

**Retslægerådets
årsberetning
1997**

ISBN 87-89648-04-8

J.H. Schultz Grafisk A/S

Indholdsfortegnelse

Forord.....	5
I. Retslægerådets organisation.....	7
Lovbestemmelser m.v.	7
Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet.....	8
Retslægerådets medlemmer	9
Sagkyndige anvendt i 1997.....	10
Retslægerådets sekretariat.....	19
II. Statistik.....	21
III. Udvalgte sager af interesse	25
Lægeansvar og lægefejl. Retslægerådets præmisser og udtalelser.	25
Rejsesygeforsikring. Dækning af udgifter til akut opstået sygdom med relation til forudbestående kronisk sygdom.....	39
Biologisk aldersbestemmelse, sandsynlighed og sikkerhed.....	45
Mangelfuld kontrol over vandladningen efter prostataoperation. Dissens	49
Kolostomioperation med fremlæggelse af mavesækken i stedet for tyktarmen.....	57
Insulintilfælde i trafikken – en tilstand ligestillet med sindssygdom.....	61
Selvmord begået af patient indlagt på psykiatrisk afdeling.....	67
Indsat begik selvmord efter forgæves at være søgt tvangsindlagt - lægefejlsag	71
Vrangforestillingerens betydning for farlighedsvurderinger - sindssyges simuleringen rask (dissimuleringen).....	77
Jagttegn til sindssyge.....	85
De gennemgribende udviklingsforstyrrelser.....	89

Sindssygdom diagnosticeret ved mentalobservation under indlæggelse ..	95
Varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger	99
Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	119
IV. Register til Retslægerådets årsberetning 1988 – 1997	127
Medicinske sager	127
Psykiatrilovssager	130
Straffelovssager.....	132
Andre sagstyper, generelle udtalelser m.v.	137

Forord

Retslægerådets årsberetning for 1997 udsendes med betydelig forsinkelse, hvilket beklages. Årsagerne er flere; dels er arbejdsbyrden øget for såvel medlemmerne som sekretariatet på grund af sagernes stigende kompleksitet, dels har det midt i processen være nødvendigt at udskifte såvel software som hardware i Retslægerådets EDB-system.

Retslægerådet afholder med visse mellemrum seminarer med deltagelse af organisationer og enkeltpersoner, som rådet i det daglige har berøring med. Det drejer sig om domstole, anklagemyndigheden, forsvarsadvokater, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Sundhedsstyrelsen m.v. Rådet har altid fundet disse møder meget værdifulde for dets arbejde. I efteråret 1998 afholdt Retslægerådet et sådant seminar, og som noget nyt var det på forhånd aftalt, at referatet af seminaret skulle offentliggøres i årsberetningen. Emnerne var lægeansvar og lægefejl, og rådet fandt drøftelserne overordentlig frugtbare og besluttede derfor at bringe referatet fra dette 1998-møde allerede nu i årsberetningen for 1997, således at indholdet kunne blive hurtigere tilgængeligt for en større kreds.

De generelle retningslinier vedrørende behandlingen af civile sager, som omtales i årsberetningen for 1996, har bevirket, at sagsbehandlingen i en stigende del af disse sager er blevet lettere, men det er langt fra alle forelæggelser, der lever op til det ønskede niveau. Der kan således stadig henvises til 1996-årsberetningen, side 41ff.

Nærværende årsberetning indeholder – som bebudet – nu et ajourført register over alle sager, omtalt i Retslægerådets årsberetninger for 10-året 1988-97. Registret er opbygget ganske som tidligere med hensyn til registreringsord og emner.

Endelig indeholder beretningen en række enkeltsager, som må formodes at have en bredere generel interesse.

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3

nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

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

§ 3. Justitsministeren beskikker et antal praktiserende læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, hospitalslaboranter, fysioterapeuter, apotekere og apotekermedhjælpere til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apoteker-væsen § 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 embeds medfør afgivet lægeerklæring og rådets bedømmelse af sagen.

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

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

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

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

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

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

Retslægerådets medlemmer

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

Overlæge Helle Aggernæs,
Kommunehospitalet,
Psykiatrisk Afdeling
(psykiatri)

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

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

Cheflæge Anne Lindhardt,
Roskilde Amtssygehus Fjorden
(psykiatri)

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

Professor, overlæge, dr. med.
Bent Ottesen
Hvidovre Hospital
Gynækologisk Obstetrisk afdeling
(gynækologi - obstetrik)

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

Professor, dr.med.
Niels Reisby,
Psykiatrien i Århus Amt
Psykiatrideledelsen
(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 1997

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons, Odense Universitetshospital, Gynækologisk obstetrisk afdeling D (gynækologi - obstetrik)
2. Overlæge Orla Skibsted Als, Hillerød Sygehus, Genoptræningscenter Esbønderup (medicin)
3. Overlæge, dr. med. Bjarne Alsbjörn, Rigshospitalet, HovedortoCentret, Plastikkirurgisk afdeling (kirurgi)
4. Overlæge, dr.med. Else Andersen, Hillerød Sygehus, Børneafdeling H (pædiatri)
5. Professor, overlæge, dr. med. Klaus E. Andersen, Odense Universitetshospital, Dermatologisk afdeling I (dermato - venerologi)
6. Overlæge, dr.med. Kjeld Skou Andersen, Amtssygehuset i Herlev, Ortopædkirurgisk afdeling T 119 (ortopædkirurgi)
7. Lektor, lic.odont. Merete Bakke, Tandlægeskolen, Afdeling for bidfunktion og oralfysiologi (odontologi)
8. Professor, overlæge, dr. med. Finn T. Black, Marselisborg Hospital, Medicinsk-epidemisk afdeling A (medicin)
9. Professor, overlæge, dr.med. Mogens Blichert-Toft, Rigshospitalet, Abdominalcentret, Mamma- og Endo. kir. afsnit DP (kirurgi)
10. Overlæge, dr. med. Jens Peter Bonde, Århus Kommunehospital Arbejdsmedicinsk Klinik (arbejdsmedicin)
11. Chefspsykolog Peter Bruhn, Rigshospitalet, Neurocenteret, Neurologisk afdeling (neuropsykologi)
12. Overlæge, dr. med. Flemming Burcharth, Amtssygehuset i Herlev, Kirurgisk afdeling (mave-tarmsygdomme) (kirurgi)
13. Professor, overlæge, dr.med. Cody Eric Bünger, Århus Kommunehospital, Kirurgisk afdeling E (ortopædkirurgi)
14. Overlæge Christian Lindskov Christiansen, Århus Kommunehospital, Anæstesiologisk og Intensiv afdeling (anæstesiologi)

15. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Juel Christensen,
Amtssygehuset i Herlev,
Medicinsk- endokrinologisk afdeling
(medicin)
16. Overlæge Jens Krogh
Christoffersen,
Amtssygehuset i Gentofte,
Urologisk- karkirurgisk afdeling H
(kirurgi)
17. Overlæge, dr. med. Leif Corydon,
Vejle Sygehus,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
18. Professor, overlæge, dr. med.
Per Christoffersen,
Hvidovre Hospital,
Patologisk afdeling
(patologi)
19. Overlæge, dr. med. Mogens Dam,
Hvidovre Hospital,
Neuromedicinsk Afdeling
(neuromedicin)
20. Professor, overlæge, dr. med.
Asger Dirksen,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Lungemedicinsk Klinik
(medicin)
21. Overlæge, dr.med. Sven Dorph,
Amtssygehuset i Herlev,
Røntgenafdelingen
(radiologi)
22. Overlæge Ole Ejner Drachmann,
Amtssygehuset i Glostrup,
Klinisk immunologisk afdeling og
blodbank
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
23. Overlæge, dr. med.
K. T. Drzewiecki,
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,
Plastikkirurgisk afdeling
(kirurgi)
24. Overlæge Uffe Dyreborg,
Odense Universitetshospital;
Røntgenafdelingen
(radiologi)
25. Overlæge, dr. med. Niels Ehlers,
Århus Kommunehospital,
Øjenafdeling J
(oftalmologi)
26. Overlæge Vagn Nørgaard Eskesen,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)
27. Professor, dr. med. Erling Falk,
Skejby Sygehus,
Hjertemedicinsk afdeling B
(medicin)
28. Lektor, lic. pharm. Søren Felby
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
29. Overlæge, dr. med.
Anders Fischer,
Amtssygehuset i Gentofte,
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
30. Overlæge, dr. med.
Bo Feldt-Rasmussen,
Rigshospitalet, Abdominalcenteret,
Afdeling P
(medicin)

31. Overlæge Vibeke Vejlsgaard
Goldschmidt,
Hillerød Sygehus,
Børne- og ungdomspsykiatrisk
afdeling M
(børne- og ungdomspsykiatri)
32. Professor, dr.med.
Markil Gregersen,
Århus Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
33. Overlæge, dr. med. Gorm Greisen,
Rigshospitalet,
Neonataliklinikken
(pædiatri)
34. Overlæge, dr.med. Ole Greisen,
Aalborg Sygehus Syd,
Øre-, næse- og halsafdeling H
(oto-rhino-lar.)
35. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
36. Professor, overlæge, dr.med.
Tage Hald,
Amtssygehuset i Herlev,
Urologisk afdeling H
(kirurgi)
37. Lektor A. Carsten Hansen,
Retsmedicinsk Institut i Århus
(retskemi)
38. Tandlæge, dr. odont
Harry L. Hansen,
København
(odontologi)
39. Professor, overlæge, dr. med.
Stig Haunsø,
Rigshospitalet, Hjertecenteret,
Medicinsk afdeling B
(medicin)
40. Overlæge Gitte Juel Henningsen,
Amtssygehuset i Glostrup,
Børnepsykiatrisk afdeling Q
(børne- og ungdomspsykiatri)
41. Professor, overlæge, dr. med.
Jens H. Henriksen,
Hvidovre Hospital,
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.
afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
42. Professor, overlæge, dr.med.
Preben Hertoft,
Rigshospitalet,
Sexologisk klinik
(psykiatri)
43. Overlæge, dr. med. Ib Hessov,
Århus amtssygehus,
Kirurgisk afdeling L
(kirurgi)
44. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup,
Amtssygehuset i Glostrup,
Odontologisk afdeling
(odontologi)
45. Professor, dr.odont.
Erik Hjørting-Hansen,
Tandlægeskolen,
Afdeling for tand- mund- og
kæbekirurgi
(odontologi)

46. Professor, overlæge, dr. med.
Hans Henrik Holm,
Amtssygehuset i Herlev,
Urologisk afdeling H
(medicin)
47. Overlæge, dr. med. Per Holstein,
Bispebjerg Hospital,
Thorax-karkirurgisk afdeling L
(kirurgi)
48. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Klinisk mikrobiologisk afdeling
(mikrobiologi)
49. Chefsygeplejerske Agnete Iversen,
Psykiatrien i Århus Amt
(sygeplejerskeforhold)
50. Overlæge, dr. med.
Jørgen Ingerslev,
Skejby Sygehus,
Klinisk immunologisk afdeling
(intern medicin)
51. Speciallæge, dr.med.
Bjarne Hamilton Jakobsen,
Frankrig,
Speciallægeklinik
(kirurgi)
52. Lektor Jan Jakobsen,
Retsmedicinsk Institut,
Retspatologisk afdeling
(odontologi)
53. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen,
Århus Kommunehospital,
Neurologisk afdeling F
(neuromedicin)
54. Overlæge Erik Gert Jensen,
Sønderborg Sygehus,
Ortopædkirurgisk afdeling O
(ortopædkirurgi)
55. Overlæge, dr.med.
Erik Martin Jensen,
Bispebjerg Hospital,
Reumatologisk afdeling H
(medicin)
56. Overlæge, dr. med.
Gorm B. Jensen,
Hvidovre Hospital,
Kardiologisk afdeling
(medicin)
57. Overlæge, dr.med.
Hans-Eric Jensen,
København,
Speciallægeklinik
(kirurgi)
58. Overlæge, dr. med. Karsten Jensen,
Bispebjerg Hospital,
Akut modtageafdeling
(medicin)
59. Professor, dr. med. Bent Juhl,
Århus Kommunehospital,
Anæstesiologisk afdeling
(anæstesiologi)
60. Overlæge, dr. med. Peter Junker,
Odense Universitetshospital,
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.
(medicin)
61. Overlæge, dr.med.
Hans E. Jørgensen,
Amtssygehuset i Herlev,
Nefrologisk afdeling B
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

62. Overlæge, dr.med. Jens Kamper,
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
(pædiatri)
63. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet,
Hvidovre Hospital,
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling
(kirurgi)
64. Administrerende overlæge
Hanne Kjeldsen,
Århus Kommunehospital
Plastikkirurgisk afdeling Z
(kirurgi)
65. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)
66. Overlæge, dr.med. Christen Krag,
Amtssygehuset i Herlev,
Plastikkirurgisk afdeling V
(kirurgi)
67. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Krasilnikoff,
Hvidovre Hospital,
Børneafdelingen
(pædiatri)
68. Overlæge, dr.med.
Jørgen Kvist Kristensen,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
69. Lektor, dr.med. Jens Anker Larsen,
Egå,
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
70. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen,
Aalborg Sygehus Syd,
Medicinsk afdeling B
(medicin)
71. Professor, overlæge, dr. med.
Jørgen Falck Larsen,
Amtssygehuset i Herlev,
Gynækologisk- obstetrisk afdeling
(gynækologi-obstetrik)
72. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund,
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,
Ortopæd-kirurgisk afdeling U
(ortopædkirurgi)
73. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Lund-Andersen,
Amtssygehuset i Herlev,
Øjenafdeling Ø 124
(oftalmologi)
74. Overlæge Jens Otto Lund,
Amtssygehuset i Gentofte,
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.
afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
75. Professor, dr.med.
Carl Erik Mabeck,
Århus Universitet,
Institut for Almen Medicin
(almen medicin)
76. Overlæge Steen Madsbad,
Hvidovre Hospital,
Medicinsk endokrinologisk afdeling
(medicin)

77. Afdelingsleder, dr. med.
Joop Madsen,
Københavns Universitet,
Medicinsk- Fysiologisk Institut
(fysiologi)

78. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Medicinsk afdeling TA
(medicin)

79. Professor, dr. med. et cand. jur.
Claus Manniche,
Odense Universitetshospital,
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet
(medicin)

80. Professor, overlæge, dr. med.
Torkil Menné,
Amtssygehuset i Gentofte,
Dermatologisk afdeling K
(dermato - venerologi)

81. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensén,
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,
Anæstesiafdeling AN
(anæstesiologi)

82. Overlæge, dr. med.
Henning Mouridsen,
Rigshospitalet, Finsencentret,
Onkologisk afdeling
(onkologi)

83. Professor, overlæge, dr. med.
Thorkild Mygind,
Røntgenklinikken,
København
(radiologi)

84. Overlæge, dr. med. Mogens
Møller,
Odense Universitetshospital,
Kardiologisk afdeling B
(medicin)

85. Overlæge Jens Henrik Nehén,
Aalborg Sygehus Syd,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)

86. Vicesstatsobducent, dr.med.
Nils Højgaard Nielsen,
Københavns Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

87. Overlæge, dr.med.
Steen Levin Nielsen,
Amtssygehuset i Herlev,
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

88. Professor, overlæge, dr. med.
Torsten Toftegaard Nielsen,
Skejby Sygehus,
Hjertemedicinsk afdeling B
(medicin)

89. Overtandlæge Sven Nielsen,
Helsingør Kommune,
Espergærde
(odontologi)

90. Jordemoder Anette Nonboe,
Århus Kommunehospital,
Fødegangen
(jordemoderforhold)

91. Professor, dr. med. Mogens Osler,
Frederiksberg
(gynækologi-obstetrik)

92. Afdelingstandlæge Ulla Pallesen
Tandlægeskolen
Afdeling for tandsygdomslære
(odontologi)
93. Professor, overlæge, dr. med.
Agnete Parving,
Bispebjerg Hospital,
Audiologisk/Foniatrisk afdeling
(oto-rhino-laryngologi)
94. Professor, overlæge, dr.med.
P. Kildeberg Paulsen,
Skejby Sygehus,
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T
(kirurgi)
95. Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson,
Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
96. Overlæge, dr. med. Erik Peitersen,
Rigshospitalet,
HovedOrtoCentret
(oto-rhino-laryngologi)
97. Overlæge Jim Thuesen Pedersen,
Aalborg Sygehus Syd,
Lungemedicinsk afdeling E
(medicin)
98. Professor, overlæge, med.dr.
Bengt Gösta Petterson,
Rigshospitalet, Hjertecentret,
Kirurgisk afdeling RT
(kirurgi)
99. Overlæge Jørgen Pless,
Odense Universitetshospital,
Plastikkirurgisk afdeling Z
(kirurgi)
100. Professor, dr. med.
Henrik Enghusen Poulsen,
Københavns Universitet,
Farmakologisk Institut
(farmakologi)
101. Professor, overlæge, dr. med.
Jan Ulrik Prause,
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,
Øjenafdelingen
(oftalmologi)
102. Afdelingslæge Alan Rabøl,
Rigshospitalet, Billeddiagnostisk
center,
Afdeling KF
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
103. Overlæge, dr.med. Fritz E. Rank,
Rigshospitalet,
Patologisk afdeling
(patologi)
104. Speciallæge Lars B. Rasmussen,
Roskilde,
Speciallægeklinik
(kirurgi)
105. Overtandlæge, dr. odont.
Ole Collin Rasmussen,
Hillerød Sygehus,
Odontologisk afdeling
(odontologi)
106. Overlæge Carsten Rose,
Odense Universitetshospital,
Onkologisk- radioterapeutisk
afdeling R
(onkologi)
107. Professor, overlæge, dr. med.
Raben Rosenberg,
Psykiatrisk Hospital i Århus,
Afdeling G - psykofarm. + center lab.
(psykiatri)

108. Overlæge, dr.med. Jarl Rosenørn,
Amtssygehuset i Glostrup,
Neurokirurgisk afdeling H
(neurokirurgi)
109. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Røvsing,
Hvidovre Hospital,
Røntgenafdelingen
(radiologi)
110. Professor, overlæge, dr.med.
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell,
Odense Universitetshospital,
Gastro- enterologisk afdeling S
(medicin)
111. Alm. praktiserende læge
Poul Schiøler;
Lægehuset,
Glamsbjerg
(almen medicin)
112. Overlæge Kaare Schmidt,
Amtssygehuset i Glostrup,
Neurokirurgisk afdeling N
(neurokirurgi)
113. Professor, dr.med. Jens S. Schou,
Københavns Universitet,
Farmakologisk Institut
(farmakologi)
114. Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder,
Rigshospitalet, Abdominalcentret,
Kar-kirurgisk afdeling RK
(kirurgi)
115. Docent, dr. odont Ib Sewerin,
Tandlægeskolen,
Afdeling for radiologi
(odontologi)
116. Specialtandlæge i ortodonti
Susanne Siersbæk-Nielsen,
Bybækskolernes tandklinik,
Farum
(odontologi)
117. Professor, overlæge, dr.med.
Anne Katrin Sjølie,
Århus Kommunehospital,
Øjenafdeling J
(oftalmologi)
118. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Skinhøj,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
Epidemi klinik
(medicin)
119. Neuropsykolog Annelise Smed
Rigshospitalet; Neurocenteret,
Neurologisk afdeling
(neuropsykologi)
120. Overlæge, dr.med.
Kristian Stengaard-Pedersen,
Århus Kommunehospital,
Reumatologisk afdeling
(medicin)
121. Overlæge Niels Stephensen,
Hvidovre Hospital,
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)
122. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen,
Odense Universitetshospital,
Psykiatrisk afdeling P
(psykiatri)
123. Speciallæge, dr.med. Ole Thage,
Albertslund,
(neuromedicin)

124. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen,
Amtssygehuset i Herlev,
Fysiurgisk/reumatologisk afdeling
(medicin)
125. Professor Jørgen Lange Thomsen,
Odense Universitet,
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
126. Professor, overlæge, dr.med.
P.E. Bloch Thomsen,
Amtssygehuset i Gentofte,
Kardiologisk afdeling P
(medicin)
127. Overlæge John Thygesen,
Vejle Sygehus,
Oftalmologisk afdeling
(oftalmologi)
128. Professor, overlæge, dr.med.
Mirko Tos,
Amtssygehuset i Gentofte,
Øre-, næse- og halsafdeling E
(oto-rhino-lar.)
129. Professor, dr. med.
Niels Tygstrup,
Rigshospitalet,
Afdeling A
(medicin)
130. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold,
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,
Ortopædkirurgisk afdeling U
(ortopædkirurgi)
131. Professor, overlæge, dr.med.
Else K. Tønnesen,
Odense Universitetshospital,
Anæstesiologisk afdeling V
(anæstesiologi)
132. Overlæge, dr. med.
Niels Ulbjerg,
Skejby Sygehus,
Gynækologisk Obstetriske afdeling
(gynækologi-obstetrik)
133. Centerdirektør, professor,
dr. med. Gunhild R. L. Vejlsgaard,
Rigshospitalet, RHIMA Centret,
(dermato - venerologi)
134. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum,
Bispebjerg Hospital,
Lungemedicinsk afdeling P
(medicin)
135. Overlæge Sven Viskum,
Aalborg Sygehus Nord,
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
136. Overlæge, dr. med. Bo Voldby,
Århus Kommunehospital,
Neurokirurgisk afdeling GS
(neurokirurgi)
137. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Wolf,
Skejby Sygehus,
Urologisk afdeling K
(kirurgi)
138. Chefpsykolog Rut Gunilla Øberg,
Bartholin Instituttet
(neuropsykologi)

Retslægerådets sekretariat

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

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand. jur. Merete Engholm

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 Thénning Pedersen (32 timer ugentlig)
Assistent Sanne Nielsen (20 timer ugentlig)

II. Statistik

A. Psykiatriske sager	699
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse...	339
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.	7
D. Faderskabssager.....	306
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	495
F. Administrative sager m.v.	304
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	27
M. Færdselssager med medicinindtagelse	89
I ALT	2266

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	325
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	130
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	205
Ophævelse af farlighedsdekret	18
Overførsel til sikringsanstalten	7
Umyndiggørelser	1
Benådning	3
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	10
I ALT.....	699

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	179
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	160
I ALT.....	339

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte.....	7
Ændring af navn/cpr.nr.....	0
I ALT.....	7

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner.....	185
Arbejdsskader/ulykker.....	139
Erstatning, pensionssager m.v.....	37
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	25
Aldersbestemmelse.....	85
Ikke-psykiatriske benådningssager.....	0
Diverse.....	24
I ALT.....	495

III. Udvalgte sager af interesse

Lægeansvar og lægefejl. Retslægerådets præmisser og udtalelser.

Hovedpunktsreferat af en konference som Retslægerådet afholdt på Schæffergården, Gentofte, mandag den 16.11.98.

Deltagerne i konferencen var Retslægerådets medlemmer, repræsentanter for dommerstanden, anklagemyndigheden, advokatstanden, Den almindelige Danske Lægeforening, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Deltagerlisten anført nedenfor.

Rådets formand, professor Ib Lorenzen, introducerede.

Herefter gennemgik professor Jørn Simonsen rådets struktur, arbejds-gang, sagstyper m.v., ligesom han redegjorde for Retslægerådets historiske baggrund.

Der skal i den forbindelse henvises til betænkning nr. 1196 af 1990 om Retslægerådet samt rådets årsberetninger.

Herefter dannede 4 indlæg baggrund for den efterfølgende diskussion.

Landsdommer Holger Kallehaug indledte som repræsentant for dommerstanden. Landsdommeren har stillet manuskriptet til sit indlæg til rådighed:

"Det er ifølge § 1 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet rådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Retslægerådet er den højeste lægelige autoritet og det mest sagkyndige organ, vi har her i landet vedrørende alle lægelige og medicinske spørgsmål.

Det er mig magtpåliggende at indlede med at fremhæve dette, selv om det i hvert fald i princippet er almenkendt. Noget tyder imidlertid på, at ikke alle advokater rigtig har gjort sig klart, hvad det betyder, at Retslægerådet er den højeste lægelige instans. Det skal jeg vende tilbage til.

Man kan sige, at Retslægerådet er et ved lov udpeget syns og skønsorgan inden for lægevidenskab og farmaci, som kun må besvare spørgsmål, der stilles af offentlige myndigheder, herunder navnlig domstolene. Retslægerådet er på grund af dets særlige autoritet et organ, som man skal omgå med respekt. Ikke blot fordi rådets medlemmer, både hver for sig og kollektivt, fortjener det. Den form for respekt er jo i dag ikke noget man får på grund af det embede, man beklæder, men udelukkende når man ved sin embedsførelse gør sig fortjent til den. Den respekt jeg nævner er af en anden art. Det er respekten for de afgørelser og udtalelser, som afgives af et organ, som har en ganske særlig autoritet. Det betyder, at man skal vogte sig for at få svar i utide og endnu værre på et mangelfuldt grundlag.

Retslægerådet er højeste instans og bør derfor ikke involveres i nogen sag, før alle oplysninger er indsamlet og kan forelægges i en form, som hverken efterlader tvivl eller huller. Har man først fået et svar fra Retslægerådet, så er det sin sag at vende tilbage for at forsøge at få et andet eller eventuelt blot et modificeret svar. Af ganske samme grund er det særdeles vigtigt, at de spørgsmål, der stilles, er relevante og rigtigt formulerede. Hvis man spørger forkert, er det næsten ikke til at undgå, at svarene også bliver forkerte, i hvert fald i den forstand, at de ikke kommer til at bidrage til sagens rette oplysning. Dette er i sig selv meget betænkeligt, når målet er at finde

frem til den materielle sandhed, og det er altid det, domstolene prøver på. Advokaterne og retten benytter sagkyndige erklæringer, fordi juristerne ikke selv har den sagkundskab, som efterlyses. Det kan dreje sig om for eksempel teknisk, økonomisk eller lægelig sagkundskab, som søges fremskaffet via afholdelse af et syn og skøn eller ved at indhente en sagkyndig erklæring. Rettens mulighed for at efterprøve sagkyndige erklæringer er ifølge sagens natur ringe, og det er ret beset heller ikke vor opgave. Dommeren skal naturligvis ikke sætte sit private skøn over det sagkyndige skøn. Men retten skal altid sætte sig ind i den sagkyndiges svar, prøve at forstå det og derefter anvende resultatet af skønnet i sagen. På nogle områder er dette lettere end andre. Når det drejer sig om lægelige spørgsmål, kan det være ganske kompliceret. Det betyder, at retten normalt ikke vil være i stand til at afgøre, om det er de rigtige spørgsmål, advokaterne stiller til Retslægerådet. Et negativt svar fra rådets side kan derfor i en lægeansvarssag betyde enten, at der ikke er begået nogen fejl eller blot, at der ikke er begået den lægefejl, som spørgeren antog. Retten vil kun sjældent kunne se hvilken af delene, der måtte være tilfældet. Jeg fremhæver dette for at understrege det, som er mit hovedsynspunkt vedrørende lægeansvar: Uden de rigtige spørgsmål, får retten ikke de rigtige svar.

Uden de rigtige faktiske oplysninger, kan svarene heller ikke blive rigtige.

Hvem har ansvaret for, at de rigtige spørgsmål bliver stillet på grundlag af det relevante faktum?

Er det alene advokatens fejl, når dette ikke sker, og vil og kan vi leve med at konstatere, at det naturligtvis er en advokatfejl og oven i købet en advokatfejl, som klienten næsten aldrig opdager, men som Retslægerådet indser, og som domstolene måske aner, men som ingen gør noget ved.

Retslægerådet har, som jeg ser rådet, en ganske særlig rolle i derne forbindelse. Det forpligter i meget høj grad at have en så stor autoritet og en hertil svarende indflydelse og magt som den, Retslægerådet har.

Retslægerådet har et Janushoved med et ansigt vendt henholdsvis imod lægestanden og den juridiske verden.

I forhold til lægestanden har rådet til opgave at være norm og opinionsdanner med hensyn til fastlæggelse af undergrænsen for acceptabel faglig standard ved at afgøre hvornår, der er begået lægefejl. Retslægerådet skal på en gang sætte nogle grænser og samtidig gøre det forståeligt for lægestanden, hvorfor det er sådan.

Retslægerådet skal begrunde og forklare sine afgørelser og dermed gøre det acceptabelt også for læger, at fejl kan forekomme, at de skal begrænses mest muligt, men ikke helt kan undgås, og at det er nødvendigt at fastslå, at en fejl er

en fejl med de følger, det så måtte have. Erstatning skal ses som en kompensation til den skadelidte og ikke som et nederlag, endsiige en katastrofe, hverken for sygehuset eller for den behandlende læge.

I forhold til den juridiske verden skal Retslægerådet fremtræde med hele den autoritet, som de voterende lægers kompetence gør velbegrundet, men tillige med den uvildighed og neutralitet i forhold til sagens parter som en lægelig Højesteret bør være forlenet med. Kun derved kan Retslægerådet bevare og stedse skabe den tillid i omverdenen, som er så nødvendig, ikke mindst fordi mange af aftagerne af rådets udtalelser og erklæringer er ude af stand til at efterprøve erklæringernes faglige lødighed. Kan man ikke vurdere realiteten, er der jo som bekendt en stærk tendens til at efterprøve udenomsværkerne så meget kraftigere. Det er derfor ikke nok, at Retslægerådet virkelig er i besiddelse af den højeste lægelige sagskundskab, vi skal også tro på, at det forholder sig sådan, og at rådet gør brug af den. Ellers kan der let opstå myter om Retslægerådet.

Retslægerådet må derfor frem for alt ikke få ry for – være sig med rette eller urette – at varetage lægestandens interesser ved at være lægernes forsvarsbastion nummer et.

Retslægerådet er nødt til at træffe, det jeg vil kalde, tillidsskabende foranstaltninger. Som jeg pegede på indledningsvis, er tillid ikke

noget, man får, men noget som man skal gøre sig fortjent til.

Det seminar, som Retslægerådet i dag har inviteret blandt andet en række jurister til at deltage i, er et fornemt eksempel på en sådan tillidsskabende foranstaltning. Rådet har herved vist mod til at drøfte de problemer, som andre har med Retslægerådets arbejde. Rådet har vist åbenhed og vilje til at lytte til de råd og den kritik, som måtte fremkomme.

En evaluering af Retslægerådets arbejde foretaget i samarbejde med advokater, anklagemyndigheden og domstolene er et glimrende middel, som rådet også i fremtiden bør benytte sig af, eventuelt ved at sætte fokus på et bestemt tema. Et sådant tilbud vil altid blive modtaget med glæde af alle dele af retslivet.

På lidt længere sigt må det også være Retslægerådets opgave i samarbejde med Den almindelige Danske Lægeforening at ændre lægers nuværende meget negative holdning til en ansvarsnorm. Læger skal ikke elske ansvarsnormen, men lære at leve med den. Juristernes brug af en ansvarsnorm også på dette område er ikke udtryk for en forfølgelse af læger, men blot et udslag af ligestilling. Alle professioner er undergivet ansvarsnormer, og det gælder naturligvis også for lægestanden. "Defensive Medicine" er et negativt, for ikke at sige destruktivt svar på en ansvarsnorm og ikke en uundgåelig konsekvens af denne.

Læger skal lære at leve og arbejde, som de plejer og leve op til en god faglig standard og ikke lade sig styre, endsige tyrannisere af, at der findes en ansvarsnorm.

Retslægerådet modtager, ved jeg, ikke sjældent spørgetemaer i lægeansvarssager, som rådet er meget lidt tilfreds med. Der stilles efter rådets mening alt for mange spørgsmål, navnlig mange helt overflødige spørgsmål, og aller værst, den problematik, som sagen burde have drejet sig om, bliver slet ikke belyst.

Spørgsmål til Retslægerådet vedrørende lægeansvar stilles normalt først, når retssag er anlagt, og på dette stadium må sådanne spørgsmål kun stilles med rettens godkendelse. Det er derfor nærliggende at spørge, hvorfor retten godkender de dårlige og misforståede spørgsmål. Retten kan jo afvise dem som overflødig bevisførelse. Det er ikke kompetence, retten savner, men lægelig sagkundskab. Først når retten ser Retslægerådets svar, går det op for dommeren, at der måske var noget galt med spørgsmålene eller med nogle af dem. Selv om retten gerne vil bidrage til at gøre det spørgetema, som Retslægerådet får forelagt i en civil sag om lægeansvar, bedre, så er retten i realiteten ikke i stand til at gøre det. Den part, hvis spørgsmål retten vil søge at korrigere, ville givetvis protestere og indbringe en eventuel kendelse for en højere instans og der sandsynligvis få medhold i, at dommeren i første instans ikke havde tilstrækkeligt

grundlag for den udøvede censur. Dette resultat er så meget mere sikkert, som det følger af fast praksis, at danske dommere altid er meget forsigtige med at afskære en parts bevisførelse som overflødig. Et langt dommerlivs erfaringer har lært mig, at jeg aldrig ved, om noget er overflødig bevisførelse, selv om det på forhånd kan se sådan ud, før jeg har hørt og set hvad, bevisførelsen gik ud på. Det bliver derfor ikke domstolene, som kommer til at løse opgaven med at få advokaterne til at stille de rigtige spørgsmål og ikke andre.

Da advokaterne, som skal stille spørgsmål til Retslægerådet, heller ikke er sagkyndige på det lægefaglige område, er der kun en vej frem, og det er at udstyre advokaterne med en læge som rådgiver. Tidligere kunne man som advokat benytte sig af bistand ved at søge hjælp i Lægeforeningens responsudvalg, men den mulighed findes ikke mere. Det kan og bør man gøre noget ved.

Retslægerådet bør påtage sig at løse denne opgave. Hvorfor tilbyder Retslægerådet ikke at stille en af de ad hoc sagkyndige, det vil sige en af de mange specialister, som rådet benytter sig af som voterende, når det drejer sig om specialer eller subspecialer, som ikke er dækket af de faste medlemmers ekspertise, til rådighed for advokaterne. Dette vil sikre, at to grundlæggende vigtige hensyn bliver varetaget på bedste vis:

- Advokaterne får den bedste

ekspertise stillet til disposition. Det er for en ikke fagmand altid vanskeligt at vide, om man nu også har fået en lægelig rådgiver, som lever op til den højeste standard. Er vedkommende så kvalificeret, at han kan votere i Retslægerådet, så er den side af sagen i hvert fald i orden.

- Retslægerådet får ved selv at udpege specialisterne garanti for, at advokaterne får de rette råd og derfor også stiller de rigtige spørgsmål og kun dem.

Ved skiftevis at være rådgiver for en af parterne i en lægeansvarssag og næste gang votere som medlem af Retslægerådet lærer disse specialister også selv noget. De får i praksis øjnene op for, at en sag kan ses fra mere end en side, og det er som bekendt altid lærerigt.

Jeg mener ikke, at disse specialisters skiftende rolle i forskellige sager kan give anledning til betænkelighed med hensyn til habilitet. Det er jo netop i forskellige sager, rollen skifter, og det påvirker derfor ikke lægens uvildighed i forhold til den sag, han aktuelt medvirker i.

En sådan nyordning vil naturligvis give nogle praktiske og økonomiske problemer, men de er ikke større, end de kan løses.

Sagsøger i en lægeansvarssag vil i reglen have fri proces, og udgifterne til lægelig bistand vil derfor kunne afholdes ad den vej.

Sagsøgte er i reglen amtet som sygehusmyndighed. Denne part savner hverken lægefaglig bistand eller midler til i givet fald at betale for den nødvendige bistand.

Efter min mening vil man med dette forslag på én gang stille patienten og dennes advokat bedre og gøre arbejdet i Retslægerådet lettere."

Herefter fulgte et indlæg ved statsadvokat Birgitte Vestberg på anklagemyndigheden vegne:

I sager vedrørende fejl begået af medicinalpersoner har anklagemyndigheden brug for at vide, om den pågældende har udvist grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed. Til bedømmelse heraf må man vide, hvad der er god lægelig skik, idet dette danner baggrund for bedømmelsen af afvigelsen fra god lægeskik. Disse sager kan ikke afgøres uden Retslægerådets bistand, da anklagemyndigheden ikke har den fornødne ekspertise til at vurdere disse spørgsmål.

Det er anklagemyndighedens erfaring, at de sagkyndige, parterne selv vælger, ofte vil være tilbøjelige til at identificere sig med parten. Sådanne udtalelser vil derfor normalt ikke være anvendelige.

I straffesager er det anklagemyndigheden, der efter drøftelse med forsvareren formulerer spørgsmål til Retslægerådet. Ved tvist forelægges spørgsmål for retten.

Retslægerådet oplyser i dets udtalelser, at der for eksempel er sket en fejl, men det oplyses ikke, hvor grov fejlen er. Birgitte Vestberg kunne ønske, at Retslægerådet i udtalelserne graduerede beskrivelsen af eventuelt begåede fejl. Hun var ikke bekymret for, at dette ville indebære, at Retslægerådet kom til at afgøre sagerne. Mange andre momenter er af betydning for en sags afgørelse, for eksempel om der foreligger årssagssammenhæng og påregnelighed. Sammenfattende var hendes ønske, at Retslægerådet i dets udtalelse markerede, om en handling er en afvigelse fra almindelig god lægelig skik, og om det er en grov afvigelse fra standarden. Det er i den forbindelse ligeledes ønskeligt, at Retslægerådet giver en uddybende grundelse for rådets opfattelse og herunder beskriver, hvilke omstændigheder, der ligger til grund for rådets udtalelse. I så fald kan sagen måske afgøres, selv om et andet faktum lægges til grund, og det vil under alle omstændigheder gøre det nemmere at vurdere, om en ny forelæggelse for Retslægerådet er nødvendig. Såfremt en udtalelse fra rådet efter anklagemyndighedens opfattelse ikke er tilstrækkelig begrundet og fyldestgørende, vil der ofte blive tale om en supplerende forelæggelse af sagen for rådet.

Det var Birgitte Vestbergs erfaring, at spørgsmålet: "Giver sagen i øvrigt rådet anledning til bemærkninger?" er et meget nyttigt spørgsmål. Derved kan der rådes bod på, at spørgsmålene måske

ikke har været 100% fyldestgørende.

Det er et spørgsmål, om Retslægerådet skal inddrage det enkelte hospitals behandlingsmuligheder/indretning. Det ville dog forudsætte, at disse forhold var oplyst i sagen, det vil sige indebærer yderligere efterforskning.

Det sker i nogle sager, at der bliver indhentet en "second opinion". Birgitte Vestberg er modstander heraf, idet en sådan "second opinion" ofte vil være énsidigt indhentet og derfor ikke kan bruges i sagen. Forsvareren bør søge tvivl afklaret inden domsforhandlingen, eventuelt ved anmodning om yderligere forelæggelse for Retslægerådet.

Retslægerådets fremmøde i retten kan efter omstændighederne være meget nyttig. Repræsentanten for rådet kan uddybe rådets vurdering samt eventuelt på egne vegne give sin vurdering som sagkyndig. Behovet for fremmøde kan begrænses ved beskrivende, godt begrundede udtalelser.

Birgitte Vestberg gjorde opmærksom på forældelsesproblematikken. Forældelsesfristen er 2 år i sager vedrørende overtrædelse af lægelovens § 18. Dette kunne gøre det vanskeligt at nå at afklare tiltalegrundlaget inden fristen, men hun ville meget nødig rejse tiltale på et utilstrækkeligt grundlag.

Birgitte Vestberg afsluttede sit indlæg med en bøn til Retslægerådet

om ikke at svare på spørgsmål, der er formuleret som: "Kan det udelukkes, at ...". I princippet kan man næsten aldrig udelukke faktorer af relevans i denne kategori af sager.

Advokat Morten Wagner indledte med at sige, at han opfattede sig som repræsentant for brugerne af Retslægerådets udtalelser. Efter hans opfattelse har Retslægerådet et troværdighedsproblem i relation til brugerne. Den almindelige opfattelse er efter hans mening, at rådet altid frifinder lægerne. Brugere oplever i forhold til rådet afmagt og distance.

Det er tidligere under mødet anført, at retten ikke kan efterprøve et lægeligt skøn. Dette var Morten Wagner ikke enig i. Hvis præmisserne for et lægeligt skøn foreligger i sagen, må retten kunne afgøre, om der er begået en fejl. I andre sager vedrørende alle mulige andre professioner tager retten altid stilling til, om en ydelse lever op til fagets standarder. Det samme burde være gældende ved vurdering af lægers præstationer.

Det var Mortens Wagners fornemelse, at Retslægerådets og juristers holdning til, hvad der må betragtes som en fejl, er væsentligt forskellige. Hvis en patient er kommet galt af sted inden for sundhedsvæsenet, er nøglen til at kompensere for skaden den medicinalperson, som har foretaget behandlingen af den pågældende person. Ved indførelsen af den nye

lov om patientforsikring er fokus dog blevet fjernet fra lægen, således at det nu er resultatet af behandlingen, der er det afgørende.

Morten Wagner fandt, at det ville være hensigtsmæssigt, såfremt repræsentanter for Retslægerådet i langt højere grad gav møde i retten som sagkyndige vidner. Dette forekommer ikke sjældent i Østre Landsret, men så og sige aldrig i Vestre Landsret. Det er utroligt givtigt at have en repræsentant for rådet til at forklare og uddybe rådets erklæring. Den arbejdsform, der nu anvendes i rådet, hvor der ofte gives svar i telegramstil, er lidet frugtbar.

Overlæge Michael von Magnus redegjorde for Sundhedsstyrelsens rolle i relation til lægeansvar. Han henviste til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, §§ 2 og 4 samt til lægelovens § 17.

På baggrund af den diskussion, der har været om de såkaldte kliniske retningsliniers retlige status, oplyste han, at de cirkulærer, vejledninger og retningslinier, som udgår fra Sundhedsstyrelsen, afhængig af deres karakter må opfattes som væsentlig mere juridisk bindende for lægerne end de videnskabelige selskabers klaringsrapporter og de enkelte afdelingers retningslinier og instrukser.

Michael von Magnus beskrev den lægelige ansvarsfordeling på kliniske afdelinger. Udgangspunktet for ansvarsbedømmelsen er lægelovens § 6. Det er Sundhedsstyrel-

sens vurdering, at en centerchef, klinikchef eller tilsvarende, alt efter stillingsbeskrivelsen har det overordnede faglige ansvar for de undersøgelser og behandlinger, der foregår inden for den pågældendes område. Vedkommende kan og skal uddelegere opgaverne, men vil have ansvaret for, at de, der får opgaverne, er kvalificeret til at påtage sig disse, og at der foreligger nødvendige instrukser.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse kan overlæger m.fl. gøres ansvarlige efter lægeloven for fejl begået af yngre læger, såfremt fejlen skyldes, at den overordnede læge har forsømt at sikre sig, at den yngre læge var kvalificeret til at påtage sig opgaven eller ikke var i stand til dette på grund af manglende instrukser m.v.

I sager om lægefejl vil Sundhedsstyrelsen stadig skulle behandle konkrete sager, der bliver indbragt af embedslægeinstitutionerne, det vil sige, hvor der ikke foreligger en patientklage. Finder Sundhedsstyrelsen fejl, vil sagen blive sendt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der afgør klager over læger.

Sundhedsstyrelsen arbejder med at udvikle et tilsyn med systemet, det vil sige de omstændigheder, der førte til, at en eventuel fejl kunne finde sted, og i den sammenhæng vil Sundhedsstyrelsen prioritere opgaven med at påse, at sygehusafdelinger har kvalitetssikret deres virksomhed og implementeret gældende lovgivning, cirkulærer m.v.

Med udgangspunkt i forannævnte oplæg blev emnet for temamødet diskuteret. Diskussionen kom især til at dreje sig om følgende:

1. Hvorledes sikres Retslægerådets status som autoritativ kilde – også med henblik på Retslægerådets to ansigter mod henholdsvis lægestanden og den juridiske verden:

Adskillige var inde på, at det var vigtigt med åbenhed udadtil, for eksempel ved at afholde møder som det omhandlede, med forsøg på yderligere udbredelse af kendskabet til Retslægerådets virksomhed gennem diverse tidsskrifter, samt ved at holde balancen som neutral myndighed med afgivelse af gennemarbejdede og velbegrundede responsa.

2. En række indlæg behandlede spørgsmålet om begrundelser i forbindelse med Retslægerådets svar. Der var enighed om betydningen af, at præmisserne for rådets udtalelser er så fyldige og så forståelige som muligt. Dette ville dels gøre rådets udtalelser mere anvendelige, dels hindre mytedannelser om rådets virksomhed. Det kan være et problem, at de mest relevante spørgsmål ikke bliver stillet i en konkret sag, eller at spørgsmålene er forkert formuleret. Principielt må rådet holde sig til de stillede spørgsmål, men formuleringen af præmisserne

kan undertiden råde bod på svagheder i spørgsmålenes formulering. Det er imidlertid ønskeligt, at sagens parter i videst muligt omfang anvender de supplerende spørgsmål: "Giver sagen i øvrigt rådet anledning til bemærkninger?" På denne måde kan Retslægerådet ofte afhjælpe mangler ved spørgsmålene. Formuleringen er ret almindelig i straffesager, men anvendes mindre hyppigt i civile sager. I disse sager forudsættes det, at sagens parter er enige om formuleringen, idet Retslægerådet ikke af egen drift kan fremsætte supplerende bemærkninger.

3. Retslægerådets anvendelse af betegnelsen "fejl" blev drøftet. Spørgsmålet er, om der i udtrykket "fejl" nødvendigvis ligger et udtryk for en overtrædelse af lægeloven eller af straffeloven, eller om betegnelsen alene er udtryk for, at almindelig anerkendt lægefaglig standard er tilside-sat. Advokat Bent Unmack Larsen fandt, at den førstnævnte opfattelse af udtrykket "fejl" fremgik af Betænkningen om Retslægerådet side 138. Han fremhævede, at det ikke er rådets opgave at træffe juridiske afgørelser. Lægeloven indeholder et juridisk skøn, som retten må foretage. Afgørelsen af, om læger har begået ansvarspådragende fejl, er ikke længere en rent lægelig afgørelse. I den forbindelse kan

man overveje, om det virkelig er rådets opgave at tage stilling til, om der er tale om grove fejl. Det må efter Bent Unmack Larsens opfattelse være rådets opgave at udtale, om undersøgelse/behandling af en patient er i overensstemmelse med sædvanlig god lægelig praksis. Rådet vil endvidere kunne give udtryk for, hvad den optimale lægelige behandling ville have været i en konkret sag. Hvorvidt der er ansvar, det vil sige overtrædelse af lægelovens § 6 eller grovere eller gentagne forsømmelser, jf. lægelovens § 18, bør vurderes af Patientklagenævnet eller af retten. Skyld/ansvar afhænger udover af det lægefaglige af mange andre omstændigheder, eksempelvis "Hvor mange var til stede på afdelingen på det pågældende tidspunkt? Hvilke opgaver havde de pågældende? Hvilke ressourcer var der tilstede?"

Det må overvejes, hvorvidt det forhold, at der nu er et Patientklagenævn og en patientforsikring, medfører, at Retslægerådets opgaver ændres.

Professor Jørn Simonsen påpegede, at Retslægerådets anvendelse af ordet "fejl" ikke nødvendigvis indebærer, at der foreligger en strafbar handling.

Direktør Anne Lind Madsen oplyste, at Patientklagenævnet afgør sagerne på baggrund af et lægefagligt skøn. Når Pati-

entklagenævnet vælger at bede Retslægerådet om en udtalelse, fremfor at bede nogle af de mange sagkyndige, Patientklagenævnet anvender, skyldes det, at sagen er vanskelig eller af principiel karakter, hvorfor der er brug for en vurdering fra den højeste ekspertise. Når Patientklagenævnet træffer afgørelser, graduerer nævnet afgørelsen. Nævnet tager således stilling til, om der er tale om en overtrædelse af lægelovens § 6, eller nævnet kan bede anklagemyndigheden undersøge muligheden for at rejse tiltale efter lægelovens § 18.

Advokat Axel Grove anførte, at Retslægerådet sætter en faglig standard. Såfremt denne standard er overtrådt, foreligger der en fejl, men ikke nødvendigvis en fejl i ansvarspådragende forstand, jf. lægeloven og straffeloven.

Landsdommer Holger Kallehauge understregede, at Retslægerådet skal undgå et troværdighedsproblem, som kan opstå, hvis rådet anvender lovens ord. Dette kan opfattes som udtryk for, at Retslægerådet foregriber en afgørelse. Rådet skal endvidere være opmærksom på, at rådet ikke kommer til at svare forkert på spørgsmål, fordi spørgsmålene er forkert formulerede, eller at de mest relevante spørgsmål ikke er stillet, jf. ovenfor.

Der var fra Retslægerådets side enighed i disse synspunkter, hvilket blandt andet manifesterer sig ved, at rådets udtalelser, specielt i civile sager, så vidt muligt undgår anvendelsen af juridiske udtryk fra de pågældende lovbestemmelser.

4. Muligheden af at anvende Retslægerådets ad hoc sagkyndige til rådgivning i forbindelse med formulering af spørgsmål til Retslægerådet blev berørt af flere. Der var enighed om betydningen af, at spørgsmålene blev formuleret rigtigt. Det kan dog skabe problemer for rådets disponible ekspertise, såfremt rådets sagkyndige i større omfang anvendes til denne opgave.
5. Flere af diskussionsdeltagerne understregede behovet for at adskille og definere opgaverne for henholdsvis Retslægerådet, Patientklagenævnet og Sundhedsstyrelsen.
6. Retslægerådets fremmøde i retten. Der var enighed om, at udgangspunktet for rådets

udtalelser må være en skriftlig besvarelse. Imidlertid var Retslægerådet enig i, at det kan være hensigtsmæssigt, at rådet giver fremmøde i retten under en domsforhandling. I forbindelse med dette spørgsmål blev det drøftet, hvorvidt en repræsentant fra Retslægerådet under et fremmøde i retten alene skal forklare og uddybe rådets udtalelser, eller det også vil være muligt for den pågældende at besvare supplerende spørgsmål på egne vegne. Dette vil i praksis indebære en risiko for, at den pågældende ikke kan deltage i Retslægerådets behandling af eventuelle senere spørgsmål i den pågældende sag. Der var blandt deltagerne divergerende opfattelser af dette spørgsmål.

Formanden for Retslægerådet, professor Ib Lorenzen, afsluttede mødet med på rådets vegne at takke for fremmødet, oplæggene og de efterfølgende diskussioner. Det havde været et frugtbart møde, og de fremkomne synspunkter vil være af betydning for rådets fremtidige virksomhed.

DELTAGERLISTE

Inviterede gæster:

Landsdommer Holger Kallehauge

Statsadvokaten for Fyn m.v., Birgitte Vestberg

Statsadvokaten for København, Karsten Hjorth

Statsadvokaten i Viborg, Peter Brøndt Jørgensen

Statsadvokat hos Rigsadvokaten, Hanne Schmidt

Advokat Jens Andersen-Møller

Advokat Steen Bech

Advokat Axel Grove

Advokat Morten Wagner

Næstformanden for Den almindelige danske Lægeforening, reservelæge
Hanne Møllerup

Cand. jur. Lotte Allin, Den almindelige danske Lægeforening

Læge Ph.d. Mette Brimnes Damholt, Den almindelige danske Lægeforening

Speciallæge Lars Bjørn Rasmussen, Den almindelige danske Lægeforening

Advokat Bent Unmack Larsen, Den almindelige danske Lægeforening

Overlæge Michael von Magnus, Sundhedsstyrelsens 2. kontor

Cand. jur. Bodil Dejgaard, Sundhedsstyrelsens 2. kontor

Direktør Anne Lind Madsen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Overlæge Agnes Hauberg, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Medlemmer af Retslægerådet:

Overlæge, dr. med. Hans Adserballe

Overlæge Helle Aggernæs

Overlæge, dr. med. Birte Yding Glenthøj

Overlæge Peter Gottlieb

Professor, dr. med. Ralf Hemmingsen

Overlæge Peter Kramp

Professor, dr. med. Ib Lorenzen

Overlæge, dr. med. Jens Lund

Professor, dr. med. Bent Ottesen

Professor, dr. med. Jørn Simonsen

Professor, dr. med. Flemming Stadil

Fra Retslægerådets sekretariat:

Sekretariatsleder Harry Mosekjær Madsen

Afdelingsleder Inge Walmar

Fuldmægtig Marianne Kristensen

Rejsesygeforsikring. Dækning af udgifter til akut opstået sygdom med relation til forudbestående kronisk sygdom

56-årig mand med tidligere diagnosticeret arteriosklerotisk hjertesygdom udvikler under udenlandsrejse symptomer på akut hjertesvigt og lungebetændelse. Forsikringsselskabet afslår at dække udgifterne til hospitalsophold og behandling med henvisning til, at det drejer sig om en akut forværring af en forudbestående sygdom. Ved domsafsigelsen blev forsikringsselskabet frifundet (E9082).

56-årig mand der hos en praktiserende speciallæge i intern medicin havde fået stillet diagnosen arteriosklerotisk hjertesygdom med tendens til angina pectoris (hjertekrampe) og tendens til svigtende hjertefunktion. Patienten var af speciallægen sat i behandling med hjertemedicin og vanddrivende midler (Digoxin, furix, kaleorid og cardopax). En måned senere tog patienten på ferierejse til Miami. Under ferierejsen fik patienten anfald af akut åndenød og blev indlagt på hospital. Her fandtes kliniske og radiologiske tegn på svigtende hjertefunktion med væskeansamling i lungerne, men også mistanke om lungebetændelse. Patienten havde tegnet en rejsesygeforsikring. Imidlertid nægtede forsikringsselskabet at betale hospitalsregningen under henvisning til, at sagsøgers behandlingsudgifter var afledt af den sygdom, der var opstået før forsikringens ikrafttræden, og at sandsynligheden for

at sagsøgeren skulle behandles for denne sygdom var større end sandsynligheden for enhver anden sygdom. Herefter anlagde patienten sag mod forsikringsselskabet. Ved domsafsigelsen blev forsikringsselskabet frifundet under henvisning til, at den behandling, som sagsøgeren gennemgik under sit udenlandsophold, var omfattet af undtagelsen for dækningen i forsikringsbetingelserne.

Retslægerrådet fik forelagt følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Hvilke(n) diagnose(r) kan stilles på grundlag af sagens bilag 2 - journal m.v. fra behandlingen i USA?

Ifølge den håndskrevne journal for Mount Sinai Medical Center of Greater Miami fandtes der ved den objektive undersøgelse af NN tegn på væskeansamling i lungerne. Dette blev bekræftet ved røntgen-

undersøgelse af lungerne, som desuden gav mistanke om lungebetændelse nedadtil i højre lunge-lap. Elektrokardiogrammet viste tegn på et såkaldt venstresidigt grenblok. På dette grundlag kan følgende diagnoser stilles: Akut og kronisk hjertesvigt på grundlag af en såkaldt iskæmisk hjertesygdom (åreforkalkning i hjertets krans-pulsårer) samt mistanke om højresidig lungebetændelse.

Spørgsmål 2:

Hvilke(n) diagnose(r) er der faktisk stillet på basis af de to røntgenundersøgelser, der beskrives i bilag 2?

Der er foretaget to røntgenundersøgelser af hjerte og lunger med få timers mellemrum inden for samme døgn. Den første diagnose er forenelig med lungeødem (væske i lungerne), endvidere er der rejst mistanke om, at der i nedre, højre del af lungen oven i lungeødemet kunne være en lungebetændelse. Det andet lungebillede har vist en forværring i patientens lungeødem. Diagnosen er: lungeødem og observation for lungebetændelse.

Spørgsmål 3:

Hvilken medicin er der givet under og efter behandlingen i USA?

Det fremgår af den håndskrevne journal, at der er givet nitroglycerin og lasix intravenøst. Det fremgår ikke af journalen i hvilken dosering. Det kan oplyses, at nitroglycerin udvider organismens kar

og anvendes til behandling af smerter i brystet (angina pectoris) og hjertesvigt (aflaster hjertets arbejde). Lasix er potent vanddrivende medicin og anvendes blandt andet ved akut hjertesvigt, og som i dette tilfælde med væske i lungerne. Efter behandlingen blev patienten udskrevet med tablet lasix 40 mg (vanddrivende), tablet digoxin 0,125 mg, 1 tablet daglig (medicin, som styrker hjertet), nitroglycerinplaster 0,4 mg (til behandling af angina pectoris og hjertesvigt), sublingvalt nitroglycerin, 1 tablet under tungen ved anfald af angina pectoris.

Spørgsmål 4:

Medfører de(n) sygdom(me), der er beskrevet af speciallæge NN i erklæring af dato xx (sagens bilag 5) en sandsynlighed for behandlingsbehov i perioden ab, der er større end sandsynligheden for at patienten skulle behandles for enhver anden sygdom eller tilskadekomst i samme periode?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 5:

Er den sygdom, som sagsøgeren er behandlet for i Miami i henhold til sagens bilag 2 den samme som eller en følge af de(n) sygdom(me), der er beskrevet i sagens bilag 5 (speciallægens erklæring)?

Sagsøgeren blev i Miami behandlet for svigtende hjertefunktion, jf. svarene på spørgsmål 1 og 3. Til grund herfor lå den samme hjerte-

sygdom, som er beskrevet i sagens bilag 5. Som anført under svaret på spørgsmål 1 var der imidlertid ved røntgenundersøgelse af lungerne også mistanke om en højresidig lungebetændelse. Om end behandlingen i Miami primært var rettet mod den svigtende hjertefunktion, kan denne behandling samtidig have været medvirkende til et svind af lungebetændelsen. Det kan ikke afgøres, om en eventuel lungebetændelse har været årsag til eller en følge af en svigtende hjertefunktion.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om vedlagte beskrivelse af udført coronarangiografi udført 1 år senere udelukker, at der kan være tale om en iskæmisk hjertesygdom?

Dertil kan svares ja, kranspulsårerne er undersøgt ved indsprøjtning af røntgenkontrast og er fundet helt normale.

Spørgsmål 7:

Er det sandsynligt, at en eventuel lungebetændelse, der medfører en midlertidig fortætning i lungevævet, ingen feber eller hoste, ville give symptomer hos sagsøgeren, såfremt han ikke i forvejen havde lidt af svigtende hjertefunktion?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 8:

Kan man på det foreliggende beskrive sagsøgeren som medicinsk velbehand-

let omkring tidspunkter for afrejsen?

Såfremt man på det foreliggende skal forstå den viden, der var før afrejse, må svaret blive ja.

Spørgsmål 9:

Har personer med en hjertesygdom som beskrevet i sagens bilag 5, en øget risiko for lungeinfektioner?

Spørgsmålet er for generelt og kan ikke besvares, idet det kræver kendskab til trykforholdene i lungekredsløbet, som ikke er undersøgt hos forsikringstageren, og som relativt sjældent undersøges hos patienter med forskellige grader af hjertesvigt.

Spørgsmål 10:

Har personer med en hjertesygdom, som beskrevet i sagens bilag 5, øget risiko for behandlingskrævende anfald af sygdommen?

Det fremgår af bilag 5, at patienten havde et kronisk hjertesvigt og samtidig problemer med anfaldsvis hjerterytmeforstyrrelse. Disse hjerteproblemer giver hver for sig eller sammen øget risiko for behandlingskrævende anfald af sygdommen. Besvarelsen er derfor ja.

Spørgsmål 11:

Efter at Retslægerådet ved sin besvarelse ad spørgsmål 6 har udelukket muligheden for, at sagsøgeren har lidt af en "iskæmisk hjertesygdom" forespørges, hvilke(n) diagnose(r), der nu kan stilles på grundlag af sagens lægelige bilag, herunder også den frem-

komne beskrivelse af udført corona-rangiografi år xx?

Diagnosen er kongestiv kardiomyopati, hvorved forstås en sygdom i hjertemusklens af ukendt årsag, medførende svigtende hjertepumpfunktion. Diagnosen er en eksklusionsdiagnose og kræver, at der er normale kranspulsårer og normale hjerteklapper.

Spørgsmål 12:

Hvilke(n) diagnose(r) kan stilles med hensyn til sagsøgerens tilstand, inden han tiltrådte rejsen til USA dato a, år b.?

Samme diagnose som er defineret i spørgsmål 11.

Spørgsmål 13:

Medfører den sygdom eller de sygdomme, der kan diagnosticeres i henhold til spørgsmål 12 forøget risiko for:

a) Lungeødem?

b) Lungebetændelse?

Kardiomyopati medfører øget risiko for:

a: Væskeophobning i lungerne og i sin yderste konsekvens lungeødem.

b: På grund af væskeophobningen er der også øget risiko for lungebetændelse.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes præcisere, hvorle-

des det af bilag 5 udledes, at der er tale om kronisk hjertesvigt samt oplyse, hvornår en sygdom kan antages at være kronisk?

I bilag 5 anføres ikke, at sagsøgeren på det pågældende tidspunkt led af kronisk hjertesvigt. Det anføres derimod, at sagsøgeren gennem 23 år havde haft symptomer foreneligt med en hjertesygdom, og det konkluderes, at sagsøgeren har en arteriosklerotisk hjertelidelse. For så vidt angår denne sygdom, henvises til rådets svar på spørgsmål 6. Ved en "kronisk sygdom" forstås en tilstand, hvor der kan påvises sygdomstegn i en periode over måneder eller år. Der findes ikke i den medicinske terminologi en præcis varighedsdefinition for, hvornår en tilstand er kronisk.

Spørgsmål 15:

Da det i spørgsmål 8 er forudsat, at sagsøger var medicinsk velbehandlet omkring tidspunktet for afrejsen, bedes Retslægerådet besvare, om sagsøgerens hjerteproblemer gav en øget risiko for behandlingskrævende anfald af sygdommen.

Således som spørgsmålet er formuleret, kan Retslægerådet ikke besvare spørgsmålet, udover hvad der er indeholdt i rådets svar på spørgsmål 10 og 13.

Spørgsmål 16:

Blev sagsøgeren behandlet for lungebetændelse i USA? Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende, bedes det oplyst,

om risikoen for lungebetændelse er større for en medicinsk velbehandlet hjertepatient end for andre.

Ifølge de foreliggende sagsakter, blev der ikke givet antibiotisk behandling for sagsøgerens lungebetændelse under hans ophold i USA, jf. i øvrigt rådets svar på spørgsmål 5.

Ved domsafsigelsen lagde retten vægt på, at sagsøgers sygdom også før rejsen var en såkaldt kongestiv kardiomyopati, selv om denne diagnose først blev stillet under sagens behandling. Endvidere lagde retten vægt på, at Retslægerådet i besvarelse af spørgsmål 13 havde anført, at den pågældende hjertelidelse medførte en øget risiko for væskeophobning i lungerne og i sin yderste konsekvens lungeødem samt på grund af væskeophobning i lungerne også en risiko for

lungebetændelse. Det var herefter rettens vurdering, at det sagsøgte forsikringsselskab havde ført det nødvendige bevis for, at også lungebetændelsen var betinget af sagsøgers forudbestående sygdom. På dette grundlag fandt retten, at den behandling, som sagsøger gennemgik under sit udenlandsophold, var omfattet af undtagelsen for dækning, således som de var anført i forsikringsbetingelserne. Det sagsøgte forsikringsselskab blev derfor frikendt.

Kommentar:

Det beskrevne hændelsesforløb understreger betydningen af, at personer, der tegner rejsesygeforsikring, og som har en forudbestående kronisk sygdom, kontakter deres forsikringsselskab forud for rejsen og gøre opmærksom på den forudbestående sygdom.

Biologisk aldersbestemmelse, sandsynlighed og sikkerhed

Somalisk statsborger ansøger om opholdstilladelse i Danmark i medfør af familiesammenføringsreglerne. Den pågældende angav at være født 30.11.78 svarende til en alder på knap 17 år. Udlændingestyrelsen anmoder Retslægerådet om en vurdering af, om ansøgeren kan antages at have været under 18 år ved ansøgningens indsendelse. Som bedømmelsesgrundlag fremsendes røntgenbilleder af begge hænder, albuer og bækken. Retslægerådet svarer, at det findes sandsynligt, at ansøgerens alder i juni 1996 var 20 år eller derover. Efterfølgende modtager Retslægerådet en anmodning fra den lokale politimester, der ønsker oplyst, med hvilken sikkerhed Retslægerådet har udtalt sig, til brug for overvejelser om eventuel tiltalerejsning mod moderen for overtrædelse af blandt andet straffelovens § 163. Retslægerådet svarer, at den af Retslægerådet anførte aldersangivelse er korrekt med 99,75% sandsynlighed. Efterfølgende falder der dom i sagen. Her konkluderes det, at den anførte sikkerhed ikke er tilstrækkelig til, at tiltaltes erklæring om børnenes alder kan anses for urigtige, hvorfor tiltalte bliver frikendt. (E9285).

Somalisk statsborger XX ansøger om opholdstilladelse i Danmark i medfør af familiesammenføringsreglerne. XX angiver at være født 30.11.78 svarende til en alder på knap 17 år.

Udlændingestyrelsen anmoder det relevante generalkonsulat svarende til XX's daværende bopæl om at foranledige en aldersundersøgelse foretaget for at fastslå, om XX på ansøgningstidspunktet var under 18 år. XX blev undersøgt 13.06.96 på den relevante hjemlige klinik med røntgenundersøgelse af begge hænder, albuer og bækken. Hospitalets konklusion var, at undersøgtes knoglealder lå mellem 18 og 20 år. Denne kon-

klusion fandt Udlændingestyrelsen imidlertid ikke anvendelig. I februar 1997 anmodede Udlændingestyrelsen Retslægerådet om "at det såvidt muligt estimeres, om ansøgeren kan antages at have været under 18 år ved ansøgningens indgivelse". Som bedømmelsesgrundlag fremsendtes ovennævnte røntgenbilleder. Retslægerådets voterende fandt en supplerende undersøgelse af tandstatus overflødig og svarede 14.05.97 følgende: "Røntgenoptagelserne af albueledet, taget på den pågældende klinik den 13.06.96, viser, at epifyserne er helt færdigudviklede. Det sker i 20 års alderen. Knogler i hånd, håndled og hoftelid er ligeledes

færdigudviklede. Det er sandsynligt, at XX i juni 1996 var 20 år eller derover."

I oktober 1997 modtog Retslægerådet en anmodning om supplerende udtalelse, denne gang fra politimesteren i YB, idet XX sammen med en 1 år ældre søster i mellemtiden var indrejst i Danmark. Anklagemyndigheden overvejede på den baggrund at rejse tiltale mod moderen for overtrædelse af straffelovens § 163 for urigtig aldersangivelse og forsøg på overtrædelse af udlændingelovene § 59, stk. 3, jf. § 21 for forsøg på bistand til ulovlig indrejse og ophold. I politimesterens anmodning hed det: "Det opgives af XX's moder, at XX er født den 30. november 1978 og således var 17 år på undersøgelsestidspunktet. Kan det afvises, at dette er i overensstemmelse med sandheden, eller er Retslægerådets konklusioner forbundet med en sådan usikkerhed, at moderens oplysninger kan være rigtig?"

12.01.98 svarede Retslægerådet følgende:

"Aldersangivelsen "20 år eller derover" er korrekt med 99,75 % sandsynlighed, hvilket er en meget høj sandsynlighed inden for biologien."

09.02.98 blev der afsagt dom, som kom til at lyde på frifindelse. I retens bemærkninger hedder det: "Således som sagen foreligger til påkendelse efter den skete bevisførelse, findes det overvejende betænkeligt med den til domfældelse fornødne

sikkerhed at anse det for godtgjort, at tiltaltes erklæring om børnenes alder er urigtige. Tiltalte vil derfor være at frifinde for overtrædelse af straffelovens § 163 m.v."

Kommentar:

Biologisk statistik bygger på en "frekventistisk" opfattelse af sandsynlighedsbegrebet: Sandsynligheden udtrykker, hvor ofte en begivenhed vil forekomme ved et uendeligt stort antal gentagelser under ideelle omstændigheder. En sandsynlighed på 1 (eller 100%) repræsenterer den absolutte vished eller sikkerhed, medens en sandsynlighed på 0 (eller 0,00%) udtrykker det helt umulige. En sandsynlighed på 99,75% angiver, at afvigelser fra det sandsynlige kun vil indtræde 25 gange på 10.000 gentagelser (svarende til 1 på 400), i biologien en høj sandsynlighed, i en dansk retssal en for lav sandsynlighed. Sandsynlighedsskøn kan under særlige forudsætninger vinde i præcision ved addition og multiplikation (sandsynlighedsberegning), hvilket man mere eller mindre bevidst gør, når man i hverdagen anlægger helbreds-vurderinger. Jo flere relevante forhold, der inddrages i vurderingsgrundlaget, desto nøjagtigere skøn over sandsynligheden.

En fuldstændig biologisk aldersbestemmelse bygger på en undersøgelse af personens køns-, skelet- og tandmodning med efterfølgende sammenligning med normativt materiale. Resultatet sammenfattes i et sandsynlighedsskøn, der, ved en problemstilling som her, er desto

sikrere, jo mere personens køns-, skelet- eller tandmodning afviger fra den opgivne alder. På den måde kan der opnås en høj grad af sandsynlighed - en til vished grænsende sandsynlighed, men i princippet aldrig 100% sikkerhed.

Hvad angår ovennævnte retssag, ville *en fuldstændig biologisk aldersbestemmelse* på XX suppleret med en til-

svarende aldersbestemmelse på dennes storesøster have styrket domstolens beslutningsgrundlag. For at undgå en anden gang at skulle afgive aldersskøn på ufuldstændigt materiale, har Retslægerrådet indført standardiserede skemaer til biologisk aldersbestemmelse, før skøn afgives. Alle relevante informationer og undersøgelser bør foreligge, før skøn afgives.

Mangelfuld kontrol over vandladningen efter prostataoperation. Dissens

67-årig mand blev behandlet for forstørret prostata med kikkertoperation. Efter operationen var der feber, betændelse i venstre bitestikel og manglende kontrol over vandladningen. Dette medførte, at han 6 måneder senere fik indsat en kunstig lukkemuskel, der måtte delvist udskiftes efter yderligere ½ år. Han måtte dog fortsat bruge ble. Sagsøgeren mente, at der ved den kirurgiske behandling var fjernet for meget væv, og at betændelsen ikke var korrekt behandlet. I forbindelse med et civilt søgsmål mod sygehusejeren blev der stillet en række spørgsmål til Retslægerådet. Rådet udtalte, at en beskadigelse af lukkemusklen i forbindelse med et indgreb som det pågældende må anses for en lægelig fejl, men de 4 voterende var ikke enige om den konkrete bedømmelse. 2 voterende fandt, at det ikke ud fra sagens akter var sandsynliggjort, at det var en beskadigelse af lukkemusklen, der var årsag til den manglende kontrol med vandladningen, medens de 2 andre voterende mente, at denne årsagssammenhæng var overvejende sandsynlig. Sagen blev forelagt 9 år efter operationen, og klageren afgik ved døden inden domsforhandling, hvorefter sagsøgerens advokat hævede sagen (E 8595).

Sagen vedrører en dengang 59-årig mand, der i 1987 blev behandlet for besværet vandladning med kikkertoperation, hvor spåner af blærehalskirtlen afhøvels indefra gennem urinrøret (transuretral prostataresektion). Efter operationen fik han urinvejsinfektion, betændelse i venstre bitestikel og mangelfuld kontrol med vandladningen. Ved eftersyn af blæren fandt man, at operationsområdet i blærehalskirtlen var udhulet til en pæn kavitet, men nedadtil til venstre for indmundingen af sædlederen (colliculus) fandtes en uddybet rende, som strakte sig ned mod lukke-

musklens område nedenfor blærehalskirtlen. Betændelsen blev behandlet med antibiotika over et længere forløb med godt slutresultat. Vandladningen var helt ukontrolleret om dagen, og sagsøgeren måtte bruge 45 store bleer per døgn. 6 måneder senere blev han igen opereret og fik indsat en kunstig lukkemuskel, der senere måtte delvist skiftes ud på grund af problemer med reservedelen af lukkemuskelprotesen.

I 1989 fik sagsøgeren konstateret en klapfejl i hjertet (aortainsufficiens),

og der var nogen mistanke om, at årsagen kunne være en betændelse i hjertehinden, der eventuelt igen kunne ses i sammenhæng med langvarig betændelse i urinvejsystemet 2 år tidligere.

Sagsøgerens synspunkt var, at han ved operationen havde fået fjernet for meget væv, og at infektionskomplikationerne ikke var ordentligt behandlede.

I forbindelse med et civilt søgsmål mod sygehusejeren fremsendte advokaterne herefter 19 spørgsmål til Retslægerådet, som besvarede dem, som det fremgår nedenfor:

Spørgsmål 1:

Med henvisning til Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 10.04.1995 bedes det om muligt nuanceret oplyst, hvorvidt sagsøgerens nuværende inkontinens må betragtes som en værre tilstand end den prostatalidelse, som var baggrund for operationen 19.10.1987.

Sagsøgers symptomer forud for operationen d. 19.10.87 var af en principiel anden karakter end sagsøgers symptomer efter operationen, hvor hovedsymptomet var inkontinens. Symptomerne før og efter operationen kan derfor ikke sammenlignes, hvorfor Retslægerådet ikke finder det muligt at besvare det stillede spørgsmål.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende er det da en fejl, at Y-Sygehus i den til sagsøger inden operationen udle-

verde skriftlige patientinformation ikke gjorde opmærksom på risikoen herpå.

Nej, ikke set på baggrund af daværende praksis.

Spørgsmål 3:

Har Y-Sygehus inden operationen 19.10.1987 ladet tage prøver af sagsøger hvoraf en eventuel infektionstilstand vil fremgå.

Ja. Der blev den 14.10.87 udtaget urinprøve til undersøgelse for vækst af bakterier.

Spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende viser prøveresultatet da, om der forekommer infektionstilstand eller risiko herfor.

Der var ingen vækst af bakterier i den udtagne urinprøve, der således ikke afslørede nogen infektionstilstand og dermed risiko for infektion.

Spørgsmål 5:

Var sagsøgers tilstand inden operationen 19.10.1987 således, at der burde opereres, uanset om der forelå en infektionstilstand eller kunne operationen i givet fald uden væsentlig ulempe have været udsat med henblik på behandling af/forebyggelse af infektion.

Spørgsmål 6:

Med henvisning til besvarelse af spørgsmålene 3-5 bedes det oplyst, om det er en fejl, at operationen gennemførtes 19.10.1987, såfremt der forelå infektionstilstand eller risiko herfor.

Ad spørgsmål 5 og 6:

Spørgsmålene er hypotetiske og bortfalder derfor, idet der, som anført under svaret på spørgsmål 4, ikke fandtes holdepunkter for infektion.

Spørgsmål 7:

Er der efter operationen 19.10.1987 konstateret infektionstilstand.

Ja.

Spørgsmål 8:

Såfremt spørgsmål 7 besvares bekræftende bedes oplyst, hvornår infektionstilstanden konstateredes og om behandlingen heraf såvel i forbindelse med operationen 19.10.1987 som ved senere behandling på sagsøgtets sygehuse foretages med tilstrækkelig omhu.

Infektionen blev konstateret dagen efter operationen, og antibiotisk behandling med pondocillin blev påbegyndt 2 dage efter operationen. Den givne behandling er relevant og foretaget i overensstemmelse med de almindelige retningslinier.

Spørgsmål 9:

Hvis det må antages, at infektionsbehandlingen ikke er sket med tilstrækkelig omhu, er det da en fejl.

Bortfalder med henvisning til svaret i spørgsmål 8.

Spørgsmål 10:

Det ønskes oplyst i hvilket omfang infektionen og effektiviteten af infektionsbehandlingen har indflydelse på besvarelsen af spørgsmål 1.

Bortfalder, jf. besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 11:

Er der ved operationen 19.10.1987 sket fjernelse af prostatavæv/andet væv ned i urinrøret, og har dette i givet fald haft indflydelse på lukkemuskelfunktionen.

Der er blandt de voterende ikke enighed om besvarelsen af dette spørgsmål.

De voterende er enige om, at der ved operationen er fjernet prostatavæv i urinrøret. Der foreligger ikke mikroskopiske undersøgelser, som tillader at afgøre, om der og i givet fald i hvilket omfang er fjernet andet væv end prostatavæv i urinrøret.

To af de voterende (A og B) anser det for overvejende sandsynligt, at fjernelsen af vævet i urinrøret har haft indflydelse på lukkemuskelfunktionen.

De 2 andre voterende (C og D) finder ikke, at man på det foreliggende grundlag kan afgøre, om fjernelsen af vævet i urinrøret har haft indflydelse på lukkemuskelfunktionen.

Spørgsmål 12:

Såfremt spørgsmål 11 besvares bekræftende må det da antages, at fjernelse af prostatavæv/andet væv ned i urinrøret har været tilsigtet. Hvilken indflydelse har det haft på lukkemuskelfunktionen.

Fjernelse af prostatavæv er tilsigtet, medens fjernelse af andet væv (lukkemuskelvæv) er utilsigtet ved det

pågældende indgreb. Det er ikke dokumenteret, at der er fjernet andet væv, men to af de voterende (A og B) finder det dog overvejende sandsynligt, at der er fjernet lukkemuskelvæv. Der er således ikke enighed blandt de voterende om, hvilken indflydelse fjernelsen af prostatavæv/andet væv nede i urinrøret har haft på lukkemuskelforholdene. I øvrigt henvises til besvarelsen af spørgsmål B.

Spørgsmål 13:

Er besvarelsen af spørgsmål 11 og 12 udtryk for, at der er fjernet for meget væv. Har det betydning for besvarelsen, at det i journalnotatet af 23.12.1987 fra YY Sygehus anføres, at der findes en uddybet rende.

Der er ikke enighed mellem de voterende om besvarelsen af dette spørgsmål.

To af de voterende (A og B) henviser, for så vidt angår første del af spørgsmål 13, til deres besvarelse af spørgsmål 12. Den sidste del af spørgsmål 13 besvarer de således: Det tillægges betydning for besvarelsen, at det i journalnotatet af 23.12.87 fra YY-Sygehus anføres, at der findes en uddybet rende. Dette taler efter deres opfattelse for, at der er fjernet for meget væv.

De to andre voterende (C og D) besvarer spørgsmål 13 således:

Det kan ikke afgøres, om der er fjernet for meget væv, idet den nøjagtige lokalisation af den i YY Sygehus'

journal beskrevne uddybede rende ikke er nøjagtigt stedmæssigt lokaliseret.

Spørgsmål 14:

Er operationen 19.10.1987 sket ved anvendelse af cystoskop.

Ja.

Spørgsmål 15:

Operationen 19.10.1987 er foretaget af daværende overlæge XX. Med baggrund i det brev af 10.03.1988 fra overlæge, dr.med. F, øjenafdelingen, KK Sygehus til embedslægen for YY Amt om XX's syn anførte og det faktiske forhold, at overlæge XX fra medio januar 1988 på grund af ringere syn selv valgte ikke længere at operere gennem cystoskop spørges: Såfremt spørgsmål 12 besvares benægtende, må det da antages, at operatørens syn har haft indflydelse på i hvilket omfang der er bortopereret væv ved operationen 19.10.1987.

På baggrund af de i sagens akter foreliggende oplysninger om overlæge XX's syn, er det Retslægerådets vurdering, at overlægens syn ikke har haft betydning for operationens forløb.

Spørgsmål 16:

Er der holdepunkter for at fastslå, at der er bortopereret for meget væv. Er der i bekræftende fald holdepunkter for at fastslå af hvilken årsag.

Der er ikke enighed mellem de voterende om besvarelsen af dette spørgsmål.

To af de voterende (A og B) besvarer spørgsmålet således:

For så vidt angår første del af spørgsmålet henviser de to voterende til deres svar på spørgsmål 11 og 12. De to voterende finder det ikke muligt efterfølgende at fastslå årsagen til, at der er fjernet mere væv end tilsigtet.

De 2 andre voterende (C og D) henviser til deres besvarelse af spørgsmål 13.

Spørgsmål 17:

Såfremt spørgsmål 13 besvares bekræftende spørges yderligere: Er bortoperationen af for meget væv en fejl. Det ønskes i den forbindelse oplyst, i hvilket omfang bortoperationen af for meget væv har indflydelse på besvarelse af spørgsmål 1.

Der er ikke enighed mellem de voterende.

To af de voterende (A og B) besvarer spørgsmål 17 således:

Bortoperation af for meget væv er en fejl, jf. i øvrigt de voterendes svar på spørgsmål 11, 12 og 13.

De to andre voterende (C og D) besvarer spørgsmålet således:

Bortoperation af for meget væv er en fejl, men de to voterende anser det ikke for dokumenteret, at noget sådant er sket, jf. de voterendes svar på spørgsmål 11.

Spørgsmål A:

Er der holdepunkter for at fastslå, at der er udvist lægelig fejl eller forsømmelse i forbindelse med operationen af sagsøgeren på Y- Sygehus 19.10.1987.

Der er ikke enighed blandt de voterende.

To af de voterende (A og B) henviser til deres besvarelse af spørgsmål 11, 12, 13 og 17.

De to andre voterende (C og D) finder det ikke sandsynliggjort, at der er begået en lægelig fejl, jf. deres besvarelse af spørgsmål 11, 12, 13 og 17.

Spørgsmål B:

Er der i bekræftende fald holdepunkter for at fastslå, at eventuel fejl eller forsømmelse har været årsag til sagsøgerens inkontinensgener.

I bekræftende fald i hvilket omfang?

Udvikling af inkontinensgener efter prostataoperationer af karakter som hos sagsøger er velkendt. I nogle tilfælde kan årsagerne hertil ikke påvises. I andre tilfælde kan årsagerne identificeres. En årsag kan være kirurgisk beskadigelse af lukkemusklen. Der er blandt de voterende enighed om, at en kirurgisk beskadigelse af lukkemusklen må anses for en lægelig fejl.

Som det fremgår af besvarelsen af de ovenstående spørgsmål, er der imidlertid ikke enighed blandt de voterende om, hvorvidt der hos sag-

søger er sket en kirurgisk beskadigelse af lukkemusklen.

To af de voterende (A og B) anser det for overvejende sandsynligt, at der er sket en kirurgisk beskadigelse af lukkemusklen, og at dette har været årsagen til sagsøgers inkontinensgener.

De to andre voterende (C og D) finder ikke, at der på det foreliggende grundlag er en dokumentation for en kirurgisk beskadigelse af lukkemusklen.

Kommentar:

Vandladningsbesvær på grund af forstørret blærehalskirtel behandles ofte med en kikkertoperation, hvor man fjerner en større del af blærehalskirtlen indefra via urinrøret (transuretral prostataresektion). Operationen består i afhøvling af spåner af kirtlen ved hjælp af en elektrohøvl, indtil en passende mængde er fjernet. Hvis lukkemusklen ved kirtlens nedre pol bliver beskadiget af elektrohøvlen i forbindelse med indgrebet, kan dette resultere i en manglende kontrol med vandladningen efter operationen. Dette er en kendt, men sjælden komplikation. Sædleren indmunder i urinrøret lige over blærehalskirtlens nedre pol på en lille forhøjning (colliculus), der tjener som orienteringspunkt under operationen.

Som det fremgår af besvarelsen af ovennævnte spørgsmål, var der ikke enighed blandt de voterende om, hvorvidt der hos sagsøgeren var sket

en kirurgisk beskadigelse af lukkemusklen. Af den grund og fordi komplikationen er velkendt, var der mundtlig sagsbehandling før voting.

Blandt de voterende var der enighed om, at en afhøvling (resektion) i lukkemuskels område med beskadigelse af muskelfibre må anses for en lægelig fejl. Vedrørende klagen var der enighed om, at den manglende kontrol over vandladningen efter prostataoperationen måtte tilskrives det kirurgiske indgreb, men de voterende var ikke enige om den nærmere årsagssammenhæng. I nogle tilfælde kan årsagen til postoperativ insufficiens af muskelfunktionen ikke identificeres, men kendte og uforudsigelige årsager ved en korrekt gennemført operation kan være utæthed svarende til blærehalskirtlens kapsel med sekundær udsivning af skyllevæske under operationen eller en sekundær bindevævsdannelse i lukkemusklen. Kirurgisk beskadigelse kan opstå ved, at der fejlagtigt afhøvles (reseceres) nedefor blærehalskirtlens niveau i lukkemuskels område, men beskadigelse kan også opstå ved, at aktive-ring af resektionsslyngen med elektrisk strøm kan skade lukkemusklen, når der skal arbejdes i den nedre del af blærehalskirtlen (det vil sige en uforudsigelig komplikation ved en korrekt gennemført operation).

I den aktuelle sag omtaler akterne, at man ved eftersynet af blæren efter operationen fandt en uddybet rende gående ned til venstre for højen,

hvor sædlederen indmunder (colliculus), ligesom den øverste del af denne høj var reseceret. Ved den rutinemæssige mikroskopi af de fjernede spåner af prostatakirtlen, blev der imidlertid ikke set muskulatur (lukkemuskelvæv). To af de voterende fandt herefter, at det ikke var dokumenteret, at afhøvling af lukkemusklen var årsag til vandladningsforstyrrelserne, mens de to øvrige fandt, at en årsagssammenhæng

var overvejende sandsynlig på grund af beskrivelsen af den uddybede rende til venstre for colliculus.

En 5. voterende (øjensagkyndig) blev inddraget i vurderingen af, om operatørens syn havde betydning for operationens gennemførelse, hvilket ikke fandtes at være tilfældet, uanset at operatøren på et senere tidspunkt afstod fra at operere på grund af synssvækkelse.

Kolostomioperation med frem-læggelse af mavesækken i stedet for tyktarmen

41-årig mand blev i 1993 opereret for tarmslyng. Under operationen fandt man, at tarmen var afklemt på grund af betændelse. Man valgte at aflaste den udspilede tarm med en kunstig tarmåbning (kolostomi). Gennem et særskilt lille snit blev bughulen åbnet i øverste højre side med henblik på fremlægning af den tværgående del af tyktarmen (transversostomi). Fremtrækningen var vanskelig og 9 dage efter operationen, måtte man konstatere, at det var mavesækken og ikke tyktarmen, der var lagt ud som kunstig tarmåbning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn anmodede politimesteren om at rejse tiltale for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1. Politimesteren bad Retslægerådet om en udtalelse. Retslægerådet fandt ikke undskyldende momenter for fejlen, og byretten fandt de tiltalte skyldige efter lægelovens paragraf 18, stk. 1 og idømte bødestraffe på henholdsvis 3.000 kr. og 2000 kr. Dommen blev anket til Vestre Landsret, hvor flertallet ikke fandt, at de lægelige oplysninger gav et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at anse den fejl, som de tiltalte havde begået i forbindelse med operationen, for at være af en sådan karakter, at den kunne betegnes som grovere forsømmelse eller skødesløshed. Der blev afsagt dom efter stemmeflertallet (4 mod 2), og de tiltalte blev frifundet for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1 (E 8717).

En 41-årig mand blev opereret af 2 kirurgiske speciallæger på mistanke om tarmslyng. De åbnede bugen i midtlinien nedadtil. Der var en del væske i bughulen, hvor tarmene var udspilede og forandrede på grund af betændelse, tarmslyng og en byld i venstre side bag det nederste stykke af tyktarmen. De drænerede bylden og valgte at aflaste den udspilede tarm med en midlertidig kunstig tarmåbning. Hertil lagde de et nyt selvstændigt snit i højre øverste del

af bugvæggen og fremlagde, hvad de formodede var det tværgående stykke af tyktarmen. Fremtrækningen var vanskelig, og først i 3. forsøg lykkedes det at trække "tarmen" ud. Medvirkende var, at tarmene var udspilede og forandrede på grund af tarmslyng med betændelse og måske også, at patienten havde en rygdeformitet. Allerede på operationsdagen var der rigeligt sekret og luft fra den nye åbning. I de følgende dage var der meget

hurtig passage ud i stomiposen efter fødeindtagelse. 9 dage efter operationen observerede man, at en sonde, der var nedlagt i mavesækken, havde passeret ud gennem stomiåbningen. Røntgenundersøgelse viste nu, at det var mavesækken og ikke tyktarmen, der var lagt ud som kunstig tarmåbning. Man reopererede, lukkede mavesækken igen, anlagde en ernæringsåbning til tyndtarmen og fjernede den betændte venstre nedre del af tyktarmen. Det videre forløb var stort set uden komplikationer.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn havde behandlet sagen efter klage fra den opererede 41-årige, og anmodede politimesteren om at rejse tiltale efter lægelovens § 18, stk. 1. Efter at have indhentet en yderligere udtalelse fra Patientklagenævnet, fremsendte politimesteren sagen til Retslægerådet. Der blev ikke stillet konkrete spørgsmål. Retslægerådet udtalte følgende: "XX blev d. 18.03.1993 opereret på X-sygehus, kirurgisk afdeling, på mistanke om tarmslyng. Ved operationen fandt man en byld udgående fra tyktarmen og valgte derfor at føre tyktarmen ovenfor betændelsen ud på maven. Det efterfølgende forløb viste imidlertid, at det ikke var tyktarmen men mavesækken, som var lagt frem. Retslægerådet finder ingen undskyldende momenter for fejltagelsen, således hverken patientens rygdefekt, infektionen i bughinden eller strækket på organet".

Byretten fandt de tiltalte skyldige efter lægelovens § 18, stk. 1 og idømte bødestraffe. Dommen blev anket til Vestre Landsret, hvor en kirurgisk overlæge efter anmodning fra Den Almindelige Danske Lægeforening (Responsumudvalget) afgav en erklæring til forsvaret i forbindelse med sagens behandling. Erklæringen konkluderede, at man efter et rent kirurgisk skøn ikke efter overlægens mening vil betegne den foreliggende fejl som udtryk for grov forsømmelighed eller skødesløshed.

Retslægerådet blev efterfølgende af forsvarers advokater anmodet om at kommentere denne skrivelse, hvortil rådet svarede: "Ifølge lov om Retslægerådet er det rådets opgave at afgive lægevidenskabelige skøn til offentlige myndigheder om enkeltpersoners retsforhold.

I fremsendelse af skrivelser fra advokatfirmaet XX (dateret 19.08.96) anmodes rådet om en kommentar til en skrivelse fra overlæge NN (dateret 16.08.96). Skrivelserne er fremsendt efter, at rådet allerede har afgivet sin udtalelse, og der foreligger ingen nye lægelige momenter i sagen.

Det ligger derfor uden for rådets opaver at tage stilling til en "second opinion" afgivet fra anden side. For så vidt angår Retslægerådets voterende i den pågældende sag, skal rådet oplyse, at det i henhold til loven om Retslægerådet er formanden, som udpeger de sagkyndige, der vurderes at have særlige ekspertise indenfor det pågældende fagom-

råde. Rådet må afstå fra at motivere valget af sagkyndige".

Den specialekyndige overlæge afgav også vidneforklaring i landsretten og fremhævede der, at der var tale om en klar og sjældent forekommende fejltagelse, hvor vanskelige omstændigheder kunne forklare, at fejlen skete, uanset at der blev udvist forventelig omhu i hele forløbet. Dette synspunkt var flertallet af landsrettens voterende enige i, og de tiltalte blev frifundet for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1 med stemmeflertallet 4 mod 2.

Kommentar:

Den foreliggende sag var fremsendt til Retslægerådet uden specifikke spørgsmål. Meningen kan have været, at man ønskede en udtalelse om, hvorvidt Retslægerådet mente, at lægelovens § 18, stk. 1 var overtrådt. I den foreliggende sag fandt Retslægerådet, at fremlæggelsen af mavesækken som en kunstig tarmåbning måtte betragtes som en lægelig fejl og ikke som et hændeligt uheld uanset sagens omstændigheder. Det er ikke Retslægerådets opgave at tage stilling til, om en given lægelig fejl er udtryk for overtrædelse af lægelovens bestemmelser. Dette er en juridisk afgørelse. Med sit ordvalg tilkendegav Retslægerådet imidlertid, at der efter rådets mening ikke var forhold i sagen, som kunne undskylde fejlen. På forsvarets anmodning havde lægeforeningens responsudvalg udpeget en specialekyn-

dig overlæge, der afgav udtalelse ved fremmøde i landsretten. Dette skete efter, at Retslægerådet havde afgivet sin skriftlige udtalelse. Overlægens vurdering afveg fra Retslægerådets, idet han efter et rent kirurgisk skøn ikke ville betegne den foreliggende fejl som udtryk for grov forsømmelighed eller skødesløshed, fordi de vanskelige omstændigheder under operationen kunne forklare fejlen. Efter overlægens skøn var det ikke udelukket, at også andre kirurgiske overlæger med stor erfaring på dette område under særlige vanskelige akutte forhold kunne begå samme fejl trods sædvanlig omhu. Overlægen anførte, at selv for meget erfarne kirurger er større akutte operationer i bughulen ofte særdeles vanskelige. Som det fremgår, havde Retslægerådet også inddraget disse forhold i sin vurdering af sagen. Landsretten afgjorde, at fejlen ikke på det foreliggende grundlag med tilstrækkelig sikkerhed kunne anses for at være af en sådan karakter, at den kunne betegnes som grovere forsømmelse eller skødesløshed (overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1).

Sagsforløbet har givet Retslægerådet anledning til overvejelser af, om rådet i videre omfang end tidligere bør afgive et supplerende respons i tilfælde, hvor en "second opinion" ved en speciallæge fremsendes til rådet til udtalelse.

Insulintilfælde i trafikken – en tilstand ligestillet med sindssygdom

69-årig mand tiltalt for overtrædelse af færdselslovens § 54, stk. 1 og § 3, stk. 1 ved at have ført personbil, uagtet han på grund af sygdom ikke kunne føre køretøjet på fuldt betryggende måde, ligesom han under kørslen havde undladt at udvise fornøden agtpågivenhed, hvorved han kørte ud over vejens højre side og 10 meter ind på et græsareal, hvor han startede motoren igen og forsøgte at køre fra stedet. De lægelige udsagn, herunder også Retslægerådets udtalelse, godtgjorde, at der var tale om et insulintilfælde, som den tiltalte ikke havde fået forvarsler om. Tiltalte fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 (en med sindssygdom "ligestillet" tilstand). Han blev frifundet for bødestraffen, fordi han af retten fandtes utilregnelig i gerningsøjeblikket, og han blev ligeledes frifundet for betinget frakendelse af førerretten. (E 8882).

Sagen vedrører en 69-årig pensionist, A, som 3 år tidligere havde fået konstateret sukkersyge i forbindelse med indlæggelse for et hjertetilfælde. Først forsøgtes A behandlet med tabletter og diæt, men dette viste sig utilstrækkeligt, hvorefter han blev sat i insulinbehandling med langsomt virkende insulin. A havde overholdt insulindoseringen, men han oplyste, at han én gang tidligere havde været udsat for et insulintilfælde.

A var kørt ud over vejsiden og ind på et græsareal. A havde oplyst, at han ikke havde nogen erindring om episoden, og han nægtede sig skyldig. Der blev umiddelbart efter episoden udtaget blod til alkoholundersøgelse, hvilket viste en koncentration på 0,31 promille. Den undersøgende læge udtalte, at A tydeligt bar

præg af at være sukkersygepatient med lavt blodsukker. Han var fjern, uklar, svedende, og man havde ikke verbal kontakt. Umiddelbart efter indtagelse af en sodavand og en plade chokolade blev A klar og normal igen.

Der blev indhentet erklæring fra den medicinske afdeling, hvor A var blevet behandlet, og af den fremgik, at A to måneder efter ulykkestilfældet blev indlagt på medicinsk afdeling, hvor det viste sig, at den samlede insulinindgift kunne reduceres fra 43 IE dagligt til 30 IE dagligt. Fra de behandlende lægers side konkluderedes, at alt talte for, at insulindosis i perioden op til ulykken havde været for høj. Det ansås for overordentligt sandsynligt, at A ikke havde mærket gener fra det lave blodsukker, da han begyndte at køre.

Anklagemyndigheden nedlagde påstand om bødestraf samt betinget frakendelse af kørekortet.

Sagen blev forelagt Retslægerådet med nedennævnte spørgetema, idet politimesteren tilskrev Retslægerådet således:

"Tiltalte blev anholdt for kørsel under sygdom således, at han skønnedes ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde.

Tiltalte har nægtet sig skyldig heri, idet han påberåber sig, at han har fået et pludseligt ("som lyn fra en klar himmel") insulinchok."

Der anmodes herefter om besvarelse af en række spørgsmål, som anført nedenfor.

Retslægerådet svarede:

"Ved sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet udtale: Såvel egen læge som læge på medicinsk afdeling bekræfter, at patienten har sukkersyge, der behandles med insulin. Foranlediget af sagen blev patienten indlagt to måneder senere på medicinsk afdeling, og man konstaterede, at hans insulindosis var temmelig stor, og at han kunne klare sig med ca. 2/3 af den ordinerede dosis. Alligevel fremgår det, at han tidligere kun havde haft et enkelt tilfælde af hypoglykæmi. Ligeledes fremgår det, at han aftenen før ulykkestilfældet havde indtaget en del spiritus, men at han ikke i nogen forstand var spirituspåvirket under hændelsen. Endelig fremgår det, at hans konfu-

sionstilstand normaliseredes fuldstændigt og hurtigt efter tilførsel af kulhydrater.

Spørgsmål 1:

Må det antages at tiltalte, 07.07.96 kl. 08.55 med sin slingrende kørsel ind i rundkørslen i X, hvor han kørte bilen op på cykelstien og fortovet men klarede at køre videre i 20 minutter over en længere strækning, var påvirket af et pludseligt insulintilfælde?

Ja.

Spørgsmål 1a.

Såfremt 1 besvares med ja:

Må det antages at dette insulintilfælde har bevirket, at tiltalte ikke var bevidst om sin kørsel?

Ja.

Spørgsmål 1b.

Såfremt 1 besvares med ja:

Må det antages at dette insulintilfælde har bevirket, at tiltalte ikke var bevidst om sin sygdom?

Ja.

Spørgsmål 2:

Må det antages at tiltalte 07.07.96 kl. 08.55 – 09.10 under kørsel fra X og ca. 11 km ad landevejen mod øst indtil han – tilsyneladende uden ydre påvirkninger – kørte sin bil ud i grøften ud på en mark, var påvirket af et pludseligt insulintilfælde?

Ja.

Spørgsmål 2a:

Såfremt 2 besvares med ja:

Må det antages at dette insulintilfælde på ca. 15 minutter har bevirket, at tiltalte ikke var bevidst om sin kørsel?

Ja.

Spørgsmål 2b:

Såfremt 2 besvares med ja:

Må det antages at dette insulintilfælde på 15 minutter har bevirket, at tiltalte ikke var bevidst om sin sygdom?

Ja.

Spørgsmål 3:

Må det antages at tiltalte, da han 07.07.96 kl. 09.10-09.16 er kørt galt og herefter forsøger at speede motoren op for at køre sin bil fri fra marken, var påvirket af et pludseligt insulintilfælde?

Ja.

Spørgsmål 3a:

Såfremt 3 besvares med ja:

Må det antages at han ikke var bevidst om sit forsøg på at køre bilen?

Ja.

Spørgsmål 3b:

Såfremt 3 besvares med et ja:

Må det antages at han ikke var bevidst om sin sygdom?

Ja.

Spørgsmål 4:

Har tiltaltes tilstande ad spørgsmål 1-3 været af en sådan karakter, at han må antages at have været omfattet af den persongruppe der er omhandlet af straffelovens § 16, stk. 1?

Han må antages at være omfattet af den persongruppe, der er omhandlet af straffelovens § 16, stk. 1.

Afsluttende kommentar:

For sagen kan det virke forvirrende, at sigtede og efterfølgende også politimesteren i X taler om "pludseligt indsættende insulintilfælde". I realiteten kan blodsukkeret godt falde ganske langsomt ned mod de værdier, der giver neurologiske symptomer. Således kan man også forblive ganske længe i denne tilstand af konfusion uden at miste bevidstheden. Det afgørende for, om man reagerer adækvat, er, om det lave blodsukker medfører symptomer, der af patienten kan erkendes som varsler om lavt blodsukker før neurohypoglykæmien fratager patienten muligheden for at reagere adækvat på disse tegn. I den foreliggende sag synes patienten ikke at have fået forvarsler, før han mistede bevidstheden om, hvad der foregik."

Retten udtalte herefter:

Det lægges ved sagens afgørelse til grund, at tiltalte som følge af insulinchok har befundet sig i en tilstand, hvor han har været ude af stand til at føre sin personbil på fuldt betryggende måde, ligesom han under kørslen ikke har udvist fornøden agtpågivenhed og derved mistet

herredømmet over køretøjet. Tiltalte har således objektivt overtrådt færdselslovens § 54, stk. 1 og § 3, stk. 1.

Efter de lægelige udtalelser, herunder også Retslægerådets erklæring, lægger retten til grund, at insulintilfældet er indtrådt pludseligt og uden forvarslers for tiltalte. Det lægges ligeledes til grund, at tiltalte, ud fra det oplyste om det hidtidige sygdomsforløb, ikke har haft grund til at indse, at der var fare forbundet med kørslen. Det foreliggende om spiritusindtagelsen dagen i forvejen og det oplyste om søvn og indtagelse af føde giver heller ikke grundlag for at statuere, at tiltalte har udvist uagtsomhed forud for kørslen. Herefter, og da tiltalte efter Retslægerådets erklæring, som retten ikke finder anledning til at tilsidesætte, har befundet sig i en tilstand af utilregnelighed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. frifindes tiltalte for straf. Da der, som anført ovenfor, ikke har foreligget omstændigheder, hvor tiltalte burde have indset faren for, at han på grund af sin sygdom kunne udsættes for et insulinchok og derved ville blive ude af stand til at føre motorkøretøj på forsvarlig vis, findes tiltalte ved at påbegynde og fortsætte kørslen ikke at have tilsidesat væsentlige hensyn til færdselssikkerheden. Tiltalte frifindes derfor ligeledes for anklagemyndighedens påstand om betinget frakendelse af førerretten.

Kommentar:

Som det fremgår af rådets udtalelse, kan en sukkersygepatients blodsuk-

ker godt falde langsomt ned mod de lave værdier, som giver symptomer fra centralnervesystemet. Hjernecellerne kan kun anvende sukkermolekyler som energi, og et lavt blodsukker, som altså medfører, at hjernen mangler energitilførsel, kan medføre en konfusionstilstand, uden at patienten samtidig mister bevidstheden. Denne tilstand kan indtræde, uden at patienten får varslers om tilstanden, inden den lave blodsukkerkoncentration i centralnervesystemet fratager patienten muligheden for at reagere adækvat på disse tegn. Der er således ikke tale om "pludseligt indsættende insulintilfælde", men derimod om en tilstand, som indsætter "snigende", uden at den pågældende person modtager de sædvanlige varslers om lavt blodsukker. En bevidsthedsforstyrrelse, forårsaget af et lavt blodsukker, er psykiatrisk set et såkaldt akut organisk psykosyndrom og en af de tilstande, der traditionelt henregnes til straffelovens § 16, stk. 1, som en tilstand "ligestillet" med sindssygdom – men som yderst sjældent ses i praksis. (Se årsberetningen 1996, s. 45ff.).

Retten fandt, at A var omfattet af § 16, stk. 1, og utilregnelig, hvorfor han blev frifundet for straf (bøde). Frakendelse af førerretten er et rettighedstab, ikke en straf. Sindssyge kan derfor frakendes førerretten. A blev imidlertid ligeledes frifundet for overtrædelse af færdselslovens § 126, stk. 1, nr. 1, ("...under tilsidesættelse af væsentlige hensyn til færdselssikkerheden....voldt skade på person

eller ting eller fremkaldt fare herfor...) idet retten anerkendte, at A ikke havde haft mulighed for at registrere, at han fik et insulintilfælde.

Selv mord begået af patient indlagt på psykiatrisk afdeling

Mange psykiske sygdomme medfører en øget risiko for, at patienterne begår selvmord, hvilket også gælder under indlæggelse. En konkret sag om en nyindlagt, psykiatrisk patients selvmord gav Retslægerådet anledning til at tage stilling til nogle mere generelle spørgsmål vedrørende kontrol og overvågning af indlagte, selvmordsfarlige patienter. (E 8998).

B var en 22-årig ugift mand, der ikke tidligere havde været i kontakt med den psykiatriske afdeling. Han havde gennem flere år røget hash. I månederne forud for indlæggelsen 25.05.93 havde han opsagt sit job. Han havde reduceret hashforbruget, fordi han mente, at hash var baggrunden for, at han i stigende grad isolerede sig i sin lejlighed. Gennem 3 uger forud for indlæggelsen havde han oplevet hørelsesshallucinationer i form af kommenterende stemmer, følt sig overvåget og var til sidst søvnløs. Han havde på indlæggelsesdagen, forpint af stemmerne, overvejet selvmord ved drukning. Han tog imidlertid til sine forældre, som bragte ham til hospitalet. Ved indlæggelsen beskrives han som anspændt, forpint og usamlet. Han var hørelsesshallucineret og mistolkende. Han bedømtes som fortsat suicidalfarlig. Han blev frivilligt indlagt i lukket afsnit og sov fra kl. 01.00 26.05.93 til den følgende morgen. Om morgenen spiste han morgenmad og talte med andre patienter og blev af plejepersonalet beskrevet som upåfaldende. Han deltog ikke i afdelingens fælles morgenmøde kl. 08.40, men gik til sin stue. Kl. 09.30

blev han her fundet livløs med sin livrem om halsen. På det foreliggende grundlag kan der ikke foretages nogen sikker diagnostisk placering af B, men det er utvivlsomt, at han var sindssyg, forpint af hørelsesshallucinationer og vrangforestillinger, samt at han på indlæggelsesdagen havde haft manifesterede tilskyndelser til selvmord. Hans henvendelse til afdelingen skete på forældrenes initiativ.

De pårørende klagede over behandlingen. Sagen blev behandlet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der havde indhentet et omfattende erklæringmateriale fra de involverede parter, herunder hospitalets lægelige og sygeplejefaglige ledelse. Patientklagenævnet forelagde et spørgetema på syv spørgsmål for Retslægerådet, der udtalte:

Spørgsmål 1:

Har reservelæge C udvist omhu i sin ordination af observation af B, som var vurderet som selvmordsfarlig?

Reservelægen fulgte sit skøn om fortsat selvmordsfare op ved personligt at ledsage patienten til afsnit-

tet og mundtligt samt skriftligt at instruere personalet om at observere ham som selvmordsfarlig. Dette var efter Retslægerådets vurdering korrekt og desuden i overensstemmelse med afdelingens instruks.

På baggrund af de om aftenen 25.05.93 foreliggende oplysninger om patientens sygehistorie og kliniske tilstand kunne reservelægen desuden med føje have skønnet, at B skulle observeres med fast vagt, det vil sige, at et medlem af plejepersonalet vedholdende skulle have patienten under opsyn. Imidlertid havde reservelægen drøftet indlæggelsen med bagvagten, og der foreligger ikke oplysninger tydende på, at denne på de givne præmisser havde skønnet, at der burde ordineres fast vagt til patienten.

Ud fra en samlet vurdering finder Retslægerådet, at reservelægen har udvist fornøden omhu.

Spørgsmål 2:

Har reservelæge S som påbegyndte vagten 26.05.93 udvist omhu i sin observation og behandling af B?

Reservelægen ønskede at tale med B som dagens første patient ved stuegangen. Han har ikke været involveret i observation og behandling af B, og Retslægerådet finder ikke, at det kan lægges ham til last, at han deltog i afsnittets kardexmøde, før han tilkaldte B til stuegang.

Spørgsmål 3:

Var afdelingens instruks fra februar

1993 til den journalskrivende læge, om at give umiddelbare instrukser til afdelingens personale om "særlige nødvendige observationer eller skærmning" tilstrækkelig til observationen af suicidalfarlige personer?

Afdelingens instruks som citeret i spørgsmålet må efter Retslægerådets vurdering betragtes som tilstrækkelig. Den indebærer, at de vagthavende skal afgive meget detaljeret vejledning til plejepersonalet, hvilket er hensigtsmæssigt. Det havde været ønskeligt, om instruksens indholdt operationelle handlemuligheder, herunder muligheden for at ordinere fast vagt, blandt andet til suicidalfarlige patienter. Rådet kan imidlertid tilslutte sig overlæge D's standpunkt i redegørelse af 25.11.93, om at meget detaljerede instrukser ikke nødvendigvis giver det bedste grundlag for udøvelse af god observation og behandling.

Spørgsmål 4:

Blev B tilstrækkeligt observeret af plejepersonalet?

Det fremgår ikke af sygeplejekardex, hvor ofte B blev tilset i løbet af natten mellem 25. og 26.05.93. Det fremgår, at han var uden opsyn fra kl. 08.40-09.30 26.05.93, selv om han gik til sin stue og ikke deltog i afdelingens morgenmøde. Den plejemæssige observation af B, der også i kardex blev betegnet som "obs., suicidalfare", må på denne baggrund betegnes som utilstrækkelig. B var fundet sindssyg og suicidalfarlig, men med usikker diagnose, hvorfor

plejepersonalet burde have været særlig agtpågivende. 40 minutter uden kontrol og tilsyn vurderes derfor at være for lang en periode.

Spørgsmål 5:

Burde lægerne have frataget B hans læderbælte?

Spørgsmål 6:

Burde sygeplejerskerne have frataget B hans læderbælte?

Ad spørgsmål 5 og 6:

Retslægerådet finder ikke, at lægerne eller sygeplejerskerne burde have frataget B hans læderbælte. Retslægerådet finder, at patienter, der indlægges i lukket afdeling, bør visiteres for farlige genstande i form af skyde- og stikvåben, medicin og gifte. Der vil i enhver afdeling være tilgængelige remedier til at begå selvmord ved strangulering (hængning) eksempelvis gardiner, lagener etc. Retslægerådet finder ikke, at denne selvmordsfare kan afværges ved, at patienterne fratages for eksempel tasker, læderbælte, seler, slips og snørebånd. Vurderes en patient suicidalfarlig, imødegås denne risiko efter Retslægerådet's mening bedst ved, at overvågningen intensiveres, eksempelvis ved fast vagt.

Spørgsmål 7:

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Sammenfattende finder Retslægerådet anledning til at bemærke, at vurdering af selvmordsfare er en

meget vanskelig opgave, hvor selv erfarne læger og sygeplejersker lejlighedsvis vil kunne foretage fejlskøn.

Selv om reservelægen ikke ordnede fast vagt til B, blev plejepersonalet instrueret om at observere patienten som suicidalfarlig. Retslægerådet finder det derfor kritisabelt, at B som nyindlagt, forud ubekendt psykotisk patient i længere perioder var uden plejemæssig observation.

Endelig skal Retslægerådet stille sig undrende over, at der i det aktuelle tilfælde ikke blev foretaget retslægelig obduktion, jf. ligsynslovens § 9, stk. 1, nr. 1.

Sagen blev genfremsendt med supplerende materiale blandt andet vedrørende den sygeplejemæssige observation af B, men uden at dette gav Retslægerådet anledning til supplerende bemærkninger, heller ikke hvad angår spørgsmål 4. Patientklagenævnet afgjorde sagen med at udtale, at hverken reservelæge C eller reservelæge S havde overtrådt læge-loven, men at afdelingssygeplejerske E havde overtrådt lov om sygepleje § 5, stk. 1, ved ikke at have udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med sit tilsyn af B. Patientklagenævnet havde ikke grundlag for at fastslå, at B's kontaktperson, en plejer, havde handlet ukorrekt, idet det var afdelingssygeplejerskens opgave at foretage et fagligt skøn over observationens intensitet, instruere kontaktpersonen i overensstemmelse her-

med og føre tilsyn med, at den faktiske observation blev udført efter de givne retningslinier. Patientklagenævnet bemærkede afslutningsvis, at en tættere observation ikke med sikkerhed kunne have forhindret B's selvmord.

Kommentar:

Selv mord blandt indlagte psykiatriske patienter kan næppe helt undgås, med mindre miljøet bliver så restriktivt, at det vil påvirke behandlingen i negativ retning. Dette er baggrunden for, at Retslægerådet for eksempel ikke mener, at en patient ved indlæggelse på en lukket afdeling bør fratages bælte, seler m.v. Men patienterne bør visiteres og fratages for eksempel våben, incl. knive, og medicin. Er der mistanke om, at en patient er selvmordsfarlig, bør patienten selvsagt observeres tæt. Det vil bero på en konkret vurdering ikke blot af patientens tilstand, men også af personalenormering, belægningsgrad og lignende, hvornår en fast vagt eller skærmning er påkrævet, men rådet finder som udgangspunkt sådanne foranstaltninger hensigtsmæssige som den

mest sikre og tætteste observation af en selvmordsfarlig patient. Som det fremgår, fandt Retslægerådet det kritisabelt, at en nyindlagt, sindssyg patient, der havde givet udtryk for påtrængende selvmordsforestillinger, var uden tilsyn i 40 minutter.

De psykiske sygdommes natur medfører, at vurdering af en patients selvmordsfare kan være særdeles vanskelig. Patienter kan således pludselig og uventet udvikle påtrængende selvmordsforestillinger for eksempel i form af hørelsehallucinationer, der tilskynder patienten til selvmord, eller i form af en akut og voldsom forværring i en depressiv tilstand. Andre patienter kan "dissimulere" (det vil sige foregive at være raske, se s. 77ff.).

God klinisk praksis, omhyggelig plejemæssig observation og gennemarbejdede afdelingsinstrukser vil kunne nedsætte risikoen for, at indlagte psykiatriske patienter begår selvmord, men aldrig helt fjerne denne risiko.

Indsat begik selvmord efter forgæves at være søgt tvangsindlagt - lægefeslsag

Retslægerådet afgav udtalelse til Sundhedsstyrelsen i en sag, hvor en psykiatrisk afdeling havde afvist at modtage en mand, som var indstillet til tvangsindlæggelse på farlighedsindikation. Dagen efter afvisningen begik vedkommende selvmord i sin fængselscelle. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at overlægen på den psykiatriske afdeling havde overtrådt lægelovens § 6, stk. 1. (E 8414).

Sagsfremstillingen følger i let forkortet form beskrivelsen i Sundhedsstyrelsens indstilling af 24.11.95 til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og fremstillingen i Patientklagenævnets afgørelse af 26.09.96.

En 23-årig mand - her benævnt X - af tyrkisk oprindelse blev i sommeren 1994 anholdt, sigtet for røveri af farlig karakter, og i juni 1994 overflyttet til Vestre Fængsel på grund af spisevægring.

I de følgende måneder blev X flere gange vurderet af psykiater, men først den 01.11.94 fandt den psykiatriske konsulent tegn på psykose - en tilstand af agiteret, paranoid psykose med religiøse og somatiske vrangforestillinger. X var uden sygdomsindsigt og nægtede behandling. Psykiateren anbefalede, at hans isolation blev ophævet, og såfremt dette ikke skete, at han tvangsindlagdes på behandlingsindikation.

Den vagthavende fængselslæge fandt ved tilkaldelse senere samme

dag, at X var sindssyg og farlig for sig selv, og han udfærdigede - stadig 01.11.94 - en lægeerklæring om tvangsindlæggelse på farlighedsindikation, overdraget til politiet. I lægeerklæringen anførtes in extenso:

"Patienten tilset af psykiater d.d. og er fundet lidende af en reaktiv agiteret paranoid psykose. Ved tilsyn senere 01.11.94 af undertegnede findes patientens virkelighedsopfattelse stadig ændret i en sådan grad, at patienten ikke kan tage vare på sig selv. Er paranoidt tolkende og mener, at han skal dø om 7 dage. Dette oplyser patienten at have læst i bibelen. Nægter endvidere at indtage føde og har gennem dagen udvist tiltagende selvmutilerende adfærd. Patienten skønnes derfor til fare for sig selv og opfylder således kriterier for røde papirer."

Efter forsøg på at få X indlagt på flere psykiatriske afdelinger blev det fastlagt, at han hørte under den psykiatriske afdeling på P-hospital. En politiassessor kontaktede så vagtha-

vende læge på denne afdeling og orienterede om ordlyden af lægeerklæringen.

Dagen efter - 02.11.94 meddelte den vagthavende læge politiassessoren, at man efter konference med administrerende overlæge Y havde vurderet, at der ikke forelå farlighedsindikation, og at man derfor ikke kunne modtage X.

X's tilstand var i løbet af formiddagen den 02.11.94 uændret svært præget af sindssyge og truet af mulig selvbeskadigelse, om end ikke selvmordstruet.

Ved telefonsamtaler mellem en overlæge ved fængslet, vagthavende læge og den administrerende overlæge Y blev det præciseret, at man på P-hospital ikke fandt, at indholdet i den lægeerklæring, der var udfærdiget i forbindelse med beslutning om tvangsindlæggelsen, dokumenterede, at de materielle betingelser for tvangsindlæggelse på farlighedsindikation i henhold til psykiatrilovens § 5, stk. 2, nr. 2 var opfyldt.

Overlæge Y forklarede senere under sagens behandling, at tvangsindlæggelsen af X aldrig blev iværksat af politiet, og at psykiatrisk afdeling på P-hospital således ikke havde haft lægeerklæringen af 01.11.94 i hænde, ligesom psykiatrisk afdeling på P-hospital i det givne forløb alene havde øvet telefonisk rådgivning med hensyn til udformningen af lægeerklæringen. Overlæge Y anførte endvidere, at psykiatrisk afde-

ling på telefonisk forespørgsel havde tilkendegivet, at man var af den opfattelse, at lægeerklæringen ikke kunne begrunde tvangsindlæggelse på farlighedsindikation, såfremt tvangsindlæggelsen blev iværksat, men at det var tænkeligt, at sagen ville have fået et helt andet udfald, såfremt tvangsindlæggelsen rent faktisk var blevet iværksat af politiet med den konsekvens, at politiet i overensstemmelse med praksis var mødt op i afdelingen med såvel patient som lægeerklæring. I den situation ville den modtagende læge i psykiatrisk afdeling i overensstemmelse med afdelingens interne instruks have kontaktet den attestudstedende læge med henblik på omgående supplerings af de foreliggende oplysninger.

03.11.94 blev det ved tilsyn opdaget, at X havde hængt sig i sin celle.

Stadslægen indberettede i januar 1995 selvmordet til Sundhedsstyrelsen, som 13.09.95 fremsendte sagen til Retslægerådet med fire spørgsmål:

1. Var der grundlag for at tvangsindlægge patienten på farlighedsindikation i den foreliggende situation?
2. Var der tilstrækkeligt grundlag for at tvangsindlægge patienten på farlighedsindikation på baggrund af oplysningerne i den af læge Z udfærdigede lægeerklæring?

3. Burde lægerne på psykiatrisk afdeling, P-hospital på baggrund af den efterfølgende kontakt med Vestre Hospital have modtaget patienten, jf. lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, § 9, stk. 1?

4. Såfremt der efter Retslægerådets opfattelse er begået fejl i sagen, hvordan skal ansvaret herfor placeres?

Retslægerådet afgav 17.10.95 følgende udtalelse:

Spørgsmål 1:

Det fremgår af vurdering af 01.11.94 ved psykiatrisk konsulent U, lægeerklæring i forbindelse med tvangsindlæggelse af 01.11.94 ved læge Z og notat af 28.11.94 med journaluddrag ved overlæge S, at X havde været isolationsfængslet siden 26.03.94, og at han 28.10.94 havde skåret sig ved venstre håndled, men på det tidspunkt fandtes psykisk opåfaldende. De følgende dage findes han råbende, aggressiv og desperat, hvilket (31.10.94) opfattes som en "krisereaktion". 01.11.94 findes han ved psykiatrisk tilsyn udtalt sindssyg med springende tankegang, agiteret adfærd og religiøse og legemlige vrangforestillinger. Han er uden sygdomsindsigt, men beskrives ikke som selvmordstruende. Senere samme dag tilkaldtes på ny læge, da X dunkede hovedet mod væggen og fortsat var sindssyg. På dette tidspunkt blev der skrevet tvangsindlæggelsespapirer på grund af farlighed. På denne baggrund er det

Retslægerådets opfattelse, at X 01.11.94 frembød udtalte tegn på sindssygdom, og at det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge ham med henblik på behandling, idet han frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv.

Spørgsmål 2:

Læge Z's erklæring af 01.11.94 til brug ved tvangsindlæggelse beskriver i passende omfang de sindssygelige symptomer, men er mindre præcis med beskrivelsen af den formodede farlighed. Den omtaler dog, at X "gennem dagen har udvist tiltagende selvmutilerende adfærd" (det vil sige selvbeskadigende adfærd), hvilket efter Retslægerådets mening burde have fået den modtagende afdeling til at modtage X med henblik på nærmere observation.

Spørgsmål 3:

Ja, jf. besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål 4:

Besvarelsen af dette spørgsmål falder uden for Retslægerådets kompetence.

I skrivelse af 24.11.95, hvori indgik Retslægerådets udtalelse, forelagde Sundhedsstyrelsen herefter sagen for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til videre foranstaltning i henhold til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 12, stk. 2, idet Sundhedsstyrelsen fandt, at sagen kunne give anledning til kritik. I Sundhedsstyrelsens vurdering anfør-

tes det blandt andet, at betingelserne i psykiatrilovens § 5, stk. 2 om tvangsindlæggelse på farlighedsindikation efter Sundhedsstyrelsens opfattelse havde været opfyldt. Ifølge psykiatrilovens § 6, stk. 2, skal den læge, der undersøger en person, der antages at være sindssyg, skønne, om indlæggelse på psykiatrisk afdeling er nødvendig, og i givet fald om tvangsindlæggelse er påkrævet. Ifølge bestemmelsens stk. 3 skal tvangsindlæggelse ske, når betingelserne i § 5 er opfyldt. Ifølge lovens § 7, stk. 2, må en tvangsindlæggelse kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelsen. I psykiatrilovens § 9, stk. 1, er det bestemt, at en patient, der indlægges efter lovens § 5, stk. 2, straks skal modtages, og ifølge bestemmelsens stk. 2 træffer overlægen på den pågældende afdeling bestemmelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.

Sundhedsstyrelsen fandt herefter, at psykiatrisk afdeling, P-hospital, v/overlæge Y havde haft pligt til straks at modtage patienten, jf. psykiatrilovens § 9, stk. 1.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt i sin afgørelse af 26.09.96, at overlæge Y, psykiatrisk afdeling, P-hospital, havde overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, jf. lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 9, fordi han ikke havde udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med

vurdering af, hvorvidt X skulle modtages på psykiatrisk afdeling, P-hospital. Patientklagenævnet indskærpede desuden over for overlæge Y, at han udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Patientklagenævnet bemærkede, at afgørelsen var truffet i henhold til lægelovens § 6, stk. 1, hvorefter en læge er forpligtet til under udøvelsen af sin gerning at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Der henvises i øvrigt til de samme paragraffer som nævnt ovenfor i Sundhedsstyrelsens indstilling og desuden til § 8 i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 613 af 20.09.89 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelse: Politiet træffer aftale med det psykiatriske sygehus eller den afdeling, hvor tvangsindlæggelsen skal finde sted, om tidspunktet for tvangsindlæggelsens iværksættelse, med mindre omgående iværksættelse af indlæggelsen er nødvendig.

I sine bemærkninger anførte Patientklagenævnet blandt andet, at overlæge Y burde have vurderet, at der var tilstrækkeligt grundlag for straks at modtage X på psykiatrisk afdeling, P-hospital 01.11.94, idet X frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv, hvorfor det ville være uforsvarligt ikke at tvangsindlægge ham 01.11.94. Patientklagenævnet havde lagt vægt på, at overlæge Y var blevet gjort bekendt med indholdet af den af læge Z udfærdigede lægeerklæring, hvori det var omtalt, at X gennem dagen

01.11.94 havde udvist selvbeskædigende adfærd, hvilket burde have foranlediget psykiatrisk afdeling, P-hospital, til straks at modtage X med henblik på nærmere observation.

Kommentar:

Sagen, som er sjælden i sin art, illustrerer, hvordan en lægefejsag kan forløbe. Sundhedsstyrelsens, Retslægerådets og Patientklagenævnets samstemmende vurdering kræver næppe megen yderligere kommentar, idet overvejelserne fremgår af den udførlige sagsfremstilling. Overlægens bemærkninger om, at tvangsindlæggelsespapirerne ikke havde været afdelingen i hænde, blev altså ikke tillagt diskulperende virkning. Overlægen var telefonisk orienteret om lægeerklæringens ordlyd - og kunne i øvrigt have anmodet om at få erklæringen.

Politiet kan selvstændigt vurdere, hvorvidt farlighedskriteriet er opfyldt, og politiet har her åbenbart fundet indikationen opfyldt. Der har heller ikke hos de implicerede myndigheder eller i Retslægerådet været tvivl om, at X var både sindssyg og farlig for sig selv.

Som anført i Retslægerådets udtalelse var lægeerklæringen i sin formulering ikke særlig omhyggelig eller omfattende, men den fandtes altså tilstrækkelig, og lægeerklæringen adskiller sig ikke afgørende fra mange andre godkendte tvangsindlæggelseserklæringer. Disse kan ofte være kortfattede.

Den ulykkelige sag betoner betydningen af samarbejde og forståelse mellem læger på hospitalet, indlæggende læger og politiet.

I Retslægerådets årsberetning 1994, s. 81ff. har rådet refereret og kommenteret en sag, som kan sammenholdes med den ovenfor refererede: En ung mand blev tvangsindlagt på farlighedsindikation efter selvmordsforsøg i affekt, som efter hans ankomst til den psykiatriske afdeling skønnedes at være afklinget fuldstændigt, hvorefter tvangsindlæggelsespapirerne blev annulleret. Efter nogle timers indlæggelse efterkom afdelingen patientens ønske om udskrivning. Kort efter dræbte han kæresten. I denne sag fandt rådet det uheldigt, at tvangsindlæggelsen blev annulleret. Overlægen befinder sig faktisk i en situation, hvor han er nødt til at modtage patienten som tvangsindlagt for at kunne konstatere, om betingelserne herfor nu også har været til stede. Den kommenterede psykiatrilov nævner som eneste tænkelige afvisningsgrund, at overlægen i forvejen kender patienten og kort tid forinden har konstateret, at den pågældende ikke befinder sig i en tilstand, der begrundet tvangsindlæggelse.

I sagen fra Årsberetningen 1994 fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at de to implicerede læger ikke havde overtrådt lægeloven i forbindelse med udskrivningen af vedkommende.

Der er den væsentlige forskel, at patienten i sagen fra 1994 faktisk var blevet observeret i den psykiatriske afdeling, om end meget kortvarigt,

mens patienten i den aktuelt refererede sag blev afvist til observation og indlæggelse alene efter lægeerklæringen

Vrangforestillingerens betydning for farlighedsvurderinger - sindssyges simuleringen rask (dissimuleringen)

B var en 49-årig skizofren førtidspensionist, som var sigtet for vold mod tjenestemand i funktion og legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter ved at have slået en politiassistent gentagne gange med et kobben af jern. Politiet var kommet til stede, idet B skulle tvangsindlægges. B var tidligere dømt for dobbeltdrab, hvorfor han i ti år havde været undergivet en psykiatrisk særforanstaltning. Efter at foranstaltningen var ophævet - måske fordi B simulerede mere rask end han faktisk var ("dissimulerede") - var han de følgende fem år uden kontakt til det psykiatriske behandlingssystem bortset fra et par kortvarige indlæggelser. Det kan overvejes, om han i forbindelse hermed burde have været tvangstilbæholdt. Retslægerådet anbefalede i den aktuelle sag en anbringelsesdom, idet B på grund af vedvarende og omfattende vrangforestillinger fortsat fandtes farlig. Højesteret stadfæstede Vestre Landsrets dom til anbringelse i hospital for sindslidende, Ugeskrift for Retsvæsen 1998, 1265 (A37052).

B var en 49-årig mand sigtet for legemsangreb og vold mod tjenestemand i funktion. Han blev mentalundersøgt under indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling. Overlæge A afgav erklæring. Af denne fremgår blandt andet, at B var opvokset i Københavnsområdet under gode sociale forhold som nr. 4 af 4 søskende. Han var som barn og ung socialt veltilpasset, og han gennemførte efter realeksamen den praktiske, men ikke den teoretiske del af en handelsuddannelse. B havde imidlertid i 1969, 22 år gammel, indledt et omfattende og vedholdende hashmisbrug. Han havde

meldt sig ind i en hinduistisk bevægelse, og i 1971 rejste han til Nepal, hvor han med korte afbrydelser opholdt sig til 1978. I denne periode ernærede han sig ved hashsmugleri og hashhandel. Efter at han i 1978 vendte tilbage til Danmark, fik han bistandshjælp. Han tog ophold hos forældrene, selv om han væsentligst boede på Christiania, indtil han i 1980 fik sin egen lejlighed. I december 1980 dræbte han begge sine forældre med en økse.

B havde fra begyndelsen af 1970'erne udviklet et tiltagende udbygget system af vrangforestillinger specielt

vedrørende egen storhed og magt. Forestillingerne var i kontrast til, at han var henvist til bistandshjælp og privat støtte fra forældrene efter sin tilbagevenden fra Nepal i 1978. Fra midten af 1970'erne var vrangforestillingerne tiltagende af aggressiv og makaber art og omfattede også forfølgelsesforestillinger, idet han følte sig snydt af diverse banker, som ikke anerkendte hans opfindelser af blandt andet et kredittkort.

Han anførte dengang om drabet, at han var blevet opfordret hertil af navngivne, kendte personer, at forældrene var hans plejeforældre, og at han i virkeligheden var sønnesøn af Kong Christian den Niende. Han havde fået ordre til at likvidere 510 mennesker. Han blev i 1982 dømt til anbringelse i Sikringsafdelingen. Dommen blev i 1985 ændret til dom til anbringelse i hospital for sindslidende, hvorefter han blev overflyttet til regional psykiatrisk afdeling. I 1988 blev dommen ændret til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen og hospitalet under udskrivning, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Han blev kort efter dagpatient, hvilket han var frem til 1991, hvor den idømte foranstaltning blev ophævet. Fra den første psykiatriske indlæggelse i januar 1981 på Sikringsafdelingen blev han behandlet med antipsykotisk virkende medicin, først givet i depotform senere i tabletform. Under denne behandling svandt de åbenlyse vrang-

forestillinger. B fremtrådte dog til stadighed socialt lukket. Han blev under den langvarige døgnindlæggelse optrænet i almindelige sociale færdigheder og var dagligt beskæftiget i værksted, hvilket fortsatte efter udskrivning til dagpatientstatus. Han var herefter enkelte gange kortvarigt genindlagt på grund af angstanfald, idet han havde besvær med daglige gøremål som for eksempel at gå på gaden eller modtage breve fra postbudet. Han ytrede mod slutningen af den retslige foranstaltning ønske om at fortsætte behandlingen, såfremt dommen blev ophævet.

Retslægerådet lagde i sin anbefaling om at ophæve den idømte foranstaltning i 1991 vægt på det forhold, at "han angives at have sygdomserkendelse og være indstillet på at fortsætte behandlingen". Straks efter at foranstaltningen var ophævet, ønskede B sig imidlertid udskrevet, idet han mente, at han ville være i stand til at tjene så mange penge, at han ville kunne udnytte et skattemæssigt underskud, der var opstået i forbindelse med køb af en ejerlejlighed. Han blev tilbudt kontrol i det psykiatriske ambulatorium, men dette ønskede han ikke. Han angav, at han ville hente medicin hos egen læge.

Efter at være ophørt med psykiatrisk behandling i 1991 begyndte B igen at misbruge hash, hvilket tog til i omfang. Han flyttede noget rundt, købte efter at have vundet i tips et hus på landet, hvor han væsentligst var optaget af at dyrke indendørs

hash. Han havde igen udviklet vrangforestillinger, blandt andet mente han, at banker og skattevæsen snød ham. Eftersom han fandt, at bankerne skyldte ham penge, kastede han i 1994 en sten gennem ruden til en bank, hvilket medførte, at han blev tvangsindlagt som værende farlig. Ved indlæggelsen var hans symptomer blandt andet omfattende vrangforestillinger af især storheds- og forfølgelseskarakter. Han angav at have opfundet betalingskortet og være professor i østerlandsk filosofi. Endvidere mente han, at bankerne bedrev økonomisk kriminalitet og overtrådte grundloven. Han blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin, som han modtog frivilligt, hvorefter han på overfladen ikke virkede sindssyg. Han blev beskrevet som rolig og venlig, dog præget af kronisk psykisk sygdom. Efter en måneds indlæggelse blev han udskrevet til fortsat ambulant behandling, hvad han angav sig motiveret for. Men han udeblev fra alle ambulante aftaler.

Året efter (1995) henvendte han sig i samme afdeling og gav udtryk for at være anspændt og irriteret over nogle fjernsynsprogrammer. Han virkede miserispræget (det vil sige forsømt, præget af dårlig hygiejne, personlig pleje m.v.), bekymret og anspændt. Han var indlagt et døgn under diagnosen sindssygdom med vrangforestillinger (paranoid psykose) og skadeligt hashmisbrug. Han ønskede sig udskrevet, idet han henviste til, at han havde taget et kilo på under den et døgn varende indlæg-

gelse. Endvidere fandt han, at det psykiatriske behandlingssystem havde skylden for alle hans psykiske vanskeligheder. Han havde udtalte storhedsforestillinger, idet han mente at være professor i psykologi og verdensmester i golf. Han blev udskrevet dagen efter indlæggelsen, idet afdelingen ikke mente at kunne gå imod hans udskrivningskrav.

Fra 1995 og frem til aktuelle varetægtsfængsling var B dels optaget af, at han skulle have erstatning fra bankerne, dels af at bilerne kørte for stærkt på den landevej, han boede ved. Han mente sig i stand til at konstatere, hvor stærkt de kørte ved at høre efter lyden fra bilen, og han begyndte så at true ad bilisterne med et kosterkaft; senere løb han efter dem og truede med et koben.

Foranlediget af truslerne mod de forbikørende bilister blev der i september 1996 taget skridt til iværksættelse af en ny tvangsindlæggelse, hvorfor B blev opsøgt af politiet. B gemte sig inde i huset, og da betjentene derefter gik ind, måtte de gå i gåsegang igennem den snævre entre, hvor der stod to økser. Inde i stuen blev den første betjent overfaldet og slået gentagne gange med et koben ført af B, inden det lykkedes de to andre at få åbnet døren og komme ind i stuen, hvor B blev skudt i benet.

B blev efterfølgende indlagt i retspsykiatrisk afdeling. Han var der udtalt sindssyg med især storhedsforestillinger om at have opfundet

kuglepennen, kreditkortet samt at have blå blod i årerne. Han omtalte forældrene som sine stedforældre og udtrykte tilfredshed med at have slået dem ihjel. Han omtalte flere, han ville lægge sag an imod og flere, som han mente skulle idømmes livsvarigt fængsel op til 2 eller 3 gange. Endvidere angav han, at flere navngivne banker samt skattevæsenet skyldte ham millioner. Han blev ved tvang behandlet med antipsykotisk virkende medicin i depotform og blev herefter i løbet af uger rolig, samarbejdsvillig og angav tilfredshed med behandlingen og plejen. Han var dog fortsat passiv, og han isolerede sig på sin stue. Han henvendte sig aldrig spontant til personalet, og hvis samtaler faldt på emner, som var omfattet af hans storhedsforestillinger, fremgik det klart, at disse vedvarende var til stede.

17.12.96 afgav overlæge A mentalerklæring, hvor det blandt andet konkluderes at ..."B er sindssyg (skizofren) og har været det siden slutningen af 70'erne, og således også på tidspunktet for de nu påsigtede handlinger. B er normalt begavet. B var på tidspunktet for de nu påsigtede handlinger påvirket af hash i betydeligt omfang, men der er intet, der tyder på en patologisk rustilstand.... B var i konstant psykiatrisk behandling fra 1981-1991 i forbindelse med, at han havde dom til anbringelse og senere behandling. Han var i hele forløbet fraset de første måneder rolig og samarbejdsvillig, blev efterhånden mindre sindssyg og overholdt behandlingen. Da foran-

staltningen blev ophævet, ophørte han med at tage medicin og oparbejdede ret hurtigt et betydeligt hashmisbrug, i forbindelse med hvilket han synes at være blevet tiltagende sindssyg. Han erkender aktuelt at have behov for behandling, at det er uhensigtsmæssigt for ham at indtage hash, og under indlæggelsen har han været rolig og samarbejdsvillig, om end han fortsat huser talrige megalomane (det vil sige storheds-, rådets bemærkning) forestillinger. B findes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Risikoen for ny kriminalitet ligeartet med eller anden end den nu påsigtede findes stor, ifald behandling undlades. Såfremt han kendes skyldig anbefales, i henhold til straffelovens § 68 en dom til behandling i psykiatrisk sygehus med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse".

Efter at have korresponderet med overlæge A, udtalte Retslægerådet 27.02.96 blandt andet, at ..."B er sindssyg og må antages at have været sindssyg på tiden for det påsigtede. Han har gennem ca. 20 år lidt af skizofreni (spaltningssindssygdom), præget af vrangforestillinger med storheds- og forfølgelsesindhold. Han har hertil et hashmisbrug, og han var påvirket af hash på tidspunktet for det påsigtede. Han er normalt begavet. Ved den aktuelle mentalobservation beskrives han fortsat som præget af ekspansive vrangforestillinger og udtalt følelse

af forurettethed. Han er uden sygdomsindsigt og kan ved forsøg på at korrigere vrangforestillingerne virke truende, anspændt og udskældende. Iværksat behandling med antipsykotisk virkende medicin har dæmpet de emotionelle udbrud væsentligt, men vrangforestillingerne består fortsat. Han er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Risikoen for ny kriminalitet ligeartet med det påsigtede må vurderes som ret nærliggende, såfremt han ikke modtager psykiatrisk behandling. Det kan ikke afvises, at hashindtagelsen kan bidrage til at forværre sygdomssymptomerne og dermed øge risikoen for kriminalitet herunder personfarlig adfærd. Såfremt han kendes skyldig, skal Retslægerådet, jævnfør straffelovens § 68, anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende."

Det viste sig efterfølgende, at blod- og urinprøver udtaget fra B kort efter den påsigtede kriminalitet ikke indeholdt spor af cannabis (hash). Samtidig havde overlæge A efter anmodning afgivet yderligere udtalelser i sagen og der fastholdt sin anbefaling af en behandlingsdom. Retslægerådet blev derfor igen anmodet om en udtalelse, hvor det blandt andet hedder, at B "...i mange år har været sindssyg, han lider af kronisk skizofreni. Et i perioder massivt hashmisbrug, således blandt andet i tiden op til det påsigtede forhold, kan antages at have forværret sygdommen. Den vurdering ændres ikke af, at han formentlig ikke var påvirket af hash specielt på tidspunktet for det påsigtede. Under

den aktuelle indlæggelse, hvor han ikke kan antages at have misbrugt hash, er han adfærdsmæssigt faldet til ro, men han huser fortsat omfattende og mangeartede vrangforestillinger.

Han har efter Retslægerådets opfattelse behov for længerevarende indlæggelse på psykiatrisk afdeling med henblik på stabilisering af hans tilstand, ligesom Retslægerådet finder det af afgørende betydning, at han så vidt muligt afskæres fra at misbruge hash.

Efter en samlet vurdering af B's sygdomsforløb, herunder hans misbrug og den af hans sygdom betingede adfærd og aktuelle tilstand, skal Retslægerådet fastholde sit sanktionsforslag i udtalelse af 27.02.97".

Sagen blev behandlet ved Vestre Landsrets nævningeting, hvor B blev fundet skyldig efter anklageskriftet, men nævningene fandt B "tilregnelig", hvilket blev forkastet af de juridiske dommere. Ved et nyt nævningeting blev B igen fundet skyldig og 15.10.97 dømt til anbringelse i hospital for sindslidende. B ankede sanktionsfastsættelsen til Højesteret. Til brug for Højesterets behandling af sagen afgav overlæge A endnu en erklæring, hvor det anføres, at B adfærdsmæssigt var veltilpasset i afdelingen, men at han fortsat husede de tidligere beskrevne vrangforestillinger. Han var tilfreds med indlæggelsen og angav, at han nu var blevet klar over, at han skulle holde sig fra hash. Overlægen anbe-

falede fortsat en behandlingsdom. Erklæringen blev forelagt Retslægerådet, der med henvisning til de tidligere responsa fastholdt sin anbefaling af en anbringelsesdom.

Højesteret stadfæstede 03.06.98 enstemmigt Vestre Landsrets dom med følgende bemærkninger: "Efter lovovertrædelsens karakter, tiltaltes tidligere kriminalitet og oplysningerne om hans sindssygdom finder Højesteret, at der fortsat er grundlag for at dømme tiltalte til anbringelse i hospital for sindslidende. Højesteret stadfæster derfor dommen."

Kommentar:

Retslægerådet vil af indlysende grunde se en række sager, hvor den psykiatriske behandling af sindssyge af en eller anden grund har været mangelfuld, således at den syge begår kriminalitet. Denne sag berører en række af de temaer, rådet har behandlet i tidligere årsberetninger.

B var utvivlsomt skizofren, og hans hovedsymptomer var omfattende systematiserede vrangforestillinger af storheds- og forfølgelseskarakter. Disse vrangforestillinger aftog i løbet af den 10-års periode, B var undergivet en særforanstaltning, og hvor han var i regelmæssig behandling med antipsykotisk virkende medicin. Da foranstaltningen blev ophævet, angav han såvel, at han havde sygdomserkendelse, som at han var indstillet på at fortsætte behandlingen, to forhold rådet lagde vægt på, da rådet den gang tiltrådte anbefalingen af, at foranstaltningen blev

ophævet. Set i lyset af det videre passerede, er det imidlertid indlysende, at B fortsat husede vrangforestillinger, og at han bestemt ikke var motiveret for behandling. Han afbrød som anført al behandlingskontakt med en begrundelse, der havde rod i hans storhedsforestillinger. Det forhold, at B er veluddannet og utvivlsomt velbevaret kan have medvirket til, at han var i stand til at simulere rask ("dissimulere"), herunder give udtryk for såvel behandlingsmotivation som sygdomsindsigt. Efter at foranstaltningen var ophævet, var B i de følgende fem år stort set ubehandlet, og det er velkendt, at vrangforestillinger hos ubehandlede skizofrene patienter ofte yderligere udbygges, systematiseres og forankres i patientens bevidsthed, således at behandlingen bliver stadig vanskeligere, jo længere patienten har været ubehandlet. Isoleret livsfølelse og misbrug vil yderligere forstærke vrangforestillingerne, herunder den syges stadig mere omfattende følelse af forurettethed. Vrangforestillinger af den anførte karakter øger risikoen for, at den syge foretager personfarlige handlinger (se også A 36330 s. 101ff.). I denne sag var B tidligere dømt for et af hans vrangforestillinger betinget dobbeltdrab, ligesom den aktuelle kriminalitet ligeledes var betinget af hans vrangforestillinger. På trods af, at han relativt hurtigt efter indlæggelsen og iværksat behandling faldt til ro, således at hans adfærd var relativt upåfaldende, fremgår det tydeligt, at han fortsat husede et

omfattende, udbygget og systematiseret system af vrangforestillinger, som han blot ikke spontant omtalte. På denne baggrund fandt Retslægerådet at måtte anbefale en anbringelsesdom, idet B efter rådets opfattelse fortsat måtte antages at være farlig for andre mennesker. Farlighedsvurderinger i konkrete sager er blandt andet omtalt i Retslægerådets årsberetninger for 1988, s. 93ff. og 1996, s. 69ff., og mere generelt i årsberetningen 1995, s. 77ff.

Efter at den psykiatriske særforanstaltning var blevet ophævet 1991, var B to gange indlagt på en psykiatriske afdeling, første gang i en måneds tid, anden gang i kun et døgn. Han var begge gange utvivlsomt svært sindssyg, og det kan overvejes, om han ikke i forbindelse med den et døgn varende indlæggelse burde have været tvangstilbageholdt med henblik på behandling, set i lyset af hans tidligere kriminalitet og de symptomer, han frembød under indlæggelsen. Retslægerådet har tidligere diskuteret, hvorvidt der tvangsindlægges og tvangstilbageholdes for få sindssyge (årsberetning

gen 1992, s. 50ff.) og de alvorlige konsekvenser for de syge selv og for andre, det kan få, såfremt det psykiatriske behandlingssystem undlader tvangsanvendelse, hvor dette er velindiceret (årsberetningen 1992, s. 72ff. og 1995, s. 59ff.).

Endelig belyser sagen også spørgsmålet om varigheden om de psykiatriske særforanstaltninger (se s. 99). B blev dømt for dobbeltdrab og var efterfølgende indlagt ("frihedsberøvet") i godt 7 år, hvorefter han var dagpatient i 3 år. Den samlede foranstaltningstid var således 10-11 år. Det lader sig selvsagt ikke med sikkerhed afgøre, hvorvidt B's tilstand var blevet yderligere forbedret, således at han for eksempel frivilligt havde fortsat nødvendig behandling, såfremt foranstaltningstiden var blevet udstrakt længere. Umiddelbart må det imidlertid antages, at et længerevarende ambulante behandlingsforløb enten ville have etableret en behandlingskontakt, som kunne fortsætte efter at foranstaltningen var blevet ophævet, eller have afsløret, at B faktisk ikke var motiveret for fortsat psykiatriske behandling.

Jagttegn til sindssyge

T var en 39-årig mand, som havde haft jagttegn siden sin tidlige ungdom. Han havde siden 20-års alderen lidt af en svært behandlelig skizofreni. Han blev tvangsindlagt, efter at hans helbredstilstand var forværret. Efterfølgende klagede han over, at hans jagttegn var inddraget. Retslægerådet frarådede efter en konkret vurdering, at T "på nuværende tidspunkt" fik jagttegn. (A 36291).

Justitsministeriet anmodede Retslægerådet om en udtalelse i en sag, hvor T, der lider af skizofreni, havde klaget til ministeriet over, at politimesteren havde tilbagekaldt sit samtykke til jagttegn. Sagen var vedlagt en erklæring fra såvel overlæge S, der havde behandlet T under dennes tvangsindlæggelse, som fra overlæge N, der varetog behandlingen af T i et distriktspsykiatrisk center. De to lægelige vurderinger havde modstridende konklusioner. Rådet angav derfor overfor Justitsministeriet, at det ville ..."forbedre rådets muligheder for at afgive udtalelse i sagen, såfremt der indhentes en uddybende erklæring fra overlæge N, distriktspsykiatrisk..., blandt andet omhandlende T's psykiske tilstand gennem det sidste års tid, herunder en grundig vurdering af hans aktuelle psykopatologiske tilstand, hans indstilling til skydevåben m.v., samt en begrundet stillingtagen til spørgsmålet om våbentilladelse". Rådet modtog efterfølgende en sådan erklæring.

Samlet fremgår, at T var opvokset på landet under velordnede forhold. Efter studentereksamen påbegyndte

han en højere uddannelse, men han måtte opgive på grund af psykisk sygdom. Han var ugift, og han havde aldrig levet i noget samlevsforhold. Han havde i mange år boet i et lejet hus i en lille landsby nær forældrene.

T havde været aktiv og udadvendt som barn, men omkring studentereksamen ændrede han sig, han gik i stå og begyndte at udvise aparte adfærd. Han blev 24 år gammel første gang indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor han fandtes utvetydigt sindssyg, præget af vrangforestillinger, hørelshallucinationer, påvirkningsfornelser, udtalte kontaktforstyrrelser og svære formelle forstyrrelser af tænkningen.

Siden denne første indlæggelse har T modtaget psykiatrisk behandling bortset fra de perioder, hvor han selv havde afbrudt behandlingskontakten. Han er blevet behandlet med antipsykotisk virkende medicin, som har kunnet dæmpe symptomerne, men ikke fjerne dem. Det er oplyst, at naboer undertiden havde følt sig utrygge, fordi han formålsløst skød op i luften med sit jagtgevær, og

tilbage i 1980'erne havde han et par gange tilsyneladende uden årsag skudt hen over forældrenes gård.

Efter igen at være ophørt med medikamentel behandling blev T tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 1 ("behandlingsindikation"). Han fandtes under indlæggelsen i udtalt grad sindssyg, han var hørelsesshallucineret, havde vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, ligesom han var præget af formelle forstyrrelser af tænkningen. Han angav for eksempel, at årsagen til, at han ikke havde taget medicinen, var at den behandlende overlæge ikke havde en "proforma tilsvarende en promotor", og han inddelte sine familiemedlemmer i "opførselskodex". Han havde hertil barokke storhedsforestillinger. Han mente således, at hans titel skulle være "enehersker i Danmark", som edb-chef kunne han styre økonomi og meget andet, og han følte sig hævet over alle de småligheder og indvendinger, andre måtte have mod hans virke.

Forud for indlæggelsen havde han skrevet en del breve, hvis noget kryptiske og truende indhold havde foruroliget modtagerne. Familien oplyste, at han havde truet broderen og moderen med sit jagtgevær. Ved samtale angav han, at han ikke kunne forstå, at moderen ved flere lejligheder havde været nervøs, når han dukkede op hos hende med geværet. Han forklarede, at han havde geværet med, fordi han eventuelt kunne møde et stykke vildt, som han så kunne nedlægge. Overlæge S

konkluderede i sin erklæring til politimesteren blandt andet: "Patientens psykiske lidelse har været af en så alvorlig og kronisk natur, at man kun symptomatisk har kunnet dæmpe denne gennem behandling. Aktuelt er der tale om forværring i tilstanden og yderligere realitetstab. På baggrund af patientens paranoide tankegang må man konkludere, at der foreligger en reel risiko for misbrug af jagtvåbnet, og det findes derfor ikke forsvarligt, at han fortsat har jagttegn og dermed våbentilladelse".

I en kortfattet udtalelse udarbejdet et halvt år efter T's indlæggelse anførte overlæge N blandt andet, at T's tilstand var bedret, han fremkom ikke "spontant" med for eksempel vrangforestillinger. Bedringen blev tilskrevet den iværksatte behandling i form af antipsykotisk virkende medicin givet i depotform (Trilafon dekanat 216 mg hver 14. dag, tabl. Disipal 100 mg x 3 daglig). Overlægen fandt det forsvarligt, at T havde jagttegn, så længe han accepterede den medikamentelle behandling.

Som anført henstillede Retslægerådet, at der blev indhentet en supplerende erklæring fra overlæge N. Denne blev modtaget efter yderligere et halvt år, det vil sige over et år efter T's indlæggelse. Af denne fremgår blandt andet, at T fortsat var i den ovenfor anførte behandling. Han tog afstand fra, at han nogensinde skulle have truet nogen med sit jagtgevær, ligesom han beskrev en fornuftig omgang

med våben. Han fremtrådte afslappet og imødekommende. Han fremkom ikke spontant med sindssygelige symptomer, men nærmere udspurgt viste det sig, at han fortsat følte sig kontrolleret og påvirket af politiet. Han angav således blandt andet, at politiet for nylig havde trykket en jernplade ned over hans hoved og skuldre, således at hovedet blev skilt fra kroppen, ligesom han angav, at der havde udspillet sig en kamp imellem ham og politiet. Det bemærkes, at T var fuldstændig uden sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse. Overlægen konkluderede, at T på trods af medikamentel behandling fortsat frembød manifesterede sindssygdomssymptomer, og blandt andet på denne baggrund fandt overlægen ikke længere at kunne anbefale, at T generhvervede jagttegn og våben.

På baggrund af det samlede materiale udtaler Retslægerådet blandt andet, at T ... "lider af kronisk forløbende skizofreni. Han behandles til stadighed med antipsykotisk virkende medicin, som indgives i depotform. Til trods for behandlingen, som han accepterer, frembyder han stadig sindssygdomssymptomer blandt andet i form af styringsoplevelser og bizarre vrangforestillinger. Han lever isoleret med kun sparsom kontakt til andre mennesker. Han skal ikke aktuelt udvise forstyrrende adfærd, men under en indlæggelse på psykiatrisk afdeling i efteråret 1995, hvor T var blevet tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 1, og hvor han frembød meget udtalte

sindssygdomssymptomer, skrev han trusselsbreve, ligesom det blev oplyst, at han havde truet familien med sit jagtgevær. Han var uden forståelse for, at det kunne virke truende, at han henvendte sig til familien medbringende sit gevær. Det skal endelig bemærkes, at han også aktuelt er uden sygdomsindsigt.

Ved en samlet vurdering skal Retslægerådet herefter fraråde, at T på nuværende tidspunkt får tilladelse til generhvervelse af jagttegn".

Justitsministeriet fastholdt politimesterens afgørelse, men anførte også afslutningsvis i sin skrivelse herom til T: "Justitsministeriets afgørelse er ikke til hinder for, at De på et senere tidspunkt søger om samtykke til udstedelse af jagttegn".

Kommentar:

Omlægningen af det psykiatriske behandlingssystem medfører, at stadig flere psykisk syge lever i samfundet, hvilket aktualiserer en sag som denne – kan en kronisk sindssyg person have jagttegn og dermed mulighed for at besidde et jagtvåben? Retslægerådet ses ikke tidligere at have udtalt sig om dette spørgsmål, hvorfor sagen udover den almindelige skriftlige votering også blev drøftet ved et møde med deltagelse af samtlige rådets medlemmer. Det er rådets opfattelse, at spørgsmålet må afgøres efter en helt konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde. I den her refererede sag måtte Retslægerådet, som også overlæge S og i

anden omgang overlæge N, lægge vægt på, at T trods intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin husede manifesterede sindssygdomssymptomer. Han var uden sygdomsindsigt, og om end han formentlig kunne håndtere et jagtvåben på fuldt forsvarlig vis, var han uden forståelse for, at han i sin adfærd og omgang med sit jagtvåben kunne virke truende på andre. Væsentligst var imidlertid, at en mere grundig undersøgelse viste, at T fortsat husede barokke vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, om end han ikke spontant omtalte disse. Netop sådanne vrangforestillinger kan give

anledning til blandt andet vrede stigende til aggression, og risikoen for et mere alvorligt begivenhedsforløb i en sådan situation øges selvsagt, såfremt den syge er i besiddelse af et våben. Retslægerådet fandt imidlertid ikke grundlag for at afskære T fra på et senere tidspunkt at generhverve jagttegnet, såfremt hans psykiske tilstand blev yderligere stabiliseret og forbedret.

Endelig illustrerer sagen (også) vigtigheden af en grundig psykopatologisk vurdering, som grundlag for udarbejdelse af psykiatriske skøn og vurderinger.

De gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Retslægerådet har de senere år set flere sager vedrørende personer, der havde fået diagnosticeret en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, det vil sige infantil autisme og Aspergers syndrom. Det drejer sig om sygdomme, der debuterer i barndommen, men de manifesterer sig som hovedregel stadig i voksenalderen. De gennemgribende udviklingsforstyrrelser har varierende sværhedsgrad, og den retspsykiatriske klassifikation af især Aspergers syndrom har givet anledning til nogen usikkerhed. De to refererede sager belyser Retslægerådets opfattelse af disse diagnosegrupper.

Sag A. (A 35348)

A er en nu 26-årig mand, som sigtes for at have sat ild på indbo i et bofællesskab. Af de lægelige erklæringer i sagen fremgår, at A fra spædbarnalderen var præget af svigtende kontakt, og at han, blandt andet sprogligt, udviklede sig meget sent. Som 2-årig beskrives han som aparte, uden interesse for andre. Han gik af sted uden at se sig tilbage og standsede først, når nogen direkte fysisk bremsede ham. Han fremtrådte urolig og ukoncentreret, og han kunne blive svært eksalteret og oprørt, blot over at sidde og åbne og lukke en dør. Simple hændelser i omverdenen kunne få ham til at blive vildt begejstret på en aparte måde, hvor han gik på tåspidserne, sitrede og baskede med armene og hænderne, eller ophidset klappede i hænderne. I barnealderen var han meget tvangspræget og stillede al-

ting på snorlige rækker. Han var bange for trivielle, ufarlige ting og manglede fornemmelse for smerte, varme og kulde. 9 år gammel blev han børnepsykiatrisk vurderet, og man skønnede, at han var lidende af infantil autisme (tidligere benævnt børnepsykose). Han blev derefter henvist til en skole for psykotiske børn og havde senere ophold i en døgninstitution.

Aktuelt beskrives han som god til at imitere andre. Han er fortsat stærkt optaget af lyde, for eksempel kan lyden af biler, gøre ham helt eksalteret. Han kan ikke varetage egen økonomi, er et let offer for drillerier og har, til det yderste, vanskeligt ved at indleve sig i andres tankegang og reaktioner. Han reagerer på sit svigtende overblik med vrede og frustration. Ved den psykiatriske undersøgelse har han ophold i bofællesskab

sammen med andre unge med tilsvarende lidelser og har beskæftigelse på et beskyttet værksted.

Ved psykologisk undersøgelse findes han mentalt retarderet i betydeligt omfang med et intellektuelt funktionsniveau svarende til en 8-9-årig. Hans funktion kan overfladisk vurderet virke mindre påvirket, fordi han er dygtig til at imitere andres adfærd.

Mentalerklæring i forbindelse med den retspsykiatriske undersøgelse konkluderer, at A befinder sig i en tilstand, der kan sidestilles med sindssygdom, og at han derfor er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der anbefales dom til ambulante psykiatriske behandling og ophold og dagbeskæftigelse i institution med socialpædagogisk ekspertise, der har erfaring med gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Diagnostisk betegnes han som lidende af infantil autisme med de manifestationer, denne lidelse medfører i voksenalder.

Retslægerrådet tilsluttede sig i hovedtræk den retspsykiatriske undersøgelses konklusion, idet rådet fandt, at han ved det påsigtede var sindssyg eller i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Endvidere udtalte rådet, at han intellektuelt fungerer som åndssvag i lettere grad.

Diagnostisk fandt Retslægerrådet, ligesom den undersøgende psykiater, at A var lidende af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse (infan-

til autisme), præget af dårlig følelsesmæssig kontakt, manglende indlevelsesevne, defekt evne til at forstå andres tankegang, bizar adfærd med gentagen stereotyp imitering af andre og nedsat evne til social tilpasning. Han fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og rådet anbefalede dom til ambulante psykiatriske behandling, således at der af overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse i psykiatriske afdeling. Rådet bemærkede endvidere, at A havde behov for ophold i en velstruktureret behandlingsinstitution.

Retten afsagde dom i overensstemmelse med den undersøgende psykiater og Retslægerrådets anbefaling.

Sag B. (A 35010)

B er en 16-årig dreng, der var sigtet for vold af særlig farlig karakter ved at have affyret skud imod en anden person. Den dreng, han skød imod, kendte han overhovedet ikke. B havde gennem nogen tid gået og spekuleret på, at det kunne være sjovt at prøve at skyde på en anden.

Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at B blev født ved kejsersnit. Han gik 13 måneder gammel, talte 2 år gammel og udviklede sig normalt frem til skolealderen. Herefter begyndte han i tiltagende grad at isolere sig i hjemmet, og han blev drillet i skolen. Han tænkte næsten kun på de dystre og ubehagelige oplevelser, han gennem årene havde haft, og i puberteten gav han udtryk for selvmordstanker. Han beskrives som angstpræget og med psykoso-

matiske symptomer, blandt andet mavesmerter og hovedpine.

Ved børnepsykiatrisk indlæggelse i 15-års alderen beskrives han som præget af vanskeligheder ved socialt samvær med andre, isolationstendens, særinteresser og tilbøjelighed til rituel adfærd. Han var endvidere kejtet og klodset i sine bevægelser. Han fandtes ved psykologisk undersøgelse begavet inden for normalområdet, men han havde vanskeligheder med abstraktion og overblik. Han havde et let vakt aggressionsberedskab og kunne for eksempel finde på at kaste store sten mod andre elever, alt imens han i raseri talte med sig selv. Han kunne også have forestillinger om at skære andre elever i stykker.

Ved den retspsykiatriske undersøgelse fandtes det mest sandsynligt, at B led af Aspergers syndrom, men det kunne ikke ganske udelukkes, at tilstanden var led i en begyndende spaltningssindssygdom (skizofreni). Erklæringen anbefalede en behandlingsdom og vilkår om, under udskrivning, at tage ophold i socialpædagogisk institution.

Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af mentalobservationserklæring af 13.06.95 fra afdelingslæge NN, og det øvrige foreliggende udtale, at B i skoleårene har virket indesluttet, isoleret og ofte er blevet drillet. Efterhånden er han

blevet mere aparte med selvmordstanker, desperate følelsesudbrud og svært læderet fornemmelse for sociale situationer og normer. Hans tænkning er konkret, grænsende til det private, og han præges af specifikke indlæringsvanskeligheder blandt andet med hensyn til abstraktion. Den følelsesmæssige kontakt er dårlig, og han beskrives som stereotyp. Han er normalt begavet. Diagnostisk er han lidende af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse (Aspergers syndrom), men det kan ikke udelukkes, at han er inde i en udvikling i retning af spaltningssindssygdom (skizofreni).

B er ikke sindssyg, men hans kontaktforstyrrelse, manglende fornemmelse for sociale situationer, læderede affektforvaltning m.v. er så udtalt, at Retslægerådet finder, at han befinder sig i en tilstand, der må ligestilles med sindssygdom. Han findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og Retslægerådet skal, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af hospitalet i forbindelse med Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse. Rådet vil finde det hensigtsmæssigt, at behandlingen varetages af en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, og at B under udskrivning har ophold på

passende socialpædagogisk institution".

Retten placerede B under straffelovens § 16, stk. 1 og dømte ham til psykiatrisk behandling m.v. med tilføjelse om, at der i forbindelse med udskrivning, af Kriminalforsorgen i samråd med overlægen, kan træffes bestemmelse om, at B tager ophold i en socialpædagogisk institution.

Kommentar:

De gennemgribende udviklingsforstyrrelser er lidelser, som manifesterer sig i barnealderen og således almindeligvis diagnosticeres i børnepsykiatrien. Der er tale om lidelser karakteriserede ved kvalitative forstyrrelser af socialt samspil og kommunikationsmønstre samt ved et påfaldende indskrænket og undertiden bizart, stereotypt repertoire af interesser og aktiviteter. Forstyrrelserne er gennemgribende og præger individets udfoldelse generelt. De gennemgribende udviklingsforstyrrelser har varierende sværhedsgrad, de starter tidligt i barnealderen og manifesterer sig som hovedregel stadig i voksenalderen.

Infantil autisme er en forstyrrelse, der viser sig før 3-års alderen og som påvirker sprogfunktion, evne til socialt samspil og evnen til at benytte symboler i legen. Der kan foreligge forstyrret kropsholdning, ejendommelige interesser og aktiviteter, svigtende situationsfornemmelse, dårlig eller manglende udvikling af sprogfunktionen, bizar privat sprogbrug og tilbøjelighed til stereotyp adfærd,

tvangspræg og ejendommeligt stereotype baskende eller vridende bevægelser. Patienterne er oftest stærkt optaget af for andre helt banale detaljer.

Aspergers syndrom er mere uklart afgrænset og rummer et bredere spektrum mod normalområdet, men involverer også forstyrrelser i det sociale samspil, særprægede interesser og et stereotypt og repetitionspræget repertoire af interesser og aktiviteter. Der foreligger ikke nogen generel forsinkelse af den sproglige udvikling, men ofte en påfaldende sprogbrug og melodi. Tilstanden består ofte op i voksenalder, hvor der kan optræde sindssygelige faser, særligt i tidlig voksenalder.

Det beskrevne tilfælde A illustrerer manifestationerne af infantil autisme i voksenalderen, og tilfælde B illustrerer manifestationerne af Aspergers syndrom i teenagealderen, om end det som anført ikke ganske kunne udelukkes, at han befandt sig i en tidlig fase af skizofreni (spaltningssindssygdom)

Der har været nogen usikkerhed om den retspsykiatriske vurdering af disse gennemgribende udviklingsforstyrrelser, især Aspergers syndrom. Som det fremgår vurderede Retslægerådet i lighed med de erklæringsskrivende psykiatere i begge tilfælde, at de sigtedes realitetsfornemmelse, tænkning og evne til indlevelse i andre var så forrykket, at de pågældende måtte betegnes som sindssyge eller i en tilstand,

der kan ligestilles med sindssygdom. De anbefalede foranstaltninger afspejler, at disse tilstande er af en art, hvor såvel psykiatrisk behandling som intensiv socialpædagogisk indsats er påkrævet.

Det er væsentligt, også hos voksne, ved mentalundersøgelser at være opmærksom på eksistensen af de gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Infantil autisme henføres til straffelovens § 16, stk. 1. Denne tilstand medfører, som det også fremgår af den refererede sag, at vedkommende eventuelt fungerer som

mentalt retarderet, og det må bero på en konkret vurdering, om det vil være mest formålstjenlig at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning eller en foranstaltning vedrørende mentalt retarderede. De mere udtalte tilfælde af Aspergers syndrom henføres ligeledes til straffelovens § 16, stk. 1, eventuelt som en ligestillet tilstand. Lette tilfælde af Aspergers syndrom kan efter omstændighederne være omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men også i disse tilfælde vil det lægelige udgangspunkt være at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning.

Sindssygdom diagnosticeret ved mentalobservation under indlæggelse

Det er en hovedregel i retspsykiatrien, at den påsigtede kriminelle handling ikke tillægges selvstændig diagnostisk betydning. I en sag om et dobbeltdrab af et 1½ år gammelt tvillingepar var omstændighederne imidlertid så makabre og bizarre, at Retslægerådet blandt andet af denne grund anbefalede, at den sigtede blev reobserveret under indlæggelse, efter at hun ved en ambulant mentalundersøgelse ikke var fundet sindssyg. Under indlæggelsen frembød hun periodisk psykiatriske symptomer. Hun blev fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og dømt til anbringelse i hospital for sindslidende (A 36733).

Sagen vedrører en 45-årig østeuropæisk født kvinde C, der var sigtet for manddrab ved at have druknet to 1½ år gamle tvillinger, hvorefter hun med en saks maltrakterede børnenes kønsdele, anbragte dem i en klapvogn med hver sin sutflaske og henvendte sig til politiet.

Hun erkendte sig skyldig i det påsigtede og kunne ikke fremkomme med nogen forklaring på, hvorfor hun havde handlet som sket. Hun havde ansvaret for de 2 børn i sin egenskab af hushjælp.

Ved ambulant mentalobservation kunne ikke påvises tegn på, at hun var sindssyg eller havde været det på tiden for det påsigtede. Hun havde livet igennem haft vanskeligt ved at indgå bæredygtige følelsesmæssige kontakter til andre og havde ofte følt sig ensom og trist. Diagnostisk blev hun beskrevet som

personlighedsmæssigt afvigende, overfladisk og med begrænset evne til indlevelse i andres følelser og tanker. Hun blev henført til straffelovens § 69, stk. 1, men der kunne ikke anbefales særforanstaltninger, efter samme lovs § 68.

Retslægerådet fandt, at den kliniske og diagnostiske placering ikke var entydigt afklaret, og at det, med henvisning til bilag i akterne, ikke ganske kunne udelukkes, at hun på et tidspunkt havde været hallucineret og præget af tankeforstyrrelser. Retslægerådet anbefalede, at C blev mentalobserveret under indlæggelse.

Ved den supplerende mentalobservation under indlæggelse blev sigtede beskrevet som præget af dårlig følelsesmæssig kontakt og afbleget følelsesliv. Der blev ved enkelte lejligheder konstateret forstyrrelser i tænkningen og kropsmotorikken.

Herunder er det beskrevet, at hun ved en lejlighed smurte afføring ud over badeværelset og efterfølgende hensad i en stivnet (kataton) abnorm tilstand. Ved en anden lejlighed foretog hun et bizart angreb på en medpatients kønsdele. Det kom ligeledes frem, at hun nogle år tidligere havde huset forestillinger om at være Gud, og der var mistanke om, at hun i perioder var hallucineret på hørelsen.

Ved psykologisk undersøgelse fandtes at C var primært velbegavet, men nu præget af tankeforstyrrelser og kompromitteret realitetstestning. Hendes fantasiliv var domineret af imaginære figurer, snarere end af mennesker.

Samlet konkluderes ved den supplerende mentalobservation, at C var sindssyg og havde været sindssyg ved tiden for det påsigtede, og der anbefales dom til anbringelse i hospital for sindslidende.

Retslægerådet afgav følgende udtalelse i sagen:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af retspsykiatrisk erklæring af 25.09.97 fra overlæge NN, og forudgående retspsykiatrisk erklæring af 28.11.96 fra overlæge XX, samt det øvrige foreliggende udtale, at C er sindssyg og med stor sandsynlighed kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Hun er normalt begavet.

C er opvokset i X-land og tog, efter nogle års ophold i et andet land, i 1992 til Danmark. Hun har siden barndommen været præget af svigtende evne til at etablere stabile følelsesmæssige relationer til andre. Hun har i perioder følt sig trist. Der foreligger oplysninger tydende på, at hun i perioden forud for det påsigtede, i hvert fald lejlighedsvist, har haft sindssygeligt svigt i realitetsvurderingen, og hendes adfærd og oplevelsesmåde er af ikke lægelige iagttagere beskrevet som bizar. Af C's egen korrespondance fremgår, at hun nogen tid forud for det påsigtede oplevede sig som Gud. Såfremt hun findes skyldig, må også hendes adfærd, i forbindelse med det påsigtede, betegnes som bizar.

Ved den foretagne retspsykiatriske undersøgelse under hospitalsindlæggelse er ligeledes beskrevet bizar adfærd, tegn på katatoni (abnorm eller bizar motorik som det ses ved skizofreni) samt sandsynligvis hørehallucinationer. Endvidere beskrives hun som præget af svært læderet følelsesmæssig kontakt og afbleget følelsesliv.

Ved den i forbindelse med den retspsykiatriske undersøgelse af neuropsykolog ZZ foretagne psykologiske undersøgelse, stemmer resultatet overens med det ovenstående. Ved den psykologiske undersøgelse beskrives hun som kontaktforstyrret med et fantasiliv domineret af imaginære figurer samt præget af inadækvat affekt og svækket impuls kontrol. Såvel klinisk som test-

psykologisk beskrives hun som garderet og dækkende. Diagnostisk må hun mest sandsynligt betegnes som lidende af skizofreni (spaltnings-sindssygdom).

C er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt hun kendes skyldig, skal Retslægerådet som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende".

Retten dømte C til anbringelse i hospital for sindslidende.

Kommentar:

I almindelighed vil man ved retspsykiatriske undersøgelser være tilbageholdende med at tillægge selve den påsigtede handling afgørende diagnostisk betydning. Undtagelser er dog kortvarige alkoholrelaterede sindssygdomsfaser, visse kortvarige ikke-sindssygelige abnormtilstande (se årsberetning 1994, s. 77ff.) og tilfælde af Münchausens syndrom by proxy (se årsberetning 1996, s. 55ff.).

Der kan også tænkes andre undtagelser fra hovedreglen, for eksempel udvidet selvmord og, som i den aktuelle sag, dobbeltdrab af små børn med efterfølgende mutilering af ligene. I denne sag var de makabre og bizarre omstændigheder ved det påsigtede medvirkende til, at Retslægerådet var tøvende med at tilslutte sig den primære ambulante retspsykiatriske undersøgelse. Bemærkelsesværdigt var det også, at C, skønt hun tilstod det påsigtede, ikke kunne give nogen form for forklaring på det stedfundne. Den supplerende retspsykiatriske undersøgelse under indlæggelse afslørede, at hun periodisk var præget af produktive sindssygdomssymptomer, som ikke var blevet manifesteret ved den ambulante undersøgelse. Sagen illustrerer, at det undertiden kan være relevant med mentalobservation under indlæggelse, blandt andet hvis man, som i det aktuelle tilfælde, har svært ved at danne sig et klinisk sammenhængende billede af tilstanden.

Varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger

Varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger har været diskuteret gennem de senere år. Det har været fremført, at proportionalitetsmæssige hensyn skulle tillægges større vægt, eventuelt således at retten på domstidspunktet ligefrem skulle udmåle en "behandlingsstid". Som det fremgår af sagsstatistikken, er sager om ændring (eller ophævelse) af en psykiatrisk særforanstaltning den tredjestørste sagsgruppe i rådets retspsykiatriske afdeling, som således har et betydeligt erfaringsgrundlag, hvad angår dette spørgsmål. De nedenfor refererede sager belyser spørgsmålets kompleksitet og de forhold, rådet lægger vægt på i sine vurderinger.

Sag nummer 1 (A36337)

A havde formentlig været psykisk syg siden sin tidlige ungdom. Hun var opvokset i et akademikerhjem under velordnede forhold. Efter studentereksamen fik hun en mellemuddannelse, men på grund af psykisk sygdom arbejdede hun kun kortvarigt. Hun var 24 år gammel første gang indlagt på psykiatrisk afdeling efter at have udvist psykotisk betinget aggressiv adfærd. Det fandtes sandsynligt, at hun led af skizofreni. I 1981, 34 år gammel, blev hun fundet skyldig i at have forsøgt at dræbe faderen. Drabsforsøget var psykotisk motiveret. Hun blev den gang mentalobserveret, og sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte: "Fra 1971 har hun været indlagt seks gange i psykiatrisk hospital med sindsygelige symptomer som hallucinationer på hørelsen og et omfattende

system af forfølgelsesforestillinger indbefattende den overbevisning, at faderen var dobbeltgænger, ville myrde hendes moder og derefter gøre sigtede gravid. Der har været gunstig effekt af antipsykotisk medicin, men flere tilbagefald ved ophør af behandlingen. Forløbet gør diagnosen skizofreni sandsynlig". A blev efterfølgende dømt til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende eller under tilsyn heraf. I de følgende år var hun indlagt i lange perioder, i andre perioder var hun dagpatient på et psykiatrisk hospital. Under en indlæggelse i 1985 blev hun igen sigtet for forsøg på manddrab, idet hun havde stukket en sovende medpatient med strikkepinde, uden at der dog var sket nogen særlig skade. Der blev udarbejdet ny mentalerklæring, og Retslægerådet udtalte i 1985, hvor A var knap 38 år gammel, blandt

andet, at ..."hun har siden december 1984 været indlagt i psykiatrisk afdeling, hvor hun har givet udtryk for bizarre vrangforestillinger og hallucinationer. Omkring tidspunktet for den påsigtede handling var hun svært optaget af egen og andres og jordens mulige undergang, og den påsigtede handling begrundede hun med, at forurettede havde slået hendes kusine ihjel. I det efterfølgende forløb har tilstanden under ændret medicinering været noget svingende, men fortsat præget af til dels usammenhængende, uhyggevækkende forestillinger og megen aggression, og egen og andres død. Sikker effekt af den givne behandling er således endnu ikke iagttaget". Rådet overvejede, under indtryk af A's udtalte, svært behandlelige skizofreni, som blandt andet var præget af en række aggressive forestillinger, at anbefale en anbringelsesdom, men endte dog med at anbefale den idømte foranstaltning (dom til psykiatrisk behandling m.v.) fortsat. Efterfølgende besluttede statsadvokaten at undlade at rejse tiltale.

Retslægerådet fik i 1997 forelagt sagen med henblik på ophævelse af den idømte foranstaltning. Overlæge E havde 15.03.97 afgivet erklæring i sagen. Det fremgår af erklæringen blandt andet, at A havde været konstant indlagt frem til 1994, det vil sige knapt 10 år, hvorefter hun var blevet udskrevet til psykiatrisk plejehjem, hvor hun fortsat havde ophold. Under den langvarige indlæggelse og det efterfølgende ophold på plejehjemmet havde A,

trods intensiv behandling med anti-psykotisk virkende medicin, permanent været i udtalt grad sindssyg. På tidspunktet for erklæringens afgivelse husede hun blandt andet omfattende bizarre vrangforestillinger, og hun var jævnligt hørelsehallucineret. Hun var i midlertid veltilpasset på plejehjemmet, hvor hun gik til hånd, om end hun indimellem kunne være lidt irritabel og vredladet. Overlægen anbefalede den idømte foranstaltning opretholdt med den begrundelse, at der var risiko for, at A ville forlange sig udskrevet fra plejehjemmet, såfremt foranstaltningen blev ophævet. Dette ville medføre betydelig risiko for, at hun så ophørte med den medikamentelle behandling, hvilket igen ville medføre, at hendes psykiske tilstand yderligere ville forværres med heraf følgende risiko for "voldsomme, aggressive handlinger".

Retslægerådet udtalte blandt andet, at A ..."i 1994 (blev) overført til et psykiatrisk plejehjem, hvor hun fortsat har ophold, og hvor hun er veltilpasset og synes indstillet på at forblive. Hun behandles med anti-psykotisk virkende medicin. Der foreligger ikke oplysninger om, at hun ikke skulle acceptere denne. Trods den givne behandling huser hun fortsat omfattende, bizarre vrangforestillinger, som synes at dominere hendes forestillingsverden, ligesom hun er hallucineret. Der foreligger ikke oplysninger om aggressiv adfærd.

A har fortsat behov for psykiatrisk behandling, men ved en samlet vurdering af hendes forhold, tilstand og adfærd, finder Retslægerådet at kunne anbefale den idømte foranstaltning ophævet".

Retten fulgte anklagemyndighedens påstand og ophævede ved kendelse den idømte foranstaltning.

Sag nummer 2 (A36330)

O blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1976, 18 år gammel, på grund af udtalte sindssygdomssymptomer. Nogle måneder tidligere var han blevet sigtet for tyverier samt overtrædelse af færdselsloven, hvorfor der under indlæggelsen også blev foretaget mentalobservation. Erklæringen blev forelagt Retslægerådet. Rådet udtalte blandt andet: "Sindssygdommens karakter er ikke helt fastlagt. Det drejer sig enten om skizofreni (sindsspaltningssygdom) eller en skizofreniform (det vil sige skizofrenilignende) psykose fremkaldt af misbrug af hallucinogener. Han har været præget af vrangforestillinger og hallucinationer, har været forpint af sin sygdom indtil medikamentel behandling har hjulpet noget. Han er kontaktsvag, præget af isolation og har dårlige sociale kontakter". Rådet fandt det overvejende sandsynligt, at O også havde været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede forhold og anbefalede dom til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende og tilsyn af Kriminalforsorgen m.v. Fire år senere, i 1981, fik Retslægerådet forelagt spørgs-

målet om ophævelse af den idømte foranstaltning. O havde stort set været indlagt siden dommen, og overlægen anbefalede foranstaltningen opretholdt blandt andet under henvisning til risikoen for kriminelt recidiv. Retslægerådet udtalte blandt andet "...at den sjælelige udvikling har været således, at det nu må betegnes som sikkert, at han er sindssyg, lidende af skizofreni. Tilstanden har vist sig vanskelig at behandle, og siden januar 1979 har man ikke fundet, at man kunne udskrive ham, idet vrangforestillinger, hallucinationer og dermed forbunden angst og uro har præget sygdomsbilledet. Der skønnes ikke umiddelbart at være mulighed for at udskrive patienten, idet overvejende behandlingsmæssige og ulempekriterier i denne forbindelse anføres. Efter rådets opfattelse vil patienten i sin nuværende tilstand kunne tilbageholdes efter bestemmelserne i lov om sindssyge personers hospitalsophold, og der er intet oplyst om umiddelbar risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet, medens det næppe - jf. hospitalets beskrivelse - vil kunne udelukkes, at han ved sin i dårlige perioder aggressivt prægede adfærd kan være til fare for andre. Retslægerådet kan herefter ikke fraråde, at de mod patienten truffene retslige foranstaltninger ophæves". Efterfølgende blev den idømte foranstaltning ophævet.

O blev i 1984, 26 år gammel, sigtet for "forbrydelse mod liv og legeme" ved med en luftbøsse at have skudt efter flere mennesker. Han blev på

ny mentalundersøgt. Erklæringen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte, at O var sindssyg, han led af skizofreni. Han havde været indlagt næsten permanent, også efter at foranstaltningen var blevet ophævet i 1981. Han fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og retten fulgte rådets anbefaling af dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende eller under tilsyn heraf.

O's moder, som også var hans bi-standsværge, havde nu begæret den idømte foranstaltning ophævet, hvorefter overlæge C 17.03.97 havde udarbejdet erklæring. Det fremgår af denne, at O efter dommen i 1984 permanent havde været indlagt frem til 1992. Hans tilstand var jævnligt præget af voldelig adfærd, hvor han måtte flyttes til lukket afdeling. I 1991 var han forsøgsvis blevet bragt på et psykiatrisk plejehjem, men efter fem uger måtte han tilbageflyttes til hospitalet. Han blev i 1992 udskrevet til ophold hos moderen. De første år efter udskrivelsen fik han regelmæssigt besøg i hjemmet af personale fra den psykiatriske afdeling, blandt andet distriktssygeplejerske. Dette var imidlertid nu ophørt. I stedet var han tildelt "bostøtte" fra kommunen i form af to personer, der tre gange ugentlig besøgte ham, gik tur med ham og lignende. I forbindelse med moderens fravær fra hjemmet var O i 1994 i et halvt år indlagt på psykiatrisk afdeling, og han fandtes her i udtalt grad sindssyg. Han var jævnligt svært affektspændt og vredladet til det eksplosive, han husede omfat-

tende forfølgelsesforestillinger af til dels seksuel karakter, ligesom han gav udtryk for selvmordsimpulser. Han blev igen udskrevet til ophold hos moderen, hvor han fortsat boede, idet han havde et værelse i hendes lejlighed. Han blev behandlet med en stor dosis antipsykotisk virkende medicin (tabl. Klozapin 400 mg x 2 daglig), som moderen sørgede for at han indtog, men han var på trods heraf fortsat i udtalt grad sindssyg, præget af svær kontaktforstyrrelse ("autisme"), han var anspændt og angstpræget, hørelshalucineret, han oplevede tankepåvirkning (fra naboen), han husede somatiske vrangforestillinger m.v. Han kontaktede jævnligt politiet for at anmelde naboen for chikane.

Overlægen konkluderede, at der var betydelig risiko for behandlingssvigt, såfremt den idømte foranstaltning blev ophævet, og ved behandlingssvigt ville der være en udtalt risiko for, at O's psykiske tilstand forværredes med heraf følgende gennembrud af aggressive impulser. Overlægen anbefalede derfor den idømte foranstaltning opretholdt.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte: "Aktuelt behandles han med antipsykotisk virkende medicin, som moderen administrerer, men trods behandling findes han fortsat præget af omfattende vrangforestillinger af blandt andet forfølgelseskarakter, hallucinationer, påvirkningsfornemmelser og formelle forstyrrelser af tænkningen.

Han er hertil præget af dårlig følelsesmæssig kontakt, og han lever isoleret. Han er vedvarende affektspændt, men han har efter det oplyste ikke i de seneste år udvist aggressiv adfærd; hans psykotiske forestillinger har imidlertid medført, at han har rettet henvendelse til politiet. Han er uden sygdomsindsigt og uden forståelse for nødvendigheden af fortsat behandling". Rådet tilsluttede sig herefter overlægens vurdering og anbefalede den idømte foranstaltning opretholdt.

Efterfølgende trak bistandsværgeren, O's moder, efter et møde med sin advokat anmodningen om ophævelse af foranstaltningen tilbage.

Sag nummer 3 (A37208)

N blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1978, 22 år gammel. Efter et par indlæggelser stod det klart, at han led af skizofreni. Han har en håndværksmæssig uddannelse, men på grund af sin psykiske sygdom har han i mange år modtaget pension. Han har aldrig været gift eller levet i et fast samlivsforhold, og han har i nu mange år boet tæt ved sine efterhånden ældre forældre.

I 1992, han var da 36 år gammel, blev han sigtet og senere dømt for hærværk af betydeligt omfang ved i en forretning at have knust seks store butiksruder med en hammer samt få dage senere i en anden forretning ligeledes at have knust seks store butiksruder, hvor der endvidere skete skader på de udstillede varer. Samlet

skete der skader for cirka 100.000 kr. (eksklusiv moms). Der blev i anledning af sigtelsen udarbejdet en kortfattet mentalerklæring, hvoraf blandt andet fremgik, at N på daværende tidspunkt havde været indlagt 14 gange på psykiatrisk afdeling på grund af forværring i sygdommen, blandt andet i form af omfattende hørelsehallucinationer og vrangforestillinger. Han havde hertil udviklet et alkoholmisbrug. Udover at være præget af udtalte sindssygdomssymptomer blev han også vurderet som "svært miseriespræget" (det vil sige præget af dårlig hygiejne, dårlig ernæring og dårlige levevilkår). Sagen blev forelagt Retslægerådet, der tilsluttede sig overlægens konklusion, hvorefter N fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retten fulgte overlægens og Retslægerådets anbefaling af, at N blev dømt til ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om indlæggelse.

N begærede i 1997 foranstaltningen ophævet. Overlæge J afgav erklæring i sagen. N levede særdeles isoleret, han måtte endog jævnligt af personale, der opsøgte ham i hjemmet, motiveres for at komme på et såkaldt værested for psykiatriske patienter. Han blev behandlet med store doser antipsykotisk virkende medicin (blandt andet Zyprexa 20 mg dagligt samt tabl. Dogmatil 200 mg x 3 dagligt), men var på trods

heraf jævnligt hallucineret, ligesom han fortsat husede omfattende vrangforestillinger. Han var hyppigt - kortvarigt - indlagt på psykiatrisk afdeling, enten på grund af forværring af hans psykiske tilstand eller grundet rastløshed og manglende social kontakt. Han havde tendens til at misbruge alkohol, hvorfor han i perioder accepterede behandling med antabus. For nogle år siden havde han haft blodprop i hjernen, og ved hjernescanning (CT-scanning) var påvist hjernesvind i form af udvidelse af hjernens hulrumssystem (forstørrede ventrikler) og følger efter flere mindre blodpropper i hjernen, blandt andet isoleret vævshenfald i den centrale hjernekerne (lakunært infarct på venstre side i thalamus). Man havde skønnet, at han på grund af sin psykiske sygdom ikke var i stand til at samarbejde om blodfortyndende behandling. Overlægen anbefalede foranstaltningen opretholdt med den begrundelse, at N's behandlingsmotivation var svingende, at den psykiske tilstand gennem det sidste års tid var blevet forværret, og at han periodisk misbrugte alkohol.

Efterfølgende forespurgte statsadvokaten overlægen, hvorvidt ..."behovet for at opretholde foranstaltningen beror på hensyn til retssikkerheden eller på domfældtes behandlingsbehov". Overlæge J svarede, at efter hans opfattelse ville der være betydelig risiko for, at N ville ophøre med nødvendig behandling, såfremt foranstaltningen blev ophæ-

vet, og at dette ville medføre risiko for kriminelt recidiv.

N's moder afgav som bistandsværge også udtalelse, hvor det hedder: "Efter min mening ville min søn være bedst stillet ved stadig at være under Kriminalforsorgens tilsyn, da det jo ikke begrænser noget i hans dagligdag, tværtimod har han mange fordele, han kommer og går, som han vil, på psykiatrisk afdeling ... og er under kontrol med antabus m.v. Da jeg nærmer mig 70 år, er det jo begrænset, hvad jeg kan udrette for ham. Han har behov for kontakt til både familie og behandlere. Da det nu går godt eller nogenlunde, er jeg bange for følgerne, hvis det går efter N's ønske".

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at N ..."fortsat er sindssyg, han lider af skizofreni. Han har endvidere en organisk hjerneskade som følge af blodpropper i hjernen. Han har tendens til at misbruge alkohol, hvorfor han behandles med antabus. Hertil er han i intensiv behandling med blandt andet to former for anti-psykotisk virkende medicin. På trods af den givne behandling huser han fortsat åbenbare sindssygdomssymptomer, blandt andet i form af hallucinationer og vrangforestillinger, og han har jævnligt været indlagt, oftest kortvarigt, på psykiatrisk hospital. Hans tilstand synes nærmere lettere forværret det sidste års tid, hvilket muligvis kan hænge sammen med tiltagende hukommelsesproblemer som følge af den or-

ganiske hjerneskode. Han fremtræder hertil initiativsvækket og passiv". Rådet tilsluttede sig herefter overlæge J's vurdering og anbefalede foranstaltningen opretholdt.

Landsretten stadfæstede byrettens kendelse om ophævelse af den idømte foranstaltning.

Sag nummer 4 (A36409)

Ved en byretsdom i 1993 blev en yngre mand, D, idømt hæfte i 20 dage for blandt andet tyveri og bedrageri (overtrædelse af straffelovens § 164, stk. 1, § 174, § 276 og § 279).

Under ankedom i 1994 ændrede landsretten afgørelsen, således at D, for overtrædelse af de nævnte bestemmelser, i medfør af straffelovens § 16, stk. 1, blev frifundet for straf, hvorefter han skulle undergives ambulans psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om indlæggelse.

Under ankesagen var der afgivet erklæringer fra psykiatrisk afdeling, hvorefter D i nogle år havde lidt af skizofren sindssygdom. Der anbefalede ambulans behandlingsdom med tilsyn af Kriminalforsorgen, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig i udtalelse af 06.06.94. Som anført fulgtes Retslægerådets anbefaling i landsretsdommen.

I erklæringer i 1996 fra den psykiatriske afdeling og fra Kriminalforsorgen anbefalede det, at foranstaltningen ophævedes blandt andet med henvisning til, at D selv var indstillet på at fortsætte behandlingen og var i relativ stabiliseret fase.

Rådet måtte anmode om supplerende udtalelse, og i den nye erklæring af 15.05.97 fra det distriktspsykiatriske centers afdelingslæge anførtes det konkluderende, at der ikke aktuelt syntes at være fornuft i at ophæve den idømte foranstaltning, idet D først måtte forsøges mere intensivt behandlet for sit misbrug.

Retslægerådets udtalelse af 13.06.97 samler sagens seneste forløb: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere responsum af 06.06.94 og til sagsakterne, herunder erklæringer af 29.07.96 og 18.10.96 ved overlæge Y, psykiatrisk afdeling Z, og af 15.04.97 ved afdelingslæge P, distriktspsykiatrisk center. Rådet skal på denne baggrund om D udtale, at han siden dommen har haft adskillige indlæggelser på psykiatrisk afdeling, som regel i forbindelse med tilbagefald til alkohol- og andet misbrug, senest i april 1997. Ved disse indlæggelser har D frembudt sindssygelige symptomer i form af kommanderende hørelsesshallucinationer, tankemylder og motorisk uro, men symptomerne svinder hurtigt under fortsat behandling med antipsykotisk og antidepressivt virkende medicin. Mod alkoholmisbruget har D været i

en meget ustabil gennemført behandling med først antabus senere Dipsan. Imellem indlæggelserne er der mere stabile perioder, hvor D er præget af passivitet og isolationstendens, men passer sin medikamentelle behandling. Der har i foråret 1997 været kriminelt recidiv (butikstyverier) i forbindelse med tilbagefald til stofmisbrug. På denne baggrund kan Retslægerådet støtte den seneste lægeerklærings konklusion, at det endnu er for tidligt at ophæve den idømte foranstaltning".

Under domsforhandlingen protesterede anklagemyndigheden mod foranstaltningens ophævelse, medens D begærede foranstaltningen ophævet under henvisning til sine personlige forhold samt hensynet til proportionalitet mellem udstrækningen af den idømte foranstaltning og den begåede kriminalitet, herunder størrelsen af den straf, der under normale omstændigheder ville være idømt.

Ved byrettens kendelse af 07.11.97 blev behandlingsdommen ophævet med følgende begrundelse: "Uanset de seneste foreliggende lægelige oplysninger - hvorefter det ud fra et behandlingssynspunkt samt hensynet til at forebygge yderligere lovovertrædelse endnu er for tidligt at ophæve den idømte foranstaltning - og anklagemyndighedens indstilling, finder retten, at foranstaltningen idømt ved landsretten 26.09.94 kan ophæves endeligt, jf. straffelovens § 72, stk. 1. Retten lægger afgørende vægt på, at foranstaltningen nu har

været opretholdt i en periode, der står i et åbenbart misforhold til længden af den straf, som den begåede kriminalitet under normale omstændigheder ville udløse, jf. herved Københavns Byrets dom af 31.08.93 med straf i 20 dage, ligesom den begåede kriminalitet ikke i sig selv taler afgørende imod en ophævelse".

Anklagemyndigheden kærede afgørelsen med påstand om opretholdelse af foranstaltningen. Ved landsrettens afgørelse af 06.01.98 blev kendelsen stadfæstet uden yderligere bemærkninger.

Sag nummer 5 (A35418)

B er en nu 47-årig mand, om hvem Retslægerådet igennem årene har afgivet talrige udtalelser. Han lider af skizofreni, og han har mere end 100 gange været indlagt på forskellige psykiatriske afdelinger og hospitaler. Han er dømt for en lang række lovovertrædelser, overvejende af voldelig og seksuel karakter, og i endnu flere tilfælde har anklagemyndigheden frafaldet påtale med henvisning til, at B allerede var undergivet en psykiatrisk særforanstaltning. Han er flere gange sendt tilbage til Danmark fra udlandet, hvor han har været anholdt for lignende lovovertrædelser som her i landet. Her skal forløbet kun omtales ganske summarisk med hovedvægten på de seneste år.

B var opvokset under velordnede sociale forhold, men begyndte i gymnasietiden at udvise betydelige

adfærdsforstyrrelser. Han frekventerede flere gymnasier, men fik aldrig studentereksamen. Han udviklede et omfattende misbrug af euforiserende stoffer og blev derfor første gang indlagt på psykiatrisk afdeling 17 år gammel. De følgende år var han indlagt flere gange i sindssygelig tilstand, og i 1971 blev han første gang dømt til psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen (dengang Dansk Forsorgsselskab) m.v. De følgende år var han flere gange sigtet for berigelseskriminalitet, hvor tiltale blev undladt. I 1975 blev han fundet skyldig i voldtægtsforsøg samt blufærdighedskrænkelser overfor mindreårige piger og dømt til anbringelse i hospital for sindslidende. Foranstaltningen blev i 1977 ændret til en behandlingsdom. De følgende år var han flere gange sigtet for uterlighed og blufærdighedskrænkelser overfor børn, blandt andet i Tyskland, hvor han blev indlagt på psykiatrisk hospital og dér udviste aggressiv adfærd over for plejepersonalet. I 1980 ville Retslægerådet "ikke udtale sig imod, at den patienten idømte foranstaltning ophæves" blandt andet med henvisning til, at B gennem et halvt år havde haft ophold på åben afdeling, hvor hans tilstand var beskrevet som meget stabil.

Den idømte foranstaltning blev herefter ophævet, hvorefter B øjeblikkelig ophørte med medicamentel antipsykotisk virkende behandling. De følgende måneder var han gentagne gange kortvarigt indlagt på forskellige psykiatriske

afdelinger, hvor han blandt andet udviste voldsom, aggressiv adfærd med overfald på personale m.v. Fire måneder efter at foranstaltningen var ophævet, blev han sigtet for voldtægtsforsøg efter at have truet med en kniv. Han var varetægtsfængslet i fire måneder, hvorunder der blev foretaget ny mentalobservation. Fire dage efter at være blevet løsladt blev han igen anholdt, nu sigtet for to tilfælde af blufærdighedskrænkelser. Han blev samme år (1980) igen dømt til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende m.v.

Under en indlæggelse i 1982 foretog B et "overfald af særlig farlig karakter med skade på legeme eller helbred" ved at overfalde og livsfarligt såre et personalemedlem med en kniv. Han blev på ny mentalobserveret under indlæggelse, men rømmede, hvorfor han efterfølgende i fem måneder var indlagt på sikringsafdelingen. Foranstaltningen blev (i 1983) skærpet til dom til anbringelse. Denne foranstaltning blev i 1985 ændret til en behandlingsdom. B var i disse år, også efter foranstaltningsændringen, permanent indlagt, men efter at der i 1987 var arrangeret passende udskrivningsplan til ordnede sociale forhold, blev han forsøgt udskrevet for kort tid efter at blive sigtet for et røveri. Tiltale blev frafaldet under hensyntagen til den allerede gældende behandlingsdom. Det samme var tilfældet i 1989, hvor han under anvendelse af en startpistol begik et bankrøveri. Senere samme år overfaldt han

under en indlæggelse flere personalemedlemmer, herunder forsøgte han at kvæle et kvindeligt personalemedlem. Efterfølgende, hvor han permanent var bæltefikseret, fremsatte han meget voldsomme og vedvarende trusler på livet mod en række personalemedlemmer. Tiltale blev frafaldet, men B blev i medfør af et farlighedsdekret overført til sikringsafdelingen, hvor han opholdt sig det næste års tid. Farlighedsdekretet blev ophævet, og B blev tilbageflyttet til et psykiatrisk hospital, hvorfra han senere blev udskrevet til ambulans behandling. I det følgende år er blandt andet noteret, at en medpatient havde oplyst, at hun havde været udsat for seksuelle overgreb fra B's side. Hjemmehjælperne klagede over, at han var truende, og turde ikke komme hos ham. B havde været truende overfor moderen og stedfaderen m.v. Han ophørte flere gange med medikamentel behandling, hvorefter hans tilstand blev forværret, hvorfor han i medfør af den idømte foranstaltning blev genindlagt. Han forsøgte jævnligt at få foranstaltningen ophævet, og i en udtalelse fra december 1994 angav den behandlingsansvarlige overlæge blandt andet, at B fortsat var sindssyg, og at hans holdning til behandling var meget svingende. Konklusivt hedder det: "Den aktuelle dom er fra 1983, og selv om B's tilstand fortsat er svingende, og han fortsat utvivlsomt har et behandlingsbehov, er det vel ved at være på tide at overveje, om dommen kan opretholdes med begrundelse alene i lægelige hensyn".

Retslægerådet udtalte i marts 1995 blandt andet, at "...B fortsat lider af skizofren sindssygdom med tilbøjelighed til stemningssvingninger og periodiske forværringer med genindlæggelse til følge, sidst juli/november 1994, trods vedligeholdte behandling med medicin i depotform. I efteråret 1994 søgte han udenlands under bortgang fra hospitalet og måtte tilbagebringes af politiet. Der er fremdeles et klart behandlingsbehov, og det er tidligere antaget, at han uden dom ville ophøre med behandlingen (jf. erklæring af 07.09.93). Rådet finder herefter endnu ikke at kunne tilråde en ophævelse af den idømte foranstaltning".

I maj måned 1995 ophævede byretten den idømte foranstaltning med følgende bemærkninger: "Efter de foreliggende oplysninger må det lægges til grund, at B fortsat har behov for behandling på grund af sin sindssygdom. Der er imidlertid intet i de lægelige oplysninger, der tyder på, at behandling er nødvendig for at forebygge yderligere lovovertrædelser. Herefter, og da foranstaltningen har været opretholdt i en periode, der står i åbenbart misforhold til længden af den straf, som den begåede kriminalitet må antages at kunne have udløst, og da karakteren af den begåede kriminalitet ikke i sig selv taler afgørende imod en ophævelse, bestemmes ...at foranstaltningen ophæves". B havde i retten udtalt, at han var indforstået med fortsat at være i behandling med antipsykotisk virkende medicin

givet i depotform. Anklagemyndigheden påkærede kendelsen, som Østre Landsret den 27.06.95 stadfæstede med følgende begrundelse: "Da det efter de foreliggende lægelige oplysninger ikke findes påkrævet at opretholde foranstaltningen, stadfæstes den påkærede kendelse af de i denne i øvrigt anførte grunde".

Straks efter byrettens kendelse var B ophørt med al behandling. I juli måned 1995 var han kortvarigt indlagt på (anden) psykiatrisk afdeling efter at være fundet omstørfende på gaden. Den 09.08.95, det vil sige godt en måned efter at foranstaltningen var blevet endeligt ophævet, sårede han stedfaderen alvorligt med flere knivstik. Han blev på ny mentalobserveret og ved Østre Landsrets nævningeting fundet skyldig i legemsangreb af særlig farlig karakter (straffelovens § 245, stk. 1) og dømt til anbringelse i hospital for sindslidende, hvilket Højesteret stadfæstede.

Sag nummer 6 (A36696)

En dengang 37-årig mand (X) blev i 1973 dømt til anbringelse i sikringsanstalten (nu sikringsafdelingen) i Nykøbing Sj. efter i 1972 at have dræbt sin hustru og to børn samt forsøgt at dræbe et tredje barn.

X var under mentalobservationen fundet skizofren, især præget af vrangforestillinger af religiøs karakter, og farlig for retssikkerheden. Retslægerådet, som havde anbefalet anbringelse i sikringsanstalten, har

siden afgivet flere udtalelser i forbindelse med X's ansøgninger om foranstaltningsændringer.

I 1976 blev foranstaltningen ændret til anbringelse på psykiatrisk sygehus, og i 1981 ændret til "psykiatrisk behandling på et sindssygehospital eller under tilsyn af et sindssygehospital".

I de følgende år overholdt X fortsat omhyggeligt den ambulante behandling. Indlæggelse havde ikke været påkrævet, siden han blev udskrevet i 1983. Han var fortsat i behandling med antipsykotisk virkende medicin (Trilafon) og passede dagligt beskæftigelse på beskyttet værksted.

Retslægerådet havde sidst afgivet udtalelse i 1993. Overensstemmende med den psykiatriske afdelings indstilling kunne rådet ikke anbefale en mindre indgribende foranstaltning. Selv om han stabilt passede den psykiatriske, inklusive den medikamentelle behandling, frembød han uændret svære religiøst prægede vrangforestillinger og var uden sygdomsindsigt og erkendelse af at have brug for behandling. Det var den lægelige vurdering, at domsophævelse ville medføre behandlingssvigt med risiko for forværring af den psykiske tilstand.

Foranstaltningen blev opretholdt.

Overlægen ved Y-psykiatriske sygehus afgav 01.09.97 erklæring til statsadvokaten, efter at X havde fremsat ny begæring om ophævelse

af foranstaltningen. Overlægen konkluderede blandt andet, at X fortsat led af paranoid skizofreni. Trods den opretholdt behandling havde han imidlertid aldrig erkendt, at han havde en sindslidelse. Han mente, at drabene måtte ses som konsekvens af, at han i en periode var overanstrengt og havde økonomiske problemer. Han havde gentagne gange givet udtryk for, at han under ingen omstændigheder ville fortsætte en medikamentel behandling, såfremt dommen blev ophævet. Trods sine massive religiøse vrangforestillinger havde han formået at passe sit beskyttede arbejde igennem en lang årrække, ligesom han klarede sig i selvstændig bolig. Overlægen frygtede en "uoverskuelig forværring i tilstanden, såfremt den medikamentelle behandling ophørte".

Retslægerådet afgav 22.10.97 følgende udtalelse: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvisse til tidligere responsa, senest af 15.02.93, og på grundlag af sagens akter med retspsykiatrisk erklæring fra behandlende overlæge Z, Y-psykiatriske sygehus, af 01.09.97 udtale, at X fortsat stabilt passer den instituerede psykiatriske behandling, herunder den instituerede medikamentelle, antipsykotiske behandling. På samme stabile måde passer han en beskæftigelse på det beskyttede værksted. Han har selvstændig bolig. På trods af den tilfredsstillende sociale funktion er han uændret præget af svære sindssygdomssymptomer i form af et omfattende

net af religiøse vrangforestillinger, der præger en meget stor del af hans tanke- og forestillingsliv, og som udgør hans begrundelse for de kriminelle handlinger. Han er fortsat uden sygdomsindsigt og bagatelliserer sine handlinger i forbindelse med den begåede kriminalitet. Han er vred over behandlingsdommen, som medfører, at han fortsat er i medikamentel behandling og ønsker at ophøre hermed. Han retter anklage mod de behandlende psykiatere. Han frembyder en dårlig følelsesmæssig kontaktform. En ophævelse af dommen for nuværende vil med overvejende sandsynlighed medføre behandlingssvigt med risiko for forværring af sindssygdommen. Retslægerådet kan derfor ikke anbefale, at foranstaltningen ændres".

Ved byrettens kendelse bestemtes, at X's begæring om ophævelse af de ham idømte foranstaltninger ikke skulle tages til følge.

Det fremgår af retsbogsudskriften, at den for X beskikkede advokat til støtte for X's påstand blandt andet havde anført, at X fungerede godt i sin dagligdag. Han havde efter sin forklaring opbygget en vennekreds, ligesom han fortsat havde kontakt med sin familie. Der måtte endvidere lægges vægt på den tid, der var forløbet siden drabene og drabsforsøget, ligesom der var gået 17 år, siden foranstaltningen sidst blev ændret. X havde endvidere tilkendegivet, at han ville holde kontakten med lægerne ved lige.

Anklageren havde til støtte for sin påstand især henvist til de lægelige udtalelser.

I rettens bemærkninger anførtes i overensstemmelse med de lægelige udtalelser, at ophævelse af foranstaltningen med overvejende sandsynlighed ville medføre foranstaltningssvigt med risiko for forværring af sindssygdommen. På baggrund heraf fandt retten, uanset den tid, der var forløbet siden de pådømte forhold blev begået, hvorved retten endvidere havde lagt vægt på forholdenes alvorlige karakter, at det fortsat måtte anses for formålstjenligt at opretholde den idømte foranstaltning.

Det bemærkes i øvrigt, at X under sagens behandling i retten udtrykte ønske om, at han i en periode ophørte med at tage medicin, og at han i samme periode blev indlagt på hospital til observation. Overlæge Y fandt imidlertid - med støtte fra den lokale retspsykiatriske afdelings overlæge - ikke at dette ønske kunne efterkommes med henvisning til, at en indlæggelse uden medicin måtte have varighed af adskillige måneder, for at man kunne vurdere, om der kom eventuelt tilbagefald. Under alle omstændigheder fandtes det ikke forsvarligt at ophøre med den medikamentelle behandling, ej heller selv om det foregik på et retspsykiatrisk afsnit.

Sag nummer 7 (A36511)

M er en 26-årig kvinde, der i 1993 blev dømt til psykiatrisk behandling

i hospital for sindslidende med tilsyn af hospitalet i forbindelse med Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse. M blev dømt for forsætligt manddrab (straffelovens § 237) ved først at have forsøgt at skære halsen over på sin knap 6 måneder gamle søn, hvorefter hun kvalte ham ved at trykke kniven ned mod hans hals.

M blev mentalobserveret under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Af erklæringsmaterialet fremgår blandt andet, at hun var opvokset under, hvad der opfattes som absolut velordnede sociale og følelsesmæssige forhold i en mindre provinsby. I gymnasietiden var hun på nærmest overdreven vis optaget af tilværelsens store spørgsmål. Hun skrev digte, førte dagbog og kunne ind imellem blive opslugt af eksistentielle og religiøse anfægtelser. Hun kom igennem et par år sammen med en, hvad der umiddelbart må opfattes som psykisk skrøbelig ven. Forholdet var på mange måder konfliktfyldt. Ind imellem levede de sig sammen nærmest ind i en drømmeverden afbrudt af perioder, hvor forholdet mere eller mindre helhjertet blev brudt af den ene eller den anden. Hun blev utilsigtet gravid, overvejede abort, men valgte at føde barnet for efterfølgende at overveje bortadoption. Hendes psykiske tilstand blev i denne periode forværret, ligesom forholdet til venen blev stadig mere anspændt. Hun

boede hos sine forældre, og en nat krøb hun ud gennem et vindue, hvorefter hun i en skov dræbte barnet som anført og forsøgte at begå selvmord. Mentalerklæringen konkluderede, at M var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og argumenterede, trods sigtelsens karakter, for en dom til psykiatrisk behandling m.v. under henvisning til, at risikoen for kriminelt recidiv var minimal, og at en anbringelsesdom med et længere ophold på en psykiatrisk afdeling ville modvirke optimal psykiatrisk behandling.

Retslægerådet udtalte blandt andet, at M ..."var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Hun er normalt begavet. M beskrives som personlighedsmæssigt skrøbelig, identitetsusikker og med vanskeligheder ved at drage sikre grænser mellem fantasi og virkelighed. Dertil er hun præget af stærk skiftende holdning til omverdenen med et "alt eller intet" præg i sin bedømmelse af forholdet til andre. Hun beskrives med en svigtende sammenhæng mellem tænkning og følelsesliv. I tiden efter sit barns fødsel udviklede hun sindssygdomssymptomer præget af tiltagende usikkerhed i realitetstestningen. Tænkningen var præget af vaghed, og hun kredsede om livet, døden og eksistensen med voldsom emotionel betoning. Hun følte, at tankerne kontrollerede hende, var trist, rådvild og letpåvirkelig og med tendens til at tillægge ydre påvirkninger og indtryk en subjektiv, symbolpræget betydning. Hun følte, at hun kunne gå i

opløsning og havde vrangforestillinger vedrørende egen krop.

Vedrørende tiden omkring det påsigtede synes der at have foreligget egentlig bevidsthedsspaltning med svær emotionalisering af bevidsthedslivet og oplevelse af en indre kamp mellem gode og onde kræfter. I tiden efter det påsigtede prægedes hun af udtalt opsplittning af tanke- og følelsesliv, emotionel tilbagetrækning og i en periode udtalte depressive symptomer. På nuværende tidspunkt er symptomerne på sindssygelig bevidsthedsspaltning og depressiv rådvildhed trådt i baggrunden; hun har gennem en periode været i behandling med antidepressivt virkende medicin.

Diagnostisk må hun på tidspunktet for det påsigtede og efterfølgende mest sandsynligt betegnes som lidende af en reaktiv psykose (sindsygdøm udløst af ydre omstændigheder) med ændringer i bevidsthedsfunktionerne og med en ret udtalt depressiv farvning. Sindsygdommen må sandsynligvis ses på baggrund af en udtalt bagvedliggende personlighedsforstyrrelse".

Retslægerådet fandt ligeledes, at M var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og tilsluttede sig overlægens anbefaling af en behandlingsdom, hvilket retten fulgte.

Efter dommen forblev M indlagt, således at hun blev udskrevet godt et års tid efter gerningstidspunktet. Hun havde bortset fra de første fire

måneder haft ophold på åben afdeling. I forbindelse med udskrivningen flyttede hun til en anden del af landet, hvor behandlingen blev varetaget af overlæge T. I udtalelse fra 1996 om en eventuel foranstaltningsændring oplyste overlægen blandt andet, at M havde været i regelmæssig samtalebehandling, ligesom den medikamentelle antidepressivt virkende behandling var fortsat. M fremtrådte glædesløs, fåmælt om end ikke egentlig deprimeret. Hun boede på et kollegium, havde fået en ven og fulgte nogle forkurser til en højere uddannelse. I forbindelse med at hun ikke bestod en eksamen, udviklede hun igen en psykotisk tilstand, hvor hun blandt andet havde svært ved at afgrænse sig selv fra omgivelserne. Hun afviste medikamentel behandling blandt andet med den begrundelse, at hun skulle leve sig helt ned til bunden af sig selv for at finde sig selv. Hun var med eget samtykke indlagt i tre uger, hvor hun accepterede at genoptage den medikamentelle behandling, hvorefter hendes tilstand blev bedre. Hun blev udskrevet til fortsat ambulante behandling, det vil sige regelmæssige samtaler en gang ugentlig i kombination med den medikamentelle behandling. M fandtes fortsat personlighedsmæssigt skrøbelig, selvusikker og præget af et højt angstniveau. M selv ønskede ikke foranstaltningen ophævet blandt andet med den begrundelse, at hun var bange for, at hun i forbindelse med et eventuelt tilbagefald ville undlade at søge nødvendig hjælp.

Overlægen kunne ikke anbefale foranstaltningen ophævet.

I 1997 fik Retslægerådet forelagt spørgsmålet om ophævelse af den idømte foranstaltning, og overlæge T havde igen afgivet udtalelse. Det fremgår af denne, at M's psykiske tilstand var markant bedret, hun var flyttet i lejlighed med venen, hun var godt i gang med en uddannelse, hun havde god kontakt med medstuderende og havde genoptaget kontakten med tidligere venner. Den ovenfor nævnte behandling var fortsat fuldstændig regelmæssig, og samtalerne havde i en periode omhandlet den pådømte kriminalitet. M havde opnået en klar erkendelse af, at hun havde nogle alvorlige psykiske problemer, og at hun havde behov for fortsat behandling, sandsynligvis i flere år, hvad hun var fuldt motiveret for. Overlægen anbefalede den idømte foranstaltning ophævet.

Retslægerådet udtalte blandt andet, at M ..."stabil (har) passet behandlingen, som har været såvel af medikamentel som psykoterapeutisk karakter. Hun er fundet blandt andet selvusikker, sårbar, præget af et højt angstniveau og en vis tilbøjelighed til overfortolkning. I forbindelse med en skuffelse udviklede hun i maj 1995 en sindssygelig tilstand, hvor hun blandt andet var optaget af den begåede kriminalitet. Hun blev efter eget ønske indlagt på ... Hun var indlagt cirka tre uger. Under den fortsatte ambulante behandling er M's psykiske tilstand bedret i bety-

delig grad. Hun har således opnået erkendelse af egne problemer, samtidig med at hun på realistisk måde evner at håndtere vanskeligheder og modgang. Hun er under uddannelse og lever under ordnede sociale forhold i fast parforhold. Hun er motiveret for fortsat psykiatrisk behandling. Ved en samlet vurdering kan Retslægerådet herefter anbefale den idømte foranstaltning ophævet".

Ved kendelse senere samme år blev foranstaltningen ophævet blandt andet med henvisning til, at såvel Kriminalforsorgen, den psykiatriske afdeling, Retslægerådet som anklagemyndigheden havde anbefalet dette.

Kommentar:

Det skal indledningsvis bemærkes, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige skøn. Rådet får undertiden forelagt sager om ophævelse eller ændring af en psykiatrisk særforanstaltning, hvor rådet enten direkte anmodes om at inddrage proportionalitetshensyn i sit vurderingsgrundlag eller indirekte opfordres hertil for eksempel i form af, at der henvises til "den siden dommen forløbne tid". Som udgangspunkt vil disse forhold i midlertid ikke indgå i Retslægerådets vurderingsgrundlag, jf. blandt andet sag nummer 3 og 4, idet proportionalitetsmæssige betragtninger er et juridisk spørgsmål.

I sag nummer 3 var patienten dømt for ikke særligt omfattende hærværk, og i nummer 4 var patienten

dømt for blandt andet tyveri. I begge sager ophævede retten de idømte foranstaltninger med henvisning til proportionalitetsmæssige betragtninger. I sag nummer 3 forespurgte statsadvokaten direkte den behandlingsansvarlige overlæge, om patientens behandlingsbehov eller hensynet til retssikkerheden var baggrunden for, at overlægen anbefalede foranstaltningen opretholdt. Som det fremgår, er det Retslægerådets opfattelse, at disse to hensyn ofte er sammenfaldende - tilgodeses patientens behandlingsbehov, nedsættes også risikoen for kriminelt recidiv. Men det kan nok ikke afvises, at der er tilfælde, hvor psykiatere - og pårørende, jf. moderens udtalelse i sag nummer 3 og det forhold, at moderen frafaldt begæringen om ophævelse af foranstaltningen i sag nummer 2 - i høj grad fokuserer på behandlingsbehovet ud fra en viden om, at ophæves en foranstaltning, vil det gå patienten ilde. I sag nummer 4 var patienten ved byretten blevet idømt hæfte i 20 dage for blandt andet tyveri, efterfølgende blev dommen af landsretten ændret til en dom til ambulat psykiatrisk behandling. Retten ophævede foranstaltningen, specielt med henvisning til misforholdet mellem den tidligere udmålte straf hæfte i 20 dage - og varigheden af den periode, den psykiatriske særforanstaltning havde været opretholdt. Hertil nævnte retten, at karakteren af den begåede kriminalitet ikke talte afgørende imod en ophævelse. Begge begrundelser er utvetydigt juridiske og indgår ikke i

den lægelige vurdering. Denne må tage sit udgangspunkt i, at utilregnelige sindssyge kriminelle er "straffri" - et humanistisk filosofisk synspunkt, som har sin rod i antikken, og som herhjemme viser sig i voteringerne blandt Højesterets dommere i 1700-tallet. (Knud Waaben: Retspsykiatri og strafferet i historiens lys. København, 1997). Ud fra denne betragtning må hovedvægten lægges på sindssygdommen, og lægeligt må det således anses for "formålstjenligt" at opretholde en foranstaltning, så længe patientens psykiske sygdom medfører, at der er risiko for kriminelt recidiv principielt uafhængig af kriminalitetens karakter.

Det anføres undertiden som et argument for ophævelse af en psykiatrisk særforanstaltning, at den syge i givet fald vil kunne indlægges og behandles i medfør af psykiatriloven. Som fremhævet i rådets årsberetning 1996, s. 65ff., indeholder psykiatriloven ikke regler, der sikrer, at udskrevne psykiatriske patienter er under løbende sundhedsfagligt tilsyn (dette forhold er ændret pr. 01.01.99 i forbindelse med en ændring af psykiatriloven). Som det fremgår af sag nummer 5 og også af den s. 77 (A 37052) refererede sag, kan nogle (rets)psykiatriske patienter angive sig motiveret for fortsat behandling i forbindelse med ophævelse af en idømt foranstaltning, for så straks efter foranstaltningens ophævelse at afbryde al behandling. Det er naturligvis muligt, at patienten

bevidst har afgivet urigtige oplysninger ("dissimuleret"), for eksempel fordi patienten er uden sygdomserkendelse eller med rette eller urette mener at registrere bivirkninger ved behandlingen, men årsagen kan ligefuldt - og formentlig oftere - være skizofreniens grundsymptomer i form af ambivalens og initiativsvækkelse. Ambivalensen medfører, at patienten alligevel kommer i tvivl om sin behandlingsmotivation, og initiativsvækkelsen at patienten ikke får taget sig sammen til at give fremmøde. Patientten taber således kontakten med behandlingssystemet, hvilket medfører risiko for, at produktive psykotiske symptomer recidiverer. Den kriminalitet, de retspsykiatriske patienter er dømt for, vil jævnligt have sin rod i patientens psykotiske symptomatologi, og recidiv heraf vil således også medføre risiko for kriminelt recidiv. Retspsykiatriske patienter er hyppigt uden noget særligt netværk, således at sygdommen vil kunne nå at udvikle sig markant, før der eventuelt gribes ind. I sag nummer 1 havde kvinden ophold på psykiatrisk plejehjem, og om end hun trods behandling fortsat var i udtalt grad psykotisk, fandt Retslægerådet det forsvarligt at anbefale foranstaltningen ophævet. Det måtte antages, at skulle hun efter foranstaltningens ophævelse for eksempel nægte medikamentel behandling, ville personalet ved forværring af hendes tilstand hurtigt kunne iværksætte en tvangsindlæggelse, ligesom hun efter endt behandling formentlig ville kunne vende tilbage til ple-

jehjemmet. I sag nummer 3 måtte det derimod befrygtes, at patienten - som også påpeget af moderen - ville ophøre med al behandling, såfremt foranstaltningen blev ophævet, og da han levede alene, ville hans tilstand kunne blive markant dårligere med heraf følgende risiko for kriminelt recidiv, før der blev grebet ind. De sociale forhold i videste betydning indgår således i rådets vurderingsgrundlag.

I sag nummer 6 levede patienten under stabile sociale forhold, og der var flere andre omstændigheder, som kunne tale for at anbefale foranstaltningen ophævet - ingen ny kriminalitet eller aggressive handlinger, intet udtalt affektpræg, intet misbrug, stabil beskæftigelse, overholdelse af den ambulante behandling, herunder den medikamentelle behandling, ingen genindlæggelser, hvortil kommer den meget langvarige observationsperiode. Imidlertid var patienten stadig klart sindssyg med de samme vrangforestillinger, der i sin tid havde tilskyndet til kriminaliteten, og han var fortsat helt uden sygdomsindsigt med en betydelig modstand mod behandlingen. Han ville således med stor sandsynlighed ophøre med behandlingen, såfremt foranstaltningen blev ophævet, hvilket utvivlsomt ville medføre, at hans sindssygdomssymptomer ville forværres. Retslægerådet vurderede, at blev hans psykiske tilstand forværret, ville der også være risiko for kriminelt recidiv, og denne risiko ville næppe på betryggende vis kunne imødegås i

medfør af psykiatrilovens bestemmelser.

Det væsentligste element i Retslægerådets vurdering vil således være patientens psykopatologiske tilstand. Såfremt patienten trods adækvat behandling fortsat frembyder åbenbare sindssygdomssymptomer, vil rådet være mere tilbageholdende med at anbefale en idømt foranstaltning ophævet og dette især, såfremt symptomerne yderligere medfører, at patienten kan udvise truende eller endog aggressiv adfærd (se årsberetningen 1993, s. 57ff.). Nyere forskning viser, at især vrangforestillinger af forfølgelses- eller storhedskaraktter er forbundet med en øget risiko for, at patienten kan udvise aggressiv adfærd, og denne viden indgår naturligvis i rådets vurderinger, hvilket sag nummer 2 er et eksempel på. Patienten var dømt for at have skudt mod andre mennesker, og trods medikamentel behandling klagede han jævnligt til politiet over, at han blev forfulgt og chikaneret af naboen, og yderligere fremtrådte han jævnligt anspændt og vredladet. I sag nummer 5 gik der kun godt en måned, efter at foranstaltningen var ophævet, før patienten sårede stedfaderen alvorligt.

Vurderingen af, hvorvidt en idømt foranstaltning lægeligt kan anbefales ophævet, indeholder således også en form for farlighedsvurdering, jf. også sag nummer 6. Dette spørgsmål skal ikke omtales nærmere, idet der henvises til Retslægerådets årsberetning

1988, s. 93ff. og især til årsberetningen 1995, s. 77ff. Det skal dog bemærkes, at omlægningen af det psykiatriske behandlingssystem har accentueret dette spørgsmål, jf. for eksempel sag nummer 2. Som det fremgår, ville Retslægerådet i 1981 "ikke fraråde", at en idømt særforanstaltning blev ophævet, om end patienten på daværende tidspunkt var svært sindssyg trods iværksat behandling. Patienten havde nemlig i de forudgående fire år stort set permanent været indlagt, og Retslægerådet nærmest forudsatte, at han fortsat ville være indlagt, eventuelt som tvangstilbageholdt.

Afslutningsvis skal nævnes, at eventuelt kriminelt recidiv under forløbet af en psykiatrisk særforanstaltning selvsagt også indgår i Retslægerådets vurderingsgrundlag - også selv om påtale har været frafaldet med henvisning til, at patienten allerede var undergivet en psykiatrisk særforanstaltning. Sag nummer 5 illustrerer til overmåde dette spørgsmål. Det ligger udenfor rådets område nærmere at tage stilling til, i hvilket omfang påtale bør frafaldes eller sagen gennemføres, men rådet skal dog bemærke, at varigheden af en idømt særforanstaltning kan blive et temmeligt abstrakt begreb, såfremt kriminelt recidiv i behandlingsperioden ikke indgår i vurderingsgrundlaget. Var patienten blevet dømt, hver gang

påtale blev undladt, ville varigheden af den idømte foranstaltning, siden den seneste dom, have været en ganske anden, da foranstaltningen blev ophævet i 1995.

Proportionalitetsmæssige betragtninger, hvad angår kriminelle sindssyge, er et juridisk og ikke mindst et retspolitisk og holdningsmæssigt spørgsmål (årsberetningen 1991, s. 41ff.), men påkalder sig selvsagt også psykiatrisk interesse. De forskellige juridiske, retspolitiske og holdningsmæssige synspunkter skal ikke omtales nærmere, men Retslægerådet skal bemærke, at de her omtalte sager illustrerer vanskelighederne ved at opgive princippet om de psykiatriske særforanstaltningers tidsubestemthed i forbindelse med den grundlæggende bestemmelse om, at sindssyge er straffri. Kvinden i sag nummer 7 blev dømt for forsætligt manddrab. Hun kan siges at have været "frihedsberøvet" i et år, hovedsageligt dog på åben psykiatrisk afdeling. Hun havde imidlertid i denne periode utvivlsomt behov for intensiv psykiatrisk behandling. Den samlede foranstaltningstid var fire år. I sag nummer 2 blev patienten i 1984 dømt for at have skudt med en luftbøsse efter flere mennesker. Han har siden da været indlagt sammenlagt over otte år, og foranstaltningen er fortsat i kraft. Begge tidsforløb er psykiatrigt velbegrundede.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Rådet har i 1997 behandlet 130 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1995 og 1996 var antallet henholdsvis 214 og 173. Der var i 1997 7 sager om overførelse til Sikringsanstalten ved Nykøbing Sjælland (farlighedsdekreter) samt 18 sager om ophævelse heraf. Der har ikke i 1997 været foretaget nogen praksisændring. Sagsbehandlingstiden i Retslægerådet har gennemsnitligt været ca. 4 uger. Fra rådets behandling af disse sager skal der fremdrages nogle bemærkelsesværdige sager.

A 36323

Byretten fandt en tvangstilbageholdelse af en sindssyg mand lovlig, selv om han var hjemme hver weekend, vendte tilbage til hospitalet og tog sin medicin. Imidlertid var det erfaringen, at han ved for tidlig udskrivning ville ophøre med medicinen og få tilbagefald.

En overlæge indberettede 12.03.97 en tvangstilbageholdelse af en yngre mand, genindlagt ved tvang på behandlingsindikation.

Sagens væsentligste forhold fremgår af Retslægerådets udtalelse af 09.04.97:

"Med sagens tilbagesendelse og på grundlag af sagens akter med erklæring af 12.03.97 fra overlæge Y, Z-hospital, skal Retslægerådet udtale, at X tidligere har været indlagt tre gange i psykiatrisk afdeling, senest i 1993 som følge af sindssygdom med vrangforestillinger (paranoid psykose). Den 24.01.97 blev han genindlagt ved tvang på behandlingsindikation. Ifølge lægeerklæringen hertil havde han været uden medicin

i længere tid og havde herefter udviklet tiltagende vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Han var helt uden sygdomsindsigt og umotiveret for behandling. Medikamentel behandling havde tidligere haft god og langvarig effekt. Også efter indlæggelsen har vrangforestillingerne hele tiden været tilstede trods genoptaget medicinsk behandling. Han ses tvangstilbageholdt fra 25.02.97, idet han da selv var indstillet på hurtig udskrivning og ophør med medicinen, hvilket efter erfaringen ville medføre tilbagefald. Ifølge retsbogsudskriften var han stadig tilbageholdt 19.03.97, om end han var hjemme hver weekend. Det var afdelingens hensigt at mindske risikoen for tilbagefald for at sikre

behandlings gennemførelse under indlæggelse og hermed afgørende påvirke vrangforestillingerne og konsekvenserne heraf. X er således sindssyg. Efter Retslægerådets vurdering ville det have været uforvarsomt ikke at tvangsindlægge og tvangstilbageholde ham med henblik på behandling, idet udsigten til en betydelig og afgørende bedring ellers væsentligt ville være blevet forringet".

Overlægen havde i sin erklæring blandt andet anført, at X efter overflytning til åben afdeling 10.02.97 havde været velfungerende, holdt aftaler og taget sin medicin. Han var klart paranoid uden sygdomserkendelse, og han angav hurtigt at ville holde op med at tage medicinen (Trilafon) efter udskrivning. Baggrunden for den aktuelle tilbageholdelse var ønsket om, at han gennem en længere periode fast tog medicin i sufficient dosis og herved forhåbentligt opnåede større afstand til sine vrangforestillinger.

Det fremgår endvidere af udskrift fra retsmøde 19.03.97, at X var hjemme hver weekend, og reservelægen forklarede, at X fungerede godt og samarbejdede på afdelingen. Det skønnedes imidlertid nødvendigt at forlænge indlæggelsen 12 måneder for at opnå tilstrækkelig virkning af medicinen. I modsat fald var der stor risiko for, at han atter mistede fodfæste og lod sig styre af sine vrangforestillinger.

Patientrådgiveren stillede spørgs-

målet, om han ikke nu lige så godt kunne fortsætte ambulant, for eksempel under distriktspsykiatrien.

Herefter forelagde dommeren sagen for Retslægerådet.

Ved byrettens dom af 11.04.97 fandtes det uden videre bemærkninger godtgjort, at patienten var sindssyg, og at udsigten til helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring af hans tilstand ville være blevet væsentligt forringet i tilfælde af udskrivning, hvorefter tvangstilbageholdelse fandtes lovlig.

Kommentar:

I flere tidligere sager har Retslægerådet kommenteret tilbageholdelseskriteriets udstrækning og behandlingsalliancens betydning (årsberetning 1994, s. 100., 1995, s. 107f og 1996, s. 99f). Afgørelsen i den aktuelle sag følger ligeledes et tidligere i en landsretsdom af 03.04.90 godkendt princip: En tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation kan udstrækkes, indtil der er skabt tilstrækkelige rammer til, at det er rimeligt sikkert, at patienten vil fortsætte med den nødvendige medicin frivilligt i tilfælde af udskrivning.

Tvangstilbageholdelsen var her ikke særlig langvarig. Rådet og dommeren tog ikke stilling til længden af forventet tilbageholdelse, men anerkendte, at frihedsberøvelsen indtil erklærings- og domstidspunktet havde været berettiget. Det bemærkes i denne sag særligt, at en tvangstilbageholdelse godt kan oprethol-

des, selv om patientens psykiske tilstand er noget bedret under medikamentel behandling med ophold på åben afdeling og weekendbesøg hjemme. Det skal bemærkes, at langtidseffekten af den medikamentelle behandling ikke forringes, selv om patienten skulle undlade at tage medicinen under et weekendbesøg. Patientrådgiverens spørgsmål, om behandlingen så ikke forsvarligt kunne tilrettelægges ambulant, er imidlertid rimeligt. Der er her tale om et skøn, hvori indgår den samlede erfaring fra sygdomsforløbet herunder om medicin tidligere har

hjulpet godt. Der er ikke fastlagt særlige grænser for, hvilke friheder der kan tildeles under opretholdt frihedsberøvelse ifølge psykiatriloven.

Vigtigheden af behandlingens videreførelse efter udskrivning er baggrunden for, at der ved revisionen af psykiatriloven i 1998 er indføjet regler i § 3 om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for at forsøge at sikre opfølgningen af behandlingen principielt på frivillig basis (se også A 37052, s. 77ff.).

A 36442

I en sag om tvangstilbageholdelse stillede advokaten supplerende spørgsmål. Sundhedsstyrelsen afgav erklæring om begrebet "sanktionering" af en læges beslutning.

En afdelingslæge, der på daværende tidspunkt fungerede som administrerende overlæge, indberettede 24.03.97 til byretten en tvangstilbageholdelse primært på behandlingsindikation af en mand, X, indlagt 25.02.97 med symptomer på en psykotisk opstemhedsfase (mani) tvangstilbageholdt fra 05.03.97. X havde ikke sovet i flere døgn, havde været opkørt, foretagsom og havde tanker om at være Gud. Forud for indlæggelsen havde han været truende over for sin hustru. På indlæggelsestidspunktet fandtes han fortsat psykotisk med manglende sygdomsindsigt, hvorfor han ikke kunne behandles ambulant. Såfremt til-

standen forværredes, ville han være til fare for sin hustru.

Under sagens behandling for retten stillede patientens advokat 07.05.97 følgende spørgsmål til Retslægerådet:

Spørgsmål 1:

Er/var klageren sindssyg eller befinder han sig i en sindssygelignende tilstand og i bekræftende fald ønskes arten fastslået (angivelse af præcis diagnose)?

Spørgsmål 2:

Skønnes det, at patienten 05.03.97 frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre og i bekræftende fald

ønskes dette nærmere uddybet under henvisning til, at patienten ifølge tvangsprotokollen er betragtet som suicidalfarlig.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes fremkomme med vurdering af, hvilke forhold der skulle indebære, at udsigten til helbredelse eller en betydelig afgørende bedring af tilstanden vil blive væsentlig forringet 05.03.97, såfremt man havde undladt at tvangstilbageholde klageren?

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes i øvrigt fremkomme med rådets bemærkninger til sagen.

Rådet anmodede om en supplerende udtalelse, afgivet 26.06.97 af samme afdelingslæge, som blandt andet oplyste, at tvangstilbageholdelsen blev ophævet den 04.04.97, idet patienten på dette tidspunkt ikke var psykotisk og accepterede medicinsk behandling.

Rådet afgav herefter udtalelse af 30.07.97 med besvarelse af advokatens spørgsmål.

Ad spørgsmål 1:

Ja. X befandt sig i en psykotisk tilstand præget af mistroiskhed, tabt realitetssans, bizarre vrangforestillinger. Udviklingen af den psykotiske tilstand må ses på baggrund af organisk hjernelidelse.

Ad spørgsmål 2:

Nej. Farlighed ses ikke dokumenteret i det foreliggende materiale.

Ad spørgsmål 3:

Tilstanden omtalt under svaret på spørgsmål 1 nødvendiggør antipsykotisk medikamentel behandling samt passende miljøterapeutisk struktur, som kun kan tilsikres under en indlæggelse.

Ad spørgsmål 4:

X var på tidspunktet for tvangstilbageholdelsen sindssyg, og det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve ham med henblik på behandling, idet udsigten til helbredelse eller en afgørende eller betydelig forbedring af tilstanden ellers ville være væsentligt forringet.

Ifølge retsbogsudskrift af 21.08.97 besluttede retten på ny at forelægge sagen for Retslægerådet med anmodning om en udtalelse, hvorvidt X også efter en revurdering 24.03.97 befandt sig i en tilstand som beskrevet i psykiatrilovens § 5. Sagens akter fremsendtes.

Hertil svarede Retslægerådet i udtalelse af 07.10.97:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare spørgsmålet stillet i retsbogudskriftet af 21.08.97 bekræftende. Det fremgår af X's sygejournal, at han 24.03.97 fortsat findes sindssyg præget af bizarre vrangforestillinger og storhedsidéer. Det ville efter Retslægerådets skøn have været uforsvarligt ikke at tvangstilbageholde X med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af tilstanden ellers ville være væsentligt forringet".

Under et nyt retsmøde var der særlig drøftelse af procedurespørgsmålet om afdelingslægens konferencebeslutning om fortsat tvangstilbageholdelse 24.03.97 på grundlag af en reservelæges samtale med X (tvangsprotokollen var underskrevet af reservelægen). Afdelingslægen og reservelægen blev afhørt som vidner. Patienten havde gjort gældende, at beslutningen om tvangstilbageholdelse 24.03.97 ikke var truffet af overlægen og dermed ikke opfyldte kravene i psykiatrilovens § 21.

Sundhedsstyrelsen havde i en erklæring af 29.05.97 (citeret i dommen) blandt andet udtalt:

"Hvad forstås nærmere ved at en overlæge har "sanktioneret" 1. reservelægens beslutning om tvangstilbageholdelse? Det bedes oplyst, hvorvidt dette kan/skal forstås således, at overlægens sanktionering udgør en selvstændig beslutning om tvangstilbageholdelse.

Sundhedsstyrelsen vil i denne forbindelse forstå sanktioneringen som en godkendelse af en indstilling, inden denne er sat i værk ... I tilfælde, hvor en overlæge har sanktioneret en anden læges indstilling om tvangstilbageholdelse, må det forstås således, at overlægen efterfølgende har godkendt lægens indstilling og dermed er ansvarlig for beslutningen.

Er der teknisk set forskel på, hvorvidt en beslutning sanktioneres af en overordnet læge, eller hvorvidt en

beslutning er konfereret med en overordnet læge?

Sundhedsstyrelsen finder, at en sanktionering er en godkendelse af en disposition, mens en konference kan indebære, at en disposition er drøftet. Det er derfor ikke muligt helt generelt at udtale sig om, hvad en konference indebærer, men en overordnet læge vil have ansvaret for en beslutning, som en underordnet læge har konfereret med ham".

Ved byrettens dom af 14.11.97 godkendtes, at X blev tvangstilbageholdt 05.03.97, og at han forblev tvangstilbageholdt til 04.04.97 med følgende begrundelse: "Efter de lægelige oplysninger, herunder udtalelserne fra Retslægerådet, findes betingelserne i psykiatrilovens § 5, nr. 1, for tvangstilbageholdelse den 05.03.97 og fremefter at være opfyldt. Efter Retslægerådets udtalelse af 30.07.97 findes det derimod ikke tilstrækkeligt bevist, at X ved tvangstilbageholdelsen den 05.03.97 frembød en nærliggende eller væsentlig fare for sig selv eller andre. Herefter, og da beslutningen om tvangstilbageholdelse den 05.03.97 straks blev godkendt af afdelingslæge Y, der selv samme dag havde vurderet X som psykotisk og i øvrigt findes at have haft et fyldestgørende grundlag for selvstændigt at kunne vurdere beslutningen om tvangstilbageholdelse, tages X's principale påstand ikke til følge. Efter bevisførelsen må det lægges til grund, at reservelæge Z ikke har truffet beslutning om fortsat tvangstilbageholdelse af X den

24.03.97, men at beslutningen herom blev truffet på en konference af afdelingslæge Y, der havde et betydeligt forudgående kendskab til X. Beslutningen blev efterfølgende meddelt X af Y, der også foretog tilførslen i tvangsprotokollen. Under disse omstændigheder findes revurderingen den 24.03.97 at opfylde kravene i psykiatrilovens § 21, stk. 2, jf. stk. 1. Som følge af det anførte tages den af P amt nedlagte påstand til følge".

Kommentar:

Rådet ses ikke at have været i alvorlig tvivl om sagens realiteter: At tvangstilbageholdelsen på behandlingsindikation var berettiget i overensstemmelse med psykiatrilovens § 10 og § 5. Som ofte i sager af den art kan der være tvivl om, hvornår for eksempel en sindssyg manisk patient under behandling ophører med at være sindssyg og dermed ikke længere kan tvangstilbageholdes. Rådet og byretten fandt det dokumenteret, at X var sindssyg med behov for behandling i den af erklæringerne angivne periode. Det var ikke sikkert dokumenteret, at farlighedsindikationen var opfyldt.

Sagen er usædvanlig derved, at advokaten under den langvarige og

kompliserede sagsbehandling stillede mange supplerende spørgsmål i forhold til ordinær procedure med indgående belysning af hele forløbet herunder formalia vedrørende den lægelige kompetence til at træffe beslutning om frihedsberøvelse. Dette spørgsmål har givet anledning til tvivl med hensyn til delegation og substitution af overlægemyndigheden ifølge psykiatriloven. Under alle omstændigheder lægges der som i sagen vægt på, at en beslutning hviler på et omhyggeligt, forsvarligt grundlag.

Ved revisionen af psykiatriloven i 1998 er det ved en ny § 4a præciseret: I de tilfælde, hvor det efter loven principielt påhviler den behandlingsansvarlige overlæge at træffe afgørelser om frihedsberøvelse og anden tvang, kan beslutningen herom i overlægens fravær træffes af en anden læge, hvorefter overlægen efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen.

Endelig er sagen ekstraordinær ved Sundhedsstyrelsens inddragen, hvad der er meget sjældent i sager af den art. Styrelsens udtalelse har principiel karakter.

A 36219

En tvangsindlæggelse fandtes lovlig af byretten, uanset at det efter godt 1 døgn indlæggelse ikke med sikkerhed kunne godtgøres, at patienten var åbenlyst sindssyg.

En overlæge indberettede 05.07.96 til byretten en klage over tvangsind-

læggelse fra en kvinde, som 26.06.96 var blevet tvangsindlagt på behand-

lingsindikation, men udskrevet allerede dagen efter. Rådet anmodede om en supplerende erklæring fra den indlæggende læge, hvorefter rådet afgav udtalelse af 14.05.97, som samler sagens vigtigste kendsgerninger:

"Med sagens tilbagesendelse og på grundlag af sagens akter med erklæringer af 19.06.96 og 23.04.97 fra socialoverlæge, speciallæge i psykiatri, Y samt erklæring af 05.07.96 fra overlæge Z, P-hospital, skal Retslægerådet afgive følgende udtalelse, som tilsigter at besvare de i retsbogen af 10.01.97 formulerede spørgsmål:

X blev 26.06.96 tvangsindlagt på behandlingsindikation. Ifølge lægeerklæringen hertil af 19.06.96 fra socialoverlæge Y var X blevet tiltagende sindssyg, og det skønnedes, at tilstanden kunne bedres betydeligt ved behandling. Socialoverlægen havde flere gange inden for de seneste måneder været tilkaldt til X's bolig i Christiania af naboen, som hver nat havde været generet af voldsom råben og hulken fra hende. X var meget afvisende, vred og truende, ingen måtte komme hende nær. Hendes råben og skrigen blev beskrevet som dyrisk. Hun antoges at lide af paranoid psykose (sindssygdom med vrangforestillinger). Det fremgår endvidere af Y's erklæring af 23.04.97 med bilag, at hun havde et godt kendskab til X, og at hun også under besøg 20.06.96 måtte opfatte X som sindssyg og behandlingstrængende. Forsøg på frivillig

medvirken mislykkedes. Af overlæge Z's erklæring af 05.07.96 fremgår det blandt andet, at X under den meget kortvarige indlæggelse 26.06.96-27.06.96 var garderet og mistænksom, men det kunne ikke med sikkerhed godtgøres, at hun var åbenlyst sindssyg, hvorefter overlægen valgte at udskrive hende inden for de 48 timer, som ifølge psykiatriloven gives til at afgøre, om betingelserne for fortsat frihedsberøvelse er til stede.

Efter rådets vurdering har socialoverlæge Y haft et tilstrækkeligt grundlag til at foranstalte tvangsindlæggelse efter kriterierne i psykiatrilovens § 5, idet det også indgik i hendes vurdering, at undladelse af tvangsindlæggelse kunne medføre, at X ville blive sat ud af sin bopæl og hermed risikere at leve som hjemløs med yderligere forværring af sindssygdommen. Y's præmisser skønnes herefter at have været tilstrækkelige. Rådet finder i realiteten ingen afgørende modsætning til overlæge Z's udtalelse om, at han ikke med sikkerhed inden for den korte observation kunne fastslå tilstedeværelsen af sindssygdom. Det skal hertil bemærkes, at X som visse andre sindssyge personer kan have været i stand til for en kortere tid at skjule sin sindssygdom.

Konkluderende var der således efter rådets vurdering holdepunkter for at antage, at X var sindssyg, og at det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge hende med henblik på behandling, idet udsigten til en

betydelig og afgørende bedring ellers væsentligt ville være blevet forringet".

Ved byretsdom af 04.07.97 fandtes tvangsindlæggelsen lovlig. Sagsøgte havde i retten blandt andet forklaret, at undladelse af tvangsindlæggelse ville medføre, at X blev sat ud af sin bolig med risiko for at skulle leve som hjemløs i gaderne, hvilket måtte antages at medføre yderligere forværring af sindssygdommen. Sagsøgerens advokat fandt, at tvangsindlæggelsesgrundlaget var utilstrækkeligt. Retten bemærkede til dommen, at der ikke mindst med grundlag i Retslægerådets erklæring måtte gives sagsøgte medhold. I øvrigt havde der været foretaget en lang række forgæves forsøg på at indkalde sagsøgeren, som siden var blevet sat ud af Christiania og ikke længere havde kendt bopæl og opholdssted. Uden resultat var hun eftersøgt af politiet. Dommen havde måttet skrives uden fuldstændig sagsfremstilling.

Kommentar:

Rådets væsentligste overvejelser fremgår af udtalelsen af 14.05.97. Rådet og retten fandt det altså tilstrækkeligt dokumenteret i indlæggelsespapirerne, at X faktisk var sindssyg og behandlingstrængende, hvorefter overlægen kunne have foranstaltet en egentlig frihedsberøvelse udover de 48 timers observa-

tion, som er fastlagt i psykiatrilovens § 10, stk. 3. Det er overlægen og ikke den tvangsindlæggende læge der efter lovens § 9, stk. 2, afgør, om betingelserne for indlæggelse er opfyldt. Efter sin observation fandt overlægen det nødvendigt at udskrive hende allerede dagen efter, fordi han ikke med sikkerhed fandt hende sindssyg. I realiteten ville længerevarende observation og formentlig også behandling have været hensigtsmæssig, og sagen kunne forekomme at illustrere et utilstrækkeligt samvirke mellem de ansvarlige læger til skade for patientens behandling. Det skal desuden bemærkes, at den indlæggende læge var speciallæge i psykiatri, og denne læge havde derfor særlig god baggrund for at kunne vurdere indikationen for eventuel frihedsberøvelse også efter den forholdsvis sparsomme, personlige undersøgelse af patienten før indlæggelsen.

Rådet har i årsberetningen 1996, s. 97f. refereret og kommenteret en anden sag - en tvangsindlæggelse med efterfølgende observation i 48 timer fandtes lovlig, uanset at det efter observationen fandtes usikkert, om der var fornødent grundlag for tvangstilbageholdelse. Retslægerådet har tidligere (årsberetningen 1992, s. 72ff.) diskuteret konsekvenserne af at undlade behandling af sindssyge.

IV. Register til Retslægerådets årsberetning 1988 – 1997

Medicinske sager

Emne	År	Side
Abortindgreb – bestående graviditet efter	1990	46
Arbejdsmedicinske skader i bevægeapparatet	1991	21
Aldersbestemmelse – biologisk (sandsynlighed og sikkerhed)	1997	45
Astmadødsfald	1989	38
Barn – traumatisk betændelse i bugspytkirtlen hos et	1995	27
Bedøvelse af gravid kvinde med svangerskabsforgiftning	1994	33
Behandling af civile sager	1996	41
Behandling af morbus Buerger med glukortikoid og cyklofosamid	1996	25
Benådningssager	1990	33
Beredskabsplan ved modtagelsen af svært traumatiseret patient	1993	41
Bestående graviditet efter abortindgreb	1990	46
Bevægeapparatet – arbejdsmedicinske skader	1991	21
Biologisk aldersbestemmelse (sandsynlighed og sikkerhed)	1997	45
Blindtarmsbetændelse, lungebetændelse miskendt som	1996	35
Blodalkoholkoncentration – indånding af flygtige stoffer	1989	23
Brystknudeundersøgelser	1989	40
Bugspytkirtel – traumatisk betændelse hos et barn	1995	27
Civile sager, behandling af	1996	41
Civile søgsmål – vurderingsgrundlag	1992	23
Dissens. Prostataoperation, efterfulgt af mangelfuld kontrol over vandladningen	1997	49
Dykkersyge	1992	26
Dødeligt forløbende komplikationer ved sternalpunktur	1992	29 ¹
Dødsfald efter ambulantlystikkirurgisk indgreb	1993	36

¹ rettelsesblad

Dødsfald i forbindelse med graviditet uden for livmoderen	1993	27
Efterforskning, utilstrækkelig – dødsfald i forbindelse med trafikulykke	1995	25
Elektrocochleografi – kollektiv klage over bivirkninger i forbindelse med specifik undersøgelse	1993	52
Emboli/trombose i højre arteria brachialis	1996	29
Epilepsi – naturmedicin	1989	36
Fjernelse af livmoder – urinlederlæsion	1990	20
Flygtige stoffer – indånding – blodalkoholkoncentration	1989	23
Forblødningsdød i forbindelse med fødsel	1993	21
Forløsning med sugekop (vacuumekstraktor)	1994	47
Fosterhertefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen	1992	36
Fosterhertefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen	1994	43
Fremmøde i retten	1988	31
Fremmøde i retten	1992	21
Fremmøde i retten	1996	45
Fødsel – forblødningsdød i forbindelse hermed	1993	21
Fødsel – fosterhertefrekvens/vekurve (CTG)	1992	36
Fødsel – fosterhertefrekvens/vekurve (CTG)	1994	43
Galdevejslæsioner – iatrogene	1988	39
Graviditet efter abortindgreb	1990	46
Graviditet uden for livmoderen – dødsfald	1993	27
Hjerneskade og opløsningsmidler	1989	34
Iatrogene galdevejslæsioner	1988	39
Indånding af flygtige stoffer og blodalkoholkoncentration	1989	23
Information og observation i forbindelse med kranietraume	1993	45
Insulintilfælde i trafikken	1997	61
Klager over medicinalpersoner	1988	33
Knystoperation, klage over	1996	33
Kolostomioperation med fremlæggelse af mavesækken i stedet for tyktarmen	1997	57
Komplikationer til underlivsoperation	1989	42
Komplikationer ved sternalpunktur	1992	29 ¹
Kranietraume – observation og information i forbindelse hermed	1993	45

¹ rettelsesblad

Livmoderen – graviditet uden for livmoderen	1993	27
Lungebetændelse miskendt som blindtarmsbetændelse	1996	35
Lægelige udtalelser i erstatningssager	1994	41
Mavesårsmedicin – indtagelse i forbindelse med spiritus	1994	51
Medicinalpersoner – klager	1988	33
Medicinsk kastration hos person med risiko for udvikling af leverkræft	1995	41
Mikroskopisk vævsprøveundersøgelse	1990	37
Morbus Buerger, behandling med glukortikoid og cyklofosamid	1996	25
Münchhausen by proxy	1996	55
Narkosekomplikationer	1989	27
Naturmedicin mod epilepsi	1989	36
Observation og information i forbindelse med kranietraume	1993	45
Opløsningsmidler – hjerneskader	1989	34
Penicillinallergi	1994	37
Plastikkirurgisk indgreb – dødsfald	1993	36
Postoperativt dødsfald efter underlivsoperation	1992	32
Prostataoperation, efterfulgt af mangelfuld kontrol over vandladningen	1997	49
Præmalig lidelse – lang observations og behandlingstid i forbindelse hermed	1993	49
Rejsesygeforsikring. Dækning af udgifter i relation til forudbestående kronisk sygdom	1997	39
Retten – fremmøde	1988	31
Retten – fremmøde	1992	21
Sternalpunktur med dødeligt forløbende komplikationer	1992	29 ¹
Svulstdiagnose	1990	29
Trafikulykke, dødsfald i forbindelse hermed – utilstrækkelig eftersøgning	1995	25
Traumatisk betændelse i bugspytkirtlen hos et barn	1995	27
Underlivsoperation – komplikationer	1989	42
Underlivsoperation – postoperativt dødsfald	1992	32

¹ rettelsesblad

Urinlederlæsion ved operativ fjernelse af livmoder	1990	20
Vacuumeaktraktor – forløsning med sugekop	1994	47
Vagtlægers forhold	1988	37
Vekurve/fosterhertefrekvens (CTG) under fødslen	1992	36
Vekurve/fosterhertefrekvens (CTG) under fødslen	1994	43
Vurderingsgrundlag – civile søgsmål	1992	23
Vævsprøveundersøgelse – mikroskopisk	1990	37

Psykiatrilovssager

Emne	År	Side
Affektreaktion, annullering af tvangsindlæggelsespapirer	1994	81
Affektreaktion, ganske ligestillet med sindssygdom	1993	96
Affektreaktion, ganske ligestillet med sindssygdom	1994	99
Afvisning af indsat i psykiatrisk afdeling. Efterfølgende selvmord	1997	71
Anke, lovens betingelser, frihedsberøvelse	1993	100
Annullering af tvangsindlæggelsespapirer, affektreaktion	1994	81
Anorexia nervosa, ligestillet med sindssygdom	1988	48
Anorexia nervosa, ligestillet med sindssygdom	1991	29
Behandling af civile sager	1996	41
Behandlingskriteriet, langvarig tvangstilbageholdelse, principiel udtalelse	1994	100
Behandlingsplan, varighed af tilbageholdelse	1992	63
Behandlingssvigt, konsekvensen af at undlade behandling	1992	72
Civile sager, behandling af	1996	41
Demens, frihedsberøvelse, behandling	1991	32
Demens, frihedsberøvelse, behandling	1992	69
Demens, frihedsberøvelse, farlig for andre	1990	52
Farlighed for andre, demens, frihedsberøvelse	1990	52
Farlighedsdekret, psykosediagnose	1989	47
Farlighedsdekret, skizofren, HIVpos. mand	1988	47
Farlighedsdekreter, udvikling	1990	57
Fremmøde i retten	1996	45
Frihedsberøvelse, lovens betingelser	1997	124
Frihedsberøvelse, lovens betingelser, anke	1993	100
Frihedsberøvelse, sindssygdom	1990	50

Frihedsberøvelse, tvangsbehandling, klagesystemet	1993	103
Ganske ligestillet med sindssygdom, affektreaktion, tvangsindlæggelse	1993	96
Ganske ligestillet med sindssygdom, affektreaktion, tvangsindlæggelse	1994	99
Ganske ligestillet med sindssygdom, tvangstilbageholdelse	1992	70
Ganske ligestillet med sindssygdom, tvangstilbageholdelse, overflytning	1993	95
Klagesystemet, tvangsbehandling, frihedsberøvelse	1993	103
Kompetencen til at træffe beslutning om frihedsberøvelse	1997	121
Konsekvensen af at undlade behandling, behandlingssvigt	1992	72
Langvarig tvangstilbageholdelse, mulighed for at gennemføre behandling	1994	103
Langvarig tvangstilbageholdelse, principiel udtalelse, behandlingskriterier	1994	100
Ligestillet med sindssygdom, Anorexia nervosa	1988	48
Ligestillet med sindssygdom, Anorexia nervosa	1991	29
Lovens betingelser, frihedsberøvelse	1997	124
Lovens betingelser, frihedsberøvelse, anke	1993	100
Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	1996	97
Lægeerklæring ved tvangsindlæggelse, personlig undersøgelse	1988	46
Lægeerklæring ved tvangsindlæggelse, personlig undersøgelse	1991	26
Lægeerklæring ved tvangsindlæggelse, personlig undersøgelse	1993	98
Mulighed for at gennemføre behandling, langvarig tvangstilbageholdelse	1994	103
Overflytning til anden afdeling, tvangstilbageholdelse	1993	95
Principiel udtalelse, langvarig tvangstilbageholdelse, behandlingskriteriet	1994	100
Psykiatriske erklæringer i psykiatrilovssager, kvalitetskrav	1993	96
Psykosediagnose, farlighedsdekret	1989	47
Selv mord, begået af indsat der blev nægtet tvangsindlæggelse	1997	71
Syfilistisk sindssygdom, frihedsberøvelse	1990	52
Tvangsbehandling, klagesystemet, frihedsberøvelse	1993	103
Tvangsbehandling, tvangstilbageholdelse	1991	27
Tvangsbehandling, tvangstilbageholdelse	1992	63
Tvangsindlæggelse af indsat nægtet. Efterfølgende selvmord	1997	71

Tvangsindlæggelse, affektreaktion, ganske ligestillet med sindssygdom	1993	96
Tvangsindlæggelse, observation i 48 timer	1996	97
Tvangstilbageholdelse, ganske ligestillet med sindssygdom	1992	70
Tvangstilbageholdelse, overflytning til anden afdeling	1993	95
Tvangstilbageholdelse, sindssygdom, behandlingskriteriet	1996	99
Tvangstilbageholdelse – Sundhedsstyrelsen om "sanktionering" af en læges beslutning	1997	121
Tvangstilbageholdelse – trods weekendfrihed	1997	119
Tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling	1991	27
Tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling	1992	63
Varighed af tvangstilbageholdelse, Anorexia nervosa	1991	29
Varighed af tvangstilbageholdelse, behandlingsplan, paranoia	1997	119
Varighed af tvangstilbageholdelse, behandlingsplan, skizofreni	1992	63
Varighed af tvangstilbageholdelse, skizofreni	1991	31

Straffelovssager

Emne	År	Side
Abnorm enkeltreaktion, manddrab	1989	106
Abnorm enkeltreaktion, stærk sindsbevægelse	1993	73
Abnorm enkeltreaktion, stærk sindsbevægelse, manddrab	1993	79
Abnorm enkeltreaktion, stærk sindsbevægelse, § 69tilstand	1994	77
Abnorm enkeltreaktion – vellykket behandlingsforløb efter dom til særforanstaltning for drab	1995	99
Administration af psykiatrisk særforanstaltning, skizofreni, farlighedsvurdering	1993	57
Afdelingstyper, indlæggelse af retslige patienter	1988	52
Afgrænsning, ligestillet med sindssygdom, organisk hjerneskade	1994	73
Aldersbestemmelse – biologisk (sandsynlighed og sikkerhed)	1997	45
Almindelig straf, men sindssyg på gerningstidspunktet	1995	69
Ambulant psykiatrisk behandling – klage over indlæggelse i medfør af dom til	1995	101
Anbringelse i hospital for sindslidende – vold	1997	77
Anbringelse på sikringsanstalten, forsøg på manddrab	1988	52
Aspergers syndrom – vold – behandlingsdom	1997	90
Autisme – ildspåsættelse	1997	89

Behandlingsmotivation, varighed af en psykiatrisk særforanstaltning, epilepsi	1993	62
Behandlingssvigt	1995	59
Biologisk aldersbestemmelse, sandsynlighed og sikkerhed.....	1997	45
Bizar handling, psykosediagnose, kvalitetskontrol	1994	65
Bombemand med hallucinationer	1995	47
Brandstiftelse, epilepsi, ligestillet med sindssygdom	1988	100
Brandstiftelse, grænsepsykose	1988	68
Brandstiftelse, hjerneskade, straffelovens § 69, stk. 1	1988	80
Brandstiftelse, længstetid ved domme efter straffelovens § 69, stk 1	1988	68
Brandstiftelse, skizofreni	1988	93
Brandstiftelse, åndssvag der også er sindssyg	1992	53
Brandstiftelse, åndssvaghed i lettere grad	1990	75
Dissens, psykiatrisk særforanstaltning, ikke sindssyg	1993	91
Dissimuleringen – sindssyges simuleringen rask	1997	77
Drab, personlighedsafvigelse, forvaring	1992	60
Egnethed til at føre motorkøretøj, mani-depressiv psykose	1989	104
Epilepsi, behandlingsmotivation afdelingstype	1993	62
Epilepsi, ligestillet med sindssygdom	1988	100
Farlighedsvurdering af psykisk syge og/eller personlighedsforstyrrede kriminelle	1995	77
Farlighedsvurdering, betydning ved forslag om sanktionsvalg	1996	69
Farlighedsvurdering, ikke sindssyg, forvaring	1988	117
Farlighedsvurdering, karakterafvigelse, prøveløsladelse	1993	87
Farlighedsvurdering, sindssyge	1988	93
Farlighedsvurdering, varighed af psykiatrisk særforanstaltning, skizofreni	1993	57
Farlighedsvurdering – vrangforestillingerens betydning herfor	1997	77
Fontexsagen	1995	35
Forhandling, uenighedssager	1989	56
Forvaring, drab, personlighedsafvigelse	1992	60
Forvaring, farlighedsvurdering, ikke sindssyge	1988	117
Forvaring, medicinsk kastration, kirurgisk kastration	1994	53
Forvaring, sinke, forsøg på voldtægt	1989	114
Fremmøde i retten.....	1996	45
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	1997	89
Grænsepsykosepsykose, sædelighedskriminalitet	1989	111
Grænsepsykose, straffelovens § 69, stk. 1, længstetid	1988	68

Hallucinationer, bombemand med	1995	47
Hjerneskode, straffelovens § 69, stk. 1, anbringelsesmulighed	1988	80
Ikke sindssyg, manddrab, behandlingsdom	1989	106
Ikke sindssyg, psykiatrisk særforanstaltning, dissens	1993	91
Ikke utilregnelig, sindssygdom, almindelig straf	1989	56
Ildspåsættelse – infantil autisme – dom til ambulantly psykiatrisk behandling	1997	89
Indhold, administration af psykiatrisk særforanstaltning	1994	93
Infantil autisme – ildspåsættelse – dom til ambulantly behandling	1997	89
Ingen foranstaltning – syfilistisk sindssygdom på gerningstiden	1995	65
Insulintilfælde i trafikken – en tilstand ligestillet med sindssygdom	1997	61
Karakterafvigelse, farlighedsvurdering, prøveløsladelse	1993	87
Karakterafvigelse, psykiatrisk særforanstaltning	1989	86
Kirurgisk kastration, medicinsk kastration, forvaring	1994	53
Klage over indlæggelse i medfør af dom til ambulantly psykiatrisk behandling	1995	101
Kvalitetskontrol, psykose diagnose, bizar handling	1994	65
Ligestillet med sindssygdom, afgrænsning, organisk hjerneskode	1994	73
Ligestillet med sindssygdom, Amfetamin, alkohol	1989	100
Ligestillet med sindssygdom – Aspergers syndrom og infantil autisme	1997	89
Ligestillet med sindssygdom, epilepsi, brandstiftelse	1988	100
Ligestillet med sindssygdom – insulintilfælde i trafikken	1997	61
Længstetid ved domme efter straffelovens § 69, stk. 1, brandstiftelse	1988	68
Manddrab, abnorm enkeltreaktion	1989	106
Manddrab – anbringelsesdom	1997	95
Manddrab, farlighedsvurdering, ikke sindssyge	1988	117
Manddrab, forsøg på, anbringelse på sikringsanstalten	1988	52
Manddrab, forsøg på, anbringelse på sikringsanstalten	1989	124
Manddrab, ikke sindssyge, behandlingsdom	1989	106
Manddrab, psykosebegrebet	1989	68
Manddrab, straffelovens § 73, stærk sindsbevægelse	1993	66
Manddrab, stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion	1993	79
Manddrab, udlænding, psykosed diagnose	1988	106
Manddrab, udlænding, psykosed diagnose	1993	73
Maniodepressiv psykose, egnethed til at føre motorkøretøj	1989	104

Medicinsk kastration hos person med risiko for udvikling af leverkræft	1995	41
Medicinsk kastration, kirurgisk kastration, forvaring	1994	53
Narkokriminalitet, straffelovens § 73	1991	38
Ophævelse af en behandlingsforanstaltning uden reelt indhold	1996	93
Organisk hjerneskade, ligestillet med sindssygdom, afgrænsning	1994	73
§ 69tilstand, stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion	1994	77
Paranoia	1996	89
Patologisk rus, forsøg på voldtægt	1989	100
Patologisk rustilstand	1995	81
Patologisk rus, vold	1992	56
Patologisk spillelidenskab (alemania)	1996	73
Personlighedsafvigelse, demens, behandlingsdom	1989	86
Posttraumatisk stresstilstand, psykosediagnose, udlænding	1994	87
Proportionalitetshensyn – varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger	1997	99
Proportionalitetshensyn versus lægefaglig vurdering	1996	65
Prøveløsladelse, farlighedsvurdering, karakterafvigelse	1993	87
Psykiatrisk særforanstaltning, administration, indhold	1994	93
Psykiatrisk særforanstaltning, ikke sindssyg, dissens	1993	91
Psykiatrisk særforanstaltning, karakterafvigelse	1989	86
Psykosebegrebet, manddrab	1989	68
Psykosediagnose, bizar handling, kvalitetskontrol	1994	65
Psykosediagnose, posttraumatisk stresstilstand, udlænding	1994	87
Psykosediagnose, stofmisbrug, "uanbringelige" retslige patienter	1991	45
Psykosediagnose, udlænding, manddrab	1988	106
Psykosediagnose, udlænding, manddrab	1993	73
Psykosediagnose ved mentalobservation under indlæggelse anbefalet af Retslægerådet	1997	95
Recidivrisiko, varighed af psykiatrisk særforanstaltning	1991	41
Reobservation, forretningsordenens § 5	1989	56
Reobservation hos et af rådets medlemmer	1989	68
Reobservation, forretningsordenens § 5	1995	89
Risiko for kriminelt recidiv, skærpelse af psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens § 72	1996	83
Sikringsanstalten, varighed af anbringelse	1989	124
Sindssyg der også er åndssvag, brandstiftelse	1992	53

Sindssyg på gerningstidspunktet, men idømt almindelig straf	1995	69
Sindssygdom, ikke utilregnelig, almindelig straf	1989	56
Sindssyges simuleringen rask (dissimuleringen)	1997	77
Sinke, forvaring	1989	114
Skizofreni, farlighedsvurdering, varighed af psykiatrisk særforanstaltning	1993	57
Skizofreni, tvang kontra frivillighed	1992	50
Skizofreni, "uanbringelige" retslige patienter	1992	39
Skærpelse af psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens § 72 på grund af risiko for kriminelt recidiv	1996	83
Stofmisbrug, psykosediagnose, "uanbringelige" retslige patienter	1991	45
Straffeloven og anbringelsesdom. Farlighedsvurderingers betydning ved forslag om sanktionsvalg	1996	69
Straffelovens § 73, narkokriminalitet	1991	38
Straffelovens § 73, stærk sindsbevægelse, manddrab	1993	66
Stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion	1993	73
Stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion, manddrab	1993	79
Stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion, § 69tilstand	1994	77
Stærk sindsbevægelse, manddrab, straffelovens § 73	1993	66
Syfilistisk sindssygdom på gerningstiden – ingen foranstaltning	1995	65
Sædelighedskriminalitet, grænsepsykosepsykose	1989	111
Tilstand ligestillet med sindssygdom på grund af sukkersyge	1996	45
Tvang kontra frivillighed, skizofreni	1992	50
"Uanbringelige" retslige patienter, psykosediagnose, stofmisbrug	1991	45
"Uanbringelige" retslige patienter, skizofreni	1992	39
Udlænding, posttraumatisk stresstilstand, psykosediagnose	1994	87
Udlænding, psykosediagnose, manddrab	1988	106
Udlænding, psykosediagnose, manddrab	1993	73
Udvisning, varighed af en dom til behandling	1991	55
Uenighedssager, forhandling	1989	56
Varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger	1997	99
Varighed af en dom til behandling, udvisning	1991	55
Varighed af en psykiatrisk særforanstaltning, behandlingsmotivation, epilepsi	1993	62
Varighed af en psykiatrisk særforanstaltning, skizofreni	1991	41
Varighed af en psykiatrisk særforanstaltning, skizofreni, farlighedsvurdering	1993	57

Vellykket behandlingsforløb efter dom til særforanstaltning for drab under "abnorm enkeltreaktion"	1995	99
Vold – Aspergers syndrom – behandlingsdom	1997	90
Vold, patologisk rus	1992	56
Voldtægt, forsøg på, forvaring	1989	114
Voldtægt, forsøg på, patologisk rus	1989	100
Vrangforestillingerens betydning for farlighedsvurderinger	1997	77
Åndsvag der også er sindssyg, brandstiftelse	1992	53
Åndssvaghed i lettere grad, brandstiftelse	1990	75

Andre sagstyper, generelle udtalelser m.v.

<u>Emne</u>	<u>År</u>	<u>Side</u>
Amfetaminbestemmelse, urin, blod	1989	100
Behandling af civile sager	1996	41
Civile sager, behandling af	1996	41
Dissens – Retslægerådets funktion	1995	53
Farlighedsvurdering af psykisk syge og/eller personligsforstyrrede kriminelle	1995	77
Forretningsordenens § 5, reobservation ved et af Retslægerådets medlemmer	1995	89
Fremmøde i retten og Retslægerådets funktion	1996	45
Inddragelse af jagttegn på grund af sindssygdom	1997	85
Jagttegn til sindssyge	1997	85
Kontrol og overvågning af indlagte, selvmordsfarlige patienter	1997	67
Kvaliteten af retspsykiatriske erklæringer	1994	61
Lægeansvar og lægefejl	1997	25
Myndighedslovens § 65, sindssyg	1990	71
Neuroleptisk malign syndrom	1988	51

Psykiatriske erklæringer i tvangstilbageholdelsessager	1989	128
Reobservation, forretningsordenens § 5	1995	89
Retslægerådets funktion – dissens	1995	53
Retslægerådets funktion og fremmøde i retten	1996	45
Retslægerådets præmisser og udtalelser i sager, der forelægges rådet	1997	25
Retspsykiatriske erklæringer, kvalitetskrav	1993	96
Retspsykiatriske erklæringer, kvalitetskrav	1994	61
Schæffergårdsmødet	1997	25
"Second opinion". Retslægerådets afgivelse af supplerende responsum	1997	57
Selvmoedsfarlige patienter. Kontrol og overvågning af indlagte psykiatriske patienter	1997	67
Udtalelse om "Kriminelle personer og psykiatriloven" med dissens	1990	55
Udtalelse om varighed af tvangstilbageholdelse med dissens	1994	100
Umyndiggørelse, dårligt oplyst sag	1995	75
Umyndiggørelse, ophævelse af, skizofreni	1993	83
Varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger – artikel baseret på 7 afgørelser	1997	99
Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og anden tvang i psykiatrien, som forelægges Retslægerådet	1994	105
Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende ændring/ophævelse af en idømt særforanstaltning, jf. straffelovens § 72	1994	107
Ægteskabstilladelse, åndssvage	1988	138
Åndssvage, ægteskabstilladelse	1988	138