

**Retslægerådets
årsberetning
1994**

ISSN 0906-4567
ISBN 87-601-6153-1

Schultz Grafisk A/S

Indholdsfortegnelse

| | Side |
|--|------|
| Forord | 5 |
| Register til Retslægerådets årsberetning 1988 – 1994 | 7 |
| Retslægerådets organisation | 15 |
| Sager behandlet i Retslægerådet i 1994 | 26 |
| Sagsstatistik 1988 – 1994 | 29 |
| Bedøvelse af gravid kvinde med svangerskabsforgiftning | 33 |
| Lægefejsag – Penicillinallergi | 37 |
| Lægelige udtalelser i erstatningssager i forbindelse med arbejdsskader eller lægelig diagnostik og behandling forelagt Retslægerådet | 41 |
| Om konsekvenserne af registrering af fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen | 43 |
| Forløsning med sugekop (vacuumekstraktor) | 47 |
| Indtagelse af mavesårsmidler af typen H ₂ -Receptorantagonister, for eksempel cimetidin- og ranitidinholdig medicin i forbindelse med spiritussager | 51 |
| Medicinsk kontra kirurgisk kastration | 53 |
| Kvaliteten af retspsykiatriske erklæringer | 61 |
| En enkeltstående bizar handling danner ikke i sig selv grundlag for at konkludere sindssyg på gerningstidspunktet | 65 |
| På grænsen til en tilstand ligestillet med sindssygdom | 73 |
| Abnorm enkeltreaktion | 77 |
| Annullering af tvangsindlæggelsespapirer? | 81 |
| Transkulturel retspsykiatri, et problemområde | 87 |
| De psykiatriske særforanstaltningers administration og indhold | 93 |
| Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien | 99 |

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----|
| Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og anden tvang i psykiatrien, som forelægges Retslægerådet | 105 |
| Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende ændring/ophævelse af en idømt særforanstaltning, jf. straffelovens § 72 | 107 |

Forord

I årsberetningen for 1994 har Retslægerrådet valgt at bringe et stikordsregister over de emner, som er behandlet i årsberetningerne 1988-94, idet det er håbet, at et sådant register vil lette oversigten. Som registreringsord for de enkelte sager er valgt de mest centrale, hvorfor en enkelt sag udmærket kan være registreret under flere stikord. For registret over psykiatrisager har det vist sig hensigtsmæssigt at opdele registret efter emner, såsom straffelovssager, psykiatrilovssager m.v.

Derudover indeholder årsberetningen nogle mere generelle kommentarer; blandt andet gør Retslægerrådet op med den myte, at visse lægemidler til mavesårsbehandling formodes at kunne påvirke resultatet af alkoholanalyser m.v. i færdselssager, ligesom Retslægerrådet fremsætter nogle generelle bemærkninger vedrørende lægeerklæringer i sager omhandlende såvel somatiske (legemlige) som psykiatriske spørgsmål.

Endvidere indeholder beretningen en række enkeltsager, som skønnes at have en bredere generel interesse.

Det er Retslægerrådets opgave at afgive lægevidenskabelige eller farmaceutiske skøn og således ikke indlade sig på juridiske tolkninger m.v. I nogle tilfælde lægger spørgsmålsudformningen op til en sådan tolkning. Retslægerrådet må således i visse sager enten undlade at besvare det/de stillede spørgsmål eller bevæge sig på grænsen mellem medicin og jura. Rådet er opmærksom på forholdet og arbejder med en ensartet stillingtagen til problemet, men i den enkelte sag er det naturligvis de voterende – medlemmer eller sagkyndige – der har deltaget i sagens behandling, som afgør udformningen af Retslægerrådets udtalelse og har det endelige ansvar for denne.

Register til Retslægerådets årsberetning 1988 – 1994

Medicinske sager

| Emne | År | Side |
|--|------|------------------|
| Abortindgreb – bestående graviditet efter | 1990 | 46 |
| Arbejdsmedicinske skader i bevægeapparatet | 1991 | 21 |
| Astmadødsfald | 1989 | 38 |
| Bedøvelse af gravid kvinde med svangerskabsforgiftning | 1994 | 33 |
| Benådningssager | 1990 | 33 |
| Beredskabsplan ved modtagelsen af svært traumatiseret patient . | 1993 | 41 |
| Bestående graviditet efter abortindgreb | 1990 | 46 |
| Bevægeapparatet – arbejdsmedicinske skader | 1991 | 21 |
| Blodalkoholkoncentration – indånding af flygtige stoffer | 1989 | 23 |
| Brystknudeundersøgelser | 1989 | 40 |
| Civile søgsmål – vurderingsgrundlag | 1992 | 23 |
| Dykkersyge | 1992 | 26 |
| Dødeligt forløbende komplikationer ved sternalpunktur | 1992 | 29 ¹⁾ |
| Dødsfald efter ambulantlystkirurgisk indgreb | 1993 | 36 |
| Dødsfald i forbindelse med graviditet uden for livmoderen | 1993 | 27 |
| Elektrocochleografi – kollektiv klage over bivirkninger i forbindelse med specifik undersøgelse | 1993 | 52 |
| 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 |
| Fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen | 1992 | 36 |
| Fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG) under fødslen | 1994 | 43 |
| Fremmøde i retten | 1988 | 31 |
| Fremmøde i retten | 1992 | 21 |
| Fødsel – forblødningsdød i forbindelse hermed | 1993 | 21 |
| Fødsel – fosterhjerterefrekvens/vekurve (CTG) | 1992 | 36 |

1) rettelsesblad.

| Emne | År | Side |
|--|------|-----------------|
| Fødsel – fosterhertefrekvens/vekurve (CTG) | 1994 | 43 |
| Galdevejslæsioner – iatrogene | 1988 | 39 |
| Graviditet efter abortindgreb | 1990 | 46 |
| Graviditet uden for livmoderen – dødsfald | 1993 | 27 |
| Hjerneskode 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 |
| Klager over medicinalpersoner | 1988 | 33 |
| Komplikationer til underlivsoperation | 1989 | 42 |
| Komplikationer ved sternalpunktur | 1992 | 29 ¹ |
| Kranietraume – observation og information i forbindelse hermed | 1993 | 45 |
| Livmoderen – graviditet uden for livmoderen | 1993 | 27 |
| Lægelige udtalelser i erstatningssager | 1994 | 41 |
| Mavesårsmedicin – indtagelse i forbindelse med spiritus | 1994 | 51 |
| Medicinalpersoner – klager | 1988 | 33 |
| Mikroskopisk vævsprøveundersøgelse | 1990 | 37 |
| Narkosekomplikationer | 1989 | 27 |
| Naturmedicin mod epilepsi | 1989 | 36 |
| Observation og information i forbindelse med kranietraume | 1993 | 45 |
| Opløsningsmidler – hjernesker | 1989 | 34 |
| Penicillinallergi | 1994 | 37 |
| Plastikkirurgisk indgreb – dødsfald | 1993 | 36 |
| Postoperativt dødsfald efter underlivsoperation | 1992 | 32 |
| Præmalign lidelse – lang observations- og behandlingstid i forbindelse hermed | 1993 | 49 |
| Retten – fremmøde | 1988 | 31 |
| Retten – fremmøde | 1992 | 21 |
| Sternalpunktur med dødeligt forløbende komplikationer | 1992 | 29 ¹ |
| Svulstdiagnose | 1990 | 29 |
| Underlivsoperation – komplikationer | 1989 | 42 |
| Underlivsoperation – postoperativt dødsfald | 1992 | 32 |
| Urinlederslæsion ved operativ fjernelse af livmoder | 1990 | 20 |

1) rettelsesblad.

| Emne | År | Side |
|--|------|------|
| Vacuumekstraktor – forløsning med sugeskop | 1994 | 47 |
| Vagtlægers forhold | 1988 | 37 |
| Vekurve/fosterhjerterefrekvens (CTG) under fødslen | 1992 | 36 |
| Vekurve/fosterhjerterefrekvens (CTG) under fødslen | 1994 | 43 |
| Vurderingsgrundlag – civile søgsmål | 1992 | 23 |
| Vævsprøveundersøgelse – mikroskopisk | 1990 | 37 |

Psykiatriloessager

| Emne | År | Side |
|--|------|------|
| Affektreaktion, annullering af tvangsindlæggelsespapirer | 1994 | 81 |
| Affektreaktion, ganske ligestillet med sindssygdom | 1993 | 96 |
| Affektreaktion, ganske ligestillet med sindssygdom | 1994 | 99 |
| 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 |
| Behandlingskriteriet, langvarig tvangstilbageholdelse, principiel udtalelse | 1994 | 100 |
| Behandlingsplan, varighed af tilbageholdelse | 1992 | 63 |
| Behandlingssvigt, konsekvensen af at unklade behandling | 1992 | 72 |
| 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, HIV-pos. mand | 1988 | 47 |
| Farlighedsdekreter, udvikling | 1990 | 57 |
| 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 |

| Emne | År | Side |
|--|------|------|
| Ganske ligestillet med sindssygdom, tvangstilbageholdelse | 1992 | 70 |
| Ganske ligestillet med sindssygdom, tvangstilbageholdelse, overflytning | 1993 | 95 |
| Klagesystemet, tvangsbehandling, frihedsberøvelse | 1993 | 103 |
| 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, anke | 1993 | 100 |
| Lægeerklæring ved tvangsendlæggelse, personlig undersøgelse .. | 1988 | 46 |
| Lægeerklæring ved tvangsendlæggelse, personlig undersøgelse .. | 1991 | 26 |
| Lægeerklæring ved tvangsendlæggelse, 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 |
| Syfilistisk sindssygdom, frihedsberøvelse | 1990 | 52 |
| Tvangsbehandling, klagesystemet, frihedsberøvelse | 1993 | 103 |
| Tvangsbehandling, tvangstilbageholdelse | 1991 | 27 |
| Tvangsbehandling, tvangstilbageholdelse | 1992 | 63 |
| Tvangsendlæggelse, affektreaktion, ganske ligestillet med sindssygdom | 1993 | 96 |
| Tvangstilbageholdelse, ganske ligestillet med sindssygdom | 1992 | 70 |
| Tvangstilbageholdelse, overflytning til anden afdeling | 1993 | 95 |
| Tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling | 1991 | 27 |
| Tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling | 1992 | 63 |
| Varighed af tvangstilbageholdelse, Anorexia nervosa | 1991 | 29 |
| 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, § 69-tilstand | 1994 | 77 |
| Administration af psykiatrisk særforanstaltning, skizofreni, farlighedsvurdering | 1993 | 57 |
| Afdelingstyper, indlæggelse af retslige patienter | 1988 | 52 |
| Afgrænsning, ligestillet med sindssygdom, organisk hjerneskade | 1994 | 73 |
| Anbringelse på sikringsanstalten, forsøg på manddrab | 1988 | 52 |
| Behandlingsmotivation, varighed af en psykiatrisk særforanstaltning, epilepsi | 1993 | 62 |
| Bizar handling, psykosedidiagnose, kvalitetskontrol | 1994 | 65 |
| 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 |
| Drab, personlighedsafvigelse, forvaring | 1992 | 60 |
| Egnet til at føre motorkøretøj, manio-depressiv psykose | 1989 | 104 |
| Epilepsi, behandlingsmotivation, afdelingstype | 1993 | 62 |
| Epilepsi, ligestillet med sindssygdom | 1988 | 100 |
| Farlighedsvurdering, ikke sindssyg, forvaring | 1988 | 117 |
| Farlighedsvurdering, karakterafvigelse, prøveløsladelse | 1993 | 87 |
| Farlighedsvurdering, sindssyge | 1988 | 93 |
| Farlighedsvurdering, varighed af psykiatrisk særforanstaltning, skizofreni | 1993 | 57 |
| 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 |

| Emne | År | Side |
|--|------|------|
| Grænsepsykose-psykose, sædelighedskriminalitet | 1989 | 111 |
| Grænsepsykose, straffelovens § 69, stk. 1, længstetid | 1988 | 68 |
| 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 |
| Indhold, administration af psykiatrisk særforanstaltning | 1994 | 93 |
| Karakterafvigelse, farlighedsvurdering, prøveløsladelse | 1993 | 87 |
| Karakterafvigelse, psykiatrisk særforanstaltning | 1989 | 86 |
| Kirurgisk kastration, medicinsk kastration, forvaring | 1994 | 53 |
| 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, epilepsi, brandstiftelse | 1988 | 100 |
| Længstetid ved domme efter straffelovens § 69, stk. 1, brandstiftelse | 1988 | 68 |
| Manddrab, abnorm enkeltreaktion | 1989 | 106 |
| Manddrab, farlighedsvurdering, ikke sindssyge | 1988 | 117 |
| Manddrab, forsøg på, anbringelse på sikringsanstalten | 1988 | 52 |
| Manddrab, forsøg på anbringelse på sikringsanstalten | 1989 | 124 |
| Manddrab, ikke sindssyg, behandlingsdom | 1989 | 106 |
| Manddrab, psykosebegrebet | 1989 | 68 |
| Manddrab, straffelovens § 73, stærk sindsbevægelse | 1993 | 66 |
| Manddrab, stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion | 1993 | 79 |
| Manddrab, udlænding, psykosediagnose | 1988 | 106 |
| Manddrab, udlænding, psykosediagnose | 1993 | 73 |
| Manio-depressiv psykose, egnethed til at føre motorkøretøj | 1989 | 104 |
| Medicinsk kastration, kirurgisk kastration, forvaring | 1994 | 53 |
| Narkokriminalitet, straffelovens § 73 | 1991 | 38 |
| Organisk hjerneskode, ligestillet med sindssygdom, afgrænsning | 1994 | 73 |
| § 69-tilstand, stærk sindsbevægelse, abnorm enkeltreaktion | 1994 | 77 |
| Patologisk rus, forsøg på voldtægt | 1989 | 100 |
| Patologisk rus, vold | 1992 | 56 |
| Personlighedsafvigelse, demens, behandlingsdom | 1989 | 86 |
| Posttraumatisk stresstilstand, psykosediagnose, udlænding | 1994 | 87 |
| Prøveløsladelse, farlighedsvurdering, karakterafvigelse | 1993 | 87 |

| Emne | År | Side |
|---|------|------|
| 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 |
| Recidivrisiko, varighed af psykiatrisk særforanstaltning | 1991 | 41 |
| Reobservation, forretningsordenens § 5 | 1989 | 56 |
| Sikringsanstalten, varighed af anbringelse | 1989 | 124 |
| Sindssyg der også er åndssvag, brandstiftelse | 1992 | 53 |
| Sindssygdom, ikke utilregnelig, almindelig straf | 1989 | 56 |
| Sinke, forvaring | 1989 | 114 |
| Skizofreni, farlighedsvurdering, varighed af psykiatrisk særforanstaltning | 1993 | 57 |
| Skizofreni, tvang kontra frivillighed | 1992 | 50 |
| Skizofreni, »uanbringelige« retslige patienter | 1992 | 39 |
| Stofmisbrug, psykosediagnose, »uanbringelige« retslige patienter | 1991 | 45 |
| 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, § 69 -tilstand | 1994 | 77 |
| Stærk sindsbevægelse, manddrab, straffelovens § 73 | 1993 | 66 |
| Sædelighedskriminalitet, grænsepsykose-psykose | 1989 | 111 |
| 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 |

| Emne | År | Side |
|--|------|------|
| 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 |
| Vold, patologisk rus | 1992 | 56 |
| Voldtægt, forsøg på, forvaring | 1989 | 114 |
| Voldtægt, forsøg på, patologisk rus | 1989 | 100 |
| Åndssvag der også er sindssyg, brandstiftelse | 1992 | 53 |
| Åndssvaghed i lettere grad, brandstiftelse | 1990 | 75 |

Andre sagstyper, generelle udtalelser m.v.

| Emne | År | Side |
|--|------|------|
| Amfetaminbestemmelse, urin, blod | 1989 | 100 |
| Kvaliteten af retspsykiatriske erklæringer | 1994 | 61 |
| Myndighedslovens § 65, sindssyg | 1990 | 71 |
| Neuroleptisk malignsyndrom | 1988 | 51 |
| Psykiatriske erklæringer i tvangstilbageholdelsessager | 1989 | 128 |
| Retspsykiatriske erklæringer, kvalitetskrav | 1993 | 96 |
| Retspsykiatriske erklæringer, kvalitetskrav | 1994 | 61 |
| Udtalelse om »Kriminelle personer og psykiatriloven« med dissens | 1990 | 55 |
| Udtalelse om varighed af tvangstilbageholdelse med dissens | 1994 | 100 |
| Umyndiggørelse, ophævelse af, skizofreni | 1993 | 83 |
| 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 |

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet

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

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

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

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

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

§ 4. Såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse, skal rå-

det forhandle med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører. Sådant forhandling skal altid finde sted i tilfælde, hvor der er væsentlig uoverensstemmelse mellem en i embeds medfør afgivet lægeerklæring og rådets bedømmelse af sagen.

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

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

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

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

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

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

Retslægerådets medlemmer

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

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

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

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

Cheflæge Anne Lindhardt,
Roskilde Amtssygehus Fjorden
(psykiatri).

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

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

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

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

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

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

Sagkyndige anvendt i 1994

1. *Overlæge, dr.med. Steen Ahrons,*
Odense Universitetshospital,
Gynækologisk obstetrisk afdeling D
(gynækologi og obstetrik)
2. *Overlæge, dr.med. Else Andersen,*
Hillerød Sygehus, Børneafdeling H
(pædiatri)
3. *Professor, overlæge, dr.med. Johan A. Andersen,*
Odense Universitetshospital, Patologisk
Institut, (patologisk anatomi)
4. *Overlæge, dr.med. Kjeld Skou Andersen,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Ortopædkirurgisk afdeling T 119
(ortopædi)
5. *Overlæge, dr.med. Paul Lehm Andersen,*
Marselisborg Hospital, Medicinsk-
Epidemisk afdeling A, (medicin)
6. *Lektor, lic.odont. Merete Bakke,*
Københavns Tandlægeskole, Afdeling for
bidfunktion og oralfysiologi
(odontologi)
7. *Professor, overlæge, dr.med. Henning Beck-
Nielsen,*
Odense Universitetshospital, Medicinsk
afdeling M, (medicin)
8. *Overlæge Per Kærgaard Bjerre,*
Odense Universitetshospital,
Neurokirurgisk afdeling U, (kirurgi)
9. *Professor, overlæge, dr.med. Mogens Blichert-
Toft,*
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
10. *Professor Lars Axel Bolund,*
Århus Universitet, Human Genetisk
Institut, (genetik)
11. *Professor, overlæge, dr.med. Gudrun Boysen,*
Hvidovre Hospital, Neuromedicinsk
afdeling, (neuromedicin)
12. *Professor, overlæge, dr.med. Poul Bretlau,*
Rigshospitalet, Øre-, næse- og halsafdeling F
(oto-rhino-lar.)
13. *Overlæge, dr.med. Flemming Burcharth,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Kirurgisk- gastroenterologisk afdeling
(kirurgi)
14. *Professor, overlæge, dr.med. Cody Eric Bünger,*
Århus Kommunehospital, Kirurgisk
afdeling E, (ortopædi)
15. *Tandlæge Poul Cappelørn,*
København, (odontologi)
16. *Speciallæge, dr.med. Christian Broen
Christensen,*
Farum, (farmakologi)
17. *Professor Freddy Christiansen,*
Århus Universitet, Afdeling for Genetik og
Biologi, (genetik)
18. *Overlæge Jens Krogh Christoffersen,*
Københavns Amtssygehus i Gentofte,
Urologisk- karkirurgisk afdeling H
(kirurgi)
19. *Overlæge, dr.med. Leif Corydon,*
Vejle Sygehus, Øjenafdelingen
(oftalmologi)
20. *Professor, overlæge, dr.med. Ronald Dahl,*
Århus Kommunehospital, Lungemedicinsk
afdeling B, (medicin)

21. *Overlæge, dr.med. Torsten Deckert,*
Steno Diabetes Center i Gentofte,
Medicinsk endokrinologisk afdeling
(medicin)
22. *Overlæge, dr.med. Harriet Dige-Petersen,*
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,
Klinisk fysiologisk nuklearmedicinsk
afdeling, (klinisk fysiologi)
23. *Professor, overlæge, dr.med. Asger Dirksen,*
Bispebjerg Hospital, Lungemedicinsk
afdeling P, (medicin)
24. *Overlæge, dr.med. Søren Dorph,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Røntgenafdelingen, (radiologi)
25. *Overlæge Ole Ejner Drachmann,*
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,
Klinisk immunologisk afdeling og
Blodbank, (alkohol- og
medicinpåvirkethed)
26. *Overlæge, dr.med. Aage Drivsholm,*
Rigshospitalet, Medicinsk-hæmatologisk
afdeling L, (medicin)
27. *Overlæge, dr.med. Krzysztof T. Drzewiecki,*
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling S
(kirurgi)
28. *Overlæge Uffe Dyreborg,*
Odense Universitetshospital,
Røntgendiagnostisk afdeling
(radiologi)
29. *Professor, overlæge, dr.med. Ole Elbrønd,*
Århus Kommunehospital, Øre-, næse- og
halsafdeling H, (oto-rhino-lar.)
30. *Overlæge Jørgen Eriksen,*
Bispebjerg Hospital, Anæstesiologisk
afdeling R, (anæstesiologi)
31. *Overlæge, dr.med. Ole Faber,*
Sygehuset Øresund, Medicinsk afdeling
(medicin)
32. *Vicestatsobducent Erling Falk,*
Odense Universitet, Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
33. *Lektor, lic.pharm. Søren Felby,*
Københavns Universitet, Retsmedicinsk
Institut, (retskemi)
34. *Professor, overlæge, dr.med. Flemming Gjerris,*
Rigshospitalet, Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)
35. *Administrerende overlæge Peter Gottlieb,*
Sankt Hans Hospital, Psykiatrisk afdeling R
(psykiatri)
36. *Professor, overlæge, dr.med. Eilif Gregersen,*
Rigshospitalet, Øjenafdeling E
(oftalmologi)
37. *Professor, dr.med. Markil Gregersen,*
Århus Universitet, Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
38. *Overlæge, dr.med. Ole Greisen,*
Aalborg Sygehus Syd, Øre-, næse- og
halsafdeling H, (oto-rhino-lar.)
39. *Overlæge, dr.med. Finn Gyntelberg,*
Rigshospitalet, Arbejdsmedicinsk klinik AR
(arbejdsmedicin)
40. *Administrerende overlæge Niels Hahnemann,*
Aalborg Sygehus Nord, Gynækologisk
afdeling, (gynækologi-obstetrik)
41. *Professor, overlæge, dr.med. Tage Hald,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Urologisk afdeling H, (kirurgi)
42. *Apoteker Vagn Handlos,*
Rigshospitalet, Apoteket, (farmakologi)
43. *Overlæge Jens E. Møhlholm Hansen,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Medicinsk endokrinologisk afdeling F
(medicin)

44. *Overlæge, dr.med. Finn Hardt,*
Hvidovre Hospital, Gastroenterologisk
afsnit, (medicin)
45. *Overlæge Gitte Juel Henningsen,*
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,
Børnepsykiatrisk afdeling Q
(børnepsykiatri)
46. *Fhv. afdelingsleder, dr.med. Klavs Henningsen,*
Skodsborg, (paternitetssager)
47. *Overlæge Hans Henriksen,*
Rigshospitalet, Anæstesiologisk afdeling
AN, (anæstesiologi)
48. *Professor, overlæge, dr.med. Preben Hertoft,*
Rigshospitalet, Sexologisk klinik
(kønsskifte)
49. *Overtandlæge, dr.odont. Søren Hillerup,*
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,
Odontologisk afdeling
(odontologi)
50. *Overlæge Erik Hjelms,*
Aalborg Sygehus Syd, Thoraxkirurgisk
afdeling T, (thoraxkirurgi)
51. *Professor, dr.odont. Erik Hjerting-Hansen,*
Københavns Tandlægeskole, Afdeling for
tand-, mund- og kæbekirurgi
(odontologi)
52. *Professor, dr.odont. Palle Holmstrup,*
Københavns Tandlægeskole, Afdeling for
parodontologi, (odontologi)
53. *Professor, overlæge, dr.med. Niels Høiby,*
Rigshospitalet, Klinisk mikrobiologisk
afdeling, (mikrobiologi)
54. *Overlæge, dr.med. Hans Jakob Ingerslev,*
Århus Kommunehospital, Gynækologisk
obstetrisk afdeling Y
(gynækologi-obstetrik)
55. *Overlæge, dr.med. Anders Kristian M.
Jakobsen,*
Århus Kommunehospital, Onkologisk
afdeling D, (onkologi)
56. *Lektor Jan Jakobsen,*
Retsmedicinsk Institut, Retspatologisk
afdeling, (odontologi)
57. *Professor, overlæge, dr.med. Johannes K.
Jakobsen,*
Århus Kommunehospital, Neurologisk
afdeling F, (neuromedicin)
58. *Overlæge Erik Gert Jensen,*
Sønderborg Sygehus, Ortopædkirurgisk
afdeling O, (ortopædi)
59. *Overlæge, dr.med. Erik Martin Jensen,*
Bispebjerg Hospital, Reumatologisk
afdeling H, (medicin)
60. *Overlæge, dr.med. Hans-Eric Jensen,*
København, Speciallægeklinik
(kirurgi)
61. *Overlæge, dr.med. Karsten Jensen,*
Bispebjerg Hospital, Akut modtageafdeling
(toksikologi)
62. *Professor, overlæge, dr.med. Bent Juhl,*
Århus Kommunehospital, Anæstesiologisk
afdeling og intensiv afdeling N
(anæstesiologi)
63. *Overlæge, dr.med. Hans E. Jørgensen,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Nefrologisk afdeling B
(alkoholpåvirkethed)
64. *Professor, overlæge, dr.med. Karsten Ejning
Jørgensen,*
Odense Universitetshospital, Øre-, næse-
og halsafdeling F, (oto-rhino-lar.)
65. *Overlæge, dr.med. Jens Kamper,*
Odense Universitetshospital, Børneafdeling H
(pædiatri)

66. *Professor, overlæge, dr.med. Henrik Kehlet,*
Hvidovre Hospital, Kirurgisk-
gastroenterologisk afdeling
(kirurgi)
67. *Overlæge, dr.med. Svend Vedel Kessing,*
Rigshospitalet, Øjenafdeling E
(oftalmologi)
68. *Oversygeplejerske Gitte Kosakewitsch,*
Hvidovre Hospital, Reumatologisk afdeling
(sygeplejerskeforhold)
69. *Overlæge, dr.med. Michael Kosteljanetz,*
Rigshospitalet, Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)
70. *Overlæge, dr.med. Christen Krag,*
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,
Plastikkirurgisk afdeling B
(kirurgi)
71. *Professor, overlæge, dr.med. Peter Krasilnikoff,*
Hvidovre Hospital, Børneafdeling
(pædiatri)
72. *Overlæge, dr.med. Jørgen Kvist Kristensen,*
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
73. *Lektor, dr.med. Jens Anker Larsen,*
Egå, (alkohol- og medicinpåvirkethed)
74. *Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Falck
Larsen,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Gynækologisk obstetrisk afdeling
(gynækologi og obstetrik)
75. *Overlæge, dr.med. Benedicte Laursen,*
Aalborg Sygehus Syd, Medicinsk afdeling B
(medicin)
76. *Professor, overlæge, dr.med. Bjarne Lund,*
Rigshospitalet, Ortopæd-kirurgisk afdeling U
(ortopædi)
77. *Professor, overlæge, dr.med. Henrik Lund-
Andersen,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Øjenafdeling Ø 124
(oftalmologi)
78. *Professor, dr.med. Carl Erik Mabeck,*
Århus Universitet, Institut for Almen
Medicin
(almen medicin)
79. *Overlæge, dr.med. Hans-Jørgen Malling,*
Rigshospitalet, Medicinsk afdeling TA
(medicin)
80. *Professor, overlæge, dr.med. Carl Erik
Mogensen,*
Århus Kommunehospital, Medicinsk
afdeling M, (medicin)
81. *Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Viby
Mogensen,*
Rigshospitalet, Anæstesiaafdeling AN
(anæstesiologi)
82. *Overlæge, dr.med. Henning Mouridsen,*
Rigshospitalet, Onkologisk afdeling ONK
(onkologi)
83. *Overlæge, dr.med. Ole Munck,*
Gentofte, (alkohol- og medicinpåvirkethed)
84. *Professor, dr.odont. Egild Møller,*
Københavns Tandlægeskole, Afdeling for
bidfunktioner og oralfysiologi
(odontologi)
85. *Overlæge Jens Henrik Nehen,*
Aalborg Sygehus Syd, Øjenafdelingen
(oftalmologi)
86. *Overlæge, dr.med. Bent Lyager Nielsen,*
Odense, (medicin)
87. *Professor, overlæge, dr.med. Jens Ole Nielsen,*
Hvidovre Hospital, Infektionsmedicinsk
afdeling, (medicin)

88. *Vicestatsobducent, dr.med. Nils Højgaard Nielsen,*
Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut, (retsmedicin)
89. *Overlæge, dr.med. Steen Levin Nielsen,*
Københavns Amts Sygehus i Herlev,
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
90. *Overtandlæge Sven Nielsen,*
Helsingør Kommune, Espergærde
(odontologi)
91. *Jordemoder Anette Nonboe,*
Århus Kommunehospital, Fødegangen
(jordemoderforhold)
92. *Professor, overlæge, dr.med. Jes Olesen,*
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,
Neuromedicinsk afdeling N
(neuromedicin)
93. *Overlæge Niels Ovesen,*
Århus Kommunehospital,
Neurokirurgisk afdeling GS
(neurokirurgi)
94. *Professor, overlæge, dr.med. Bent S. Ottesen,*
Hvidovre Hospital, Gynækologisk
obstetrisk afdeling, (gynækologi-obstetrik)
95. *Overlæge, dr.med. Henrik Oxhøj,*
Odense Universitetshospital, Klinisk
fysiologisk nuklearmedicinsk afdeling
(klinisk fysiologi)
96. *Professor, overlæge, dr.med. P. Kildeberg Paulsen,*
Skejby Sygehus, Hjerte-lunge-karkirurgisk
afdeling T, (kirurgi)
97. *Professor, overlæge, dr.med. Olaf B. Paulson,*
Rigshospitalet, Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
98. *Overlæge Jim Thuesen Pedersen,*
Aalborg Sygehus Syd, Lungemedicinsk
afdeling E, (medicin)
99. *Overlæge Niels Chr. Petersen,*
Aabenraa Sygehus, Plastikkirurgisk Service
(kirurgi)
100. *Overlæge Sten Petersen,*
Rigshospitalet, Neonatalafdeling GN
(neonatalogi)
101. *Professor, overlæge, med.dr. Gösta Pettersson,*
Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling RT
(thoraxkirurgi)
102. *Professor, overlæge, dr.med. John Philip,*
Rigshospitalet, Føde- og gynækologisk
afdeling Y, (gynækologi-obstetrik)
103. *Overlæge, dr.med. Fritz E. Rank,*
Bispebjerg Hospital, Patologisk Institut
afdeling 2896, (patologi)
104. *Overlæge, dr.med. Finn Vejlø Rasmussen,*
Hillerød Sygehus, Medicinsk afdeling B
(medicin)
105. *Overlæge Carsten Rose,*
Odense Universitetshospital, Onkologisk-
radioterapeutisk afdeling R
(hæmatologi-onkologi)
106. *Overlæge, dr.med. Jarl Rosenørn,*
Københavns Amts Sygehus i Glostrup,
Neurokirurgisk afdeling H
(neurokirurgi)
107. *Professor, overlæge, dr.med. Hans Roving,*
Hvidovre Hospital, Røntgenafdelingen
(radiologi)
108. *Overlæge, dr.med. Philip Sager,*
Bispebjerg Hospital, Ortopæd-kirurgisk
afdeling M, (ortopædkirurgi)
109. *Overlæge, dr.med. Erik Sandøe,*
Rigshospitalet, Hjerte- og kredsløbs
afdeling B, (medicin)

110. *Professor, overlæge, dr.med. Ove B. Schaffalitzky de Muckadell, Odense Universitetshospital, Gastro- enterologisk afdeling S (medicin)*
111. *Professor, dr.med. Jens S. Schou, Københavns Universitet, Farmakologisk Institut, (farmakologi)*
112. *Professor, overlæge, dr.med. Torben V. Schroeder, Rigshospitalet, Kirurgisk afdeling RK (kirurgi)*
113. *Specialtandlæge i ortodonti Susanne Siersbæk-Nielsen, Bybækskolernes tandklinik, Farum (ortodontologi)*
114. *Overlæge, dr.med. Anne Katrin Sjølie, Århus Kommunehospital, Øjenafdeling J (oftalmologi)*
115. *Professor, overlæge, dr.med. Niels Erik Skakkebæk, Rigshospitalet, Vækst- og reprod. afdeling GR (vækst og reprod.)*
116. *Professor, overlæge, dr.med. Peter Skinhøj, Rigshospitalet, Epidemiafdeling M (medicin)*
117. *Professor, dr.med. Otto Sneppen, Ortopædisk Hospital Århus, Ortopædisk afdeling, (ortopædi)*
118. *Overlæge, dr.med. Kristian Stengaard-Pedersen, Århus Kommunehospital, Reumatologisk afdeling, (medicin)*
119. *Overlæge Niels Stephensen, Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling, (ortopædi)*
120. *Overlæge, dr.med. Svend Strandgaard, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Nefrologisk afdeling B, (medicin)*
121. *Professor, overlæge, dr.med. Arne Svejgaard, Rigshospitalet, Klinisk immunologisk afdeling KL, (genetik)*
122. *Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Søndergaard, Bispebjerg Hospital, Dermatovenerologisk afdeling A, (dermatovenerologi)*
123. *Overlæge, dr.med. Per Soelberg Sørensen, Rigshospitalet, Neurologisk afdeling N (neuromedicin)*
124. *Lektor, dr.med. Sven Asger Sørensen, Københavns Universitet, Afdeling for medicinsk genetik, (genetik)*
125. *Professor, overlæge, dr.med. Thorkil Sørensen, Odense Universitetshospital, Psykiatrisk afdeling P, (psykiatri)*
126. *Speciallæge, dr.med. Ole Thage, Albertslund, (neuromedicin)*
127. *Overlæge, dr.med. Bjarne Svalgaard Thomsen, Københavns Amts Sygehus i Herlev, Fysiurgisk/reumatologisk afdeling (medicin)*
128. *Konst. statsobducent, lektor Jørgen Lange Thomsen, Odense Universitet, Retsmedicinsk Institut (retsmedicin)*
129. *Overlæge, dr.med. P.E. Bloch Thomsen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte, Kardiologisk afdeling P (medicin)*
130. *Overlæge John Thygesen, Vejle Sygehus, Oftalmologisk afdeling (oftalmologi)*

131. *Professor, overlæge, dr.med. Mirko Tos,*
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,
Øre-, næse- og halsafdeling E
(oto-rhino-lar.)
132. *Professor, overlæge dr.med. Niels Tygstrup,*
Rigshospitalet, Medicinsk gastro- og hepatologisk
afdeling A, (medicin)
133. *Overlæge, dr.med. Erik Tøndevold,*
Rigshospitalet, Ortopædkirurgisk afdeling U
(ortopædi)
134. *Overlæge, dr.med. Else K. Tønnesen,*
Odense Universitetshospital, Anæstesiologisk
afdeling V
(anæstesiologi)
135. *Overlæge Niels Valentin,*
Københavns Amts Sygehus i Gentofte,
Anæstesiologisk afdeling
(anæstesiologi)
136. *Overlæge, dr.med. Kaare Weismann,*
Bispebjerg Hospital, Dermato-venerologisk
afdeling A, (dermato-venerologi)
137. *Professor, overlæge, dr.med. Gunhild L.*
Vejlsgaard,
Rigshospitalet, Dermatologisk afdeling H
(dermato-venerologi)
138. *Vicestatsobducent Annie Vesterby,*
Århus Universitet, Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
139. *Overlæge, dr.med. Kaj Viskum,*
Bispebjerg Hospital, Lungemedicinsk
afdeling P, (medicin)
140. *Professor, overlæge, dr.med. Hans Wolf,*
Skejby Sygehus, Urologisk afdeling K
(kirurgi)
141. *Chefpsykolog Rut Gunilla Øberg,*
Bartholin Instituttet

Retslægerådets sekretariat

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

Juridiske medarbejdere

Fuldmægtig, cand.jur. Bent Ole Gram Mortensen til 30.09.94
Sekretariatsleder, cand. jur. Eva Carpentier fra 15.11.94

Medicinske sekretærer

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

Sekretærer

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.
Assistent Annelise Gersby Jacobsen.
Assistent Connie Thenning Pedersen (deltid)
Assistent Alice Christoffersen fra 01.10.94 (deltid)

II. Sager behandlet i Retslægerådet i 1994

| | | |
|-------|---|-------------|
| A. | Psykiatriske sager | 811 |
| B. | Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse | 360 |
| C. | Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr. | 17 |
| D. | Faderskabssager | 347 |
| E. | Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold | 380 |
| F. | Administrative sager m.v. | 265 |
| L. | Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer | 47 |
| M. | Færdselssager med medicinindtagelse | 114 |
| <hr/> | | |
| | I alt | 2341 |

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|--|------------|
| Sanktionsspørgsmål i straffesager | 389 |
| Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser | 213 |
| Ændring i strafferetlig foranstaltning | 179 |
| Ophævelse af farlighedsdekret | 18 |
| Overførsel til sikringsanstalten | 6 |
| Umyndiggørelser | 1 |
| Benådning | 4 |
| Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.) | 1 |
| I alt | 811 |

Ad B-sager

Sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|--|------------|
| Indtagelse af spiritus alene | 194 |
| Indtagelse af såvel spiritus som medicin | 166 |
| I alt | 360 |

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Ansøgning om kønsskifte | 2 |
| Ændring af navn/cpr.nr. | 15 |
| I alt | 17 |

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

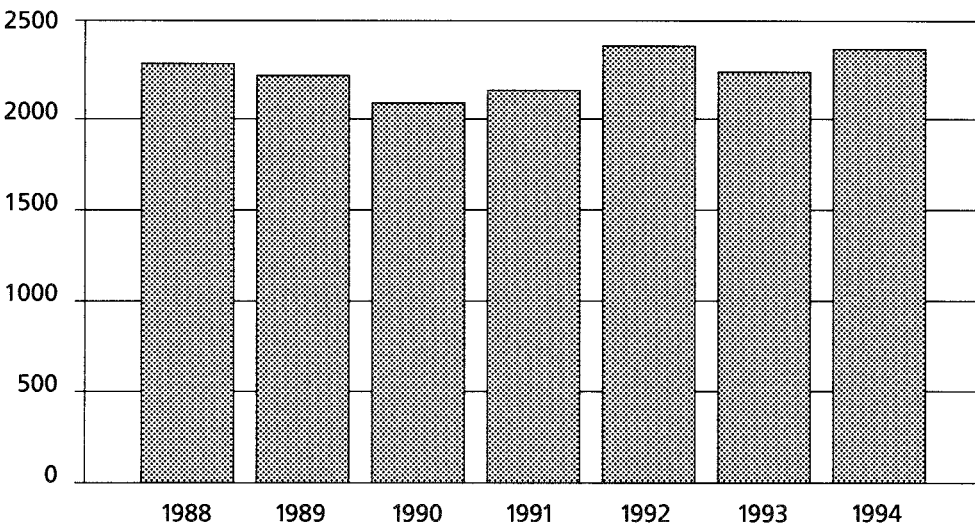
| | |
|---|------------|
| Klage over medicinalpersoner | 192 |
| Arbejdsskader/ulykker | 73 |
| Erstatning, pensionssager m.v. | 46 |
| Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. | 41 |
| Aldersbestemmelse | 15 |
| Ikke-psykiatriske benådningssager | 2 |
| Diverse | 11 |
| I alt | 380 |

Sagsstatistik for 1988-1994

Samtlige sager behandlet i Retslægerådet

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|
| A-Sager | 910 | 884 | 719 | 784 | 853 | 835 | 811 |
| B-Sager | 504 | 453 | 461 | 431 | 436 | 394 | 360 |
| C-Sager | 9 | 8 | 7 | 8 | 3 | 6 | 17 |
| D-Sager | 371 | 388 | 395 | 392 | 386 | 332 | 347 |
| E-Sager | 280 | 254 | 222 | 267 | 323 | 301 | 380 |
| F-Sager | 60 | 40 | 52 | 54 | 189 | 197 | 265 |
| L-Sager | 53 | 100 | 95 | 83 | 51 | 36 | 47 |
| M-Sager | 74 | 69 | 77 | 98 | 116 | 116 | 114 |
| Ialt | 2261 | 2196 | 2028 | 2117 | 2357 | 2217 | 2341 |

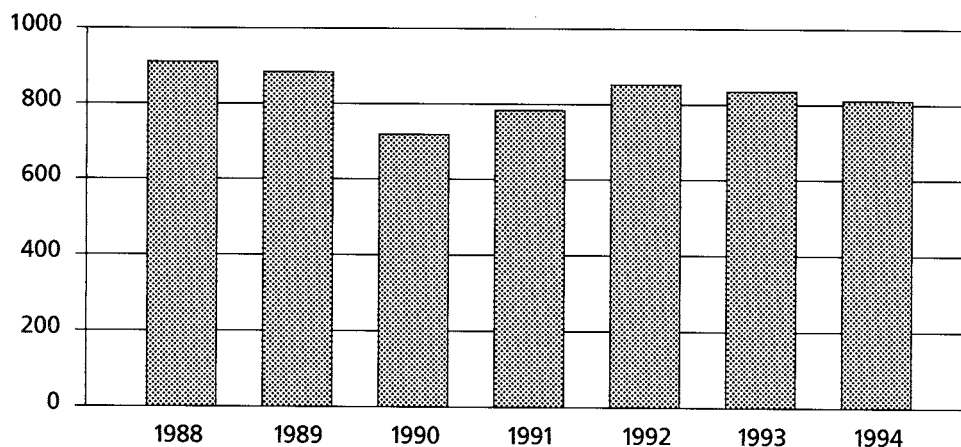
Samtlige sager behandlet i Retslægerådet



Psykiatrisager (A-Sager)

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|
| A-Sager | 910 | 884 | 719 | 784 | 853 | 835 | 811 |

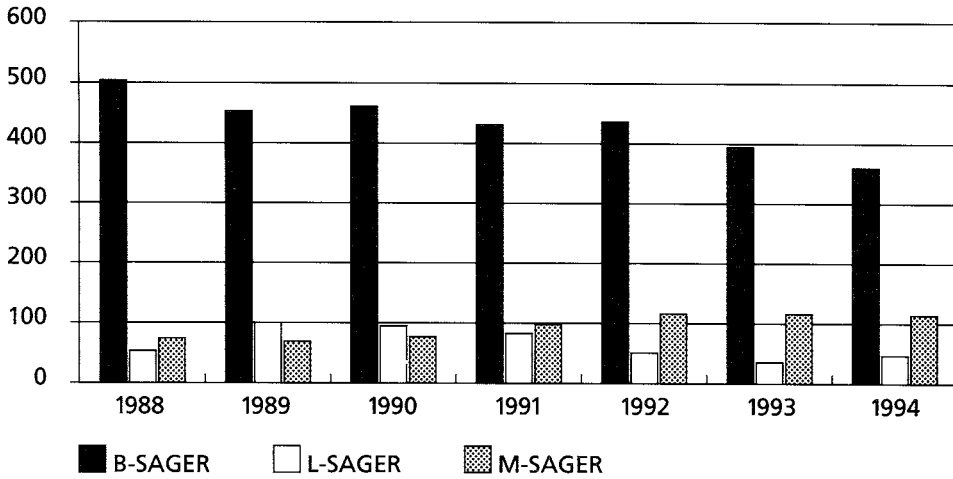
Psykiatrisager



Færdselssager (B-, L- OG M-Sager)

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|
| B-Sager | 504 | 453 | 461 | 431 | 436 | 394 | 360 |
| L-Sager | 53 | 100 | 95 | 83 | 51 | 36 | 47 |
| M-Sager | 74 | 69 | 77 | 98 | 116 | 116 | 114 |
| Ialt | 631 | 622 | 633 | 612 | 603 | 546 | 521 |

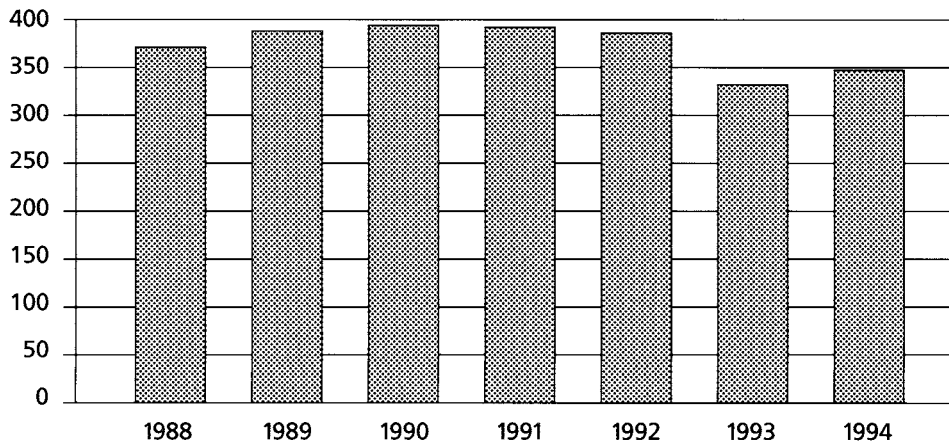
Færdselssager



Faderskabssager (D-Sager)

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|
| D-Sager | 371 | 388 | 395 | 392 | 386 | 332 | 347 |

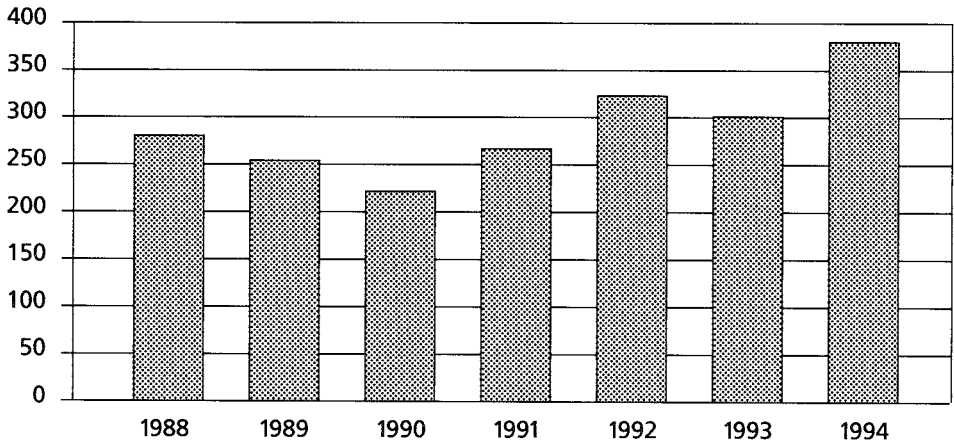
Faderskabssager



Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold (E-Sager)

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|
| E-Sager | 280 | 254 | 222 | 267 | 323 | 301 | 380 |

Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold



Bedøvelse af gravid kvinde med svangerskabsforgiftning

26-årig, noget overvægtig førstegangsgavid kvinde, som fra 21. graviditetsuge blev observeret for forhøjet blodtryk og begyndende svangerskabsforgiftning. I 31. svangerskabsuge indlagt som følge af hurtigt fremadskridende svangerskabsforgiftning med svær blodtryksforhøjelse, store væskeansamlinger og æggehvidestof i urinen. Det blev nødvendigt at foretage akut kejsersnit, og der var store problemer med ilttilførslen under narkosen. Der indtrådte hjertestop, som blev ophævet, men kvinden forblev bevidstløs indtil døden godt 5 måneder senere. Retslægerådet udtalte på foranledning af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at der både var begået fejl og fejlskøn i forbindelse med bedøvelsen, og Patientklagenævnet afsluttede sagen med at fastslå, at den ansvarlige narkoseoverlæge havde udøvet et alvorligt fejlskøn (E 7932).

Det drejede sig om en 26-årig førstegangsgavid, noget overvægtig kvinde, som fik konstateret et blodtryk 160-170/100-110 i 21. svangerskabsuge. Hun blev sat i behandling med blodtryksnedsættende medicin (Trandate 100 mg x 2 dagligt), men tilstanden blev forværret. Tre uger senere blev blodtrykket målt til 200/120, og medicindosis blev øget til 300 mg x 2 dagligt. Hun blev 2 uger senere atter indlagt med et blodtryk på 220/110, og det blev besluttet at foretage kejsersnit, idet der desuden var svangerskabsforgiftning i form af væskeansamling i vævet samt æggehvidestof i urinen.

På trods af behandling med Nepresoldrop (blodtryksnedsættende middel) steg blodtrykket, og patienten fik tiltagende væskeansamling i ansigtet, på fingre og ben. Situationen var uholdbar, og der blev ordineret akut kejsersnit.

Narkosen blev indledt kl. 13.45 med sædvanlig rutineteknik af en narkose sygeplejerske og en reservelæge, men der opstod vanskeligheder ved at lægge plastikrøret ned i luftvejene med henblik på ilttilførsel m.v. under operationen. Der blev foretaget gentagne forsøg, og en speciallæge i anæstesi blev tilkaldt (vagt-havende anæstesi-overlæge). På dette tidspunkt var patienten blåfarvet i hovedet på grund af iltmangel. Der blev givet muskellammende middel i form af Suxamethonium gentagne gange, ligesom der var givet sovemiddel (barbiturat) i forbindelse med anæstesiens indledning. Det blev atter forsøgt at nedlægge tuben i luftrøret, men forgæves. Man forsøgte også at lave åbning til luftrøret på halsens forside ved hjælp af en tyk kanyyle, men også dette mislykkedes. Der blev tilkaldt en kirurg med henblik på operativ åbning til luftrøret på halsens forside. I mellemtiden havde fødselslæ-

gerne lagt lokalbedøvelse i bugvæggen, men endnu et forsøg på nedlæggelse af plastikrør i luftrøret kronedes med held, hvorefter kejsersnittet blev foretaget.

I forbindelse hermed kom der langsom hjerteaktion og til sidst hjertestop. Der blev omgående givet udvendig hjertemassage og anden genoplivningsbehandling. Det lykkedes at få hjerteaktionen i gang igen. Det var nødvendigt at behandle patienten med kunstig vejtrækning, idet hun havde udsættende og dårlig vejtrækning, ligesom hun var bevidstløs. Efterfølgende blev der påvist svær hjerneskade, og døden indtrådte godt 5 måneder efter kejsersnit-operationen uden, at den pågældende havde været ved bevidsthed. Der synes ikke at være foretaget retslægelig obduktion.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn stillede Retslægerådet følgende spørgsmål: »Kan det anses for en fejl, under de givne omstændigheder, at undlade at gentage atropin indgift til forebyggelse af langsom hjerteaktion, da det blev nødvendigt at give gentagne Suxamethon indgifter?«

Retslægerådet svarede: »Det er ikke muligt med sikkerhed at afgøre, hvad der fremkaldte patientens hjertestop. Selvom det ikke totalt kan udelukkes, at de gentagne doser Suxamethonium kan have haft en bradykardi-fremkaldende virkning, mener Retslægerådet ikke, at det har haft afgørende indflydelse på forløbet.

Derimod er det overvejende sandsynligt, at forklaringen på hjertestoppet er

hypoxi/anoxi på grund af øvre luftvejsobstruktion (ødem) fremkaldt af de mange forgæves forsøg på intubation. Anæstesi af en sådan svært syg, adipøs præeklamtisk patient til kejsersnit er en specialistopgave, der ikke må overlades til en anæstesisygeplejerske og en reservelæge. Planlægningen af en sådan anæstesi, herunder en nøje overvejelse af, hvad man ville gøre i tilfælde af vanskelig/umulig intubation er helt afgørende i en sådan situation. Mulighederne for succesfuld intubation bliver dårligere jo flere forgæves forsøg, der går forud. Det er derfor afgørende 1) at det første intubationsforsøg gøres af den, der har højest ekspertise, og 2) at man nøje har overvejet, hvad man vil gøre, hvis intubationsforsøget mislykkes. Det er normalt ikke tilrådeligt at forsøge at intubere en sådan patient mere end højest 2 eller 3 gange. Afhængig af forholdene vil man herefter 1) enten vække patienten og udføre anæstesi (operationen?) i ledningsanæstesi/lokalanæstesi eller 2) fortsætte med en maskeanæstesi med patienten i sideleje og lavt hovedgærde. (Hvis det er umuligt at opretholde frie luftveje med tungeholder og maske, kan det dog være indiceret at fortsætte med intubationsforsøg. Hvorvidt dette har været tilfældet hos den pågældende patient fremgår ikke af journal eller senere kommentarer).

Retslægerådet mener således, at det var en fejl, at der ikke var en speciallæge i anæstesi til stede ved anæstesiinduktionen, og det var et lægeligt fejlskøn, at man fortsatte med multiple forgæves intubationsforsøg i ca. 1/2 time. Under de givne omstændigheder, hvor patien-

ten var præmediceret med Atropin 0,5 mg intramuskulært, og pulsen under hele forløbet lå højt, kan det derimod ikke betragtes som en fejl, at der ikke blev givet Atropin intravenøst før de gentagne Suxamethoniumindgifter. Retslægerådet vurderer, at intravenøs indgift af Atropin på et tidligere tidspunkt ikke ville have haft afgørende indflydelse på forløbet.«

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn traf herefter følgende afgørelse:

»Patientklagenævnet finder, at den vagthavende anæstesioverlæge ikke overtrådte lægeloven ved bedøvelsen af patienten til kejsersnit på X hospital.

Patientklagenævnet finder, at den vagthavende overlæge udøvede et alvorligt fejlskøn, da han ikke selv deltog i indledningen af bedøvelsen til patientens kejsersnit på X hospital.

Patientklagenævnet finder, at lægerne på den gynækologisk/obstetriske afdeling ikke har overtrådt lægeloven ved deres behandling af patienten for svangerskabsforgiftningen forud for kejsersnittet.»

Kommentar

Det skal bemærkes, at forespørgslen kun gik på, om det var en fejl at undlade at indgive Atropin i forbindelse med gentagne Suxamethoniumindgifter. Retslægerådets svar skal være begrundet, og af rådets begrundelse fremgår, at der efter rådets opfattelse både var begået fejl og fejlskøn langt tidligere i anæstesiforløbet, således at situationen ikke stod til at redde, hvad enten der blev givet Atropin eller ikke.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns udtalelse må tolkes således, at Patientklagenævnet ikke fandt, at de involverede læger havde begået fejl. Det er lidt usikkert, hvorledes udtrykket »alvorligt fejlskøn« skal tolkes, men da Patientklagenævnet kun fandt anledning til at henvise til lægelovens § 6, stk. 1 (»tilrettevisning«), må man tolke Patientklagenævnets udtalelse således, at der er lagt mere vægt på fejlskøn end på alvorligheden heraf.

Lægefejlsag. Penicillinallergi

Anafylaktisk reaktion efter peroral penicillinindgift

23-årig kvinde behandles af egen læge for halsbetændelse med penicillin, til trods for at patienten over for lægen havde oplyst, at hun fik udslet af penicillin. Efter indtagelse af 1 penicillintablet udløses en svær anafylaktisk reaktion (overfølsomhedsreaktion). Patienten retter sig umiddelbart efter hurtig adækvat behandling på skadestue. Indgift af penicillin til patienter med penicillinallergi vil, uanset administrationsvejen, være forbundet med stor risiko for anafylaktiske reaktioner. På Sundhedsstyrelsens forespørgsel svarer Retslægerådet, at lægen har begået en fejl ved ikke at udsørge patienten nærmere om hendes tidligere symptomer på penicillinallergi og ved at ordinere penicillin trods oplysninger om penicillinallergi. Patientklagenævnet finder, at lægen har overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, fordi han ordinerede calcipen til patienten på trods af sin viden om dennes penicillinallergi (E 8121).

23-årig kvinde søger læge på grund af smerter i halsen. Læge XX konstaterer halsbetændelse og ordinerer penicillin (calcipen), til trods for at patienten havde gjort lægen opmærksom på, at hun tidligere havde fået udslet af penicillin. Denne oplysning bekræfter lægen. Ca. 2 minutter efter indgift af den første tablet får patienten voldsom kløe over hele kroppen. De efterfølgende 2 minutter får patienten åndedrætsbesvær. Kontakter lægen, som tilråder patienten straks at henvende sig på skadestuen. Først på dette tidspunkt erindrer lægen patientens oplysninger om tidligere udslet af penicillin. På sygehuset findes patienten akut påvirket med urticaria og hævelse omkring øjnene og let cyanose (blåfarvning af læberne). Patienten er ikke akut medtaget og har nor-

malt blodtryk. Hun behandles med adrenalin og binyrebarkhormon samt et antihistaminpræparat, hvorefter tilstanden hurtigt bedres.

Sundhedsstyrelsen stiller Retslægerådet følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Burde læge XX ved konsultationen, eventuelt efter nøjere udsørgen af patienten, have været klar over, at patienten var allergisk over for penicillin?

Svar: Ja. Ifølge patientens brev, dateret xx, oplyste patienten ved lægekonsultationen, dato yz, at hun var allergisk over for penicillin. Denne oplysning bekræftes af lægen i skrivelse, dateret ab. Lægen anfører heri, at han husker, at pati-

enten ved konsultationen den pågældende dato oplyste, at hun får udslet af penicillin.

Spørgsmål 2:

Kan Retslægerådet bekræfte, at indtagelse af penicillin under de pågældende omstændigheder kan medføre en livstruende allergisk reaktion.

Svar: Indgift af penicillin til patienter med tidligere allergiske reaktioner over for penicillin vil uanset administrationsmåden være forbundet med en stor risiko for allergiske reaktioner. Der vil også være en risiko for alvorlige anafylaktiske reaktioner. Der findes i litteraturen flere oplysninger om dødsfald udløst ved peroral indgift af V-penicillin.

Spørgsmål 3:

Har lægen ved at ordinere penicillin begået en sådan fejl, at det kan betegnes som grovere forsømmelse eller skødesløshed.

Svar: Det er Retslægerådets opfattelse, at læge XX har begået en fejl ved ikke at udspørge patient xx nærmere om hendes tidligere symptomer på penicillinallergi og ved at ordinere calcipen trods oplysninger om penicillinallergi.

Spørgsmål 4:

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen.

Svar: Nej.

Kommentar

Patientoplysninger om tidligere udslet i forbindelse med indgift af penicillin (og andre farmaka) skal altid medføre, at lægen sikrer sig supplerende oplysninger om reaktion og sværhedsgrad ved tidligere penicillinindgift. Hos patienter med tidligere allergiske reaktioner vil indgift af penicillin, uanset administrationsvejen, være forbundet med stor risiko for anafylaktisk reaktion (alvorlig eventuelt livstruende overfølsomhedsreaktion). Risikoen er formentlig større, hvis hudmanifestationerne omfatter nældefeber i forhold til andre former for hududslet, men kan ikke negligeres selv hos sådanne patienter. Der findes i litteraturen flere oplysninger om dødsfald udløst ved peroral indgift af V-penicillin. Konklusionen er derfor, at man aldrig bør behandle med penicillin, når der foreligger oplysninger om hudsymptomer i forbindelse med tidligere penicillinindgift, uanset reaktionsformen, uden forudgående undersøgelser af, om der foreligger overfølsomhed over for penicillin. I øvrigt burde lægen, med de oplysninger han sekundært fik af patienten telefonisk om akut ildebefindende, enten selv have foranstaltet akut indlæggelse eller informeret patienten om, at dette burde være foregået akut med ambulance, da det potentielt drejer sig om livstruende reaktion. Det kan aldrig forudsiges, hvorledes anafylaktiske reaktioner (alvorlige overfølsomhedsreaktioner) vil udvikle sig, og det må betragtes som en alvorlig lægelig fejl at undervurdere begyndende symptomer på anafylaksi.

Sundhedsstyrelsen spørger Retslægerå-

det, om lægen ved at ordinere penicillin har begået en sådan fejl, at det kan karakteriseres som grovere forsømmelse eller skødesløshed. Det er ikke Retslægerådets opgave at tage stilling til, om lægelovens § 6 eller § 18 er overtrådt. Retslægerådet undgår derfor at tage stilling til eller anvende en terminologi,

som er identisk med ordvalget i lægeloven. I nogle sager kan det imidlertid være nødvendigt, at Retslægerådet tager stilling til sværhedsgraden af en lægelig fejl. Dette sker i så fald indirekte ved en omskrivning og et ordvalg, som ikke benyttes i lægeloven.

Lægelige udtalelser i erstatningssager i forbindelse med arbejds-skader eller lægelig diagnostik og behandling forelagt Retslægerådet

Lægelige udtalelser i erstatningssager vedrørende årsagssammenhænge mellem sygdoms-manifestationer og ude fra kommende påvirkninger, herunder lægelig undersøgelse og be-handling, er undertiden meget kategoriske på et utilstrækkeligt grundlag. Dette kan være vildledende for patienterne og advokaterne samt skabe uberettigede forventninger til sagens udfald.

Retslægerådets udtalelser baseres på de sagsakter, som sagens parter i pågæl-dende tilfælde har tilvejebragt. Såfremt Retslægerådet ikke finder vurderings-grundlaget tilstrækkeligt, kan rådet an-mode om supplerende oplysninger. Un-dertiden forekommer der i de lægelige sagsakter, herunder journalmateriale fra hospitaler, meget kategoriske udta-lelser om årsagssammenhænge mellem sygdomsmanifestationer og forskellige ude fra kommende påvirkninger, til trods for et utilstrækkeligt belæg og manglende dokumentation for sådanne sammenhænge. I en sag vedrørende ud-sættelse for organiske opløsningsmid-ler og hjerneskode (E 8168) var det såle-des anført i et udskrivningskort fra en specialafdeling, at der »fandtes klare holdepunkter for, at patientens demens (svækkelse af åndsevnerne, Retslægerå-dets bemærkning) var udviklet i forbin-delse med udsættelse for organiske op-løsningsmidler i arbejdet«. Ved en gen-nemgang af de foreliggende sagsakter, herunder detaljerede arbejdsmedicin-ske oplysninger, konkluderede Retslæ-gerådet, at det var usandsynligt, at de i

sagen beskrevne symptomer var forår-sagede af organiske opløsningsmidler. Tilsvarende er der i retssager, anlagt af patienter med blodpropper i hjernen opstået i forbindelse med brugen af P-piller, i et udskrivningsbrev anført, at »der er tale om en typisk P-pillekompli-kation«. Kategoriske og unuancerede udtalelser og konklusioner af den nævnte karakter, uden at de nødven-dige præmisser for konklusionen er til stede, kan have flere uhensigtsmæssige virkninger:

- Udtalelserne giver patienterne den opfattelse, at årsagssammenhængen er uomtvistelig.
- Advokater og andre, som vil støtte patienterne i erstatningsmæssig hen-seende, bliver vildledte for så vidt an-går sandsynligheden af en årsags-sammenhæng.
- Udtalelserne kan påvirke nyhedsme-dierne med risiko for misinformation af befolkningen.

Læger skal på bedst mulig måde søge at belyse årsagssammenhænge mellem patienters symptomer og sygdomme og på dette grundlag behandle og om muligt forebygge sygdomsmanifestationer. Dette gælder også i skriftlige tilkendegi-

velser om patienters sygdomsforløb, hvad enten der er tale om lægebrev, attester eller erklæringer. Kategoriske udtalelser på utilstrækkeligt grundlag om årsagssammenhænge vil kunne være til skade for patienterne.

Om konsekvenserne af registrering af fosterhjerterefrekvens/vékurve (CTG) under fødslen

37-årig kvinde gravid med tvillinger henvender sig på fødestedet med veer og vandafgang. Begge fostre er i hovedstilling, og hjertelydene er normale. Forløbet overvåges med CTG (fosterhjerterefrekvens/registreringskurve). Efter ca. 10 timers fødselsforløb (kl. 19.00) har den vagthavende 1. reservelæge vurderet, at kurven for tvilling B var normal, medens tvilling A havde vekslende hjerterytme (se figur 1). Orificium (fødselsåbningen) er da 9 cm. Jordemoderen finder herefter, at tvilling A's hjertelyd fortsat dykker til ca. 60 pr. minut i forbindelse med veerne, men hurtigt retter sig. Godt 1 time senere tilkaldes 1. reservelægen igen på grund af CTG-forandringerne. Der forsøges forløsning af tvilling A med vakuume-kstraktor (sugekop), men dette kan ikke gennemføres, hvorfor der forløses ved kejsersnit. Tvilling A, en pige på 3200 g, er slap og præget af iltmangel og dør. Tvilling B er en levende pige på 2900 g, hun er ikke påvirket af iltmangel. (E 7847).

Sagen har været vurderet af Sundhedsstyrelsen, der udtalte:

»Uagtet, at Sundhedsstyrelsen er enig i, at vurderingen af CTG-kurvene kan være vanskelige, finder Sundhedsstyrelsen, at kurvene kl. 19.00 var så unormale, at de burde have givet anledning til, at der enten skulle være foretaget en skalpblodprøve til belysning af, om fødslen kunne fortsætte uden risiko for tvillingerne, eller være foretaget kejsersnit, hvis den fødende havde afvist forslaget om en skalpblodprøve.

Under henvisning til ovenstående finder Sundhedsstyrelsen, at det overfor 1. reservelægen i medfør af lægelovens § 6 bør beklages, at han ikke over for den

fødende foreslog, at der blev foretaget skalpblodprøve, idet alternativet måtte være at udføre et kejsersnit.«

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandlede sagen og stillede følgende spørgsmål til Retslægerådet, der gengives med Retslægerådets svar:

Spørgsmål 1:

Giver fortolkning af CTG-kurvene indikation for sectio på et tidlige tidspunkt end kl. 20.20?

Retslægerådet finder, at CTG-kurven for tvilling A må give mistanke om, at denne tvilling er truet af iltmangel. Denne situation kræver en afklaring,

hvis det er muligt ved hjælp af måling af foster-skalp-pH. Hvis denne undersøgelse ikke kan udføres, bør der forløses. Efter rådets vurdering må de fortsatte regelmæssige dybe decelerationer med udpræget sent præg føre til sectio før kl 20.20, hvis en afklaring ved skalp-pH-måling ikke kan opnås. Efter kl. 18.30 -18.40 vurderer Retslægerådet CTG-forandringerne til at indicere sectio, men allerede tidligere er der CTG-tegn, der kan tydes som tegn på iltmangel hos fosteret.

Spørgsmål 2:

Burde CTG-kurverne have givet jordemoderen anledning til at tilkalde speciallæge tidligere – hyppigere?

Jordemoderen har efter Retslægerådets vurdering tilkaldt den vagthavende læge korrekt. Lægen har efter Retslægerådets vurdering et selvstændigt ansvar for at følge forløbet, efter at jordemoderen har tilkaldt første gang.

Spørgsmål 3:

Giver forløbet Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Tolkning af kardiografikurver i fødselsforløbet er særdeles vanskelig og uden at der er en absolut sammenhæng mellem den normale eller den patologiske kurve og barnets tilstand ved fødslen eller det senere liv, men Retslægerådet finder, at såfremt en fødeafdeling observerer et fødselsforløb ved hjælp af CTG-kurve, må den vagthavende læge reagere på de observationer kurven fremviser og herunder søge at afklare en eventuel diagnostisk usikkerhed, f.eks.

ved hjælp af måling af skalp-pH hos fosteret. Kan dette ikke lade sig gøre, vil det – såfremt kurven fremviser betydelige eller gentagne tegn på iltmangel hos fosteret - efter Retslægerådets vurdering være nødvendigt at afslutte fødslen ved kejsersnit, såfremt orificium ikke er udslettet, således at vaginal forløsning kan foregå. Et kejsersnit i en sådan situation kan dog vise sig at føre til forløsning af et upåvirket barn, således at indgrebet retrospektivt må betegnes som »mulig overbehandling«.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn konkluderer herefter:

»Patientklagenævnet finder, at 1. reserve-lægen har overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, idet han udviste manglende omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med fødselsforløbet.

Patientklagenævnet finder ikke, at jordemoderen har overtrådt lov om jordemødre § 8, stk. 1, i forbindelse med fødselsforløbet.

Patientklagenævnet har ved sin afgørelse lagt vægt på, at CTG-kurven for tvilling A efter kl. 18.30 – 18.40 udviste regelmæssige dybe decelerationer med udtalt sent præg, som kan være tegn på iltmangel, således at umiddelbar forløsning var indiceret, dersom en nærmere afklaring af fosterets iltningsgrad ikke kunne opnås ved en måling af scalpblodets surhedsgrad (scalp-pH).

Det er Patientklagenævnet bekendt, at tolkning af kardiografikurver i fødselsforløbet er særdeles vanskelig, men Pa-

tientklagenævnet finder, at såfremt en fødeafdeling observerer et fødselsforløb ved hjælp af CTG-kurver, må den vagthavende læge reagere på de observationer kurven fremviser, og herunder søge at afklare en eventuel diagnostisk usikkerhed, f.eks. ved hjælp af måling af scalp-pH hos fosteret.

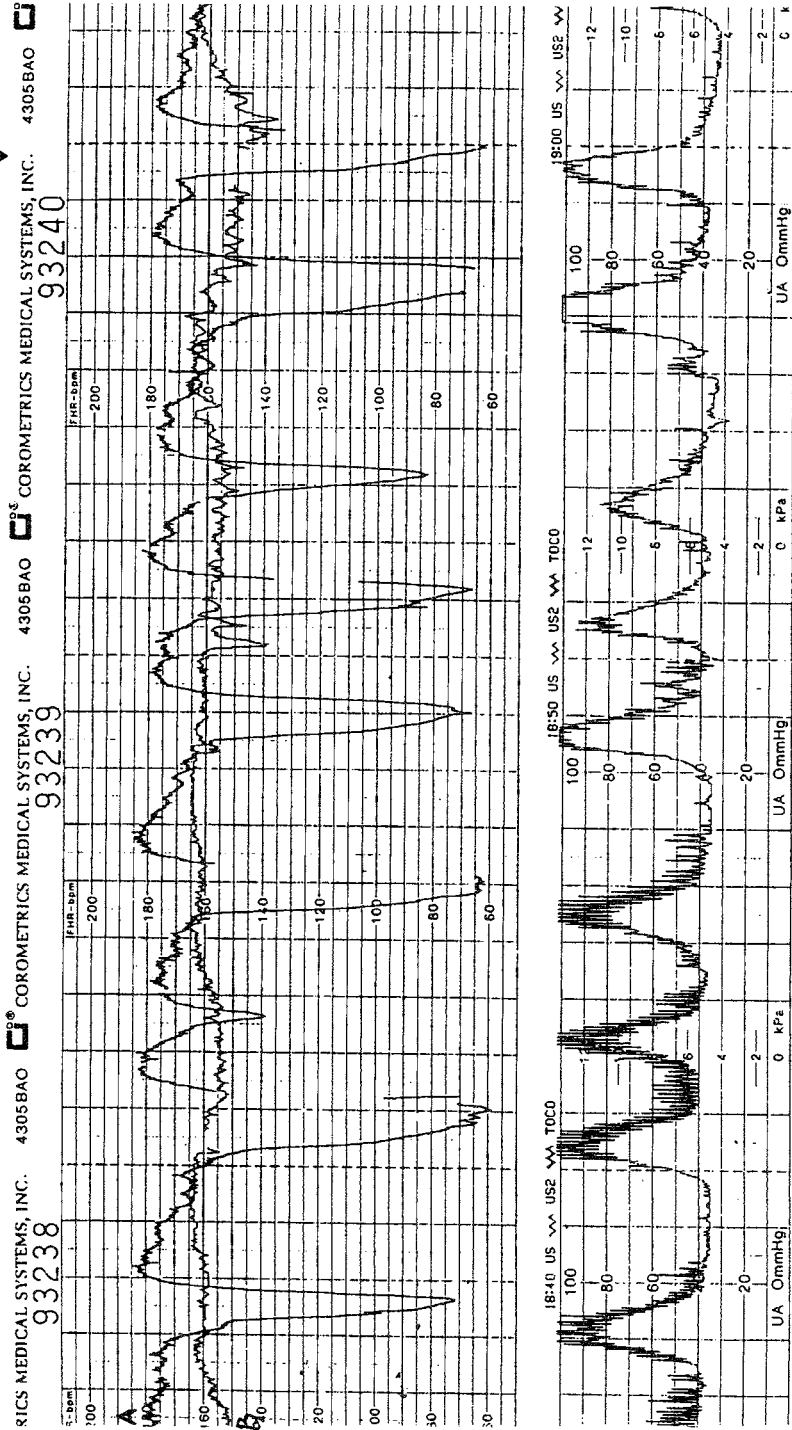
Patientklagenævnet har videre lagt vægt på, at fødselsforløbet blev overvåget via CTG-kurver på det centrale overvågningsanlæg, samt at jordemoderen tilkaldte den vagthavende læge kl. 16.45, kl. 19.00 og sluttelig kl. 20.20. Det er derfor Patientklagenævnets opfattelse, at jordemoderen har tilkaldt den vagthavende læge korrekt.«

Kommentar

Retslægerådets kommentar fremgår af svaret på **Spørgsmål 3**.

Figur 1. Fosterhjerterefrekvens/vékurve (CTG) under fødslen

Kl. 19.00



Forløsning med sugekop (vakuumelekstraktor)

28-årig førstegangsfødende. Fødselsforløbet starter ved terminen (forventet fødselstidspunkt). Der er kun småveer og lidt senere afgang af grønt fostervand. Der er normal fosterherteaktion. Efter nogle timers forløb stimuleres veerne, og efter 5-6 timer er fødselskanalen åbnet, og der er pressetrang. Efter yderligere 1 time er der ingen fremgang, og på grund af dårlige veer og udtrættet mor besluttet det at forløse med sugekop (vakuumelekstraktor). CTG-kurve (fosterhertefrekvens i relation til veerne) er beskrevet som normal. Sugkoppen springer af 3 gange, og barnets hoved følger ikke med ned. Der stilles derfor om til forløsning ved akut kejsersnit. Barnet vejer 3200 g og er præget af svær iltmangel. Udvikler feber og kramper og dør efter få dage på grund af hjerneforandringer som følge af frisk og ældre iltmangel. (E 7162).

Sundhedsstyrelsen stillede Retslægerådet følgende spørgsmål. I tilslutning til disse er anført Retslægerådets svar.

Sundhedsstyrelsen udbeder sig Retslægerådets vurdering af, hvorvidt der i forbindelse med sagen er udvist fejl eller forsømmelighed. Særligt ønsker Sundhedsstyrelsen rådets besvarelse af følgende spørgsmål:

1. Det fremgår af cardiocogrammet, at der var decelerationer efter hver vé i 13 felter fra slutningen af kurven svarende til over 2 timer før fødslen. Det fremgår endvidere, at der om morgenen var konstateret grønt fostervand. Finder Retslægerådet disse forhold taget i betragtning, at man for længe forsøgte vaginalforløsning, før beslutning om kejsersnit blev truffet?

Svar: Den foreliggende CTG-kurve er vanskelig at bedømme. Dette skyldes blandt andet, at der ikke er nøjagtige tidsangivelser på kurven. Hvis man begynder bagfra i den aktuelle kurve, er de første 80 cm, felt 1-8, (stykket uden véregistrering) teknisk dårligt, men i den sidste del nok præget af tachycardi (hurtig herteaktion) og måske indskrænket variationsbredde i accelerationerne (frekvensstigninger). De følgende 20 cm, felt 9-10, er præget af en lidt langvarig deceleration, der retter sig, de følgende 60 cm, felt 11-13, af decelerationer (frekvensfald), som imidlertid ikke er sene og derfor ikke er sikkert udtryk for patologi. De følgende 40 cm, der starter fra »vag.expl. med kant fortil« frembyder nogle underlige brede hop med indskrænket variation (artefakter?). Går man yderligere fremad, er kurven en anelse bradycardisk (lang-

som hjerteaktion), men i øvrigt uden patologi.

Véregistreringen er dårlig, og mellem kl. ca. 15.00 – 15.30 er der nogle accelerationer med mulig indskrænket variationsbredde. Et tilsvarende mønster ses også tidligere. Alt i alt er kurven vanskelig at tolke, men efter Retslægerådets vurdering kan decelerationerne i de 13 felter, som Sundhedsstyrelsen forespørger om, ikke i sig selv indicere, at der omgående foretages kejsersnit. Heller ikke selv om der er konstateret grønt fostervand.

Der henvises i øvrigt til de efterfølgende viste udsnit af kurven, felt 2, 9 og 12.

2. Dersom svaret på første spørgsmål er bekræftende: Var der efter rådets opfattelse tale om en fejl?

Svar: Bortfalder.

3. Har Retslægerådet bemærkninger til det samlede overvågningsforløb eller til forsøgene på forløsning med sugekop?

Svar: Det fremgår af journalen og de i sagen foreliggende erklæringer, at presseperioden begynder 8 timer efter fødselens start. Godt 1 time senere starter forløsningsforsøg med vakuumekestektor. Orificium er udslettet og caput står under spinaplanet. Dette indgreb viser sig at være vanskeligt, og efter at ekstraktoren er sprunget af 3 gange og en kæde på en yderligere anlagt ekstraktor er knæk-

ket, foretages der sectio efter et forløb på ca. 1 time og 30 minutter med forsøg på vakuumekestektor-forløsning.

Der findes ikke generelt fastsatte retningslinier for, hvorledes man skal forholde sig, såfremt vakuumekestektor springer af eller ikke er i stand til at forløse barnet relativt hurtigt, men de sædvanligt benyttede retningslinier er, at såfremt koppen springer af 2 gange eller barnet ikke er født efter 20-30 minutter, bør det stærkt overvejes, om kejsersnit skal foretages.

Retslægerådet finder på grundlag heraf, at forsøget på at afslutte fødslen med vakuumekestektor burde være opgivet tidligere og kejsersnittet være udført betydeligt før det var tilfældet.

4. Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Svar: Samlet er det Retslægerådets vurdering, idet der især henvises til svaret på spørgsmål 3, at det må betragtes som en fejl, at vakuumekestektor-forløsningen blev fortsat, efter at ekstraktoren var sprunget af 2-3 gange, og/eller der var forsøgt forløsning med denne metode i ca. 30 minutter.

Sundhedsstyrelsens konklusion:

»Sundhedsstyrelsen skal efter en gennemgang af sagen indstille til Patientklagenævnet, at det i henhold til lægelo-

vens § 6 beklages overfor 1. reservelægen, at der ikke på et tidligere tidspunkt blev foretaget kejsersnit.«

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse:

»På baggrund af de foreliggende oplysninger har Patientklagenævnet overfor 1. reservelægen beklaget, i henhold til lægelovens § 6, at der ikke på et tidligere tidspunkt blev foretaget kejsersnit. Patientklagenævnet har endvidere indskærpet overfor 1. reservelægen, at han udviser større omhu og samvittighedsfuldhed i sit fremtidige virke.«

Kommentar:

De fleste fødsler forløber normalt uden behov for obstetrisk indgriben, men ved 20 – 25% af alle fødsler opstår der mere eller mindre akutte situationer, der nødvendiggør overvejelser, om der er behov for at gribe ind, ofte fulgt af et indgreb. De væsentligste problemstillinger opstår ved truende intrauterin asfyksi (iltmangel hos fosteret) eller langvarig sekundær vésvækkelse og/eller forlænget fødselsforløb. Beslutningen om indgriben må koncentrere sig om at vælge rette tidspunkt og rette måde. Alternativerne for indgrebsmåde er vakuumeekstraktion (sugekop), idet tang (forceps) nu kun anvendes yderst sjældent i Danmark, eller sectio caesarea (kejsersnit). Er der muligheder for at forløse barnet ad den normale fødselsvej, foretrækkes sugekopforløsning. Betingelserne er, at fosterets hoved står dybt (på bækkenbunden eller næsten hertil), og at livmodermunden (orificium) er udslettet.

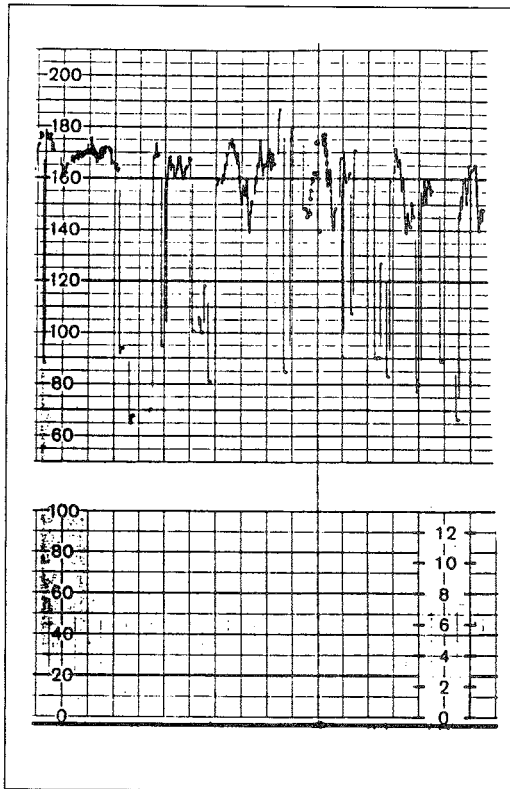
Hvis ikke disse betingelser er opfyldt (eller næsten opfyldt), er eneste rimelige forløsningsmåde at foretage kejsersnit.

I en del situationer (truende iltmangel hos fosteret) skal beslutningen om forløsningsmåde træffes hurtigt, og det kan i nogle situationer retrospektivt vise sig, at en anden beslutning, end den man valgte, måske havde været mere hensigtsmæssig. Et eksempel herpå er tilfælde, hvor vakuumeekstraktionen i praksis viser sig at være vanskeligere og bliver mere langvarig end det på forhånd var skønnet og forventet. I sådanne situationer kan der opstå behov for at stille om og foretage kejsersnit i stedet for at forcere forsøget på vakuumeekstraktion.

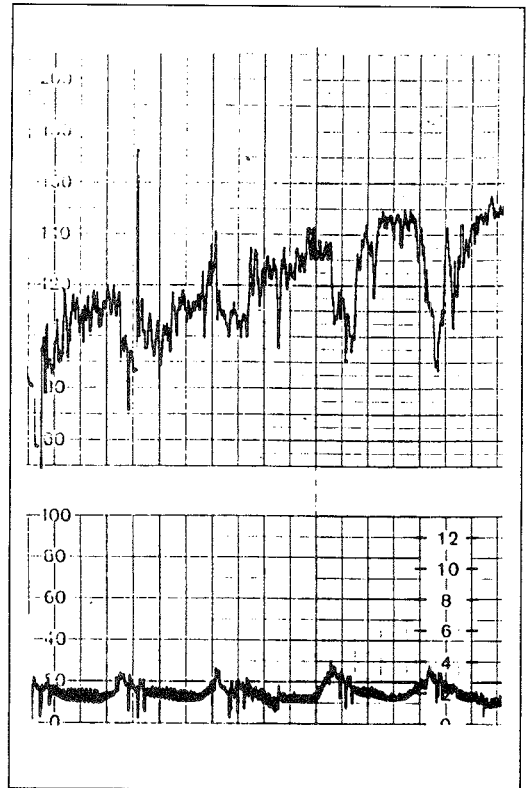
Dette er en vanskelig problemstilling, fordi den fødende i så fald bliver belastet af et dobbelt indgreb, og omstillingen skal foregå hurtigt af hensyn til fosteret. Erfaringsmæssigt vil der i gunstigste tilfælde gå 15-20 minutter fra beslutningen om at stille om til sectio er taget og til barnet er forløst. Det er således et akut vanskeligt valg, den behandlende læge skal foretage mellem at fortsætte med vakuumeekstraktion eller foretage sectio, når vakuumeekstraktion viser sig at være vanskeligere end forventet.

Med henblik på at forebygge sådanne situationer er det vigtigt, at de lægefaglige betingelser for forløsning med sugekop overholdes. Et elektivt kejsersnit er at foretrække fremfor en vanskelig sugekopforløsning, der kan traumatisere barnet og måske alligevel ender i et hastekejsersnit.

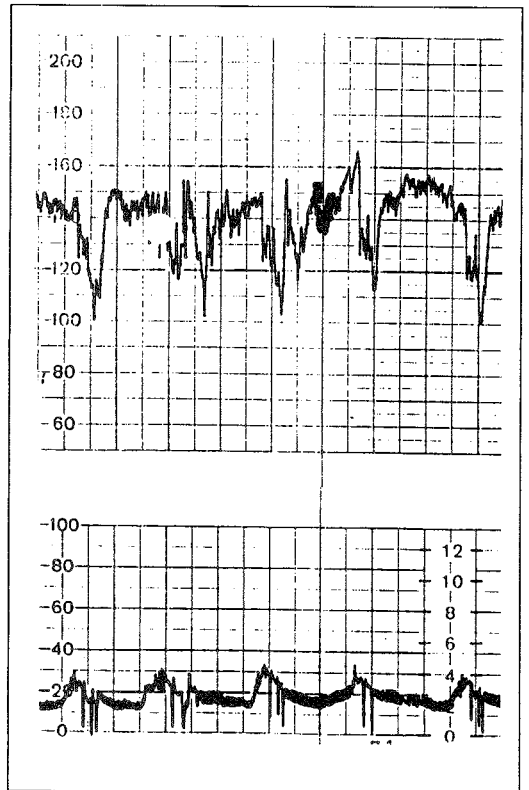
2. felt



9. felt



12. felt



Indtagelse af mavesårsmidler af typen H₂-Receptorantagonister, for eksempel cimetidin- og ranitidinholdig medicin i forbindelse med spiritussager

Retslægerådet har siden 1987 været forelagt en lang række sager vedrørende spirituspåvirkede motorførere med alkoholpromiller over 0,8 ‰ (minimum), hvor der blev spurgt om, hvorvidt indtagelse af mavesårsmicin (H₂-blokkere eller H₂-receptorantagonister) af specificeret art kunne tænkes at have påvirket den konstaterede promille. Dette må ses i lyset af, at sigtede/tiltalte og deres forsvarere ofte gør gældende, at medicinindtagelse må have haft en forhøjende virkning på den opståede (målte) promille i forbindelse med spiritusindtagelse. Interessen samler sig naturligvis om, hvorvidt en konstateret promille ville have været under en af sanktionsgrænserne, 0,8 ‰, 1,2 ‰, 1,5 ‰, 2,0 ‰ og 2,5 ‰, såfremt sigtede/tiltalte ikke havde indtaget den oplyste medicin.

I årene op til 1985 blev der i den internationale medicinske fagpresse publiceret en række undersøgelser til belysning af spørgsmålet, om de nye typer mavesårsmidler skulle kunne have en sådan virkning. Det skyldtes, at midlerne gennem en nedsættelse af syreproduktionen i mavesækken kunne tænkes at give en hurtigere optagelse af alkohol fra mave-tarmsystemet.

De publicerede undersøgelser blev refereret i en kort oversigt i Ugeskrift for Læger i 1988 (vol. 150, p. 625). Ved forsøg på normale forsøgspersoner med indtagelse af små alkoholemængder med eller uden behandling med mavesårsmidlerne fandt de fleste undersøgere ingen påvirkning, mens enkelte rapporterede, at maksimumkoncentrationen måltes højere i forbindelse med indtagelse af mavesårsmidlerne. Da der således på grund af de uoverensstemmende

undersøgelser muligvis kunne være en mindre øgende effekt på promillen i forbindelse med mavesårsmidler af særlig karakter, begyndte Retslægerådet at give udtryk for denne tvivl, idet man på grundlag af publikationernes data regnede med en mulig maksimal forøgelse af en konstateret promille på 10 %, dog maksimalt 0,2 ‰.

Retslægerådet har løbende fulgt litteraturen om dette spørgsmål, og flere og flere forfattere kunne ikke påvise en sådan effekt, og specielt blev det fremhævet, at hvis der var en virkning, var det ved meget lave promiller (under 0,8 ‰). Hos alkoholtilvænnede og alkoholikere kunne man ikke forvente nogen påvirkning. Sideløbende blev antallet af sager, hvor der stilles spørgsmål om mavesårsmidlers virkning på promillen, øget betydeligt, ikke mindst efter en advarsel blev indført på midlernes pakningsma-

teriale («Ved samtidig indtagelse af alkohol kan promillen stige«).

På grund af den stigende usikkerhed med hensyn til eksistensen af den mulige effekt, som altså stod omtalt på den udleverede medicin, har Retslægerådet foretaget en aktuel litteratursøgning, specielt efter publikation af en meget stor undersøgelse i *Annals of Internal Medicine* 1993; 118: 488-494: »Histamine-2 Receptor Antagonists Do Not Alter Serum Ethanol Levels in Fed, Nonalcoholic Men«. Omtrent samtidig konkluderede de amerikanske lægemiddelmyndigheder, Food and Drug

Administrations Gastrointestinal Drugs Advisory Committee, at »there is no apparent clinical or social significance to the elevations of blood alcohol levels for patients, who have taken an approved H₂ antagonists – Tagamet (cimetidine), Zantac (ranitidine), Pepcid (famotidine) and Azid (nizatidine).«

Retslægerådet har på basis af den aktuelle litteratur konkluderet, at der ikke er holdepunkter for at antage en betydende ændring af promillen forårsaget af indtagelse af disse mavesårsmidler. Dette er allerede meddelt i erklæringer afgivet i en række af disse sager.

Medicinsk kontra kirurgisk kastration

En 36-årig forvaringsdømt mand ansøgte om tilladelse til kirurgisk kastration. Han var dømt for gentagne tilfælde af grov overfaldsvoldtægt; han ønskede ikke at modtage medicamentel kønsdriftdæmpende behandling (»medicinsk kastration«). Retslægerådet udtalte blandt andet, at medicinsk kastration ud fra teoretiske overvejelser må antages at være mere virkningsfuld end kirurgisk kastration, ligesom rådet fremhævede, at der eksisterer kraftige testosteron præparater (det vil sige mandligt kønshormon) i såvel tablet- som injektionsform, som i løbet af få uger ville kunne ophæve effekten af en kirurgisk – men næppe af en medicinsk – kastration. Civilretsdirektoratet meddelte afslag på ansøgningen (A 34131).

A er en 36-årig mand, der i 1989 blev idømt forvaring på grund af recidiverende, grov sædelighedskriminalitet. Han ansøgte om tilladelse til kirurgisk kastration, hvorefter Civilretsdirektoratet forelagde sagen for Retslægerådet.

Retslægerådet havde tidligere to gange afgivet udtalelse om A, første gang i 1985, hvor han var sigtet for voldtægt. Han var først blevet undersøgt af embedslæge og efterfølgende indlagt til mentalobservation. Hospitalet så sig imidlertid ikke i stand til at udarbejde en egentlig erklæring på grund af A's manglende Kooperation. Retslægerådet udtalte blandt andet, at A ikke var sindssyg eller åndssvag. Karaktermæssigt måtte han formentlig betegnes som noget selvhævdende, umoden og affektlabil, men rådet fandt det ikke godtgjort, at hans karakterafvigelse havde en sådan sværhedsgrad, at han måtte henføres til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhand-

lede personkreds. Rådet fandt ikke, at A frembød en sådan nærliggende fare for andre, at forvaring måtte anbefales.

Retslægerådet afgav igen udtalelse i 1989, hvor A var sigtet for flere tilfælde af voldtægt og voldtægtsforsøg. Han havde igen været indlagt til mentalobservation, men havde også ved denne undersøgelse været afvisende over for at drøfte en lang række personlige, herunder seksuelle, forhold. Retslægerådet udtalte på grundlag af mentalerklæringen, at A var personlighedsmæssigt afvigende: selvcentreret, impulsiv, kortsynet og udadprojicerende. To af de voterende fandt, at A frembød en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring, jf. straffelovens § 70, i stedet for fængsel fandtes påkrævet for at forebygge denne fare. En af de voterende fandt ikke, at det kunne fastslås, at anvendelse af forvaring fandtes påkrævet.

A blev efterfølgende idømt forvaring, han var anbragt i Anstalten ved Herstedvester.

I april 1994, ca. fem år efter at være idømt forvaring, ansøgte A om tilladelse til kirurgisk kastration. Han fremhævede i sin ansøgning, at han havde overvejet spørgsmålet grundigt, og at han ikke blot havde drøftet den kirurgiske kastration med behandlingspersonalet på anstalten, men også med sin advokat, sin bistandsværge og en bekendt, som alle støttede hans ansøgning. Hans begrundelse for ikke at ville modtage medikamentel kønsdriftdæmpende behandling (»medicinsk kastration«) var, at han så skulle gå til kontrol hver 14. dag, og at han ligeledes hver 14. dag skulle tage stilling til, hvorvidt han fortsat ønskede at modtage denne behandling. Han var ikke sikker på, at han i længden ville være motiveret for behandling, om end han også gav udtryk for, at såfremt han ikke blev kastreret, ville der være betydelig risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet. Han gav videre udtryk for den opfattelse, at ved kirurgisk kastration var beslutningen taget en gang for alle, og han anførte, at han nøje havde sat sig ind i betingelserne for kirurgisk kastration, som han mente, han opfyldte.

I anledning af A's ansøgning udarbejdede overlæge B, Anstalten ved Herstedvester, erklæring. Det fremgår af denne erklæring blandt andet, at A var født og opvokset i en mindre provinsby hos samlevende forældre. Hans opvækstforhold havde formentlig været disharmoniske. A synes allerede fra sin

tidlige ungdom at have udvist adfærdsforstyrrelser; 14 år gammel kom han således på ungdomsskole, men han stak af efter tre en halv måned. 16 år gammel blev han inddraget under børneforsorgen, og han var i de følgende år anbragt på ungdomspensioner eller i familiepleje. Han har ingen uddannelse og havde kun kortvarigt i sin ungdom haft erhvervsmæssig beskæftigelse. 18 år gammel blev han første gang idømt en ubetinget frihedsstraf, og han havde siden kun i kortere perioder været på fri fod; i årene før forvaringsdommen havde han næsten permanent afsonet frihedsstraf.

A havde angiveligt haft flere kortvarige samlivsforhold samt to længerevarende forhold. Fra han var ca. 18 år, til han var ca. 22 år, kom han således sammen med en kvinde, med hvem han har en søn; nogle år senere var han gift ca. et halvt år, fra dette ægteskab har han en datter.

Somatisk har A i det væsentlige været rask.

Fra A var 16 år, til han var 18 år gammel, var han sigtet for flere forhold af tyveri, dokumentfalsk, hæleri m.v. Disse sager blev afsluttet, mod at A fortsat var undergivet børne- og ungdomsforsorg. I 1976, 19 år gammel, blev han idømt 5 måneders fængsel for en lang række tyverier m.v. Senere samme år blev han for en række lignende lovovertrædelser idømt seks måneders fængsel og senere på året yderligere fire måneders fængsel; de følgende år blev han – ud over nogle bøder – fem gange idømt ubetingede frihedsstraffe fra tre til ti måneders

fængsel for tyverier, brugstyverier, færdselslovsovertrædelser m.v.

I 1982, A var da 24 år gammel, blev han første gang dømt for forsøg på voldtægt og fuldbyrdet voldtægt. Han havde forsøgt at tiltvinge sig samleje med en 17-årig kvinde, idet han i den hensigt greb fat i hende, da hun kom gående, væltede hende om kuld og holdt hende fast. Han kyssede hende og truede med at dræbe hende, såfremt hun ikke forholdt sig rolig. Det lykkedes hende at rive sig løs og undløbe. Samme døgn begik A fuldbyrdet voldtægt, idet han havde skaffet sig adgang til en 19-årig kvindes værelse, hvor hun lå og sov. Han fastholdt hende i sengen, truede med at dræbe hende og tiltvang sig samleje indtil sædafgang. I forbindelse hermed begik han røveri, idet han umiddelbart efter voldtægten bandt et tørklæde over hendes mund og øjne og bandt hende til sengen ved hjælp af to bæltter, hvorefter han gennemsøgte huset og tog hendes penge. Han blev idømt fire års fængsel. Dommen omfattede tillige en række forhold af berigelseskriminalitet m.v.

I 1985 blev A på ny dømt for forsøg på voldtægt i to tilfælde begået godt tre måneder efter at han var blevet prøveløsladt. Han havde om natten indfundet sig på en højskole, hvor han forsøgte at tiltvinge sig samleje med to piger. I det første tilfælde havde han i pigens værelse grebet hendes hår og holdt en hånd over hendes mund, men hun fik ham til at forlade stedet ved at bide ham i hånden og skribe. Nogle timer senere indfandt han sig i en anden piges værelse, befølte hende på kønsdelene og for-

søgte uden held at presse sit lem ind i hendes skede. Under handlingsforløbet havde han et par gange forlangt, at hun skulle slikke og onanere ham, og da hun græd og skreg, truede han med at dræbe hende, hvis hun ikke holdt op. Efterfølgende bandt han pigen til sengen. Han blev idømt en fællesstraf på fem års fængsel.

I 1987 – under afsoningen af denne straf – begik han under en orlov på ny voldtægt. Han havde under en tidligere orlov foretaget indbrud i en villa, en måneds tid senere vendte han tilbage for igen at foretage indbrud. Han så en kvinde i huset, stillede sig på lur, og da kvinden kom ud af huset, tog han førergreb på hende, hvorpå han under frem-sættelse af trusler tvang hende tilbage, hvor han bandt hende for øjnene, skubbede hende om på en seng og voldtog hende. Efterfølgende begik han røveri ved at tage hendes penge.

Efter at være anholdt blev A indlagt til mentalobservation, men han undveg fra hospitalet. Fire dage efter undvigelsen foretog han forsøg på voldtægt, idet han greb en kvinde bagfra og væltede hende omkuld. Han måtte opgive sit forhavende, da hun skreg og rev sig løs. To dage senere overfaldt han en 42-årig invalidepensionist og foretog anden kønslig omgængelse end samleje under anvendelse af vold og trusler om vold. 10 dage senere overfaldt han en 12-årig pige, trak hende ind i en bil, beordrede hende til at tage et klædningsstykke over hovedet og kørte hende to kilometer væk til en skov, hvor han tiltvang sig anden kønslig omgængelse end sam-

leje. Fem dage senere foretog han et voldtægtsforsøg, idet han ved vold og trusler om vold forsøgte at tiltvinge sig samleje med en yngre kvinde. Han lagde sig oven på hende, holdt hendes arme fast og klemte om hendes mund. Han måtte opgive sit forehavende, da kvindens fader kom til stede. Samme døgn foretog han voldtægt af særlig farlig karakter ved i en campingvogn ved trusler med en kniv at have tvunget to 16-17-årige piger til kønslig omgængelse over for hinanden, ligesom han tvang sig til anden kønslig omgængelse end samleje med den ene pige, hvorefter han voldtog hende. I forbindelse med dette sagskompleks blev A i 1989 idømt forvaring.

Straks efter at være anbragt i Anstalten ved Herstedvester gav A udtryk for ønsket om psykoterapeutisk behandling, der kunne bibringe ham indsigt i de for ham skjulte konflikter, som var årsag til hans kriminalitet. Om dette behandlingsforløb er anført: »A virkede umiddelbart åben, men allerede fra begyndelsen fandt man ham påfaldende emotionelt uberørt over sin situation. Han var og er stadig uden følelsesmæssig forståelse for sine meget alvorlige sexkriminaliteter, og trods flere forsøg på indsigtgivende terapi er en sådan ikke lykkedes. A kan ikke bibringes en egentlig selvindsigt. Ved mindste frustration reagerer han med projektion og vrede, og det har ikke været muligt ad psykoterapeutisk vej at gennembryde dette forsvar. A er dog stadig i regelmæssig samtaleterapi, men terapien er altovervejende støttende og bearbejdende A's aktuelle problemer. I det tera-

peutiske forløb har man vidtgående ladet samtalerne forløbe, om ikke på A's præmisser, så dog i høj grad med det indhold, som A af sig selv lagde frem, og hvor man kun lejlighedsvis har kunnet uddybe en tankegang eller presse ham i selvkonfrontation.

A er gennem årene kommet til samtalerne med præcision og regelmæssighed. Han har været i stand til at indgå i dialoger på det beskrevne grundlag med små krav til selvindsigt. Han har af og til af sig selv ytret ønske om at gå mere i dybden med egne motiver og reaktionsmåder, men har ikke evnet at bryde sit rigide, projicerende forsvar».

Det fremgår videre, at A havde været afvisende over for at redegøre for sit seksualliv; han havde dog oplyst, at han fra sit 23. år havde haft en øget seksualdrift, blandt andet i form af letvakt erektion. Han havde angiveligt ikke oplevet seksuel tilfredsstillelse i forbindelse med voldtægt, men en følelsesmæssig lettelse i form af mindre affektspændthed.

A var veltilpasset i anstalten, hvor han var inde i et uddannelsesforløb.

Anstalten forsøgte at motivere A for behandlingen med kønsdriftdæmpende medicin (det vil sige Androcur (cyproteron acetat) samt Decapeptyl (Luteinhormon-agonist-LHRH-Agonist)), en behandling som vedvarende nedsætter dannelsen af det mandlige kønshormon svarende til kastrationsniveau. A kunne dog ikke motiveres for denne behandling, om end han så i øjnene, at han kunne forvente en langvarig frihedsbe-

røvelse, såfremt han ikke accepterede den medikamentelle behandling. På eget initiativ bestemte han sig herefter for at ansøge om tilladelse til kirurgisk kastration.

A er beskrevet som afslappet, imødekommende og fængselsvant, men uden dybere følelsesmæssig respons. Ved samtale med for ham følelsesmæssig belastende områder reagerer han oftest med forurettelse, vrede og afvisning. Det vurderes, at A's frustrationstolerance gennem årene er bedret, men at den stadig er lav. Han er tilbøjelig til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne, og hans evne til introspektion er vurderet som beskedent.

Konkluderende hedder det blandt andet, at anstalten ...»kun kan anbefale frihedsgoder til A på betingelse af, at han foruden støttende psykoterapi lader sig underkaste kastration, da man må befrygte, at A's kønsdrift fortsat vil udsætte ham for at begå alvorlige forbrydelser«. Under henvisning til, at A ikke ønskede medicinsk kastration, anbefalede overlægen, at A's ansøgning blev imødekommet.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte, at A ...»ikke er sindssyg, og at han aldrig har frembudt symptomer, der kunne give mistanke om, at han har været sindssyg. Han er normalt begavet.

Han blev i 1989 idømt forvaring for flere tilfælde af voldtægt, voldtægtsforsøg og anden kønslig omgængelse end samleje. Han er tidligere dømt for ligeartet

kriminalitet. Han er anbragt i Anstalten ved Herstedvester, hvor han er velfungerende, aktiv og veltilpasset. Han har under sit ophold i anstalten modtaget regelmæssig samtalebehandling, men det har ikke været muligt mere dybtgående at berøre og dermed bearbejde hans opfattelse af seksuelle forhold, herunder hans opfattelse af de forhold, han er dømt for, idet han reagerer med vrede og afvisning under forsøg på drøftelse heraf eller i øvrigt af hans (ubevidste) reaktionsmåde m.v. Behandlingen har således ikke grundlæggende ændret hans kun begrænsede evne til indsigt i egne følelser og reaktionsmønstre. Denne såkaldte modstand mod at konfronteres med egne psykologiske mekanismer kan antages at være en del af hans personlighedsmæssige egenart, idet han fortsat beskrives som personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet præget af manglende følelsesmæssigt engagement i andre mennesker, lav frustrationstærkel samt tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne.

Efter Retslægerådets opfattelse udsætter A's kønsdrift ham for at begå forbrydelser, jf. herved også at han i sin ansøgning om kastration har nævnt dette, og hans kønsdrift medfører betydelig sjælelig lidelse og social forringelse for ham, jf. at han er idømt forvaring. Det skal dog samtidig fremhæves, at – så vidt rådet bekendt – er kirurgisk kastration på det her omhandlende grundlag ikke anvendt i en længere årrække, og at der siden lovens vedtagelse er sket en afgørende udvikling i muligheden for medicinsk kastration, som er reversibel.

Rådet skal videre fremhæve, at en medicinsk kastration, som overholdes med regelmæssige injektioner, ud fra teoretiske overvejelser må antages at være mere virkningsfuld end en kirurgisk kastration. Ved den medicinske kastration gives to præparater, som dels – via hypofysen – kraftigt hæmmer eller ophæver produktionen af mandligt kønshormon (»testosteron«) i testiklerne, dels blokerer for virkningen af beslægtede hormoner (»androgener«) med en virkning som testosteron, der ud over i testiklerne også dannes i binyrerne. Ved den kirurgiske kastration påvirkes androgenproduktionen i binyrerne ikke. Rådet skal endelig bemærke, at der eksisterer kraftige testosteronpræparater i såvel tablet- som injektionsform, som i løbet af få uger vil kunne ophæve effekten af en kirurgisk – men næppe af en medicinsk – kastration, hvorfor regelmæssig kontrol, incl. blodprøvekontrol, efter rådets opfattelse kan være nødvendig, såfremt der ønskes sikkerhed for, at den kirurgisk kastrerede ikke har ophævet virkningen af kastration ved indtagelse af nævnte præparater.

Risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet vil efter Retslægerådets opfattelse afgørende mindskes, såfremt A medicinsk eller kirurgisk kastreres».

Efterfølgende meddelte Civilretsdirektoratet A afslag på ansøgningen.

Kommentar

Det helt afgørende problem ved stillingen tagen til den kirurgiske kastration er, at indgrebet er irreversibelt, om end der, som anført i rådets udtalelse, i dag findes kraftige hormonpræparater, som vil kunne ophæve effekten på kønsdriften – men selvsagt ikke på forplantningsevnen og næppe heller fuldt ud den psykologiske effekt – af en kirurgisk kastration. Vurderingen er yderligere vanskelig, når anmodning om kirurgisk kastration fremsættes af en forvaret, for hvem en nedsættelse (ophævelse) af kønsdriften kan være en forudsætning for tildeling af frihedsgoder og efterhånden prøveløsladelse. Man kan spørge, hvor »fri« en sådan person er i sine vurderinger og i sit valg?. Efter § 13 i lov om sterilisation og kastration kan en person blive kirurgisk kastreret, når nogle nærmere angivne kriterier er opfyldt. Retslægerådet kan udtale sig om de lægelige aspekter, men det er en juridisk afgørelse, hvorvidt der igen skal foretages kirurgisk kastration af sædelighedskriminelle. Hertil kommer, at der siden lovens vedtagelse er sket en væsentlig udvikling i den medicinske kastration, som er reversibel. I den konkrete sag måtte rådet under indtryk af de mange tilfælde af grov voldtægt og forsøg herpå tilslutte sig overlægens vurdering af, at en forudsætning for tildeling af frihedsgoder m.v. var, at A's kønsdrift blev ophævet, idet dette efter rådets opfattelse afgørende ville mindske risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet. Det væsentlige, lægelige spørgsmål blev herefter, hvilket af de to indgreb – medicinsk eller kirurgisk kastration – der virker bedst recidivforebyggende. Som det

fremgår, er det Retslægerådets vurdering, ud fra teoretiske overvejelser, at medicinsk kastration må antages at være mere virkningsfuld end kirurgisk kastration, og under alle omstændigheder kan der ved kirurgisk kastration være behov for regelmæssig kontrol, incl. blodprøvekontrol, med henblik på at sikre, at den kirurgisk kastrerede ikke er påbegyndt behandling med mandligt kønshormon. Begge former for kastration forudsætter således regelmæssig kontrol.

Under hensyn til sagens principielle karakter blev den behandlet ved skriftlige voteringer med deltagelse af samtlige medlemmer af den psykiatriske afdeling samt med deltagelse af særlig sagkyndige i sexologi og andrologi; sagen blev endvidere drøftet ved et møde med deltagelse af samtlige rådets medlemmer.

Kvaliteten af retspsykiatriske erklæringer

Den skriftlige sagsbehandling i Retslægerådet forudsætter grundige og fagligt kompetente speciallægeerklæringer. I en konkret sag udtalte rådet, at de erklæringer, en overlæge havde udarbejdet, og som havde været forelagt rådet, var fagligt utilstrækkelige (F 2211).

En embedslægeinstitution anmodede Retslægerådet om stillingtagen til kvaliteten af de mentalobservationserklæringer, overlæge NN udarbejdede. Baggrunden for henvendelsen var, at rådet i flere tilfælde havde anført, at det ikke var muligt at afgive udtalelse på grundlag af overlægens erklæringer og havde anbefalet reobservation. Sagen var oprindelig rejst af det stedlige politimesterembede, der havde rettet henvendelse til forvaltningen, som igen havde anmodet embedslægeinstitutionen om at foretage en lægefaglig vurdering af overlægens erklæringer. Embedslægeinstitutionen ønskede oplyst, hvorvidt anbefaling af indlæggelse til mentalobservation skyldtes, at det normalt er muligt at foretage en mere grundig observation under indlæggelse end ambulans, eller hvorvidt årsagen var mangler ved de erklæringer, den pågældende overlæge havde udarbejdet.

Sagen blev behandlet ved et møde i Retslægerådet, som herefter blandt andet udtalte: »I besvarelse af embedslægeinstitutionens spørgsmål skal Retslægerådet indledningsvis bemærke, at rådets opfattelse alene bygger på de erklæringer, der har været forelagt rådet,

ligesom rådet ikke har mulighed for at vurdere, i hvilket omfang praktiske vanskeligheder, således som de efter overlæge NN's opfattelse tegner sig, jf. skrivelsen af .. 1994, har påvirket overlægens arbejdsbetingelser. Med disse forbehold skal Retslægerådet bemærke, at overlægens erklæringer efter rådets opfattelse præges af, at overlægen ikke kan antages at have retspsykiatrisk erfaring eller uddannelse, ligesom det er indtrykket, at overlægen ikke er bekendt med de krav, der stilles til retslægelige dokumenter, jf. herved også lægelovens § 8 samt Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 20. juni 1935. Uddybende skal bemærkes, at der efter rådets opfattelse ikke er sammenhæng mellem erklæringernes præmisser og konklusion, ligesom erklæringerne indeholder en række udsagn, som tilsyneladende ikke har betydning for konklusionen, som til gengæld fremstår uden præmisser. Et andet væsentligt forhold er, at den psykopatologiske vurdering ofte er mangelfuld og uden anvendelse af almindelig anvendte psykiatriske vurderinger, psykiatrisk sprogbrug (gerne i dansk oversættelse) m.v. Endelig skal det nævnes, at erklæringernes opbygning undertiden er usystematisk, såle-

des at det er vanskeligt at skelne mellem observandens udsagn, oplysninger indhentet andet steds fra, og overlægens mere personlige vurderinger«.

Kommentar

Der findes ingen forskrifter i form af cirkulærer eller lignende for udarbejdelse af mentalerklæringer. Den praksis, som følges i dag, bygger i det væsentlige på mentalobservationskommissionens anbefalinger (Bet.nr. 149/1956, s. 130 ff.), om end disse, hvad angår en række detaljer, i dag er forældede. En af Retslægerådets opgaver, i forbindelse med vurderinger af mentalerklæringer i straffesager, er at påse, at undersøgelsen er gennemført tilstrækkelig grundigt, og at konklusionen er i overensstemmelse med god psykiatrisk praksis. Er dette ikke tilfældet, vil rådet anmode om en supplerende erklæring, ofte med en nærmere angivelse af, hvilke områder der ønskes uddybet. Det hænder imidlertid også, at rådet finder det nødvendigt at anmode om en ny erklæring, udarbejdet af en anden speciallæge. Dette vil i praksis ofte betyde reobservation under indlæggelse, eventuelt på en retspsykiatrisk specialafdeling. Retslægerådet er naturligvis klar over, at en sådan anmodning kan betyde en væsentlig forsinkelse af sagen, men rådet må lægge afgørende vægt på, at det af erklæringen fremgår, at undersøgelsen er gennemført tilstrækkelig grundigt, i overensstemmelse med anerkendte faglige principper og i overensstemmelse med de generelle forskrifter for lægelige erklæringer, jf. rådets udtalelse i den omtalte sag. Det er dette skriftlige materiale, der sammen med sagens øvrige akter danner grundlag for

rådets overvejelser og vurdering. Det mere principielle spørgsmål har været rejst, om det er forsvarligt, at rådet arbejder og afgiver udtalelser på grundlag af et sådant materiale. Betænkning om Retslægerådet (Bet.nr. 1196/1990, s. 75 ff.) indeholder en række overvejelser om spørgsmålet, og det er flertallets opfattelse, at den skriftlige sagsbehandling indebærer en række fordele, blandt andet at de skriftlige voteringer kræver større omhu og er mere forpligtende end den mundtlige form. Hertil kommer en række praktiske hensyn begrundet i sagsantallet. Den skriftlige sagsbehandling forudsætter imidlertid, at de erklæringer, der ligger til grund for rådets udtalelser, er så grundige og fagligt kompetente, at de selvstændigt tillader en detaljeret klinisk vurdering, som leder frem til en diagnose eller nogle diagnostiske overvejelser, som i sidste ende tillader den retspsykiatriske klassifikation. I ovennævnte sag måtte rådet vurdere, at de erklæringer, der havde været forelagt rådet, var så ufuldstændige og usystematiske, at de ikke kunne danne grundlag for rådets udtalelser.

Det skal nævnes, at ovennævnte krav til erklæringernes kvalitet ligeledes gælder i sager vedrørende ændring eller ophævelse af en idømt særforanstaltning. Retslægerådet må jævnligt indhente supplerende erklæringer i denne type sager, og rådet har derfor udarbejdet en »Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende ændring/ophævelse af en idømt særforanstaltning, jf. straffelovens § 72«. Vejledningen er optrykt på s. 107 ff.

Hvad angår erklæringer i forbindelse med psykiatrilovssager, er der flere steder udarbejdet forskellige ret kortfattede skematiske erklæringskoncepter, der udfyldes med overvejende helt faktuelle oplysninger. Disse erklæringer må antages at være anvendelige for både domstole og patientklagenævn, idet såvel patient som patientrådgiver/advokat og behandlende læge som regel vil være til stede, når sagen behandles, og således kan supplere og uddybe erklæringens indhold. Sådanne erklærin-

ger er imidlertid sjældent fyldestgørende for Retslægerådet, idet de netop ikke tillader de voterende at foretage en klinisk vurdering af patienten som grundlag for den skriftlige sagsbehandling. Retslægerådet har derfor også udarbejdet en »Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og anden tvang i psykiatrien, som forelægges Retslægerådet«. Vejledningen er optrykt på s. 105 ff.

En enkeltstående bizar handling danner ikke i sig selv grundlag for at konkludere sindssyg på gerningstidspunktet

A var en 20-årig mand, der var sigtet for manddrab og usømmelig behandling af lig ved efter drabet tillige at have skåret ørerne af afidøde. A blev mentalobserveret under indlæggelse, hvor han ikke fandtes sindssyg, ligesom der ikke var holdepunkter for at antage, at han havde været sindssyg på gerningstidspunktet. Han fandtes personlighedsmæssigt afvigende, omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, herunder at der ikke kunne peges på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt. Forsvareren indhentede efterfølgende erklæring fra psykolog, som blandt andet fandt mentalobservationen ufuldstændig, ligesom psykologen fandt, at A kunne have været sindssyg eller i en tilstand ligestillet med sindssygdom på gerningstidspunktet. Ved sagens behandling i retten mødte såvel psykologen som en repræsentant fra Retslægerådet som vidner. A påstod straffrihed i medfør af straffelovens § 16, subsidiært påstod han strafnedsættelse i medfør af straffelovens § 84, stk. 1, nr. 4, og § 85. Han blev fundet skyldig og idømt 14 års fængsel, hvilket blev stadfæstet af Højesteret (A 34473).

A var en 20-årig mand, der var sigtet for manddrab og usømmelig behandling af lig. Han blev indlagt til mentalobservation på sikringsafdelingen, Amtshospitalet ved Nykøbing Sjælland, hvor overlæge T afgav erklæring.

Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A de første fire år var opvokset hos enlig moder, der var 19 år gammel, da hun fødte ham. Moderen tog efterfølgende en korterevarende uddannelse, og da A var 4 år gammel, etablerede hun et samlivsforhold med A's nuværende stedfader. A's udvikling, hvad angår gang, tale, renlighed m.v., havde været opfaldende, og han havde i det væsentlige været legemlig rask. A blev allerede i før-skolealderen beskrevet som

så urolig og aggressiv, at man fra børnehaven foreslog, at han blev undersøgt af psykolog. Han havde problemer næsten fra skolestart, og der blev tidligt etableret kontakt til den stedlige pædagogisk/psykologiske rådgivning. A gik i almindelig folkeskole til 6. klasse, men kom så i heldagsskole og efterfølgende på produktionsskole. Han kunne på tomandshånd være venlig og tiltalende, men blev der stillet krav til ham, eller oplevede han modgang, kunne han reagere med nærmest ukontrollabel vrede. 15 år gammel blev han ambulantly børnepsykiatrisk undersøgt efter at have indtaget et større antal vitamintabletter. A forklarede sin handling med, at den var udtryk for desperation over, at han ikke havde nogen at tale med om sine

problemer. Ved den børnepsykiatriske vurdering blev A beskrevet som venlig og imødekommende, men han havde svært ved at engagere sig forpligtende og følelsesmæssigt, ligesom han ofte projicerede problemer ud i omgivelserne. På samme tidspunkt – da han var ca. 15 år gammel – begyndte han at komme i miljøet omkring hovedbanegården, hvor han i perioder havde gadebarnsstatus og levede af tilfældige indtægter ved prostitution og tyveri. Han blev herefter af pædagogiske årsager anbragt på lukket institution, hvor han blandt andet fik foretaget en psykologisk undersøgelse, der viste, at A var velbegavet; senere var han med i et skibsprojekt, men han blev bortvist fra søfartsskolen efter at have truet med en kniv. A var efterfølgende i en periode i familiepleje, men da han var 18 år gammel, flyttede han til Københavnsområdet, hvor han flyttede sammen med en lidt ældre enlig moder. Dette forhold holdt kun kort, og efter at have boet hos forældrene i en periode etablerede han et nyt samlivsforhold, hvor han i perioder boede sammen med veninden i dennes barndomshjem. Han var ubeskæftiget.

Hans psykiske tilstand i denne periode beskrives af omgivelserne som vekslende. Han kunne være selvusikker, men også præget af en udtalt evne til at bevare facaden. Han beskrives videre som selvcentreret, og han havde jævnligt et konfliktfyldt forhold til sine kammerater. Der er imidlertid ikke beskrevet begivenheder eller en adfærd, der kunne give mistanke om, at han skulle være sindssyg. Hans interesser var

blandt andet – ofte voldelige – videofilm og et uforpligtende samvær med jævnaldrende kammerater.

A havde trukket frinummer til militæret, men i foråret 1993 meldte han sig som frivillig. Dette gik indledningsvist godt; det fremgår fra forskellig side, at A var meget optaget af soldaterlivet, han gik i uniform i sin fritid, var omhyggelig med at pudse støvler m.v.; efter at han havde fået kørekort deserterede han imidlertid og tog til det tidligere Jugoslavien med det formål at melde sig som lejesoldat hos en af de stridende parter, ligegyldig hvilken. Dette mislykkedes, og efter få dage vendte han tilbage. A blev hurtigt anholdt af militærpolitiet, hvorefter han genoptog militærtjenesten, men kort tid efter deserterede han igen. Der var på dette tidspunkt opstået problemer i samlivsforholdet, hvorfor A jævnligt overnattede hos nu afdøde (B) i dennes lejlighed. A blev i denne periode – efter hjemkomsten fra det tidligere Jugoslavien – beskrevet som undertiden trist med selvmordstanker, samtidig kunne han have anfald af voldsom affekt med ledsagende impulsive handlinger.

Forud for drabet havde A været på værtshus sammen med B og en tredje kammerat, hvor de havde fået en del at drikke. Efterfølgende var de gået hjem til B's lejlighed, kammeraten forlod senere selskabet. I løbet af aftenen havde A efter anmodning fra B skåret et stykke hud med en tatovering af dennes arm. Efterfølgende begyndte de at kaste med kniv, blandt andet mod hinandens fødder. Ved mentalobservationen angav A, at B på et

tidspunkt skulle have anmodet A om at hjælpe sig med at begå selvmord, hvad A havde afslået, hvorefter B skulle have forsøgt at provokere A ved at hævde, at han (B) havde haft et forhold til A's nuværende veninde, (hvad veninden senere benægtede), hvilket bragte A i svær affekt, hvorefter han greb en økse, slog B i hovedet for herefter at strangulere og bagbinde ham. Efterfølgende havde A skåret B's ører af og sat dem i en kæde, som han (A) havde om halsen. A kunne huske, at han havde slået B i hovedet med en økse, det videre forløb beskrev han som en »sløret video« uden lyd på. A forlod lejligheden og tog toget til Københavns Hovedbanegård, hvor han op søgte politiet og meldte sig.

Under varetægtsfængslingen blev A undersøgt af speciallæge i psykiatri. Denne konkluderede blandt andet, at A ikke aktuelt var sindssyg, og at der ikke var holdepunkter for, at han tidligere havde været sindssyg. Speciallægen noterede dog, at A efter turen til det tidligere Jugoslavien af omgivelserne blev fundet personlighedsmæssigt ændret, blandt andet nedtrykt, men denne tilstand var nu lettet. A fandtes ved undersøgelsen personlighedsafvigende med en lav frustrationstærskel og dårlig affektforvaltning. Han gav udtryk for, at de påsigtede forhold var så personlighedsfremmede, at han måtte have været »syg« på gerningstidspunktet, hvorfor han selv var interesseret i at blive mentalundersøgt. Under hensyn til karakteren af den påsigtede kriminalitet og A's uafklarede psykiske tilstand anbefalede speciallægen indlæggelse til mentalobservation på Sikringsafdelingen.

A kunne ved mentalobservationen berette om sine vanskelige opvækstvilkår med et dårligt forhold såvel til moderen som stedfaderen. Han angav, at han kunne huske, at han som barn kunne reagere »hysterisk«. 14 år gammel havde han kortvarigt en vis kontakt til sin biologiske fader. Han havde registreret, at han havde et dårligt forhold til personalet på de institutioner, hvor han havde haft ophold, men selv mente han ikke, at han havde haft problemer, det var omgivelserne, der havde oplevet ham som et problem. Han havde i øvrigt haft svært ved at indordne sig under de krav om disciplin, der havde været på institutionerne. Han mente ikke, han tidligere havde haft mere udtalte psykiske vanskeligheder; han havde aldrig frembudt sindssygdomssymptomer. Alt i alt mente han sig på undersøgelsestidspunktet psykisk nærmest upåfaldende. Han var tidligt begyndt at ryge hash, og i perioder havde han røget hash dagligt, men han var ophørt efter ønske fra sin seneste samlever. Omkring 15-16 års alderen havde han i en periode sniffet lightergas og misbrugt centralstimulerende midler. Han havde i perioder haft et vist overforbrug af alkohol, men han havde aldrig haft noget misbrug.

I forbindelse med mentalobservationen blev der foretaget almindelig legemlig undersøgelse, øjen- og ørelægeundersøgelse samt registrering af hjernens elektriske aktivitet, hvorved intet abnormt blev påvist. Der blev videre foretaget psykologisk undersøgelse, hvor A fandtes normalt til velbegavet uden tegn på organisk hjerneskade. Sammenfattende blev A betegnet som »en affekt-

sky og affektfortrængende sårbar inde-sluttet karakterafviger».

Mentalobservationserklæringen konkluderede: »Observanden er ikke åndssvag, men normalt til velbegavet. Han er intellektuelt sædvanligvis velfungerende og effektiv, men sporadisk kan der ske et markant sammenbrud i et ellers højt funktionsniveau med totalt tab af overblik til følge. Observanden er ikke fundet sindssyg eller i en tilstand ligestillet hermed og kan ikke antages at have været det på tidspunktet for den påsigtede lovovertrædelse.

Personlighedsmæssigt har han efter det oplyste altid været afvigende, fra den tidlige barndom beskrevet som vild og hyperaktiv, med tendens til udtalt aggressiv adfærd, stigende til ekstrem hid-sighed af nærmest »sanseløs« karakter og efterfølgende usikker erindring om det passerede. Desuden har der i barndommen været tilbøjelighed til skulken og vagabonderen. Der synes at have været tale om kraftige miljøreaktioner med betydelige adfærdsforstyrrelser og tilpasningsvanskeligheder i forbindelse med opvækst i et disharmonisk, inkonsekvent hjemmiljø. Intensiv pædagogisk og socialpædagogisk indsats, sluttelig med institutionsanbringelse og senere familiepleje m.v. har ikke haft nogen varigere effekt.

Observanden har haft et spredt og tilfældigt erhvervmæssigt forløb uden stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, senest i forbindelse med militærtjeneste. Ej heller i almindelig mellem menneskelig omgang, herunder specielt til det

modsatte køn, har han formået at skabe varige tilknytninger. Han fremtræder kontaktafvisende og affektsky, mistænksom og sårbar og med beskeden evne til at turde involvere sig i følelsesmæssigt forpligtende kontaktforhold, herunder parforhold. Kun til den seneste samlever synes han til en vis grad at have oplevet en noget større tilknytning.

Han har gennem årene haft et noget svingende overforbrug af spiritus og især cannabis, men kan ikke betegnes som egentlig misbrugende eller afhængig.

Tiden op til den påsigtede lovovertrædelse synes at have været præget af tiltagende konflikter i forholdet til veninden, hvilket observanden synes at have reageret på med stigende uligevægt, sjælelig forstemning (dysfori) og impulsivitet, blandt andet med en noget planløst virkende absentation fra militærtjeneste. Der synes at være tale om, at observanden i forbindelse med det konfliktfyldte forhold til veninden har oparbejdet en stigende psykisk spænding, som han i overensstemmelse med sin sjælelige habitus har haft vanskeligt ved at tåle og forarbejde indadtil på en rimelig situationstilpasset måde. Sluttelig har han – såfremt hans egen forklaring lægges til grund – øjensynlig været udsat for ekstrem provokation fra senere dræbtes side, på et særlig ømt punkt gennem dennes påstand om observandens venindes seksuelle utroskab mod ham.

På tidspunktet for lovovertrædelsen var observanden desuden efter det oplyste

spirituspåvirket, men der er ikke holdpunkter for at antage en normafvigende – patologisk – rustilstand, ej heller påvirkning af andre rusmidler end alkohol.

Der synes herefter, sandsynligvis begrundet af rusen, at have været tale om et totalt sammenbrud af observandens i forvejen ikke helt effektive psykiske forsvarsmekanismer imod udadvendt aggressiv adfærd, kulminerende i den voldsomme drabshandling m.v. Såvel under denne som efterfølgende synes der at have været tale om en – ikke sindssygelig – stærk affekttilstand med en vis bevidsthedsindsnævring, fremmedhedsfølelse og svækket hukommelse, en tilstand, der herefter gradvist synes klinget af inden for et kortere tidsrum af højst nogle få timer.

Observandens personlighedsafvigelse er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men der kan – såfremt han findes skyldig – ikke peges på foranstaltninger i medfør af samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til forebyggelse af eventuel ny kriminalitet. På baggrund af observandens reaktivitet m.v. kunne det overvejes, om eventuel forskyldt frihedsstraf, i hvert fald indledningsvis, burde udstås i Anstalten ved Herstedvester, hvor der er let adgang til psykologisk og psykiatrisk observation og behandling.

Retslægerådet tilsluttede sig i det hele erklæringens konklusion og udtalte blandt andet: »Personlighedsmessigt er han sårbar og afvigende med beskedent identitetsfølelse, udadvendt ag-

gressiv adfærd ved belastninger og manglende evne til at kunne indleve sig i andres følelser. På tidspunktet for den påsigtede handling var han påvirket af tiltagende konflikter i forhold til en veninde.

Sammenfattende finder Retslægerådet, at A er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Hvis han findes skyldig, kan rådet dog ikke pege på foranstaltninger efter samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til forebyggelse af eventuel ny ligeartet kriminalitet. På baggrund af A's personligheds-mæssige egenart skal anbefales, at en eventuel afsoning indledningsvis foregår i Anstalten ved Herstedvester.

Før nævningesagen indhentede A's forsvarer en udtalelse fra psykolog; udtalelsen baserede sig på personundersøgelsen, obduktionserklæringen samt mentalerklæringen. Af psykologens udtalelse fremgår blandt andet: ... »Handlingen efter drabet – at skære ørerne af sit offer og hænge dem i en kæde om halsen – er så grotesk og har en så bizar, afvigende karakter, at man ikke kan udelukke, at observandens realitetsoplevelse har været alvorligt suspenderet i gerningsøjeblikket. Fraværet af denne realitetssans synes at betinge, at patientens psykiske tilstand i gerningsøjeblikket kan ligestilles med en sindssygelig tilstand. I det efterfølgende forløb beskrives en række symptomer «bevidsthedsindsnævring, fremmedfølelse og svækket hukommelse», som hyppigt iagttages hos patienter med hjernebeskadigelse af tindingelapperne. ... Et enkelt ikke abnormt encefal-

lografiresultat udelukker ikke, at patienten tillige har nævnt tindingelaplæsion. Ligeledes må den psykologiske undersøgelse betragtes som ufuldstændig. ... Mentalobservationen må på flere afgørende punkter skønnes så ufuldstændigt gennemført, at der kan rejses berettiget tvivl om konklusionens resultat. Dette gælder også – og i særlig grad – konklusionens påstand om, at observanden foretog drabshandlingen i en ikke-sindssygelig tilstand«.

Retslægerådet fik forelagt psykologudtalelsen, men denne gav ikke rådet anledning til yderligere bemærkninger.

Såvel psykologen som en repræsentant fra Retslægerådet var indkaldt som vidner ved sagens behandling. Af udskrift af retsbogen fremgår blandt andet, at psykologen udtalte ... »at hans pointe med at møde i retten i dag er, at han mener, at der burde være sket undersøgelser af tiltalte, som var mere dybtgående. Der kan i dette tilfælde være tale om en slumrende læsion af hjernen, som har givet sig udtryk i et epileptisk anfald. Dette spørgsmål burde være undersøgt ved en neuropsykologisk undersøgelse og skanning af hjernen... Hverken den undersøgende overlæge eller Retslægerådet har været opmærksom på muligheden af en organisk hjerneskade. Vidnet mener, at handlingen med at skære ørerne af er så realitetsfjern, at tiltalte må have været i en tilstand, der må ligestilles med sindssyge. ... Vidnet ser ikke i mentalundersøgelsen tegn på en egentlig psykotisk udvikling, men derimod tegn på karakterafvigelse. Tiltaltes adfærd efter handlingen gør, at vidnet må

mene, at tiltalte var psykotisk i gerningsøjeblikket«.

Retslægerådets repræsentant udtalte blandt andet: »Retslægerådet overvejer i nogle sager om, der skal foretages en neuropsykologisk undersøgelse. I nærværende sag har Retslægerådet fundet, at undersøgelsen er foretaget grundigt og forsvarligt, og at relevante undersøgelser ikke er undladt, det kliniske billede taget i betragtning.

Vidnet forstår godt, at der er tænkt på, at gerningsmanden kunne være sindssyg. Mentalerklæringen gengiver også visse træk, der kan give anledning til mistanke om sindssygdom. Det er imidlertid ikke forsvarligt at slutte fra en enkelt bizar handling til sindssygdom hos gerningsmanden«.

A oplyste i retten, at han efter omstændighederne havde det rimeligt godt, og at han ikke efter mentalundersøgelsen havde haft kontakt med hverken psykolog eller psykiater.

A blev fundet skyldig i overensstemmelse med anklageskriftet, og nævningene svarede benægtende på tillægs spørgsmål om straffrihed efter straffelovens § 16 og strafnedsættelse efter straffelovens § 84, stk. 1, nr. 4, og § 85. Landsrettens dom på 14 års fængsel blev stadfæstet af Højesteret.

Kommentar

Som anført af Retslægerådets repræsentant i retten måtte sagen, og herunder især den bizarre handling med at skære ørerne af ofret og hænge dem i en kæde om halsen, give anledning til at overveje, om A kunne være sindssyg eller kunne have været sindssyg på gerningstidspunktet, idet en bestående sindssygdom kan give anledning til uindfølelige, barokke handlinger. Medvirkende, til at denne mistanke kunne opstå, er måske også, at A's psykiske tilstand på gerningstidspunktet er betegnet som blandt andet præget af »en vis bevidsthedsindsnævring, fremmedfølelse og svækket hukommelse«, det vil sige symptomer, som undertiden ses ved visse former for korterevarende psykotiske episoder, for eksempel udløst af voldsom sjælelig belastning, men disse symptomer ses også under forløbet af en svær affektreaktion, som ikke er en sindssygdom eller hermed ligetilstand. Under sin behandling af sagen overvejede Retslægerådet da også, om der var holdepunkter for at antage, at A på gerningstidspunktet havde befundet sig i en korterevarende psykotisk tilstand, men rådet måtte afvise denne mulighed, væsentligst fordi A ikke havde frembudt sindssygdomssymptomer som for eksempel hallucinationer eller vrangforestillinger. En sindssygdomsdiagnose bygger ikke på en enkeltstående handling, hvor bizar og uforståelig den end måtte være, men på tilstedeværelsen af alment anerkendte psykosesymptomer, herunder at disse symptomer med rimelig sikkerhed kan sammenfattes til en diagnose eller i hvert fald nogle diagnostiske mulighe-

der. En enkeltstående, umiddelbar uforståelig handling kan endvidere lede tanken hen på en abnorm enkeltreaktion (se nærmere s. 77 ff.), og A selv opfattede da også sin handling som personlighedsfremmed og mente, han havde været »syg« på gerningstidspunktet. Selve drabet kan ses som en affektreaktion, det påfaldende i sagen var den usømmelige behandling af liget, og dette ses normalt ikke ved den abnorme enkeltreaktion, som hverken overlæge T eller Retslægerådet fandt grundlag for at overveje.

Klinisk var der ikke grundlag for at antage, at A skulle have en organisk hjerneskade eller eventuelt en epileptisk lidelse; der var for eksempel ingen oplysninger om komplikationer ved A's fødsel, om alvorlige hovedtraumer eller om nogen form for anfaldsfænomener; han frembød ikke eventuelt kun diskrete tegn på forstyrrelser i bevægemønstret (»tumlere«, »fumlere«), og han havde ikke de for en organisk hjerneskade karakteristiske træk, for eksempel en vedholdende, klæbende tankegang. Ved den psykologiske undersøgelse fandtes han normalt til velbegavet, og heller ikke her fandtes tegn på hjerneskade. Endelig er registrering af hjernens elektriske aktivitet beskrevet som uden abnormiteter (hvilket dog ikke udelukker muligheden af en organisk hjerneskade, men gør epilepsidiagnosen usandsynlig), ligesom intet abnormt blev påvist ved hverken øjen- eller øreundersøgelse (undersøgelser som kan afsløre diskrete tegn på hjerneskade). A var således grundigt undersøgt, også for eventuelle organiske træk, og supplerende under-

søgelse kunne kun være af teoretisk interesse.

En mentalundersøgelse skal gennemføres tilstrækkelig grundigt og i overensstemmelse med god psykiatrisk standard, herunder er det ikke mindst vigtigt, at den psykopatologiske vurdering er så grundig og udtømmende som muligt. (Se også s. 61 ff. om kvaliteten af de retspsykiatriske erklæringer). Det afhænger af den klinisk-psykiatriske vurdering, hvorvidt der bør foretages supplerende undersøgelser, det vil sige ikke

blot blodprøver, registrering af hjernens elektriske aktivitet, hjerneskaning m.v., men også psykologisk testning, neurologisk undersøgelse, øjenundersøgelse m.v. Retslægerådets opgave er blandt andet at påse, at der er foretaget de nødvendige og tilstrækkelige undersøgelser, og at konklusionen hviler på anerkendte lægevidenskabelige principper og kriterier.

Om Retslægerådets fremmøde i retten henvises til Retslægerådets årsberetning for 1988 s. 31 ff. og 1992 s. 21 ff.

På grænsen til en tilstand ligestillet med sindssygdom...

M var sigtet for og blev dømt for manddrab. På grundlag af en hjernebetændelse i 2-års alderen havde M udviklet en organisk hjerneskade, som klinisk var præget af adfærdsforstyrrelser, hukommelsesbesvær, lette sprogforstyrrelser, men uden epileptiske anfald. Retslægerådet udtalte, at hans personlighedsforstyrrelse fandtes så udtalt, at den var på grænsen til en tilstand ligestillet med sindssygdom, det vil sige en tilstand som ikke med sikkerhed var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men at han under alle omstændigheder kunne henføres til samme lovs § 69, stk. 1. Retten fandt M omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og han blev idømt en anbringelsesdom (A 34268).

M er på tidspunktet for mentalobservationen 24 år. Han er opvokset i skilsmissehjem. Efter 8. klasse var han 2 år anbragt på ungdomsinstitution for psykisk afvigende, derefter 1½ år i familiepleje. Har siden boet på hybel i nærheden af moderen, som han har bevaret en tæt kontakt til. Han har kortvarigt haft ufaglært arbejde, ellers har han levet af bistandshjælp. Han er ugift. Han har ikke været soldat. Har 23 år gammel fået et bødeforlæg for tyveri.

De sidste par år har han haft et dagligt alkoholforbrug på 6-8 genstande. Intet misbrug derudover.

Tiltales nu for drab udført 2½ år tidligere (august 1987). Han var trængt ind i lejligheden hos en ham ubekendt 81-årig kvinde og havde straks skåret hendes hals over med en dolk samt tildelt hende yderligere 6-7 stik i baghovedet og halsen. Han havde indfundet sig på gerningsstedet, fordi hans farmor tidli-

gere havde boet i ejendommen. Han omtalte senere over for sine skiftende sagsbehandlere, at han havde lavet »noget forfærdeligt«, men berettede først om indholdet heraf ca. 2 år efter drabet, hvorefter han blev overtalt til at melde sig til politiet.

Moderen har oplyst, at graviditet og fødsel forløb normalt. Knap 2 år gammel måtte M indlægges på børneafdeling på grund af krampeanfald i tilslutning til, at han havde mæslinger. Journalen fra denne indlæggelse er bortkommet. De følgende år flere indlæggelser på grund af feberkramper. Anfaldene indledtes med rysten og smasken. I 16-års alderen blev M undersøgt på øre-, næse- og halsafdeling på grund af »lyde inde i hovedet«. Der konstateredes blandt andet degeneration af hørenerven især på højre side. Krampeanfaldene ophørte før skolealderen og har ikke siden været til stede.

M har fra barndommen været præget af adfærdsforstyrrelser, blandt andet i form af urolig adfærd, koncentrationsvanskeligheder, lav selvfølelse og dårlig impuls kontrol. Han kunne blive vred og provokerende over for lærere og kammerater, slå inventar i stykker, og resultatet blev, at han isoleredes fra kammeraterne og også siden har levet ensom og isoleret. Han er intellektuelt fundet fungerende i sinkeområdet.

Ved mentalobservationen fremtræder M umiddelbart dårligt begavet, men med betydelige spring i funktionsniveau, hvilket bekræftes ved psykologisk undersøgelse. Man observerer tilsyneladende lette svingninger i bevidsthedsintensiteten, let distraherbarhed og forbigående smaskebevægelser. Hans sprogbrug findes usikker og påfaldende, men der er ikke tale om formelle tankeforstyrrelser, som det ses ved skizofreni. Der er ikke observeret hallucinationer eller vrangforestillinger. Den følelsesmæssige kontakt sker på M's præmisser, men han er ikke følelsesmæssigt aflukket (autistisk).

Ved psykologisk undersøgelse findes flere træk, der peger mod en generel organisk tilstand. Hertil kommer tegn på en meget dårlig personlighedsintegration, hvor M ved provokation kan synes psykosener i hele sin oplevelses- og funktionsform. Affekt- og impuls kontrol er svigtende i et omfang, der går ud over, hvad man vil forvente ved en ukompliceret karakterafvigelse.

I forbindelse med mentalobservationen er M indlagt på neuromedicinsk afde-

ling. Ved undersøgelse af hjernens elektriske aktivitet (EEG) provokeredes under lysstimulation et kortvarigt krampeanfald. Undersøgelse af hjernens blodgennemstrømning, CT-scanning (en speciel røntgenundersøgelse af hjernen) og 48 timers kontinuerlig registrering af hjernens elektriske aktivitet viste intet abnormt. Diagnosen var: Mulige følger af hjernebetændelse (encephalitis sequelae, obs.pro.), det vil sige, at man *ikke* fundt holdepunkt for, at M lider af epilepsi.

Mentalobservationen konkluderer, at M er præget af en tidlig erhvervet hjerneskade (»kronisk organisk psykosyndrom«) af ikke ubetydelig sværhedsgrad. Han er ikke sindssyg, men hans hjerneskade er så udtalt, at han i hvert fald befinder sig på grænsen til en tilstand ligestillet med sindssygd.

Retslægerådet tiltræder i resposum af 14.03.90, at M i kraft af sin hjerneskade »befinder sig på grænsen til en tilstand ligestillet med sindssygd. Han lader sig ikke med sikkerhed henføre til straffelovens § 16, stk. 1, men vil under alle omstændigheder være omfattet af samme lovs § 69, stk. 1. Såfremt han kendes skyldig, skal rådet som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende«.

Retten afsagde dom 03.05.90. I dommen anføres: »Idet de lægelige udtalelser lægges til grund, anses det for godtgjort, at tiltalte på gerningstidspunktet var utilregnelig på grund af en tilstand, der må ligestilles med sindssygd. Tiltalte

frifindes derfor for straf, jævnfør straffelovens § 16, stk. 1«. Herefter dømtes M til anbringelse i hospital for sindslidende.

Efterfølgende har M i 5 år været anbragt først på lukket senere på åben psykiatrisk afdeling. Han er under opholdet beskrevet som meget ordholden, selvcentreret, føler sig let uretfærdigt behandlet, hvilket kan føre til harmløse, verbale vredesreaktioner, men også i et enkelt tilfælde til korporligt overfald på en medpatient (1993). Han synes generelt at fungere godt inden for en fast struktur og med fastlagte forudsigelige aftaler. Han er i behandling med en mindre dosis antipsykotisk virkende medicin (tabl. Cisordinol, 4 mg x 2).

Retslægerådet har flere gange udtalt sig om ændring af den idømte foranstaltning, senest den 27.07.94, hvor rådet anbefalede ændring til en behandlingssdom.

Kommentar:

Efter at psykiatriloven anvendte udtrykket »ganske ligestillet med sindssygd« har Retslægerådets årsberetninger flere gange bragt eksempler, der illustrerer dette begrebs afgrænsning (1991, s. 29 ff. (A 31646), 1992, s. 70 ff. (A 32368), 1993, s. 95 ff. (A 33356 og A 33750)).

Der har sjældnere været eksempler på straffelovens ligestillingsbegreb. Dog har det været drøftet i forbindelse med grænsepsykotiske tilstande (Retslægerådets årsberetning for 1989 s. 111 ff. (A 30147)) og ved hjerneskade respektiv epilepsi (Retslægerådets årsberetning for 1988, s. 80 ff. (A 29632), respektive s. 100 ff. (A 29163)).

Når Retslægerådet i den refererede sag fandt, at M ikke med sikkerhed kunne henføres til straffelovens § 16, var det fordi svære sindssygelige symptomer ikke kunne observeres. På den anden side fandt man en meget dårlig (psyko-senær) personlighedsintegration, og den kliniske tilstand syntes præget af kortvarige bevidsthedsforandringer. Denne usikkerhed skar retten igennem ved at anse det for godtgjort, at M kunne henregnes til § 16, stk. 1.

Det er værd at minde om, at de såkaldte »ligestillede tilstande« ikke nødvendigvis dækker de samme tilstande i psykiatriloven og straffeloven.

I psykiatriloven indførtes begrebet på grund af de praktiske vanskeligheder, der kan være forbundet med at stille en psykiatrisk diagnose med tilstrækkelig

sikkerhed akut i indlæggelsessituationen. At disse tilstande »ganske« skal ligestilles med sindssygdom betyder konkret, at de ikke i situationen lader sig skelne herfra. Som eksempler på »ligestillede tilstande« kan nævnes: visse affektexplosive tilstande, abnorme enkeltreaktioner ledsaget af bevidsthedsændringer, patologiske reaktioner på alkohol og medicin, tågetilstande ved epileptisk anfald og svært livstruende anorexia nervosa.

I forbindelse med straffeloven er der – med Hjalmar Helwegs ord – brug for en »praktisk hjælperubrik«, når den foreliggende abnorme tilstand er af en sådan art, at man ikke uden at gøre vold på de psykiatriske sygdomsbegreber

kan tale om en sindssygdom, men som på den anden side for enhver fornuftig betragtning må medføre den samme strafferetlige undtagelsesstilling som de ubestridelige sindssygdomme. Som eksempler nævnes forbigående feberdelirier, visse af hjernebetændelse og epilepsi fremkaldte karakterforandringer, svære psykopatiformer, der balancerer på randen af det psykotiske (det vil blandt andet sige tilstande, som efter ICD-10 – WHO's tiende internationale sygdomsklassifikation – ville kaldes skizoide eller emotionelt ustabile personlighedsstrukturer) samt visse senile svækkelsestilstande. Hertil kommer for eksempel »insulintilfælde« og – sjældent -visse abnorme enkeltreaktioner.

Abnorm enkeltreaktion?

En 55-årig mand L sigtes for at have dræbt sin mor. Han findes personligheds-mæssigt afvigende i lettere grad omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Retslægerådet fandt, at han havde handlet under stærk sindsbevægelse, men der havde efter Retslægerådets opfattelse ikke foreligget en abnorm enkeltreaktion. Retslægerådet måtte under sagsbehandlingen besvare spørgsmål fra forsvareren, og en repræsentant for rådet blev afhørt som vidne i landsretten (A 34346).

L stammer fra et velstående gårdmandsmiljø. Faderen døde, da L var 2 år, men moderen drev gården videre i en årrække. Efter realeksamen fik L landbrugsuddannelse og var senere værnepligtig ved livgarden. Gift 25 år gammel. Arbejdede som forpagter, senere ejer af en større gård. Ægteskabet blev opløst 13 år senere, blandt andet på grund af økonomiske problemer. L arbejdede derefter i fødevarerindustrien med forskellige importforretninger, senere med restaurationsdrift. Det endte med økonomisk ruin, L har en skattegæld på ca. 800.000 kr. L levede aktuelt i et lille tagværelse i moderens byejendom. Han fungerede som vicevært i ejendommen. Han havde lånt 2-300.000 kr. af moderen. Der har ikke været symptomer på misbrug.

Dagen før drabet havde L ønsket at låne moderens sommerhus, men hun ville bestemme hvem, han måtte være sammen med. Næste dag kom det til et skænderi, moderen truede med økonomiske sanktioner, og da hun begyndte at slå ham på brystet, mistede L besindelsen og greb hende om halsen. Han

har ingen erindring om det nærmere forløb, men blev efter nogen tid klar over, at han havde dræbt moderen. Han søgte derefter at camouflere det skete som et indbrud, hvor tyven var blevet overrasket af moderen.

Ved mentalobservation findes L ikke sindssyg. Han beskrives klinisk som jævnt begavet, ved psykologisk undersøgelse som normalt til velbegavet. Personligheds-mæssigt findes han præget af umodenhed med tendens til idylliseringen, selvfremhævende og med en ansvarsfralæggende holdning. Den psykologiske undersøgelse beskriver hans selvfremhævende holdning som en reaktionsdannelse på en underliggende selvusikkerhed. Han kan endvidere fremtræde udpræget garderet og undvigende i følelses-mæssigt belastende situationer, hvilket er i modstrid med hans egen oplevelse af at fungere effektivt i sådanne situationer. Samlet er der tale om et blandet billede af lette karakterafvigende og karakterneurotiske træk.

L har en enkelt gang – i forbindelse med

skilsmisken – været indlagt på psykiatrisk afdeling i ca. 14 dage under diagnosen reaktiv depression (det vil sige fremkaldt af ydre omstændigheder). Forud for indlæggelsen var der irritabilitet, selvbeprejdelse og selvmordsimpulser. Under indlæggelsen ingen fremtrædende symptomer. Blev behandlet med en lille dosis beroligende medicin.

Mentalobservationserklæringens konklusion var, at L var omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men at man ikke kunne pege på mere formålstjenlige foranstaltninger end straf.

Efter afgivelse af mentalobservationserklæringen fremsendte L's forsvarer en række korrektioner til denne og anmodede samtidig Retslægerådet om at overveje, om L er omfattet af § 69, stk. 1, »i lyset af den beskrivelse af bestemmelsens anvendelsesområde, der fremgår af forarbejderne, det vil sige Straffelovrådets betænkning nr. 667, s. 79-85«. Endvidere blev rådet spurgt om, hvorvidt L's adfærd i forbindelse med det påsigtede »kan siges at være udtryk for en pludselig afspændings- eller kortslutningsreaktion, eller om der har foreligget en anden form for abnorm enkeltreaktion. Det bedes endvidere oplyst, om handlingen kan siges at være begået under indflydelse af stærk sindsbevægelse«.

Retslægerådet afgav responsum den 29.09.94, og heri hedder det blandt andet: »Ved den klinisk psykiatriske undersøgelse såvel som ved den psykologiske undersøgelse er L fundet personlighedsmæssigt afvigende i lettere grad

med vanskelighed ved at reagere adækvat i følelsesmæssigt provokerende situationer, især i forbindelse med situationer med aggressivt indhold. Endvidere er der set en blanding af noget selv-fremhævende træk, der synes at dække over en underliggende følelse af selv-usikkerhed.

I perioden op til den påsigtede handling synes L at have befundet sig i en situation præget af en række ydre belastninger, hvilket yderligere har svækket hans evne til hensigtsmæssig reaktion i en stærkt følelsesmæssigt provokerende situation, således som den forelå på gerningstidspunktet. L kan i denne forstand siges at have handlet under stærk sindsbevægelse. Derimod har der efter Retslægerådets opfattelse ikke foreligget en abnorm enkeltreaktion.

Retslægerådet finder herefter, at L er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Imidlertid kan man ikke pege på foranstaltninger i henhold til samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuel forskyldt straf».

Sagen blev behandlet ved landsretten den 21.12.94. Et medlem af rådet mødte som vidne og bekræftede, at L efter rådets opfattelse havde handlet under stærk sindsbevægelse i den i erklæringen beskrevne forstand og afgav forklaring om rådets opfattelse af begrebet abnorm enkeltreaktion. Nævningene sagde ja til et tillægsspørgsmål om straffenedsættelse i medfør af straffelovens § 85. Dommen kom til at lyde på fængsel i 6 år.

Kommentar:

Retslægerådet drøftede på grundlag af sagen endnu engang sin holdning til udtryk som »at handle under indflydelse af stærk sindsbevægelse« og til begrebet abnorm enkeltreaktion.

»Stærk sindsbevægelse« er ikke en psykiatrisk term, men et juridisk begreb, som kan begrunde strafnedsættelse (straffelovens § 85). Udtrykket kan dække et spektrum af tilstandsbilleder og omstændigheder. Disse forhold er ikke nødvendigvis af lægelig karakter. Ud fra en psykiatrisk synsvinkel vil man tale om, at handlingen blev begået under stærk sindsbevægelse, når det er oplyst eller sandsynliggjort, at pågældende var »ude af sig selv«. Det er en forudsætning, at der har foreligget en – eventuelt for den pågældende person specifik – akut belastende eller provokerende situation, og at der er tale om mere end almindelig ophidselse, det vil sige, at der har foreligget en for personen patologisk tilstand. Det betyder, at der skal være oplysninger om emotionel lammelse, lette bevidsthedsændringer eller lignende.

Denne tilstand er ikke direkte omtalt i den nye internationale sygdomsklassifikation (ICD-10), men vil være omfattet af den noget bredere betegnelse *akut belastningsreaktion*. Denne diagnose forudsætter:

- 1) exceptionel, katastrofeagtig psykisk eller fysisk belastning,
- 2) psykiske symptomer opstået i direkte tilslutning hertil som angst, be-

vidsthedsindsnævring, aggressivitet, fortvivelse, hyperaktivitet, følelsesmæssig tilbagetrækning m.v.,

- 3) symptomerne aftager efter maksimalt 48 timer,
- 4) efterlader fuldt eller delvist hukommelsestab for perioden og
- 5) personen har ingen anden psykisk lidelse.

Det skal bemærkes, at disse tilstandes kortvarige natur medfører, at der kun sjældent vil foreligge lægelige vurderinger af den sigtede foretaget i tæt tidsmæssig relation til de påsigtede forhold. Ligeledes vil de foreliggende beskrivelser ofte kunne være subjektivt farvede eller prægede af erindringsforskydninger m.v. Rådet vil derfor normalt anvende en formulering, som at »det kan antages, at XX har handlet under stærk sindsbevægelse« med angivelse af de præmisser, rådet har lagt til grund. Rådet vil aldrig henvide direkte til straffelovens § 85, idet afgørelsen af paragrafens anvendelse beror på et bredere grundlag, herunder bevismæssige vurderinger, som er et domstolsanliggende.

I den aktuelle sag præciserede rådet, at en ydre belastende situation havde svækket L's evne til hensigtsmæssig reaktion på en følelsesmæssigt provokerende situation (det vil sige moderens dominerende og provokerende adfærd). For en patologisk tilstand talte også L's uklare erindring om selve drabet, imod talte hans forsøg på bevidst at camouflere handlingen.

Abnorm enkeltreaktion er derimod et psykiatrisk begreb udmøntet af Hjalmar Helweg (se Retslægerådets årsberetning for 1989, s. 106 ff. (A 30038)) til at betegne »en isoleret abnorm handling hos en i øvrigt psykisk normal person«. Psykisk normal betyder her »i retspsykiatrisk forstand normal«, det vil sige, at personen *ikke* frembyder en disculperende abnormtilstand. Retslægerådet vil fortsat opretholde en restriktiv praksis omkring anvendelsen af begrebet – og være yderst tilbageholdende med at ligestille tilstanden med psykose.

Endelig skal der erindres om, at Retslægerådet den 24.08.72 til Straffelovrådet beskrev gruppen, som nu er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, som rummende – foruden karakterafvigelser og intelligensdefekter – »visse alkoholister

og visse medicin- og stofmisbrugere samt personer med seksuelle abnormiteter. Hertil kommer svære neurotiske tilstande og længerevarende affektspændingstilstande samt aldersbetingede psykiske svækkelsestilstande, der ikke har karakter af sindssygeligt sløvsind«. Som sjældnere forekommende nævntes insufficienstilstande som følge af degenerative hjernelidelser, følgetilstande efter hjernebetændelser og traumatiske beskadigelser af hjernen, sjælelige afvigelser ved legemlige sygdomme m.v.

Retslægerådet har opfattelsen af, at den persongruppe, der vurderes som omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, er alvorligt belastet, og at der *ikke* er sket en glidning i afgrænsning af gruppen. Rådet vil dog være opmærksom på denne risiko.

Annulering af tvangsindlæggelsespapirer?

21-årig mand N, som efter opgør med kæresten foretager selvmordsforsøg, hvorefter der udfærdiges røde tvangsindlæggelsespapirer. Ved ankomsten til psykiatrisk afdeling skønnes effekten klinget fuldstændig af, og tvangsindlæggelsespapirerne blev annulleret. Efter nogle timers indlæggelse forlanger N sig udskrevet, hvilket efterkommes. Kort efter dræber han kæresten med knivstik. N findes ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og heller ikke med sikkerhed af § 69, stk. 1. N idømmes 8 års fængsel. Sagen gav anledning til en række spørgsmål til rådet, dels fra Rigsadvokaten, dels fra Patientklagenævnet. Efterfølgende udviklede N en svær ikke-sindssygelig belastningstilstand ledsaget af betydelig selvmordsrisiko (A 34719).

Af mentalobservationserklæringen fremgår blandt andet, at N er opvokset i harmonisk og trygt barndomshjem som nr. 1 af 2 søskende. Forlod skolen efter 9. klasse, opgav EFG-basisår efter 6 måneder, levede af bistandshjælp, til han få måneder før aktuelle fik job som renovationsarbejder. Har fra han var 18 år boet sammen med en et år ældre pædagogmedhjælper (nu afdøde), som han følte sig meget afhængig af.

Aftenen før drabet havde kæresten fortalt, at hun havde et forhold til N's bedste ven. N følte, at hans eksistensgrundlag blev revet væk og indtog 10 tabletter Apozepam (beroligende medicin) og skar sig overfladisk med en kniv i halsen og ved begge handled. En tilkaldt vagtlæge beskrev næste morgen N som eksalteret, fysisk voldelig, han gik amok, da vagtlægen talte med ham, og han havde overalt i badeværelset med læbestift skrevet, hvad der opfattes som

et afskedsbrev. Han vurderes som farlig for sig selv, og der udfærdiges røde tvangsindlæggelsespapirer. Kort efter ledsagede kæresten sammen med fire politibetjente N til den psykiatriske afdeling. Under transporten virkede han rolig, nærmest apatisk. Under samtalen med vagthavende læge accepterede N frivillig indlæggelse, og da man skønnede, at affekten var klinget fuldstændig af, blev tvangsindlæggelsespapirerne annulleret. N blev herefter indlagt på lukket afdeling.

Efter nogle timers indlæggelse bad N om udskrivelse, og vagthavende besluttede i samråd med 1.reservelægen, at N kunne udskrives til forældrene med henblik på at komme til nogle ambulante psykologsamtaler.

Imidlertid tog N hjem sammen med kæresten, og efter en samtale forsøgte N igen at stikke sig i maven med en kniv

for derpå at angribe kæresten og dræbe hende med adskillige knivstik.

Ved lægelig undersøgelse to timer efter drabet virkede N oprevet, dirrende, helt ved siden af sig selv, ude af stand til at opfatte simple opfordringer. N har senere en meget uklar erindring om hele begivenhedsforløbet.

Ved mentalobservationen findes N ikke sindssyg. Han er normalt begavet. Han har aldrig frembudt tegn på psykisk lidelse og har ikke været præget af adfærdsforstyrrelse, misbrug eller manglende social tilpasning. Personligheds-mæssigt opfattes han som umoden og uselvstændig. Endvidere anføres: »N befandt sig på tidspunktet for den påsigtede handling i en tilstand af stærk sindsbevægelse betinget af, at hans samlever havde meddelt, at hun ønskede at afbryde deres samliv... N udviklede herefter en tilstand præget af svær affekt... Denne tilstand må antages at have udviklet sig gennem et par døgn forud for den påsigtede handling«.

Det er videre anført, at N på observationstidspunktet »befinder sig i en psykisk insufficiensstilstand betinget af hans aktuelle situation. Han er således tristhedspræget, opgivende, præget af manglende engagement i omgivelserne, og det må ligeledes antages, at han rummer selvmordsforestillinger«.

Retslægerådet udtaler herefter i responsum af 19.07.93, at det er tvivlsomt, om N's personlighed er afvigende i en sådan grad, at han må henføres til straffelovens § 69, stk. 1. Under alle omstæn-

digheder finder rådet imidlertid ikke at kunne pege på foranstaltninger i henhold til samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuel forskyldt straf. Aktuelt befinder han sig imidlertid i en alvorlig psykisk insufficiensstilstand, som nødvendiggør observation og behandling, herunder jævnlige tilsyn og vurdering ved psykiatere. Rådet finder, at dette hensigtsmæssigt kan foregå i Anstalten ved Herstedvester. Hvis hans tilstand forværres, kan overflytning til psykiatrisk hospital komme på tale.

Østre Landsret afsagde 09.12.93 en nævningedom lydende på 10 års fængsel. Nævningene havde bekræftet et spørgsmål om strafnedsættelse efter straffelovens § 85. Højesteret ændrede 18.04.94 strafudmålingen til fængsel i 8 år.

Kort efter landsretsdommen anmodede forsvareren Retslægerådet om en udtalelse om, hvorvidt psykiatrilovens § 10 og § 11 havde været anvendt forsvarligt »herunder en bedømmelse af om affekttilstanden kan anses for at være «klinget af» i løbet af 1-2 timer«.

Hertil svarede Retslægerådet 24.03.94 blandt andet, at »N blev indbragt til psykiatrisk afdeling af fire politibetjente som led i en tvangsendlæggelse på farlighedsindikation. Han har kort tid forinden været i stærk affekttilstand og har indtaget nerveberoligende medicin (Benzodiazepiner), der kan virke destabiliserende og medvirkende til en affektreaktion.

Rådet finder det uheldigt, at tvangsend-

læggelsen blev annulleret, og rådet finder ikke, at den betingelse, der omtales i P. Dahl Jensen og J. Paulsens kommentarer til lov om tvang i psykiatrien om overlægens muligheder for at afvise tvangsindlæggelse (s. 73) har foreligget.

Det er Retslægerådets opfattelse, at indlæggelsen under de givne omstændigheder burde være betragtet som en tvangsindlæggelse, og at N's udskrivningsønske burde være behandlet efter psykiatrilovens § 10, der åbner mulighed for op til 48 timers observation før stillingtagen til udskrivelse.

Rådet kan endvidere udtale, at en persons psykiske tilstand som led i en svær affektreaktion, hvor det psykiske traumes udløsende faktor ikke er ophørt, kan være vekslende i adskillige timer og op til et døgn.»

Herefter anmodede Rigsadvokaten den 29.03.94 rådet om en supplerende udtalelse vedrørende følgende spørgsmål.

1. Ifølge de foreliggende lægelige erklæringer fra sygehus X's psykiatriske afdeling var patienten ved ankomsten til sygehuset rolig og ikke længere i affekt. Der var ikke i forhistorien noget, der tydede på sindssygdom, og patienten frembød ikke ved ankomsten til sygehuset symptomer, som tydede på sindssygdom. Under den senere samtale med to læger på sygehuset fandtes ikke symptomer på sindssygdom og ej heller tegn, der kunne forudsige farlighed.

Herefter besluttede lægerne at efterkomme patientens udskrivningsønske, samtidig med, at kæresten, der var den, der oprindeligt havde begæret patienten tvangsindlagt, og som var medfulgt til sygehuset, accepterede dette.

Kan det på dette grundlag antages, at patienten alligevel var sindssyg under opholdet på sygehuset og derved opfyldte betingelserne for at kunne tvangsindlægges, jf. psykiatrilovens § 5?

2. I erklæring af 19.07.93 har Retslægerådet udtalt, at patienten ikke kan antages at have været sindssyg på gerningstidspunktet.

Dette tidspunkt lå ca. 6 timer efter udskrivelsen fra sygehuset. Ville det på denne baggrund have været i overensstemmelse med psykiatrilovens § 5 at tvangstilbageholde patienten på gerningstidspunktet?

3. Skal Retslægerådets erklæring af 24.03.94 forstås således, at den afgørelse, overlægen skal træffe efter psykiatrilovens § 9, stk. 2, i alle tilfælde, hvor overlægen ikke kender patienten i forvejen, i alle tilfælde bør føre til tvangsindlæggelse i hvert fald i en vis tid, eventuelt op til 48 timer, uanset at patienten ved ankomsten til sygehuset ikke frembyder tegn på sindssygdom, at han begærer sig udskrevet og at den pårørende, der har begæret tvangsindlæggelse, nu er enig i udskrivelsen?

Retslægerådets svar på spørgsmålene (02.05.94) lyder således:

»Ad 1

Retslægerådet finder, at N på tidspunktet for tvangsinlæggelsen befandt sig i en tilstand, der ganske må sidestilles med sindssygdom, og derfor på tidspunktet for indlæggelsen opfyldte betingelserne for tvangsinlæggelse, jf. lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 5.

Som omtalt i P. Dahl Jensen og J. Paulsens kommentarer til loven om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien skal »udvidelsen af loven med tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom ses på baggrund af de praktiske vanskeligheder, der kan være forbundet med at stille en psykiatrisk diagnose i forbindelse med tvangsinlæggelse, der ofte vil foregå akut og under dramatiske omstændigheder« (s. 57-58). Samme sted nævnes som eksempler på tilstande, der ganske kan ligestilles med sindssygdom i psykiatrilovens forstand, »visse affektsplosive tilstande«.

En affektreaktion er som regel svingende i styrke og over tid, således at personen ofte befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom. Den tilsyneladende afdæmpede adfærd ved modtagelsen på sygehus X's psykiatriske afdeling kan derfor ses som en naturlig svingning i en affektreaktion, hvis afdæmpning kunne være bevirket af tilstedeværelsen af fire ledsagende politibetjente.

I sådanne situationer er det yderligere sandsynligt, at den tvangsinlagte person forsøger at skjule sine symptomer (det vil sige dissimulerer).

Ad 2

Vurderingen af N's tilstand på gerningstidspunktet udelukker ikke, at han befandt sig i en tilstand, der må ligestilles med sindssygdom 6 timer tidligere, jf. ovenstående beskrivelse af en affektreaktions uforudsigelige forløb med svingninger i intensitet.

Under henvisning til P. Dahl Jensen og J. Paulsens kommentarer (s. 58) skal endvidere anføres, at: »Beskrivelsen af en patientgruppe, som omfattes af psykiatrilovens § 5, bliver således ikke nødvendigvis sammenfaldende og afgrænsende med den personkreds, der i praksis henhører under straffelovens § 16, stk. 1«.

Retslægerådet finder, som tidligere anført, at det var uheldigt, at tvangsinlæggelsen blev annulleret, og at det havde været i fuld overensstemmelse med lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 5 at modtage N som patient til tvangsinlæggelse samt tillade en vis tid med henblik på en observation, således at en nøjere udredning af patientens tilstand ville kunne være foregået.

Ad 3

Rådet finder, at der i enkelte tilfælde af en tvangsinlæggelse foreligger en mulighed for dennes annullering, men at

den betingelse, der omtales i P. Dahl Jensen og J. Paulsens kommentarer til lov om tvang i psykiatrien (s. 73) om overlægens mulighed for at afvise en tvangsinlæggelse, ikke har foreligget (jf. pkt. 1). Rådet finder det ikke relevant, at det lægelige skøn alene skal betinges af den begærende persons ønske om eventuel udskrivning».

På en forespørgsel fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn »om det var forsvareligt at udskrive N efter så kort tids observation«, svarede Retslægerådet (26.07.94) i overensstemmelse med det ovenfor anførte med en beskrivelse af en affektreaktions forløb og med en beklagelse af, at tvangsinlæggelsespapirerne blev annulleret.

Derefter anføres: »På denne baggrund og under hensyntagen til situationens øvrige omstændigheder finder Retslægerådet det således ubetænksomt, men ikke uforvarligt, at N blev udskrevet fra den lukkede afdeling (det anførte tidspunkt).

Retslægerådet skal endvidere bemærke, at det ulykkelige begivenhedsforløb må ses på baggrund af den i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien indbyggede konfliktmulighed mellem pålægget om at anvende »det mindste middel«-princip (§ 4, stk. 4) og overlægens pligt til at træffe afgørelse om, hvorvidt såvel de formelle som de kliniske betingelser for tvangsinlæggelse er opfyldt (§ 9, stk. 2).»

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt herefter, at de to implicerede læ-

ger ikke havde overtrådt lægeloven i forbindelse med udskrivningen af N.

Den 16.10.94 udfærdigede overlægen ved Anstalten ved Herstedvester en erklæring om N's daværende tilstand. Om denne udtalte Retslægerådet den 22.02.95: »N har således i 1½ år konstant befundet sig i en svær ikke-sindssygelig psykisk belastnings- eller insufficienstilstand ledsaget af en betydelig selvmordsrisiko. Denne tilstand må anses for at rumme en alvorlig helbredsrisiko, og der er behov for psykiatrisk/psykologisk behandling og støtte for at kunne foretage en psykisk bearbejdning af reaktionen på den begåede handling. Retslægerådet kan derfor af lægelige grunde anbefale, at N overflyttes til psykiatrisk hospital«.

Kommentar:

Sagen er juridisk og behandlingsmæssig vigtig ved at belyse nogle forhold vedrørende psykiatrilovens funktion.

1.

Psykiatriloven pålægger i § 9, stk. 2, overlægen ved den modtagende afdeling at afgøre, hvorvidt betingelserne for (tvangs)indlæggelse er opfyldt. Dette rummer en vurdering, dels af om de formelle regler er overholdt, dels om det materielle grundlag er til stede. Det første enkelt nok, det andet stiller blandt andet overlægen (eller den vagthavende læge, som overlægen har delegeret ansvaret til) i den situation at skulle vurdere, om patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må

ligestilles hermed, og at det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve med henblik på behandling (§ 5). Denne vurdering af frihedsberøvelsens materielle indhold vil ofte kræve længere tids observation, og der er da også i loven givet overlægen mulighed for op til 48 timers observation af tvangsindlagte patienters tilstand (§ 10, stk. 3). Det dilemma, overlægen undertiden befinder sig i på indlæggelsestidspunktet, må ses i relation til andre af psykiatrilovens bestemmelser, for eksempel princippet om det mindste middel, det vil sige ikke at anvende tvang i videre omfang end hvad, der er nødvendig for at opnå det tilsigtede formål.

Det vil efter Retslægerådets opfattelse være ønskeligt, at den beskrevne mulighed for en konflikt mellem § 9, stk. 2, og § 10, stk. 3, afklares ved en lovrevision.

2.

Der er ikke i psykiatriloven eller dens tilknyttede bekendtgørelser nedfældet regler for annullering af udfyldte tvangspapirer. Forholdet er som omtalt drøftet i P. Dahl Jensen og J. Paulsens lovkommentar. Den eneste tænkelige afvisningsgrund, der nævnes, er, hvis overlægen i forvejen kender patienten og kort tid forinden har konstateret, at den pågældende ikke befinder sig i en tilstand, der kan begrunde tvangsindlæggelse.

Det skal bemærkes, selv om N var blevet tvangsindlagt, havde de behandlende læger (overlægen) *snarest muligt* – og senest 48 timer efter tvangsindlæg-

gelsestidspunktet – skullet tage stilling til et udskrivningskrav. Der vil således altid indgå et lægeligt skøn i vurderingen af, om udskrivning skal effektueres.

3.

Sagen viser endnu et eksempel på anvendelse af straffelovens § 85 om straffedsættelse, når dømte handlede under stærk sindsbevægelse (se også sag A 34346, s. 77 ff.).

4.

Behandlingsmæssigt er det, som understreget i rådets svar, vigtigt at være opmærksom på affektreaktioners variable forløb. Det er sjældent, at en alvorlig affektreaktion er afløbet efter 2-3 timer. Observation over mindst 24 timer er i reglen nødvendig for at sikre, at en voldsom affekt har lagt sig.

5.

Endelig viser sagen, at en meget langvarig og helbredstruende belastnings- eller insufficiencetilstand kan udvikle sig efter et så dramatisk begivenhedsforløb som her. Til trods for at N's tilstand blev beskrevet i mentalobservationserklæringen og til trods for gentagne korte indlæggelser på psykiatrisk afdeling gik der 1½ år, før N mere permanent blev overflyttet til en psykiatrisk afdeling.

Transkulturel retspsykiatri, et problemområde

En 32-årig mand fra Iran blev varetægtsfængslet, sigtet for narkokriminalitet. Han var flygtet til Danmark efter i sit hjemland at have været udsat for svær fysisk og psykisk tortur. Han frembød udtalte symptomer på en posttraumatisk stresstilstand. Under varetægtsfængslingen udviklede han en psykotisk eller psykoselignende tilstand, som svandt under en efterfølgende indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Han fandtes omfattet af straffelovens § 69, og Retslægerådet anbefalede en behandlingsforanstaltning, specielt rettet mod torturfølgerne. Der er også inden for retspsykiatrien behov for at opøve kompetence i undersøgelse og behandling af mennesker med fremmedkulturel baggrund (A 33960).

T er en 32-årig iransk mand, som var sigtet for at være i besiddelse af 146 g. heroin og 71 g. råopium med henblik på videresalg. T erklærede sig skyldig med hensyn til besiddelse af råopium, men nægtede at kende noget til heroin. Råopium havde han til eget brug, idet han siden sin ungdom havde brugt råopium som beroligende middel.

T gav i retten udtryk for den opfattelse, at heroinen var anbragt af politiske fjender, der havde prøvet at presse ham til at foretage hemmeligt politisk arbejde, hvilket han havde nægtet. Han mente, at heroinen var anbragt af de samme personer, der havde meldt ham til politiet. Han angav frygt for, at den politiske organisation vil slå ham ihjel ved løsladelsen, og samtidig oplevede han, at hans situation i forbindelse med fængslingen var en skæbnebestemt straf, fordi han havde overlevet pinslerne i fængslet, i modsætning til de henrettede kammerater.

I forbindelse med sigtelsen blev han mentalobserveret under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Erklæringen blev afgivet den 14.02.94 af overlæge S. Følgende oplysninger stammer herfra:

T er født og opvokset i Nord Iran, som nr. 4 ud af 6 søskende. Familien tilhørte suni-muslimerne. Da han var 4 år gammel, flyttede han til sine bedsteforældre i Teheran, hvor han som den eneste af søskendeflokken voksede op. Bedstefaderen døde kort efter, og T var herefter stærkt knyttet til sin bedstemor, men mistede kontakten til sine forældre. Han blev tidligt optaget af og engageret i politisk arbejde mod præstestyret og blev 20 år gammel fængslet af samme grund. Han gik i gymnasiet, men blev aldrig student. Han sad i fængsel i 4 år, heraf 2½ år i isolation, hvor han blev udsat for såvel fysisk som psykisk tortur. Da han slap ud, blev han sendt i militærkrigszone, hvor han opholdt sig i 2 år uden våben, idet det var politiets intention, at

han skulle dræbes i krigen. Derefter lykkedes det for faderen at få ham hjem til landsbyen, hvor han boede i nogle år og atter blev politisk aktiv, men i det skjulte. Da han imidlertid kom uoverens med sine partifæller, og han frygtede, at de ville angive ham til politiet, flygtede han og nåede til Danmark. Han har aldrig været gift og har ingen børn. Han har haft en kæreste i Iran, som tilhørte en anden religion, hvorfor de ikke kunne gifte sig, og hun begik af denne grund selvmord.

Han udviklede sig psykisk og fysisk normalt som barn og ung, havde gode kontakter, klarede sig jævnt i skolen og var i det hele taget aktiv og energisk.

I Danmark lever han alene og har kun få sociale kontakter.

Siden fængslingen i Iran og den ledsagende tortur har han haft svære såvel fysiske som psykiske følger. På grund af talrige slag i hovedet har han udviklet epilepsi. Han er i behandling med anti-epileptisk medicin. Ved søvnmangel kan han fortsat få anfald. Herudover har han kroniske smerter i venstre side af kroppen efter slag. I fængslet fik han hul i trommehinden efter skudlarm og har siden været plaget af konstant øresusen. Psykisk oplever han efter torturen og fængslingen, at han har svært ved at være sammen med andre mennesker. Han føler sig nervøs og reagerer ofte med pludseligt raseri over småting, hvis nogen kommer ham for nær. Han sover dårligt om natten, og i mareridt genoplever han ofte torturen. I situationer, der følelsesmæssigt minder om op-

levelserne i fængslet, kan han komme til at »forveksle« andre med sine fangevogtere og reagerer med angst og vrede. Han oplever manglende koncentrationsevne, især når han er træt. Når han er alene, kan han have oplevelsen af at høre henrettede kammeraters bebrejgende stemmer kortvarigt. Stemmerne har virkelighedsværdi, og de afdødes ansigter bliver synlige for ham. Opiumsrygning dæmper de psykiske symptomer, således at han bliver mere rolig og får lettere ved at falde i søvn. Derudover har han oplevet, at hash forværrer symptomerne.

T blev i forbindelse med sigtelsen isolationsfængslet, og under dette forløb indledte han en sultestrejke samtidig med, at han nægtede at tage den anti-epileptiske medicin.

Han blev tilset af speciallæge i psykiatri F, som konkluderede, at T havde udviklet en psykotisk tilstand med vrangforestillinger, som i forbindelse med anholdelsen og isolationsfængslingen var forværret med en akut reaktiv depression. F anbefalede overflytning til hospital og konkluderede, at fortsat isolation ville forværre tilstanden yderligere. Efter et svært generaliseret krampeanfald på fængslets sygeafdeling, blev T via skadestuen på et somatisk hospital indlagt på røde papirer på psykiatrisk afdeling.

Han oplyste her, at baggrunden for sultestrejken var en protest mod fængslingen. På afdelingen begyndte han igen at spise og drikke og deltog efterhånden i forskellige aktiviteter. Fra afdelingen blev T beskrevet som primært vagtsom

og afvisende, men efterhånden rolig og velkoopererende. Kontakten skønnedes god. Han virkede normalt begavet med normal hukommelse, men lidt svingende koncentration. Han udtrykte selvbebrejdelse i form af overlevelsesskyldfølelse og beskrev pseudo-hallucinationer. Når han følte sig under pres, fik man indtryk af let vakt mistro, men han kunne hurtigt falde til ro og evnede herefter at kommentere en situation humoristisk.

Under indlæggelsen blev T psykologisk testet. Ved denne undersøgelse fandtes ingen sikre holdepunkter for, at T oprindeligt har haft væsentlige psykopatologiske træk. Den kontakt- og følelseshæmning, der prægede ham, skønnedes mest sandsynlig udviklet som reaktion på den traumatiske følelsesmæssige overbelastning i forbindelse med hans illegale politiske arbejde, og de overgreb, han var udsat for under fængslingen.

Mentalobservationen konkluderede følgende:

»31-årig iransk mand, som under hele sin opvækst i Iran ikke har frembudt psykiske symptomer. 20 år gammel blev han på grund af politisk aktivitet mod præstestyret i Iran fængslet, og igennem de næste 4 år var han udsat for alvorlig fysisk og psykisk tortur. Dette har medført mén i form af epilepsi og psykiske symptomer, svarende til et syndrom, kendt under navnet posttraumatisk stresstilstand.

I 1992 flygtede han til Danmark, og han har nu fået asyl. Han er her blevet vurderet på Rehabiliterings- og Forskningscenteret for Torturofre, hvorfra han afventer indkaldelse til behandling.

Gennem de sidste 3-4 år har T haft et dagligt forbrug af opium, som han ryger, idet han oplever, det giver ham psykisk ro. Han har røget hash nogle enkelte gange, men tåler ikke dette, idet det forværrer de psykiske symptomer. T har ikke andre former for misbrug.

T er normalt begavet. Han er under observationen ikke fundet sindssyg og kan ikke antages at have været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Imidlertid har T alvorlige psykiske følger efter tortur, og han må anses for at tilhøre den i § 69 omfattede personkreds. Ophold i fængsel vil utvivlsomt forværre hans symptomer, med betydelig risiko for manifest reaktiv sindssygdom. Man skal derfor – såfremt T findes skyldig og såfremt tiltalefrafald ikke kan komme på tale – anbefale, at T i stedet for fængselsstraf dømmes til ambulantly psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med mulighed for samarbejde med Centret for Torturofre«.

Retslægerådet afgav den 28.03.94 følgende udtalelse:

»Retslægerådet skal på grundlag af mentalobservationserklæringen ved overlæge S samt øvrigt foreliggende udtale, at T ikke aktuelt er sindssyg og ej heller må formodes at have været sindssyg på tidspunkterne for det påsigtede.

Han er født og opvokset i Iran. Som modstander af det politiske regime har han været i fængsel i 4 år, heraf 2½ år i isolationsfængsel. I forbindelse hermed har han været udsat for såvel fysisk som psykisk tortur og har svære følger herfra. Således har han blandt andet udviklet en behandlingskrævende epilepsi som følge af gentagne slag mod hovedet.

Psykisk er han præget af vedvarende nervøsitet og anspændthed samt pludselige affektudbrud. Han er følelsesmæssigt socialt tilbagetrukket i forhold til andre mennesker. Han er let trættbar og kan have vanskeligheder med koncentrationen.

I pressede situationer, udtalt i forbindelse med isolationsfængsling på baggrund af herværende sag, kan han udvikle egentlige vrangforestillinger og hørehallucinationer – relateret til oplevelser under tortur, og således af såkaldt reaktiv art. Den psykiske tilstand betegnes som posttraumatisk stresstilstand. Han har gennem flere år haft et dagligt forbrug af opium, indtaget ved rygning, idet han oplever, at det har en beroligende virkning.

På grund af den psykiske abnormtilstand, udløst af den svære tortur, finder Retslægerådet, at T er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Som mere formålstjenlig foranstaltning end eventuelt forskyldt straf skal Retslægerådet anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling, således at der gives mulighed for en målrettet behandling rettet mod torturfølgerne. Det skal yderligere bemær-

kes, at et eventuelt fængselsophold utvivlsomt vil forværre de psykiske symptomer med betydelig risiko for manifest sindssygdom«.

Den 28.04.94 blev sagen afgjort ved retten med en bøde på 3.000 kr. Retten fandt, at det efter T's og et vidnes forklaring ikke kunne udelukkes, at stoffet heroin var blevet anbragt af personer, som ønskede at skade T. Da det endvidere ikke var godtgjort, at besiddelsen af råopium var med henblik på videre salg, blev T udelukkende straffet i det af ham erkendte omfang.

Kommentar

Med det stigende antal personer med fremmedkulturel baggrund som er flygtet fra krigs- og politiske uro-zoner ses i psykiatrien såvel som i retsvæsenet flere personer lidende af posttraumatisk stresstilstand.

Dette er en tilstand, der i henhold til beskrivelsen i WHO's diagnosesystem ICD-10 opstår som en forsinket reaktion på en voldsom traumatisk begivenhed eller situation med en exceptionel truende og katastrofeagtig natur, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver. Personer med særlige personlighedstræk eller forudgående nervøs lidelse kan have en lavere tærskel for udvikling af tilstanden, men de er imidlertid hverken nødvendige eller tilstrækkelige til at forklare dens opståen. Karakteristisk for tilstanden er tilbagevendende genoplevelse af traumatet i form af såkaldte »flashbacks«, med påtrængende erindring, mareridt eller med stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumatet. Personerne vil undgå alt, der minder om traumatet. Personerne kan have delvist eller fuldt erindringstab for oplevelsen, eller som i den refererede sag have vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab, gennemsovningsbesvær, irritabilitet, vredesudbrud, koncentrationsbesvær og andet.

Hos T har tilstanden ikke blot været af forbigående art, men synes at have sat blivende spor i personligheden, som er ændret i retning af en social tilbagetrækning, en mistroisk holdning over for

omverdenen, følelse af tomhed og håbløshed og en kronisk følelse af anspændthed. Hos T synes der ikke at være tidligere påfaldende personlighedstræk, såvel som der ikke er påvist anden psykisk lidelse. Dog må man med baggrund i den opståede epilepsi antage, at tilstanden er kompliceret med en egentlig organisk hjerneskade, som er opstået i forbindelse med torturen, og som er medvirkende til den personlighedsmæssige ændring.

Der vil være et stigende behov for at opøve kompetence i behandlingen af disse tilstande. Dette kræver imidlertid en øget forståelse for den transkulturelle baggrund, øvelse i brug af tolk samt specifikt kendskab til metodikker, hvorved den posttraumatiske stresstilstand kan afhjælpes.

I den refererede sag foreslog Retslægerådet en dom til ambulans psykiatrisk behandling, idet kombinationen af posttraumatisk stresstilstand med en mere vedvarende personlighedsændring medførte, at T blev opfattet som hørende til den personkreds, som er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1.

De psykiatriske særforanstaltningers administration og indhold

En 30-årig skizofren mand var dømt til psykiatrisk behandling m.v. Hans tilstand var langt fra stabil, blandt andet var han jævnligt præget af uforudsigelig aggressiv adfærd; den behandlende overlæge anbefalede flere gange, at foranstaltningen blev ophævet, idet denne efter overlægens opfattelse var uden kriminalitetsforebyggende effekt. Om end han var dømt til behandling, blev han på et tidspunkt tvangsindlagt på farekriteriet i medfør af psykiatriloven. Retslægerådet anbefalede over en længere periode foranstaltningen opretholdt. En behandlingsdom giver mulighed for hyppig ambulant kontakt og eventuel indlæggelse, såfremt patientens tilstand forværres, men disse muligheder synes ikke at have været bragt i anvendelse i sagen på trods af, at patientens psykiske tilstand i lange perioder var særdeles dårlig (A 34326).

S er en nu 30-årig mand, der den 13.02.86 blev dømt til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen og overlægen under udskrivning, således at han af denne i forbindelse med Kriminalforsorgen kan genindlægges. Han blev dømt for at have truet og stukket en politiassistent i venstre side af brystkassen med en dolk med en 8 cm lang klinge, hvorved der opstod et mindre sår.

Af de foreliggende akter i Retslægeråds-sagen fremgår det, at S siden den tidligste barndom har været stærkt afvigende, idet han har haft en formel og tilbagetrukket kontaktform og ikke har evnet at have en naturlig omgang med jævnaldrende kammerater.

Ved en mentalundersøgelse foretaget i 1985 af overlæge P antydes, at S frem-

bød tegn på en paranoid skizofreni i form af kontaktaflukket og vrangforestillinger. Antipsykotisk virkende medicin havde vist sig at kunne dæmpe såvel vrangforestillinger som den ledsagende aggressivitet, men virkede ikke på den følelsesmæssige tilbagetrækning.

Retslægerådet udtalte i udtalelse af 22.10.85, »at han (S) er sindssyg og må antages at have været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede handling. Han er normalt begavet. I barndommen har han været psykisk afvigende, især præget af kontaktforstyrrelser og tilbøjelighed til at isolere sig. I hvert fald det sidste års tid har han frembudt sindssygdomssymptomer som yderligere kontaktafspærring (autisme), vrangforestillinger om forfølgelse og tidvis hørelshallucinationer. I juli-august 1985 var han indlagt i psykiatrisk afdeling ef-

ter tvangsindlæggelse på farlighedsindikation. Medikamentel behandling har kunnet dæmpe vrangforestillingerne og den aggressive tendens. Det anses for sandsynligt, at han lider af skizofreni.

S er omfattet af straffelovens § 16, stk.1. Hvis han findes skyldig, skal RR, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2.pkt., anbefale dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af hospitalet og Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse».

I 1989 anbefalede den behandlende overlæge P en ophævelse af behandlingsdommen, selv om S fortsat var lidende af skizofreni, og selv om der fortsat var aggressive udbrud. Overlægen fandt det uhensigtsmæssigt at opretholde en behandlingsdom, som patienten var modvilligt indstillet overfor, samtidig med, at overlægen fandt, at det var næsten uforudsigeligt, hvornår S kom i affekt, hvorfor behandlingsdommen efter overlægens opfattelse ikke kunne anvendes kriminalitetsforebyggende. Overlægen anførte, at der i særdeleshed ikke syntes at være nogen sammenhæng mellem den psykofarmakologiske behandling, den socialpædagogiske behandling og S's psykiske tilstand.

Denne erklæring blev ikke forelagt Retslægerådet, men retten bestemte, at den idømte foranstaltning ikke skulle ophæves.

Den 20.06.90 skrev overlæge P, på fornyet forespørgsel fra politimesteren, i sin konklusion følgende:

»Konklusivt må man således konstatere, at der ikke er sket nogen ændring i tilstanden i forhold til min skrivelse af 03.03.89. S er fortsat lidende af skizofreni. Der er fortsat ukontrollable udbrud af voldsom aggression, det går ud over såvel ting som hans nærmeste familie. Han er fortsat modvilligt indstillet overfor at modtage enhver form for behandling fra psykiatrisk afdeling, og han lever fortsat hos sine forældre. Han er i behandling med tablet Orap, 10 mg x 2.

Ligesom tidligere finder jeg, at der ikke er nogen kriminalitetsforebyggende effekt af behandlingsdommen. Det er uforudsigeligt, hvornår hans aggressionsudbrud kommer, og behandlingsdommen kan derfor ikke bruges profylaktisk.

Uanset om behandlingsdommen ophæves eller ej, vil han stadig være tilknyttet psykiatrisk afdeling, som i samarbejde med X-købing kommune fortsat vil forsøge at motivere ham både for behandling og anbringelse på et psykiatrisk plejehjem.

På trods af den fare, der består for at denne skizofrene patient udvikler nye impulsgennembrud med aggression, vil jeg fortsat anbefale, at behandlingsdommen ophæves, idet den ikke har nogen betydning og måske snarere vanskeliggør den i forvejen vanskelige kontakt, vi har med patienten«.

Retslægerådet afgav udtalelse den 02.08.90 og fandt i modsætning til overlægen ikke at kunne anbefale en ophævelse af den retslige foranstaltning, netop på baggrund af de ukontrollable udbrud af voldsom aggression.

I februar 1993 modtog Retslægerådet atter en forespørgsel vedrørende ophævelse af behandlingsdommen. Overlæge P, der fortsat varetog behandlingen, anførte i sin konklusion:

»Tilsyneladende er den aktuelle behandling med antipsykotisk medicin i form af Dipeperon og Dogmatil en behandling, som patienten accepterer, og som samtidig har en gunstig virkning på hans affektudbrud. Han er fortsat lidende af en skizofren psykose og er fortsat lidet motiveret for behandling. Han kan når som helst reagere ved at afvise at modtage den givne medikamentelle behandling, hvorefter det må befrygtes, at han igen udvikler psykotiske aggressive og voldelige impulser. På trods af dette vil jeg imidlertid mene, at behandlingsdommen fortsat ikke har nogen særlig betydning som kriminalitetsforebyggende middel, idet behandlingen af ham foregår ved forhandling mellem undertegnede, patienten og patientens forældre, og en akut situation med aggression og vold fra patientens side vil næppe kunne imødegås af behandlingsdommen. Jeg vil derfor endnu en gang anbefale, at dommen ophæves«.

Retslægerådet var atter uenig med overlæge P i dennes vurdering og anførte blandt andet:

»S er fortsat sindssyg lidende af skizofreni. Hans tilstand har siden dommen i 1986 været vekslende men jævnlige præget af aggressionsudbrud, anspændthed og manglende Kooperation ved behandling, herunder svigt i den medikamentelle behandling. Han har i oktober 1991 været tvangsindlagt på farlighedskriterium. I perioden december 91 til april 92 ophørte S med den medikamentelle behandling, og hans tilstand i denne tidsperiode var præget af aggressive impulser, betinget af sindssygelige forfølgelsesforestillinger. Han har siden april 1992 været i antipsykotisk medikamentel behandling, men har ikke ønsket at have ambulante kontakt med den behandlende psykiatriske afdeling. Rådet finder ikke, at den psykiiske tilstand, herunder behandlingskontakt, endnu er så stabiliseret, at det vil være forsvarligt at ophæve den retslige foranstaltning, som fortsat findes væsentlig til forebyggelse af en betydelig risiko for fornyet kriminalitet.

Sammenfattende finder Retslægerådet ikke at kunne anbefale en ophævelse af den retslige foranstaltning, idet der fortsat består en betydelig risiko for handlinger, ligeså som dem, som bevirkede den oprindelige behandlingssanktion».

I fornyet skrivelse af 24.05.94 konkluderede overlæge P blandt andet:

»Tilsyneladende er patientens symptomer, specielt de aggressive udbrud med baggrund i psykotiske forestillinger, aftagende. Patienten bor fortsat hos sine forældre, og familien synes efterhånden

at være bedre i stand til at håndtere patientens problematik.

Det er fortsat min opfattelse, at denne patient er bedst tjent med ikke at have en behandlingsdom. Forløbet gennem flere år har vist, at patienten eller hans forældre henvender sig, når han bliver produktiv psykotisk, og det har ikke været nødvendigt at gøre brug af dommen for at få ham indlagt».

Til dette anførte Retslægerådet blandt andet den 02.09.94, at »S fortsat er sindssyg lidende af skizofreni. Han har i mindst et år ikke haft aggressive udbrud. Han behandles via sin egen læge for forhøjet blodtryk og modtager desuden beroligende medicin. Ved psykiatrisk undersøgelse den 18.07.94 fremtrådte han præget af sin kroniske sindssygdom, idet han var asponsan, inaktiv, emotionelt tilbagetrukket med hypokondre vrangforestillinger vedrørende sin tarmfunktion. Der vurderedes ikke behov for ændringer i den psykiatriske behandlingsplan, som indebærer, at han bor hos forældrene, der vil henvende sig i psykiatrisk afdeling ved tegn på væsentlige ændringer i tilstanden.

På den baggrund skal Retslægerådet ikke udtale sig afgørende imod behandlingsdommens ophævelse».

Statsadvokaten bestemte den 03.10.94, at der ikke fra anklagemyndighedens side for tiden skulle tages skridt til ophævelse af foranstaltningen.

Kommentar

I tidligere årsberetninger er refereret sager der omhandler varigheden af en psykiatrisk særforanstaltning (Retslægerådets årsberetning for 1991, s. 41 ff. (A 31539), og årsberetningen for 1993, s. 57 ff. (A 33793)). Ved afgørelsen af, hvornår det kan anbefales at bringe en særforanstaltning til ophør, vil Retslægerådets vurdering først og fremmest tage udgangspunkt i risikoen for fornyet kriminalitet, hvis ikke behandlingen fastholdes. I den her refererede sag fandt Retslægerådet det sandsynliggjort, at risikoen ville være stor, hvis foranstaltningen blev ophævet. S vedblev med at have symptomer på svær personrettet agressivitet og udviste en ringe motivation for behandling.

Den behandlende overlæge gav gentagne gange udtryk for, at han fandt den idømte foranstaltning til ulempe for hans mulighed for at etablere en mere bæredygtig behandlingskontakt med S, og han fandt ikke, at behandlingsdommen afgørende havde kriminalitetsforebyggende sigte.

I dette synspunkt var Retslægerådet som anført uenig. Rådet fandt det tværtimod yderst væsentligt at udnytte den kriminalitetsforebyggende mulighed, der er hensigten med den psykiatriske særforanstaltning, således at man med regelmæssige og ret korte intervaller kunne følge patientens tilstand, hvorved begyndende tegn på forværring kunne opfanges, således at der kunne gribes ind heroverfor. Det skal understreges, at behandlingsdommen netop giver mulighed for indlæggelse, hvis

patientens tilstand giver anledning til bekymring, og den ambulante kontakt ikke synes at være bæredygtig. I den omtalte sag kan det undre, at denne mulighed ikke er bragt i anvendelse, idet kontakten i perioder synes at have været spinkel, og patientens tilstand nåede en sådan grad af forværring, at en tvangsindlæggelse på farekriteriet fandt sted. Herved synes den behandlende overlæge netop ikke at have fulgt og udnyttet intentionerne med særforanstaltningen.

Det er Retslægerådets opfattelse, at en konsekvent gennemført psykiatrisk behandling af svært sindssyge patienter er med til at fremme en positiv behandlingskontakt, også når behandlingen fo-

regår som del af en særforanstaltning. Det er Retslægerådets indtryk, at nogle læger finder det tilsyneladende modsætningsforhold mellem behandling og særforanstaltning vanskeligt at administrere. Det er imidlertid afgørende, at den behandlende læge ikke selv deler patientens ambivalente indstilling til behandlingen, men formidler til såvel patient som til de pårørende, hvad det er ved patientens tilstand der giver anledning til frygt for en gentagelse af kriminelle handlinger. Herved tages patienten alvorligt, og der ligger såvel ansvar som omsorg fra den behandlende læges side. Ingen – heller ikke patienter – er tjent med at udøve alvorlige kriminelle handlinger.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Rådet har i 1994 behandlet 213 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1992 og 1993 var antallet henholdsvis 220 og 251. Der har ikke i 1994 været ændring i praksis. Det er således stadig usædvanligt, at der er afgørende uoverensstemmelse mellem de forelagte erklæringer, Retslægerådets udtalelse og domstolenes afgørelse. Der var i 1994 6 sager om overførelse til sikringsanstalten ved Nykøbing Sjælland samt 18 sager om ophævelse af farlighedsdekret.

Patientklagenævnene, som behandler »anden tvang«, forelægger fortsat normalt ikke sager for rådet.

Enkelte bemærkelsesværdige sager skal refereres.

A 34104

Byretten fandt en kortvarig frihedsberøvelse af en person i en tilstand ganske ligestillet med sindssygdом lovlіg overensstemmende med Retslægerådets udtalelse.

En overlæge indberettede i flere erklæringer, idet rådet måtte anmode om supplerende oplysninger, en klage over tvangsindlæggelse.

Rådets udtalelse af 18.07.94, som støttede overlægens vurdering, samler sagens vigtigste forhold:

»Med sagens tilbagesendelse og på grundlag af sagens akter herunder erklæringer af 15.04.94, 26.05.94 og 28.06.94 ved overlæge X skal Retslægerådet om Y udtale, at hun ikke tidligere har været i kontakt med det psykiatriske behandlingsvæsen. Aktuelt indlægges hun med tvang som farlig for sig selv den 12.04.94 kl. 00.00. Forud havde Y været stærkt ophidset i forbindelse med en konflikt med sin tidligere kæreste. Tilkaldt vagtlæge finder hende deprimeret og registrerer trusler om selvmord. Ved indlæggelsen beskrives hun som præget af affekt, især vrede, men selvmordsfare kan ikke udelukkes. Hun frembyder ikke sindssygelige symptomer. Næste morgen er tilstanden faldet til ro, og Y udskrives efter 9 timers indlæggelse. Y har efter Retslægerådets opfattelse på tidspunktet for tvangsindlæggelsen befundet sig i en stærk affektreaktion, en tilstand som ganske kan ligestilles med sindssygdом. Sådanne tilstande er erfaringsmæssigt ofte meget svingende af intensitet, og det ville efter rådets opfattelse have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve Y med henblik på behandling, idet hun frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv«.

Ved byrettens dom af 16.01.95 blev tvangsindlæggelsen fundet lovlіg.

Kommentar

Sagen illustrerer anvendelsen af begrebet i psykiatrilovens § 5 »tilstand ganske ligestillet med sindssygdom« i forbindelse med skønnet alvorlig selvmordsrisiko. Efter kort tids observation fandtes der ikke længere at være hverken sindssygdom eller større risiko til stede – en afgørende forskel, men ikke en modsætning, og udfaldet er overensstemmende med gammel praksis med belysning af lovens umiddelbart protektive funktion.

I rådets årsberetninger for 1992 og 1993 er refereret og kommenteret andre sager til illustration af ligestillethedsbegrebet (årsberetningen for 1992, s. 70 ff. (A 32368) og årsberetningen for 1993, s. 95 ff. (A 33356 og A 33750)).

Det kan være svært for den indlæggende læge og for overlægen i indlæggelsessituationen at vurdere, om en afektiltstand med selvmordsrisiko er udtryk for »sindssygdom« eller ej, og det er væsentligt, at de implicerede omhyggeligt beskriver tilstanden og forløbet. Det er ikke usædvanligt, at rådet må rekvirere supplerende oplysninger (problemet er nøjere kommenteret i rådets årsberetning for 1993, s. 96 ff. (A 33750), se også denne årsberetning s. 61 ff. om kvaliteten af retspsykiatriske erklæringer).

A 34319

I en sag af principiel karakter med hensyn til behandlingskriteriets afgrænsning – og med dissens i Retslægerådet – fandt byretten en langvarig tvangstilbageholdelse lovlig.

En overlæge indberettede i marts 1994 en tvangstilbageholdelse af en 27-årig skizofren mand, indlagt den 20.02.94 og tvangstilbageholdt fra den 28.02.94. I ca. 10 år havde han været udtalt psykotisk med adskillige indlæggelser i psykiatriske afdelinger og tidligere frihedsberøvelser efter psykiatriloven.

Sagens væsentligste aktuelle forhold fremgår af Retslægerådets udtalelser:

Den 13.04.94 afgav rådet sålydende udtalelse:

»Med sagens tilbagesendelse vedrørende X skal Retslægerådet på baggrund af lægeerklæring af 18.03.94 fra overlæge Y samt i øvrigt foreliggende materiale udtale, at X igennem de sidste 10 år har været indlagt talrige gange på psykiatrisk hospital med diagnosen skizofreni (spaltningssygdom). Antipsykotisk medikamentel behandling har i perioder haft god effekt på sindssygdomssymptomerne, men det har vist sig vanskeligt at fastholde ham i en stabil behandling. To gange har han været tvangsindlagt, henholdsvis på fare- og behandlingsindikation. Aktuelt blev han frivilligt indlagt, overflyttet fra et hospital i Bolivia. Han har pinefulde vrangforestillinger af forfølgelses- og påvirkningskarakter. X er herefter sindssyg. Udskrivelse på tidspunktet for tvangstilbageholdelsen den 28.02.94 ville efter Retslægerådets mening have været uforsvarlig, fordi udsigten til en væsentlig og afgørende bedring af tilstanden ellers væsentligt ville have været forringet«.

Byretten fulgte i sin dom af 26.04.94 rådets udtalelse, og opretholdelsen af tvangstilbageholdelsen fandtes lovlig.

I juni 1994 klagede X over den fortsatte tvangstilbageholdelse. Der blev afgivet nye erklæringer i juli og i august 1994, som stadig fandt indikation for tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation.

Rådets fortsatte behandling af sagen blev langvarig på grund af dens principielle karakter, og alle rådets medlemmer i psykiatridelingen deltog i voteringen.

Den 17.10.94 afgav rådet følgende udtalelse:

»Med sagens tilbagesendelse, og med henvisning til rådets responsum af 13.04.94, skal Retslægerådet på grundlag af udtalelser af 19.03.94 og 02.08.94 fra overlæge Y om X udtale, at han fortsat er sindssyg, han lider af skizofreni. Han har været tvangstilbageholdt siden februar d.å., men han skal aktuelt have ophold på åben afdeling med terrænfrihed. Under den langvarige indlæggelse er han behandlet med antipsykotisk virkende medicin givet i depotform, og under den givne behandling er hans tilstand blevet væsentlig bedre, men han huser fortsat omfattende vrangforestillinger og er præget af svigtende social kompetence. Han er boligløs, og behandlingsformålet er, udover den fortsatte medikamentelle symptomdæmpning, at motivere ham for ophold under forsvarlige rammer.

Et mindretal (ét medlem) bemærker, at X har været tvangstilbageholdt og behandlet siden februar 1994 med ophold på åben afdeling de sidste måneder. Han beskrives i erklæringen af 02.08.94 som omgængelig, fredelig, og han har fri udgang. Ved udskrivning uden kontrol og vedligeholdt medikamentel behandling vil der bestå en risiko for alvorligt tilbagefald og for betydelige sociale problemer. Imidlertid er det dette medlems vurdering, at fortsat indlæggelse og tilbageholdelse næppe foreløbig kan forventes yderligere at bedre hans tilstand væsentligt eller afgørende at mindske den beskrevne risiko ved udskrivning.

Det er flertallets opfattelse (6 medlemmer), at omend X's mere åbenbare sindssygdomssymptomer er dæmpet under den givne medikamentelle behandling, er han ikke færdigbehandlet, idet udskrivning på nuværende tidspunkt vil medføre en nærliggende risiko for tilbagefald med heraf følgende mulige alvorlige sociale konsekvenser, hvorved rådet skal bemærke, at han angiver at have vage planer om at tage til Mexico, jf. herved at han aktuelt blev indlagt fra Bolivia.

Flertallet finder anledning til at bemærke, at psykiatrisk behandling ikke blot omfatter medikamentel behandling, som kan afdæmpe åbenbare sindssygdomssymptomer, men også for eksempel miljøbehandling under indlæggelse, som vil sætte en skizofren patient i stand til at honorere elementære sociale krav, herunder passe en ambulante efterbehandling, efter udskrivning. Det er

rådets opfattelse, at X i endnu en periode vil have behov for behandling under indlæggelse, herunder med henblik på at opnå den yderligere bedring, der er behandlingens mål.

Samlet finder flertallet herefter, at det vil være uforsvarligt at udskrive X for nærværende, fordi udsigten til hans helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring af hans tilstand herved vil blive væsentlig forringet, hvorfor rådet skal anbefale, at han fortsat tvangstilbageholdes med henblik på fortsat behandling».

Ved byrettens dom af 27.10.94 blev tvangstilbeholdelsen opretholdt som lovlige.

I rettens bemærkninger henvises kort til »de foreliggende oplysninger, herunder navnlig Retslægerådets flertalsudtalelse«, hvorefter retten fandt det godtgjort, at både sindssygdomskriteriet og behandlingskriteriet var opfyldt – der henvises til psykiatrilovens § 5, stk. 1, nr. 1.

Kommentar

Rådets væsentligste overvejelser fremgår af udtalelsen af 17.10.94. Alle voterende var enige om, at der efter sygehistorien var risiko for alvorligt tilbagefald ved udskrivningen, og at det i høj grad var ønskeligt, om behandlingen foreløbig kunne videreføres under indlæggelse. Ét medlem fandt det imidlertid tvivlsomt, om behandlingskriteriet i psykiatriloven fortsat kunne opfyldes under de beskrevne omstændigheder, og om vedligeholdt behandling ville ændre tilstanden afgørende med udsigt til tvangstilbageholdelse langt ud over de allerede forløbne 8 måneder. Flertallet fandt principielt, at behandlingskriteriet foruden den medikamentelle behandling også vil kunne omfatte andre behandlingselementer som for eksempel psykoterapi eller den her nødvendige miljøterapi som en forudsætning for, at ambulante efterbehandling vil kunne gennemføres. Flertallet lagde i øvrigt megen vægt på den endnu bestående alvorlige risiko for tilbagefald ved udskrivning med genindlæggelse til følge. Hermed støttede flertallet sig også til uforsvarlighedskriteriets rummelighed.

Retten godkendte altså flertallets opfattelse af behandlingskriteriets rummelighed.

Vedrørende fortolkningen af behandlingskriteriet er det i bemærkningerne til loven og i den kommenterede psykiatrilov blandt andet anført, at behandling skal kunne medføre en væsentlig bedring eller dog forebygge en betydelig og akut forringelse af tilstanden. Der

skal være konkret udsigt til, at patientens tilstand som følge af sygehusbehandlingen vil blive så meget bedre, at behandlingen vil resultere i udskrivning. Social indikation vil ikke i sig selv kunne begrunde en frihedsberøvelse.

Rådet har tidligere kommenteret behandlingskriteriets afgrænsning. I årsberetningen for 1991, s. 31 ff. (A 31388), er omtalt en sag, hvor rådet fandt det betænkeligt at fastholde en frihedsberøvelse af en skizofren kvinde ud over 5 måneder, »især betinget af, at udsigterne til en afgørende ændring af hendes evne til indsigt i sin sygdoms natur ikke måtte formodes at kunne ændres væsentligt inden for en nærmere fremtid selv under opretholdelsen af en tvungen medikamentel, antipsykotisk behandling«. Denne patient blev herefter udskrevet. Den situation forelå, at patientens tilstand var bedret væsentligt under opretholdt medikamentel behandling under indlæggelse, men at den opnåede bedring sandsynligt ville mistes, når patienten ved udskrivning ophørte med at tage medicinen.

I kommentaren til denne sag nævnes en landsretsdom af 03.04.90, som godkendte det princip, at tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation kunne udstrækkes, indtil der var skabt tilstrækkelige rammer for, at det var rimeligt sikkert, at patienten ville fortsætte med at indtage den nødvendige medicin frivilligt, hvis han blev udskrevet.

I en sag refereret i rådets årsberetning for 1992, s. 67 ff. (A 32320), kunne rådet ikke anbefale fortsat tilbageholdelse af

en skizofren patient, idet rådet fandt det tvivlsomt, om hans tilstand under den fortsatte tilbageholdelse kunne bedres i en sådan grad, at behandlingskriteriet var opfyldt, idet det også indgik i overvejelserne, at grundlaget for den fortsatte frihedsberøvelse var for usikkert, især uden medikamentel behandling.

Det kan være vanskeligt nøje at sammenligne en sag med en anden og at uddrage bæredygtige konklusioner. Enhver sag må selvsagt først og fremmest vurderes efter sine egne præmisser. Den her refererede sag blev imidlertid opfattet som principiel og blev derfor behandlet af rådets syv psykiatere, ligesom sagen blev drøftet ved et møde. Flertallets synspunkter som ovenfor anført har da også dannet grundlag for rådets vurdering i efterfølgende tilsvarende sager.

A 34507

En langvarig tvangstilbageholdelse efter behandlingskriteriet fundet lovlig overensstemmende med retslægerådets udtalelse.

En overlæge indberettede en tvangstilbageholdelse over 16 måneder af en skizofren kvinde.

Retslægerådets udtalelse af 29.11.94 samler sagens vigtigste kendsgerninger:

»Med sagens tilbagesendelse og på grundlag af sagens akter, herunder lægeerklæringer af 18.10.94 og 20.10.94 ved overlæge X, skal Retslægerådet om Y udtale, at hun i en årrække har været lidende af skizofreni (schizophrenia pa-

ranoides) og talrige gange har været indlagt herfor på psykiatrisk afdeling.

Aktuelt blev hun den 28.06.93 tvangsindlagt på behandlingsindikation (som ved flere tidligere indlæggelser) efter klager fra naboerne. Ved indlæggelsen er hun usamlet med springende tankegang og udtalte vrangforestillinger. Hun tvangstilbageholdes den 06.07.93 og har siden været frihedsberøvet med revurdering af frihedsberøvelsen hver måned senest den 23.10.94. Under hele indlæggelsen har Y været præget af vrangidéer om at være en anden person, have et andet navn og at være den, der har komponeret Mozarts musik.

Under hele indlæggelsen har medikamentel behandling med antipsykotisk virkende medicin været forsøgt, men med mange afbrydelser, når Y nægtede at modtage behandlingen. Der er fra tidligere indlæggelser erfaring for, at antipsykotisk virkende medicin har god virkning på symptomerne. Senest har man forhøjet medicindosis ultimo juli måned 94, og dette har haft en afdæmpende virkning på symptomerne, men Y er fortsat udtalt sindssyg.

Trods den langvarige frihedsberøvelse har en systematisk antipsykotisk behandling ikke kunnet gennemføres, og det ville efter Retslægerådets opfattelse være uforsvarligt ikke fortsat at frihedsberøve hende med henblik på behandling, idet udsigten til en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville være væsentligt forringet».

Ved byrettens dom af 15.12.94 blev

tvangstilbageholdelsen fundet lovlig. I dommen henvises ganske kort til de foreliggende lægeerklæringer og til rådets udtalelse. Dommen blev stadfæstet af Østre Landsret den 08.02.95.

Kommentar

Sagen illustrerer den kendsgerning, at det ikke kan være en frihedsberøvelses længde, der er afgørende for opretholdelse, men patientens aktuelle tilstand, og at rådet lægger vægt på, om der er gennemført »systematisk antipsykotisk behandling«.

Vedrørende behandlingskriteriet skal der i øvrigt henvises til den ovenfor refererede sag A 34319.

Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og anden tvang i psykiatrien, som forelægges Retslægerådet

(Erstatter vejledningen, optrykt i Retslægerådets årsberetning for 1989, s. 128 ff.)

Retslægerådet må ikke helt sjældent anmode om yderligere oplysninger i sager vedrørende tvang i psykiatrien, fordi det materiale, der fremsendes, er ufuldstændigt. På den baggrund skal Retslægerådet anmode om, at følgende iagttages ved fremsendelse af sager til rådet vedrørende tvang i psykiatrien:

1. Erklæringen bør indeholde
 - a. Navn, cpr. nr., adresse, eventuelt stilling og civil stand. Oplysninger om indlæggelsestidspunkt samt indlæggelsesmåde, det vil sige frivillig indlæggelse eller tvangsindlæggelse; tidspunktet for eventuel tvangstilbageholdelse eller anden tvangsanvendelse; angivelse af, hvad patienten klager over.
 - b. En kortfattet social anamnese samt oplysninger om den sociale situation ved indlæggelsen og hvilke forhold, patienten eventuelt skal udskrives til.
 - c. En kortfattet somatisk anamnese med hovedvægten lagt på somatisk sygdom og behandling af psykiatrisk relevans, samt en aktuell somatisk statusvurdering.
 - d. En psykiatrisk anamnese med oplysninger om eventuelle tidligere indlæggelser, herunder angivelse af tidspunkt, symptomer, diagnoser, behandling og behandlingseffekt. Ved mange tidligere indlæggelser vil disse indlæggelser eventuelt kunne resumeres i grupper, men de seneste bør omtales mere detaljeret.
 - e. En beskrivelse af det sygdomsbillede og den adfærd, der har motiveret indlæggelsen. Der bør endvidere være en grundig psykopatologisk beskrivelse og vurdering af patientens tilstand. Er det ikke muligt at stille en sikker diagnose, bør diagnostiske overvejelser og tentative diagnoser anføres. Såfremt patientens tilstand har ændret sig under forløbet af indlæggelsen, bør dette beskrives, ligesom der bør være en grundig psykopatologisk beskrivelse af patientens tilstand på tidspunktet for tvangsudøvelsen.
 - f. Behandlingsplanen bør nøje anføres. Ved psykofarmakologisk behandling nævnes præparattype, dosis og administrationsmåde

samt hvorvidt behandlingen er givet ved tvang. Har der været givet beroligende injektioner, angives præparat og dosis.

- g. Begrundelsen for den anvendte tvang anføres i klart sprog, ved for eksempel tvangstilbageholdelse således om det drejer sig om farekriteriet (for patienten selv eller for andre), behandlingskriteriet eller en kombination heraf.
2. Der skal foreligge kopi af tvangsindlæggelsespapirer, tvangsprotokol m.v. Tillige bør eventuelle skriftlige tilkendegivelser fra patient eller patientrådgiver vedlægges. Kopi af journalen vil som hovedregel være overflødig, idet rådet forudsætter, at erklæringen vil indeholde de tilstrækkelige og nødvendige oplysninger.
3. Retslægerådet kan i sin behandling af sager om tvang i psykiatrien som udgangspunkt kun anvende de dokumenter, der fremsendes vedrørende den aktuelle tvangsanvendelse.

Såfremt der tidligere er udarbejdet erklæringer om patienten, kan der henvises til disse tidligere erklæringer under forudsætning af, at de vedlægges sagen. Tidligere udtalelser fra Retslægerådet, domme, afgørelser fra patientklagenævn m.v. vedlægges, såfremt der henvises til dette materiale.

4. Såfremt Retslægerådet ikke ser sig i stand til at behandle sagen på det grundlag, der aktuelt foreligger, vil rådet rette henvendelse direkte til den behandlede afdeling med anmodning om supplerende oplysninger. Der fremsendes samtidig kopi af skrivelsen til den instans (domstol/patientklagenævn), der behandler sagen. Den overlæge, der er ansvarlig for behandlingen, bør derfor parafere erklæringen.

Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende ændring/ophævelse af en idømt særforanstaltning, jf. straffelovens § 72

- 1 Retslægerådet må ikke sjældent anmode om supplerende erklæring i sager vedrørende ændring eller ophævelse af en idømt særforanstaltning, idet det fremsendte materiale er ufuldstændigt. Rådet skal særlig fremhæve, at disse erklæringer undertiden udarbejdes som continuationserklæringer til mindre udtalelser for eksempel vedrørende tildeling af frihedsgoder, således at der ikke foreligger nogen samlet oversigt over og beskrivelse af behandlingsforløbet, hvorfor rådet ikke kan behandle sagen.
- 2 I de her omtalte sager vil der ofte foreligge tidligere responsa fra Retslægerådet vedrørende anvendelse subsidiært ændring af en idømt særforanstaltning. I disse tilfælde kan den aktuelle erklæring koncentrere sig om forløbet siden rådet senest afgav udtalelse, men således at tidligere forhold, som er af betydning for den aktuelle vurdering, medtages. Har sagen ikke tidligere været forelagt Retslægerådet, bør erklæringen omfatte væsentlige dele af sygehistorien m.v., jf. det nedenfor anførte.

Såfremt den idømte foranstaltning ikke kan anbefales ændret/ophævet, kan erklæringen efter omstændighederne være mere kortfattet.
- 3 Erklæringen bør indeholde:
 - a: En kortfattet social anamnese samt oplysninger om patientens aktuelle sociale situation, herunder hvilke sociale forhold patienten eventuelt udskrives til.
 - b: Oplysninger om patientens lejemlige helbredstilstand.
 - c: En psykiatrisk anamnese med gennemgang af sygdomsforløb, behandling og behandlingseffekt. Ved indlæggelser beskrives årsagen til indlæggelsen, varighed, tilstand under indlæggelsen, behandling og udskrivningsdiagnose(r). Gentagne indlæggelser under stort set samme sygdomsbillede kan eventuelt slås sammen.
 - d: En grundig psykopatologisk beskrivelse og vurdering med diagnostiske overvejelser.
 - e: Patientens eget syn på den pådømte kriminalitet. Endvidere redegøres for eventuel kriminalitet under behandlingsforløbet.

- f: Den aktuelle behandlingsplan bør nøje anføres. Ved psykofarmakologisk behandling nævnes præparat, dosis og administrationsmåde samt hvorvidt behandlingen er – eller på noget tidspunkt har været – givet ved tvang. Patientens holdning til og forståelse af behandlingsplanen bør anføres, herunder hvorvidt patienten kan antages at være motiveret for fortsat behandling, såfremt en sådan er påkrævet, ved ændring/ophævelse af den idømte foranstaltning.
- g: Et motiveret forslag til ændring/ophævelse af den idømte foranstaltning, herunder en vurdering af risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet.
- 4 Det følger af forvaltningslovens bestemmelser, at Retslægerådet i behandling af en strafferetlig sag som udgangspunkt ikke kan anvende dokumenter m.v. fra en eventuel tidligere civilretlig sag. Det følger heraf, at for eksempel erklæringer, retslægerådsudtalelser m.v. vedrørende frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien ikke indgår i rådets behandling af en sag vedrørende ændring/ophævelse af en idømt særforanstaltning. Såfremt der i erklæringen henvises til dokumenter fra en civilretlig sag, skal kopi af disse dokumenter vedlægges.
- 5 Af hensyn til eventuel korrespondance i sagen m.v., jf. §§ 4 og 5 i forretningsordenen for Retslægerådet, bør navnet på den behandlingsansvarlige overlæge fremgå af erklæringen.