

**Retslægerådets
årsberetning
for 1993**

**København
1995**

ISSN 0906-4567

ISBN 87-601-4678-8

L.P. Nielsen

Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
II. Sager behandlet i Retslægerådet i 1993	18
III. Forblødningsdød i forbindelse med fødsel - dissens	21
IV. Dødsfald i forbindelse med graviditet uden for livmoderen	27
V. Dødsfald efter ambulantly plastikkirurgisk indgreb	36
VI. Kritik af beredskabsplan ved modtagelsen af svært traumatiseret patient	41
VII. Observation og information i forbindelse med kranietraume - dissens	45
VIII. Lang observations- og behandlingstid i forbindelse med påvirkning af præmalig lidelse - dissens	49
IX. Kollektiv klage over bivirkninger i forbindelse med specifik undersøgelsesmetode (elektrocochleografi)	52
X. Varighed af behandlingsdom	57
XI. Opretholdelse af foranstaltning over for patient med ringe behandlingsmotivation?	62
XII. Manddrab - straffelovens § 73	66
XIII. Manddrab - abnorm enkeltreaktion hos fremmedsproget gerningsmand?	73
XIV. Manddrab - bortfald af straf efter straffelovens § 85	79
XV. Ophævelse af formueretlig umyndiggørelse?	83

XVI.	Prøveløsladelse i henhold til straffelovens § 38, stk. 1 - farlighedsvurderinger	87
XVII.	Eksempel på dissens	91
XVIII.	Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	95

Forord

Beretningen over Retslægerådets arbejde i 1993 udsendes hermed. Det havde været håbet, at beretningen kunne være udsendt tidligere.

Opbygningen af årsberetningen adskiller sig ikke fra de tidligere, og det bemærkes, at sagsantallet stort set er konstant. Komplexiteten af de enkelte sager er tiltaget væsentligt, og der har nu været sager forelagt Retslægerådet med et trecifret antal spørgsmål. Det er klart, at behandlingstiden af sådanne forespørgsler nødvendigvis bliver ret lang.

Årsberetningen indeholder en række enkeltsager, som rådet mener belyser forskellige væsentlige forhold såvel inden for somatiken som psykiatrien.

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cheflæge Anne Lindhardt,
Roskilde Amtssygehus Fjorden
(psykiatri).

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

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

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

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

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

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

Sagkyndige anvendt i 1993

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons, Odense Universitetshospital, Gynækologisk-obstetrisk afdeling D (gynækologi og obstetrik).
2. Professor, dr.med. Daniel Andersen, Frederiksberg (kirurgi).
3. Overlæge, dr.med. Else Andersen, Hillerød Sygehus, Børneafdelingen (pædiatri).
4. Professor, overlæge, dr.med. Johan A. Andersen, Odense Universitetshospital, Patologisk Institut (patologisk anatomi).
5. Overlæge, dr.med. Kjeld Skou Andersen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
6. Professor, overlæge, dr.med. Jens Astrup, Århus Kommunehospital, Neurokirurgisk afdeling GS (neurokirurgi).
7. Lektor, lic.odont. Merete Bakke, Københavns Tandlægeskole (odontologi).
8. Professor, overlæge, dr.med. Finn Black, King Faisal Spec. Hospital, Saudi Arabien (medicin).
9. Overlæge, dr.med. Jørgen G. Berthelsen, Hillerød Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk afdeling G (gynækologi og obstetrik).
10. Professor, overlæge, dr.med. Poul Bretlau, Rigshospitalet, Øre-, næse- og halsafdeling F (oto-rhino-lar.).
11. Professor, overlæge, dr.med. Mogens Blichert-Toft, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling D (kirurgi).
12. Overlæge, dr.med. Flemming Burcharth, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling (kirurgi).
13. Professor, overlæge, dr.med. Cody Eric Bünger, Århus Kommunehospital, Kirurgisk afdeling E (ortopædi).
14. Overlæge Jens Krogh Christoffersen, Københavns Amtssygehus i Gentofte, Kirurgisk afdeling H (kirurgi).
15. Overlæge, dr.med. Leif Corydon, Vejle Sygehus, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi).
16. Overlæge, dr.med. Torsten Deckert, Steno Diabetes Center, Medicinsk endokrinologisk afdeling, Gentofte (medicin).
17. Overlæge Ole Ejner Drachmann, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Klinisk immunologisk afdeling og Blodbank (alkohol- og medicinpåvirkethed).
18. Overlæge, dr.med. Aage Drivsholm, Rigshospitalet, Medicinsk-hæmatologisk afdeling L (medicin).
19. Overlæge, dr.med. Krzysztof T. Drzewiecki, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling S (kirurgi).
20. Overlæge Jørgen Ewald, Odense Universitetshospital, Neurologisk afdeling N (neuromedicin).
21. Lektor, lic.pharm. Søren Felby, Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut (retskemi).
22. Overlæge Johannes Fossgren, Højbjerg (reumatologi).
23. Overlæge, dr.med. Jes Gerlach, Sankt Hans Hospital, Afdeling P (psykiatri).
24. Overlæge, dr.med. Jan Gerstoff, Rigshospitalet, Epidemiafdeling M (medicin).

25. Overlæge Steen Gimsing, Centralsygehuset i Esbjerg, Høreklinikken (oto-rhino-lar.).
26. Professor, overlæge, dr.med. Flemming Gjerris, Rigshospitalet, Neurokirurgisk afdeling NK (neurokirurgi).
27. Administrerende overlæge Peter Gottlieb, Sankt Hans Hospital, Afdeling R (psykiatri).
28. Professor, overlæge, dr.med. Eilif Gregersen, Rigshospitalet, Øjenafdeling E (oftalmologi).
29. Professor, dr.med. Markil Gregersen, Århus Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).
30. Overlæge, dr.med. Ole Greisen, Aalborg Sygehus Syd, Øre-, næse- og halsafdelingen (oto-rhino-lar.).
31. Overlæge, dr.med. Finn Gyntelberg, Rigshospitalet, Arbejdsmedicinsk klinik AR (arbejdsmedicin).
32. Overlæge Jens Haase, Aalborg Sygehus Syd, Neurokirurgisk afdeling K (neurokirurgi).
33. Administrerende overlæge Niels Hahnemann, Aalborg Sygehus Nord, Gynækologisk afdeling (gynækologi og obstetrik).
34. Professor, overlæge, dr.med. Tage Hald, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Urologisk afdeling H (kirurgi).
35. Lektor A. Carsten Hansen, Aarhus Universitet, Retsmedicinsk Institut (retskemi).
36. Overlæge, dr.med. Karl Brogaard Hansen, Århus Kommunehospital, Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y (gynækologi og obstetrik).
37. Overlæge, dr.med. Niels Ebbe Hansen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Medicinsk-hæmatologisk afdeling (medicin).
38. Overlæge Gitte Juel Henningsen, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Afdeling Q (børnepsykiatri).
39. Fhv. afdelingsleder, dr.med. Klavs Henningsen, Skodsborg (paternitetssager).
40. Overlæge, dr.med. Ib Hessov, Århus Amtssygehus, Kirurgisk afdeling L (kirurgi).
41. Overlæge Erik Hjelms, Aalborg Sygehus Syd, Thoraxkirurgisk afdeling T (thoraxkirurgi).
42. Professor, dr.odont. Erik Hjørting-Hansen, Københavns Tandlægeskole (odontologi).
43. Professor, dr.odont. Palle Holmstrup, Københavns Tandlægeskole (odontologi).
44. Overlæge, dr.med. Per Holstein, Bispebjerg Hospital, Thorax-kar-kirurgisk afdeling L (kirurgi).
45. Professor, overlæge, dr.med. Eigill Hvidberg, Rigshospitalet, Klinisk farmakologisk afdeling (farmakologi).
46. Professor, overlæge, dr.med. Niels Højby, Rigshospitalet, Klinisk mikrobiologisk afdeling (mikrobiologi).
47. Lektor Jan Jakobsen, Københavns Tandlægeskole (odontologi).
48. Overlæge Erik Gert Jensen, Sønderborg Sygehus, Ortopædkirurgisk afdeling O (ortopædi).

49. Overlæge, dr.med. Erik Martin Jensen, Bispebjerg Hospital, Reumatologisk afdeling H (medicin).
50. Overlæge, dr.med. Hans-Erik Jensen, Skt. Lukas Stiftelsens Hospice (kirurgi).
51. Professor, overlæge, dr.med. Bent Juhl, Århus Kommunehospital, Anæstesiologisk afdeling og intensiv afdeling N (anæstesiologi).
52. Overlæge, dr.med. Hans E. Jørgensen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Nefrologisk afdeling B (alkoholpåvirkethed).
53. 1. reservelæge Jørgen Balslev Jørgensen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Kirurgisk afdeling H (kirurgi).
54. Professor, overlæge, dr.med. Karsten Ejsing Jørgensen, Odense Universitetshospital, Øre-, næse- og halsafdeling F (oto-rhino-lar.).
55. Overlæge, dr.med. Jens Kamper, Odense Universitetshospital, Børneafdeling H (pædiatri).
56. Professor, overlæge, dr.med. Henrik Kehlet, Hvidovre Hospital, Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling (kirurgi).
57. Professor, overlæge, dr.med. Poul Kildeberg, Odense Universitetshospital, Børneafdeling H (pædiatri).
58. Overlæge, dr.med. Michael Kosteljanetz, Rigshospitalet, Neurokirurgisk afdeling NK (neurokirurgi).
59. Oversygeplejerske Gitte Kosakewitsch, Hvidovre Hospital, Reumatologisk afdeling (sygeplejerskeforhold).
60. Overlæge, dr.med. Christen Krag, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Plastikkirurgisk afdeling B (kirurgi).
61. Overlæge, dr.med. Einar Krag, Hvidovre Hospital, Gastroenterologisk afdeling (medicin).
62. Professor, overlæge, dr.med. Christian Krarup, Rigshospitalet, Neurofysiologisk Lab. NF (neurofysiologi).
63. Professor, overlæge, dr.med. Peter Krasilnikoff, Hvidovre Hospital, Børneafdeling (pædiatri).
64. Lektor Birgitte Kringsholm, Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).
65. Overlæge, dr.med. Jørgen Kvist Kristensen, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling D (kirurgi).
66. Lektor, dr.med. Jens Anker Larsen, Århus Universitet, Fysiologisk Institut (alkohol- og medicinpåvirkethed).
67. Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Falck Larsen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Gynækologisk-obstetriske afdeling (gynækologi og obstetrik).
68. Professor, overlæge, dr.med. Niels A. Lassen, Bispebjerg Hospital, Klinisk fysiologisk/nuclearmedicinsk afdeling (klinisk fysiologi).
69. Overlæge, dr.med. Benedicte Laursen, Aalborg Sygehus Syd, Medicinsk afdeling B (medicin).
70. Professor, overlæge, dr.med. Bjarne Lund, Rigshospitalet, Ortopæd-kirurgisk afdeling U (ortopædi).
71. Overlæge, dr.med. Henrik Lund-Andersen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Øjenafdeling Ø (oftalmologi).
72. Overlæge Mogens Lunding, Rigshospitalet, Anæstesiafdeling AN (anæstesiologi).

73. Professor, dr.med. Carl Erik Mabeck, Århus Universitet, Institut for Almen Medicin (almen medicin).
74. Afdelingsleder, dr.med. Joop Madsen, Københavns Universitet, Med.-Fys. Institut C (fysiologi).
75. Overlæge, dr.med. Hans-Jørgen Malling, Rigshospitalet, Afdeling TTA (medicin).
76. Overlæge, dr.med. Sigurd T. Mikkelsen, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Medicinsk afdeling F (medicin).
77. Professor, overlæge, dr.med. Carl Erik Mogensen, Århus Kommunehospital, Medicinsk afdeling M (medicin).
78. Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Viby Mogensen, Rigshospitalet, Anæstesiafdeling AN (anæstesiologi).
79. Overlæge, dr.med. Ole Munck, Gentofte (alkohol- og medicinpåvirkethed).
80. Professor, dr.odont. Egild Møller, Københavns Tandlægeskole (odontologi).
81. Professor, overlæge, dr.med. Jens Ole Nielsen, Hvidovre Hospital, Infektionsmedicinsk afdeling (medicin).
82. Overlæge, dr.med. Bent Lyager Nielsen, Odense (medicin).
83. Vicesstatsobducent, dr.med. Nils Højgaard Nielsen, Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).
84. Overlæge, dr. med. Steen Levin Nielsen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Klinisk Fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling (alkohol- og medicinpåvirkethed).
85. Professor, overlæge, dr.med. Jes Olesen, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Neuromedicinsk afdeling N (neuromedicin).
86. Speciallæge Villy Vestergaard Olsen, Hillerød (intern medicin).
87. Overlæge Niels Ovesen, Århus Kommunehospital, Neurokirurgisk afdeling GS (neurokirurgi).
88. Professor, overlæge, dr.med. Agnete Parving, Bispebjerg Hospital, Audiologisk afdeling (audiologi).
89. Professor, overlæge, dr.med. Peter Kildeberg Paulsen, Skejby Sygehus, Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T (kirurgi).
90. Professor, overlæge, dr.med. Olaf B. Paulson, Rigshospitalet, Neurologisk afdeling N (neuromedicin).
91. Overlæge Hans Pedersen, Amtssygehuset i Roskilde, Røntgenafdelingen (radiologi).
92. Overlæge Jim Thuesen Pedersen, Aalborg Sygehus Syd, Lungemedicinsk afdeling E (medicin).
93. Klinikchef Steen S. Pedersen, Århus Kommunehospital, Afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi (kæbekirurgi).
94. Overlæge Birgit Peitersen, Hvidovre Hospital, Børneafdelingen (pædiatri).
95. Overlæge, dr.med. Erik Peitersen, Bispebjerg Hospital, Øre-, næse- og halsafdelingen (oto-rhino-lar.).
96. Overlæge Niels Chr. Petersen, Aabenraa Sygehus, Plastikkirurgisk Service (kirurgi).

97. Professor, overlæge, med.dr. Gösta Pettersson, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling RT (thoraxkirurgi).
98. Overlæge, dr.med. Finn Vejlv Rasmussen, Hillerød Sygehus, Medicinsk afdeling B (medicin).
99. Overlæge, dr.med. Jarl Rosenørn, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Neurokirurgisk afdeling H (neurokirurgi).
100. Professor, overlæge, dr.med. Hans Rovsing, Hvidovre Hospital, Røntgenafdelingen (radiologi).
101. Professor Anders Rydholm, Lazarettet i Lund, Ortopædisk Klinik (kirurgi).
102. Professor, overlæge, dr.med. Ove B. Schaffalitzky de Muckadell, Odense Universitetshospital, Gastro-enterologisk afdeling S (medicin).
103. Professor, dr.med. Torben Schiødt, Rigshospitalet, Afdeling for patologisk anatomi (patologisk anatomi).
104. Overlæge Kaare Schmidt, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, Neurokirurgisk afdeling H (neurokirurgi).
105. Professor, dr.med. Jens S. Schou, Københavns Universitet, Farmakologisk Institut (farmakologi).
106. Professor, overlæge, dr.med. Torben V. Schroeder, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling RK (kirurgi).
107. Docent, dr.odont Ib Sewerin, Københavns Tandlægeskole (odontologi).
108. Overlæge Kaj Siersbæk-Nielsen, Frederiksberg Hospital, Méd. Blok, Kardiologisk/endokrinologisk afsnit E (medicin).
109. Overlæge, dr.med. Anne Katrin Sjølie, Århus Kommunehospital, Øjenafdeling J (oftalmologi).
110. Professor, overlæge, dr.med. Niels Erik Skakkebæk, Rigshospitalet, Vækst- og reprod. afdeling GR (vækst og reprod.).
111. Professor, overlæge, dr.med. Peter Skinhøj, Rigshospitalet, Epidemiafdeling M (medicin).
112. Professor, dr.med. Otto Sneppen, Ortopædisk Hospital Århus, Ortopædisk afdeling (ortopædi).
113. Administrerende overlæge Niels Stephensen, Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi).
114. Overlæge, dr.med. Kristian Stengaard-Pedersen, Århus Kommunehospital, Reumatologisk afdeling (medicin).
115. Overlæge, dr.med. Svend Strandgaard, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Nefrologisk afdeling B (medicin).
116. Professor, overlæge, dr.med. Arne Svejgaard, Rigshospitalet, Klinisk immunologisk afdeling KL (genetik).
117. Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Søndergaard, Bispebjerg Hospital, Dermato-venerologisk afdeling A (dermato-venerologi).
118. Speciallæge, dr.med. Harry Sørensen, Odense (ortopædi).
119. Overlæge, dr.med. Henning Sørensen, Rigshospitalet, Klinisk immunologisk afdeling KL (genetik).
120. Professor, overlæge, dr.med. Thorkil Sørensen, Odense Universitetshospital, Psykiatrisk afdeling P (psykiatri).
121. Speciallæge, dr.med. Ole Thage, Albertslund (neuromedicin).

122. Overlæge, dr.med. Bjarne Svalgaard Thomsen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Fysiurgisk/reumatologisk afdeling (medicin).

123. Konst. statsobducent, lektor Jørgen Lange Thomsen, Odense Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).

124. Overlæge, dr.med. P.E. Bloch Thomsen, Privathospitalet Hamlet, Hjertemedicinsk afdeling (medicin).

125. Overlæge John Thygesen, Vejle Sygehus, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi).

126. Professor, overlæge, dr.med. Mirko Tos, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Øre-, næse- og halsafdeling E (oto-rhino-lar.).

127. Overlæge, dr.med. Erik Tøndevold, Rigshospitalet, Ortopædkirurgisk afdeling U (ortopædi).

128. Professor, overlæge, dr.med. Mette Warburg, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Øjenklinikken (oftalmologi).

129. Professor, overlæge, dr.med. Gunhild L. Vejlsgaard, Rigshospitalet, Dermatologisk afdeling H (dermato-venerologi).

130. Vicesstatsobducent Annie Vesterby, Århus Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin).

131. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum, Bispebjerg Hospital, Lungemedicinsk afdeling P (medicin).

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

133. Chefpsykolog Rut Gunilla Øberg, Rigshospitalet, Neuropsykologisk afsnit 2095 (neuropsykologi).

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 indtil 31.03.93.

Fuldmægtig, cand.jur. Bent Ole Gram Mortensen fra 15.03.93.

Medicinske sekretærer

Vicestatsobducent, dr.med. Preben Geertinger (12 timer ugentlig) indtil 28.02.93.

Vicestatsobducent, dr.med. Hans Petter Hougen (12 timer ugentlig) fra 01.03.93.

Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig).

Sekretærer

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.

Assistent Annelise Gersby Jacobsen.

Assistent Lene Kirketerp Petersen (deltid) indtil 31.07.93.

Assistent Connie Thenning Pedersen (deltid) fra 08.07.93.

II. Sager behandlet i Retslægerådet i 1993

A.	Psykiatriske sager	835
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	394
C.	Sterilisation og kastration	6
D.	Faderskabssager	332
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	301
F.	Administrative sager m.v.	197
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	36
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	116
I ALT		2217

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	374
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	251
Ændring i strafferetlig foranstaltning	161
Ophævelse af farlighedsdekret	22
Overførsel til sikringsanstalten	6
Umyndiggørelser	4
Benådning	11
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	6
I ALT	835

Ad B-sager

Sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	201
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	193
I ALT	394

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	5
Ændring af navn/cpr.nr.	1
I ALT	6

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	118
Arbejdsskader/ulykker	88
Erstatning, pensionssager m.v.	45
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	19
Aldersbestemmelse	18
Ikke-psykiatriske benådningssager	1
Diverse	12
I ALT	301

III. Forblødningsdød i forbindelse med fødsel - dissens

29-årig kvinde død i forbindelse med fødsel. Barnet uskadt. Undersøgelserne tydede på, at dødsårsagen var forblødning. Embedslægen fandt ikke indikation for retslægelig obduktion, hvorfor der blev foretaget hospitalsobduktion, som ikke påviste dødsårsagen. Retslægerådet fandt, at der var et fejlskøn over blødningens størrelse, at behandlingen blev påbegyndt for sent, og at de retningslinier, der var for personalet på hospitalet, var ufuldstændige.

Sundhedsstyrelsen fandt grundlag for at give en påtale til de involverede anæstesi-sygeplejersker, til fødselslægen og til chefen for anæstesiaafdelingen, som ikke havde udfærdiget tilstrækkeligt klare instruktioner for personalet, ligesom Sundhedsstyrelsen beklagede over for embedslæge, at der ikke blev foretaget retslægeligt ligsyn. Patientklagenævnet var stort set enig med Sundhedsstyrelsen, idet Patientklagenævnet dog ikke kunne tiltræde alle Sundhedsstyrelsens kritikpunkter.

Nu afdødes ægtefælle og barnet har senere anlagt erstatningssag mod sygehuset, idet man har postuleret lægelig fejlbehandling af den afdøde kvinde. Retslægerådet blev atter spurgt, og svaret blev afgivet med dissens, idet tre af de fire voterende var kritiske over for den lægelige behandling, medens den sidste voterende ikke følte sagen tilstrækkeligt oplyst til at kunne tage endelig stilling. Der blev herefter indgået forlig med betydelig erstatning til såvel ægtefællen som barnet, i alt ca. en kvart million kroner (E 6170, E 7429).

29-årig gift, førstegangsfødende kvinde blev indlagt kl. 04.30 på grund af afgang af grønligt, grynet fostervand. Gode presseveér. Kvinden fødte kl. 05.55 en datter i baghovedstilling efter episiotomi. Efter fødslen var der sivende blødning, og moderkagen afgik ikke som forventet, hvorfor man forsøgte kompression af livmoderen uden resultat. Det blev derfor nødvendigt at give narkose, hvorefter moderkagen blev fjernet manuelt. Sygehuspersonalet skønnede på dette tidspunkt, at der havde været et blodtab på mellem 1500 til 2000 ml. Der blev givet Methergin 0,2 mg intravenøst, gentaget efter 5 minutter. Pludselig kom der udsættende hjertefunktion, og det lykkedes flere gange at få hjertet i gang igen, men kun kortvarigt, og genoplivningsforsøget måtte opgives efter 45 minutter. Familie og embedslæge blev orienteret, men der blev *ikke* foretaget retslægeligt ligsyn m.v. En hospitalsobduktion gav ikke nogen sikker forklaring på dødens indtræden, men trods en negativ undersøgelse konkluderedes det, at den pludselige kollaps efter moderkagens fjernelse kunne være opstået som følge af luft i karbanen.

Sagen blev første gang forelagt Retslægerådet af Sundhedsstyrelsen, og Retslægerådet udtalte:

"Patienten fødte kl. 05.55 en levende pige. Før fødslen var der efter lokalbedøvelse (pudendusblokade) anlagt episiotomi. Efter fødslen var der lidt siveblødning. Kl. 06.05 forsøgte ekspression af moderkagen, uden at det lykkedes. Der afgik små skyller af blod, afvekslende med perioder uden blødning. Før man besluttede sig til fjernelse af moderkagen, blev blodtabet skønnet dels til 800-1000 ml og dels til ca. 2000 ml. Patienten blev fuldbedøvet til indgrebet. Før bedøvelsen blev påbegyndt, blev der etableret intravenøs adgang, og der blev opsat 1000 ml isotont saltvand. Bedøvelsen blev påbegyndt kl. 06.40. På narkoseskemaet er der ud for starttidspunktet anført et blodtryk på 75/45 mmHg og puls 55. Til bedøvelsen blev anvendt normale doser af Pavulon (1 mg) og Atropin (0,5 mg). Patienten blev ventileret med ilt/lattergas i forholdet 1:2. I de efterfølgende 10-15 minutter steg blodtrykket, men pulsen var fortsat langsom. Efter at moderkagen var fjernet, blev der givet Methergin 0,2 mg intravenøst to gange. Umiddelbart herefter kl. 07.00-07.05 blev patienten pulsløs, og der blev konstateret hjertestop. Behandlingen af hjertestoppet blev straks påbegyndt. Den foregik efter de sædvanlige retningslinier for dette, idet man dog samtidig forsøgte at erstatte den tabte blodmængde med Macrodex 500 ml x 2 og blodtransfusion 300 ml x 3. Det lykkedes enkelte gange at reetablere kredsløbet, så blodtrykket var måleligt i kortvarige perioder. Det lykkedes derimod ikke at fastholde et stabilt kredsløb, og patienten afgik ved døden kl. 07.50.

Den efterfølgende hospitalsobduktion kunne ikke fastslå dødsårsagen. Det er beklageligt, at der ikke foretoges retslægeligt ligsyn m.v.

Patienten døde på grund af forblødning. Der foreligger et fejlskøn over blødningens størrelse, og behandlingen heraf påbegyndtes derfor for sent. Det fremgår af de medfølgende bilag, at det personale, der umiddelbart var involveret i behandlingen af patienten, har fulgt de retningslinier og "sædvaner", som man anvendte på hospitalet. Det må derfor konkluderes, at såvel de kirurgiske som de anæstesiologiske retningslinier for, hvornår og i hvilket omfang der skal infunderes væske, blodsustitutter eller blod til patienter af denne type, er ufuldstændige."

Sundhedsstyrelsen fandt på grundlag af de foreliggende akter i sagen, at sygeplejerskerne A og B burde have orienteret læge C om det målte blodtryk på 75/45 og ligeledes burde have kontrolleret trykket, inden der blev påbegyndt infusion med hurtigtløbende saltvand og givet Atropin samt efterfølgende indledt anæstesi. Sundhedsstyrelsen fandt endvidere, at de burde have anvendt mere infusionsvæske for at korrigere patientens blodtab og burde have konfereret med narkoselæge, inden de indledte narkosen, og orienteret denne om det forestående indgreb samt den skønsmæssige blødning og det målte lave blodtryk. Desuden burde sygeplejerskerne have konfereret med en narkoselæge om, hvorvidt narkosemidlerne burde reduceres på baggrund af det foreliggende blodtab og ved muligheden for yderligere blødning. Sundhedsstyrelsen fandt, at undladelse af ovennævnte procedure bør beklages over for sygeplejerskerne A og B ifølge sygeplejelovens § 5.

Sundhedsstyrelsen fandt endvidere, at instruksen for anæstesisygeplejersker vedrørende tilkald af anæsthesilæge ved indledning af anæstesi var mangelfuld, idet det ikke klart fremgik, hvornår der hos patienter med blodtab skal konfereres med anæsthesilæge og hvilken gruppe fra I til V en fødende kvinde tilhører. At dette ikke fremgår af instruksen, fandt Sundhedsstyrelsen bør beklages over for overlæge D.

Sundhedsstyrelsen fandt endvidere, at læge C ved oplysning om et blodtab på 800 - 1000 ml og med et forventeligt større blodtab burde have orienteret sig om blodtryksmåling og pulsmåling, inden indgrebet blev påbegyndt, således at læge C kunne have deltaget i vurdering af behovet for akut blodtransfusion eller tilstrækkelig indgift af tynde væsker. Sundhedsstyrelsen fandt, at unkladelse heraf bør beklages over for læge C.

Patientklagenævnet var stort set enig med Sundhedsstyrelsen i vurdering af sagen.

4½ år senere blev Retslægerådet stillet nye spørgsmål i sagen, idet der nu verserede en erstatningssag ved byretten. De nedenfor nævnte bilag var nye afhøringer af og partsindlæg fra de involverede medicinalpersoner. Der deltog 4 voterende i Retslægerådets sagsbehandling, og svaret blev afgivet med dissens:

"Et flertal af de voterende (A, B og C) ønsker at besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål fra sagsøgtens advokat:

Spørgsmål A

Idet der henvises til Retslægerådets erklæring af 24.06. og sagens dokumenter, i hvilken henseende bemærkes, at der efter 24.06. er fremkommet følgende dokumenter, bilagene 3, 4 og 5 samt bilagene 9 og 10, spørges, idet der henvises til erklæring af 01.03. (underbilag til bilag 4), særligt side IV-V og bilag V, særligt side III-IV, om der herefter er holdepunkter for, at der kan være tale om et fejlskøn vedrørende blødningsstørrelse?

I bekræftende fald spørges ex tuto, om der har foreligget et sådant fejlskøn, at der er tale om lægelig faglig fejl?

Svar

Ja, der er fortsat holdepunkter for, at det drejer sig om et fejlskøn vedrørende blodtabets størrelse. Det er vanskeligt at skønne over, hvor stort et blodtab er. Den kliniske bedømmelse af en patients tilstand er ligeledes behæftet med store fejl. Yngre individer kan kompensere meget længe for tab af blod.

Det er ikke almindeligt, at man journaliserer fejlagtige målinger eller observationer. Det er overvejende sandsynligt, at det blodtryk, der blev registreret ved anæstesiens start: 75/45 mmHg, var et reelt udtryk for patientens cirkulatoriske tilstand på dette

tidspunkt. Dette begrundes med, at hun samtidig havde bradykardi med ca. 50 hjerteslag pr. minut. Det er kendt, at en af de kompensatoriske mekanismer, der træder i kraft ved udtalt hypovolæmi (det vil sige stærk reduktion af det cirkulerende blodvolumen), er en øget tonus i nervus vagus og en heraf følgende bradykardi.

Det er næppe sandsynligt, at hjertestoppet skyldes anæstesen. I så fald ville kredsløbspåvirkningen have været mest udtalt ved anæstesiens start.

Hjertestoppet sker i relation til 2 injektioner af Methergin 0,2 mg. Dette er med til at sandsynliggøre, at patienten på dette tidspunkt havde et meget stort blodtab. Ergot alkaloider fremkalder ofte en bradykardi, der angiveligt overvejende skyldes en øget vagustonus, men en central reduktion i sympathicustonus er også anført eller endog en direkte myokardiedepimerende virkning. Under normale omstændigheder ville disse effekter sandsynligvis være uden klinisk betydning, men de får betydning, fordi patienten er nedblødt.

Spørgsmål B

Er der i øvrigt holdepunkter for, at der af lægerne eller sygeplejerskerne i forbindelse med behandling af den fødende kvinde er begået lægelige faglige fejl?

Svar

Det er fortsat Retslægerådets opfattelse, at patienten døde af forblødninger, og at behandlingen heraf blev påbegyndt for sent. Det fremgår af de medfølgende bilag, at det personale, der umiddelbart var involveret i behandlingen af patienten, har fulgt de retningslinier og "sædvaner", som man anvendte på hospitalet. Retslægerådet ønsker derfor fortsat at konkludere, at såvel de kirurgiske som de anæstesiologiske retningslinier for, hvornår og i hvilket omfang der skal infunderes væske, blodsustitutter eller blod til patienter af denne type, er ufuldstændige.

Spørgsmål C

Såfremt spørgsmål A og/eller spørgsmål B besvares bekræftende, spørges, om det må antages, at fejlen har været årsag til dødsfaldet, eller at dette må antages at skyldes andre årsager, herunder en blodprop, jf. bilag 9, en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, side 7 samt bilag 7, obduktionserklæringen.

Svar

Det må antages, at fejlskønnet over blødningens størrelse og den for sent iværksatte behandling af blodtabet er årsag til dødsfaldet. Retslægerådet anser det for mindre sandsynligt, at døden skyldes en blodprop (amnionemboli), idet symptomerne og tidspunktet for disses optræden ikke er typiske for denne tilstand, ligesom tegn herpå ikke har kunnet konstateres ved obduktion.

Spørgsmål D

Idet der henvises til sagsøgerens spørgsmål 1 og særligt sagens bilag A, side 1, spørges, om der er holdepunkter for at antage, at det først målte blodtryk på 75/45 var et reelt udtryk for blodtrykket?

Svar

Som det fremgår af besvarelsen af spørgsmål A, er der holdepunkter for at antage, at det først målte blodtryk 75/45 var et reelt udtryk for patientens blodtryk på det pågældende tidspunkt.

Spørgsmål E

Idet der henvises til sagsøgerens spørgsmål 1 samt bilag 3, bilag 4, side IV-V og bilag 5, side III-IV spørges, om det må antages, at blodtabet ved anæstesiens start var 2000 ml.

Svar

Der er grund til at antage, at patientens blodtab ved anæstesiens start var så stort, at det var i stand til at fremkalde de ændringer i kredsløbet, som kendes ved kraftig nedblødning. Det reelle tabs størrelse lader sig ikke kvantificere.

Spørgsmål fra sagsøgers advokat:

Spørgsmål 1

Spørgsmål B og C bedes tillige alternativt besvaret under den forudsætning, at det først målte blodtryk på 75/45 var et reelt udtryk for blodtrykket, samt at blodtabet var 800-1000 ml ved anæstesiens start.

Spørgsmålene bedes yderligere alternativt besvaret under samme forudsætning vedrørende blodtrykket, og at blodtabet ved anæstesiens start var 2000 ml.

Svar

Der henvises til besvarelsenerne af spørgsmålene B, C, D og E.

Et mindretal (D) vil besvare spørgsmålene på denne måde:

Ad spørgsmål A

Ja, der er holdepunkt for at blodtabet er skønnet forkert. Det er vanskeligt at skønne over, hvor stort et blodtab er, ligesom den kliniske bedømmelse af en patients tilstand er behæftet med fejl. At man ikke har erkendt et blodtab på ca. 2000 ml forekommer dog usandsynligt. Det er ikke almindeligt, at man journaliserer fejlagtige målinger, men i belastende situationer, som den her anførte, kan dette formentlig forekomme. Det registrerede blodtryk, 75/45 mmHg, kan være såvel reelt som en fejlmåling. For

fejlmåling taler, at man under anæstesen med samme apparatur har målt normale blodtryksværdier på 130/90 efter anæstesiindledning, idet man ved anæstesi med anvendelse af normale doser Tiomebumal får et udtalt blodtryksfald, hvis der foreligger en betydende hypovolæmi.

Ad spørgsmål B

Retslægerådet (her mindretallet) er af den opfattelse, at dødsårsagen ikke er entydig. Det kan ikke udelukkes, at patienten døde af forblødning. Behandlingen af blodtabet er indsat for sent, og at man i øvrigt opretholder de øvrige bemærkninger.

Ad spørgsmål C

Der foreligger et fejlskøn over blødningens størrelse, og behandlingen af blodtabet er indsat for sent, hvilket kan være årsag til dødsfaldet. Man kan ikke udelukke, at der foreligger andre dødsårsager (luftemboli).

Spørgsmål D

Det målte blodtryk på 75/45 kan være et reelt udtryk for patientens blodtryk på det pågældende tidspunkt. Dette modsiges dog af, at blodtrykket, efter indledning af anæstesen, stiger til 130/80, hvilket man ikke ville forvente hos en hypovolæmisk person (med nedsat cirkulerende blodvolumen).

Ad spørgsmål E

Der er ingen tvivl om, at man har skønnet blodtabet for lavt, men det er umuligt at udtale sig om, hvor stort det aktuelle blodtab har været."

Der blev herefter indgået ovennævnte forlig, hvorefter sagen blev sluttet.

Kommentar

Der ses et eksempel på en klagesag med et meget langt forløb, idet der gik mere end 7 år fra sagen startede til, der blev indgået forlig. Sundhedsstyrelsen var lidt mere kritisk end Patientklagenævnet, og såvel Retslægerådet som Sundhedsstyrelsen fandt det beklageligt, at embedslægen ikke havde fundet indikation for retslægeligt ligsyn m.v. Dissensen var begrundet i usikkerheden med hensyn til betydningen af det først målte blodtryks størrelse og usikkerheden om dødsårsagen.

IV. Dødsfald i forbindelse med graviditet uden for livmoderen

En lægevagtslæge tilså en 29-årig kvinde, som klagede over smerter i maven. Lægen foretog en objektiv undersøgelse, hvorved han konstaterede diffus ømhed i maven, men ingen bughindereaktion. Lægen optog ikke en gynækologisk-obstetrisk anamnese, og han foretog ikke en underlivsundersøgelse. Lægen opfattede smerterne som hidrørende fra en maveinfektion. Han gav to indsprøjtninger, dels en smertestillende, dels en beroligende indsprøjtning og forlod derefter stedet. Kvinden havde fortsat smerter næste dag og ca. 22 timer efter lægeundersøgelsen fandtes kvinden død. Retslægerådet udtalte, at lægen i forbindelse med undersøgelsen havde optrådt forsømmeligt, og Sundhedsstyrelsen fandt lægen skyldig i grovere forsømmelse eller skødesløshed i forbindelse med lægevagtsbesøget. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn indstillede til anklagemyndigheden, at der blev rejst sigtelse mod lægen for overtrædelse af lægelovens § 18. Lægen blev ved byretten frikendt. Sagen blev 3 år senere forelagt Retslægerådet, idet der nu var anlagt en erstatningssag mod lægen af den afdødes mand og mindreårige datter. Der blev stillet en lang række konkrete spørgsmål fra såvel sagsøgte som sagsøgers advokat. Rådet fastholdt sin kritiske indstilling til den lægelige undersøgelse i forbindelse med lægevagstilkaldelsen, og der blev indgået et forlig, hvorved lægen accepterede at betale godt en kvart million kroner i erstatning til den afdødes ægtefælle og mindreårige datter, ligesom sagsomkostningerne blev pålagt lægen (E 6134, E 6460, E 6797).

En 29-årig kvinde, som 17 måneder tidligere havde haft en normal barnefødsel efter en normal graviditet, og som ikke tidligere havde fejlet noget, havde i slutningen af juni måned henvendt sig til sædvanlige læge på grund af smerter i højre side af underlivet. På grund af lægens ferie, var hun blevet undersøgt af en vikar, som blandt andet havde foretaget en gynækologisk undersøgelse, som inkluderede celleprøve fra livmoderhalsen. Såvel undersøgelsen som celleprøven var angiveligt normal. Den 02.07. havde kvinden fortsat mavesmerter, hvorfor ægtefællen tilkaldte en vagtlæge. Kvinden havde selv opfattet smerterne som hidrørende fra en forløftning, idet hun havde løftet sin næsten halvandet år gamle datter og herved følt smerter i maven. Legemstemperaturen var normal. Kvinden oplyste lægevagtslægen om, at hun havde smerter i højre side af underlivet, og lægen trykkede kvinden på maven i begge sider. Lægen havde sagt, at hvis smerterne blev værre, skulle kvinden kontakte sin sædvanlige læge. På direkte forespørgsel havde lægen udtalt, at der ikke kunne være tale om blindtarmsbetændelse, og lægen mente, at der var tale om maveinfluenza. Lægen havde herefter givet kvinden to indsprøjtninger i hofteregionen. Kvinden sov herefter til næste morgen, hvor hun indtog nogle hovedpinetabletter, da hun stadig klagede over smerter, omend de ikke var

tiltaget i forhold til dagen før. Ægtefællen var kortvarigt borte fra hjemmet, og da han kom tilbage, fandt han kvinden liggende livløs på gulvet i soveværelset, hvor det så ud, som om hun havde været på vej til toilettet. Døden var indtrådt ved ankomsten til hospitalet (22 timer efter lægeundersøgelsen).

Ved den retslægelige obduktion påvistes en stor frisk blødning i bughulen (1750 ml) hidrørende fra en bristet graviditet, som havde været lejret på livmoderen i højre side ved overgangen mellem livmoderen og højre æggeleder. Med hensyn til graviditetens alder konkluderedes det, at graviditeten formentlig var 4 uger gammel.

Den mikroskopiske organundersøgelse bekræftede obduktionsfundet, og en meget omfattende retskemisk undersøgelse påviste kun en behandlingsmæssig koncentration af salicylsyre i blodet.

Lægevagtslægen har oplyst, at han fandt diffus ømhed af kvindens maveregion, men at han tillige konstaterede nogle få hævede lymfeknuder på halsen, og han var af den opfattelse, at der var tale om maveinfluenza, hvilket han gjorde kvinden og hendes ægtefælle opmærksom på. Han var blevet oplyst om, at kvinden kort forinden havde været til helbredsundersøgelse hos sin sædvanlige læge, og han havde derfor været af den opfattelse, at kvinden ikke havde en gynækologisk-obstetrisk lidelse. Da kvinden havde kvalme og smerter, gav lægen hende, dels 1 ml Vilan mod smerter, dels 1 ml Prozil mod kvalmen. Begge indsprøjtninger var givet i muskulaturen. Lægen havde angiveligt oplyst kvinden og hendes ægtefælle om, at han var i tvivl om diagnosen, og at der eventuelt kunne være tale om noget andet, hvorfor man måtte kontakte læge på ny, såfremt smerterne blev værre. Lægen kan ikke erindre, om han havde spurgt om kvindens legemstemperatur.

Sagen blev forelagt Retslægerådet af Sundhedsstyrelsen, idet styrelsen anmodede om rådets stillingtagen til, om lægevagtslægen havde begået lægelig fejl under lægevagtsbesøget hos kvinden.

Retslægerådet udtalte: "Ved sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet udtale, at lægevagtslægen efter Retslægerådets vurdering har optrådt forsømmeligt under aflæggelse af lægevagtsbesøg hos nu afdøde 02.07. ved ikke at udspørge om menstruationsforhold, brug af svangerskabsforebyggende midler og graviditetsmuligheder, ved ikke at have foretaget rektal eller vaginal eksploration, samt ved at have givet en kraftig indsprøjtning, der kunne medvirke til at sløre det videre sygdomsforløb, uden at der var sikret kompetent fortsat observation."

Sundhedsstyrelsen udtalte blandt andet, at styrelsen fandt, at kvinder i den fertile alder med smerter i underlivet altid bør udspørges om menstruationsforhold og brug af svangerskabsforebyggende midler samt undersøges med henblik på muligheden for graviditet. Da blindtarmsbetændelse også kan ytre sig ved diffuse smerter, bør der endvidere undersøges nærmere herfor. Sundhedsstyrelsen kan i øvrigt tilslutte sig Retslægerådets vurdering, og under henvisning hertil finder Sundhedsstyrelsen, at læge-

vagtslægen har gjort sig skyldig i grovere forsømmelse eller skødesløshed under aflæggelse af lægevagtsbesøg hos den nu afdøde kvinde 02.07., hvorfor Sundhedsstyrelsen finder, at der bør rejses tiltale mod lægevagtslægen for overtrædelse af lægelovens § 18.

Denne vurdering tilsendtes *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*, som helt tilsluttede sig Sundhedsstyrelsens vurdering og indstillede til anklagemyndigheden, at der rejstes tiltale mod lægen for overtrædelse af lægelovens § 18.

Anklagemyndigheden sigtede herefter lægevagtslægen for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1, ved 02.07. at have gjort sig skyldig i grovere forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, idet han ved undersøgelsen af den nu afdøde kvinde havde undladt at udspørge hende om menstruationsforhold, brug af svangerskabsforebyggende midler og graviditetsmuligheder, ved ikke at have foretaget undersøgelse med én eller flere fingre i henholdsvis endetarmen eller skeden samt ved at have givet en kraftig indsprøjtning, der kunne medvirke til at sløre det videre sygdomsforløb, uden at der var sikret kompetent fortsat observation, hvorefter patienten 03.07. afgik ved døden på grund af forblødning som følge af bristning af en graviditet uden for livmoderen.

Lægevagtslægens beskikkede forsvarer stillede herefter nedenstående 4 spørgsmål til Retslægerådet:

1. Er indgivelse af smertestillende midler i form af Prozil og Vilan i sig selv uforsvarlig?
2. Hvornår ophører virkningen af de pågældende midler for de to indgivne stoffer?
3. Er Retslægerådet bekendt med lægevagtslægens notat fra lægevagtsbesøget, som herved vedlægges i kopi?
4. Med hvilken hyppighed optræder extrauterin graviditet, og såfremt der er tale om en abdominal, med hvilken hyppighed.

Retslægerådet besvarede de stillede spørgsmål således:

"Ad spørgsmål 1

Besvarelsen af dette spørgsmål afhænger af indikationen for indgift af smertestillende midler i form af Prozil og Vilan. For så vidt angår det aktuelle tilfælde henvises til Retslægerådets tidligere udtalelse.

Ad spørgsmål 2

Virkningen af de pågældende stoffer afspiller sig i løbet af et par timer.

Ad spørgsmål 3

De i notatet indeholdte oplysninger har foreligget for Retslægerådet i form af referatet af afhøringen af lægevagtslægen af 14.08. (side 2).

Ad spørgsmål 4

Extrauterin graviditet optrådte i X samt i det foregående år i 3,1% af konceptionsantallet (der henvises i forbindelse hermed til en publikation i Ugeskrift for Læger). Retslægerådet finder ikke, at det på grundlag af den foreliggende obduktionserklæring med sikkerhed kan udledes, om det har drejet sig om en tubarabort eller en primært implanteret abdominal graviditet, der er meget sjældent forekommende. Begge de nævnte muligheder er indeholdt i de ovenfor nævnte 3,1%."

Under retssagen bekræftede lægevagtslægen og den nu afdøde ægtefælle stort set det foran beskrevne forløb. Til brug for retssagen havde Sundhedsstyrelsen udpeget en alment praktiserende læge, som fungerer som konsulent for Sundhedsstyrelsen inden for almen lægevæsen, og han var udpeget af styrelsen til at give forklaring om de generelle retningslinier for vagtlægers funktion. De generelle udtalelser synes ret kortfattede, hvorimod konsulenten har kommenteret det aktuelle tilfælde. Efter konsulentens opfattelse ville man i det konkrete tilfælde, hvor det var oplyst, at patienten havde mavesmerter i højre side og kvalme, spørge, hvor længe tilstanden havde varet, og hvor den var lokaliseret, for at danne sig et indtryk af alvoren. Undersøgelsen ville koncentrere sig om at føle på bugvæggen. I tilfælde af at man får oplyst, som det tilsyneladende har været tilfældet i den konkrete sag, at smerterne havde varet i en uges tid og givet anledning til undersøgelse hos egen læge, ville man være mindre alarmeret end ved pludselig opstået smerte. Afgørende ville efter konsulentens opfattelse være, om bugvæggen føles blød, som den normalt gør, eller den er spændt, hvilket kan indicere blødninger i bughulen. Normalt vil man være særlig opmærksom på kvinder i en alder, hvor de stadig kan føde børn, og forespørge om menstruationsforhold, om der har været uregelmæssige blødninger, og om der anvendes forebyggende midler. Det er imidlertid sjældent, og for konsulentens eget vedkommende har det været utroligt sjældent, at han har foretaget undersøgelser af en patients underliv i dennes hjem allerede af den grund, at en undersøgelse vil blive af dårlig kvalitet, idet man hverken har noget leje eller de nødvendige instrumenter til stede. Det, man navnlig vil være opmærksom på, er, om der er symptomer, der kan tyde på, at der kræves hurtig indgriben. De oplysninger, der har foreligget om, at patienten har været undersøgt gynækologisk - i forbindelse med hvilken der blev taget underlivsprøve - gør, at man vil være mindre tilbøjelig til at foretage nogen speciel undersøgelse eller udspejlingen med henblik på de kvindelige underlivsforhold, idet man må gå ud fra, at en sådan tidligere undersøgelse har været udført i overensstemmelse med sædvanlig lægelig praksis. Efter det foreliggende, herunder den undersøgelse der var foretaget, ville konsulenten formentlig ikke have foretaget nogen egentlig gynækologisk under-

søgelse. Om han ville have givet patienten 1 ml Prozil og 1 ml Vilan, som i øvrigt er sædvanlig dosering, ville afhænge af, om han var så sikker på diagnosen, at han kunne "fjerne smerten", idet en sådan indsprøjtning medfører, at man slører sygdomsbilledet, antagelig op til 4-5 timer. Konsulenten mener i øvrigt ikke, at man ville have "fanget", at der var tale om en graviditet uden for livmoderen, hvis man havde foretaget en yderligere undersøgelse på stedet under de vilkår, som det var muligt. Selv mener konsulenten ikke, at han ville være nået så langt, at en sådan undersøgelse kunne komme på tale.

Lægevagtslægen blev frifundet, idet retten udtalte, at efter den af Sundhedsstyrelsens konsulent afgivne forklaring, og når henses til at tiltalte i forbindelse med den af ham i øvrigt foretagne objektive undersøgelse af patienten har fået oplysninger, hvorefter hun måtte antages kort forinden at have været underkastet en sædvanlig gynækologisk undersøgelse, uden at der i forbindelse hermed var konstateret unormale tilstande, finder retten det ikke godtgjort, at tiltalte har udvist en grovere forsømmelse, som omhandlet i lægelovens § 18, hvorfor den tiltalte vil være at frifinde for tiltalen herfor.

Tre år senere blev sagen atter forelagt Retslægerådet, idet der nu var et civilt søgsmål mod lægevagtslægen, rejst af den afdødes mand og mindreårige barn.

Sagsøgtes advokat stillede nedenstående spørgsmål:

Spørgsmål A

Kan Retslægerådet bekræfte, at såfremt en vagtlæge, der tilkaldes til en kvinde i den fødedygtige alder på grund af mavesmerter i højre side og kvalme, og oplyser at smerterne har varet en uges tid, og givet anledning til undersøgelse hos egen læge, er der mindre grund til alarm end ved pludselig opstået smerte.

Svar

Nej. Ethvert tilfælde af mavesmerter, også hos kvinder i den fødedygtige alder, bør vurderes ud fra den aktuelle udspørgen og undersøgelse af patienten. At smerterne har varet en uges tid indgår sammen med andre oplysninger i vurderingen.

Spørgsmål B

Er det korrekt, at såfremt bugvæggen føles blød, er der ikke indikation for blødninger i bughulen.

Svar

Nej, specielt ved mindre blødning i bughulen kan bugvæggen føles blød.

Spørgsmål C

Kan Retslægerådet bekræfte, at det er uhyre sjældent, at vagtlæger foretager undersøgelser af en patients underliv i dennes hjem, og at en sådan undersøgelse er vanskelig at foretage, samt at resultatet kan være tvivlsomt.

Svar

Ja, det er rigtigt, at vagtlæger forholdsvis sjældent foretager vaginal undersøgelse i hjemmet, da betingelserne for at foretage en sådan undersøgelse er dårlige, og resultatet derfor kan være tvivlsomt.

Spørgsmål D

Kan Retslægerådet bekræfte, at såfremt det oplyses, at patienten har været undersøgt gynækologisk, og at der er taget en underlivsprøve godt en uge forinden, er der mindre anledning til at foretage en speciel undersøgelse eller udspørgen med henblik på de kvindelige underlivsforhold.

Svar

Nej. Der vil i den beskrevne situation i forbindelse med smerter, der har medført akut tilkald af læge være god grund til nærmere udspørgen med henblik på kvindens underlivsforhold.

Spørgsmål E

Kan Retslægerådet bekræfte, at en god og omhyggelig vagtlæge, som forholdene var i forbindelse med sagsøgtes vagtlægebesøg hos patienten, ikke ville have foretaget en gynækologisk undersøgelse.

Svar

Ja, idet en gynækologisk undersøgelse omfatter både inspektion og eksploration.

Spørgsmål F

Ville en yderligere undersøgelse under sagsøgtes lægevagtsbesøg hos patienten have afsløret, at der var tale om en graviditet uden for livmoderen.

Svar

En yderligere undersøgelse kunne have givet oplysninger, som tydede på graviditet uden for livmoderen.

Spørgsmål G

Kan Retslægerådet bekræfte, at der ikke for sagsøgte var tegn på eller anledning til at udspørge om menstruationsforhold, brug af svangerskabsforebyggende midler og graviditetsmuligheder, eller til at foretage rektal- eller vaginalexploration.

Svar

Nej. Disse forhold bør altid tages med i vurderingen ved smerter i maven hos kvinder i den fødedygtige alder.

Spørgsmål H

Kan Retslægerådet bekræfte, at den graviditet uden for livmoderen, der medførte patientens død, er en meget sjælden tilstand.

Svar

Nej. Diagnosen bør altid medinddrages i overvejelser ved smertetilfælde hos kvinder i den fertile alder.

Spørgsmål I

Kan Retslægerådet bekræfte, at det ikke med sikkerhed, heller ikke efter obduktion, har kunnet fastslås, om det drejer sig om en tubarabort eller en primært implanteret abdominal graviditet.

Svar

Ja, men det spiller ingen rolle for besvarelsene af de øvrige spørgsmål.

Spørgsmål J

Er det sikkert eller overvejende sandsynligt, at graviditeten uden for livmoderen ville være konstateret, hvis patienten i forbindelse med lægevagtsbesøget 02.07. var blevet indlagt.

Svar

Det er overvejende sandsynligt, at graviditeten uden for livmoderen ville være blevet konstateret under indlæggelse.

Spørgsmål K

Kunne graviditeten uden for livmoderen også være konstateret ved en undersøgelse under kliniskmæssige forhold 03.07.

Svar

En undersøgelse under kliniskmæssige forhold 03.07., dagen efter besøget af vagtlægen, kunne have afsløret tegn på graviditet uden for livmoderen.

Spørgsmål L

Såfremt patienten var blevet akut indlagt 03.07., er det da sandsynligt, at patienten havde overlevet.

Svar

Ja. Vel at mærke, hvis indlæggelsen var sket senest ved 18-tiden.

Spørgsmål M

Kunne graviditeten uden for livmoderen være konstateret ved en undersøgelse under kliniskmæssige forhold ugen før 02.07.

Svar

Ikke med sikkerhed, idet tegn på graviditet uden for livmoderen kan have været svage på dette tidspunkt.

Sagsøgerens advokat havde stillet nedenstående 2 spørgsmål:

Spørgsmål 1

Ville en udspørgen og undersøgelse som nævnt ovenfor sædvanligvis have medført akut hospitalsindlæggelse?

Svar

En udspørgen, som nævnt, kunne have givet formodning om, at patienten var gravid, og yderligere undersøgelse, som nævnt, kunne have afsløret tegn, som havde ført til akut hospitalsindlæggelse. Imidlertid kan Retslægerådet ikke vide, hvad lægen ville have foretaget sig i situationen.

Spørgsmål 2

Ville en akut hospitalsindlæggelse i umiddelbar fortsættelse af vagtlægens besøg sædvanligvis have medført, at en patient i en lignende situation var overlevet?

Svar

Ja. En akut indlæggelse i fortsættelse af vagtlægens besøg ville sædvanligvis have ført til patientens overlevelse."

Der blev herefter indgået et forlig, hvorefter vagtlægen ved sit forsikringsselskab accepterede at betale en erstatning til nu afdødes mand og mindreårige datter på i alt ca. en kvart million kroner med 2/3 til ægtefællen og 1/3 til barnet. Herudover skulle lægen betale sagsomkostningerne.

Kommentar

Under den strafferetlige behandling af denne sag erklærede såvel Retslægerådet, Sundhedsstyrelsen som Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at den pågældende lægevagtslæge havde handlet forsømmeligt, og såvel Sundhedsstyrelsen som Patientkla-

genævnet indstillede, at der blev rejst sigtelse mod lægen for overtrædelse af lægelovens § 18. Under straffesagsbehandlingen udpegede Sundhedsstyrelsen en praktiserende læge som sagkyndig, og denne læge havde åbenbart en fra Sundhedsstyrelsen afvigende mening i forbindelse med den aktuelle sag, hvilket efter dombogsudskriften at dømme bevirkede, at retten lagde mere vægt på konsulentens udtalelser end på de øvrige lægelige vurderinger, hvorfor tiltalte blev frifundet. Ved en senere civilretlig erstatningssag indgik lægen et forlig, som medførte en større erstatningsudbetaling.

V. Dødsfald efter ambulant plastikkirurgisk indgreb

26-årig kvinde døde efter plastikkirurgisk behandling hos praktiserende speciallæge. Retslægerådet fandt indikationen i orden, og det kirurgiske indgreb i snæver forstand korrekt udført. Derimod var bedøvelse, medicinindgift og observation m.v. uforsvarlig. Lægen blev dømt for overtrædelse af lægelovens § 18 ("grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed") og straffelovens § 241 ("uagtsomt manddrab"), ligesom han blev frakendt retten til at udøve lægegerning i 2 år (E 7322).

26-årig tidligere rask kvinde, som efter et næsebrud havde fået en deform næse. Næsedeformiteten blev behandlet hos praktiserende speciallæge i plastikkirurgi i april måned, men hverken patienten eller lægen fandt resultatet tilfredsstillende. Det aftaltes, at der skulle foretages en ny operation, og den blev foretaget 9 måneder efter den primære operation. Ud over lokal bedøvelse med 4 procents kokainklorid appliceret på slimhinden fik patienten 30 mg Stesolid og 15 mg Ketogan indsprøjtet i en blodåre. Herefter indledtes operationen med indsprøjtning af Marcain 1% med Adrenalin, således at der under operationen i alt blev givet 15 ml. Plastikkirurgen bemærkede under operationen, at patienten havde perifer blåfarvning af f.eks. læber og negle, men dette tilskrev han medicinen. Patienten blev efter operationens afslutning kl. 11.15 lagt på ryggen, og hun blev hvert tiende minut tilset af en sygehjælper samt lejlighedsvis af speciallægen selv. Det var efter operationen ikke muligt at kontakte patienten, og kl. 15.15 konstateredes hun livløs uden vejrtrækning og følelig puls. Der påbegyndtes udvendig hjertemassage og mund til mund behandling, ligesom hjerreambulance og 2 andre læger tilkaldtes til assistance. Genoplivningsforsøget var forgæves, og døden erklæredes for indtrådt kl. 16.05.

Retslægelig obduktion viste, at dødsårsagen måtte være kvælning ved indre spærring på grund af indsuget blod til luftvejene. Ved obduktionen blev det endvidere klart, at patienten ikke havde været fastende ved indgrebets påbegyndelse.

Sagen blev af Embedslægevæsenet indbragt for *Sundhedsstyrelsen*, som udtalte: "Sundhedsstyrelsen finder, at speciallægen ved indledning til operationen, hvor der efter det oplyste blev indgivet 30 mg Apozepam i blodåren suppleret med 3 ml Ketogan, ligeledes indsprøjtet i blodåren, har indgivet disse stoffer i relativ overdosis, dvs. overdosis i forhold til omstændighederne. Virkningen af de anførte stoffer i de anførte doseringer ville forventes at være sådan, at svælgreflekserne ophørte med at fungere, hvilket det efterfølgende forløb også bekræftede. Svækkelsen eller ophævelsen af svælgreflekserne må ses som forklaring på, at der under operationen overløb store mængder blod (0,5 liter) til luftrør og luftrørsforgreninger, hvilket forårsagede døden. I denne forbindelse var det også af betydning, at speciallægen efter det oplyste såvel

under operationen som i det efterfølgende forløb anbragte patienten i rygleje, hvorved blod på grund af manglende svælgreflekser passivt kunne løbe ned i luftrøret. Allerede under operationen viste der sig tegn på, at tilstrækkelig iltmætning af blodet under passage gennem lungerne ikke fandt sted, idet der blev observeret blåfarvning af læber og negle. Denne blåfarvning var et tidligt advarselssignal, men speciallægen reagerede ikke adækvat herpå, idet han ikke traf særlige foranstaltninger straks, da disse symptomer optrådte f.eks. i form af etablering af ilttilskud samt etablering af aflåst sideleje. Ved den ovenfor beskrevne fremgangsmåde gjorde speciallægen sig efter Sundhedsstyrelsens opfattelse skyldig i grovere forsømmelse og skødesløshed.

Sundhedsstyrelsen finder videre, at speciallægen efter operationen traf helt utilstrækkelige foranstaltninger til at overvåge og sikre patienten. Patienten var fortsat blåfarvet (cyanotisk), uden svælgreflekser, og lå i rygleje, stærkt sløvet af den indgivne medicin og senere dybt bevidstløs. Der blev ikke givet ilttilskud eller etableret aflåst sideleje eller givet antidot ("modgift") mod Apozepam og Ketogan, trods at tilstanden må formodes at have været præget af en fremadskridende forværring. Speciallægen stetoskoperede efter det oplyste på intet tidspunkt patienten med henblik på at vurdere, om der var blod i luftvejene, og der blev ikke ført protokol over blodtryk, puls, åndedrætsrytme og bevidsthedsniveau i forløbet, hvilket var påkrævet på grund af den meget betydelige dosis af sløvende medicin, som var givet. Sundhedsstyrelsen finder ikke, at sygehjælperens uddannelse var relevant med hensyn til at overvåge patienten i den beskrevne tilstand, og Sundhedsstyrelsen finder således ligeledes, at det var en fejl, at speciallægen overlod kontrollen til hende.

Sundhedsstyrelsen finder, at speciallægen ved ovenstående beskrevne handlingsmåde i forløbet efter operationens afslutning gjorde sig skyldig i grovere forsømmelse og skødesløshed.

På baggrund af det i sagen oplyste, finder Sundhedsstyrelsen endvidere at kunne lægge til grund, at speciallægen ikke forud for bedøvelsen sikrede sig, at patienten var fastende, ligesom Sundhedsstyrelsen også finder at kunne lægge til grund, at patienten ikke var fastende, da hun mødte til operation. Undladelsen af at udspørge patienten vedrørende dette var efter Sundhedsstyrelsens opfattelse manglende omhu og samvittighedsfuldhed fra speciallægens side.

Med ovenstående begrundelse finder Sundhedsstyrelsen, at speciallægen under operation den 22. januar af patienten samt under den efterfølgende observationsperiode frem til patientens død udviste grovere og gentagen forsømmelse og skødesløshed, jf. lægelovens § 18, stk. 1. Sundhedsstyrelsen skal på denne baggrund indstille, at der rejses tiltale mod speciallægen for overtrædelse af lægelovens § 18 stk. 1."

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har udtalt, at man kan tiltræde Sundhedsstyrelsens udtalelse.

Statsadvokaten anmodede herefter Retslægerådet om en udtalelse. *Retslægerådet* udtalte:

"Patienten fik den 22. januar foretaget en ambulans plastisk operation på næsen. Til det påtænkte indgreb burde hun have været fastende, og det burde have været kontrolleret. Undladelse heraf må anses for en lægelig fejl.

Det påtænkte indgreb kunne efter rådets opfattelse tænkes gennemført i lokalbedøvelse suppleret med beroligende medicin på en sådan måde, at patienten ikke mistede bevidstheden.

Bedøvelsen blev imidlertid indledt kl. ca. 09.00 med en indsprøjtning i en blodåre i højre albuebøjning af 30 mg af det beroligende middel Apozepam og 3 ml af det smertestillende morfinpræparat Ketogan. De anvendte midler er efter rådets opfattelse givet i overdosis, og det er sandsynligt, at patienten efter disse indsprøjtninger har været bevidstløs. Anvendelse af de pågældende midler til fremkaldelse af bevidstløshed må anses for farlig, medmindre der træffes sådanne foranstaltninger, som er vanlige ved generel anæstesi på sygehuse. Risikoen bestod især i undertrykkelse af svælgreflekser og åndedræt. Ved den pågældende operation er svælgreflekserne vigtige, idet der ellers er nærliggende fare for kvælning på grund af nedløb af blod i lungerne. Hertil kommer, at Apozepam anvendt alene kan have en undertrykkende virkning på åndedrættet, når det indsprøjtes hurtigt. Virkningen må dog selv i den her anvendte høje dosering anses for beskeden. Hvis der imidlertid samtidigt indgives et morfinpræparat, forstærkes denne bivirkning kraftigt. Hertil kommer, at Ketogan, som alle morfinpræparater i sig selv, har en velkendt og dosisafhængig undertrykkende virkning på åndedrættet. Rådet anser det således for sandsynligt, at de stoffer, der blev indsprøjtet før lokalbedøvelsen, blev givet i en sådan mængde og i en sådan kombination, at de har været tilstrækkelige til at gøre patienten bevidstløs, ophæve svælgreflekserne og undertrykke åndedrættet. Under operationen var der tydelige tegn herpå, da patienten var blåfarvet som tegn på reduceret indhold af ilt i blodet. Operatøren tillagde det imidlertid ikke tilstrækkelig betydning og undlod at give en adækvat behandling i form af ilttilførsel og modgifte. Ved at undlade dette og ved at anvende overdoser har han handlet uforsvarligt.

Under operationen, der startede kl. ca. 09.30, blev der ikke systematisk registreret puls, blodtryk eller åndedræt. Der var ikke anbragt nogen form for måleudstyr, der automatisk kunne tillade skøn over nogle af patientens vitale funktioner. Bevidstløshedstilstanden er ikke løbende vurderet, og det fremgår således ikke af sagsakterne, om operatøren eller den sygehjælper, der hjalp ham, var i kontakt med patienten på noget tidspunkt under eller efter operationen. Ved at undlade systematisk overvågning har den behandelende læge begået en lægelig fejl.

Efter operationen, der varede til kl. 11.15, blev patienten anbragt på en bære i et tilstødende værelse. Hun synes da at have været bevidstløs. Hun blev hovedsageligt observeret af sygehjælperen, der ikke var specielt trænet i observation af bevidstløse patienter. Almentilstanden blev angiveligt iagttaget, og pulsen palperet, men der blev ikke

foretaget nogen form for journalisering af observationerne. Blodtrykket blev ikke målt, og respirationen ikke talt. Operatøren hjalp selv med ved den anførte postoperative overvågning, men kun for så vidt arbejdet på klinikken tillod det. En time senere, kl. 12.15, blev det konstateret, at patienten ikke vågnede op. Kl. ca. 15.00 var hun fortsat bevidstløs, og operatøren overvejede, hvor længe man skulle afvente, før det blev nødvendigt at indlægge på hospital. Kort tid efter blev han tilkaldt fra den operation, han stod ved, fordi patienten var puls- og respirationsløs. I observationsperioden blev det noteret, at patienten fortsat havde tegn på undertrykt vejrtrækningsfunktion med blåfarvning af huden. Retslægerådet anser, at den postoperative overvågning var uforvarselig, ligesom der burde have været taget skridt til aktiv behandling af tilstanden allerede ud fra de gjorde observationer.

Den efterfølgende obduktionserklæring anfører, "at dødsårsagen må antages at være kvælning ved indre spærring grundet det indsugede blod i lungerne". Retslægerådet kan tiltræde den konklusion. Medvirkende til forløbet var, at patienten i bevidstløs tilstand trods nærliggende risiko for nedløb af blod gennem svælget blev anbragt i rygleje efter operationen.

I øvrigt mener Retslægerådet, at den planlagte næseoperation var tilstrækkelig begrundet, og rådet har ikke fundet grundlag for kritik af den måde, hvorpå det kirurgiske indgreb i snæver forstand er gennemført."

Retten har ved domsafsigelsen lagt vægt på, at speciallægen ikke havde sikret sig, at patienten var fastende, at han har benyttet en overdosis af medicin, som har forøget risikoen for ind sugning af blod i luftvejen, ikke truffet foranstaltninger, som er egnet til at forebygge den situation, som opstod, ikke foretaget systematisk registrering af puls, blodtryk og åndedræt i den postoperative periode, anvendt en sygehjælper, som ikke var relevant uddannet til overvågning, ikke truffet foranstaltninger, da der allerede efter en halv time efter operationens påbegyndelse viste sig tydelige tegn på iltmangel, uden at speciallægen iværksatte en adækvat behandling i form af ilttilførsel og modgift, og yderligere har retten lagt til grund, at placeringen/flytningen af afdøde i rygleje efter operationen har været medvirkende til den indtrådte kvælning.

Speciallægen blev således kendt skyldig i alle forhold (lægelovens § 18, stk. 1, og straffelovens § 241), og straffen fastsattes til 10 dagbøder á 1.500 kr., subsidiært hæfte i 10 dage. Derudover blev speciallægen under henvisning til straffelovens § 79, stk. 1, jf. § 78, stk. 2, frakendt retten til at praktisere som læge i 2 år.

Umiddelbart efter afsigelsen af byretsdommen ankede speciallægen dommen, men da sagen skulle behandles i landsretten, meddelte speciallægen, at han frafaldt anken, hvorefter statsadvokaten frafaldt kontraanken.

Kommentar

I denne sag var der stor overensstemmelse mellem Sundhedsstyrelsens, Patientklagenævnets og Retslægerådets vurdering af sagen. Det skal endvidere bemærkes, at retten fandt den lægelige adfærd så afvigende fra alment anerkendt lægepraksis, at lægen blev frataget retten til at virke som læge i en 2-årig periode. Endelig skal det bemærkes, at lægen også blev gjort ansvarlig for, at han anvendte medhjælp, som ikke var kvalificeret til de opgaver, hun blev pålagt.

VI. Kritik af beredskabsplan ved modtagelsen af svært traumatiseret patient

En knap 5-årig dreng blev overkørt af en varebil, men var ved bevidsthed. Faderen bragte ham til hospitalet, hvor han i skadestuen blev observeret af læger fra ortopædkirurgisk afdeling, narkoseafdelingen og parenkymkirurgisk afdeling. Ved ankomsten til sygehuset var han bevidstløs, og døden indtrådte godt en time efter ankomsten. Retslægerådet blev først af Sundhedsstyrelsen anmodet om en vurdering af den akutte behandling på skadestuen. Senere blev der stillet konkrete spørgsmål til Retslægerådet, og Retslægerådet besvarede begge henvendelser kritisk. Sundhedsstyrelsen fandt anledning til at give påtale til den ortopædkirurgiske ansvarlige læge, den ansvarlige parenkymkirurgiske læge samt narkoselægen i forbindelse med behandlingen, og Patientklagenævnet var enig heri (E 7463).

Det drejer sig om en knap 5-årig dreng, som i forbindelse med familiens flytning pludselig grædende trak op i blusen og pegede på sig selv og fortalte, at han var blevet kørt over af en varebil, som havde rokeret lidt på gårdspladsen ved det hus, hvor familien skulle flytte ind. Faderen tog straks drengen op og kørte ham til skadestuen, og han var angiveligt ved bevidsthed under hele transporten, omend han synes at være blevet tiltagende fjern. Ankomsten til skadestuen skete omkring kl. 12.30. Den vagthavende ortopædkirurg fandt drengen bevidstløs med puls på 100 og umåleligt blodtryk. Det var ikke muligt at anlægge et perifert drop, og 10-20 minutter senere ankom narkoseoverlægen, som anlagde et subclaviakateter til væskeinfusion. Drengen blev herefter ventileret efter nedlæggelse af plastikrør i luftrøret, og mavesækken tømtes for luft. Blodtrykket var fortsat umåleligt. Under dette ankom 1. reservelægen fra ortopædkirurgisk afdeling samt 1. reservelægen fra den parenkymkirurgiske afdeling, og man overvejede operation. Narkoselægen frarådede, idet det var narkoselægens opfattelse, at patienten var for dårlig til at flytte på operationsgangen. Døden indtrådte ca. 1 time efter indlæggelsen. Den retslægelige obduktion viste, at dødsårsagen var forblødning som følge af en rift i leveren.

Sundhedsstyrelsen, som havde fået sagen forelagt af Embedslægevæsenet, forespurgte Retslægerådet, om det var en fejl, at der ikke blev foretaget bughuleoperation, og i givet tilfælde, hvem der burde have foretaget operationen. Derudover forespurgtes, om Retslægerådet i øvrigt fandt anledning til kritik.

Retslægerådet svarede:

"Med tilbagesendelse af sagens akter skal Retslægerådet udtale, at modtagelsen af patienten på sygehuset var velorganiseret, og at den primære undersøgelse, observation og behandling af patienten var korrekt.

Det er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens beslutning, at hårdt kvæstede patienter primært behandles af ortopædkirurgiske afdelinger. Modtageholdet ledes således af en ortopædkirurg og tilkaldte specialister må fungere som rådgivere for lederen af modtageholdet, indtil patienten måtte være visiteret til anden afdeling. Det er Retslægerådets opfattelse, at den ansvarlige for modtageholdet var 1. reservelæge A, at han først ankom omkring kl. 13.00, og at han burde have besluttet sig for at transportere patienten til operationsgangen med henblik på operativt indgreb i bughulen. Operation burde være udført af ham som leder af modtageholdet, indtil 1. reservelægen fra kirurgisk afdeling var nået frem. Herefter burde den kirurgiske afdeling have overtaget operationen og patienten.

Rådet er opmærksom på, at anæsthesioverlæge B frarådede operativt indgreb på grund af tilstanden. Rådet finder imidlertid, at man ved at undlade prompte operation har skønnet forkert, og at det er den formelle leder af modtageholdet, der er ansvarlig for de beslutninger, der tages vedrørende prioritering og behandling. Rådet er også opmærksom på, at situationen har været så vanskelig og tidspresset så stort, at patientens mulighed for at overleve var ringe under alle forhold.

Rådet finder således, at man mere aktivt kunne have sigtet mod prompte operation efter den velorganiserede og korrekte primære behandling, og at man ved at undlade at tage dette skridt har skønnet forkert. Rådet finder også, at situationen har været så vanskelig, at der efter forholdene ikke ses at være begået lægelige fejl."

De involverede læger fik lejlighed til at udtale sig over for Sundhedsstyrelsen, og inspireret af disse udtalelser forelagde Sundhedsstyrelsen sagen for Retslægerådet endnu en gang med konkrete spørgsmål.

Retslægerådet svarede:

"Ved sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1

Retslægerådet anmodes om en udtalelse om, hvorvidt der var sikker indikation for indgrebet i bughulen?

Svar

Retslægerådet anser, at man ud fra oplysningerne om uheldet, sygehistorien og de kliniske fund ved modtagelsen hurtigt burde været nået frem til som foreløbig diagnose, at det drejede sig om en patient med indre forblødning, og en sandsynlig læsion i bughulen, her især leveren. Kredsløbsustabile patienter med sandsynlig lever- og/eller anden læsion i bughulen bør opereres så hurtigt som muligt efter, at der er lagt rør til venesystemet og til luftvejene.

Spørgsmål 2

Retslægerådet anmodes om at vurdere, om man kunne udelukke andre mulige læsioner, eller forhold i øvrigt som ville kontraindicere bedøvelse og operation i bughulen.

Svar

Ved indre forblødning med ustabil kredsløb er operation en forudsætning for, at tilstanden kan bedres. Andre hensyn er således underordnede. Specielt ved leverlæsioner vil en tidlig operation ofte være den eneste chance for, at livet kan reddes."

Herefter udtalte *Sundhedsstyrelsen* følgende:

"Sundhedsstyrelsen finder, at der allerede tidligt i forløbet måtte være mistanke om en læsion i bugen. Tidlig operation for at standse blødningen var således eneste mulighed for at redde barnet. Sundhedsstyrelsen skal oplyse, at barnets kritiske tilstand således ikke udgjorde nogen kontraindikation mod operativ behandling, idet operativ behandling var en forudsætning for, at tilstanden kunne bedres.

Efter det oplyste var ingen af de læger, der var til stede i den første del af forløbet på skadestuen kompetente til at fuldføre en sådan bugoperation. 1. reservelæge A, ortopædkirurgisk afdeling, kunne ifølge overlægen have opereret, men ifølge 1. reservelægen selv var han mindre rutineret i mave-tarmkirurgi og havde ikke tidligere udført større mave-tarm operationer...

Det er Retslægerådets opfattelse, at den ansvarlige i modtageholdet var 1. reservelæge A, der ankom omkring kl. 13.00, og at han burde have besluttet sig for at transportere patienten til operationsgangen med henblik på operativt indgreb i bughulen. Retslægerådet finder ligeledes, at operationen burde være udført af 1. reservelæge A, indtil 1. reservelæge C fra kirurgisk afdeling var nået frem.

Sundhedsstyrelsen er enig i Retslægerådets vurdering vedrørende 1. reservelæge A og finder, at denne burde have taget initiativ til og besluttet sig for at foretage operativt indgreb i bughulen. Ved en operation kunne de blødende blodkar være komprimeret, indtil en mere kompetent kirurg kunne fuldføre operationen. Ved at undlade dette har 1. reservelæge A efter Sundhedsstyrelsens opfattelse udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, jf. lægelovens § 6.

Narkoselæge B kom tidligt til skadestuen og deltog aktivt i behandlingen af drengen. Ifølge politirapporten fandt narkoselægen det ikke forsvarligt at operere på det foreliggende grundlag. Som tidligere begrundet finder Sundhedsstyrelsen, at der netop var grundlag for at udføre bugoperation.

Sundhedsstyrelsen finder, at narkoselæge B har udvist manglende omhu, jf. lægelovens § 6 ved i den pågældende situation at fraråde en påkrævet operation med begrundelsen, at patienten ikke var transportabel.

1. reservelæge C var som bagvagt på almenkirurgisk afdeling den af de tilstedeværende læger, der var mest kompetent til at udføre den nødvendige operation. Ifølge 1. reservelæge C's egen forklaring kom han sent i hændelsesforløbet, kun ca. 10 minutter

før behandlingen blev indstillet. 1. reservelægen har oplyst, at han var klar til at operere, men at han ikke selv suverænt afgjorde, om operationen skulle finde sted, idet afgørelsen bl.a. blev truffet i samarbejde med narkoselæge B. 1. reservelæge C ville ikke selv operere under omstændigheder, hvor drengen ikke kunne flyttes, ikke havde noget blodtryk og hvor diagnosen ikke var sikker.

Sundhedsstyrelsen finder, at det ved 1. reservelæge C's ankomst var åbenbart, at der var tale om en livstruende skade i bughulen. På dette tidspunkt burde 1. reservelæge C have overtaget ansvaret for patienten og umiddelbart taget beslutning om operation. Ved at have undladt dette har 1. reservelæge C efter Sundhedsstyrelsens opfattelse udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, jf. lægelovens § 6. Sundhedsstyrelsen kan oplyse, at det på vital indikation ofte vil være muligt at indlede operationen på selve skadestuen.

Sundhedsstyrelsen skal tilføje, at behovet for akut operativt indgreb i bughulen var så åbenbart, at begge 1. reservelægerne A og C kunne og burde have taget beslutning herom på trods af, at narkoselæge B frarådede transport og operation.

Sundhedsstyrelsen er enig i Retslægerådets bedømmelse af, at situationen har været vanskelig og tidspresset stort, og patientens muligheder for at overleve under alle omstændigheder var ringe.

Sundhedsstyrelsen kan oplyse, at styrelsen ikke, som af Retslægerådet i udtalelse af 17. januar anført, har besluttet, at hårdt kvæstede patienter primært skal behandles af ortopædkirurgiske afdelinger."

Sundhedsstyrelsen anbefalede således, at der blev givet en påtale til 1. reservelægerne A og C samt narkoselæge B i forbindelse med behandlingen.

Patientklagenævnet har efter alt foreliggende besluttet i henhold til lægelovens § 6 at beklage forløbet over for 1. reservelæge A, narkoselæge B og 1. reservelæge C.

Kommentar

Der er stort set enighed mellem Retslægerådet, Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet vedrørende den lægelige indsats i den nævnte sag. Blot skal det anføres, at Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet er mere kritiske i deres vurdering af den lægelige indsats end Retslægerådet.

Retslægerådet er åbenbart ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen vedrørende en angivelig af Sundhedsstyrelsen truffet beslutning om, at hårdt kvæstede patienter primært skal behandles af ortopædkirurgiske afdelinger. Denne diskrepans har dog ikke haft betydning for den lægefaglige vurdering af sagen.

VII. Observation og information i forbindelse med kranietraume - dissens

12-årig pige faldt med sin cykel og slog hovedet. Lægevagtslæge A blev telefonisk kontaktet af barnets forældre, og han tilrådede afventende behandling og observation. Der er nogen uoverensstemmelse mellem familiens og lægens opfattelse af samtalen. 5½ time efter ulykkestilfældet var pigen bevidstløs, og døden indtrådte 2 dage senere på hospital. Retslægerådet afgav udtalelse med dissens, idet 2 af de 3 voterende var kritiske over for lægens adfærd, medens den tredje fandt den lægelige indsats i overensstemmelse med almen anerkendt praksis. Sundhedsstyrelsen tilsluttede sig denne sidste vurdering (E 7468).

Det drejer sig om en 12-årig pige, som tidligere havde været rask. Hun var ude at cykle sammen med en veninde, og pludselig væltede hun, uden at veninden hørte støj eller skrig. Pigen blev hjulpet hjem, og hun var kun let klynkende på grund af en hudafskrabning over en bule i højre side af baghovedet. Moderen fandt en mindre hævelse, som ikke blødte, og barnet blev bragt til sengs. Et par timer senere kastede barnet op, og familien kontaktede lægevagtslægen, som i sin journal har anført: "Ingen bevidstløshed, ingen neurologiske symptomer, hovedpine og opkastninger, bør observeres, eventuel skadestue i tvivlsspørgsmål."

Lægevagtslægen erindrede endvidere at have spurgt familien om dobbeltsyn og pupilstørrelse og udtalt, at man i tvivlstilfælde skulle søge skadestue. Familien oplyser, at lægen endvidere spurgte, om barnet blødte fra ørerne, hvad hun ikke gjorde. Familien erindrer ikke, at ordet "skadestue" overhovedet blev nævnt i samtalens løb. Lægen tilså således ikke barnet. 5½ time efter ulykkestilfældet hørte familien støj fra barnets værelse, og man konstaterede, at hun trak vejret besværligt og var bevidstløs. Fornyet opringning til lægevagten resulterede i råd om at tilkalde ambulance. På dette tidspunkt holdt barnet op med at trække vejret, men det lykkedes at få etableret vejtrækning og kredsløb igen. På en neurokirurgisk afdeling blev der udtømt en blodansamling uden på den hårde hjernehinde i højre tindingeregion, men godt 2 døgn efter ulykkestilfældet indtrådte døden som følge af såkaldt incarceration (nedtrykning af hjernen i det store hul i kraniebunden) som følge af væskeoverfyldning af hjernen.

Sundhedsstyrelsen stillede 5 konkrete spørgsmål til Retslægerådet, som afgav svar med dissens.

Rådet svarede således:

"Spørgsmål 1

Har lægevagtslægen fået de relevante oplysninger ved telefonkonsultationen den 26.04.?

Svar

Det er Retslægerådets opfattelse, at lægevagtslægen har fået relevante oplysninger ved telefonkonsultationen den 26.04., nemlig at patienten havde været udsat for et relevant hovedtraume efterfulgt af hovedpine, kvalme og opkastninger.

For så vidt angår spørgsmålene 2-5 er der ikke enighed blandt de voterende, idet 2 af de voterende vil besvare spørgsmålene således:

Spørgsmål 2

Burde lægevagtslægen have aflagt sygebesøg?

Svar

Ja, eller foranlediget henvisning til nærliggende skadestue.

Spørgsmål 3

Burde lægevagtslægen have indlagt til observation?

Svar

Henvisning til skadestue eller indlæggelse til observation ville efter Retslægerådets opfattelse have været den korrekte behandling.

Spørgsmål 4

Har lægevagtslægen instrueret omhyggeligt i observation af patienten?

Svar

Der er givet instruktion i observation, men det er Retslægerådets opfattelse, at lægevagtslægen burde have henvist til skadestue eller indlæggelse.

Spørgsmål 5

Har Retslægerådet supplerende bemærkninger til forløbet?

Svar

Det er Retslægerådets opfattelse, at sygehistorien for afdøde er klassisk for hjerne-rystelse kompliceret med symptomer på blodansamling mellem hjerne- og den hår-

de hjernehinde. Akutte patienter, som i deres sygehistorie har et relevant slag mod hovedet (bule i tindingen), frembyder symptomer med hovedpine, kvalme og opkastninger, bør efter Retslægerådets opfattelse henvises til skadestue eller indlæggelse.

Én af de voterende ønsker at besvare de 4 sidste spørgsmål således:

Spørgsmål 2

Burde lægevagtslægen have aflagt besøg?

Svar

Det vil ikke være i overensstemmelse med normal praksis at aflægge sygebesøg i den foreliggende situation.

Spørgsmål 3

Burde lægevagtslægen have indlagt til observation?

Svar

Det vil ikke være i overensstemmelse med normal praksis at indlægge patienten til observation i den pågældende situation.

Spørgsmål 4

Har lægevagtslægen instrueret omhyggeligt i observation af patienten?

Svar

Lægevagtslægen har på grundlag af relevante oplysninger givet forældrene omhyggelig instruktion i observation af patienten.

Spørgsmål 5

Har Retslægerådet supplerende bemærkninger til forløbet?

Svar

Der savnes videnskabelig dokumentation for nødvendigheden af de af flertallet opstillede kriterier for observation og henvisning af patienter med lettere hovedtraumer. De af flertallet opstillede kriterier er ikke i overensstemmelse med normal praksis blandt alment praktiserende læger og tilsyneladende heller ikke en praksis, der er gennemført på landets skadestuer."

Sundhedsstyrelsen afsluttede sagen således:

"Efter en gennemgang af sagen finder Sundhedsstyrelsen, at lægevagtslægen ved familiens telefoniske henvendelse blev orienteret om og ved supplerende spørgsmål skaffede sig kendskab til det, der var hændt nu afdøde. Sundhedsstyrelsen finder ikke

grundlag for kritik af lægevagtslægen og er således enig med Retslægerådets mindretal, og Sundhedsstyrelsen finder ej heller grundlag for kritik af de råd om observation, som lægevagtslægen gav forældrene.

Sundhedsstyrelsen er bekendt med, at den relativt sjældne læsionsudløste blødning over den hårde hjernehinde i almindelighed ikke giver anledning til egentlige symptomer eller tegn i nogle timer for derefter pludseligt at medføre meget voldsomme symptomer og i regelen døden i løbet af kort tid.

Sundhedsstyrelsen finder ikke grundlag for kritik af behandlingen på de involverede hospitaler.

Efter en vurdering af sagen finder Sundhedsstyrelsen, at der i forbindelse med behandlingen af den afdøde 25.04. og derefter ikke findes at være sket overtrædelse af lægeloven."

Kommentar

Den foran refererede sag viser et tilfælde, hvor Retslægerådets flertal så mere alvorligt på den lægelige behandling end Sundhedsstyrelsen, som tilsyneladende lagde mere vægt på den i landet værende praksis end på de mere akademiske betragtninger i forbindelse med sagen.

Sundhedsstyrelsen har tidligere haft en mere restriktiv holdning til behandling af sådanne tilfælde og i vid udstrækning anbefalet røntgenundersøgelse af kraniet i sådanne tilfælde (Ugeskr Læger 1972;134:1729).

VIII. Lang observations- og behandlingstid i forbindelse med påvisning af præmalign lidelse - dissens

37-årig kvinde har klaget over et meget langvarigt forløb i forbindelse med blødningsforstyrrelser. Der gik mere end 6 måneder fra første henvendelse indtil næste undersøgelse og derefter yderligere 6 måneder, inden der blev foretaget keglesnitsoperation, som viste en kræftlidelse i begyndelsesstadiet. Retslægerådet fik stillet konkrete spørgsmål om sagsforløbet, og vedrørende et enkelt af spørgsmålene blev der afgivet dissens, men alt i alt var Retslægerådet enig om, at behandlingen havde været for langvarig. Sundhedsstyrelsen var enig heri, og på basis heraf meddelte Patientklagenævnet den administrerende overlæge en påtale, jf. lægelovens § 6, stk. 1. (E7489).

En 37-årig kvinde blev 19.02. ambulant undersøgt på en gynækologisk hospitalsafdeling, fordi hun havde blødningsforstyrrelser (intervalblødninger). På grund af tilstedeværende menstruation på undersøgelsestidspunktet blev der ikke foretaget celleundersøgelse, og der aftaltes indlæggelse til diagnostisk udskrabning. Denne indlæggelse fandt først sted 14.08., altså efter et ½ års ventetid. Ved denne undersøgelse fandtes mistanke om svære celleforandringer, hvorfor der aftaltes fornyet ambulant undersøgelse 19.11., hvor nye vævsprøver igen viste abnorme celleforandringer. Der blev herefter aftalt keglesnitsoperation, som blev foretaget 19.02., altså på årsdagen for første henvendelse. Ved denne undersøgelse fandtes kræftvæv med en invasionsdybde på mindre end 2 mm. Der blev herefter foretaget operativ fjernelse af livmoderen 06.04., og ved undersøgelse af operationspræparatet fandtes intet restsvulstvæv. Efterforløbet ukompliceret.

Hospitalet har erkendt, at der har været tale om for lange ventetider, men anfører, at dette skyldtes, at hospitalet på dette tidspunkt havde måtte overtage en væsentlig del af et andet hospitals funktioner på dette område, hvorfor der havde været usædvanlig lange ventelister.

Retslægerådet fik forelagt sagen fra Sundhedsstyrelsen, som stillede 5 konkrete spørgsmål.

Retslægerådet svarede og afgav svar med dissens vedrørende spørgsmål 2:

"Spørgsmål 1

Var det en fejl, at der ikke blev foretaget celleskrab ved første undersøgelse 19.02.?

Svar

Nej, ved undersøgelsen 19.02. havde patienten menstruation, hvorfor cellediagnose fra livmoderhalsen ikke kunne tages på grund af blødningen.

Spørgsmål 2

Hvis ikke, burde lægerne da have sat patienten til fornyet ambulant undersøgelse med henblik på cellediagnose, da man jo ikke med sikkerhed kan sige noget om indlæggelses-tidspunktet?

Svar

To af de voterende besvarer dette spørgsmål således:

Ja. Dersom man var vidende om den lange ventetid til indlæggelse til udskrabning, burde patienten under hensyn til symptomet intervalblødning have været sat til ny ambulant undersøgelse for at få taget cellediagnose, dersom dette ikke var foretaget for nylig hos egen læge.

Den tredje voterende besvarer spørgsmålet således:

Nej. Hvis man var vidende om den lange ventetid til indlæggelse med henblik på udskrabning, burde man, under hensyn til symptomet intervalblødning, have indkaldt patienten til ambulant kolposkopi og eventuel biopsitagning samt cervix abrasio.

Spørgsmål 3

Hvis lægerne burde have indkaldt til en fornyet kontrol med henblik på celleprøve, er undladelse heraf da en fejl?

Svar

Se svaret på spørgsmål 2.

Spørgsmål 4

Burde klager efter undersøgelsen i november på et tidligere tidspunkt være indlagt til konisation?

Svar

Efter at konisationen var besluttet, gik der 3 måneder, inden operationen blev udført. Denne ventetid er ikke uforsvarlig under hensyn til undersøgelsesresultatet fra november, men så lang ventetid er ikke rimelig af psykiske grunde.

Spørgsmål 5

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Svar

Sagen repræsenterer et eksempel på prioritering i Sundhedsvæsenet i relation til ressourceknaphed. Det er uheldigt, at dette rammer patienter med mulig malign eller præmalign sygdom."

Sundhedsstyrelsen konkluderede sagen således:

"På grundlag af sagens oplysninger finder Sundhedsstyrelsen ikke, der er begået fejl ved, at der ikke blev foretaget celleprøve den 19.02. Celleprøven kunne ikke tages på grund af, at patienten havde blødning fra livmoderen.

Sundhedsstyrelsen finder imidlertid, at afdelingens administrerende overlæge burde have været opmærksom på den usædvanlig lange ventetid med hensyn til indlæggelse til udskrabning. Sundhedsstyrelsen finder derfor, at afdelingen skulle have draget omsorg for, at klageren hurtigere havde fået foretaget ambulantly kolposkopi, biopsi og cervixkrab.

Med hensyn til ventetiden på 3 måneder for indlæggelse til konisation 3 måneder efter undersøgelse den 14.08. finder Sundhedsstyrelsen ikke, at det har været uforvarligt af lægelige grunde.

Overlægerne har erkendt det uheldige i den lange ventetid og forklaret, at baggrunden var oparbejdelse af ventelister på grund af overtagelse af patienter fra et andet hospital og manglende opnormering af anæstesikapaciteten.

Med henvisning til foranstående finder Sundhedsstyrelsen, at den administrerende overlæge på afdelingen burde have draget omsorg for, at klageren havde fået foretaget ambulantly kolposkopi, biopsi og cervixkrab."

Patientklagenævnet meddelte herefter den administrerende overlæge en påtale i henhold til lægelovens § 6, stk. 1.

Kommentar

Der var sådan set enighed blandt Retslægerådets voterende om, at tidsforløbet havde været for langt. Det, der blev afgivet dissens om, var, om man skulle tage celleskrab, når patientens menstruation var overstået, hvilket et flertal foreslog, medens den tredje voterende her syntes, at man lige så godt kunne gå videre i forløbet og foretage kolposkopi og eventuel biopsitagning samt udskrabning fra livmoderhalsen. Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet vurderede kun patientens klage med hensyn til det lange tidsforløb.

IX. Kollektiv klage over bivirkninger i forbindelse med specifik undersøgelsesmetode (elektrocochleografi)

En forældreorganisation har klaget over et hospitals anvendelse af en særlig undersøgelsesmetode i forbindelse med undersøgelse af hørehæmmede børn, ligesom der har været klaget over manglende kommunikation mellem hospitalet og børnenes forældre. Der har specifikt været klaget over anvendelsen af anæstesimidlet Ketalar, som efter forældreforeningens opfattelse har forårsaget mareridtslignende tilstande hos de undersøgte børn i urimelig grad. Sundhedsstyrelsen gav i sin indstilling til Patientklagenævnet klagerne medhold i begge klager og indstillede, at både den ansvarlige overlæge for undersøgelsen og den ansvarlige anæstesioverlæge skulle have en påtale efter lægelovens § 6. Patientklagenævnet stillede en række konkrete spørgsmål til Retslægerådet, som ikke fandt kritisable forhold ved selve undersøgelsen, men som dog mente, at informationsniveauet over for forældrene kunne have været bedre. Patientklagenævnet fandt ikke anledning til at kritisere anvendelsen af undersøgelsen eller den form, hvorunder undersøgelserne fandt sted, omend Patientklagenævnet også fandt informationsniveauet for lavt (E 7412).

En forældreforening har klaget over anvendelsen af såkaldt elektrocochleografi ved undersøgelse af hørehæmmede børn, herunder især klaget over anvendelsen af et bestemt anæstesimiddel (Ketalar) samt over manglende information af forældrene fra afdelingens side. Der har specielt været klaget over, at de undersøgte børn i meget høj grad skulle lide af mareridt efter undersøgelsen, og at mareridt især skulle skyldes anvendelsen af stoffet Ketalar. Afdelingen har begrundet sin anvendelse af den ovennævnte undersøgelsesmetode med, at den giver langt de mest præcise undersøgelsesresultater i forbindelse med høretab hos spæd- og småbørn. Undersøgelsen blev kun anvendt i de tilfælde, hvor andre undersøgelser ikke gav et entydigt resultat. Den nævnte undersøgelse nødvendiggjorde bedøvelse, og hertil blev anvendt stoffet Ketalar.

Det skal anføres, at Ketalar og Ketamin er samme stof.

Sundhedsstyrelsen var ikke i stand til at vurdere, om den pågældende afdelings udstrakte brug af den nævnte undersøgelsesmetode kan karakteriseres som en egentlig fejl, men styrelsen måtte konstatere, at man på den pågældende afdeling har haft en anden vurdering af behovet for benyttelsen af denne metode, end det er tilfældet andre steder. Sundhedsstyrelsen fandt det endvidere kritisabelt, at afdelingen ikke ophørte med at anvende Ketalar som bedøvemiddel efter de mange forældrehenvendelser, og endelig har Sundhedsstyrelsen påpeget, at afdelingen ikke har sørget for et tilstrækkeligt informationsniveau for de involverede børns forældre. Sundhedsstyrelsen indstillede

derfor, at der blev givet såvel den audiologiske overlæge som den anæstesiologiske overlæge en påtale efter lægelovens § 6.

Efter modtagelse af Sundhedsstyrelsens indstilling ønskede *Patientklagenævnet* at stille konkrete spørgsmål til Retslægerådet vedrørende de ovenfor anførte forhold. Nævnets spørgsmål og *rådets* svar lød således:

"Spørgsmål 1

Var der efter Retslægerådets opfattelse indikation for at anvende elektrocochleografi frem for hjernestammeaudiometri?

Kan Retslægerådet vurdere specificiteten og sensitiviteten af de to undersøgelsesformer?

Svar

Der er et stort behov for at kunne vurdere hørelsen objektivt i visse patientgrupper, f.eks. hos børn med mistanke om svær hørenedsættelse og for objektivt at fastslå hørenedsættelsens grad. Hjernestammeaudiometri er den mest anvendte metode. Den er mere enkel at udføre, men resultaterne er mere usikre end ved anvendelse af elektrocochleografi, som er mere følsom og mere specifik.

Elektrocochleografi i øvede hænder er en god metode til at vurdere, om der foreligger en svær hørenedsættelse og i bekræftende fald at vurdere hørenedsættelsens grad. Elektrocochleografi er imidlertid en krævende undersøgelse, og den fornødne ekspertise er kun til stede ganske få steder, og her i landet, så vidt Retslægerådet bekendt, i øjeblikket kun på X hospital.

Udover at elektrocochleografi er en mere præcis undersøgelsesmetode til vurdering af høretærskler end hjernestammeaudiometri giver den uvurderlige oplysninger om lokalisation af en eventuel hørelidelse, det vil sige lokalisation i mellemøre, indre øre eller hørenerve. Lokalisationsdiagnosen er særlig vigtig hos hørehæmmede børn med henblik på at opnå en korrekt indstilling af en senere høreapparatbehandling eller indikationstilling med henblik på otokirurgisk indgreb. Lokalisationsdiagnostikken kan således fra det enkelte barn være af vital betydning for den efterfølgende behandlingsstrategi. Hjernestammeaudiometri kan ikke yde samme grad af præcis lokalisationsdiagnose.

Ved elektrocochleografi vil en eventuel mellemørekatarr oven i en i forvejen bestående indre ørelidelse kunne behandles i samme seance, hvorved en eventuel senere anæstesi "spares". Ved den i dette land almindeligt anvendte procedure for hjernestammeaudiometri vil samtidig behandling af mellemørekatarr normalt ikke kunne finde sted.

En yderligere fordel ved elektrocochleografi, således som den udføres på audiologisk klinik, X hospital, er muligheden for at bestemme høretærsklen ved 8 kHz, hvilket ligeledes kan have betydning for en efterfølgende behandlingsstrategi.

Spørgsmål 2

Finder Retslægerådet, at der er belæg for, at der optræder flere bivirkninger ved anvendelsen af Ketalar som anæstesiform end ved andre relevante præparater til cochleografi af børn?

I givet fald fra hvilket tidspunkt har der foreligget dokumentation for sådanne bivirkninger.

Svar

Der er intet, der tyder på, at bivirkningerne ved anvendelse af Ketalar som anæstesi-form er større end ved andre relevante præparater til anæstesi til forskellige typer af kirurgiske indgreb eller smertevoldende procedurer. Der er endda meget, der tyder på, at den er mindre.

Hvordan det forholder sig, når det drejer sig om anæstesi til cochleografi af børn er uafklaret. Retslægerådet er ikke vidende om, at der foreligger kontrollerede og randomiserede kliniske undersøgelser, hvor Ketamin er sammenlignet med anden form for anæstesi i forbindelse med cochleografi af børn.

De bivirkninger, som man i den aktuelle sag specielt har hæftet sig ved, er Ketamins hallucinogene effekt og dens mulige påvirkninger af personligheden. Når stoffet anvendes i forbindelse med andre former for undersøgelser og mindre kirurgi, er denne effekt mindre hos børn end hos voksne. Der er anført incidencer på henholdsvis 5% og 30%. Fra undersøgelser på voksne ved man, at det ikke er en persisterende effekt. Hos børn er der i to tilfælde beskrevet en effekt, der har varet op til 1 år. Nogle har bemærket, at det måske er de lidt ældre børn og teenagere, der er særligt udsatte for disse bivirkninger ved stoffet.

Disse bivirkninger har man kendt fra stoffet blev introduceret til klinisk brug (ca. 1965). Tidligere har man hæftet sig ved, at disse problemer sandsynligvis kunne reduceres, hvis man lod patienten ustimuleret i opvågningsfasen, herunder også sørgede for absolut ro i omgivelserne. Senere hen har man forsøgt at reducere disse problemer ved at anvende præmedicinering med benzodiazepiner.

Når man trods disse bivirkninger fortsat anvender Ketamin, er det fordi stoffet i andre henseender har flere fordele, og fordi man med dette stof er i stand til at opfylde nogle af de krav, som man ved visse undersøgelser må stille til anæstesien.

Spørgsmål 3

Kan det antages, at de opståede bivirkninger i form af mareridt kan skyldes selve undersøgelsen og ikke bedøvelsen?

Svar

Det er kendt, at hørelsen er den af vore sanser, der bevares længst under indledningen og under ophør af en anæstesi. Det gælder næsten alle former for anæstesi. Det er også kendt, at man selv under en anæstesi, der er dyb nok til, at man kan udføre kirurgiske

indgreb, er i stand til at meddele patienten informationer, som ubevidst registreres af personen og som det kræver en særlig undersøgelsesteknik at "fremkalde" eller "registrere" senere hen. Det er overvejende sandsynligt, at de bivirkninger, der opstår i form af mareridt, ikke skyldes hverken undersøgelsen eller anæstesen, men skyldes kombinationen af dem. Det kan ikke umiddelbart sandsynliggøres, at dette problem ville være mindre, hvis der blev anvendt en anden form for anæstesi.

Spørgsmål 4

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Svar

Der er ingen tvivl om, at elektrocochleografi er en særdeles værdifuld, veldokumenteret, objektiv undersøgelse, som bør bevares ét sted i landet med landsdelsfunktion. Når man er specialist i en god undersøgelsesmetode, vil undersøgelsen naturligvis blive brugt i stor udstrækning og på vide indikationer, uden at man bør lastes af den grund.

Det er kritiseret, at elektrocochleografi er en invasiv metode. Det invasive i metoden er imidlertid ganske minimalt og må anses for betydningsløst. De anvendte måle-elektroder er så små, at man ikke kan forestille sig bivirkninger ved dette, hvilket da heller aldrig er rapporteret.

En del af de problemer, som denne sag indeholder, ville have været mindre, hvis der havde været bedre kontakt mellem forældre og afdelingerne, dette forhold er dog så uafklaret og så følelsesladet fra begge sider, at Retslægerådet har vanskeligt ved at kommentere det."

Patientklagenævnet udtalte herefter:

"Patientklagenævnet har ikke i de foreliggende oplysninger, herunder navnlig udtalelserne fra Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet, fundet grundlag for at kritisere, at audiologisk afdeling, X hospital, har anvendt elektrocochleografi i de i sagen omhandlede tilfælde.

Nævnet har herved lagt vægt på det af Retslægerådet anførte om fordelene ved denne undersøgelsesmetode.

Under henvisning hertil, og under henvisning til at der på sagen foreligger uklarhed, herunder modstridende oplysninger om omfanget af den givne information, har nævnet heller ikke fundet tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at der ved informationen af de pågældende forældre om behandlingen af deres hørehæmmede børn skulle være udvist en forsømmelighed eller manglende omhu, der har bevirket overtrædelse af lægelovens § 6.

Patientklagenævnet har ikke i de foreliggende oplysninger, herunder Sundhedsstyrelsens og Retslægerådets udtalelser, fundet grundlag for at kritisere, at anæstesiologisk afdeling, X hospital, har anvendt Ketalar (Ketamin) som anæstesiiform ved de omhandlede undersøgelser.

Nævnet har herved lagt vægt på det af Retslægerådet anførte, hvorefter der ikke, såvidt det er Retslægerådet bekendt, skulle foreligge kontrollerede og randomiserede kliniske undersøgelser, hvor Ketamin er sammenlignet med anden form for anæstesi i forbindelse med cochleografi af børn, og at det ikke umiddelbart kan sandsynliggøres, at det problem, at der efterfølgende opstår bivirkninger i form af mareridt, ville være mindre, hvis der blev anvendt en anden form for anæstesi.

Nævnet har herefter heller ikke fundet tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at den omstændighed, at afdelingen fortsatte med brugen af det omhandlede bedøvelsesmiddel efter 1987 uanset de modtagne klager og uden en revision af informationsmaterialet, har været udtryk for en forsømmelighed eller manglende omhu, der har bevirket en overtrædelse af lægelovens § 6.

Patientklagenævnet er enig med Retslægerådet i, at en del af de problemer, som denne sag indeholder, kunne være mindre, hvis der havde været bedre kontakt mellem forældre og afdelingen."

Kommentar

Denne sag viser et eksempel, hvor Sundhedsstyrelsens vurdering er strengere end den vurdering, som er anlagt af Retslægerådet og Patientklagenævnet.

X. Varighed af behandlingsdom

A 33793

Sagen omhandler en nu 43-årig skizofren patient C, som har været undergivet psykiatrisk særforanstaltning i 21 år.

Af Retslægerådets materiale fremgår, at rådet første gang udtalte sig om C i december 1971 i anledning af en tvangstilbageholdelse. Den til grund liggende lægeerklæring oplyser, at C er opvokset under disharmoniske forhold. Der er flere tilfælde af psykiatrisk sygdom i familien. Fra 19 års alderen har C været tiltagende aggressiv og provokerende, har oplyst om strålepåvirkning og religiøse vrangforestillinger. Han blev tvangsindlagt efter at have destrueret sit møblement, skåret sin dyne i stykker, skreget ud af vinduet og efter at have søgt at tilegne sig nogle pistoler på Frihedsmuseet. Under hospitalsopholdet er han lunefuld, aggressiv med til tider meningsløse og voldsomme impulshandlinger, som har medført langvarige fikseringer. Rådet tiltrådte tvangstilbageholdelsen.

Også i den efterfølgende retssag (om pistoltyveriet) blev Retslægerådet spurgt og anbefalede i januar 1972 en anbringelsesdom med følgende begrundelse: A's sygdom befinder sig i øjeblikket i et floridt stade, ytrende sig i form af usammenhængende tankegang, påvirkningsfornemmelser og vrangforestillinger blandt andet i form af forfølgelsesideer samt pludselige, voldsomme affektudbrud med aggressivitet over for omgivelserne. Samtidig var C i januar 1972 blevet anholdt og sigtet for forsøg på manddrab, og Retslægerådet tilrådte i marts 1972, efter ansøgning fra fængselsoverlægen, anbringelse på Sikkerhedsanstalten ved Nykøbing Sjælland. Begrundelsen herfor var, at C er sindssyg lidende af skizofreni (spaltningssindssygdom). Sindssygdommen befinder sig fremdeles i et floridt fremadskridende stade med vrangforestillinger og hallucinationer, tankeforstyrrelser og organfornemmelser; hertil kommer en øget tendens til voldsomme og farlige aggressioner over for omgivelserne, således at det nu ikke længere vil være forsvarligt at behandle patienten i et almindeligt hospital for sindslidende.

I april 1972 dømte landsretten C til anbringelse i hospital for sindslidende for tilføjelse af skade på legeme eller helbred, tyveri og overtrædelse af våbenloven.

Farlighedsdekretet blev ophævet i oktober 1972 - efter høring af Retslægerådet - og C blev overført til psykiatrisk hospital A.

Anbringelsesdommen blev søgt ændret i efteråret 1974 og igen i efteråret 1975, hvor behandlende overlæge anførte, at tilstanden fortsat var meget svingende. I perioder har C udtalte sindssygelige symptomer i form af vrangforestillinger, forfølgelsesideer, påvirkningsfornemmelser, usammenhængende tankegang og tidvise affektudbrud. Han er til stadighed i behandling med store doser antipsykotisk medicin. Han har meget urealistiske forestillinger om sin fremtid og har overhovedet ingen sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse. Han har hyppigt været modvillig over for medikamentel be-

handling. I det daglige har han for det meste været passiv og stillestående. Det har været vanskeligt at beskæftige ham.

På denne baggrund udtalte Retslægerådet i november 1975, at der ikke er sket nogen bedring af tilstanden ..., og da der fortsat består en ikke ubetydelig risiko for farlige handlinger som følge af C's sindssygdom, kan Retslægerådet ikke anbefale en lempelse af den retlige foranstaltning. Byretten fastslog herefter i januar 1976, at begæringen om ændring af den idømte foranstaltning ikke kan tages til følge.

I foråret 1977 udtaler behandlende overlæge P, at C's affektlabilitet og aggressive tilbøjeligheder er reduceret i betydelig grad. Under en absentationsperiode på ca. tre måneder klarede han sig relativt godt uden medicin og begik ingen lovovertrædelser. Inden for mere end et år har han ikke vist tegn på farlighed. På baggrund af det anførte skal afdelingen tillade sig at anbefale en foranstaltningsændring (til behandlingsdom).

På denne baggrund afgav Retslægerådet responsum i marts 1977, hvori det blandt andet anføres: selv om risikoen for impulsive handlinger antagelig stadig er til stede, er der dog sket en sådan stabilisering af domfældtes tilstand som helhed, at rådet ikke vil finde det uforsvarligt at ændre foranstaltningen til behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med hospitalet under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.

Byretskendelsen fra juni 1977 ændrer herefter foranstaltningen i overensstemmelse hermed.

C blev i juli 1977 udskrevet til ambulans behandling, som han fulgte frem til årsskiftet 1977-78, hvor han på ny blev tiltalt for trusler på livet over for sit tidligere offer. Retslægerådet udtalte i sagens anledning i marts 1978, at C stadig er sindssyg, lidende af skizofreni (spaltningssindssygdom). Han har trods adækvat medikamentel behandling indtil slutningen af december 1977 været præget af svære sindssygdomssymptomer især vrangforestillinger, men også hallucinationer og i de seneste måneder tillige af voldsomme sindssygeligt motiverede vredesudbrud, der dog ikke har været ledsaget af voldelige handlinger.

Rådet finder C stærkt behandlingstrængende og skal tilråde, at han ved politiets eventuelt Kriminalforsorgens foranstaltning snarest muligt søges indlagt på det regionale psykiatriske hospital i konsekvens af byrettens kendelse fra juni 1977. Rådet finder det sandsynligt, at en konsekvent anvendelse af denne kendelses beføjelser vil vise, at de heri indeholdte foranstaltninger er passende.

Herefter konkluderes i byretsdommen af marts 1978, at C bør "undergives psykiatrisk behandling i et hospital for sindslidende". Dette er således en forlængelse af den i juni 1977 idømte behandlingsdom. Dommen blev anket til landsretten, som i juni 1978 skærpede dommen til anbringelse i hospital for sindslidende.

Foranstaltningsændring blev afslået af byretten i april 1979, men i januar 1980 afgiver Retslægerådet på ny responsum på grundlag af erklæring fra behandlende overlæge ved psykiatrisk hospital B. Heri hedder det, at C under medikamentel be-

handling i det sidste halve år har vist en væsentlig afdæmpet adfærd, men at han stadig hyppigt røber vrangforestillinger og viser sig hallucineret. Der iagttages ikke længere affektgennembrud. Rådet finder det sandsynligt, at faren for retssikkerheden er mindsket væsentligt og tilråder, at de mod C trufne retlige foranstaltninger ændres til dom til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i samråd med overlægen kan træffes beslutning om eventuel genindlæggelse.

Dette bliver også udfaldet af byretskendelsen fra marts 1980.

Efterfølgende behandles C på psykiatrisk hospital B, først under indlæggelse og fra oktober 1983 som dagpatient og ambulans. Ønske om ophævelse af foranstaltningen fremsættes foråret 1985, og Retslægerådet udtaler i den anledning i juni 1985: "C's aggressivt prægede forestillinger angives nu at være mindre udtalte under vedligeholdt medikamentel behandling, som fremdeles anses for meget påkrævet for at hindre forværring i tilstanden. Siden oktober 1983 har indlæggelse ikke været nødvendig, og han har siden været behandlet som dagpatient og ambulans. Det skønnes fra hospitalets side endnu usikkert, om den ambulante behandling herunder specielt den medikamentelle kan videreføres ved foranstaltningens ophævelse, fordi C i så fald muligvis vil unddrage sig behandlingen. Retslægerådet finder herefter ikke for tiden at kunne anbefale, at foranstaltningen ophæves."

Byretten kommer til samme resultat i kendelse af 10.09.85.

Herefter nægtede C at komme til lægesamtaler, men indfandt sig dog i nogen tid i afdelingen og indtog sin medicin. I oktober 1985 måtte han indlægges med politiets hjælp i medfør af kendelsen. Han var da sindssyg med storhedsforestillinger. Dette gentog sig efter udskrivning på ny i september 1986. Han bortgik fra hospitalet i november 1986 og blev først bragt tilbage ved politiet i januar 1987. Behandlende overlæge P udtaler, at den retlige foranstaltning ikke er til gavn for C, og at han snarere vil bevare kontakten til hospitalet, såfremt foranstaltningen ophæves. Hertil udtaler Retslægerådet i april 1987, at rådet finder i det foreliggende ingen ganske sikre holdepunkter for, at C på eget initiativ vil fastholde den behandlingsmæssige kontakt med hospitalet og kan derfor ikke for tiden anbefale, at foranstaltningen ophæves.

Under sagens behandling korresponderede Retslægerådet med overlæge P, og korrespondancen gav rådet anledning til følgende bemærkninger: "Retslægerådet har i udformningen af sin udtalelse lagt hovedvægten på, at det må være megen tvivl underkastet, om C på eget initiativ vil fastholde behandlingskontakten med det psykiatriske hospital, idet hospitalet beskriver ham som præget stærkt af vrangforestillinger og formentlig uden sygdomserkendelse, men med et klart, objektivt behandlingsbehov som flere gange også i det sidste år har måttet opfyldes derved, at politiet er blevet anmodet om at bringe ham til hospitalet. Retslægerådet kan derimod ikke i de foreliggende oplysninger finde holdepunkter for, at han på nuværende tidspunkt er til helt klar fare for retssikkerheden, men har netop under indtryk af usikkerhed herom udtalt sig som ovenfor anført.

I oktober 1987 indlagdes C efter "et mindre overfald på en kordegn" på psykiatrisk hospital A, som i november 1990 afgiver erklæring, der fraråder foranstaltningsændring. Retslægerådet udtaler i november 1990, at C fortsat har været behandlet med antipsykotisk virkende medicin i depotform, hvilket i nogen grad har kunnet dæmpe hans affektudbrud, men han kan stadig udvise udtalt aggressiv adfærd. Han har fremdeles vrangforestillinger af forfølgelses- og storhedskarakter. Han er stadig negativt indstillet over for medicinen, som er nødvendig for at undgå en forværring af tilstanden med mulig farlighed. Rådet må herefter tilslutte sig indstillingen fra hospitalet og kan endnu ikke tilråde en ophævelse af foranstaltningen.

Byretten bestemmer i kendelse i marts 1991, at der ikke skal ske foranstaltningsændring.

På ny i november 1991 rejses sagen efter C's ønske. Psykiatrisk hospital udtaler, at man på grund af C's massive ønske om at få stoppet den medikamentelle behandling ikke kan anbefale, at den idømte foranstaltning ophæves, og Retslægerådet udtaler i februar 1992 blandt andet, at rådet særligt har bemærket, at C har været undergivet psykiatrisk særforanstaltning siden 1972 og har overvejet, om behandlingen på forsvarelig vis kunne videreføres inden for psykiatrilovens rammer. Imidlertid må rådet - som hospitalet - endnu være betænkelig ved udviklingen ved ophævelse af den strafferetlige foranstaltning.

Sidste gang sagen har været rejst er i december 1993, hvor behandlende overlæge R anfører, at som C fremtræder nu og har fremtrådt gennem flere år, skønnes han ikke at være til nogen fare for retssikkerheden, selv om han er svært psykotisk. Det synes ved gennemgang af hans akter ikke, som om den medikamentelle antipsykotiske medicin har bedret hans psykotiske symptomer væsentligt, men den har i hvert fald tidligere dæmpet hans aggressive impulser. Hvis den idømte foranstaltning ophæves, vil C utvivlsomt ophøre med den medikamentelle antipsykotiske behandling. Selv om det er flere år siden, at han har udvist aggressiv adfærd, må man frygte, at ophør med den medikamentelle behandling kunne medføre recidiv af denne adfærd, hvorfor man til trods for det lange stabile forløb fortsat vil anbefale, at den idømte foranstaltning opretholdes.

Retslægerådet udtalte herefter, at C er uden sygdomsindsigt og utvivlsomt uden den idømte foranstaltning vil ophøre med medicinsk behandling med stor risiko for recidiv af kriminel adfærd. Retslægerådet kan derfor støtte behandlende afdelings anbefaling af, at den idømte foranstaltning opretholdes, idet C herved er i den kriminalitetsforebyggende og behandlingsmæssigt bedst mulige situation.

Byretten afsagde kendelse i februar 1994. Domsmandsrettens bemærkninger er sålydende: "Efter de fremkomne udtalelser findes det, for at forebygge yderligere lovovertrædelser, fortsat formålstjenligt at domfældte er underkastet foranstaltning som fastsat i rettens kendelse af 17.03.1980. Domfældtes begæring tages herefter ikke til følge."

Landsretten har i april 1994 stadfæstet denne kendelse.

Kommentar

Sagen er usædvanlig ved den lange periode, C har været under psykiatrisk særforanstaltning. Initialt som anbringelsesdom, men ubrudt som behandlingsdom på psykiatrisk hospital fra 1980. Endnu fjorten år senere mener de behandlende læger og Retslægerådet - og som det fremgår også domsmandsretten - at det er utilrådeligt at ophæve denne foranstaltning.

I begyndelsen var begrundelsen den alvorlige, aggressive kriminalitet og C's bestandige kredsen om hævn og ny farlig vold mod ofret sammenholdt med sygdommens floride forløb og vanskelighederne ved at behandle den effektivt. Senere, hvor C er blevet mere afdæmpet, men fortsat fremstår som svært sindssyg, er en væsentlig begrundelse, at C fastholder at ville ophøre med medikamentel behandling, når foranstaltningen ophæves.

Det kan diskuteres, om det havde været muligt at opnå en god behandlingsmæssig kontakt med C, hvis foranstaltningen var blevet ophævet tidligere (jf. udtalelse fra behandlende overlæge P i 1987). Den idømte foranstaltning kan meget vel, efter C's opfattelse, være en utålelig tvang, som forhindrer en frivillig behandling, og som al psykisk energi sættes på at få ophævet.

Det er selvsagt også problematisk, at der opstår et misforhold mellem den forøvede kriminalitet og sanktionens varighed. De voterende i Retslægerådet har ofte givet udtryk for betænkelighed ved dette problem, men har hver gang anbefalet opretholdelse af den idømte foranstaltning, fordi man - formentlig med rette - har frygtet, at den behandling, som ikke fuldstændig har kunnet fjerne sygdommens symptomer, men nok dæmpe dem, ville blive bragt til ophør af C, og fordi man da frygtede ny alvorlig kriminalitet. Sagen rummer hermed elementer af forudsigtelse af fornyet farlighed. (Farlighedsvurderinger er nærmere omtalt i Retslægerådets årsberetning for 1988, s. 93 ff. og s. 117 ff.).

Accepteres det beskrevne forløb som det bedst mulige - det har formentlig i en årrække forebygget alvorlig personskadende kriminalitet - er sagen også et godt eksempel på en rigtigt forvaltet behandlingsdom, hvor C ved udeblivelse er blevet bragt tilbage til behandling ved politiets hjælp.

Det er rådets opfattelse, at en så konsekvent efterlevelse af en behandlingsdom ofte undlades. Det skyldes antagelig en oplevelse hos behandlende læger af, at en positiv behandlingsalliance herved kan ødelægges, men hvis resultatet bliver, at den dømte *ikke* får en effektiv psykiatrisk behandling, er det efter rådets opfattelse udtryk for en svigten af behandlingsansvaret.

XI. Opretholdelse af foranstaltning over for patient med ringe behandlingsmotivation?

A 33570

Sagen vedrører en nu 33-årig mand, som i forbindelse med sigtelse blandt andet for legemsangreb blev mentalobserveret i 1991. Han var forud for mentalobservationen blevet fundet skyldig i det påsigtede, men sanktionsfastsættelse var blevet udsat, idet den pågældende forud for domsafsigelsen havde været udsat for 2 alvorlige trafikuheld, hvor han havde pådraget sig bækkenfraktur, miltlæsion og tegn på nekrose (det vil sige vævshenfald) af hjernens venstre frontale region.

I konklusionen fra mentalobservationen anføres blandt andet følgende:

"Observanden har en yderst belastet baggrund, blandt andet præget af ophold på børnehjem samt vold fra en svært alkoholiseret moder. Observanden har fra 20-års alderen været inde i et svært alkohol- og hashmisbrug. Personlighedsmæssigt kan man få indtryk af, at det drejer sig om en primært umoden karakterafvigende personlighed, men udtalelse herom er yderst vanskelig på grund af observandens nuværende helbredsmæssige tilstand.

Ved en aktuell undersøgelse virker observanden meget hjælpeløs, nervøs, grådlabil, og han er præget af markante indprentnings- og hukommelsesforstyrrelser, ligesom koncentrationsevnen er svækket. Der er derimod ikke tegn til psykose (sindssygdom i form af tankeforstyrrelser, vrangforestillinger eller hallucinationer). Observanden er således ikke sindssyg, og han kan ej heller antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de ham idømte handlinger. Han har da formentlig været under indflydelse af alkohol, men der er intet, der tyder på, at der har været tale om en abnorm rustilstand. Der er ej heller tegn på epilepsi. Han skønnes primært normalt begavet, men frembyder aktuelt både klinisk og ved psykologisk testning tegn til en betydelig hjerneorganisk reduktion. Observanden skal herefter henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds. Det må konkluderes, at afsoning af frihedsstraf i åben eller lukket anstalt vil vække store psykiske traumer hos observanden, som er svært psykisk belastet efter færdselsuheldet i juli 1990. Det må derfor tilrådes, at observanden benådes for frihedsstraf. I henhold til straffelovens § 68, 2. punktum, skal man som mest formålstjenlig foranstaltning for at forebygge yderligere lovovertrædelser anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling i psykiatrisk institution med vilkår om lægelig ledet alkoholistbehandling og med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse."

Byretten afsagde dom i overensstemmelse med mentalobservationens anbefaling, som også blev støttet af Retslægerådet.

I juni 1993 afgav den behandlende overlæge en udtalelse med henblik på spørgsmålet om ophævelse af den idømte foranstaltning. Den behandlende overlæge konkluderede således:

"31-årig mand, som i 1991 fik dom til ambulant psykiatrisk behandling. Patienten er i mentalobservationsperioden vurderet til ikke at være sindssyg, men præget af følgerne af to alvorlige hovedtraumer. Patienten er herefter skønnet til at omfattes af straffelovens § 69, stk. 1.

Patienten passede de ambulante aftaler de første par måneder, men herefter er hans fremmøde blevet meget sporadisk.

Patienten har siden den idømte foranstaltning fået en posttraumatisk epilepsi, som han i starten ikke passede, men som han nu angiver, at han passer.

Patienten har, når han er mødt op i ambulatoriet, på intet tidspunkt været psykotisk, han har været præget af sin svære hjerneskade samt fremvist karakterafvigende adfærd. Han er tilbudt indlæggelse flere gange, men er totalt afvisende over for dette. Patienten har ikke, når han er mødt op, virket påvirket af hverken stoffer eller spiritus.

På grund af patientens manglende indsigt i egen situation og motivation for behandlingen, er det ikke lykkedes at etablere en bæredygtig terapeutisk og kriminalitetsforebyggende kontakt. Det synes således ikke at tjene noget formål at opretholde den idømte foranstaltning, og der skal derfor søges om ophævelse af denne."

Denne lægeerklæring blev suppleret med en udtalelse fra neuromedicinsk afdeling, på det sygehus, hvor patienten gik til behandling for den posttraumatiske epilepsi. Man anførte herfra, at "Som følge heraf har hr. XX udviklet en posttraumatisk epilepsi med 3 generaliserede krampeanfald. Ved alle anfaldene har han befundet sig i en fjernhedstilstand, hvor han har været aggressiv og voldelig. Der har været total glemsel for, hvad der er sket under anfaldene, hvilket er typisk for den slags epileptiske anfald..."

... Med hensyn til den antiepileptiske behandling blev han af os sat i behandling med Trileptal. Denne behandling har han imidlertid ikke passet, idet han oplyste, at han, eftersom han boede på gaden, ikke kunne bære rundt på tabletter, hvorfor han ophørte med at tage dem. Ved sidste tilsyn anbefalede man genoptagelse af den antiepileptiske behandling med tablettæ Trileptal 600 mg x 2 dgl. Man har tilbudt kontrol i epilepsiklinikken, men har ikke set hr. XX."

Retslægerådet fandt, at det var formålstjenligt at opretholde foranstaltningen, blandt andet for bedre at kunne forebygge potentiel farlig adfærd, udløst i forbindelse med misbrug eller epileptiske anfald.

Under korrespondancen med den behandlende overlæge anførte overlægen blandt andet:

"Jeg er ikke uenig med Retslægerådets vurdering af, at der består en ikke helt ringe risiko for udadgående potentiel farlig adfærd, blandt andet i forbindelse med misbrug eller i forbindelse med epileptiske anfald, men jeg er uenig i, at den idømte foranstaltning kan forebygge dette på længere sigt.

Der er selvfølgelig mulighed for at indlægge patienten i henhold til dommen. En indlæggelse vil i så fald foregå på lukket, retspsykiatrisk afdeling, hvor han vil opholde sig mellem svært psykotiske patienter."

Korrespondancen gav ikke Retslægerådet anledning til at ændre sin vurdering af sagen, og rådet afgav i september 1993 følgende udtalelse:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af lægeerklæring af juni 93 fra fungerende overlæge NN og lægeerklæring af august 93 fra overlæge XX, samt det øvrige foreliggende, udtale, at patienten i perioden siden den idømte foranstaltning fortsat har været præget af følgerne efter de hovedtraumer, som han pådrog sig i 1991. Den behandlingsmæssige kontakt med såvel den psykiatriske afdeling som vedrørende kontrollen af den traumeudløste epilepsi har været meget svingende. Han har i perioden haft generaliserende krampeanfald, hvorunder han har befundet sig i en fjernhedstilstand; det er beskrevet, at han herunder har været aggressiv og voldsom. Han har ud over disse anfaldsfænomener ikke frembudt tegn på sindssygdom, men beskrives som præget af svigtende indsigt i egen tilstand og formåen, afglidende og tilbøjelig til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne. Hans behandlingsmotivation har været ringe. Det er usikkert, i hvilken grad hans misbrug, især af spiritus og hash, er aftaget. Han er dog ikke beskrevet som stof- eller spirituspåvirket i forbindelse med kontakterne med den psykiatriske afdeling. Som følge af hjerneskaden er han præget af hukommelsessvækkelse og generel forringelse af det intellektuelle funktionsniveau. Trods den ringe behandlingsmotivation mener Retslægerådet, at den idømte foranstaltning bør opretholdes, med henblik på bedst muligt at kunne afhjælpe følgerne af patientens af hovedtraumerne udløst ændrede psykiske tilstand. Uden de via foranstaltningen etablerede muligheder for om fornødent at gribe ind med behandling, herunder i form af indlæggelse, må der antages at bestå en ikke helt ringe risiko for udadgående potentielt farlig adfærd, blandt andet i forbindelse med misbrug eller i forbindelse med epileptiske anfald."

På baggrund af den behandlende overlæges udtalelse og Retslægerådets ovenfor anførte udtalelse afsagde byretten i januar 1994 følgende kendelse:

"Under hensyn til den relativt lange tid der er gået siden de pådømte forhold sammenholdt med den efterfølgende gennemførte antiepileptiske behandling findes opretholdelsen af den idømte foranstaltning - når tillige henses til den ringe behandlingsmotivation - ikke længere at være fuldt påkrævet, hvorfor foranstaltningen vil være at ophæve."

Kommentar

Det principielle i sagen drejer sig om i hvilken grad, og med hvilke midler den behandlende overlæge kan og skal intervenere i forhold til patienter med psykiatrisk særforanstaltning og ringe behandlingsmotivation. Det var i den aktuelle sag Retslægerådets vurdering, at patienten på baggrund af en organisk hjerneskade med sekundær epilepsi var i en ikke helt ringe risiko for at komme i en abnorm bevidsthedstilstand,

hvorunder han potentielt kunne foretage farlige handlinger. Den antiepileptiske behandling må i den forbindelse betragtes som en del af den psykiatriske behandling. Retslægerådet skønnede derfor, at det kunne være relevant, eventuelt i henhold til foranstaltningen, at indlægge den pågældende til kontrol og justering af den anti-epileptiske medikamentelle behandling. Dette kunne udmærket ske på psykiatrisk afdeling. I korrespondancen fremførte den behandlende overlæge, at eventuel indlæggelse måtte foregå på "lukket retspsykiatrisk afdeling", hvor han ville opholde sig blandt svært psykotiske patienter. Det er ikke Retslægerådets vurdering, at en behandlingsdom indebærer forskrift om indlæggelse i en bestemt afsnitstype. Det må bero på den behandlende overlæges skøn, hvor den pågældende ud fra lægefaglige vurderinger bør være indlagt. Principielt er der intet til hinder for, at indlæggelsen kunne ske på åbent afsnit eller på et mindre belastet lukket afsnit. Retslægerådet finder derfor, at den behandlende overlæges formulering kan have givet retten anledning til at tro, at alternativ til ophævelse af foranstaltningen ville være indlæggelse på det pågældende hospitals mest belastede lukkede retspsykiatriske afsnit. Dette er i bedste fald misvisende. Det er uhensigtsmæssigt, hvis argumentation af den beskrevne type skulle blive almindelig i de lægelige udtalelser. Retslægerådet vil være meget betænkelig ved, over for domstole, at skulle kommentere og vurdere de behandlende lægers skøn om patientens behandling og indlæggelsessted.

XII. Manddrab - straffelovens § 73

A 33590

A er en 35-årig tidligere ustraffet mand, der var sigtet for manddrab ved i sit hjem at have kvalt sin 5-årige datter. Han havde erkendt sig skyldig.

A blev indlagt til mentalobservation på psykiatrisk afdeling N, hvor overlæge B udarbejdede erklæring. Det fremgår, at A er opvokset under følelsesmæssigt svært belastende forhold i større børneflok. Forældrene blev skilt, da han var 5 år gammel. Begge forældrene etablerede senere nye samlivsforhold, og såvel moderen som faderen fik i disse nye forhold flere børn. A boede med sine søskende på skift hos forældrene, men de blev alle, da A var 9 år gammel, anbragt på institution. Han opholdt sig her til han var 14 år gammel, hvorefter han fik ophold hos faderen og dennes hustru. 18 år gammel fik han selvstændig bolig.

A har 9 års skolegang. Han gennemførte værnepligt uden problemer, og efter forskellige ansættelsesforhold gennemførte han en uddannelse som pædagog. Efterfølgende har han arbejdet inden for sit fag, hvor han har gjort karriere. Han var på anholdelsestidspunktet udset til en lederstilling.

A havde haft nogle kortere- og længerevarende forhold, indtil han etablerede et fast samlivsforhold med en lidt yngre kvinde. Parret havde et barn, den nu afdøde datter. Gennem det sidste års tid havde der været tiltagende problemer i samlivet, og parret havde besluttet at flytte fra hinanden.

A er legemlig rask og har altid været det.

A har detaljeret beskrevet forholdene i barndomshjemmet, som var præget af kulde og ligegyldighed, betegnet som "svært omsorgssvigt." Han mener således aldrig, han har fået et knus som barn. A's beskrivelse af de meget dårlige opvækstvilkår er bekræftet af en af hans søskende, ligesom et personalemedlem på den institution, hvor A i en periode var anbragt, har oplyst, at den pågældende "sjældent har oplevet noget så kaotisk."

A har selv anført, at han havde en god tid på institutionen, hvor han kunne etablere et nært forhold til personalet, og han har da også siden bevaret kontakten til enkelte af dem. Hans skolegang var i en periode vanskeliggjort af, at han var anbragt på institution, han fik ekstratimer, men han var ikke oversidder. Efter at han 14 år gammel fik ophold hos faderen, gik det bedre i skolen, omend han havde en klar oplevelse af, at han hos faderen var "tålt", men heller ikke mere.

A har for mange år siden afbrudt kontakten til moderen, senere også til faderen. Han har kontakt til sine søskende, men uden at han har et nært følelsesmæssigt forhold til disse.

A finder selv, at hans opvækstvilkår er baggrunden for, at han har udviklet sig som tilfældet er. Han finder, at han basalt er præget af et indre savn og en følelse af at være værdiløs og overflødig. Han har til stadighed bestræbt sig på at være anderledes end

sine forældre, det vil sige at være eftertænksom, ansvarlig i alle livets forhold, sit ansvar bevidst. Dette medfører, at han sjældent gør noget spontant eller uovervejnet, og at han altid har tilstræbt at kontrollere sine følelser. Han handler ikke spontant, men først efter at have overvejnet alle muligheder - til gengæld holder han fast ved sin beslutning, når han først har taget den. Han er klar over, at han følelsesmæssigt og kontaktmæssigt kan virke tillukket, stiv og distant over for andre mennesker. Han har forsøgt at ændre på dette ved blandt andet at være på en teaterhøjskole, hvor han for eksempel lærte at give et knus, uden at det - som han ellers opfattede det - virkede kunstigt eller påtaget.

A har aldrig haft arbejdsmæssige problemer, og han har altid været glad for sit arbejde. Han er af andre vurderet som dygtig, faglig kompetent og ansvarsbevidst. Han har aldrig misbrugt alkohol eller andet.

A har beskrevet sit samlivsforhold som godt, med de smågnidninger, som altid kan opstå. Han finder, at samleveren på mange måder var hans modsætning - varm, spontan og kontaktsøgende. Et lille års tid før det påsigtede forhold fornemmede han imidlertid, at "noget var galt", men han blev angiveligt alligevel meget overrasket, da samleveren nogle uger efter meddelte, at hun ønskede at ophæve samlivet. Han foretog et selvmordsforsøg nær den institution, hvor han havde været anbragt som barn, men han afstod fra at fuldbyrde selvmordet. Efterfølgende fortalte han samleveren om det passerede, men hun reagerede angiveligt ikke på hans adfærd. Han søgte ikke behandling. De fortsatte samlivet, og samleveren talte angiveligt på et tidspunkt om at få flere børn, hvad A ikke var indstillet på. Hun blev alligevel gravid, men fik foretaget abort. Fra det tidspunkt blev samlivet stadig mere problematisk, og det blev klart for A, at de måtte flytte fra hinanden. Han har forklaret, at han i denne periode genoplevede mange tanker og følelsesmæssige indtryk fra sin egen barndom, og det var ham til det yderste magtpåliggende, at datteren ikke skulle lide under samlivets ophævelse. Det blev besluttet, at han skulle fraflytte hjemmet, men bosætte sig i nærheden, således at han kunne bevare en nær kontakt til datteren.

I den periode, hvor parret var ved at flytte fra hinanden, etablerede samleveren et nyt forhold, hvad der imidlertid ikke umiddelbart berørte A, idet han ikke længere følte noget for samleveren. Imidlertid havde han en oplevelse af, at hun undertiden tilsidesatte hensynet til datterens tarv til fordel for sig selv.

I dagene før drabet forstærkedes problemerne, parret diskuterede blandt andet pasningen af datteren. Ved mentalobservationen forklarede A blandt andet, at han forestillede sig... "at dette også ville blive fremtiden, at datteren ville blive et barn, der blev anbragt, passet og afhentet uden hensyn til hendes behov. Observanden angiver, at han først og fremmest havde en oplevelse af skuffelse, men også ind imellem vrede. Samleveren havde ganske afvist, at han kunne få forældremyndigheden. Observanden forklarer her, at han egentlig synes, at det var nærliggende, at samleveren flyttede, da det var hende, der ønskede at bryde familierelationerne op, men gjorde sig samtidig den tanke, at hjemmet også var datterens hjem, hvorfor han afstod fra dette ønske."

Parrets konflikt kulminerede i weekenden, før A tidligt mandag morgen dræbte datteren. Det var aftalt, at han skulle deltage i et socialt arrangement med kollegaerne, samleveren skulle passe datteren. Imidlertid arrangerede samleveren, at datteren i stedet blev passet af hendes forældre, idet hun angav, at hun skulle ud med en veninde. A har forklaret, at han pludselig fik den "tvangstanke", at det var bedre, at datteren var død. Han var på arbejde, men følte sig psykisk anderledes end sædvanlig, og han gjorde angiveligt kun det mest nødtørftige. I det efterfølgende sociale samvær med kollegaerne følte han sig ind imellem fortabt i sine egne tanker, som om han ikke var til stede. Han husker imidlertid hele forløbet. Søndag aften talte parret igen sammen, samleveren oplyste her, at hun havde været sammen med sin ven. Hun foreslog blandt andet, at A passede datteren hver anden weekend, således at hun kunne være sammen med venen.

Samleveren tog på arbejde tidligt mandag morgen, hvorefter A gik ind og så på datteren, der sov. Da han så hende ligge i sengen, var det "som blev der trykket på en knap." A kan præcist fortælle, hvorledes han skar et stykke snor af på altanen og kvalte barnet. Han beskriver selv, at han var et hylster uden tanker og følelser, han handlede nærmest som en automatisk reaktion. Han kan imidlertid nøjagtigt beskrive hele forløbet, herunder også at han havde nogle forestillinger om, at han ville beskytte datteren mod at lide samme skæbne som han selv i form af en oplevelse af at føle sig svigtet og forladt.

Efter drabet forlod han som i trance hjemmet. Han kontaktede samleveren telefonisk på hendes arbejdsplads og meddelte kort, hvad der var sket, hvorefter han meldte sig til politiet.

A blev varetægtsfængslet, men to dage efter overført til psykiatrisk afdeling F efter et selvmordsforsøg ved hængning. Han fandtes under indlæggelsen præget af et forsænket stemningsleje og periodisk rastløshed og uro, til andre tider var han tillukket og isolerede sig. Han fremtrådte garderet og kontrolleret, men også forpint. Efter 6 ugers indlæggelse blev han overflyttet til Anstalten ved Herstedvester, idet han ikke længere skønnedes selvmordsfarlig. Han opholdt sig i Anstalten i ca. 4 uger, hvor han fandtes anspændt, ind imellem dirrende, men på overfladen kontrolleret. Han blev tiltagende rådvild og følelsesmæssigt umoduleret, og da tilstanden blev stadig forværret, blev han halvakut indlagt på psykiatrisk afdeling N, hvor han blev mentalobserveret.

Om A's tilstand under indlæggelsen hedder det blandt andet: "Observanden blev modtaget subakut på grund af svær depressiv forstemningstilstand og selvmordsfare. Han var ved indlæggelsen fuldt orienteret, men fremtrådte svært depressiv, følelses- og adfærdsmæssig hæmmet og "knuet" med langsom psykomotorik, latenstid på svar med en tilkæmpet affektbeherskelse, som dog selv i korte samtaler omkring personlige forhold blev brudt med grådeperioder og en åbenbar forståelig og indfølelig skyldfølelse og fortvivlelse. Der var samtidig lettelse over at være undsluppet fængselsmiljøet i forhold til mindre belastede omgivelser. Observanden omtaler allerede

ved indlæggelsen åbent eksistentielle overvejelser over livets fortsættelse, at berøve sig selv livet, når man har taget et andet liv, i forhold til "at give det en chance..."

Denne tilstand ændrede sig ikke væsentlig under hele observationsperioden. A tilpassede sig hurtigt afdelingens almindelige døgnrytme, men han var uden særlig kontakt med medpatienterne, han sad jævnlige og stirrede ud i luften i lange perioder, ligesom han i timevis kunne ligge i sin seng uden kontakt til andre. På opfordring kunne han lidt mekanisk deltage i almindelige sociale aktiviteter. På et tidspunkt foretog han et uobserveret selvmordsforsøg, og han var i denne periode endnu mere fraværende, han unddrog sig at spise med andre m.v. Der var ingen døgnvariation i tilstanden.

A blev behandlet med intensiv samtalebehandling samt et let indsovningsmiddel (Imovane). Han frabad sig enhver kontakt med sin familie.

I forbindelse med mentalobservationen blev der foretaget psykologisk testning, der fandt A velbegavet, ikke sindssyg. Videre hedder det blandt andet: "På trods af potentielt gode kontaktevner og en god indlevelsessevne, må observanden opfattes som noget kontaktsvag. Han er ekstremt opmærksom på ethvert tegn på svigt og afvisning, og han må antages at vige tilbage for alt for tætte og bindende kontaktforhold, fordi disse potentielt rummer muligheden for netop det svigt og den afvisning, som han dybest set frygter meget voldsomt." Senere hedder det blandt andet: "Han er harmoni- og tryghedssøgende, men samtidig meget bevidst om egen dysfunktion og menneskelige relationers forkrænkelighed. På det bevidste plan er han stærkt optaget af det begåede drab og suicidale tilskyndelse og gør sig i denne forbindelse gældende, men de synes ikke aktuelt af en styrke, så man behøver at frygte en realisering af dem.

Alt i alt optræder observanden således med et overvejende karakterneurotisk billede, hvor den nævnte kontaktproblematik, og hans sårbarhed heri, imidlertid er mere udtalte end man sædvanligvis ser hos karakterneurotikere. Hvorvidt disse træk er intensiveret af den krisesituation, som observanden befinder sig i, tør man ikke afgøre."

Ved den kliniske psykiatriske beskrivelse hedder det blandt andet: "I det umiddelbare møde fremtræder han stillestående, aspontan med en langsom og træg psykomotorik, der afspejler sig i såvel mimik som kropsbevægelser. Stemningslejet er permanent forsænket i depressiv retning, men med en tilkæmpet affektbehersket og kontrolleret attitude. I pauser i samtalen falder observanden hen, sidder tavs, tillukket og stirrer.

I sine forklaringer er observanden minutøst detaljeret, ordrig og forklarende med intellektualiserende og psykologiserende omskrivninger, der ind imellem får et forkrampet skær ved omskrivninger af episoder og begivenheder med et emotionelt indhold. I omtalen af emotionelle belastninger, specielt centreret om egen barndom og datteren, krakelerer den emotionelle beherskelse med korte grådepisoder eller længere perioder, hvor observanden fortsætter sine forklaringer sideløbende med at tårerne triller. Han er i disse perioder præget af fortrydelse, skyld og fortvivelse og huser

fortsat selvmordsovervejelser af eksistentiel karakter, men ikke som pludselig opstået impulser."

Erklæringen konkluderer:

"Observanden er en 35 årig tidligere ustraffet pædagog, der sigtes for manddrab ved i sit hjem at have kvalt sin 5-årige datter. Han har erkendt sig skyldig. Observandens barndom og opvækst var præget af omsorgssvigt, kaos og en mangelfuld følelsesmæssig stimulation og varme. Trods denne baggrund er observanden blevet pædagoguddannet og socialt veletableret, men han har siden sin barndom været følelsesmæssigt hæmmet, forkrampet og indadvendt. Ved mentalobservationen findes observanden svært karakterneurotisk. Han er i ekstrem grad antiagressiv, konfliktundvigende, følelsesmæssigt behersket og distancerende og samtidig intellektualiserende, selvreflekterende, sårbar, kantet og rigid. Dette kompromitterer hans medmenneskelige kontakt, med en manglende evne til at være i kontakt med og erkende egne følelser og en manglende evne til almindelig følelsesmedleven og spontanitet. Han er normalt begavet. Ved den kriminelle handling, der psykiatrisk må beskrives som et aggressivt impulsgennembrud, var observanden under indflydelse af stærk sindsbevægelse som resultat af talrige følelsesmæssige belastninger gennem 1/2-1 år, hvor han på grund af sin karakter og psykiske funktioner ikke på adækvat måde havde kunnet afreagere eller bearbejde disse belastninger. På baggrund heraf tilhører observanden den personkreds, der beskrives i straffelovens § 69, stk. 1. Efter anholdelsen har observanden udviklet en svær depression med skyldfølelse, selvforkastelse, tanke-, handle- og følelsesmæssig hæmning, selvmordstanker og flere selvmordsforsøg. Trods behandling, der har været psykoterapeutisk samtalebehandling, har denne tilstand, der i det mindste må sidestilles med sindssygdom, vist sig at være af ikke blot forbigående karakter. Den er fortsat til stede.

Han var således ikke på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed, men efter anholdelsen har han befundet sig i en svær depression af sindssygelig styrke. Det skal derfor efter straffelovens § 73 lægeligt anbefales, at observanden, ifald han kendes skyldig, før afsoning af en eventuel forskyldt frihedsstraf, forbliver indlagt til fortsat psykiatrisk behandling, indtil den psykiske tilstand er stabiliseret."

Retslægerådet udtalte herefter:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af erklæring af 27.08.93 fra overlæge B, og øvrige for rådet foreliggende akter om A udtale, at han ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold, men at han er sindssyg nu. Han er normalt til velbegavet.

Personlighedsmæssigt beskrives han som præget af udtalte karakterneurotiske træk, han er således følelsesmæssigt hæmmet, konfliktundvigende og intellektualiserende samt sårbar og nærtagende, men med udtalte vanskeligheder ved på naturlig måde at give udtryk for følelser, herunder vrede. Han er opvokset under følelsesmæssigt særdeles belastende forhold, og det er muligt, at disse opvækstforhold har været en

medvirkende årsag til udvikling af hans personlighedsmæssige egenart. Han har altid været socialt veltilpasset, og han misbruger ikke alkohol eller euforiserende stoffer.

Igennem de senere måneder har han i tiltagende grad været sjæleligt belastet af samlivsproblemer, som yderligere tiltog de sidste dage før det påsigtede forhold, og han må således antages at have handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse.

Efter de påsigtede forhold har han udviklet en af sjælelig belastning betinget, ikke blot forbigående, behandlingsresistent sindssygelig depression præget af blandt andet selvmordsforestillinger med ledsagende alvorlige selvmordsforsøg, initiativsvækkelse, stigende til handlingslammelse og udtalt følelsesmæssig hæmning.

A må i kraft af sin personlighedsmæssige egenart henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds, men Retslægerådet kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. punktum, som mere formålstjenlige end straf. Han har imidlertid efter den påsigtede handling udviklet en ikke blot forbigående alvorlig, behandlingskrævende psykotisk depression. Ved en samlet vurdering, herunder at hans tilstand er uændret dårlig trods iværksat behandling, finder Retslægerådet det overvejende sandsynligt, at han har behov for langvarig psykiatrisk overvågning, støtte og behandling, og rådet skal derfor, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 73, anbefale dom til anbringelse på psykiatrisk hospital, subsidiært at han anbringes på psykiatrisk hospital, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes."

Sagen blev behandlet som tilståelsessag ved byretten, hvor A blev idømt fængsel i 8 år. I dommens præmisser hedder det blandt andet: "Når der imidlertid henses til arten og karakteren af det begåede forhold, findes der at burde idømmes straf dog med midlertidig foranstaltning i form af anbringelse på psykiatrisk hospital, jf. straffelovens § 73, stk. 1 in fine."

A appellerede med påstand om formildelse, principielt således, at han blev dømt til anbringelse på psykiatrisk hospital, subsidiært at dommen stadfæstes, dog således at straffen nedsættes, herunder i medfør af straffelovens § 85.

Anklagemyndigheden havde påstået skærpelse.

Landsretten stadfæstede dommen. I dommen hedder det blandt andet: "Landsretten kan af de i dommen anførte grunde tiltræde, at tiltalte idømmes straf, ligesom den fastsatte sanktion kan tiltrædes. Landsretten har ikke fundet grundlag for strafnedsættelse i medfør af straffelovens § 85."

Kommentar

Det første spørgsmål, Retslægerådet måtte tage stilling til, var, hvorvidt A havde været sindssyg, eller måske nærmere i en tilstand, der kan ligestilles med sindssygdom, på drabstidspunktet. Hans personlighedsmæssige egenart har utvivlsomt medført, at han har oplevet det brudte samlivsforhold som en betydelig sjælelig belastning medførende en affektphobning, som han ikke har været sig bevidst. Hans sociale adfærd de sidste

par døgn før drabet var upåfaldende, men han havde selv en oplevelse af, at han indimellem var fraværende, han sank hen i spekulationer, og da han kvalte barnet, oplevede han, at han nærmest handlede automatisk, uden tanker eller følelser. Efter drabet meddelte han kort samleveren, hvad der var sket, og det er formentlig karakteristisk for hans personlighed, at han ikke efterfølgende på nogen måder kunne genkalde sig eller vedgå, at denne telefonopringning kan have haft et element af vrede og hævn over for samleveren.

Det fremgår imidlertid klart, at A har bevaret hukommelse for hele hændelsesforløbet, som han detaljeret kan berette om, hvilket afgørende taler imod, at han har befundet sig i en reaktiv psykotisk tilstand, som typisk karakteriseres ved svingninger i bevidsthedsintensiteten.

Yderligere var han i stand til at passe sit arbejde og i det hele taget udvise upåfaldende social adfærd, herunder deltage i et selskabeligt arrangement med sine kollegaer. Han var således nok svært påvirket af situationen, men ikke i en grad som medførte svigtende realitetstilpasning. Samlet var der således ikke holdepunkter for at mene, at han havde befundet sig i en psykotisk depressiv tilstand på drabstidspunktet.

De fleste mennesker vil opleve et brud på et årelangt varende samlivsforhold som en belastning, ikke mindst hvis der er børn i forholdet. A måtte imidlertid - med sin specielle personlighedsmæssige egenart - opleve et brud som en ekstra belastning, hvorfor rådet da også i sin udtalelse anførte, at han havde "handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse." Omend denne formulering er hentet fra straffelovens § 85 er det almindeligt accepteret, at læger ikke direkte bør henvise til denne paragraf, som er et rent juridisk anliggende. Det fremgår ikke af domsudskriften, hvorvidt byretten overvejede anvendelse af § 85, men som anført tog landsretten stilling til spørgsmålet, og anførte direkte, at landsretten ikke havde fundet grundlag for strafnedsættelse i medfør af straffelovens § 85. (Se også sag nr. A33176, side 79).

Efter den påsigtede handling men før dom udviklede A som beskrevet en svær, behandlingsresistent reaktiv depressiv psykose ledsaget af selvmordsforestillinger og selvmordsforsøg. Han måtte således utvetydigt henføres til straffelovens § 73. Som anført fandt rådet det overvejende sandsynligt, at han havde behov for "langvarig psykiatrisk overvågning, støtte og behandling," hvorved rådet blandt andet - med anvendelse af ordet "overvågning" - ville pege på faren for selvmord.

Som det fremgår, blev A to dage efter anholdelsen indlagt på psykiatrisk afdeling F, hvor han var i seks uger; efterfølgende var han ca. fire uger på Anstalten ved Herstedvester, hvorefter han halvakut blev overført til psykiatrisk afdeling N, såvel med henblik på mentalobservation som med henblik på behandling. Alle tre steder havde han modtaget intensiv samtalebehandling, men uden bedring af tilstanden til følge. Det må således antages, at forløbet kan blive langvarigt, hvorfor rådet valgte at anbefale en dom til anbringelse og subsidiært anbefale, at han blev anbragt på psykiatrisk hospital, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

XIII. Manddrab - abnorm enkeltreaktion hos fremmedsproget gerningsmand?

A 33936

Sagen omhandler en 28-årig tidligere ustraffet mand D, fra et land i mellemøsten, sigtet for manddrab og usømmelig behandling af lig.

D er født og opvokset under fattige forhold. Faderen var dørvogter i Ministeriet for Offentlige Arbejder. Der er 3 helsøskende, hvoraf en broder opholder sig i Danmark. D overgik efter 6 års grundskole til den 7-årige gymnasieskole, men ophørte i forbindelse med faderens død. Efter skiftende job, som han selv opsagde, da han ikke ville forfalske papirer eller udspionere kolleger, kom han i maj 1991 til Danmark, hvor han fik skifteholdsarbejde som hotelopvasker.

I Danmark traf D en 29 år ældre, fraskilt, engelskfødt kvindelig førtidspensionist, som han giftede sig med i oktober 1991. Ægtefællen havde, viste det sig, et omfattende alkoholmisbrug, som medførte psykiatriske indlæggelser på grund af abstinenssymptomer og muligvis sindssygelige forfølgelsesforestillinger. Ægteskabet blev efterhånden stærkt belastende for D, som ofte måtte melde sig syg på arbejde, fordi ægtefællen ville drikke med ham. Hun var desuden særdeles seksuelt krævende, og hun hånedes D, hvis han ikke umiddelbart kunne leve op til hendes krav. I begyndelsen af 1992 tog D initiativ til separation, men kunne ikke gennemføre dette.

I august 1992 var D under tiltagende pres, fordi ægteskabet fortsat gik skidt, og hustruen fortsat pressede ham til forsømmelser og tyranniserede ham hjemme. På gerningsdagen havde de drukket, haft samleje et par gange, og D var faldet i søvn, da ægtefællen vækkede ham, på ny opfordrede til sex, hånedes ham og holdt en køkkenkniv i nærheden af hans ansigt. Han "eksploderede" som følge af en ubeherskelig vrede, slog hende med hånden og med et bræt og stak hende med kniven til hun døde. Nogle timer senere vendte han tilbage til lejligheden, anbragte liget i en kuffert og tog en taxa ud til en sø, hvor han sænkede kufferten i vandet. 24 timer senere vendte han tilbage, fandt kufferten, overhældte den med benzin og antændte. Derefter hævdede han alle sine penge, ville nyde "friheden". Han blev anholdt på vej til bopælen med en prostitueret.

D blev primært mentalobserveret ambulant, mens han opholdt sig i fængsel. Af oplysninger fra mentalobservationserklæringen fremgår, at han straks efter anholdelsen virkede let anspændt, alkoholpåvirket, men uden tegn på sindssygdom. Ved psykiatrisk vurdering i fængslet 5 dage senere fandtes han ligeledes uden tegn til psykiatrisk sygdom.

Han har tidligere været legemligt rask.

Om sin psykiske udvikling har D oplyst om mørkeangst som barn, en tendens til humørsvingninger og vanskeligheder ved at vise vrede. Han refererer også eksempler

på selvhenførende oplevelser og konfliktundvigende adfærd. Han har kunnet have uvirkelighedsoplevelser, men har aldrig oplevet egentlige sindssygelige symptomer.

Psykologisk undersøgelse viser en svækket og ustabil koncentrationsformåen og visse visuospatiale vanskeligheder. Han er ekstrem subjektiv og besvarer opgaver på en skruet moraliserende måde med referencer til Gud og Koranen, og der ses i prøverne tegn på formelle forstyrrelser i tænkningen i form af fjerne associationer og tendens til autistisk logik, og observanden må opfattes som psykotisk. I følelsesmæssig henseende fremtræder han labil og angst og med så umodne affekter, at det kan ligne en hysteriform reaktionsmåde. I diagnostisk henseende vil man være tilbøjelig til at opfatte tilstanden som en begyndende skizofren udvikling, præget af vage paranoide vrangforestillinger hos en primært noget primitiv hysteriform personlighed.

I konklusionen på observationen skrives blandt andet, at det findes overvejende sandsynligt, at observanden er sindssyg, og at han har været sindssyg på tidspunktet for de ham påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Observanden har fra sin barndom været præget af betydelige vanskeligheder ved at etablere og vedligeholde kontakt til andre mennesker. Ved aktuelle undersøgelse er observanden fundet præget af kompromitteret følelsesmæssig kontakt, han er passiv, følelsesmæssig afbleget, umoduleret samt uden følelsesmæssig engagement i andre mennesker. Hans reaktioner er umodne, hans affektforvaltning klart problematisk. De spændingstilstande, der opstår, kan føre til kontroltab.

Det findes herefter sandsynligt, at observanden er sindssyg og således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Men er dette ikke tilfældet, er han i hvert fald omfattet af samme lovs § 69, stk. 1. Uanset den diagnostiske usikkerhed skal man, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling eller sygehus.

Det bemærkes, at såvel samtaler som psykologisk undersøgelse er foretaget via arabisk tolk.

Retslægerådet udtalte på basis af ovenstående i november 1992, at der formentlig er tale om en begyndende skizofreni, som mest er præget af kontaktforstyrrelse, tankeforstyrrelse og læderet virkelighedsopfattelse, mens der ikke er mere åbenbare psykotiske symptomer.

D har sandsynligvis også været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede handling og således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Subsidiært findes han omfattet af samme lovs § 69, stk. 1. I begge tilfælde skal rådet som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. punktum, anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende.

Efterfølgende blev D vurderet af psykiatere under det fortsatte fængselsophold. Speciallæge M anfører i februar 1993, at D er temmelig påvirket af fængselsituationen og har problemer med at sove, men i øvrigt ikke frembyder holdepunkter for psykopatologi.

Speciallæge N anfører (ligeledes februar 1993), at D ikke under hele fængselsopholdet har vist tegn på psykose, men har virket åben, socialt engageret, haft let ved at få kammerater og har god indsigt i og moralske problemer med hustrudrab. Han har ikke fået medikamentel behandling.

På baggrund heraf henstiller Retslægerådet i marts 1993, at D genundersøges under indlæggelse i psykiatrisk afdeling.

D genobserveres herefter under indlæggelse i psykiatrisk afdeling X. Af oplysninger her fremgår blandt andet, at D fastholdt, at han ikke var sindssyg før drabet, men at han i tiden derefter havde det meget mærkeligt, havde mange tanker og ideer, talte med sig selv og var "confused". I fængselet var han efter egne oplysninger ved at blive "tosset", kunne ikke sove, var bange for de andre indsatte, men dette svandt, efter at han kom ud af isolationen.

Denne gang gennemførtes samtaler og psykologisk undersøgelse på engelsk, som D behersker tilfredsstillende.

Den psykologiske undersøgelse konkluderer, at D har gode sprogkundskaber og sprogmemme, og følelsesmæssigt er personligheden kendetegnet ved dependens, emotionel påvirkelighed og autoritetsproblemer. D forekommer således noget umoden med det forbehold, der må tages, når den sociokulturelle baggrund er relativt fremmed for undersøgeren. D's umodenhed viser sig blandt andet ved vanskeligheder hos ham ved at tage ansvar og ved utilstrækkeligt udbyggede etiske normer. Bag den aktuelt relativt rolige facade aner man betydelige affektive spændinger og aggressive tilskyndelser. Under pres må D formodes at kunne handle impulsivt labilt. Under alle omstændigheder ses hysteriforme personlighedstræk.

D opfattes ikke som psykotisk på undersøgelsestidspunktet. Man vil mene, at den karakterologiske problematik er den dominerende.

Sammenfattende anføres om genobservationen, at D er fundet uden tegn på sindssygdom, men karakterologisk noget egenartet. Han synes for sin alder noget uselvstændig og umoden, tilbøjelig til at søge støtte hos autoriteter i omgivelserne og underlægge sig disses meninger, til at tilbageholde negative følelser, herunder vrede samt til at gøre sig overdrevne anstrengelser for ikke at vække modvilje mod sin person.

I tiden op til den kriminelle handling var D under tiltagende pres, og på tidspunktet for selve handlingen var han - efter eget overbevisende udsagn - provokeret af hustruens adfærd kommet i en tilstand af stærk sindsbevægelse, muligt af den i straffelovens § 85 nævnte art. Efter drabet kom han, efter det oplyste herunder tidligere mentalerklæring, tilsyneladende i en længerevarende sindssygelig eller sindssygelignende tilstand. Ved den aktuelle undersøgelse er D fundet omfattet af den i straffelovens § 69, stk. 1, nævnte personkreds. Imidlertid kan man ikke, såfremt han kendes skyldig, foreslå idømmelse af foranstaltninger efter samme lovs § 68, 2. punktum, som mere formålstjenlig end eventuel straf.

Retslægerådet følger (juli 1993) den nye erklæring og anser D for omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Man kan ikke anse foranstaltning ifølge straffelovens § 68, 2. punktum, for mere formålstjenlig end eventuelt forskyldt straf, men må tilråde denne indledt ved afsoning i Anstalten ved Herstedvester.

På dette grundlag afsiges den 01.10.93 byretsdom lydende på fængsel i 10 år. Retten bemærker, at man ved strafudmåling i skærpende retning har henset til karakteren og omfanget af den udøvede vold samt overtrædelsen af straffelovens § 139. I formildende retning har retten henset til, at retten efter tiltaltes forklaring og de lægelige udtalelser må lægge til grund, at tiltalte, der er tidligere ustraffet, var under stærk sindsbevægelse, da han dræbte sin ægtefælle.

I anledning af at dommen ankes, stiller forsvareren to spørgsmål til Retslægerådet om diskrepansen mellem rådets to responsa. Spørgsmålene vedrører a) om det kan udelukkes, at D på drabstidspunktet var sindssyg eller befandt sig i en sindssygelignende tilstand og herunder en uddybelse af, hvorpå Retslægerådet støtter sin opfattelse af en senere udviklet, forbigående sindssygelignende tilstand, samt b) om D's adfærd har været udtryk for en pludselig afspændings- eller kortslutningsreaktion, eller der har foreligget anden form for abnorm enkeltreaktion.

Hertil svarer Retslægerådet i december 1993, at D ikke forud for den pådømte handling frembød sindssygelige symptomer. Han er ved anholdelsen beskrevet som anspændt, forvirret og talte om selvmord. Ved lægelige undersøgelser 3 og 8 dage efter handlingen blev der ikke fundet tegn på sindssygdom. På dette grundlag er sandsynligheden for, at D var sindssyg i gerningsøjeblikket yderst ringe.

D har selv oplyst, at han psykisk havde det meget dårligt under fængselsopholdet, og den kliniske beskrivelse af ham og især den psykologiske undersøgelse giver berettiget mistanke om, at han i efteråret 1992 var sindssyg eller befandt sig i en sindssygdomslignende tilstand. Denne tilstand har ikke kunnet konstateres ved lægelige undersøgelser i februar 1993 og var ej heller til stede under observationen på afdeling X i maj 1993.

Det er veldokumenteret, at D som følge af disharmoni i ægteskabet i længere tid befandt sig i en psykisk spændingstilstand, som blandt andet førte ham ud i et vist alkoholforbrug. Den pådømte handling er udført under stærk sindsbevægelse, men rådet vil ikke på grund af D's karakterologiske egenart finde det berettiget at omtale tilstanden som en abnorm enkeltreaktion.

Supplerende fremsendtes endvidere i februar 1994 en klinisk psykologisk vurdering ved chefpsykolog P, som på opfordring af forsvareren på basis af aktmaterialet udtaler: "Det drejer sig om en aggressionshæmmet, affektspændt samt personlighedsmæssigt svagt integreret person, som især har problemer med en fleksibel, hensigtsmæssig og nuanceret, aggressiv affektforvaltning. Det år, han opholdt sig i Danmark, medførte en multifrustrerende situationsudvikling med store ophobede aggressive driftsenergi. Den pådømte drabshandling må i alt væsentligt betragtes som en afspændings- eller kortslutningsreaktion og reelt betragtes tilhørende gruppen af abnorme enkeltreaktioner. Det

foreslås herefter, at D anbringes i hospital for sindslidende med krav om psykiatrisk behandling."

Til dette svarer Retslægerrådet i en erklæring (april 1994) med henvisning til tidligere responsa blandt andet:

"Ved en abnorm enkeltreaktion forstås en isoleret abnorm handling hos en i øvrigt psykisk normal person. Ud fra de kliniske og testpsykologiske beskrivelser må D betragtes som karakterologisk lettere afvigende. Derimod handlede han på gerningstidspunktet under stærk sindsbevægelse."

Ved landsretsdom (maj 1994) stadsfæstes herefter byretsdommen.

Kommentar

Sagen er interessant af flere grunde. I første række fordi den viser nogle af de problemer de mentalobserverende læger og retssystemet står overfor med det stigende antal tiltalte af fremmedsproglig herkomst, jf. rådets årsberetning for 1988 s. 106-17.

Der er dels et direkte sprogligt problem, hvis al kommunikation skal foregå via tolk. Det stiller meget store krav til tolken, hvis mere subtile men undertiden diagnostisk afgørende symptomer som tankeforstyrrelser skal opdages. Tilsvarende gælder, at den diagnostiske usikkerhed øges, når undersøgelsen foretages i et sprog, som er fremmedsprog for begge parter, selv om begge behersker undersøgelsessproget tilfredsstillende.

Hertil kommer fortolkningsmæssige vanskeligheder på grund af en anden - og måske for undersøgeren utilstrækkelig kendt - kulturel baggrund. Når eksempelvis D beskriver sit påbegyndte alkoholmisbrug og ægtefællens opførsel, må dette vurderes på baggrund af hans opdragelse, familietradition og muslimske tro. Hertil kommer emigrantens stadige frygt for udvisning. Den samme adfærd har ikke samme *betydning* for en dansker og en udlænding.

I denne sag blev anvendt dels arabisk tolk, dels samtale med D på engelsk. Dette kunne være en forklaring på de to mentalobservationers forskellige udfald. En anden forklaring kunne være, at D's tilstand havde ændret sig. Den første mentalobservation er udført kort efter drabet i en periode, hvor D var stærkt oprevet over, hvad han havde gjort, følte sig bange i fængselssituationen og måske havde sindssygelige symptomer. Der er intet selvmodsigende i, at den anden mentalobservation udført ved et senere tidspunkt, hvor D havde foretaget en bearbejdning af sin nye situation og følte støtte fra behandlerpersonalet, viser et andet billede uden mistanke om sindssygelige symptomer.

Det må dog også anføres, at man i den første mentalobservationserklæring i meget udtalt grad baserede psykosediagnosen på udfaldet af den psykologiske undersøgelse.

En diskrepans mellem denne og den kliniske vurdering er ikke helt sjælden, og i sådanne tilfælde bør konklusionen nok udformes med større forsigtighed end det skete i denne sag.

Den tredje grund til, at sagen har bredere interesse, er et spørgsmål, om abnorm enkeltreaktion dukker op under ankesagen. Den tilsyneladende afspændingsreaktion kunne godt have ligheder med de i retspsykiatrien beskrevne abnorme enkeltreaktioner hos ellers fuldt normalt fungerende personer. En sådan person er D imidlertid ikke. Det er veldokumenteret, at han rummer en række karakterologiske egenskaber, som tvangfrit placerer ham i den af straffelovens § 69 omhandlede gruppe af personer med "forstyrrelse af de psykiske funktioner", som ikke er af sindssygelig beskaffenhed.

Derimod antyder mentalobservation II, at § 85 kunne være relevant, og Retslægerådet følger op med udtrykket "under stærk sindsbevægelse", hvilket i byretsdommen anses for en formildende omstændighed (jf. diskussionen af sag nr. A 33590, side 66).

XIV. Manddrab - bortfald af straf efter straffelovens § 85

A 33176

En 37-årig kvinde A, der er tidligere ustraffet, er nu sigtet for at have dræbt sin ægtefælle. Hun har erkendt sig skyldig.

Det fremgår af mentalobservationserklæringen ved overlæge B, at A er opvokset i et af Københavns brokvarterer. Forældrene blev skilt, da hun var lille, og moderen flyttede sammen med en anden mand, som A har haft et godt forhold til og har betragtet som sin far. Han er død for en del år siden. En helbror til A er død 22 år gammel af nyresvigt, muligvis af en kombineret alkohol- og medicinforgiftning.

A klarede sig godt i skolen, som hun forlod i midten af 2. realklasse. Efter forskellige ansættelser traf hun i 1975, tyve år gammel, sin senere ægtefælle (nu afdøde), der var atten år ældre end hende. Han var oprindelig tjener, men fik omkring 1979 tilkendt førtidspension og fik i 1985 studeplads til en pølsevogn. Her blev A senere ansat som medhjælpende hustru. I 1977 fødte A en datter.

A har i det væsentlige være legemlig rask. Hun har i puberteten haft tendens til præmenstruelle migræneanfald.

Af mentalobservationserklæringen fremgår, at A har beskrevet sig selv som rolig, aldrig specielt temperamentsfuld, og hun har ikke haft tendens til affekthandlinger. Hun kan dog godt blive vred og vise frustration under et skænderi. Hun er normalt altid i godt humør og har aldrig haft egentlige depressioner, ligesom hun benægter at have haft tendens til skyldfølelse eller selvbebrejdelse. Hun har aldrig haft selvmordstanker, aldrig haft søvnproblemer eller problemer med sin appetit. Hun benægter ligeledes psykotiske symptomer i form af tankemylder, tankehørighed eller tankekontrol. Hun har aldrig haft telepatiske oplevelser eller følt sig overvåget. Hun har ej heller haft forfølgelsesforestillinger eller hallucinatoriske oplevelser. Hun finder ikke, at hun har dårlige nerver eller nogensinde har haft psykiske problemer.

Hun blev, allerede før samlivet med den senere ægtefælle blev etableret, advaret imod ham, idet han var kendt som alkoholiker og dengang ret forgældet. Hun fandt ham imidlertid charmerende, udadvendt, dominerende osv. og andre skulle i hvert fald ikke bestemme, hvem hun skulle bo sammen med.

De første fem år af ægteskabet havde hun håb om at kunne få det hele til at fungere, men derefter opgav hun alle tanker om at forbedre forholdene. Specielt de sidste 4-5 år har ægteskabet været meget problematisk. Hun følte sig helt undertrykt af ægtefællen og forsøgte at undgå konflikter. Hun beskriver, at hvis der var ved at udvikle sig et skænderi, så fik hun "en flad", og så skete der ikke mere. Hun blev efterhånden en mester i at undgå sådanne konflikter. Hun følte sig direkte terroriseret af ægtefællen, men var sjældent udsat for egentlige fysiske overgreb, selv om ægtefællen var meget

hidsig og temperamentsfuld. Ægtefællen havde betydelige alkoholproblemer, og han blev mere og mere ondskabsfuld, når han var beruset. Han kunne hidse sig voldsomt op over bagateller, for eksempel hvis hun serverede en anden middag end aftalt. Han kunne endvidere være meget grov over for datteren og give hende stuearrest i dagevis for ubetydelige forsømmeligheder. Ægtefællen var sygeligt jaloux og kunne ikke forstå, at A kunne have sine egne venner, og efterhånden blev de i stigende grad isoleret fra andre. Han kontrollerede hende endvidere ved at ringe hjem mange gange dagligt, både når han var i udlandet, og når han blot var i byen.

Det sidste par år har A haft et vist alkoholforbrug, uden at det har udviklet sig til misbrug. Hun kan drikke en 10-15 genstande en til to dage og derefter holde flere dages pause. Hun har i en periode været i antabusbehandling herfor.

Ægtefællerne havde talt om skilsmisse gennem et stykke tid. Ca. fjorten dage tidligere havde de indgivet separationspapirer og aftalt de praktiske forhold. På dagen for drabet (december 1992) havde de spist hos bekendte og drukket en del. Efter hjemkomsten begyndte ægtefællen at hidse sig op og sagde, at hun ikke skulle tro, at skilsmissen skulle gå så let, og at hun ikke fremover skulle føle sig tryk, når hun gik på gaden. A var klar over, at hun ikke skulle begynde at diskutere med ham, gik derfor i seng og tog en enkelt tablet Serepax, som ægtefællen havde fået ordineret.

Da hun et par timer senere vågnede op, opdagede hun, at ægtefællen sov på sofaen i stuen. Han vågnede og sagde, at han ikke ønskede at ligge ved siden af hende og gav udtryk for, at han nu havde fundet ud af, hvordan han kunne straffe hende, nemlig ved at slå datteren ihjel. A blev panisk angst og prøvede at overbevise sig selv om, at det kunne han umuligt gøre og gik herefter i seng igen, men kunne ikke falde i søvn. Ægtefællen havde tidligere udtalt sig i samme retning, når han havde læst om den slags sager i avisen, og hun frygtede realistisk, at han kunne gøre det. Hun blev tiltagende urolig, begyndte at trave rundt i lejligheden og havde en følelse af, at hun var ved at gå i stykker indvendig. Det var som om hendes tanker og handlinger var noget, hun ikke selv valgte. Hun gik derefter ud i køkkenet og tog en kniv og travede frem og tilbage i lejligheden med kniven oppe i ærmet.

På et tidspunkt stak hun ægtefællen flere gange, og da han vågnede, skyndte hun sig at stikke kniven i ham igen. Hun havde bagefter følelsen af, at tankerne var løbet fuldstændig løbsk. Det hele var overrumplende, og hun kunne ikke styre sig selv.

Mentalobservationens konklusion er herefter:

"A er ikke sindssyg og kan ikke antages at have været det på tidspunktet for den påsigtede handling. Hun er normal til velbegavet. Hun lider ikke af epilepsi eller anden form for organisk hjernelidelse.

Personlighedsmæssigt er observanden upåfaldende. Hun har aldrig misbrugt medicin eller euforiserende stoffer. Hun har måske periodisk haft et overforbrug af alkohol, men hun har aldrig misbrugt alkohol eller været afhængig heraf. Hun var påvirket af alkohol på tidspunktet for den påsigtede handling, men der er ingen mistanke om, at abnorm rustilstand har foreligget.

Observanden har gennem femten år levet i et stadigt mere belastet ægteskab, hvor ægtefællen misbrugte alkohol og ved en blanding af fysisk og - især - psykisk vold, efterhånden dominerede A i udtalt grad. Små fjorten dage før den nu påsigtede handling var parret enedes om at blive separeret, hvad der ikke umiddelbart havde medført nogen afgørende forværring i de ægteskabelige problemer, men i timerne forud for den påsigtede handling havde ægtefællen fremsat trusler, dels mod observanden selv, dels fremsat trusler om at dræbe parrets datter, trusler, som observanden tog alvorligt blandt andet begrundet i ægtefællens tidligere adfærd og udsagn. Hun befandt sig efterfølgende i en tilstand af følelsesmæssig lammelse, og det må antages, at hun på tidspunktet for den påsigtede handling har været under indflydelse af stærk sindsbevægelse.

A findes hverken at være omfattet af den i straffelovens § 16, stk. 1, eller § 69, stk. 1 omhandlende personkreds."

Retslægerådet udtalte på linie hermed, at A hverken fandtes omfattet af straffelovens § 16 eller § 69, stk. 1, og det anføres: "Hun har i mange år levet i et tiltagende belastet ægteskab, og som beskrevet i mentalerklæringens konklusion var hun på tidspunktet for den påsigtede handling under indflydelse af stærk sindsbevægelse efter alvorlige trusler fra ægtefællen."

Sagen blev behandlet ved et nævningeting. Nævningene svarede bekræftende på skyldsspørgsmålet og på tillægsspørgsmål om strafnedsættelse (straffelovens § 85, 1. punktum) og om strafbortfald (straffelovens § 85, 2. punktum). Herefter bortfaldt A's forskyldte straf. Retten bestemte samtidig, at A fortabte retten til arv og til ydelser i henhold til ATP-loven. En køkkenkniv blev konfiskeret.

Kommentar

Straffelovens § 85 lyder: "Straffen kan nedsættes, når en strafbar handling er begået under indflydelse af stærk sindsbevægelse, eller når der foreligger andre særlige oplysninger om gerningsmandens sindstilstand eller omstændighederne ved gerningen, og de nævnte forhold taler for en mildere straf end den, som ellers ville finde anvendelse. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde."

Denne bestemmelse giver retten mulighed for at anvende en bredere vurdering end den snævert lægelige/psykologiske. Almindeligvis vil Retslægerådet derfor ikke direkte henvise til § 85, men nok bruge udtryk som "handlede under indflydelse af stærk sindsbevægelse" (jf. sag nr. A 33590, side 66) eller som her "var ... under indflydelse af stærk sindsbevægelse."

Det er ikke ualmindeligt, at retten tager hensyn hertil og efter § 85, 1. punktum nedsætter strafudmålingen, men det er usædvanligt, at straffen - som her - ganske bortfalder.

En handling foretaget "under indflydelse af stærk sindsbevægelse" kan rejse spørgsmålet, om der har foreligget en "abnorm enkeltreaktion", en diagnostisk kategori, hvis afgrænsning er uskarp. Spørgsmålet blev ikke rejst i denne sag. Der henvises til

diskussionen om abnorm enkeltreaktion i Retslægerådets årsberetning for 1989 s. 106-11.

XV. Ophævelse af formueretlig umyndiggørelse?

A 33623

En 53-årig fraskilt skizofren kvinde B, som i 1983 ved dom blev umyndiggjort i formueretlig henseende, ønsker nu kendelsen ophævet.

Af Retslægerådets journalmateriale fremgår, at B siden 1970 har været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. I begyndelsen under diagnosen psychosis paranoides psychogenica (sindssygdom med vrangforestillinger udløst af psykisk belastning) og skizoid karakterneurose præget af indadvendthed og kontaktvanskelighed, senere (fra 1973) under diagnosen schizophrenia paranoides (spaltningsindssygdom med vrangforestillinger).

De følgende år var B hyppigt indlagt med forfølgelses- og storhedsforestillinger, hallucinationer, påvirkningsfølelser og stigende kontaktaflukkethed. Neuroleptisk behandling havde en afdæmpende virkning på symptomerne, men var vanskelig at fastholde under ambulant behandling på grund af B's manglende sygdomserkendelse og ambivalens.

Det anføres i en udtalelse fra Retslægerådet fra 1978 om en tvangstilbageholdelse, at B forud for indlæggelsen har bragt sig i store økonomiske vanskeligheder.

I 1979 forespørges Retslægerådet i en sag, hvor B er tiltalt for gentagne tilfælde af butikstyverier og hotelbedragerier. I rådets responsum anføres (december 1979):

"B er sindssyg og var sindssyg på gerningstidspunkterne. Sigtede har i en årrække lidt af paranoid skizofreni (spaltningsindssygdom præget af vrangforestillinger), som gentagne gange har givet anledning til indlæggelse og som især ytrer sig ved storhedsforestillinger og deraf følgende uhæmmet forbrug af pengemidler samt destruktiv adfærd. Sindssygdommen kræver stadig medikamentel behandling og psykiatrisk kontrol.

Efter rådets opfattelse er sigtede omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og såfremt hun kendes skyldig, skal man til imødegåelse af risikoen for nye ligeartede lovovertrædelser anbefale dom til ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse."

Atter i 1980 udtaler Retslægerådet sig om tvangstilbageholdelse. B var da indlagt efter at have raseret sit hjem og tændt bål i stuen. Efterfølgende blev B dømt til ambulant psykiatrisk behandling.

I 1982 rejste socialforvaltningen i A-købing kommune umyndiggørelsessag og indhentede blandt andet erklæring fra den ambulant behandlende overlæge M, der blandt andet anfører:

"I økonomisk henseende har hun handlet totalt uforsvarligt med for eksempel møbelindkøb til mange tusinde kroner uden mulighed for at kunne betale disse. På trods af

behandlingen med neuroleptika har hun fortsat vanskeligheder med at styre sin økonomi og er fortsat tilbøjelig til kritikløst at købe ind uden mulighed for at skaffe betaling for det indkøbte."

Det konkluderes, at B på grund af sindslidelse er uegnet til på forsvarlig vis at tage vare på sine økonomiske forhold, og at der er indikation for umyndiggørelse i formueretlig henseende. Dette blev effektueret ved byretsdom i marts 1983 og stadfæstet af landsretten i maj 1983.

B var i januar 1983 på ny blevet indlagt i psykiatrisk afdeling. Forud var hun blevet sigtet for bedrageri og forsøg herpå. Retslægerådet anbefalede i en kort udtalelse (september 1984), at idømte foranstaltning (til ambulans psykiatrisk behandling) blev opretholdt.

Retslægerådet hører herefter først om B ca. 9 år senere, hvor rådet forespørges af retten, idet B har ønsket ophævelse af umyndiggørelsen. Om forløbet oplyses i erklæringen ved den ambulans behandlende overlæge N, at B fortsat er lidende af paranoid skizofreni. Hun er præget af vrangforestillinger af delvis megaloman art, og hun er fortsat uden sygdomsindsigt dog forstået på den måde, at hun er indstillet på at fortsætte antipsykotisk behandling, som hun har været det igennem mange år. De sidste ti år har hun bortset fra en enkelt gang i 1988 intet foretaget sig, der berettiger til, at hun fortsat er umyndiggjort, og da hun er indstillet på fortsat at lade socialforvaltningen administrere sin pension, som hun får udbetalt to gange om måneden, ser N intet til hinder for, at umyndiggørelsesdekretet ophæves.

B's praktiserende læge har i en erklæring oplyst, at han har set hende ved adskillige konsultationer samt hyppigt haft telefonisk kontakt med hende. Han har aldrig set hende sikkert psykotisk og udtaler, at hun har en velbehandlet skizofreni, som synes at være inde i et gunstigt forløb. Hun kan til tider virke let eksalteret og have en tendens til hurtige, impulsive beslutninger, men alt i alt er lægens bedømmelse, at B selv vil kunne tage vare på sine økonomiske forhold.

På denne baggrund udtaler Retslægerådet (maj 1993)": I de seneste ni år er tilstanden langsomt stabiliseret således, at B passer medikamentel behandling og synes at have forståelse for, at socialforvaltningen også fremover skal hjælpe med pensionsadministrering. Hun kunne for tre år siden overgå til fortsat behandling via egen læge, uden at dette har medført behandlingssvigt eller problemer i øvrigt. Sammenfattende er der således intet, der taler imod den anbefalede ophævelse af umyndiggørelsesdekretet, hvorfor dette af Retslægerådet skal anbefales."

Af domsudskriften fremgår, at andre har haft en anden mening. Den lokale social- og sundhedsforvaltning skriver således, at kommunen har administreret pensionen i årevis, hvilket man har vurderet som tvingende nødvendigt for at sikre hende tag over hovedet og brød på tallerkenen. Man vurderer fortsat B's råden over penge som totalt uansvarlig, og hun er ikke i stand til på betryggende vis selv at administrere sin pension, hvorfor man vil fortsætte administrationen af hendes pension i henhold til lov om social pension § 36. Man kan således ikke anbefale en ophævelse af umyndiggørelsen.

Advokat S, der har været B's værge siden november 1992, kan heller ikke støtte ønsket om ophævelse og skriver blandt andet, at B ingen kontrol har over sin økonomi og foretager flere kreditindkøb ugentlig, hvorefter S modtager regningerne herfor på S' kontor i lukket kuvert ofte uden anden følgeskrivelse... Henstillinger om at stoppe dette forehavende er blevet ignoreret og besvaret i en uforskammet tone med henvisning til den snarlige ophævelse af umyndiggørelsen og den derpå følgende udbetaling af den båndlagte arv. Det er således S' opfattelse, at en ophævelse af den formueretlige umyndiggørelse kun vil resultere i hyppigere og større indkøb sandsynligvis med retligt efterspil, når indkøbene ikke bliver betalt.

I dommen anføres: "Efter bevisførelsen herunder de foreliggende oplysninger om den måde, hvorpå ansøgeren varetager sine økonomiske anliggender, findes det overvejende betænkeligt at anse betingelserne for i medfør af retsplejelovens § 466, stk.1, jf. myndighedslovens § 5, at ophæve umyndiggørelsen for opfyldt, og ansøgerens anmodning herom tages derfor ikke til følge."

Det kan tilføjes, at Retslægerådet i september 1993 på ny blev forespurgt om tvangstilbageholdelse af B. Hun var omkring årsskiftet ophørt med at tage sin medicin og var herefter blevet tiltagende eksalteret og præget af forfølgelsesforestillinger. Hun blev indlagt (frivilligt) i august 1993 i svær psykotisk tilstand.

Kommentar

Sagen refereres som eksempel på en af de sjældne sager, rådet ser, hvor der rejses spørgsmål om ophævelse af en formueretlig umyndiggørelse. Det er i øvrigt påfaldende sjældent at yngre sindssyge formueretligt umyndiggøres. I betænkning nr. 1247 om Værgemål anføres, at kun i 5% af 197 nærmere undersøgte umyndiggørelsessager fra halvåret 1989 til 1990 var sindssygdom (bortset fra demens) angivet som umyndiggørelsesgrunden.

I den refererede sag var de lægelige udtalelser positive over for ophævelse. Begrundelsen var, at B i en årrække havde været velbehandlet ambulant, og at hendes svære sindssygdom hermed blev holdt i skak, således at hun kunne opretholde en tilværelse uden for institution. Endvidere at der ikke havde været rejst sigtelser for økonomisk kriminalitet siden 1983. Den første begrundelse viste sig at blive gjort til skamme kort efter.

Heroverfor stod udsagnene fra de personer, som havde den direkte kontakt med B i relation til økonomiske forhold. Deres betæneligheder må antages at have været afgørende for rettens afgørelse.

Rådets afgørelse støttede sig til de lægelige erklæringer dels fra egen læge, dels en indhentet erklæring fra overlæge N, men rådet havde ikke kendskab til de øvrige udtalelser, som retten baserede sin afgørelse på.

Sagen belyser således også betydningen af kvaliteten af de erklæringer, der fremsendes til rådet, og betydningen af ikke blot at beskrive den omhandlede persons

psykopatologiske forhold, men også den sociale funktionsevne.

XVI. Prøveløsladelse i henhold til straffelovens § 38, stk. 1 - farlighedsvurderinger

A33610

S er en ufaglært mand, som i 1985, 18 år gammel, var dømt for blandt andet røveri af særlig farlig karakter og manddrab. Han har haft en socialt belastet opvækst med adfærdsvanskeligheder fra skolestart og deraf følgende langvarige institutionsophold. Han har aldrig haft længerevarende parforhold eller selvstændig lejlighed, ej heller har han gennemført nogen uddannelse eller længerevarende arbejdsforhold. Fra tidligste ungdom har han haft et stort misbrug af beroligende medicin, cannabis og alkohol. Han fandtes ved mentalobservationen samme år personlighedsmæssigt afvigende, ansvarsfralæggende med ringe impulsbeherskelse. Han blev henregnet til straffelovens § 69, stk. 1, og Retslægerådet udtalte samme år:

"Med tilbagesendelse af sagens akter vedrørende S, skal Retslægerådet udtale, at han efter det oplyste ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. På tidspunktet for det påsigtede røveri og drab var han under indflydelse af alkohol og medikamenter af beroligende og smertestillende art, men intet peger i retning af, at der har foreligget en abnorm rustilstand. Han er opvokset under stærkt skiftende, overvejende meget belastende kår, og han begyndte tidligt i puberteten at misbruge alkohol og cannabispræparater, ligesom der foreligger et ret betydeligt kontinuerligt alkoholmisbrug.

S findes karakterologisk følelsesmæssigt umoden, impulsiv, affektlabil, og han må henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds. Ifald han kendes skyldig, findes foranstaltninger jf. straffelovens § 68, 2. punktum, ikke mere formålstjenlig end straf til imødegåelse af risikoen for fremtidig, ligeartet kriminalitet."

S blev ved Østre Landsret 26.05.86 og siden stadfæstet af Højesteret idømt 12 års fængsel. Forløbet af strafafsoningen har været yderst problematisk. Han har været flyttet talrige gange på grund af disciplinære problemer, undvigelse fra ledsaget udgang og en anholdelse (på grund af besiddelse af euforiserende stoffer) under udgang. Han har været involveret i handel med euforiserende stoffer i fængsel og derfor i lange perioder foretrukket at sidde i frivillig isolation. Han har ved visitation efter fund af en injektionssprøjte og andre effekter været forhørt og ved disse forhør fremsat trusler på livet over for fængselspersonale. Han har på intet tidspunkt været motiveret for at deltage i almindelig beskæftigelse eller interesseret i at indgå i tilbud, der kunne have medført overflytning til for eksempel socialpædagogisk institution i medfør af straffelovens § 49, stk. 2. S har selv rettet flere henvendelser til Justitsministeriet med ansøgning om prøveløsladelse og tilladelse til udgang. Justitsministeriet har imidlertid fundet det utilrådeligt, at han blev løsladt på prøve og ligeledes fundet det utilrådeligt, at han fik tilladelse til udgang, idet der henvistes til karakteren af den idømte kriminalitet og afso-

ningsforholdene, der havde været præget af konflikter og trusler over for personalet. Han blev derfor skønnet farlig og recidivtruet. Justitsministeriet ønskede sluttelig en ny vurdering med henblik på prøveløsladelse og anbefalede derfor tilbageførsel til Anstalten ved Herstedvester, hvor S sidst havde opholdt sig med henblik herpå. Dette ønsker S imidlertid ikke, idet han følte sig forfulgt af personalet der, hvorimod han accepterede at få foretaget ambulant psykiatrisk vurdering inklusive psykologisk testning i arresten i A.

Denne konkluderer 23.08.93:

"Det drejer sig om en 26-årig mand, der har afsonet foreløbigt godt 8 år af en fængselsstraf på 12 år for røveri og manddrab. Forud for domsafsigelsen i 1985 blev der foretaget mentalundersøgelse, hvor man konkluderede, at han var fundet personligheds-mæssigt afvigende, umoden, selvcentreret med ringe impulsbeherskelse og let vakte affekter. Dertil kom, at han også var alkohol- og medicinmisbrugende, og hans begrænsede evne til at beherske sine affekter må forventes yderligere at forringes under alkoholpåvirkning. Hans afsoning har været yderst problematisk. Fra starten af har der været disciplinære vanskeligheder. Han har af samme grund været flyttet fra fængsel til fængsel. I en længere periode har han haft vanskeligheder med de andre medindsatte, som - fordi han har medinddraget en veninde N, der senere også blev dømt i sagen - har opfattet ham som stikker, og derfor udsat ham for forskellige repressalier. Flere gange har han ønsket frivillig isolation på grund af disse repressalier. Han har under afsoningen misbrugt stoffer, og i forbindelse med afhøring af ham vedrørende hans stofmisbrug har han flere gange fremsat trusler over for det personale, der afhørte ham.

Under udgang har han ligeledes været stofpåvirket. I forbindelse med hans ansøgning om prøveløsladelse, har man fra Kriminalforsorgens side forsøgt at arrangere en socialpædagogisk behandling som led i udslusningen, men han har afvist alle forslag om en sådan og henvist til, at han vil være fri af enhver form for forsorg, når han bliver løsladt, og han vil kunne gøre, hvad han vil. Ved denne aktuelle psykiatriske undersøgelse, der også omfatter psykologisk testning, har jeg fundet, at den undersøgte ikke frembyder tegn på sindssygdom, depression eller svækkede åndsevner, at han er normalt begavet, og at han i karakterologisk henseende må betegnes som personlighedsafvigende, præget af udadprojektion, umodenhed, dårlig affektforvaltning, dårlig impuls kontrol og følelseskulde. Han er altså i personligheds-mæssig henseende fuldstændig uændret i forhold til mentalundersøgelsen, der blev foretaget i 1985.

I forbindelse med prøveløsladelsen har spørgsmålet om farlighed været drøftet, og den undersøgte har da også i undersøgelsessituationen formuleret sine egne tanker om det spørgsmål. For det første siger han, at hvis han havde så dårlig impuls kontrol, som vi antager, ville han have slået en eller flere kriminalforsorgsfolk ned, men han har kun været verbalt aggressiv og truende over for dem, og har altså i de sammenhænge kunnet styre sig. Hvordan det vil forholde sig, når han bliver løsladt, kan han imidlertid ikke sige noget sikkert om. Han siger, at han ligesom andre må have lov til at komme ud og gøre sine erfaringer, og måske også sine fejl. Han er dog ikke i tvivl om, at han,

hvis han står på et værtshus eller diskotek, vil være meget vagtsom, og hvis nogen ser ud som om, de vil angribe ham, vil han forsøge at slå først, uanset konsekvenserne af det. Disse udtalelser er forenelige med den psykiatriske og psykologiske vurdering af hans dårlige affektforvaltning og hans dårlige impuls kontrol. Der består derfor en risiko for, at han, hvis han føler sig truet og specielt, hvis han er påvirket af alkohol eller medicin, vil reagere med vold og aggressivitet. 8 års afsoning har tilsyneladende ingen indflydelse haft på hans udvikling, og man må deraf slutte, at yderligere afsoning heller ikke vil ændre hans karakterologiske egenskaber, men måske snarere vil forstærke dem i og med, at han vil føle sig uretfærdigt behandlet og derfor ydermere være præget af hævnfølelse.

Jeg skal ikke undlade at understrege vigtigheden af, at han ved en eventuel prøveløsladelse er i meget stærk risiko for at komme ud i såvel alkohol- som medicinmisbrug, hvorfor jeg skal anbefale, at der i forbindelse med en eventuel prøveløsladelse iværksettes tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om lægelig ledet behandling af alkohol- og medicinmisbrug efter tilsynets bestemmelser."

På baggrund heraf udtalte Retslægerådet følgende:

"I sagen vedrørende S skal Retslægerådet henvise til tidligere responsa senest af 03.10.85 og på grundlag af sagens akter med erklæring af 23.08.93 fra overlæge M udtale, at såvel den aktuelle psykiatriske som den psykologiske undersøgelse ikke finder nogen personlighedsmæssig ændring af S siden mentalobservationen i 1985. Han vurderes fremdeles som svært karakterafvigende, især umoden, selvcentreret, impulsiv og affektlabil. Han er normalt begavet og frembyder ikke symptomer på sindssygdom, depression eller svækkede åndsevner. Hans afsoning i nu godt 8 år har givet tilbagevendende problemer herunder stofmisbrug under udgang og episodiske trusler over for personalet. Han har afvist støtteforanstaltninger i forbindelse med eventuel prøveløsladelse og udslusning. Rådet kan tiltræde overlæge M's konklusion, som nævner risikoen for aggressiv adfærd, især efter indtagelse af alkohol og andre stoffer, således at der ved eventuel prøveløsladelse må tilrådes tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om lægelig ledet behandling mod misbrug. Rådet skal bemærke, at også psykiatrisk ekspertise har begrænset mulighed for nøjere at fastlægge risikoen for farligt recidiv især hvad angår ikke - sindssygelige personer."

Justitsministeriet gav 02.11.93 afslag på S's anmodning om prøveløsladelse, idet prøveløsladelse efter straffelovens § 38, stk. 5, forudsætter, at den dømtes forhold ikke gør løsladelsen utilrådelig, at der er sikret ham passende ophold og arbejde eller andet underhold, og at han erklærer at ville overholde de for løsladelsen fastsatte vilkår. Justitsministeriet henholdt sig til forholdene under afsoningen især den truende adfærd, afbrudte udgangsforløb som følge af undvigelse, udeblivelse, misbrug af euforiserende stoffer samt det forhold, at S ikke havde villet medvirke ved en langsigtet udslusningsplan.

Kommentar

Retslægerådet involveres sjældent i vurdering af prøveløsladelse til normal 2/3 tid, hvilket var det eneste, som S var interesseret i. Spørgsmålet i denne sag var, hvorvidt S måtte anses for farlig. Retslægerådets årsberetninger for 1988 (side 93 ff. og side 117 ff.) samt for 1989 (side 47) indeholder en gennemgang af farlighedsvurderinger. Se også sag nr. A 33793, side 57. I den aktuelle sag drejer det sig om farlighedsvurdering af en ikke sindssyg. Retslægerådets muligheder for at vurdere farlighed hos ikke sindssyge er begrænsede, men rådet accepterer, at det ligger inden for rådets område at foretage disse skøn. Det skal dog bemærkes, at de lægelige/psykiatriske vurderinger må indgå på linie med andre vurderinger fra Kriminalforsorgen etc. I S's tilfælde indicerer forløbet under den allerede pågåede strafafsoning, i kombination med hans personlighedsmæssige egenart, at der må være en ikke ubetydelig risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet, inkluderende personfarlig kriminalitet, men det er ikke muligt præcist at vurdere, hvor stor denne risiko vil være.

XVII. Eksempel på dissens

A 33504

En yngre ikke tidligere straffet mand, F, var sigtet for overtrædelse af straffelovens § 245, stk. 1, for vold af særlig rå, brutal eller farlig karakter ved at have taget kvælergreb på sin 1½ årige søn, idet han dog opgav forehavendet, da barnet blev blå i ansigtet og bevidstløs, hvorefter F selv kaldte ambulance.

Om F's sociale forhold er oplyst, at han har haft gode opvækstbetingelser og boet hjemme til sit 19. år, hvorefter han er uddannet specialarbejder. Som barn sad han i kørestol fra sit 3.-5. år og igen fra sit 7.-9. år på grund af skade på lårbenshovedet (Calve-Legg Perthes sygdom). Han har altid været genert og holdt sig for sig selv med få, men gode venner. Han blev gift i 1986, og parret havde - fraset et enkelt par - ingen omgangskreds. Ægteskabet var i begyndelsen godt, men i dets næstsidste år indledte F's hustru et forhold til en anden mand, en fælles bekendt af parret, og i november 1993 flyttede de fra hinanden. F var i 1992 blevet steriliseret, idet hustruen ikke tålte antikonception. Der var strid om, hvem der skulle have de 2 fællesbørn på 1½ og 2½ år. Forholdet imellem ægtefællerne havde i de sidste år af deres samliv været anspændt med skænderier om børnepasning og økonomi samt hustruens utroskab. F havde således en enkelt gang slået hustruen, og en anden gang da det forurettede barn var 1 måned gammel i irritation over, at sønnen græd og i forbindelse med skænderi med hustruen, slået sønnen, så han fik blå mærker. F havde tidligere været stabilt i arbejde, men han havde haft meget fravær på grund af de hjemlige forhold og var derfor blevet opsagt i 1993. I forbindelse med psykiske problemer havde han af egen læge været henvist til den lokale psykiatriske afdeling, hvor han februar til marts 1993 havde gået til samtaler på grund af tristhed, selvmordstanker og angst for egne impulser i forbindelse med skilsmisse.

Han blev arresteret den 04.04.93, hvorefter han som varetægtsarrestant fik foretaget ambulans mentalundersøgelse ved speciallæge B, der i erklæring af 28.04.93 konkluderede:

"F har været præget af en depressionstilstand igennem flere måneder. Tilstanden har været svingende og har ind imellem været af en sådan styrke, at der har foreligget en sindssygelig tilstand, således også på tidspunktet for den strafbare handling foretaget. Der har da været tale om gennembrud og tilskyndelser til at begå drab og selvmord, som han først har kunnet beherske på et sent tidspunkt. Han er fortsat præget af sin depression, der bør behandles på en psykiatrisk afdeling. Det må derfor tilrådes, at det bestemmes, at F skal indlægges på psykiatrisk afdeling som surrogat for varetægtsfængsling. Med henblik på at forhindre, at hans tilstand i fremtiden skal give sig udslag i lovovertrædelser, må det anbefales, at der nedlægges påstand om dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen under ud-

skrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse."

Den 30.04.93 blev F, jf. ovenstående, indlagt i den lokale psykiatriske afdeling, hvor han fra februar til marts havde haft ambulante samtaler. Under indlæggelsen fandtes han grædende og med selvmordstanker, hvorfor behandlingen suppleredes med anti-depressivt virkende medicin i 5 uger, uden at det ændrede på tilstanden. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der på det foreliggende vurderede ikke at kunne udtale sig og anbefalede mentalobservation udført under indlæggelse omfattende blandt andet en detaljeret beskrivelse af den psykiske tilstand aktuelt og på tidspunktet for det påsigtede forhold samt psykologisk undersøgelse og undersøgelse af hjernens elektriske aktivitet. Herefter overflyttedes F 30.06.93 til X sygehus med henblik på mentalobservation. Overlæge E konkluderede i erklæring af 16.07.93:

"Observanden er en 26-årig gammel mand, der er sigtet for drabsforsøg. Han er ikke tidligere straffet. Observanden er opvokset under trygge og stabile opvækstvilkår. Opvæksten har dog været præget af, at observanden har haft Calve-Legg-Perthes sygdom og som følge heraf siddet i kørestol i 2 perioder af 2 år. Observanden er ordblind og har modtaget specialundervisning i dansk siden 4. klasse. Ordblindheden og den fysiske sygdom har bevirket, at han er blevet drillet en del og ikke haft egentlige skolekammerater. Observanden afsluttede 9. klasse på efterskole for læseretarderede. Efter afsluttet basisår på EFG, jern og metal har observanden haft ufaglært arbejde uden længere arbejdsløshedsperioder. Observanden har været gift siden 1986. Ægteskabet blev opløst den 01.06.93. Der er 2 børn i ægteskabet. Ægteskabet blev opløst i forbindelse med, at hustruen fandt en anden. Der har været problemer med bodeling og forældremyndighed over børnene. Observanden har intet alkoholmisbrug. Han havde på tidspunktet for aktuelle påsigtede kriminalitet en promille på 0,01. Han har intet stofmisbrug. Observanden er ved undersøgelsen fundet normalt begavet. Der er ikke under observationen konstateret psykopatologiske træk. Han er ikke sindssyg. Under observationen er observanden karakteriseret som karakterafviger med mangelfuld impuls kontrol i pressede situationer samt tilbøjelighed til at udadprojicere. Han er umoden og uselvstændig. På tidspunktet for den påsigtede kriminalitet har observanden været i affekt, men der er imidlertid ikke holdepunkt for at antage, at observanden på tidspunktet for påsigtede kriminalitet har været sindssyg. Han kan således ikke henregnes til den i straffelovens § 16 omhandlede personkreds. Karakterologisk er observanden karakterafvigende med dårlig impuls kontrol i pressede situationer. Han er umoden og uselvstændig, og han findes således omfattet af den i straffelovens § 69 omhandlede personkreds. Såfremt observanden findes skyldig i nu påsigtet kriminalitet, kan man ikke pege på foranstaltninger efter straffelovens § 68 som bedre egnet til imødegåelse af eventuel fremtidig ligearartet kriminalitet, end sanktioner inden for det almindelige sanktions-system."

Retslægerådet udtalte 10.09.93:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af sagens akter herunder retspsykiatrisk erklæring af henholdsvis 28.04.93 fra speciallæge B og 16.07.93 fra overlæge E, X sygehus, udtale, at F ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han er normalt begavet, men er ordblind. Han har efter skolegang og EFG-år været arbejdsmæssigt stabil som arbejdsmand på fabrikker, men er netop opsagt på grund af for mange sygedage. Han har været gift fra 1986 til skilsmisse 01.06.93. På grund af psykiske problemer blandt andet i form af tristhed, selvmordstanker og angst for egne impulser i forbindelse med skilsmisse har han fra 12.02.93 til 24.03.93 været ambulantly psykiatrisk behandlet med samtaler på psykiatrisk ambulatorium, hvor han ikke fandtes sindssyg.

To af de voterende, overlægerne A og B udtaler:

Ved ambulantly mentalobservation den 24.04.93 findes han depressiv og indlægges i psykiatrisk afdeling fra den 30.04.93 - 10.06.93; i perioden behandles han - uden virkning - med antidepressiv medicin. Han beskrives umoden og depressiv, men ikke psykotisk. Ved mentalobservation på X sygehus, psykiatrisk afdeling beskrives han karakterafvigende, præget af umodenhed, manglende evne til at forstå sig selv og leve sig ind i andres behov og med impulsive og aggressive reaktioner i pressede situationer. Disse to voterende finder herefter, at F er karakterafvigende og mest sandsynligt har haft en af skilsmissemøder fremkaldt forbigående tilstand af svær sindsbevægelse. Han er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men såfremt han findes skyldig, kan disse voterende ikke pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. punktum, som mere formålstjenlige end straf til imødegåelse af fremtidige lignende handlinger.

En af de voterende, overlæge C, udtaler:

Ved ambulantly mentalobservation den 24.04.93 fandtes han depressiv, hvorfor han den 30.04.93 indlægges på psykiatrisk afdeling, hvorfra han den 10.06.93 overflyttes til X sygehus, psykiatrisk afdeling til mentalobservation. Under indlæggelsen på psykiatrisk afdeling fandtes han i udtalt grad tristhedspræget, han var jævnlige grådabil, og han husede selvmordsforestillinger, men han fandtes ikke (sindssygelig) depressiv. Ved mentalundersøgelsen er han fortsat fundet følelsesmæssigt påvirket af det passerede, og personlighedsmæssigt er han blandt andet fundet umoden og uselvstændig med begrænset evne til at forholde sig til og bearbejde følelsesmæssige konflikter. Han misbruger ikke alkohol eller euforiserende stoffer, og han var ikke påvirket heraf på tidspunktet for det påsigtede forhold.

Ved en samlet vurdering vil denne voterende finde det helt overvejende sandsynligt, at F i månederne forud for den påsigtede handling befandt sig i en psykisk insufficiens-tilstand af ikke sindssygelig karakter, betinget og vedligeholdt af ægteskabelige vanskeligheder, hvorved også bemærkes, at hans personlighedsmæssige egenart netop disponerer til, at han ved den form for sjælelig belastning vil kunne reagere med at udvikle behandlingskrævende psykiske symptomer. Denne voterende vil således være tilbøjelig til at mene, at F på tidspunktet for det påsigtede forhold har handlet under ind-

flydelse af stærk sindsbevægelse. F må i kraft af sin personlighedsmæssige egenart henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds. Han har efter denne voterendes opfattelse fortsat behov for psykiatrisk behandling, og voterende skal derfor, såfremt F findes skyldig, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf anbefale dom til psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse."

Den 09.11.93 faldt der dom i byretten. F blev idømt almindelig straf. Straffen blev fastsat til "...fængsel i 6 måneder, hvoraf den ubetingede del på 4 måneder anses for udstået, mens fuldbyrdelsen af 2 måneder af straffen udsættes og bortfalder efter en prøvetid på 2 år på vilkår af, at tiltalte ikke begår strafbart forhold i prøvetiden, undergiver sig tilsyn af Kriminalforsorgen og efter Kriminalforsorgens nærmere bestemmelse underkaster sig ambulans psykiatrisk behandling i prøvetiden".

Kommentar

Sagen gav anledning til mange overvejelser. Der var enighed om, at der ikke var holdepunkter for at antage, at F på gerningstidspunktet havde været sindssyg. Der var ligeledes enighed om, at F havde handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse samt at han var personlighedsmæssigt afvigende. A og B vurderede, at F's personlighedsafvigelse i det væsentlige var karakteriseret af social tilbagetrukkethed og antiaggressivitet, resulterende i affektphobning og lejlighedsvis udbrud. Disse voterende bemærkede endvidere, at psykiatrisk behandling i form af støttende samtaler og antidepressiv medicin ikke syntes at have haft den ønskede virkning. Den voterende C fandt, at F var umoden, og at den impulsive og aggressive adfærd i pressede situationer var betinget af F's aktuelle situation, hvor han var i skilsmisseforhandlinger. Denne voterende fandt, at F mere var præget af karakterneurotiske træk, idet C lagde vægt på den tidligere anamnese med arbejdsstabilitet og generthed i forhold til arbejdskollegerne. C fandt også, at F havde behov for fortsat behandling. Dommen tog hensyn til begge synspunkter, idet F dels fik en dom inden for det almindelige sanktionssystem i form af en fængselsstraf, som dog ansås for udstået i den periode F som varetægtsarrestant havde været indlagt på psykiatrisk afdeling, dels blev F også undergivet vilkår om psykiatrisk behandling.

XVIII. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Rådet har i 1993 behandlet 251 sager om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1991 og 1992 var antallet henholdsvis 198 og 220. Der var 6 sager om overførelse til Sikringsanstalten ved Nykøbing Sjælland ifølge farlighedsdekret (psykiatrilovens § 40) mod 13 i 1992 og 17 i 1991 samt 22 sager om ophævelse af farlighedsdekret.

Der skønnes ikke i 1993 at have været ændring af betydning i rådets eller domstolernes generelle behandling af sager vedrørende psykiatriloven. Enkelte frihedsberøvelser er fundet ulovlige af domstolene.

Rådet har stadig kun haft ganske få sager fra patientklagenævnene vedrørende tvangsbehandling og fysisk tvang.

Nogle usædvanlige sager skal refereres.

A 33356

Sagen belyser begrebet i lovens § 5 "tilstand der ganske må ligestilles med sindssygdom".

En overlæge indberettede til byretten en tvangstilbageholdelse af en yngre, frivilligt indlagt mand med efterfølgende tvangsoverflytning til en anden psykiatrisk afdeling. Overlægen konkluderede i sin grundige erklæring, at patienten på tidspunktet for frihedsberøvelsen var i en tilstand af svær affekt, ligestillet med psykose, og at han tillige opfyldte både lovens krav om behandling og om farlighed.

Sagens væsentligste forhold fremgår af rådets udtalelse af 09.06.93, som tilsluttede sig overlægens vurdering:

"På grundlag af sagens akter med erklæring af 17.05.93 fra overlæge X, skal Retslægerådet udtale, at Y i mange år har haft et svært, blandet misbrug af alkohol og andre stoffer som hash og amfetamin. Han har adskillige gange været indlagt i psykiatrisk afdeling som følge af misbruget, der har medført sindssygdomssymptomer i form af påvirkningsfornemmelser, tankemylder og hallucinationer. Desuden vurderes han som karakterafvigende af eksplosiv type med gentagne trusler om selvmord og drab. Medicin har tidligere haft god virkning.

Den 29.04.93 blev Y genindlagt frivilligt, idet han henvendte sig med oplysning om, at han overvejede at slå nabokonen ihjel og at tage livet af sig selv. Efter indlæggelsen var han overvejende præget af voldsom affektspænding og uro med nye trusler om at slå andre ihjel, hvorfor han flere gange måtte fikseres med bælte. Tilstanden opfattedes primært som truende delirium tremens (sindssygdom udløst af alkoholmisbrug). Trods intensiv behandling med store doser medicin bedredes tilstanden ikke, idet han fremdeles var særdeles affektpræget med udfald mod personalet, og nye bæltefikseringer

var nødvendige, idet han skønnedes farlig for sig selv og andre. Den 11.05.93 opfattedes en samtale mellem Y og en medpatient således, at Y planlagde et meget alvorligt angreb mod personalet sammen med medpatienter ("mytteri"). Bæltefiksering besluttedes forudgående overflytning til P hospital dagen efter - stadig i bælte og med personaleledsagelse. Han truede da yderligere med at ville begå selvmord, og han havde ingen erkendelse af behandlingsbehov.

I tiden for frihedsberøvelsen befandt Y sig efter rådets vurdering i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom. Det ville efter rådets opfattelse have været uforsvarligt ikke at tvangstilbageholde ham med henblik på behandling, fordi han da frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, ligesom udsigten til hans helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring af hans tilstand ville være blevet væsentlig forringet, ifald han var blevet udskrevet. Rådet finder, at det efter omstændighederne ud fra såvel behandlingsmæssige som sikkerhedsmæssige hensyn var nødvendigt og berettiget, at frihedsberøvelsen indebar overflytning til anden psykiatrisk afdeling."

Sagen fik ikke domsafgørelse, idet patientens advokat senere hævdede sagen.

Kommentar

Det var rådets vurdering, at overlægen ikke kunne have handlet anderledes, og at anvendelsen af ligestillethedsbegrebet var korrekt. I rådets årsberetning for 1992 (Sag nr. A 32368) er refereret og kommenteret en anden sag, som også illustrerer begrebet.

Muligt kunne det efterfølgende betvivles, om der virkelig var et "mytteri" i gang, men en situation som den refererede må selvsagt tages meget alvorligt, og det indgår også i lovens funktioner at hindre meget alvorlig, farlig udvikling.

Det bemærkes, at også behandlingskravet nævnes ved siden af farlighedskriteriet.

Rådet har efter omstændighederne her særlig tilføjet og anerkendt overflytningen til en anden psykiatrisk afdeling som led i tvangstilbageholdelsen.

A 33750

En kortvarig frihedsberøvelse af en 17-årig kvinde fandtes lovlig. Rådet fandt, at hun sandsynligt forud for tvangsindlæggelsen var i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssygdom.

Den indlæggende læge anførte efter hjemmebesøg blandt andet i sin erklæring til tvangsindlæggelsen på behandlingsindikation, at hun var svært affektpræget, urolig, angst og panikslagen. Hun skønnedes at være i en psykotisk tilstand. Hun havde tidligere udvist tilsvarende adfærd.

I den psykiatriske afdeling blev hun observeret nogle timer i lukket afdeling før overflytning til åben afdeling, og frihedsberøvelsen blev ophævet ca. 24 timer efter

tvangsendlæggelsen, fulgt af frivillig indlæggelse. Patienten klagede over tvangsendlæggelsen.

I sin første kortfattede erklæring til byretten anførte overlægen blandt andet, at patienten ved ankomsten til afdelingen ikke viste "tegn til sindssyge", men at hun havde store sociale problemer og ved flere lejligheder havde udvist en voldsom, udadreagerende og regredieret adfærd.

Rådet fandt det nødvendigt at anmode overlægen om en supplerende erklæring med uddybende beskrivelse, dels af hendes tilstand ved tvangsendlæggelsen, dels hendes tilstand op til tvangsendlæggelsen.

Overlægen beskrev herefter disse forhold nøjere - fortsat uden sikkert at kunne konstatere sindssygdom under forløbet.

Rådet afgav herefter følgende udtalelse af 09.12.93:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af erklæring af 10.11.93 fra overlæge X samt øvrige foreliggende om Y udtale, at hun igennem de seneste år har haft svære hjemlige vanskeligheder. Til Y's læge var oplyst, at Y slog hovedet ind i muren, talte med sig selv, græd og skreg, når hun var alene samt ødelagde inventar. Den 30.08.93 blev hun i samtale med lægen tiltagende urolig, rastløs og angst. På baggrund af foreliggende oplysninger og undersøgelsen foranstaltede lægen tvangsendlæggelse, idet han fandt, at Y var sindssyg, og at behandling burde iværksættes.

Ved Y's ankomst den 02.09.93 til den psykiatriske afdeling fandtes hun umoden og udadreagerende, men ikke sindssyg, hvorfor frihedsberøvelsen ophævedes efter 24 timer, idet Y accepterede fortsat frivillig indlæggelse. Den selvødelæggende bizarre adfærd kunne Y kun delvist huske, men hun beskrev et dårligt forhold til moderen som baggrund for adfærden.

Retslægerådet finder det usikkert, om Y var sindssyg forud for indlæggelsen, men under alle omstændigheder var hun i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed. Undladelse af tvangsendlæggelsen med henblik på behandling ville således have været uforvarselig, idet udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville være blevet væsentlig forringet."

Ved byrettens dom af 17.12.93 fandtes tvangsendlæggelsen lovlig, idet retten væsentligst ses at have henholdt sig til Retslægerådets udtalelse og fundet det godtgjort, at Y ved tvangsendlæggelsen i hvert fald var i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssygdom, og at behandlingskriteriet tillige var opfyldt.

Kommentar

Denne sag belyser ligesom den ovenfor refererede ligestillehedsbegrebets anvendelse, men her i en tvangsendlæggelsessituation, hvor det kan være vanskeligt for den indlæggende læge og også for den psykiatriske overlæge at vurdere om specielt en tilstand af svær affekt er udtryk for sindssygdom eller ej. Indlæggende læge fandt hende psyko-

tisk, hvad overlægen ikke fandt tegn på efter indlæggelsen, hvor affekten var meget mindre udtalt.

Det er i disse tilfælde vigtigt, at de implicerede læger så nøje som muligt beskriver tilstanden og forløbet - og rådet må ikke sjældent anmode om supplerende erklæring.

Det må medgives, at det særligt på tidspunktet for en eventuel tvangsindlæggelse kan være svært at foretage en tilstrækkelig undersøgelse, og lægen, som oftest ikke er psykiatrisk specialist, er i en vanskelig akut situation, hvor også vurderingen af eventuel farlighed må spille ind. Ifølge psykiatrilovens § 9, stk. 2, er det overlægen, der træffer afgørelse, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. Det er således overlægens ansvar, og han skal herefter inden for 48 timer efter en tvangsindlæggelse tage stilling til eventuel tvangstilbageholdelse, hvis patienten anmoder om udskrivning (§ 10, stk. 3). Som det bemærkes i den kommenterede psykiatrilov, skal overlægen selvsagt påse, at papirerne er behørigt udfyldt med tilstrækkelige oplysninger, men han vil normalt være henvist til at lægge den indlæggende læges oplysninger uprøvet til grund ved selve indlæggelsen. Overlægen kan siges at befinde sig i en situation, hvor han er nødt til at modtage patienten som tvangsindlagt for at kunne konstatere, om betingelserne herfor nu også har været til stede.

A 33741

Sagen refereres som usædvanlig, idet retten gik imod rådets udtalelse og ophævede en frihedsberøvelse.

En overlæge indberettede til byretten en klage over tvangstilbageholdelse fra en kvinde tvangsindlagt på behandlingsindikation en måneds tid forinden.

Indlæggende læges diagnose i tvangsindlæggelseserklæringen var psychosis reactiva paranoides (sindssygdom som følge af belastning). Lægen anførte i erklæringen blandt andet, at hun igennem det sidste år var blevet tiltagende psykotisk, isolerede sig, gik rundt alene som "posedame", fik ikke mad og kunne ikke tage vare på sig selv uden familiens hjælp. Også en aktuel vurdering af et distriktspsykiatrisk team havde fundet hende udtalt psykotisk og anbefalet tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Hun ønskede ikke at have med lægerne at gøre.

Overlægen fandt hende også sindssyg efter tvangsindlæggelsen, formentlig skizofren med behov for langsigtet behandling, herunder medicin, som hun delvis afslog med klage til patientklagenævnet.

Rådet afgav 14.12.93 følgende udtalelse, som tiltrådte overlægens erklæring: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af sagens akter herunder erklæring af 01.11.93 fra overlæge X, P Sygehus, udtale, at Y for ca. 15 år siden har været indlagt i psykiatrisk afdeling med sindssygdomssymptomer og formentlig efterfølgende været i behandling med antipsykotisk virkende medicin indtil for 3 år siden. De sidste 3 år har hun levet af bistandshjælp og boet hos enten en søster eller forældre. Hun har i tiltagende grad isoleret sig, ikke passet personlig hygiejne samt udvist bizar

adfærd. Hun henvistes derfor til behandling i distriktspsykiatrien, men der opnåedes ikke kontakt med Y, der frabad sig behandling og indlæggelse. På tidspunktet for tvangsindlæggelsen den 24.09.93 og efterfølgende tvangstilbageholdelse er hun fundet sindssyg med adfærd præget af usamlethed, angst og vrede. Hun har monotont gentaget sætninger og været afvisende over for kontakt. Hun har enkelte gange accepteret indsprøjtninger med antipsykotisk virkende medicin med bedring af tilstanden til følge. Patienten er herefter sindssyg, og Retslægerrådet finder, at det ville have været uforvarsomt ikke fortsat at frihedsberøve Y med henblik på behandling, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet."

I en supplerende erklæring til retten forklarede overlægen, hvilke faktorer, der indgik i hendes antagne sindssygdom, herunder autisme (kontaktafspærring), manglende sygdomserkendelse og forstyrret virkelighedsopfattelse.

Også indlæggende læge afgav supplerende erklæring, hvoraf det fremgik, at han ikke personligt havde talt med eller set patienten inden for de seneste 7 dage inden tvangsindlæggelsen, idet patienten helt havde afvist kontakt trods flere forsøg fra lægens side, og lægen havde skrevet sin erklæring også efter anbefaling fra det distriktspsykiatriske team, som en uge før tvangsindlæggelsen havde fundet hende udtalt psykotisk, forpint og behandlingstrængende.

Overlægen forklarede i retten blandt andet - som i erklæringerne - at han fandt grundlaget for frihedsberøvelsen i orden. Hun var da også 3-4 måneder efter tvangsindlæggelsen i bedring.

Patienten bestred i sin forklaring de lægelige oplysninger og vurderinger - hun anså sig ikke for at være psykisk syg eller at have behov for behandling.

I rettens bemærkninger fremhævedes det, at lægen ikke som foreskrevet i psykiatrilovens § 7, stk. 2 og 3, personligt havde undersøgt patienten inden for de seneste 7 dage før indlæggelsen, hvilket ifølge rettens bemærkninger var "en sådan tilsidesættelse af retssikkerhedshensyn, at betingelserne for at tvangsindlægge Y ikke havde været opfyldt, jf. § 7, stk. 2, i lov om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, og den foretagne beslutning om tvangsindlæggelse ville herefter være at ophæve, selv om Y efter det oplyste og de afgivne erklæringer måtte anses for at have været sindssyg på tidspunktet for sin indlæggelse."

I dommen af 18.01.94 ophævede retten også tvangstilbageholdelsen med følgende afsluttende bemærkning:

"Da det efter § 10, stk. 1, er en betingelse for tvangstilbageholdelse, at den tvangstilbageholdte person er indlagt på psykiatrisk afdeling, og da Y's tvangsindlæggelse ophæves som ulovlig, og hun heller ikke er frivilligt indlagt, finder retten, at betingelserne for tvangstilbageholdelse ikke er til stede, hvorfor den foretagne tvangstilbageholdelse ophæves som ulovlig."

Afgørelsen ses ikke anket.

Kommentar

Rådet var i sin udtalelse ikke i tvivl om frihedsberøvelsens berettigelse og overensstemmelse med psykiatrilovens § 5, nr. 1, og § 10. I realiteten fandtes hun sindssyg med udtalt behov for behandling.

I forhold til denne vurdering synes retten at have anlagt en streng vurdering, hvilket efter rettens bemærkninger har sammenhæng med den kendsgerning, at lægeerklæringen til tvangsendlæggelsen ikke opfyldte formalia. Dette kan således føre til, at en i øvrigt nødvendig behandling ikke kan gennemføres.

Rådet har i tidligere årsberetninger (1988 sag nr. A 27945 og 1991 sag nr. A 32006) refereret andre sager med lignende overtrædelse af psykiatrilovens § 7, stk. 2, hvilket kan medføre påtale efter lægelovens § 6 eller § 18. Lægen kan være nødt til at rekvirere politiets assistance til gennemførelse af den påkrævede undersøgelse.

A 33265

I denne sag fandt byretten en tvangsendlæggelse ikke lovlig, men tvangstilbageholdelsen lovlig. Landsretten fandt - svarende til Retslægerådets vurdering - hele frihedsberøvelsen lovlig.

En overlæge indberettede til byretten i 2 erklæringer (supplerende erklæring rekvireret af byretten) tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse af en yngre kvinde, indlagt på farlighedsindikation efter medicinforgiftning, der blev opfattet som selvmordsforsøg. Under indlæggelsen fandtes hun psykotisk. Tvangstilbageholdelsen blev ophævet knap 2 måneder efter tvangsendlæggelsen efter behandling. Patienten begærede både tvangsendlæggelsen og tvangstilbageholdelsen indbragt for retten.

I erklæringen til tvangsendlæggelsen anførtes blandt andet, at Y efter opvågningen fra forgiftningen ved psykiatrisk tilsyn fandtes psykotisk, urolig med hastigt vekslende sindsstemning, farlig for sig selv, demonstreret ved det aktuelle suicidalforsøg.

Ifølge den psykiatriske overlæge fandtes hun ved tvangsendlæggelsen meget affektpræget og usamlet, paranoidt fortolkende. Der var ifølge overlægen ingen tvivl om, at hun var udtalt psykotisk med umiddelbart behov for behandling med medicin. Hun blev tvangstilbageholdt 3 dage efter indlæggelsen.

Retslægerådet afgav 15.06.93 følgende udtalelse, som fulgte overlægens erklæringer: "Med tilbagesendelse af sagen vedrørende Y skal Retslægerådet på grundlag af det foreliggende materiale, herunder især lægeerklæring af 16.03.93 og 12.05.93 fra overlæge X, P hospital, udtale, at Y, nu 45 år gammel, den 10.03.93 blev tvangsendlagt på P hospital og den 13.03.93 tvangstilbageholdt.

Forinden tvangsendlæggelsen var Y indlagt på intensiv afdeling, Q hospital, i bevidstløs tilstand på grund af medicinforgiftning. Efter opvågning var hun aggressiv og gav udtryk for vrangforestillinger. Ved indlæggelsen den 10.03.93 var hun voldsomt urolig og aggressiv. I de efterfølgende dage gav hun udtryk for sindssygelige oplevelser blandt andet i form af svigtende afgrænsning til omverdenen (transitivisme) og

hørelsesshallucinationer, ligesom hun var præget af ringe sygdomsindsigt. Hun accepterede dog i en periode behandling med antipsykotisk virkende medicin. Under den givne behandling blev hendes tilstand bedre, hun kunne flyttes til åbent afsnit, og 06.05.93 blev tvangstilbageholdelsen ophævet.

Efter de foreliggende oplysninger begyndte Y's sygdom for ca. 8 år siden med personlighedsændring og periodevis hørelsesshallucinationer. Det er nærliggende at antage, at hun lider af skizofreni.

Y er sindssyg, og det ville efter Retslægerådets opfattelse have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge hende med henblik på behandling, idet hun da frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, ligesom det efter rådets opfattelse ville have været uforsvarligt ikke at tilbageholde hende med henblik på behandling, fordi udskrivning ville have medført, at udsigten til hendes helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring af hendes tilstand ville være blevet væsentlig forringet."

I sin forklaring i byretten afviste Y bestemt, at det var hendes mening at tage sig af dage. Hun havde intet imod at blive på den somatiske afdeling et par dage, men hun ville ikke på psykiatrisk hospital. Hendes advokat gav udtryk for, at man fejlagtigt var gået ud fra, at patienten havde forsøgt selvmord, og at dette havde haft indflydelse på det videre forløb. Tvangsindlæggelsen havde ifølge advokaten forståeligt nok fremkaldt voldsomme reaktioner hos klageren, som mest havde behov for at tale sin situation igennem med en forstående person. De behandlende læger havde ikke foretaget sig tilstrækkeligt for at finde frem til baggrunden for klagerens indlæggelse, og advokaten fandt det ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 5 for tvangsindlæggelsen og den fortsatte tvangstilbageholdelse havde været opfyldt.

Retten bemærkede blandt andet, at de nærmere omstændigheder omkring klagerens indlæggelse på Q sygehus og om baggrunden for beslutningen for tvangsindlæggelse af klageren ikke var oplyst, men heller ikke efter Retslægerådets erklæring kunne det lægges til grund, at klageren havde forsøgt selvmord. Der fandtes herefter ikke på grundlag af de foreliggende lægelige erklæringer at være tilstrækkelige holdepunkter for at antage, at klageren havde frembudt en nærliggende og væsentlig fare for sig selv, og at det af den grund havde været uforsvarligt ikke at frihedsberøve hende. Tvangsindlæggelsen kunne derfor ikke anses for lovlig, jf. psykiatrilovens § 5. Retten fandt det nærliggende at antage, at klagerens tilstand efter tvangsindlæggelsen havde været væsentlig forringet på grund af den tvangsindlæggelse, der overgik hende. Retten fandt ikke, at der var grundlag for at antage, at der havde været nogen rimelig udsigt til efter en behandling at opnå en helbredelse af klageren, men retten fandt på den anden side efter oplysningerne om klageren det første døgn efter indlæggelsen ikke grundlag for at tilsidesætte det skøn, som de behandlende læger havde udøvet, hvorefter udsigten til en betydelig eller afgørende bedring af tilstanden ville blive væsentlig forringet ved en udskrivning. Tvangstilbageholdelsen af klageren måtte derfor anses for lovlig, men retten fandt imidlertid anledning til at bemærke, at "det forholdsvis hurtigt og i alt fald ved klagerens overførelse til åben afdeling måtte have været nærliggende at antage, at en

væsentlig eller afgørende bedring af klagerens tilstand gennem en behandling under fortsat frihedsberøvelse ikke kunne opnås, og at tvangstilbageholdelsen derfor burde være bragt til ophør tidligere end sket."

Byretten fandt derefter tvangsindlæggelsen ikke lovlig, men tvangstilbageholdelsen lovlig (dom af 08.07.93).

Efter samråd med amtets juridiske afdeling anbefalede hospitalsledelsen byrettens dom prøvet i landsretten med påstande om, at tvangsindlæggelsen kendtes lovlig, og om ophævelse af den citerede bemærkning om, at tvangsindlæggelsen burde være bragt til ophør tidligere.

I landsretten afgav Y, indlæggende læge og den psykiatriske overlæge i al væsentligt forklaringer som tidligere.

Landsretten udtalte i sin dom af 06.10.93: "Efter Retslægerådets erklæring, der be- styrkes af det i øvrigt foreliggende, findes det bevist, at indstævnte ved tvangsindlæggelsen var sindssyg, og at det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge hende med henblik på behandling, idet hun da frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Tvangsindlæggelsen i medfør af § 5, nr. 2, 1. led, i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien var derfor lovlig. De afgørelser, der efter lovens § 34, stk. 1, var indbragt for retten, var afgørelserne vedrørende tvangsindlæggelsen og tvangstilbageholdelsen. Allerede som følge heraf havde byretten ikke haft grundlag for at tage stilling til, om tvangstilbageholdelsen burde være bragt til ophør på et tidligere tidspunkt end sket. Appellantens påstand om ophævelse af den citerede bemærkning i den indankede dom tages derfor til følge."

Kommentar

De implicerede læger og Retslægerådet ses ikke at have været i tvivl om frihedsberøvelsens berettigelse, herunder afgørende hendes sindssygelige tilstand, selvmordsrisikoen ved tvangsindlæggelsen og behandlingsbehovet. Byretten har i denne sag søgt at foretage en nøjere materiel prøvelse og konkret vurdering end sædvanligt i den slags sager. Det fandtes herunder ikke af byretten godtgjort, at hun var til fare for sig selv ved tvangsindlæggelsen, eller at hun faktisk havde forsøgt selvmord, hvortil støtten til Retslægerådets udtalelse muligvis kan have sammenhæng med, at rådet ikke klart i sin formulering havde skrevet, at der var tale om selvmordsforsøg ("medicinforgiftning" var det anvendte udtryk).

Byrettens afgørelse om, at den efterfølgende tvangstilbageholdelse var lovlig og bemærkningen om, at tvangsindlæggelsen burde have været ophævet tidligere, er også usædvanlig efter retspraksis. Det antages gerne at være et udpræget lægeligt skøn, hvor længe der er behov for at tvangstilbageholde en patient. Det har formentlig også haft betydning, at tvangstilbageholdelsen overvejende skete på behandlingsindikation, mens tvangsindlæggelsen var på farlighedsindikation. Det er en hypotetisk mulighed, at retten ville have godkendt tvangsindlæggelsen, hvis den var sket på behandlingsindikation.

Landsrettens afgørelse har i en psykiatrisk vurdering anerkendt sagens realia og formalia. Denne dom er overensstemmende med tidligere almindelig praksis.

Under den gamle sindssygelov indtil 1989 var det meget sjældent, at hospitalet og dermed amtet ankede domsafgørelser. Under 1989-psykiatriloven synes der at være en tendens til, at også overlægen anbefaler amtet at anke en afgørelse, som i en psykiatrisk vurdering åbenbart findes forkert, specielt i forhold til de behandlingskrav, som er pålagt lægerne i loven.

A 33011 og A 33203

I denne sag afgav rådet både udtalelse til retten om frihedsberøvelse og til Sundhedsstyrelsen om tvangsbehandling. Uoverensstemmelse mellem afgørelsen i det regionale klagenævn og i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

En speciallæge i psykiatri indberettede 14.10.92 til byretten en tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation af en kvinde, som konkluderende blev vurderet som klart psykotisk, præget af storheds- og forfølgelsesforestillinger og helt uden sygdomserkendelse. Desuden krævede et forhøjet blodtryk udredning og eventuel behandling.

I lægeerklæringen til tvangsendlæggelsen på behandlingsindikation 6 dage forinden var diagnosen psychosis paranoides (sindssygdom med vrangforestillinger). Det anførtes blandt andet, at patienten følte sig forfulgt i opgangen, og at hun havde en radio, hvor politiet aflyttede hende. Hun truede opgangens øvrige beboere med at slå dem ihjel. Det anførtes, at patienten klart led af forfølgelsesvrangforestillinger, men ikke ønskede indlæggelse, da hun mente, at det var de andre, der var sindssyge.

Overlægen fandt tvangsbehandling med antipsykotisk virkende medicin indiceret, hvis hun ikke kunne motiveres for frivillig behandling. Der blev skrevet indberetning herom til patientklagenævnet efter patientens klage over besluttet tvangsbehandling med Semap 20 mg x 2 ugentlig eller med Trilafondecanoat 108 mg ugentlig.

I afgørelse af 30.10.92 tilsidesatte patientklagenævnet beslutningen om tvangsmedicinering, idet nævnet angav at have lagt vægt på, at Y's tilstand på det foreliggende grundlag ikke var af en sådan karakter, at undladelse af behandling ville være uforvarselig. Der fandtes ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at antage, at patientens tilstand var omfattet af psykiatrilovens § 12, jf. §§ 5 og 10.

Ifølge denne afgørelses præmisser havde Y personligt i nævnet blandt andet forklaret, at hun var imod at tage medicin, fordi hun ikke var syg. Hun bestred oplysningerne i lægeerklæringen til tvangsendlæggelsen, der var tale om almindelige huspektakler. I afdelingen angav hun at forholde sig stille og roligt.

Efter patientklagenævnets afgørelse blev Y udskrevet samme dag, men afdelingen besluttede at påklage afgørelsen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, idet afdelingen i anken påpegede, at man havde fundet, at en udeladelse af antipsykotisk behandling ville forringe patientens psykiske helbred og samtidig udsætte patientens fysiske hel-

bred for fare ved, at patienten ikke fik behandling for forhøjet blodtryk med nyrepåvirkning.

Det regionale patientklagenævns afgørelse og erklæringen i ankesagen fremsendtes supplerende til byretten og Retslægerådet, hvis udtalelse af 20.01.93 tilsluttede sig den psykiatriske afdelings opfattelse af frihedsberøvelsens berettigelse med en kort afsluttende bemærkning om nødvendigheden af medikamentel behandling:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet under henvisning til lægeerklæring fra speciallæge i psykiatri ved P hospital, samt øvrigt for rådet foreliggende om Y udtale, at hun for mange år siden har været indlagt en enkelt gang på psykiatrisk afdeling, angiveligt tvangsindlagt. Herefter har hun været uden kontakt til det psykiatriske behandlingssystem frem til nuværende. Hun har efter det oplyste fået tilkendt en førtids-pension på grund af alkoholmisbrug, men der findes ingen tegn til aktuelt misbrug.

Y blev tvangsindlagt den 08.10.92 og nægtet udskrivelse den 10.10.92. Ved indlæggelsen er anført, at hun er sindssyg, idet hun føler sig forfulgt i sin opgang og af politiet. Hun giver endvidere udtryk for at være i besiddelse af særlige kræfter, hvorved hun kan påvirke omverdenen.

På tidspunktet for tvangstilbageholdelsen er ovennævnte opfattelsesmåde uændret til stede, og hun beskriver endvidere en evne til at stå i telepatisk kontakt med andre.

Y er herefter sindssyg. Sindssygdomssymptomerne ytrer sig ved vrangforestillinger af såvel forfølgelses- som storhedskarakter samt ved påvirkningsoplevelser.

Retslægerådet finder, at en undladelse af tvangsindlæggelse samt en udskrivelse på tidspunktet for tvangstilbageholdelsen ville have været uforsvarlig, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden væsentligt ville forringes om ikke en adækvat psykiatrisk behandling, herunder med antipsykotisk virkende medicin kunne gennemføres."

I byretten forklarede de implicerede læger som i de foreliggende erklæringer. Y havde ikke modtaget nogen behandling under indlæggelsen, fordi beslutningen om tvangsbehandling ikke blev taget til følge. Overlægen bemærkede i retten, at det ville have været en realistisk prognose, at hun efter udskrivning kunne opholde sig roligt i sit hjem uden at være forpint af forfølgelsesforestillinger, hvis en behandling kunne være iværksat.

Retten var bekendt med det regionale patientklagenævns afgørelse, mens der på dette tidspunkt endnu ikke forelå afgørelse fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Hverken Y eller hendes patientrådgiver gav møde i retten.

I dom af 19.03.93 blev hospitalets beslutning om tvangstilbageholdelse af Y fra den 10 til den 30.10.92 stadfæstet som lovlig. Retten udtalte blandt andet i dommen: "Uanset den påklagede afgørelse fra patientklagenævnet, hvorefter betingelserne i § 5 i psykiatriloven ikke skønnedes opfyldt i relation til spørgsmålet om tvangsbehandling, finder retten efter de foreliggende lægelige oplysninger, herunder navnlig Retslægerådets erklæring, at en udskrivning af Y ville være uforsvarlig og væsentligt ville forringe udsigten til en betydelig og afgørende bedring af hendes tilstand. Da tvangstil-

bageholdelsen endvidere blev bragt til ophør, så snart det ved patientklagenævnets afgørelse blev klart, at den behandling, der var formålet med tilbageholdelsen, ikke kunne gennemføres, har frihedsberøvelsen været lovlig efter § 10, jf. § 5, nr. 1, i psykiatriloven. Herefter stadfæstes den skete tvangstilbageholdelse."

Under den videre behandling af anken vedrørende tvangsbehandlingen anmodede Sundhedsstyrelsen i skrivelse af 24.03.93 Retslægerådet om at tage stilling til følgende spørgsmål:

"Var der grundlag for tvangsbehandling den 20.10.92 af Y, når man tager hendes tilstand i betragtning, sådan som den er beskrevet under indlæggelsen på P hospital, og når man ligeledes tager i betragtning, at Y er dårligt begavet og ifølge det oplyste har klaret sig uden bistand af det psykiatriske behandlingssystem fra 1964 til 1992.

Såfremt Retslægerådet finder, at der var grundlag for tvangsbehandling den 20.10.92, finder Retslægerådet da, at der var grundlag for behandling med et depotpræparat?" Retslægerådet afgav hertil følgende udtalelse af 26.05.93:

"Med tilbagesendelse af sagen vedrørende Y skal Retslægerådet, med henvisning til rådets responsum af 20.01.93, på grundlag af sagens akter, herunder kopi af journal fra hendes indlæggelse på P hospital, udtale, at hun under sin indlæggelse frembød uomtvistelige tegn på sindssygdom blandt andet i form af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter samt forestillinger om at være i besiddelse af magiske og telepatiske evner. Som anført har hun ikke været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem i perioden 1964 til 1992, men der foreligger ingen oplysninger om hendes psykiske tilstand i denne periode.

Det er nærliggende at antage, at hun gennem de senere år har udviklet en sindssygdom domineret af vrangforestillinger, jf. herved at hun er flyttet adskillige gange gennem de senere år, og at hun under indlæggelsen oplyste, at hun ikke kunne tage tilbage til sin lejlighed på grund af sine forestillinger om naboerne. Y var således sindssyg, og hendes sindssygdom var af en sådan karakter, at det alene af den grund efter Retslægerådets opfattelse ville have været uforvarsomt ikke at gennemføre en psykiatrisk behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin, jf. rådets udtalelse af 20.01.93. Hertil kommer, at hun under sin indlæggelse fik påvist et forhøjet blodtryk med nyrepåvirkning, det vil sige en legemlig sygdom, som kan være af alvorlig karakter. Hun modsatte sig yderligere undersøgelser og eventuel behandling af denne sygdom.

Der var således efter Retslægerådets opfattelse grundlag for tvangsbehandling 20.10.92 af Y, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af såvel den psykiske som den legemlige tilstand ellers ville blive væsentlig forringet.

Med hensyn til de af P hospital foreslåede præparater drejer det sig om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger set i relation til begge præparaters kraftige antipsykotiske virkning. Dosisstørrelsen må forventes at skulle justeres afhængigt af virkningen og bivirkningerne.

Retslægerådet kan tilslutte sig X's vurdering i skrivelse af 21.10.92 til patientklagenævnet, at der - såfremt tabletbehandling ikke kan gennemføres - skal behandles med en indsprøjtning med kortvarende virkning og effekten heraf vurderes, inden der gives indsprøjtning med depotpræparat.

Ved en samlet vurdering af Y's psykiske tilstand finder Retslægerådet, at valget af et depotpræparat kan vise sig at være det skånsomste for Y og herudover at foretrække ud fra en lægefaglig vurdering, idet det vil kunne bedre mulighederne for en hurtig og tilstrækkelig effektiv behandling af de sindssygelige symptomer."

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandlede imidlertid ankesagen allerede 27.04.94, altså før Retslægerådets seneste udtalelse, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i sin afgørelse fandt, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt den 20.10.92, idet hun da var sindssyg, og at undladelse af medicinsk behandling ville medføre forringede udsigter til bedring af tilstanden. I sin afgørelse bemærkedes det fra Sundhedsstyrelsens Patientklagenævn, at nævnet ved sin afgørelse blandt andet havde lagt vægt på journalen fra Y's indlæggelse på P hospital, hvoraf det fremgik, at Y husede vrangforestillinger af forfølgelseskarakter samt forestillinger om at være i besiddelse af magiske og telepatiske evner.

Kommentar

Sagen blev langvarig og kompliceret som følge af det regionale patientklagenævns tilsidesættelse af beslutningen om den tvangsmedicinering, som den psykiatriske afdeling og Retslægerådet fandt klart indiceret i betragtning af patientens paranoide psykose. Retten fandt tvangstilbageholdelsen lovlig og anerkendte hermed et nødvendigt grundlag for tvangsbehandlingen. Det regionale klagenævn synes at have lagt større vægt på patientens udtalelse og adfærd under nævnsmødet end på de lægelige udsagn og har hermed i højere grad end vanligt foretaget en konkret, selvstændig vurdering.

Den psykiatriske afdeling valgte at udskrive patienten, fordi fortsat ufrivilligt ophold uden medikamentel behandling var uden mening, men afdelingen må formodes at have anket afgørelsen af principielle grunde.

Retterne og patientklagenævnene - og også Retslægerådet - behandler sagerne uafhængigt af hinanden, og afgørelser kan krydse hinanden under forløbet. Også embedslægen var inddraget i undersøgelsen under ankesagen.

Et sådant forløb kan altså blive resultatet af den delte klagevej i psykiatriloven, hvilket i særdeleshed kan medføre komplikationer ved uoverensstemmende afgørelser, eftersom der er en nær sammenhæng mellem berettiget tvangstilbageholdelse og medikamentel behandling, om nødvendigt ved tvang.

Som tidligere nævnt har rådet hidtil kun haft enkelte sager fra patientklagenævnenes virksomhed, og rådet blev her først spurgt under ankesagen, som blev afgjort inden rådets udtalelse nåede frem.

Rådet har tidligere i årsberetningerne for 1991 og 1992 kommenteret andre sager med rettens godkendelse af frihedsberøvelse efter patientklagenævnets afvisning af tvangsbehandling (sag nr. A 31164 og sag nr. A 32518).

Det fremgår af retslægerådsudtalelsen af 26.05.93, at undersøgelse og eventuel behandling også af den somatiske lidelse (blodtryksforhøjelsen) bidrog til indikationen for tvangsindgrebet. Rådets svar om præparatvalg, som har en vis principiel karakter, følger forskriften i psykiatrilovens § 12, stk. 2, om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ifølge bekendtgørelsen om tvangsbehandling bør depotpræparater i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender, men som angivet i rådets udtalelse kan valget af depotpræparat vise sig at være det skånsomste, idet denne applikation forudsætter, at man har prøvet samme stofs kortvarende virkning. Præparatvalg og applikationsform må også vurderes efter det mindste middels princip.