

29 JUNI 2000

UDSKRIFT

AF

ØSTRE LANDSRETS DOMBOG

448/97

DOM

Afsagt den 28. juni 2000 af Østre Landsrets 6. afdeling
(landsdommerne Knud Knudsen, Morten Engler og Koch Clausen
(kst.)).

6. afd. nr. B-3212-98:

1) D [REDACTED]
v/værgen T [REDACTED]
(advokat Bent Bramsen, e.o.)

2) D [REDACTED]
v/værgen T [REDACTED]
(advokat Bent Bramsen, e.o.)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten v/ advokat Vibeke Borberg).

Under denne den 10. november 1998 anlagte sag har sagsøgerne,
D [REDACTED] og D [REDACTED], begge ved værgerne T [REDACTED]
[REDACTED] endeligt påstået sagsøgte, Patientskadeankenævnet,
tilpligtet at anerkende, at sagsøgerne er berettigede til er-
statning i medfør af lov om patientforsikring for udgifter til
begravelsesomkostninger og forsørgertabserstatning med i alt
214.477 kr.

Sagsøgte, der ikke bestrider den beløbsmæssige opgørelse i
anerkendelsespåstanden, har påstået frifindelse.

Sagsøgerne har fri proces under sagen.

Sagen vedrører spørgsmålet, om R [REDACTED] er erstatningsansvarlig i anledning af, at D [REDACTED] og D [REDACTED] fader, J [REDACTED], under indlæggelse på hospitalets lukkede psykiatriske afdeling 6211 den 18. december 1995 begik selvmord.

J [REDACTED] var første gang indlagt på R [REDACTED] psykiatriske afdeling fra den 17. til den 19. juni 1995. I lægejournalen vedrørende denne indlæggelse hedder det for den 17. juni 1995 bl.a.:

".....

Tilflytter fra Polen, har boet i Danmark i 18 år. Arbejdede som jord- og betonarbejder. Bor alene. Pt. får ondt i ryggen for ca. 7 måneder siden. Via egen læge udredes dette og det konstateres, at pt. har en mindre diskusprolaps og behandles med stræk, varme og smertestillende behandling. Pt. har været sygemeldt siden da.

.....

Pt. har gennem hele sit voksenliv haft perioder med excessivt alkoholindtag. Har som regel været 3-10 dage, har selv kunnet stoppe. Er i denne omgang begyndt for ca. 3 måneder siden. Angiver at han startede for at dulme smerterne fra diskusprolapsen. Pt. oplyser endvidere, at han har fået en mindre præmie som har gjort ham i stand til økonomisk at fortsætte drikkeriet. Har forsøgt at ophøre, men har herefter rystet og fået det så ubehageligt at han måtte begynde igen. Størrelse har været ca. 1-2 flasker whisky dagligt.

.....

Aldrig tidligere indlagt på psykiatrisk afdeling, aldrig tidligere forsøgt afruget i hospitalsregi.

Pt. bringes til skadestuen af familien, er angiveligt motiveret for alkoholophør og Antabusbehandling. Er bange for, at han dør af alkoholindtaget. Bortset fra at han vil dulme smerterne fra diskusprolapsen, kan han ikke angive anden årsag til drikkeriet.

.....

Objektivt psykisk:

Pt. er vågen, klar, fuldt orienteret, ebrieret

(promille 2,0), hjælp søgende, indimellem grådlæbil, stemningslejet skønnes neutralt, apsykotisk, taler dansk, ingen suicidal tanker.

Konklusion:

Det drejer sig om 1. indlæggelse af 43-årig mand med henblik på afrusning og efterfølgende Antabus-behandling.

....."

I journalen for den 18. juni 1995 er anført bl.a.:

".....

Objektivt psykisk:

Vågen, klar og orienteret. Neutralt stemningsleje, naturligt psykomotorisk tempo. God formel og emotionel kontakt. Ikke psykotisk, ikke suicidaltruede.

....."

Ifølge lægejournalen for den 19. juni 1995 fandtes J. [redacted] vågen, klar og orienteret, og han skønnedes ikke suicidalfarlig. Han blev udskrevet samme dag.

J. [redacted] blev indlagt på ny den 16. december 1995. I lægejournalen for denne dag har 1. reservelæge E. [redacted] anført bl.a.:

".....

Pt. fortæller, at han igennem det seneste halve år har følt sig tiltagende trist, energiløs og med tanker, der ustandselig kredser om selvmord. Det kulminerede i, at han i går var fast besluttet på at tage sit liv, havde skrevet afskedsbreve til familien og havde indtaget en flaske whisky samt planlagt at indtage adskillige Panodil- og Nobligantabl. X-hustru kom imidlertid på besøg og forhindrede ham i at udføre sit forehavende. Hustruen og et par bekendte kunne først i dag overtale pt. til at henvende sig her i modtagelsen. Pt. fortæller, at han igennem det sidste halve års tid har følt sig tiltagende deprimeret, føler sin situation tiltagende håbløs. Pt. fik for snart et år siden konstateret diskusprolaps, som er blevet behandlet konservativt, pt. er dog fortsat plaget af smerter. Han går til kontrol på H. [redacted], hvor han af lægerne har fået at vide, at der ikke er meget mere, man kan stille op. Pt. er i smertestillende behandling med Nobligan og Panodil. Pt. har tidligere arbejdet som specialarbejder. I forbin-

delse med sin lange sygefraværperiode har han mistet jobbet og har indtil for nylig fået dagpenge. Pt. anfører, at han har tiltagende svært ved at forlige sig med sin situation som værende uden for arbejdsmarkedet, hvorfor han i panik har raskmeldt sig i sin fagforening, hvilket har skabt fornyede problemer, idet han nu kan se frem til at skulle på bistandshjælp.

M.h.t. alkoholforbruget fortæller pt., at han indtil i går ikke har rørt spiritus siden sidste indl. i juni. Han fortsatte med Antabusbeh. indtil slutningen af august via Østerbro-amb., hvorefter han kunne styre forbruget, hvilket hans bekendte da også bekræfter. Pt. fortæller endvidere, at en anden ting, der har belastet ham voldsomt er, at nogle naboer har anmeldt ham til politiet for spirituskørsel, hvilket angiveligt skulle være helt uberettiget. Han er tilsagt til at møde i retten i februar.

Pt. anfører, at han føler hele sin situation som håbløs og uoverskuelig, kan ikke se nogen udvej af det hele. Han beskriver tiltagende søvnforstyrrelser, indsovningsbesvær, natlig opvågnen og tidlig morgenvågnen. Ingen egentlig døgnvariation. Appetitten er nedsat. Er usikker på, om han har tabt i vægt.

Pt. anfører, at hans selvfølelse har lidt et knæk ved, at han ikke længere er på arbejdsmarkedet, men benægter i øvrigt at være specielt selvbebrejdende eller skyldfølelse. Anfører tiltagende koncentrationsbesvær. Selvmordstanker har været vedholdende. Bortset fra suicidalforsøget i går, har pt. overvejet at hænges sig.

Objektivt psykisk: vågen, klar, samlet, fuldt orienteret allo- og autopsykisk. Fremtræder ikke ebrieret eller abstinenspræget. Promille=0,0. Stemningslejet klart forsænket, fremtræder med nogen psykomotorisk hæmning. Pt. hjælpsøgende. Kontakt god formelt som emotionelt. Udtrykker lav selvverdsfølelse, intet produktivt psykotisk. Må opfattes som suicidaltruende.

.....

Konklusion: 44 årig mand med tiltagende depressiv forstening gennem de seneste 6 måneder, indlægges m.h.p. nærmere observation af depressiv symptomatologi. Pt. har igennem den senere tid haft vedholdende suicidaltanker og havde i går planlagt at suidere med alkohol og analgetica, blev afbrudt i sit forehavende af x-hustruen, der kom på besøg. Pt. har igennem den seneste tid haft udtalte psykosociale belastninger, svær behandlelig diskusprolaps, tab af arbejde og senest - i følge pt. og medfølgende bekendte - uberettiget anmeldelse for spirituskørsel. Pt. har tidligere haft episodisk

alkoholmisbrug, men har angiveligt ikke haft drikkeresidiv siden forsommeren 95.

Pt. fremtræder ved indl. depressiv med-søvnforstyrrelse, appetitnedsættelse og suicidal tanker. Han fremtræder ikke abstinert.

Pt. opfattes som fortsat suicidaltruende, hvorfor han indlægges i afd. 6211. Er indforstået hermed.

.....

Pt. har ingen udgang. Han må fortsat opfattes som suicidaltruende og observeres m.h.p. suicidal adfærd.

....."

J [redacted] blev i forbindelse med modtagelsen underkastet en somatisk undersøgelse af 1. reservelægen, og han fik ordineret bl.a. Serepax efter behov.

Af kardex for den 16. december 1995 fremgår bl.a. følgende:

"..... pt havde en del indre uro, pt har siddet lidt op, men ønsker ingen særlig kontakt, pt. kæder ryger meget, har næsten en hel karton cigaretter i medicinskabet, gik i seng kl. 21.30.

Siger at han kun har sovet 2 timer ad gangen gennem længere tid og bare trænger til søvn."

I lægejournalen for den 17. december 1995 har 1. reservelæge H [redacted] anført bl.a.:

"..... Pt. har i afd. fremtrådt depressiv. Han har sovet i nat. Han har spist og drukket omend sparsomt. Han bekræfter længerevarende depressive klager med selvforringende tanker, energiforladthed, håbløshed og påtrængende sucidale impulser. Han har umiddelbart inden indl. haft et alvorligt suicidalforsøg. Han benægter døgnvariation. Der har været indsovnings- og gennemsovningsbesvær, men ikke tidlig morgenopvågning. Han har ikke været hypokondert optaget. Han har følt sig mere angst og anspændt med fysiologiske ledsagesymptomer. Appetitten har været dårlig, og han mener at have tabt 3-4 kg i løbet af de sidste måneder.

Objektivt psykisk: vågen, klar og orienteret, fremtræder klart depressiv med nedsat psykomotorik. Der er nedsat selvfølelse, men ikke vrangforestillinger. Han fremtræder ikke angst eller affektpræget. Han svarer kortfattet og siger stort set intet spontant. Tankeindholdet er klart depressivt. Sui-

cidalfare kan ikke udelukkes.

Konklusion: middelsvår depression med nyligt alvorligt suicidalforsøg. Pt. bør observeres et par dage endnu, men skal givetvis snart påbegynde en antidepressiv beh., formentlig med prothiaden. Han scorer i dag 29 på Hamiltondepression-skalaen. Han skal observeres tæt for suicidalfare.

....."

Reservelægen udfærdigede en handlingsplan og ordinerede Truxal efter behov i stedet for Serepax.

I kardex er for samme dag anført bl.a.:

"Beder om samtale Føler ikke at han har mere at leve for Falder efter samtale mere til ro - takker for snakken. Spørger til morgen om u.t. har tid til at snakke - dette efterkommes..... Sovet afb.

Har intet spist i dag. Siger selv han ikke har spist i flere dage. Spyttede i morges sin kaffe ud igen over hele gulvet. Ønsker ikke at samtale og opholder sig mest på sin seng. Er blevet gennemgået og virker her hæmmet og trist.....Pt'en skal holdes under tæt obs p.g.a. suicidalfare..... Virker trist og har isoleret sig en del, har ingen kontakt med medpt og sparsom til personale (men har også svært ved forklare/sprogvanskeligheder). Giver dog udtryk for, at han føler sin situation håbløs samt indre uro, rastløshed og ønsker at sove fra det. - Vil gerne i kontakt med socialrådg., da han har en aftale med egen læge tirsdag vedr. udfyldelse af nogle papirer til arbejdsformidlingen....."

For den 18. december 1995 hedder det:

"Er flere gange blevet taget i at ryge i sengen (liggende) siger at han snart dør - klapper sig på maven og siger han har ondt i maven - kommer selv og beder om medicin - der gives P.W.

Sidder til morgen på gangen og drikker kaffe - er højlydt sukkende - sammensunket kropsholdning - meget trist mimik, når han ikke tror sig iagttaget er kropsholdningen rank, smiler til medpt. Sovet afb."

I lægejournalen for den 18. december 1995 kl. 11.40 har l. reservelæge F [REDACTED] anført bl.a.:

"Pt. findes på dette tidspunkt hængende i sin liv-

rem på afd.s toilet, hvor han har låst døren. Han findes af plejer, som er ude at kalde på ham, idet nogle pårørende er kommet på besøg. Han hænger som sagt i sin livrem, der er fæstnet til et håndtag på toilettet. Remmen er selvåbende, og han er således stranguleret i denne. Han skæres øjeblikkeligt ned og forsøges genoplivet med hjertemassage af R1 M [redacted] i afd., men dette er helt umiddelbart udsigtsløst, og da undertegnede kommer til stede få øjeblikke efter, er pt. på gulvet og helt livløs og slap....."

I en politirapport vedrørende dødsfaldet er oplyst, at afdøde sidst var konstateret i live den 18. december 1995 kl. 11.20.

Den 22. oktober 1996 anmeldte 1. reservelæge H [redacted] på R [redacted] vegne dødsfaldet over for Patientforsikringen, jf. lov om patientforsikring. Det anføres i anmeldelsen bl.a., at afdøde blev fundet den 18. december 1995 kl. 11.40, og at forsøg på genoplivning var forgæves. Det hedder herefter i anmeldelsen:

".....

Ved såvel indlæggelsen som gennemgangen dagen efter indlæggelsen blev patienten fundet klart depressiv med hæmning, aspontanitet, nedsat selvfølelse, depressivt tankeindhold og selvmordsimpulser. Umiddelbart forud for indlæggelsen havde patienten haft et alvorligt ment selvmordsforsøg. Der blev derfor ordineret tæt observation på lukket afdeling. Uagtet dette lykkedes det patienten 2 dage efter indlæggelsen at strangulere sig selv på et aflåst toilet.

....."

I en skrivelse af 28. november 1996 til R [redacted] juridiske sekretariat har professor, dr. med. T [redacted] besvaret følgende spørgsmål:

".....

Ad 1: Hvilke retningslinier har R [redacted] for behandling af selvmordskandidater? Patienter, som er selvmordstruede, bliver indlagt i lukket afsnit og vil være under meget nøje overvågning af personalet, ligesom man meget hurtigt tager stilling til iværksættelse af terapi.

Ad 2: Er disse retningslinier fulgt? Ja.

Ad 3: Hvad forstås ved tæt observation/tilsyn? Der holdes nøje øje med patientens færden og en bestemt person fra plejegruppen har ansvaret for dette. I sjældne tilfælde ordineres der egentlig fast vagt.

Ad 4: Er den tætte observation foretaget? Ja.

Ad 5: Er det i overensstemmelse med afdelingens principper, at en selvmordstruende patient beholder sin livrem?

Dette afhænger ganske af situationen. En patient kan være selvmordstruende, uden at man nødvendigvis foretager dybe indgreb i vedkommendes færden og påklædning. Selvmordsrisiko er et meget vanskeligt område, vi ønsker [ikke] unødigt at forurolige eller krænke patienter, og i det aktuelle tilfælde fandt vi den udøvede observation tilstrækkelig efter lægelig vurdering."

Den 23. juli 1997 fastslog Patientforsikringen, at dødsfaldet ikke var omfattet af § 3, stk. 2, i lov om patientforsikring, hvorfor boet efter afdøde ikke var berettiget til erstatning efter denne lov. Afgørelsen er begrundet således:

"Patientforsikringen har i den forbindelse lagt vægt på, at patienter med suicidaltanker i de fleste tilfælde bliver indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling, hvor personalenormeringen er højere end på tilsvarende åbne afdelinger, og hvor der ikke er mulighed for at forlade afdelingen med mindre, det sker efter aftale. I de allerfleste tilfælde vil en sådan foranstaltning være nok til at forhindre, at patienter begår selvmord. Kun i tilfælde, hvor selvmordsfaren skønnes umiddelbart overhængende (patienten er desperat), vil man gribe til foranstaltninger som "mandsopdækning" med fast vagt.

Patientforsikringen har vurderet, at det er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier i tilfælde som dette, at skønne at J. [redacted] ikke var en selvmordskandidat, som havde behov for fast vagt, men at anbringelse på lukket afdeling var en tilstrækkelig foranstaltning til at forhindre J. [redacted] i at begå selvmord.

Endvidere har Patientforsikringen vurderet, at det ikke er en fejl fra sygehusets side, at J. [redacted] fik lov til at beholde sin livrem. Der er i vurderingen heraf lagt vægt på, at det ikke er almindelig praksis, at man fratager selvmordstruede patienter deres beklædningsgenstande, såsom livrem, snøreband eller lignende. Dette er fordi, patienter formodes at være under tilstrækkeligt opsyn, og fordi der i en afdeling, hvor patienterne færdes mellem hinanden vil være mange andre genstande, der

kunne anvendes i selvmordsøjemed. Prisen for en fuldstændig sikring mod selvmordsadfærd, vil være umenneskelige forhold, hvor alle dagligdags effekter er frataget patienten."

På et møde den 4. marts 1998 tiltrådte Patientskadeankenævnet denne afgørelse. Patientskadeankenævnets afgørelse blev meddelt ved skrivelse af 20. maj 1998. I skrivelsen er anført bl.a.:

".....

Begrundelse for afgørelsen:

Patientskadeankenævnet finder, at J [redacted] selvmord var en følge af et ulykkestilfælde som omhandlet i lov om patientforsikring § 3, stk. 2. Nævnet finder det ikke godtgjort, at der i den forbindelse blev begået fejl eller forsømmelse fra R [redacted] side, og betingelserne for at anse skaden for erstatningsberettiget efter lov om patientforsikring er herefter ikke opfyldt.

Sagsfremstilling:

Det fremgår af sagen, at J [redacted] fra medio 1995 følte sig tiltagende deprimeret med vedholdende selvmordstanker, og at han den 15. december 1995 blev afbrudt i et planlagt selvmordsforsøg med alkohol og smertestillende medicin.

Den 16. december 1995 blev J [redacted] herefter akut indlagt på R [redacted], psykiatrisk afdeling, lukket afsnit, hvor man den følgende dag vurderede, at J [redacted] havde middelsvær depression, idet han scorede 29 på Hamiltondepressionskalaen, og at han skulle observeres tæt for suicidalfare. Den 18. december 1995 kl. 11.40 blev J [redacted] fundet hængende og stranguleret i sin livrem på et af afdelingens toiletter, hvortil han havde låst døren."

Der er under sagen afgivet forklaring af T [redacted], L [redacted], A [redacted], I [redacted], F [redacted], A [redacted], E [redacted], H [redacted], M [redacted] og T [redacted].

T [redacted] har forklaret bl.a., at hun kom til Danmark fra Polen i 1985. Hun lærte J [redacted] at kende i 1987. De fik sammen børnene D [redacted] og D [redacted]. Parterne boede ikke sammen, men sås meget regelmæssigt, ofte dagligt. Børnene har al-

tid boet hos vidnet. Hun modtog børnebidrag fra kommunen. J [redacted] [redacted] betalte altid de ham påhvilende børnebidrag til kommunen og var aldrig i restance hermed. Han tog sig meget af børnene og deltog i deres opdragelse.

Den 11. eller 12. december 1995 var J [redacted] med til en julefest på D [redacted] skole. Han gav ved den lejlighed udtryk for, at han ville tage sit eget liv, og vidnet tog ham derfor med sig og børnene hjem til deres bopæl, således at hun kunne passe på ham.

Da hun den 15. december 1995 kom hjem efter et ærinde, havde J [redacted] drukket en flaske whisky. Han skulle netop til at tage en mængde piller, hvilket hun dog forhindrede. Han fortalte, at han ville have taget sig eget liv.

Den 16. december 1995 var J [redacted] meget dårlig. Han gik op og ned ad trappen og kæderøg cigaretter. Han forsøgte hele tiden at stikke af. Vidnet ringede derfor til sin veninde L [redacted], der er sygeplejerske. Hun kom med sin mand, medens vidnet var henne hos A [redacted] for at aflevere børnene. Da vidnet kom tilbage, talte J [redacted] meget om at begå selvmord og sagde, at dette ville være bedst for dem alle. De fik ham overtalt til at tage med til R [redacted] [redacted], hvortil han kørte med L [redacted] og hendes mand, medens vidnet hentede børnene.

Næste dag ca. kl. 17 besøgte vidnet og børnene sammen med en veninde J [redacted], der var blevet indlagt på den lukkede afdeling. De blev der til kl. 20 eller kl. 21. Han var meget mærkelig og talte om, at de blev overvåget af kameraer. Han sagde, at de skulle læse aviserne næste dag, for der ville "stå noget" i dem. Han bad vidnet beskytte børnene. Han havde sit eget tøj på, herunder sin livrem. Vidnet talte med en sygeplejerske og bad hende sørge for, at der blev passet godt på J [redacted]. De havde ikke spist sammen under besøget, og han røg ikke under besøget.

L [redacted] har forklaret bl.a., at hun den 16. december 1995 af T [redacted] blev bedt om at komme. Hun tog

dertil med sin mand. De fandt J [redacted], der var meget forpint og skræmt. Han lå i en seng. Det lykkedes efter 5-10 minutters forløb at overtale ham til at klæde sig på og gå med ind i stuen. Efter yderligere kort tid indvilligede han i at køre med til R [redacted] med vidnet og hendes mand. Det hele gik ret hurtigt.

De ankom til R [redacted] først på aftenen. Vidnet deltog i J [redacted]'s samtale med en psykiater. Herunder truede han med at tage sit eget liv. Efter denne samtale var han til en somatisk undersøgelse, og da han kom ud derfra, var han iført hospitalstøj. Han bar sit eget tøj foran sig.

Den 18. december 1995 ville vidnet besøge ham på hospitalet. Hun ankom kort før kl. 12. Hun fik oplyst, at J [redacted] havde hængt sig.

A [redacted] har forklaret bl.a., at han er broder til J [redacted]. Den 15. december 1995 opsøgte nu afdøde vidnet. Han har aldrig over for vidnet nævnt selvmordstanker, og da vidnet hørte herom fra T [redacted], slog han det hen. J [redacted] var ifølge T [redacted] begyndt at tale herom omkring en måned før indlæggelsen den 16. december 1995.

Vidnet og hans hustru skulle den 18. december 1995 besøge J [redacted] [redacted], og de ankom til hospitalet ca. kl. 11.15. Han talte med en sygeplejerske, der sagde, at hans broder vist talte med en læge. Hun ville hente ham. De ventede 10-15 minutter, hvorefter lægerne og sygeplejerskerne pludselig begyndte at løbe rundt på gangen. Ca. 10 minutter senere fortalte en læge vidnet, at broderen var død.

T [redacted] har forklaret bl.a., at hun var ansat som plejer på afdelingen. Hun havde ikke været på week-end vagt, da hun mandag den 18. december 1995 mødte på arbejde om morgenen. Om morgenen holdtes et møde, hvorunder personalet drøftede patienterne, herunder de patienter, der var indlagt i løbet af week-enden. Hver dag fordeles afdelingens patienter ud på plejepersonalet, således at hver enkelt plejer fik særligt ansvar for at passe 2-3 bestemte patienter. Arbejdsfordelingen frem-

går af en daglig arbejdseddell, der ikke arkiveres. Arbejdsfordelingen vil desuden kunne ses i kardex, når denne er blevet ført ved vagtens afslutning. Da J. [redacted] begik selvmord allerede sidst på formiddagen, kan det ikke ses, hvem der var udpeget som hans kontaktperson. Han var suicidaltruede og skulle derfor observeres på lige fod med de øvrige patienter. Vidnet havde ikke ansvaret for ham, idet hun den dag gjorde tjeneste i ETC-afdelingen, hvori patienterne behandles med elektrochok.

Da vidnet kl. 11-11.30 kom tilbage fra ETC-afdelingen, ringede nogle pårørende på døren til afdelingen. Vidnet så ikke noget personale i nærheden, og hun åbnede derfor. De pårørende ønskede at besøge J. [redacted], og vidnet bad dem vente, medens hun ledte efter ham. Hun husker ikke at have set ham i live. Hans seng stod på gangen ved døren. Han var hverken i sengen, opholdsstuen eller på badeværelset. En af toiletdørene var låst, og hun bankede på. Der blev ikke svaret, hvorfor hun med en særlig nøgle åbnede døren. J. [redacted] sad på gulvet. Han havde hængt sig i sin livrem. Vidnet løb ind til afdelingssygeplejersken og overlæge M. [redacted], der begge stod i afdelingskontoret. †

Afdelingen er normeret til 14 patienter, og der var den dag 15 patienter. På afdelingen er 4 enestuer og 5 to-sengs stuer. I gangen står stole, og der er et opholdsrum for rygere og et for ikke-rygere. Der er endvidere aktivitetsrum og spisestue. Overalt er glasvægge, således at man kan observere uden at skulle ind i de enkelte rum. Dog har opholdsrummet for ikke-rygere ikke glasvæg. Patienterne opholder sig oftest i deres senge eller i stolene på gangen. Så vidt muligt går patienterne i deres eget tøj, og de har som udgangspunkt adgang til tændstikker m.v. I spisestuen står knive og gafler frit fremme, dog bortset fra brødkniven.

F. [redacted] har forklaret bl.a., at han var 1. reservelæge på afdelingen. Han havde ikke været på vagt i week-enden. Han var bagvagt den 18. december 1995. Vidnet gennemgik posten og gik på tilsyn i andre afdelinger. Vidnet har ikke tilset J. [redacted]. Dette gøres af den læge, der går

stuegang. Stuegangen foregår om formiddagen, men er undertiden først afsluttet hen over frokost.

Vidnet har ikke set J [redacted] i live. Han blev hidkaldt til afdelingen straks efter fundet af ham. Han var skåret ned og lå på gulvet i toilettet, da vidnet ankom til stedet. J [redacted] blev undersøgt af overlæge M [redacted]. Vidnet har ikke deltaget i genoplivningsforsøg, men M [redacted] fortalte, at genoplivning havde været forsøgt.

Vidnet har hverken før eller siden oplevet, at en patient på en psykiatrisk afdeling begik selvmord.

A [redacted] har forklaret bl.a., at hun er afdelingssygeplejerske. Hun havde ikke været på vagt i week-enden. Hun mødte på vagt den 18. december 1995 om morgenen. Kl. 7 møder mindst to medarbejdere, der får rapport fra nattevagten. Kl. 8 afholdes et møde, hvorunder plejepersonalet drøfter hver enkelt patient på grundlag af tilførslerne til kardex. Der indkaldes ikke ekstra personale, når der anordnes "tæt tilsyn". På hverdage uddelegeres den enkelte patient til en kontaktperson, der ofte har ansvaret for et par yderligere patienter. En bestemt medarbejder udpeges til at have ansvaret for opsynet med gangen og opholdslokalerne. Fordelingen af arbejdsopgaverne sker på vidnets ansvar, men hun lader personalet have indflydelse på denne fordeling. Man kan normalt af kardex se, hvem der den enkelte dag har været kontaktperson for en patient. Vidnet var ikke kontaktperson for J [redacted]. De omtalte tilførsler til kardex den 18. december 1995 er foretaget af nattevagten.

Det beror på et skøn, hvor ofte en patient skal tilses. Karakteren og omfanget af tilsynet afhænger af patientens aktuelle tilstand. Hvis særligt tilsyn ikke er anordnet, kan en patient være uden tilsyn i op til ca. 30 minutter.

Hun mener, at genoplivning af J [redacted] blev forsøgt.

Det er normalt, at livremmen fratages patienterne ved visiteringen. De får den tilbage, straks når de kommer til afdeling

6211. Morgenkonferencen holdes af lægerne, medens hele personalet deltager i middagskonferencen. Lægejournalen vedrørende J. [REDACTED] var kun tilgængelig som bånd, idet tilførslerne i week-enden først renskrives i løbet af mandag formiddag. Oplysningerne har derfor alene foreligget som mundtlige informationer, bortset fra indlæggelsessedlen og kardex.

Det er sjældent, at der anordnes fast vagt til en patient. Man vil som altovervejende hovedregel afstå fra at følge en patient på toilettet. R. [REDACTED] har ikke ændret rutiner som følge af dødsfaldet.

E. [REDACTED] har forklaret bl.a., at hun var reserve-læge på afdelingen. Hun var i modtagelsen, da J. [REDACTED] ankom sammen med to bekendte. Hun talte med J. [REDACTED] og foretog den somatiske undersøgelse. Mange patienter med depressioner er suicidaltruende, men kun meget få gør alvor af deres trusler. Vidnet indlagde J. [REDACTED] på lukket afdeling, fratog ham udgang, anordnede tæt observation og ordinerede Serepax efter behov. Sidstnævnte er et mildt beroligende middel.

Det sker kun sjældent, at der anordnes fast vagt ved indlæggelsen. Dette kræver, at patienten ved sin adfærd tydeligt og aktuelt har vist sig at være i suicidalfare.

H. [REDACTED] har forklaret bl.a., at han var 1. reservelæge på afdelingen. Vidnet undersøgte den 17. december 1995 J. [REDACTED], der stadig var suicidaltruende. Han skulle observeres tæt. Man skulle således holde øje med hans færden og laden og observere hans mimik, søvnlyst, mad- og drikkeindtag m.v. Det afgørende var i den forbindelse, at han var indlagt på lukket afdeling. Der er bedre personalenormering dér. Nyindlagte observeres normalt tættere end patienter, der har været indlagt nogen tid. Vidnet ordinerede Truxal, der i modsætning til Serepax ikke ville modvirke en eventuel elektrochokbehandling. Hamiltondepressions-skalaen er en kvalitativ beregning af en depression. En værdi på 29 er en middelsvær til svær depression, nok nærmest det sidste.

Det beror på et skøn, hvor ofte man skal tilse en patient, hvis der er anordnet "tæt observation". Såfremt den pågældende sover, kan tilsynet måske finde sted hver anden time. Er patienten vågen og åbenlyst forpint, er tilsynet stadigt, medens det foregår relativt sjældnere, såfremt vedkommendes tilstand er bedre. Stuegangen kan strække sig til kl. 14-15.

Vidnet har aldrig tidligere eller senere oplevet, at en patient på en psykiatrisk afdeling begik selvmord.

T [REDACTED] har forklaret bl.a., at han var administrerende overlæge på afdelingen. Der er udarbejdet en instruktionsbog for lægerne, og der er også fastsat udtrykkelige instrukser for oversygeplejerskerne. For depressive, selvmordstruende patienter er den primære sikkerhedsforanstaltning indlæggelse på lukket afdeling. Der blev foreskrevet tæt observation af J [REDACTED]. Dette bliver altid tilført lægejournalen, og lægen orienterer mundtligt plejepersonalet herom. Normalt er patienterne iført eget tøj. Kun såfremt en patient ved sin tale eller gennem sine handlinger skønnes at være i akut fare for målrettede selvmordsforsøg, vil livrem, seler, slips og eventuelt snøreband blive frataget den pågældende. Indlæggelse på en lukket afdeling er et væsentligt indgreb, og dette skal derfor ske på en værdig og menneskelig måde. Det forekommer ekstremt sjældent, at patienter forsøger at begå eller begår selvmord.

Vidnet var ikke på vagt i week-enden, og han talte den 18. december 1995 ikke med J [REDACTED] før dennes selvmord.

Alle hverdage holder lægerne fra nattevagten og dagvagten konference kl. 8.30, hvorunder man drøfter, hvad der er passeret på afdelingen. Ca. kl. 12 holdes en konference, hvori også sygeplejerskerne deltager. Der er lægesekretærbistand om lørdagen, men ikke søndagen. Vedrørende patienter, der indlægges i week-enden, foreligger der håndskrevne notater om diagnose, behandlingsplan m.v. Under stuegangen tilser man først de dårligste patienter. Det er et skøn, hvor ofte plejepersonalet skal tilse en suicidaltruende patient. Som udgangspunkt vil man vide, hvor en sådan patient opholder sig. Patienterne går

som altovervejende hovedregel på toilettet uden opsyn.

J [REDACTED] var ikke i akut, overhængende suicidalfare.

Vidnets skrivelse af 28. november 1996 er affattet på grundlag af samtaler med det plejepersonale, der var til stede under J [REDACTED]' indlæggelse.

Af afdelingens normalt 14 patienter er 3-5 sædvanligvis i suicidal tilstand.

M [REDACTED] har forklaret bl.a., at han var 1. reserve-læge på afdelingen. Han var ikke på vagt i week-enden. Han hørte om J [REDACTED] på morgenkonferencen. Vidnet skulle gå stuegang den 18. december 1995. Ved stuegangen taler man først med de patienter, der ifølge plejepersonalets observationer det foregående døgn er dårligst. Han nåede ikke at tale med J [REDACTED] før dennes selvmord. Vidnet sad vist på afdelingskontoret, da han blev hidkaldt til toilettet, hvor J [REDACTED] var fundet død. J [REDACTED] sad på gulvet med et læderbælte om halsen. Vidnet fik en saks og skar ham fri. Vidnet husker ikke at have givet hjertemassage, men det vil have været det korrekte. Når det er anført i lægejournalen, at vidnet har forsøgt genoplivning, må det forholde sig således. Vidnet husker, at J [REDACTED] var blålig i huden, men han husker ikke at have sagt til politiet, at afdøde var "kold", eller at han må have ligget på toilettet "et godt stykke tid". J [REDACTED] er død af hjertestop, og selv minutter kan være "et godt stykke tid". 5-10 minutter efter døden bliver pupillerne lysstive, og da er genoplivning omsonst.

Sagsøgerne har til støtte for deres påstand gjort gældende, at der fra R [REDACTED] side er handlet ansvarspådragende. Nu afdøde var fra indlæggelsen den 16. december 1995 netop i hospitalets varetægt med det primære formål at hindre et nyt selvmordsforsøg. Der er ingen notater om, at plejepersonalet på dagholdet den 18. december 1995 har været i kontakt med patienten, før han blev fundet død. Selv om hans tilstand var uforandret, var der denne dag ikke afholdt stuegang hos ham,

forinden han begik selvmord. Det har ikke været muligt at få oplyst, hvem der var J [REDACTED]' kontaktperson den pågældende dag, og det må betvivles, at der var en. Det har ikke været muligt at få verificeret, at J [REDACTED] er set i live kl. 11.20, og der må antages at være gået mindst 40 minutter, fra han sidst blev set, til han blev fundet. Der var anordnet tæt overvågning af patienten og det er i sig selv ansvarspådragende, at personalet ikke har taget sig tilstrækkelig omhyggeligt af patienten. Særlig under hensyn til, at J [REDACTED] havde fået sin livrem tilbage, må tilsynet betegnes som mangelfuldt. Hertil kommer, at oversygeplejersken burde have sørget for at tildele patienten en kontaktperson, gøre notat herom og selv have talt med patienten. På den baggrund har sagsøgerne krav på erstatning efter § 3, stk. 2, i lov om patientforsikring. Der skal foretages en culpavurdering, som er mere lempelig for de skadelidte end ellers, jf. ordene "antages at". Under de foreliggende omstændigheder bør bevisbyrden vændes.

Dét bestrides, at der foreligger egen skyld fra J [REDACTED] side, idet handlingen er fremkaldt af den sygelige tilstand, for hvilken han var indlagt med henblik på behandling.

Sagsøgte har til støtte for sin påstand principalt gjort gældende, at der intet grundlag er for at tilsidesætte sagsøgte afgørelse af 4. marts 1998, hvorved Patientforsikringens afgørelse af 23. juli 1997 blev stadfæstet. Sagsøgte har med rette tiltrådt Patientforsikringens vurdering, hvorefter betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringslovens § 3, stk. 2, ikke er opfyldt. Sagsøgerne har ikke godtgjort, at J [REDACTED] selvmord indtraf under sådanne omstændigheder, at R [REDACTED] har pådraget sig et erstatningsansvar efter almindelige erstatningsretlige regler. Det kan således ikke ansees for en fejl, at man fra R [REDACTED]s side ikke ordinerede fast vagt til at føre tilsyn med patienten, idet indlæggelse i lukket afsnit, fratagelse af udgang og ordination af Seripax var tilstrækkelige foranstaltninger til at forhindre selvmord. Det er efter bevisførelsen noget uklart, om J [REDACTED] fik frataget sin livrem. Under alle omstændigheder kan det ikke karakteriseres som en fejl, at han

har fået lov at beholde den eller har fået den genudleveret. Af hensyn til patienternes selvvard fratager man dem almindeligvis ikke deres personlige ejendele under indlæggelse. Et sådant indgreb ville i øvrigt ikke kunne forhindre en selvmordstruet patient i at komme i besiddelse af andre genstande, der kan anvendes i selvmordsøjemed. Der føres i stedet et intensivt tilsyn med patienterne. Indholdet af journalen viser, at J. [redacted] blev behandlet på en betryggende måde. Retningslinjer og instrukser for afdelingen vidner om, at man i videst muligt omfang søger at forhindre selvmord. Intet tyder på, at reglerne ikke er fulgt. Kardex viser, at J. [redacted] blev observeret tæt. Plejepersonalet følger normalt ikke med patienterne på toilettet. Det må lægges til grund, at J. [redacted] sidst blev set i live kl. 11.20, og at der kun gik ca. 10 minutter fra dette tidspunkt, til man begyndte at lede efter ham. Det er uden betydning, at der endnu ikke var holdt stuegang hos patienten. Der er ydet den gode faglige indsats, som man med rimelighed kan forvente, og ulykkestilfældet kan således ikke henføres til forhold, som skyldes fejl fra Rigshospitalets side. Betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringslovens § 3, stk. 2, er derfor ikke opfyldt.

Subsidiært har sagsøgte gjort gældende, at en eventuel erstatning skal bortfalde i medfør af patientforsikringslovens § 6. J. [redacted] har forsætligt fremkaldt ulykkestilfældet, hvorfor en eventuel erstatning skal bortfalde.

Rettens bemærkninger:

Efter bevisførelsen må det antages, at der den 18. december 1995 på plejepersonalets morgenmøde blev udpeget en kontaktperson for J. [redacted], hvilket var i overensstemmelse med afdelingens sædvanlige praksis. Det findes ikke godtgjort, at der gik mindst 40 minutter, fra J. [redacted] sidst blev set i live, til han blev fundet på toilettet. Det må i stedet lægges til grund, at han i sædvanligt og normalt tilstrækkeligt omfang blev observeret på afdelingen af plejepersonalet, herunder af sin kontaktperson. Den omstændighed, at han havde beholdt eller fået genudleveret sin livrem, kan ikke føre til

andet resultat. Det må endvidere lægges til grund, at det skyldes den sædvanlige prioritering af de enkelte patienter, at der ikke var holdt stuegang for J. [redacted] inden det tidspunkt, da han blev fundet død.

Det findes herefter ikke godtgjort, at det førte tilsyn har været utilstrækkeligt.

Betingelserne i patientforsikringslovens § 3, stk. 2, for at yde erstatning er således ikke opfyldt.

Sagsøgte frifindelsespåstand tages derfor til følge.

T h i k e n d e s f o r r e t :

Patientskadeankenævnet frifindes for den af D. [redacted] og D. [redacted] ved værgen T. [redacted] nedlagte påstand.

Ingen af parterne skal betale omkostninger til nogen anden part eller til statskassen.

(Sign.)

— — —

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den
P.j.v.

28 JUNI 2000

Rechtsanwalt