

**Retslægerådets
årsberetning
1995**

ISSN 0906-4567
ISBN 87-89648-01-3

J.H. Schultz Grafisk A/S

Indholdsfortegnelse

	Side
Forord	5
Retslægerådets organisation, lovbestemmelser m.v.	6
Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet	8
Retslægerådets medlemmer	9
Sagkyndige anvendt i 1995	10
Retslægerådets sekretariat	21
Sager behandlet i Retslægerådet 1995	22
Dødsfald i forbindelse med trafikulykke - utilstrækkelig efterforskning ...	25
Traumatisk betændelse i bugspytkirtlen hos et barn.....	27
Fontex-sagen	35
Medicinsk kastration hos person med risiko for udvikling af leverkræft? ..	41
Bombemand med hallucinationer	47
Retslægerådets funktion - dissens	53
Behandlingssvigt.....	59
Syfilistisk sindssygdom på gerningstiden - ingen foranstaltning	65
Sindssyg på gerningstidspunktet, men idømt almindelig straf	69
Umyndiggørelse - dårligt oplyst sag.....	75
Farlighedsvurdering af psykisk syge og/eller personligheds- forstyrrede kriminelle	77
Patologisk rustilstand	81
Reobservation ved et af Retslægerådets medlemmer, jf. forretningsordenens § 5.....	89
Vellykket behandlingsforløb efter dom til særforanstaltning for drab under "abnorm enkeltreaktion"	99
Klage over indlæggelse i medfør af dom til ambulat psykiatrisk behandling	101
Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.....	105

Forord

Hermed udsendes Retslægerådets årsberetning for 1995. Den forholdsvis sene udgivelse skyldes bl.a., at rådet som hovedregel ikke ønsker at fremlægge sager, som ikke er endeligt afgjort ved den instans, som har afgørelseskompetence. Fra Retslægerådet har udtalt sig i en given sag, og til sagen finder sin endelige afslutning, kan der meget vel gå 1-2 år.

Beretningen indeholder som sædvanlig en lang række enkeltsager, som skønnes af mere almen interesse - i denne årsberetning overvejende fra rådets afdeling for retspsykiatri.

Det er hensigten hvert tredje år at publicere et stikordsregister over de emner, som er behandlet i årsberetningerne. Det sidste stikordsregister findes i årsberetningen for 1994, hvortil interesserede læsere henvises.

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. Sådan forhandling skal altid finde sted i tilfælde, hvor der er væsentlig uoverensstemmelse mellem en i embedsmedfør 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).

Professor, overlæge, dr.med. Ralf Hem-
mingsen,
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, cheflæge, dr.med.
Niels Reisby,
Psykiatrisk Hospital, Risskov
(psykiatri).

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

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

Sagkyndige anvendt i 1995

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

13. Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen,
Hvidovre Hospital,
Neuromedicinsk afdeling
(neuromedicin)
14. Chefpsykolog Peter Bruhn,
Rigshospitalet,
Neurocentret
(neuropsykologi)
15. Professor, overlæge, dr.med.
Cody Eric Bünger,
Århus Kommunehospital,
Kirurgisk afdeling E
(ortopædi)
16. Speciallæge, dr.med.
Christian Broen Christensen,
Farum,
(farmakologi)
17. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Juel Christensen,
Amtssygehuset i Herlev,
Medicinsk- endokrinologisk
afdeling
(medicin)
18. Professor Freddy Christiansen,
Århus Universitet,
Afdeling for Genetik og Biologi
(genetik)
19. Overlæge Jens Krogh
Christoffersen,
Amtssygehuset i Gentofte,
Urologisk- karkirurgisk
afdeling H
(kirurgi)
20. Overlæge, dr.med. Leif Corydon,
Vejle Sygehus,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
21. Professor, overlæge, dr.med.
Ronald Dahl,
Århus Kommunehospital,
Lungemedicinsk afdeling B
(medicin)
22. Overlæge, dr. med. Mogens Dam,
Hvidovre Hospital,
Neuromedicinsk Afdeling
(neuromedicin)
23. Overlæge, dr.med.
Torsten Deckert,
Steno Diabetes Center i Gentofte,
Medicinsk endokrinologisk
afdeling
(medicin)
24. Overlæge, dr.med. Sven Dorph,
Amtssygehuset i Herlev,
Røntgenafdelingen
(radiologi)
25. Overlæge Ole Ejner Drachmann,
Amtssygehuset i Glostrup,
Klinisk immunologisk afdeling og
blodbank
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
26. Overlæge, dr.med.
Aage Drivsholm,
Rigshospitalet,
Medicinsk-hæmatologisk
afdeling L
(medicin)

27. Overlæge, dr.med.
Krzysztof T. Drzewiecki,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCenteret,
Plastikkirurgisk afdeling
(plastikkirurgi)
28. Overlæge Esben Dybkjær,
Hvidovre Hospital,
Klinisk immunologisk afdeling og
blodbank
(medicin)
29. Overlæge Jørgen Ewald,
Odense Universitetshospital,
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
30. Professor, dr. med. Erling Falk,
Skejby Sygehus,
B-Forskning
(retsmedicin)
31. Lektor, lic. pharm. Søren Felby
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
32. Overlæge, dr. med.
Anders Fischer,
Amtssygehuset i Gentofte,
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
33. Overlæge, dr. med.
Bo Feldt-Rasmussen,
Rigshospitalet,
Abdominalcenteret,
Afdeling P (nefrologi)
(medicin)
34. Overlæge, dr. med.
Hans C. Fledelius,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
35. Overlæge, dr. med. Jes Gerlach,
Sankt Hans Hospital,
Afdeling P
(psykiatri)
36. Overlæge Vibeke Vejlsgaard
Goldschmidt,
Hillerød Sygehus,
Børne- og ungdomspsykiatrisk
afdeling M
(børnepsykiatri)
37. Administrerende overlæge
Peter Gottlieb,
Sankt Hans Hospital,
Psykiatrisk afdeling R
(psykiatri)
38. Professor, overlæge, dr.med.
Eilif Gregersen,
Rigshospitalet,
Øjenafdeling E
(oftalmologi)
39. Professor, dr.med.
Markil Gregersen,
Århus Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
40. Overlæge, dr.med. Ole Greisen,
Aalborg Sygehus Syd,
Øre-, næse- og halsafdeling H
(oto-rhino-lar.)

41. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
42. Administrerende overlæge
Niels Hahnemann,
Aalborg Sygehus Nord,
Gynækologisk afdeling
(gynækologi-obstetrik)
43. Professor, overlæge, dr.med.
Tage Hald,
Amtssygehuset i Herlev,
Urologisk afdeling H
(kirurgi)
44. Apoteker Vagn Handlos,
Rigshospitalet,
Apoteket
(farmakologi)
45. Overlæge Ib Hansen,
Vejle Sygehus,
Arbejdsmedicinsk afdeling
(arbejdsmedicin)
46. Overlæge
Jens E. Mølholm Hansen,
Amtssygehuset i Herlev,
Medicinsk endokrinologisk
afdeling F
(medicin)
47. Professor, overlæge, dr. med.
Stig Haunsø,
Rigshospitalet, Hjertecenteret,
Medicinsk afdeling B
(medicin)
48. Overlæge Gitte Juel Henningsen,
Amtssygehuset i Glostrup,
Børnepsykiatrisk afdeling Q
(børnepsykiatri)
49. Fhv. afdelingsleder, dr.med.
Klavs Henningsen,
Skodsborg,
(paternitetssager)
50. Professor, overlæge, dr.med.
Preben Hertoft,
Rigshospitalet,
Sexologisk klinik
(kønsskifte)
51. Overlæge, dr. med. Ib Hessov,
Århus Amtssygehus,
Kirurgisk afdeling L
(kirurgi)
52. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup,
Amtssygehuset i Glostrup,
Odontologisk afdeling
(odontologi)
53. Professor, dr.odont.
Erik Hjørtning-Hansen,
Københavns Tandlægeskole,
Afdeling for tand- mund- og
kæbekirurgi
(odontologi)
54. Overlæge, dr. med. Per Holstein,
Bispebjerg Hospital,
Thorax- kar kirurgisk afdeling L
(kirurgi)

55. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Klinisk mikrobiologisk afdeling
(mikrobiologi)
56. Chefsygeplejerske Agnete Iversen,
Psykiatrien i Århus Amt
(sygeplejefagligt)
57. Overlæge, dr.med.
Anders Kristian M. Jakobsen,
Vejle Sygehus,
Onkologisk afdeling
(onkologi)
58. Lektor Jan Jakobsen,
Retsmedicinsk Institut,
Retspatologisk afdeling
(odontologi)
59. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen,
Århus Kommunehospital,
Neurologisk afdeling F
(neuromedicin)
60. Overlæge Erik Gert Jensen,
Sønderborg Sygehus,
Ortopædkirurgisk afdeling O
(ortopædi)
61. Overlæge, dr.med.
Erik Martin Jensen,
Bispebjerg Hospital,
Reumatologisk afdeling H
(medicin)
62. Overlæge, dr. med.
Gorm B. Jensen,
Hvidovre Hospital,
Kardiologisk afdeling
(medicin)
63. Overlæge, dr.med.
Hans-Eric Jensen,
København,
Speciallægeklinik
(kirurgi)
64. Professor, overlæge, dr.med.
Bent Juhl,
Århus Kommunehospital,
Anæstesiologisk afdeling og
intensiv afdeling N
(anæstesiologi)
65. Overlæge, dr.med.
Hans E. Jørgensen,
Amtssygehuset i Herlev,
Nefrologisk afdeling B
(alkoholpåvirkethed)
66. Lektor Elisabeth Kaa,
Århus Universitet,
Retskemisk afdeling
(kemi)
67. Overlæge, dr.med. Jens Kamper,
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
(pædiatri)
68. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet,
Hvidovre Hospital,
Kirurgisk-gastroenterologisk
afdeling
(kirurgi)

69. Oversygeplejerske
Gitte Kosakewitsch,
Hvidovre Hospital,
Reumatologisk afdeling
(sygeplejefagligt)
70. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)
71. Overlæge, dr.med. Christen Krag,
Amtssygehuset i Herlev,
Plastikkirurgisk afdeling V
(plastikkirurgi)
72. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Krasilnikoff,
Hvidovre Hospital,
Børneafdelingen
(pædiatri)
73. Overlæge, dr.med.
Jørgen Kvist Kristensen,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
74. Overlæge, dr. med. Erik Krogh,
Amtssygehuset i Herlev,
Øjenafdeling Ø 124
(oftalmologi)
75. Lektor, dr.med.
Jens Anker Larsen,
Egå,
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
76. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen,
Aalborg Sygehus Syd,
Medicinsk afdeling B
(medicin)
77. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Ortopæd-kirurgisk afdeling U
(ortopædi)
78. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Lund-Andersen,
Amtssygehuset i Herlev,
Øjenafdeling Ø 124
(oftalmologi)
79. Overlæge, dr. med.
Hans Løkkegaard,
Amtssygehuset i Herlev,
Nefrologisk afdeling B
(medicin)
80. Professor, dr.med.
Carl Erik Mabeck,
Århus Universitet,
Institut for Almen Medicin
(almen medicin)
81. Afdelingsleder, dr. med.
Joop Madsen,
Københavns Universitet,
Medicinsk- Fysiologisk Institut
(fysiologi)
82. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Medicinsk afdeling TA
(medicin)

83. Professor, overlæge, dr. med.
Torkil Menné,
Amtssygehuset i Gentofte,
Dermatologisk afdeling K
(dermatologi)
84. Overlæge, dr. med.
Flemming A. Moesgaard,
Hvidovre Hospital,
Kirurgisk - gastroenterologisk
afdeling
(kirurgi)
85. Professor, overlæge, dr.med.
Carl Erik Mogensen,
Århus Kommunehospital,
Medicinsk afdeling M
(medicin)
86. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensen,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Anæstesiaafdeling AN
(anæstesiologi)
87. Afdelingsleder, dr. med.
Niels Morling,
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut,
Retsgenetisk afdeling
(retsmedicin)
88. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen,
Odense Universitetshospital,
Øjenafdeling E
(oftalmologi)
89. Overlæge, dr.med. Ole Munck,
Gentofte,
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
90. Professor, dr.odont. Egild Møller,
Københavns Tandlægeskole,
Afdeling for bidfunktioner og
oralfysiologi
(odontologi)
91. Overlæge, dr.med.
Bent Lyager Nielsen,
Odense,
(medicin)
92. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen,
Hvidovre Hospital,
Infektionsmedicinsk afdeling
(medicin)
93. Vicesstatsobducent, dr.med.
Nils Højgaard Nielsen,
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
94. Overlæge, dr.med.
Steen Levin Nielsen,
Amtssygehuset i Herlev,
Fysiologisk/nuklearmedicinsk
afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
95. Overtandlæge Sven Nielsen,
Helsingør Kommune,
Espergærde
(odontologi)
96. Jordemoder Anette Nonboe,
Århus Kommunehospital,
Fødegangen
(jordemoderforhold)

97. Overlæge dr. med. Henrik Olesen,
Rigshospitalet,
Laboratoriecentret,
Afdeling KB
(biokemi)
98. Overlæge Niels Ovesen,
Århus Kommunehospital,
Neurokirurgisk afdeling GS
(neurokirurgi)
99. Professor, overlæge, dr.med.
Bent S. Ottesen,
Hvidovre Hospital,
Gynækologisk obstetrisk afdeling
(gynækologi-obstetrik)
100. Overlæge, dr.med. Henrik Oxhøj,
Odense Universitetshospital,
Klinisk fysiologisk
nuklearmedicinsk afdeling
(klinisk fysiologi)
101. Professor, overlæge, dr.med.
P. Kildeberg Paulsen,
Skejby Sygehus,
Hjerte-lunge-karkirurgisk
afdeling T
(kirurgi)
102. Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
103. Overlæge dr. med.
Peter Bernth Petersen,
Hvidovre Hospital,
Oftalmologisk afdeling
(oftalmologi)
104. Overlæge Sten Petersen,
Rigshospitalet, Juliane Marie
Centret
Neonatalafdeling GN
(neonatalogi)
105. Professor, overlæge, med.dr.
Bengt Gösta Petterson,
Rigshospitalet, Hjertecentret,
Kirurgisk afdeling RT
(thoraxkirurgi)
106. Professor, dr. med.
Henrik Enghusen Poulsen,
Københavns Universitet,
Farmakologisk Institut
(farmakologi)
107. Professor, overlæge, dr. med.
Jan Ulrik Prause,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
108. Afdelingslæge Alan Rabøl,
Rigshospitalet,
Billeddiagnostisk center,
Afdeling KF
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
109. Overlæge, dr.med. Fritz E. Rank,
Bispebjerg Hospital,
Patologisk institut afdeling 2896
(patologi)
110. Adm. overlæge, dr.med.
Finn Vejøl Rasmussen,
Hillerød Sygehus,
Medicinsk afdeling B
(medicin)

111. Cheftandlæge, dr. odont.
Ole Collin Rasmussen,
Hillerød Sygehus,
Odontologisk afdeling
(odontologi)
112. Overlæge Carsten Rose,
Odense Universitetshospital,
Onkologisk- radioterapeutisk
afdeling R
(hæmatologi-onkologi)
113. Overlæge, dr.med. Jarl Rosenørn,
Amtssygehuset i Glostrup,
Neurokirurgisk afdeling H
(neurokirurgi)
114. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Rovsing,
Hvidovre Hospital,
Røntgenafdelingen
(radiologi)
115. Cheftandlæge Bjørn Russel,
Vangedehuse, Gentofte,
(odontologi)
116. Overlæge, dr.med. Erik Sandøe,
Rigshospitalet,
Hjerte- og kredsløbs afdeling B
(medicin)
117. Professor, overlæge, dr.med.
Ove B. Schaffalitzky de
Muckadell,
Odense Universitetshospital,
Gastro- enterologisk afdeling S
(medicin)
118. Professor, dr.med. Jens S. Schou,
Københavns Universitet,
Farmakologisk Institut
(farmakologi)
119. Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Karkirurgisk afdeling RK
(kirurgi)
120. Specialtandlæge i ortodonti
Susanne Siersbæk-Nielsen,
Bybækskolernes tandklinik,
Farum
(ortodontologi)
121. Professor, overlæge, dr.med.
Anne Katrin Sjølie,
Århus Kommunehospital,
Øjenafdeling J
(oftalmologi)
122. Professor, overlæge, dr.med. Niels
Erik Skakkebak,
Rigshospitalet,
Juliane Marie Centret,
Indokrinologisk afd.
(vækst og reprod.)
123. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Skinhøj,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Epidemi klinik
(medicin)
124. Professor, dr.med. Otto Sneppen,
Ortopædisk Hospital Århus,
Ortopædisk afdeling
(ortopædi)

125. Overlæge, dr.med. Kristian Stengaard-Pedersen, Århus Kommunehospital, Reumatologisk afdeling (medicin)
126. Overlæge Niels Stephensen, Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling (ortopædi)
127. Overlæge, dr.med. Svend Strandgaard, Amtssygehuset i Herlev, Nefrologisk afdeling B (medicin)
128. Professor, overlæge, dr.med. Arne Svejgaard, Rigshospitalet, Laboratoriecentret, Afdeling KL (genetik)
129. Overlæge, dr.med. Henning Sørensen, Rigshospitalet, Laboratoriecentret, Afdeling KL (klinisk immunologi)
130. Overlæge dr. med. Mogens Bredgaard Sørensen, Hvidovre Hospital, Anæstesiologisk afdeling (anæstesiologi)
131. Professor, overlæge, dr.med. Thorkil Sørensen, Odense Universitetshospital, Psykiatrisk afdeling P (psykiatri)
132. Speciallæge, dr.med. Ole Thage, Albertslund, (neuromedicin)
133. Overlæge, dr.med. Bjarne Svalgaard Thomsen, Amtssygehuset i Herlev, Fysiurgisk/reumatologisk afdeling (medicin)
134. Professor, lektor Jørgen Lange Thomsen, Odense Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin)
135. Professor, overlæge, dr.med. P.E. Bloch Thomsen, Amtssygehuset i Gentofte, Kardiologisk afdeling P (medicin)
136. Overlæge John Thygesen, Vejle Sygehus, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi)
137. Professor, overlæge, dr.med. Mirko Tos, Amtssygehuset i Gentofte, Øre-, næse- og halsafdeling E (oto-rhino-lar.)
138. Professor, overlæge dr.med. Niels Tygstrup, Rigshospitalet, Abdominalcentret, Hepatologi samt ernæringsenhed (medicin)

139. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret,
Ortopædkirurgisk afdeling U
(ortopædi)
140. Professor, overlæge, dr.med.
Else K. Tønnesen,
Odense Universitetshospital,
Anæstesiologisk afdeling V
(anæstesiologi)
141. Overlæge Niels Valentin,
Amtssygehuset i Gentofte,
Anæstesiologisk afdeling
(anæstesiologi)
142. Vicestatsobducent Annie Vesterby,
Århus Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
143. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum,
Bispebjerg Hospital,
Lungemedicinsk afdeling P
(medicin)
144. Overlæge Sven Viskum,
Aalborg Sygehus Nord,
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
145. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Wolf,
Skejby Sygehus,
Urologisk afdeling K
(kirurgi)
146. Chefpsykolog Rut Gunilla Øberg,
Bartholin Institut
(neuropsykologi)

Retslægerådets sekretariat

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

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand. jur. Eva Carpentier

Medicinske sekretærer

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

Sekretærer

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.
Assistent Annelise Gersby Jacobsen.
Assistent Connie Thenning Pedersen (fuldtid fra 01.07.95)
Assistent Alice Christoffersen (deltid) til 30.06.95

II. Sager behandlet i Retslægerådet 1995

A.	Psykiatriske sager.....	763
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse.....	368
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	10
D.	Faderskabssager	327
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	323
F.	Administrative sager m.v.	210
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	43
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	115
I alt		2159

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	321
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	214
Ændring i strafferetlig foranstaltning	195
Ophævelse af farlighedsdekret	9
Overførsel til sikringsanstalten	5
Umyndiggørelser	3
Benådning	5
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	11
I alt	763

Ad B-sager

Sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	198
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	170
I alt	368

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte.....	4
Ændring af navn/cpr.nr.....	6
I alt	10

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner.....	143
Arbejdsskader/ulykker.....	67
Erstatning, pensionssager m.v.....	53
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.....	28
Aldersbestemmelse.....	14
Ikke-psykiatriske benådningssager.....	1
Diverse.....	17
I alt	323

Dødsfald i forbindelse med trafikulykke – utilstrækkelig efterforskning

En 76-årig kvinde blev som fodgænger påkørt af en bil, hvorved hun slyngedes hen ad vejbanelen. Døden indtrådte 3 dage senere, og anklagemyndigheden overvejede at rejse sigtelse for uagtsomt manddrab mod føreren af bilen, men måtte afstå herfra, idet det ikke var muligt at få belyst ulykkesmekanismen nærmere, formentlig som følge af, at man havde undladt retslægelig obduktion (E 8204).

Sagen omhandler en 76-årig kvinde, som blev påkørt af en personbil. Hun blev indbragt bevidstløs til en neurokirurgisk afdeling, hvor døden indtrådte 3 døgn senere. Nu afdødes pårørende nedlagde forbud mod obduktion. Der blev således alene afholdt et retslægeligt ligsyn.

Føreren af ulykkesbilen har oplyst, at han efter en overhaling pludselig opdagede nu afdøde, som gik foran vognen. Føreren har oplyst, at nu afdøde blev ramt på sin venstre side. Flere andre vidneudsagn har været divergerende, og nogle har givet udtryk for, at nu afdøde blev ramt på højre side.

Under sine overvejelser om tiltalerejsning anmodede anklagemyndigheden Retslægerådet om en udtalelse om, hvorvidt den afdødes kvæstelser mest sandsynligt måtte være opstået ved, at køretøjet ramte hende på højre side, eller om kvæstelserne i højre side af kroppen mest sandsynligt var forårsaget af det efterfølgende fald mod jorden.

Retslægerådet svarede således:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet udtale, at en retslig obduktion sandsynligvis ville kunne have klarlagt påkørselsretningen. Afdødes læsioner kan både være opstået ved selve påkørslen, ved den efterfølgende kontakt med bilen, da hun blev slynget op i luften og i faldet mod gaden. Der er beskrevet både højresidige og venstresidige læsioner, dog med overvægt mod højre. Det er herefter ikke muligt at fastslå, om køretøjet har ramt nu afdøde på højre side af kroppen, men ved en helhedsvurdering anses dette for mere sandsynligt end venstre side".

Anklagemyndigheden har senere meddelt, at myndigheden har opgivet at rejse tiltale for uagtsomt manddrab m.v. mod føreren af bilen. Anklagemyndigheden har ved sin afgørelse lagt vægt på, at et vidne samt føreren mener, at afdøde gik over vejen fra højre side i førerens retning. Et vidne mener at have set afdøde stå midt på

vejen. Retslægerådet har udtalt, at man ikke ud fra kvæstelserne kan fastslå, hvilken side af kroppen, der blev ramt af bilen. På denne baggrund vil det ikke kunne bevises, at afdøde gik over vejen fra venstre side, og at føreren har handlet uagtsomt.

Kommentar

I nogle tilfælde er det muligt ved en ob-

duktion efter undersøgelse af f.eks. benbrud med sikkerhed at sige, i hvilken retning, den pågældende er blevet påkørt. Dette er ikke muligt ved et retslægeligt ligsyn alene. Sagen er således et eksempel på, at politimyndigheden allerede ved ligsynet, på hvilket tidspunkt anklagemyndigheden endnu ikke kender sagen, har truffet en beslutning, som vanskeliggør videre retsforfølgning af sagen.

Traumatisk betændelse i bugspytkirtlen hos et barn

5-årig pige fik i forbindelse med et fald med en cykel et slag i maven. Undersøgt af flere praktiserende læger, og indlagt to gange på sygehus, hvor hun 7 uger efter ulykkestilfældet blev opereret for en voldeligt betinget bugspytkirtelbetændelse. Døden indtrådte 7 dage efter operationen. Såvel Retslægerådet som Patientklagenævnet fandt anledning til at kritisere den lægelige indsats. (E7802).

En 5-årig pige falder og bliver ramt af et cykelstyr opadtil i maven d. 18.12.91. Hun bliver undersøgt af praktiserende læge A d. 19.12.91. Han finder ikke noget abnormt, men tilbyder indlæggelse på Centralsygehuset. Man enes om at se tiden an til næste dag, hvor han indlægger barnet med spændt mave på børneafdelingen i kirurgisk regi. Kirurgisk 1. reservelæge foranstalter en ultralydundersøgelse af bugen, der viser fri væske i bækkenet og lidt fri væske i nedre højre side af bugen og under højre leverlap. Bugspytkirtlen visualiseres ikke, da der er rigelig luft i tarmen. Milt, lever og nyrer findes normale. Røntgenoversigt viser ikke fri luft, men rigelig luft i tarmkanalen og en indhældning af kontrast viser tøvende, men normal passage gennem tolvfingertarmen uden lækage. Man mistænker mulig blødning i tarmkrøset, men da tilstanden er noget bedre, udskrives patienten 23.12.91 uden yderligere undersøgelser og uden aftale om kontrol. Hjemme er patienten smerteklagende og uden appetit, hvorfor praktiserende læger A og B konsulteres 27. og 30.12.91 samt 02., 03., og 06.01.92,

hvor hun genindlægges på Centralsygehusets børneafdeling. Her finder man tegn på betændelse i bugspytkirtlen (svært forhøjet plasma-amylase), og kirurgisk tilsyn ved overlæge ordinerer såkaldt bugspytkirtel regime og ultralydundersøgelse, der viser betændelse i bugspytkirtlen med væskehulrum (pseudocyste). Der er ingen fri væske i bughulen. Ved ny ultralydscanning 15.01.92 er forholdene forværret, idet der nu også er kommet væske i bughulen (pankreatisk ascites). Fornyet kirurgisk tilsyn 19.01.92 giver anledning til CT-scanning, og man overvejer operation. Patienten overflyttes derfor 20.01.92 til intensiv afdeling. Den 22.01.92 foretages ultralydvejledt cystepunktur. Endoskopisk undersøgelse (ERCP, kikkertundersøgelse) viser kontrastudsivning i cystehulrum, men tilsyneladende ingen videre kommunikation ud i bughulen. På grund af feber, tiltagende smerter og udspilet bug, opereres 24.01.92, hvor man finder svær bugspytkirtelbetændelse med vævsdød og tarpåvirkning. Der dræneres og anlægges en kunstig tarmåbning (transversostomi). I det videre for-

løb behandles patienten for blodforgiftning og er i respirator. Hun er i epidural- og systemisk smertebehandling med morfin og Vilan og sløves med Dormicum og Mebumal. 31.01 finder man, at det er sandsynligt, at hun kan klare sig uden respirator. Man fjerner derfor respirations-tuben i luftrøret i ringe tidsmæssig afstand fra de sidste doser af medicinen, men hun bliver kortåndet med faldende iltmætning af blodet. Der ventileres nu på maske og man re-intuberer for at genoptage respiratorbehandlingen. I tilslutning her-til får hun hjertestop og dør. Ved obduktion fandtes den umiddelbare dødsårsag at være iltmangel og den til- grundliggende dødsårsag betændelse af bugspytkirtlen.

Fra forældrene foreligger et meget om- fattende klagemateriale. Sundhedssty- relsen har fremskaffet materialet til brug for Patientklagenævnet og har i den sammenhæng stillet følgende spørgsmål til Retslægerådet.

Spørgsmål 1:

Er det en fejl, at der ikke bliver undersøgt for forhøjede amylaser ved indlæggelsen 20.12.1991 ?

Efter Retslægerådets opfattelse er det en fejl, at der ikke umiddelbart ved ind- læggelsen på kirurgisk afdeling den 20.12.91 blev foretaget undersøgelse af serum-amylasen, idet mistanken om pancreaslæsionen måtte være tilstede.

Spørgsmål 2:

Er den givne undersøgelse og observation under 1. indlæggelse på børneafdelingen i tiden 20.12.- 22.12.91 tilstrækkelig ?

Retslægerådet finder, at undersøgelse og observation frem til den 22.12.91 var utilstrækkelig. Den foreliggende ultra- lydundersøgelse af abdomen visualise- rede ikke pancreas, og man opnåede in- gen forklaring på den påviste frie væ- ske i abdomen. På baggrund heraf, fin- der Retslægerådet det kritisabelt, at pa- tienten blev udskrevet fra hospitalet kun 2 dage efter indlæggelsen, og at der ikke blev aftalt en hurtig efterføl- gende ambulans kontrol på hospitalet.

Spørgsmål 3:

Burde der ved røntgenundersøgelsen den 20.12.91 have været reageret på den tø- vende passage af kontrasten ved overgan- gen mellem 2. og 3. stykke af duodenum ?

Den foreliggende røntgenundersøgelse af ventrikel og duodenum blev udført med vandig kontrast i saftvand. Un- dersøgelsen havde til formål at se, hvorvidt der forelå en lækage af duo- denum. Den tøvende passage mellem duodenum 2. og 3. stykke er en for upræcis beskrivelse til, at man kan til- lægge den betydning.

Spørgsmål 4:

Er den undersøgelse, der er foretaget ved de praktiserende læger i mellem de 2 indlæg- gelser tilstrækkelig ?

I perioden den 22.12.91-06.01.92 blev patienten undersøgt 5 gange af praktiserende læger. Hvordan disse undersøgelser forløb er ikke beskrevet. Anamnesen med abdominalt traume og fortsatte mavesmerter samt opkastninger burde have foranlediget indlæggelse på kirurgisk afdeling på et tidligere tidspunkt.

Spørgsmål 5:

Ved indlæggelsen 06.01.92 blev diagnosen pancreatitis acuta stillet. Burde barnet da have været overflyttet til specialafdeling ?

Da diagnosen traumatisk pancreatitis var stillet 06.01.92, burde behandlingen af barnet være overgået til kyndig kirurgi i betragtning af, at lidelsen er sjælden og behandlingen vanskelig. Dette ville normalt indebære overflytning til en kirurgisk afdeling, men kunne godt tænkes udført i tæt samarbejde med børnelæger, mens patienten fortsat var indlagt på børneafdelingen. Retslægerådet kan ikke tage stilling til visitationsspørgsmål og kan ikke vurdere, om ovenstående kunne være opnået lokalt, eller om patienten burde have været overflyttet.

Spørgsmål 6:

Burde barnet overflyttes til kirurgisk regi straks efter 1. tilsyn ved læge fra kirurgisk afdeling ?

Er den observation og behandling, der blev iværksat på børneafdelingen tilstrækkelig, eller burde der på et tidligere tidspunkt være foretaget kirurgisk indgreb ?

Er den observation, der er foretaget på børneafdelingen ved indlæggelsen fra 06.-20.01.92 tilstrækkelig ?

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 5. Efter Retslægerådets opfattelse burde der - efter påvisning af betydelige væskemængder i bughulen som udtryk for en pankreatogen ascites - være foretaget et operativt indgreb på et tidligere tidspunkt.

Spørgsmål 7:

Er den væskebehandling, der er gennemført på børneafdelingen tilstrækkelig ?

Er den mangelfuld i en grad, at det kan betegnes som en grov fejl ?

Ved genindlæggelsen 06.01.92 er indlæggelsesdiagnosen dehydratio. Umiddelbart opsættes der intravenøs drop med børneblanding.

Den 08.01.92 anmoder man om centralt kateter med henblik på intravenøs ernæring. Hendes daglige behov anslås til 1280 ml + 400 ml for tab via ventrikelsonden. Det er måske lidt lavt anslået, måske fordi hendes aktuelle vægt 16 kg, var mindre end hendes normale vægt 20 kg. Rehydreringbehovet er ikke journaliseret. Skema for elektrolyt- og væskebalance er ført fra d. 06.01.92 (indlæggelsen på børneafdelingen) til 19.01.92, da hun overflyttes til intensivafdelingen. De spontane døgndiureser varierer mellem 500 ml og 1 liter. En enkelt dag dog 300 ml (den 07.01.92 det vil sige dagen efter indlæggelsen). De urinvægtfylder, der foreligger, varierer fra 1.011 til 1.015. Disse informationer

tyder ikke på, at hun er underforsynet med væske i det pågældende tidsrum. Den beregnede væskebalance varierer omkring 0, med en anslået perspiration på 520 ml (et rimeligt skøn). Væskesequestreringen i abdomen er der ikke skønnet over. Elektrolytvariationerne er upåfaldende. Intravenøs ernæring blev givet i fuld dosering, efter at det centrale kateter var etableret, men i de 2 første dage den 06.01.92 og 07.01.92 ca. i halv-dosis.

Ud fra dette er Retslægerådets konklusion, at den væskebehandling, der blev gennemført på børneafdelingen, var tilstrækkelig.

Spørgsmål 8:

Burde de ved scanning påviste cyster på et tidligere tidspunkt have været punkteret, og burde der tidligere være foretaget ERCP ?

De påviste cyster i pancreas blev fulgt ved gentagne ultralydundersøgelser, og Retslægerådet finder derfor ikke, at punktur på et tidligere tidspunkt ville være indiceret. Derimod finder Retslægerådet, at det er kritisabelt, at der ikke blev foretaget ultralydvejledt punktur af abdomen, efter at der ved ultralydundersøgelse var påvist betydelige væskemængder i abdomen. En påvisning af pankreatogen ascites ville have fremrykket endoskopisk undersøgelse af bugspytkirtlen (ERCP).

Spørgsmål 9:

Har personalet på børneafdelingen været tilstrækkeligt ihærdige i deres observation af barnet?

Der findes journalnotater fra alle dagene på børneafdelingen med en enkelt undtagelse. Det siger ikke noget om observationsniveauet. Der findes ikke noget skema, der viser hyppige registreringer af blodtryk, puls og temperatur, hvis der tænkes på det. Som supplement til journalen foreligger sygeplejerskernes kardex. Retslægerådets skøn er, at hun er observeret på samme måde, som børn observeres på en almindelig børneafdeling, og det er naturligvis forskelligt fra observationsniveauet på en intensiv afdeling.

Spørgsmål 10:

Har den information, der er givet til forældrene været tilstrækkelig omhyggelig ?

Spørgsmålet falder udenfor Retslægerådets sagsområde.

Spørgsmål 11:

Er der sket fejl ved anlæggelse af det højresidige jugulariskateter ?

Burde det have været lagt om tidligere, da det i følge det oplyste generede barnet ?

Nej, det anlagte højresidige jugulariskateter var indlagt korrekt med spidsen midt i vena cava superior. Retslægerådet finder ikke - ud fra det oplyste - at kateteret burde have været lagt om tidligere end gjort.

Spørgsmål 12:

Er operationen den 24.01.92 gennemført forskriftsmæssigt ?

Operationen den 24.01.92 blev udført korrekt.

Spørgsmål 13:

Er barnet observeret tilstrækkeligt ihærdigt på intensivt afsnit ?

Ud fra de foreliggende papirer kan Retslægerådet ikke udtale sig om observationsniveauet på intensiv afdelingen. Det kumulative væskeregnskab for intensiv afdelingen (fra 20.01.92 - 30.01.92, det vil sige 11 døgn) viser en samlet positiv balance på 3,5 liter (perspiration anslået til 200 ml - patienten var i respirator). Den daglige indgift af intravenøs ernæring og væskebalance skønnes at have været sufficient.

Spørgsmål 14:

Vedrørende selve extubationen, er denne tilstrækkelig omhyggeligt planlagt ?

Foregår den på et optimalt tidspunkt i forløbet ?

Burde barnet have været udtrappet af respiratoren over længere tid ?

Hvad skyldes de vejrtræksmæssige problemer efter extubation ?

Er der fejl ved re-intubation ?

Extuberingen var planlagt. Observationer, der var foretaget under de sidste dages respiratorbehandling, herunder arteriepunkturer og røntgenundersøgelser af thorax, sandsynliggjorde, at patienten var ved at kunne klare sig

uden respiratoren. Extuberingen foregik derimod ikke på et optimalt tidspunkt. Det skyldes først og fremmest den medikamentelle påvirkning, som patienten stadig var under indflydelse af, da tuben blev fjernet. Efter operationen d. 24.01.92 fik hun anlagt et epiduralt kateter lumbalt. I dette blev der givet 2 mg morfin 4 gange i døgnet, desuden fik hun Vilan 3 mg intravenøst per time og infusion af Dormicum 5 mg per time, stigende til 12,5 mg per time. Fra dagen efter operationen (25.01.92) desuden Mebumal 20 mg intravenøst p.n. De sidste doser Mebumal var givet d. 31.01.92 kl. 04.00 og Vilan d. 31.01.92 kl. 06.00. Dormicuminfusionen fortsatte i uændret dosering. Epidural morfin var givet sidste gang om natten kl. 02.00.

Retslægerådet finder således, at hun fortsat var udtalt respiratorisk deprimeret, da hun blev extuberet. Observationerne og registreringen (A-punktur) af respiratoren burde være foretaget over et længere tidsrum. De vejrtrækningsmæssige problemer efter extubationen skyldes den respirationsdeprimerende virkning af de medikamenter, der var givet. Der ses ikke at være sket fejl ved re-intuberingen.

Spørgsmål 15:

Var den givne smertebehandling i forløbet tilstrækkelig ?

Det er vanskeligt at tage stilling til kvaliteten af den smertebehandling, der har været givet på børneafdelingen fra d. 06.- 20.01.92, men alt i alt vil Retslæ-

gerådet ud fra det oplyste anse den som tilfredsstillende, også under hensyn til nødvendigheden af at kunne observere udviklingen i tilstanden. Efter operationen d. 24.01.92 var smertebehandlingen meget intensiveret, jf. besvarelsen af spørgsmål 14.

Spørgsmål 16:

Har Retslægerådet i øvrigt kommentarer til sagen?

Nej.

Patientklagenævnet har afgjort sagen d. 18.06.96:

Patientklagenævnet finder, at den kirurgiske 1. reservelæge har overtrådt lægelovens paragraf 6, stk. 1, ved sine undersøgelser og behandling af patienten i dagene 20. - 22.12.91 på Centralsygehuset.

Nævnet har indskærpet overfor 1. reservelægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Patientklagenævnet finder endvidere, at den administrerende overlæge ved kirurgisk afdeling på Centralsygehuset overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, jf. paragraf 13, stk. 3, ved ikke at foranstalte det om patienten førte observationskema fra 20.- 22.12.91 opbevaret som en del af journalen.

Patientklagenævnet finder, at praktiserende læge B overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, ved sine undersøgelser

og behandling af patienten d. 30.12.91 i sin konsultation.

Patientklagenævnet finder, at praktiserende læge A overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1 og paragraf 13, stk. 1, ved sin behandling af patienten d. 03.01.92 i hjemmet og ved sin journalføring heraf.

Patientklagenævnet finder, at kirurgisk overlæge ved Centralsygehuset overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, ved ikke at foranledige, at den ultralydundersøgelse af patientens bug, han ordinerede 06.01.92, blev vurderet af ham selv eller anden kirurgisk læge.

Patientklagenævnet finder, at lægerne, kirurgisk afdeling, Centralsygehuset overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, jf. paragraf 13, stk. 2, ved ikke at tilse patienten, som primært lidende af en kirurgisk lidelse i dagene 07.01.92 - 19.01.92 under indlæggelsen på børneafdelingen, og ved ikke at journalføre deres vurderinger af de foretagne ultralydundersøgelser, og de behandlingsmæssige overvejelser undersøgelsesfundene måtte have medført. Afgørelsen er meddelt til den administrerende overlæge ved kirurgisk afdeling på Centralsygehuset.

Patientklagenævnet finder, at overlægen på børneafdelingen, Centralsygehuset, overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, ved ikke at foranledige den ultralydundersøgelse af patientens bug, overlægen ordinerede d. 13.01.92, blev vurderet af kirurgiske læger.

Patientklagenævnet finder, at børneoverlægen overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, ved ikke i konsekvens af ultralydscanningen d.15.01.92 at foranledige intensivering af smertebehandlingen.

Patientklagenævnet finder, at anæstesi-overlægen, Centralsygehuset overtrådte lægelovens paragraf 6, stk. 1, ved sin behandling d. 31.01.92.

Afgørelserne er truffet i henhold til paragraf 6, stk. 1 i lægeloven. Efter denne bestemmelse er en læge forpligtet til under udøvelsen af sin gerning at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Afgørelserne er videre truffet i henhold til lægelovens paragraf 13, stk. 1, 2 og 3. Efter disse bestemmelser påhviler det læger og sygehuse at føre ordnede optegnelser over deres behandling og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. Optegnelserne skal opbevares i mindst 10 år.

Kommentar:

Sagen illustrerer det meget lange tidsforløb, der ofte er tale om ved komplicerede sygdomsforløb. Patientklagenævnet har truffet en afgørelse 4½ år efter tildragelsen på basis af de foreliggende oplysninger.

Retslægerådet har været inddraget som beskrevet. Retslægerådet var meget kritisk, og i rådets behandling af sagen deltog speciallæger i almen medicin, anæstesiologi, pædiatri og kirurgi. Som ved alle Retslægeråds udtalelser er de voterende navngivne. Det fremgår ikke af Patientklagenævnets afgørelse, at Retslægerådet har været inddraget.

Sagen er medtaget, for at anskueliggøre de praktiske vanskeligheder, der kan opstå, når patienter med alvorlige og usædvanlige sygdomme bliver behandlet af læger fra forskellige specialafdelinger.

Fontex-sagen

29-årig mand, som var tiltalt for spirituskørsel, biltyveri og vold. Han havde haft et langvarigt misbrug af lighter gas, hash og afmagringspiller. I forbindelse med langvarig arbejdsløshed og et parforholds opløsning udviklede han en psykisk abnormtilstand af usikker natur og bliver efterfølgende i en to-årig periode behandlet med antidepressivt virkende medicin (Fontex®) og beroligende medicin. Lovovertrædelserne fandt sted i denne periode. Retslægerådet kunne ikke sikkert afgøre, om S havde været sindssyg og udtalte derfor, at det ikke kunne udelukkes, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men at han under alle omstændigheder var omfattet af § 69, stk. 1. Hertil kom, at han havde været under påvirkning af antidepressiv medicin og alkohol, hvilket kunne have påvirket hans dømmekraft og sindstilstand, men der forelå ikke en abnorm rustilstand. Domsmandsretten fulgte Retslægerådets anbefaling af dom til ambulans psykiatrisk behandling.

Sagen vakte stor opsigt i pressen, hvor en forkert fortolkning af Retslægerådets udtalelse kom til at indgå i den aktuelle offentlige debat om de såkaldte "lykkepiller". (A 35293).

S er en 29-årig mand, som aktuelt er sigtet for a) biltyveri og forsøg herpå samt spirituskørsel, b) to tilfælde af vold mod person i offentlig tjeneste. Han har tidligere domme for blandt andet spirituskørsel og kørsel trods frakendelse af kørekort. S blev mentalundersøgt i anledning af sigtelsen, overlæge M afgav erklæring.

Af erklæringen fremgår blandt andet, at S er opvokset under økonomiske og familiært trygge forhold, sammen med en syv år ældre broder. Han var glad for skoletiden, sluttede efter 9. klasse og påbegyndte EFG-uddannelse, men opgav og blev udlært som læsesmed. Fra 21-års alderen - dvs. i otte år - var han uden beskæftigelse, men det sidste

halve år havde han haft ufaglært arbejde. 18 år gammel flyttede S hjemmefra, senere flyttede han sammen med en veninde i ejerlejlighed. Da forholdet ophørte, pådrog han sig en betragtelig gæld, idet lejligheden gik på tvangsaktion. I et andet længerevarende forhold fik han, 23 år gammel, en søn; dette forhold ophørte 2½ år senere (i foråret 1992).

I 14-års alderen sniffede S i en længere periode lighter gas, og han har i en årække haft et dagligt hashforbrug, som angiveligt er ophørt det sidste års tid. Han har enkelte gange prøvet centralstimulerende midler, og der har været periodisk misbrug af slankemidler (på grund af den stimulerende virkning). I

perioder med psykiske problemer har der været et vist alkoholforbrug, men der har aldrig været symptomer på afhængighed.

Fysisk har S i det væsentligste været rask, men har dog flere gange været kortvarigt bevidstløs i forbindelse med hovedtraumer.

S har ikke i barndommen frembudt psykiske symptomer og efter egne og moderens oplysninger heller ikke i voksenalder før bruddet med veninden i foråret 1992. I august 1992 blev han indlagt på psykiatrisk afdeling og var da vredladet, aggressiv, paranoidt tolkende, og der var forstyrret kontakt og uindfølelig tankegang. Han røbede forfølgelsesforestillinger og var præget af selvbebrejdelser og selvforringende ideer. Efter behandling med antipsykotisk virkende medicin kunne han overføres til åben afdeling, hvorfra han straks bortgik. Udskrivningsdiagnosen var sindssygdom forårsaget af forgiftning (psychosis ex intoxicatione pharmaci).

Efterfølgende blev S behandlet hos egen læge, der i maj 1993 beskriver ham som grædende, omtalende selvmord, springende i tankegang, men uden egentlige vrangforestillinger. Lægen opfatter tilstanden som en "psykose på baggrund af mangeårigt blandingsemisbrug", men aktuelt med den depressive tilstand som hovedkomponenten. Herefter blev S sat i behandling med det antidepressivt virkende middel Fontex® fra maj 1993 til august 1994. Imellem januar og september

1994 blev han endvidere behandlet med det beroligende middel Hexalid®. S blev også henvist til praktiserende psykiater, som i august 1994 anførte, at diagnosen lå mellem karakterafvigelse og grænsepsykose og tilføjer, at der ingen tvivl er om, at S ikke kan klare sig uden den antidepressive medikamentelle behandling.

S angiver selv, at perioden fra sommeren 1992 til sommeren 1994 står meget tåget for ham. Efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling opholdt han sig mest i sin lejlighed, og moderen dose-rede den af egen læge ordinerede medicin. Han følte sig opkvikket, når han tog denne, kunne ikke sove om natten og tabte 10 kilo. Det endte med, at han i august 1994 i alkoholpåvirket tilstand stjal en bil og forsøgte at køre sig ihjel på motorvejen. Herefter ophørte han med tabletindtagelsen og følte, at han efter ca. en måned blev "normal", dvs. som han plejede at være.

Moderen har om denne periode oplyst, at S ikke var sig selv. Han led af angstanfald og havde selvmordstanker. Under tabletindtagelsen forekom S meget rastløs, havde pludselige stemnings-skift, hvor han kunne bryde i gråd eller blive voldsomt vred. Han virkede anspændt, havde mindreværdsfølelse og manglende selvtillid. Efter medicinophør var han efter 14 dage igen "sit eget jeg" og havde ikke siden over for moderen vist psykisk uligevægt.

Lovovertrædelserne fandt sted i september 1993, hvor S i beruset tilstand stjal og førte bil og efterfølgende for-

øvede indbrud i en anden bil og forsøgte det samme i yderligere to biler, men blev forhindret heri. Endvidere var S sigtet for fornærmelig tale mod politiet under et ophold i Christiania (i oktober 1993) og for under den påfølgende anholdelse at have bidt en betjent i armen. Det sidste forhold (fra juli 1994) omhandler voldeligt overfald på en buschauffør.

I forbindelse med mentalobservation udførtes psykologisk undersøgelse, der konkluderer, at S ud fra de psykologiske prøver skal "opfattes som middelnormalt begavet. Han er imidlertid temmelig langt fra at fungere op til dette niveau, idet en letvakt anspændthed ofte medfører svært tab af overblik med en mere regressivt præget intellektuel funktion til følge. Der er ikke i prøverne set tegn på, at observanden skulle være psykotisk eller grænsepsykotisk.

Karakterologisk fremtræder observanden som emotionelt yderst levende og reaktiv, men hertil også sårbar og tilbøjelig til at kunne reagere selvhenførende. Han er ofte urefleksiv og umiddelbar i sit reaktionsmønster, og han forsøger at holde kontrol over situationen ved at dominere den, og man sporer i denne forbindelse en latent oppositionstilbøjelighed ... I øvrigt synes han i besiddelse af fortrinlige kontaktevner, og hans evne til at leve sig ind i andre menneskers følelser og tanker er, hans moderate selvcentrerede til trods, udmærket. Alt i alt er der således tale om et karakterafvigende billede præget af udtalt reaktivitet, en vis selvcentre-

retthed og nogen sårbarhed, hvor observanden ved provokation kan reagere egentligt depressivt".

Mentalobservationens samlede konklusion lyder: "Observanden er herefter ikke sindssyg, men må med overvejende sandsynlighed antages at have været det på tidspunktet for den aktuelle påsigtede kriminalitet. Han er normalt begavet.

Observanden var på tidspunktet for de påsigtede kriminelle handlinger under indflydelse af alkohol, og det kan ikke afvises, at alkohol i kombination med den af observanden indtagne lægeordnede antidepressive medicin har påvirket observandens dømmekraft og sindstilstand.

Observanden har haft normale opvækstforhold og fik arbejde som låsesmed frem til 1987, hvor han blev arbejdsløs. I forbindelse med et brudt parforhold i 1992 synes han at have udviklet en af ydre omstændigheder fremkaldt sindssygelig tilstand præget af forfølgelsesforestillinger og skyldfølelse. De næstfølgende år synes observanden således at have befundet sig i en tilstand præget af depressive symptomer.

Ved den aktuelle undersøgelse er observanden fundet præget af en vis tilbageholdenhed, letvakt anspændthed og tendens til at placere skyld og ansvar i omgivelserne. Hertil er der ved den psykologiske undersøgelse fundet tilbøjelighed til et selvhenførende oplevelsesmønster som tegn på, at obser-

vanden ved provokation kan reagere egentligt depressivt.

Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Såfremt han findes skyldig, skal man, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af formentlig kun ringe risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling jf. samme lovs § 68, 2. pkt., med henblik på kontrol af observandens psykiske tilstand samt vurdering og rådgivning i forbindelse med fremtidige mulige stressituationer".

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som den 13.12.95 udtalte, at "S ikke aktuelt er sindssyg, men må formodes at have været det på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt bevaret.

Som ung eksperimenterede S med at "sniffe" lighergas, og han har i en længere årrække frem til 1992 haft et dagligt forbrug af hash og stimulerende slankemidler.

I 1992 var han indlagt på psykiatrisk afdeling med tydelige tegn på sindssygdom herunder vrangideer. Tilstanden opfattedes som udløst af forgiftning med misbrug af stoffer. Antagelig har problemer i forbindelse med et samlivsforholds ophør været medvirkende. Det følgende år var tilstanden præget af tristhed, modløshed, urealistisk selv-vurdering og springende tankegang. Han blev behandlet med antidepressiva (Fontex®) og beroligende medicin. Der er i perioden et overforbrug af al-

kohol. I 1994 foretager S et alvorligt selvmordsforsøg.

På tidspunkterne for det påsigtede har han været under påvirkning af antidepressiv medicin og alkohol, hvilket kan have påvirket hans dømmekraft og sindstilstand, men der er ikke grundlag for at antage tilstedeværelsen af en abnorm rusreaktion.

Karakterologisk er han aktuelt fundet afvigende, anspændt med tilbøjelighed til at placere skyld og ansvar hos omgivelserne, hertil selvhenførende og tilbageholdende i sin kontaktform.

Det kan herefter ikke udelukkes, at S på tidspunkterne for det påsigtede var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men han er under alle omstændigheder omfattet af § 69, stk. 1. Som mest formålstjenlig foranstaltning skal Retslægerådet anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling".

Den 30.05.96 blev der afsagt dom i byretten. Domsmandsretten fandt ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at S på tidspunktet for de anførte forhold havde været omfattet af en af de i straffelovens § 16, stk. 1, anførte tilstande. Derimod fandtes det godtgjort, at han ved handlingernes foretagelse har befundet sig i en tilstand, der er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Herefter idømtes S ambulans psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling. Endvidere frakendtes S retten til at føre motordrevet køretøj, hvortil kræves kørekort for et tidsrum af otte år.

Kommentar:

Sagen omtales, fordi den vakte en del debat i offentligheden og derved kom til at indgå i den aktuelle diskussion om en ny gruppe psykofarmaka med antidepressiv virkning, undertiden - og forkert - betegnet som "lykkepiller".

Det drejer sig om en række nyere især antidepressivt virkende midler, der er introduceret på markedet siden 1990. De er alle karakteriseret ved en veldokumenteret antidepressiv virkning og ved at have mindre alvorlige bivirkninger (specielt på hjertefunktionen) end de hidtil kendte præparater. De angives også virksomme over for angsttilstande og spiseforstyrrelser. Den hastige vækst i deres anvendelse har givet anledning til en omfattende offentlig diskussion, der blandt andet har drejet sig om, hvorvidt disse præparater anvendes på for løs indikation, eller om de med god virkning kan bruges til patientgrupper med hidtil underdiagnosticerede depressive lidelser.

Der var i begyndelsen af 1990'erne omfattende videnskabelig diskussion om muligheden for, at de nye antidepressive stoffer kunne forårsage udadrettet eller indadrettet aggressivitet førende til vold eller selvmordsforsøg. Denne debat resulterede i, at en sådan virkning *ikke* kan tillægges et bestemt stof eller lægemiddelgruppe, men at der for alle psykofarmaka - specielt i forbindelse med indtagelse af alkohol - i sjældne tilfælde kan forekomme uforudsigelige reaktioner i oplevelse og adfærd.

I den foreliggende sag er det uklart, hvad det var for en psykotisk tilstand, S udviklede i eftersommeren 1992. Tidsmæssigt og indholdsmæssigt kan det opfattes som en reaktion på parforholdets opløsning. Den psykiatriske afdeling, hvor han var indlagt, opfattede imidlertid psykosen som en forgiftningstilstand udløst af misbrug af slankemidler, der kan virke psykisk stimulerende og fremkalde sindssygelige tilstande. I den efterfølgende periode på ca. to år var S's tilstand fortsat præget af overvejende depressive symptomer, insufficiensfølelse og selvmordstanker, hvorfor antidepressiv medikamentel behandling forekommer velbegrundet.

S opfattede sig i denne periode - i hvilken den påsigtede kriminalitet blev udført - som ganske ændret, "ude af sig selv", hvilket bekræftes af moderens oplysninger. Han var især præget af rastløshed, søvnløshed og med følelsesmæssig ustabilitet, der i august 1994 førte til et alvorligt selvmordsforsøg. Der kan argumenteres for, at han habituel er dårligt integreret, og at han i denne periode (august 1992 til august 1994) var vedvarende psykotisk.

Det er uklart, hvad den mentalobserverende læge har ment, idet det i mentalerklæringens konklusion er anført, at S "med overvejende sandsynlighed" var sindssyg i perioden for de påsigtede forhold, (som strakte sig over et lille års tid), men samtidig henføres han uden forbehold til straffelovens § 69, stk. 1, dvs. en psykisk abnormtilstand af ikke-sindssygelig karakter.

Retslægerrådet fandt det ikke godtgjort - men fandt heller ikke helt at kunne udelukke - at S havde været sindssyg i den anførte periode, og rådet anvendte derfor formuleringen, at det ikke kunne "udelukkes", at S var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men under alle omstændigheder fandtes han omfattet af § 69, stk. 1, idet han utvivlsomt befandt sig i en psykisk abnormtilstand i den periode, hvor kriminaliteten blev begået, og også aktuelt måtte han opfattes som i ret udtalt grad personlighedsforstyrret og i behov for psykiatrisk behandling. (Ved en redaktionel fejl hedder det indledningsvis i rådets responsum, at det "formodes", at S havde været sindssyg på gerningstidspunkterne).

Hertil kommer, at S i de to år havde været i behandling med Fontex®, og at han havde været alkoholpåvirket på gerningstidspunkterne. Retslægerrådet vil altid i en sådan situation - og altså også i denne sag - tage stilling til spørgsmålet om en abnorm rustilstand, idet denne strafferetligt indtager en særstilling (straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt.). Rådet fandt, at den medikamentelle behandling i kombination med alkoholpåvirkning kunne have "påvirket hans dømmekraft og sindstilstand" - en måske lidt overflødig og selvindlysende bemærkning, som imidlertid dækker, at Fontex® som anført i yderst sjældne tilfælde kan give anledning til uforudsigelige reaktioner i oplevelse og adfærd, og at Fontex® som mange andre psykofarmaka kan ændre alkoholvirkningen - men rådet afviste altså muligheden af en abnorm rustilstand.

Denne passus i rådets udtalelse relaterer sig således ikke til spørgsmålet om, hvorvidt S var sindssyg fra 1992 til 1994.

Såvidt Retslægerrådet bekendt, blev rådets udtalelse ikke offentliggjort, men rådet blev - fejlagtigt - tillagt den opfattelse, at det var den medikamentelle behandling, der var årsag til S's psykiske abnormtilstand og hans kriminelle adfærd. Denne fejlagtige - og altså udokumenterede - fortolkning af rådets udtalelse gav anledning til en betydelig omtale i medierne og blev tilsyneladende taget for gode varer af mange. En psykolog kritiserede f.eks. rådet voldsomt for at anse "lykkepiller" for voldsfremkaldende, da det kunne få depressive patienter til at stoppe en velindiceret behandling med selvmord til følge.

Som anført var Retslægerrådets udtalelse ikke offentliggjort, da mediebatten rasede, og rådet kunne derfor ikke kommentere sagen. Rådet fik flere henvendelser med anmodning om (eventuelt anonymiseret) kopi af udtalelsen. Rådets svar var, at det ville udlevere kopi i anonymiseret form, hvis S gav skriftligt samtykke, (idet der kunne rettes henvendelse til hans advokat). Rådet modtog aldrig et sådant samtykke. Og derfor kan rådets bemærkninger først offentliggøres nu, hvor sagen er endelig pådømt.

Medicinsk kastration hos person med risiko for udvikling af leverkræft?

55-årig mand, der har været undergivet forvaring i 22 år på grund af recidiverende seksualkriminalitet. Under det lange anstaltsophold er han behandlet med psykoterapi og medikamentel kønsdriftsundertrykkende behandling. Han udvikler en leverlidelse, der nødvendiggør, at man ophører med den medicinske behandling - samt en nødvendig antabus-behandling. Efterfølgende gennemfører forvarede selvkastration. Efter grundige overvejelser besluttet at anbefale prøveudskrivning med vilkår om tæt blodprøvekontrol af det mandlige kønshormon (testosteron) og det æggehviteprotein (protein), der binder det i blodet. Dette anses for den bedste kontrol af, at der ikke indtages illegalt testosteron. Dette synspunkt tilslutter Retslægerådet sig. (A 35367).

R er en nu 55-årig mand, der har været undergivet forvaring i 22 år.

Det er oplyst, at R er opvokset som nr. tre af fire brødre i et fattigt hjem præget af faderens alkoholmisbrug og moderens langvarige, psykiatriske indlæggelser (diagnose uoplyst). I perioder var R sammen med brødrene anbragt på optagelseshjem. R gik i skole fra det 7. til det 15. år overvejende med placering i hjælpeklasse. Senere skiftende job som sømand, arbejdsmand, gartner m.v. 17 år gammel påbegyndtes samliv med to år yngre kvinde, med hvem han 21 år gammel fik et barn. Samlivet var i perioder afbrudt, parterne var gift i en periode, da R var 27 til 31 år, hvorefter de blev skilt.

23 og 29 år gammel domme for dokumentfalsk og 30 år gammel dømt for

grov legemsbeskadigelse mod hustruen.

31 år gammel, i 1972, blev R idømt 2 års fængsel for vold af særlig farlig karakter og anden kønslig omgang end samleje med mindreårige. Af den i denne forbindelse udarbejdede mentalobservationserklæring fremgår, at R "ikke (er) sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede handlinger. Han er ej heller åndssvag, men intellektuelt placeret øverst i sinkeområdet på grænsen til det normale. I konkrete samtalsituationer kan observandens intellektuelle funktionsniveau fremtræde yderligere nedsat på grund af situationsbestemt nervøsitet og selvusikkerhed.

Karakterologisk er observanden afvigende med affektlabile og selvusikre træk. Han er selvcentreret, naiv, min-

dreværdsfølelse, afhængig af omgivelserne og hjælpsøgende.

Observandens seksualliv kan ikke betegnes som patologisk. Han har tidligere som matros udfoldet et broget seksualliv med tilfældige kvinder, men har ikke i sit tidligere ægteskab været i stand til at etablere et tilfredsstillende seksuelt samliv. Trods ihærdige anstrengelser er det ej heller efter skilsmissen lykkedes ham at etablere noget tilfredsstillende samlivsforhold. Observandens psykiske optagethed af seksuelle emner og aktiviteter, hans frustration på området samt hans affektlabile, karakterologiske konstitution må betragtes som baggrunden for den aktuelle kriminalitet."

Retslægerådet anførte den 06.03.73 blandt andet, at R's voldshandling formentlig måtte opfattes som en situationsbetinget impulsiv panikhandling. Endvidere anførtes: "Sigtedes strafegnethed må anses for tvivlsom, og handlinger ligeartet med den nu påsigtede kan ikke udelukkes i fremtiden. Spørgsmål om anbringelse i den særlige forvaringsanstalt må derfor tages under overvejelse; men rådet vil dog på nuværende tidspunkt ikke betragte sigtede som ganske uegnet til påvirkning gennem straf, der efter rådets skøn vil kunne afsones under vanlige former".

33 år gammel blev R tiltalt for kønslig usædelighed mod en 9-årig dreng samt for seks tilfælde af kønslig usædelighed i en periode umiddelbart efter prøveløsladelsen i forbindelse med ovennævnte dom. Sagen blev påny forelagt

Retslægerådet, der udtalte, at R nu måtte anses for omfattet af straffelovens §69. Det tilføjedes: "Rådet har i sit tidligere responsum - på grund af sigtedes volds- og seksualkriminalitet - fremført til overvejelse, om forvaring burde komme på tale. Forvaring skønnes nu påkrævet i stedet for fængsel, fordi behandlingsmæssige muligheder vil kunne afprøves i en ganske anden grad under forvaring end under en fængselsdom.

Såfremt retten imidlertid ikke finder betingelserne for at idømme forvaring opfyldt, kan rådet kun pege på almindelig fængselsstraf, selv om observandens egnethed til påvirkning gennem straf må forekomme meget tvivlsom".

Dommen kom til at lyde på forvaring.

Tre år senere forsøgte en gradvis udslusning fra Forvaringsanstalten til Kriminalforsorgens pension i forbindelse med kønsdriftsdæmpende antihormonal behandling. Herunder anholdtes og sigtedes R for frihedsberøvelse, kønslig usædelighed m.m. og forsøg på manddrab over for en 13-årig dreng.

Retslægerådet udtalte den 10.03.78, at R "stadig må betragtes som farlig for andres liv, legeme og helbred. Han må henføres til den i straffeloven §69, stk. 1 omhandlede persongruppe, og rådet skønner det påkrævet, at han, såfremt han findes skyldig, dømmes til forvaring efter straffelovens §70". Domstolene var af samme opfattelse og stadfæstede forvaringsdommen.

Siden har R opholdt sig i forvaring. I 1981 bevilligedes (efter anbefaling fra Retslægerrådet) uledsagede udgange, senere konverteret til månedligt week-endophold på en af Kriminalforsorgens åbne institutioner. I 1983 blev der beviliget førtidspension. På grund af misbrug af udgang (R vendte beruset hjem) blev udgangstilladelsen i 1990 inddraget, og R har siden været beskæftiget på Anstalten og kun haft udgang under ledsagelse.

Under hele opholdet har der været flere psykoterapeutiske behandlingsforsøg over for R, uden at hans psykiske tilstand har ændret sig væsentligt. I 1986 til 1990 gik han til psykologsamtaler på Sexologisk Klinik ca. en gang om måneden. Selv har R været meget glad for disse samtaler. I forbindelse med en prøveudskrivelsessag udtalte Klinikken i 1989, at R havde været "kooperende og i stigende grad havde udvist selvtillid, men at han fortsat var konfliktbenægtende, idylliserende og bagatelliserende i forbindelse med de omstændigheder, der førte til hans forvaring. Forløbet synes at vise, at der ikke er sket nogen dybere, dynamisk forandring, og at R næppe har de helt store ressourcer for introspektion og emotionel forarbejdning, hvorfor der næppe er håb om, at han vil profitere yderligere af en indsigtsgivende psykoterapi".

R har siden første forvaringsdom været i medikamentel kønsdriftsdæmpende behandling - i begyndelsen alene med præparatet Androcur, fra 1988 endvidere med præparater, der ophæver hy-

pofysens hormonale stimulation af kønskirtlerne. Herved opnås en varig (men reversibel) nedsættelse af organismens kønshormonkoncentration til et niveau svarende til børns før puberteten.

Behandlingen har været kompliceret, dels med hensyn til at finde den rette dosering og doseringsform af den medikamentelle behandling, dels fordi man omkring 1989 til 1990 ved blodprøvekontrol fandt normalt kønshormonniveau, trods sufficient gennemført behandling. Man fandt aldrig nogen tilfredsstillende forklaring herpå.

I begyndelsen af 1992 konstateredes ved rutineundersøgelse forhøjede levertal som udtryk for leversygdom. Det viste sig, at der var tale om en hepatitis C-virusinfektion (leverbetændelse), som medførte udviklingen af en levercirrose (skrumpeliver). Herefter måtte den kønsdriftsdæmpende behandling ophøre, da den ville kunne forværre leverlidelsen.

Retslægerrådet blev igen forespurgt i 1992 i forbindelse med en prøveudskrivningssag. Der forelå en erklæring ved Anstaltens overlæge, der resumerer både den psykoterapeutiske og medicinske behandlingsindsats og konkluderede, at man ikke havde været i stand til at ændre R's rigide, stereotype, karakterafvigende, psykologiske forsvær, idet han stadig var svært idylliserende, problemfornægtende og lagde skyld og ansvar over i omgivelserne. Det var ikke lykkedes at bibringe ham nogen egentlig selvindsigt. Han havde

således personlighedsmæssigt været uændret gennem årene. Det var ikke muligt lægeligt at tilbyde nogen behandling, der kan sikre mod recidiv. Man kunne alene anbefale, at R søger om tilladelse til kirurgisk kastration, men dette har han ikke ønsket.

Retslægerådet udtaler den 07.08.92, at "i lyset af den fortsat udtalte personlighedsafvigelse herunder den helt svigende selvindsigt - også vedrørende seksuelle forhold - kan Retslægerådet ikke ud fra lægelige grunde på nuværende tidspunkt anbefale foranstaltningsændring". Ved kendelse i Østre Landsret januar 1993 blev prøveudskrivningen afslået.

Det skal bemærkes, at R har haft et alkohol- og stofmisbrug, og han har selv anført dette som årsag til sit sidste kriminalitetsrecidiv. Han har følgelig i forbindelse med udgang haft vilkår om antabusbehandling, men også denne behandling måtte stoppes på grund af leversygdommen.

I august 1993 sigtes R for seksuelt overgreb på en medindsat, og han placeres frivilligt i en-rum efter ophold i isolation. R havde samtidig sendt provokerende, seksuelle breve til pågældende og til andre indsatte. Sagen blev anmeldt, men tiltale frafaldet på grund af R's aktuelle sanktion.

I sommeren 1994 skiftede R holdning til kirurgisk kastration og ansøgte herom. Overlægen afventede Retslægerådets responsum i en lignende sag (se rådets årsberetning 1994 side 53-59) og

kunne derefter ikke anbefale indgrebet, da det formentes ikke i tilstrækkelig grad at sikre mod, at R illegalt indtog mandligt kønshormon. Denne frygt byggede på, at R fortsat betragtede sig som et sundt menneske, også på det seksuelle område og mente, at det alene var fængselssystemets negative påvirkninger, der havde forårsaget hans seksualkriminalitet.

Kort tid efter foretog R uden forudgående varsel af nogen art kirurgisk kastration på sig selv.

Efterfølgende accepterede Anstaltens endokrinologiske og andrologiske konsulenter, at man under skærpet blodprøvekontrol genoptog behandlingen med antikønshormonet Androcur (og Antabus). Herefter anbefaler overlægen prøveudskrivning under nærmere angivne vilkår - blandt andet om antabusbehandling.

Retslægerådet udtalte i denne anledning (23.11.95): "I sommeren 1995 foretog R en kirurgisk kastration på sig selv, efter at han havde erfaret, at Anstalten ikke på dette tidspunkt kunne anbefale prøveudskrivning. Han beskrives efter denne handling som påfaldende uafficeret, nærmest afklaret. Det er den lægelige vurdering, at han skal behandles med antiandrogen for at opnå tilstrækkelig sikkerhed for at undgå ny seksuel kriminalitet. Det skønnes, at han med bevaret seksuel potens, vil være svært recidivtruet. På den anden side anføres det, at han tidligere under bestående "medicinsk kastration" ikke har frembudt særlige sek-

suelle problemer i Anstalten eller under uledsaget udgang.

Rådet kan herefter tiltræde indstilling og prøveudskrivning på vilkår som anført i overlægens og fængselsinspektørens erklæringer, idet Rådet herunder skønner, at den foreslåede sexologiske behandling kan bidrage afgørende til at mindske risikoen for ny, ligesartet kriminalitet".

Inden prøveudskrivningssagen var afgjort, formuleredes i samråd mellem de lægelige eksperter en ny udtalelse fra overlægen, hvori det blandt andet anføres, at Anstalten på baggrund af fornyede drøftelser ikke kan anbefale, at R behandles med antiandrogenet Androcur-depot. Selvom eksperterne havde accepteret behandlingen under meget skærpet kontrol, er der ingen videnskabelig undersøgelse, der kan oplyse, hvorvidt Androcurbehandlingen vil være virksom (altså sikre, at personen forbliver seksuelt inaktiv) hvis vedkommende indtager mandlige kønshormoner. Hertil kommer, at R har haft en aggressiv leverbetændelse. Man ved, at der i sådanne tilfælde er risiko for genopblussen af sygdommen, ligesom der hos disse patienter er en øget risiko for udvikling af leverkræft. Netop på grund af at R har en leverlidelse, som øger risikoen for senere udvikling af leverkræft, kan Anstaltens behandlere herefter ikke anbefale behandling med Androcur, da denne behandling kun gives som en ekstra sikkerhed, som man alligevel ikke har garanti for. Man anbefaler derfor i stedet, at R, i forbindelse med eventuel prøve-

udskrivning, underkaster sig såvel varslede som uvarslede blodprøvekontroller til bestemmelse af serumtestosteron og SHBG (seksualhormonbindende globulin) for at sikre, at kønshormonkoncentrationen er nedsat og for at kontrollere, at R ikke indtager illegalt kønshormon.

Forelagt denne erklæring, udtalte Retslægerådet (19.03.96), at rådet var enig i, at behandling med Androcur ville medføre den omtalte risiko for lever sygdom. Der findes ikke anvendelige alternativer til Androcur. "Retslægerådet kan herefter tiltræde, at det tidligere opstillede vilkår for prøveudskrivning om indgivelse af Androcur frafaldes på betingelse af, at der foretages såvel varslede som uvarslede blodprøvekontroller til bestemmelse af serumtestosteron og SHBG (seksuelhormonbindende globulin) for at sikre mod illegal indtagelse af mandligt kønshormon samt at de øvrige vilkår opretholdes".

Byretten traf afgørelse om, at R's begæring om udskrivning på prøve ikke skulle tages til følge.

Landsretten, hvortil kendelsen blev påkæret, bestemte - ved en 2-1 afgørelse, at R skulle udskrives på prøve bl.a. på følgende vilkår:

- at han fortsætter en før løsladelsen påbegyndt psykiatrisk behandling og i øvrigt i tilsynstiden underkaster sig sådan behandling efter tilsynsmyndighedens bestemmelse,

- at han, såfremt tilsynet træffer bestemmelser derom, underkaster sig alkoholistbehandling eventuelt med støtte af antabus,
- at han på grund af mistanke om psykiatrisk uligevægt, eller såfremt der opstår situationer, hvorunder ny ligegartet kriminalitet kan befrygtes, kan tages direkte tilbage til anstalten på betingelse af, at der straks efter tilbageførslen sker underretning herom til statsadvokaten og den beskikkede bistandsværge, således at statsadvokaten seneste 1 uge efter tilbageførslen forelægger sagen for retten til afgørelse af, om genanbringelsen skal opretholdes,
- at han undergiver sig fortsat sexologisk behandling og
- at han underkaster sig uvarslet blod- og urinprøvekontrol til bestemmelse af serumtestosteron og SHGB (sexuel hormonbindende globulin).

Kommentar:

De betydelige problemer, som læger såvel som jurister står over for ved afgørelse af, om man bør vælge medicinsk eller kirurgisk kastration i tilfælde, hvor det anses for tvingende nødvendigt at ophæve en seksualkriminalers kønsdrift, er drøftet i Retslægerådets årsberetning 1994.

Denne sag var kompliceret af tekniske vanskeligheder ved at gennemføre me-

dicinsk behandling med kønsdriftsdæmpende præparater og ikke mindst ved, at R udviklede en leverlidelse, som vanskeliggjorde behandlingen. Væsentlig i overvejelserne var den risiko for udvikling af leverkræft, som man med behandlingen ville påføre R.

Under sagsforløbet valgte R selv at gennemføre kirurgisk kastration, hvorefter den medicinske kastrationsbehandling ville få karakter af en ekstra sikring mod illegal tilførsel af mandligt kønshormon, hvorfor den under hensyntagen til den nævnte risiko for kræftudvikling blev frafaldet. Man valgte, at "nøjes med" at anbefale den mindre sikre - kontrol gennem blodprøver for at sikre, at organismens testosteronniveau forblev lavt.

Sagen illustrerer også - ligesom sagen fra 1994 årsberetningen - at det trods store anstrengelser ikke med kendte psykoterapeutiske metoder viste sig muligt at ændre den forvaredes selvindsigt eller psykologiske forsvarsmekanismer. Det må erindres, at der er tale om nogle af de sværeste recidiverende seksualkriminelle, der kendes. Alligevel må resultatet - indtil overbevisende forskningsresultater foreligger - føre til en realistisk pessimisme med hensyn til, hvad der kan opnås med psykoterapeutiske/psykologiske behandlinger af denne type seksualkriminelle.

Bombemand med hallucinationer?

33-årig mand, der tiltales for blandt andet ildspåsættelse og bombetrusler. Han har en række "neurotiske" symptomer og kan opfattes som karakterneurotisk eller karakter-afvigende. Derudover har han et sindssygelignende symptom i form af en meget realistisk oplevet kontakt med en ved fødslen afdød tvillingsøster. Han findes omfattet af straffelovens §69, stk. 1 og idømmes en behandlingsdom. (A34756).

P er en 33-årig mand, der er sigtet for telefoniske bombetrusler, trussel på livet og forsættelig brandstiftelse.

P er opvokset i gode økonomiske kår med hjemmegående mor og har levet en beskyttet og noget isoleret tilværelse. Han har gennemført skolegang til 10. klasse og har siden gennemført en håndværkeruddannelse. Han var derefter intermitterende beskæftiget og søgte gentagne gange ansættelse ved brandvæsenet. Dette opnåede han aldrig, men som 27-årig fik han kommunal ansættelse ved et socialcenter. P har et barn i et samlivsforhold med en 11 år yngre kvinde. Forholdet blev opløst efter et par år, og P er for to år siden flyttet sammen med sin nuværende samlever.

P blev født for tidligt, han var tvilling og en tvillingsøster døde ved fødslen. I barndoms- og skoletiden blev han drillet og mobbet, beskyldt for at være en "tøsedreng", og han legede som regel alene. Han blev korporligt afstraffet af faderen og "pylret om" af moderen. Han var mørkeræd og bange for men-

nesker, han ikke kendte. Han har altid haft udtalte mindreværdsfølelser og har fra ungdommen haft angstanfald og grådtendens, men ikke egentlige depressioner. Han angiver sig ude af stand til at blive vred og skælde ud. Han har en vis højdeskræk, og han har stort behov for orden, uden at være perfektionist. Han har tendens til at "checke", om han har slukket lyset, låst døren med videre. Han har stort set ingen vennekreds.

P har fortalt om, at han altid følte sig ensom, og han har så længe, han kan huske, haft en følelse af at have kontakt med tvillingsøsteren. Han har ikke set hende, men han har kunnet tale med hende og drøfte sine problemer med hende, og han føler, at hun er den person, der står ham nærmest i livet. Han er vis på at kunne høre hendes lyse kvindestemme udefra og altså ikke blot "inde i hovedet", og han har en følelse af fysisk kontakt med hende, idet hun kan holde ham i hånden og holde om ham. Han har især kontakt med tvillingsøsteren, når han er angst og presset. Han omtaler det som en urimelig

tanke, at hun skulle være et produkt af hans fantasi.

Han har i mange år haft sviende mavesmerter, kvalme og opkastninger ved psykisk stress, men herudover ingen somatiske sygdomme.

Den aktuelle situation har udviklet sig gradvist. P har oplevet et spændt forhold til kollegerne, dels fordi han ikke ønskede at være i fagforening, dels fordi hans nuværende samlever tidligere havde været gift med en af P's kolleger. Dette medførte i en periode, at P modtog en række anonyme trusselbreve om venindens forhold, hvilket belastede deres forhold. Hele denne periode følte P, at han blev fulgt af nogle personer, når han gik tur med hunden.

Desuden oplevedes arbejdet på socialkontoret som stadigt mere belastende med voldsomme klienter, der fik P til at føle sig fysisk truet, og efterhånden tilbragte han mere og mere tid på toiletet, hvor han græd, kastede op og søgte kontakt med tvillingesøsteren. Det medførte, at hans manglende arbejdsindsats blev påtalt. Om natten kunne han være bange og søvnløs og fortalte da samleveren, at han havde tilkaldt vagter ved den lokale brandstation, men reelt sad han på en bænk i en nærliggende park og græd og følte, at tvillingesøsteren var ved hans side. Han har ikke tidligere fortalt samleveren noget om tvillingesøsterens eksistens.

P har tidligere domme for spirituskørsel og dokumentfalsk og er nu tiltalt for tre tilfælde af ildspåsættelse i efteråret

1994 og for to gange - blandt andet ved folketingsvalget i september 1994 - at have indtelefoneret bombetrusler mod arbejdspladsen, der fungerede som afstemningslokale, og i forbindelse hermed trusler på livet overfor en af de ansatte. P, der på tidspunkterne var påvirket af alkohol, erindrer, at han ikke kunne finde udvej af sin belastende situation, og at han var bange.

Efter anholdelse blev P indsat i arrest og her vurderet af psykiater, der anfører, at P er noget forknytt og urolig, men der findes intet psykotisk beredskab og ingen stræben efter sekundærgævnst på neurotisk grundlag. Der anbefales mentalobservation.

Af fængslets lægejournal fremgår efterfølgende, at P tilses, fordi han vasker for meget celle. Han findes orienteret, ikke psykotisk. Virker mest "som én stor undskyldning". En måned senere ventilerer han suicidal tanker og overføres til psykiatrisk afdeling, hvor han opholder sig under den efterfølgende ambulante mentalobservation.

I forbindelse med mentalobservationen udføres psykologisk undersøgelse, som konkluderer, at P må "opfattes som jævnt til middel normalt begavet. En fremtrædende angst, såvel som en massiv selvusikkerhed betinger imidlertid, at han i en række sammenhænge vil være endog meget langt fra at fungere op til sit potentielle niveau. Angstblokering med tab af overblik og nærmest handlingslammelse synes således at være en nærliggende mulighed.

Der er ikke i prøverne set tegn på, at observanden skulle være psykotisk eller grænsepsykotisk, men angstniveauet er sjældent højt.

Karakterologisk optræder observanden først og fremmest som en overordentlig sensitiv og reaktiv person, der tillige er selvusikker og ængstelig og derfor fortrinsvis synes at reagere med anspændthed, grænsende til angst, når han provokeres. Han synes at have basalt gode kontaktevner, men hans selvusikkerhed og ængstelse er så udtalt, at han i meget vid udstrækning vil opleve andre mennesker som potentielt truende og derfor urovækkende, og han er i overensstemmelse hermed i udtalt grad dependens- og støttesøgende i de primære mellem menneskelige relationer. Han er konfliktangst og synes at idyllisere forholdet til primærpersonerne, og enhver trussel om ubalance i relation til disse er voldsomt angstprovokerende. Alt i alt vil man således opfatte observanden som en jævnt, normal begavet, yderst sensitiv og reaktiv karakterneurotiker som tillige er præget af svær selvusikkerhed og dependenstilbøjelighed".

Selve mentalobservationen beskriver P som "vågen, klar og orienteret, han skønnes normalt begavet og virker ikke påvirket af medicin eller alkohol. Han er uhyre nervøs, dirrende og svedende, og han er tydeligvis anspændt og følelsesmæssigt yderst påvirket under de indledende samtaleforløb. Han er således konstant tæt på gråd, der indimellem tager overhånd, og han lyser kun en enkelt gang op i et blegt smil ved

omtale af den afdøde tvillingsøster. Han indleder med at oplyse, at han har lovet sin hustru at fortælle alt, og at han har glædet sig til at få mulighed for at starte på en frisk. Han beretter herefter - uden tøven eller forsøg på at forskønne sin egen rolle - hvorledes hans opvækst, og især de sidste år i arbejdslivet, har formet sig. Han er så uforbeholden i sin udtalelser og svarer så beredvilligt på selv de mest følsomme spørgsmål, at det virker påfaldende - man har således indtryk af, at han fuldstændig tilsidesætter normale grænser for, hvad man fortæller andre for at opfylde det løfte, han har givet sin hustru, netop at han vil fortælle alt uden forsøg på at skjule det.... P's beskrivelse af sin relation til den afdøde tvillingsøster er præget af sindssygelige symptomer, i form af høre- og følehallucinationer, ligesom han beskriver mulige hallucinationer på hørelsen om natten, hvilke dog ikke kan afvises at være af hypnagog art (det vil sige normale fysiologiske harmløse fænomener, der optræder på overgangen mellem søvn og vågen tilstand). Han giver hertil udtryk for mindreværdsfølelse og skyldfølelse".

Det diskuteres endvidere, at P "har berettet, hvorledes han er blevet chikaneret af sine kolleger, blandt andet fordi han ikke har været i fagforening. Det skal bemærkes, at det forekommer lidet sandsynligt, at en angstneurotisk person - med en antiaggressiv personlighedsstruktur og en udtalt konfliktskyhed, samt et af hans personlighedsmæssige egenart betinget, stort og udtalt behov for anerkendelse af omverdenen - igennem mange år har stået

fast på en så provokerende holdning overfor kollegerne. Det er således vanskeligt at se observandens symptomer som rent angstneurotiske, og da han samtidig huser sindssygelige eller sindssygelignende oplevelser i form af autentisk kontakt med den afdøde tvillingesøster - hvilket han ikke tager afstand fra, eller selv opfatter som sygeligt - skønnes han at være personlighedsmæssigt dårligt integreret, og man vil således alt i alt opfatte ham som grænsepsykotisk, hvor man eventuelt kan se oplevelserne med tvillingesøsteren som micropsykotiske episoder".

Mentalobservationen konkluderer herefter, at P er omfattet af straffelovens §69, stk. 1, og anbefaler en behandlingsdom.

Retslægerådet udtaler, at P "fra barndommen har lidt af angst, selvusikkerhed og mindreværdsfølelser. Han har endvidere frembudt antiaggressive personlighedstræk. De senere år har han i forbindelse med belastende arbejdsmæssige og personlige forhold endvidere udviklet depressive symptomer. Under aktuelle fængsling fik han selvmordstanker, der førte til indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Ved den kliniske observation er P fundet personlighedsmæssigt dårligt integreret, præget af en påfaldende ukritisk kontaktform og oplevelser af en sindssygelignende, hallucinatorisk kontakt med en afdød tvillingesøster. Diagnostisk er der formentlig tale om en grænsepsykotisk tilstand.

P er fundet normalt begavet.

Han har intet dagligt alkoholmisbrug, men har ved nogle af de påsigtede handlinger været alkoholpåvirket, uden at der foreligger mistanke om abnorm rusreaktion.

Retslægerådet finder herefter P omfattet af straffelovens §69, stk. 1, og rådet skal, hvis han findes skyldig, anbefale dom til behandling på psykiatrisk hospital med tilsyn af kriminalforsorgen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse".

Ved byretsdom, april 1995, fastslås, at P er omfattet af straffelovens §69, stk. 1, og han dømmes til behandling på psykiatrisk hospital/afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Kommentar:

Sagen har primært interesse på grund af det enkeltstående, sindssygelignende symptom med en hallucinatorisk kontakt med en afdød tvillingesøster. Dette til trods vurderes P *ikke* som psykotisk (sindssyg).

Dette understreges dels af den psykologiske undersøgelse, der især udpeger en række karakterneurotiske træk, dels af den kliniske beskrivelse af tilstanden.

Hvorvidt man diagnostisk vil kalde tilstanden karakterneurotisk, personafvigende eller grænsepsykotisk er mest af akademisk interesse. Disse personlighedsforstyrrelser er klart omfattet af

straffelovens § 69, stk 1, og det er bl. a. inden for denne gruppe af ikke-sindsyge, at Retslægerådet ofte vil overveje at anbefale en særforanstaltning.

Retslægerådets funktion - dissens

A er en 66-årig efterlønsmodtager, der var sigtet for forsøg på manddrab og forsætlig brandstiftelse ved at have overhældt en butiksbestyrer med husholdningssprit og med lighter forsøgt at antænde. Han var tidligere ustraffet. Han havde tidligere været legemligt og psykisk rask, men haft et vist alkoholmisbrug gennem mange år. Ved mentalundersøgelsen, hvor han fandtes præget af en moderat svækkelse af åndsevnerne, anbefalede man en ambulans foranstaltning. Det samme anbefalede en af de tre voterende i Retslægerådet, hvorimod to af de voterende anbefalede dom til behandling. Retten fulgte mindretallet.
(A 35199)

A var en 66-årig tidligere ustraffet efterlønsmodtager, der var sigtet for forsøg på manddrab og forsøg på forsætlig brandstiftelse. Han blev i anledning af sigtelsen mentalundersøgt, overlæge B afgav erklæring. Af denne fremgår blandt andet, at A var opvokset i en søskendeflok på ni i et arbejderhjem. De økonomiske forhold i barndomshjemmet var særdeles stramme. A forlod skolen fra 7. klasse efter otte års skolegang. Han var ordblind og havde gået i hjælpeklasse. Han var stabilt beskæftiget som ufaglært arbejder, indtil han som 60-årig gik på efterløn. A havde som helt ung været gift i en kortere periode; han var herefter gift i 25 år, ægteskabet blev opløst, da A var 55 år gammel, på grund af hustruens religiøse indstilling. Han havde gennem de senere år haft en fast veninde, som han imidlertid ikke boede sammen med. Aktuelt logerede A hos en søn, der havde en to-værelses lejlighed, hvor A lejede det ene værelse.

A havde i det væsentlige været legemlig rask. Under en kortvarig indlæggelse for uregelmæssig hjerteaktion i 1994 blev det påvist, at A havde et alkoholmisbrug.

A oplyste selv ved undersøgelsen, at han altid havde følt sig psykisk rask, han havde aldrig været i kontakt med psykiater eller psykolog. Hans ordblindhed havde medført, at han altid havde haft vanskeligheder med årstal, telefonnumre og lignende, men han havde klaret sig ved hjælp af en ordbog og en telefonbog, så han f.eks. kunne slå ord og gadenavne op. Gennem de senere år havde han oplevet tiltagende hukommelsesproblemer, ligesom han havde haft svært ved at koncentrere sig. Han måtte skrive indkøbsliste, når han skulle i byen, og han kunne f.eks. ikke huske sine børns fødselsår. Han medgav, at han i mange år havde haft et varierende alkoholmisbrug i perioder op til 15 øl daglig afbrudt af perioder, hvor han var i Antabusbehandling.

Han skulle angiveligt have reduceret sit alkoholforbrug gennem de seneste år efter råd fra sin praktiserende læge.

Om de påsigtede forhold oplyste A, at han var blevet bortvist fra et supermarked efter at have stjålet en limstift. Han var beruset, han drak videre, og vendte så tilbage for at købe en limstift, men blev igen bortvist. Han fik så den tanke, at han ville hævne sig på butiksdetektiven, hvorefter han gik op på et kontor, hvor han formodede, at denne ville befinde sig. Han havde købt noget sprit, som han smed i hovedet på den person, der sad på kontoret. Det viste sig at være butiksbestyreren. A tog herefter sin lighter frem, men han benægtede, at han havde haft til hensigt at tænde ild. Han blev så overmandet. Han havde en alkoholkoncentration i blodet på 1.71 promille. A angav, at han havde dårlig samvittighed over sin adfærd, som han betegnede som "noget svineri", ligesom han fandt, at han havde fortjent at blive idømt en ubetinget frihedsstraf.

Ved mentalundersøgelsen, der omfattede en psykologisk testning, fandtes, at A formentlig habituelt var kun jævnt begavet, måske på grund af en tidlig erhvervet hjerneskade. Han fandtes hertil præget af en moderat svækkelse af åndsevnerne. Han frembød ingen sindssygdomssymptomer, og der var ingen mistanke om, at han på noget tidspunkt havde været sindssyg, herunder at han havde befundet sig i en patologisk rustilstand på tidspunktet for de påsigtede forhold. Personlighedsmæssigt fandtes han følelsesmæssigt noget afladiget, men i øvrigt i det

væsentlige upåfaldende. Overlægen konkluderede, at A var omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, og anbefalede dom til ambulantly psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at der af kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes beslutning om indlæggelse, med den begrundelse, at A havde behov for alkoholbehandling samt behov for rådgivning og støtte. Overlægen antog, at risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet kunne være betinget af omfanget af A's misbrug.

Sagen blev forelagt Retslægerådet. De voterende måtte indledningsvis overveje, hvorvidt rådet overhovedet kunne anbefale en behandlingsforanstaltning, som foreslået i mentalerklæringen. Rådet fandt, at A havde et betydeligt og udækket behov for såvel behandling af et alkoholmisbrug som social støtte, ligesom rådet vurderede, at en stabilisering og bedring af A's tilstand ville nedsætte risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet. To af de voterende fandt herefter at måtte anbefale en dom til behandling blandt andet med den begrundelse, at skulle behandlingen have nogen effekt, måtte denne indledes under indlæggelse med henblik på en betydelig stabilisering af tilstanden, ligesom disse voterende fandt, at der burde være let adgang til genindlæggelse ved behov. En voterende tilsluttede sig mentalerklæringens konklusion.

Rådets påtænkte udtalelse blev fremsendt til overlæge B til kommentarer;

overlægen fastholdt sit sanktionsforslag blandt andet med den begrundelse, at A ikke aktuelt frembød sådanne psykiske symptomer, at behandling under indlæggelse var påkrævet.

Sagen blev på ny behandlet, efter at overlæge B's skrivelse var modtaget, hvorefter det i Retslægerådets endelige udtalelse hedder, at A ..."ikke er sindssyg og ikke var det på tidspunktet for det påsigtede. Han er primært jævnt normalt begavet.

A har været arbejdsmæssigt og socialt veltilpasset, og han frembyder ikke tegn på sværere personlighedsforstyrrelse. Han har dog livet igennem været præget af ordblindhed, tendens til stammen og indprentningsvanskeligheder muligvis som følge af en tidligt erhvervet hjerneskade.

Han har haft et mangeårigt varierende overforbrug af alkohol og har i perioder været i Antabusbehandling herfor. Aktuelt påvises såvel klinisk som ved psykologisk undersøgelse en middelsvær åndelig svækkelse (demens) med stærkt forstyrret koncentrationsevne og indprentnings- og hukommelsesforstyrrelser samt en vis følelsesmæssig affladning.

På tidspunktet for det påsigtede var A påvirket af alkohol og muligvis beroligende medicin, men der er ikke holdpunkt for at antage, at en abnorm rusreaktion har foreligget.

A er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1.

To af rådets medlemmer (C og D) skal, såfremt A findes skyldig, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende og under udskrivning tilsyn af hospitalet og Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.

Et af rådets medlemmer (E) skal, såfremt A findes skyldig, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til ambulante psykiatrisk behandling, herunder udbygget social støtte og behandling for alkoholmisbrug, i psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, som i forbindelse med overlægen kan træffe beslutning om indlæggelse".

Med sagens tilbagesendelse blev korrespondancen med overlæge B vedlagt.

Som anført var A på tidspunktet for mentalundersøgelsen sigtet for forsøg på manddrab og forsøg på forsætlig brandstiftelse, hvilket også var tilfældet på det tidspunkt, hvor Retslægerådet behandlede sagen. På domstidspunktet var sigtelsen imidlertid ændret til alvorlige trusler (straffelovens § 266). A blev fundet skyldig i at have udvist en adfærd, der ..."har indebåret en trussel, der var egnet til at fremkalde alvorlig frygt hos forurettede". A blev herefter dømt til ambulante psykiatrisk behandling, herunder behandling for alkoholmisbrug, i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminal-

forsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse. I dommens præmisser hedder det, at retten lagde størst vægt på den retspsykiatriske erklæring, idet ..."denne erklæring bygger på undersøgerens direkte observation af tiltalte".

Kommentar:

Sagen belyser to af de kritikpunkter, der gennem de senere år har været rejst mod Retslægerådet - at rådet aldrig afgiver dissens, og at rådets udtalelser alene bygger på skriftligt materiale og ikke på en personlig undersøgelse af den, sagen vedrører.

Spørgsmålet om dissens er diskuteret i betænkning om retslægerådet (Bet. nr. 1196/90, s. 88 ff) og i Retslægerådets årsberetning fra 1993, s. 91 ff. Den konkrete sag illustrerer den type af tilfælde, hvor dissens relativt hyppigt forekommer, nemlig i spørgsmålet om anvendelse af en mere eller en mindre indgribende foranstaltning. De to voterende, der anbefalede en behandlingsdom, lagde vægt på, at der var behov for en grundig og længerevarende observation under indlæggelse med henblik på at stabilisere A's tilstand. Denne vurdering må også ses i lyset af, at A på det tidspunkt, hvor Retslægerådet behandlede sagen, blandt andet var sigtet for forsøg på manddrab, og efter disse voterendes opfattelse måtte det sikres, at A var i en stabil og veletableret alkoholbehandling, før han blev udskrevet. Den voterende C lagde, ligesom den mentalobserverende overlæge,

større vægt på, at en afhjælpning af A's sociale vanskeligheder i kombination med alkoholbehandling ville være en tilstrækkelig foranstaltning aktuelt, men at der eventuelt senere kunne være behov for indlæggelse, f.eks. i forbindelse med tilbagefald til alkoholmisbrug.

På domstidspunktet var anklagen ændret til alvorlige trusler, og det kan vel ikke afvises, at dette forhold har været medvirkende til, at retten fulgte rådets mindretal og idømte en mindre indgribende foranstaltning.

Retten begrundede endvidere sin afgørelse med, at mentalerklæringen byggede på en direkte undersøgelse af A, underforstået at rådets vurdering alene bygger på erklæringsmateriale og sagens akter. Der kan her være grund til at fremhæve, at en af Retslægerådets opgaver, i forbindelse med vurderinger af mentalerklæringer i straffesager, er at påse, at undersøgelsen er gennemført tilstrækkelig grundigt, herunder at påse at der er foretaget de nødvendige og tilstrækkelige undersøgelser, ligesom det er rådets opgave at vurdere, hvorvidt konklusionen bygger på anerkendte lægevidenskabelige principper og kriterier. Rådets opgave er således at foretage et overskøn af det foreliggende materiale, at udarbejde et såkaldt "peer review". Denne vurdering vil blandt andet bygge på, at Retslægerådets medlemmer samler erfaring om, hvilke sanktioner der lægeligt må anbefales over for psykisk afvigende lovovertrædere. (Se også Retslægerådets årsberetning 1994, s. 61 ff og 65 ff).

I den her refererede sag var de almindeligt anerkendte krav til mentalklæringer opfyldte, ligesom de voterende var enige om, at A var omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Grundlaget for at

afgive udtalelse var således til stede, og uenigheden mellem de voterende baserede sig således alene på, hvilken foranstaltning der udfra en lægefaglig vurdering konkret måtte anbefales.

Behandlingssvigt?

34-årig ugift, skizofren mand, var sigtet for forsøg på manddrab. Han havde været syg i en årrække, han levede en fuldstændig isoleret tilværelse. I månederne forud for drabsforsøget havde han været indlagt et par gange på åben psykiatrisk afdeling, hvorfra han imidlertid havde forlangt sig udskrevet. Han motiverede drabsforsøget med ønske om at blive anbragt på lukket afdeling og med, at hvis han var dømt, kunne hospitalet ikke blot udskrive ham, når han selv ønskede det. (A 35083).

S er en 34-årig ugift mand, der var sigtet for forsøg på manddrab efter straffelovens § 237, jf. § 21. Han erkendte sig skyldig. I anledning af sigtelsen var S indlagt til mentalobservation på psykiatrisk afdeling, hvor overlæge B afgav erklæring. Af denne fremgår blandt andet, at S var født af en enlig, ganske ung moder, som den næstældste i en større søskendeflok af hel- og halvsøskende. Han voksede op hos moderen uden særlig kontakt til faderen, som han dog kendte. S oplyste selv, at der var meget løse rammer i hjemmet, der var for eksempel ingen faste hjemkomsttider, spisetider eller andet. Han har ikke været anbragt uden for hjemmet.

S klarede sig almindeligt i skolen. På grund af familiens flytning skiftede han skole midt i 6. klasse. Han afsluttede skolegangen med 3. real. S angav - hvilket bekræftes af skoleoplysninger - at han klarede sig "almindeligt" i skolen.

I årene efter skolegangens afslutning havde S en række ansættelsesforhold af kort varighed; han forsøgte sig som konstabel, ind imellem var han arbejds-

løs. Han blev indkaldt til aftjening af værnepligt men hjemsendt på grund af lydighedsnægtelse. Efter i et par år at have levet af bistandshjælp blev han tilkendt mellemste førtidspension; de seneste år har han modtaget højeste førtidspension.

S flyttede hjemmefra 18-19 år gammel; han har altid boet alene, han har aldrig haft en veninde, og han har formentlig aldrig haft et seksuelt forhold. På et tidspunkt afbrød han fuldstændigt kontakten til sin familie, men gennem de seneste år har der været en vis kontakt til blandt andet moderen og en halvsøster.

S har i det væsentlige været legemlig rask, og ved somatisk undersøgelse i forbindelse med mentalobservationen blev intet abnormt påvist.

S oplyste, at han i en periode som helt ung havde misbrugt hash, men han havde i øvrigt aldrig misbrugt euforiserende stoffer eller alkohol.

S var første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1981/82, cirka 20 år gammel.

Han blev indlagt af sin praktiserende læge efter, at han i cirka et halvt år blandt andet havde været hørelshallucineret. Han var utryg, hvorfor han havde bevæbnet sig med en skruetrækker for at slå eventuelle forfølgere ned. Under indlæggelsen fandtes han asontan og initiativsvækket. Han overfaldt et par gange umotiveret medpatienter, hvorfor han overvejende havde ophold på lukket afsnit. Han var ikke motiveret for behandling med antipsykotisk virkende medicin. Afdelingen fandt, at det drejede sig om en sindssygdomsepisode udløst af hashmisbrug, og det er anført, at S ved udskrivelsen var uden manifesterede sindssygdomssymptomer.

23-gammel blev S undersøgt af speciallæge i psykiatri i anledning af en pensionsag. Speciallægen konkluderede, at S utvivlsomt led af skizofreni, og at han havde været syg i flere år.

Det er uklart, hvorvidt S modtog behandling i de følgende år, men i 1990, 29 år gammel, var han et enkelt døgn indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor man ikke "umiddelbart" fandt grundlag for at tvangstilbageholde ham, selv om han utvivlsomt frembød ganske svære sindssygdomssymptomer.

Året efter blev S på ny undersøgt af speciallæge i psykiatri i anledning af en sag om forhøjelse af pension. Diagnosen skizofreni blev stadfæstet, og S's erhvervsevne bedømt som varigt nedsat i betydelig grad.

S var igen indlagt i 1992 og i 1993; første gang blev han henvist af sin praktiserende læge, anden gang henvendte han sig selv. Han er under begge indlæggelser beskrevet som i udtalt grad psykotisk, forpint af hallucinationer og påvirkningsfølelser, usamlet af tankegang m.v. Under behandling bedredes hans tilstand, og han begærede sig udskrevet. Det fremgår, at man begge gange forsøgte at motivere ham til fortsat ambulante behandling, men han udeblev.

S var igen indlagt november 1994 til januar 1995, 33 år gammel. Hans tilstand var præcis som tidligere. Det anføres, at han pludselig forlangte sig udskrevet. Man traf aftale om ambulante behandling ved distriktspsykiatrisk center, men S mødte aldrig op.

Godt en måned efter den seneste udskrivning blev S genindlagt, igen forpint af en række psykotiske symptomer såsom hørelshallucinationer og oplevelse af at blive styret. To dage efter indlæggelsen forlod S afdelingen, og man fandt ikke anledning til at tvangstilbageholde ham, da han ikke blev vurderet som selvmordsfarlig. Afdelingen sendte dog den følgende dag personale ud til S's hjem, men S ønskede ikke genindlæggelse.

Tre uger senere forsøgte S at dræbe en 49-årig kvinde, som han overhovedet ikke kendte, med talrige knivstik. I grundlovsforhøret forklarede han blandt andet, at han havde været indlagt på X hospitals åbne afdeling, men ... siden han blev udskrevet for cirka en

måned siden, har han fået det værre. Han troede det ville hjælpe, hvis han slog en person ihjel, idet han så ville blive indlagt på X hospitals lukkede afdeling, hvad der ville passe ham bedre". S kunne herefter detaljeret forklare, hvorledes han en uges tid forinden havde købt køkkenkniven med henblik på at anvende den ved et drab. På dagen for det påsigtede forhold var han stået meget tidligt op, han havde overvejet frem og tilbage, om han nu skulle gøre det. Om formiddagen besluttede han sig så for at slå en person ihjel. Den første, han så, var for langt væk, den anden gik med en barnevogn, og han afstod derfor fra at dræbe den pågældende, idet det ville være synd for barnet. Den tredje person, han fik øje på, gik på det modsatte fortov, hvorefter han skræede over gaden, og da kvinden passerede ham, vendte han sig om og stak med kniven. Han gik efterfølgende ind i det nærmeste hus og bad beboerne om at tilkalde ambulance og politi. Han satte sig herefter ned og ventede.

Under mentalobservationen forklarede S blandt andet, at han havde følt sig meget ensom under sin opvækst; han flyttede hjemmefra 19 år gammel og boede de følgende år blandt andet på kollegier, i en hybellejlighed for unge m.v., indtil han fik sin nuværende pensionistbolig. Han har altid isoleret sig i forhold til omgivelserne, og han har stort set aldrig haft kontakt med naboer eller andre. Han kunne bekræfte, at han cirka 20 år gammel første gang oplevede at høre stemmer, og han har siden været konstant hørelshallucineret.

Stemmerne er fjendtligt indstillede, og S har derfor følt sig meget utryk i omgangen med andre mennesker. Han mener ikke, han har fået noget ud af indlæggelserne på psykiatrisk afdeling, uden at han kan uddybe dette nærmere. I perioden før den seneste indlæggelse havde han byttet rundt på dag og nat. Han stod op om aftenen, drak kaffe, hentede noget færdigt mad; efter at have set fjernsyn sad han resten af natten og kiggede ud i luften, medens han røg cigaretter. Han fandt selv sin tilværelse meget utilfredsstillende, men han havde ingen forestillinger om, hvorledes han kunne bedre sin situation.

S er beskrevet som præget af en udtalt følelsesmæssig kontaktaflukthed (autisme) samt aspontan, uden noget stemningspræg. Han angav sig konstant hørelshallucineret, men afdelingen iagttog ikke en adfærd, for eksempel sideblikke, mumlende svar til stemmerne eller lignende, som kunne bekræfte tilstedeværelse af hørelshallucinationer.

Under indlæggelsen til mentalobservation fik S det tilsyneladende lidt bedre, ind imellem havde han kontakt med personale og medpatienter; størstedelen af tiden isolerede han sig imidlertid fra andre, hans adfærd var nærmest påfaldende korrekt, det nævnes således, at S holdt sit værelse i pinlig orden, nærmest som om det ikke blev brugt.

Der blev under indlæggelsen foretaget psykologisk undersøgelse, der bekræftede skizofrenidiagnosen.

Erklæringen konkluderer, at S var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og da afdelingen ikke kunne udelukke, at der var risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefalede man dom til anbringelse i psykiatrisk hospital.

Retslægerådet udtalte blandt andet, at S "... er sindssyg lidende af skizofreni og også var det på tidspunktet for det påsigtede forhold. Han er normalt begavet.

S synes fra barndommen at have haft kontaktvanskeligheder, og siden 1981 har han seks gange været indlagt på psykiatrisk afdeling - fra 1984 under diagnosen skizofreni. Samme år fik han tilkendt højeste førtidspension.

Aktuelt havde han været indlagt 16.11.94-05.01.95 og på ny 20.02.95-23.02.95. Sidste gang forlod han afdelingen uden aftale, ønskede ikke efterfølgende at komme som dagpatient eller modtage medikamentel behandling.

Ved klinisk og psykologisk undersøgelse findes S udtalt følelsesmæssigt aflukket (autistisk), garderet, tilbageholdende, afglidende og uinteressert i omgivelserne. Han oplyser om konstante hørelshallucinationer og undertiden om styringsoplevelser. Hans oplevelsesverden synes domineret af en udtalt mangel på fantasier og en konstant livs-ulyst (anhedoni).

Det har på grund af S's negative holdning ikke tidligere været muligt at gen-

nemføre længerevarende, systematiske behandlingsforløb.

S er således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der foreligger en af den psykiske tilstand afhængig risiko for fornyet kriminalitet som den påsigtede. Rådet skal derfor, såfremt han findes skyldig, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse på psykiatrisk hospital".

S blev ved Østre Landsret dømt til anbringelse på hospital for sindslidende.

Kommentar:

Retspsykiatrisk set er sagen for såvidt ukompliceret - en utvivlsomt svært syg skizofren mand sigtes for et alvorligt drabsforsøg; han er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og da der må antages at bestå en af hans sygdom betinget risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefaler såvel den mentalobserverende afdeling som Retslægerådet dom til anbringelse i psykiatrisk hospital. Det særegne ved sagen er motivet - : den pågældende ønskede at få en dom, således at han fik ophold på en lukket afdeling, hvor han var mest tryk ved at være; samtidig ville en dom sikre, at hospitalet ikke bare udskrev ham, når han anmodede om det. Han foretog drabsforsøget cirka tre uger efter, at han selv havde forladt en (åben) psykiatrisk afdeling. Afdelingen havde ikke fundet anledning til at overveje tvangstilbageholdelse; dagen efter at S havde forladt afdelingen, blev han i sit hjem kontaktet af plejepersonalet, men da han var afvisende over for denne

kontakt, foretog man sig intet videre udover at anbefale S at henvende sig til et distriktspsykiatrisk center. Det samme var set flere gange tidligere, og det velkendte forløb var så, at hans tilstand igen blev forværret, hvorefter han selv henvendte sig og anmodede om indlæggelse. Det fremgår utvetydigt, at S selv fandt sin tilværelse særdeles utilfredsstillende, men han kunne ikke se, hvorledes han kunne ændre herpå. Han levede en eneboeragtig tilværelse, hvor han havde byttet rundt på nat og dag, og hans udtalte følelsesmæssige kontaktaflukketthed (autisme) medførte yderligere, at han var afvisende over for kontakt med andre. Et af de basale sygdomssymptomer ved skizofreni, autisme, medførte altså, at han ikke var i stand til at give fremmøde til ambulant behandling. Et andet af de basale skizofrenisymptomer, ambivalens, kan antages at være forklaringen på hans indlæggelsesforløb; på den ene side henvendte han sig selv og bad om hjælp, på den anden side forlod han også selv afdelingen, før hans tilstand var bedret. Set i det lys er hans forklaring om motivet til drabsforsøget måske "forståelig".

Efter Retslægerådets opfattelse havde det været nærliggende, såfremt den be-

handlende afdeling havde overvejet at tvangstilbageholde S igennem en længere periode med henblik på at forsøge at gennemføre et regelmæssigt, systematisk behandlingsforløb, omfattende såvel medikamentel behandling som miljøterapi og eventuel samtalebehandling. Tilbageholdelsesgrundlaget skulle utvivlsomt have været på behandlingsindikation, idet der næppe var grundlag for at antage, at S skulle være "farlig". Men den af hans sygdom betingende manglende længerevarende, systematiske behandling medførte til slut, at han foretog en farlig handling.

Det er sikkert, at den "tvang", S nu bliver undergivet i medfør af dommen, vil være såvel mere indgribende som længerevarende end den "tvang", han ville have oplevet i forbindelse med en eventuel tilbageholdelse.

Sagen kan således ses som et blandt flere eksempler på, at der muligvis tvangstilbageholdes og tvangsbehandles for lidt i forhold til behovet. For en diskussion heraf se Retslægerådets årsberetning 1992, side 50, ff., og side 72, ff.

Syfilitisk sindssygdom på gerningstiden - ingen foranstaltning

57-årig mand, der blandt andet var sigtet for hærværk af betydeligt omfang. Han havde tidligere været legemligt og psykisk rask og socialt tilpasset. Over et par uger udviklede han en sindssygdom præget af usamlet omflakkende adfærd, desorientering, storhedsforestillinger og hyperaktivitet. Kriminaliteten er begået i denne periode. Han blev først tvangsindlagt i slutningen af forløbet, og der konstateredes en sensyfilitisk hjerneinfektion, en sjælden sygdom i dag. Efter behandling var han psykisk rask fraset lette hukommelsesgener. Ved dom et år efter fandtes han sindssyg i gerningsøjeblikket, omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han blev frifundet for straf, og der idømtes ingen særforanstaltninger efter § 68, 2. pkt. (A 35279).

B er en 57-årig mand, der var sigtet for blandt andet hærværk. Han blev i anledning af sagen ambulantly mentalundersøgt af overlæge L. Af erklæringen fremgår blandt andet, at B i det væsentlige har været rask. Han havde i 1985 fået konstateret forøget vandtryk i hjernen (hydrocephalus). Han fik derefter indopereret en ventil til aflastning af trykket og blev i fem år fulgt i neurokirurgisk afdeling, uden at der fandtes senfølger. Han blev herefter afsluttet. Derudover havde han i samme tidsrum været i behandling for forhøjet blodtryk. Han har aldrig haft noget misbrug, og han har aldrig frembudt tegn på psykisk lidelse eller haft behov for at gå hos psykolog eller psykiater. Han har ikke været bekendt med, at han har haft kønssygdomme.

Socialt er B uddannet ingeniør og har arbejdet som sådan, indtil det firma,

hvor han var ansat, gik konkurs; han har siden været anvist arbejde. Aktuelt planlagde han at gå på efterløn. Han havde været gift i mange år, men blev skilt for et par år siden. Han har god kontakt til to børn fra dette ægteskab. Han var nu samboende med en veninde.

I dagene op til den påsigtede kriminalitet tog B til sin fødeegn i Jylland for at besøge søsteren i juledagene. B's veninde har oplyst, at han 3. juledag kørte galt med sin bil, og at han ..."blev tiltagende dårlig, og den 28. december tilkaldte søsteren læge og politi, men ingen turde tage ansvaret for tvangsindlæggelse. Politiet havde fået søsteren til at overtage observandens bilnøgler, men da han næste dag lagde pres på hende, gav hun ham dem igen. Han kørte til A-by, hvor bilen blev skadet den 30. december. Han blev indlagt på

B-by sygehus, men krævede sig straks udskrevet og forsvandt. Han blev så efterlyst via sine sønner, og den 31. december blev han fundet i C-by, hvor hun (søsteren, Retslægerådets bemærkning) prøvede at få ham stoppet gennem C-by politi, men fik at vide, at han intet fejlede. Han blev kørt til D-by sygehus, (hvor der 01.01.95 blev foretaget CT-scanning af hjernen, der viste vel fungerende ventil, Retslægerådets bemærkning), hvorfra han blev returneret til C-by, hvor han blev sat i toget. Muligvis endte han i København (E-by), men han dukkede i alt fald op i F-by den 3. januar 1995. Han tog igen til København, hvor han blev sporet via politi. Den 8. januar vendte han tilbage til sit hjem, gik til egen læge, hvor han fik beroligende medicin. Den 11. januar gik han på ny til egen læge, som indlagde ham på G-by sygehus, hvor han forlod afdelingen. Han tog på arbejde, men fungerede ikke og blev den 12. januar tvangsindlagt på ...(H-by hospital psykiatrisk afdeling)".

Ved indlæggelsen i psykiatrisk afdeling fandtes B sindssyg, og ved laboratorieundersøgelse blev det konstateret, at han led af hjernebetændelse som følge af syfilis i 3. stadium. Han blev overflyttet til neuromedicinsk afdeling og sat i behandling med binyrebarkhormon (prednisolon) og penicillin. Efter to ugers behandling var hans psykiske tilstand normaliseret, og han blev udskrevet.

Hans psykiske symptomer i sygdomsperioden var desorientering, mistænk-

somhed, hyperaktivitet, trusler, aggressivitet og absurde, bizarre handlinger samt øget glemsomhed. Den påsigtede kriminalitet drejede sig om, at han i irritation over ventetid på et tog smed cykler og barnevogne på banelegemet samt smadrede ruder i stationsbygningen.

Ved mentalobservationen et halvt år senere fandtes B psykisk upåfaldende, fraset lette hukommelsesforstyrrelser. Han kunne beskrive sin adfærd i sindssygdomsperioden som fuldstændig væsensfremmed. Da der ikke vurderedes at være risiko for fornyet kriminalitet, endsige risiko for tilbagefald af sindssygdomssymptomer, kunne der ikke ved mentalobservationen peges på særforanstaltning som formålstjenlig med henblik på forebyggelse af lignende kriminalitet. Hvis det af andre grunde fandtes påkrævet, blev der dog foreslået ambulans psykiatrisk behandling.

Retslægerådet udtalte blandt andet, at B 10 dage efter de påsigtede forhold blev ..."tvangsindlagt som sindssyg på behandlingsindikation, efter at han inden for de sidste uger havde udviklet en sindssygelig tilstand med usamlet adfærd, desorientering, storhedsforestillinger og øget psykomotorisk tempo. Tilstanden blev diagnosticeret som et organisk psykosyndrom som følge af en sensyfilittisk hjerneinfektion.

B må således antages at have været sindssyg på gerningstidspunkterne, omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Efter behandling af denne sindssygdome er hans tilstand normaliseret bortset fra mistanke om let hukommelsesforstyrrelse. Han må anses for helbredt for sindssygdommen, og ud fra en lægelig vurdering har rådet herefter ikke forslag til nogen formstjenlig særforanstaltning”.

Godt et år efter den påsigtede kriminalitet faldt der dom i sagen. B fandtes sindssyg på gerningstidspunkterne, omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og han frifandtes for straf.

Kommentar:

Syfilis var i tidligere tider en hyppig årsag til sindssygdome; i forrige århundrede var f.eks op mod halvdelen af patienterne på sindssygeanstalterne indlagt på grund af en syfilittisk sindssygdome, og enhver læge på den tid ville have overvejet syfilis som årsag til de symptomer, B frembød. Nu er diagnosen næsten gået i glemmebogen, og det er formentlig ikke ukarakteristisk, at B på D-by sygehus fik foretaget en CT-scanning med henblik på at vurdere, om den indopererede ventil fungerede. B frembød psykosesymptomer, der pegede mod en organisk hjernelidelse, men da der intet abnormt blev påvist ved scanningen, foretog sygehuset sig intet yderligere. En syfilittisk psykose, som blandt andet påvises ved en blodprøve, har man ikke tænkt på. Sygehistorien viser, at denne diagnose stadig bør have in mente ved manioforme, organisk prægede sindssygdome

ssymptomer. (Se også Retslægerådets rsberetning 1990, s. 52 f.).

Dernæst demonstrerer forløbet, dvs. især kontakten til behandlingssystemet, at læger kan være for tilbageholdende med at tvangsindlgge. Der er ingen tvivl om, at B var sindssyg; familien forsøgte at få ham tvangsindlagt, men uden held, og ingen af de ganske mange læger, B under forløbet var i kontakt med, tog initiativ til at gribe ind, politiet heller ikke. Det var først, da B kom i kontakt med sin praktiserende læge, at en tvangsindlæggelse blev foranstaltet. Et af de symptomer, B frembød, var aggressiviteten, og i irritation begik han hærværk -; men det kunne være gået meget værre. Retslægerådet skal igen understrege, at en læge ifølge psykiatriloven skal tvangsindlgge en patient, nr kriterierne herfor er opfyldte. (Se rsberetningen for 1992, s. 50 ff og s. 72 ff).

Endelig er sagen et eksempel på, at en person, der var sindssyg på gerningstidspunktet, men er rask på domstidspunktet, findes skyldig, men anvendelse af en særforanstaltning fandtes ikke påkrævet. Mange sindssygdomeformer har et kronisk forløb, hvor f.eks. vedvarende medikamentel behandling er påkrævet for at forhindre tilbagefald. Her vil det lægelige udgangspunkt være at anbefale en særforanstaltning. Anderledes er det med de akutte organiske psykoser. Disse sindssygdomeformer udvikles på grundlag af en legemlig sygdom, og den psykotiske tilstand vil i hovedparten af tilfældene klinge af til fuld helbredelse, nr den legemlige sygdom behandles. Ved en korrekt gennemført behandling vil risikoen for tilbagefald være minimal. I

den konkrete sag var B sindssyg på ger-
ningstidspunktet, men både legemlig
og psykisk rask efter at den syfilitiske
betændelsestilstand i hjernen var be-

handlet, og Retslægerådet fandt derfor
ikke grundlag for at anbefale en særfor-
anstaltning.

Sindssyg på gerningstidspunktet, men idømt almindelig straf

28-årig kvinde blev fundet skyldig i røveri; hun var sindssyg på gerningstidspunktet og blev idømt en dom til psykiatrisk behandling m.v. Hun appellerede dommen med påstand om almindelig straf. Før sagen blev behandlet ved landsretten, blev hun dømt for en række nye forhold i form af medvirken til røveri i flere tilfælde. Hun havde ikke været sindssyg i den periode, hvor disse røverier fandt sted, men blev vurderet som personlighedsmæssig i betydelig grad afovigende. Hun blev idømt almindelig straf blandet andet med den begrundelse, at hun var særdeles modvillig indstillet over for psykiatrisk behandling. (A 34893).

D er en 28-årig kvinde, som Retslægerådet første gang afgav udtalelse om i oktober 1994. Hun var sigtet for røveri, hun blev ambulantly mentalobserveret af overlæge A, retspsykiatrisk afdeling, X hospital. Af erklæringen fremgår blandt andet, at der var tilfælde af stemningssindssygdom (manio-depressiv psykose) i moderens familie. D var opvokset i en større provinsby under almindelige sociale forhold. Forældrene blev skilt, da hun var i puberteten; i forbindelse med diskussion om forældremyndighed afbrød faderen kontakten til D, der herefter boede hos moderen og dennes nye ægtefælle. D forlod skolen i 10. klasse; hun skiftede skole flere gange i sidste skoleår på grund af utilfredshed med forholdene. Efterfølgende havde D en lang række forskellige arbejdsforhold af overvejende kortere varighed. I en periode som helt ung opholdt hun sig i udlandet, hvor hun angiveligt blev voldtaget af to mænd, men uden at

dette skal have påvirket hende væsentligt psykisk. På et andet tidspunkt tog hun en korterevarende sundhedsuddannelse i et nordisk land. I perioder har hun arbejdet som servitrice, i andre perioder som butiksmedhjælper; ind imellem har hun været længerevarende sygemeldt på grund af psykisk lidelse.

D fraflyttede hjemmet 16 år gammel. Siden har hun flyttet meget omkring, ind imellem har hun på grund af manglende egen bolig i kortere perioder haft ophold hos moderen og dennes ægtefælle. Hun har haft flere kortere og længerevarende samlivsforhold. Fra hun var cirka 18 til hun var cirka 21 år gammel levede hun i et fast forhold, parret fik et barn. Fem måneder efter fødslen forlod D samleveren og barnet. D har siden i perioder haft nogenlunde regelmæssig kontakt til barnet, i andre perioder har hun kun set barnet få gange årligt.

Legemligt har D i det væsentlige været rask.

D synes at have udviklet sig almindeligt i barndommen, men fra 16 års alderen ændrede hun sig, hun fik svært ved at indordne sig under regler, hun var ofte konfrontationssøgende. Hun var i kraftig opposition til familien, rejste til udlandet uden moderens accept, færdedes i kriminelle miljøer (uden selv at blive kriminel), var "punker" osv. 18 år gammel indledte hun som anført et parforhold med en rolig, stabil noget ældre mand. D oplyste selv, at hun faldt fuldstændig til ro og levede helt almindeligt med arbejde, teaterbesøg m.v. Efterhånden kedede hun sig imidlertid, hun begyndte at gå ud med veninder, hvor hun drak for meget, og hun var ved at indstille sig på, at forholdet skulle afbrydes, da hun blev gravid. D har detaljeret berettet om, hvorledes hun efter fødslen var dybt skuffet over det nyfødte barn, som hun ikke havde nogen særlige følelser overfor. Da hun kom hjem, begyndte hun at få mistanke om, at barnet ikke var hendes eget, og kort efter forlod hun som anført samleveren og barnet. Efterfølgende mente hun selv, at hun i denne periode var "deprimeret". Hun opholdt sig i en periode hos moderen, fik det bedre og rejste så til et skandinavisk land, hvor hun opholdt sig i halvandet år; hun oplyser selv, at hun her i lange perioder "levede det vilde liv". Blandt andet af hensyn til datteren vendte hun dog tilbage til Danmark. Her gentog mønsteret sig, i perioder havde hun det meget godt, men cirka en gang om året blev hun, hvad hun selv kalder "manisk". Hendes

søvnbehov aftager, hun oplever tanke-mylder og oplever, at hun har mange tanker på en gang. Hun føler sig nærmest bombarderet med indtryk. Hun forsøger undertiden at dæmpe symptomerne med alkohol, men uden effekt.

D har tre gange været indlagt på psykiatrisk afdeling, to gange er hun blevet overflyttet fra intensivafdelinger efter at have indtaget overdosis af medicin, en gang har hun selv henvendt sig, hvor hun anmodede om at blive indlagt på lukket afdeling, idet hun ikke havde sovet i flere døgn, havde haft voldsomt tankemylder og en fornemmelse af, at hun var ved at blive sindssyg. Under den første indlæggelse fandtes hun i begyndelsen lidt tristhedspræget, og hun fremførte nogle vage forestillinger om, at hun kunne høre sin afdøde mormoders stemme. Under denne indlæggelse fandtes hun personlighedsmæssigt dårligt integreret og blev vurderet som "psykosenær"; hun blev udskrevet til ambulante behandling. Under næste indlæggelse var hun initialt urolig og opkørt, men faldt til ro under behandling med beroligende og antipsykotisk virkende medicin, hvorefter hun forlangte sig udskrevet. Under tredje indlæggelse var hun igen urolig, talende, klagede over tankemylder og fornemmelse af, at hovedet skulle sprænges. Ind imellem var hun vredladet og udskældende, hun kunne tale i et væk og virkede såvel selvovertroende som grådlabil. Under denne indlæggelse foretog hun et røveri. Efter at hendes tilstand var bedret, blev hun overflyttet til det lokale arresthus. Ved den ambulante mental-

undersøgelse angav hun, at hun be-
fandt sig særdeles udmærket i arresten,
hvor hun blandt andet havde fundet en
ven. Hun mente sig højt respekteret af
medindsatte og personale. Hun var to-
talt afvisende over for indlæggelse på
lukket afdeling, men ikke helt afvi-
sende over for ambulantly behandling.

D's moder beskrev D som habituel ak-
tiv, udadvendt, livlig og tempera-
mentsfuld. Moderen fandt, at D havde
haft nogle klare sygdomsperioder, dels
en "fødselspsykose", dels nogle faser,
hvor D havde været overaktiv på syge-
lig vis.

D fandtes ved mentalundersøgelsen
uden sindssygelige symptomer, men
identitetsusikker, affektlabil, præget af
såkaldt primitiv forsvarsmekanismer
(splitting og manipulation), tydende på
en usikker personlighedsidentitet. Er-
klæringen konkluderede, at D havde
været sindssyg på tidspunktet for røve-
riet; hun var således omfattet af straffe-
lovens § 16, stk. 1. Overlægen vurde-
rede, at der var en betydelig risiko for
ligeartet kriminalitet, såfremt D ikke
modtog psykiatrisk behandling, hvor-
efter overlægen anbefalede dom til
psykiatrisk behandling m.v.

Retslægerådet udtalte blandt andet, at
D ..."ikke er sindssyg nu, men at hun
var sindssyg på tidspunktet for det på-
sigtede forhold. Hun er normalt bega-
vet. Hun har fra sin ungdom været
præget af længerevarende stemnings-
svingninger såvel i form af forstem-
ningsperioder som opstemthedsfaser.
Hun har siden 1992 vært indlagt tre

gange på psykiatrisk hospital, hvor
hun er fundet sindssyg eller i en til-
stand på grænsen hertil. Hun var ind-
lagt på tidspunktet for det påsigtede
forhold. Under denne indlæggelse var
hun utvetydig sindssyg, præget af
blandt andet tankemylder og talepres,
uroelig adfærd, urealistisk selvvrde-
ring og søvnforstyrrelser. Det er over-
vejende sandsynligt, at hun lider af en
stemningssindssygdom (manio-de-
pressiv psykose), og at hun var i en
(sindssygelig) opstemthedsfase (mani)
på gerningstidspunktet. Hun var da
påvirket af medicin og alkohol, men
der er ingen holdepunkter for at an-
tage, at abnorm rustilstand har forelig-
get."

Rådet tilsluttede sig, at D var omfattet
af § 16, stk. 1, og anbefalingen af dom til
behandling.

Det fremgår af sagen, at D ved byretten
blev dømt til psykiatrisk behandling
m.v., hun ankede til landsretten med
påstand om almindelig straf. Før sagen
blev behandlet i landsretten, blev D på
ny anholdt og sigtet for en række nye
forhold i form af medvirken til røverier.
Der blev i den anledning udfærdiget ny
mentalerklæring ligeledes af overlæge
A, retspsykiatrisk afdeling, X Hospital.
Af denne erklæring fremgår blandt an-
det, at D angiveligt havde befundet sig
godt i arresthuset, hvor hun havde truffet
sin nuværende ægtefælle, der var
indsat. Han blev overflyttet til stats-
fængsel til fortsat afsoning, hun blev
løsladt, hvorefter ægtefællen undveg
og kontaktede D. De var sammen i den
følgende tid, hvor de turede rundt i

landet og levede af de penge, de skaffede sig ved gentagne røverier. D har detaljeret forklaret herom, og hun angav, at hun her oplevede sin hidtil bedste livsperiode. På et tidspunkt blev ægtefællen anholdt og indsat til fortsat afsoning, men de røverier, de havde foretaget, blev ikke opdaget. Efter at ægtefællen var blevet løsladt, besluttede de sig for at indrette sig i et mere almindeligt livsmønster, de lejede lejlighed m.v. Imidlertid fik de ikke de offentlige ydelser, de havde regnet med, hvorfor de begik endnu et røveri, hvorefter parret blev anholdt.

Ved mentalobservationen lagde D stor vægt på, at hun ikke fortrød, hvad hun havde lavet. Hun mente, at det var socialforvaltningen, kriminalforsorgen, politiet og måske især den tidligere mentalerklæring, der var skyld i, at det var gået, som det var. Hun opfattede nu sig selv som kriminel og ønskede blot at afsone sammen med ægtefællen. Hun havde besluttet sig for at afskrive datteren i og med, at hun (D) nu havde valgt en tilværelse som kriminel. Hun forklarede, at hun fra flere sider havde fået at vide, at den eneste mulighed for at få ændret den tidligere idømte behandlingsdom var at lave ny kriminalitet. Hun angav, at hun befandt sig udmærket i arresten, og at hendes tilstand og adfærd der beviste, at hun kunne klare et almindeligt fængselsophold. Hun var indsat sammen med ægtefællen, og hun regnede med, at de sammen skulle afsone i Statsfængslet i Ringe.

Overlæge A vurderede, at D ikke var

sindssyg på undersøgelsestidspunktet og heller ikke havde været det i perioden for de påsigtede røverier. D blev fortsat fundet identitetsusikker, præget af en dårlig personlighedsintegration. Overlægen bemærkede, at når det endelig lykkedes at bringe D til at reflektere lidt over sin tilstand og situation resulterede det ofte i, at hun efterfølgende blev vred, udskældende, højtråbende og truende i forsøg på at forklare og retfærdiggøre sine handlinger. D ønskede under ingen omstændigheder at erkende sine psykiske vanskeligheder, hvilket forklarede hendes uvilje mod psykiatrisk behandling, afskrivning af forældrene og datteren m.v. En psykologisk undersøgelse støttede den klinisk/psykiatriske vurdering af D's personlighedsmæssige egenart. Erklæringen konkluderede, at D ikke var sindssyg nu, men at hun altså havde været sindssyg på tidspunktet for det tidligere pådømte forhold. Overlægen anbefalede fortsat en behandlingsdom.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at D ..."ikke er sindssyg, så lidt som der foreligger oplysninger, der dokumenterer, at hun har været sindssyg på tidspunkterne for de nu påsigtede handlinger. Hun er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, men har anket dommen, og hun har ikke, siden rådet afgav udtalelse, modtaget psykiatrisk behandling.

Ved aktuelle undersøgelse er hun fundet præget af en udtalt personlighedsmæssig afvigelse. Hun fremtræder dårligt integreret, impulsstyret, med let vakt aggressivitet, manipulerende i for-

hold til sine omgivelser, med hurtige skift i sine affekter og med tilbøjelighed til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne. Selv om der således ikke aktuelt foreligger tegn til sindssygdom, må hun dog betegnes som lidende af en grænsepsykotisk tilstand, der er en tilstand grænsende til en egentlig sindssygdom.

Hun er normalt begavet. Ved flere af de påsigtede forhold var hun under indflydelse af alkohol, men der er intet, der tyder på, at en patologisk rustilstand har foreligget. D er på nuværende tidspunkt omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men hun har som anført været sindssyg, og hermed omfattet af samme lovs § 16, stk. 1, på tidspunktet for et tidligere forhold.

Retslægerådet skal som mere formålstjenlig foranstaltning end eventuel forskyldt straf anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse."

D blev i byretten i det væsentlige fundet skyldig i medvirken til røveri i en række til fælde, og idømt en almindelig frihedsstraf. I dommens præmisser hedder det blandet andet: "Efter de lægelige udtalelser findes tiltalte omfattet af straffelovens § 69. Tiltalte har under hele sagsforløbet givet udtryk for, at hun har været sig den begåede kriminalitet bevidst, og at hun var parat til at

afsone straf herfor. Hun har også hele tiden givet udtryk for, at hun ikke ønskede en behandlingsdom og på alle måder ville modarbejde en sådan. Selv om hendes tilkendegivelser for så vidt kan tages som udtryk for manglende sygdomserkendelse, har retten ikke villet se bort fra, at disse tilkendegivelser ville kunne få betydning for et tvunget behandlingsforløb og indebære risiko for yderligere kriminalitet. Retten har også lagt vægt på, at tiltalte under den ret langvarige varetægtsfængsling efter det oplyste har klaret sig uden behandling og kunnet indrette sig under forholdene i arresten uden problemer. Herefter og under hensyn til hendes forklaring om den begåede kriminalitet og dennes karakter finder retten det ikke formålstjenligt at følge anklagemyndighedens påstand om behandlingsdom i stedet for almindelig straf."

D blev idømt fængsel i tre år og seks måneder. Denne dom blev ikke anket, og ved en senere kendelse blev byrettsdommen om psykiatrisk behandling ophævet.

Kommentar:

Dommen er usædvanlig. Der kan efter Retslægerådets opfattelse ikke herske tvivl om, at D på tidspunktet for det første røveri var sindssyg, og det er også nærliggende at antage, at hun lider af en manio-depressiv psykose; personlighedsmæssigt er hun vurderet som habituel "psykosenær", og set i lyset af det videre forløb kan det ikke udelukkes, at hun er ved at udvikle en mere vedvarende psykisk sygdom.

Retten tog kun stilling til hendes tilstand aktuelt, og så således bort fra at hun tidligere var fundet uomtvistelig sindssyg. Det må antages, at retten med bemærkningen om den manglende sygdomserkendelse har anerkendt, at D havde et behandlingsbehov, men retten har i sin afgørelse lagt vægt på, at det kunne blive forbundet med endog meget store vanskeligheder at gennemføre systematisk og regelmæssig behandling, en vurdering rådet må tilslutte sig. Dette kan imidlertid også gælde for andre retspsykiatriske patienter, og det ses ikke helt sjældent, at disse patienter under behandlingsforløbet erkender et behandlingsbehov, for eksempel fordi de oplever en gunstig effekt af den givne behandling. Fra

en lægelig vurdering er det selvsagt også af væsentlig betydning, at en konsekvent og grundig gennemført behandling hos en person med en psykisk sygdom som den, D lider af, må antages at nedsætte risikoen for kriminelt recidiv. Endelig skal bemærkes, at det ses, at en person med D's personlighedsmæssige egenart falder til ro i et så lukket og fast struktureret miljø, som et arresthus er. Psykiatrisk set kan dette imidlertid være uhensigtsmæssigt, idet disse forhold medfører, at hendes "psykosenære" tilstand fastholdes. Hertil kommer risikoen for, at D under afsoning udvikler en ny psykotisk fase, hvad enten det måtte blive en depression eller en mani. (Se også sag A 35.100)

Umyndiggørelse - dårligt oplyst sag

En byret anmoder Retslægerådet om en udtalelse om, hvorvidt H på grund af sindssygdom er uskikket til at varetage sine anliggender, og om det i bekræftende fald både gælder i formueretlig og personlig henseende, samt om H må antages at forstå betydningen af en umyndiggørelsessag. (A 34831).

Der foreligger to udtalelser fra embedslægen. Heraf fremgår bl.a., at embedslægen ikke kunne undersøge H, fordi denne nægtede at lukke op. H har adskillige år tidligere været tvangsindlagt med skizofreni. Familien har et par gange gennem de seneste 5-6 år henvendt sig, fordi H's adfærd virkede truende. Embedslægen fandt hverken grundlag for tvangsindlæggelse eller umyndiggørelse. To år senere fandt embedslægen i forbindelse med en sag om H's udsættelse af sin lejlighed, at H har en kronisk sindslidelse (skizofreni), og at han *"vel må betegnes som uskikket til at varetage sine anliggender"*. Embedslægen har fortsat ikke undersøgt H. Han anbefaler, at sagen eventuelt forelægges for Retslægerådet.

Fra H's egen læge foreligger en kort tilkendegivelse om, at han ikke har kendskab til H's helbredsforhold gennem de seneste 6 år.

Retslægerådet anmoder herefter om, at der indhentes en psykiatrisk speciallægeerklæring om H's tilstand, herunder med en vurdering af udsigten til betydende og afgørende bedring i tilstanden, såfremt han bliver behandlet.

Retten genfremsender nu sagen efter to uger uden nye lægelige oplysninger, idet det konstateres, at *"såvidt vides har sagsøgte længe ikke villet søge lægebistand og ikke villet indtage medicin"*.

Retslægerådet udtalte herefter:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet bemærke, at rådet ikke på baggrund af det foreliggende materiale kan tage stilling til spørgsmålet om eventuel umyndiggørelse. Det anføres i det tilsendte materiale, at han lider af kronisk sindssygdom, og at han er til gene for sig selv og omgivelserne; han modtager ingen behandling formentlig på grund af manglende sygdomsindsigt. Retslægerådet finder, at det efter det foreliggende kunne overvejes, om H er omfattet af reglerne om tvangsindlæggelse i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien."

Kommentar:

Det forekommer åbenbart, at Retslægerådet ikke kan besvare de af retten stillede spørgsmål, idet H ikke er lægeligt undersøgt gennem de senere år. Rets-

lægerådets svar berører spørgsmålet om tvangsindlæggelse, selv om rådet ikke er adspurgt herom. Dette svar tager sigte på 2 forhold, hvoraf det første er langt det væsentligste:

1. H har tidligere været tvangsindlagt og er blevet diagnosticeret som skizofren. Embedslægen er aktuelt blevet afvist af en person, der må formodes at være H. H er ved at blive sat ud af sin bolig. H har virket truende over for familien. H ønsker ikke lægehjælp eller behandling. Disse foreliggende omstændigheder giver efter Retslægerådets vurdering grundlag for eller forpligtelse til, jf. psykiatriloven, at egen læge eller embedslægen, eventuelt ved politiets hjælp foranstalter en lægeundersøgelse med henblik på at afgøre, om tvangsindlæggelse skal foretages. Det kan undre, at en umyndiggørelsessag to gange forelægges Retslægerådet, når et andet regelsæt (psykiatriloven) forekommer langt mere nærliggende i den foreliggende situation.
2. Fra et lægeligt synspunkt vil det være usædvanligt at søge gennemført umyndiggørelse af en sindssyg, ubehandlet person, før det er afklaret, om vedkommende kan helbredes eller bedres afgørende ved hjælp af behandling, eventuelt gennemført i henhold til psykiatrilovens bestemmelser.

Lægeligt ville det i alt fald være en utilstrækkelig og faglig utilrådelig fremgangsmåde, eventuelt blot at konstatere tilstedeværelsen af sindssygdom

og eventuel "uskikkethed", når begge dele eller i alt fald sidstnævnte måtte antages at være af blot forbigående karakter, såfremt behandling blev iværksat. I den forbindelse kan der være anledning til at minde om, at umyndiggørelse (efter 1.1.97 "værgemål") ikke hjemler ret til tvangsmæssige foranstaltninger med henblik på behandling af psykisk sygdom.

Det tilrådes, at læger, der involveres i en umyndiggørelsessag, anlægger en samlet vurdering og herunder iagttager reglerne i psykiatriloven eller i alt fald begrunder sine konklusioner i denne henseende. En sags forelæggelse for Retslægerådet forudsætter som absolut hovedregel aktuelle relevante lægelige undersøgelser og udtalelser. Sådanne akter udgør de væsentligste præmisser for Retslægerådets arbejde. Retslægerådet erkender, at det i sjældne tilfælde kan være nødvendigt for retten af forelægge en sag med ufuldstændige aktuelle lægelige præmisser. Det kunne f.eks. være tilfældet, hvis tvangsindlæggelse m.v. var gennemført uden effekt på tilstanden, og den pågældende fortsat afviste at lade sig lægeundersøge i forbindelse med en umyndiggørelsessag. I så fald er der næppe grundlag for at tvinge den pågældende til at lade sig lægeundersøge.

Den aktuelle byret har oplyst, at sagen blev hævet nogle måneder efter, at Retslægerådet afgav den ovenfor citerede udtalelse. Det er rådet ubekendt, om H nogensinde blev lægeundersøgt.

Farlighedsvurdering af psykisk syge og/eller personlighedsforstyrrede kriminelle

Repræsentanter for Retslægerådet deltog den 03.04.95 i et møde med Folketingets Ombudsmand, professor, dr. jur. Hans Gammeltoft-Hansen på baggrund af Ombudsmandens skrivelse af 16.03.95 til rådet, hvori rådet blev anmodet om at foretage - eller foranledige foretaget - en sammenlignende gennemgang af farlighedsvurderingerne i sager vedrørende livstidsdømte.

Ombudsmandens henvendelse havde baggrund i en konkret sag, som ikke her skal omtales nærmere. Til brug for mødet udarbejdede Retslægerådet et notat, som bl.a. indeholder nogle overvejelser af, hvilke elementer en sådan undersøgelse bør omfatte samt nogle principielle betragtninger om farlighedsvurderinger. (F15-2254).

Det anføres i notatet bl.a., at en undersøgelse, der sammenligner psykiatriske vurderinger af livstidsfanger i et betydeligt antal tilfælde skal, for at være meningsfyldt, blandt andet tilvejebringe og vurdere data vedrørende følgende temaer:

1. Den kriminelle karriere, det vil sige ikke alene den kriminalitet, der førte til idømmelse af fængsel på livstid, men desuden det samlede forløb af kriminalitet.
2. Den psykiatriske vurdering, herunder farlighedsvurdering i forbindelse med selve den straffesag, der førte til idømmelse af livsvarig fængsel (oftest mentalobservation).
3. Rammerne for afsoningen og baggrunden for hver enkelt af de under afsoningsforløbet afgivne lægelige udtalelser. Dette måtte belyses i detaljer, det vil sige blandt andet med oplysninger om forholdene i fængslet, kontakten med andre, forløb ved udgange med videre. Herunder må formentlig inddrages omfattende materiale fra Kriminalforsorgens journaler, akter med videre.
4. Den kliniske/personligheds-mæssige beskrivelse ved hver enkelt udtalelse i de ovennævnte forløb, herunder også oplysninger om tankeindhold, selvindsigt, holdning til kriminalitet, forestilling og modforestilling vedrørende fremtidig kriminalitet med videre.
5. Den sociale situation i forbindelse med behandling af spørgsmålet om benådning.

6. Farlighedsvurderingernes eksplicitte præmisser og den vægt, vurderingen har haft i de enkelte udtalelser.
7. Oplysningerne om forløbet efter benådning, herunder med hensyn til kriminelt recidiv.

Hertil kommer yderligere nødvendige tiltag i forbindelse med en eventuel undersøgelse:

8. Til brug for undersøgelsen måtte fra grunden udformes detaljerede vurderingsskemaer for de enkelte aspekter, hvoraf en række er nævnt ovenfor. Dette måtte ske for at sikre størst mulig ensartethed i dataforamen.
9. Medvirken af flere bedømmere vedrørende de enkelte datasæt er nødvendig, igen for at sikre en forsvarlig ensartethed i grundlaget for en senere sammenligning.
10. Beskrivelse og vurdering af retsgrundlaget (lovgivning og administrative bestemmelser), herunder ændringer i den relevante tidsperiode. Hertil kommer beskrivelse og vurdering af Retslægerådets faglige beslutningsgrundlag og praksis i den samme lange tidsperiode.

Man må således fremhæve, at en lang række forskellige faktorer og forhold skal datamæssigt kortlægges, vurderes og fortolkes.

En sådan undersøgelse vil kræve flere lægers indsats på fuld tid gennem en længere periode og hertil psykiatrisk supervisionsbistand på ekspertniveau. Endelig kræver opgaven medvirken af

en jurist med tilstrækkelig indsigt og erfaring.

Retslægerådet finder en lægefaglig og juridisk undersøgelse af farlighedsvurderinger særdeles relevant. Herunder burde forholdene vedrørende forvaringsdømte formentlig også inddrages, idet farlighed indgår i grundlaget for anvendelse af forvaring.

Farlighedsvurdering af ikke-sindssyge personer er omtalt i Retslægerådets årsberetning for 1988. Uddybende her til kan fremhæves, at farlighedsvurdering af ikke-sindssyge hviler på et skøn, der sammenfatter lægefaglige såvel som mere almene ikke specielt lægefaglige aspekter.

Den lægefaglige side af sagen vedrører især personlighedsbeskrivelsen, herunder den pågældendes psykiske forsvarsmekanismer og reaktionsmåder samt vurdering af tankeindhold, forestillingsliv, inklusive tanker og modforestillinger vedrørende kriminaliteten og fremtiden. De almene aspekter vedrører en række kriminalitetsrelaterede samt sociale og konkrete situationsrelaterede omstændigheder. Det vil herefter være således, at farlighedsvurderingerne foretages ved at sætte den pågældendes konstitution (personlighed) i relation til kriminel karriere, til adfærd og miljøforhold samt til den aktuelle konkrete situation, både på tidspunktet for kriminaliteten, under det videre forløb og på tidspunktet for den aktuelle vurdering. Dette udmønter sig herefter i den blandede lægeligt/almment begrundede syntese og tilkende-

givelse af, hvordan man, alting taget i betragtning, må bedømme den pågældendes aktuelle og fremtidige farlighed. De pågældende skøn har ikke nøjagtighedens karakter og kan for eksempel ikke angives som en procentuel risiko for denne eller hin form for farlig adfærd. Den nævnte relativitet i farlighedsvurdering gør sig i særlig grad gældende, når man skal tage stilling til, om ikke-farlighed foreligger hos en person med tidligere manifesteret farlighed. I sådanne tilfælde vil en lægelig begrundet sikkerhed for ufarlighed formentlig ikke kunne opnås. Man kunne overveje, om det overhovedet har mening at lade et lægefagligt element indgå i farlighedsvurderinger vedrørende ikke-sindssyge kriminelle. Når Retslægerådet fortsat finder det forsvarligt og relevant at medvirke til sådanne bedømmelser, er det særligt, fordi nogle kombinationer af personlighedspræg, kriminalitetsmønster og situationelle faktorer er af en sådan karakter, at en lægefaglig dimension i vurderingen, alt andet lige, må antages at give myndighederne et bedre grundlag for stillingtagen end den blotte lægmandsfornuft, kombineret med juridisk fagkundskab.

Rådet skal afslutningsvis bemærke, at farlighedsvurdering af sindssyge jævnligt kan foretages med væsentlig større sikkerhed end for ikke-sindssyge, af og til endog med en imperativ styrke. Der tænkes især på tilfælde af vrangforestillinger og/eller hallucinationer, der tilskynder den pågældende til farlige anslag mod navngivne personer eller grupper af personer, især hvor sådanne anslag allerede har manifesteret sig i form af alvorlig kriminalitet. I sådanne tilfælde kan det forekomme, at den lægelige vurdering, endog efter længerevarende frihedsberøvelse, faktisk - alene eller i alt overvejende grad - kan bære at danne grundlag for stillingtagen til fortsat frihedsberøvelse/tildeling af frihedsgoder med videre. I nogle tilfælde vil spørgsmålet om fortsat medicinsk behandling i den forbindelse være central, hvilket ligger inden for det specifikt lægefaglige område.

Konkluderende finder Retslægerådet, vedrørende spørgsmålet om en sammenlignende undersøgelse af farlighedsvurderinger, at en sådan undersøgelse, som beskrevet af Folketingets Ombudsmand Hans Gammeltoft-Hansen, kan gennemføres, og at den er af væsentlig interesse.

Patologisk rustilstand

Straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt. lyder: "Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdом eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler herfor."

Denne særlige bestemmelse om patologisk rus indeholder således en mulighed for i særlige tilfælde at pålægge straf. Straffelovrådet har i Betænkning om de strafferetlige særforanstaltninger (Betænkning nr. 667/1972, s. 41 ff) behandlet spørgsmålet om bedømmelsen af alkoholrus og blandt andet udtalt: "Straffelovrådet mener, at det også fremtidig bør være det almindelige, at patologisk rus fritager for straf. På den anden side finder man det velbegrundet, at reglen udformes således, at der åbnes domstolene en mulighed for at statuere strafansvar. Et forbehold herom vil bl.a. kunne få betydning i visse sager, hvor det oplyses, at tiltalte tidligere har været i lignende tilstande, og hvor det derfor kan bebrejdes ham, at han på ny har indladt sig på spiritusnydelse med kendskab til de risikomomenter, som dette for hans vedkommende indebærer".

Samme betænkning (s. 177 f) indeholder en udtalelse fra Retslægerådet, hvor rådet bl.a. anfører, at der kunne tænkes atypiske tilfælde af patologisk rus, som nærmere burde henføres til tilstande ligestillet med sindssygdом, (d.v.s. § 16, stk. 1, 1. pkt.). Det er således en gammel erfaring, at det undertiden kan være vanskeligt at skelne mellem de "klassiske" tilfælde af patologisk rus og andre forbigående sindssygdомsepisoder udløst af alkohol eller andre rusmidler. Der skal nedenfor refereres 2 sygehistorier, hvor ovennævnte bestemmelse i § 16, stk. 1, 2. punktum har haft relevans. Efterfølgende diskuteres, om det er fagligt rimeligt at opretholde begrebet patologisk rus, eller om det er mere hensigtsmæssigt alene at anvende de begreber, der er omtalt i selve lovparagraffen, altså forbigående tilstande af sindssygdом eller tilstande, der må ligestilles hermed. (A 34831 og A 35351).

Sygehistorie A

A er 26 år gammel. Af mentalobservatonsrklæring fremgår bl.a., at han er tidligere ustraffet og uden familiær disposition til legemlig eller psykisk lidelse. Han er opvokset hos samboende

forældre som nr. 3 af 4 søskende. Efter 10 års skolegang har han i 1995 afsluttet en højere teknisk uddannelse. Han har aftjent værnepligt. Han har aldrig været psykisk syg, men lider af stammen. Siden puberteten har han til fester

drukke vin og/eller øl, men har aldrig haft et dagligt forbrug, og han har aldrig oplevet abstinenssymptomer. Efter alkoholindtagelse bliver han almindeligvis søvrig, og han har aldrig været aggressiv under alkoholpåvirkning. Han har ikke haft "black-outs". Han tager ikke stoffer eller medicin. Han sigtes nu for legemsangreb af særlig farlig karakter, idet han under taxa-kørsel ved 5-tiden en morgen tog halsgreb på chaufføren. Ved blodprøve udtaget knapt 2 timer efter handlingen havde han 1,50 ‰ alkohol i blodet. Af erklæringen fremgår videre, at han den pågældende aften havde drukket nogle øl hos en kammerat. Under et efterfølgende restaurantbesøg er han flere gange beskrevet som helt ændret i sammenligning med den tilstand, han almindeligvis kom i, når han drak øl. Han var provokerende, hektisk, foretagsom og "røg rundt efter pigerne". Han talte om, at han havde "indre kræfter", der kunne styre det elektriske system. Han virkede "helt fremmed for sine kammerater". Sædvanligvis var han forsigtig og undveg konflikter. Selv har han kun fragmentarisk erindring om restaurantbesøget og kun glimtvis erindring om taxa-kørslen. Det påsigtede husker han ikke, men han husker anholdelsen kort efter. Det er oplyst, at han på tidspunktet for det påsigtede legemsangreb læste til afsluttende eksamen, hvor han tidligere var dumpet 2 gange. Ved mentalobservationen fremtrådte han psykisk helt upåfaldende, fraset en kun lidet udtalt stammen. Mentalerklæringen konkluderede, at han på tidspunktet for det påsigtede var sindssyg og således omfattet af

straffelovens § 16. (Efter erklæringen var der således ikke tale om en patologisk rus). Der anbefales dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse.

Retslægerådet udtalte: ..."at A ikke er sindssyg, men må antages at have været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede handling. Han er normalt begavet.

Han har tidligere kortvarigt været behandlet hos talepædagog på grund af stammen, men ellers altid været psykisk rask. Han har intet misbrug. Han var på tidspunktet for det påsigtede i en psykisk stresstilstand på grund af foranstående eksamen.

Han havde i timerne forud for det påsigtede forhold indtaget alkohol, og på et tidspunkt synes der at være indtrådt en udtalt ændring af hans adfærd, idet han dog fortsatte med at indtage alkohol. Han har hukommelsestab for væsentlige dele af hændelsesforløbet.

Beskrivelsen af hans adfærd omkring tidspunktet for den påsigtede handling tyder på en sindssygelig tilstand præget af vrangforestillinger af storhedskarakter og abnorm, personlighedsfremmed adfærd præget af hyperaktivitet og aggression. Retslægerådet finder det herefter helt overvejende sandsynligt, at det har drejet sig om en af al-

kohol fremkaldt abnorm rustilstand, og at han således omfattes af straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt. I fald han findes skyldig, vil rådet anbefale en dom til ambulantly psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse.”

Retten fandt A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt., og han blev jf. straffelovens § 68 dømt i overensstemmelse med den af Retslægerådet anbefalede sanktion.

Sygehistorie B

B er en 28 år gammel mand, som bl.a. sigtes for legemsangreb af særlig farlig karakter, idet han, efter sigtelserne, en nat mellem kl. 02.30 og kl. 03.10 benyttede en slange fra en gasflaske som "flampekaster" mod en person, ligesom han slog pågældende med gasflasken og lidt senere i forbindelse med anholdelse slog mod 2 betjente med en trælægte.

Af mentalerklæringen fremgår bl.a., at der ikke forekommer nerve- eller sindslidelser i slægten. Han er opvokset hos samboende forældre som nr. 1 af 2 søskende. Efter 10 års skolegang har han arbejdet i fiskerierhvervet. Han er fraskilt og har 1 barn. Han har gener af slidgigt, men er ellers i alt væsentlig legemligt rask. Psykisk har han været rask. Dog har han gennem mange år været anspændt i samvær med mange mennesker, og når han befinder sig på

høje steder. Siden 16-års alderen har han ved sociale sammenkomster drukket en del alkohol, men aldrig når han var ude at fiske og aldrig flere dage i træk. Der beskrives ikke black-out-tilfælde eller abstinenssymptomer. I beruset tilstand havde han for 10 år siden stjålet en cykel, og ca. 2 måneder før det påsigtede havde han været i detentionen for husspektakler i forbindelse med et skænderi med kæresten. Han indtager ikke hash, euforiserende stoffer eller medikamenter. Søsteren betegner ham som stilfærdig og afbalanceret. Af mentalerklæringen fremgår videre bl.a., at han på tidspunktet for det påsigtede ikke havde sovet i 24 timer, idet han havde været på fiskeri og efterfølgende arbejdet i forbindelse hermed. I aftenens løb drak han et antal øl og whisky-sjusser. Han følte sig lidt træt men ikke egentlig beruset. Han følte sig først på natten glad, "havde en særlig fornemmelse af lykke". Inden for kort tid følte han sig ændret, følte sig "kvikkere og helt klar i hovedet, det var så underligt". Han talte med et, ham ubekendt, par i nogle minutter, han husker ikke indholdet af samtalen. Kvinden sad i rullestol. Pludselig fik han den tanke, at kvinden var i mandens vold, at hun var kidnappet, at der lå 3 mænd inde i parrets telt, og at personer omkring ham ville dræbe ham. Han foretog det påsigtede med gasflasken, angiveligt for at aflede mændene og køre "hende (kvinden, rådets bemærkning) ud af teltet i rullestolen". Han husker forløbet.

Blodalkoholkoncentrationen 2 timer efter hændelsen var 1,14 ‰. Ved mental-

observation under indlæggelse fremtrådte han upåfaldende, normalt begavet. Personlighedsmæssigt bedømtes han også ved psykologisk undersøgelse som ængstelig uden følelsesmæssig fleksibilitet. Der var ikke tegn på, at han rummede let udløste aggressive impulser. Der var ingen tegn på epilepsi, EEG var således normalt. Mentalobservationserklæringen konkluderede, at B var sindssyg på tiden for det påsigtede og således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der anbefaledes behandlingsdom.

Ved en forudgående ambulans speciallægeundersøgelse var hændelsesforløbet og B's psykiske tilstand beskrevet i alt væsentligt som angivet ovenfor, men speciallægen betegnede tilstanden på tiden for det påsigtede som en patologisk rustilstand. Den netop refererede mentalobservationserklæring angav altså blot, "at B var sindssyg på tiden for det påsigtede".

Retslægerådet udtalte: ..." at B i forbindelse med de foretagne psykiatriske undersøgelser ikke er fundet sindssyg, ligesom der heller ikke er påvist anden væsentlig psykisk lidelse. Han er normalt begavet, og der er ikke påvist tegn på epilepsi. Personlighedsmæssigt er han beskrevet med begrænsede færdigheder og ressourcer til at håndtere følelsesmæssige belastninger, ligesom han primært gør brug af fantasi, tanke og forestillinger for at få dækket psykologiske behov. Han kan ikke betegnes som egentlig personlighedsforstyrret. B har i perioder haft et overforbrug af alkohol, og på tidspunktet for det påsig-

tede var han ligeledes under indflydelse heraf. Forud for det påsigtede havde han ikke sovet gennem en længere periode og kombinationen af søvnmangel, alkoholindtagelse og de påsigtede handlingers ejendommelighed og personlighedsfremmende karakter kunne støtte antagelsen af, at en af alkohol fremkaldt abnorm rustilstand har foreligget. Imidlertid skal Retslægerådet bemærke, at den typiske patologiske rustilstand oftest beskrives efter indtagelse af en mindre dosis alkohol, ligesom denne tilstand efterlader fuldstændigt eller en betydelig grad af hukommelsestab (amnesi). Retslægerådet finder således ikke, at kriterierne for patologisk rustilstand foreligger opfyldt for B's vedkommende. Uanset dette finder Retslægerådet, efter beskrivelsen af B's psykiske tilstand på tiden for det påsigtede, at han da befandt sig i en af alkohol udløst abnorm bevidsthedstilstand, ledsaget af vrangforestillinger og med påvirkning af handlelivet. Han var således på tiden for det påsigtede sindssyg eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed. Han er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet, jf. straffelovens § 68, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende og under udskrivning tilsyn af Kriminalforsorgen og hospitalet, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes beslutning om indlæggelse."

Rettens afgørelse i sagen foreligger endnu ikke.

Kommentar.

Danmark indførte 01.01.94 WHO's nye diagnosesystem ICD-10. I forbindelse hermed er udgivet en omfattende diagnosemanual, hvor patologisk alkoholrus er omtalt under punkt F 10-07:

"Pludseligt indsættende aggressiv og ofte voldelig adfærd, som er utypisk for den pågældende i ædru tilstand, og som optræder meget hurtigt efter indtagelse af en mængde alkohol, som hos de fleste ikke ville fremkalde tegn på alkoholpåvirkning."

Traditionelt har disponerende faktorer, f.eks. udmattelse, samt hukommelsestab for det relevante tidsrum yderligere været elementer, der blev taget i betragtning ved overvejelser om patologisk rustilstand. De klassiske krav til diagnosen er således:

1. "Jeg-fremmed aggressiv, eventuelt svært personfarlig adfærd"
2. "Optræder efter så ringe alkoholindtagelse, at der normalt ikke ville være tegn på alkoholrus"
3. "Totalt hukommelsestab - eller eventuelt fragmentarisk, usystematisk erindringsmateriale - for perioden, som er af højest få timers varighed"
4. "Fysisk sygdom, udmattelse eller svær psyko-social belastning kan disponere til patologisk rus."

Sammenholdes de 2 sager med disse kriterier tegner der sig følgende mønstre:

1. (Den fremmedartede farlige adfærd):

I begge sager var dette kriterium opfyldt.

2. (Alkoholindtagelsen): I sag A optrådte en ændret tilstand og adfærd ret tidligt under alkoholindtagelsen. A drak videre og det påsigtede indtraf ved en blodalkoholkoncentration på over 1,5 ‰.

I sag B indtraf den ændrede tilstand og adfærd efter en længerevarende drikkeperiode, og promillen ved det påsigtede var også her over 1,0 ‰.

3. (Hukommelsestab): I sag A forelå næsten total glemsel for den relevante periode, mens dette kriterium ikke var opfyldt i sag B.

4. (Disponerende faktorer): I sag A forelå muligt psyko-socialt stress, og i sag B forelå ret veldokumenteret søvnmangel.

Hertil kommer, at både A og B fremstod med ændret oplevelse af bevidsthedssansen samt med forbigående vrangforestillinger med et megalomant henholdsvis forfølgelsespræget indhold.

I sag A var kriterierne 1, 3 og 4 således opfyldt, mens spørgsmålet om, hvornår den abnorme tilstand begyndte, set i forhold til alkoholindtagelsen og den afvigende adfærd, ikke kan besvares helt præcist (kriterium 2). Retlægerådet angav, at patologisk rus helt overvejende sandsynligt havde foreligget.

I sag B synes den abnorme tilstand at være begyndt senere i drikkeforløbet, og glemselskriteriet var ikke opfyldt. Retlægerådet betegnede tilstanden

som sindssygd, eller en hermed ligestillet tilstand udløst af alkoholindtagelse, men ikke som en patologisk rustilstand.

I en tidligere sag (årsberetning 1992, side 56 ff) angav Retslægerådet, at patologisk rus havde foreligget hos en 23-årig mand, hvor kriterium 1 og 3 var opfyldt, medens spørgsmålet om den indtagne mængde alkohol (kriterium 2) ikke var helt præcist belyst. Kriterium 4 (disponerende faktorer) var ikke opfyldt. I dette tilfælde var ikke oplyst om vrangforestillinger, men pågældende var i en meget udtalt tilstand af affekt, grædende og med svingende bevidsthedstilstand.

Alkoholpåvirkning kan medføre følgende kliniske tilstande, (idet der ses bort fra mere vedvarende, eventuelt kroniske sindslidelser efter alkoholmisbrug samt abstinensstilstande):

1. Udtalt alkoholrus med løftet selvfølelse, handletrang og svækket kritik
2. Black-out
3. Forbigående vrangforestillinger og ændret tidsfornemmelse
4. Patologisk rus.

Disse forskellige psykiske abnormtilstande, herunder forbigående psykotiske episoder udløst af alkohol, er velkendt i den psykiatriske praksis, men spørgsmålet om at diagnosticere en patologisk rustilstand foreligger alene i retspsykiatrisk sammenhæng, hvilket må ses i sammenhæng med bestemmelsen i straffelovens § 16, stk. 1, 2.

pkt., om i visse tilfælde at kunne idømme straf.

Der findes kun få videnskabelige undersøgelser inden for dette område. Nogle undersøgelser tyder på, at kun store mængder alkohol, svarende til en blodkoncentration på ca. 2 ‰, kan fremkalde aggressivitet hos personer, der under tidligere rus har været aggressive. Derimod er det videnskabeligt set usikkert, om små mængder alkohol, f.eks. 1-2 genstande, faktisk kan fremkalde en abnormtilstand - en patologisk rus - hos forud raske personer.

Der kan også være grund til at nævne, at der kan være uforudsigelige forskelle og ligheder mellem de nævnte kliniske tilstandsbilleder. Black out, der typisk indtræder i forbindelse med svær beruselse hos kroniske alkoholkere, foreligger ofte uden andre psykopatologiske fænomener eller afvigende adfærd. Karakteristisk for et Black-out er iøvrigt, at hukommelsen gradvis vender tilbage. Som sygehistorie B demonstrerer, kan vrangforestillinger og bevidsthedsændring optræde uden samtidig optrædende hukommelsesforstyrrelser; endelig er det velkendt, at aggressiv, selvhævdende og ukritisk adfærd ikke sjældent ses under forløbet af en almindelig rus, men kun såfremt der opstår "en sag" aktualiseres spørgsmålet om en patologisk rus. Man kender ikke i detaljer de sygelige processer (den fysiologiske mekanisme), der ligger bag de forskellige psykopatologiske fænomener, der her er omtalt; lægefagligt er det mest oplagt at opfatte dem som en række mulige manifestati-

oner i forløbet af en alkoholrus, men uden at der er sikkert grundlag for at antage, at der hverken årsagsmæssigt eller udviklingsmæssigt er forskelle mellem de enkelte psykopatologiske elementer. De disponerende faktorer (fysisk sygdom, tidligere hjerneskade, udmattelse og svær stress) må opfattes som forhold, der generelt vil tendere til at give en alkoholrus et mere uforudsigeligt forløb og medføre patologiske fænomener ved en lavere promille end ellers.

I de aktuelle sygehistorier ligger skillelinien med hensyn til patologisk rus ved hukommelsestab, der altså ifølge WHO's diagnosemanual ikke er specifikt for patologisk rus, medens dosis-spørgsmålet - ligesom i den videnskabelige litteratur - er mere usikkert belyst og i høj grad afhænger af vidneudsagn fra andre, ofte venner, vedrørende forløbet af den aktuelle drikkefase. Det bemærkes, at blodalkoholkoncentrationen i de aktuelle sager sandsynligvis har ligget omkring eller lidt over 0,8 ‰ ved det påsigtedes foretagelse, og altså ikke med sikkerhed på et helt usædvanligt lavt niveau, f. eks. 0,2 - 0,3 ‰, der normalt aldrig ville give manifesterede kliniske forgiftningssymptomer.

Retslægerådet udtalte i 1972, (Betænkning om de strafferetlige særforanstaltninger, Bet. nr. 667/1972, s. 177 ff), at visse atypiske rustilstande kunne opfattes som ligestillede med sindssygdom. Dette kan antages at være en del af baggrunden for, at læger, der udarbejder mentalerklæringer, er tilbageholdne med at henvise abnorme reakti-

oner på alkoholindtagelse til § 16, stk. 1, 2. pkt., - jf. også de to refererede sager - såfremt de klassiske kriterier som defineret af WHO for en patologisk rus ikke er opfyldt. I sag B vurderede Retslægerådet, i overensstemmelse med det i 1972 fremsatte synspunkt, at tilstanden var en sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand, d.v.s. omfattet af § 16, stk. 1. Lægefagligt er det imidlertid indlysende, at det i denne type tilfælde drejer sig om forbigående alkoholudløste sindssygelige tilstande, og rådet finder det på grundlag af det ovenfor anførte derfor naturligt at henvise disse til straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt.

Det er herefter Retslægerådets opfattelse, at det i lyset af foreliggende videnskabelige data og den bestående usikkerhed om begrebet patologisk rus vil være mest hensigtsmæssigt primært at bedømme, om den foreliggende tilstand adskiller sig fra almindelig alkoholrus på en sådan måde, at en af alkohol udløst forbigående sindssygelig tilstand kan antages at have foreligget. Herefter kan det beskrives, hvad der i sagen foreligger af oplysninger om alkohol dosis, disponerende faktorer m.v. I de tilfælde, hvor WHO's tidligere citerede kriterium (den meget lave dosis) med sikkerhed er opfyldt, vil rådet anføre, at en patologisk rustilstand i denne betydning har foreligget. Retslægerådet skal understrege, at den her beskrevne praksis ikke medfører, at flere alkoholpåvirkede vil blive henført til straffelovens § 16. Der er alene tale om at reservere begrebet patologisk rus til de tilfælde, der opfylder kravene i

WHO's diagnosemanual samtidig med, at de mere atypiske tilfælde af forbigående alkoholudløste psykoser, hvis retspsykiatriske placering inden for § 16 har voldt vanskeligheder, nu henføres til § 16, stk. 1, 2. pkt.

Retslægerådet skal afslutningsvis påpege, at der er behov for en grundig videnskabelig undersøgelse i et retspsykiatrisk perspektiv af disse forbigående sindssygelige tilstande med relation til indtagelse af alkohol og iøvrigt også medikamenter.

Reobservation ved et af Retslægerådets medlemmer, jf. forretningsordenens § 5

A var en 41-årig mand, flygtning fra mellemøsten, der blandt andet var sigtet for manddrab ved med flere øksehug at have dræbt sin hustru samt forsøg på manddrab ved, ligledes med øksehug, at have forsøgt at dræbe sin nabo (ligeledes en flygtning fra mellemøsten). Efterforskningen pegede med betydelig vægt på, at A kunne lide af jalousiforrykthed. Han blev først mentalundersøgt under indsættelse i det lokale arresthus, herefter efter rådets anbefaling reobserveret under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Da Retslægerådet fortsat ikke fandt det muligt at afgive udtalelse, anbefalede rådet i henhold til § 5 i forretningsordenen for Retslægerådet, at A blev undersøgt af et af rådets egne medlemmer. (A 35384).

A var en 41-årig mand, der var sigtet for at have dræbt sin hustru og umiddelbart efter at have forsøgt at dræbe naboen; han var hertil sigtet for vold ved en måneds tid tidligere at have slået en nevø. Af det omfattende efterforsknings- og erklæringsmateriale fremgår blandt andet, at A var født og opvokset i et land i mellemøsten; hans opvækstforhold hos samlevende forældre i en større søskendeflok under velordnede sociale forhold synes ikke at have adskilt sig fra, hvad der var almindeligt for området. Han har gennemført skolegang nogenlunde svarende til gymnasiet eller HF, men han fik ingen afsluttende eksamen på grund af vanskeligheder i matematik. Han har ingen uddannelse. Ret hurtig efter skolegangens afslutning blev han indkaldt til militæret, og han skal i alt i ni år have været i militæret, hvor han deltog i krigshandlinger; han er aldrig

blevet såret, han har ikke været fanget, og han har ikke været udsat for tortur.

A har været gift to gange i mellemøsten; der foreligger ingen oplysninger om det første ægteskab, som skal have været barnløst. A har oplyst, at det andet ægteskab blev opløst, fordi han så ofte og så langvarigt var indkaldt; en broder har oplyst, at årsagen var, at A havde taget en søstersøn i pleje, hvad hustruen ikke kunne acceptere. A har en nu cirka 10-årig datter fra dette ægteskab; han synes at have bevaret kontakten til datteren, efter at han er kommet til Danmark.

A blev gift tredje gang med en fjern slægtning, der var 18 år yngre. Kort efter, at de var blevet gift, flygtede de, og via et kort ophold i et andet mellemøstligt land kom de i marts 1993 til Danmark. Årsagen til flugten var, at flere af

A's familiemedlemmer var modstandere af det siddende regime, hvilket blandt andet havde medført, at familiens hus blev brændt af og to brødre forsvandt. A har to andre brødre i Danmark.

Efter at være kommet til Danmark, opholdt parret sig først i et asylcenter, hvor deres første barn blev født. Efter et kort ophold i et andet asylcenter blev de etableret i lejlighed i en provinsby, hvor hustruen fødte parrets andet barn. Små tre måneder senere dræbte A hustruen. A har ikke haft arbejde i Danmark, han har fulgt sprogundervisning. Han taler næsten ikke dansk og alle afhøringer og undersøgelser mv. er foretaget via tolk.

Der foreligger ikke oplysninger om, at A på noget tidspunkt har lidt af alvorlige legemlige sygdomme; i forbindelse med den anden mentalundersøgelse blev der foretaget grundig legemlig undersøgelse, incl. en række blodprøver, registrering af hjernens elektriske aktivitet og neurologisk undersøgelse; intet abnormt blev påvist herved.

A's to brødre har oplyst, at A som barn og ung ikke adskilte sig fra andre, bortset fra en tendens til voldsomme hidsighedsanfald, hvad A også selv kunne berette. Han angav, at han ikke kunne huske, hvad han havde foretaget sig under disse hidsighedsanfald. Det er anført, at A fra 12 års alderen blev mere religiøs optaget end resten af familien.

A oplyste til politirapport kort tid efter drabet, at han umiddelbart efter ægte-

skabets indgåelse - medens parret endnu boede i mellemøsten - havde fået mistanke om, at hustruen var utro; adspurgt oplyste han, at kysser man og holder om hinanden er det tilstrækkeligt til, at der er tale om utroskab. Han angav også, at hustruen på asylcentret var udfordrende i sin adfærd i forholdet til andre mænd, og at der specielt var en anden asylsøger, hun var optaget af. Den pågældende har nægtet enhver forbindelse til A's hustru. Hustruen fødte ved kejsersnit, hvilket A opfattede som udtryk for, at hun havde løjet om sit forhold til den nævnte asylsøger. Medarbejdere på asylcentret har forklaret, at de på forskellig måde vidste, at A's hustru var bange for ham, og at han ikke tillod, at hun forlod værelset, fordi han havde mistanke om, at hun mødtes med andre mænd. Hun fik ikke engang lov til at gå på toilettet alene, og hun måtte ofte forrette sin nødtørft på en spand i værelset. Gik hun alligevel på toilettet, fulgte A efter og holdt vagt. Hustruen skulle endvidere have oplyst til personalet, at A var meget opfarende, og at han kunne finde på at holde en pude over barnet, hvis det græd. Det blev også oplyst, at A skulle have truet sig til samleje med hustruen. A afviste ganske medarbejdernes forklaring blandt andet med den begrundelse, at de ikke var i tæt kontakt med hustruen.

A oplyste om de påsigtede forhold, at han og naboen (B) kendte hinanden fra sprogskolen. A var overbevist om, at hustruen og B havde et forhold til hinanden. Som bevis nævnte han, at radiatoren i soveværelset i en periode ikke

virkede, men pludselig en dag var den i orden, hvilket A tog som udtryk for, at der havde været en anden mand og lave den. Senere fandt A et brev i sin postkasse adresseret til B og sendt fra dennes fader i USA. A rev brevet i stykker, fordi han ikke kendte B på det tidspunkt. Senere fandt han ud af, at B var hans nabo, og A mente derfor, at brevet med forsæt var lagt i hans (A's) postkasse, for at B og A's hustru kunne få kontakt med hinanden. A mente endvidere at have været ude for tilfælde, hvor hustruen havde haft besøg af B i soveværelset, medens A selv sad og så fjernsyn et andet sted i huset. A forklarede også, at familien købte forholdsvis mange madvarer som imidlertid hurtigt forsvandt; A havde derfor mistanke om, at B var på besøg hos A's hustru, når B ikke var i sprogskolen. A havde også hæftet sig ved, at hustruen altid skulle på toilettet cirka en halv time efter, at hun var gået i seng; dette opfattede han som tegn på, at hun havde haft samleje efter, at hun var gået i seng. A nævnte flere lignende eksempler som grundlag for sin overbevisning om, at hustruen og B havde et forhold til hinanden. Han anførte, at to elever på sprogskolen skulle have omtalt forholdet mellem B og A's hustru. Begge blev afhørt og tog klart afstand fra, at de havde udtalt sig i den retning, ligesom de i øvrigt fandt det helt udelukket, at B og A's hustru havde et forhold til hinanden. Foreholdt dette angav A blot, at de pågældende løj.

Om selve det påsigtede forhold oplyste A, at da han kom hjem fra sprogskole, angav hustruen, at ..."min knepper har

ringet". A blev dybt chokeret over hendes sprogbrug, og da hun yderligere sagde, at hun ville klage over ham til sundhedsplejersken, og at hun ikke ville flytte med ham til København - hvad de skulle have talt om tidligere, for at komme væk fra B - mistede han besindelsen og slog hustruen med en økse - angiveligt for at give hende en lærestreg. B oplyste, at A pludselig kom ind og beskyldte B for at stå i forhold til A's hustru, hvorefter A slog på B med en økse. B har fastholdt, at der overhovedet ikke er grundlag for beskyldningerne om et forhold mellem B og A's hustru, som han aldrig har været alene sammen med.

Ved afhøringer af A's familie, naboer, bekendte mv. oplyste flere, at A havde behandlet den afdøde hustru noget hårdhændet.

A blev første gang mentalundersøgt som varetægtsarrestant i det lokale arresthus, overlæge C afgav erklæring. I denne refereres ganske kort, at A mente, at hustruen havde været ham utro, og at han i øvrigt under sit ophold i arresten var blevet endnu mere overbevist herom. Parret havde skændtes på grund af ægtefællens formodede utroskab, og A vedgik, at han undertiden havde slået hende. A vedgik også, at han var jaloux men mente, at han havde grund til at være det. A var klar over, at han ville blive idømt en længe-revarende frihedsstraf, men han håbede, at han kunne blive behandlet, således at hans hidsighed kunne afdæmpes. Erklæringen konkluderede kort, at A ikke var sindssyg og ikke havde væ-

ret det på tidspunktet for de påsigtede forhold. Videre er anført, at A var "jalous" og kunne "reagere med hidsighedsanfald", men han fandtes ikke personlighedsmæssig afvigende i en sådan grad, at han efter overlæge C's opfattelse kunne henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1 omhandlede personkreds.

Retslægerådet fandt, at A's reaktionsmåde og jalousiforestillinger, således som de var beskrevet i sagens akter, langt fra var tilstrækkelig belyst i erklæringen, ligesom der i denne første erklæring ikke var foretaget somatisk undersøgelse som eventuel årsag til de af A anførte voldsomme hidsighedsanfald. Retslægerådet udtalte herefter blandt andet ..."at rådet ikke ser sig i stand til at afgive udtalelse på det foreliggende grundlag, hvorved blandt andet skal henvises til akternes oplysninger om karakteren af sigtedes jalousiforestillinger samt andres oplysninger herom. Rådet skal derfor anbefale reobservation under indlæggelse incl. psykologisk undersøgelse, nærmere udredning af eventuel organisk årsag til sigtedes angivne tendens til voldsomme, uprovokerede affektreaktioner mv.".

A blev herefter indlagt på retspsykiatrisk specialafdeling, hvor overlæge D afgav erklæring. Af denne erklæring fremgår blandt andet, at D ved indlæggelsen fandtes psykisk nærmest upåfaldende. Under første del af indlæggelsen kunne han ind imellem virke mut og indesluttet, undertiden afvisende. Til andre tider var han grædende, ulyk-

kelig, for kort efter at være smilende, talende, eventuelt rosende og indsmigrende. Under den fortsatte indlæggelse angav han imidlertid i tiltagende grad hukommelsestab for, hvad der var passeret, og efterhånden også for sit tidligere liv for til sidst at angive, at han overhovedet ikke huskede noget som helst om hverken sit tidligere liv eller sin aktuelle situation. Det nævnes, at A under hele indlæggelsen kunne genkende den mentalobserverende læge og enkelte andre forhold, hvorfor overlægen vurderede, at A ikke reelt var præget af en hukommelsesdefekt. En psykologisk undersøgelse påviste ikke nogen organisk faktor som årsag til A's hukommelsesdefekt, undersøgelsen antydede, at A kunne simulere.

Denne undersøgelse konkluderede blandt andet, at A ..." ikke er sindssyg og (han) kan ikke sikkert antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede handlinger. Han har ved politiafhøringer oplyst om jalousiforestillinger, der har vrangkarakter, men det har ikke været muligt at få dette gentaget endsige uddybet og nuanceret. A er normalt begavet og uden tegn på epilepsi og demens.

A er karaktermæssigt præget af emotionel instabilitet med tilbøjelighed til voldsomme vredesudbrud, hvilket sammen med den aktuelle krisepreagede tilstand med dissociative (spaltning) elementer findes at placere ham i den personkreds, der beskrives i straffelovens § 69, stk. 1. Hvis A findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan der ikke peges på nogen foranstaltninger

efter samme lovs § 68 som mere formålstjenlig end straf.

Det anbefales, at A med baggrund i hans psykiske egenart påbegynder eventuel afsoning i Anstalten ved Herstedvester".

Erklæringen indeholdt et omfattende resume af A's jalousiforestillinger, således som de var beskrevet i politiafhøringer mv., men ingen nærmere gennemgang af A's egne oplysninger herom.

Retslægerådet måtte hæfte sig ved konklusionens angivelse af, at A ikke "sikkert" kunne antages at have været sindssyg på gerningstidspunktet, omend hans jalousiforestillinger havde "vrangkarakter". Hertil kom nu, at A tilsyneladende havde udviklet en psykisk abnormtilstand (hukommelsestab mv.), som kunne være af sindssygelig karakter. Rådet så herefter ingen anden udvej end at tilbagesende sagen med en bemærkning om "...at rådet ej heller med mentalerklæring af xx.95 ved overlæge D finder, at sigtedes jalousiforestillinger er tilstrækkelig belyst til, at rådet kan udtale sig. I henhold til § 5 i forretningsordenen fra Retslægerådet skal anbefales, at sigtede undersøges hos et af rådets egne medlemmer. Undersøgelsen kan foretages af overlæge E".

Denne fornyede mentalobservation afklarede imidlertid ikke karakteren af A's jalousiforestillinger. A angav nemlig under hele undersøgelsesforløbet, at han havde hukommelsestab for stort

set hele sit tidligere liv, og at han derfor ikke kunne bidrage med oplysninger herom. Blandt andet fastholdt han, at hustruen ikke var død, men at hun besøgte ham i cellen hver dag, hvor de talte sammen. Forespurgt om, hvorvidt det var reelt eller noget han forestillede sig, angav A, at det var af underordnet betydning, for ham var det nemlig reelt. Han oplyste om uindfølelige legemlige forestillinger, f.eks. at der kom luft ud af hovedet på ham, hvilket medførte svimmelhed.

A angav intet at kunne huske om sit tidligere liv, herunder sin opvækst i et mellemøstligt land. Han vidste ikke, hvor gammel han var, men han kunne se, han var gråhåret. Han mente, at han havde været "meget længe" i Danmark faktisk så længe, så han havde en fornemmelse af, at han var født her, og at han skulle dø her. A vidste, han var i et fængsel, men han kendte ikke navnet på fængslet; han angav, at han blev behandlet godt, men at han ikke var interesseret i at have omgang med andre indsatte, som han var bange for. Han havde et godt forhold til personalet. Han forklarede, at han ind imellem vågnede om natten, fordi han blev forskrækket, han måtte så tænde for fjernsynet for at få tankerne væk. På et tidspunkt anførte han, at han ønskede at være alene i cellen, således at hustruen ikke skulle blive generet, når hun kom på besøg. Når hustruen kom på besøg, oplevede han undertiden kløe i ansigtet, smerter, åndenød mv. Han fastholdt, at der var "nogle", som påførte ham denne kløe mv. Han var af den overbevisning, at det drejede sig om

mennesker, ikke om dyr eller dæmoner. Han forklarede, at han påkaldte Allah for at beskytte sig, hvorefter "de" forsvandt. I det hele taget påkaldte A under samtalerne jævnligt Allah, eller han mumlede udsagn som "Allah er stor"; mange spørgsmål blev besvaret ganske kortfattet med tilføjelsen "om Allah vil". På forespørgsel fastholdt A, at han under ingen omstændigheder ønskede kontakt med en islamisk præst (Imam); på et andet tidspunkt anførte han, at han selv var en Imam, undersøgeren var en Imam og alle mennesker er en Imam.

Der blev også i forbindelse med denne undersøgelse foretaget psykologisk undersøgelse, der konkluderede, at der ikke var holdepunkter for at antage, at A var sindssyg. Derimod fremtrådte han ..." med et klart hysteriformt præg, hvor massive fortrængningsmekanismer synes at gøre sig gældende i et omfang, så det synes sandsynligt, at der er tale om reel amnesi (dvs. hukommelsestab, rådets bemærkning) for den påsigtede kriminalitet samt sandsynligvis også for andre områder. Man får videre indtryk af en dårlig affektkontrol, hvorimod man ikke i den aktuelle undersøgelse har set tegn på den dårlige impulskontrol, som er beskrevet så overbevisende tidligere. Alt i alt er det imidlertid aktuelt det anamnesticke syndrom, som fuldstændig tegner billedet".

Ved den kliniske undersøgelse sank A enkelte gange lidt ind i sig selv, således at der måtte være mistanke om lette svingninger i bevidsthedsintensiteten. I

disse situationer sad han og mumlede religiøse fraser. Under størstedelen af samtalerne var A imidlertid vågen og nærværende, kontakten var på ingen måde præget af (sindssygelig) kontakt-afvisning ("autisme"). Stemningsmæssigt fremtrådte A særdeles labilt, ind imellem grædende, nærmest højt hulkende, f.eks. under omtale af sine børn, til andre tider selvudslettende og ynkelig, men også grinende på en lidt barnlig måde. Samlet havde man imidlertid ikke indtryk af et generelt forsænket stemningsleje. A fremtrådte på en nærmest primitiv måde voldsomt appellerende, ind imellem underdanig indsmigrende.

A kunne finde rundt i lokalerne, han satte sig altid i samme stol, han genkendte undersøgerne mv. På den anden side var han også præget af en lidt grænseløs adfærd, f.eks. hilste han uhæmmet med håndtryk på alle, han passerede forbi. Der var ingen mistanke om, at han i samtalsituationen var hallucineret, tolken oplyste, at A brugte sproget på naturlig måde. Det bemærkes, at A's oplysninger om sin oplevelse af hustruen i cellen mv. var enslydende fra undersøger til undersøger, ligesom han fastholdt sin forklaring uafhængig af, hvorledes man nærmede sig spørgsmålet, herunder også når han blev konfronteret med, at han var sigtet for at have slået hustruen ihjel.

Denne undersøgelse måtte konkludere, at A's aktuelle tilstand var således, så det ikke lod sig afgøre, hvorvidt hans jalousiforestillinger havde karakter af

vrangforestillinger. Man fandt det imidlertid helt overvejende sandsynligt, at A aktuelt måtte opfattes som sindssyg eller i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Det fandtes overvejende sandsynligt, at A var hallucineret (hustruens besøg i cellen), og at han husede ustrukturerede vrangforestillinger, ligesom han var præget af lette svingninger i bevidsthedsintensiteten. A's aktuelle psykotiske tilstand blev opfattet som en reaktion på hele sagen.

I denne tredie erklæring konkluderes afslutningsvis: "Det lader sig herefter ikke afgøre, hvorvidt observanden lider af en jalousiforrykthed, og således var sindssyg på tidspunktet for de påsigtede handlinger og hermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Under alle omstændigheder findes han aktuelt sindssyg eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, sandsynligvis udløst af den belastning hele sagen har været for ham. Han er normalt begavet. Såfremt retten måtte finde, at observanden har været sindssyg på tidspunktet for de påsigtede handlinger, skal man, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en ubestemmelig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende. Såfremt retten finder, at observanden ikke har været sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold, har han under alle omstændigheder efter disse, men før dom, udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 nævnte art, og man skal derfor, såfremt han findes skyldig, som formålstjenlig foranstaltning jf. straffelovens § 73, stk.

1, anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende, subsidiært at han anbringes i hospital for sindslidende indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes".

Retslægerådet udtalte herefter blandt andet: "Det fremgår af de foreliggende oplysninger, at forud for de påsigtede handlinger har hans tilstand været præget af udtalt jalousi, men rådet kan ikke afgøre, hvorvidt disse forestillinger havde en sindssygelig kvalitet. Rådet kan således ikke med sikkerhed udtale sig om A's mentale tilstand forud for de påsigtede handlinger. Imidlertid fremtræder han aktuelt, jf. beskrivelsen fra overlæge D, præget af massiv benægtelsen og fortrængning, aparte og situationsutilpasset adfærd samt mest sandsynlig med hallucinatoriske oplevelser og ustrukturerede vrangforestillinger. Hans nuværende tilstand må derfor opfattes som en sindssygdom præget af bevidsthedsspaltning, formentlig udløst af begivenheder, der knytter sig til den nuværende sag".

Rådet tilsluttede sig herefter erklæringens anbefaling af dom til anbringelse i hospital for sindslidende, subsidiært anbringelse indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

A blev ved Østre Landsrets nævningeting fundet skyldig i manddrab og forsøg på manddrab. Han fandtes ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og blev idømt fængsel i 13 år, idet retten dog bestemte, at han skulle anbringes i hospital for sindslidende, indtil fængselsstraffen måtte kunne fuldbyrdes.

Kommentar:

Sagen illustrerer et af de få tilfælde, hvor reobservation i medfør af forretningsordenens § 5 hos et af Retslægerådets egne medlemmer findes påkrævet (se også årsberetningen 1989, side 53 ff, der ligeledes omhandler reobservation hos et af rådets medlemmer). Forretningsordenens § 5 lyder: "Såfremt det materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give et tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, og at 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". Den første erklæring var efter rådets opfattelse ufuldkommen. Ved behandlingen af en sag vil de voterende orientere sig i sagens akter blandt andet med henblik på at vurdere, hvorvidt mentalerklæringen har medtaget relevante og tilstrækkelige oplysninger herfra, f.eks. retsbogsudskrifter, eventuelt politiafhøringer mv. I denne sag måtte akternes oplysninger give mistanke om, at A kunne lide af en paranoid psykose i form af en jalousiforrykthed, således at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Vurderingen af, hvorvidt en mentalobservand huser vrangforestillinger, kan være vanskelig - den nævnte sag, hvor der ligeledes blev foretaget reobservation hos et af rådets medlemmer, omhandlede ligeledes spørgsmålet om tilstedeværelsen af en paranoid psykose - og i den her omtalte sag var vurderingen yderligere kompliceret af A's fremmedkulturelle baggrund og den sproglige barriere. Men spørgsmålet om en paranoid tilstand

var slet ikke berørt i erklæringen. Rådet fandt det derfor påkrævet med en reobservation, men fandt ikke anledning til at anbefale reobservation hos et af rådets medlemmer, idet det nødvendige grundlag fandtes at kunne "tilvejebringes på anden mere hensigtsmæssig måde", nemlig ved reobservation under indlæggelse på retspsykiatrisk specialafdeling. Denne reobservation afklarede imidlertid ikke problemet vedrørende jalousiforestillingerne, og yderligere udviklede A en psykisk abnormtilstand, som kunne være udtryk for en (anden) sindssygelig reaktion, udløst af selve sagen. Først herefter kom reobservation hos et af rådets medlemmer på tale. Ved denne undersøgelse angav A nærmest total hukommelsestab for hele sit tidligere liv, og samlet måtte han aktuelt antages at være sindssyg, men spørgsmålet om karakteren af hans jalousiforestillinger forblev uafklaret. A blev idømt 13 års fængsel, men i medfør af straffelovens § 73 blev han anbragt på hospital for sindslidende, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes. Det må antages, at karakteren af hans jalousiforestillinger vil blive afklaret under forløbet af en sådan anbringelse.

Reobservation hos et af Retslægerådets medlemmer er - og bør være - en sjælden foreteelse. Ud over at medføre en betydelig forsinkelse af hele sagen vil det i langt hovedparten af også komplicerede tilfælde være muligt at fremskaffe det nødvendige grundlag for rådets vurdering ved at indhente supplerende oplysninger eller eventuelt - som i denne sag - at anmode om en ny er-

klæring. En væsentlig årsag til, at reobservation i dette tilfælde fandtes påkrævet, var, at A under forløbet udviklede en abnormtilstand, der vanskeliggjorde og til sidst umuliggjorde en nærmere vurdering af, om han husede

sindssygelige jalousiforestillinger. Men det lod sig ikke forudse, da rådet anbefalede reobservation hos et af medlemmerne. (Se også A35199, om Retslægerådets opgaver).

Vellykket behandlingsforløb efter dom til særforanstaltning for drab under "abnorm enkeltreaktion"

Sagen refereres her som en fortsættelse af Retslægerådets årsberetning for 1989 (A 30038) jf. også Ugeskrift for Retsvæsen 1990. 56. Der henvises hertil. (A34979)

A blev i 1989 ved højesteretsdom idømt psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende (ungdomspsykiatrisk afsnit) med tilsyn af hospitalet og Kriminalforsorgen under udskrivning og beføjelse for tilsynet til at bestemme ophold i egnet socialpædagogisk institution. Længstetiden blev fastlagt til 5 år.

A havde 18 år gammel dræbt en kvinde i en handling, som rådet og retten anerkendte som en "abnorm enkeltreaktion". Højesteret bemærkede i dommen, at sager om forsægtligt manddrab i reglen ikke kan afgøres ved foranstaltninger efter § 69, jf. § 68 2. pkt., men i denne sag forelå der helt ekstraordinære omstændigheder. Landsretsdømmen blev hermed stadfæstet.

I maj 1995 anbefalede overlægen ved den ungdomspsykiatriske afdeling, at den idømte foranstaltning blev ophævet som ikke længere nødvendig for at forebygge ligeartet kriminalitet. Også Kriminalforsorgen anbefalede ophævelse, men anklagemyndigheden fastholdt protest herimod med henvisning til karakteren af den begærede forbry-

delse og til sikring af den indtrufne stabilisering.

Behandlingsforløbet efter højesteretsdommen fremgår af Retslægerådets udtalelse af 23.06.95:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af sagens akter herunder udtalelser ved overlæge X, Y sygehus, af 05.02.91, 30.04.93, 27.05.94 og 15.05.95 samt med henvisning til rådets responsum af 29.05.89 om A udtale, at han efter endelig dom var indlagt på Y hospital til februar 1991 og derefter havde ophold i et "minidøgncenter" til september 1992. Siden har han boet i egen lejlighed, det sidste ½ år sammen med en veninde med hvem han venter barn. Han har i hele det ambulante forløb haft tæt kontakt med Kriminalforsorgen og Y hospital, hvor han har modtaget psykoterapeutisk behandling.

I dette behandlingsmæssige forløb har A gennemgået en betydelig personlighedsmæssig modning, og selv om han fortsat er præget af en udtalt konflikt-

skyhed, er han nu i stand til konstruktivt at klare konfliktsituationer, ligesom han har udviklet selvværdsfølelse. Han er indstillet på at starte en uddannelse med henblik på at sikre en materielt sikker tilværelse.

Han er ligeledes indstillet på ved fremtidige personlige eller sociale vanskeligheder at søge støtte hos sine nuværende behandlere og rådgivere i Y hospital og Kriminalforsorgen.

Han har på intet tidspunkt udvist voldelig adfærd, tværtimod tager han afstand fra enhver tanke om vold mod personer. Han betragter den begåede forbrydelse som en personlighedsfremmed handling.

På denne baggrund kan Retslægerådet anbefale, at indstillingen om ophævelse af idømte sanktion følges".

Ved byrettens kendelse af 04.10.95 blev de i 1989 truffne foranstaltninger ophævet i medfør af straffelovens § 72, stk. 1. Kendelsen henviste til, at det efter de foreliggende lægeerklæringer og er-

klæringen fra Kriminalforsorgen fandtes forsvarligt at ophæve foranstaltningen.

Kommentar:

Vedrørende den sjældne anvendelse af begrebet "abnorm enkeltreaktion" må der henvises til rådets årsberetning for 1989.

Forløbet synes at støtte antagelsen af, at det drejede sig om en abnorm enkeltreaktion, hvis diagnostiske og retspsykiatriske betydning og afgrænsning kan volde vanskeligheder.

Forløbet belyser den kendsgerning, at det også over for personer dømt efter § 69, jf. § 68.2. pkt. kan lykkes i kraft af en særforanstaltning at gennemføre en behandling, inklusive en psykoterapeutisk, med godt resultat. Prognosen og varigheden af behandlingen kan imidlertid ikke nøjere fastlægges på domstidspunktet, hvor sanktionens formålstjenlighed og den psykiske afvigelses-karakter må være afgørende.

Klage over indlæggelse i medfør af dom til ambulat psykiatrisk behandling

Sagen vedrørte en kvinde, som i april 1995 blev dømt til ambulat psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse. I medfør af straffelovens § 69, stk. 2 blev længstetiden for ophold på institution fastsat til 9 måneder. Hun blev indlagt i medfør af dommen og påstod indlæggelsen ulovlig. (A35100)

I tusindvis af tilfælde havde A telefoneret til 2 tidligere terapeuter, uagtet at hun i 1993 blev meddelt tilhold mod dette (straffelovens § 265, til dels § 89 og § 266).

Rådet havde i denne sag afgivet udtalelse i januar 1995 på grundlag af mentalobservation. Hun fandtes lidende af en personlighedsforstyrrelse på grænsen til egentlig sindssygelig tilstand, således at hun med sikkerhed var omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, og det kunne ikke udelukkes, at hun var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Rådet anbefalede særforanstaltning svarende til ovennævnte dom.

Den psykiatriske afdelings overlæge skønnede, at det var væsentligt at få afklaret, om hun var sindssyg med behandlingsbehov, og hun blev indkaldt til indlæggelse. Hun var indlagt i perioden 10.05.95-25.05.95 (16.05.-25.05. på lukket afdeling). Som senere beskrevet i erklæringer til Retslægerådet fandt overlægen, at hun måtte vurderes som

paranoid, og at der var indikation for medikamentel, antipsykotisk virkende behandling, hvilket hun imidlertid modsatte sig, og der fandtes ikke at være grundlag for tvangsbehandling ifølge psykiatrilovens regler.

A begærede spørgsmålet om indlæggelsen indbragt for retten. Hendes advokats påstand var, at indlæggelsen var ulovlig, idet der burde være iværksat mindre indgribende behandling. Rådet blev anmodet om en udtalelse navnlig om grundlaget for indlæggelsen.

Rådet afgav 05.09.95 følgende udtalelse:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af sagens akter herunder erklæringer fra overlæge X, Y hospital, af 06.06.95 og 24.07.95 samt med henvisning til rådets responsum af 10.01.95 om A udtale, at der har været usikkerhed om den diagnostiske rubricering af hendes alvorlige psykiske sygdom, men hun blev den 11.04.95

dømt til ambulat psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse.

Da A efter domsafsigelsen fortsatte den pådømte, ulovlige adfærd, besluttedes for at forebygge yderligere kriminalitet at indlægge hende i henhold til den idømte foranstaltning. Herunder ønskedes for at kunne tilbyde den relevante behandling en nærmere observation af A under døgnindlæggelse. Dette blev effektueret den 11.05.95 på åbent afsnit. Den 16.05.95 forlod A afdelingen, og den 17.05.95 blev hun bragt tilbage med politiets hjælp. Frihedsberøvelsen blev ophævet den 25.05.95.

Under indlæggelsen blev det afklaret, at der var indikation for behandling med antipsykotisk virkende medicin, hvilket A kategorisk har modsat sig. Man har ikke fundet, at hun opfyldte psykiatrilovens kriterier for tvangsbehandling. Behandling er søgt videreført ambulat ved samtaler.

Det er Retslægerådets opfattelse, at det var i overensstemmelse med den idømte foranstaltning at indlægge A for at forebygge yderligere kriminalitet og for at søge en nærmere diagnostisk afklaring som grundlag for en behandlingsplan. Dette kunne på den mindst indgribende måde ske ved indlæggelse i åbent afsnit. Retslægerådet finder ikke, der er grundlag for at kritisere, at der efterfølgende skete frihedsberøvelse på lukket afdeling, da A forlod det åbne afsnit.

Rådet har ikke modtaget oplysninger om en eventuel afgørelse i denne sag. Men i december 1995 afgav rådet atter udtalelse efter ny erklæring fra den psykiatriske overlæge, foranlediget af, at A fortsat havde overtrådt de tidligere nævnte paragraffer i utallige tilfælde. Overlægen foreslog en skærpende af den idømte dom fra ambulat foranstaltning til ordinær behandlingsdom, hvilket Retslægerådet og byretten fulgte, jf. straffelovens § 69 og § 68, 2. pkt. med længstetid på 1 år. Hendes psykiske tilstand blev i det væsentlige vurderet som uændret.

Kommentar

Den pådømte kriminalitet er højst usædvanlig i sit omfang. Den væsentligste grund til at medtage sagen i årsberetningen findes i den kendsgerning, at rådet her blev impliceret i behandlingen af berettigelsen af en indlæggelse i medfør af en foranstaltningsdom. Ordinært høres rådet ikke i sager af den art i modsætning til sager om frihedsberøvelse ifølge psykiatriloven.

Rådet fandt altså indlæggelsen i overensstemmelse med den idømte foranstaltning efter dennes hensigt, og fandt det heller ikke kritisabelt, at hun delvis var på lukket afdeling. Det mindste midtels princip var også søgt praktiseret.

Der er ikke en faktisk modsætning mellem beslutningen om indlæggelsen efter dommen og beslutningen om ikke at behandle med tvang, fordi en observation under indlæggelse med eventuel tilbud om frivillig medicinsk be-

handling kan være en nødvendig forudsætning for at vurdere, om der virkelig er tale om en absolut behandlingskrævende sindsygdom.

Rådet udtalte sig ikke om indikationen for eventuel tvangsbehandling, eftersom dette spørgsmål ikke var stillet og i

øvrigt måtte bedømmes efter psykiatriloven, der ikke hjemler en videregående adgang til tvangsbehandling af patienter med dom - en kendsgerning, som kan medføre en risiko for utilstrækkelig behandling eller forsinkelse af behandlingen, specielt af ikke-sindssyge personer.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Rådet har i 1995 behandlet 214 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1993 og 1994 var antallet henholdsvis 251 og 213. Der var i 1995 5 sager om overførelse til sikringsanstalten ved Nykøbing Sjælland (farlighedsdekreter) samt 9 sager om ophævelse heraf.

Der har ikke i 1995 været foretaget nogen praksisændring. Sagsehandlingstiden i rådet har gennemsnitligt været ca. 4 uger.

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

A 34959

Frihedsberøvelse på behandlingsindikation af en 90-årig kvinde fandtes lovlig.

En overlæge indberettede en frihedsberøvelse af en 90-årig kvinde, som i samråd med sin patientrådgiver havde ønsket at klage herover.

Sagens væsentligste kendsgerninger fremgår af rådets udtalelse af 21.08.95:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af sagens akter med tvangsindlæggelseserklæring af 04.05.95 fra læge X og erklæringer af 18.05.95, 09.06.95 og 10.08.95 fra overlæge Y, Z hospital, udtale, at A den 09.05.95 blev tvangsindlagt på behandlingsindikation. Ifølge lægeerklæringen hertil havde hun især det sidste års tid udviklet tiltagende vrangforestillin-

ger af forfølgelseskarakter. Hun mente således, at hjemmehjælperen og postvæsenet stjal fra hende, og at lægen ville forgifte hende med forkerte piller. Hun afviste behandling. Hun fremtrådte ikke dement ("åndeligt svækket") efter beskrivelsen i denne erklæring, mens man på hospitalet fandt, at der var en vis svækkelse af åndsevnerne, og at det i øvrigt drejede sig om svær sindssygdom med vrangforestillinger svarende til beskrivelsen før indlæggelsen. Medikamentel behandling med antipsykotisk virkende medicin har afgørende bedret hendes tilstand, og hun udskrives nu til plejehjem. Frihedsberøvelsen ses at være ophørt den 18.05.95.

A var således sindssyg, da hun blev tvangsindlagt. Efter rådets vurdering ville det have været uforsvarligt ikke at foranstalte tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse med henblik på behandling, idet udsigten til en betydelig og afgørende bedring af sindssygdomssymptomerne ellers væsentligt ville være blevet forringet".

Byretten godkendte frihedsberøvelsen uden andre bemærkninger end henvisning til psykiatrilovens § 5.

Kommentar

Frihedsberøvelse af en 90-årig er usædvanlig. Rådet måtte anmode om supplerende erklæringer fra overlægen. Der var i øvrigt tvivl om hun og patientrådgiveren virkelig ønskede at fastholde klagen, hvad der ikke er ualmindeligt.

I rådets årsberetning fra 1991 (p. 32-37) findes på grundlag af 3 tilfælde en drøftelse af de særlige problemer, som frihedsberøvelse af demente personer rejser, jf. også årsberetningen for 1992 (A 32301). Er en ukompliceret demens svær, kan det overordnede behandlingskriterium ikke opfyldes, men har en dement person komplicerende psykotiske symptomer, kan behandlingskriteriet imødekommes.

Under frihedsberøvelsen af den 90-årige fandt overlægen, at der kun var tale om en "vis svækkelse af åndsevnerne", hvilket ikke i sig selv er "sinds sygdom", men i øvrigt var der udtalte psykotiske symptomer, specielt vrangforestillinger, som trods alderen kunne behandles med udsigt til afgørende bedring.

Rådet kunne derfor tiltræde, at både tvangsindlæggelsen og tvangstilbageholdelsen var berettiget.

A 34904

Retslægerådet tilrådede fortsat tvangstilbageholdelse til behandling af en ung, sindssyg kvinde, som senest havde været frihedsberøvet i ca. ½ år.

En overlæge indberettede en tvangstilbageholdelse af en knap 20-årig formodet skizofren kvinde, som siden 1993 havde haft 6 indlæggelser, hvoraf flere langvarige, på psykiatriske afdelinger uden afgørende varig bedring. Hun havde tidligere på eget forlangende måttet udskrives, omend hun også i perioder var blevet tvangstilbageholdt, senest med rettens godkendelse i januar 1995 under den aktuelle indlæggelse, men med ny klage i april 1995.

Retslægerådet afgav sin udtalelse den 23.05.95:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af fremsendt materiale med lægeerklæring af 12.04.95 fra overlæge X, Y hospital, udtale, at A siden 1993 har været indlagt langvarigt i psykiatrisk afdeling 6 gange. Aktuelt blev hun med eget samtykke indlagt 20.11.94. Hun er under indlæggelsen fundet sindssyg, og hun blev tvangstilbageholdt 29.11.94; ved dom af 24.01.95. blev tvangstilbageholdelsen kendt lovlig. Hun har siden fortsat været tilbageholdt. Hendes tilstand har til stadighed været vekslende, men væsentligst været præget af sindssygdomssymptomer som hørelshallucinationer, påvirkningsfølelser, kaotisk adfærd, sindssygelig tvivlsrædsel (ambivalens) og kontaktafluk-

kethed (autisme) samt en impulsstyret, undertiden urolig og aggressiv adfærd.

Behandlingen har været vanskelig på grund af hendes manglende sygdoms-erkendelse, men hun har i perioder fået en moderat dosis antipsykotisk virkende medicin i tabletform. Hun har senest været overflyttet til lukket afdeling primo april 1995, men blev hurtigt tilbageflyttet til åben afdeling, hvor hun nu befinder sig. Den behandlende afdeling finder, at hendes symptomer er led i en skizofreni, og hun er nu indstillet til overflytning til en langtidspsykiatrisk afdeling.

A er sindssyg. Retslægerådet finder det helt overvejende sandsynligt, at hun lider af skizofreni.

Hun har behov for længerevarende indlæggelse bl.a. med henblik på stabil og regelmæssig behandling med antipsykotisk virkende medicin i sufficient dosering.

Selv om hun allerede nu har været indlagt længe, er hendes tilstand langt fra stabil, men derimod præget af udtalte, åbenlyse sindssygdomssymptomer og selvdestruktiv adfærd. Det vil efter Retslægerådets opfattelse aktuelt være uforsvarligt ikke fortsat at frihedsberøve hende med henblik på behand-

ling, idet udsigten til hendes helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring af hendes tilstand ellers vil blive væsentlig forringet".

Sagen blev efter meddelelse fra patientens advokat tilbagekaldt, således at den ikke blev prøvet for retten.

Kommentar

A havde i over 2 år været forsøgt behandlet under flere langvarige indlæggelser uden vedvarende godt resultat, og det spørgsmål kunne stilles, om behandlingskriteriet atter kunne opfyldes, og om behandlingsalliancen i det lange løb kunne bedres ved at udskrive hende trods alvorlig aktuel tilstand og håbe på hendes frivillige tilbagevenden til hospitalet efter behov.

Imidlertid måtte overlægen og rådet lægge vægt på, at hun på det seneste tilbageholdelsestidspunkt frembød svære sindssygdomssymptomer, og at hun fortsat kunne have afgørende gavn

af langvarig medikamentel og anden behandling som indledning til rehabilitering. Behandlingen var endnu ikke optimal.

Det er ikke en frihedsberøvelses varighed, som i sig selv sætter grænsen, men den aktuelle tilstand og perspektivet ved fortsat intensiv behandling, som også kan omfatte miljøbehandling, og tvangstilbageholdelse kan godt foregå på en åben afdeling. I den aktuelle sag betyder det også noget, at der var tale om en ung patient, som stadig havde gode muligheder for stabilisering med senere udskrivning til følge.

Rådet har i flere tidligere årsberetninger kommenteret sager vedrørende tilbageholdelseskriteriets udstrækning og afgrænsning - således i årsberetningen for 1994 med en sag af principiel karakter (A 34319), der rummer overvejelser af samme art som den her refererede. Der henvises i øvrigt til registret for årsberetningen for 1994.