

Kommentarer

til brev af 26.02.1993 fra Advokatkontorerne Gl. Strand 48

vedrørende

Luftkaptajn Oluf Husted

1. side 1, afsnit 4:

Denne påstand er forkert. OH er i den konkrete sag blevet lægeligt undersøgt adskillige gange og herved bedømt som manisk eller hypomanisk. De vigtigste af disse undersøgelser er:

- * 06.01.1992 af overlæge Regitze Videbæk, Flyvemedicinsk Klinik,
- * i begyndelsen af januar 1992 ved hjemmebesøg af generallæge Knud Jessen
- * 02.03.1992 af afdelingslæge B. Kijne, Psykiatrisk afdeling, Rigshospitalet
- * 10.03.1992 af luftfartslæge C. Curdt-Christiansen, SLV.

(Dette fremgår af Luftfartslægens notat af november 1992, punkt 3).

2. side 2, afsnit 7:

Luftfartslægen bygger sit indtryk af OHs psykiske helbredstilstand og dermed sin diagnose på alle de i sagen foreliggende lægelige oplysninger, heriblandt især:

- * overlæge R. Videbæks journalnotat af 06.01.1992
- * afdelingslæge B. Kijnes journalnotat af 02.03.1992
- * overlæge G. Odden Petersens journalnotat af 04.03.1992 og sammes erklæring af 07.03.1992
- * personlig undersøgelse af OH i Luftfartshuset den 10.03.1992 samt samtale den 18.03.1992
- * OHs brev af 03.12.1991 til direktør Højland
- * klinisk psykologisk testning den 25.03.1992 ved psykolog A. Korsgaard Christensen

OHs synspunkter på flyvesikkerhed har aldrig på nogen måde indgået i bedømmelsesgrundlaget. (Dette fremgår af Luftfartslægens notat af november 1992, punkterne 3, 5 og 6/Anbringender/(3)).

3. side 4, afsnit 3:

Diagnosen hypoman tilstand er stillet af en række erfarne og kompetente læger.

(Dette fremgår af Luftfartslægens notat af november 1992, punkt 5).

4. side 4, afsnit 4:

Det er svært at kommentere dette afsnit på grund af indsigelsernes natur. Men alligevel...

Et flertal af patienterne får nogle ganske få faser i løbet af livet...(...)...10-15% får mere end en halv snes faser. (Ole J. Rafaelsen i J. Welner: Psykiatri, 1985).

Med udgangspunkt i dette udsagn kan man lægge til grund for en grov statistisk beregning af recidivrisikoen.

- * at >50% af alle patienter med sygdommen får et eller flere tilbagefald.
- * at yderligere 10-15% af patienterne får >10 tilbagefald.

De nævnte tal giver tilsammen ca. 65% eller 2/3 (nemlig >50 + 10 til 15). Det vil med andre ord sige, at ca. 2/3 af alle patienter med sygdommen får mindst ét (eller flere eller mange) tilbagefald i løbet af deres levetid. Dette udsagn gælder for perioden efter første anfald (den såkaldte debut) og døden.

Vi ved fra litteraturen, at sygdommen som oftest debuterer mellem 25 og 45 års alder. Jeg valgte derfor at foretage beregningen ud fra en debut alder på 35 år. Hvis jeg valgte en højere alder - f.eks. 50 år, som foreslået af advokaten - ville den statistiske beregning ud over nu at hvile på et forkert grundlag, naturligvis også udvise en langt højere statistisk sandsynlighed for recidiv, men altså en falsk høj risiko. Men sygdommen debuterer nu engang som oftest mellem 25 og 45 år, og det tager jeg følgelig udgangspunkt i.

Den gennemsnitlige levealder for mænd i Danmark er for tiden ca. 73 år. Den må formodes at være betydeligt kortere for patienter med psykiske lidelser, men det er næppe muligt at sige noget sikkert om dette. Jeg valgte derfor at tage udgangspunkt i en gennemsnitlig levealder på 70 år. Hvis jeg havde valgt - som vist nok foreslået af advokaten - at foretage beregningen ud fra en helt urimelig lav alder på 60 år, ville den beregnede recidivrisiko naturligvis være blevet langt højere. Men dels fordi levealderen faktisk er langt højere

end 60 år, dels fordi jeg ønskede at lade OH nyde "the benefit of the doubt" ved den statistiske beregning, valgte jeg en rimelig levealder på 70 år.

Hvis sygdommen debuterer i 35 års alderen og patienten dør i 70 års alderen vil der være 35 år (70-35) til at få recidiv i.

Et flertal af patienterne får nogle ganske få... Det kan jo være svært at sige, hvormange "nogle få" er. To, tre, fire...? Det er vist almindelig dansk sprogopfattelse, at nogle ganske få betyder mindst 3, muligvis flere. Jeg valgte derfor at tage udgangspunkt i tre recidiver. Dette tal er nok for lavt, bl.a. fordi 10-15% af patienterne jo får mere end 10 tilbagefald, og dette adderet til flertallet, som kun får nogle ganske få recidiver, tvinger formentlig gennemsnittet noget højere op, men igen valgte jeg det for OH gunstigste beregningsgrundlag.

Hvis vi nu betragter 100 patienter (idet vi ved patient forstås en person der ligesom OH har haft mindst et anfald af sygdommen) vil ca. 65 af disse få ca. 3 tilbagefald i løbet af deres restlevetid, dvs. 35 år. 65 gange tre er ca. 200, og 200 anfald fordelt på 35 år giver ca. 6 om året eller en recidivrisiko på 6% pro anno. Denne recidivrisiko er 6% uanset hvor mange eller få år OH har tilbage at fungere som pilot. En risiko på 6% p.a. er seks gange større end den højst accepterede risiko, som internationalt er sat til 1% p.a.

(I Luftfartslægens notat af november 1992 er der i punkt 5.1 gjort nøje rede for, på hvilken måde man kan nå frem til en rimelig beregning af recidivrisikoen. Det kan tillægges at notatet inden fremsendelsen til ministeriet blev gennemlæst af såvel afdelingslæge B. Kijne som chefpsykolog A. Korsgaard Christensen og overlæge G. Odden Petersen; ingen af disse fandt noget at indvende mod hverken sagsfremstillingen eller sagsdiskussionen (dvs. analyse og fortolkning af sagens elementer), herunder vurderingen af recidivrisikoen. Når de adspurgte psykiatriske specialister afviste at tage stilling til prognosen og dermed risikoen for recidiv hos OH, skal det - som anført i fodnote 8 i Luftfartslægens notat af november 1992 - forstås således, at det ikke er muligt på forhånd at vurdere om OH hører til de 2/3 af patienterne, som får nogle få eller mange tilbagefald, eller til den 1/3 som aldrig får tilbagefald. Dette vil kun tiden kunne vise).

5. side 4, afsnit 5:

Det giver i det aktuelle tilfælde ingen mening at diskutere sandsynligheden for sygdomsdebut i forskellige aldre. Det er naturligvis rigtigt, at risikoen for første anfald aftager med alderen, men OH har jo haft sit første anfald.

6. side 6, sidste afsnit:

Luftfartslægens beskrivelse af forløbet af generallæge Knud Jessens hjemmebesøg hos OH i begyndelsen af januar 1992 er fuldstændig korrekt, hvilket er bekræftet af generallægen i dennes skrivelse af 07.02.1993. Herfra kan citeres:

** Luftfartslægens beskrivelse af selve besøgets forløb er korrekt.*

Hjemmebesøgets forløb udgør derfor et fuldgodt grundlag for den dragne konklusion, nemlig at OH på dette tidspunkt befandt sig i en manisk eller hypomanisk tilstand. I øvrigt indeholder generallægens skrivelse en passus af afgørende betydning:

** Om jeg overfor luftfartslægen anvendte ordet "manisk" erindres ikke, men den af Rafaelsen & Welner i deres lærebog om psykiatri anvendte definition dækker ganske godt OH tilstand.*

Med andre ord: ved sit hjemmebesøg fandt generallægen, at OH befandt sig i en tilstand som svarer til lærebogens beskrivelse af manisk fase.

Det væsentlige i denne sag er jo at fastslå om OH rent faktisk befandt sig i en manisk eller hypomanisk tilstand i begyndelsen af januar 1992. Dette bekræftes her af generallægen. Om generallægen før, under eller efter hjemmebesøget diskuterede sagen med overlæge G. Odden Petersen, eller måske aldrig nævnte den for overlægen, om generallægen overvejede eller ikke overvejede tvangsindlæggelse¹, og om en eventuel tvangsindlæggelse blev eller ikke blev diskuteret med overlæge G. Odden Petersen eller med flyvechef E. Thrane er af langt mindre interesse end det faktum, at generallægen ved sit hjemmebesøg kan bekræfte at OH på dette tidspunkt klart befandt sig i en manisk eller hypomanisk tilstand.

¹Ved Samrådsmødet på Flyvemedicinsk Klinik den 29.04.1992 fortalte overlæge Gorm Odden Petersen - efter beslutningen (om at indstille til underkendelse) var truffet og referatet dikteret - at han i begyndelsen af januar var blevet kontaktet af generallæge Knud Jessen som ønskede reglerne for tvangsindlæggelse af sindssyge opfrisket i forbindelse med hjemmebesøg hos OH. Dette var første gang jeg hørte om generallægens hjemmebesøg hos OH. Da jeg i november var i færd med at skrive ankesagsnotatet til ministeriet, kom jeg i tanke om generallægens hjemmebesøg og ringede derfor til ham. Over telefonen gav generallægen den beskrivelse af hjemmebesøgets forløb, som fremgår af notatet af november 1992.

7. side 7, 6. afsnit:

De såkaldte anonyme oplysninger, det vil sige de henvendelser som overlæge Regitze Videbæk fik i løbet af foråret 1992 fra OHs kolleger mv. under disses besøg på Flyvemedicinsk Klinik i forbindelse med helbredsundersøgelse til certifikatfornyelse, blev diskuteret ved Samrådsmødet den 29.04.1992. Eftersom overlæge Videbæk ikke havde nogen erindring om, hvem der havde udtalt sig til hende, fandt Samrådet at disse udsagn ikke kunne indgå i sagsbehandlingen. Derfor traf man beslutning om indstillingen til Statens Luftfartsvæsen uden at lade disse særlige oplysninger indgå i grundlaget for bedømmelsen af OHs helbredstilstand.

Først efter Samrådets afslutning og efter referatet var dikteret, fortalte overlæge Gorm Odden Petersen om generallægens rolle i sagen. Generallægens vurdering af OHs psykiske tilstand i januar 1992 har således ikke indgået i Samrådets bedømmelsesgrundlag, og Knud Jessen er altså ikke "en anonym oplyser". Ved udarbejdelsen af ankenotatet i november 1992 kom generallægens oplysninger dog til at spille en vis rolle, idet han jo kunne bekræfte diagnosen "manisk eller hypomanisk tilstand" og dermed rigtigheden af den trufne afgørelse.

Det kan tillægges, at Luftfartslægen ikke er bekendt med identiteten af de piloter, som over for overlæge Videbæk har udtrykt bekymring over OHs helbredstilstand og lettelse over at OH omsider var blevet groundet.

8. side 7, sidste afsnit:

Der er selvsagt mange psykiatere i Danmark. Men sagen drejer sig ikke om, hvorvidt der findes psykiatrisk ekspertise her i landet uden for Rigshospitalet, men om der findes nogen mulighed for en af Statens Luftfartsvæsen "uafhængig" bedømmelse af OHs helbredsmæssige egnethed til flyvning fra en "uvildig" psykiater og en "uvildig" luftfartslæge. Og en sådan mulighed foreligger ikke². Den flyvepsykiatriske ekspertise findes i Danmark kun i tilknytning til Flyvemedicinsk Klinik, Rigshospitalet og flyvemedicinsk tilsyn med certifikatindehavere udøves kun gennem Luftfartslægen i SLV.

9. sidste side, afsnit 3, 4 og 5:

Hvis OHs advokat virkelig mener at diagnosen **hypomanisk tilstand** er forkert, kan det nok være en udmærket idé at lade sagen vurdere hos en af de nævnte psykiatere med henblik på en "second opinion". En aktuel psykiatrisk undersøgelse af OH er ikke relevant for sagens afgørelse, idet sygdommen forløb for over et år siden. Men sagens akter vedrørende sygdomsforløbet (journalnotater, lægeerklæringer mv.) vil være et tilstrækkeligt grundlag for en "uvildig" speciallæge til at bedømme den stillede diagnose. Ønsker OH for egen regning en sådan fremgangsmåde, vil jeg anbefale dr. Schulsinger og foreslå at sagens akter *in toto* fremsendes til lægen med følgende spørgsmål:

1. Mener De, efter at have gennemlæst hele sagen, at den stillede diagnose **hypomanisk tilstand** må formodes at være rigtig eller forkert? *Svaret bedes begrundet.*

2. Er det muligt på grundlag af de foreliggende lægelige og psykologiske oplysninger mv. at præcisere diagnosen yderligere eller eventuelt stille en anden diagnose? Hvis ja, bedes De anføre Deres diagnose og dertil hørende prognose/recidivrisiko.

3. Hvis diagnosen **hypomanisk tilstand** er rigtig, udgør den beregnede gennemsnitlige recidivrisiko på 6% om året da efter Deres mening et rimeligt skøn? Hvis nej, bedes De anføre Deres eget skøn over recidivrisikoen.

4. Hvis det efter Deres opfattelse ikke er muligt at stille nogen sandsynlig diagnose på det foreliggende grundlag, mener De da at det er overvejende sandsynligt, at OH var psykisk rask vinteren 91/92 og vil vedblive at være psykisk rask i de kommende to år eller længere?

TCL, 01.04.1993


Claus Curdt-Christiansen
luftfartslæge

²Der foreligger dog den mulighed at sende sagens akter til bedømmelse og udtalelse hos flyvepsykiatrisk ekspertise i Norge og Sverige.