalobservationen kan være at vurdere, om den psykiske lidelse faktisk først har udviklet sig efter den strafbare handling, hvad der i enkelte tilfælde kan være vanskeligt at afgøre. Rådet må også bidrage til vurderingen af, om tilstanden er "ikke blot forbigående", og hvilken psykisk lidelse, der skønnes at være tale om med mulig indflydelse på afgørelsen, om straf skal idømmes, bortfalde, erstattes af særforanstaltning eller kombineres med særforanstaltning.

Hvis særforanstaltning kommer på tale, tager Rådet som vanligt stilling til dennes art. Især ved alvorlig kriminalitet sammen med ikke-vedvarende psykisk sygdom kan kombinationen af særforanstaltning med efterfølgende straffuldbyrkelse være en mulighed, jf. anklagemyndighedens påstand i den oven for refererede sag. Rådet kan ved kombineret sanktion senere blive inddraget i vurderingen af spørgsmålet, hvornår afsoning evt. skønnes lægeligt forsvarligt. Herunder indgår den skønnede risiko for tilbagefald, evt. udvikling af sindssygdom, ved afsoning inden for Kriminalforsorgens institutionsmuligheder.

I realiteten kan det blive forløbet af den psykiske lidelse, der afgør, hvilket indhold dommen får.

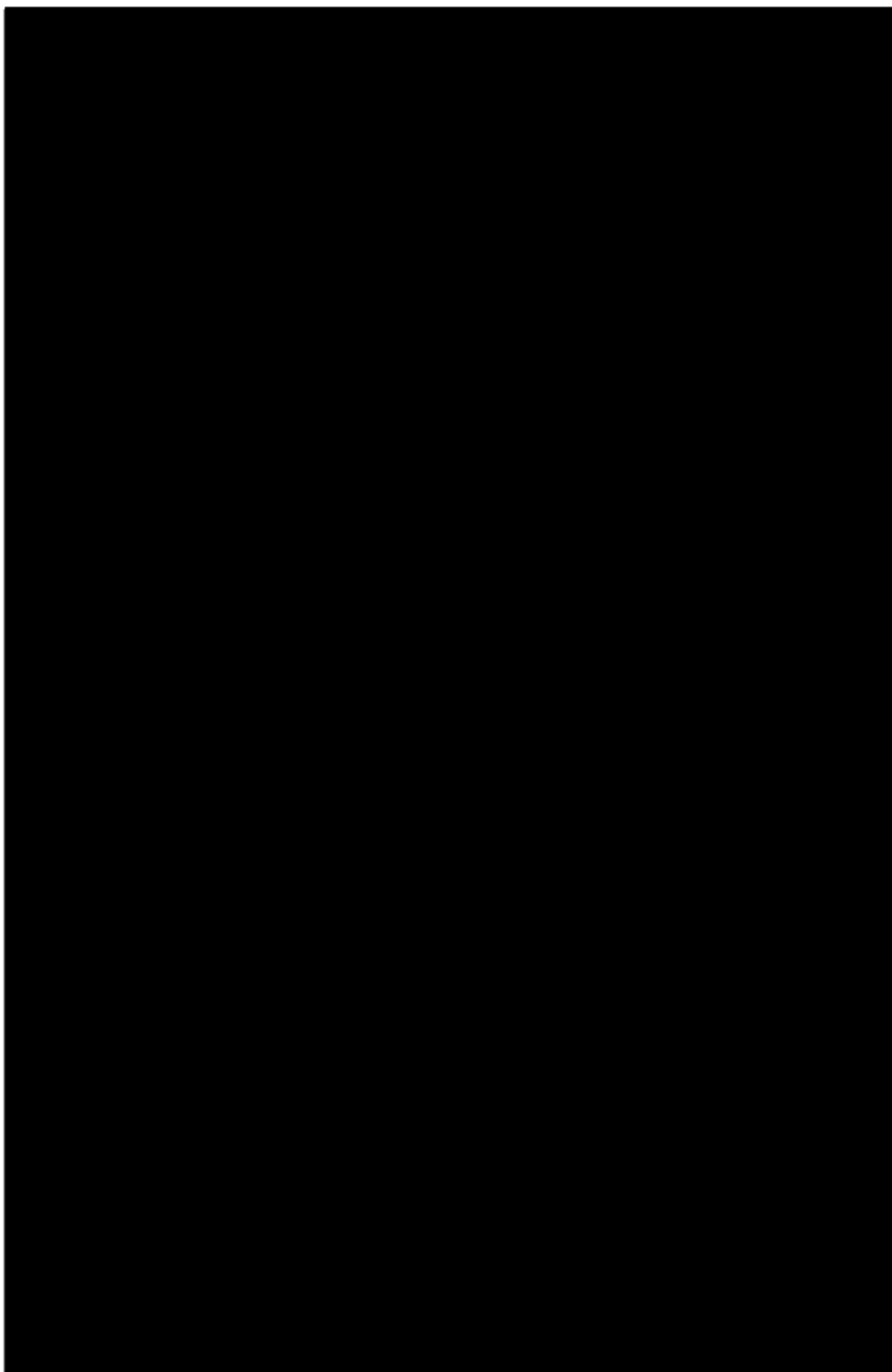
Psykisk sygdom opstået efter dom under afsoning kan medføre overføring til psykiatrisk afdeling i medfør af straffeloven §49, stk. 2, og også benådning kan blive af betydning og evt. implicere Retslægerådet.

Der kan i øvrigt vedrørende §73 henvises til betænkning nr. 667 om de strafferetlige særforanstaltninger (1972) og til kommenteret straffelov.

VI. Varigheden af en psykiatrisk særforanstaltning

[REDACTED]

[REDACTED]





Kommentar

Det problem, rådet måtte tage stilling til, var, i hvilket omfang man så at sige kan anvende en strafferetslig foranstaltning til at sikre en psykotisk patient en god, vel-motiveret psykiatrisk behandling, og i hvilket omfang proportionalitetsmæssige, retssikkerhedsmæssige og lignende hensyn skal spille ind. I de fleste sager er denne problemstilling hverken synlig eller relevant. I nogle tilfælde er den behandlingsdømte patient modvillig over for behandlingen, og på et eller andet tidspunkt må man konkludere, at det næppe er formålstjenligt at fortsætte med den idømte foranstaltning,

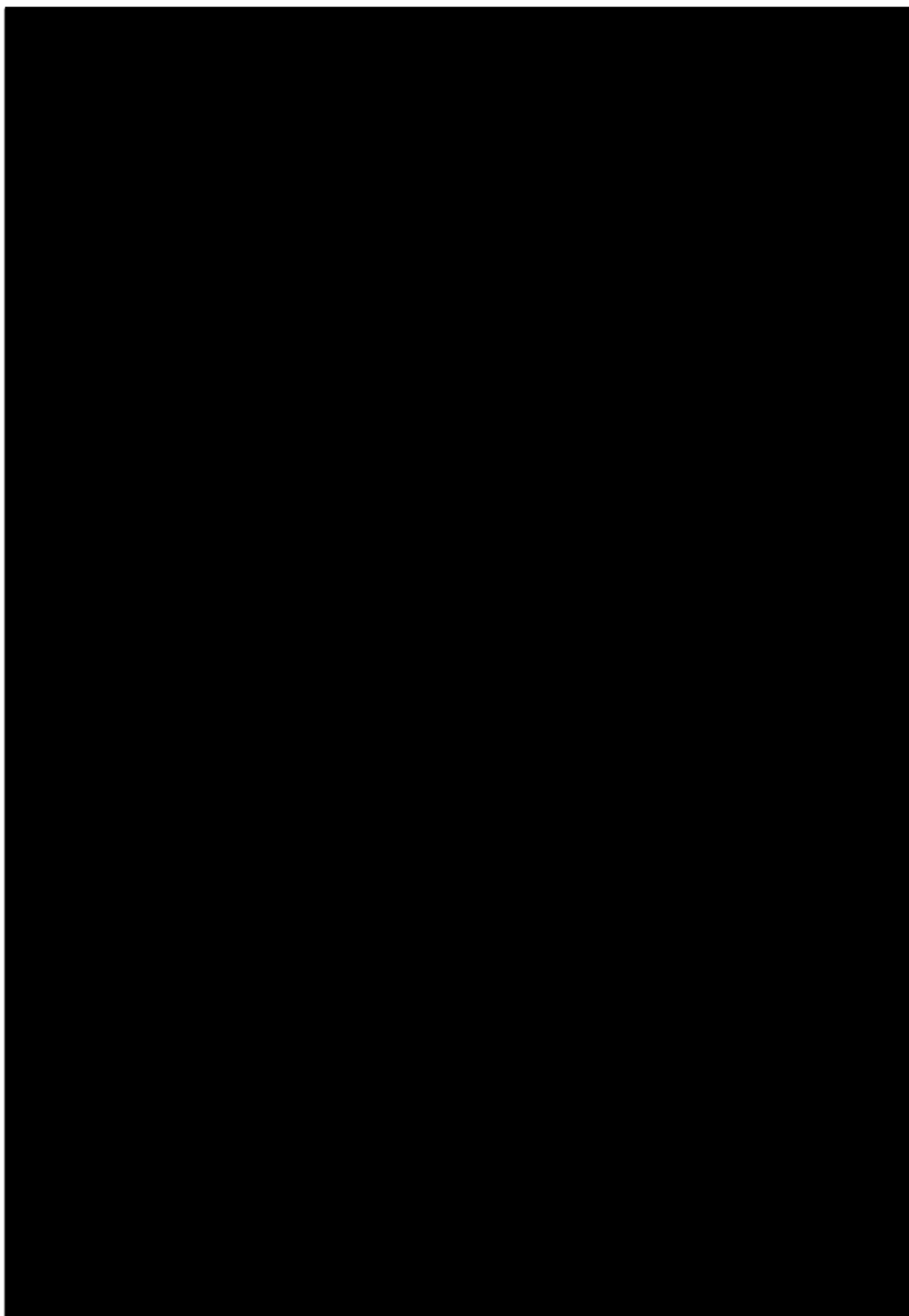
I andre tilfælde stabiliseres tilstanden, således at en behandlingsdømt patient accepterer vigtigheden af fortsat behandling. Rådet vil så efter en rimelig stabil periode, hvis varighed må afhænge af en konkret vurdering, anbefale en idømt foranstaltning ophævet.

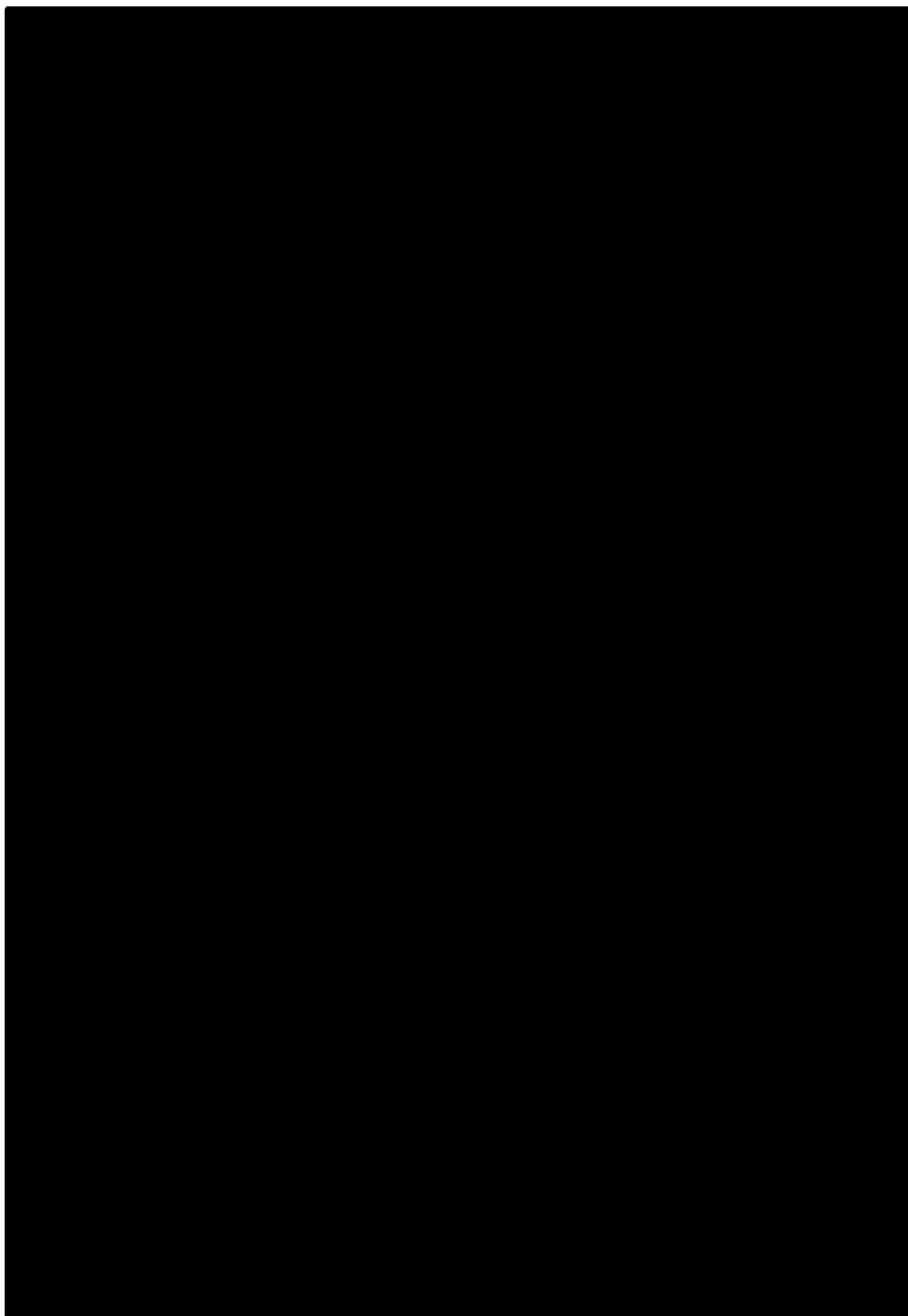
Efter en konkret vurdering, hvori bl.a. indgik varigheden af den idømte foranstaltning sammenholdt med ønsket om at begrænse anvendelsen af tvang i psykiatrien, valgte rådet at påpege, at det gode og stabile forløb sandsynligvis kun kunne opretholdes ved anvendelse af et element af tvang, men pegede samtidig på, at dette forhold efter rådets opfattelse ikke kunne motivere en opretholdelse af den idømte foranstaltning. En vurdering af disse nærmest modstående hensyn er i højere grad en juridisk, eventuelt nærmest kriminalpolitisk vurdering, end et lægeligt skøn. Som nævnt valgte retten at ophæve den idømte foranstaltning.

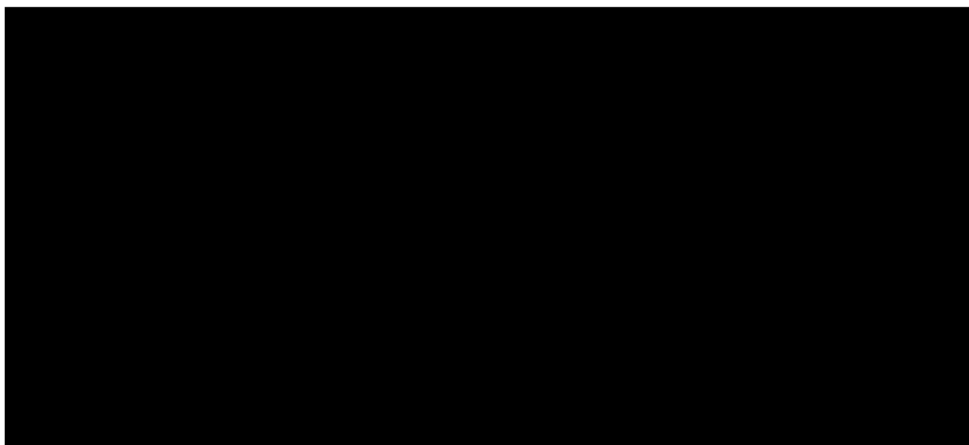
VII. Psykosediagnosen, de "uanbringelige" retspsykiatriske patienter

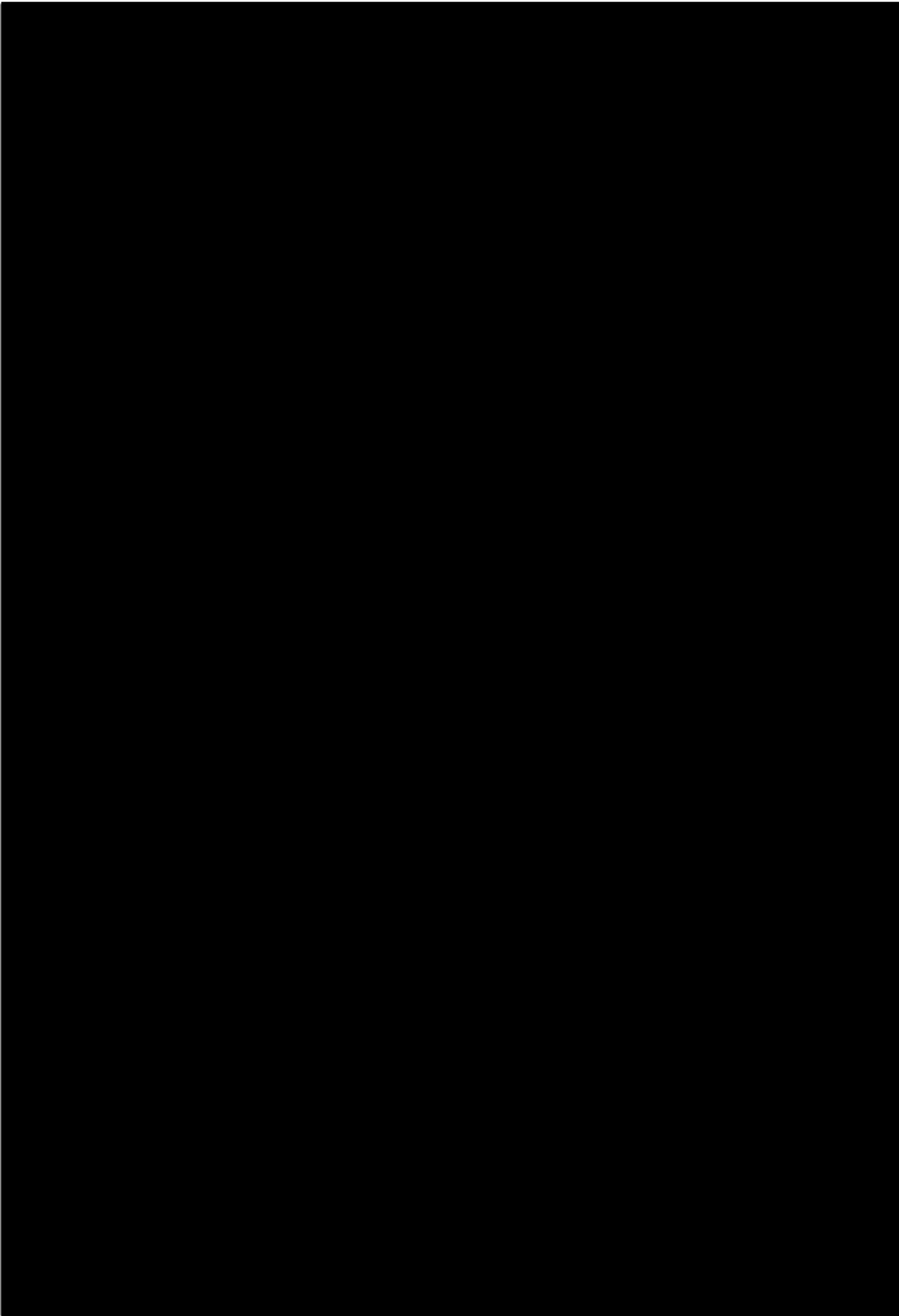
[REDACTED]

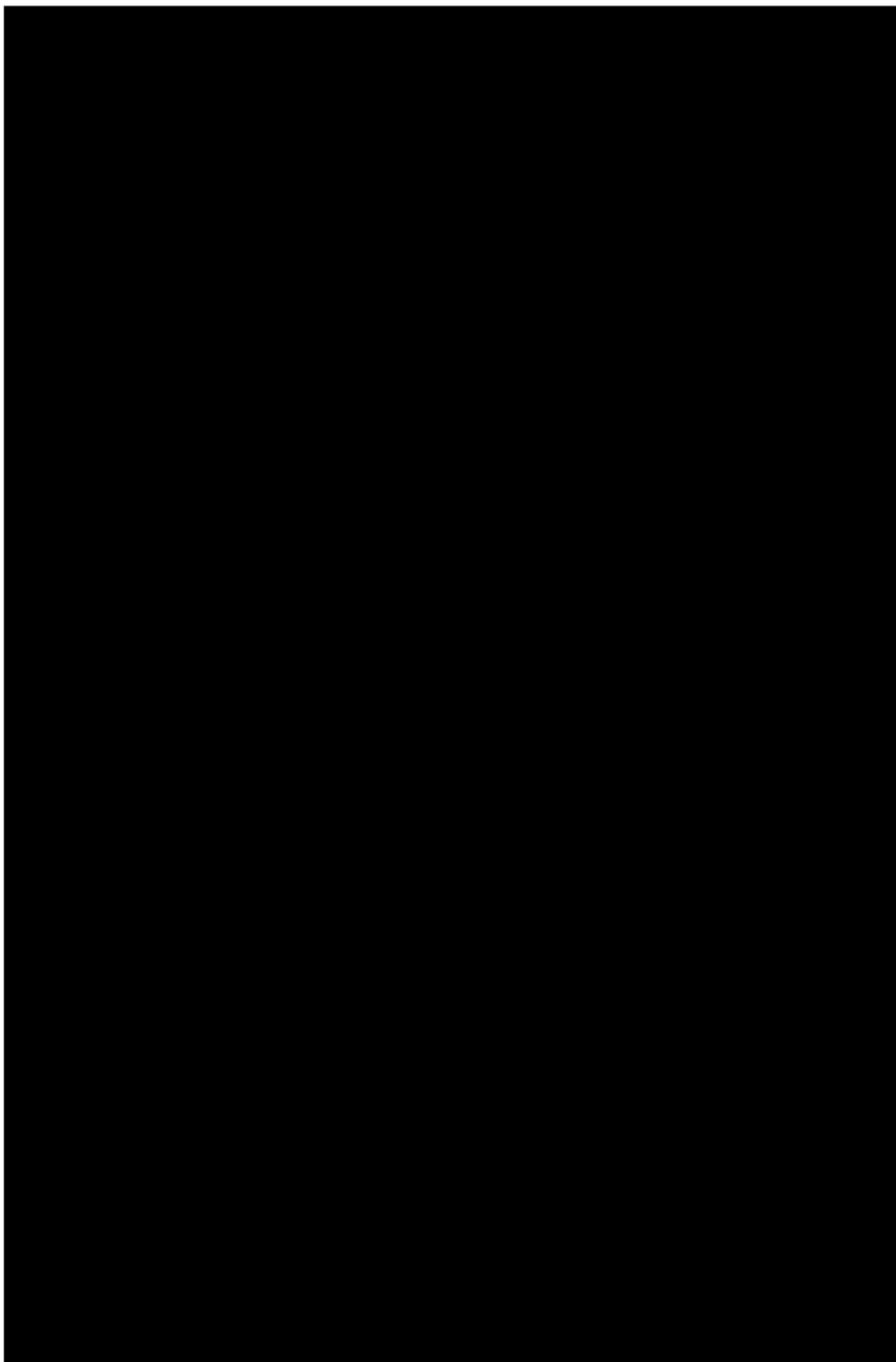
[REDACTED]

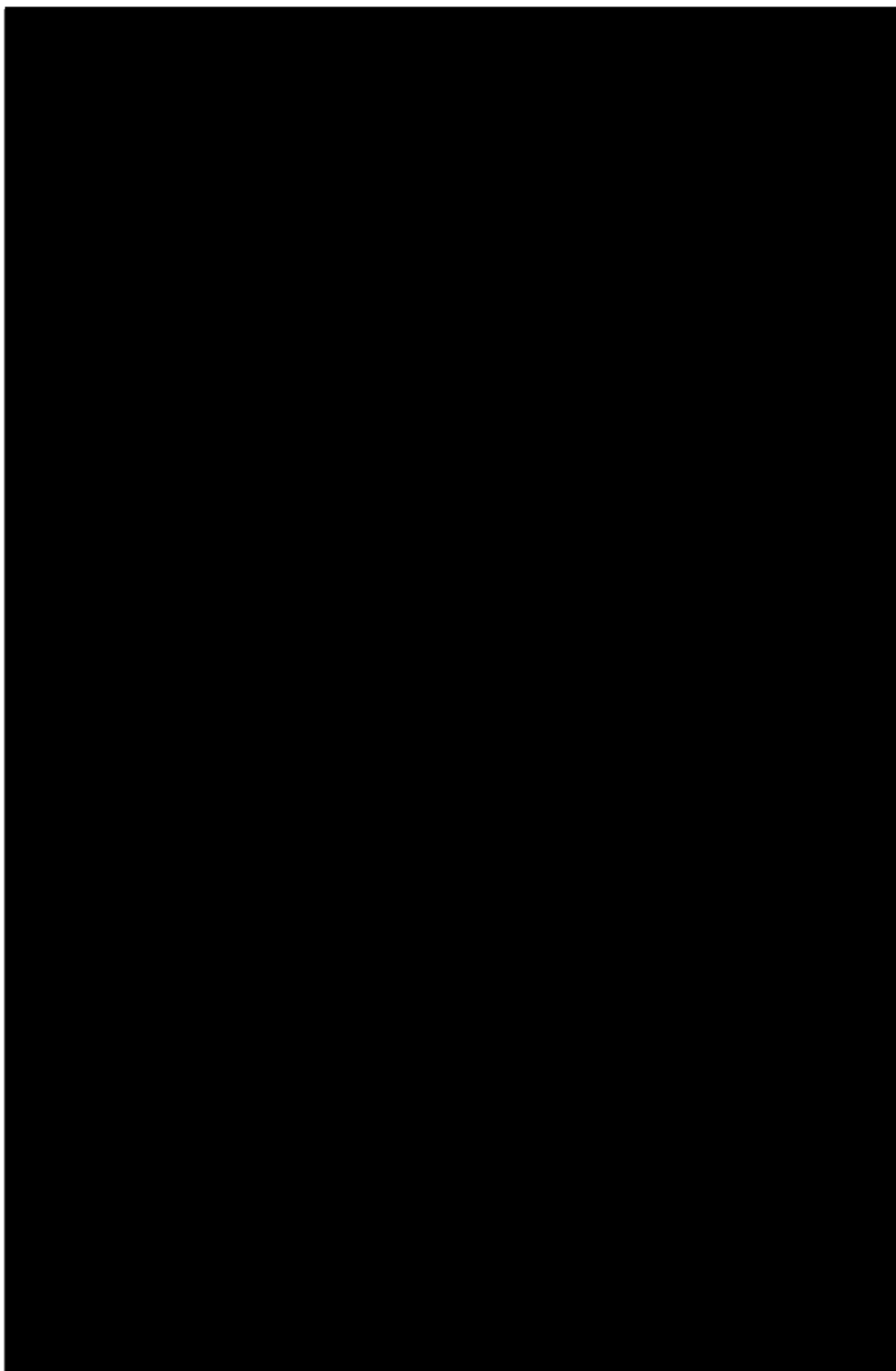


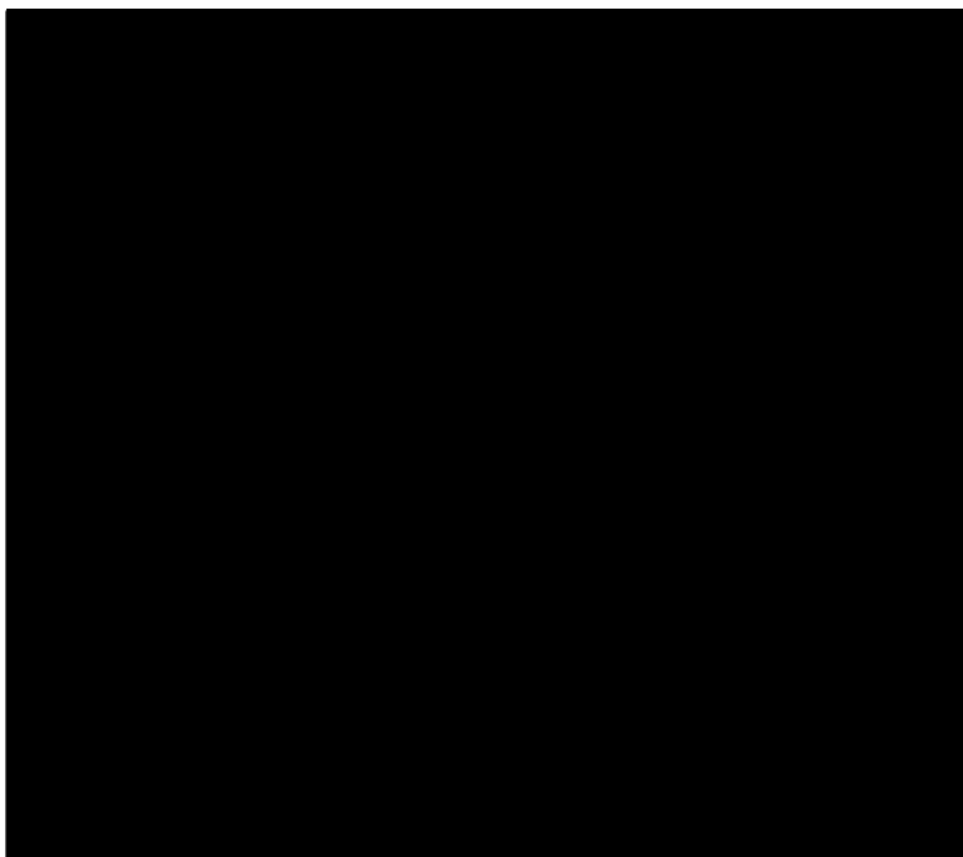












Kommentar

[redacted] men som rådet gennem de senere år med stigende hyppighed stilles overfor - at det psykiatriske hospitalsvæsen ikke mener at kunne rumme (psykotiske) retspsykiatriske patienter med en svært afvigende og forstyrrende adfærd. Sammenhængende med dette problem er spørgsmålet om, hvorvidt en person, der behandles med antipsykotisk virkende medicin, som dæmper de mere åbenbare psykotiske symptomer, er "sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed", subsidiært om det kan være "formålstjenligt", "hensigtsmæssigt", "ikke uforsvarligt" eller lignende, at den pågældende idømmes en almindelig straf og eventuelt anbringes på Anstalten ved Herstedvester.

Der er en række psykoseformer, hvor medikamentel eller anden fysisk-kemisk behandling kan helbrede patienten, men specielt hvad angår skizofreni - som kvantitativt spiller langt den største rolle inden for retspsykiatrien - vil selv den mest velgennemførte og vellykkede medikamentelle behandling normalt ikke føre til fuldstæn-

dig "helbredelse". Den medikamentelle behandling kan fjerne de åbenlyse sindssygdomssymptomer som hallucinationer og vrangforestillinger, kan bedre det sociale funktionsniveau og kan dæmpe og eventuelt til sidst helt fjerne patientens angst og uro. Samlet kan behandlingen således medvirke til, at patienten kan drage nytte af andre psykiatriske behandlingsformer. Ved en grundig psykopatologisk vurdering vil man imidlertid hos selv den mest velbehandlede patient kunne påvise mere diskrete symptomer, som f.eks. en forstyrret følelsesmæssig kontakt, lette forstyrrelser af tænkningens formelle struktur, ligesom det jævnligt vil vise sig, at den pågældende fortsat huser f.eks. vrangforestillinger, men disse påvirker ikke patienten, hvorfor den pågældende undlader at omtale dem, måske også fordi patienten har registreret, at omtales disse vrangforestillinger reagerer omgivelserne negativt. Det er Retslægerådets opfattelse, at er en sigtet præget af sådanne eventuelt kun diskrete symptomer, er den pågældende fortsat sindssyg og således omfattet af straffelovens §16, stk. 1.

Vurderingen af tilstedeværelsen af sådanne mere diskrete symptomer kan naturligvis i høj grad vanskeliggøres, såfremt patienten frembyder en svær karakterafvigende adfærd, men at det er muligt, viser den anden af de refererede sygehistorier. Hertil kommer, at personer, der over en længere periode har behov for antipsykotisk virkende medicin, efter rådets opfattelse - og uanset eventuelt diagnostisk usikkerhed - som udgangspunkt må henhøre under psykiatrien. Det skal endelig nævnes, at selvom en skizofren patients mere åbenlyse psykotiske symptomer væsentligt dæmpes under medikamentel behandling, således at den pågældende måske fremtræder præget af en karakterafvigende adfærd og diskrete symptomer som ovenfor beskrevet, medfører dette ikke, at den pågældende kan "omdiagnosticeres" til f.eks. at blive omfattet som "grænsepsykotisk" af den karakterafvigende type, hvorefter man kan undlade at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning.

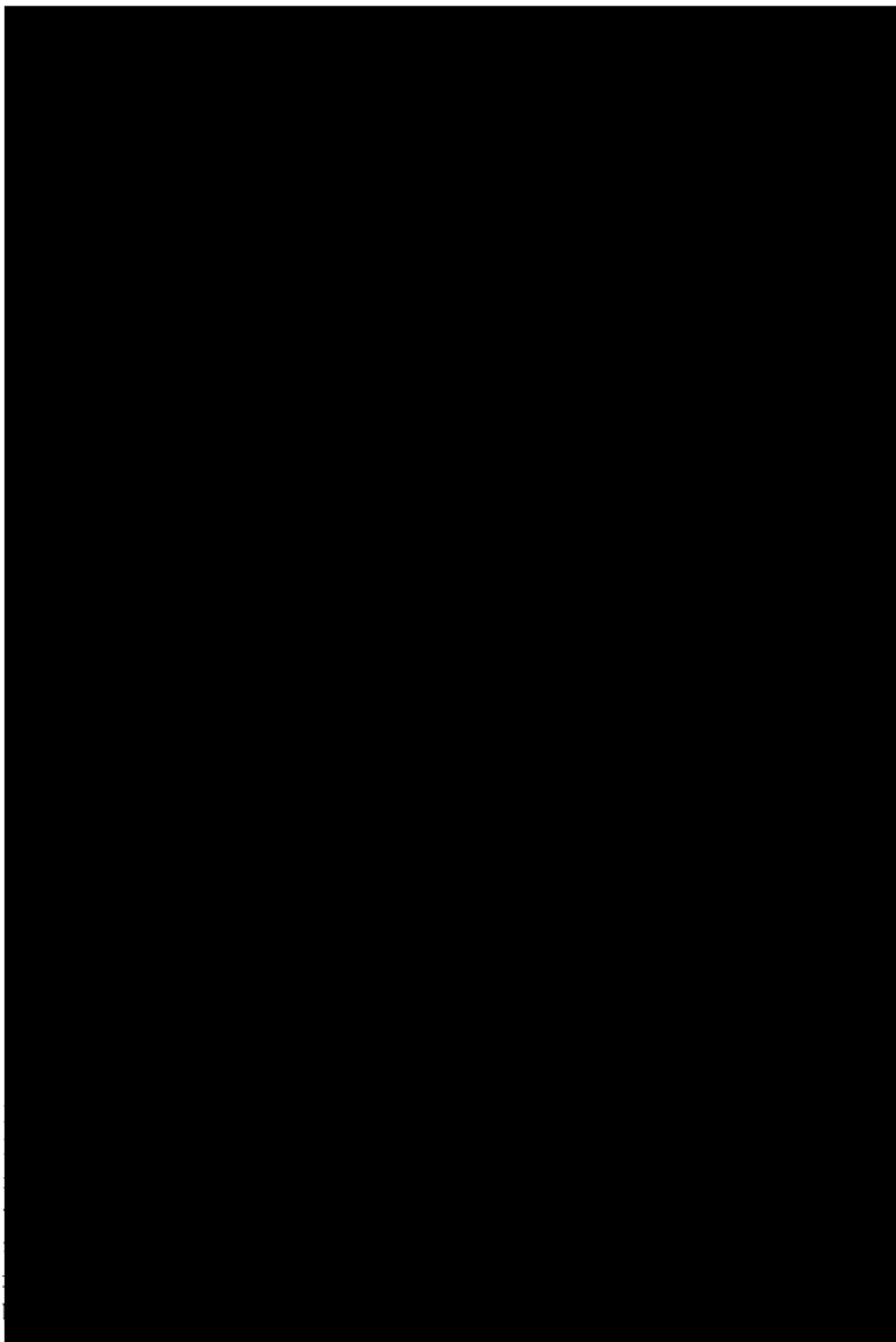
Spørgsmålet om, hvorvidt en psykotisk tilstand er betinget af et stofmisbrug eller modsat - at psykosen er det primære, stofmisbruget sekundært - kan være vanskeligt at besvare, og lader sig undertiden ikke afklare, hvad de to refererede sager illustrerer, om end forløbet ofte vil afklare spørgsmålet. Der skal imidlertid mindes om, at også en psykotisk tilstand, udløst af et misbrug af euforiserende stoffer, er en "sindssygdom", jf. §16, stk. 1. (De patologiske rustilstande udgør en særlig gruppe, jf. §16, stk. 1, 2. pkt.). Det forhold, at en sigtet efter den kriminelle handling, og måske under medikamentel behandling, bliver apsykotisk, ændrer intet ved det forhold, at den pågældende er omfattet af straffelovens §16, stk. 1, jf. herved den først refererede sag.

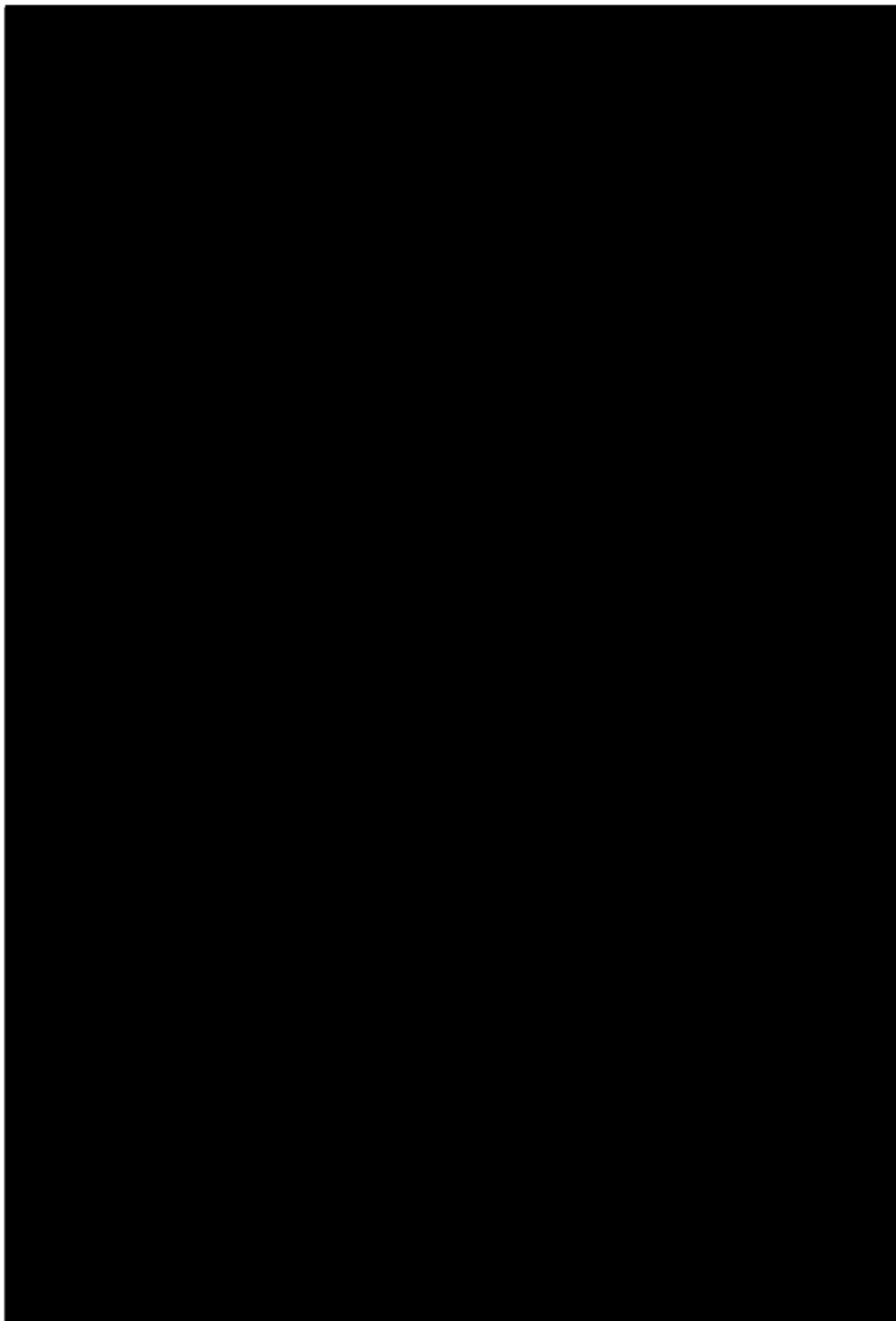
Retslægerådet er naturligvis klar over, at visse af de retspsykiatriske patienter kan volde meget betydelige problemer for de behandlende afdelinger ikke mindst i en situation, hvor antallet af retspsykiatriske patienter stiger samtidig med at sengetallet falder, således at de retspsykiatriske patienter optager en stadig større del af de eksisterende sengepladser. Trods disse vanskeligheder er det imidlertid rådets synspunkt, at sindssyge, eller personer der var sindssyge på gerningstidspunktet, ikke bør idømmes almindelige frihedsstraffe, men en psykiatrisk særforanstaltning, uanset hvor

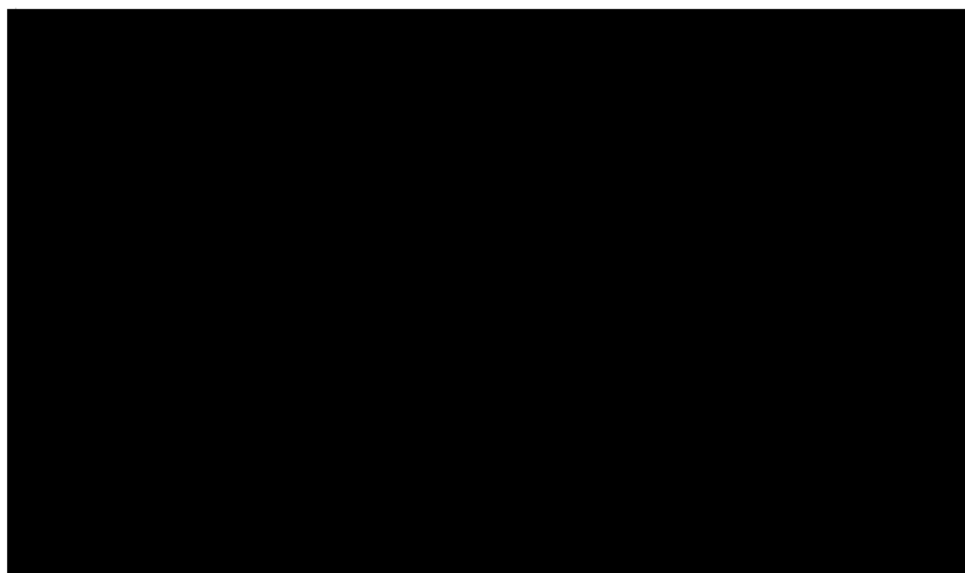
"besværlige" de end kan være. I det omfang, der skal ske afvigelse fra denne grundholdning, som klart fremgår af straffeloven og dens forarbejder, er det domstolenes afgørelse, jf. herved også den anden af de her refererede sager.

VIII. Varigheden af en dom til behandling - udvisning



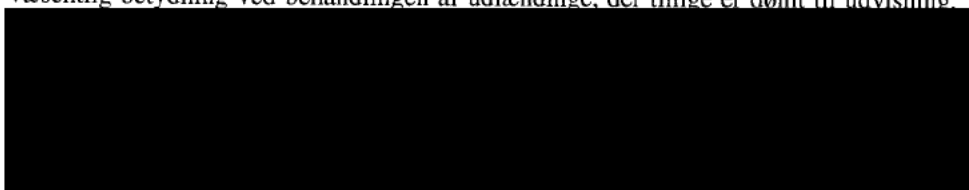






Kommentar

Justitsministeriets udtalelse af [redacted] er principiel vigtig, idet det her fastslås, at efter Justitsministeriets opfattelse er psykiatrisk behandling i medfør af en dom - hvad enten behandlingen foregår under indlæggelse eller ambulant - først afsluttet, når foranstaltningen endeligt ophæves. Spørgsmålet har næppe stor praktisk betydning for så vidt angår behandling af danske statsborgere i medfør af en dom, men kan være af væsentlig betydning ved behandlingen af udlændinge, der tillige er dømt til udvisning.



[redacted] Rådet fandt, at spørgsmålet om eventuel udvisning ikke burde indgå i rådets overvejelser vedrørende foranstaltnings-spørgsmålet. Rådet må basere sit skøn på danske forhold og det gælder også udlændinge, hvor eventuel ophævelse af en idømt foranstaltning kan medføre udvisning. Afgørelsen heraf, incl. skønnet af om udvisning er forsvarlig, henhører under andre myndigheder.

Rådet kunne ikke afgive udtalelse i spørgsmålet om eventuel udvisning. Rådet må i denne type sager begrænse sine udtalelser til konkrete lægelige vurderinger på baggrund af konkrete forelagte oplysninger af lægelig karakter. Det spørgsmål, rådet blev stillet, havde nærmest generel karakter, [redacted]
[redacted] der bl.a. henviser til Flygtningenævnets praksis samt

indeholder en fortolkning af udlændingelovens §31, stk. 2, 2. pkt. Det ligger uden for rådets opgaver at afgive udtalelser om disse spørgsmål. Det foreliggende materiale indeholdt ingen konkrete oplysninger om udvisningsspørgsmålet, [REDACTED]
[REDACTED]