

**Retslægerådets
årsberetning
1996**

ISBN 87-89648-02-1

J.H. Schultz Grafisk A/S

Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
Lovbestemmelser m.v.	7
Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet.....	8
Retslægerådets medlemmer.....	9
Sagkyndige anvendt i 1996.....	10
Retslægerådets sekretariat	20
II. Statistik	21
III. Udvalgte sager af interesse.....	25
Behandling af morbus Buerger med glukortikoid og cyklofosamid	25
Emboli/trombose i højre arteria brachialis.....	29
Klage over knystoperation	33
Lungebetændelse miskendt som blindtarmsbetændelse.....	35
Behandling af civile sager	41
Tilstand ligestillet med sindssygdom på grund af sukkersyge? -	
Retslægerådets funktion og fremmøde i retten.....	45
Münchhausen by proxy.....	55
Proportionalitetshensyn versus lægefaglig vurdering.....	65
Straffeloven og anbringelsesdom. Farlighedsvurderingers betydning ved forslag om sanktionsvalg	69
Patologisk spillelidenskab (aleamania)	73
Skærpelse af psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens § 72 på grund af risiko for kriminelt recidiv	83
Paranoia	89
Ophævelse af en behandlingsforanstaltning uden reelt indhold	93
Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	97

Forord

Retslægerådets årsberetning for 1996 indeholder et afsnit med mere generelle bemærkninger vedrørende behandlingen af civile sager, herunder tillige en vejledning til spørgerne om enkelte forhold, som bør være opfyldt for at sikre en så god og hurtig sagsbehandling som muligt. Rådet har fundet det hensigtsmæssigt at fremkomme med sådanne generelle betragtninger, idet ca. 25% af de fremsendte civile sager nødvendiggør, at Retslægerådet må rette henvendelse til spørgeren med anmodning om at få disse forhold opfyldt.

Som tidligere anført er det rådets opfattelse, at de sager, der forelægges Retslægerådet, har en øget kompleksitet, som nødvendiggør inddragelse af mange lægelige specialer til behandling af den enkelte sag. I nærværende årsberetning bringes et par sager, hvor Retslægerådet ved sin behandling har anvendt sagkyndige med såvel særlig indsigt i psykiatriske sygdomme som i legemlige sygdomme.

Der er en øget tendens til, at sagens parter i civile sager ønsker at føre Retslægerådets medlemmer eller sagkyndige som vidner. Vedrørende fremmøde i retten henvises til Betænkning om Retslægerådet, København 1990, betænkning nr. 1196, side 91 ff. samt Højesterets kendelse, som den fremgår af den såkaldte "sukkersygesag", som er refereret i nærværende årsberetning. Det fremgår heraf, at en sådan vidneafgivelse må have undtagelsens karakter, og at den part, som ønsker at føre et af rådets medlemmer eller sagkyndige som vidner må begrunde ønsket klart.

Endelig indeholder årsberetningen en lang række enkeltsager, som skønnes af mere almen interesse.

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

§ 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. 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 af 20.04.61 for Retslægerådet

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

Overlæge, dr.med. Hans Adserballe,
Psykiatrisk Hospital i Århus,
Afsnit B
(psykiatri)

Overlæge Helle Aggernæs,
Frederiksberg Hospital,
Psykiatrisk Afdeling D
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Ralf Hemmingsen,
Bispebjerg Hospital,
Psykiatrisk afdeling E
(psykiatri)

Overlæge Peter Kramp,
Justitsministeriet,
Retspsykiatrisk Klinik,
næstformand
(psykiatri)

Cheflæge Anne Lindhardt,
Roskilde Amtssygehus Fjorden
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Ib Lorenzen,
Hvidovre Hospital,
Medicinsk blok,
Afsnit for reumatologi,
næstformand
(medicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Mogens Osler,
Rigshospitalet,
Føde- og gynækologisk
afdeling Y
(gynækologi og obstetrik)
til 31.10.96

Professor, overlæge, dr.med.
Bent Ottesen
Hvidovre Hospital
Gynækologisk Obstetriske afdeling
(gynækologi og obstetrik)
fra 01.11.96

Overlæge, dr.med. Josef Parnas,
Hvidovre Hospital,
Psykiatrisk afdeling
(psykiatri)

Professor, cheflæge, dr.med.
Niels Reisby,
Psykiatrisk Hospital, Risskov
(psykiatri)

Professor, dr.med. Jørn Simonsen,
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut,
formand
(retsmedicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Stadil,
Rigshospitalet,
Kirurgisk afdeling C
(kirurgi)

Sagkyndige anvendt i 1996

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons,
Odense Universitetshospital,
Gynækologisk obstetrisk
afdeling D
(gynækologi og obstetrik)
2. Overlæge, dr.med.
Bjarne Alsbjørn,
Hvidovre Hospital,
Plastikkirurgisk- og brandsår-af-
deling
(plastikkirurgi)
3. Overlæge, dr.med. Else Andersen,
Hillerød Sygehus,
Børneafdeling H
(pædiatri)
4. Professor, overlæge, dr.med.
Johan A. Andersen,
Odense Universitetshospital,
Patologisk Institut
(patologisk anatomi)
5. Overlæge, dr.med.
Anders Nyboe Andersen,
Rigshospitalet,
Juliane Marie Centret,
Føde og Gynækologisk afdeling Y
(gynækologi - obstetrik)
6. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen,
Odense Universitetshospital,
Dermatologisk afdeling I
(dermatologi)
7. Overlæge, dr.med.
Kjeld Skou Andersen,
Amtssygehuset i Herlev,
Ortopædkirurgisk afdeling T 119
(ortopædi)
8. Overfysioterapeut
Jytte Anthonisen,
Hvidovre Hospital,
Reumatologisk afdeling
(fysioterapi)
9. Lektor, lic.odont. Merete Bakke,
Københavns Tandlægeskole,
Afdeling for bidfunktion og
oralfysiologi
(odontologi)
10. Professor, overlæge, dr.med.
Per Bjerre,
Odense Universitetshospital,
Neurokirurgisk afdeling U
(neurokirurgi)
11. Professor, overlæge, dr.med.
Finn T. Black,
Marselisborg Hospital,
Medicinsk-epidemisk afdeling A
(medicin)
12. Professor, overlæge, dr.med.
Mogens Blichert-Toft,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Mamma- og Endo. kir. afsnit DP
(kirurgi)

13. Overlæge, dr.med. Jørgen Boné,
Århus Amtssygehus,
Kirurgisk afdeling L
(kirurgi)
14. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Bonde,
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
15. Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen,
Hvidovre Hospital,
Neuromedicinsk afdeling
(neuromedicin)
16. Chefpsykolog Birgitte Bruun,
Sct. Hans Hospital,
Klinisk psykologisk afdeling
(psykologi)
17. Chefpsykolog Peter Bruhn,
Rigshospitalet,
Neurocentret
(neuropsykologi)
18. Overlæge, dr.med.
Flemming Burcharth,
Amtssygehuset i Herlev,
Kirurgisk afdeling (mave-
tarmsygdomme)
(kirurgi)
19. Professor, overlæge, dr.med.
Cody Eric Bünger,
Århus Kommunehospital,
Kirurgisk afdeling E
(ortopædi)
20. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Juel Christensen,
Amtssygehuset i Herlev,
Medicinsk- endokrinologisk
afdeling
(medicin)
21. Overlæge
Jens Krogh Christoffersen,
Amtssygehuset i Gentofte,
Urologisk- karkirurgisk
afdeling H
(kirurgi)
22. Overlæge, dr.med. Mogens Dam,
Hvidovre Hospital,
Neuromedicinsk Afdeling
(neuromedicin)
23. Overlæge, dr.med. Sven Dorph,
Amtssygehuset i Herlev,
Røntgenafdelingen
(radiologi)
24. Overlæge Ole Ejner Drachmann,
Amtssygehuset i Glostrup,
Klinisk immunologisk afdeling og
blodbank
(alkohol- og medicinpåvirkethed,
færdselssager m.v.)
25. Overlæge, dr.med. Niels Ehlers,
Århus Kommunehospital,
Øjenafdeling J
(oftalmologi)
26. Professor, overlæge, dr.med. Jør-
gen Ellegaard,
Århus amtssygehus,
Medicinsk-hæmatologisk
afdeling B
(medicin)

27. Overlæge Jørgen Ewald,
Odense Universitetshospital,
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
28. Professor, dr.med.
Erling Falk,
Skejby Sygehus,
(kardiologi)
29. Lektor, lic.pharm.
Søren Felby
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
30. Overlæge, dr.med.
Anders Fischer,
Amtssygehuset i Gentofte,
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
31. Overlæge, dr.med.
Bo Feldt-Rasmussen,
Rigshospitalet,
Abdominalcenteret,
Afdeling P (nefrologi)
(medicin)
32. Overlæge, dr.med.
Hans C. Fledelius,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
33. Overlæge Vibeke Vejlsgaard
Goldschmidt,
Hillerød Sygehus,
Børne- og ungdomspsykiatrisk
afdeling M
(børne- og ungdomspsykiatri)
34. Overlæge Peter Gottlieb,
Sankt Hans Hospital,
Psykiatrisk afdeling R
(psykiatri)
35. Professor, dr.med.
Markil Gregersen,
Århus Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
36. Overlæge, dr.med.
Gorm Greisen,
Rigshospitalet,
Neonataalklinikken
(neonatalogi)
37. Overlæge, dr.med.
Ole Greisen,
Aalborg Sygehus Syd,
Øre-, næse- og halsafdeling H
(oto-rhino-lar.)
38. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
39. Professor, overlæge, dr.med.
Tage Hald,
Amtssygehuset i Herlev,
Urologisk afdeling H
(kirurgi)
40. Lektor A. Carsten Hansen,
Retsmedicinsk Institut i Århus
(retskemi)
41. Tandlæge, dr.odont.
Harry L. Hansen,
(odontologi)

42. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø,
Rigshospitalet, Hjertecenteret,
Medicinsk afdeling B
(medicin)
43. Professor, overlæge, dr.med.
Preben Hertoft,
Rigshospitalet,
Sexologisk klinik
(psykiatri, sexologi)
44. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup,
Amtssygehuset i Glostrup,
Odontologisk afdeling
(odontologi)
45. Professor, dr.odont.
Erik Hjørting-Hansen,
Københavns Tandlægeskole,
Afdeling for tand- mund- og
kæbekirurgi
(odontologi)
46. Overlæge, dr.med. Per Holstein,
Bispebjerg Hospital,
Thorax- kar kirurgisk afdeling L
(kirurgi)
47. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Klinisk mikrobiologisk afdeling
(mikrobiologi)
48. Chefsygeplejerske Agnete Iversen,
Psykiatrien i Århus Amt
(sygeplejerskeforhold)
49. Overlæge, dr.med.
Jørgen Ingerslev,
Skejby Sygehus,
Klinisk immunologisk afdeling
(intern medicin)
50. Overlæge, dr.med.
Anders Kristian M. Jakobsen,
Vejle Sygehus,
Onkologisk afdeling
(onkologi)
51. Lektor Jan Jakobsen,
Retsmedicinsk Institut,
Retspatologisk afdeling
(odontologi)
52. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen,
Århus Kommunehospital,
Neurologisk afdeling F
(neuromedicin)
53. Overlæge Erik Gert Jensen,
Sønderborg Sygehus,
Ortopædkirurgisk afdeling O
(ortopædi)
54. Overlæge, dr.med.
Erik Martin Jensen,
Bispebjerg Hospital,
Reumatologisk afdeling H
(medicin)
55. Overlæge, dr.med.
Gorm B. Jensen,
Hvidovre Hospital,
Kardiologisk afdeling
(medicin)
56. Speciallæge, dr.med.
Hans-Eric Jensen,
København,
Speciallægeklinik
(kirurgi)
57. Overlæge, dr.med.
Karsten Jensen,
Bispebjerg Hospital,
Akut modtageafdeling
(medicin)

58. Overlæge, lic.med.
Peter Winning Jepsen
Kommunehospitalet,
Psykiatrisk afdeling
(psykiatri)
59. Overlæge, dr.med.
Hans E. Jørgensen,
Amtssygehuset i Herlev,
Nefrologisk afdeling B
(alkoholpåvirkethed,
færdsselsager m.v.)
60. Overlæge, dr.med. Jens Kamper,
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
(pædiatri)
61. Overlæge, dr.med.
Inge-Lis Kanstrup,
Amtssygehuset i Herlev,
Klinisk Fysiologisk
Nuklearmedicinsk afdeling
(klinisk fysiologi)
62. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet,
Hvidovre Hospital,
Kirurgisk-gastroenterologisk
afdeling
(kirurgi)
63. Oversygeplejerske
Gitte Kosakewitsch,
Hvidovre Hospital,
Reumatologisk afdeling
(sygeplejerskeforhold)
64. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)
65. Overlæge, dr.med. Christen Krag,
Amtssygehuset i Herlev,
Plastikkirurgisk afdeling V
(plastikkirurgi)
66. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Krasilnikoff,
Hvidovre Hospital,
Børneafdelingen
(pædiatri)
67. Overlæge, dr.med.
Jørgen Kvist Kristensen,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
68. Overlæge, dr.med. Erik Krogh,
Amtssygehuset i Herlev,
Øjenafdeling Ø 124
(oftalmologi)
69. Lektor, dr.med.
Jens Anker Larsen,
Egå,
(alkohol- og medicinpåvirkethed,
færdsselsager m.v.)
70. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Falck Larsen,
Amtssygehuset i Herlev,
Gynækologisk- obstetrisk afdeling
(gynækologi-obstetrik)
71. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Lassen,
Bispebjerg Hospital,
Klinisk fysiologisk afdeling
(klinisk fysiologi)
72. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen,
Aalborg Sygehus Syd,
Medicinsk afdeling B
(medicin)

73. Lektor, dr.med. Henning Laursen, Københavns Universitet, Neuropatologisk afdeling (neuropatologi)
74. Professor, overlæge, dr.med. Bjarne Lund, Rigshospitalet, HovedOrtoCentret, Ortopæd-kirurgisk afdeling U (ortopædi)
75. Professor, overlæge, dr.med. Henrik Lund-Andersen, Amtssygehuset i Herlev, Øjenafdeling Ø 124 (oftalmologi)
76. Overlæge Mogens Lunding Rigshospitalet, HovedOrtoCentret, Anæstesiologisk afdeling (anæstesiologi)
77. Professor, dr.med. Carl Erik Mabeck, Århus Universitet, Institut for Almen Medicin (almen medicin)
78. Overlæge Steen Madsbad, Hvidovre Hospital, Medicinsk endokrinologisk afdeling (medicin)
79. Afdelingsleder, dr.med. Joop Madsen, Københavns Universitet, Medicinsk- Fysiologisk Institut (fysiologi)
80. Overlæge, dr.med. Hans-Jørgen Malling, Rigshospitalet, RHIMA Centret, Medicinsk afdeling TA (medicin)
81. Professor, overlæge, dr.med. Torkil Menné, Amtssygehuset i Gentofte, Dermatologisk afdeling K (dermatologi)
82. Overlæge, dr.med. Flemming A. Moesgaard, Hvidovre Hospital, Kirurgisk - gastroenterologisk afdeling (kirurgi)
83. Professor, overlæge, dr.med. Carl Erik Mogensen, Århus Kommunehospital, Medicinsk afdeling M (medicin)
84. Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Viby Mogensen, Rigshospitalet, HovedOrtoCentret, Anæstesiafdeling AN (anæstesiologi)
85. Afdelingsleder, dr.med. Niels Morling, Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut, Retsgenetisk afdeling (retsgenetik)
86. Overlæge Kelvin Kamp Mortensen, Odense Universitetshospital, Øjenafdeling E (oftalmologi)

87. Overlæge, dr.med.
Henning Mouridsen,
Rigshospitalet, Finsencenteret,
Onkologisk afdeling
(onkologi) Fysiologisk/nuklearmedicinsk
afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed,
færdselssager m.v.)
88. Overlæge, dr.med. Ole Munck,
Gentofte,
(alkohol- og medicinpåvirkethed,
færdselssager m.v.)
89. Professor, dr.odont. Egild Møller,
Københavns Tandlægeskole,
Afdeling for bidfunktioner og
oralfysiologi
(odontologi)
90. Overlæge Jens Henrik Nehen,
Aalborg Sygehus Syd,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
91. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen,
Hvidovre Hospital,
Infektionsmedicinsk afdeling
(medicin)
92. Overlæge
Jørgen Dalsgaard Nielsen,
Amtssygehuset i Gentofte,
Koagulationslaboratoriet
(medicin)
93. Vicestatsobducent, dr.med.
Nils Højgaard Nielsen,
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
94. Overlæge, dr.med.
Steen Levin Nielsen,
Amtssygehuset i Herlev,
95. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen,
Skejby Sygehus,
Hjertemedicinsk afdeling B
(medicin)
96. Overtandlæge Sven Nielsen,
Helsingør Kommune,
Espergærde
(odontologi)
97. Jordemoder Anette Nonboe,
Århus Kommunehospital,
Fødegangen
(jordemoderforhold)
98. Overlæge dr.med. Henrik Olesen,
Rigshospitalet,
Laboratoriecenteret,
Afdeling KB
(biokemi)
99. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Olesen,
Amtssygehuset i Glostrup,
Neuromedicinsk afdeling N
(neuromedicin)
100. Professor, overlæge, dr.med.
Bent S. Ottesen,
Hvidovre Hospital,
Gynækologisk obstetrisk afdeling
(gynækologi-obstetrik)
101. Tandlæge Ulla Pallesen
Frederiksberg
(odontologi)

102. Professor, overlæge, dr.med.
P. Kildeberg Paulsen,
Skejby Sygehus,
Hjerte-lunge-karkirurgisk
afdeling T
(kirurgi)
103. Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
104. Overlæge dr.med.
Peter Bernth Petersen,
Hvidovre Hospital,
Oftalmologisk afdeling
(oftalmologi)
105. Overlæge Sten Petersen,
Rigshospitalet,
Juliane Marie Centret
Neonatalafdeling GN
(neonatalogi)
106. Professor, overlæge, med.dr.
Bengt Gösta Petterson,
Rigshospitalet, Hjertecentret,
Kirurgisk afdeling RT
(kirurgi)
107. Professor, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen,
Københavns Universitet,
Farmakologisk Institut
(farmakologi)
108. Professor, overlæge, dr.med
Jan Ulrik Prause,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
109. Afdelingslæge Alan Rabøl,
Rigshospitalet,
Billeddiagnostisk center,
Afdeling KF
(alkohol- og medicinpåvirkethed,
færdselssager m.v.)
110. Overlæge, dr.med. Fritz E. Rank,
Bispebjerg Hospital,
Patologisk institut afdeling 2896
(patologisk anatomi)
111. Overlæge, dr.med.
Finn Vejlø Rasmussen,
Hillerød Sygehus,
Medicinsk afdeling B
(medicin)
112. Overlæge Carsten Rose,
Odense Universitetshospital,
Onkologisk- radioterapeutisk
afdeling R
(onkologi)
113. Overlæge, dr.med. Jarl Rosenørn,
Amtssygehuset i Glostrup,
Neurokirurgisk afdeling H
(neurokirurgi)
114. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Rovsing,
Hvidovre Hospital,
Røntgenafdelingen
(radiologi)
115. Professor, overlæge, dr.med.
Ove B. Schaffalitzky de
Muckadell,
Odense Universitetshospital,
Gastro- enterologisk afdeling S
(medicin)

116. Overlæge Kaare Schmidt,
Amtssygehuset i Glostrup,
Neurokirurgisk afdeling N
(neurokirurgi)
117. Professor, dr.med. Jens S. Schou,
Københavns Universitet,
Farmakologisk Institut
(farmakologi)
118. Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Kar-kirurgisk afdeling RK
(kirurgi)
119. Professor, overlæge, dr.med.
Anne Katrin Sjølie,
Århus Kommunehospital,
Øjenafdeling J
(oftalmologi)
120. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Skinhøj,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Epidemi klinik
(medicin)
121. Overlæge, dr.med.
Kristian Stengaard-Pedersen,
Århus Kommunehospital,
Reumatologisk afdeling
(medicin)
122. Overlæge Niels Stephensen,
Hvidovre Hospital,
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædi)
123. Overlæge, dr.med.
Svend Strandgaard,
Amtssygehuset i Herlev,
Nefrologisk afdeling B
(medicin)
124. Professor, overlæge, dr.med.
Arne Svejgaard,
Rigshospitalet, Laboratoriecentret,
Afdeling KL
(genetik)
125. Lektor, dr.med.
Sven Asger Sørensen,
Københavns Universitet,
Afdeling for medicinsk genetik
(genetik)
126. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen,
Odense Universitetshospital,
Psykiatrisk afdeling P
(psykiatri, sexologi)
127. Speciallæge, dr.med. Ole Thage,
Albertslund,
(neuromedicin)
128. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen,
Amtssygehuset i Herlev,
Fysiurgisk/reumatologisk afde-
ling
(medicin)
129. Overlæge, dr.med.
Henrik Klem Thomsen;
Bispebjerg Hospital,
Patologisk Institut
(patologisk anatomi)
130. Professor, dr.med.
Jørgen Lange Thomsen,
Odense Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

131. Professor, overlæge, dr.med.
P.E. Bloch Thomsen,
Amtssygehuset i Gentofte,
Kardiologisk afdeling P
(medicin)
132. Overlæge John Thygesen,
Vejle Sygehus,
Oftalmologisk afdeling
(oftalmologi)
133. Professor, overlæge, dr.med.
Mirko Tos,
Amtssygehuset i Gentofte,
Øre-, næse- og halsafdeling E
(oto-rhino-lar.)
134. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Ortopædkirurgisk afdeling U
(ortopædi)
135. Professor, overlæge, dr.med.
Else K. Tønnesen,
Odense Universitetshospital,
Anæstesiologisk afdeling V
(anæstesiologi)
136. Professor, dr.med.
Gunhild R. L. Vejlsgaard,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
(dermato-venerologi)
137. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum,
Bispebjerg Hospital,
Lungemedicinsk afdeling P
(medicin)
138. Overlæge Sven Viskum,
Aalborg Sygehus Nord,
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
139. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Wolf,
Skejby Sygehus,
Urologisk afdeling K
(kirurgi)
140. Chefpsykolog Rut Gunilla Øberg,
Bartholin Instituttet
(neuropsykologi)

Retslægerådets sekretariat

Blegdamsvej 6, 2200 København N
Tlf. 35 37 33 22. Fax 35 37 50 21

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand. jur. Eva Carpentier (til 28.02.96)

Sekretariatsleder, cand. jur. (fungerende) Anne B. Fisker (01.03.97 til 15.05.96)

Sekretariatsleder, cand. jur. Merete Engholm (fra 15.05.96)

Medicinske sekretærer

Vicestatsobducent, dr.med. Hans Petter Hougen (12 timer ugentlig)

Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig)

Sekretærer

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.

Assistent Annelise Gersby Jacobsen.

Assistent Connie Thenning Pedersen (32 timer fra 01.05.96)

Assistent Sanne Nielsen fra 01.05.96 (20 timer ugentlig)

II. Statistik

A. Psykiatriske sager	769
B. Færdselssager med alkoholindtagelse og alkohol-/medicinindtagelse ...	320
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.	9
D. Faderskabssager.....	346
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	354
F. Administrative sager m.v.....	209
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med lever- lidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	34
M. Færdselssager med medicinindtagelse	109
I ALT.....	2150

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	360
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	173
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	205
Ophævelse af farlighedsdekret	7
Overførsel til sikringsanstalten.....	11
Umyndiggørelser	1
Benådning	3
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	9
I ALT.....	769

Ad B-sager

Sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af alkohol alene	154
Indtagelse af såvel alkohol som medicin.....	166
I ALT.....	320

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte.....	9
Ændring af navn/cpr.nr.....	0
I ALT.....	9

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner.....	128
Arbejdsskader/ulykker.....	97
Erstatning, pensionssager m.v.....	61
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.....	28
Aldersbestemmelse.....	27
Ikke-psykiatriske benådningssager.....	1
Diverse.....	12
I ALT.....	354

III. Udvalgte sager af interesse

Behandling af morbus Buerger med glukortikoid og cyklofosamid

59-årig mand med flere år varende kredsløbslidelse omfattende pulsårerne i begge ben og gentagne tilfælde af årebetændelse i benene samt sekundær blodprop i lungerne i permanent behandling med blodfortyndende medicin (antikoagulationsbehandling). Opfattes som havende morbus Buerger. På grund af vedvarende symptomer på nedsat gennemblødning (arteriel insufficiens) og stigende koncentration af immunglobuliner iværksætter speciallægen behandling med prednisolon (binyrebarkhormon) og senere med cyklofosamid (en cellegift). Efter to års behandling indtræder der tegn på knoglemarvspåvirkning med faldende blodprocent samt et for lavt antal blodplader og hvide blodlegemer. Dosis af cyklofosamid (cellegift) reduceres, men tilstanden forværres med dødelig udgang. Statsadvokaten rejser sag for overtrædelse af lægelovens § 22, stk. 1. Retslægerådet finder, at den iværksatte medikamentelle behandling må betragtes som eksperimentel og hvilende på et noget spinkelt grundlag. Endvidere finder rådet, at behandlingen med cyklofosamid burde være indstillet på det tidspunkt, hvor der forelå klare tegn på knoglemarvspåvirkning, som måtte tilskrives cyklofosamid. I dommen anføres det, at det var rettens opfattelse, at tiltalte ikke havde udvist forsømmelse, men at der var tale om en meget erfaren og velkvalificeret læge, der havde gjort, hvad der stod i hans magt for at diagnosticere og behandle en patient, hvis sygdomsbillede var i sjælden grad komplekst. (E 8514).

59-årig mand, som i ca. 11 år forud for den aktuelle behandling havde været i blodfortyndingsbehandling på grund af recidiverende tilfælde af blodpropper i ben og lunger. I 1988 blev der konstateret forhøjet immunglobulin, men knoglemarven var normal (normoplastisk) uden forøget forekomst af plasmaceller eller abnorme celler (myelomceller). Nyreundersøgelse og røntgenundersøgelse af skelettet var normalt. Det

drejede sig om en godartet immunglobulinforhøjelse. I 1990 fandtes koncentrationen af immunglobulinerne IgM, IgA, IgG og senere også af IgE forhøjede. På baggrund af patientens symptomer blev diagnosen morbus Buerger overvejet. Til støtte herfor talte endvidere et betydeligt tobaksforbrug og debut i en ret ung alder. Derudover havde patienten yderligere symptomer på åreforkalkning i hjertets kranspulsårer. På

grund af de vedvarende symptomer og den stigende koncentration af immunoglobuliner besluttede speciallægen at iværksætte behandling først med prednisolon og senere med cyclofosfamid. Efter cirka to års forløb indtrådte der fald i blodprocenten, blodpladetallet og antal hvide blodlegemer samt hudblødninger. Cyclofosfamidosis blev reduceret, men præparatet blev ikke seponeret. Der blev iværksat blodtransfusionsbehandling. Patienten var på et kortvarigt udenlandsophold, men blev indlagt i dårlig almentilstand på en hæmatologisk specialafdeling og døde ret kort efter. Til brug for overvejelse af tiltalespørgsmålet blev sagen forelagt Retslægerådet. Der blev stillet følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Kan Retslægerådet tiltræde Patientklagenævnets opfattelse, at overlæge A behandlede patienten med prednisolon, uden at der var grundlag for behandlingen, at den supplerende behandling med cyclofosfamid blev påbegyndt på et utilstrækkeligt grundlag og videreført uden tilstrækkelig kontrol med henblik på justering eller ophør?

Spørgsmål 2:

Kan Retslægerådet tiltræde Patientklagenævnets opfattelse, at behandlingen med cyclofosfamid burde have været indstillet i december 1993, og at det var en fejl at fortsætte behandlingen efter den 11. januar 1994?

Der henvises navnlig til Patientklagenævnets afgørelse af 3. februar 1995.

Ifølge sagens akter led patienten af

en kredsløbslidelse omfattende pulsårerne i benene og gentagne tilfælde af årebetændelse i benene med sekundær blodpropdannelse i lungerne. Diagnosen Buergers sygdom er nævnt i sagens akter. Grundlaget for denne diagnose har tilsyneladende været kombinationen af pulsårelidelsen i benene, gentagne tilfælde af årebetændelse i benenes blodårer samt patientens relative unge alder ved sygdomsdebut og et stort tobaksforbrug. Derudover havde patienten en hjertelidelse betinget af åreforkalkning i hjertets kranspulsårer. Årsagen til Buergers sygdom kendes ikke, immunologiske faktorer har været foreslået at være af betydning, men dette er ikke dokumenteret. Behandling med prednison og cyclofosfamid har en dokumenteret virkning ved visse former for betændelse i de små blodkar, og ved disse sygdomme er denne behandling derfor velindiceret. Ved Buergers sygdom er denne behandling derimod ikke dokumenteret, og så vidt det er Retslægerådet bekendt, heller ikke undersøgt. Indikationen for at iværksætte behandlingen med prednison og cyclofosfamid hos patienten var, ifølge sagens akter en stigning i blodets indhold af antistoffer, specielt det såkaldte IgE samt forekomsten i blodet af et såkaldt monoklonalt antistof. Denne antagelse er, efter Retslægerådets opfattelse, hypotetisk. Den iværksatte behandling må derfor bedømmes som rent eksperimentel. Samtidig hviler teorien om de anførte antistoffers årsagsmæssige betydning for kredsløbslidelsen på et svagt grundlag. Retslægerådet anser det for en fejl, at der ikke blev

foretaget en undersøgelse af eventuelle andre årsager til de anførte ændringer i antistofindholdet i blodet.

Spørgsmål 3:

Giver sagen - herunder overlæge A's redegørelser (sagens bilag 19 og 21), skrivelse af 3. maj 1995 fra X hospital og skrivelse af 12. juni 1995 fra Y institut - Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Efter Retslægerådets opfattelse burde behandlingen med cyklofosamid være indstillet i december 1993, hvor der forelå klare tegn på knoglemarvspåvirkning, som måtte tilskrives behandlingen med cyklofosamid. Retslægerådet anser det for en fejl, at behandlingen med cyklofosamid blev fortsat efter den 11.01.94. For så vidt angår skrivelsen af 03.05.95 fra X hospital og skrivelsen af 12.06.95 fra Y institut, skal Retslægerådet henvise til svaret på spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Anser Retslægerådet det for sandsynligt, at patientens grundlidelse (hovedsygdom) var en kredsløbslidelse forårsaget af autoantistof inden for gruppen IgE med blodpropdannelse i pulsårer (arterier) og vener og med betændelseslignende forandringer i karvæggene (vasculitis)?

Spørgsmål 5:

Finder Retslægerådet, at det i juni/juli 1991 var korrekt at påbegynde medicinsk behandling til nedsættelse af det under 4 nævnte antistof (immunosuppression) med en kombination af binyrebarkhormon (corticosteroid, prednisolon) og

cellegift (cytotoxicum), såfremt det lægges til grund,

- *at koagulationsmæssig behandling på dette tidspunkt var så omfattende og således reguleret, som det fremgår af sagens oplysninger,*
- *at patienten på dette tidspunkt subjektivt følte sin tilstand fortsat ringere, og*
- *at der objektivt var tiltagende kredsløbssymptomer og ringere almentilstand parallelt med kraftig stigning i IgE?*

Spørgsmål 6:

- a. *Kan Retslægerådet tiltræde tiltaltes antagelse om, at det sygdomsfremkaldende antistof måtte formenes at høre til IgE-gruppen, og at det dermed måtte antages, at det blev produceret af de hvide blodlegemer, der kaldes B-lymfocytter, og at disse er påvirkelige af cyclophosphamid?*
- b. *Kan Retslægerådet tiltræde, at det under de under a nævnte omstændigheder var korrekt at anvende cyclophosphamid (Sendoxan) som cellegift (cytotoxicum).*

Der henvises til besvarelserne af spørgsmålene 1-3.

Spørgsmål 7:

- a. *Mener Retslægerådet, at en immunosuppressiv behandling med en kombination af prednisolon og cyclophosphamid kun må ordineres og kontrolleres af speciallæger?*
- b. *I bekræftende fald, hvilke specialer kan*

da anses for at have denne kompetence?

Enhver læge har fri ordinationsret, med mindre andet er bestemt af Sundhedsstyrelsen, og enhver læge behandler patienter under ansvar efter lægeloven. Kombinationsbehandling med binyrebarkhormon (prednisolon) og et cytostatikum (cyklofosfamid) anses imidlertid for en specialisopgave, som kræver, at den pågældende speciallæge dels er fortrolig med det pågældende sygdomsbillede, og dels er fortrolig med anvendelsen af de pågældende farmaka. Den pågældende behandlingsform anvendes ved forskellige sygdomme, som henhører under forskellige medicinske grenspecialer.

Kommentar:

Som det fremgår af Retslægerådets udtalelser, var det Retslægerådets opfattelse, at det faglige grundlag for den iværksatte medikamentelle behandling med prednisolon og cyklofosfamid hos denne patient var meget spinkelt og havde eksperimentel

karakter. Endvidere var det rådets opfattelse, at behandlingen med cyklofosfamid burde være standset på et tidligere tidspunkt, end tilfældet var. Retten fandt imidlertid ikke, at den tiltalte læge havde udvist forsømmelse, men lagde vægt på, at der under behandlingen tilsyneladende i en periode var indtrådt en umiddelbar bedring i patientens symptomer, hvilket måtte tages til indtægt for, at den pågældende kombinationsbehandling var rigtig. Endvidere lagde retten afgørende vægt på, at patientens sygdomsbillede var så komplekst, at behandlingen ved siden af analyseresultaternes kontrolfunktion, først og fremmest som forklaret af tiltalte og et vidne, stadig måtte baseres på et klinisk skøn, primært en vurdering af patientens almentilstand. Retten fandt derfor ikke grundlag for at betegne behandlingen som eksperimentel. Retten fandt det endvidere heller ikke godtgjort, at de blodprøver, der blev foretaget med jævne mellemrum og de justeringer, der blev foretaget, ikke fortsat var den bedst mulige behandling.

Emboli/trombose i højre arteria brachialis

51-årig kvinde søger egen læge på grund af akut opståede smerter i højre hånd og underarm. Egen læge foretager en sparsom klinisk undersøgelse, stiller ikke nogen diagnose, men iværksætter ketoganbehandling. Smerterne vedvarer, og et døgn senere kontakter patienten skadestuen på grund af vedvarende stærke smerter. Henvises straks til karkirurgisk afdeling, opereres for emboli/trombose (blodprop) i arteria brachialis (pulsåre i overarmen), men amputation af højre hånd og højre underarm bliver nødvendig. Patientklagenævnet anså lægelovens § 6 for overtrådt, fordi den praktiserende læge ikke havde foretaget en adækvat objektiv undersøgelse, men ordinerede ketogan mod smerter uden først at have stillet en sikker diagnose. Retslægerådet konkluderede, at lægens objektive undersøgelse havde været utilstrækkelig, og at lægen burde have undladt symptomlindrende behandling og umiddelbart henvist patienten til sygehus. Ved den efterfølgende retssag blev der indgået forlig, således at den sagsøgte læge accepterede at betale erstatning svarende til 3/4 af fuld erstatning. Retten bestemte, at sagsøgte skulle betale sagens omkostninger. (E 8148).

51-årig kvinde henvendte sig til egen læge med akut opståede smerter i højre hånd og højre underarm. Patienten var kendt af lægen. Patienten var overvægtig, havde forhøjet blodtryk og var i hormonbehandling (Trisekvens). Et halvt år forud for den aktuelle begivenhed havde patienten haft forbigående føleforstyrrelser i højre arm. Lægen foretog en sparsom klinisk undersøgelse af patienten i venteværelset. Han stillede ikke nogen diagnose, men iværksatte smertestillende behandling med ketogan. Imidlertid var smerterne så voldsomme, at patienten den næste dag henvendte sig i skadestuen på et større sygehus. Patienten blev straks videresendt til karkirurgisk specialafdeling og opereret

for en emboli/trombose (blodprop) i højre arteria brachialis. Trods gentagne operative blodpropfjernelser lykkedes det ikke at redde højre hånd, og underarmen blev amputeret.

Patientklagenævnet anså lægelovens § 6 for overtrådt, fordi den praktiserende læge ikke havde foretaget en adækvat objektiv undersøgelse, men ordinerede ketogan mod smerter uden først at have stillet en sikker diagnose. Efterfølgende anlagde patienten erstatningssag mod den praktiserende læge.

Retslægerådet fik stillet følgende spørgsmål:

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes angive, om klage over stærke smerter i armen normalt vil føre til, at en alment praktiserende læge henviser patienten til speciallæge eller indlæggelse, når lægen ikke kan konstatere objektive tegn på en blodpropdannelse i armen.

Pludseligt opståede stærke smerter i en arm kan have flere årsager, hvoraf nogle vil kunne klarlægges og behandles af den alment praktiserende læge. Såfremt lægen ikke kan klarlægge årsagen, vil den praktiserende læge i nogle tilfælde henvise patienten til speciallæge eller til indlæggelse. Ved afgørelsen heraf vil indgå en vurdering af symptomernes sværhedsgrad samt sandsynligheden for, at der er tale om en akut sygdom, der nødvendiggør speciallæge-/sygehusbehandling, herunder blodpropdannelse i armen.

Spørgsmål B:

Vil en alment praktiserende læge normalt henvise enhver patient, der klager over stærke smerter i armen, til speciallæge eller indlæggelse, selvom lægen ikke konstaterer objektive tegn på en blodpropdannelse.

Der henvises til svaret på spørgsmål A.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes udtale, om der på grundlag af læge A's redegørelse for hændelsesforløbet (bilag C, D, G og J) kan antages at have været sikre tegn på en blodpropdannelse, som normalt ville have foranlediget en alment praktiserende læge til at foretage andre skridt end at

ordinere smertestillende midler og se tiden an. I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at angive, hvilke skridt der kunne være blevet tale om (yderligere undersøgelser, henvisning til speciallæge, henvisning til indlæggelse eller andet).

I bilag C, D, G og J beskriver lægen dels patientens oplysninger om sygehistorien, dels sine objektive fund ved undersøgelsen den 24.04.92. Symptomerne bestod i stærke smerter i hele højre arm. Smerterne havde udviklet sig i løbet af 10-12 timer. Der havde ikke været nogen forudgående tilskadekomst. Lægen fandt ved undersøgelsen normal farve og hudtemperatur, ens med den raske venstre hånd, og han fandt, at der var bevaret puls i spolebenspulsåren ved håndleddet. På dette grundlag kan der ikke antages at have været sikre tegn på en blodpropdannelse.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes udtale, om de undersøgelser læge A foretog og de forhold hvorunder undersøgelserne er foretaget må anses for sædvanlige og tilstrækkelige og i overensstemmelse med god lægeskik.

Efter det oplyste var lægens undersøgelser ikke tilstrækkelige. I betragtning af, at der var tale om akut opståede stærke og uforklarede smerter, burde patienten være afklædt på hals, skulder og arme til en udtømmende undersøgelse af bevægeapparatet samt kar- og nervefunktion. Undersøgelsen i venteværelset kan derfor ikke anses for at have været tilstrækkelig.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes udtale, om det må anses for i overensstemmelse med god lægeskik, at læge A efter de beskrevne undersøgelser og de der konstaterede objektive fund ordinerede Ketogan.

I den aktuelle situation drejer det sig om en patient, der er kendt af lægen. Patienten har ikke tidligere haft lignende symptomer, men tilhører en risikogruppe for udvikling af blodpropdannelse. Smerterne var opstået meget akut, og patientens reaktioner viste, at der var tale om usædvanligt heftige smerter. Da den objektive undersøgelse ikke gav nogen umiddelbar forklaring på smerterne, burde læge A i den pågældende situation have undladt symptomlindrende behandling og foranlediget, at patienten blev akut henvist til sygehus.

Spørgsmål F:

Er det muligt at udtale sig med overvejende sandsynlighed om patientens prognose, såfremt adækvat behandling var blevet igangsat i umiddelbar forlængelse af konsultationen hos læge A om morgenen den 24. april 1992? I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at udtale sig om den udgang på lidelsen, der i så fald havde været sandsynlig.

Nej, man kan ikke udtale sig med overvejende sandsynlighed om dette. Det er meget vel muligt, at patientens hånd helt eller delvist kunne have været reddet, hvis hun straks var blevet ført til sygehuset. Dog viser sagens akter, at der hengik mere end otte timer fra patientens henvendelse på sygehuset til kredsløbet i hånden blev genskabt ved den før-

ste operation, og denne forsinkelse alene må antages at være tilstrækkelig til at give alvorlig vævsskade.

Spørgsmål G:

Det fremgår af administrerende overlæge B's brev af 22. juli 1993 (bilag F), at patienten henvendte sig til X sygehus kl. 2.10, og at hun bragtes til operation, hvor anæsthesien indledtes kl. 9.10. Hvilken betydning har det haft for lidelsens udgang, at der således hengik 7 timer fra henvendelsen til sygehuset, indtil anæsthesien blev indledt?

Se svar på spørgsmål F.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes udtale, om det er sædvanligt, at patienten i en sag som nærværende observeres i en vis periode efter indlæggelsen (at der hengår 7 timer), inden operationen påbegyndes.

Ja.

Spørgsmål I:

Retslægerådet bedes udtale, om det kan antages, at operation kunne have været iværksat efter en kortere observationstid end 7 timer, såfremt patienten var blevet indlagt i umiddelbar forlængelse af læge A's undersøgelse.

Nej. Der kan ikke antages at være nogen sammenhæng mellem den forsinkelse, som er forårsaget af egen læges tøven, og den forsinkelse som senere er opstået under behandlingen i sygehusvæsenet.

Spørgsmål J:

Giver sagen iøvrigt Retslægerådet anledning til nogen bemærkninger?

Retslægerådet anser det for sandsynligt, at patienten, blandt andet på grund af forhøjet blodtryk og hormonbehandling, har pådraget sig en trombose (blodprop opstået på stedet) i højre hånd og højre underarm. Dette sandsynliggøres yderligere af, at patienten tidligere har haft symptomer fra den pågældende arm, og at lægen har haft vanskeligheder ved at stille den rigtige diagnose. Såfremt antagelsen af en trombose er korrekt, ville en tidligere indsættende behandling næppe have ændret sygdomsforløbet. En anden mulighed er en blodprop i armens pulsåre, en såkaldt emboli (blodprop tilført fra et andet sted i blodbanen). Dette kan ikke med sikkerhed udelukkes. Såfremt det har været tilfældet, ville en rettidig indsat behandling kunne have afværget amputation.

Retssagen sluttede med forlig, hvor sagsøgte accepterede at betale en erstatning til 3/4 af fuld erstatning. Ret-

ten bestemte, at sagsøgte skulle betale sagens omkostninger på kr. 10.000.

Kommentar:

Som det fremgår af Retslægerådets svar på de stillede spørgsmål, lagde Retslægerådet i sin udtalelse vægt på følgende forhold:

Patienten var kendt af lægen. Hun var, for så vidt angår blodpropper i pulsåresystemet, i en højrisikogrube på grund af fedme, forhøjet blodtryk og hormonbehandling. Hun havde endvidere et halvt år tidligere haft forbigående symptomer fra højre arm forenelig med forbigående arteriel insufficiens. Lægen foretog kun en utilstrækkelig objektiv undersøgelse og stillede ikke nogen diagnose. Uanset at det kunne have været vanskeligt for lægen at stille en diagnose under alle omstændigheder, burde lægen umiddelbart have henvist patienten til indlæggelse på sygehus.

Klage over knystoperation

41-årig kvinde har anlagt sag mod amtets sygehusvæsen for en utilfredsstillende storetåoperation 7 år tidligere. Hun blev på dette tidspunkt opereret for en skæv storetå (hallux valgus), men resultatet har ikke været tilfredsstillende, og der er foretaget flere operationer, sidst 5 år før klagen, hvor der blev foretaget en såkaldt Keller-operation. Patienten havde først klaget til Patientklagenævnet, som gav hende medhold. Retslægerådet fandt derimod, at indikationen havde været i orden, hvorefter klageren havde hævet sagen. Sagen er også et eksempel på langsom sagsbehandling på grund af insufficient materiale ved sagens fremsendelse til Retslægerådet (E 8624).

Sagen vedrører en stærkt overvægtig kvinde (100 kg), som allerede 34 år gammel blev opereret for en skæv storetå (hallux valgus) på højre fod med godt resultat. Året efter blev hun opereret for samme lidelse på venstre fods storetå, men tilstanden reciderede hurtigt, hvorfor hun et par år senere, 37 år gammel, blev opereret på venstre fods storetå med en såkaldt Kellers operation. Tilstanden var ikke tilfredsstillende, og der måtte endnu 2 operationer til - den sidste gjorde storetåens led stift.

Kvinden klagede til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn over behandlingen af venstre storetå, og Patientklagenævnet fandt, at lægen ved det pågældende sygehus havde overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, idet Patientklagenævnet havde lagt vægt på, at der ikke var indikation for at udføre en såkaldt Kellers operation ved indgrebet nogle år tidligere. Der var ingen oplysning i journalen om en stiv storetå, og der var ingen væsentlige gigtforandringer på røntgenbillederne. Yderligere fandt Pati-

entklagenævnet, at det nævnte indgreb bør forbeholdes ældre patienter med reduceret gangfunktion og svære gigtforandringer eller stivhed i storetåen.

Herefter anlagde patienten sag mod amtets sygehusvæsen, og den 13.05.96 fremsendtes sagen til Retslægerådet med nedennævnte 3 spørgsmål fra amtets advokat:

Spørgsmål A:

Er der holdepunkter for at fastslå, at der er udvist lægelig fejl eller forsømmelser ved udøvelsen af det skøn, som var grundlag for operationen af sagsøgeren på X sygehus den 12.03.91?

Spørgsmål B:

Er der holdepunkter for at fastslå, at der er udvist lægelige fejl eller forsømmelser under indgrebet den 12.03.91?

Spørgsmål C:

Er der holdepunkter for at fastslå, at eventuelle fejl har været årsag til skade på sagsøgeren?

I bekræftende fald hvilken?

Ved fremsendelsen var materialet insufficient, idet der overhovedet ikke var medsendt røntgenbilleder, som var optaget i forbindelse med patientbehandlingen. Retslægerådet anmodede ved skrivelse af 31.05.96 helt specifikt om, hvilke røntgenbilleder, rådet anså for nødvendige at få adgang til, idet rådet pointerede, at rådet ikke selv indhenter materiale til brug for en sådan sag. Den 26.06.96 fremsendtes noget af det rekvirerede materiale, hvorefter rådet i skrivelse af 04.07.96 på ny måtte anmode om at få tilsendt de relevante røntgenbilleder. Disse indgik til rådet den 09.08.96, det vil sige 3 måneder efter første fremsendelse til Retslægerådet. Selve sagsbehandlingen i rådet tog herefter 2 måneder, og de af sagsøgtes advokat stillede spørgsmål blev besvaret således:

Ad spørgsmål A:

Den operation, der blev foretaget på X sygehus den 12.03.91 er sædvanligvis forbeholdt patienter, som er over 40 år, og hos hvem knystlidelsen er ledsaget af stivhed i storetåens grundled eller radiologiske gigtforandringer i dette led.

I det aktuelle tilfælde, hvor der forud for indgrebet allerede var foretaget én forskydningsoperation, som ikke havde haft effekt, hvor det drejede sig om en patient med betydelig overvægt, og hvor tilstanden var præget af smerter, også ved bevægelse i storetåens grundled, anser rådet ikke, at det skøn, som førte til, at der blev foretaget en opera-

tion efter Kellers metode, kan anses for ukorrekt.

Ad spørgsmål B:

Bedømt ud fra operationsbeskrivelsen i journal fra X sygehus er operationen foretaget på korrekt måde.

Ad spørgsmål C:

Bortfalder ved besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Klageren, som havde fået bevilget fri proces, hævdede ved skrivelse af 16.12.96 sagen, som herefter var sluttet.

Kommentarer:

Sagen er et eksempel på, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Retslægerådet ikke altid behøver at være enige i de faglige vurderinger af en given sag. Begrundelsen for Patientklagenævnets vurdering var ingen stivhed i storetåsledet, ingen væsentlige gigtforandringer på røntgenbillederne samt patientens alder. Retslægerådet lagde til grund, at der allerede var foretaget én forskydningsoperation, som ikke havde haft effekt, at patienten var stærkt overvægtig og meget præget af smerter.

Sagen er endvidere et - desværre ikke sjældent - eksempel på, at materialet ofte ikke er sufficient, når det fremsendes til vurdering i Retslægerådet. Ved den aktuelle sag blev sagsbehandlingen alene forsinket 3 måneder, som gik med indhentelse af det nødvendige materiale, ligesom et sådant hændelsesforløb belaster Retslægerådets sekretariat i betydelig grad.

Lungebetændelse miskendt som blindtarmsbetændelse

37-årig kvinde hospitalsindlagt på grund af temperaturforhøjelse og smerter i højre side af maven. Hun havde dagen forinden haft lidt hoste. På mistanke om blindtarmsbetændelse eller graviditet uden på livmoderen blev der foretaget operation akut, men operationen viste ingen sygelige forandringer i bughulen. Røntgenundersøgelser af brystkassen viste senere en højresidig lungebetændelse. Tilstanden forværredes efter operationen betydeligt, og der optrådte blodforgiftning, ligesom vejrtrækningen blev udsættende. Patienten blev overført til en anden hospitaafdeling med henblik på kunstig vejrtrækning, men ved ankomsten hertil indtrådte døden. Den retslægelige obduktion viste, at dødsårsagen var lungebetændelse med deraf følgende blodforgiftning. Sundhedsstyrelsen fandt ikke, at der kunne bebrejdes de behandlende læger noget i forbindelse med behandlingen. Retslægerådet var lidt mere kritisk i sin vurdering af sagen og ved besvarelsen af konkrete spørgsmål. Ved et civilt søgsmål tilkendtes arvingerne erstatning (E 8666).

37-årig i det væsentlige tidligere rask kvinde blev indlagt af sin sædvanlige læge under mistanke om blindtarmsbetændelse eller graviditet uden på livmoderen. Kvinden oplyste ved indlæggelsen, at hun havde haft hoste i et døgn tid inden temperaturforhøjelsen og mavesmerter. På mistanke om blindtarmsbetændelse blev der foretaget akut operation uden forudgående røntgenundersøgelse af lungerne. Ved operationen blev intet abnormt imidlertid påvist. Samtidig med operationen var der påbegyndt såkaldt antibiotisk behandling (behandling med bakteriedræbende stof), og efter operationen påvistes ved røntgenundersøgelse af lungerne højresidig lungebetændelse. Tilstanden forværredes efterfølgende, idet der kom tegn på ægte

blodforgiftning samt vejrtrækningsbesvær med blåfarvning af huden. To døgn senere indledtes kunstig vejrtrækningsbehandling, og kvinden blev overflyttet til en intensiv afdeling på et nærliggende sygehus. Ved ankomsten dertil var der hjertestop, og det optrådte flere gange i de følgende timer, og døden erklæredes for indtrådt i løbet af nogle timer efter ankomsten til intensivafdelingen.

Sagen blev rejst af den afdøde kvindes mindreårige børn, og der blev især peget på, at kvinden blev opereret på en fejlagtig diagnose samt på omstændighederne i forbindelse med ambulancetransporten til det nærliggende sygehus, hvorunder der opstod forskellige tekniske problemer

med apparaturet. Der blev efterfølgende foretaget retslægelig obduktion, hvorved det konstateredes, at dødsårsagen var en meget udtalt højresidig lungebetændelse m.v., og det ansås for sandsynligt, at lungebetændelsen havde været til stede ved kvindens indlæggelse på sygehuset og formentlig givet anledning til mavesymptomerne.

Sundhedsstyrelsen havde 3 år tidligere meget omhyggeligt gennemgået sagens forløb og konkluderet, at styrelsen kunne tage forholdene til efterretning uden at udtale kritik heraf.

Sagen blev forelagt Retslægerådet ved skrivelse af 31.10.94, og Retslægerådet påbegyndte sagsbehandlingen, men materialet viste sig at være insufficient, således at Retslægerådet ved skrivelse af 06.04.95 og 08.05.95 måtte erindre spørgerne om, at det manglende materiale endnu ikke var indgået. Materialet indgik kort efter den sidste "rykkerskrivelse".

Retslægerådet besvarede i første omgang nedennævnte spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Er det en fejl, at patientens oplysning ved indlæggelsen på kirurgisk afdeling (bilag 16): "haft noget influenzalignende de sidste dage med nogen hoste også produktiv" i forbindelse med temperaturforhøjelsen ikke gav anledning til, at der blev foretaget røntgenundersøgelse af lungerne før operation blev besluttet?

Undladelse af at udføre røntgenundersøgelse af brystkassen forud for operation kan ikke betegnes som en fejl, idet

tilstanden ikke primært gav mistanke om lungebetændelse, og idet der var tale om en yngre, tidligere rask kvinde.

Spørgsmål 2:

Ville et infiltrat i lungerne på et røntgenbillede have ændret indikationen for den akutte operation og dermed have sparet patienten for operation?

Lungeforandringer i form af infiltrater på røntgenbilledet kan forekomme ved akutte sygdomstilstande i bughulen, specielt sygdomstilstande lokaliserede til øvre del af bughulen. Det kan derfor være vanskeligt at afgøre, om en patients primære lidelse er en lungelidelse, eller om lungebetændelsen er sekundær til en sygdom i bughulen. Påvisning af et infiltrat i lungerne forud for operationen ville ikke med sikkerhed have ændret indikationen for den akutte operation, idet mavesymptomer i form af smerter, opkastninger, indirekte og direkte ømhed dominerede sygdomsbilledet.

Spørgsmål 3:

Kan de stetoskopiske fund ved etableret lungebetændelse svarende til de røntgenologiske fund og den foreliggende temperaturforhøjelse ændre sig markant inden for ca. 6 timer svarende til det i journalen oplyste?

Ja. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at man ville have fundet forandringer ved lungestetoskopien før operationen, hvis man havde fokuseret mere på denne undersøgelse. Forandringerne kan imidlertid meget vel være blevet mere markante i løbet af de næste 6 timer.

Spørgsmål 4:

Er det velkendt, at man kan fejldiagnosticere lungebetændelse og tro, at det drejer sig om en akut behandlingskrævende lidelse i bughulen?

Det er kendt, at højresidig lungebetændelse, omend sjældent, kan forårsage en fejldiagnose som den aktuelle.

Spørgsmål 5:

Skønnes det operative indgreb at have forringet patientens tilstand og at have bidraget til det fatale udfald?

En diagnostisk operativ åbning af bughulen påvirker sædvanligvis ikke lungefunktionen væsentligt. Hos patienten, som havde en lungebetændelse, kan man ikke udelukke, at operationen har været medvirkende årsag til udviklingen af vejrtrækningsinsufficiens, men om den har bidraget til det fatale udfald er uafklaret.

Spørgsmål 6:

Er der grund til at antage, at patienten i forbindelse med anæstesi til den akutte operation har aspireret maveindhold til lungerne:

I bekræftende fald:

- Var dette søgt forebygget på korrekt vis?*
- Kunne denne komplikation være årsag eller medvirkende årsag til den fatale forløbende lungebetændelse efter operationen?*

Der er intet i det foreliggende materiale, der tyder på, at patienten skulle have aspireret maveindhold til lungerne i forbindelse med anæstesi.

Underspørgsmål a og b bortfalder.

Spørgsmål 7:

I journalens laboratorieskema er anført arterieblodsanalyser fra den 12/2 henholdsvis kl. 00.40 og kl. 01.15, hvor patienten trak vejret selv under tilførelse af 10 liter ilt pr. minut. Tyder resultaterne af disse (PaO₂/SaO₂ henholdsvis 4 kPa/0.48 og 4 kPa/0.58) efter Retslægerådets opfattelse på, at patientens respirationsinsufficiens var livstruende, og at kunstig ventilation (respiratorbehandling eller manuel overtryksventilation) var nødvendig?

Ja. Det er Retslægerådets opfattelse, at patientens respirationsinsufficiens var livstruende, og at intubation og kunstig ventilation var indiceret.

Spørgsmål 8:

Hvornår blev patientens egen vejrtrækning erstattet af kunstig ventilation? Blev kunstig ventilation påbegyndt på et for sent tidspunkt, og må det antages, at indledning af kunstig ventilation på et tidligere tidspunkt ville have ændret det fatale forløb?

Patientens tilstand forværredes i løbet af aftenen den 11.02. Ved midnatstid var patienten hjernepåvirket og huden blåmarmorert. Kl. 00.40 og kl. 01.15 måltes en iltmætning på henholdsvis 48% og 58%. Patientens tilstand var således efter al sandsynlighed været hypoksisk fra omkring midnat, til hun blev intuberet ca. 3 timer senere. Det er derfor Retslægerådets opfattelse, at det var et lægeligt fejlskøn, at intubation og ventilation ikke blev påbegyndt tidligere, det vil sige omkring midnat. Retslægerådet skønner også, at den vagthavende anæstesilæge burde have været tilkaldt, dels til vurdering af

patienten og dels med henblik på intubation og ventilation af patienten. Det kan imidlertid ikke afgøres med sikkerhed, om en tidligere intubation m.v. ville have ændret det ulykkelige forløb.

Spørgsmål 9:

Foreligger der før overflytningen dokumentation af, at intubation/kunstig ventilation havde bedret patientens udtalte respirationsinsufficiens (f.eks. røntgenundersøgelse eller arterieblodsanalyse)? I benægtende fald var det en fejl, såfremt man ikke inden transporten sikrede sig dette?

Nej, der foreligger ikke før overflytningen dokumentation for, at intubation/kunstig ventilation havde bedret patientens udtalte respirationsinsufficiens. Det er Retslægerådets opfattelse, at man burde have sikret sig en bedring i patientens tilstand før transporten blev påbegyndt. Som sagen foreligger beskrevet, var patienten næppe transportabel kl. 03.30 den 12.02.

Spørgsmål 10:

Var patientens tilstand på det tidspunkt, transporten fandt sted, også i respiratorisk henseende sådan, at det efter Retslægerådets opfattelse var en fejl at antage, at det var forsvarligt at indlede ambulancetransport fra A sygehus til B sygehus?

Se svar på spørgsmål 9.

Spørgsmål 11:

Under transporten skiftede den ledsagende anæsthesisygeplejerske efter kort tid respiratorbehandling til manuel ventilation, fordi "patienten trods respiratorbehandling fortsat frembød tegn på dårlig

iltmætning (cyanose)." (Sundhedsstyrelsens redegørelse, bilag 13). Var der allerede inden starten af transporten tegn på, at patienten trods intubation og kunstig ventilation fortsat havde utilstrækkelig iltoptagelse i lungerne?

Forud for intubationen betegnes patienten som cyanotisk, men der foreligger ikke oplysninger om patientens respiratoriske tilstand umiddelbart før transporten.

Spørgsmål 12:

Ændrede patientens respiratoriske tilstand sig under transporten?

Patienten beskrives som perifert cyanotisk under hele transporten. Der foreligger ikke andre oplysninger om den respiratoriske tilstand.

Spørgsmål 13:

Var den givne ventilationsbehandling korrekt udført under transporten fra A sygehus og frem til intensiv afdeling på B sygehus.

Ja. Da anæsthesisygeplejersken efter kort tids transport fortsat finder patienten cyanotisk trods respiratorbehandling, vælger hun korrekt at forsøge at bedre oxygeneringen ved hjælp af manuel ventilation.

Var det en fejl, at der ikke blev iværksat anden ventilationsbehandling end sket før eller under transporten?

Nej.

Spørgsmål 14:

Må det antages, at forværringen i patientens hjertefunktion og "hjertestop-

pet" var forårsaget af iltmangel, og kunne denne situation være undgået under transporten subsidiært være forudset før dennes begyndelse?

Det er sandsynligt, at hjertestoppet og kredsløbssvigtet var forårsaget af iltmangel. Formålet med at gøre en dårlig patient transportabel før en overflytning er blandt andet at undgå, at patienten bliver hypoksisk under transporten. Under de givne omstændigheder kunne anæsthesisygeplejersken ikke gøre mere under transporten, end hun gjorde.

Spørgsmål 15:

Var det på grundlag af sygdomsforløbet og patientens tilstand, herunder røntgenundersøgelser og arterieblodanalyser, en fejl, såfremt man ikke forudså, at livstruende respirationsinsufficiens kunne udvikles, og at respiratorbehandling kunne blive nødvendig?

Mange sygdomsforløb er uforudsigelige, akut forløbende og fulminante. Dette forløb må betegnes som helt usædvanligt, specielt hos en så ung, tidligere rask kvinde. Det er ikke en fejl, at de involverede læger ikke forudså, at patienten ville udvikle livstruende respirationsinsufficiens.

Spørgsmål 16:

Under forudsætning af, at det må lægges til grund, at A sygehus ikke havde faciliteter til respiratorbehandling, og ikke havde et anæstesilæge-beredskab uden for dagarbejdstiden, spørges: Må det betragtes som en lægelig, faglig fejl, at overflytningen af patienten til B sygehus ikke blev besluttet tidligere, end det skete?

Nej, det kan ikke betragtes som en lægelig fejl, at patienten ikke blev overført til B sygehus på et tidligere tidspunkt. Sygdomsforløbet var usædvanlig akut og fulminant. Retslægerådet betragter det imidlertid som et lægeligt fejlskøn, at der ikke tidligere blev grebet ind over for den truende respirationsinsufficiens og i forbindelse hermed overvejet 1) at tilkalde vagthavende anæstesilæge, 2) at respiratorbehandle patienten og 3) at overflytte patienten til B sygehus.

5 måneder efter afgivelsen af ovennævnte besvarelse forelagde retten Retslægerådet endnu nedenstående 2 spørgsmål:

Spørgsmål A:

Idet der henvises til Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 8 og 16, anmodes der om en præcisering af, om den omstændighed, at vagthavende anæstesilæge ikke blev tilkaldt i løbet af aftenen den 11. og natten den 12. februar må anses for et lægeligt fejlskøn eller for en lægelig, faglig fejl.

To af de voterende ønsker at besvare spørgsmålet således: Retslægerådet betragter det som et lægeligt fejlskøn, at vagthavende anæstesilæge ikke blev tilkaldt i løbet af aftenen den 11.02. og natten den 12.02.

De to øvrige voterende betragter det som en lægelig fejl, at vagthavende anæstesilæge ikke blev tilkaldt i løbet af aftenen den 11.02. og natten den 12.02.

Spørgsmål B:

Idet der henvises til Retslægerådets be-

svarelse af spørgsmål 9 anmodes der om en præcisering af, om den omstændighed, at man ikke sikrede sig en bedring af patientens tilstand inden påbegyndelse af transporten til B sygehus, må anses for et lægeligt fejlskøn eller en lægelig, faglig fejl.

Om patienten er transportabel eller ej, afhænger altid af et lægeligt skøn i den konkrete situation. På det foreliggende grundlag kan det ikke afgøres, om der foreligger et lægeligt fejlskøn ved ikke at have forsøgt at bedre patientens tilstand inden påbegyndelse af transporten til B sygehus.

Af udskrift af dombogen for den pågældende ret fremgår det, at retten har lagt særlig vægt på Retslægerådets uddybende besvarelse af spørgsmål A, hvor to af de voterende fandt at den omstændighed, at vagthavende anæstesi-læge ikke var tilkaldt måtte betragtes som et lægeligt fejlskøn, medens de to andre betragtede det som en direkte lægelig fejl. Den nu afdøde mindreårige børn fik tilsammen tilkendt en erstatning på godt 154.000 kr.

Kommentar:

Sagen er et eksempel på, at der godt kan stilles flere spørgsmål til Retslægerådet, såfremt besvarelsen af de pri-

mære spørgsmål efterlader tvivl om forståelsen hos spørgerne. Begge de supplerende spørgsmål blev stillet med henblik på uddybning af primære besvarelser, og som det ses, fik klarificeringen af besvarelsen af det ene supplerende spørgsmål en ret afgørende betydning for sagens endelige udfald. Dette til trods for at dette spørgsmål blev besvaret med dissens, idet halvdelen af de voterende mente, at der her forelå et lægefagligt fejlskøn, medens de to andre betragtede forholdet som en lægefaglig fejl. Med hensyn til betydningen af lægeligt fejlskøn og lægefejl henvises til Betænkning om Retslægerådet, (bet. nr. 1196/1990, side 137 f.). Sagen viser også, at der ikke nødvendigvis altid er enighed mellem de lægelige instanser, som vurderer en given sag. I den aktuelle sag var Retslægerådet mere kritisk end Sundhedsstyrelsen, men lejlighedsvis er forholdet det modsatte. Endelig illustrerer sagen endnu engang, at sagsbehandlingen ofte forlænges ganske urimeligt, fordi det materiale, der fremsendes til Retslægerådet med henblik på besvarelse af konkrete spørgsmål, er insufficiet, således at Retslægerådet må anmode - ofte gentagne gange - om fremsendelse af det manglende materiale.

Behandling af civile sager

Kravene til hurtig sagsbehandling hos de myndigheder, der forelægger sager for Retslægerrådet - domstolene, nævn og andre forvaltningsmyndigheder - har i de senere år været genstand for betydelig opmærksomhed. Retslægerrådets behandling af de spørgsmål, der forelægges rådet, søges fremskyndet mest muligt, da rådet er opmærksom på, at sagsbehandlingen hos de forelæggende myndigheder ofte alene afventer rådets udtalelse. Med henblik på at forkorte sagsbehandlingstiden hos rådet er det ønskeligt, at de forelæggende myndigheder medvirker hertil i forbindelse med fremsendelsen af sagerne til Retslægerrådet.

Retslægerrådets udtalelser baseres på de sagsakter, som forelægges rådet. Rådet indhenter ikke selv oplysninger til brug for sagsbehandlingen.

Såfremt Retslægerrådet imidlertid ikke finder det forelagte materiale tilstrækkeligt, opfordrer rådet den forelæggende myndighed til indhentelse af supplerende materiale. Dette sker som udgangspunkt *inden* sagens behandling påbegyndes, men undertiden også under selve sagsbehandlingen/voteringen, fordi en af de voterende læger som særlig sagkyndig gør opmærksom på, at der må indhentes noget bestemt materiale.

Spørgsmålet om indhentelse af yderligere oplysninger opstår navnlig i

de sager, der forelægges af domstolene i forbindelse med behandlingen af erstatningssager. Det materiale, der typisk foreslås fremskaffet til brug for rådet, er hospitalsjournaler, røntgenmateriale og i visse sager vævsprøver. Retslægerrådet anmoder altid om, at det supplerende materiale sendes *samlet* til rådet, men dette sker ofte ikke, eller det fremsendte materiale er ikke det udbedte.

Retslægerrådet finder i den sammenhæng anledning til at præcisere, den af rådet anvendte sprogbrug. Ved en "journal" forstår rådet den fuldstændige hospitalsjournal inklusive laboratorieskema, røntgenbeskrivelser, tilsyn fra andre afdelinger, elektrokardiogram, kurver m.v. vedrørende den sagen omhandler. Rådet kan anvende betegnelsen "den kirurgiske", "den medicinske", "den psykiatriske" m.v. journal i de situationer, hvor patienten er eller må antages at have været indlagt på flere af et hospitals afdelinger, men rådet ønsker alene at få tilsendt journalen fra den specielt anførte afdeling. Ved skadejournal (eller "skadeseddel") forstås den meddelelse, ofte i form af en fortrykt blanket, der udfyldes på skadestuen, som en patient medgives efter et skadestuebesøg. Rådet vil særskilt anføre, hvorvidt røntgenbilleder, mikroskopiske præparater, originalmateriale fra klinisk-fysiologiske undersøgelser og andet, der normalt ikke indgår i, det vil sige er vedlagt journalen, ønskes

medsendt. Rådet vil ligeledes specielt anføre, hvorvidt sygeplejeske-kardex ønskes medsendt. Retslægerådet finder anledning til specielt at fremhæve, at en epikrise (også benævnt lægebrev, udskrivningsbrev eller udskrivningskort), som er et kortfattet resume af en patients indlæggelse med angivelse af diagnose(r) og behandling, ikke kan erstatte en hospitalsjournal.

Materialet kommer jævnligt "drypvis" uden oplysning om, at det materiale, der ikke er medsendt kommer senere eller ikke kan fremskaffes, hvilket giver anledning til unødvendige ekspeditioner fra rådets side. Undertiden fremsendes en del af materialet direkte fra hospitalet, hvilket for så vidt kunne være tidsbesparende, men det medfører ofte, at den part, der skal fremskaffe materialet, ikke er bekendt med, hvad der er fremsendt til rådet og derfor retter henvendelse til rådet og forespørger, hvad rådet har modtaget. Fremsendelser af supplerende materiale på denne måde er klart uhensigtsmæssig for rådet - og de øvrige implicerede.

Retslægerådet har i 1996 behandlet 354 erstatningssager. I 26 % af disse sager har Retslægerådet måttet indhente supplerende materiale. Dette har gennemsnitligt medført en øget sagsbehandlingstid på 66 dage.

De stillede spørgsmåls karakter og omfang har tillige indflydelse på rådets sagsbehandlingstid. De spørgsmål, der stilles til rådet, må være konkrete, klare, neutrale, relevante

og omfattet af Retslægerådets kompetence, således som den er fastlagt i lov om Retslægerådet § 1, for at rådet kan besvare dem. Det falder uden for Retslægerådets opgave at besvare spørgsmål som for eksempel generelt at beskrive en nærmere angiven sygdoms symptomer, udvikling m.m., eller spørgsmål hvor rådet anmodes om at redegøre for relevant faglitteratur eller fremkomme med en vurdering heraf.

Det er rådets erfaring, at der ofte i disse tilfælde efterfølgende formuleres konkrete spørgsmål, som rådet kan besvare. Den uhensigtsmæssige formulering af spørgsmål afstedkommer dermed en unødvendig forsinkelse af sagen.

Om formulering af spørgsmål til Retslægerådet henvises i øvrigt til Betænkning om Retslægerådet - betænkning nr. 1196 fra 1990, side 131ff.

Til illustration heraf henvises til den i denne årsberetning, side 45f. (sukkersygesagen), omtalte sag.

Som eksempler på spørgsmål, som Retslægerådet *ikke* besvarer, fordi disse er hypotetiske eller helt generelle og derfor kan besvares ved opslag i gængse lærebøger, kan anføres følgende:

Hyppigheden af diskusprolaps i Danmark?

Årsager til diskusprolaps?

Hyppigheden af komplikationer

ved operation for diskusprolaps?

Var sagsøgers ryglidelse årsag til sygemeldingerne?

Hvorledes ville sagsøgers ryglidelse have udviklet sig, hvis den aktuelle arbejdsskade ikke var sket?

Mavesår. Sygdommen bedes beskrevet generelt.

Hvordan behandles mavesår?

Hvorledes er prognosen?

De spørgsmål, der stilles til rådet, må som anført være helt konkrete og nøje specificerede enkeltspørgsmål. Spørgsmål, der tager sigte mod en generel bedømmelse af udtalelser fra andre myndigheder, kan derfor ikke forventes besvaret. Spørgsmål, hvor Retslægerådet anmodes om at gennemgå en journal med henblik på at udtale sig om kvaliteten af et behandlingsforløb, er ligeledes ikke tilstrækkelig konkrete. Spørgsmål, der henviser til det fremlagte bilagsmateriale, er ofte for upræcise. De faktuelle forhold, som Retslægerådet må lægge til grund for sin besvarelse, bør derfor fremgår af selve spørgsmålet.

Det ville i mange sager - vel næsten alle - være formålstjenligt, hvis rækken af spørgsmål afsluttedes med et spørgsmål af følgende ordlyd: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?". Herved vil Retslægerådet få lejlighed til at kommentere andre væsentlige forhold i den aktuelle sag, som ikke berøres af de øvrige spørgsmål.

Parterne fremsender ofte under en sags behandling uopfordret lægeerklæringer med oplysninger om den aktuelle status uden om retten. Retslægerådet kan imidlertid ikke medinddrage disse, før rettens godkendelse foreligger.

Når Retslægerådet afgiver sin udtalelse, anmodes der altid om underretning om sagens endelige udfald. Rådet ønsker til eksempel i sager, der behandles ved domstolene, at retten fremsender udskrift af den afsagte dom eller forlig. Denne opfordring imødekommes desværre ikke altid. Rådet finder anledning til at understrege, at det har stor betydning for de voterende at vide, hvorledes rådets udtalelse er anvendt, ligesom sagernes afgørelse har stor betydning for udarbejdelse af rådets årsberetning.

Tilstand ligestillet med sindssygdom på grund af sukkersyge? - Retslægerådets funktion og fremmøde i retten

T var en 21-årig mand, der var sigtet for manddrab, begået i beruset tilstand. Han havde sukkersyge og betydningen heraf, i kombination med hans alkoholpåvirkning på gerningstidspunktet, blev et centralt tema under Retslægerådets behandling af sagen. Sagen indeholder ligeledes en stillingtagen til spørgsmålet om at føre sagkyndige vidner til belysning af generelle lægelige spørgsmål samt til afhøring af en repræsentant fra Retslægerådet, der havde deltaget i behandlingen i rådet. T's forsvarer ønskede at føre en sukkersygeekspert, uafhængig af Retslægerådet, som vidne under sagens behandling, subsidiært at der blev givet tilladelse til vidneafhøring af en af de læger, der havde voteret under Retslægerådets behandling af sagen. Højesteret tiltrådte Vestre Landsrets kendelse, hvorefter forsvarerens begæring blev afvist (A 35153 og E 8555).

T var en 21-årig lærling, der var sigtet for manddrab. Han blev mentalundersøgt under indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling. Speciallæge i psykiatri, A, afgav erklæring. Af denne fremgår blandt andet, at T var opvokset som den ældste af fire søskende under velordnede sociale forhold i en mindre provinsby. Forældrene blev skilt, da han var cirka 10 år gammel, men de fandt igen sammen og giftede sig på ny et årstid efter. Efter 9. klasses afgangseksamen tog T første del af EFG-handel og kontor og fortsatte på handelsskole, hvor han gennemførte en to-årig højere handelseksamen med henblik på en bankuddannelse. Han havde fået stilling, men han nåede ikke at tiltræde, før han blev afskediget på grund af en voldsdom. Han påbegyndte umiddelbart efter EFG-jern og metal, specialiserede sig i en el-

uddannelse, og kom efterfølgende i lære hos en lokal elektriker, hvor han var ansat på gerningstidspunktet.

T havde været flittig og veltilpasset i folkeskolen, men han forsøgte meget, da han gik på handelsskolen, fordi han var begyndt at tilbringe mange aftener og hele nætter på værtshuse og diskoteker med et ledsagende stort alkoholforbrug. T har benægtet misbrug af euforiserende stoffer, bortset fra et kortvarigt Amfetaminmisbrug. Cirka en måneds tid før den afsluttende eksamen på handelsskolen blev forældrene, som han boede hos, ved et tilfælde orienteret om, at T på grund af forsømler formentlig ikke ville bestå eksamen. Moderen tog så fri fra sit arbejde for at læse med T, som dog ikke var særlig motiveret, men han klarede sig fagligt, om end han var

utilfreds med, at han ikke kunne være sammen med sine kammerater, og han stak af, hvis han kunne se sit snit til det. Hans adfærd med at udeblive fortsatte, da han blev elektrikerlærling, og efter flere samtaler med mester fik T to skriftlige advarsler.

T afsonede 30 dages hæfte for vold efter handelsskoleeksamen. Han tilpassede sig afsoningen, og efterfølgende ønskede han at bo for sig selv, hvorefter forældrene hjalp ham til at få egen bolig. Han havde haft flere veninder, men han havde ikke været egentlig samlevende. Han havde mange kammerater, hvoraf de fleste var kriminelle, men han mente ikke selv, at han havde egentlige venner.

T begyndte allerede i 8.-9. klasse at gå på diskotek, hvilket tiltog kraftigt, da han gik andet år på handelsskole. Når hans ringe fremmøde blev påtalt, kunne han føle sig meget ked af det, nærmest syg, hvilket førte til flere udeblivelser. Det samme mønster gentog sig i lærepladsen, hvor han kunne føle sig ydmyget, når hans fravær blev påtalt, ligesom han følte det som en mistænkeliggørelse, at mester holdt øje med hans arbejde. Ved mentalundersøgelsen gav T udtryk for, at han godt kunne se, at hans reaktioner havde været forkerte. T gik på jagt med faderen, hjalp til i haven og tog altid på ferie med familien, samtidig med at han sammen med kammeraterne gik på diskoteker, hvor han følte sig tiltrukket af det spændende miljø. Han oplevede, at de var i centrum, og at andre så op til dem. For spændingens skyld be-

gyndte de så at stjæle biler m.v., men T ophørte hermed efter at være blevet anholdt, om end han fortsatte samværet med kammeraterne. T havde undertiden været involveret i slagsmål, idet han følte sig forpligtiget til at hjælpe sine kammerater, når de var i vanskeligheder, men han mente ikke, han var voldelig. Dommen for vold forklarede han med, at en kammerat havde forvoldt skade på T's moders bil. Kammeraten havde lovet at betale for skaden, hvilket han imidlertid ikke gjorde, hvorefter T opsøgte kammeraten og slog ham.

T forklarede ved undersøgelsen, hvordan han på den ene side ønskede at gøre forældrene tilpas og leve op til deres forventninger, på den anden side følte sig voldsomt tiltrukket af samværet med kammeraterne med alt, hvad det indebar. Han forsøgte flere gange at tage sig sammen og passe sin uddannelse m.v., for eksempel efter at han havde afsonet, men efter kort tid faldt han tilbage til det gamle mønster.

Cirka et år før aktuelle sag havde T fået konstateret sukkersyge. T's læge havde tilrådet indlæggelse med henblik på regulering af sukkersygen, men dette havde T ikke ønsket, da han netop havde fået læreplads. T blev så sat i behandling hos den praktiserende læge, som fulgte behandlingen tæt i begyndelsen med kontrol to gange dagligt. T selv angav, at han blev meget ked af det, da han fik konstateret sukkersyge, og han besluttede at lægge sit liv om og blandt andet ophøre med at drikke. Men igen genoptog han hurtigt sit

tidligere mønster, ligesom han i tiltagende grad blev lemfældig med at overholde diæt m.v. Under indlæg-gelsen til mentalundersøgelse var T's sukkersyge velreguleret.

T var sigtet for manddrab. Han havde været på arbejde til kl. 15.00, herefter var han til kontrol hos sin læge; efterfølgende mødte han en kammerat R, de gik på værtshus, hvor de drak seks-otte øl. De tog videre, mødte flere kammerater, og gruppen endte i T's lejlighed, hvor de drak øl. En anden gruppe var samlet i en nærliggende lejlighed, og blandt dem var en yngre mand, H, som angav, at R skyldte ham penge, måske en narkogæld. Da der ikke var flere øl, forlod T og R som de sidste lejligheden for at fortsætte på et diskotek. Da de gik, blev R overfaldet og væltet omkuld af H. T kunne ret detaljeret forklare om hændelsesforløbet, herunder hvordan han gik tilbage til lejligheden og tog en kniv for at kunne forsvare sig. Da han kom ud, blev han efter egne oplysninger angrebet af H, og i panik stak T herefter H adskillige gange med kniven, indtil denne knækkede. Han gik så sin vej, tog på restaurant, hvor han indtog øl, spiritus og Amfetamin, hvorefter han tog hen til en veninde. Han blev anholdt cirka seks timer senere. T angav, at hændelsesforløbet, fra han forlod gerningsstedet, til han blev anholdt, stod tåget for ham. Han nægtede sig skyldig i manddrab, men erkendte at have udøvet vold.

Ved mentalundersøgelsen, der inkluderede en psykologisk undersø-

gelse, hvor det blandt andet nævnes, at T kunne have "vanskeligheder i realitetstestningen", fandtes T personlighedsmæssigt i betydelig grad afvigende. Erklæringen konkluderede: "T er ikke sindssyg og kan ikke antages at have været det på tidspunktet for den påsigtede handling. T er normalt begavet. T var på tidspunktet for den nu påsigtede handling under indflydelse af betydelige mængder alkohol, men der er intet, der tyder på en patologisk rustilstand. Personlighedsmæssigt er T umoden, han er ekstremt selvvisker, tilbøjelig til at opleve sig mindreværdig, ydmyget på meget lille foranledning i forbindelse med hvilket, han oplever rastløshed, indre uro, tristhed og irritabilitet. Denne tilstand er meget ubehagelig for ham, og han synes at være i stand til at gøre hvad som helst for at flygte fra den uden tanke for konsekvensen af sine handlinger. Han synes at have et udtalt behov for at være en del af en gruppe, helst i centrum det meste af tiden, følelsen af at være uden for eller i periferien er ubærlig for ham. På grund heraf synes han ukritisk at knytte sig til og tilpasse sig de mennesker, han er iblandt, konsekvenserne heraf er af ringe betydning for ham i forhold til risikoen for at skulle opleve det ubehag, det ville medføre at være udenfor.

I forbindelse med observationen har T opnået en vis indsigt i egne psykiske vanskeligheder. Han erkender, at risikoen for svært misbrug og ny kriminalitet er overvældende, og at han skal ændre sin levevis. Samtidig er hans evne til at udholde psykisk

ubehag umådelig ringe, ligesom han ikke synes at forstå, at en eventuel forandring vil kræve en udholdenhed og en aktiv indsats fra hans side.

På baggrund af T's personlighedsstruktur og hans diffuse behov for tæthed/nærhed og optagethed af eget selvbillede vurderes, at han kan være særdeles sårbar for manipulation fra andre og forsøge at tilpasse sig mere afvigende adfærdsmønstre under givne betingelser.

T findes omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Ifald han kendes skyldig, kan ikke anbefales foranstaltning i henhold til samme lovs § 68 som mere formålstjenlig end straf. På grund af T's personlighedsstruktur og den deraf følgende risiko for udvikling i negativ retning skal anbefales, at en eventuel afsoning indledes i Anstalten ved Herstedvester med henblik på at bremse en sådan udvikling, udnytte den evne for selvindsigt og refleksion, han er i besiddelse af med henblik på at støtte ham i mere positiv udvikling, som, hvis alt går vel, kunne føre til en senere alternativ afsoning og mulighed for resocialisering i forbindelse hermed.

Som anført må T vurderes at udgøre en betydelig fare for retssikkerheden, men den synes ikke at være af en sådan art, at forvaring efter straffelovens § 70 findes nødvendig".

Retslægerådet fandt det ikke muligt at afgive udtalelse på det foreliggende grundlag, dels var der usikkerhed om den psykiatriske diagnose, dels manglede der en nærmere gennem-

gang af sukkersygens eventuelle betydning for T's tilstand på gerningstidspunktet. Rådet anmodede om en supplerende erklæring, der belyste disse spørgsmål; speciallæge A afgav en sådan erklæring, hvor det, hvad angår den psykiatriske diagnose, blandt andet er anført: "Diagnostisk må T placeres under diagnosen: Emotional ustabil personlighedsstruktur af borderlinetype, idet han er præget af manglende ansvarsfølelse, manglende evne til at føle skyld, bortforklarings- og udadprojektionstendens, tendens til at handle impulsivt og uoverlagt, affektilabilitet, manglende udholdenhed, forstyrret usikker identitetsfølelse, tendens til intense og ustabile forhold til andre, udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene. Han frembyder ikke symptomer på sindssygdom".

Om sukkersygen hedder det: "T har insulinkrævende sukkersyge. Under indlæggelsen her er der kontrolleret blodsukker 3 gange daglig gennem flere uger, ligesom han gentagne gange har været tilset af speciallæge i intern medicin, som konkluderer, at sukkersygen er velreguleret på den givne insulin, ifald T overholder diæt. Såvel før som under indlæggelsen har T i perioder undladt at spise/spist som det passede ham uden hensyntagen til diæten. I forbindelse hermed har der været mindre svingninger i blodsukkeret. T har ikke på noget tidspunkt i forbindelse med sådanne svingninger været psykisk ændret. T's sukkersyge kan derfor ikke antages at have indflydelse på den psykiske tilstand og synes ej

heller at have haft det på tidspunktet for de påsigtede handlinger.

T var på tidspunktet for de påsigtede handlinger under indflydelse af alkohol, han var beruset, men beskriver sig selv som fuldt bevidst og orienteret i forbindelse hermed. Det er muligt, at han på grund af sukkersygen og dårlig regulering heraf er blevet mere beruset end vanligt af det kvantum, han havde indtaget, men han kan gengive hændelsesforløbet i kronologisk rækkefølge, og nogle af sine tanker i forbindelse hermed. Der er intet i beskrivelserne, der tyder på akut sindssygdom eller en tilstand, der kan ligestilles hermed. Hans tankegang synes ikke på det tidspunkt at have været afvigende i forhold til habitualtilstanden, som vi har observeret den under indlæggelsen her".

Retslægerådet fandt fortsat ikke, at sukkersygens eventuelle betydning for T's tilstand på gerningstidspunktet var tilstrækkelig belyst, hvorved blandt andet bemærkes, at det forhold, at T ikke har været psykisk ændret ved andre lejligheder, når hans sukkersyge ikke havde været velreguleret, selvsagt intet siger om hans tilstand på gerningstidspunktet. Rådet anmodede derfor om at få tilsendt resultater af lægelige undersøgelser foretaget i relation til T's anholdelse og efterfølgende varetægtsfængsling samt sagens akter. Heraf fremgik blandt andet, at T ved lægeundersøgelsen få timer efter anholdelsen fandtes psykisk upåfaldende.

Retslægerådet behandlede herefter

sagen med deltagelse af psykiatere og en sagkyndig i sukkersyge og afgav følgende udtalelse: "På grundlag af mentalerklæring af 24.02.95 samt udtalelse af 16.03.95 og 18.04.95 fra speciallæge X, retspsykiatrisk afdeling, og øvrige for rådet foreliggende akter, skal Retslægerådet om T udtale, at han ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunktet for det påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Personlighedsmæssigt beskrives han som afvigende, blandt andet selvcentreret, umoden og kortsynet, hertil overfladisk, præget af mangelfuld evne til indlevelse i andre menneskers følelser og behov samt af tendens til at forbise egne vanskeligheder eller problemer. Hertil beskrives de psykiske delfunktioner som dårligt integrerede, således at hans identitetsfølelse er usikker. Han har haft et overforbrug af alkohol, og han var påvirket heraf på tidspunktet for det påsigtede forhold, men der er ingen holdepunkter for at antage, at abnorm rustilstand har foreligget. Han lider af sukkersyge; om end hans sukkersyge kan have været mindre godt eller endog dårligt reguleret på tidspunktet for det påsigtede forhold, kan det ikke antages, at han på dette tidspunkt befandt sig i en af sukkersyge betinget psykisk abnorm tilstand, ligestillet med sindssygdom, hvorved blandt andet skal bemærkes, at en sådan tilstand karakteriseres ved manglende hukommelse for hændelsesforløbet ("amnesi") samt en rodende, usamlet adfærd, og at tilstanden typisk er af en sådan karakter, at umiddelbar lægebehandling er påkrævet.

T findes herefter omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men Retslægerådet kan ikke, såfremt han findes skyldig, anbefale foranstaltninger jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf. Han kan efter Retslægerådets opfattelse ikke antages at frembyde en sådan fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring er påkrævet. I forbindelse med eventuel betinget dom, kombinationsdom eller prøveløsladelse tilrådes tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om lægelig ledet behandling mod misbrug af alkohol og euforiserende stoffer".

Sagen blev genfremsendt, idet T's forsvarer havde stillet en række supplerende spørgsmål og anmodet om, at T's indtagelse af mad og insulin det sidste døgn før gerningstidspunktet blev nærmere belyst. I skrivelsen fra forsvareren er blandt andet anført, at der forventes ..."en fyldestgørende redegørelse for ovennævnte forhold. Forekommer en sådan redegørelse imidlertid ikke, må jeg stadig forbeholde at inddrage anden ekspertise i sagen". Sagen blev igen behandlet med deltagelse af psykiatere og en sagkyndig i sukkersyge, og rådet besvarede de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Kan sigtede på tidspunktet for den påsigtede handling være påvirket af for lavt blodsukker?

Retslægerådet finder det usandsynligt, at T på tidspunktet for det påsigtede forhold har været påvirket af for lavt

blodsukker i en sådan grad, at det har præget hans psykiske funktioner. Rådet skal herved bemærke, at det fremgår, at T var alkoholpåvirket på tidspunktet for det påsigtede forhold (ved blodprøve udtaget ca. fem timer efter anholdelsen og ca. 12 timer efter det påsigtede forhold fandtes en blodalkoholkoncentration på 1,44 promille), og at alkoholpåvirkning øger risikoen for udvikling af for lavt blodsukker (hypoglykæmi), fordi leveren i denne situation ikke kan kompensere for det faldende blodsukker i tilpas hurtig takt. Efter de foreliggende oplysninger fremtrådte T efter det påsigtede forhold ikke præget af for lavt blodsukker, og Retslægerådet vil finde det usandsynligt, at hans blodsukker uden ekstra fødeindtagelse skulle kunne have løftet sig fra lave til normale værdier efter det påsigtede forhold, idet alkoholpåvirkning som anført nedsætter leverens evne til at kompensere for et faldende blodsukker (fordi alkoholpåvirkningen blokerer for leverens kompensationsmulighed). Endelig fremgår det af supplerende afhøring af T den 15.08.95, at han generelt har taget meget lidt insulin den pågældende dag. Selv om han også har spist temmelig lidt, vil denne markante underdosering af insulin generelt føre til høje blodsukkerværdier - også i en fastesituation.

Spørgsmål 2:

Kan sukkersygen ved for lavt blodsukker have påvirket sigtedes dømmekraft for den påsigtede handling?

Retslægerådet vil finde det usandsynligt, at et for lavt blodsukker har påvirket T's dømmekraft, idet han i

afhøringer har gjort udmærket rede for alle forhold op til selve hændelsen og ligeledes udmærket redegjort for timerne efter. Retslægerådet vil finde det usandsynligt, at et hypoglykæmitilfælde har været symptomgivende alene i perioden for det påsigtede forhold. Der henvises endvidere til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 3:

Kan sukkersygen ved for lavt blodsukker have bevirket øget aggression hos den sigtede på tidspunktet for den påsigtede handling?

Retslægerådet vil finde det usandsynligt, at et for lavt blodsukker har bevirket en øget tendens til aggressiv adfærd hos T, jf. besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Såfremt ovenstående spørgsmål besvares bekræftende anmodes om en beskrivelse af, på hvilken måde og i hvilket omfang sukkersygen kan have påvirket dømmekraft og eventuel aggression?

Bortfalder.

Spørgsmål 5:

Det bedes endvidere oplyst, om sigtede på tidspunktet for den påsigtede handling har kunnet føle en påvirkning af sukkersygen ved for lavt blodsukker?

Retslægerådet finder det som anført usandsynligt, at T på tidspunktet for det påsigtede forhold havde for lavt blodsukker.

Spørgsmål 6:

Kan en eventuel manglende erkendelse af

en påvirkning af sukkersygen ved for lavt blodsukker være påvirket af stress og/eller alkoholindtagelse?

Svær alkoholpåvirkning, men næppe almindelig beruselse eller "stress", vil hos personer, der normalt ikke indtager alkohol, kunne medføre, at symptomer på for lavt blodsukker af en sådan sværhedsgrad, at de er af betydning for en persons helbreds-tilstand og adfærd, ikke erkendes.

Spørgsmål 7:

Har Retslægerådet i øvrigt noget at bemærke i sagen?

Retslægerådet har i øvrigt ikke bemærkninger til sagen.

Af retsbogen fra Vestre Landsret fremgår, at forsvareren, cirka 14 dage efter at Retslægerådet havde afgivet ovennævnte udtalelse, tilkendegav, at han under domsforhandlingen ønskede at føre en læge med særlig indsigt i sukkersyge som sagkyndigt vidne, idet tiltalte under domsforhandlingen ville gøre gældende, at han som følge af sukkersyge var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Lægen, som ikke skulle have tilknytning til Retslægerådet, ville forsvareren selv udpege, subsidiært ville han være indforstået med, at landsretten via Sundhedsstyrelsen udpegede en sådan sagkyndig læge. Anklageren protesterede mod forsvarerens anmodning, og landsretten tog anklagemyndighedens protest til følge blandt andet med den begrundelse, at særlig sagkyndig i sukkersyge havde deltaget i sagens behandling i Retslægerådet. Forsvare-

ren appellerede til Højesteret, der afsagde følgende kendelse (et habilitetsspørgsmål er udeladt): "Den påkærede kendelse er afsagt af Vestre Landsret den 26. oktober 1995 og indbragt for Højesteret af advokat A som beskikket forsvarer for T principalt med påstand om, at der gives tilladelse til vidneførsel af professor X eller af et andet af retten udpeget særlig sagkyndigt vidne til belysning af den nærmere beskaffenhed af symptomatologien af diabetes, herunder hypoglykæmi, subsidiært at der gives tilladelse til vidneafhøring af et af de i sagen voterende medlemmer af Retslægerådet til nærmere uddybning af Retslægerådets svar i sagen og til besvarelse af spørgsmål omkring symptomatologien af diabetes, herunder hypoglykæmi. Anklagemyndigheden har nedlagt påstand om stadfæstelse, subsidiært om at alene overlæge V, der har deltaget i Retslægerådets behandling af sagen, føres som vidne...". Højesteret stadfæstede landsrettens kendelse med følgende begrundelse: "...Højesteret finder ikke grundlag for at tage den af den beskikkede forsvarer nedlagte principale påstand til følge, hvorved bemærkes, at forsvareren efter loven om Retslægerådet og den i tilknytning hertil udviklede retspraksis må være henvist til gennem skriftlige spørgsmål til Retslægerådet at søge det i påstand 1 rejste spørgsmål skriftligt besvaret. Højesteret finder ikke, at der i det oplyste er tilstrækkeligt grundlag for undtagelsesvis at give tilladelse til, at en repræsentant for Retslægerådet afhøres som vidne. Højesteret stadfæster derfor kendelsen. Thi bestemmes: Vestre Lands-

rets kendelse stadfæstes".

Godt fire uger efter Højesterets kendelse forelå, blev Retslægerådet anmodet om at besvare yderligere en række spørgsmål udarbejdet af forsvareren. Ved fremsendelsen anmodede anklagemyndigheden om, at besvarelsen blev fremskyndet med henvisning til, at T nu havde siddet varetægtsfængslet i cirka halvandet år. De fremsendte spørgsmål - i alt 33 med en lang række underspørgsmål - omhandlede alene sukkersyge og blev derfor besvaret af sagkyndige i diabetes uden deltagelse af psykiatere. En række af de stillede spørgsmål var af generel karakter, som rådet afstod fra at besvare, idet det indledningsvist i besvarelsen blev anført, at rådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn om enkeltpersoners retsforhold, ikke at besvare generelle spørgsmål, som er tilgængelige i den medicinske faglitteratur (se nærmere s. 43 ff. i denne årsberetning). Besvarelsen af de mange spørgsmål mundede ud i, at Retslægerådet fastholdt sin opfattelse af, at rådet fandt ... "det usandsynligt, at T på tidspunktet for det påsigtede forhold har været påvirket af for lavt blodsukker i en sådan grad, at det har præget hans psykiske funktioner". De mange spørgsmål og svar er udeladt her, idet dette materiale hverken er omtalt i retsbogen eller dommen, og det er således usikkert, om dette materiale har været dokumenteret under retssagen. T blev ved Vestre Landsrets nævningeting fundet skyldig i overtrædelsen af straffelovens § 246, jf. § 245, stk. 1 - legemsangreb af særlig

farlig karakter og med så alvorlige følger, at der foreligger særdeles skærpende omstændigheder - og idømt fængsel i fem år. Spørgsmålet, om han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, ses ikke rejst under sagen.

Kommentar:

De med sindssygdom "ligestillede" tilstande, nævnt i straffelovens § 16, stk. 1, omhandler blandt andet forbigående psykiske abnormtilstande udløst af legemlige sygdomme (se også årsberetning 1988, s. 100ff, 1989, s. 100ff og 1994, s. 73ff); blandt de tilstande, der traditionelt nævnes - men sjældent ses - er lavt blodsukker (hypoglykæmi) hos sukkersygepatienter, idet hypoglykæmi kan medføre forvirringstilstande med ledsagende hukommelsestab (amnesi). Det var derfor naturligt, at Retslægerådet fra starten var opmærksom på dette spørgsmål og anmodede om yderligere materiale for bedst muligt at kunne belyse, om T på gernings-tidspunktet havde befundet sig i en sådan "ligestillet" tilstand. Hertil kom, at der var usikkerhed om T's habituelle psykiske tilstand, idet der i beskrivelsen af ham var anvendt udtryk - f.eks. "vanskeligheder i realitetstestningen" - der almindeligvis karakteriserer psykotiske tilstande. Det skal indskydes, at rådet i 15-20 procent af de psykiatriske sager indhenter supplerende oplysninger, hvilket kan siges at illustrere en af rådets væsentlige funktioner - at sikre, at en (rets)psykiatrisk undersøgelse er gennemført grundigt og i overensstemmelse med god psykiatrisk standard (årsberetningen 1994,

s. 61ff og 65ff indeholder en nærmere drøftelse af dette spørgsmål). Det var også naturligt, at rådet fra starten inddrog særlig sagkyndig i diabetes - og ikke alene psykiatere - i behandlingen af sagen, hvilket illustrerer en anden af rådets væsentlige funktioner - at inddrage sagkyndige fra forskellige lægelige specialer i behandlingen af en sag og samarbejde de forskellige faglige indfaldsvinkler, således at sagen bliver bedst muligt lægefagligt belyst. Såvel landsretten som Højesteret lagde ved sine afgørelser da også vægt på, at sagkyndig i diabetes havde deltaget i Retslægerådets behandling af sagen.

Retslægerådets fremmøde i retten er omtalt i Betænkning om Retslægerådet (bet. nr. 1196/1990, s. 91ff) og i tidligere årsberetninger (1988, s. 31ff og 1992, s. 21ff). Rådet har de seneste år givet fremmøde i retten 5-10 gange pr. år, og med Højesterets bemærkning om, at ... "der i det oplyste (ikke) er tilstrækkeligt grundlag for *undtagelsesvis* (rådets fremhævelse) at give tilladelse til, at en repræsentant for Retslægerådet afhøres som vidne", må det antages, at dette antal i hvert fald ikke stiger.

Den skriftlige sagsbehandling er altså den absolutte hovedregel. Retslægerådet anerkender naturligvis fuldt ud, at sagens parter kan have behov for en så grundig belysning som muligt. De syv spørgsmål kan således ses som et eksempel på, at en af sagens parter ønsker mere præcist og konkret at få belyst præmisserne for rådets udtalelse om betydningen af T's sukkersyge. (Et andet eksempel

er E 8666, side 35 i denne årsberetning). Rådet skal imidlertid samtidig påpege, at des flere spørgsmål, der stilles, des længere sagsbehandlingstid. I den konkrete sag blev rådet ved skrivelse af 22.03.95 første gang anmodet om en udtalelse, 10.04.95 anmodede rådet om supplerende oplysninger; disse oplysninger blev modtaget 03.05.95, hvorefter rådet ved fax-skrivelse af 08.05.95 anmodede om yderligere supplerende materiale, dette modtog rådet 10.05.95. Herefter afgav rådet udtalelse 23.06.95. Den samlede sagsbehandlingstid blev således tre måneder, hvilket var begrundet i, at rådet fandt det nødvendigt at indhente supplerende og uddybende oplysninger, således at der forelå tilstrækkelige præmisser til, at Retslægerådet kunne afgive en dækkende lægefaglig vurdering. Rådet modtog igen sagen 24.08.95 med anmodning om at besvare de syv spørgsmål fra advokaten. Anklagemyndigheden an-

modede om, at sagen blev fremskyndet, idet den var sendt til Vestre Landsret med henblik på berømmelse. Retslægerådets udtalelse blev afsendt 10.10.95. Cirka syv uger er næppe nogen særlig lang sagsbehandlingstid, når henses til, at sagen blev behandlet af en sagkyndig i diabetes og af tre af rådets psykiatere. 05.02.96 blev rådet så anmodet om at besvare de 33 spørgsmål med masser af underspørgsmål, henvisninger til politirapporter, retsbogsudskrifter m.v. Som anført havde T på dette tidspunkt siddet varetægtsfængslet i cirka halvandet år, og sagen var berømmet til midt i februar; landsretten fandt det (med god grund) udelukket, at Retslægerådets svar kunne foreligge til 14.02.96, og berømmelsen blev udskudt til slutningen af maj måned. Rådets udtalelse blev afsendt 15.05.95. At den så måske slet ikke blev anvendt under domsforhandlingen er en anden sag.

Münchhausen by proxy

En yngre gift kvinde fødte sit tredje barn. Barnet trivedes ikke og blev derfor sammen med moderen indlagt på en børneafdeling, som stillede diagnosen Münchhausen by proxy. På grundlag af denne diagnose blev alle tre børn fjernet fra hjemmet af de sociale myndigheder. Ved en efterfølgende forældremyndighedssag blev Retslægerådet anmodet om at tage stilling til diagnosen. Rådet fandt, at moderen ikke havde været i stand til at drage tilstrækkelig omsorg for det nyfødte barn, men kunne ikke tiltræde diagnosen Münchhausen by proxy. Under en efterfølgende sag om ærekrænkelse besvarede rådet en række spørgsmål om Münchhausen by proxy, (kun den del af sagen, der vedkommer denne diagnose er medtaget). (E 8599).

I en ankesag om forældremyndighed anmodede Vestre Landsret Retslægerådet om at besvare følgende spørgsmål: "Retslægerådet bedes efter gennemgang af sygehusets journaler og de foreliggende erklæringer udtale sig om, hvorvidt det må antages, at A lider af sygdommen Münchhausen by proxy". Sagen var blandt andet vedlagt hospitalsjournal vedrørende A's yngste barns (B's) indlæggelse på en børneafdeling, erklæringer fra afdelingens overlæge og chefpsykologen på hospitalets børnepsykiatriske afdeling til den stedlige socialforvaltning samt nogle af A indhentede erklæringer. Under rådets behandling af sagen blev der fremsendt yderligere materiale.

Samlet fremgår, at A var opvokset hos samlevende forældre i en søskendeflok på fire under gode sociale og følelsesmæssige forhold. Hun havde været fysisk og psykisk rask samt socialt velfungerende. Hun havde aldrig misbrugt alkohol eller euforiserende stoffer. Da hun var 21

år gammel, fødte hun sit første barn (et særbarn). Efterfølgende etablerede hun et samlivsforhold, fødte sit andet barn 24 år gammel, og det tredje, en dreng (B), da hun var 25 år. Det ældste barn havde frembudt visse problemer, men efterfølgende blev der konstateret hørenedsættelse i en grad, som nødvendiggjorde høreapparat, formentlig på grund af gentagne betændelsestilstande i de øvre luftveje, polypper m.v. Det mellemste barn var upåfaldende (om end i en periode forståeligt i nogen grad præget af hele sagen). B blev født for tidligt, var slapt og uudviklet, fik gulsot og blev sammen med A indlagt på børneafdeling 5 dage gammelt. Denne første indlæggelse var af godt en måneds varighed, og barnet blev undersøgt for en lang række mulige legemlige sygdomme, uden at noget abnormt blev påvist. En måned efter at være blevet udskrevet blev B, igen sammen med A, genindlagt på grund af dårlig trivsel. Denne indlæggelse var, med nogle få dages afbrydelse, af cirka to måne-

ders varighed. Under indlæggelsen konstaterede afdelingen, at barnet tabte i vægt, når det blev passet af A, men tog på i vægt og blev mere livligt, når det blev passet af afdelingens personale. Hertil iagttog man, at moder/barn-forholdet var dårligt. A var stiv og kejtet i sin omgang med barnet og reagerede ikke altid på B's signaler, således at man havde indtryk af, at A ikke interesserede sig for barnet. Afdelingen stillede i et samarbejde med chefspsykologen på hospitalets børnepsykiatriske afdeling diagnosen Münchhausen by proxy, og da situationen efterhånden blev opfattet som livstruende for B, underrettede hospitalet de sociale myndigheder, som straks fjernede alle tre børn fra hjemmet.

Kort efter blev samlivsforholdet opløst, og der opstod strid om forældremyndigheden til de to fællesbørn. A appellerede byrettens afgørelse, hvorefter faderen fik forældremyndigheden til begge børnene, til landsretten. A havde til brug for sagen blandt andet indhentet en psykiatrisk speciallægeerklæring og en erklæring fra speciallæge i børnesygdomme og børnepsykiatri; begge erklæringer konkluderede, at der ikke havde været tale om Münchhausen by proxy. Som tidligere anført anmodede landsretten herefter Retslægerådet om at tage stilling til diagnosen. Sagen blev behandlet af to sagkyndige i psykiatri, en i børnepsykiatri og en i børnesygdomme, og rådet afgav følgende udtalelse: "Retslægerådet skal på grundlag af det foreliggende materiale indledningsvis bemærke, at Münchhausen

by proxy ikke er sygdom i egentlig forstand, men en adfærd, hvor den ene af et forældrepar, typisk moderen, påfører et barn sygdomssymptomer af en sådan sværhedsgrad, at barnet - og derved moderen - kommer i kontakt med læger, typisk hospitalsvæsenet. Der kan være glidende overgange til børnemishandling og omsorgssvigt, men Münchhausen by proxy karakteriseres ved, at moderen aktivt søger lægehjælp med henblik på behandling af barnets symptomer. Denne adfærd kan ses hos personer med forskellige psykiske forstyrrelser, men betegnelsen Münchhausen by proxy reserveres de tilfælde, hvor moderen ikke er sindssyg, men præget af en personlighedsforstyrrelse. Betegnelsen Münchhausen by proxy er afledt af begrebet Münchhausen syndrom, der omfatter tilfælde, hvor en voksen ikke-sindssyg person klager over eller fremkalder sygdomssymptomer hos sig selv, der medfører indlæggelse og eventuelt operationer m.v. for at tilgodese (ubevidste) følelsesmæssige behov; betegnelsen "by proxy" betyder, at sygdomssymptomerne påføres en nærtstående - et barn - og ikke personen selv. De sygdomssymptomer, barnet påføres, kan være alvorlige, eventuelt livstruende.

Uanset at moderen ikke har kunnet drage tilstrækkelig omsorg for barnet, er der efter Retslægerådets opfattelse ikke på det foreliggende grundlag holdepunkter for at antage, at dette skyldes, at A aktivt har påført barnet sygdomssymptomer, og Retslægerådet finder således, at der

ikke er sikre holdepunkter for at antage, at der har været tale om Münchhausen by proxy i dette begrebs gængse betydning."

På domstidspunktet, godt et år efter at børnene var blevet fjernet fra hjemmet, var de blevet hjemgivet, A's særbarne og det ældste fællesbarn til A, det yngste fællesbarn (B) til faderen. Landsretten stadfæstede dommen om, at faderen fik forældremyndigheden over B, men tillagde A forældremyndigheden over det ældste fællesbarn.

I landsrettens præmisser hedder det blandt andet: "Efter Retslægerådets udtalelse af 10. oktober 1995 må der ved afgørelsen af denne sag bortses fra den af X sygehus stillede diagnose, hvorefter appellanten skulle lide af Münchhausen by proxy.

Efter bevisførelsen, herunder erklæringerne og vidneforklaringerne fra overlæge K (fra børneafdelingen, rådets bemærkning) og chefpsykolog L (fra børnepsykiatrisk afdeling, rådets bemærkning) om observationerne af appellanten og B, findes det imidlertid godtgjort, at appellanten i månederne efter B's fødsel har vist manglende evne til at tage sig af ham, og at B trivedes så dårligt, at der var risiko for alvorlige helbredsmæssige følger for ham. Det findes endvidere godtgjort, at B, efter at han blev tvangsfjernet, trivedes godt, og at indstævnte har magtet på upåklagelig måde at tage vare på B i den tid, der er forløbet siden hjemgivelsen den 1. juli 1995. På den baggrund findes det bedst for B, at forældre-

myndigheden over ham tillægges indstævnte".

Efterfølgende sagsøgte A sin tidligere samlever, medarbejdere fra den stedlige socialforvaltning og chefpsykologen fra den børnepsykiatriske afdeling for ærekrænkelse i henhold til straffelovens § 267, stk. 1, jf. stk. 3 og § 268, ved at have anvendt, henholdsvis stillet diagnosen Münchhausen by proxy, ligesom A påstod sig tilkendt erstatning og begærede, at domsslutningen skulle indeholde en bemærkning om, at diagnosen Münchhausen by proxy var ubeføjet, og at de sagsøgte skulle tilpligtes til at betale et nærmere anført beløb til offentliggørelse af dommen.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, nu bilagt vægtkurver og sygeplejerskejournale ("kardex") vedrørende B, idet sagens parter anmodede rådet om at besvare en række spørgsmål om "Münchhausen by proxy" i relation til B's udvikling. Sagen blev igen behandlet af de tidligere nævnte sagkyndige. De stillede spørgsmål og rådets besvarelse lyder som følger:

Spørgsmål I:

Perioden fra fødslen den 2. juni 1994 til 5. september 1994:

- A. *Når henses til de undersøgelser - og resultater heraf - som drengen gennemgik, og de observationer hospitalspersonalet noterede, er det da sandsynligt, at drengens tilstand skyldtes manglende ernæring?*
- B. *Hvis spørgsmål A besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at*

redegøre for, hvorvidt dette skyldtes

1. at drengen havde en legemlig sygdom, som forhindrede ham i at tage tilstrækkelig næring til sig eller
2. at drengen ikke blev tilbudt føde i tilstrækkelige mængder.

Hvis spørgsmål 1 besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at redegøre for, hvilken sygdom, der er tale om, og hvilke grunde der er for at antage, at drengen led af en sådan sygdom.

Ad I, A og B:

Barnets dårlige trivsel må ses som en kombination af dette at være født for lille i forhold til gestationsalderen (small for dates), dysmaturitet (det vil sige med blandt andet for ringe vægt i forhold til længden) og spisevanskeligheder, som meget hyppigt ses hos netop sådanne børn, og i sig selv kan medføre dårlig trivsel de første måneder. Disse problemer accentueres så af moderens vanskeligheder ved at give barnet mad - vanskeligheder, som mest sandsynligt er begrundede i en depressionslignende tilstand, og derfor ikke er udtryk for Münchhausen by proxy.

Spørgsmål II:

Perioden fra den 5. september 1994 til 15. september 1994.

Den 5. september 1994 overtog hospitalet personalet madningen af drengen, og på to dage øgedes vægten med ca. 300 gram. I tiden herefter og til den 14. september blev madningen i perioder varetaget alene af moderen og i perioder ale-

ne af hospitalspersonalet.

- A. I hvilket omfang kan der konstateres vægtforøgelse/stagnation/tab, når henholdsvis moderen, henholdsvis hospitalet personalet forestod madningen.

Der synes - i overensstemmelse med besvarelsen af spørgsmål I - at være et vist, om end ikke helt klart, sammenfald imellem de perioder, hvor personalet gav barnet mad, og vægtøgningen i samme tidsrum - sandsynligt på grund af en større fødeindtagelse i disse perioder.

- B. I hvilket omfang afviger de i disse perioder konstaterede vægtforøgelser/stagnation/tab fra den vægtmæssige udvikling, som kunne konstateres i perioden fra den 2. juni 1994 til den 4. september 1994, når hensyn tages til drengens alder?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål A.

- C. Hvad er den sandsynlige forklaring på vægtforøgelserne/stagnationerne/tabene?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål II A.

- D. Retslægerådet anmodes om at besvare de under I A og B anførte spørgsmål for perioden 5. september 1994 til 15. september 1994.

Der henvises til besvarelsen i spørgsmål I A og B.

Spørgsmål III:

Perioden fra den 15. september 1994 til

den 12. oktober 1994.

A. Retslægerådet anmodes om at besvare de under I A og B anførte spørgsmål for perioden 15. september 1994 til 12. oktober 1994.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål I A og B.

Spørgsmål IV:

A. Bogen "Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches" v/Michael Rutter, Eric Taylor, Lionel Herskov (3. udgave) beskriver Münchhausen by proxy, side 211: "Münchhausen syndrome by proxy is now a well-known phenomenon, which was first described in 1977 by Meadow. In this case, the parent, almost invariably the mother, fabricates illness in her child or children and presents the problem to doctors. The child is usually persistently brought for medical investigations, yet acute symptoms and the signs of illness cease when the child is separated from the presenting parent, who denies having any knowledge of the aetiology of the disorder (Rosenberg, 1987)" og side 669 (skal rettelig være side 699, Retslægerådets bemærkning): "Unfortunately, in some circumstances parents actually play a role in the onset of a paediatric illness through negligence, poor judgement, or frank abuse. In the most extreme example, Münchhausen's syndrome by proxy, a parent intentionally creates illness. A wide range of physical illnesses have been simulated by disturbed parents (Meadow, 1982, 1985). What is critical to consider is that parents may not share the commitment of the

medical teams to cure the illness of the child. If this is the case, the disturbed behaviour of the parent is likely to be far more problematic for the ultimate psychological adaptation of the child than any discomfort or disruption associated with the illness".

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt Retslægerådet har lagt den anførte beskrivelse af Münchhausen by proxy til grund for Retslægerådets besvarelse af 10. oktober 1995.

I benægtende fald anmodes Retslægerådet om at redegøre for, hvilken definition af "Münchhausen by proxy" Retslægerådet har lagt til grund.

De i de pågældende citater fremførte definitioner af Münchhausen by proxy er i overensstemmelse med den grundige definition, som Retslægerådet gav i sin første besvarelse af 10.10.95.

B. Kan diagnosen Münchhausen by proxy stilles eller afvises ved undersøgelse af moderen alene?

Diagnosen Münchhausen by proxy kræver undersøgelse af alle involverede parter.

C. Er det sandsynligt, at A led af depression, da hendes samvær med barnet blev videooptaget den 7. oktober 1994?

Ja. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål I A og B.

Spørgsmål V:

Retslægerådet anmodes om at redegøre

for, om der i de observationer af A's adfærd, der er noteret i journaler og sygeplejerskernes kardex (herunder det systematiserede uddrag heraf, bilag 3) er indikationer for adfærd, der kan beskrives, som at hun ikke delte hospitalspersonalets bestræbelser på at helbrede drengen B. Dette spørgsmål bedes besvaret også i relation til begrebet "commitment", således som dette er beskrevet, jf. Michael Rutter m.fl. anførte sted side 669.

Der er ingen holdepunkter i materialet for, at moderen ikke ønskede sit barn rask. Hun havde på grund af sin depressive tilstand en anden holdning til sit barn end personalet - men dette er ikke det samme som aktivt at ville skade sit barn. Dette kan altså ikke udlægges, som om moderen ikke delte personalets bestræbelser på at helbrede barnet.

Spørgsmål VI:

Retslægerådet har i erklæringen af 10. oktober 1995 blandt andet anført, at "Der (er) efter Retslægerådets opfattelse ikke på det foreliggende grundlag holdepunkter for at antage, at dette skyldes, at A aktivt har påført barnet sygdomssymptomer...". Retslægerådet anmodes om at beskrive kriterierne for en skelnen mellem, hvilken mishandling der er "aktiv" eller "passiv", således som disse begreber anvendes eller forstås i forbindelse med diagnosen Münchhausen by proxy, jf. også Christopher Gillbert og Lars Hellgren "Barn- og ungdomspsykiatri", 1990, side 314: "En speciell och ovanlig form af barnmisshandel är Münchhausen by proxy-syndromet (by proxy - genom ombud). "Ombudet" är i

regel modern, som anser barnet sjukt utan att man finner någonting objektivt, som söker hjälp hos den ena läkaren efter den andra, vilket gör att barnet genomgår ett otal onödiga undersökningar eller också underhåller modern ett initialt symptom hos barnet genom att förgifta barnet, förfalska prover, udanhålla barnet mat m.m. Bakomliggande motiv är svåre att påvisa, men det förefaller som om modern kan göra barnet otroligt illa för att tilfredsställa egna behov eller som en följd av aversion mot barnet".

Ved Münchhausens syndrom by proxy forudsættes fremkaldelsen af sygdomssymptomer alene at være begrundet i et psykologisk behov, typisk hos moderen, for indirekte at bringe sig i omgivelsernes fokus. De aktivt fremkaldte sygdomssymptomer er oftest blødning, krampeanfald, iltmangel, diarre og feber. Dette betyder, at der i reglen foreligger en aktiv påførelse af et sygdomsfremkaldende agens, for eksempel traumer, kvælningsforsøg eller tilførsel af giftige, eventuelt infektiøse substanser. Samtidig opsøger moderen aktivt behandlingssystemet, og det er ikke karakteristisk, at hun giver aktivt udtryk for et afvigende syn på barnets behov, særligt ikke i direkte konfrontation med personalet. Münchhausen by proxy er netop udtryk for en ubevist motividannelse med baggrund i personlighedsforstyrrelse. Diagnosen hviler på en samlet klinisk vurdering af (typisk) barnets moder og stilles ud fra positive kriterier. I modsat fald ville næsten ethvert omsorgssvigt jo kunne betegnes Münchhausen by proxy.

Spørgsmål VII:

Retslægerådet anmodes om at redegøre for, hvorvidt det må karakteriseres som aktiv påførelse af sygdomssymptomer i forhold til et spædbarn, der er underernæret, og hvor dette utvetydigt er gjort klart for den person, som skal varetage pasningen af barnet,

- at afmåle for lidt mad og afgive objektive urigtige oplysninger til plejepersonalet om madning af barnet, jf. kardex for den 1. september 1994 og 29. september 1994, og sygeplejerskernes sammenskrivning af kardex (bilag 2),
- at trække sutteflasken ud og ind af et spædbarns mund, således at spædbarnet ikke når at svøbe flasken med sin tunge og herefter indstiller, hvad der i øvrigt fremtrådte som madning, jf. kardex for den 31. august 1994 og sygeplejerskernes sammenskrivning heraf (bilag 2),
- at placere sutteflasken i mundvigen, således at svøbning af sutteflaske er umulig for spædbarnet, jf. sygeplejerskernes sammenskrivning af kardex (bilag 2),
- at henlægge spædbarnet til søvn uden at give barnet mad, jf. sygeplejerskernes kardex for den 1. september 1994 og 2. september 1994, og
- at undlade at stå op efter vækning til madning af barnet, jf. sygeplejerskernes kardex for den 31. august 1995.

I aktuelle tilfælde må alle nævnte handlemåder i dette spørgsmål ses som en følge af moderens depressive tilstand - og altså ikke som et forsøg på aktivt at skade sit barn.

Spørgsmål VIII:

Retslægerådet bedes redegøre for, om

rådets konklusion i redegørelsen af 10. oktober 1995 fastholdes, og i benægtende fald at redegøre for, om der må antages at have foreligget Münchhausen by proxy.

Retslægerådet fastholder sin konklusion i responsum af 10.10.95.

Såfremt Retslægerådet fastholder rådets konklusion i redegørelsen af 10. oktober 1995, anmodes Retslægerådet om at uddybe, hvad der menes med følgende udtryk:

1. "Moderen ikke har kunnet drage tilstrækkelig omsorg for barnet".

Retslægerådet finder, at moderen i den første periode af barnets liv ikke var i stand til at drage omsorg for barnet på optimal vis, jf. besvarelse af spørgsmål I A og B.

2. "Münchhausen by proxy i dette begrebs gængse betydning".

Den anførte formulering skal ses i lyset af den i sagen anvendte yderst usædvanlige - og efter rådets opfattelse forkerte - brug af diagnosen Münchhausen by proxy.

Sagens afgørelse lyder således:

"Retten skal udtale: Indledningsvist bemærkes, at det efter Retslægerådets erklæring må lægges til grund, at sagsøgeren ikke har lidt af Münchhausen by proxy, men at hun - muligvis på grund af en depression - ikke var i stand til at drage omsorg for B på optimal vis.

Uanset at det således må lægges til grund, at den diagnose om Münchhausen by proxy, der blev stillet på børneafdelingen på X sygehus, var forkert, findes diagnosen og de sagsbehandlingsskridt, der på baggrund af diagnosen blev taget af de sagsøgte 2 og 3 (medarbejdere fra socialforvaltningen og chefpsykologen, rådets bemærkning) som led i deres arbejde, at være foretaget på en sådan faglig og professionel måde, at disse forhold ikke findes omfattet af straffelovens § 267.

Allerede herefter frifindes disse sagsøgte, tillige med sagsøgte 4 (kommunen med henblik på erstatning, rådets bemærkning), idet påstanden mod denne er knyttet til påstanden mod sagsøgte 2.

For så vidt angår sagsøgte 1 (den tidligere samlever, rådets bemærkning) finder retten det bevist, at han har fremsat en udtalelse svarende til det i påstanden anførte (at A "kunne finde på at tage livet af... (fællesbørnene), hvilket der også var flere, der sagde" med henvisning til, at hun led af Münchhausen by proxy..., rådets bemærkning), dog uden navns nævnelse af børnene.

Efter udtalelsens karakter og formulering findes den at måtte karakteriseres som en sigtelse i straffelovens § 267's forstand.

Da sagsøgte havde grund til at anse diagnosen om Münchhausen by proxy for sand og havde fået oplyst, at situationen i så fald kunne være livstruende for B, findes straffen - u-

anset udtalelsens vidtgående formulering - at kunne bortfalde efter straffelovens § 269, stk. 2.

Mortifikationspåstanden vedrørende denne udtalelse tages til følge i medfør af straffelovens § 273, stk. 1.

Da udtalelsen af sagsøgte alene er fremsat overfor sagsøgeren, findes der ikke grundlag for at tillægge omkostninger til offentliggørelse af dommen, ligesom der ikke findes grundlag for at tillægge erstatning for tort.

Der afsiges herefter dom som nedenfor bestemt.

Thi kendes for ret: Den sagsøgte (B's fader) forskyldte straf bortfalder. Den af denne sagsøgte fremsatte udtalelse om, "at sagsøgeren kunne finde på at tage livet af dem", kendes ubeføjet.

De sagsøgte... (medarbejderne, chefpsykologen og kommunen) frifindes".

Kommentar:

Definitionen af diagnosen Münchhausen by proxy fremgår af ovenstående. Det essentielle er, at (typisk) en moder aktivt påfører sit barn eventuelt meget alvorlige sygdomssymptomer, og herefter søger lægehjælp med henblik på behandling af symptomerne. Supplerende kan nævnes, at det ofte, men ikke altid, ses at moderen har en form for sundhedsfaglig uddannelse. Betegnelsen Münchhausen by proxy reserveres de tilfælde, hvor moderen ikke er sinds-

syg eller mentalt retarderet, men præget af en personlighedsforstyrrelse, og årsagen antages at være et ønske om at tilgodese egne ubevidste behov.

I den konkrete sag stod det fra starten klart, at der ikke var tale om Münchhausen by proxy som ovenfor defineret. Det stod imidlertid også klart, at A i perioden efter B's fødsel ikke var i stand til at drage tilstrækkelig omsorg for barnet, formentlig på grund af en depressiv tilstand, hvis nærmere natur ikke lader sig klarlægge på det foreliggende, men usikkerhed om B's helbred og samlivsproblemer kunne spille en rolle. Det var således velbegrundet, at de sociale myndigheder måtte gribe ind, i hvert fald hvad angår B.

Retslægerådet fik første gang forelagt sagen med det enkle - men også snævre - spørgsmål, om A led af "sygdommen Münchhausen by proxy"? Rådet var i sin besvarelse bundet af denne formulering, idet rådet ikke kan udtale sig om forhold, som der ikke er spurgt om (se Betænkning om Retslægerådet, bet. nr. 1196/1990, s. 137). Rådet kunne således for eksempel ikke begynde at diskutere depressionsdiagnosen, men måtte koncentrere udtalelsen om Münchhausen by proxy, hvilket fandtes lægefagligt forsvarligt, fordi rådet i sine præmisser for konklusionen kunne medtage den væsentlige vurdering, at A ikke havde været i stand til at drage tilstrækkelig omsorg for barnet. Der vil imidlertid kunne være tilfælde, hvor et spørgetema er formuleret på en sådan må-

de, at alene en besvarelse af de stillede spørgsmål vil give en lægefaglig utilstrækkelig eller i værste fald forkert vurdering af sagen. I sådanne tilfælde vil rådet returnere sagen for eksempel med en bemærkning om, at en given diagnose, procedure eller lignende er lagt til grund for spørgsmålet, men at denne forudsætning efter rådets opfattelse ikke kan anses for godtgjort. Retslægerådet skal derfor anbefale, at et spørgetema afsluttes med følgende: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?", idet forhold af betydning for den lægefaglige vurdering, som den myndighed, der har forelagt sagen, ikke har været opmærksom på, kan omtales under dette punkt. En undtagelse er de retspsykiatriske straffesager, som ofte forelægges rådet blot med anmodning om "en udtalelse", idet det af sagen klart fremgår, hvad temaet er, for eksempel vurdering af en mentalerklæring med tilhørende sanktionsforslag, ændring af en idømt særforanstaltning m.v.

Da rådet fik forelagt sagen anden gang, var det med en række spørgsmål, som nøjere skulle belyse præmisserne for rådets konklusion, at A's tilstand og adfærd ikke kunne diagnosticeres som Münchhausen by proxy. For en nærmere drøftelse af sådanne spørgsmål henvises til s.45 f. (A35153 og E 8555), hvor også betydningen af, at Retslægerådet i sin sagsbehandling kan inddrage sagskyndige fra forskellige lægelige specialer, omtales. I den her refererede sag deltog som anført to psykiatere, en børnepsykiater og en børnelæge.

Proportionalitetshensyn versus lægefaglig vurdering

Sagen vedrørte en 31-årig mand, som i 1991 blev dømt til psykiatrisk behandling. I 1996 anbefalede den behandlende overlæge og Retslægerådet, at foranstaltningen blev opretholdt, idet patienten fortsat var præget af udtalte sindssygdomssymptomer, ligesom han fortsat ind imellem kunne udvise aggressiv adfærd. Retten ophævede foranstaltningen med henvisning til, at foranstaltningen havde været opretholdt væsentlig længere end den tid, patienten kunne have været frihedsberøvet, hvis han var blevet idømt en almindelig straf (A 35742).

En dengang 31-årig mand blev i 1991 dømt til psykiatrisk behandling på psykiatrisk sygehus eller under tilsyn heraf, jf. straffelovens § 16, stk. 1, og § 68. Sigtelsen vedrørte et tilfælde, hvor patienten havde tildelt en afspændingspædagog flere slag. Retslægerådet afgav udtalelse i sagen og anførte heri blandt andet følgende:

"Han har i en årrække lidt af skizofreni og var således også sindssyg på gerningstidspunktet. Sindssygdommen ytrer sig ved tankeforstyrrelser, hallucinationer og vrangforestillinger, kræver kontinuerlig medikamentel behandling og har i længere perioder medført indlæggelse. Den påsigtede handling er foretaget i et tidsrum, hvor symptomerne forværres på grund af ændring i behandlingen".

I august 1995 afgav den behandlende overlæge udtalelse til Statsadvokaten. Heri anføres blandt andet: "Grundet tilbagevendende forværring i tilstanden må han gang på gang psykiatrisk indlægges. Han kan

have forestillinger om, at han må overskære samtlige strømførende ledninger på sit værelse, men også uro og forpintthed bidrager til indlæggelserne. Supplerende kan oplyses, at patienten kan have forestillinger om overfald, nævner knive og udtryk som "massemorder", og det er på den baggrund indtrykket, at patienten er forpint af tilstanden, og man ikke bør sidde hans aggressive og blodige forestillinger overhørig". Den behandlende overlæge anbefalede foranstaltningen opretholdt.

I maj 1996 afgav den behandlende overlæge på ny udtalelse med henblik på eventuel foranstaltningsændring eller ophævelse af foranstaltningen. Det beskrives heri, at patienten var i behandling med antipsykotisk virkende medicin, givet som depot og suppleret med andre antipsykotisk virkende farmaka. Det anføres endvidere, at "han i det daglige er rastløs, tilbagevendende anspændt, urolig og voldsom, produktiv psykotisk. Han er verbalt truende og nær på at være korporlig aggres-

siv over for personalet, og han er tiltagende præget af talrige persecutoriske forestillinger (vrangforestillinger med forfølgelsesindhold)". Tankegangen beskrives som kaotisk og præget af tankeforstyrrelser i svær grad. Det er anført, at han inden indlæggelse i januar 1996 uvarslet overfaldt et personalemedlem og slog vedkommende flere gange i hoved og mave. Afslutningsvis anførte den behandlende overlæge, at "det er ikke tilrådeligt at ændre foranstaltningen til mindre indgribende foranstaltning, til trods for proportionalitetshensynet, idet det er vurderingen, at patienten på grund af sin ambivalens støttes ved nuværende foranstaltning og af tilsvarende lempelege psykiatriske indlæggelser i henhold til behandlingsdommen".

Sagen var ved vurderingen i 1995-1996 også bilagt en udtalelse fra forstanderen ved det plejehjem, hvor patienten bor. Det fremgår heraf blandt andet, at "hans adfærd, når han er misbrugende i stor stil, er karakteriseret af enorm angst, som han er fyldt af, voldsomt truende adfærd, såvel verbalt som kropsligt, travende op og ned ad gangen, tendens til at rette angreb på udvalgte medbeboere og personaler, eller på bygningen, f.eks. flåede han el-installationer i sin bolig i stumper og stykker".

Retslægerådet afgav i juli 1996 udtalelse til sagen om eventuel foranstaltningsændring. Heri anføres blandt andet:

"Han frembyder til stadighed udtalte

sindssygdomssymptomer, blandt andet i form af omfattende tankeforstyrrelser, svære vrangforestillinger og dårlig følelsesmæssig kontakt. Han er hertil anspændt, urolig og truende, ligesom han kan udvise aggressiv adfærd, senest i januar dette år, hvor han overfaldt et personalemedlem. Han har tidligere haft god effekt af behandling med et såkaldt atypisk antipsykotisk virkende præparat (tabl. Leponex), som kun kan gives i tabletform, men denne behandling måtte ophøre på grund af medicinvægring. Det er indtrykket, at den idømte foranstaltning støtter den undertiden ret usikre behandlingsmotivation. Samlet kan Retslægerådet tiltræde overlægens anbefaling af, at den idømte foranstaltning opretholdes".

Foranstaltningen blev imidlertid ophevet af retten. I dommens præmisser er blandt andet anført:

"Efter de fremlagte erklæringer finder retten ud fra et retssikkerhedsmæssigt hensyn til tiltaltes omgivelser, at foranstaltningen ikke bør opheves.

Heroverfor står imidlertid, at den i 1992 idømte foranstaltning har været gældende i en periode, der væsentlig har overskredet den tid, patienten kunne forventes at have været frihedsberøvet, såfremt han ved dommen af 17. marts 1992 var blevet anset egnet til sædvanlig straf.

Under hensyn hertil og til de muligheder, som lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien inde-

holder for at behandle og indlægge, såfremt der måtte være behov herfor, finder retten ikke grundlag for at opretholde den idømte foranstaltning.

Det bemærkes, at de foreliggende oplysninger om en voldsepisode i januar 1996 ikke i dag kan føre til andet resultat, hvorfor bestemmes: Den idømte foranstaltning ophæves."

Kommentar:

Sagen illustrerer, at de lægelige udtalelser herunder fra Retslægerådet blot er et af de elementer, der indgår som grundlag for rettens afvejning i spørgsmålet om eventuel ændring eller ophævelse af en idømt foranstaltning. I den aktuelle sag har proportionalitetshensynet været udslagsgivende for retten, til trods for at Retslægerådet i enighed med den behandlende overlæge har fundet patienten så produktiv psykotisk, tankeforstyrret, ambivalent og lejlighedsvis aggressiv, at foranstaltningen efter de lægelige skøn burde oprettholdes. I sagens præmisser er også henvist til de i psykiatriloven foreliggende muligheder "for at behand-

le og indlægge". I den forbindelse skal Retslægerådet gøre opmærksom på, at psykiatriloven ikke indeholder regler, der sikrer, at udskrevne psykiatriske patienter er under tilsyn af sundhedsfaglige eller andre myndigheder. Såfremt stærkt ambivalente patienter udskrives, består der en risiko for, at de hurtigt ophører med behandling, hvorefter sygdommen kan undergå væsentlig forværring, forinden bizar adfærd eller eventuel ny kriminalitet fører til genindlæggelse.

Som det fremgår af sagen, blev patientens anslag mod et personalemedlem i januar 1996 ikke anmeldt til politiet. I alt fald synes der ikke i den forbindelse at være rejst sigtelse eller være foretaget andre formelle skridt. Spørgsmålet om ny ligeartet kriminalitet indgår i bedømmelsen af mange sager om eventuel foranstaltningsændring. Det kan derfor være af betydning, at voldelige hændelser, der med sikkerhed eller overvejende sandsynlighed indebærer overtrædelse af straffeloven, rent faktisk anmeldes til politiet. (Se også s.69 f. (A 35628) og tidligere årsbetinger).

Straffeloven og anbringelsesdom. Farlighedsvurderingers betydning ved forslag om sanktionsvalg

Usædvanlig sag vedrørende en sindssyg og farlig mand med tidligere ophold i Sikringsafdelingen. Procedureproblemer og flere forelæggelser for Retslægerådet. Farligheds betydning for sanktionsforslaget omtales (A 35628).

En 22-årig mand (X) var tidligere idømt fængselsstraf for berigelseskriminalitet gentagne gange. Første indlæggelse i psykiatrisk afdeling var i 1993 under varetægtsfængsling - der kunne være tale om stofudløst sindssygdom med hallucinationer og vrangforestillinger. Siden har diagnosen været skizofreni med komplicerede stofmisbrug.

I februar 1994 blev han dømt til psykiatrisk behandling efter en lang række nye tilfælde af berigelseskriminalitet. I juni 1994 anbefalede rådet efter en psykiatrisk overlæges indstilling, at X anbragtes på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland på grundlag af farlighedsdekret. Han var adskillige gange undveget fra afdelingen, senest efter at have truet en sygeplejerske med gafler mod struben. I august 1994 anbefalede rådet dom til anbringelse i hospital for sindslidende med ophold i Sikringsafdelingen, idet rådet særligt henviste til hans undvigende adfærd. Kriminaliteten omfattede blandt andet nævnte trusler mod sygeplejersken.

I november 1994 dømtes han herefter til anbringelse i Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland. Ved byrettens dom af 15.11.95 ophævedes denne foranstaltning begrundet i, at den samlede frihedsberøvelse "fandtes at stå i misforhold til længden af den straf, som den begåede kriminalitet måtte antages at kunne have udløst". Rådet var ikke hørt i denne sag. Afgørelsen gik imod anbefalingen fra Sikringsafdelingens overlæge. Østre Landsret tiltrådte byrettens afgørelse 18.12.95, idet landsretten tilføjede, at foranstaltningen først skulle bringes til ophør den 05.01.96 for at give myndighederne mulighed for at tage stilling til eventuel administrativ foranstaltning efter psykiatriloven på baggrund af de lægelige vurderinger.

Statsadvokaten anmodede på ny 22.12.95 Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret. Sikringsafdelingens overlæge udtalte 28.12.95, at X fortsat var sindssyg, men at hans tilstand var bedret i en sådan grad, at der ikke var grundlag for at anvende psykiatrilovens bestemmelse om tvangstilbageholdelse, men at det var af afgørende betydning, at X

fortsat var i psykiatrisk behandling. Retslægerrådet udtalte 10.01.96 blandt andet, at der ikke da var grundlag for at udstede farlighedsdekret, idet rådet tilføjede, at det ville være af stor betydning - helbredsmæssigt og kriminalitetsforebyggende -, at X fastholdtes i antipsykotisk behandling. Justitsministeriet fandt herefter ikke grundlag for farlighedsdekret, og X blev udskrevet fra Sikringsafdelingen 05.01.96 uden retlig foranstaltning.

Af senere lægeerklæringer fremgår det, at han ved udskrivningen fra Sikringsafdelingen fik tilbud om ambulat behandling ved en anden psykiatrisk afdeling, men han mødte ikke og ophørte med medicinen. Han blev hurtigt tiltagende psykotisk, stofmisbrugende og kriminel, idet han blandt andet fremsatte trusler på livet over for moderen. Han blev den 20.01.96 varetægtsfængslet herfor. Den 23.01.96 blev han indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Han var fortsat udtalt psykotisk trods genoptagelse af intensiv, medikamentel behandling. Han var svært paranoid og affektlabil, aggressiv og truende. Flere gange måtte han bæltefikseres.

30.04.96 anmodede den retspsykiatriske afdelings overlæge Justitsministeriet om udstedelse af nyt farlighedsdekret - aktuelt med henvisning til, at X 27.04.96 ansås for at have foretaget et livsfarligt kvælningsforsøg på en medpatient som udslag af sindssygdommen. Der var snørefurer om halsen. X nægtede at have foretaget overfaldet. I udtalelse af 08.05.96 tiltrådte rådet overlægens

indstilling om anbringelse på Sikringsafdelingen, idet det særligt bemærkedes, at rådet forudsatte, at overfaldet virkelig var foretaget af X. Justitsministeriet fandt imidlertid ikke, at betingelserne for anbringelse i Sikringsafdelingen var opfyldt, idet ministeriet navnlig lagde vægt på anklagemyndighedens udtalelse om, at det var tvivlsomt, om den rejste sigtelse for forsøg på manddrab, subsidiært for vold, ville føre til tiltale eller domfældelse. Det var usikkert, om X faktisk var gerningsmanden (Justitsministeriets skrivelse af 24.05.96).

I erklæringer af 22.03.96, 30.04.96 og 14.06.96 anbefalede overlægen på den retspsykiatriske afdeling dom til anbringelse i hospital for sindslidende med henblik på langvarig medikamentel behandling. X var fortsat udtalt psykotisk med hallucinationer på syn og hørelse trods vedligeholdt medikamentel behandling - dog efterhånden med nogen bedring.

Retslægerrådet tiltrådte i sin seneste udtalelse af 04.07.96 denne indstilling. Ifølge rådet var der behov for langvarig behandling under nøje kontrol. X var fremdeles omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., tilrådedes anbringelse i hospital for sindslidende. I sin udtalelse nævnte rådet kort forløbet og udfaldet af ovennævnte sag om udstedelse af farlighedsdekret.

Ved byrettens dom af 11.07.96 blev X

fundet skyldig i 2 tilfælde af tyveri, 1 tilfælde af trusler efter straffelovens § 266 og 2 tilfælde af overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, samt 1 tilfælde af overtrædelse af straffelovens § 121, og dømtes til anbringelse i hospital for sindslidende. Der henvistes til de lægelige udtalelser og til det "omgående recidiv". Mindre indgribende foranstaltninger fandtes ikke tilstrækkelige, og anklagemyndighedens påstand om anbringelse måtte tages til følge.

Østre Landsret stadfæstede dommen 08.10.96 uden særlige bemærkninger.

Kommentar:

Den komplicerede sag viser blandt andet betydningen af langvarig, konsekvent gennemført og kontrolleret behandling af en ung skizofren patient, som gentagne gange har udvist alvorlig farlighed, typisk provokeret af stofmisbrug.

Det har været forsøg på vurdering af farligheden, som har været afgørende for Retslægerådets anbefalinger. I de fleste § 16-tilfælde anbefales en anbringelsesdom efter alvorligere kriminalitet - for eksempel drab - end omhandlet her, men også andre forhold er af væsentlig betydning: Er sygdomsforløbet uroligt med alvorlige symptomer og tilbagevendende farlig adfærd? Hvordan har behandlingen virket? Har der været modstand mod behandlingen eller unddragelser heraf? Er der komplicerede misbrug, som yderligere vanskeliggør en konsekvent gennemførelse af behandlingen? Er der udtalt undvigelsestendens, hvad der også kan

støtte en anbefaling af dom til anbringelse, eventuelt i Sikringsafdelingen?

Problemer af den art har været fremtrædende i denne sag.

Rådet har også tidligere kommenteret farlighedsvurderingens betydning for sanktionsforslaget (se blandt andet årsberetning 1988, s. 93 og 1995, s. 77).

Forløbet illustrerer i øvrigt nytten af i en akut, farlig situation at kunne anmode om udstedelse af farlighedsdekret, som imidlertid kun bør anvendes, hvis meget alvorlig og vedvarende fare for andre er dokumenteret, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 1.

Den sidst refererede sag om farlighedsdekret var kompliceret af den juridiske tvivl, om X var gerningsmand til det livsfarlige overfald eller ej. Det kan næppe ganske afvises, at de lægelige udtalelser og anbefalinger har været influeret af denne antagelse.

Efter en lægelig vurdering er det uheldigt, at X i januar 1996 efter rettens afgørelse blev udskrevet fra Sikringsafdelingen uden nogen garanti for betryggende videreførelse af den meget påkrævede behandling. Det gik da også hurtigt galt igen. Direkte udskrivning fra Sikringsafdelingen er i det hele taget meget usædvanligt. Som det fremgår synes proportionalitetsbetragtninger at have spillet en rolle her således, at den pådømte kriminalitet af retten fand-

tes for ringe i forhold til frihedsberøvelsens længde, mens lægerne naturligvis især måtte lægge vægt på

vigtigheden af, at behandlingen blev videreført.

Patologisk spillelidenskab (aleamania)

I de nyere diagnostiske klassifikationssystemer, såvel WHO's ICD-10 (International Classification of Diseases no. 10), som det amerikanske DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) er indført specifikke diagnoser for en række tilstande karakteriseret ved et tab af impuls kontrol, som medfører en observerbar afvigende adfærd. En af disse er den patologiske spillelidenskab. Selv om der således foreligger en diagnostiserbar tilstand, er det ikke ensbetydende med, at forekomst heraf vil medføre anbefaling af en psykiatrisk særforanstaltning.

Sygehistorie 1 (A32785)

N var en 29-årig gift mand, der var sigtet for røveri efter straffelovens § 288, stk. 1. Han erkendte sig skyldig. I anledning af sigtelsen blev N ambulantly mentalobserveret af overlæge U. Af erklæringen fremgår blandt andet, at N's mor igennem mange år havde haft "dårlige nerver". Hans forældre blev skilt, da han var to år gammel, og han har ikke haft kontakt til sin biologiske far. N er nummer et af to helsøskende, men har desuden en seks år yngre halvsøster. De hjemlige forhold var meget præget af moderens skiftende samlevelse, hvoraf flere af dem brugte at straffe børnene korporligt. Moderen flyttede i hans barndom adskillige gange, og herudover har han i alt seks gange frivilligt været anbragt uden for hjemmet. Han kan ikke huske årsagen til disse anbringelser, som han ikke erindrer som specielt dårlige. Han har gået i ca. 11 forskellige skoler og endte med at forlade skolen efter 8. klasse. Han har været oversidder en enkelt gang og er desuden lidt ordblind.

Efter afsluttet skolegang blev N ud-

dannet som bager. Han gennemførte så sin værnepligt, var efterfølgende i en periode ude at sejle og erhvervede sig herefter stort kørekort. Gennem nogle år kørte han hyrevogn. Nogle år før aktuelle sag var N blevet idømt halvandet års fængsel for røveri. Efter at have afsonet dommen havde han forskelligt ufraglært arbejde, hvorefter han igen i en periode var hyrevognschauffør.

N havde i det væsentlige været legemligt rask, og han havde aldrig misbrugt alkohol eller euforiserende stoffer.

N havde på erklæringstidspunktet været gift i 2½ år, men havde forud kendt sin hustru igennem flere år. Forholdet havde dog i perioder været afbrudt i forbindelse med, at han afsonede den tidligere dom. Sammen havde de en søn på fem år. I anledning af den nuværende sag havde hustruen søgt om separation. N havde en beskeden omgangskreds, men nogen kontakt til sin og hustruens familie.

N oplyste selv ved undersøgelsen, at

han altid havde følt sig psykisk rask og aldrig været i kontakt med psykolog eller psykiater. Han mente ikke at have udvist specielle vanskeligheder som barn. Han beskrev sig selv som stille og rolig med tilbøjelighed til at bide fornærmelser og forurettelse i sig, i alt fald til et vist punkt. Han angav, at han i det store og hele var tilfreds med sin tilværelse fraset sin hang til spil og de deraf følgende konsekvenser.

N havde spillet igennem fem år. I forbindelse med arbejdet som hyrevognschauffør kom han i forskellige taxaklubber, hvor der var opstillet spilleautomater. En dag vandt han et større beløb (12.500,- kr.), og han blev herefter helt grebet af at spille. De penge han vandt, spillede han videre med og tabte som regel. Han havde flere gange brugt af de penge, han skulle afregne med vognmanden. Efterhånden blev det sådan, at han, når han havde hentet taxaen, enten kørte en enkelt tur for at få penge til spil, eller, hvis han havde penge i forvejen, kørte direkte til spilleklubben. Når han ikke kørte taxa, havde han ikke lyst til spil og tænkte end ikke på det. Selv om spilletabene forringede hans økonomi, mente han ikke, at motivet til at spille var pengemangel. Han havde begået det tidligere røveri på grund af spillegæld.

Om det påsigtede røveri oplyste han, at han fem måneder forud herfor atter var begyndt at køre taxa. I begyndelsen gik det godt, og der var ingen problemer med spil. Efter et par måneder begyndte han imidler-

tid atter at spille i en spilleklub, først små indsatser, men efterhånden større og større. Det største beløb, han havde tabt på én aften, var 12.500,- kr. Han turde ikke fortælle hjemme, at han var begyndt at spille og prøvede at skjule tabet ved at angive, at han havde tabt sin pung. Over en weekend, hvor familien var i sommerhus, besluttede han sig for atter at begå et bankrøveri. Han gik ind i en bank, hvor han kunne se, der ikke var kunder i lokalet. Han havde på forhånd skrevet en seddel, som han viste kassereren, og han fik herefter udleveret penge. Da han forlod banken, blev han passet op af en ung pige, som havde set, hvad der foregik, og som fulgte efter ham. Hun prøvede at tale med ham, indtil politiet kom og anholdt ham. N angav, at ét af formålene med røveriet var, at han ville i fængsel, så nogen kunne sørge for kone og barn. Han opfattede sin spillelyst som sygelig og håbede på en behandling, eventuel medicinering, men han havde ingen forestilling om at kunne slippe for straf for det, han havde gjort. Han oplyste også, at han efter aftale med sin hustru havde besluttet at aflevere sit erhvervskørekort, således at han ikke igen risikerede at komme i nærheden af spilleautomater.

Under varetægtsfængslingen blev N undersøgt af en psykiatrisk konsulent. Denne fandt ikke tegn på nogen behandlingskrævende psykiatrisk lidelse hos N. Derimod fandt han, at N havde en umoden personlighed.

Ved mentalundersøgelsen, der også omfattede en psykologisk testning,

fandtes N normalt begavet. Der var ikke tegn på sindssygdomssymptomer, så lidt som der var tegn på, at han havde været sindssyg på gerningstidspunktet. Personlighedsmæssigt blev han fundet umoden, overfladisk og med tendens til kortsynede impulsive handlinger. Af konklusionen fremgår blandt andet: "Det har været fremført, at N skulle lide af patologisk spillelidenskab. Denne er karakteriseret af intens optagethed af spil, hyppige spil med meget store indsats, udtalt behov for at øge indsatsen eller hyppighed af spillene for at opnå den ønskede spænding eller opstemthed, uro eller irritabilitet, hvis mulighed for spil hæmmes eller hindres. Der findes imidlertid at være holdepunkt for, at det snarere drejer sig om hasardspiltilbøjelighed hos en person med en afvigende personlighedsstruktur".

Overlæge U konkluderede, at N var omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men kunne ikke anbefale foranstaltninger, jf. § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlig end straf til imødegåelse af fremtidig handling ligeså med det påsigtede.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at N "...ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede handling, og at han aldrig har været behandlet for andre psykiatriske lidelser. Han misbruger ikke alkohol eller andre misbrugsstoffer. Han er normalt begavet. Personlighedsmæssigt er N karakteriseret af umodenhed, overfladiskhed, uden evne til større selv-

indsigt, og med en tendens til kortsynede impulsprægede handlinger. Rådet finder ikke på de foreløbige oplysninger definitivt at kunne tage stilling til, om N opfylder kriterierne for diagnosen patologisk spillelidenskab, således som denne afgrænses i nyere internationale diagnoseklassifikationer, men skal gøre opmærksom på, at der kan skelnes mellem "normal" spillelyst, patologisk spillelyst og spillelyst hos karakterafvigende respektive sindssyge personer. Det forekommer mest sandsynligt, at det hos N drejer sig om spiltilbøjelighed hos en karakterafvigende person. Retslægerådet finder det dog usikkert, om den såkaldte patologiske spillelidenskab kan opfattes som en selvstændig psykiatrisk sygdoms enhed. N må herefter henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds. Rådet kan imidlertid ikke, ifald han kendes skyldig, pege på mere formålstjenlig foranstaltning end almindelig straf."

N blev fundet skyldig i røveri efter straffelovens § 288, stk. 1, nr. 1, og idømt fængsel i to år.

Sygehistorie 2 (A 34431)

J er en 30-årig handelsmand, der tidligere var idømt fængsel i 2 år for overtrædelse af straffelovens § 191, samt lov om euforiserende stoffer ved sammen med en medgerningsmand at have indsmuglet og videre solgt ca. 255 gram heroin. J havde tidligere afsonet en fængselsdom for overtrædelse af straffelovens § 171, (dokumentfalsk). Aktuelt var han i 1993 blevet idømt fængsel i 1 år og 3

måneder for overtrædelse af straffelovens § 171 og § 279, dokumentfalsk og bedrageri. J ankede dommen med påstand om ændring til en betinget dom, eventuelt med vilkår om behandling, idet han mente at lide af aleamania (spillelidenskab).

J blev herefter på forsvarerens begæring ambulantly mentalundersøgt.

Speciallæge i psykiatri, B, afgav i marts 1994 erklæring og fremhævede i sin konklusion, at ..."J lider af patologisk spillelidenskab, defineret som en impuls kontrol-forstyrrelse, der synes at optræde som et isoleret dekompressionsfænomen". Speciallægen fandt J omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, og anbefalede, med henvisning til risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anvendelse af en særforanstaltning, jf. § 68, 2. pkt., i form af en dom til "anbringelse", idet speciallægen dog yderligere anbefalede, at J blev "anbragt" i Anstalten ved Herstedvester.

Retslægerådet fandt erklæringen så mangelfuld, blandt andet var den psykopatologiske vurdering særdeles overfladisk, at rådet henstillede, at der blev foretaget fornyet ambulantly mentalundersøgelse, ..."blandt andet med henblik på nøjere beskrivelse af J's personlighedsstruktur og dennes eventuelle betydning for den angivne spillelidenskab".

J blev herefter i september 1994 ambulantly mentalundersøgt på en retspsykiatrisk afdeling, hvor overlæge L afgav erklæring.

Samlet fremgår, at J's mormor havde lidt af manio-depressiv psykose, og at hun havde begået selvmord. Herudover skulle der ikke være forekomst af psykisk lidelse i slægten.

J er opvokset under ordnede sociale forhold i en mindre provinsby som nummer et af to søskende. Forældrene blev skilt, da han var 12 år gammel. Begge børn blev hos moderen, som hurtigt etablerede et nyt samlivsforhold med en selvstændig håndværker, som J imidlertid havde et anspændt forhold til.

J klarede sig dårligt i skolen. Efter ni års skolegang fik han en læreplads som værktøjsmager. Efter endt læretid har han haft skiftende arbejdspladser inden for sit fag. I perioder har han arbejdet som jockey på en travbane.

J havde haft tre samlivsforhold af flere års varighed. På tidspunktet for mentalobservationen havde han igennem et år samlevet med en syv år yngre kvinde, med hvem han har en datter. Han var dog ikke særlig engageret i forholdet, som han ønskede at ophæve. J har været legemligt rask.

J udtalte under mentalobservationen blandt andet, at han var meget optaget af travløb, blandt andet på grund af den afvekslende karakter i arbejdet som jockey. Han havde en drøm om at starte sin egen stald, og havde til det formål brug for kapital. Dette var baggrunden for hans narkotikasmugling. Aktuelt var han handelsmand, men angav at han i høj grad

levede af plat og svindel.

Siden J var 14-15 år gammel, havde han spillet på travheste, og det antog nærmest karakter af besættelse for ham at spille via forskellige terminalbaserede systemer. Han havde et spilleforbrug på 2.000 - 3.000 kroner dagligt, idet enhver gevinst blev skrevet af på et beløb, han skyldte kioskejerne, hvorimod et tab forøgede gælden. Han havde selv en følelse af, at hans optagethed af at spille var en betydelig belastning for ham, og han havde forsøgt forskellig behandling, blandt andet i et distriktspsykiatrisk center. Her fik han tilbud om medicin, hvilket han ikke ønskede. Under en indsættelse i åbent fængsel havde han drøftet sin spillelidenskab med en psykiater, og han havde forsøgt at komme i behandling på et behandlingshjem, hvor der er gennemført kurser mod spillelidenskab. J havde ikke haft et misbrug, og han havde aldrig frembudt tegn på psykisk sygdom, men han opfattede selv sin spillelidenskab som sygelig og ønskede behandling herfor.

Overlæge L konkluderede: ..."J er ikke sindssyg og kan ikke antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet og uden kliniske tegn på demens eller epilepsi. J må i personlighedsmæssig henseende beskrives som afvigende, præget af behov for vedholdende aktivitet, impulsivitet og holdningsløshed. J har igennem flere år i tiltagende grad været ude af stand til at modstå impulsen til spil. Han opfylder i prin-

cippet de krævende diagnostiske kriterier for sygelig spillelidenskab (aleamania). Men denne tilbøjelighed kan ikke ses isoleret, idet den må betragtes som et led i hans antisociale personlighedsforstyrrelse.

Samlet findes J omfattet af den personkreds, der omtales i straffelovens § 69, stk. 1. Ifald han findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan der ikke peges på særforanstaltninger efter samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlig foranstaltning end straf".

Retslægerådet anførte i sit resposum, oktober 1994, ..."at J ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunkterne for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Han misbruger ikke alkohol eller euforiserende stoffer. Personlighedsmæssigt beskrives han som afvigende, blandt andet overfladisk, impulsiv, rastløs og selvcentreret, samt præget af tilbøjelighed til at forbise og bagatellisere egne vanskeligheder eller problemer.

Rådet kan tilslutte sig overlægens vurdering af, at J's såkaldte "spillelidenskab" ikke kan ses som et isoleret fænomen, men må opfattes som et element i hans personlighedsmæssige egenart. J findes herefter omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men Retslægerådet kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlig end straf".

Vestre Landsret stadfæstede dom-

men på seks måneders ubetinget fængsel.

Sygehistorie 3 (A 34730)

A er en 52-årig mand, der var sigtet for 3 tilfælde af væbnet røveri. Han erkendte sig skyldig. A havde ikke tidligere været straffet.

Af mentalobservationserklæring afgivet af overlæge B i januar 1995 fremgår blandt andet, at A har en bror, der lider af dissemineret sklerose. Herudover er der ingen tilfælde af neurologisk eller psykisk lidelse i A's familie. Han er opvokset under stabile og harmoniske forhold hos samboende forældre som nummer to af fire søskende, der alle er veludannede og har klaret sig godt. De økonomiske forhold i barndomshjemmet var gode, men A oplevede, at den følelsesmæssige kontakt til forældrene var noget sparsom. Han gennemførte realeksamen og blev herefter uddannet reklametegner. Han har i en årrække været beskæftiget som free-lance tekstforfatter. Han har været gift igennem mange år og har en datter i ægteskabet. Datteren har helt fra spæd været somatisk syg, hvilket formentlig har præget familielivet og ægteskabet.

A har aldrig frembudt tegn på psykisk sygdom. Igennem de seneste år har han udviklet en kronisk gigtlidelse, men har i øvrigt været legemligt rask. Inden for de sidste 5-6 år har han haft stigende økonomiske problemer. Han har oparbejdet en alvorlig gæld og blev i begyndelsen af 90-erne erklæret konkurs. Han anførte selv, at hans livsanskuelse

altid har været præget af ubekymrethed, og at han i forhold til økonomi har udvist mangel på ansvarlighed. På undersøgelsestidspunktet havde han en personlig gæld på 3,2 millioner kroner. A har i øvrigt beskrevet sig som udadvendt, foretagssom og impulsiv. Han har benægtet enhver form for misbrug og har aldrig oplevet længerevarende ændringer i sin grundstemning eller i øvrigt frembudt symptomer på affektiv sindslidelse.

A har ikke tidligere været forfalden til spil under nogen form, men efter konkursen i begyndelsen af 90-erne vandt han en aften under et casino-besøg en større sum penge. Håbet om via vedvarende casinospil at kunne redde sin økonomiske situation fik ham til gentagne gange at op-søge casinoet. Dette medførte imidlertid yderligere tab, men hver gang han atter var i besiddelse af kontanter, opsøgte han et casino og spillede, til pengene var forsvundet. Han kom således ind i en ond cirkel, hvor han følte sig under svært psykisk pres med skiftende oplevelser af opstemthed, tristhed med anger og selvmordstanker. Han søgte behandling hos psykolog, men ophørte efter få gange, da behandlingen dels var bekostelig, dels havde han fornemmelse af, at den ikke havde nogen afgørende effekt. Endvidere valgte han frivilligt at blive adgangsfornent til pågældende casino, men han ophævede hurtigt selv denne ordning, da han igen fik penge mellem hænderne. A forklarede om de påsigtede røverier, at han efterhånden var kommet ud i en lidt kaotisk

og psykisk svært belastende situation, hvor han foretog sig personlighedsfremmede handlinger. Han opfattede sig selv som "syg", lidende af patologisk spillelidenskab.

Overlæge B konkluderede i mentalobservationserklæringen, at ..."Observanden er således ikke fundet sindssyg og kan ikke antages at have været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Observanden er fundet velbegavet og uden præg af svækkelse af åndsevnerne. Observanden var ikke påvirket af alkohol eller medicin på tidspunktet for de påsigtede handlinger, og der er således ikke holdepunkt for antagelsen af, at en såkaldt abnorm rustilstand har foreligget.

Det har været fremført af observanden selv, at han skulle lide af en såkaldt patologisk spillelidenskab. I de diagnostiske kriterier for denne tilstand indgår hyppigt gentagne episoder af spillelidenskab, som dominerer personens liv på bekostning af sociale, arbejdsmæssige og familiemæssige værdier og forpligtelser. Man har ikke, ud fra det af observanden oplyste, fundet, at han med sikkerhed kan henføres under denne tilstand, som på grundlag af det oplyste opstod i forbindelse med uoverskuelig økonomi og betydelig gæld, forhold der ikke var opstået på grund af spillelidenskab.

Klinisk har observanden ikke frembudt markante træk på svære karakterafvigelse, han har fremtrådt relevant bekymret over sin belastede situation, en bekymring som hans

tilgrundliggende optimistiske og positive livssyn synes at kompensere for i væsentlig grad.

Observanden findes herefter ikke med sikkerhed omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men om så skulle være, kan man ikke, såfremt han findes skyldig, pege på andre foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuelt forskyldt straf".

Efter forhandling, jf. forretningsordenens § 4, med den erklæringsgivende overlæge udtalte Retslægerådet: ..."På baggrund af det foreliggende, især mentalobservationserklæring fra overlæge B, skal Retslægerådet udtale, at A ikke er sindssyg, og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han er velbegavet. Der er ikke tegn på, at han var under indflydelse af alkohol eller stoffer.

Personlighedsmæssigt beskrives han som afglidende og usikker med hensyn til følelsesladede emner, og med tendens til intellektualisering. Samlet fremtræder han dog ikke personlighedsmæssigt forstyrret i væsentlig grad. Gennem de seneste cirka tre år har han i tilslutning til økonomiske problemer hyppigt deltaget i casinospil.

Retslægerådet finder det tvivlsomt, om hans tilbøjelighed til spil kan betegnes som en så gennemgribende impulspræget adfærdsforstyrrelse, at der foreligger patologisk spillelidenskab. Selv om dette skulle være tilfældet, finder Retslægerådet ikke, at

A har befundet sig eller aktuelt befinder sig i en sådan tilstand af forstyrrelse af de psykiske funktioner, at han kan henføres til straffelovens § 69, stk. 1. Rådet kan således ikke pege på foranstaltninger uden for det almindelige sanktionssystem".

A blev fundet skyldig og idømt fængsel i tre år og seks måneder.

Kommentar:

I ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. udgave), som er indført i Danmark den 01.01.94, defineres patologisk spillelidenskab (alea-mania - undertiden fejlagtigt betegnet som ludomani) således:

"Karakteriseres ved hyppig gentagne episoder af spillelidenskab, som dominerer personens liv på bekostning af sociale arbejdsmæssige/familie-mæssige værdier og forpligtelser".

Den patologiske spillelidenskab må således skelnes fra den normale spillelidenskab (eller spillelyst), men også fra spillelidenskab hos personlighedsafvigende eller sindssyge personer.

ICD-10 indeholder en lang række adfærdsforstyrrelser, ud over patologisk spillelidenskab for eksempel også pyromani og kleptomani, seksuelle forstyrrelser m.v. Det er væsentligt at understrege, at der, hvad angår disse tilstande, ikke er tale om "sygdomme" som sådan, men om en afvigende adfærd, der eventuelt kan være udtryk for en psykisk forstyrrelse, og hvor en lægefaglig vurdering derfor kan være af betydning.

Dette indebærer, at personer, der alene udviser en patologisk spillelidenskab eller en af de andre nævnte adfærdsforstyrrelser, uden i øvrigt at være personlighedsafvigende eller frembyde andre tegn på psykisk sygdom, efter Retslægerådets opfattelse ikke er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, og derfor heller ikke vil kunne idømmes foranstaltninger i henhold til samme lovs § 68, 2. pkt.

Såfremt den patologiske spillelidenskab må opfattes som en følge af - eller et symptom på - en underliggende psykopatologisk tilstand, vil Retslægerådet efter en helt konkret vurdering kunne pege på anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, hvorved bemærkes, at der findes spredte meddelelser om vellykket behandling med anvendelse af adfærdsterapeutiske teknikker eventuelt i kombination med behandling med antidepressivt virkende medicin over for patologisk spillelidenskab.

Den første sag er fra 1992, det vil sige før ICD-10 blev indført. Retslægerådet blev her første gang eksplicit anmodet om at tage stilling til begrebet patologisk spillelidenskab, og som det fremgår af rådets udtalelse, fandt rådet det tvivlsomt, om der er tale om en selvstændig psykiatrisk sygdomsenhed. I såvel denne som den næste sag fandtes de sigtede personligheds-mæssigt afvigende, hvor den såkaldte spillelidenskab må ses som et ledsagefænomen betinget af de pågældendes kortsynede og impulsprægede adfærd. På grundlag af personlighedsafvigelse

fandt Retslægerådet begge omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men rådet kunne altså ikke pege på foranstaltninger, jf. § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf. Denne vurdering ligger på linie med rådets praksis, hvorefter en selv udtalt personlighedsafvigelse som hovedregel ikke medfører anbefaling af en særforanstaltning.

Hvad endelig angår den tredje sag, fandt Retslægerådet det tvivlsomt,

om der overhovedet var tale om en spillelidenskab, endsige en patologisk spillelidenskab. A var personligheds-mæssigt ikke i sværere grad afvigende, men en manglende økonomisk ansvarlighed havde medført, at han havde fået betydelige økonomiske problemer, som han forsøgte at løse ved hyppige casinobesøg. A's adfærd kan måske karakteriseres som "spillelyst" - og det er ikke i sig selv nogen afvigende adfærd eller psykiatrisk diagnose.

Skærpelse af psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens § 72 på grund af risiko for kriminelt recidiv

38-årig skizofren kvinde var for brandstiftelse blevet dømt til ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen. Flere år efter dommen anbefalede den behandlende overlæge, at foranstaltningen blev udvidet med mulighed for indlæggelse, idet kvindens psykiske tilstand var forværret, blandt andet havde hun psykotisk betingede tilskyndelser til brandstiftelse. Retslægerådet støttede overlægens anbefaling, som ligeledes blev fulgt af retten. (A35811).

J er en 38-årig kvinde, der i 1991, 33 år gammel, blev dømt for overtrædelse af straffelovens § 181, stk. 1, (ildspåsættelse). I anledning af sigtelsen var hun blevet mentalundersøgt af overlæge N. Af erklæringen fremgår blandt andet, at der var massiv forekomst af psykiske lidelser i J's faders familie. Faderen var således ud af en søskendeflok på 12, hvoraf kun to var psykisk raske. J selv var opvokset som nummer to af fem søskende under små og konfliktfyldte forhold, specielt er forholdet til faderen beskrevet som dårligt. Hun oplyste, at hun 4-5 år gammel blev udsat for seksuelt misbrug af en "børnelokker".

J har ni års skolegang. Hun klarede sig såvel fagligt som socialt dårligt. Efter skolegangens afslutning fik hun fabriksarbejde, men blev afskediget i forbindelse med sin første indlæggelse på psykiatrisk afdeling i 1976, hun var da 18 år gammel. De følgende to år var hun i form af tallose korterevarende indlæggelser

næsten konstant indlagt på psykiatriske afdelinger i Københavnsområdet. Hun levede en omflakkende tilværelse, havde et overforbrug, måske periodisk misbrug af alkohol og medicin, ligesom hun misbrugte hash og eksperimenterede med forskellige euforiserende stoffer.

Da J var 20 år gammel, fik hun kontakt til en kristen organisation, som hjalp hende til Jylland, hvor hun efter at være flyttet lidt rundt ret hurtigt blev gift. Ægtefællen var ansat i menigheden. Parret havde tre mindreårige børn og boede på domstidspunktet (1991) i en mindre jysk provinsby. J var i det væsentlige legemligt rask.

J havde helt fra barndommen været indelukket med vanskeligheder ved at etablere egentlig følelsesmæssig kontakt med andre mennesker. Hun havde ingen kammerater i skolen, og hun levede som barn i høj grad i en fantasiverden. Hun blev let aggressiv, og hun havde en tilbøjelighed til

at skade dyr. Som ung udviklede hun som anført et vist misbrug, hun strejfede rundt, og hun begyndte at udvise en selvbeskadigende adfærd i form af, at hun skar i sig selv. Under de første indlæggelser i begyndelsen af 1976 fandtes J ikke sindssyg, men personlighedsmæssigt afvigende med et alkoholmisbrug, hvortil kom, hvad der blev opfattet som ikke alvorligt mente selvmordsforsøg. Man mistænkte dog en begyndende skizofren udvikling, og under den fjerde indlæggelse i slutningen af 1976 fandt man, at J havde udviklet en skizofreni. Under de mange indlæggelser de følgende par år frembød J svære sindssygdomssymptomer såsom dårlig følelsesmæssig kontakt, vekslende hallucinationer på syn og hørelse, vrangforestillinger af blandt andet forfølgelseskarakter og formelle forstyrrelser af tænkningen. Hun havde hertil et blandet misbrug, hvorfor hun i perioder var i antabusbehandling, ligesom hun blev behandlet med forskellige former for antipsykotisk virkende medicin. Under en indlæggelse i august 1978 forlangte hun sig pludselig udskrevet efter at have nægtet medikamentel behandling. Hun var herefter uden kontakt til det psykiatriske behandlingssystem indtil 1981, hvor hun i anledning af en pensionsansøgning blev indlagt på en psykiatrisk afdeling i Jylland. Hun oplyste, at hun var ophørt med misbruget, og at hun følte sig psykisk rask. Under indlæggelsen fandtes hun noget umoden, men i øvrigt i det væsentlige psykisk upåfaldende. Hun blev udskrevet i forbindelse med, at hun skulle giftes, og ansøgningen om

pension blev trukket tilbage.

De følgende seks år modtog J ingen form for behandling, men fra 1987, hvor J var 29 år gammel, til 1990 gik hun på grund af angst og tvangssymptomer i ambulans behandling hos en praktiserende psykiater. J afbrød kontakten, men blev ca. tre måneder senere akut henvist til det regionale distriktspsykiatriske center på grund af selvmordsimpulser. Hun havde igen udviklet en trang til at skære i sig selv, hun havde forskellige tvangssymptomer, hvortil kom, at hun havde en følelse af, at forskellige personer førte en dialog hen over hovedet på hende, og at hun var i tvivl om, hvorvidt de tanker, hun tænkte, var hendes egne. Hun blev taget i behandling ved centret i form af støttende samtaler en gang om ugen hos en ergoterapeut.

Cirka tre måneder senere satte J ild til fem affaldssække i baggården til en beboelsesejendom. Af dombogen fremgår følgende om hændelsesforløbet: ..."Tiltalte har erkendt sig skyldig og forklaret, at hun den pågældende dag havde opholdt sig i sit hjem sammen med sin mand og sine tre børn. Hun havde det dårligt, der var personlige problemer. Sammen med sin mand havde hun drukket en del, så hun var blevet beruset. Hun havde også indtaget noget lægeordineret nervemedicin. Medens hendes mand sov, forlod hun sit hjem. Hun var rastløs og gik så på restaurant, hvor hun drak noget øl. Efter et kort ophold der ringede hun til vagtlægen, for at han kunne få hende ind-

lagt på psykiatrisk skadestue på X sygehus. Han sagde, hun skulle gå hjem, og da hun ikke ville det, foreslog han hende at henvende sig på sygehuset. Der kunne man imidlertid ikke gøre noget. På en restaurant drak hun noget mere, og da hun mente, at hun på den måde kunne få hjælp, gik hun om i baggården til en ejendom, hvor hun under et halvtagsatte ild i nogle papiraffaldsposer. Hun så, at det blussede op og gik hen og ringede til brandvæsenet og fortalte, at der var ild i nogle skraldespande. Hun gik om til baggården igen og så brandbilen komme. Da brandvæsenet ikke kunne finde, hvor der var ild, kørte man igen. J var for langt væk til, at hun kunne nå at få kontakt med brandbilen. Hun satte så igen ild i nogle af papirposerne, ringede på ny for at få fat i nogen, der kunne ringe efter brandvæsenet igen. Formålet var dels at få hjælp til at slukke ilden, og dels at få hjælp til sig selv. Brandvæsenet kom så til stede. Hun blev på stedet og så ilden blive slukket, talte med nogle af brandfolkene uden at fortælle, hvad hun havde gjort og gik derefter hjemad. Hun blev derefter antastet af brandinspektøren, der fik hende med på brandstationen. Hun fortalte senere politiet, at det var hende, der havde sat ild på".

Overlæge N beskrev i mentalerklæringen J som uden sindssygelige symptomer, ..."stille og rolig" samt noget bekymret for retssagen. I erklæringen konkluderedes blandt andet: ..."Hun har i de sidste tre måneder følt sig overbelastet, og i forbindelse hermed har hun været pla-

get af tvangssymptomer samt svigtende impuls kontrol, og man må formode, at hun i korte perioder har været lettere psykotisk (sindssyg). Hun har i lighed med tidligere udvist selvdestruktiv adfærd samt udadageren (ildspåsættelse). Hun må således anses for fortsat at være overordentlig skrøbelig i psykisk henseende. Hendes forsvarsmekanismer er svage, og der vil derfor være en vis risiko for, at hun i situationer, hvor hun måtte føle sig presset, vil kunne gentage lignende handlinger, som dem hun nu er sigtet for. Patienten må skønnes at have behov for fortsat psykiatrisk behandling (støttende samtaler og eventuel psykofarmaka), og denne vil sandsynligvis kunne mindske risikoen for farlige impulsive handlinger".

Erklæringen blev efterfølgende forelagt den stedlige embedslægeinstitution, der tilsluttede sig erklæringens konklusion med følgende bemærkning: "Embedslægeinstitutionen konkluderer på denne baggrund, at J periodevis er sindssyg. Hun må herefter antages at henhøre til den i straffelovens § 16, stk. 1, omhandlede personkreds. Såfremt hun findes skyldig i de påsigtede handlinger, skal man i henhold til samme lovs § 69 anbefale psykiatrisk behandling i form af støttende samtaler plus psykofarmaka og eventuel antabusbehandling".

J blev af retten fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og dømt til ..."ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling

med tilsyn af Kriminalforsorgen".

Sagen blev forelagt Retslægerådet fem år senere. Anledningen var, at statsadvokaten rutinemæssigt havde forespurgt den behandlende afdeling, om det fandtes formålstjenligt at opretholde foranstaltningen, hvad overlæge L anbefalede, medens J ønskede foranstaltningen ophævet. Det foreliggende erklæringsmateriale var ufuldstændigt, hvorfor rådet måtte anmode om en supplerende, mere uddybende erklæring, som blev afgivet af overlæge A. Samlet fremgik, at J nu levede alene. Ægteskabet var blevet opløst i 1991, det vil sige omkring domstidspunktet. Hun havde i en periode boet på institution med de tre børn, men de havde nu ophold hos faderen. J så børnene hver 14. dag. Hun var flyttet noget rundt, men havde kontinuerligt været i psykiatrisk behandling, blandt andet havde hun været indlagt et par gange, således i 1994, hvor hun havde skåret sig selv og havde haft tanker om ildspåsættelse. De behandlende afdelinger fandt, at J led af en såkaldt skizotypisk sindslidelse, det vil sige en principielt ikke-sindssygelig tilstand beslægtet med skizofreni. I 1995 overgik behandlingen til en ny behandlingsenhed, og her fandt man, at J led af skizofreni. I juli måned samme år ophørte hun med den medikamentelle behandling, hvorfor hun måtte genindlægges i perioden august til november 1995 med ophold på lukket afsnit. Hun fandtes i udtalt grad sindssyg, blandt andet hørte hun stemmer, der tilskyndede hende til at sætte ild på. Efter at den medikamentelle be-

handling var genoptaget, blev hendes tilstand bedre, og hun kunne udskrives til fortsat ambulante behandling, som bestod i dagligt fremmøde i et støttecenter, hyppigt fremmøde i distriktspsykiatrisk center, tilsyn af en distriktssygeplejerske hver anden uge samt medikamentel behandling, som blev administreret af et nærliggende ældrecenter. Den medikamentelle behandling bestod af to former for antipsykotisk virkende medicin, det ene givet i depotform (Cisordinol depot 200 mg pr. uge samt tabl. Melleril 50 + 50 + 100 mg daglig og 100 mg ved behov), beroligende medicin (tablet Alopam 15 mg x 3 daglig), bivirkningsmedicin og antabus. Trods behandlingen var hun jævnlige høreleshallucineret, hvor stemmerne blandt andet kommenterede hendes adfærd. Hun benægtede, at stemmerne tilskyndede hende til ildspåsættelse, men angav samtidig, at hun kunne kæmpe imod sådanne tanker ved at bede til Gud. Det fremgik endvidere, at J formentlig ville ophøre med den medikamentelle behandling, såfremt foranstaltningen blev ophævet. Overlæge A konkluderede: "...J lider af skizofreni af udifferentieret type. Hun er på trods af relevant psyko-farmakologisk behandling fortsat psykotisk, dog uden tendens til at bringe tanker og impulser til udførelse. Selv om hun er i et stramt behandlingsregime, må tilstanden alligevel anses for ustabil, således at der kan opstå fare for kriminelle handlinger. Det anbefales derfor, at den aktuelle ambulante behandlingsdom ændres til behandlingsdom med adgang til indlæggelse".

På basis af det samlede materiale udtalte Retslægerådet blandt andet: "Rådet finder, at J lider af skizofreni. Hun er blandt andet i behandling med en stor dosis antipsykotisk virkende medicin givet i depotform, denne behandling kan dæmpe hendes symptomer, men hun er fortsat hørelshallucineret, og det må antages, at stemmerne tilskynder hende til ildspåsættelse. Retslægerådet kan tilslutte sig overlægens vurdering af, at hendes tilstand aktuelt er ustabil, og at der kan være behov for indlæggelse på psykiatrisk afdeling med et fareafværgende sigte, f.eks. fordi hendes tilskyndelser til ildspåsættelse forstærkes, hvorfor rådet skal anbefale den idømte foranstaltning ændret til dom til ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse".

Ved kendelse af 12.11.96, i medfør af straffelovens § 72, blev foranstaltningen ændret i overensstemmelse med Retslægerådets anbefaling.

Kommentar:

Straffelovens § 72 lyder: "Bestemmelse om ændring eller om endelig ophævelse af en foranstaltning efter §§ 68-70 træffes ved kendelse efter begæring fra anklagemyndigheden, anstaltsledelsen, bistandsværgen eller den dømte. Begæring fra anstaltsledelsen, bistandsværgen eller den dømte fremsættes over for anklagemyndigheden, der snarest muligt indbringer spørgsmålet for retten.

Tages en begæring fra bistandsværgen eller den dømte ikke til følge, kan ny begæring ikke fremsættes, før der er forløbet et halvt år fra kendelsens afsigelse".

Det er i medfør af denne bestemmelse, at en idømt foranstaltning mildnes, typisk en anbringelsesdom til en behandlingsdom, eller endelig ophæves. Bestemmelsen kan imidlertid, som det fremgår af denne sag, også anvendes til at skærpe en idømt foranstaltning, selv om domfældte ikke har foretaget sig kriminalitet, men det er rådets erfaring, at en sådan anvendelse af bestemmelsen kun ses yderst sjældent. En idømt psykiatrisk særforanstaltning pålægger såvel den behandlende afdeling som den dømte, at gennemføre et psykiatrisk behandlingsforløb blandt andet med henblik på at nedsætte risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet. De forskellige psykiske sygdomme kan over tid veksle såvel i sygdomsintensitet som i fremherskende symptomer, hvilket også fremgår af den her refererede sag. Det kunne således antages, at blev en retspsykiatrisk patients psykiske tilstand forværret, kunne der ikke helt sjældent være behov for at skærpe foranstaltningen. Når dette alligevel kun yderst sjældent ses, kan årsagen antages at være, at de "rene" ambulante foranstaltninger uden mulighed for indlæggelse kun anvendes i begrænset omfang og fortrinsvis i forbindelse med lettere psykiske forstyrrelser. Åbner den idømte foranstaltning mulighed for indlæggelse, kan og skal den behandlende afdeling foranstalte ind-

læggelse, såfremt en retspsykiatrisk patients tilstand forværres, herunder at der kan antages at være risiko for kriminelt recidiv. Indlæggelsestiden for personer, der er omfattet af straffelovens § 16, er tidsubegrænset. For personer omfattet af § 68, stk. 1, vil der være tidsgrænser, som imidlertid i givet fald kan søges forlænget, se herom i Retslægerådets årsberetning 1991, s. 41ff og 1993, s. 57ff.

Den refererede sag er særegen herved, at den oprindelige mentalerklæring hverken indeholdt nogen egentlig psykiatrisk diagnose, herunder en stillingtagen til, om J var omfattet af straffelovens § 16, subsidiært § 69, eller indeholdt noget egentligt sanktionsforslag ud over at konstatere, at J havde ..."behov for fortsat psykiatrisk behandling". Den givne behandling havde dog alene bestået af "støttende samtaler" hos en ergoterapeut. Embedslægeinstitutionen fandt J omfattet af § 16, stk. 1, hvilket der formelt set næppe var sikkert belæg for, idet J i mentalerklæringen er beskrevet som "lettere sindssyg" i "korte perioder". Såfremt sagen på daværende tidspunkt var

blevet forelagt Retslægerådet, ville rådet utvivlsomt have anmodet overlæge N, der havde udarbejdet erklæringen, om en nærmere diagnostisk vurdering og et begrundet sanktionsforslag udarbejdet efter de gældende administrative forskrifter, det vil sige Rigsadvokatens cirkulære nr. 234 af 10/12-1976, således at det blev klarlagt, om J efter overlægens opfattelse var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, eventuelt § 16, stk. 1, 2. pkt., eller § 69, stk. 1, og hvilken foranstaltning overlægen egentlig anbefalede.

Under hensyn til, at J var dømt for ildspåsættelse, at hendes psykiske tilstand i årene efter dommen var yderligere forværret, at hun var hørelshallucineret med stemmer, der formentlig tilskyndede hende til ildspåsættelse, og at hun ikke var særlig motiveret for psykiatrisk behandling, fandt Retslægerådet, at der kunne være behov for indlæggelse på psykiatrisk afdeling med et fareafværgende sigte, hvorfor rådet anbefalede foranstaltningen ændret, således at der blev åbnet mulighed for indlæggelse.

Paranoia

En nu 56-årig mand opvokset under svært belastende forhold. Fra puberteten begår han hyppig berigelseskriminalitet, som imidlertid ophører i 25 års alderen. Han udvikler i 47 års alderen klassiske symptomer på en kronisk paranoid psykose, som sluttelig fører til ildspåsettelse, blandt andet for at hævne sig på forfølgerne. Han findes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 og dømmes til psykiatrisk behandling. Den psykotiske tilstand klinger af uden medikamentel behandling, og dommen ophæves 2½ år senere (A36157).

R er en 56-årig mand tiltalt for brandstiftelse. Han blev mentalobserveret under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.

R's far var klunser, og hjemmet var, efter at moderen døde, da R var fire år gammel, præget af faderens alkoholisme, brutalitet og kriminalitet. Der var fem børn, men R er opvokset sammen med en fire år yngre lillebror. Han var ofte anbragt uden for hjemmet (børnehjem, familiepleje, optagelseshjem). Skolegangen var præget af pjækkeri og placering i heldagsskole. Skolepsykologen fandt ham læsesvag ("ordblind"), ukoncentreret, umoden men normalt begavet (IQ 100). R udgik af 7. klasse 15 år gammel.

Fra 13-14 års alderen begik han omfattende butikstyverier. R blev efter skoleophør medlem af en bande, der stjal biler og pengeskabe. 17 år gammel blev han fjernet af Børneværnet. 18 år gammel fik han en betinget dom. 19 år gammel blev han hjemsendt fra militæret efter indbrud og anbragt i ungdomsfængsel (Søbysøgård). Efter prøveløsladelse blev han

genindsat for tyveri, hærværk, kørsel uden førerbevis (Kærshovedgård). 24 år gammel fik han en fængselsdom på et år (Nyborg/Kragshovede). Efter prøveløsladelse december 1984 ingen kriminalitet før nuværende tiltale.

Under fængselsopholdene har han "med flid og interesse" indhentet nogle af de forsømte skolekundskaber.

Der har på intet tidspunkt været misbrugssymptomer.

R blev gift som 23-årig på grund af venindens graviditet. Ægteskabet varede 10 år, hvorunder R - efter prøveløsladelsen - i flere år stabilt havde et chaufførjob. Der er to børn fra dette ægteskab. Andet ægteskab blev indgået, da R var 36 år gammel, og opløst efter otte år på grund af konflikter med hustruens døtre fra første ægteskab. R arbejdede da i et bygningsrenoveringsfirma, og 46 år gammel startede han sin egen virksomhed inden for denne branche, hvilket krævede en betydelig arbejdsindsats. Han benyttede på dette

tidspunkt i en længere periode sit sommerhus til helårsbeboelse.

Da R var ca. 47 år gammel begyndte en konflikt med naboen om noget haveaffald, som i følge R førte til, at naboen begyndte at chikanere ham ved at kaste sten mod hans garageport, senere at skyde med luftgevær mod hans ruder og telefonchikane. R's gentagne henvendelser til landbetjenten var resultatløse. Efter to år fraflyttede R boligen, og de følgende fem år flyttede han i alt syv gange, idet han stadig følte sig forfulgt af naboen eller "fordrukne hippier og rockere", som stod i ledtog med naboen. Han følte sig endvidere forfulgt, når han færdedes i bil i trafikken og måtte gøre forsøg på at ryste forfølgerne af sig. Mest fred havde han i udlandet (Italien), hvor han opholdt sig i kortere eller længere perioder de følgende år. I denne periode forsømte han sit firma, undlod at indlevere regnskaber og blev sluttelig erklæret konkurs.

I 1992 (52 år) boede han i lejet værelse og levede af arbejdsløshedsunderstøttelse. Kort tid efter endnu et boligskit begyndte chikanerierne igen (baldren og banken især om natten). Han besluttede sig til sidst for at sætte ild til ejendommen ved hjælp af en hjemmelavet brandbombe - dels for at hævne sig på ejeren, som han mente, havde forbindelse med den tidligere nabo, dels for at påkalde sig politiets opmærksomhed. Han meldte sig efterfølgende til politiet.

Under mentalobservationen befandt

R sig godt på en lukket psykiatrisk afdeling, hvor han følte sig beskyttet mod forfølgelsen. Han fremstod venlig og imødekommende med god kontaktevne, neutral af stemning, men ulykkelig over den isolation, forfølgelsesforestillingerne havde bragt ham i. Personlighedsmæssigt beskrives han som afbalanceret uden personlighedsafvigende træk. Realitetstestningen er "markant læderet og ekstremt velafgrænset omkring en forestillet forfølgelse". Han anses for velbegavet. Der er ikke foretaget psykologisk undersøgelse.

Konklusionen lyder: ..."På grund af hans persekutoriske paranoia (vrangforestillinger af forfølgeses karakter (rådets bemærkning)) må observanden henregnes til den i straffelovens § 16, stk. 1 omhandlede personkreds. Som foranstaltning til forebyggelse af lignende kriminalitet foreslås psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen (eventuelt i forbindelse med sygehus eller afdeling) under udskrivning, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffe bestemmelse om (gen)indlæggelse".

Retslægerrådet anførte i udtalelse af 12.08.94 blandt andet:"R lider af persekutorisk paranoia (= kronisk paranoid psykose det vil sige kronisk sindssygdøm med forfølgelsesforestillinger) og er således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. I fald han findes skyldig, skal Retslægerrådet som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende

dende eller under tilsyn heraf således, at overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse".

Den 14.09.94 blev R ved byretten idømt "behandling på hospital for sindslidende eller under tilsyn heraf således, at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse".

Vilkår om tilsyn af Kriminalforsorgen er ikke medtaget i Retslægerådets udtalelse eller dommen, idet Kriminalforsorgen havde udtalt, at man ikke anså tilsyn for påkrævet i denne sag.

Om det videre forløb oplyses i erklæringer fra den behandlende overlæge: ..."R forblev indlagt til primo 1995, overgik herefter til daghospitalsbehandling og blev senere fulgt ambulant. Der har ikke været institueret medikamentel behandling. Under indlæggelsen afblegedes de psykotiske symptomer, R var en eksemplarisk patient, hjælpsom over for alle, i en periode en effektiv leder af Patientrådet. Han forberedte sin udskrivning omhyggeligt, havde planer om egen virksomhed med iværksætterstøtte, men dette måtte opgives. R tog derefter hyrevognskørkort og arbejder nu som hyrevognschauffør. Han klarer sig økonomisk godt, har planer om andelsbolig".

R beskrives aktuelt (efteråret 1996) som glad og venlig, meget punktlig i sit fremmøde. Han har evnet at tackle uventede, sociale problemer og har ikke siden foråret 1995 frembudt paranoide symptomer.

I seneste udtalelse fra Retslægerådet (15.01.97) anføres blandt andet: ..."Der er i forløbet indtrådt en udtalt bedring i tilstanden, således at R det sidste 1½-2 år ikke har frembudt sindssygelige symptomer, ligesom der er sket en betydelig social stabilisering, idet han påny er i arbejde og planlægger at købe en andelslejlighed. Der har ikke været ny kriminalitet.

På denne baggrund skal Retslægerådet anbefale, at man følger den behandlende overlæges råd om at opheve den dømte foranstaltning".

Dette skete ved byrettens kendelse af 15.04.97

Kommentar:

R's forløb er klinisk interessant af to grunde, dels på grund af ophøret af en kriminel løbebane i 25 års alderen, dels på grund af ophøret af en erfaringsmæssig kronisk sindslidelse i 55 års alderen.

R kunne synes prædestineret til en kriminel karriere: Tidligt tab af moder, en arbejdssky, alkoholmisbrugende, kriminel fader, der ofte slog og vanrøgtede børnene, hyppige skoleskift, pjækkerier, senere tyverier og ungdomsbandeaktiviteter - og så synes der, måske i forbindelse med et ellers ikke særligt lykkeligt ægteskab, at ske en modning. Der har ikke siden 24 års alderen været berigelseskriminalitet. En ikke helt almindelig "solstrålehistorie".

Da R var omkring 47 år gammel, blev han indblandet i en nabokon-

flikt, som af ukendte årsager i løbet af et par år førte til, at han udviklede en psykotisk tilstand præget af forfølgelsesforestillinger. Det er uklart, om de lyde, han hørte, var af hallucinatorisk karakter eller var paranoide fortolkninger af sanseindtryk (f.eks. grenes slag mod ruden).

Tilstanden opfylder alle kriterier for det, der i den aktuelle sygdomsklassifikation (ICD-10) kaldes enkel paranoia, der er en sædvanligvis vedholdende og undertiden livslang psykotisk tilstand, hvis eneste dominerende symptom er en enkelt vrangidé (eller et sæt af beslægtede vrangforestillinger).

Det er således overraskende, at tilstanden efter ca. otte års varighed klinger af - tilmed uden medikamentel behandling - i forbindelse med en god støttende, miljøterapeutisk indsats.

Det skal bemærkes, at man har ganske få oplysninger om R's personlighedsstruktur og ingen konkret viden om eventuel "nøgleoplevelser" i relation til naboen (eller dennes hustru). Den klassiske beskrivelse af paranoiatilstande indebærer, dels en særligt sensitiv personlighedsstruktur, dels en særligt udløsende konfliktsituation.

Sagen illustrerer endvidere et tilfælde, hvor Kriminalforsorgen - efter mentalerklæringens afgivelse - blandt andet udtalte, at R's sociale situation er velafklaret, og at R synes indstillet på at følge behandlingen. På denne baggrund fandt Kriminalforsorgen ikke at kunne yde noget tilbud, som R ikke ville kunne få via den psykiatriske afdeling, et synspunkt Retslægerådet kunne tilslutte sig.

Ophævelse af en behandlingsforanstaltning uden reelt indhold

Sagen vedrørte en 37-årig mand, som i 1993 fik en dom til behandling. Han var sandsynligvis lidende af paranoid skizofreni. I 1996 anbefalede den behandlende overlæge dommen ophævet, idet man ikke efter psykiatriloven fandt grundlag for tvangsbehandling, og patienten modsatte sig antipsykotisk virkende behandling. Han blev fortsat beskrevet som sindssyg med bizarre vrangforestillinger og uindfølelig tankegang, men ikke decideret forpint eller angstpåvirket. Han var flere gange blevet afskediget fra jobbet, angiveligt som følge af forfølgelsesforestillinger. Retslægerådet var uenig med den behandlende overlæge vedrørende grundlaget for tvangsbehandling, og Retslægerådet anbefalede foranstaltningen opretholdt (A 35549).

K blev i 1992 mentalobserveret i forbindelse med en sigtelse for hærværk i betydeligt omfang. Det fremgår af mentalobservationserklæringen, at K på daværende tidspunkt aldrig havde været søgt psykiatrisk behandlet. I mentalobservationserklæringens konklusion er blandt andet anført følgende:

"Det drejer sig om en 37-årig mand, som formentlig siden 1986 og vel også tidligere har udviklet en psykotisk tilstand, overvejende præget af udtalte vrangforestillinger, hallucinationer, formentlig en paranoid skizofreni."

K fandtes at være omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og mentalobservationserklæringen anbefalede dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med sygehuset under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i

forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse. Retslægerådet og senere retten tilsluttede sig dette, og K blev i september 1993 idømt den anbefalede behandlingsdom. Sagen blev på ny forelagt for Retslægerådet i 1996 med henblik på eventuel ophævelse af den idømte foranstaltning. Af den, af overlæge X, til brug for sagen udarbejdede lægeerklæring fremgår, at K, som følge af flytning og forvirring i papirgangen, først konkret kom i kontakt med den behandlende hospitalsafdeling i december 1994, det vil sige 15 måneder efter dommen. Han var i december 1994 ved politiets mellemkomst indlagt i 10 dage i medfør af den retlige foranstaltning. Af lægeerklæringen fremgår herefter blandt andet følgende:

"Patienten blev under denne indlæggelse fundet psykotisk med persecutoriske vrangforestillinger af mere eller mindre bizar karakter, han

fandtes ikke forpint heraf og i sociale sammenhænge fungerede han ret normalt. Det fremgik desuden, at patienten antagelig havde været psykotisk siden slutningen af 1980'erne, men at han til trods herfor havde kunnet opretholde et rimeligt socialt liv og ind imellem kunnet klare et arbejde, oftest dog kun af få måneders varighed. Patienten var meget imod psykofarmakologisk/-medicinsk behandling mod psykosen. Der fandtes i henhold til psykiatriloven ikke indikation for tvangsbehandling".

Patienten blev som anført udskrevet efter 10 dage. I den følgende periode blev han behandlet i distriktspsykiatrien, hvor han fortsat vurderedes som præget af svære forfølgelsesforestillinger, uindfølelig tankegang og ganske ukorrigerbar, men ikke decideret forpint eller angstpåvirket. Han havde i perioder skaffet sig arbejde, men opsagde efter nogle måneder jobbet, idet han mente sig forfulgt fra arbejdspladsen. Patientens kontakt med distriktspsykiatrien var præget af talrige udeblivelser og som følge af forfølgelsesforestillinger lykkedes det ikke at etablere en bæredygtig behandlingskontakt, og patienten var fortsat ikke motiveret for medicinsk behandling af sindssygdommen. Man fandt fortsat ikke indikation for tvangsforanstaltninger. Der foreligger ikke oplysninger tydende på kriminelt recidiv, og lægerklæringen konkluderer: "Der findes således hverken med baggrund i det psykiatriske behandlingsmæssige aspekt eller forebyggelsesaspektet grundlag for opret-

holdelse af foranstaltningen".

Retslægerådet afgav 22.05.1996 en udtalelse, hvori blandt andet er anført følgende:

"Under indlæggelsen og ved den efterfølgende ambulante kontakt beskrives han som uændret, sammenlignet med tilstanden på domstidspunktet. Han er således fortsat sindssyg, præget af forstyrrelser i tænkningen, udtalte forfølgelsesforestillinger og påvirkningsfønelser samt læsion af den følelsesmæssige kontakt. Han har måttet opgive sit job, fordi han følte sig forfulgt på arbejdspladsen. Det er tidligere beskrevet, at hans sindssygelige oplevelser omfatter overbevisning om, at der er installeret teknologisk udstyr i hans krop, og at dette udstyr generer ham med et utal af "stemmer". Han beskrives fortsat som uden sygdomsfølelse og uden erkendelse af noget behandlingsbehov. K må diagnostisk betragtes som lidende af paranoid skizofreni (spaltningssindssygdom præget af vrangforestillinger). Den behandlende overlæge har ikke fundet grundlag for, eventuelt mod patientens vilje, at iværksætte behandling med antipsykotisk virkende medicin. Dette uagtet, at K efter de foreliggende oplysninger aldrig er forsøgt farmakologisk behandlet under forløbet af den langvarige sindssygdom. Retslægerådet er ikke enig med den behandlende overlæge i spørgsmålet om grundlaget for at iværksætte behandling, hvorved rådet udover det ovenfor anførte skal understrege, at om end der ikke foreligger oplysning-

ger om recidiv til ligeartet kriminalitet, må risikoen herfor antages at aftage i væsentlig grad, såfremt K's psykiske helbredstilstand bedres. Retslægerrådet vil derfor ud fra et lægeligt synspunkt være utilbøjelig til at anbefale den idømte foranstaltning ophævet, før mulighederne for at vurdere resultatet af en regelret gennemført behandling med antipsykotisk virkende medicin, er gennemprøvet".

Efter Retslægerådets udtalelse sluttede anklagemyndigheden at undlade at indbringe spørgsmålet om ophævelse af foranstaltningen for retten, hvilket den behandlingsansvarlige overlæge og patienten tog til efterretning.

Kommentar:

Retslægerrådet har i tidligere årsberetninger flere gange behandlet spørgsmålet om de psykiatriske særforanstaltningers administration og indhold, senest i årsberetningen 1994, s. 93ff. I den aktuelle sag var spørgsmålet, hvorvidt det skønnes tilstrækkeligt, at patienten en enkelt gang i medfør af dommen har været indlagt i 10 dage til vurdering og med henblik på motivering for antipsykotisk virkende farmakologisk behandling. Hertil kommer spørgsmålet om eventuel tvangsbehandling i medfør af psykiatriloven, idet der skal mindes om, at kriterierne for tvangsbehandling er de samme for retspsykiatriske patienter som for alle andre patienter. Det vil blandt andet sige, at vedkommende skal opfylde psykiatrilovens betingelser for tvangstilbageholdelse.

Med hensyn til grundlaget for tvangsbehandling af retspsykiatriske patienter kan der være grund til at se på 2 ekstremer:

Der findes tilfælde, hvor produktive psykotiske, oftest skizofrene, patienter flere gange har gennemgået behandling med antipsykotisk virkende medicin i relevant dosering, med vekslende præparater, og gennem en længere periode, uden at dette væsentligt har ændret den kliniske tilstand. I sådanne situationer kan grundlaget for tvangsbehandling mangle, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ikke kan siges at være forringet, såfremt tvangsbehandling undlades, idet det yderligere forudsætter, at patienten ikke er til fare for sig selv eller andre. Det skal imidlertid understreges, at en sådan patient meget vel kan nægtes udskrivning i medfør af den idømte foranstaltning, for eksempel såfremt der skønnes at være risiko for kriminelt recidiv, hvis patienten udskrives.

Der forekommer også tilfælde, som det foreliggende, hvor en skizofren patient igennem en længere årrække har været produktiv psykotisk, uden at der på noget tidspunkt er gennemført antipsykotisk virkende medikamentel behandling. I det aktuelle tilfælde er patienten ikke beskrevet som decideret forpint, men det er anført, at vrangforestillingerne har medført tab af beskæftigelse. Endvidere må anledningen, til at en retlig foranstaltning overhovedet kom i anvendelse være, at patienten havde

foretaget hærværk i betydeligt omfang. Efter Retslægerådets vurdering er sandsynligheden for betydelig og afgørende bedring i en langvarig og hidtil ubehandlet produktiv skizofren psykose så stor, at de i psykiatriloven omtalte forudsætninger for eventuel tvangsbehandling på dette punkt med sikkerhed er opfyldt.

Retslægerådet vil herefter opfatte det som uforsvarligt at undlade et behandlingsforsøg hos en hidtil ubehandlet psykotisk patient med bizar

produktiv psykopatologi, ledsaget af væsentlige sociale konsekvenser og i alt fald i ét tilfælde også ledsaget af hærværk i betydeligt omfang. Retslægerådet finder, at den aktuelle patient gennem en længere periode burde have været frihedsberøvet i medfør af foranstaltningen og herunder vedvarende søgt motiveret for antipsykotisk virkende medikamentel behandling og i sidste ende, om fornødent, have været tvangsbehandlet.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Rådet har i 1996 behandlet 173 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1994 og 1995 var antallet henholdsvis 213 og 214. Der var i 1996 11 sager om overførelse til sikringsanstalten ved Nykøbing Sjælland (farlighedsdekreter) samt 7 sager om ophævelse heraf.

Der har ikke i 1996 været foretaget nogen praksisændring. Sagsbehandlingstiden i rådet har gennemsnitligt været ca. 4 uger.

Fra rådets behandling af disse sager skal der fremdrages nogle bemærkelsesværdige sager.

A 35794

En tvangsindlæggelse med efterfølgende observation i 48 timer fandtes lovlig, uanset at det efter observationen fandtes usikkert, om der var fornødent grundlag for tvangstilbageholdelse.

Den 08.03.96 indbragte sygehusmyndigheden spørgsmålet om lovligheden af en tvangsindlæggelse for byretten. Rådet måtte to gange anmode om en supplerende lægeerklæring, idet grundlaget for frihedsberøvelsen var uklart beskrevet. Sagens vigtigste kendsgerninger fremgår af Retslægerådets udtalelse af 03.07.96:

"På grundlag af sagens akter (herunder hospitalsjournaler) og erklæringer af 08.03.96 og 12.06.96 fra overlæge P, X-hospital, psykiatrisk afdeling, skal Retslægerådet udtale, at Y i 1994 var kortvarigt indlagt på psykiatrisk afdeling på mistanke om skizofren sindssygdom. Den 06.03.96 blev Y genindlagt ved tvang på behandlingsindikation. Ifølge lægeerklæringen hertil var han sindssyg (skizofreni kompliceret af misbrug).

Han havde til lægen talt om "nukleare reaktorer, som sender udstråling". Ifølge moderen havde han talt om "truende ting, skydevåben" og råbt efter nogen ud af vinduet. Ved indlæggelsen tog han afstand fra de nævnte udtalelser og tanker. Kontakten med ham var dårlig, og det skønnedes - sammenholdt med den indlæggende læges oplysninger - at han kunne være psykotisk (sindssyg) og behandlingstrængende. Der kunne være tale om en sindssygelig tilstand fremkaldt af hashmisbrug. Den 08.03.96 var det usikkert, om han fortsat var psykotisk, hvorefter der ikke fandtes fornødent grundlag for tvangstilbageholdelse, og han blev udskrevet med tilbud om ambulans behandling. Efter rådets opfattelse var overlægens modtagelse af Y til indlæggelse nødvendig efter oplysningerne i tvangs-

indlæggelseserklæringen og ifølge den umiddelbare vurdering i afdelingen på indlæggelsesdagen, jf. psykiatrilovens § 9, stk. 2. Ligeledes finder rådet det berettiget og overensstemmende med almindelig praksis at observere ham i afdelingen i maksimalt 48 timer med henblik på eventuel formaliseret tvangstilbageholdelse og behandling, jf. psykiatrilovens § 10, stk. 3.

Ved byrettens dom af 11.09.96 fandtes hospitalets tvangsendlæggelse af Y lovlig. Retten bemærkede: "Idet der lægges særlig vægt på Retslægerådets erklæring, findes betingelserne i § 10, jf. § 5, i Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien for tvangsendlæggelsen af Y den 06.03.96, at have været opfyldt".

Kommentar:

Ifølge psykiatrilovens § 9, stk. 2, træffer overlægen afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt. Efter lovens § 10, stk. 3, skal overlægens beslutning om eventuel tvangstilbageholdelse meddeles senest 48 timer efter en tvangsendlæggelse, hvis patienten inden for det første døgn anmoder om udskrivning.

I denne sag fremgik det af overlæ-

gens supplerende erklæring, at tvangstilbageholdelsen ikke blev formaliseret. Rådet ønskede imidlertid også en nærmere redegørelse for berettigelsen af de 48 timers observation, fordi der i realiteten er tale om frihedsberøvelse.

§ 9, stk. 2, pålægger overlægen det endelige ansvar også for en tvangsendlæggelse, selv om grundlaget herfor i realiteten først kan afgøres efter indlæggelse og observation, hvorved nytten af de 48 timers observation også markeres.

Rådet skønnede, at overlægen efter de alvorlige oplysninger i lægeerklæringen, der dannede grundlag for tvangsendlæggelsen sammenholdt med den umiddelbare vurdering, måtte modtage patienten til indlæggelse og observation, hvilket svarer til gængs praksis. Dette er ikke i modsætning til, at der efter de 48 timer ikke fandtes at være fornødent grundlag for tvangstilbageholdelse. Retten tilsluttede sig Retslægerådets vurdering.

I øvrigt illustrerer sagen endnu engang nødvendigheden af fyldestgørende og omhyggelige lægeerklæringer - i særdeleshed i sager med tvivl.

A 35940

Byretten fandt en del af en tvangstilbageholdelse af en mand med affektiv sindslidelse ulovlig. På grundlag af en supplerende lægeerklæring og en udtalelse fra Retslægerådet fandt landsretten hele frihedsberøvelsen lovlig.

25.04.96 indbragte sygehusmyndigheden spørgsmålet om lovligheden af en frihedsberøvelse af en 69-årig mand med kendt bipolar, affektiv sindslidelse (manio-depressiv sindssygdom), der tidligere havde været indlagt flere gange, for byretten. Vedkommende var 14.04.96 blevet genindlagt på farlighedsindikation med udtalte maniske symptomer som storhedsforestillinger, overaktivitet, nedsat søvn, aggressiv, usamlet adfærd og trusler. Han blev tvangstilbageholdt på behandlingsindikation fra 15.04.96. Efter medicamentel behandling var der nogen bedring. Han forlangte sig udskrevet 22.04.96, men tvangstilbageholdelsen blev opretholdt, idet han fortsat på erklæringstidspunktet 25.04.96 fandtes psykotisk, urealistisk og uden sygdomsindsigt, og det skønnedes ikke muligt at behandle ham ambulant på dette tidspunkt. Tvangstilbageholdelsen blev ophævet 04.05.96, og samme dag blev han udskrevet.

Ved dom af 07.05.96 fandt byretten tvangstilbageholdelsen lovlig indtil 25.04.96, men ulovlig i perioden 26.04.-04.05.96. Retten udtalte: "Ved afgørelsen lægges det efter journalmaterialet til grund, at X allerede 15.04. havde nogen sygdomserkendelse og under indlæggelsen har accepteret relevant medicinering. Samlet findes de lægelige oplysning-

er herefter ikke at give tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at det efter en kortere tids indlæggelse fortsat var *uforsvarligt* at undlade en tvangstilbageholdelse, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers ville blive *væsentlig* forringet. Retten finder herefter ikke, at grundlaget for tvangstilbageholdelsen har været til stede efter 25.04.96"

Den psykiatriske afdeling ankede dommen med påstand om, at tvangstilbageholdelsen i sin helhed blev kendt lovlig.

For landsretten forelå der supplerende lægeerklæring af 29.05.96 fra afdelingen, som blandt andet forklarede, at X under den sidste del af indlæggelsen var i bedring, men der var fortsat "ikke en klar eller sikker behandlingsalliance". Det ville have været lægeligt uforsvarligt at udskrive ham tidligere, idet han fortsat var psykisk ustabil og psykotisk. Endnu ved udskrivningen 04.05.96 var han psykisk labil med svingende stemning og uden fuld sygdomserkendelse. Flere udtalelser tolkedes stadig som "psykosenære".

I sin udtalelse af 17.09.96 anførte Retslægerådet blandt andet: "På trods af den initiale afsvækkelse af symptomerne er tilstanden fortsat

bedømt at være af en sådan sværhedsgrad, at udskrivning med deraf følgende behandlingsafbrydelse ville medføre et alvorligt tilbagefald. Under tvangstilbageholdelsesperioden er X stadig beskrevet som sindssyg og uden egentlig sygdomsindsigt. Efter Retslægerådets opfattelse var X sindssyg på tidspunktet for tvangsindlæggelsen og den efterfølgende tvangstilbageholdelsesperiode. Det ville være uforsvarligt at undlade såvel tvangsindlæggelse som tvangstilbageholdelse, idet udsigten til helbredelse eller en afgørende og betydelig bedring af tilstanden ellers ville have været væsentligt forringet".

I Vestre Landsrets dom af 21.11.96 kendtes tvangstilbageholdelsen indtil udskrivningen 04.05.96 lovlig. Landsretten udtalte blandt andet: "Der er under sagen alene rejst spørgsmål om lovligheden af den tvangstilbageholdelse, der fandt sted i perioden fra 25.04.96 indtil udskrivningen 04.05. samme år. Efter indholdet af Retslægerådets erklæring må det antages, at det også i den nævnte periode ville have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve appellantens, der var psykotisk og befandt sig i et behandlingsforløb, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af tilstanden ellers må antages at ville være blevet væsentligt forringet. Landsretten finder derfor ikke grundlag for at statuere, at tvangstilbageholdelsen fra 25.04.96 til 04.05.96 har været ulovlig og tager herefter appellantens påstand til følge. Indstævntes påstand om erstatning er herefter bortfaldet".

Kommentar:

Det er ikke usædvanligt at den psykiatriske afdeling kan være i tvivl, om psykiatrilovens kriterier for frihedsberøvelse (her sindssygdom og behandlingskriteriet) er opfyldt i hele perioden for tvangstilbageholdelse. I enkelte tilfælde kan der være tale om et vanskeligt skøn. Byretten synes at have foretaget en mere konkret og specificeret vurdering, og denne ret fandt det altså ikke dokumenteret, at kriterierne for tilbageholdelse var opfyldte, mens landsretten efter indhentelse af supplerende oplysninger kom til samme vurdering som den psykiatriske afdeling.

Den psykiatriske afdeling fremhævede især, at vedkommende kort forinden den opretholdt tvangstilbageholdelse havde været udtalt sindssyg og behandlingstrængende, og at tvangstilbageholdelseskriterierne stadig var opfyldt. Desuden var der ikke opnået en behandlingsalliance, som sandsynligt kunne være grundlag for den nødvendige viderebehandling, hvilket retspraksis også tidligere har lagt vægt på som en del af begrundelsen for lovlig tvangstilbageholdelse.

I flere tidligere sager har rådet kommenteret tilbageholdelseskriteriets udstrækning og behandlingsalliances betydning (der kan henvises til årsberetning 1994, A 34319 og 1995, A 34904).

Sagen illustrerer også betydningen af, at psykiateren fyldestgørende beskriver og dokumenterer hele forløbet af en frihedsberøvelse. Ikke

sjældent må rådet - som i den her refererede sag - anmode om supplerende lægeerklæring.