

# **Retslægerådets årsberetning for 1992**

**København  
1994**

ISBN 87-601-4186-7

L.P. Nielsen

# Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
II. Sager behandlet i Retslægerådet 1992	17
III. Retslægerådets fremmøde i retten	21
IV. Retslægerådets vurderingsgrundlag i sager vedrørende civile søgsmål	23
V. Dykkersyge	26
VI. Sternalpunktur med dødeligt forløbende komplikationer	29
VII. Postoperativt dødsfald efter underlivsoperation	32
VIII. Om konsekvenserne af registrering af fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen	36
IX. Sindssyge i fængsler	39
X. Tvang contra frivillighed - en sygehistorie	50
XI. Åndssvage der også er sindssyge	53
XII. Patologisk rus	56
XIII. Dom i henhold til straffelovens § 70	60
XIV. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	63
XV. Et sygdomsforløb - konsekvenserne af at undlade behandling	72



# Forord

Ved udsendelsen af årsberetningen for 1992 har Retslægerådet anvendt samme form som i de foregående år.

Det skal bemærkes, at der er sket en stigning i antallet af sager i forhold til det foregående år. For sagsantallet som helhed andrager stigningen 11%. Hvis man ser bort fra de administrative sager, er det først og fremmest inden for E-sagerne, at stigningen er sket med en forøgelse på 21%. Det er specielt gruppen af sager, der vedrører klager over medicinalpersoner, som tegner sig for den markante stigning, nemlig på 44%. Det skal blive interessant at følge udviklingen på dette område i fremtiden.

Ud over den numeriske stigning er det tillige Retslægerådets opfattelse, at kompleksiteten af den enkelte sag også er tiltaget. På trods af dette, som betyder, at såvel den faglige vurdering, redigeringen som selve skrivningen er blevet mere krævende, er det lykkedes at holde sagsbehandlingstiden på samme niveau som tidligere.



# I. Retslægerådets organisation

## Lovbestemmelser m.v.

### Lov om Retslægerådet, af 25.03.61

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

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

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

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

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

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

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

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

§4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

## **Forretningsorden for Retslægerådet, af 20.04.61.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## Retslægerådets medlemmer og andre sagkyndige i 1992

### Medlemmer

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Helge Baden  
Københavns Amts Sygehus i Herlev,  
Kirurgisk afdeling (kirurgi) indtil  
31.01.92.

Overlæge Carl Johan Hansen  
Psykiatrisk Hospital i Århus, Afdeling R,  
næstformand (retspsykiatri) indtil  
01.06.92.

Overlæge, dr.med. Ralf Hemmingsen  
Bispebjerg Hospital  
Psykiatrisk afdeling E  
(retspsykiatri) fra 01.01.92.

Overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik  
næstformand (retspsykiatri) fra 01.10.92.

Overlæge Anne Lindhardt  
Roskilde Amtssygehus Fjorden  
(retspsykiatri) fra 01.01.92.

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

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

Overlæge, dr.med. Josef Parnas  
Hvidovre Hospital (retspsykiatri)  
fra 01.06.92.

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Stadil  
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling C  
(kirurgi) fra 01.02.92

Professor, overlæge, dr.med.  
Kai Tolstrup  
Rigshospitalet, Børnepsykiatrisk  
afdeling ob (retspsykiatri)  
indtil 31.01.92.

Professor, cheflæge, dr.med.  
Niels Reisby  
Psykiatrisk Hospital, Risskov  
(retspsykiatri) fra 01.02.92.

Professor, overlæge Joseph Welner  
Københavns Kommunehospital  
Psykiatrisk afdeling (retspsykiatri)  
indtil 09.07.92.

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

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons, Odense Sygehus, Gynækologisk obstetrisk afdeling D (gynækologi og obstetrik).
2. Professor, dr.med. Daniel Andersen, Odense Sygehus, Kirurgisk afdeling (kirurgi).
3. Overlæge, dr.med. Else Andersen, Frederiksborg Amts Sygehus, Hillerød, Børneafdelingen (pædiatri).
4. Professor, overlæge dr.med. Johan A. Andersen, Odense Sygehus, Patologisk institut (patologisk anatomi).
5. Overlæge, dr.med. Kjeld Skou Andersen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
6. Professor, dr.med. Jens Astrup, Århus Kommunehospital, Neurokirurgisk afdeling gs (neurokirurgi).
7. Professor, med.dr. Lennart Angervall, Göteborg, (patologisk anatomi).
8. Lektor, lic.odont. Merete Bakke, Københavns Tandlægehøjskole (odontologi).
9. Overlæge, Sigurd Benjaminsen, Odense Sygehus, Psykiatrisk afdeling (psykiatri).
10. Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Bendixen Rigshospitalet, Medicinsk afdeling TTA (intern medicin).
11. Overlæge, dr.med. Tom Bendix, Rigshospitalet, Medicinsk afdeling TTA (intern medicin).
12. Professor, dr.med. Finn Black, Marselisborg Hospital, afdeling A (dermato-venerologi).
13. Professor, overlæge, dr.med. Mogens Blichert-Toft, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling d (kirurgi).
14. Overlæge, dr.med. Jens Bang, Rigshospitalet, Føde- og gynækologisk afdeling Y (gynækologi).
15. Professor Lars Axel Bolund, Århus Universitet, Institut for Human Genetik (genetik).
16. Overlæge, Hans Brincker, Odense Sygehus afdeling 12 (onkologi).
17. Chefspsykolog Peter Bruhn, Rigshospitalet (klinisk psykologi).
18. Overlæge, dr.med. Flemming Burcharth, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Kirurgisk--gastrologisk afdeling (kir.gas.).
19. Overlæge, dr.med. Steen Back Christensen, Rigshospitalet (ortopædisk kirurgi).
20. Overlæge Jens Krogh Christoffersen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Kirurgisk afdeling H (kirurgi).
21. Overlæge, dr.med. Leif Corydon, Vejle Sygehus, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi).
22. Overlæge, dr.med. Torsten Deckert, Niels Steensens Hospital i Gentofte, Medicinsk endokrinologisk afdeling (intern medicin).
23. Overlæge, dr.med. Sven Dorph, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Røntgen afdelingen (radiologi).
24. Overlæge Ole Ejner Drachmann, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Klinisk immunologisk afdeling og blodbank (alkohol- og medicinpåvirkning).
25. Overlæge, dr.med. Aage Drivsholm, Rigshospitalet, Medicinsk-Hæmatologisk afdeling I (intern medicin).
26. Overlæge, dr.med. Krystof T. Drzewiecki, Rigshospitalet, Plastik- og Kæbekirurgisk afdeling S (plastikkirurgi).
27. Overlæge Uffe Dyreborg, Odense Sygehus, Røntgendiagnostikafdeling (radiologi).

28. Professor, dr.med. Niels Ehlers, Århus Kommunehospital, Øjenafdelingen (oftalmologi).
29. Professor, dr.med. Jørgen Ellegaard, Århus Amtssygehus (hæmatologi).
30. Overlæge, dr.med. Ole Faber, Hørsholm Hospital, Medicinsk afdeling (intern medicin).
31. Lic. pharm Søren Felby, Retsmedicinsk Institut, København (farmakologi).
32. Overlæge, dr.med. Ulla Feldt-Rasmussen, Rigshospitalet, Medicinsk afdeling P (intern medicin).
33. Overlæge, dr.med. Anders Fischer, Hørsholm Sygehus, Kirurgisk afdeling (kirurgi).
34. Overlæge, dr.med. Hans Fledelius, Centralsygehuset, Hillerød, Øjenafdeling Ø (oftalmologi).
35. Overlæge, dr.med. Cai Frimodt-Møller, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Kirurgisk afdeling h (urologi).
36. Professor, overlæge, dr.med. Flemming Gjerris, Rigshospitalet, Neurokirurgisk afdeling (neurokirurgi).
37. Overlæge, dr.med. Ernst Goldschmidt, Centralsygehuset i Hillerød, Øjenafdelingen (oftalmologi).
38. Overlæge Vibeke Goldschmidt, Centralsygehuset, Hillerød, Børnepsykiatrisk afdeling M (børnepsykiatri).
39. Professor, overlæge dr.med. Eilif Gregersen, Rigshospitalet, Øjenafdeling e (oftalmologi).
40. Professor, dr.med. Markil Gregersen, Århus Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).
41. Overlæge, dr.med. O. Greisen, Aalborg Sygehus Syd, Øre- Næse- Halsafdelingen (otologi).
42. Overlæge, dr.med. Finn Gyntelberg, Rigshospitalet, Arbejdsmedicinsk klinik (arbejdsmedicin).
43. Overlæge Jens Haase, Aalborg Sygehus Syd, Neurokirurisk afdeling (neurokirurgi).
44. Administrerende overlæge, dr.med. Niels Hahnemann, Aalborg Sygehus Nord (gynækologi-obstetrik).
45. Professor, dr.med. Tage Hald, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Urologisk afdeling (farmakologi).
46. Overlæge, dr.med. Erik Halkier, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Thoraxkirurgisk afdeling (kirurgi).
47. Lektor A. Carsten Hansen, Retsmedicinsk Institut, Århus (farmakologi).
48. Overlæge Ib Hansen, Vejle Sygehus, Arbejdsmedicinsk afdeling (intern medicin).
49. Overlæge, dr.med. Karl Brogaard Hansen, Århus Kommunehospital, Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y (gynækologi-obstetrik).
50. Overlæge, dr.med. Ole Hart Hansen, Hillerød Sygehus, Kirurgisk afdeling A (kirurgi).
51. Overlæge, dr.med. Steen Werner Hansen, KAS Glostrup, Medicinsk afdeling f (intern medicin).
52. Overlæge, dr.med. Finn Hardt, Hvidovre Hospital, Gastroenterologisk afdeling (alkoholspørgsmål).
53. Professor, overlæge, dr.med. Stig Haunsø, Rigshospitalet, Medicinsk afdeling B (intern medicin).
54. Overlæge Gitte Juel Henningsen, Børnepsykiatrisk ambulatorium, Norvang (psykiatri).
55. Fhv. afdelingsleder, dr.med. Klavs Henningsen, Skodsborg (paternitetssager).
56. Professor, dr. odont. Erik Hjørting-Hansen, Københavns Tandlægehøjskole, Institut for Kirurgi og Anæstesiologi (odontologi).
57. Overlæge, dr.med. Per Holstein, Bispebjerg Hospital, Afdeling I (thorax- og karkirurgi).
58. Overlæge, dr.med. Bent Husum, Rigshospitalet, Anæstesiafdeling AN (anæstesiologi).

59. Professor, dr.med. Eigill Hvidberg, Rigshospitalet, Klinisk Farmakologisk afdeling (farmakologi).
60. Professor, overlæge, dr.med. Niels Højby, Rigshospitalet, Klinisk Mikrobiologisk afdeling (mikrobiologi).
61. Overlæge, dr.med. Anders K.M. Jacobsen, Århus Kommunchospital, Radiumstationen (onkologi).
62. Lektor Jan Jakobsen, Københavns Tandlægehøjskole, Institut for propædeutisk odontologi, radiologi og fællesklinisk undervisning (odontologi).
63. Lektor, lic. odont. Birgit Leth Jensen, Tandlægehøjskolen, København (pædagogik).
64. Overlæge Egill Jensen, Alkoambulatoriet, København (alkoholspørgsmål).
65. Overlæge Erik Gert Jensen, Sønderborg Sygehus, Ortopæd-kirurgisk afdeling (ortopædi).
66. Overlæge, dr.med. Erik Martin Jensen, Bispebjerg Hospital, Reumatologisk og rehabiliteringsafdeling h (reumatologi).
67. Overlæge, dr.med. Hans-Erik Jensen, Bispebjerg Hospital, Kirurgisk afdeling f (kirurgi).
68. Direktør, dr.med. Jørgen Steen Jensen, Polymers Reconstructive A/S (ortopædkirurgi).
69. Overlæge, dr.med. Karsten Jensen, Bispebjerg Hospital, Medicinsk afdeling c (toksikologi).
70. Professor, overlæge, dr.med. Bent Juhl, Århus Kommunchospital, Anæstesiologisk afdeling og intern afdeling n (anæstesiologi).
71. Overlæge, dr.med. Hans E. Jørgensen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Medicinsk afdeling (alkoholpåvirkning).
72. Lektor Elisabeth Kaa, Retsmedicinsk Institut, Århus (retskemi).
73. Overlæge, dr.med. Jens Kamper, Odense Sygehus, Børneafdeling h (pædiatri).
74. Professor, overlæge, dr.med. Henrik Kehlet, Hvidovre Hospital, Gastrokirurgisk afdeling (kirurgi).
75. Professor, dr.med. Poul Kildeberg, Odense Sygehus, Børneafdeling (pædiatri).
76. Oversygeplejerske Gitte Kozakewitsch, Hvidovre Hospital, Reumatologisk afdeling (sygeplejerskeforhold).
77. Overlæge, dr.med. Christian Krag, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Plastikkirurgisk afdeling (plastikkirurgi).
78. Professor, overlæge, dr.med. Peter Krasilnikoff, Hvidovre Hospital, Børneafdelingen (pædiatri).
79. Læge Ib Ladefoged, Randers (almen medicin).
80. Lektor, dr.med. Jens Anker Larsen, Århus Universitet, Fysiologisk Institut (alkohol- og medicinpåvirkning).
81. Overlæge, dr.med. Benedicte Laursen, Ålborg Sygehus Syd, Medicinsk Hæmatologisk afdeling (intern medicin).
82. Overlæge, dr.med. Paul Erik Lebech, Frederiksborg Hospital, Gynækologisk afdeling (gynækologisk-obstetrik).
83. Overlæge, dr.med. Henrik Lund-Andersen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Oftamologisk afdeling (oftalmologi).
84. Overlæge, dr.med. Mogens Lunding, Rigshospitalet, Anæstesiafdeling AN (anæstesiologi).
85. Professor, dr.med. Carl Erik Mabeck, Århus Universitet, Institut for Almen Medicin (almen medicin).
86. Professor, overlæge dr.med. Johannes Melchior, Rigshospitalet, Pædiatrisk afdeling (pædiatri).
87. Overlæge, dr.med. Jørgen Viby Mogensen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Anæstesiologisk afdeling (anæstesiologi).

88. Overlæge, dr.med. Ole Munck, Gentofte (alkohol- og medicinpåvirkning).
89. Professor, overlæge, dr.med. Thorkild Mygind, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Røntgenafdelingen (radiologi).
90. Overlæge, dr.med. Benni Nerstrøm, Århus Kommunehospital, Kirurgisk afdeling K (kirurgi, urologi).
91. Professor, overlæge, dr.med. Jens Ole Nielsen, Hvidovre Hospital, Infektionsmedicinsk afdeling (intern medicin).
92. Overlæge, dr.med. Bent Lyager Nielsen, Odense Sygehus, Medicinsk Afdeling B (intern medicin).
93. Lektor, dr.med. Nils Højgaard Nielsen, Københavns Universitet, Retspatologisk Institut (retspatologi).
94. Overlæge, dr.med. I. Nis Nissen, Finsensinstituttet, medicinsk afdeling (onkologi).
95. Overjordemoder Anette Nonboe, Odense Sygehus, Fødeafdelingen (jordemoderforhold).
96. Professor, overlæge dr.med. Jes Olesen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).
97. Overlæge, dr.med. Agnete Parving, Bispebjerg Hospital, Medicinsk afdeling B (audiologi).
98. Professor, overlæge, dr.med. P. Kildeberg Paulson, Skejby Sygehus, hjerte-lunge-kar afdelingen (kirurgi).
99. Professor, overlæge dr.med. Olaf B. Paulson, Rigshospitalet, Neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).
100. Overlæge, dr.med. Jim Thuesen Pedersen, Ålborg Sygehus Syd, Lungemedicinsk afdeling (lungemedicin).
101. Overlæge, dr.med. Erik Peitersen, Hvidovre Hospital, Øre- næse- halsafdelingen (otologi).
102. Overlæge N. C. Petersen, Åbenrå Sygehus, Plastikkirurgisk Service (plastikkirurgi).
103. Overlæge, dr.med. Finn Vejøl Rasmussen, Frederiksborg Amts Centralsygehus i Hillerød, Medicinsk afdeling b (lungemedicin).
104. Overlæge Carsten Rose, Odense Sygehus, Afdeling R (onkologi).
105. Overlæge, dr.med. Jarl Rosenørn, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Neuromedicinsk afdeling H (neurokirurgi).
106. Professor, overlæge, dr.med. Hans Rovsing, Hvidovre Hospital, Diagnostisk radiologisk afdeling (radiologi).
107. Professor, dr.med. Torben Schiødt, Rigshospitalet, Afdeling for Patologi (patologisk anatomi).
108. Overlæge, dr.med. Kaare Schmidt, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Neurokirurgisk afdeling (neurokirurgi).
109. Professor, dr.med. Jens Schou, Københavns Universitet, Farmakologisk Institut (farmakologi).
110. Professor, dr.med. Torben Schroeder, Rigshospitalet, Karkirurgisk afdeling, (kirurgi).
111. Overlæge, dr.med. Anne Katrine Sjøli, Århus Kommunehospital, Øjenafdeling j (oftalmologi).
112. Professor, dr.med. Peter Skinhøj, Rigshospitalet, Infektionsmedicinsk afdeling (intern medicin).
113. Overlæge, dr.med. Kristian Stengård-Pedersen, Århus Kommunehospital, Reumatologisk afdeling (intern medicin).
114. Professor, dr.med. Jørgen Søndergård, Bispebjerg Hospital, Dermatologisk afdeling (dermatovenerologi).
115. Overlæge, dr.med. Finn Haudberg Sørensen, Århus Amtssygehus, Parenkymkirurgisk afdeling I (kirurgi).

116. Overlæge, dr.med. Henning Sørensen, Rigshospitalet, Klinisk immunologisk afdeling bl (retsgenetik).

117. Overlæge, dr.med. K Harry Sørensen, Odense Sygehus, Ortopædisk afdeling (ortopædi).

118. Overlæge, dr.med. Thorkil Sørensen, Københavns Amts Sygehus Nordvang, Afdeling O (psykiatri).

119. Professor, overlæge, dr.med. Arne Svejgaard, Rigshospitalet, Vævstypelaboratoriet (genetik).

120. Overlæge, dr.med. Ole Thage, Bispebjerg Hospital, Neuromedicinsk afdeling (neuromedicin).

121. Overlæge, dr.med. P. E. Bloch Thomsen, Skejby Sygehus, Hjerter medicinsk afdeling (intern medicin).

122. Professor, overlæge, dr.med. Mirko Tos, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Oto-rhinolaryngologisk afdeling (oto-rhino-laryngologi).

123. Professor, dr.med. Niels Tygstrup, Rigshospitalet, Medicinsk afdeling A (intern medicin).

124. Overlæge, dr.med. Erik Tøndevold, Rigshospitalet, Ortopædkirurgisk afdeling u (ortopædi).

125. Professor, overlæge, dr.med. Gunhild L. Vejlsgaard, Rigshospitalet, Dermato-venerologisk afdeling a (dermato-venerologi).

126. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum, Bispebjerg Hospital, Medicinsk lungeafdeling (intern medicin).

127. Overlæge, dr.med. Bent Weeke, Rigshospitalet (intern medicin).

128. Professor, overlæge, dr.med. Hans Wolf, Skejby Sygehus, Urologisk afdeling (kirurgi).

## **Retslægerådets sekretariat**

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

### **Juridiske medarbejdere**

Fuldmægtig, cand. jur. Britt Falster Klitgaard.

### **Medicinske sekretærer**

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

Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig).

Adjunktvikar Kåre Simonsen (12 timer ugentlig) fra 21.04.92 til 05.10.92.

### **Sekretærer**

Afdelingsleder Annelise Juul Pedersen indtil 31.01.92.

Afdelingsleder Inge Løth Walmar fra 15.07.92.

Assistent Annelise Gersby Jacobsen (deltid indtil 15.01.92, herefter heltid).

Assistent Ulla Justesen indtil 30.04.92.

Assistent Lene Kirketerp Petersen fra 21.09.92.



## II. Sager behandlet i Retslægerådet 1992

A. Psykiatriske sager	853
B. Færdselssager med spiritusindtagelse	436
C. Sterilisation og kastration	3
D. Faderskabssager	386
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	323
F. Administrative sager m.v.	189
L. Færdselssager hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	51
M. Færdselssager med medicinindtagelse	116
I ALT	2357

### Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	456
Tvangstilbageholdelse	220
Ændring i strafferetlig foranstaltning	125
Ophævelse af farlighedsdekreter	17
Overførsel til sikringsanstalten	13
Umyndiggørelser	3
Benådning	12

Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.) 7

I ALT 853

## **Ad B-sager**

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene 245

Indtagelse af såvel spiritus som medicin 191

I ALT 436

## **Ad C-sager**

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte 3

Ændring af navn/cpr. nr. 0

I ALT 3

## **Ad E-sager**

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner 183

Arbejdsskader/ulykker 58

Erstatning, pensionssager m.v. 26

Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. 30

Aldersbestemmelse 16

<i>II. Sager behandlet i Retslægerådet 1992</i>	19
Ikke-psykiatriske benådningssager	2
Diverse	8
I ALT	323



### III. Retslægerådets fremmøde i retten

Retslægerådet modtager med tiltagende hyppighed anmodning om fremmøde i retten med henblik på at forklare og uddybe de svar, rådet har afgivet. I 1993 gav rådet således fremmøde i retten i 14 sager, hvor rådet blev repræsenteret af 1 eller 2 af de voterende.

Ønsket om rådets fremmøde i retten er forståeligt, og kan utvivlsomt i nogle tilfælde bidrage væsentligt til at klargøre rådets udtalelse. Imidlertid har rådets erfaringer vist, at der hersker nogen uklarhed om rådets vilkår og forudsætninger for fremmøde i retten.

Det er Retslægerådet selv, der afgør, hvem af de voterende, der skal møde i retten i de enkelte sager. Undertiden er der fra sagens juridiske parter fremsat ønske om konkrete personer. I nogle tilfælde har rådet, på grund af de voterendes forskellige ekspertområder, fundet det hensigtsmæssigt at lade sig repræsentere ved to af de tre eller flere voterende. I disse tilfælde skal de to fremmødte naturligvis sidde samtidig i vidneskranken. Utvivlsomt på grund af en misforståelse, er det nogle gange sket, at rådets repræsentanter er tilsagt på to forskellige tidspunkter. Misforståelsen skyldes antageligt, at Retslægerådets repræsentanter er opfattet som vidner i traditionel forstand, hvilket ikke er tilfældet.

Et kardinalproblem er karakteren af de spørgsmål, der stilles til rådets repræsentanter. Forud for et tilsagn om fremmøde i retten præciserer Retslægerådet altid, at der ikke kan stilles nye spørgsmål til rådet. Der kan alene stilles spørgsmål, som har til formål at klargøre rådets allerede afgivne svar, idet der jo ikke er tale om, at rådet foretager en ny sagsbehandling i retten. Denne forudsætning kan stille betydelige krav til de fremmødte repræsentanters årvågenhed, idet der kan være et naturligt ønske hos sagens juridiske parter om at stille supplerende spørgsmål. Samtidig har rådets afvisning at svare på nye spørgsmål ofte givet anledning til forbavselse og undertiden irritation hos de involverede advokater. Retslægerådets sagsbehandling sker som hovedregel altid ved en skriftlig votering mellem tre eller flere voterende. Herved sikres den bedst mulige sagsbehandling. Hvis dette ikke respekteres i forbindelse med rådets fremmøde i retten, fx ved at retten tillader supplerende spørgsmål til rådets fremmødte repræsentanter, vil rådets sagsbehandling blive svækket.

Et andet centralt område er parternes ønske om at benytte rådets fremmødte repræsentanter enkeltvis som sagkyndige eksperter. Dette er senest sket i forbindelse med rådets fremmøde i samme sag, først i byretten og herefter i landsretten (E7393). Forsvaret havde ønsket, at den ene af de fremmødte repræsentanter blev afhørt som sagkyndigt vidne, efter at der var stillet spørgsmål til de to rådsrepræsentanter. Baggrunden herfor var, at advokaten anså den pågældende ekspert for den mest kompetente inden for det aktuelle fagområde, hvilket skulle komme hans klient til gode. Trods

rådets protest, blev ønsket imødekommet af dommeren. Den anden af rådets repræsentanter blev herefter anmodet om at forlade lokalet, hvorefter den tilbageblevne blev afhørt som sagkyndigt vidne. Ved sagens behandling i landsretten blev de samme rådsrepræsentanter anmodet om at give møde. Også her ønskede forsvareren at stille en lang række nye spørgsmål til den ene af rådets voterende, men nu som sagkyndigt vidne, uafhængigt af den pågældendes medvirken i rådets behandling. Også denne gang protesterede Retslægerådet mod fremgangsmåden. Omend retsformanden havde forståelse for rådets standpunkt, besluttede retsformanden, at afhøringen kunne finde sted med henvisning til, at dette var sket ved byretten. Ved begge retsinstanser var karakteren af de supplerende spørgsmål til det sagkyndige vidne af ganske samme karakter, som de spørgsmål der stilles til Retslægerådet.

Retslægerådet udpeger i hvert enkelt tilfælde de eksperter, rådet anser for bedst kvalificerede til at behandle en sag. Undertiden vil der i forløbet af en sagsbehandling blive stillet nye spørgsmål til rådet. Såfremt én af rådets voterende i forløbet af en sag er blevet afhørt som sagkyndigt vidne, kan dette indebære, at den pågældende bliver inhabil i rådets fortsatte sagsbehandling. Endvidere kan nogle af den sagkyndiges svar måske synes at afvige noget fra den udtalelse, de voterende i fællesskab er nået frem til. Selvom det er naturligt, at en advokat ønsker at sikre sig den bedst mulige ekspertise som sagkyndigt vidne, og det derfor kan være nærliggende at vælge Retslægerådets voterende, bør denne fremgangsmåde ikke finde sted. Det vil altid være muligt for advokaterne til eget brug at pege på andre eksperter end de af Retslægerådet anvendte.

Det sker af og til (E7393), at advokaterne under en sagsbehandling fremlægger videnskabelige artikler og monografier for rådets fremmødte repræsentanter med ønsket om at få oplyst, dels om de pågældende arbejder er rådets repræsentanter bekendt, og dels hvorledes rådets repræsentanter vurderer de pågældende arbejder. Denne fremgangsmåde er ikke anvendelig. For det første vil en sådan fremlægning i realiteten have karakteren af nye spørgsmål til rådet, for det andet er det ikke muligt på stående fod at tage stilling til et ikke tidligere fremlagt videnskabeligt materiale.

Retslægerådets fremmøde i retten kan være et hensigtsmæssigt supplement til rådets skriftligt afgivne udtalelser. Rådets forudsætninger må imidlertid respekteres.

## IV. Retslægerådets vurderingsgrundlag i sager vedrørende civile søgsmål

I nogle af de sager, som forelægges Retslægerådet vedrørende civile søgsmål, typisk erstatningsspørgsmål i forbindelse med arbejdsskader/arbejdsmedicinske sygdomme, er der en markant diskrepans imellem de spørgsmål, der ønskes besvaret, og de præmisser, der forelægges rådet. I nogle tilfælde er rådet nødt til at udbede sig supplerende oplysninger. I andre tilfælde afgiver rådet et svar med en række forbehold betinget af de utilstrækkelige oplysninger. Endvidere har spørgsmålene til rådet undertiden mere karakter af en regulær sammenfatning/sagsgennemgang end en egentlig vurdering. En sådan sagsgennemgang påhviler de parter, der stiller spørgsmålene til rådet. Endelig er nogle af spørgsmålene så upræcise, at rådet selv må definere de forudsætninger, der ligger til grund for besvarelsen.

Eksempler på spørgsmål af de ovenfor anførte typer er følgende:

1. "Hvori består de subjektive symptomer?",
2. "Er der overensstemmelse mellem de subjektive symptomer og de objektive fund?"

### Kommentar

Det er ikke i spørgsmålene præciseret, *hvilket tidspunkt* i det aktuelle sygdomsforløb, spørgsmålet sigter til. Ofte er der tale om et årelangt sygdomsforløb, hvor der i sagens akter foreligger mere eller mindre detaljerede lægerklæringer, som kun delvis giver oplysninger af relevans for de pågældende spørgsmål, og som endvidere stammer fra forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet. Det påhviler sagens parter klart at præcisere, hvilke(t) tidspunkter der er tale om, og samtidig at fremskaffe en klar beskrivelse af de subjektive symptomer og de objektive fund, der ønskes bedømt.

3. "Der ønskes en beskrivelse af sygdomsforløbet hos sagsøger".
4. "Der ønskes en beskrivelse af det typiske sygdomsforløb".

### Kommentar

Det er ikke Retslægerådets opgave ud fra de foreliggende sagsakter at give en beskrivelse af hverken det konkrete sygdomsforløb hos sagsøger eller det typiske sygdomsforløb i al almindelighed. Det påhviler sagsparterne selv at fremskaffe disse oplysninger. For såvidt angår den generelle beskrivelse af sygdomsforløbet eller en

opregning af karakteristiske sygdomsmanifestationer, vil Retslægerådet som regel henvide til gængse lærebøger/håndbøger inden for det pågældende fagområde.

5. "Er de beskrevne symptomer og objektive fund årsagen til sagsøgers sygemeldinger?"

### **Kommentar**

Disse forhold er ofte så dårligt belyste i de foreliggende sagsakter, at rådet må opgive at besvare dem. For det første præciseres det ikke i spørgsmålene klart, hvilke sygemeldinger det rent konkret drejer sig om. For det andet foreligger der som regel ikke oplysninger om de lægelige fund/diagnoser, der ligger til grund for de pågældende sygemeldinger.

6. "Finder Retslægerådet, på grundlag af det foreliggende, at der er forekommet en forværring i tilstanden, således at skadelidte fra at have været arbejdsdygtig bedømmes til at være berettiget til førtidspension?"

### **Kommentar**

Retslægerådet påtager sig ikke at bedømme graden af arbejdsnedsættelse i relation til pensionssager.

7. "Anser Retslægerådet det for sandsynligt, at de hos sagsøger beskrevne symptomer og objektive fund ville have været til stede på nuværende tidspunkt, såfremt den pågældende arbejdsskade ikke var indtruffet?"

### **Kommentar**

Spørgsmålet er hypotetisk, og kan ikke besvares.

8. "Retslægerådet bedes angive, fra hvilket tidspunkt sagsøgers tilstand må anses for stationær".

### **Kommentar**

Retslægerådet påtager sig ikke at vurdere stationær tidspunkter for sygelige tilstande.



### **Sammenfattende kommentar**

Det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige (og farmaceutiske) skøn til offentlige myndigheder. Det påhviler de instanser, der forelægger sager til bedømmelse i Retslægerådet at sikre, at Retslægerådets bedømmelsesgrundlag er så fyldigt som muligt, og at de stillede spørgsmål er éntydige og præcise. Retslægerådet påtager sig ikke selv at indhente supplerende materiale, men kan pege på mangler i det foreliggende bedømmelsesgrundlag. I tilfælde af sådanne mangler kan Retslægerådet enten afgive svar med forbehold, betinget af det utilstrækkelige bedømmelsesgrundlag, eller efterlyse supplerende oplysninger med deraf følgende forsinkelse af sagsbehandlingen.

## V. Dykkersyge (E 7510)

30-årig sportsdykker, XX, dykkede sammen med 15 andre på 26 m vand i forbindelse med søgning efter vrage. De pågældende regler for sådanne dykninger var, i følge det oplyste, overholdt, og dykningen fandt sted under behørig ledelse. Ingen af de andre dykkere frembød symptomer efter dykningen, men XX fik kort efter, at han var kommet op til overfladen, stærke mavesmerter. Dykkerlederen kontaktede Søværnets Operative Kommando, som stillede om til vagthavende læge på et landsdelshospital. Herfra blev der arrangeret helikoptertransport til nærmeste lokalsygehus. Udover mavesymptomer havde XX ved ankomsten til lokalsygehuset føleforstyrrelser og kraftnedsættelse i benene samt vandladningsbesvær. Lægerne på lokalsygehuset overvejede muligheden af dykkersyge, men afviste dette, dels på grundlag af de dykkerlederen formidlede indirekte oplysninger fra den vagthavende læge på landsdelssygehuset, og dels efter konference med den vagthavende 1. reservelæge på en neuromedicinsk afdeling. Dykkerlederen kontaktede imidlertid selv den vagthavende dykkerlæge på Holmen, hvorefter patienten straks blev overført til Holmen og behandlet i dekompressionstank. Til trods herfor kom der blivende udfaldssymptomer i form af gangbesvær og svigtende kontrol med vandladning og afføring.

Sundhedsstyrelsen fandt, at lægerne på lokalsygehuset havde udvist manglende omhu.

### *Spørgsmål til Retslægerådet*

- A. Er der holdepunkter for at antage, at der er begået lægelige fejl i forbindelse med behandlingen af sagsøger på lokalsygehuset, når der henses til sygehusets størrelse og ressourcer og tidspunktet for behandlingen?

### *Svar*

Symptomerne på trykfaldssyge kan være meget varierende, og bl.a. omfatte såvel mavesmerter som symptomer fra nervesystemet. Alvorlige trykfaldssymptomer fra centralnervesystemet optræder ofte uden ledsmerter. Trykfaldssymptomer er almindelige efter længere varende dykning, men kan også optræde efter dyk, der ikke kræver dekompressionsstop, og som er udført med korrekt opstigningshastighed. Det er endvidere almindeligt, at trykfaldssyge kun optræder hos en enkelt af flere deltagende dykkere, med mindre de alle har foretaget fejl i forbindelse med dekompressionen.

Omend diagnosen trykfaldssyge kan være vanskelig at stille, bør diagnosen indtage en fremtrædende plads i differentialdiagnostiske overvejelser hos en patient, der har foretaget dykning inden for det sidste døgn før symptomernes debut. I mange tilfælde vil kun den positive reaktion på dekompressionsbehandling sikre diagnosen. Da

udsigten til helbredelse mindskes, jo længere tid der går før behandlingen iværksættes, er det afgørende, at der i sådanne tilfælde omgående søges dykkermedicinsk ekspertise.

I det foreliggende tilfælde burde kombinationen af mavesmerter, føleforstyrrelser og styringsbesvær i benene samt senere kraftnedsættelse i benene og vandladningsbesvær have foranlediget umiddelbar kontakt til Søværnets dykkerlæge. På dette grundlag er det Retslægerådets vurdering, at den lægelige behandling af XX ikke har været korrekt.

Ved vurderingen af den lægelige behandling af XX på lokalsygehuset, må der imidlertid, efter rådets opfattelse, lægges vægt på følgende:

- kendskabet til dekompressionssyge må generelt antages at være meget begrænset hos danske læger. Der findes kun få eksperter på området. Det er derfor afgørende for diagnostik og behandling, at implicerede læger kontakter den relevante ekspertise, så snart muligheden for dekompressionssyge foreligger. Af de lægelige udtalelser i sagen fremgår klart, at de vagthavende læger ved lokalsygehuset overvejede dekompressionssyge. Lægerne blev ikke korrekt vejledt gennem den indirekte kontakt med den visiterende læge på landsdelshospitalet. Imidlertid havde det været ønskeligt, at lægerne ved lokalsygehuset selv havde haft direkte kontakt med Søværnets dykkerlæge.
- Ved den primære henvendelse fra lederen af dykkerholdet til Søværnets Operative Kommando, burde SOK umiddelbart have etableret kontakt til Søværnets dykkerlæge.
- Den læge på landsdelshospitalet, som visiterede XX til lokalsygehuset, burde primært have etableret kontakt med Søværnets dykkerlæge.
- Den vagthavende 1. reservelæge ved den neuromedicinske afdeling burde ligeledes have tilrådet umiddelbar kontakt med Søværnets dykkerlæge.

Sammenfattende er det således Retslægerådets vurdering, at der på en række punkter er sket fejl i visitationen og behandlingen af XX, samt at ansvaret for den ukorrekte behandling ikke alene kan placeres hos lægerne på lokalsygehuset.

- B. I bekræftende fald ønskes oplyst, om der er holdepunkter for at antage, at en eventuel fejl har forårsaget skade på sagsøgeren, og i bekræftende fald i hvilket omfang.

#### Svar

Chancen for en gavnlig virkning af behandlingen af symptomer på trykfaldssyge aftager med den tid, der går fra symptomernes start til behandlingens påbegyndelse. Det er derfor Retslægerådets vurdering, at forsinkelsen af dekompressionsbehandlingen

af XX har forværret de skader, der er opstået hos XX. Det er ikke muligt at afgøre, i hvilket omfang de blivende skader kunne være undgået ved en tidligere indsættende behandling.

### **Kommentar**

Sagen illustrerer, hvorledes der kan ske fejl i en række led, når det drejer sig om akutte, sjældent forekommende sygdomsbilleder. Det vil være hensigtsmæssigt, at der på alle landets skadestuer findes instrukser, også for håndteringen af akutte og sjældent forekommende sygdomsbilleder, hvor hurtigt indsættende adækvat behandling er afgørende for prognosen. Ved tidspunktet for årsberetningens trykning, var sagen endnu ikke afgjort ved retten.

## VI. Sternalpunktur med dødeligt forløbende komplikationer (E 7252)

En 19-årig pige, AA, indlægges akut på en hæmatologisk specialafdeling på sygehus XX på grund af mistanke om akut leukæmi. Ved indlæggelsen er patienten medtaget, og overflyttes hurtigt til afdelingen for intensiv terapi. Her foretages, efter afdelingens sædvane, sternalpunktur i lokalanæstesi. Punkturen udføres med en såkaldt "Rothe Meyers kanyle" med stopklods. Der aspireres intet knoglemarv, men ved punkturens afslutning aspireres 2-3 ml helt klar væske. Kanylen fjernes, og få minutter efter udvikler AA hjertestop med pumpevigt. Trods intensiv genoplivningsbehandling over 30 minutter, lykkes det ikke at hæve kredsløbschocket. Ved den legale obduktion fandtes en stiklæsion gennem brystbenet til de underliggende bløddele og hjerteposen til forvæggen af aorta med blodansamling i hjerteposen, hvilket blev vurderet til at være dødsårsagen. Patienten havde en akut myloid leukæmi.

Afdelingen indberettede dødsfaldet til embedslægeinstitutionen, som foretog politianmeldelse. Efter henstilling fra Sundhedsstyrelsen blev der rejst tiltale mod afdelingens administrerende overlæge og den læge, der havde foretaget sternalpunkturen, for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1.

Statsadvokaten fremsendte sagen til Retslægerådet med anmodning om en udtalelse. I statsadvokatens skrivelse anføres det, at sagsøgt advokat havde ønsket oplysninger om, hvilken fremgangsmåde der i Danmark og i udlandet anvendes ved knoglemarvs-punkturer. Retslægerådets udtalelse skulle derfor også omfatte dette.

Retslægerådet udtalte følgende:

"Knoglemarvspunkturer udføres i Danmark, i det øvrige Vesteuropa og i USA i form af punktur enten af hoftekamsbenet (iliacpunktur) eller brystbenet (sternalpunktur). Ved førstnævnte punktur har man, på grund af bækkenknoglens opbygning, mulighed for at udtage såvel en biopsi som et aspirat af knoglemarven. Da en histologisk bedømmelse af knoglemarven ved mange maligne blodsygdomme (inklusive de maligne lymfomer) bliver mere sikker ved en samtidig bedømmelse af såvel et aspirat som en biopsi, anvendes på de hæmatologiske specialafdelinger i Danmark i stigende grad iliacpunkturer som rutinemetode ved udtagning af knoglemarv i diagnostisk øjemed og til behandlingskontrol.

Sternalpunktur anvendes dog stadig på alle danske hæmatologiske specialafdelinger, bl.a. hos de patienter, hvor iliacpunktur ikke er mulig af tekniske grunde. Flere danske medicinske afdelinger og lægelaboratorier anvender imidlertid fortsat alene sternalpunkturen i diagnostisk øjemed. Ved sternalpunkturen er der principielt en risiko for en beskadigelse af hjertet og de store blodkar ved en gennemboring af den bagerste del af

brystbenet. Alvorligt forløbende, herunder dødeligt forløbende, komplikationer er imidlertid overordentlig sjældne, såfremt undersøgelsen udføres af læger med erfaring i undersøgelsen, jf. sagens akter. For såvidt angår anvendelsen af kanyletyper, er Retslægerådet ikke bekendt med undersøgelser, som dokumenterer forskelle i risikoen for at gennembyrde bagvæggen i brystbenet. Retslægerådet anser det heller ikke for sandsynligt, at sådanne forskelle eksisterer. På denne baggrund finder Retslægerådet, at den af den administrerende overlæge udarbejdede instruks for knoglemarvsundersøgelse på afdelingen er i overensstemmelse med alment anerkendt fremgangsmåde ved knoglemarvsundersøgelser.

Læge XY foretog den sternalpunkter, som medførte de dødeligt forløbne komplikationer. Efter Retslægerådets vurdering havde læge XY, i følge de foreliggende oplysninger, tilstrækkelig erfaring i undersøgelsen til at udføre denne på egen hånd. Han planlagde at foretage indstikket i den øverste del af brystbenet, manubrium sterni. Punkturen blev imidlertid utilsigtet foretaget noget lavere, nemlig svarende til underkanten af tilhæftningen af 2. ribben. Også dette sted kan imidlertid anvendes ved sternalpunktur. I øvrigt fulgte XY de i instruksens angivne retningslinjer ved udførelsen af indgrebet. Gennemboingen af bagvæggen af brystbenet og beskadigelsen af hovedpulsåren med en heraf betinget dødeligt forløbende blødning anser Retslægerådet for at være et eksempel på de ovenfor beskrevne meget sjældent forekommende hændelige komplikationer. Retslægerådet finder ikke, at den af læge XY foretagne knoglemarvsundersøgelse var i strid med lægelig alment anerkendt fremgangsmåde, men rådet finder det uheldigt, at læge XY foretog sternalpunkturen lavere end planlagt. Sammenfattende er der således, efter Retslægerådets opfattelse, ikke begået fejl af lægerne ved den hæmatologiske specialafdeling i forbindelse med planlægningen af knoglemarvsundersøgelsen på AA. I forbindelse med udførelsen var det imidlertid en fejl, at læge XY utilsigtet foretog sternalpunkturen lavere end planlagt".

Herefter fremsendte statsadvokaten følgende supplerende spørgsmål til Retslægerådet:

"Det ønskes præciseret, hvori den af rådet hos læge XY beskrevne fejl bestod, hen-seende til at lægen foretog sternalpunktur på et tilladeligt sted".

Hertil svarede Retslægerådet:

"Som anført i rådets tidligere udtalelse, planlagde læge XY at foretage indstikket i den øverste del af brystbenet, manubrium sterni. Punkturen blev imidlertid utilsigtet udført noget lavere, nemlig svarende til underkanten af tilhæftningen af 2. ribben. Uanset at dette sted også kan anvendes til sternalpunktur, anser rådet det for en fejl, at indgrebet blev udført på en anden måde end planlagt. Læge XY har, efter Retslægerådets opfattelse, derfor ikke udført indgrebet tilstrækkelig omhyggeligt".

Ved domsforhandlingen blev den administrerende overlæge frifundet. Læge XY blev dømt for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1, og idømt en bøde.

### **Kommentar**

Ved vurderingen af hændelsesforløbet har Retslægerådet, i modsætning til Sundhedsstyrelsen, lagt særlig vægt på, at sternalpunkterer stadigvæk anvendes i et vist omfang, omend med aftagende hyppighed samt at Retslægerådet ikke er bekendt med dokumentation for, at risikoen for perforation af sternum afhænger af den anvendte kanyle.

## VII. Postoperativt dødsfald efter underlivs-operation

43-årig kvinde, blev indlagt med henblik på fjernelse af livmoderen på grund af blødningsforstyrrelser og smerter. Efter operationen optrådte der forskellige komplikationer, idet der var sket læsion af tyndtarms-slynger m.v., og det blev nødvendigt at foretage flere operationer, hvorefter der indtrådte svigtende nyrefunktion, som nødvendiggjorde dialysebehandling. Døden indtrådte en måned efter den primære operation (E 7425).

Den 43-årige kvinde var 14 år tidligere opereret for en tarmperforation som følge af betændelse i tyktarmen. Der påvist ved denne operation talrige sammenvoksninger i bughulen. Kvinden blev aktuelt indlagt på grund af langvarige og kraftige menstruationsblødninger og tiltagende mavesmerter. Livmoderen fandtes forstørret med muskelknuder, og det blev besluttet at foretage operativ fjernelse af livmoder, æggestokke og æggeledere. Ved operationen var der talrige sammenvoksninger i bughulen, formentlig som følge af den tidligere betændelse i tarmen og den deraf nødvendiggjorte operation. Ved operationen, som var meget langvarig og besværlig på grund af sammenvoksningerne, opstod der læsion af blæren og et par overfladiske tyndtarmslæsioner. Læsionerne blev sammensyet. Fem dage efter operationen kom der besværliggjort vejrtrækning, ligesom tarmfunktionen ikke kom i gang. 8 dage efter den primære operation blev patienten overført til en specialkirurgisk afdeling, hvor man foretog et nyt operativt indgreb. Der fandtes en 3-4 cm stor læsion af den nederste 1/3 af tyndtarmen. I bughulen fandtes rigelige mængder materietilblandet væske. Det perforerede tarmstykke blev fjernet tillige med blindtarmens ormformede vedhæng, og tarmstykkerne blev sammensyet. 5 dage efter denne operation påvist atter en lækage i tyndtarmen svarende til sammensyningsstedet, og der foretoges ny operation med yderligere fjernelse af et stykke tyndtarm og sammensyning af den resterende tarm. Tilstanden forværredes gradvis, og 9 dage efter den sidste operation blev patienten overført til et regionalsygehus med henblik på dialysebehandling på grund af svigtende nyrefunktion. Tilstanden blev fortsat dårligere, og døden indtrådte 18 dage efter den sidste operation eller 1 måned efter den primære operation under billede af multi-organsvigt.

Sagen blev forelagt Retslægerådet af Sundhedsstyrelsen, som stillede nedenstående spørgsmål:

### *Spørgsmål 1.*

Var der indikation for at foretage hysterektomi i betragtning af, at der ikke var prøvet andre behandlingsmetoder, og i betragtning af symptomerne og den tidligere vanskelige operation.



*Svar*

Retslægerådet finder, at større muskelknuder i livmoderen, som medfører stærke og langvarige menstruationer samt smerter hos en 43-årig kvinde, er en sædvanlig og rimelig indikation for hysterektomi. Behandlingsforsøget med gestagent hormon eller præparater, der griber ind i koagulationsmekanismerne, kunne være forsøgt, men ville med de beskrevne forandringer næppe have haft varig virkning.

*Spørgsmål 2*

Blev hysterektomien udført med omhu, og blev der herunder taget hensyn til den tidligere vanskelige operation og de fundne sammenvoksninger?

*Svar*

I henhold til operationsbeskrivelsen af 02.09. synes operationen udført med omhu og under hensyn til den tidligere operation. Operationsbeskrivelsen har standardkarakter, men giver udtryk for besværligheder, og at tarmene er eftersat for læsioner, ligesom blærelæsionen er erkendt og lukket.

*Spørgsmål 3*

Hvis perforation er opstået under operationen, kan man da forestille sig, at det varer så længe, før perforationen giver symptomer?

*Svar*

Ja. Hvis perforationen opstod under operationen, kan den have været tilklæbet eller på anden måde afgrænset, således at symptomerne først ville optræde senere. Rådet anser det dog for muligt, at perforationen først er indtrådt senere som konsekvens af luftudspiling af et svækket område af tarmen, hvor der har været serosa-læsioner efter den primære dissektion.

*Spørgsmål 4*

Er der foretaget omhyggelig observation af patienten efter operationen?

*Svar*

Observationen af patienten efter operationen har været omhyggelig.

*Spørgsmål 5*

Har lægerne hurtigt iværksat omhyggelig udredning af patienten?

*Svar*

Det postoperative forløb var ikke sædvanligt og kunne give mistanke om komplikationer. Da man på oversigt over abdomen den 07.09. fandt store mængder luft med

væskespejl i bughulen var det en fejl, at patienten ikke blev opereret samme dag på mistanke om perforation af hulorgan.

#### *Spørgsmål 6*

Har lægerne været omhyggelige med at skønne over mulige årsager og diagnoser vedrørende patientens tilstand?

#### *Svar*

På grundlag af de foreliggende journaler anser Retslægerådet, at lægerne i øvrigt har været omhyggelige med at skønne over mulige årsager og diagnoser vedrørende patientens tilstand uden, at man dog har skønnet rigtigt. I øvrigt henvises til besvarelse af spørgsmål 5.

#### *Spørgsmål 7*

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

#### *Svar*

Ved operationen den 09.09. fandt man en svær peritonit udgående fra en tyndtarmsperforation. Laboratorieprøverne tydede på sepsis. Man valgte at fjerne et tarmstykke med efterfølgende sammensyning af tarmenderne. Det er Retslægerådets opfattelse, at det var en fejl at anlægge primær anastomose i et svært inficeret felt hos en septisk patient. I stedet burde der have været anlagt kunstig tarmåbning svarende til hullet i tyndtarmen og efterfølgende re-anastomose.

Sundhedsstyrelsen udtalte, at efterforløbet efter operationen havde været usædvanligt, og at den 1. reservelæge, som havde tilset patienten, burde have foranlediget, at hun var blevet opereret 2. gang 2 dage tidligere, end det skete. Endvidere fandt Sundhedsstyrelsen, at valget af operationsmåde havde været uhensigtsmæssig, idet tarmen ikke burde have været sammensyet primært på grund af betændelsesforandringerne.

Sundhedsstyrelsen indstillede således, at de 2 ansvarlige 1. reservelæger fik en påtale i medfør af lægelovens § 6.

Patientklagenævnet har lagt vægt på Retslægerådets vurdering af, at det var en fejl, at patienten ikke blev opereret den 07.09., idet de store mængder luft med væskespejl i bughulen burde have givet mistanke om perforation af et hulorgan. På den baggrund fandt Patientklagenævnet, at 3 læger havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, jævnfør lægelovens § 6, stk. 1, ved ikke senest i forbindelse med røntgenkonferencen den 07.09. at tage beslutning om ny operation.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at valget af operationsmåde med primær sammensyning af tarmen var en fejl, hvilket Patientklagenævnet beklagede over for den kirurgiske reservelæge, jævnfør lægelovens § 6, stk. 1.

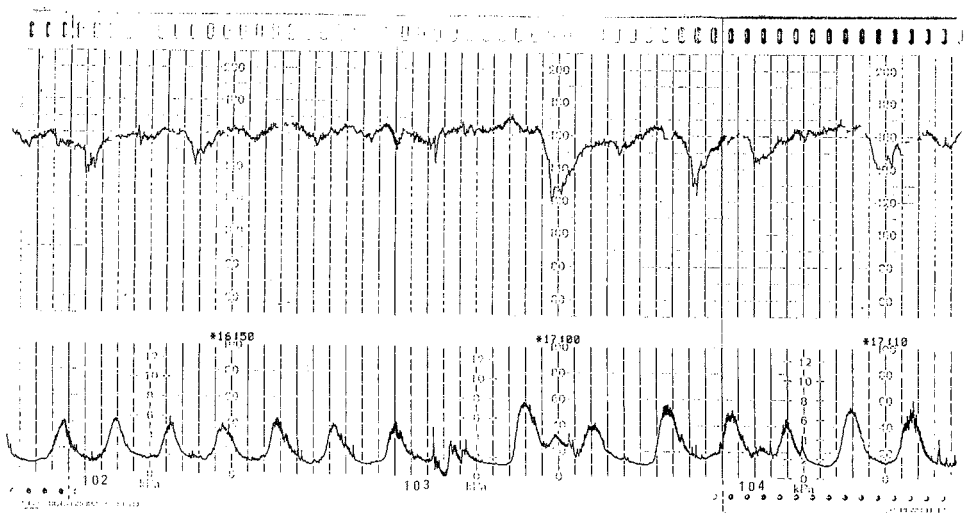
På basis af de foran anførte vurderinger besluttede den stedlige politimester, at der ikke skulle rejses tiltale mod nogen medicinalperson i forbindelse med dødsfaldet. Politimesteren henviser til, at der på baggrund af indholdet i de udtalelser, der er afgivet i sagen af henholdsvis Retslægerådet, Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet, ikke kan forventes at kunne føres det til domfældelse fornødne bevis for, at én eller flere blandt det behandlende personale i Sygehusvæsenet har gjort sig skyldige i overtrædelse af den nævnte bestemmelse (Lægelovens § 18).

## **Kommentar**

Efter Retslægerådets opfattelse var der i behandlingsforløbet begået to faglige fejl. Denne opfattelse deltes af såvel Sundhedsstyrelsen som Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. De to sidstnævnte instanser henstillede, at sagen afgjordes med en påtale efter lægelovens § 6, stk. 1. Politimesteren overvejede tiltale efter lægelovens § 18, men endte med at konkludere, at de omtalte forhold ikke kunne føre til domfældelse efter den nævnte paragraf, hvorfor politimesteren tilsluttede sig ovennævnte sanktionsforslag.

## VIII. Om konsekvenserne af registrering af fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen

28-årig førstegangsfødende, der er 16 dage over terminstidspunktet, indkommer med veer på fødeafdelingen, XX sygehus. På indlæggelsestidspunktet kl. 09.00 er orificium (fødselsåbningen) 2 cm åben. Fødslen skrider kun langsomt fremad i dagens løb og fra kl. ca. 16.00 påbegyndes registrering af fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG). Kurveforløbet fra kl. 16.00 er i begyndelsen ikke sikkert unormalt (patologisk). Der er ret hyppige veer og fosterhjerterefrekvensen lægger sig fra kl. 16.40 op omkring 160 (som er den øvre normalgrænse). Fra kl. 17.00-17.10 optræder der 3 sene decellerationer (Kurvefald, Fig. 1) og fra kl. 17.18-17.30 er der også decellerationer, dog ikke særlige dybe. Pt. lægges i sideleje, men fra kl. 17.40 er der igen hyppige sene decellerationer. Kl. 18.00 opsættes syntocinon-drop (vestimulerende middel) og billedet med de sene decellerationer fortsætter. Fra kl. 18.30 ses ikke mere sene decellerationer, men variationsbredden i udslagene på kurven indskrænkes. Der er herefter afgang af grønt fostervand og kl. 19.22-19.25 forsvinder hjertelyden (Fig. 2). Kl. 19.00 er orificium 3-4 cm og senere 7-8 - 9 $\frac{1}{2}$ -10 cm. på hvilket tidspunkt, der gribes ind med anlæggelse af vacuum extractor (sugekop). Dette er vanskeligt, men lykkes til sidst efter at det også er forsøgt at anlægge en fødselstang. Barnet er dødt og kan ikke genoplives. Flere større læsioner hos moderen efter indgrebet må syes ved en fornyet operation, der foretages gennem bugvæggen.



Figur 1.

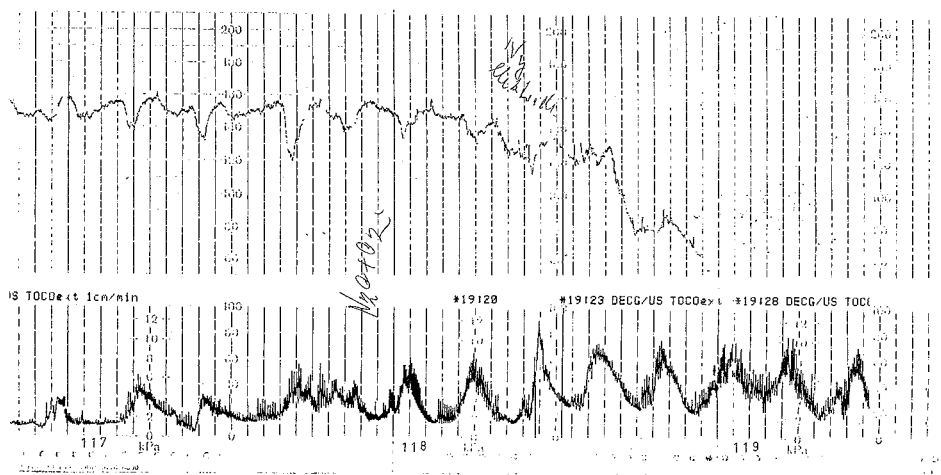
Retslægerådet bliver af Sundhedsstyrelsen spurgt, om det efter Retslægerådets opfattelse er en fejl, at der på baggrund af CTG-kurverne ikke blev foretaget kejsersnit på et tidligere tidspunkt og senest kl. 17.50?

Retslægerådet svarer: Kl. ca. 17.00 var der efter Retslægerådets vurdering på den kardiokografiske overvågningskurve (CTG) tegn på iltmangel hos fosteret, hvorfor man burde have foretaget kejsersnit på dette tidspunkt. Kl. ca. 17.50 havde der så længe været tegn på iltmangel, at der ikke skulle være ordineret vestimulerende behandling, men i stedet være foretaget kejsersnit. Indikationen for indgriben blev yderligere forstærket ved konstatering af det grønne fostervand kl. 18.30.

Retslægerådet skal dog tilføje, at CTG-kurverne ofte er vanskelige at bedømme, idet der optræder mange ukarakteristiske kurver, og der forekommer mange kurver, der retrospektivt må betegnes som enten falsk positive eller som falsk negative kurver<sup>1)</sup>.

Forskellige undersøgelser har vist, at selv blandt erfarne obstetrikere (fødselslæger) er der stor spredning på tolkningsresultaterne. Forekommer en vanskelig tolkelig kurve, er jordmoderen og lægen i en vanskelig situation, idet der såvel foreligger mulighed for at overreagere (hvilket vil kunne føre til, at der foretages kejsersnit, hvor det retrospektivt måske vil vise sig ikke at have været nødvendigt) eller at observere videre (hvilket så kan medføre, at det senere viser sig, at man burde have grebet ind tidligere).

En dansk undersøgelse fra 1987 viste, at af 50 CTG-kurver, hvoraf en tredjedel var fra fødsler, der resulterede i fødsel af et, af iltmangel påvirket barn (Apgar 1 <7 eller



Figur 2.

<sup>1)</sup> Falsk positive er kurver, der fejlagtigt tyder på iltmangel hos et foster. Falsk negative er kurver, der trods iltmangel hos fosteret ikke viser tegn på dette.

pH <7,15 eller standard base excess <10 mEq/liter), at den samme person ved 2 bedømmelser med 2 måneders mellemrum bedømte den samme kurve forskelligt i 21 % af tilfældene. Kun 11 af de 50 kurver blev bedømt på samme måde af 4 forskellige erfarne obstetrikere ved 2 bedømmelser med 2 måneders mellemrum. Andre undersøgelser har fundet, at i ca. 1/3 af tilfældene er CTG-kurver falsk positive ved diagnostikken af foetalt distress (iltmangel) resulterende i en øget kejsersnits-frekvens.

Den kardiocografiske overvågningskurve må derfor altid vurderes i relation til hele den kliniske situation. I dette tilfælde var den fødende gået mere end 14 dage over den fastsatte fødselstermin, og der var lang tid til fødslen kunne forventes afsluttet. Desuden kom der i forløbet afgang af grønt fostervand. Disse forhold talte for, at der skulle have været taget konsekvens af forandringerne på CTG-kurven i form af kejsersnit.

Sundhedsstyrelsens vurdering var herefter, at den behandlende læge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af XX's fødsel, hvilket styrelsen fandt burde beklages overfor ham i henhold til lægelovens §6. Patientklagenævnet fulgte Sundhedsstyrelsens indstilling.

## IX. Sindssyge i fængsler

Som omtalt i Retslægerådets årsberetning 1991 (side 45 til 54) har Rådet gennem de senere år med stigende hyppighed behandlet sager, hvor det psykiatriske behandlingssystem ikke har ment at kunne rumme retspsykiatriske patienter med en afvigende og forstyrrende adfærd, især patienter, hvor der måske kunne være en vis usikkerhed om sindssygdomsdiagnosen.

Imidlertid har Rådet også set enkelte sager, hvor den mentalobserverende læge har anbefalet, at utvetydigt psykotiske blev idømt almindelige frihedsstraffe. To af disse sager skal refereres her, idet Rådet skal bemærke, at det er fundet hensigtsmæssigt med et ret fyldigt referat af Rådets omfattende journalmateriale, for på den måde grundigt at belyse sygehistorierne.

### A 32276

E er en nu 32-årig mand, om hvem rådet første gang afgav udtalelse 02.04.85. De lægelige oplysninger dengang var ufuldkomne, bl.a. havde rådet ikke mulighed for med sikkerhed at udtale sig om hans psykiske tilstand på tidspunktet for de påsigtede handlinger, men af materialet fremgår "at han i efteråret 1984 frembød udtalte psykotiske symptomer af skizofrenilignende natur, men det er ikke afklaret, hvorvidt han lider af en egentlig skizofreni, eller om det har drejet sig om en skizofrenilignende sindssygdomsfase."

Få måneder senere blev Retslægerådet igen anmodet om en udtalelse i anledning af, at der var rejst nye sigtelser mod E. Det stod klart, at han havde været psykotisk på tidspunktet for disse forhold, og rådet anbefalede dom til psykiatrisk behandling mv.

E blev imidlertid dømt til ambulans psykiatrisk behandling, men denne behandling blev i praksis aldrig iværksat bl.a. på grund af hans udtalte modvilje mod psykiatrisk behandling, ligesom han ikke ønskede at samarbejde med kriminalforsorgen.

Senere samme år blev E igen sigtet for en række forhold, herunder vold. Han blev som varetægtsarrestant tilset af Københavns Fængsleres psykiatriske konsulent, der fandt, at E formentlig var psykotisk. Sagen blev på ny forelagt Retslægerådet, der i udtalelse af 13.01.86. anførte, at rådet..."på grund af usikkerhed om E's psykiske lidelses art og varighed og eventuelle farlighed samt hans modvilje mod enhver form for psykiatrisk undersøgelse og behandling (skal) anbefale, at han mentalundersøges i den til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsanstalt." Ved mentalundersøgelsen på Sikringsanstalten fandt man, at E led af skizofreni, og den diagnose er ikke siden blevet betvivlet.

Overlæge H, Sikringsanstalten, afgav erklæring 01.08.86., hvor E var 26 år gammel. Det fremgår af denne erklæring og af en række senere erklæringer fra den behandlende afdeling bl.a., at E er født af

samlevende forældre, de blev skilt, da han var ca. 6 år gammel. Han begyndte skolegangen 7 år gammel, på grund af læsevanskeligheder blev han flyttet til hjælpeklasse. Han blev 13 år gammel inddraget under børne- og ungdomsforsorg på grund af adfærdsvanskeligheder, og fra 15-års alderen havde han overvejende været institutionsanbragt. Siden 18-års alderen havde han levet af bistandshjælp uden fast bolig, dog etablerede han i 23-års alderen kortvarigt et samlivsforhold, som veninden imidlertid afbrød.

E blev første gang idømt en ubetinget frihedsstraf 20 år gammel, og i det følgende år afsonede han flere frihedsstraffe for bl.a. tyverier, dokumentfalsk og overtrædelse af færdselsloven.

I 1984 blev E igen indsat til afsoning af en ubetinget frihedsstraf. Han fandtes imidlertid urolig, råbende, han angav sig i besiddelse af telepatiske evner mv. Han blev overflyttet til Anstalten ved Herstedvester, hvor han fandtes psykotisk, hvorfor han 8 dage efter overflytningen blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Her fandtes han præget af hallucinationer, tankeforstyrrelser og paranoide forestillinger. Han blev udskrevet efter 6 dage.

I oktober 1984 blev E igen indsat i Anstalten ved Herstedvester fra Sverige til afsoning af en ny ubetinget frihedsstraf. Han var fortsat svært psykotisk, formentlig skizofren, og efter et overfald på en medindsat blev han tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling, hvor han ligeledes fandtes psykotisk, bl.a. præget af bizarre legemlige vrangforestillinger, følelsesmæssig kontaktaflukket og hørelsesshallucinationer. Han blev tvangsbehandlet, hvorefter han undveg. Han blev genindsat i Anstalten ved Herstedvester, han var fortsat sindssyg og blev igen indlagt på psykiatrisk afdeling, nu med henblik på mentalobservation, men igen undveg han.

E var for fjerde gang kortvarigt indlagt på psykiatrisk afdeling i begyndelsen af 1985. Han var uændret sindssyg. Han undveg to dage efter at være indlagt.

E var under første del af indlæggelsen til mentalobservation på Sikringsanstalten totalt kontaktafvisende, ved forsøg på samtale kunne han fx gemme sig under dynen. Ved mere intensive forsøg på kontakt blev han truende. Da han hertil begyndte at blive spisevægrende, bestemte hospitalet sig for at iværksætte tvangsbehandling med antipsykotisk virkende medicin (Trilafon). Behandlingen blev i første omgang givet ved tvang, men herefter accepterede E behandlingen, og efter nogen tid blev hans tilstand væsentlig bedre, han var afslappet og kunne deltage i samtaler om dagligdagens begivenheder, men han nægtede fortsat vidtgående at medvirke ved mentalobservationen, herunder at medvirke ved en psykologisk undersøgelse. Erklæringen byggede således i høj grad på foreliggende sagsmateriale, hvor E dog i nogen udstrækning bekræftede akternes oplysninger. Han motiverede sin afvisning med, at han havde gjort den erfaring, at oplysninger, han havde givet under indlæggelser på psykiatriske afdelinger, var blevet vendt og drejet og senere brugt imod ham, således at hans udsagn i visse tilfælde overhovedet ikke havde været til at kende igen. E vedgik, at han i en periode forud for indlæggelsen havde været sindssyg, hvilket han mente skyldtes, at han havde været eftersøgt af politiet og derfor havde været nødt til at flakke fra det ene sted til det andet.

E var bl.a. sigtet for en række tyverier samt for vold mod tjenestemand, idet han havde overfaldet en plejer, ansat på den psykiatriske afdeling, hvor E tidligere havde været indlagt. Den pågældende havde i forbindelse med en af E's indlæggelser medvirket ved bæltefiksering af E. Overfaldet havde været potentielt farligt, men det pågældende personalemedlem var sluppet uden mén. E havde ikke ønsket at udtale sig om sagen til politiet, og under mentalobservationen ønskede han overhovedet ikke at omtale hverken den tidligere eller den nu påsigtede kriminalitet.

Erklæringen konkluderede bl.a., at E gennem de seneste år forud for undersøgelsen havde frembudt tegn på sindssygdom, formentlig skizofreni. Man bemærkede, at hans tilstand var blevet bedre efter han var sat i medikamentel behandling, indledningsvis mod sin vilje. Videre hedder det: "Observanden må uden tvivl henføres til straffelovens § 16, stk. 1, og risikoen for ny kriminalitet kan under de aktuelle omstændigheder anses for forholdsvis beskeden, men sandsynligvis afhængig af, at han fortsat er underkastet konsekvent medikamentel behandling samt psykiatrisk og social støtte". Overlægen anbefalede herefter dom til psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelser om genindlæggelse.



Retslægerådet tilsluttede sig i det hele erklæringens konklusion i udtalelse af 20.08.86., og senere sammen år blev E idømt en psykiatrisk foranstaltning som foreslået.

I 1988 blev spørgsmålet om foranstaltningens opretholdelse rejst, og overlæge P, psykiatrisk afdeling O, afgav erklæring 14.09.88. Det fremgår, at E efter mentalobservationen blev overflyttet til den psykiatriske afdeling, hans tilstand var fortsat god, og han blev efter i en periode at have været patient i afdelingens daghospital udskrevet til fortsat ambulant behandling. Han passede behandlingen som aftalt, men i sommeren 1987 begyndte han at udeblive, og til sidst blev han efter aftale med Kriminalforsorgen genindlagt ved politiets foranstaltning. Han var ophørt med medicinen men uden recidiv af mere åbenbare sindssygdomssymptomer. Han levede i et parforhold og havde indimellem erhvervsarbejde. Den medikamentelle behandling blev genoptaget, og han blev udskrevet til fortsat ambulant behandling.

Overlæge P vurderede, at E ikke frembød åbenbare symptomer på sindssygdom, men han var præget af en dårlig følelsesmæssig kontakt, og det fandtes helt overvejende sandsynligt, at han led af skizofreni. Han var ganske uden sygdomserkendelse, og ved en samlet vurdering fandt man det ikke forsvarligt at anbefale den idømte foranstaltning ophævet.

Retslægerådet udtalte på baggrund af erklæringen 28.08.88. bl.a., at E... "fortsat er sindssyg, sandsynligvis lidende af skizofreni, hvis symptomer dæmpes af medikamentel behandling. Kontakten er dog fortsat stiv og umoduleret, og patienten mangler helt sygdomserkendelse. Der har været visse lovovertrædelser indenfor det sidste års tid. Rådet finder det herefter ikke formålstjenligt at ophæve foranstaltningen".

I anledningen af en række nye sigtelser afgav overlæge M en supplerende mentalerklæring 16.07.91. Det fremgår af denne bl.a., at E havde været indlagt for sekstende gang i afdelingen i april 1990, hvor han blev udskrevet til fortsat ambulant behandling med bl.a. en ret stor dosis antipsykotisk virkende medicin givet i depotform (Trilafon dekanat 162 mg hver fjortende dag). På grund af ustabil fremmøde blev han ved politiets hjælp genindlagt i medfær af dommen. Den medikamentelle behandling blev intensiveret, han blev udskrevet, senere genindlagt og herefter som varetægtsarrestant indlagt i juni måned 1991, sigtet for røveri. Han fandtes under indlæggelsen fortsat psykotisk, han husede vrangforestillinger, han var hallucineret, han oplevede påvirkningsfølelser. Indimellem fandtes han angst og forpint, fx når han oplevede, at der blev sendt elektrisk strøm igennem ham, indimellem kunne han være aggressiv og dominerende. Den medikamentelle behandling blev suppleret med anden form for antipsykotisk virkende medicin (Leponex 300 mg dgl.) med nogen bedring af tilstanden tilføje. Afdelingen konkluderede, at ansøgeren led af en paranoid skizofreni. Han fandtes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og man anbefalede den idømte foranstaltning opretholdt.

Som det fremgår, har afdelingens diagnose gennem mange år været skizofreni, og man har til stadighed anbefalet foranstaltningen opretholdt.

Et halvt år efter den seneste erklæring - 13.02.92. - afgav afdelingen, nu ved overlæge H, atter erklæring i anledning af, at E igen var sigtet for et røveri. I denne erklæring hedder det bl.a.: "Efter at man var påbegyndt Leponexbehandlingen skete der en klart bedring i tilstanden, således at han blev apsykotisk, men fortsat præget af sin svært karakterafvigende adfærd. Han blev udskrevet til daghospitalsophold, men begik kort tid efter fornyet kriminalitet i form af indbrud i oktober 1991. Han blev genindlagt i henhold til dommen, og det viste sig, at patienten under udskrivelse ikke havde passet sin medikamentelle behandling, ligesom der var tale om et vis forbrug af hash og speed". Det fremgår, at dette mønster gentog sig et par gange. Aktuelt blev han overført fra Vestre fængsel 27.01.92., treogtyvende indlæggelse. Han er beskrevet som... "hurtigkørende, lidt megaloman præget, formentlig på grund af speedindtagelsen". Han fremtrådte i øvrigt ikke produktivt psykotisk, men anspændt og truende både overfor personalet og medpatienter. Han accepterede at genoptage behandling med

antipsykotisk medicin givet i ganske store doser. (Serenasedepot 200 mg ugentligt samt Leponex, dosis er ikke anført).

Afslutningsvis hedder det: "Det kan således konkluderes, at selvom patientens psykose kan behandles under indlæggelse med antipsykotisk medicin, må han fortsat, på grund af sine svære karakterafvigende træk, betegnes som særdeles farlig, og det må ud fra det foreliggende vurderes, at hverken en psykiatrisk behandlingsdom eller en psykiatrisk anbringelse vil være tilstrækkelig til at forebygge fornyet kriminalitet. Sikkerhedsforanstaltningerne på en almindelig lukket psykiatrisk afdeling er ikke tilstrækkelige til at forhindre patienten i at tiltvinge sig udgang, hvorunder muligheden for fornyet kriminalitet vil være særdeles nærliggende.

På baggrund af ovenstående vil man herfra foreslå, at patienten af hensyn til retssikkerheden idømmes fængselsstraf, men at han bør afsone denne på Anstalten ved Herstedvester, da han trods alt vedvarende har brug for antipsykotisk medicin. Diagnostisk må vi vurdere, at det drejer sig om en paranoid psykotisk tilstand i kombination med en meget svær karakterafvigende personlighedsstruktur samt tilbagevendende misbrug af hash, speed og alkohol". (Det fremgår ikke af det foreliggende erklæringmateriale, at E skulle misbruge alkohol, og kun i sidstnævnte erklæring er anført, at E skulle have et vist misbrug af hash og centralstimulerende stoffer, rådets bemærkning).

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der bl.a. fandt erklæringens konklusion "usædvanlig". Rådet fandt det indlysende, at man måtte anbefale, at E blev idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Da der således var uenighed mellem overlæge H og rådet, blev den udtalelse, rådet var sindet af afgive, forelagt overlæge H. I rådets udtalelse hedder det bl.a. at E... "er sindssyg, lidende af skizofreni, præget af tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, kontaktforstyrrelser og påvirkningsoplevelser. Han er uden sygdomserkendelse og et misbrug af cannabispræparater og centralstimulerende stoffer kan periodisk forværre sindssygdommen, som i øvrigt har vist sig gunstigt påvirket af behandling med antipsykotiske medikamenter, med hvilke han også må behandles under placering i psykiatrisk afdeling som varetægtssubstitut.

Rådet finder det ganske klart, at E også på tidspunktet for den nu påsigtede handling var sindssyg og at henføre til straffelovens § 16, stk. 1. En dom til fængsel, ifald E kendes skyldig, finder Retslægerådet ikke at kunne anbefale - ej heller således at afsoning sker i Anstalten ved Herstedvester, der har status som fængsel og ikke som psykiatrisk hospital.

Retslægerådet må herefter tilråde, fremdeles under forudsætning af at E kendes skyldig, dom til anbringelse i psykiatrisk hospital jfr. straffelovens § 68.

Overlæge H udtalte efterfølgende bl.a.: "Med vores nuværende kendskab til patienten vil det ikke være forsvarligt at meddele ham nogen form for terrænfrihed eller udgang, da det efter vores erfaring vil betyde en overhængende fare for, at han absenterer sig og begår fornyet kriminalitet under stofpåvirkning. Patientens hverdag vil derfor meget lang tid fremover blive præget af, at han skal opholde sig i en relativ lille lukket psykiatrisk modtageafdeling, hvor han skal være sammen med skiftende, ofte

svært psykotiske medpatienter, som han tillige må dele stue med. Hans mulighed for udgang vil være begrænset til et meget lille haveareal, hvor han desuden relativt let vil kunne undvige fra. På den baggrund finder vi, at en anbringelse i fx Anstalten ved Herstedvester vil være en langt mere human behandling, hvor de ydre sikkerhedsforanstaltninger vil bevirke, at patienter får langt flere friheder og betydelig større råderum, end han får i herværende psykiatriske afdeling". Afslutningsvis hedder det bl.a.: "Når denne patient volder særlige vanskeligheder skyldes det, at han har en udtalt karakterafvigende, meget følelseskold holdning til andre mennesker samt til den kriminalitet, han allerede har begået, og det er dette forhold, der bevirker, at vi ikke kan forsvare at give patienten terrænfrihed, ej heller med personaleledsagelse, da det efter vores skøn vil medføre en alvorlig risiko for fornyet kriminalitet".

Rådet fandt ikke anledning til at ændre sin udtalelse. E er senere blevet dømt til anbringelse på et hospital for sindslidende. Han ankede dommen, som blev stadfæstet af Landsretten.

## A 32445

A er en nu 42-årig kronisk skizofren mand, der bl.a. var sigtet for forsøg på manddrab og forsøg på ildspåsættelse (overtrædelse af straffelovens § 180). Retslægerådet afgav første gang i 1980 udtalelse om A, han var dengang bl.a. sigtet for vold over for sine adoptivforældre. Rådet udtalte bl.a., at A... " har i 6-7 år frembudt sikre symptomer på skizofreni og må henføres til den i straffelovens § 16, stk. 1 omhandlede persongruppe". Rådet anbefalede en behandlingsdom med tilsyn af Kriminalforsorgen, hvilket også blev resultatet. Skizofrenidiagnosen har ikke siden været betvivlet, og A har siden 1980 været undergivet en psykiatrisk særforanstaltning.

Overlæge P, der varetog behandlingen, afgav erklæring i december 1987, på baggrund heraf udtalte Retslægerådet 17.05.88. bl.a., at A's..." tilstand i årene siden 1980, da Retslægerådet sidst udtalte sig, synes at have været meget svingende og muligt især i årene 1985 og 1986 hvor der i tilslutning til, at han bragte den medikamentelle behandling til ophør, optrådte sådanne forværringer i den før beskrevne sindssygdomstilstand (skizofreni), at han i 1985 og 1986 har måttet hospitalsindlægges ved politiets foranstaltning, således at behandling har kunnet genoptages med rimelig god effekt. Hans ellers fremtrædende aggressivitet er da mindsket og skal ikke have givet anledning til voldelige episoder i det sidste år eller to. A's sindssygdom må antages at være således i sit forløb, at medikamentel behandling endnu en længere periode er velindiceret, men herfor antages han af det behandlende hospital ikke motiveret. Retslægerådet kan efter de foreliggende oplysninger ikke aktuelt antage nogen meget betydelig fare for retssikkerheden og skal derfor ikke udtale sig afgørende imod, at den retslige foranstaltning ophæves".

Foranstaltningen blev imidlertid opretholdt, og overlæge P afgav erklæring i november 1989 med en supplerende udtalelse i januar 1990. Dette materiale blev sammen med en udtalelse fra Kriminalforsorgen forelagt Retslægerådet, der 20.03.90 bl.a. udtalte, at A... " fortsat er blevet ambulantly behandlet med depotmedicin, hvorunder han det sidste års tid ikke har frembudt manifest psykotiske symptomer. Men han har ofte under hjemmebesøg virket medicinpåvirket, og han har været så truende, at hjemmesygeplejersken har indstillet besøgene. Det er ikke herefter lykkedes at få ham til at møde ambulantly på hospitalet,

og det er sidst besluttet at få ham bragt til hospitalet, om fornødent ved politiets hjælp. Det frygtes, at opblussende psykotiske symptomer kunne medføre risiko for affektpræget og voldelig adfærd. Under disse omstændigheder kan rådet - som indstillet af overlægen - ikke for tiden anbefale en ophævelse af foranstaltningen".

I anledning af aktuelle sigtelse blev A genindlagt til mentalobservation på psykiatrisk afdeling B, nu ved overlæge S, som afgav erklæring 05.05.92. Det fremgår af erklæringen bl.a., at A er adoptivbarn, han er opvokset som enebarn hos samlevende forældre. Forholdene i barndomshjemmet skal have været gode, og A havde angiveligt et nært forhold til begge sine forældre. Han skal helt fra barndommen have været sky og noget af en enspænder, men han klarede sig godt i skolen indtil 16-17-års alderen, hvor hans sygdom debuterede, og hvor han forlod gymnasiet. A har ingen uddannelse, og han fik for ca. 20 år siden, da han var 23 år gammel, tilkendt pension. Han er ugift og har altid boet alene.

A blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1969 efter et selvmordsforsøg. Han fandtes psykotisk, bl.a. husede han omfattende vrangforestillinger. Han forlangte sig hurtigt udskrevet, men blev efter få dage genindlagt og var senere samme år genindlagt i en længere periode. Han frembød svære psykotiske symptomer i form af hallucinationer, vrangforestillinger, ligesom han husede selvmordsforestillinger. Man fandt det allerede den gang ret sikkert, at han led af skizofreni. I de følgende år var han jævnligt indlagt, mellem indlæggelserne modtog han ambulans behandling med bl.a. antipsykotisk virkende medicin givet i depotform.

I 1980 blev A som tidligere nævnt dømt til psykiatrisk behandling, foranstaltningen er aldrig blevet ophævet. A har ialt 18 gange været indlagt på den psykiatriske afdeling, der lige siden 1969 har varetaget behandlingen, og det fremgår af erklæringen, at han "mere eller mindre konstant" har modtaget behandling med antipsykotisk virkende medicin, ligesom det nævnes, at afdelingen flere gange har frarådet at ophæve den idømte foranstaltning, idet man har frygtet, at A så ville ophøre med behandling med en heraf følgende betydelig risiko for, at hans sindssygdom blev forværret og således også en øget risiko for kriminelt recidiv. Han havde i øvrigt i årene efter 1980 gentagne gange været sigtet, fortrinsvis for hærværk, for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og et par gange for dokumentfalsk.

Sideløbende med sin psykiske sygdom har A misbrugt hash, han skal gennemsnitlig have røget et til to gram dagligt helt fra 14-års alderen. Hertil skal han ifølge erklæringen have haft et årelangt varende... "konstant og periodisk stort misbrug af amfetamin". Det fremgår, at han indenfor det sidste halve til hele år skal være ophørt med at misbruge såvel centralstimulerende midler som hash. Endelig har A i en årrække fået udskrevet ganske store mængder beroligende medicin af sin praktiserende læge, angiveligt 25 mg Stesolid og 6 mg Rohypnol dagligt. A selv begrundede sit aftagende misbrug med, at han "ikke rigtigt gider mere". Han angav i øvrigt også, at han på en måde følte sig afhængig af den medikamentelle antipsykotisk virkende behandling, idet han havde erfaret, at fik han ikke denne behandling, blev han inaktiv og gik "lige som i opløsning".

A var aktuelt sigtet for bl.a. at have kastet en "molotovcocktail" mod et vindue i en beboelsesejendom. Han begrundede sin handling med, at lejlighedens beboer skyldte ham penge for euforiserende stoffer. A havde også i dagene forud for de påsigtede forhold udvist truende adfærd overfor den pågældende mand. Ved mentalobservationen angav A bl.a., at hans adfærd var uheldigt, idet den nok medførte, at han ikke fik sin behandlingsdom ophævet lige med det sammen, men han fandt i øvrigt, at han - omstændighederne taget i betragtning - ikke kunne have handlet anderledes.

A benægtede under indlæggelsen at være hallucineret, og han frembød heller ikke tegn på at være det. Han er i øvrigt beskrevet som høflig, men formel og først og fremmest præget af en svært læderet følelsesmæssig kontakt. Videre er anført: "Under samtalen røber observanden desuden tydelige karakterafvigende træk, specielt hans

noget kyniske og antisociale måde at forholde sig til sin kriminelle og voldelige adfærd".

Der blev foretaget psykologisk undersøgelse, som konkluderede, at A aktuelt ikke frembød psykotiske symptomer, herunder tegn på skizofreni og på basis af testen måtte det antages, at A, der fandtes velbegavet, var personlighedsmæssig afvigende, og at hans sindssygdomssymptomer var udløst af hans langvarige svære misbrug.

(A må antages at have været i behandling med antipsykotisk virkende medicin givet i depotform (100 mg Cisordinoldepot hver 14. dag), på tidspunktet for den psykologiske undersøgelse, Rådets bemærkning.)

I erklæringens konklusion hedder det bl.a.: "Sammenfattende kan det konkluderes, at observanden er sindssyg, lidende af en kronisk skizofreni, som de senere år har været relativ symptomfattig. Der er således ingen tvivl om, at observanden har været sindssyg i gerningsøjeblikket, men motivet til aktuelt påsigtede kriminalitet skønnes ikke at være af psykotisk natur, ligesom selve handlingen ikke har været udført i psykotisk affekttilstand. Handlingen var derimod velplanlagt som en hævnaktion i relation til observandens tilknytning til narkomiljøet og hans udtalte antisociale karakterologiske afvigelse. Selvom observanden således på grund af sin kroniske, symptomfattige skizofreni må henregnes til straffelovens § 16, stk. 1, er det et principielt spørgsmål om han har været utilregnelig i gerningsøjeblikket. Den nugældende retslige foranstaltning (dom til psykiatrisk behandling på psykiatrisk sygehus), som observanden har haft siden 1980, har da heller ikke kunnet forhindre observanden i at begå talrige kriminelle handlinger, som alle har haft relation til hans tilknytning til narkomiljøet. Risikoen for at observanden begår fornyet ligearteret kriminalitet vil være nærliggende, også selvom nugældende retslige foranstaltning opretholdes eller skærpes til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Den kliniske tilstand vil ikke berettige vedvarende indespærring i lukket, sikret afdeling, og uden en uoverstigelig mur vil man ikke kunne sikre sig mod nye alvorlige handlinger. En anbringelse i psykiatrisk ledet, lukket anstalt, vil derfor være mere hensigtsmæssig og mere human".

Retslægerådet udtalte på grundlag af erklæringen og sagens akter, at A... "fortsat er sindssyg og må antages at være sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Han har siden 1969 talrige gange været indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor han har frembudt klare sindssygdomssymptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser. Det må anses for godtgjort, at han lider af skizofreni. Han er aktuelt i behandling med antipsykotisk virkende medicin givet i depotform og frembyder under denne behandling ikke mere åbenbare sindssygdomssymptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger, men er præget af en særdeles dårlig følelsesmæssig kontakt.

Han har siden 1980 i medfør af dom været undergivet psykiatrisk behandling, men bl.a. på grund af svingtende sygdomserkendelse har hans behandlingsmotivation været svingende, og det har flere gange været nødvendig at indlægge ham i medfør af den idømte foranstaltning. Han har i en årrække misbrugt bl.a. hash og beroligende

medicin, men hans misbrug skal være aftaget igennem det sidste års tid. Han kan have været påvirket af euforiserende stoffer, herunder især hash, samt beroligende medicin på tidspunkterne på nogle af de påsigtede forhold, men der er ikke holdepunkter for at antage, at abnorm rustilstand har foreligget.

A findes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Det skal bemærkes, at rådet ikke finder anledning til nærmere at overveje de i erklæringens konklusion, sidste afsnit in fine, anførte synspunkter, allerede fordi en vurdering af tilregnelighedsspørgsmålet falder udenfor den lægelige kompetence. Efter en samlet vurdering af hans psykiske tilstand, herunder hans behandlingsmotivation, jf. herved også rådets udtalelse af 28.03.90, samt karakteren af den tidligere og nu påsigtede kriminalitet, skal Retslægerådet, såfremt han findes skyldig, anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk hospital".

Forinden udtalelsen blev afgivet havde den været forelagt overlæge S, der imidlertid ikke havde yderligere kommentar i sagen, overlægen henviste til de i mentalerklæringen fremførte synspunkter.

A blev efterfølgende dømt til anbringelse på hospital for sindslidende.

## Kommentar

I de to her refererede sager må det anses for godtgjort, at begge de sigtede led af skizofreni, og at de havde været syge i en årrække. Diagnosen skizofreni var stillet af de behandlende afdelinger, og den diagnostiske klassifikation blev da heller ikke betvivlet ved de aktuelt foretagne mentalobservationer. I begge tilfælde blev de sigtede utvetydigt henført til straffelovens § 16, stk. 1, men ikke desto mindre anbefalede man i erklæringerne, at de pågældende blev idømt almindelige frihedsstraffe med afsoning i Anstalten ved Herstedvester, idet det blev påpeget, at de pågældende fortsat havde behov for behandling med antipsykotisk virkende medicin. I den første sag henviste man til, at anbringelse i Anstalten ved Herstedvester ville være mere "human", idet de ydre sikkerhedsforanstaltninger - ringmur mv. - ville medføre, at den pågældende kunne få flere frihedsgoder, end det ville være muligt at give ham på en psykiatrisk afdeling. I den anden sag var begrundelsen bl.a., at overlægen satte spørgsmålstejn ved, om den sigtede var utilregnelig.

I begge tilfælde er det fremhævet, at de sigtede under medikamentel behandling ikke frembyder produktive psykotiske symptomer, dvs. hallucinationer, åbenbare vrangforestillinger m.v., og at de pågældende så fremstår "svært udtalt karakterafvigende", "meget følelseskolde", præget af "afvigende adfærd af antisocial karakter" mv. Det er et teoretisk og principielt vigtigt spørgsmål, hvorvidt en person på samme tid kan lide af en så gennemgribende sindssygdom som skizofreni og samtidig betegnes som personlighedsmæssig afvigende, men denne diskussion er ud fra en praktisk retspsykiatrisk synsvinkel uaktuel, idet sindssygdommen så at sige vil få "første prioritet", således at den pågældende henføres til straffelovens § 16, stk. 1, og Retslægerådet vil i disse situationer pege på anvendelsen af en psykiatrisk særforanstaltning.

Et af de basale symptomer ved skizofreni er forstyrrelser i den emotionelle kontakt ("autisme"), som netop kan vise sig som en aflukket følelsesmæssig kontakt til omverdenen, således at patienten umiddelbart kan fremtræde "følelseskold". I ingen af de to refererede sager blev det i erklæringerne overvejet, hvorvidt de sigtedes umiddelbare fremtræden og adfærd kunne være et udtryk for deres sygdom, herunder et udtryk for autisme. Netop dette symptom er et af de vanskeligste at behandle, medikamentel behandling er stort set virkningsløs, men en længerevarende, velplanlagt miljøbehandling i nogle tilfælde kombineret med en støttende psykoterapi kan have en vis effekt. En sådan behandling kan ydes af en psykiatrisk afdeling - men ikke i et fængsel, heller ikke i Anstalten ved Herstedvester. Rådet finder det derfor usædvanligt - og beklageligt - at man fra lægelig side nu ligefrem tilråder, at sindssyge anbringes i fængsler. Den første sag omhandlede endog en patient, som den samme afdeling i en erklæring, afgivet et halvt år tidligere, havde beskrevet som åbenbart psykotisk og periodisk forpint af sine sindssygdomssymptomer.

Det er fast etableret praksis, således som det også fremgår af straffelovens forarbejder, at tilregnelighedsspørgsmålet er et rent juridisk anliggende. Det er da også rådets erfaring, at dette er velkendt blandt psykiatere, og det er efter rådets opfattelse nærmest en fejl, at psykiatere inddrager spørgsmålet om tilregnelighed i en erklærings konklusion. I den her refererede sag blev tilregnelighedsspørgsmålet yderligere koblet sammen med nogle kausalitetsbetragtninger - som heller ikke er et lægeligt anliggende - og det hele blev så brugt til at anbefale, at en kronisk skizofren patient, som den pågældende afdeling havde behandlet igennem 20 år, blev idømt en almindelig fængselsstraf.

Retslægerådet er naturligvis klar over, at visse retspsykiatriske patienter kan være vanskelige at behandle, ikke mindst når de fysiske rammer for disse patienters ophold på hospital må begrænses til en lukket akut modtageafdeling. De vanskeligheder, det medfører, rammer imidlertid ikke kun retspsykiatriske patienter, jfr. den påviste stigning i antallet af farlighedsdekreter, hvor det må antages, at en væsentlig del af forklaringen på denne stigning er utilstrækkelige behandlingsfaciliteter for de dårligste patienter. (Se i øvrigt Retslægerådets årsberetning 1990, side 57 til 70).

Det fremgår af lov om statshospitalernes overførsel til amtskommunerne (lov nr. 328 af 26.06.75.), at det "påhviler amtskommunerne og Københavns og Frederiksbergs kommuner på disses psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage" ... "personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling" (§ 3, stk. 1, litra b). I lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien hedder det i § 2, at sygehusmyndigheden med henblik på at forebygge anvendelsen af tvang skal ... "tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard". Denne bestemmelse omfatter alle indlagte psykiatriske patienter, men bestemmelsen er ikke mindst relevant i forhold til de retspsykiatriske patienter, som for nogles vedkommende skal være indlagt over en længere periode, undertiden i lukket afsnit. De fysiske rammer bør naturligvis være

således, at de bedst mulige understøtter den samlede behandlingsindsats, men de fysiske rammer bør også være således, at disse patienter er indlagt under "humane forhold", afpasset efter patienternes tilstand. De overlæger, der har ansvaret for behandlingen af retspsykiatriske patienter - og i øvrigt andre dårlige patienter - kan måske opleve sig som værende i et dilemma imellem regler og rammer - bestemmelserne i straffeloven, psykiatriloven mv. på den ene side og de fysiske forhold, patienterne tilbydes, på den anden side. Dette bør imidlertid ikke medføre, at man forsøger at omgå reglerne, men derimod at man forsøger at forbedre rammerne.

Afslutningsvis skal kort omtales en sag, hvor en sindssyg mand var idømt en almindelig frihedsstraf, og hvor hans tilstand under afsoningen blev afgørende forværret.

### **A 32275**

H er en nu 35-årig mand, der har været dømt ialt 22 gange, væsentligst for berigelses-kriminalitet. Hans tidligere liv er kun sparsomt belyst, men godt to år før aktuelle havde han været tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling efter bl.a. fra en tagryg at have kastet tagsten ned mod forbipasserende. Han fandtes under indlæggelsen sindssyg. Under en afsoning godt et årstid før aktuelle sag blev han med eget samtykke fra afsoningsanstalten indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor han fandtes svært psykotisk, bl.a. husede han omfattende vrangforestillinger, hvor han mente, at han havde fået anbragt en mikrofon i sine tænder. Han forblev indlagt frem til det tidspunkt, hvor han skulle løslades, og da afdelingen skønnede, at han var behandlingsmotiveret, blev han på løsladelsestidspunktet udskrevet til fortsat ambulans behandling, men han udeblev.

Aktuelt var H indsat til afsoning af en ny ubetinget frihedsstraf. Under afsoningen var hans tilstand blevet stadig dårligere, han spiste uregelmæssigt, han talte om, at hans celle brændte, og at det brændte i nabocellen, ligesom han mente sig påvirket af dampe. Hans adfærd blev stadig mere påfaldende, og hans udtalelser var nærmest uforståelige. Han blev tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5 nr. 1. Under indlæggelse fandtes han uændret svært psykotisk med omfattende vrangforestillinger og undertiden aggressiv adfærd. Han blev tvangstilbageholdt, tvangstilbageholdelsen blev opretholdt også efter at han havde passeret løsladelsestidspunktet. Efter at have overfaldet et personalemedlem blev han tvangsmedicineret. Han klagede over ikke at kunne få udgang, afdelingen fortolkede dette som en klage over tvangsendlæggelsen og tvangstilbageholdelsen. Sagen blev af retten forelagt Retslægerådet, der bl.a. udtalte, at H... " var da (dvs. da han blev tvangsindlagt og senere tilbageholdt) psykotisk (sinds-syg), i en tilstand præget af vrangforestillinger med forfølgelsesindhold, påvirkningsfor-nemmelser og sandsynligvis hallucinationer. Han var hertil desorienteret i sted og med forstyrrelse i tænkningen. Iværksat behandling med antipsykotisk virkende medicin har udvist en begyndende effekt på sindssygdomssymptomerne".



Rådet tilsluttede sig herefter, at H var blevet tvangsindlagt og senere tvangstilbageholdt. Efterfølgende godkendte retten såvel tvangsindlæggelsen som - tilbageholdelsen.

## Kommentar

Sygehistorien viser, hvorledes en psykotisk patients tilstand kan forværres under afsoning af selv korterevarende frihedsstraffe - i det refererede tilfælde i en sådan grad at tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsmedicinering var påkrævet.

Den aktuelle sag vedrørte alene frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, hvorfor Retslægerådet var afskåret fra at udtale sig om andet og mere end dette spørgsmål, herunder afskåret fra fx at vurdere om H kunne være omfattet af straffelovens § 16. De psykiatriske afdelinger, der modtager strafafsonere, som viser sig at være psykotiske, bør være opmærksomme på dette spørgsmål og anbefale, at der foretages menta-lobsektion ved eventuelt kriminelt recidiv.

## X. Tvang contra frivillighed - en sygehistorie

### A 32356

F. er en 48-årig invalidepensionist, som var sigtet for hærværk i en række tilfælde, alvorligst var, at han havde anbragt et stort stykke jern på jernbanespor, hvorved en godsvogn var afsporet, medførende en del materiel skade. De påsigtede forhold var begået i perioden februar 1989 - december 1991.

F. blev mentalobserveret af overlæge J., som bl.a. beskriver, at F. formentlig gennem mere end 20 år har lidt af skizofreni. Han har haft en række indlæggelser på psykiatriske afdelinger, hovedparten dog kortvarige, og i forbindelse hermed har F. været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, uden at der foreligger nogen klar beskrivelse af en eventuel virkning. Han synes dog aldrig at have fået en regelret medicinsk behandling over længere tid. Der foreligger ingen systematiske oplysninger om hans familieforhold eller psykiske udvikling i øvrigt. De symptomer, der er beskrevet, består i en svær følelsesmæssig kontaktaflukethed (autisme), bizar adfærd og optagethed af såvel syns- som hørehallucinationer. Han blev i 1990 tvangsindlagt på røde papirer efter at have afsporet et tog som ovenfor beskrevet. Han er ved denne indlæggelse beskrevet som urolig, voldelig og svært autistisk. Hertil virkede han hørelsehallucineret. Han blev udskrevet efter en måned til et herberg. Den psykiatriske afdeling forsøgte at holde en kontakt til ham dér, men det viste sig, at han kun kortvarigt opholdt sig på herberget, idet han vagabonderede.

På tidspunktet for mentalundersøgelsen har overlægen beskrevet, at F. er ude af stand til at føre en almindelig samtale og herved give oplysninger om sig selv. Hans kontaktform er præget af hans kontaktaflukethed og stemmerne, som optager ham uafsladeligt. Han virker i tankegang uforståelig og uindfølelig og svarer kun kort på stillede spørgsmål og hengiver sig herefter til en mumlen, der bliver mere og mere utydelig. Han fremtræder miseriespræget, vagabondagtig. Han kommer enkelte gange til aftalte tider, men udebliver hovedparten af gangene. Han har ingen fast bopæl, men lever som vagabond.

Overlæge J. konkluderer herefter i mentalundersøgelsen, at F. "henføres til Straffelovens § 16, og det må anbefales, at han, såfremt han erkendes skyldig, idømmes psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen og behandlende læge kan træffe bestemmelse om indlæggelse, såfremt der er behov herfor. Det må tilrådes, at der i dommen anføres, at observanden også skal underkastes adækvat psykofarmakologisk behandling."

Retslægerådet udtalte bl.a., at F. er "sindssyg og må antages at have været det for tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han antages potentielt at være begavet inden for normalområdet, men hans svære sindssygdom medfører, at han ikke har udnyttet sit begavelsesmæssige potentiale. Han har adskillige gange været indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor han har frembudt symptomer som hallucinationer, svær følelsesmæssig

kontaktaflukket (autisme) og privat uindfølelig tankegang. Ved aktuelle undersøgelser fremtræder han præget af de samme symptomer, og specielt skal bemærkes, at hans udtalte autisme i kombination med en helt opløst og uindfølelig tankegang udelukker normal kommunikation og mulighed for at danne sig et indtryk af hans forestillingsverden. Han lever en socialt marginaliseret tilværelse uden kontakt til andre mennesker. Det må anses for godtgjort, at han lider af skizofreni. F. findes herefter omfattet af Straffelovens § 16, stk. 1. Han har behov for længerevarende behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin. Risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet vil formentlig i betydelig grad afhænge af, i hvilket omfang det lykkes at gennemføre en sådan længerevarende stabiliserende behandling, og Retslægerådet skal derfor, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse".

D. 3. september 1992 blev F. idømt psykiatrisk behandling m.v. som foreslået af overlæge J. og Retslægerådet.

## **Kommentar**

Sagen er medtaget som et eksempel på det psykiatriske behandlingssystems stormaskede netværk. Der er tale om en skizofren mand, der i mindst 20 år har været kendt i diverse behandlingssystemer, men som inden for de sidste mange år på intet tidspunkt været underkastet en regelret, sufficient psykiatrisk behandling bestående af indlæggelse og psykofarmakologisk behandling. Ikke utypisk bliver den "tvang", som formentlig er nødvendig for at gennemføre et regelret behandlingsforløb, administreret gennem en kriminalisering og påfølgende dom. Sagen kan ses som et eksempel på en tøven, der mange steder i det psykiatriske behandlingssystem hersker over for tvangsansøgning i relevant omfang. Overlæge J.s konkluderende udtalelse i mentalobservationserklæringen om, at "det må tilrådes, at der i dommen anføres, at observanden også skal underkastes adækvat psykofarmakologisk behandling", er et eksempel på den usikkerhed, der hersker mange steder over for hvilke beføjelser en psykiatrisk afd. og en overlæge egentlig har i forbindelse med adækvat behandling af sindssyge personer. Rådet skal afklarende bemærke, at spørgsmålet om psykofarmakologisk behandling naturligvis er et rent lægeligt anliggende, eventuelt således at spørgsmålet om behandling forelægges patientklagenævn, såfremt den påtænkes givet ved tvang. En dom til en psykiatrisk særforanstaltning indebærer således såvel psykofarmakologisk som anden behandling afhængig af, hvad der er behov for.

Sagen er et eksempel på, at der muligvis tvangstilbageholdes og tvangsbehandles for lidt i forhold til behovet og dermed på psykiatriens vanskelighed ved at balancere

mellem en humanistisk, paternalistisk holdning, hvis primære formål er at lindre sygdom og mindske lidelse og så den respekt for det autonome individ, som er et andet grundprincip i det demokratiske samfund. (Se også A 32516, side 72).

## XI. Åndssvage der også er sindssyge

### A 32262

B. er en 32-årig ugift førtidspensionist, som er sigtet for forsætlig brandstiftelse. Han er åndssvag og har fra barnsben været inddraget under Åndssvageforsorgen, således at han i lange perioder har haft ophold på socialpædagogiske institutioner. Ildspåsættelsen er foregået i forbindelse med et sådant ophold. Allerede fra han var i puberteten, har B. udvist adfærdsforstyrrelser i form af voldsomme, ukontrollable raserianfald, manglende initiativ, tilbøjelighed til social isolation og angst, hvis han blev udsat for nye opgaver. Fra 19-års alderen har han udvist tegn på egentlig psykisk sygdom med hallucinationer og vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Han har derfor været i vedvarende antipsykotisk virkende behandling, som i perioder har kunnet dæmpe de produktivt psykotiske symptomer. Han har haft tilbøjelighed til affektgennembrud, formentlig især i de perioder, hvor han var utryg ved sine omgivelser.

Overlæge P. foretog mentalobservation af B og konkluderede: "B. er i de første uger under observationen i perioder fundet sindssyg. Han var i disse perioder - der var daglige og af timers varighed - præget af uro, angst, svedudbrud, anspændthed og hørelshallucinationer. Det er overvejende sandsynligt, at han også i ugerne forud for observationen har været sindssyg, og at han også har været det på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. B. er genuint svagt begavet, intelligensmæssigt fungerer han i debilmrådet. Han er sædvanligvis i trygge omgivelser venlig og imødekommende uden tegn på affektlabilitet. Hans psykiske tilstand er tilsyneladende dårlig, når han er alene, eller når han i fællesskab føler sig utryg, eller når han stilles over for større krav, end han kan magte. Den antipsykotiske behandling er under indlæggelsen ændret til Leponex (som ligeledes er antipsykotisk virkende medicin, Rådets bemærkning) samtidig med, at der såvel objektivt som subjektivt er indtrådt en bedring af hans psykiske tilstand. B. har aldrig haft noget misbrug af alkohol eller andre rusmidler, og han var ikke påvirket på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. B.s tilstand på tidspunkterne for de påsigtede handlinger må henregnes under Straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig i de påsigtede handlinger, skal man i stedet for straf anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling, således at der af overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse på psykiatrisk sygehus eller afdeling. Det anbefales, at han underkastes tilsyn af Kriminalforsorgen, og at tilsynsmyndigheden bestemmer opholdssted. På nuværende tidspunkt skønnes opholdet i socialpædagogisk bofællesskab hensigtsmæssigt. Det anbefales, at den tilknyttede støttepædagog fortsætter indtil videre, og at arbejdet fortsat superviseres af psykolog. Disse foranstaltninger skønnes at kunne reducere risikoen for fremtidige lovovertrædelser af lignende art væsentligt".

Retslægerådet konkluderer bl.a., "Det er ikke muligt på det foreliggende nærmere at karakterisere arten af hans sindssygdom, men det kan dreje sig om skizofreni. B. findes

omfattes af Straffelovens § 16, stk. 1. Han har behov for såvel psykiatrisk behandling som socialpædagogisk støtte og behandling jf. Bistandslovens bestemmelser for personer med vidtgående psykisk handicap. Under hensyntagen til, at han formentlig i en længere periode har behov for behandling med bl.a. antipsykotisk virkende medicin, kan Rådet tilslutte sig mentalerklæringens konklusion, og Rådet skal således som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale, at B - såfremt han findes skyldig - dømmes til ambulat psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlæge kan træffes bestemmelse om indlæggelse".

Ved dom af 4. maj 1992 blev B. dømt til at undergive sig ambulat psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med den behandelende overlæge kan træffes bestemmelse om indlæggelse i hospital eller i egnet hjem eller institution, dog ikke over 1 år.

## Kommentar

De spørgsmål, som såvel overlæge P. som Retslægerådet har skullet afklare, var, hvorvidt B. hører til i Åndssvageforsorgen eller i psykiatrien. Der er ingen tvivl om, at han er primært åndssvag, men arten af hans psykiske sygdom er ikke så præcist bestemt, at Rådet med sikkerhed kunne udtale sig om psykosens art. I betragtning af det langvarige sygdomsforløb med ret vedholdende produktivt psykotiske symptomer må det dog mest sandsynligt dreje sig om en skizofreni. Alternativt drejer det sig om episodiske psykoser hos en åndssvag. I anbefaling af foranstaltning har såvel overlægen som Rådet alligevel valgt at lade sindssygdommen være primær med en bemærkning om behovet for fortsat tilknytning til Åndssvageforsorgen.

Med overgangen af Åndsforsorgen fra lægeligt til socialt regi er opstået en gråzone netop omkring behandling af denne type personer med en særlig vanskelig problematik. Ingen institutioner i socialt regi er indrettet til dette, og de psykiatriske behandlingsinstitutioner har netop måttet afgive personkredsen og kan derfor i dag kun foretage en akut og kortvarig behandling af de mest fremtrædende sindssygdomssymptomer. Hvor sindssygdomme er dynamiske tilstande, skiftende over tid, er åndssvaghed en stationær tilstand. Man kunne således have argumenteret for, at B. burde have haft en dom til anbringelse under Åndssvageforsorgen, og at man derfra kunne have rekvireret den psykiatriske behandling, som B. havde brug for. Men med den anførte uklarhed i samarbejdet mellem de sociale og psykiatriske systemer har såvel overlægen som Retslægerådet fundet det mest formålstjenligt at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning, således at det behandlingsmæssige hovedansvar lægges ind under det psykiatriske behandlingssystem, hvorved Rådet lagde afgørende vægt på, at B. lider af en alvorlig sindssygdom.

Som det fremgår, fandt retten B. omfattet af Straffelovens § 16, stk. 1, og det er meget usædvanligt, at der ved anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning over for denne persongruppe fastsættes en længstetid for eventuelt institutionsophold. Denne tidsmaksimering har udtrykkelig hjemmel i § 69, stk. 1, men ikke i § 68, 2. punkt, jf. § 16, der er anvendt i denne sag. Dommens præmisser indeholder ingen bemærkninger om baggrunden for denne afgørelse.

## XII. Patologisk rus

Fremstilling af sagsforløbet:

23-årig mand sigtet for vold mod tjenestemand i funktion.

Ved mentalobservation er anført følgende:

"Observanden har, til politirapport, forklaret at han intet kunne huske om de påsigtede forhold. Han oplyser, at det sidste, han huskede, var, at han var på besøg hos en vens ven i Valby. Han havde drukket ca. 5 almindelige pilsnere og noget rom i løbet af aftenen, medens man havde siddet og snakket. Da de forlod lejligheden i Valby, må han have fået et "black-out", for han kan ikke huske noget, før han vågnede i detentionen på stationen.

Forurettede politibetjent Agnete X har, til politirapport bl.a. forklaret, at hun sammen med en kollega på Rådhuspladsen var blevet prajet af en ukendt mandsperson, der oplyste, at de havde problemer med en ung mand på en bänk ved siden af dem. Forurettede og kollegaen gik herefter over til bænken, hvor observanden og en kammerat sad, kammeraten holdt om observanden, som græd højtlydt. Da forurettede rettede henvendelse til observanden, kom endnu en kammerat til stede, og han fortalte, at han netop havde været ovre for at ringe til politiet, idet observanden var underlig.

Forurettede og kollegaen forsøgte herefter at få observanden på benene, men da han var ude af stand til at stå på sine egne ben, satte de ham på bænken igen. Forurettede skønnede observanden som værende påvirket af en eller anden form for narkotika, idet hans humør svingede hele tiden fra at være ked af det til apati, ligesom han indimellem virkede nogenlunde klar.

Forurettede kaldes herefter op til HS via den bærbare radio, og det blev besluttet, at man ville bringe observanden til stationen i en transportvogn.

Medens de afventede transportvognen, spurgte observanden pludselig en af sine kammerater: "Skal jeg gå på hende"? Forurettede var ikke i tvivl om, at det var tale om hende, idet hun var den eneste kvinde i nærheden.

Da transportvognen ankom, gik forurettedes kollega frem mod vognen for at gøre føreren opmærksom på deres position. Forurettede blev stående ved bænken, hendes opmærksomhed var et kort øjeblik rettet mod transportvognen, og pludselig mærkede hun, at observanden greb hårdt fat i hendes hår med sin højre hånd i venstre side af hendes hoved. Hun tog fat om observandens hånd, men kunne ikke få vristet den fri, og hun bøjede sig derfor sammen, og hun mærkede nu, at observanden løftede sit ben, og med sin højre hånd pressede hun hans ben ned igen.

Umiddelbart herefter kom kollegaen samt 2 kollegaer fra transportvognen forurettede til hjælp, hvorefter observanden blev indbragt til stationen.

På stationen virkede observanden nærmest bevidstløs, hvorfor det blev besluttet, at han skulle på skadestuen.



Da de ankom til skadestuen, blev observanden forsøgt tilset af en læge, men observanden ville ikke deltage i undersøgelsen og kneb hele tiden øjnene sammen, medens han flyttede hovedet fra side til side. Heller ikke med politiets hjælp lykkedes det at få undersøgt observanden ordentligt.

Under opholdet på skadestuen svingede observandens humør meget. Forurettede Jens Y og kollegaen bad derfor observanden stige ned fra undersøgelsesbriksen, så de kunne returnere til stationen. I døråbningen til undersøgelseslokalet bemærkede forurettede, at observanden pludselig svingede højre ben frem, hvorefter han i én bevægelse svingede benet bagud og med hælen ramte forurettede direkte i skridtet. Umiddelbart herefter svingede observanden sin bøjede arm bagud og ramte forurettede med albuen i højre tinding. Observanden blev straks pacificeret af forurettedes kollega, ilagt håndjern og herefter indtransporteret til stationen.

*Hér* forklarer observanden stort set som til akterne. Han var den pågældende aften fra ca. kl. 17.00 sammen med nogle venner. Han havde hjemmefra drukket en enkelt øl og erindrer med sikkerhed, at han indtil kl. ca. 20.00 drak yderligere 3-4 øl. Hvor meget han herefter har fået, har han absolut ingen erindring om, men ved, at han ved lignende lejligheder tidligere vanligvis har drukket ca. 10 genstande. Han forklarer, at det er almindeligt, at han og hans venner mødes en lørdag aften privat og indtager mellem 10 og 15 genstande for derefter at tage til byen og more sig, hvor de så til gengæld kun drikker meget lidt. Han erindrer, at han og vennerne på et tidspunkt tog 2 taxa'er ind til byen, men herefter hører enhver erindring om det videre passerede op. Han har siden tænkt meget nøje og intenst over, om han skulle kunne huske, hvad der siden skete. Han forklarer, at han dog nok har svært ved helt at skelne mellem, hvad han kan huske, og hvad han har fået fortalt af politi og kammerater, selv om det, understreger han, er meget lidt, han har fået oplyst. Han er således usikker på, om han indimellem kan se sig selv sidde beruset på en bænk. Derimod er han ganske overbevist om, at han absolut intet husker om at have været voldelig eller fra besøget på skadestuen. Han gentager flere gange, at det har været ham meget magtpåliggende at forsøge at erindre, hvad der er passeret, fordi handlingen, som den er beskrevet for ham, er ham på enhver måde så fremmed og fjern, at han ville give meget for at forstå, hvad der er sket. Observanden erindrer således intet om det passerede, før han kl. 11.00 næste morgen vågnede op i detentionen, og han havde da ikke følelsen af, at han dagen forinden havde drukket særlig meget. Han erindrer heller ikke, at han, da han og vennerne forlod lejligheden for at tage til byen, følte sig særligt beruset.

Observanden har aldrig tidligere oplevet noget tilsvarende. Han har enkelte gange oplevet at have været så beruset, at han har svært ved at kunne huske i detaljer, hvorledes han f.eks. er kommet hjem, eller hvad han nøjagtigt har lavet, men det har hver gang været i situationer, hvor han oplagt har indtaget store mængder alkohol.

Observanden anfører på et tidspunkt på forespørgsel, at han mener at kunne huske, han i dagene forud for den påsigtede kriminalitet var "stresset", han havde haft travlt på sin arbejdsplads. Senere angiver han dog, at han er noget usikker herpå, han kan

således ikke erindre, at han havde specielt meget overarbejde eller særligt belastende opgaver. Han er derimod sikker på, at han i den pågældende periode ikke havde haft sygdomme som forkølelse, influenza eller andre infektionssygdomme. Han havde heller ikke været udsat for specielle personlige problemer eller vanskeligheder af anden art."

I oplysningerne om opvækst, skoleuddannelse mv. foreligger intet som giver mistanke om psykisk lidelse eller afvigelse. Observanden har været socialt og seksuelt normalt fungerende. Ved mentalobservationen fremtræder han objektivt "nærmest upåfaldende" uden tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne, ej heller præget af appel på neurotisk vis. Undersøgelse af hjernens elektriske aktivitet (EEG) udviser intet abnormt.

Mentalobservationen har følgende konklusion:

"Observanden er herefter ikke sindssyg, men det findes sandsynligt, at han, på tidspunktet for de påsigtede handlinger, har befundet sig i en af alkohol udløst sindssygelig tilstand.

Observanden har aldrig frembudt tegn på psykisk lidelse, han har altid været socialt fuldstændig veltilpasset, og han har aldrig misbrugt hverken alkohol, medicin eller euforiserende stoffer.

Observanden havde i timerne forud for de påsigtede forhold indtaget alkohol. Der er nogen usikkerhed om, hvilket kvantum han havde indtaget, men der synes ikke at have været tale om mere end en moderat mængde. Observanden synes således ikke at have været sværere beruset, da han på et tidspunkt ændrede adfærd og opførsel i en sådan grad, at personer med et godt kendskab til ham fandt det nødvendigt at tilkalde hjælp. Efterfølgende foretog han de påsigtede handlinger, som må betegnes som vidtgående personlighedsfremmede. Observanden selv har manglende hukommelse for såvel de påsigtede forhold som en periode før og efter disse. Ved en samlet vurdering findes det herefter sandsynligt, at observanden på tidspunktet for de påsigtede forhold har befundet sig i en af alkoholindtagelse udløst forbigående tilstand af sindssygdom ("patologisk rus").

Ved den aktuelle undersøgelse er observanden klinisk fundet stort set upåfaldende, medens der ved den psykologiske undersøgelse er fundet lette karakterneurotiske træk, der dog muligvis kan tilskrives en vis umodenhed.

Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1., 2. pkt. Der må antages at bestå en kun helt ubetydelig risiko for fremtidig kriminalitet, ligeså meget med den nu påsigtede. Ud fra en lægelig betragtning kan man ikke, såfremt observanden findes skyldig, pege på nogen foranstaltning som formålstjenelig til at forebygge den anførte helt ubetydelige risiko for recidiv til ligeså meget kriminalitet, men såfremt strafretlig sanktion findes påkrævet, skal man foreslå anvendelse af dom til ambulans psykiatrisk behandling".

Retslægerådet tilsluttede sig mentalobservationserklæringens konklusion og anbefaling og fremhævede, at han, der aldrig har frembudt tegn på psykisk lidelse eller misbrug af alkohol eller andet, forud for det påsigtede havde indtaget et formentlig

moderat kvantum alkohol. På tiden for det påsigtede befandt han sig i en tilstand af svingende bevidsthedsintensitet og kraftige emotionelle udsving. Den indtrådte ændring af NN's psykiske tilstand var så påfaldende, at venner tilkaldte hjælp; de påsigtede handlinger var vidtgående personlighedsfremmende og NN har et fortsat bestående ret skarpt afgrænset hukommelsestab for det relevante tidsrum".

Sagen endte med tiltalefrafald.

## **Kommentar**

Der foreligger ikke nogen af de omstændigheder, der antages at disponere til patologisk rus, således ikke forudgående fysisk sygdom, udmattelse eller svær psykosocial belastning. Oplysningerne om den indtagne alkoholmængde er ikke helt præcise. Imidlertid er det kliniske billede med ret pludseligt indtrædende bevidsthedsændringer og voldsomme emotionelle udsving, personlighedsfremmed adfærd og efterfølgende vedvarende hukommelsestab så veldokumenteret, at grundlaget for at statuere patologisk alkoholrus var tilstede.

### XIII. Dom i henhold til straffelovens § 70

J er en 34-årig mand, der tidligere er dømt for drab. Han er nu igen sigtet for drab.

J er opvokset i hjemmet hos samlevende forældre under almindelige gode sociale forhold. Han har flere søskende, som alle har klaret sig godt. Der foreligger ikke oplysninger om påfaldende adfærd eller psykiske symptomer før 11-12-års alderen, hvor han gjorde sig skyldig i mishandling af en 7-årig dreng. Han bortførte drengen og bandt ham. I de følgende år begik han yderligere kriminalitet i form af indbrud, hærværk og tyveri, og ca. 13 år gammel blev han inddraget under børne- og ungdomsfor sorgen og anbragt på institution, hvor han var ca. 4 år.

J blev i 1977, han var da 18 år gammel, sigtet og senere dømt for et drab. Offeret var en 17-årig pige, der blev dræbt, fordi hun afviste J's seksuelle tilnærmelser på sit værelse. I anledning af sigtelsen for drab blev J mentalobserveret, overlæge N konkluderede i sin erklæring, at J ikke viste tegn til sindssygd om. Han fandtes normalt begavet, men drenget, umoden, præget af manglende livserfaring. Videre fandt overlægen, at J fremtrådte tidvis påståelig og bedrevidende, og han kunne også røbe sentimentalitet og romantiske forestillinger, medens han i andre henseender forholdt sig overfladisk og uforstående. J virkede selvusikker, men forsøgte at dække over dette ved en let gennemskuelig selvsikkerhed. Erklæringen konkluderede, at J måtte henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1 omhandlede personkreds, men der kunne ikke tilrådes anden foranstaltning end eventuelt forskyldt straf. J blev idømt 10 års fængsel.

Under afsoningen blev J undersøgt af psykiatrisk konsulent, tilknyttet det fængsel, hvor J afsonede. Den psykiatriske konsulent beskrev, hvorledes J arbejdede målbevidst på at gennemføre en uddannelse. J angav, at han havde et stejlt temperament, og at han let reagerede kraftigt ved skuffelser. Den psykiatriske konsulent vurderede, at der var sket en vis modning af J, og konsulenten anbefalede, at J blev løsladt hurtigst muligt.

Efter løsladelsen havde J forskelligt arbejde, herunder som skolebetjent på en uddannelsesinstitution indenfor landbruget. Han blev opsagt i 1990 og havde derefter skiftende arbejde. Han flyttede noget rundt i landet, og han synes på intet tidspunkt at have knyttet sig til andre mennesker. Gennem de seneste måneder før det nu påsigtede drab var han arbejdsløs. Han havde oparbejdet et vist overforbrug af alkohol, idet han vanemæssigt på et værtshus indtog adskillige øl. Det er bemærket, at han der helt overvejende holdt sig for sig selv uden kontakt til andre gæster.

Om det nu påsigtede drab er oplyst, at observanden i løbet af dagen havde indtaget omkring 10-20 genstande. Han var på værtshuset blevet opmærksom på en kvinde, som han kendte ganske overfladisk fra sine restaurationsbesøg. De drak et par genstande sammen, hvorefter de gik hjem til ham, medbringende en pose øl. Formentlig forsøgte de herefter at etablere et seksuelt forhold, men J var ikke istand til at gennemføre dette, hvorefter kvinden lagde sig til at sove med ryggen til ham, efter at hun angiveligt i direkte vendinger havde udtalt sig om hans manglende seksuelle formåen. J blev rasende, dels over hendes udsagn, dels over at hun vendte ryggen til ham, hvorefter han tog fat i en mukkert, som tilfældigt var i værelset, som han herefter slog hende med. J har videre forklaret, at han efterfølgende var helt tanketom, han ved ikke hvor længe dette varede. Herefter begyndte offeret at ralle, hvorefter han satte sig overskrævs på hende og tog fat om hendes hals for at kvæle hende. Han holdt så længe, at det begyndte at gøre ond i hans hænder, hvorefter han slap sit greb. Da hun fortsat rallede, dolkede han hende i halsen. Efterfølgende lagde han sig til at sove. Da han vågnede næste morgen, erkendte han, at kvinden var død. Han gik rundt nogle timer, drak nogle øl og meldte sig så selv.

Der blev på ny foretaget mentalundersøgelse, medens J var indsat i z-købing arrest, undersøgelsen blev foretaget af overlæge H. Ved undersøgelsen blev der intet føjet til de faktuelle oplysninger om J's tidligere liv mv. Han angav bl.a. at han egentlig havde befundet sig ganske godt under den tidligere afsoning, han havde ikke haft megen omgang med andre indsatte. Han satte pris på, at der var ro, fred og ordnede forhold i et fængsel. Han betegnede sig selv som en enspænder, han har aldrig været særlig

interesseret i andres selskab, og han var uinteresseret i venskab og samvær med andre mennesker. Han mente dog ikke, han var egentlig menneskesky, men han ville lige så gerne være alene som være sammen med andre mennesker. Han havde ingen interesser eller venner, han var ikke medlem af foreninger e.l. Han har aldrig levet i noget parforhold og har heller aldrig haft lyst til det. Hans seksualdrift blev vurderet som lidet udtalt, og han synes aldrig at have haft et fuldbyrdet seksuelt forhold til en kvinde. Han angav sig heteroseksuelt orienteret.

Det bemærkes, at J var påfaldende uberørt af det passerede og af sin situation. Han mente selv, at han i løbet af et par døgn havde bearbejdet de aktuelle begivenheder, og at der havde været tale om en slags "fortrængning", således at han nu havde accepteret sin situation. Han erkendte, at det kunne lyde koldt og kynisk, og at han udadtil kunne virke kold. Han angav selv, at andre havde betegnet ham som "kold, ufølsom". Han var isoleret, han fik ikke besøg, han havde ingen omgang med andre indsatte, men ensomheden generede ham ikke, og han savnede ikke besøg fra familie. Han havde affundet sig med opholdet i arresthuset, og han imødeså en langvarig fængselsstraf, eventuelt livsvarigt fængsel.

J er af overlægen vurderet som normalt begavet, han frembød ingen tegn på sindssygdом. Han er videre betegnet som intellektualiserende, og han omtalte sine forhold, herunder det påsigtede drab, på en helt saglig og nærmest forretningsmæssig, tidvis næsten distancerende måde. Han mente, han havde været "uheldig" i sin tilværelse, uheldig ved bl.a. at foretage to drab. J kunne ind imellem fremtræde noget bedrøveligt, nedladende og arrogant med en vis tendens til galgenhumoristiske vittigheder. Videre er J beskrevet som følelsesmæssig uengageret og "kølig", også under omtalen af de kriminelle handlinger.

Der blev foretaget psykologisk undersøgelse, hvor J fandtes normalt begavet med en samlet intelligenskvotient på 115. Der blev ikke påvist tegn på sindssygdом, men J fandtes i udtalt grad karakterologisk afvigende, han blev betegnet som ... "psykopat af den følelsesstomme eller -forladte type". Psykologen angav, at der var risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet og bemærkede afslutningsvis, at der ikke var egentlige behandlingsmuligheder.

Mentalobservationens konklusion blev herefter følgende:

"Observanden er ikke sindssyg og kan ikke antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede gerninger. Han er normal til velbegavet. En vis mistanke om kromosomanomali (det såkaldte Klinefelters syndrom) er afkræftet ved relevante kliniske og laboratoriemæssige undersøgelser.

Observanden må derimod betegnes som endog meget svært karakterafvigende, idet han må betegnes som præget af en vis nedsat impuls kontrol, men først og fremmest af en endog meget betydelig følelseskulde.

Ved nærværende kriminalitet var observanden påvirket af alkohol i middelsvår grad (alkoholpromille foreligger dog ikke oplyst i sagens akter), og alkoholpromillen er først bestemt ca. 20 timer efter gerningen og efter indtagelse af en betydelig alkoholmængde. Alkoholpåvirketheden har imidlertid sandsynligvis nedsat hans evne til at mobilisere modforestillinger i gerningsøjeblikket.

Observanden indgår i den personkreds, der omtales i straffelovens § 69, idet han må betegnes som følelseskold psykopat i svår grad.

..... jeg mener, at de tidligere sagsakter, min og andres observation tyder på, at risikoen for recidiv til ligeartet handling må anses for at være overmåde stor. Observanden har foretaget to særdeles alvorlige kriminelle handlinger.

For det første mord fik han en lang tidsbestemt straf, der tilsyneladende ikke har haft indvirkning på hans evne til at mobilisere modforestillinger i en lignende situation en del år senere.

Idet observationerne tyder på, risikoen for recidiv må anses for at være overmåde stor, mener jeg, ud fra den antagelse, at "varigheden" af en tidsbestemt forvaring er større end varigheden af en selv langvarig straf at måtte anbefale forvaring jf. straffelovens § 70, i stedet for almindelig straf som det bedste middel til at forebygge recidiv".

Retslægerådet udtalte 12.06.92, at J ... "ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han var da sandsynligvis påvirket af alkohol, men der er ikke grundlag for at antage, at en patologisk rustilstand har foreligget. Han er normalt begavet. Han beskrives som personlighedsmæssigt selvcentreret, selvfremhævende, afglidende og garderet. Han er hertil i udtalt grad præget af manglende forståelse for og evne til indlevelse i andre menneskers følelser og behov. Det må endvidere antages, at han huser et voldsomt aggressivt beredskab, som han i situationer, hvor han føler sig frustreret, ikke kan bremse.

J findes omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, I lyset af tidligere og nu påsigtede kriminalitet og den foreliggende meget svære karakterafvigelse må det antages, at J frembyder en nærliggende fare for andres liv og helbred.

Såfremt han kendes skyldig anbefaler Retslægerådet, at han med henblik på at forebygge denne nærliggende fare, jf straffelovens § 70, idømmes forvaring."

Kriminalretten i X-købing idømte tidsbestemt forvaring med 2 stemmer mod 1 og denne dom blev stadfæstet i Vestre Landsret.

## Kommentar

Sagen er medtaget som eksempel på forvaringsdom i henhold til straffelovens § 70. Det særlige ved sagen er, at såvel mentalobservationserklæringen som Retslægerådet anbefalede og domstolene senere idømte forvaring, selvom alternativet ville være en formentlig meget langvarig tidsbestemt frihedsstraf.

Baggrunden for Retslægerådets anbefaling af forvaringsdom var, at den forudgåede kriminalitet, karakteren af det påsigtede og - især - karakteren af J's personlighedsafvigelse tilsammen skønnedes at indebære en så betydelig recidivrisiko, således at der burde foreligge en ny psykiatrisk vurdering af den pågældende inden eventuel prøveløsladelse, også selvom denne situation skulle ligge mange år ude i fremtiden.

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

Rådet har i 1992 behandlet 220 sager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1990 og 1991 var antallet henholdsvis 126 og 198. Der var 13 sager vedrørende udstedelse af farlighedsdekreter med anmodning om overførelse til Sikringsanstalten (17 i 1991), hvilket er i samme høje niveau som de senere år (Retslægerådets årsberetning 1990).

Uoverensstemmelse mellem overlægens indstilling, Retslægerådets udtalelse og domstolsafgørelsen er stadig en ret sjælden undtagelse.

I en spørgeskema-undersøgelse foretaget af landsdommer Peter Deleuran ("Juristen" 1993) fra første halvår af 1992 var der ved de 26 byretter, som havde haft psykiatrilovssager, registreret i alt 216 sager. Forelæggelse for Retslægerådet skete i 75% af sagerne med betydelige variationer fra embede til embede. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ved domstolene for alle sagerne var 32 dage, hvilket var i samme størrelsesorden som tidligere fundet for den gamle lov. Den gennemsnitlige behandlingstid for sager forelagt for Retslægerådet var godt 2 måneder, hvoraf knap 3 uger gik med fremskaffelsen af udtalelsen.

Det var i øvrigt det fremherskende indtryk fra undersøgelsens spørgeskemaer, at klagesystemet fungerede tilfredsstillende, idet Peter Deleuran dog selv fandt klagesystemets uoverskuelighed problematisk med forsinkende fejlekspeditioner til følge, og den opdelte klagevej gav risiko for inkonsekvenser.

Retslægerådet har i årsberetningerne af 1990 og 1991 omtalt ventetiden på domstolsafgørelse som et problem, og rådet kan tilslutte sig Peter Deleuran's opfattelse, at en ventetid på 2 måneder er for lang.

Patientklagenævnene forelægger generelt ikke sager for rådet vedrørende tvangsbehandling og fysisk tvang.

Ifølge psykiatrilovens § 46 skal forslag til revision fremsættes for Folketinget senest 1994-95. Der er foretaget en række undersøgelser af lovens funktion, hvoraf de fleste er offentliggjort i Ugeskrift for Læger.

Der skal refereres nogle bemærkelsesværdige sager, idet fremstillingen overvejende støtter sig til Rådets udtalelser, som rummer sagens vigtigste forhold.

### A 32518

Sagen var usædvanlig med overvejelser om behandlingskriteriets opfyldelse, uoverensstemmelse mellem patientklagenævn og overlægen samt Retslægerådets opfattelse og specificerede spørgsmål fra patientens advokat om forløbet og den medikamentelle behandling.

En overlæge indberettede 07.05.92 en klage over tvangstilbageholdelse til Byretten.

En yngre kvinde X blev genindlagt frivilligt i afdelingen 09.03.92 under diagnosen psychosis paranoides (sindssygdom med vrangforestillinger). Hun havde i 1985 og 1986 været indlagt for tilsvarende symptomer og syntes i mellemtiden at have haft det udmærket. Efter indlæggelsen blev X tiltagende psykotisk med udtalte forfølgelsesforestillinger og manilignende symptomer. Hun tog først den tilbudte medicin (Trilafon 12 mg x 2), men afviste herefter behandling. Hun blev tilbageholdt 23.03.92 på behandlingsindikation. 14.04.92 besluttede overlægen at tvangsbehandle patienten og indberettede dette til Patientklagenævnet, som 06.05.92 meddelte, at nævnet ikke kunne godkende foreslåede tvangsbehandling. Overlægen fandt herefter ikke længere grundlag for tvangstilbageholdelsen, og patienten blev efter eget ønske udskrevet 07.05.92. Klagen over tvangstilbageholdelsen opretholdtes.

Det fremgår af Patientklagenævnets protokol bl. a., at nævnets flertal efter en lang og indgående samtale med X fandt, at hun nok stadig var paranoid, men velargumenterende og på ingen måde forpint - hun var særdeles velorienteret i tid og sted. Flertallet lagde desuden vægt på, at X gennem de sidste 1½ måned ikke havde fået nogen medicinsk behandling, og de fandt på baggrund af dette samt indtrykket af X og sagens øvrige omstændigheder, at det efter en samlet helhedsbedømmelse ikke med tilstrækkelig sikkerhed kunne karakteriseres som uforsvarligt at undlade at gennemføre tvangsbehandlingen.

Et medlem fandt, at lovens betingelser for at gennemføre tvangsbehandling var opfyldt, og at behandlingen derfor burde godkendes.

Retslægerådet udtalte 25.05.92: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet om X udtale, at hun efter eget ønske blev indlagt på psykiatrisk afdeling 09.03.92. Hun frembød da tegn på sindssygdom i form af vrangforestillinger med frygt for at flere navngivne personer ville hende til livs samt var selvhenførende. Under indlæggelsens første uger tiltog de sindssygelige symptomer, idet hun mente maden var forgiftet, og afdelingen svært forurennet. Hun var personforvekslende, udkældende og udviste en bizar adfærd, herunder i forhold til økonomiske dispositioner. Efter initialt at have akcepteret medikamentel, antipsykotisk behandling nægtede hun at modtage denne behandling.

23.03.92 ønskede hun sig udskrevet, men tvangstilbageholdes på behandlingsindikation. Retslægerådet finder, at X på tidspunktet for tvangstilbageholdelsen var sindssyg, og at udsigten til hendes helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ville være blevet væsentlig forringet, såfremt hun ikke var blevet tilbageholdt, hvorfor Retslægerådet kan tiltræde, at hun blev nægtet udskrivning med henblik på psykiatrisk behandling.

Rådet afgav 10.07.92 en supplerende udtalelse til Byretten, efter at X's advokat havde stillet nogle spørgsmål til rådet:



*Spørgsmål a:*

Kan X's mentale tilstand væsentligt have ændret sig fra indlæggelsesdatoen 09.03.92 til tidspunktet for beslutningen om tvangstilbageholdelse 23.03.92?

Generelt skal anføres, at en psykisk syg patients tilstand såvel kan forbedres som forværres i løbet af en periode på 16 dage. Det er Retslægerådets opfattelse, at X's mentale tilstand i nogen grad blev forværret efter indlæggelsen 09.03.92 i form af, at hun udviklede stadig mere omfattende vrangforestillinger. Det skal dog bemærkes, at en nøjere vurdering af omfanget af en psykopatologisk tilstand ofte kræver en længerevarende observation, og det er således muligt, at den beskrevne forværring i X's tilstand i et vist omfang mere er udtryk for en afklaring af sværhedsgraden af hendes psykiske sygdom end udtryk for en egentlig forværring.

*Spørgsmål b:*

Kan Retslægerådet med sikkerhed udelukke, at X som følge af den foretagne behandling fra 9.03.-23.03.92, kan være blevet rask - eller i hvert fald have fået en så væsentlig forbedring af sin tilstand, at grundlaget for tvangstilbageholdelse ikke længere var til stede?

Rådet skal indledningsvis bemærke, at X ikke var tvangstilbageholdt i perioden 09.03.92 til 23.03.92. Som ovenfor anført er det rådets opfattelse, at hendes tilstand i den nævnte periode blev forværret, subsidiært at omfanget af hendes psykopatologiske tilstand blev klarlagt, og rådet finder, at X 23.03.92 opfyldte kriterierne for tvangstilbageholdelse efter Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 10, stk. 1 jf. § 5 nr. 1, jf. udtalelse af 25.05.92.

*Spørgsmål c:*

Det fremgår af sagen (skrivelse af 7. maj 1992 fra Y-Sygehus), at medicinindtagelsen ophørte umiddelbart efter 23.03.92, hvor X begærede sig udskrevet.

Det fremgår endvidere af samme bilag, at X udskrives 07.05.92, efter at Y-sygehus fra Patientklagenævnet har fået afslag på tvangsmedicineringen.

Retslægerådet bedes herefter oplyse, hvorfor grundlaget for udskrivning skulle være bedre 07.05.92 end 23.03.92 - når der ikke er sket medicinbehandling i mellemtiden, og grundlaget iflg. overlægen for den psykiatriske bedømmelse af patienten ikke har ændret sig.

Efter Retslægerådets opfattelse opfyldte X også 07.05.92 kriterierne for tvangstilbageholdelse. Det skal bemærkes, at det af Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 5 fremgår, at frihedsberøvelse kun må finde sted med henblik på be-

handling, og at rådet har taget til efterretning, at afdelingen med afgørelsen fra Patientklagenævnet fandt, at den blev afskåret fra at give den adækvate behandling og herefter valgte at udskrive X.

*Spørgsmål d:*

Af sagen fremgår endvidere, at X blev tiltagende psykotisk med forfølgelsesforestillinger under indlæggelsen. Det fremgår endvidere af sagen, at Y-sygehus i 1985 har konstateret, at Trilafon-behandlingen ingen effekt havde.

Med henvisning til det foregående spørgsmål bedes Retslægerådet oplyse, om det med sikkerhed kan udelukkes, at den foretagne medicinering har været skyld i de tiltagende forfølgelsesforestillinger.

Trilafon tilhører gruppen af antipsykotisk virkende præparater ("neuroleptica"). I enkelte tilfælde er virkningen af behandling med et givet neurolepticum som f. eks. Trilafon mindre gunstig end forventet, hvorfor det kan være nødvendigt at skifte til et andet præparat med lignende virkning. Retslægerådet vil imidlertid finde det vidtgående usandsynligt, at behandling med Trilafon har forværret en sindssygelig tilstand.

I Byretten fastholdt X, at hun ikke mente, at hun skulle behandles med medicin. Hun angav udtalte bivirkninger heraf, og i øvrigt havde hun ikke fået medicin, siden hun blev udskrevet. Overlægen anførte bl. a., at det også var den lægelige vurdering ved X's udskrivning, at hun havde brug for behandling, men når man ikke kunne få tilladelse til tvangsbehandling, og man ikke kunne motivere hende til at tage medicinen frivilligt, var udskrivning det eneste relevante.

Ved Byrettens dom af 09.09.92 fandtes overlægens beslutning om tvangstilbageholdelsen af X lovlig. Det måtte ifølge dommen lægges til grund, at X var omfattet af den i § 5 i Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien nævnte personkreds. Tvangstilbageholdelsen af X 23.03.92 blev foretaget, fordi lægerne på Y-sygehus skønnede, at det ville være uforsvarligt at imødekomme patientens ønske om udskrivning, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende ændring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Når henses til udtalelserne fra Retslægerådet samt sagens øvrige oplysninger, finder retten, at betingelserne for tvangstilbageholdelsen af X i perioden fra 23.03. til 07.05.92 har været opfyldt. I konsekvens heraf stadfæstes tvangstilbageholdelsen i nævnte periode.

Dommen blev anket til Landsretten, men anken blev senere hævet.

## Kommentar

Det synes mest at være uoverensstemmelsen mellem Patientklagenævnets afgørelse og overlægens vurdering - tiltrådt af Retslægerådet - som har præget sagens forløb. Det var overlægens og Retslægerådets opfattelse, at patienten opfyldte betingelserne for tvangstilbageholdelse og hermed også efter tilstandens art skulle medikamentelt behandles. Tvangstilbageholdelsen skønnes at svare til almindelig praksis i sager vedr. tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation, hvorunder det ikke har nogen principiel betydning, at patienten blev frivilligt indlagt, eller at hun ikke har været undergivet formel tvang under indlæggelsens første del. Overlægen var i en vanskelig stilling, eftersom psykiatrilovens § 10 foreskriver, at tvangstilbageholdelse skal ske, hvis frihedsberøvelseskriterierne i § 5 er opfyldt. Imidlertid kan frihedsberøvelse af en psykotisk patient være uden mening, hvis der ikke er adgang til medicinsk behandling - med eller uden tvang - og overlægen kan således vælge at udskrive patienten, jf. rådets svar til advokaten, som også nævner det overordnede kriterium, at frihedsberøvelse kun må finde sted med henblik på behandling.

Rådet har ikke i sin behandling eller udtalelse set det som sin opgave at tage stilling til Patientklagenævnets afgørelse, og i øvrigt går dommen heller ikke ind herpå i sine præmisser, idet der blot refereres fra nævnets behandling.

Den to-strengede klagevej i psykiatriloven og de problemer, som uoverensstemmende afgørelser kan afstedkomme i behandlingen, vil utvivlsomt blive genstand for drøftelse i forbindelse med lovens revision.

I årsberetningen 1991 har Retslægerådet også omtalt og kommenteret en langvarig sag med rettens godkendelse af tvangstilbageholdelse efter Patientklagenævnets afvisning af tvangsbehandling (A 31164).

## A 32320

I denne sag kunne Retslægerådet ikke anbefale fortsat tvangstilbageholdelse af en skizofren patient, tvangsindlagt på behandlingsindikation.

Overlægen havde i sin erklæring af 06.03.92 bl. a. konkluderet, at patienten under tidligere indlæggelser - herunder tvangsindlæggelser - for paranoid skizofreni havde været behandlet med neuroleptika "med rimelig god effekt". Efter genindlæggelse 07.02.92 var han mest præget af udtalt autisme og afvisende holdning. Han kunne ikke motiveres for at genoptage behandlingen med neuroleptika. Overlægen anførte, at man "kunne forvente, at han ville få det betydeligt bedre med sig selv ved en neuroleptisk behandling, og han ville kunne fungere mere hensigtsmæssigt i sin dagligdag og på en mere social acceptabel måde". Overlægen anmodede om civilrettens tilladelse til fortsat at tvangstilbageholde P "indtil han ville være i stand til at fungere realistisk i sin dagligdag".

Retslægerådet afgav 24.03.92 følgende erklæring: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af lægeerklæring af 06.03.92, de af advokat S stillede spørgsmål og det øvrige for rådet foreliggende, udtale, at P i 1980-erne flere gange har været indlagt med produktive sindssygdomssymptomer, bl. a. forfølgelsesforestillinger. Igennem et par måneder forud for tvangsendlæggelsen 07.02.92 var han ophørt med antipsykotisk virkende medicin. Han beskrives i forbindelse med tvangsendlæggelsen som præget af neglect af den kropslige hygiejne og socialt isoleret. Han afviser behandling. På den psykiatriske afdeling beskrives eksempler på tankeforstyrrelser; han er autistisk og tillukket. Der beskrives ikke produktive sindssygdomssymptomer, omend det er overlægens indtryk, at P huser vrangforestillinger. På grundlag af det foreliggende, herunder indlæggende læges oplysninger om, at tilstanden svarer til tidligere sygdomsfasen, finder Retslægerådet ikke anledning til at anfægte indlæggende læges skøn om, at P var sindssyg eller i en tilstand som ganske må ligestilles hermed, og at undladelse af indlæggelse med henblik på behandling var uforsvarlig, fordi udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville være væsentlig forringet. Efter 1 månedes indlæggelse er der ikke beskrevet produktive sindssygdomssymptomer eller forpintethed. Erklæringen tager ikke stilling til de ved skizofreni forekommende svære tankeforstyrrelser, subjektiv forpintethed eller i hvilken grad patientens liv styres af vrangopfattelser. Således kan man heller ikke afgive noget sikkert skøn for, hvorvidt antipsykotisk virkende medicin må antages at kunne bibringe en betydelig og afgørende bedring i den aktuelle tilstand. På det aktuelle grundlag kan Retslægerådet således ikke anbefale, at P fortsat tilbageholdes i den psykiatriske afdeling med henblik på behandling".

Tvangstilbageholdelsen blev herefter ophævet 25.03.92, og P blev udskrevet 26.03.92. Der blev ikke afsagt dom.

Det skal tilføjes, at P i januar 1993 atter blev tvangsendlagt på behandlingsindikation. Denne gang besluttedes det at tvangsbehandle P. Retslægerådet tiltrådte overlægens beslutning om tvangstilbageholdelse (A 33044), og Byretten fandt tvangstilbageholdelsen lovlig. Anke til Landsretten blev senere frafaldet.

## Kommentar

Retslægerådet fandt tvangsendlæggelsen berettiget, men rådet var i tvivl, om P's tilstand under den fortsatte tilbageholdelse kunne bedres i en sådan grad, at behandlingskriteriet var opfyldt, og det indgik i overvejelserne, at grundlaget for den fortsatte frihedsberøvelse som beskrevet af overlægen var for usikkert, især uden medikamentel behandling. Enten burde overlægen have besluttet om medikamentel behandling på et tidligere tidspunkt eller have ophævet tvangstilbageholdelsen.

Det er muligt, at P's tilstand under den senere indlæggelse i 1993 var forværret, og den erklæring, som rådet overvejende må støtte sig til i vurderingen, var væsentlig mere klar end erklæringen vedrørende frihedsberøvelsen i 1992. Rådet må ikke

ualmindeligt anmode om supplerende erklæring i disse sager bl. a. med det formål at opnå bedre sammenhæng mellem en erklærings præmisser og dens konklusion.

I årsberetningen 1991 har Retslægerådet kommenteret en anden sag om varigheden af tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation (A 31388).

## A 32301

I denne sag om tvangstilbageholdelse af en svært dement person fandt rådet det tvivlsomt, om psykiatrilovens tillægskriterier var opfyldt. Byretten fandt frihedsberøvelsen ikke lovlig.

Sagens væsentligste forhold fremgår af Retslægerådets udtalelse af 20.03.92 afgivet efter at Rådet havde anmodet om supplerende erklæring og journaludskrift:

"På grundlag af sagens akter med erklæring af 03.01.92 fra overlæge X og 27.02.92 fra overlæge Y skal Retslægerådet udtale, at S 30.10.91 blev indlagt i neurologisk afdeling på grund af tiltagende konfusion (forvirring). Under indlæggelsen fremtrådte han som svært dement (åndeligt svækket) og konfus med tilbøjelighed til at forlade afdelingen. Undersøgelser viste svær hjerneskade. 21.11.91 blev han overflyttet til geriatrisk afdeling med henblik på vurdering til plejehjem. Tilstanden var uforandret. 15.12.91 blev han frivilligt indlagt i psykiatrisk afdeling, hvor symptomerne efter beskrivelsen i det væsentlige var uændrede. 17.12.91 blev han tvangstilbageholdt efter at have krævet sig udskrevet, og han nægtede at tage medicin. Det skønnedes, at han ville være hjælpeløs, hvis han alene forlod afdelingen, og hans familie magtede ikke at tage vare på ham. Beroligende medicin gjorde ham noget roligere. 24.12.91 fik han nyt hjerne-tilfælde og blev overflyttet til neurologisk afdeling, stadig præget af svær hjerneskade med konfusion og uro. Han blev herfra indstillet til plejehjem. Som følge af sin udtalte demens og ledsagesymptomerne hertil vurderes S som sindssyg, men rådet finder det tvivlsomt, om psykiatrilovens behandlings- eller farekriterium har været opfyldt under tvangstilbageholdelsen. Anbringelse på plejehjem eller sociale foranstaltninger i hjemmet ville have været mindre indgribende end frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling".

Ved Byrettens dom af 28.04.92 fandtes tvangstilbageholdelsen 17.12.91-24.12.91 "ikke lovlig". Retten bemærkede, at S ved tvangstilbageholdelsen måtte anses at være i en tilstand, der måtte sidestilles med sindssygdom, ligesom man fandt, at den pågældende ikke kunne klare sig selv ved udskrivningen. Retten fandt imidlertid ikke, at tilbageholdelsen havde noget behandlingsbehov, hvorfor retten ikke fandt betingelserne i § 5 i lov nr. 331 af 25.05.89 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien opfyldt. Retten påtalte endvidere, at den i retsplejelovens § 469, stk. 2, nævnte frist på 5 søgnedage ikke var opfyldt.

## Kommentar

I årsberetningen 1991 refererede og kommenterede Retslægerådet 3 sager vedr. frihedsberøvelse af demente personer, hvortil der skal henvises.

Den aktuelle sag repeterer, at svær demens, både klinisk og formel må vurderes som sindssygdom (og ikke blot som bemærket i dommen "sidestillet med sindssyge"), men at det kan være vanskeligt eller umuligt at opfylde det overordnede behandlingskrav i psykiatrilovens § 5 ved svær demens uden andre fremtrædende, psykotiske komplikationer. Retten har her fulgt en ret snæver vurdering af behandlingskriteriet.

### 32368

Denne sag belyser anvendelsen af begrebet i psykiatrilovens § 5 "en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom".

En overlæge indberettede en tvangstilbageholdelse til Byretten af en yngre mand med mangeårigt svært blandingsmisbrug, genindlagt frivilligt 22.01.92 på grund af misbruget og selvmordstanker. Der blev senere indhentet supplerende erklæring fra rådet med ønske om nøjere oplysninger om hans tilstand på tilbageholdelsestidspunktet.

2 dage efter indlæggelsen blev R tiltagende affektspændt, urolig og angst med læderet kontakt, og man kunne ikke afvise suicidalfare. Medicin havde ingen særlig virkning og blev delvist afvist. Tilstanden vurderedes som ligestillet med psykose, og han blev tvangstilbageholdt på fare- og behandlingsindikation, idet han overflyttedes til lukket afdeling uden fysisk magtanvendelse. Diagnostisk fandtes tilstanden forenelig med en personlighedsforstyrrelse af typen casus limitaris pseudopsychopaticus (grænsepsykose med karakterafvigende træk), kompliceret af misbrug af alkohol og beroligende medicin. Efter 24 timer var denne affekttilstand fuldstændig afklinget, og han blev udskrevet, men ønskede at klage over den kortvarige tvangstilbageholdelse.

Retslægerådet afgav 27.04.92 følgende udtalelse:

"Ved sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet vedr. R på grundlag af lægeerklæring af 18.03.92, 22.03.92 og 01.04.92 og øvrige for rådet foreliggende sagsakter udtale, at det må anses for overvejende sandsynligt, at R ved tvangstilbageholdelsen 24.01.92 på Y-hospitals psykiatriske afdeling befandt sig i en tilstand af meget stærk affekt, som dels kan skyldes en akut abstinensstilstand efter længerevarende misbrug af beroligende medikamenter, dels må ses som udtryk for, at R befinder sig i en tilstand, der i øvrigt er nær sindssygdom, præget af følelsesmæssige forstyrrelser, stærk angst og angivne selvmordsovervejelser, som tidligere har givet sig udtryk i selvmordsforsøg. Retslægerådet kan tiltræde, at R den 24.01.92 befandt sig i en tilstand, der var at ligestille med sindssygdom, og at der måtte antages at være så alvorlig fare for selvmordsforsøg, at tilbageholdelse, jf. § 5 og § 10 i Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, var berettiget for at afværge denne fare for patienten selv".

Ved Byrettens dom af 23.06.92 fandtes tvangstilbageholdelsen at have været lovlig. Dommen henholdt sig bl. a. til Retslægerådets udtalelse og lagde til grund, at R ved tvangstilbageholdelsen befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssygdом. Navnlig under hensyn til, at der for vagthavende læge forelå oplysninger om, at R tidligere havde forsøgt selvmord, fandt retten ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte det af vagthavende læge udøvede skøn, hvorefter der måtte antages at være nærliggende fare for selvmordsforsøg. Det fandtes godtgjort, at frihedsberøvelsen var sket med henblik på behandling. Retten havde herved henset til oplysningerne om, at der blev forsøgt en ændring af den medikamentelle behandling.

I øvrigt påtalte retten, at hospitalet ikke havde overholdt fristen i retsplejelovens § 469, stk. 2, for sagens indbringelse for retten.

## Kommentar

Begrebet "ganske ligestillet med sindssygdом" blev føjet til det traditionelle sindssygdомskriterium ved sindssygelovens revision i 1989, bl. a. under indtryk af, at der altid var blevet tvangsindlagt en del affektprægede personer, som senere efter indlæggelsen viste sig ikke at være sindssyge.

Efter de praktiske omstændigheder vil der oftest være tvivl om sindssygdомskriteriets opfyldelse i de akutte tvangsindlæggelser af affektspændte personer, mens det vil være mere sjældent, at der i tvangstilbageholdelsessager henvises til ligestillethed som i den aktuelle sag, hvor overlægen henviste til, at der forelå en akut affekttilstand af en sådan voldsomhed og dybde, at den måtte ligestilles med sindssygdом, hvortil kom, at patienten skønnedes at være til fare for sig selv.

I bemærkningerne til psykiatrilovsforslaget - overført til den kommenterede psykiatrilov, - understreges det, at ligestillethedsstilføjelsen skal opfattes restriktivt som en meget snæver udvidelse af sindssygdом - en tilstand, som kan være kendetegnet ved, at den ikke kan skelnes fra sindssygdом. Som eksempler nævnes bl. a. visse affektsplosive tilstande og patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka.

Efter denne lovforklaring synes de implicerede parter behandling af ligestillethedsbegrebet at være korrekt og velbegrundet i den aktuelle sag, idet det tillige må betænkes, at en akut selvmordsrisiko kan være meget vanskelig at vurdere. Retslægerådet har foreløbig ikke i sin sagsbehandling kunnet konstatere en betænkelig udglidende praksis i forhold til det nu let udvidede sindssygdомskriterium.

## XV. Et sygdomsforløb - konsekvenserne af at undlade behandling

### A 32516

P er en 50-årig mand med en akademisk uddannelse, ansat som souschef i det offentlige. Han er gift, hustruen har ligeledes en højere uddannelse. Parret har tre børn. Den yngste søn lider af skizofreni.

P blev ambulantly behandlet for en depression i 1966, 24 år gammel, og i perioden 1971 til 1978 var han i ambulantly psykiatrisk behandling for en stemningssindssygdom (manio-depressiv psykose). Det vides ikke, om han efter 1978 er blevet behandlet andet steds, men i 1987 genoptog han behandling hos ny praktiserende speciallæge i psykiatri. P var ved henvisningen til speciallægen i behandling med antidepressivt virkende medicin (Imipramin), men P var ikke selv helt tilfreds med sin tilstand, hvorfor speciallægen supplerede behandlingen med Lithium (stemningsstabiliserende medicin).

P blev med eget samtykke af sin praktiserende læge 09.04.92 akut indlagt på psykiatrisk afdeling R, 15.04.92 blev han tvangstilbageholdt, tilbageholdelsen blev ophævet 6 dage senere, 21.04.92, hvorefter P mod givet råd lod sig udskrive. Efterfølgende klagede han over tvangstilbageholdelsen.

Af erklæring fra overlæge M, psykiatrisk afdeling R, fremgår bl.a., at P i månederne forud for indlæggelsen selv var ophørt med at tage den ordinerede medicin, P havde ikke meddelt dette til den behandlende speciallæge. P oplyste ved indlæggelsen, at han nogen måneder tidligere havde fundet en metode til selvbehandling, hvor han følte, at "energi" steg op i ryggen, og efterlod ham i en jubeltilstand. Han oplyste også, at der havde været problemer på hans arbejdsplads, hvor han efter eget udsagn var blevet betegnet som "kværlant og paranoid". Det var disse arbejdsmæssige problemer, der havde medført, at P havde henvendt sig til sin praktiserende læge, der øjeblikkelig indlagde ham. Udover sin psykiske lidelse har P også forhøjet blodtryk, han var i behandling med medicin herfor, men han var også ophørt med at tage denne medicin, idet han mente sig helbredt af sin skizofrene søn, der udøvede healing. P fandtes således præget af svære vrangforestillinger. Han nægtede stort set at tage medicin, omend det ind imellem lykkedes at overtale ham til at tage blodtryksnedsættende midler, blodtrykket blev målt til 200/130 (dvs. en ganske svær, potentielt helbredstruende blodtryksforhøjelse). Under indlæggelsen op søgte han banker og forretninger, han telefonerede livligt, han talte om reinkarnation og man vurderede, at han ind imellem var synshallucineret. Efter nogle dages indlæggelse inddrog afdelingen hans terrænfrihed, og da hans tilstand blev stadig dårligere, blev han tvangstilbageholdt. Han var da hallucineret, hans tankegang var splittet, og han var afvisende overfor enhver form for behandling. Seks dage senere skønnede afdelingen, at P's tilstand var bedret så meget, at der ikke mere var grundlag for tvangstilbageholdelse, omend man noterede, at han fortsat var sindssyg, bl.a. optaget af psykotiske forestillinger om selvbehandling. Han havde accepteret at genoptage den medikamentelle behandling.

Sagen blev forelagt Retslægerådet. Blandt akterne var en slags "moderklæring" udarbejdet af forhenværende overlæge, speciallæge i psykiatri F, efter anmodning fra P's advokat. Udtalelsen baserede sig på kopi af journalen fra P's indlæggelse. Special-



lægen anfører bl.a., at han måtte ... "anfægte, at der var grundlag (lægeligt og juridisk) for at tilbageholde P i perioden fra 15/4 - 21/4-1992". Senere hedder det: "Vedkommende nægter i en kort periode at tage medicin, men tager den ordinerede medicin de sidste dage under indlæggelsen. Han udskrives den 21/4 efter en samtale, hvor han beskrives på fuldstændig samme måde som 15/4. Der er ikke sket nogen forandring i de forløbne dage. Den ordinerede medicin vil heller ikke have kunnet nå at frembringe en bedring.

Der er således tale om to forskellige psykiatriske vurderinger af den samme patient og den samme tilstand med fem dages interval. Vurderingerne kan ikke begge være korrekte. Hvis vurderingen af 15/4 er rigtig, begik afdelingen en alvorlig fejl ved allerede at udskrive patienten 21/4. Hvis vurderingen på denne dag var korrekt, var der intet grundlag for tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation.

Efter min vurdering var der intet grundlag for tvangstilbageholdelse."

Retslægerrådet udtalte 03.07.92 bl.a., at P under indlæggelsen frembød ... "symptomer på manio-depressiv sindssygdom, idet han var foretagsom, havde vrangforestillinger af storhedskaraktér og muligvis hallucinationer. Han var afvisende overfor at tage den medicin, som fandtes påkrævet. Han havde ingen sygdomsindsigt. Den 21.04.92 blev han udskrevet efter nogen bedring af tilstanden, omend han stadig vurderedes som sindssyg. Han var da begyndt at tage medicin.

Rådet skønner at det i den angivne periode ville have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve P med henblik på behandling, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af sindssygdommen ellers ville være blevet væsentligt forringet".

En måneds tid efter at P havde forlangt sig udskrevet, blev han af den speciallæge, G, han havde konsulteret i flere år, tvangsindlagt på helbredsindikation på psykiatrisk afdeling B.

Speciallægen udfærdigede grundige tvangsindlæggelsespapirer, hvor det bl.a. nævnes, at P havde været indlagt og tilbageholdt på psykiatrisk afdeling R. Efterfølgende havde P flere gange konsulteret speciallægen, P's hustru havde været med en enkelt gang, og speciallægen havde hyppigt været i telefonisk kontakt med hustruen. Videre hedder det: "Han er helt sikkert psykotisk - ikke typisk manisk, men paranoid. Han har meldt "lotto" til politiet, endvidere ... (hustruens chef), mener at adskillige ... (kolleger på arbejdspladsen) har lavet ukorrekte ting ...". P havde nægtet enhver form for behandling, og speciallægen beskrev ham på det tidspunkt, hvor tvangsindlæggelsespapirene blev udfyldt, som ... "meget vred, udtaler sig fåmeldt og garderer sig mod for mange udtalelser, fordi han ved, at "det kan blive brugt imod mig". Han siger, at jeg er en del af et "komplot" mod ham".

Afslutningsvis nævnes, at P havde truet med at "gå under jorden".

I forbindelse med tvangsindlæggelsen havde politiet rettet forespørgsel til P's hustru og til P's praktiserende læge, som begge udtalte, at de fandt indlæggelsen nødvendig. Disse rapporter var vedlagt tvangsindlæggelsespapirene.

P blev tvangsindlagt 27.05.92, han blev udskrevet 29.05.92. P klagede over tvangsindlæggelsen, og sagen blev igen forelagt Retslægerådet. Udover tvangsindlæggelses-papirerne med bilag forelå der kun en ganske kortfattet udtalelse fra overlæge J, psykiatrisk afdeling B, hvor denne blot anførte, at P havde forlangt sig udskrevet straks efter indlæggelsen, men at han havde accepteret at forblive indlagt i en ... "observationsperiode, der afsluttedes med, at patientens frihedsberøvelse blev ophævet".

Rådet fandt det ikke muligt at afgive udtalelse på dette grundlag, bl.a. fordi det umiddelbart virkede, som om kriterierne for tvangsindlæggelse var opfyldte, men på den anden side havde den psykiatriske afdeling ikke fundet grundlag for at tilbageholde patienten. Rådet anmodede derfor overlæge J om en erklæring udarbejdet efter de retningslinier, rådet har opstillet for erklæringer i denne type sager (se Retslægerådets årsberetning for 1989, side 128-29).

Overlæge J anførte i erklæring af 16.07.92 bl.a.: "De gule papirer fandtes i orden hvad angår tidsfrister, og beskrivelsen af tilstanden tydede også på, at en indlæggelse på gule papirer var berettiget". Herefter anføres, at P blev orienteret om indlæggelsen formål, om sine rettigheder, og om, at hospitalet havde brug for en observationsperiode. P havde forlangt sig udskrevet straks efter indlæggelsen, men han accepterede så at forblive indlagt i denne observationsperiode. Herefter hedder det ...: "Patienten opfattes som klar, samlet og orienteret, uden manifesterede psykotiske symptomer. Der er specielt ikke tegn på maniske træk, og patienten har ikke ladet sig gå på af den til tider generende uro i afdelingen. Efter vor opfattelse var patienten formelt tvangsindlagt i 10 minutter, mens resten af indlæggelsen var den betænkningstid, overlægen ifølge lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, § 10, stk. 3, har adgang til".

Rådet fandt det fortsat ikke muligt at afgive udtalelse, idet rådet bl.a. hæftede sig ved, at speciallægen i sine indlæggelsespapirer havde beskrevet, at P havde vrangforestillinger, hvor overlæge J specielt anførte, at P ikke frembød tegn på en mani. Rådet anmodede derfor overlæge J om ... "en supplerende erklæring, efter omstændighederne snarest belejligt, med en uddybende psykopatologisk beskrivelse af hans (P's) tilstand under indlæggelsen, jf. herved bl.a. erklæring af 21.05.92 med bilag fra speciallæge i psykiatri G, til brug for tvangsindlæggelse af P".

I udtalelse af 30.07.92 anførte overlæge J bl.a., at P ikke mente sig syg, ligesom han i øvrigt ikke mente, at sønnen led af skizofreni, men snarere af en manio-depressiv psykose. P ville under ingen omstændigheder tage medicin, da det forringede hans livskvalitet. Videre hedder det: "Stemningslejet er neutralt, tankegangen er præget af, at han kan fastholde et emne i langt tid, han er således ikke springende i tankegang eller tale. Endvidere er patienten venlig og social, han har ikke frembudt noget manisk præg eller noget psykotisk i øvrigt, nattesøvnen er god." Overlæge J anførte videre, at P var naturlig af adfærd under indlæggelsen, hvorefter det afslutningsvis hedder: "Det må således fortsat konstateres, at vi indenfor den observationsperiode, der ifølge lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er tildelt som den maksimale, ikke har

kunnet påvise klare, kliniske tegn på en tilstedeværende mani eller psykose i det hele taget".

Sagen var yderligere kompliceret af, at de to klager over frihedsberøvelse blev behandlet i to forskellige retskredse, men da dommeren, der behandlede klagen over tvangsindlæggelsen, i sin fremsendelsesskrivelse til Retslægerådet havde henvist til klagen over tvangstilbageholdelsen, fandt rådet at kunne inddrage dette tidligere materiale i sin behandling af den aktuelle sag, og 25.08.92 udtalte rådet på baggrund af det samlede materiale, herunder rådets tidligere responsum, der blev vedlagt i kopi, bl.a., at P ... "ved udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling R fortsat var sindssyg, men han fandtes ikke at opfylde kriterierne for fortsat tvangstilbageholdelse. Han modtog efterfølgende ambulant psykiatrisk behandling hos speciallægen, der fandt P sindssyg, bl.a. præget af vrangforestillinger af religiøs karakter, og af en nærmest bizar, af hans vrangforestillinger betingede adfærd. Han nægtede at modtage behandling med antipsykotisk virkende medicin, og ophørte også med at tage stemningsstabiliserende medicin. Da han fandtes uændret sindssyg samt også vredladden, blev han af speciallægen tvangsindlagt i medfør af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 5 nr. 1. Retslægerådet har bemærket, at det af politirapport fremgår, at såvel P's hustru som praktiserende læge fandt indlæggelse med henblik på behandling nødvendig.

Under den efterfølgende kortvarige indlæggelse frembød P efter hospitalets opfattelse ikke psykotiske symptomer, hvorved bemærkes, at hospitalet efter det for rådet foreliggende har lagt vægt på, at P's adfærd var upåfaldende, og at han ikke frembød symptomer på en opstemhedsfase (mani) som led i en stemningssindssygdom som fx springende tankegang, taletrang og eleveret stemningsleje. Det må antages, at hospitalet ikke har fundet, at P husede vrangforestillinger, omend Retslægerådet har bemærket, at det i tvangsprotokollen er anført, at han var "meget optaget af healing og reinkarnation".

P var efter Retslægerådets opfattelse sindssyg, da han blev tvangsindlagt, og rådet kan tilslutte sig speciallæge G's vurdering af, at det ville have været uforvarsomt ikke at tvangsindlægge ham med henblik på behandling, fordi udsigten til hans helbredelse til en betydelig afgørende bedring af hans tilstand herved ville være blevet væsentlig forringet".

De to klager blev behandlet sammen, hvor P's advokat i begge sager nedlagde påstand om, at tvangstilbageholdelsen på afdeling R og senere tvangsindlæggelsen på afdeling B blev kendt lovstridig. Af udskrift af retsbogen fremgår, at overlæge J var indkaldt som vidne, han udtalte bl.a.: "Det var efter hans opfattelse en meget vanskelig sag, og efter hans bedste skøn kan han ikke fremkomme med noget endegyldigt bevis for, at betingelserne (for tvangsindlæggelse, rådets bemærkning) var opfyldt. Han var imidlertid af den opfattelse, at det var nødvendigt med en omhyggelig og grundig observationsperiode i den tid, loven tillader. Han har udtalt sig til Retslægerådet, der sendte ham en vejledning i, hvordan man konciperer skrivelser til rådet. Han forstod det sådan, at han ikke havde været omhyggelig nok, hvorefter han blev kontaktet af en

læge fra Retslægerådet". (Rådet skal bemærke, at overlæge J selv kontaktede Retslægerådets sekretariat, hvorefter han efter aftale telefonisk blev kontaktet af et af rådets psykiatriske medlemmer).

Videre hedder det i udskriften af retsbogen: "Vidnet opfatter Retslægerådets indstilling til sager af den her karakter, som om man skal optræde mere konfronterende, end det har været tilfældet i denne sag. Efter vidnets opfattelse skal man prøve at tale med patienterne på en mere stille og rolig måde. Det, der er meningen med det sidste, er, at vidnet fortolker loven på en lidt anden måde, end han mener Retslægerådet gør."

P selv beskrev i retten bl.a. sit forhold til speciallæge G, herunder at de ikke havde samme synspunkter om healing og reinkarnation. Videre hedder det: "G lægger vægt alene på biokemi. Han (P) er af den opfattelse, hårdt sagt, at G mener, at alle religiøse mennesker bør tvangsindlægges.

Om sine arbejdsmæssige og sociale forhold forklarede P, at han sidst i juni genoptog sin stilling som... (souschef i det offentlige)..., men fik noget andet arbejde end det, han tidligere havde haft. Han er efterfølgende fratrukket sit arbejde".

Ved dom af 08.10.92 blev såvel tvangstilbæholdelsen på psykiatrisk afdeling R som den tvangsindlæggelse, speciallæge i psykiatri G havde foretaget, erklæret for lovlige.

P appellerede sagen. I Landsretten blev speciallæge F ført som vidne. Han angav bl.a., at det enten havde været forkert at tvangstilbæholde P eller forkert at udskrive ham allerede 6 dage senere, idet en behandling efter F's opfattelse mindst burde vare 3 uger. F udtalte i Landsretten, at han ikke kunne sige hvilken af de to afgørelser der var forkert, men selv ville han formentlig have tilbageholdt P i længere tid.

Overlæge M erklærede sig uenig i, at en 3 ugers tilbageholdelse altid er nødvendig for manio-depressive patienter, men overlægen ville ikke bestride, at det havde været forkert at udskrive P så tidligt, som tilfældet var.

Landsretten stadfæstede dommen.

Inden den endelige afgørelse ved Landsretten havde Retslægerådet imidlertid behandlet endnu en sag vedrørende P. P's hustru havde rejst sag om umyndiggørelse, og i den anledning blev rådet anmodet om en udtalelse.

Sagen var vedlagt en skrivelse fra P's hustru til retten, hvor hun bl.a. beskriver hvorledes P dyrkede reinkarnation og healing. Han mente, han spillede med i en film om sig selv, som den genfødte Jesus. Han var blevet afskediget, han havde krævet 4 millioner i erstatning for uberettiget afsked samtidig med, at han mente, at han ville vinde mindst en million kroner i spil. Han mente også, han var detektiv, der skulle afsløre omfattende EDB-svindel såvel indenfor det offentlige som i en række private virksomheder. Han havde derfor indgivet en række politianmeldelser. Han brugte masser af penge, og han havde, hvad hustruen først nu havde opdaget, gennem mere end et halvt år ikke betalt de faste udgifter, således at familien havde oparbejdet en betydelig gæld, og tvangsauktion af familiens hus truede. Han nægtede at gå med til separation, og hustruen så derfor ingen anden udvej end at søge P (hurtigt) umyndiggjort for at rede sin økonomi. Hustruen omtaler i sin skrivelse de to indlæggelser på psykiatriske afdelinger, og

anfører, at P var ... "ude af systemet før nogen behandling blev iværksat, og så må jeg tilstå, at jeg opgav".

P's praktiserende læge, C, havde afgivet udtalelse 27.11.92 hvor det bl.a. hedder, at P havde været til undersøgelse hos lægen, hvor han (P) var... "uafbrudt talende. Han beskrev for mig, at hans "kron-astral" var åben. Han modtog energi fra sollyset, han opfordrede mig til at sætte stetoskopet på hovedet af sig, så jeg kunne høre klikket, når energien sprang over. Han talte meget om religion - meditation, new-age-bevægelsen, og at kristendommen skulle omformes. Han mener ikke, at hans skizofrene søn ... er syg, men at han er clairvoyant, og at... (sønnen) ikke skal have medicin, men social støtte... .

Han modsætter sig salg af huset, fordi han mener, han får 3 millioner i erstatning på grund af uberettiget fyring. Han siger, at han har afsløret et kæmpe komplot, som bestyreren i Bikuben er leder af, og at det drejer sig om den største narkoliga på Vesterbro.

Han møder masser af mennesker på barer, på gaden, som han har mødt i sit tidligere liv (reinkarnation)".

Retslægerådet vil normalt i denne type sager anmode om en erklæring fra speciallæge i psykiatri, men under hensyn til sagens hastende karakter, og idet retten havde anmodet om, at rådet ... "tager hensyn til materiale, der indgik i rådets overvejelser i forbindelse med behandlingen af sagen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af den pågældende ..." fandt rådet at kunne afgive udtalelse på det foreliggende grundlag.

Retslægerådet udtalte 30.12.92 bl.a., at P ... "er sindssyg, han huser bl.a. omfattende barokke vrangforestillinger af storhedskarakter og synes præget af påvirkningsfor-nemmelser. Rådet vil finde det helt overvejende sandsynligt, at han har været psykotisk i adskillige måneder, om end rådet ikke på det foreliggende grundlag tør udtale sig om karakteren af hans sindssygdom. Han er uden sygdomserkendelse eller i øvrigt uden forståelse for sin situation, således at hans adfærd og handlinger i udpræget grad styres af hans vrangforestillinger. Han er blevet afskediget, men han finder afskedigelsen uberettiget, og han mener sig derfor berettiget til en stor erstatning. Hans økonomiske dispositioner styres af disse forestillinger, ligesom hans vrangforestillinger bl.a. medfører, at han søger at unddrage en sindssyg søn adækvat og nødvendig behandling.

P er sindssyg, og efter rådets opfattelse medfører denne sindssygdom, at han ikke er i stand til at overskue eller forstå konsekvenserne af sine handlinger og dispositioner. Rådet skal, jf. skrivelse af 19.11.92 fra dommeren i ... til læge C, tilføje, at P formentlig selv vil mene, at han forstår betydningen af en umyndiggørelse, men også for så vidt angår dette spørgsmål vil hans opfattelse formentlig være præget af hans vrangforestillinger."

Sagen om umyndiggørelse blev imidlertid hævet, idet hustruen ved bevilling blev separeret fra P.

Senest er Rådet, ved genpart af skrivelse fra Folketingets Ombudsmand til P, blevet orienteret om, at P har klaget til Ombudsmanden over Retslægerådets udtalelse i anledning af sagen om umyndiggørelse. I skrivelsen hedder det bl.a.:

"Den nævnte erklæring fra Retslægerådet blev udfærdiget til brug for en sag om umyndiggørelse af Dem, som Deres daværende hustru havde anlagt ved retten i ... Umyndiggørelsessagen blev hævet den 9. februar 1993, efter De var blevet separeret fra Deres tidligere hustru. ... Ret tog derfor ikke stilling til Retslægerådets erklæring.

I klagerne til mig har De anført, at det efter Deres opfattelse er kritisabelt, at Retslægerådet konkluderer, at De er sindssyg, uden at kunne henvise til objektive kliniske observationer af varig karakter. De finder, at det er forkert, at Retslægerådet har lagt vægt på erklæringer fra familiens læge, der havde et nært forhold til Deres hustru. De finder endvidere, at to af Retslægerådets medlemmer (i forbindelse med udfærdigelse af erklæringer vedrørende en retssag om tvangsindlæggelse af Dem) havde støttet sig til erklæringer fra speciallæge G.

De er meget utilfreds med de erklæringer G har udfærdiget vedrørende Dem. De har klaget til Patientklagenævnet over G. Patientklagenævnet henlagde i sommeren 1992 Deres klage over G under henvisning til, at De havde indbragt spørgsmålet om tvangsindlæggelse for domstolene. Patientklagenævnet behandler i øjeblikket en anmodning fra Dem om at genoptage behandlingen af Deres klage over G.

Ved brev af 17. marts 1993 henviste jeg Dem til at afvente Patientklagenævnets behandling af Deres klage over G og herefter tage stilling til, hvorvidt De måtte ønske at klage til mig over Retslægerådet. På daværende tidspunkt var det ikke oplyst, at Patientklagenævnet havde henlagt Deres klage."

Senere hedder det bl.a.:

"Jeg skal på den baggrund meddele, at jeg har besluttet ikke at iværksætte en undersøgelse i anledning af den foreliggende klage over Retslægerådet.

Begrundelsen er, at Retslægerådets vurdering af en persons psykiske tilstand er et lægefagligt skøn udøvet på baggrund af en række erklæringer og andre oplysninger om personens adfærd mv. Spørgsmålet om, hvilke erklæringer mv., der skal indgå i Retslægerådets vurdering, samt hvilken vægt de foreliggende oplysninger skal tillægges, beror på en skønsmæssigt præget vurdering. Kritik af en vurdering af en psykisk tilstand eller vægtningen af de foreliggende lægelige oplysninger ville kræve en lægelig indsigt. Ombudsmandsinstitutionen råder ikke over medarbejdere med en særlig lægefaglig viden. Hertil kommer, at jeg efter de regler, der gælder for min virksomhed, normalt ikke kan kritisere skønsmæssigt prægede vurderinger.

Da der således ikke er udsigt til, at jeg vil kunne hjælpe Dem, foretager jeg ikke videre."

## Kommentar

Debatten om anvendelse af tvang i psykiatrien fokuserer af indlysende grunde ofte på, hvorledes tvangsanvendelsen kan begrænses, således som det fx grundigt diskuteres i betænkningen om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, hvor konklusionen var, at tvangsanvendelse under tiden er uomgængelig. Denne sag demonstrerer, hvordan forløbet kan være, når en sindssyg patient uden sygdomserkendelse unddrages nødvendig behandling, omend denne behandling i en periode må gives ved tvang. P var utvetydig sindssyg, da han blev tilbageholdt på psykiatrisk afdeling R. Det er altid vanskeligt at vurdere, hvor længe en frihedsberøvelse bør vare, men rådet kan tilslutte sig overlæge M's vurdering af, at 3 ugers tilbageholdelse ikke altid er nødvendig hverken for manio-depressive patienter eller for andre. Set i lyset af hvad videre passerede, er det muligt, at en længerevarende tilbageholdelse havde medført et mere gunstigt forløb, men da P fx havde accepteret medikamentel behandling, da han blev udskrevet, kunne det antages, at han var motiveret for behandling, omend han fortsat var sindssyg. Rådet kan således ikke tilslutte sig de synspunkter, speciallæge F fremsatte i sin skrivelse, hvor det dog også må antages, at speciallægen selv har ændret opfattelse, idet han i skrivelsen anfører, at der "intet grundlag (var) for tvangstilbageholdelse", hvor han i Landsretten udtalte, at han "formentlig havde tilbageholdt appellanten i længere tid".

Den del af sagsforløbet, der voldte Retslægerådet størst problemer var tvangsindlæggelsen på afdeling B. Den speciallæge, der udfærdigede tvangsindlæggelsespapirerne, havde nøje beskrevet, at P husede vrangforestillinger, hvor overlæge J anførte, at P var "uden manifesterede psykotiske symptomer". Rådet måtte tilsidesætte overlægens skøn og ved at tiltræde, at P blev tvangsindlagt, indirekte tilkendegive, at der også havde været grundlag for en fortsat tvangstilbageholdelse med henblik på behandling, (idet en psykotisk tilstand af den her omtalte karakter ikke svinder i løbet af 48 timer, hvad der kan være tilfældet i andre typer af sager, se fx A 32368, side 70).

Det kan undertiden være vanskeligt at vurdere, om en patient huser egentlige vrangforestillinger eller blot er optaget af en måske privat og særegen, men ikke sindssygelig forestillingsverden. (For en nærmere diskussion af dette spørgsmål, se Retslægerådets årsberetning 1989, side 68 til 85). I langt de fleste tilfælde vil det imidlertid ved en grundig klinisk vurdering være muligt at afklare spørgsmålet også indenfor 48 timer, ikke mindst når der som her forelå grundige tvangsindlæggelsespapirer fra en speciallæge i psykiatri, der beskrev P's vrangforestillinger, ligesom såvel P's praktiserende læge som hustru støttede tvangsindlæggelsen.

Det videre forløb tegner en svær social deroute for P selv og store vanskeligheder for hans familie. Det er blevet hævdet, at psykiatriens anseelse specielt tidligere blev skadet af en for omfattende og vilkårlig brug af tvang, et synspunkt som i øvrigt imødegås i betænkning om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. I denne sag anførte P's hustru - forståeligt - i sin skrivelse om umyndiggørelse, at hun havde opgivet at få P behandlet, fordi han så hurtigt blev udskrevet. Læge C kunne forment-

lig have tvangsindlagt P efter sin undersøgelse i november 1992, men på baggrund af forløbet er det forståeligt, at også lægen havde opgivet. Balancegangen mellem tvang og frivillighed er vanskelig, men det er værd at fastholde, at de basale kriterier for anvendelse af tvang i den nye psykiatrilov ikke er ændret i forhold til den tidligere sindssygelov. Lovens nyskabelse er i første række forskellige former for retsgaranti for de psykiatriske patienter. Disse bestemmelser kan være tidsrøvende og besværlige for de behandlende læger, og der kan også være afgørelser, som ud fra en lægelig betragtning umiddelbart kan forekomme uforståelige (se fx A 32518, side 63). Men disse forhold bør ikke medføre, at læger unddrager sig ansvaret for behandlingen af psykotiske patienter, også selv om dette periodisk må foregå ved tvang (se også A 32356, side 50).