

Retslægerådets årsberetning

2011

Retslægerådets
årsberetning
2011

ISBN 87-89648-15-3
Udgivet marts 2012
Jespersen Tryk+Digital

Indholdsfortegnelse:

Forord	5
I. Udvalgte emner og sager af interesse	7
Retslægerrådet og domspraksis	7
Spørgsmål til Retslægerrådet vedrørende kiropraktik	13
Retslægerrådets sagsbehandlingstider – endnu engang	19
For langvarig sagsbehandling i sag om ruskevold gav reduktion i straffen efter straffelovens § 82, nr. 13	25
Retslægerrådets grundlag ved foretagelse af aldersvurdering	29
Manglende udlevering af egen læges journal vil kunne tillægges processuel skadevirkning	33
Slankemedicin medførte hjerteklapfejl	41
Dødsfald i tilslutning til anholdelse – Retslægerrådet udtaler sig alene om lægevidenskabelige og farmaceutiske spørgsmål og foretager ikke bevisvurderinger	51
Retslægerrådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål	71
Testamentabilitet	77
Sindssygdom og grænsetilstande – om de diagnostiske vanskeligheder ved samtidigt rusmiddelbrug.....	83
Vanskelig diagnosticering – simulation eller dissimulation?	93
Frihedsberøvelse i ventetid til afgørelse i umyndiggørelsessag	99
Tvangsindlæggelse lægeligt indiceret, men kendt ulovlig af formelle grunde	105
Længerevarende fiksering hos person indlagt i henhold til dom til behandling	107
Medicinindtagelse, sagens oplysning; somnambulisme	111
Anbringelsesdom på grund af behandlingssvigt	117
Vurdering af årsagssammenhæng mellem arbejdsmæssig belastning og psykisk lidelse	125

II. Statistik	129
Sager behandlet i Retslægerådet 2011	129
Modtagne og afsluttede sager	132
Sagsbehandlingstider.....	133
III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation	135
Lovbestemmelser m.v.	135
Retslægerådets medlemmer 2011	138
Sagkyndige anvendt i 2011	139
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2011	140
Retslægerådets sekretariat 2011	151

Forord

Retslægerådets årsberetning for året 2011 indeholder blandt andet en række udvalgte sager inden for både det somatiske og det psykiatriske område, der efter rådets vurdering kan have almen interesse. Samtidig er der gode eksempler på resultaterne af rådets strategi, der blev beskrevet i Statusnotatet 2009. I notatet blev der udpeget to indsatsområder for rådets videre arbejde: kommunikation og kvalitetssikring.

I artiklen ”Retslægerådet og domspraksis” beskrives resultaterne af rådets undersøgelse af 776 somatiske sager (E-sager), der blev forelagt Retslægerådet til udtalelse i perioden fra den 20. august 2007 til den 19. august 2008. Undersøgelsen blev inspireret af en artikel i Advokaten 06/09, hvor forskere fra Det Juridiske Fakultet i København havde gennemgået 50 domme fra en 10-årig periode og konkluderede, at domstolene stort set altid rettede sig efter rådets udtalelser, og at rådet i størstedelen af sagerne udtalte sig til fordel for forsikringsselskaberne eller staten og til ugunst for den borger, der var kommet til skade. Rådets omfattende undersøgelse gav et helt andet og mere retvisende billede og er samtidig et godt eksempel på rådets ønske om konstant at kvalitetssikre sit arbejde. Tilsvarende skal et igangværende projekt belyse 100 whiplash-/nakkeskadesager med henblik på at vurdere kvaliteten af de stillede spørgsmål og de afgivne svar samt konsistensen i rådets udtalelser. Ambitionen er at kunne rådgive advokater med henblik på udformning af spørgetemaer og samtidigt optimere rådets svar.

Sagsbehandlingstiderne er også et emne i Årsberetningen 2011. Trods en rekordhøj tilgang af specielt E-sager er det lykkedes at reducere rådets sagsbehandlingstider på stort set alle sagstyper. Det er særligt imponerende, når man tager i betragtning, at de sager, der bliver forelagt rådet, har en stigende kompleksitet. Det afspejler sig ofte i et stort antal spørgsmål, hvilket der også er gode eksempler på i årsberetningen.

Fra Retslægerådets psykiatriske afdeling diskuteres en række interessante sager. I artiklen vedrørende somnambulisme beskrives, at et bestemt medicinsk præparat, indtaget i terapeutiske doser, kan medføre udvikling af en somnambulistisk tilstand (søvngænger), som er en forbigående sindssygdom eller tilstand ligestillet med sindssygdom.

De diagnostiske vanskeligheder, som rusmiddelmisbrug kan medføre hos personer med skrøbelig og forstyrret personlighedsstruktur, er beskrevet i artiklen: ”Sindssygdom og grænsetilstande”.

De formelle betingelser for udøvelse af tvang i psykiatrien omtales i et par artikler, og en tredje omhandler forskelle og ligheder i tvang udøvet i medfør af psykiatriloven og i medfør af en foranstaltningsdom.

To artikler, en somatisk og en psykiatrisk, illustrerer, hvorledes Retslægerådet alene udtaler sig på grundlag af lægeligt materiale og undlader at tage stilling til juridiske spørgsmål, herunder bevisvurderinger.

Rådet har oplevet en meget stor interesse for de afholdte temamøder. Som en del af rådets indsatsområder inviterer rådet to gange om året samarbejdspartnere til debat om fælles problemstillinger. I foråret tog mødet udgangspunkt i ”Hvidbog om risikofaktorer i forbindelse med fysisk tungt arbejde”, og i efteråret var der stor tilstrømning til mødet vedrørende strafferetspsykiatri. Et møde der i øvrigt gentages i Aarhus til foråret 2012.

Vi håber, at Retslægerådets Årsberetning 2011 vil være en god orientering og til hjælp for vores mange samarbejdspartnere. Årsberetningen er endvidere tilgængelig på rådets hjemmeside www.retslaegeraadet.dk .

Bent Ottesen, formand

I. Udvalgte emner og sager af interesse

Retslægerådet og domspraksis

Undersøgelse af 776 E-sager, der er forelagt Retslægerådet til udtalelse i perioden fra den 20. august 2007 til den 19. august 2008.

Formål med undersøgelsen:

Det fremgår af § 1 i lov om Retslægerådet, at det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, hvilket har været Retslægerådets funktion siden oprettelsen i 1909.

Der har gennem de seneste par år været en del medieomtale af Retslægerådet og dets virksomhed, blandt andet i flere artikler i Advokaten 06/09, hvor det i en enkelt artikel blandt andet på baggrund af en undersøgelse af domspraksis blev gjort gældende, at det reelt er Retslægerådet, der i praksis bestemmer udfaldet af retssager om blandt andet erstatning fra myndigheder og forsikringsselskaber til borgerne (1). Den omhandlede undersøgelse af domspraksis tog udgangspunkt i en gennemgang af trykt domspraksis fra de seneste 10 år og omfattede kvantitativt godt 50 domme – i primært civile sager – afsagt af Højesteret og landsretterne. Undersøgelsen viste blandt andet, at det kun i et par enkelte – helt særlige – sager var forekommet, at retten var gået imod Retslægerådets fund eller konklusioner, ligesom det efter forfatterens opfattelse var værd at bemærke, at rådet i størstedelen af de undersøgte sager udtalte sig til fordel for den myndighed eller

det forsikringsselskab, hvis økonomiske forpligtelser over for individet ofte netop var sagens stridsspørgsmål. Det blev endvidere anført, at det er vigtigt, at domstolene foretager selvstændige vurderinger af hensyn til ensartethed og transparens, og at Retslægerådet ikke gøres til overdommer på juraens område.

Resultatet af undersøgelsen blev efterfølgende fulgt op i en artikel i Politiken (2), hvoraf det blandt andet fremgik, at to forskere fra Københavns Universitet havde fremlagt en undersøgelse, der viste, at domstolene i 49 ud af 51 retssager fulgte udtalelsen fra Retslægerådet. Og i langt de fleste tilfælde udtalte Retslægerådet sig til fordel for forsikringsselskaberne eller staten og til ugunst for den borger, der var kommet til skade.

Undersøgelsen kan for så vidt nærmere ses som en kritik af domstolene end af Retslægerådet, som ikke har indflydelse på, hvorledes domstolene anvender rådets udtalelser. Med henblik på nærmere at belyse spørgsmålet besluttede Retslægerådet imidlertid at foretage en gennemgang af et helt års civile sager, i alt 776 arkiverede E-sager, for nærmere at undersøge i hvilket omfang, domstolenes afgørelser helt eller delvis

følger rådets udtalelser, samt i hvilket omfang sagerne hæves eller forliges. De pågældende E-sager omhandler som altovervejende hovedregel klager om medicinalpersoner, arbejdsskader/ulykker samt erstatnings/pensions-sager, og de blev tilfældigt udvalgt i form af j.nr. 1896 til j.nr. 2672, i alt 776 sager, svarende til et års antal modtagne sager i perioden 20. august 2007 til 19. august 2008.

Det var forudsat, at domstolene havde afsluttet størstedelen af sagerne på undersøgelsestidspunktet for at forsøge at skabe et så retvisende billede som muligt, ligesom det var forudsat, at rådet var blevet gjort bekendt med resultatet af de omhandlede sager, enten i form af en retsbog eller en dombog, hvilket rådet altid anmoder de forelæggende myndigheder om i forbindelse med rådets udtalelser. Det viste sig dog nødvendigt via Domstolsstyrelsen og de enkelte by- og landsretter at efterspørge den største del af afgørelserne, idet de forelæggende myndigheder meget sjældent havde fundet anledning

til at informere rådet om afgørelsen i de sager, rådet havde udtalt sig i.

Retslægerrådet anvender de forelæggende myndigheders afgørelser i de konkrete forelagte sager til dels at orientere Retslægerådets formandskab om resultatet af rådets udtalelser og dels til at orientere de voterende sagkyndige herom med henblik på fremadrettet at kvalitetssikre rådets udtalelser.

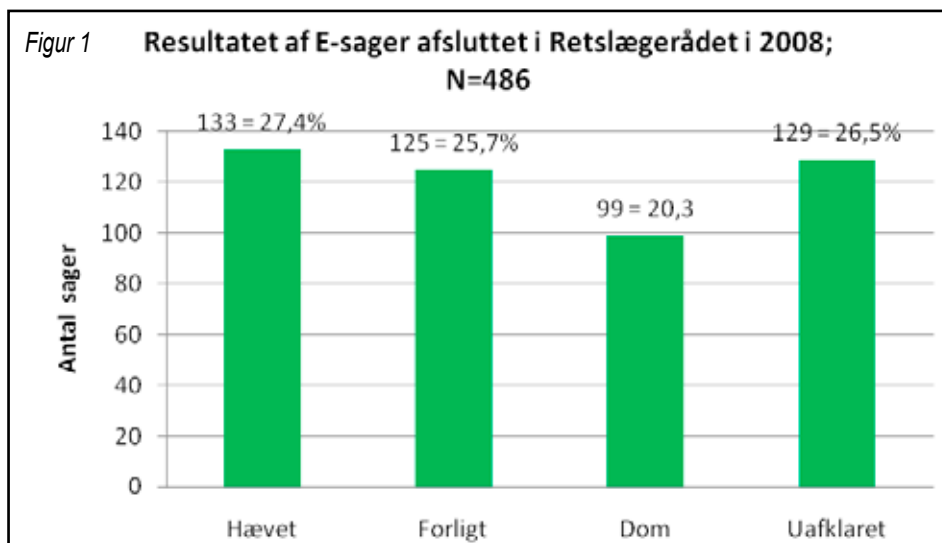
Samtidig foretager rådets formandskab en vurdering af, hvorvidt den omhandlede afgørelse er egnet til at danne baggrund for en artikel i rådets årsberetning, således at almenheden, interesserede parter samt myndigheder mv. bliver nærmere orienteret om rådet og dets virksomhed.

Selve resultatet af undersøgelsen:

Undersøgelsen er udarbejdet med en skæringsdato pr. 15. januar 2011, således at eventuelle afgørelser modtaget efter denne dato ikke er medtaget og viser, at de 776 sager fordeler sig som anført i tabellen (tabel 1).

Tabel 1 Gennemgang af 776 somatiske E-sager	N = 776	
Nærmere gennemgåede sager, omfattet af undersøgelsen	486	62,6%
Sager der havde fået nyt j.nr. som følge af supplerende spørgsmål og som følge heraf ikke indgår i undersøgelsen	219	28,2%
Strafferelaterede sager, ej omfattet af undersøgelsen	35	4,5%
Tilbagekaldte sager, ej omfattet af undersøgelsen	11	1,4%
Sager ej på plads i arkiv, ej omfattet af undersøgelsen	23	3,0%
Difference	2	0,3%
I alt	776	100%

De nærmere gennemgåede 486 sager var uafklarede i forhold til rådets udtalelse (figur 1). viser, at privatpersoner var sagsøger/



klager i 480 sager, og at et selskab var sagsøger i 6 sager.

De sagsøgte i de omhandlede 486 sager fordelte sig således, at sagsøgte var en privatperson i 30 sager, et selskab i 346 sager (heraf et forsikringsselskab i 177 sager) og en offentlig myndighed i 110 sager.

Retslægerådet har i de anførte 486 sager modtaget i alt 357 tilbagemeldinger fra domstolene/myndighederne, hvoraf det fremgår, at 133 sager er blevet hævet, 125 sager er blevet forligt, og der er i 99 sager afsagt domme/truffet afgørelser. På tidspunktet for undersøgelsens afslutning har rådet således ikke modtaget tilbagemelding fra domstolene/afgørelsesmyndigheden om resultatet i de resterende 129 sager, der således på skæringsdatoen

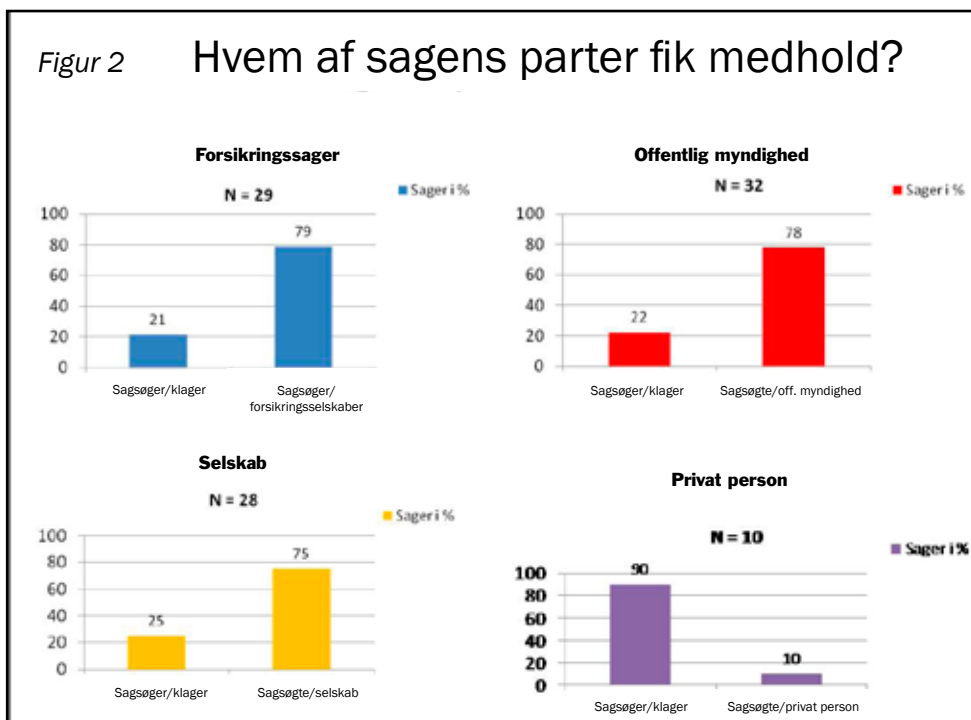
En nærmere gennemgang af de afsagte domme/myndighedsafgørelser

En nærmere gennemgang af de 99 afsagte domme/myndighedsafgørelser viser, at sagsøger/klager i 95 sager var en privatperson, og at sagsøger i 4 sager var et selskab. De sagsøgte i de 99 sager fordelte sig således, at sagsøgte var en privatperson i 10 sager, et selskab i 57 sager (heraf et forsikringsselskab i 29 sager) og en offentlig myndighed i 32 sager.

Undersøgelsen viser, at i 80 sager ud af de 99 sager, der var afgjort, indgik Retslægerådets udtalelse skønsmæssigt helt eller delvis som en "delmængde" af præmisserne for domstolenes/myndighedens afgørelse, mens rådets udtalelse i de 19 resterende afgjorte sager ikke

indgik i præmisserne for domstolenes/myndighedens afgørelse. Årsagerne til, at rådets udtalelse ikke indgik i præmisserne for de 19 sager, var blandt andet, at der var tale om sager vedrørende

svarende til henholdsvis 29 % og 71 %. Fordelingen, svarende til om sagsøgte var et selskab (heraf et forsikrings-selskab), offentlig myndighed eller en privatperson, fremgår af figur 2.



vrdering af erhvervsevne, som rådet generelt ikke udtaler sig om, idet denne kompetence tilkommer Arbejdsskade-styrelsen, og dels at der var tale om sager, hvor der ikke var udvist culpa hos sagsøgte, hvorfor der ikke fandtes grundlag for at gå nærmere ind i en lægefaglig vurdering af sagen.

Hvem af sagens parter fik medhold

Ud af de i alt 99 afgjorte sager fik sagsøger/klager medhold i 29 sager, og sagsøgte fik medhold i 70 sager,

Hvordan fordelte afgørelserne sig inden for de enkelte grupperinger

Ud af de 177 sager, hvor sagsøgte var et forsikrings-selskab, viser undersøgelsen, at 54 (31 %) sager var blevet hævet, 44 (25 %) sager var blevet forligt, i 29 (16 %) sager var der truffet afgørelse ved dom som ovenfor anført, mens der fortsat var 50 (28 %) uafklarede sager.

Ud af de 110 sager, hvor sagsøgte var en offentlig myndighed, var 50 (45 %) sager blevet hævet, 8 (7 %) sager var

blevet forligt, i 32 (29 %) sager var der afsagt dom/truffet afgørelse som ovenfor anført, mens der fortsat var 20 (18 %) uafklarede sager.

Ud af de 169 sager, hvor sagsøgte var et selskab, var 23 (14 %) sager blevet hævet, 64 (38 %) sager var blevet forligt, i 28 (17 %) sager var der afsagt dom som ovenfor anført, mens der fortsat var 54 (32 %) uafklarede sager.

Ud af de 30 sager, hvor sagsøgte var en privatperson, viser undersøgelsen, at 6 (20 %) sager var blevet hævet, 9 (30 %) sager var blevet forligt, i 10 (33 %) sager var der afsagt dom som ovenfor anført, mens der fortsat var 5 (17 %) uafklarede sager.

Rådets overordnede overvejelser og synspunkter

Resultatet af undersøgelsen giver efter Retslægerådets opfattelse et mere retvisende og nuanceret billede af de afgørelser, hvor forsikringsselskaber, selskaber, privatpersoner og offentlige myndigheder er part i sagerne, og hvor rådets udtalelser indgår helt eller delvis som en del af domstolenes/afgørelsesmyndighedernes præmisser for deres afgørelser end den tidligere refererede undersøgelse (1). Hertil ses, at rådets udtalelser vedrørende den videnskabeligt baserede medicinske årsagssammenhæng alene indgår som en "delmængde" af den juridiske årsagssammenhæng, når domstolene træffer deres afgørelser, hvilket blandt andet senest klart er kommet til udtryk i Højesterets afgørelse af 6. oktober 2010, gengivet i U 2011 128 H.

Udover resultatet af de afgjorte sager, hvor forsikringsselskaber var involveret som sagsøgt, giver resultatet af undersøgelsen efter rådets opfattelse også grundlag for at hæfte sig ved, at 133 sager er blevet hævet og 125 sager er blevet forligt, måske på baggrund af rådets udtalelse eller efter rettens tilkendegivelse, hvilket dog ikke lader sig nærmere efterprøve ved en gennemgang af de fremsendte retsbøger, idet det sjældent fremgår af retsbogen, hvorfor sagen enten er hævet eller forligt. Det kan således ikke på baggrund af nærværende undersøgelse sandsynliggøres, at årsagen til, at så mange sager hæves, ene og alene skyldes, at sagsøger vælger at hæve sagen, fordi sagsøger som følge af rådets udtalelse ikke kan løfte bevisbyrden, idet det meget vel også kan forholde sig således, at sagen hæves som følge af, at parterne har forligt sagen udenretligt, eventuelt efter rettens tilkendegivelse. Det kan således heller ikke sandsynliggøres, at årsagen til, at så mange sager forliges, ene og alene skyldes, at sagsøgte har været nødt til at imødekomme sagsøgers krav helt eller delvis, idet dette også kan skyldes andre forhold, herunder juridiske vurderinger og eventuelle procesøkonomiske overvejelser.

Det kan imidlertid lægges til grund, at undersøgelsen viser, at 72 % af de 357 sager er blevet forligt eller hævet efter Retslægerådets udtalelse, i visse tilfælde efter rettens tilkendegivelse, og at sagens parter således selv råder over processen ud fra den helt almindelige forhandlingsmaksime.

Resultatet af undersøgelsen har også givet rådet anledning til at overveje, hvorfor 219 sager, svarende til 28 % af samtlige 776 sager, er blevet forelagt rådet flere gange med supplerende spørgsmål, hvilket alt andet lige er medvirkende til en forholdsvis lang sagsbehandlingstid, ikke mindst for de implicerede parter. Dette kan efter rådets opfattelse dels skyldes, at der ikke er blevet spurgt i bund ved sagens første forelæggelse for rådet, at rådets udtalelse ikke i tilstrækkeligt omfang har givet de nødvendige svar på de stillede spørgsmål, eller at rådets svar har givet parterne anledning til at stille supplerende spørgsmål til rådet. Denne problemstilling kan måske blive nærmere belyst, når resultatet af rådets igangværende undersøgelse af 100 whiplash-sager er afsluttet, formentlig sidst på året eller i foråret 2013.

Endelig kan man hæfte sig ved, at i de 10 sager, der var afgjort ved dom, og hvor sagsøgte var en privatperson, viser undersøgelsen, at sagsøger fik medhold i 9 sager, og at sagsøgte fik medhold i 1 sag, svarende til henholdsvis 90 % og 10 %, hvilket adskiller sig fra resultatet i de sager, hvor sagsøgte var henholdsvis et forsikringsselskab, et selskab eller en offentlig myndighed. Der kan være forskellige synspunkter herom, som rådet ikke finder anledning til at kommentere nærmere på, og en nærmere afklaring forudsætter formentlig en konkret gennemgang af de omhandlede sager, hvilket ligger uden for denne undersøgelses formål. Det skal dog bemærkes,

at antallet ($n=10$) er så lavt, at resultatet må tolkes med forsigtighed.

Sammenfattende finder Retslægerådet, at en systematisk gennemgang af domspraksis i et repræsentativt udvalg af rådets civile E-sager giver et nuanceret og dermed mere retvisende billede af praksis end det tidligere er blevet beskrevet i en undersøgelse fra København Universitet (1). Undersøgelsen dokumenterer blandt andet, at sagsøger får medhold i et ikke ubetydeligt antal sager, også når sagsøger er en privatperson og sagsøgte et forsikringsselskab eller en offentlig myndighed; at et stort antal sager forliges eller hævnes efter at Retslægerådet har afgivet sin udtalelse, og at rådets lægefaglige skøn indgår som en delmængde af den juridiske vurdering, når domstolene træffer deres afgørelse. Retslægerådet afgør således ikke retssager, men lever op til sit formål som det er beskrevet i § 1 i lov om Retslægerådet: at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Referencer:

1. Skal Retslægerådet være overdommer? Götze MG og Herrmann JR. Advokaten 06/09.
2. Dommere retter ind efter lægeråd. Drachmann H. Politiken 20. august 2009.

Spørgsmål til Retslægerådet vedrørende kiropraktik

Retslægerådet bliver i nogle sager anmodet om at besvare spørgsmål fra faglige områder, der ligger i grænsefladen til rådets opgaver. Følgende to sager illustrerer problemstillingen. I den første sag er en 62-årig mand, XX, blevet behandlet af kiropraktor grundet nakkesmerter. Under behandlingen, der angives at blive udført midttorakalt og af en assistent, udvikler XX pludselig bryst smerter. Kiropraktor angiver, at et-to ribben måske er blevet bøjedede. Patientskadeankenævnet har anerkendt, at XX er blevet påført en erstatningsberettiget skade, men der er uenighed om erstatningens størrelse. I den anden sag er en kiropraktor sigtet for overtrædelse af straffeloven i udøvelsen af sit erhverv. Sagen omfatter i alt 291 forhold og drejer sig om, hvorvidt kiropraktor X har påført patienter unødigt smerte under brug af et metalredskab og at have befølt kvindelige patienters skamben. (J.nr. E-4100, E1-4614 og E9-5006)

Retslægerådet får også forelagt sager, der omhandler spørgsmål vedrørende behandlinger udført af kiropraktorer. Følgende to sager er eksempler herpå.

Den første sag drejer sig om en 62-årig mand, der blev behandlet af kiropraktor for nakkesmerter. Han havde gået til samme kiropraktor igennem noget tid. Under behandlingen, der angives at blive udført midttorakalt og af en assistent, udvikler patienten pludseligt bryst smerter. Kiropraktoren angiver, at et-to ribben måske er blevet bøjedede. Patienten blev tilset af læge i efterforløbet, hvor der angives en række symptomer. En sagkyndig vurdering ved kiropraktor anfører, at det kan være en fejl, at et bryststykke på behandlingslejet ikke var løsnat forinden behandlingen. Der foreligger endvidere ved sagens bedømmelse en speciallægeerklæring fra læge i neurokirurgi. Patientskadeankenævnet har anerkendt, at patienten er blevet påført en erstatningsberettiget skade, men der er uenighed om erstatningens størrelse.

Retslægerådet afgav udtalelse den 27. august 2010 og besvarede de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes vurdere, om behandlingen den 21. december 200X er udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte lægelige principper.

I benægtende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvordan behandlingen burde være foregået?

Der blev ved behandling af sagsøgers nakkeproblemer gennemført kiropraktisk indgreb i form af en manipulation på den midterste del af brystryggen, som ikke ved den forudgående undersøgelse var godtgjort som kilde til nakkesmerterne (bilag 4). Der blev ganske vist beskrevet nedsat bevægelighed og fjedringsømhed i området af brystryggen, men ikke en relation til nakkesmerterne.

Nakkesmerter udgår ikke typisk fra det omhandlede segment i brystryggen,

og man ville ikke ud fra et lægeligt synspunkt have behandlet denne del af brystryggen.

Selve udførelsen af manipulationen var unødigt hård ifølge den sagkyndige vurdering foretaget af kiropraktor, jf. bilag 5.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke smerter/gener der kunne konstateres hos sagsøger umiddelbart efter behandlingen den 21. december 200X.

Ømhed i et område i højre side af brystkassen (bilag 7, 29.12.0X).

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke smerter/gener der kunne konstateres hos sagsøger inden behandlingen den 21. december 200X.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om det kan anses for sandsynligt, at sagsøger i forbindelse med behandlingen den 21. december 200X er blevet påført en forværring af forudbestående smerter/gener.

Retslægerådet bedes oplyse graden af sandsynlighed herfor samt oplyse, hvilke smerter/gener som må anses for forværret.

Ad spørgsmål 3 og 4:

Det fremgår af bilag 4, at sagsøger på behandlingstidspunktet i årevis var kendt i den behandlende klinik med symptomer fra forskellige steder i bevægeapparatet, nakke, hoved, arme, ben og lænd, mens der ikke i beskrivelsen af tidligere problemer indgår bemærkninger om gener fra brystdelen af ryggen.

Ved henvendelsen den 21.12.0X drejede det sig om hovedpine og nakkespændinger, og der er ikke i det fremlagte redegjort for det videre forløb af generne i dette område. Smerterne i brystkassen er opstået i forbindelse med indgrebet og skønnes forårsaget af dette.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om nogle af de smerter/gener, som sagsøger blev påført ved behandlingen den 21. december 200X kan anses for at være varige.

Smerterne i brystkassen har været langvarige (jf. bilag 8), men ikke vedvarende pr. 29.04.1X (jf. bilag 11).

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er årsags-sammenhæng mellem behandlingen den 21. december 200X og de gener, som er konstateret ved speciallægeundersøgelse af 17. juni 200X (bilag 8) i form af øget træthæd, smerter midtthorakalt, forstyrret søvnmønstre, kompromitteret finmotorik af venstre hånd, urin-inkontinens og hovedpine.

Såfremt spørgsmålet ikke kan besvares med sikkerhed, bedes Retslægerådet så vidt muligt angive sandsynlighedsgraden, gerne i procenter og gerne for hver af de ovenfor anførte gener.

Såfremt der er usikkerhed om årsagen, bedes det oplyses, hvori denne usikkerhed består.

Spørgsmål 7:

Sagsøgeren har i brev af 29. april 201X (bilag 11) oplyst, hvilke gener han havde efter behandlingen den 21. december 200X. Han oplyser endvidere, at han pr. 29. april 201X fortsat dojede med følgende gener:

- *søvnforstyrrelser*
- *træthed*
- *vandladningsgener*

Retslægerådet bedes oplyse, om der er årsagssammenhæng mellem behandlingen den 21. december 200X og de gener, som sagsøgeren beskriver fortsat at have pr. 29. april 201X.

Såfremt spørgsmålet ikke kan besvares med sikkerhed, bedes Retslægerådet så vidt muligt angive sandsynlighedsgraden, gerne i procenter og gerne for hver af de tre anførte gener.

Såfremt der er usikkerhed om årsagen, bedes det oplyst, hvori denne usikkerhed består.

Ad spørgsmål 6 og 7:

Der er alene årsagssammenhæng mellem smerterne i brystet og indgrebet den 21.12.0X. De øvrige symptomer kan ikke med sikkerhed henføres til dette.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse hyppigheden af, at der opstår komplikationer i form af bøjede eller brækkede ribben i forbindelse med den behandlingen, sagsøger har modtaget.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse hyppigheden af, at der i forbindelse med den behandling, som sagsøger har modtaget, opstår gener, som dem der kunne konstateres hos sagsøger efter behandlingen.

Ad spørgsmål 8 og 9:

Der er ikke på noget tidspunkt påvist brud på ribben hos sagsøger, og begrebet "bøjet ribben" er ikke lægeligt definerbart. Skadens karakter er således uafklaret og kan ikke belyses

yderligere ved for eksempel billeddiagnostik. Denne form for problemer i bevægeapparatet ses efter andre skader på ryggen af voldsommere karakter. Blivende problemer er meget sjældne efter simple manipulationer.

Spørgsmål 10:

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Der er ved videnskabelige undersøgelser en ret stor usikkerhed omkring fund af bevægeindskrænkning i ryggens enkelte segmenter. Ændret bevægelighed mellem hvirvlerne findes også hos personer uden nogen form for gener, og der kan være tale om tilfældige fund. Behandling af sådanne segmenter begrundes kun i de tilfælde, hvor der fra disse ved den objektive undersøgelse fremkaldes gener svarende til personens vante klager, eller hvis der er meget velbeskrevne smertemønstre, såkaldt referred pain, fra dette sted. De netop beskrevne forhold er ikke dokumenteret at have været til stede umiddelbart forud for behandlingen den 21.12.0X.

Sagen blev forelagt på ny og den 21. marts 2011 besvarede rådet følgende supplerende spørgsmål således:

Spørgsmål A.

I relation til indikationen for behandlingen anfører Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 1:

Nakkesmerter udgår ikke typisk fra det omhandlede segment i brystryggen, og man ville ikke ud fra et lægeligt synspunkt have behandlet denne del af brystryggen.

Retslægerådet bedes oplyse, om der ud fra almindelige anerkendte kiropraktiske principper var indikation for den gennemførte behandling.

Svaret bedes begrundet.

Retslægerådet kan ikke udtale sig om kiropraktiske principper.

Spørgsmål B.

I relation til selve udførelsen af behandlingen anfører Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 1:

Selve udførelsen af manipulationen var unødigt hård ifølge den sagkyndige vurdering foretaget af kiropraktor, jf. bilag 5.

Retslægerådet bedes oplyse, om denne del af besvarelsen er udtryk for, at Retslægerådet har henholdt sig til den sagkyndige vurdering, eller at rådet har foretaget en selvstændig vurdering af, om behandlingen blev udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte kiropraktiske principper.

For det tilfælde at Retslægerådet har henholdt sig til den sagkyndige vurdering, bedes Retslægerådet oplyse, om behandlingen efter rådets vurdering blev udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte principper.

Svaret bedes begrundet.

Der henvises alene til den kiropraktiske specialists vurdering, og Retslægerådet kan ikke bidrage yderligere.

Spørgsmål C.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Retslægerådet kan på lægefaglig baggrund vanskeligt udtale sig om behandlinger, som efter lægeligt skøn ikke burde være givet. Enhver behandling, herunder fysisk indgreb med kraftudøvelse, indebærer en risiko for skade. Indgrebets art – og grad - bør afstemmes efter lidelsens alvor. Når der er tale om godartede lidelser, bør indgrebene tilsvarende være uden betydende risiko. Både for individ og samfund er det nødvendigt med en vurdering af handlingens effekt, risikoprofil og udgift (GRADE-princippet).

Den anden sag drejer sig om en kiropraktor, der er sigtet for overtrædelse af straffeloven i udøvelsen af sit erhverv som kiropraktor i en nærmere fastlagt periode. Sagen omfatter i alt 291 forhold og drejer sig om, hvorvidt kiropraktoren har påført patienter unødigt smerte under brug af et metalredskab og at have befølt kvindelige patienters skamben.

Retslægerådet udtalte sig den 16. september 2011 og besvarede de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Er Graston-teknikken godkendt som behandlingsmetode i Danmark?

Graston-teknikken er et lægevidenskabeligt udokumenteret behandlingsprincip og ikke en behandlingsmetode som kræver særlig godkendelse i Danmark.

Spørgsmål 2:

Såfremt Graston-teknikken er godkendt som behandlingsmetode i Danmark, ønskes det oplyst

- a. *i hvilke tilfælde/i forbindelse med hvilke diagnoser teknikken anvendes,*
- b. *hvem, der kan anvende teknikken,*
- c. *hvilke krav, der stilles til behandleren,*
- d. *hvilke krav, der stilles ved anvendelse af teknikken, herunder i forbindelse med journalføring,*
- e. *om korrekt anvendelse af teknikken medfører smerte hos patienten,*
- f. *om korrekt anvendelse af teknikken medfører blå mærker/blodudtrædninger og/eller blodsprængninger hos patienten,*
- g. *om teknikken kan løse op i sammenvokset bløddelsvæv, herunder brusk.*

Spørgsmål 3:

Såfremt det lægges til grund, at en patient som følge af behandlingen med Graston-teknikken har fået blå mærker, som det fremgår af fotoet i bilag D-5-3 og som beskrevet i lægeerklæringen af 30. juni 2010 (D-5-4), bedes det oplyst, om behandlingen da er udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Ad spørgsmål 2 og 3:

Ikke relevante på grund af svaret på spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Er det et led i den kiropraktiske undersøgelse af patienter med smerter i nakke, skulder, lænd og/eller ryg at foretage berøring/undersøgelse af skambenet?

Spørgsmål 5:

Er det et led i den kiropraktiske undersøgelse af patienter med smerter i bækken (hoftaled, hofteskål, haleben og skambenet) at foretage berøring/undersøgelse af skambenet?

Ad spørgsmål 4 og 5:

En undersøgelse af bækkenet vil i visse tilfælde være en relevant del af diagnostik i bevægeapparatet. Hvorvidt bækkenundersøgelse indgår i den diagnostiske udredning afhænger af en række andre faktorer omkring forhistorie og øvrige fund ved undersøgelsen, og nødvendigheden af bækkenundersøgelse kan derfor ikke fastlægges generelt.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?

Undersøgelser af bevægeapparatet indebærer altid berøring. Det er behandlerens skøn, hvilke håndgreb, der er nødvendige, men det er aldrig nødvendigt at benytte teknikker, der kan misforstås af den undersøgte som uterlige. Hvis den undersøgte på baggrund af social eller religiøs indstilling er imod undersøgelse, bør denne undlades, idet hverken undersøgelser eller behandlinger på dette felt kan opfattes som livsnødvendige. Det er behandlerens pligt at sikre sig den undersøgte accept af den anvendte teknik, for eksempel gennem forklaring af håndgrebets nødvendighed.

Kommentar

Kiropraktik er en behandling, der først og fremmest er rettet mod rygproblemer. Den udføres af kiropraktorer. Behandlingen udføres med hænderne med det formål at etablere normal funktion. *Chiro* er græsk og betyder hænder, *praktos* = at udføre. Manipulation af rygsøjlen har man kendt som behandlingsprincip i flere hundreder

år. D. D. Palmer anses for kiropraktikkens grundlægger i slutningen af 1800 tallet. Uddannelsen er godkendt af det internationale kontrolorgan, Center for Credentialing & Education (CCE). Klinisk biomekanik hedder uddannelsen i Danmark, og man kan opnå en kandidatgrad ved Syddansk Universitet. Besvarelsen af spørgsmålene i de to refererede sager skal ses i lyset af lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, hvoraf det blandt andet er anført i lovens § 1: "Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold."

På denne baggrund finder Retslægerådet det ikke muligt at udtale sig om kiropraktiske principper. Kun i det omfang spørgsmålene ligger inden for den lægefaglige sagkundskab kan Retslægerådet være behjælpelig.

Begge sager indeholder aspekter, der ligger i grænseområdet til det lægefaglige. Bløddelsbehandling udføres af en lang række behandlere. Udover kiropraktorer gælder det eksempelvis fysioterapeuter, massører med og uden diplom, og det er karakteristisk, at der ikke findes regler for udøvelsen. Man kan således ikke tale om en godkendelse af en enkelt teknik, som i den ene af de omtalte sager, Graston-teknikken. Ligeledes gælder det, at behandlingen kan udføres uden speciel autorisation. Bløddelsbehandlingens omfang, herunder retning og kraft, bør løbende afstemmes af behandleren ud

fra reaktionerne fra den, der modtager behandlingen. Det lader sig vanskeligt lægefagligt vurdere, med mindre der optræder egentlige skader på vævene. Dette synspunkt afspejler sig også direkte i Retslægerådets svar, idet det anføres at: "Det er behandlerens pligt at sikre sig den undersøgtes accept af den anvendte teknik, for eksempel gennem forklaring af håndgrebets nødvendighed".

Der er i kiropraktor- og fysioterapeutkredse en udbredt opfattelse af bækkenet som det centrale for et menneskes holdning. Dermed er bækkenet potentielt involveret i alle gener fra nakke, ryg og mulige afledte symptomer i ekstremiteterne. En undersøgelse af bækkenet indgår derfor i disse behandleres diagnostik. Teknikken kan variere, og visse håndgreb indebærer tryk på bækkenet, herunder i nogle tilfælde skambenet. Det skal dog understreges, som det også fremgår af Retslægerådets svar, at det aldrig er nødvendigt at anvende teknikker, der kan misforstås af den undersøgte som uterlige. Det er behandlerens pligt at sikre sig den undersøgtes accept af den anvendte teknik.

Retslægerådets opgave i sager, der vedrører kiropraktorer, er på den ene side at kunne hjælpe domstolene med besvarelse af spørgsmål, på den anden side at afgive lægefaglige og farmaceutiske skøn i overensstemmelse med formålsbestemmelsen i Lov om Retslægerådet.

Retslægerådets sagsbehandlingstider – endnu engang

Retslægerådet bliver jævnligt kritiseret for sagsbehandlingstiderne, og der bliver løbende stillet spørgsmål hertil. Senest har Justitsministeren i forbindelse med besvarelse af spørgsmål 159-161 fra Folketingets Retsudvalg indhentet en udtalelse fra Retslægerådet med henblik på at besvare to konkrete spørgsmål om rådets sagsbehandlingstider og et generelt spørgsmål om rådets procedurer ved behandlingen af de sager, der forelægges rådet til udtalelse. Justitsministeren har på baggrund af rådets udtalelse besvaret de stillede spørgsmål, som det fremgår nedenfor.

Det er fortsat Retslægerådets opfattelse, at de forelæggende myndigheder eller de advokater, der bemyndiges til at forelægge sagerne, i væsentligt omfang kan medvirke til, at rådets sagsbehandlingstider kan forbedres, uden at det derved går ud over kvaliteten af rådets udtalelser.

Det første spørgsmål fra Folketingets Retsudvalg tager udgangspunkt i en konkret forelagt sag. Den er et typisk eksempel på, hvorledes en somatisk sag forelægges af den hørende myndighed samt på, hvordan sekretariatet forbereder sagen inden den kan behandles. Det andet spørgsmål vedrører en konkret anmodning om en specificering af rådets sagsbehandlingstider for hver sag, der er forelagt inden for de seneste 5 år i modsætning til den af rådet normalt anvendte beskrivende statistik (mediane sagsbehandlingstid opgjort på hver enkelt sagskategori). Det tredje spørgsmål drejer sig generelt om rådets procedure ved behandlingen af en sag, herunder hvor tit sagerne bliver udsat og årsagerne hertil.

Justitsministeren besvarede de stillede spørgsmål, på baggrund af den indhentede udtalelse fra Retslægerådet, således:

Spørgsmål nr. 159 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):

”Hvad er ministerens holdning til, at Retslægerådet er så lang tid om en afgørelse, som man kan se af henvendelsen til Retsudvalget om en forsikrings sag omdelt på REU alm. del – bilag 83 ?”

Svar:

Retslægerådet har over for Justitsministeriet oplyst følgende om den konkrete sag, som der henvises til i spørgsmålet:

”Det fremgår af rådets journaloplysninger, at sagen blev fremsendt til rådet første gang den 20. december 2010. Da sagen efter den lægelige forbehandling i rådet viste sig ikke at være sufficient ved fremsendelsen, efterspurgte rådet den 6. januar 2011 yderligere materiale hos den hørende myndighed. Ved skrivelse af 2. marts 2011 erindrede rådet den hørende myndighed om svar på rådets skrivelse af 6. januar 2011, og den 21. marts 2011 blev det oplyst,

at det ikke var muligt at fremskaffe yderligere materiale til brug for rådets vurdering af sagen.

Sagen blev herefter rundsendt mellem de udpegede tre sagkyndige, hvorefter rådet afgav sin første udtalelse i sagen den 5. juli 2011, svarende til rådets sædvanlige mediane sagsbehandlingstid for den type sager.

Den omhandlede sag er på ny blevet forelagt Retslægerådet den 29. august 2011 med supplerende spørgsmål. Sagen vurderes i øjeblikket af de tre sagkyndige. Så længe sagen er under behandling, er det ikke muligt at sige noget sikkert om sagsbehandlingstiden, men sagen vil blive fremmet mest muligt.

Retslægerådet har endvidere ved skrivelse af 1. november 2011 besvaret en e-mail af 28. oktober 2011 fra den pågældende om sagens behandling i rådet.”

Retslægerådet har mere generelt oplyst følgende om rådets arbejds gange og sagsbehandlingstider:

”1. Straks efter modtagelsen af en sag i Retslægerådet igangsættes en forbehandling af sagen, hvorunder der foretages en lægelig og juridisk gennemgang af det fremsendte sagsmateriale og de stillede spørgsmål mv.

Her konstateres det ofte, at sagen på modtagelsestidspunktet ikke er hensigtsmæssigt ordnet, idet der for

eksempel kan være problemer med de fremsendte akters fremtræden og omfang, formelle mangler omkring spørgsmålenes godkendelse af retten, spørgsmålenes formulering og lignende. En sådan fremsendelse vil i sig selv kunne give anledning til, at Retslægerådet må tilbagesende sagens akter med anmodning om, at de må blive ordnet på en mere hensigtsmæssig måde.

Det bemærkes, at Retslægerådet ikke selv indhenter oplysninger til brug for sagsbehandlingen. Såfremt rådet ikke finder det forelagte materiale tilstrækkeligt, vil rådet opfordre den forelæggende myndighed til at indhente yderligere materiale til brug for rådets sagsbehandling. Dette sker som udgangspunkt, inden de sagkyndige ser på sagen. Sagsbehandlingen stilles i bero indtil modtagelse af det omhandlede materiale eller oplysning om, at det ikke kan eller vil blive stillet til rådets disposition.

Når sagen er tilstrækkeligt oplyst, sendes den til de af formandskabet udpegede voterende. Sagerne sendes frem og tilbage mellem de enkelte voterende og sekretariatet, således at formanden og sekretariatet til stadighed har indsigt med voteringen og med eventuelle ønsker fra de voterende. Når voteringen er tilendebragt, og kollegiet har udtalt sig i enighed eller med dissens, redigerer formandskabet rådets besvarelse af de stillede spørgsmål.

2. Rådets sagsbehandlingstider inden for de enkelte sagskategorier fremgår af rådets årsberetninger (tilgængelige på www.retslaegeraadet.dk).

Af årsberetningen for 2010 fremgår, at sagsbehandlingstiden generelt for den sagstype, der spørges om, dvs. somatiske sager ("E-sager"), i 2010 udgjorde brutto 147 dage og netto 90 dage. Sagsbehandlingstiden for denne sagstype udgør pr. 15. november 2011 brutto 140 dage og netto 88 dage.

Sagsbehandlingstiden i rådet er angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Ved "brutto" inkluderes den tid, der er gået med at gøre det muligt for rådet at behandle sagen (indhentelse af manglende lægelige oplysninger, typisk journal fra egen læge, billeddiagnostisk materiale samt tilladelser mv.). Ved "netto" forstås sagsbehandlingstiden beregnet fra det tidspunkt, hvor sagen er klar til rundsending til voterende sagkyndige."

Retslægerådet har i tilknytning hertil oplyst, at rådet i de senere år har igangsat forskellige initiativer med henblik på at forkorte den omtalte "brutto" sagsbehandlingstid. De ca. 50-60 dage, der er forskellen mellem "brutto" og "netto" sagsbehandlingstid, indgår således ikke i rådets reelle sagsbehandlingstid (nettosagsbehandlingstiden). Rådet arbejder også på at nedsætte sidstnævnte sagsbehandlingstid.

Spørgsmål nr. 160 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):

"Vil ministeren oplyse sagsbehandlingstiden hos Retslægerådet gennem de sidste 5 år opført på de enkelte sager, der er behandlet i rådet og altså ikke blot et gennemsnit?"

Svar:

Justitsministeriet har fra Retslægerådet modtaget vedlagte udskrifter fra rådets journalbehandlingssystem over samtlige somatiske sager ("E-sager"), der er afsluttet i 2006-2010. Rådet har oplyst, at de angivne "brutto" og "netto" sagsbehandlingstider for hver enkelt E-sag har dannet baggrund for den statistik, der er gengivet i rådets årsberetning for 2010.

Retslægerådet har på baggrund af den meget store datamængde taget forbehold for eventuelle registreringsfejl.

Spørgsmål nr. 161 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):

"Kan ministeren forklare, hvordan proceduren er for behandling af en sag i Retslægerådet, samt hvor tit de bliver udsat samt af hvilke grunde?"

Svar:

Der kan om Retslægerådets arbejdsgange henvises til den samtidige besvarelse af spørgsmål nr. 159 (Alm. del) fra Folketingets Retsudvalg.

Der kan endvidere henvises til følgende udtalelse fra Retslægerådet:

”For så vidt angår spørgsmålet om, hvor tit sagerne bliver udsat samt af hvilke grunde, kan Retslægerådet generelt henvise til rådets sagsbehandlingsstatistik i rådets årsberetning for 2010, s. 93, hvoraf det fremgår, at det alene er i de somatiske sager (”E-sagerne”), at der en væsentlig forskel på rådets ”brutto” og ”netto” sagsbehandlingstid, idet sagsbehandlingstiderne ”brutto” og ”netto” for samtlige øvrige sagskategorier er stort set identiske.

Årsagen til denne forskel er, at samtlige sager, bortset fra E-sagerne, er sufficente ved fremsendelsen, således at rådet med det samme kan starte sagsbehandlingen.

For så vidt angår E-sagerne skønnes det, at rådet for at kunne besvare de i sagen stillede spørgsmål er nødt til at efterspørge yderligere lægeligt materiale i ca. 95-98 pct. af de forelagte sager, hvilket er årsagen til den væsentlige forskel på ”brutto” og ”netto” sagsbehandlingstiden for denne sagstype. Retslægerådet må i E-sagerne som altovervejende hovedregel efterspørge yderligere lægelige oplysninger fra egen læges journal samt alt relevant billeddiagnostisk materiale i form af røntgen, CT- og MR-skanninger mv., idet disse oplysninger er helt afgørende og nødvendige for rådets behandling og vurdering af de stillede spørgsmål i de enkelte sager.

Retslægerådet har bl.a. påpeget denne problemstilling over for Domstolsstyrelsen, idet de fleste E-sager forelægges

via domstolene, hvilket bl.a. har resulteret i, at der i domstolenes sagsbehandlingssystemer er blevet indlagt en standard retsbog, hvori opmærksomheden henledes på, at sagen skal forelægges i overensstemmelse med Retslægerådets vejledning herom, og at rådet som hovedregel anmoder om de ovenfor omtalte oplysninger i forbindelse med behandlingen af sagen. Dette synes dog endnu ikke at have haft nogen umiddelbar effekt på udviklingen i rådets ”brutto”-sagsbehandlingstider.

Der er løbende ca. 125-150 E-sager, hvor rådet har rettet henvendelse til den forelæggende myndighed og efterspurgt yderligere materiale, før sagen kan fordeles til de af formandskabet udpegede sagkyndige. Retslægerådet gennemgår månedsvi disse sager og rykker de hørende myndigheder for det efterspurgte materiale.

Retslægerådet overvejer for tiden, om denne ressourcekrævende rykkerprocedure i de pågældende sager, som ligger ubehandlet og trækker ”brutto”-sagsbehandlingstid i rådet, i stedet for straks bør afvises med bemærkning om, at rådet ikke kan behandle dem på det nuværende foreliggende grundlag, idet der mangler relevante lægelige oplysninger for rådets vurdering af sagen, og at sagen kan genfremsendes, når sagen er sufficent oplyst.”

Kommentar

Ved besvarelsen af spørgsmål 159 kan det konstateres, at der er tale om spørgsmål til en konkret forelagt sag,

der er typeeksemplet på, hvorledes de somatiske E-sager forelægges for rådet af den hørende myndighed eller af den advokat, der bemyndiges hertil. Af besvarelsen af spørgsmål 161 fremgår det blandt andet, at i ca. 95 - 98 pct. af de forelagte somatiske sager er rådet nødt til at efterspørge yderligere materiale, typisk egen læges journal samt alt relevant billedmateriale, idet dette er afgørende for rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål. I den omtalte konkrete sag gik der tre måneder fra sagens fremsendelse, til sagen var sufficient og kunne overgives til rådets sagkyndige med henblik på besvarelse af de stillede spørgsmål, hvilket desværre også er helt sædvanligt. Sagen blev herefter behandlet inden for rådets normale mediane sagsbehandlingstid, og den ville forventeligt kunne have været behandlet på ca. tre måneder, såfremt den hørende myndighed, eller den advokat der var bemyndiget hertil, havde fremsendt sagen tilstrækkeligt oplyst, hvad der i næsten alle tilfælde ikke vil frembyde særlige vanskeligheder. Dette er blandt andet baggrunden for, at rådet i sine årsberetninger, der kan læses på rådets hjemmeside, opgiver sine sagsbehandlingstider i ”brutto” og ”netto” tider, og samtidigt har det givet rådet anledning til at overveje muligheden for straks at afvise de sager, der ikke er tilstrækkeligt oplyste ved fremsendelsen.

Rådet har flere gange i sine årsberetninger påpeget nødvendigheden af, at sagerne er sufficente ved fremsendelsen og samtidig gjort de hørende

myndigheder opmærksom på denne problemstilling, blandt andet har det medført indførsel af en standardretsbog i domstolenes sagsbehandlingssystemer, men det synes som om, at det er nødvendigt, at den hørende myndighed eller den advokat, der bemyndiges hertil, tager et konkret medansvar for rent faktisk at sikre sig, at i det mindste egen læges journal samt alt relevant billedmateriale er vedlagt ved sagens første fremsendelse til rådet. Dette vil efter rådets opfattelse kunne medvirke til at mindske sagsbehandlingstiden væsentligt til glæde for alle parter, ikke mindst de i sagen involverede parter, der løbende retter henvendelse til rådet for at høre om sagens stadi, som i den aktuelle sag.

Den forelagte sag er endvidere typeeksemplet på, at de somatiske sager forelægges rådet flere gange med supplerende spørgsmål, jf. blandt andet resultatet af rådets undersøgelse af et års forelagte somatiske sager, der kan læses på rådets hjemmeside og i årsberetningen på s. 7 ff., hvor det viste sig, at der i ca. 28 pct. af sagerne skete en supplerende forelæggelse af sagen for rådet. Dette giver naturligvis anledning til at overveje årsagerne til, at det findes nødvendigt at forelægge den samme sag flere gange for rådet, hvilket alt andet lige medvirker til en meget længere sagsbehandlingstid. Årsagen kan måske være, at sagens advokater ikke har spurgt i bund ved sagens første forelæggelse for rådet, at rådets udtalelse ikke i tilstrækkeligt omfang har givet sagens parter de nødvendige svar på de

stillede spørgsmål, at der under sagens behandling for rådet er fremkommet nye oplysninger i sagen, eller at rådets besvarelse af de stillede spørgsmål har givet sagens parter anledning til at stille nye supplerende spørgsmål.

Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at rådet i øjeblikket er ved at gennemføre en videnskabelig undersøgelse af 100 forelagte whiplash/nakkeskadesager, og det er Retslægerådets håb, at denne undersøgelse kan medvirke til nærmere at belyse årsagerne til nødvendigheden af at forelægge den samme sag flere gange til udtalelse for rådet. Det forventes, at resultatet af undersøgelsen foreligger i 2013.

Som det kan ses af besvarelserne af de stillede spørgsmål, er rådet meget opmærksom på nedbringelse af sagsbehandlingstiderne, og rådet har foretaget en hel del interne tiltag, der også i de seneste år har medvirket til en forbedring af sagsbehandlingstiden. Rådet kan imidlertid ikke løfte denne

opgave alene, og har en forventning om, at opgaven skal løses i samarbejde med de hørende myndigheder og de advokater, der bemyndiges til at forelægge sagerne for rådet.

For så vidt angår besvarelsen af spørgsmålet vedrørende rådets konkrete sagsbehandlingstider på de enkelte sager inden for de sidste 5 år – i alt ca. 3.800 sager - skal rådet bemærke, at rådet ikke finder det muligt at udarbejde deskriptive statistikker med specifik redegørelse for alle enkeltssager. For at imødekomme henvendelsen har rådet, som det kan ses, valgt at udlevere det datamateriale fra rådets journalsystem, der danner baggrund for den statistik, der er gengivet i rådets årsberetning for 2010, og som tillige fremgår af denne årsberetning på s. 133, dog nu for perioden 2007-2011.

Retslægerådet har dog på baggrund af den meget store udleverede datamængde taget forbehold for eventuelle registreringsfejl.

For langvarig sagsbehandling i sag om ruskevold gav reduktion i straffen efter straffelovens § 82, nr. 13.

A var tiltalt for legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter mod et 5 måneder gammelt spædbarn, som i maj 2004 blev indlagt på sygehus med følger efter formodet ruskevold og i efterforløbet viste sig at være svært skadet. Retslægerådet var involveret i sagen i perioderne 13.03.06 – 31.10.07 og 16.05.08 – 09.03.09. Der blev 21.04.10 afsagt dom i 1. instans, og dommen blev stadfæstet af landsretten 19.08.10. Af dombogen fra Vestre Landsret fremgår blandt andet, at A fandtes skyldig efter tiltalen, dog således at volden ikke tillige kunne betegnes som mishandling.

Straffen blev fastsat til fængsel i 3 år og 9 måneder, jf. straffelovens § 246, jf. § 245, stk. 1, hvoraf seks måneder af straffen skulle afsones med det samme, medens resten af straffen blev gjort betinget. Af dommens præmisser fremgår det, at retten havde lagt vægt på voldens karakter og de særdeles alvorlige følger for barnet. Henset til, at volden var begået 5 ½ år før domsafsigelsen samt til, at sagsbehandlingstiden havde været urimelig lang, hvilket ikke kunne bebrejdes tiltalte, blev straffen gjort delvis betinget.

En analyse af tidsforbruget, i de perioder Retslægerådet var involveret i sagen, viste, at næsten 2/3 af tiden var gået med at vente på de af rådet efterspurgte lægelige oplysninger og røntgenbilleder fra de involverede afdelinger og – ikke mindst - med at få udelukket differentialdiagnosen glutarsyreaciduri I med tilstrækkelig sikkerhed. Retslægerådet giver i det følgende anbefalinger til fremtidig brug for diagnostik ved mistænkt rystevold samt for rekvirering af lægeligt materiale (J. nr. 50E/E4-825 og 50E/E4-3030).

Denne artikel omhandler sagsbehandlingsvarigheden i en sag om børnemishandling og varighedens konsekvenser for dommen.

A var tiltalt for ”overtrædelse af straffelovens § 246, jf. § 245, stk. 1, legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter og i form af mishandling og med betydelig skade på legeme eller helbred til følge og af så grov beskaffenhed og med så alvorlige skader, at der

foreligger særdeles skærpende omstændigheder, ved den 3. oktober...at have udsat B født ... i maj 2004 for rystevold eller lignende med alvorlige skader i hjerne eller øjne til følge, hvorved B tilføjedes et ”shaken baby syndrome”, grundet udbredte iltmangelbetingede forandringer i begge storhjernehalvdele samt akut blødning under den hårde hjernehinde, udbredte blødninger i begge øjnes nethinder og blodudtrædning i hendes pande, alt hvorved B var

i livsfare, og pådrog sig en permanent hjerneskade med epilepsi, spasticitet i hele kroppen og blindhed til følge.”

I dommens konklusion hedder det: ”Tiltalte findes herefter skyldig i den rejste tiltale, dog således at volden ikke tillige kan betegnes som mishandling. Straffen fastsættes til fængsel i 3 år og 9 måneder, jf. straffelovens § 246, jf. § 245, stk. 1.

6 måneder af straffen skal afsones nu. Den resterende del af straffen skal ikke fuldbyrdes, hvis tiltalte overholder den betingelse, som er angivet nedenfor, jf. straffelovens § 56, stk. 2.

Retten har lagt vægt på voldens karakter og de særdeles alvorlige følger for barnet. Henset til at volden blev begået for nu 5 ½ år siden og at denne – for alle parter – urimelig lange sagsbehandlingstid ikke kan bebrejdes tiltalte, er straffen gjort delvis betinget.”

Sagens forløb

Forbrydelsen blev begået 03.10.04, og Retslægerådet blev inddraget i sagen 13.03.06 – ca. 1½ år senere - af den lokale politimester, der fremsendte spørgetema samt diverse bilag. Bilagene var imidlertid ikke fyldestgørende, hvorfor rådet efter sin sædvane anmodede politimesteren om fremsendelse af supplerende journalmateriale og røntgenbilleder. Indhentningen var langsommelig og stykvis; én af de involverede afdelinger reagerede først på politimesterens anmodning og en rykker efter 5½ måned. Retslægerådets indledende sagsbehandling viste, at der fortsat manglede relevant journal- og

billedmateriale og nødvendiggjorde nye anmodninger til politimesteren om supplerende materiale, der således måtte tilvejebringes ad 4 omgange. Den 13.08.07 var materialet fyldestgørende, og Retslægerådet afgav sin udtalelse halvanden måned senere (03.10.07). I svaret hed det, at de påviste forandringer i hjerne og øjne ”er alle af den karakter, der ses ved såkaldt Shaken Baby Syndrome eller rystevold, hvorunder barnets hoved eventuelt slynges eller rammer mod en genstand.” Og ”De påviste forandringer i hjerne og øjne kan tillige skyldes en sjælden stofskiftelidelse, glutarsyreaciduri I. Der foreligger en normal urinundersøgelse herfor. Tilstanden kan imidlertid kun udelukkes fuldstændigt ved en undersøgelse af det relevante enzym i hvide blodlegemer i en blodprøve.”

16.05.08 – det vil sige godt ½ år efter Retslægerådets udtalelse - genfremsendtes sagsakterne af statsadvokaten vedlagt supplerende materiale og udtalelser fra sagkyndige. Der var foretaget en urinscreening for stofskiftesygdommen glutaraciduri (med negativt resultat), men ingen enzymbestemmelse i de hvide blodlegemer, hvorfor sygdommen trods den negative urinscreening ikke kunne anses for fuldstændig udelukket. Dette meddeltes statsadvokaten i brev af 10.08.08. Tre måneder senere - 13.01.09 - fremsendtes sagsakterne for sidste gang fra statsadvokaten, denne gang med resultatet af enzymbestemmelse (glutaryl-CoA dehydrogenase i hvide blodlegemer). Enzymbestemmelsen var negativ.

Retslægerrådet fremsendte sit endelige svar til statsadvokaten to måneder senere (09.03.09). Af svaret fremgår blandt andet: ”De påviste forandringer set på denne CT-scanning med udbredte, akutte iltmangelbetingede forandringer i begge storhjernehalvdele samt akut blødning under den hårde hjernehinde højt beliggende til venstre mellem de to storhjernehalvdele og de anførte udbredte blødninger i nethinden i begge øjne og den påviste blodudtrængning i barnets pande, er alle af den karakter, der ses ved såkaldt Shaken Baby Syndrome eller rystevold, hvorunder barnets hoved eventuelt slynges eller rammer mod en genstand.” Og ”De påviste forandringer i hjerne eller øjne kan tillige skyldes en sjælden stofskiftelidelse, glutarsyreaciduri. Denne sygdom er nu udelukket som årsag til barnets symptomer, idet der foreligger en bestemmelse af aktiviteten af enzymet glutaryl-CoA dehydrogenase i barnets leukocytter dateret 27.11.08, i hvilken enzymaktiviteten var normal.”

Kommentar

Af straffelovens § 82, nr. 13 fremgår det, at der ved straffens fastsættelse i almindelighed skal indgå som formildende omstændighed ”at straffesagen mod gerningsmanden ikke er afgjort inden for en rimelig tid, uden at det kan bebrejdes gerningsmanden”.

Med en sagsbehandlingstid på 5½ år fra forbrydelse til dom i 1. instans fandtes fristen for ”rimelig tid” overskredet, hvilket resulterede i, at kun 6 måneder ud af en dom på 3 ¾ års fængsel blev gjort ubetinget.

Retslægerrådet var involveret i sagsbehandlingen i perioden den 13.03.06 - 03.10.07 og igen i perioden den 16.05.08- 09.03.09.

En analyse af tidsforbruget viser, at rådet i første periode måtte afbryde sagsbehandlingen 4 gange på grund af manglende lægelige oplysninger og med fradrag af ventetiden anvendte blot 28 uger på den samlede sagsbehandling og resten af tiden, sammenlagt 52 uger eller 65 % af periodens tidsforbrug med at vente. I anden periode udgjorde rådets tidsforbrug i forbindelse med sagsbehandlingen med én afbrydelse i alt knap 16 uger og ventetiden (på enzymundersøgelse i blod for glutarsyreaciduri I) 6 måneder eller 60 % af sagsbehandlingstiden.

Den største del af tiden, i den periode Retslægerrådet var involveret i sagen, gik med at vente; vente på supplerende lægelige oplysninger, på røntgenbilleder og på færdiggørelse af den medicinske udredning.

Rådet skal derfor anbefale, at ventetiden fremover søges nedbragt ved,

- at rekvirenten inden fremsendelsen til Retslægerrådet udbeder sig kopi af hele journalen inklusive røntgenbilleder (originale om muligt), laboratorieskemaer, observationskemaer, samtaleark, udskrivningskort m.v. fra den eller de involverede afdelinger, hvis det fremgår, at patienten under forløbet har været i kontakt med mere end én afdeling,
- at rekvirenten udbeder sig maksimalt 8 dages ekspeditionstid,

- at behandlende børneafdeling ved diagnosticeret blødning i hjerne og øjne allerede i udredningsfasen tænker på muligheden af sygdommen glutarsyreaciduri I og sikrer en bestemmelse af enzymet glutaryl-CoA dehydrogenase i leukocytter. En urinscreening er ikke tilstrækkelig i legal sammenhæng.
- Analysen af blodprøven foretages på Rigshospitalets Metaboliske Laboratorium. Hvis der anmodes om hurtig bestemmelse, vil resultatet kunne foreligge indenfor 1 uge.
- Hvis disse anbefalinger følges, burde gentagelsestilfælde efter rådets opfattelse være en umulighed.

Retslægerådets grundlag ved foretagelse af aldersvurdering

Retslægerådet bliver undertiden af forskellige offentlige myndigheder anmodet om at foretage en aldersvurdering af levende personer. Det drejer sig først og fremmest om asylansøgere med henblik på familiesammenføring og om adopterede børn, der oftest er under 3 år.

Ændringen af Udlændingeloven i 2004, der fastsatte aldersgrænsen for familiesammenføringer for børn til 15 år, har medført, at Retslægerådet primært får anmodninger om aldersvurderinger af personer under 17 år, idet det spørgsmål, der oftest ønskes besvaret, er, om alderen på ansøgningstidspunktet må formodes at være over eller under 15 år.

Det af Retslægerådet hidtil anvendte grundlag ved foretagelse af aldersvurderinger er nærmere beskrevet i rådets årsberetninger, 2001-2002, s. 53-55, 2003-2005, s. 77-82 og i 2006, s. 45-48. Heraf fremgår det blandt andet, at grundlaget ved foretagelsen af aldersvurderingen består i en vurdering af tandudviklingen samt knogleudviklingen i hånd og håndled, i kravebenet og i bækkenet. Røntgenundersøgelse af bækkenet involverer imidlertid en bestråling af kønsorganerne hos de undersøgte.

12.06.08 publicerede Schmeling og medarbejdere et nyt grundlag ved foretagelse af aldersvurderinger, der anbefalede brug udelukkende af en vurdering af knogleudviklingen i

hånd og håndled, tandudviklingen og eventuelt knogleudviklingen svarende til kravebenet ved aldersvurdering af levende personer (1). Efter nøje overvejelse har Retslægerådet besluttet fremover at anvende det af Schmeling og medarbejdere publicerede grundlag ved foretagelse af aldersvurderinger, således at unødvendig bestråling af vigtige organer hos de undersøgte undgås.

Retslægerådet skal bemærke, at ingen af de to nævnte grundlag for foretagelse af aldersvurderinger, eller andre kendte, med sikkerhed kan angive den undersøgte persons nøjagtige alder, der alene kan bestemmes, såfremt den nøjagtige fødselsdato er kendt.

Retslægerådets aldersvurderinger vil således fremover være baseret på 1) en lægelig undersøgelse, herunder primært kønsudviklingen angivet ved Tanners stadier, 2) røntgenundersøgelse af hånd og håndled med henblik på knoglealder, 3) røntgenundersøgelse af tænder med henblik på tandalder, og 4) røntgenundersøgelse af kravebenets vækstzone hos undersøgte personer med formodet alder over 16 år.

For adopterede børn, hvor det er muligt at få supplerende oplysninger om den psykosociale udvikling, egentlige vækstkurver og oplysninger om hovedomfang, vil disse oplysninger ligeledes indgå i rådets grundlag ved foretagelsen af aldersvurderingen.

Retslægerådet bestemmer knoglealderen af hånd og håndled efter Greulich & Pyle's metode (2). Ved denne metode kan knoglealderen bestemmes for kvinder op til 17-års-alderen og for mænd op til 19-års-alderen. Metoden er velbeskrevet, og der eksisterer reference-materialer, der angiver den biologiske variation (angivet ved den statistiske standardafvigelse eller spredning) ved forskellige aldre. Retslægerådet anvender for personer over 7 år data fra Else Andersens disputats (3) og for personer under 7 år data fra Brush Foundation Study (2). Tandalderen kan bestemmes for begge køn op til ca. 21-års-alderen, og der eksisterer ligeledes tabeller med angivelse af den biologiske variation ved spredningen (4,5). Kravebenets vækstzone er den sidste i kroppen, der lukker. For begge køn sker det i en alder over 22 år og inden 30 år (6). En vurdering af kravebenets vækstzone tillader således en bestemmelse af, om den undersøgte må formodes at være 22 år eller derover.

Som følge af beslutningen om at ændre grundlaget ved foretagelse af aldersvurderinger, har Retslægerådet gennemgået rådets svar vedrørende aldersvurderinger, der er afgivet efter publikationsdatoen af Schmelting og medarbejderen artikel den 12.06.08.

I 3 sager har det vist sig, at anvendelse af det af Schmelting og medarbejdere publicerede grundlag for foretagelse af aldersvurderinger ville have medført, at Retslægerådet ville have afgivet et andet svar på det stillede spørgsmål end det, der rent faktisk blev afgivet. Retslægerådet har som følge heraf fundet grundlag for nærmere at orientere den forelæggende myndighed om resultatet af forskellene i de 3 nævnte sager. Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at vurderingen baseret på det nye publicerede grundlag ved foretagelse af aldersvurderinger i alle 3 tilfælde overlapper vurderingen med det hidtil anvendte grundlag.

Ved besvarelsen af spørgsmål angående aldersvurderingen vil Retslægerådet forsat anvende formuleringen "Det er sandsynligt, at den undersøgte på ansøgningstidspunktet (eller undersøgelsestidspunktet) var over/under 15 år". (Der henvises til Retslægerådets Årsberetning 2003-2005). Ved besvarelsen vil Retslægerådet forsat angive den vurderede alder i år og måneder med angivelse af +/- 1 spredning. Såfremt de forelagte røntgenbilleders kvalitet giver anledning til kommentar, vil dette blive anført.

Der henvises i øvrigt til artiklen i Retslægerådets Årsberetning 2001-2002.

Referencer

1. Schmeling A, Grundmann C, Fuhrmann A et al: Criteria for age estimation in living individuals. *Int J Legal Med* 2008; 122: 457-460.
2. Greulich WW, Pyle IS. *Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist*. Stanford, California. Stanford University Press 1959.
3. Andersen, E. *Skeletal Maturation of Danish School Children in Relation to Height, Sexual Development, and Social Conditions*. (Disputats). Universitetsforlaget i Aarhus 1968.
4. Gustafson G, Koch G.: Age estimation up to 16 years of age based on dental development. *Odontol Revy*. 1974;25(3):297-306.
5. Mincer HH, Harris EF, Berryman HE. The A.B.F.O. Study of Third Molar Development and Its Use As an Estimator of Chronological Age. *J For Sci* 1993; 38: 79-390.
6. Scheuer L, Black S. *Developmental Juvenile Osteology*. Academic Press, London and San Diego 2000.

Manglende udlevering af egen læges journal vil kunne tillægges processuel skadevirkning.

I en forelagt sag mellem et forsikringssselskab og Ankestyrelsen, der havde betydning for en enkeltpersons, TEJ's, retsforhold, efterspurgte Retslægerådet i juli 2008, efter en lægelig forbehandling af sagen, blandt andet egen læges journal, idet rådet samtidig oplyste, at det ville forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål.

Under sagens behandling ved byret og landsret var der tvist om, hvorvidt egen læges journal skulle fremlægges i sagen. Under kæremålets behandling for Højesteret blev der tillige rejst tvivl om, hvorvidt editionsbegæringen skulle have været fremsat overfor Ankestyrelsen som sagsøgt i sagen og ikke overfor TEJ's egen læge som sket ved byrettens behandling af sagen.

Højesteret udtalte i kendelse af 6. april 2011 blandt andet, at manglende efterkommelse af en editionsbegæring kunne tillægges processuel skadevirkning efter retsplejelovens § 298, stk. 2, jf. § 344, stk. 2, og udtalte samtidig, at en sådan editionsbegæring efter § 298 skal bedømmes efter de retningslinier, som i retspraksis er opstillet vedrørende fremlæggelse af lægejournaler i tilfælde, hvor den skadelidte selv er direkte part i retssagen, jf. blandt andet Højesterets dom i Ugeskrift for Retsvæsen 2007, s. 196.(J.nr.50E/E2-02496-2008).

Efter sagens anlæg ved byretten blev editionsbegæringen sendt til forkyndelse for TEJ's egen læge, der herefter fremsendte lægejournalen direkte til byretten, der den 29. september 2009 afsagde sålydende kendelse:

”Det fremgår af det, der er fremlagt, at advokat TA på vegne af TEJ har anmodet om, at bilag 26, der er patientjournal fra TEJ's egen læge, udgår af sagen.

Sagsøgerens advokat, advokat SVN, har protesteret herimod.

Retten sendte editionsbegæring til forkyndelse for TEJ's egen læge, S-lægerne, der herefter sendte materialet,

der er fremlagt som sagens bilag 26, til retten.

TEJ er ikke part i sagen, men kan have en retlig interesse i at få afgjort, om S-lægerne ved udlevering af materialet til retten fremkom med oplysning om forhold, som lægerne ville være udelukket fra eller fritaget for at afgive forklaring om som vidne, jf. retsplejelovens § 299, stk. 1.

I sagen indgår allerede forskellige lægelige oplysninger, og TEJ har ikke nærmere begrundet sit ønske om at hemmeligholde oplysningerne fra journalen. Retslægerådet har anmodet om at få journalmaterialet fra egen læge til brug for besvarelsen af de spørgsmål,

som parterne har stillet Retslægerådet. Da det herefter må antages, at oplysningerne er af afgørende betydning for sagens udfald, jf. retsplejelovens § 170, stk. 2,

Bestemmes:

Bilag 26 skal ikke udgå af sagen.”

Byrettens kendelse blev af TEJ's advokat kæret til landsretten, der den 6. november 2009 afsagde sålydende kendelse:

”Advokat TA har på vegne af TEJ til støtte for påstanden om, at patientjournalen fra TEJ's egen læge skal udgå, gjort gældende, at TEJ ikke har givet samtykke til udleveringen, og at patientjournalen indeholder stærkt personfølsomme oplysninger. Det kræver derfor helt særlige hensyn, hvis en person skal tåle, at stærkt personfølsomme oplysninger udleveres uden samtykke, og sådanne hensyn foreligger ikke. Udleveringen har hverken hjemmel i sundhedsloven eller retsplejeloven. Ydermere har advokaten gjort gældende, at forsikringsselskabet ikke er kommet i besiddelse af journalen på lovlig vis, idet den privatpraktiserende læge udleverede journalen til forsikringsselskabet, idet hun fejlagtigt antog, at hun var forpligtet hertil, da editionsbegæringen blev forkyndt for hende. Advokaten gør derfor gældende, at journalen allerede af denne grund bør udgå af sagen.

Byretten har ved sagens fremsendelse henholdt sig til den trufne afgørelse.

Efter votering afsagdes sålydende kendelse:

Kæremålet drejer sig om, hvorvidt TEJ's patientjournal fra hendes egen praktiserende læge skal udgå af sagen.

Parterne har forelagt sagen for Retslægerådet, og rådet har oplyst, at det vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet får adgang til blandt andet fuldstændig kopi af journal fra egen læge.

Der er ikke oplysninger i sagen, der konkret angiver/sandsynliggør, at journalen indeholder oplysninger, der må antages at have afgørende betydning for sagens udfald. Retslægerådets oplysning om, at det vil forbedre rådets mulighed for at besvare de stillede spørgsmål, kan ikke i sig selv begrunde udlevering. Da det ikke er sandsynliggjort, at patientjournalen vil få en betydning for sagen, er der ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte de hensyn, der ligger bag retsplejelovens § 299, stk. 1, jf. § 170, stk. 2, hvorfor

Bestemmes:

Bilag 26 skal udgå af sagen.”

Den 10. december 2009 meddelte Procesbevillingsnævnet tilladelse til, at landsrettens kendelse kunne indbringes for Højesteret, som den 6. april 2011 afsagde sålydende kendelse:

”Kærende, forsikringsselskabet, har nedlagt påstand om, at bilag 26, kopi af TEJ's patientjournal fra egen læge,

tillades fremlagt. Forsikringsselskabet har subsidiært påstået sagen hjemvist til byretten med henblik på behandling af editionsbegæringen over for TEJ's privatpraktiserende læge.

Indkærede, Ankestyrelsen, har tilsluttet sig forsikringsselskabets påstande.

TEJ har ved advokat TA påstået stadfæstelse af landsrettens kendelse.

Sagsfremstilling

Den 10. juni 2000 blev TEJ under udførelse af sit arbejde som buschauffør udsat for en ulykke, hvorved hun pådrog sig et whiplash-traume. Den 18. september 2003 blev hun udsat for en ny arbejdsulykke. Den 26. oktober 2006 tiltrådte Ankestyrelsen Arbejdsskadestyrelsens afgørelse om, at TEJ's erhvervsevnetab udgjorde 50 % som følge af ulykken den 10. juni 2000.

Forsikringsselskabet, hos hvem TEJ var dækket af en forsikring på tidspunktet for ulykken den 11. juni 2000, har anlagt sag ved byretten mod Ankestyrelsen med påstand om, at Ankestyrelsen skal anerkende, at TEJ ikke har pådraget sig et varigt erhvervsevnetab i forbindelse med arbejdsulykken den 11. juni 2000. Under rettens behandling af sagen blev det tilladt parterne at stille spørgsmål til Retslægerådet, som har oplyst, at det vil forbedret rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, hvis rådet får adgang til røntgenbilleder og skadestuenotat fra TEJ's besøg på skadestuen den 11. juni 2000 samt fuldstændig kopi af hendes patientjournal fra egen læge.

Den 14. august 2009 afsagde byretten på begæring af forsikringsselskabet kendelse om, at det pålægges X-hospital at udlevere røntgenbilleder, der eventuelt er optaget i forbindelse med TEJ's besøg på skadestuen den 10. juni 2000, og skadestuenotat vedrørende dette besøg. Kendelsen blev stadfæstet af landsretten den 25. september 2009 og er med Procesbevillingsnævnets tilladelse påkæret til Højesteret. Kæresagen (sag nr. 343/2009) er behandlet sammen med den foreliggende kæresag.

Til brug for Højesterets behandling af kæremålene er der indhentet en supplerende udtalelse af 6. juli 2010 fra Retslægerådet, hvori det hedder:

”....

Retslægerådet bemærker endvidere, at spørgetemaet omhandler lægefaglige spørgsmål vedrørende personen TEJ for perioden fra den 10. juni 2000 (spørgsmål 2 og 3) og frem til forelæggelsesdagen (spørgsmål 1), ligesom der i spørgsmål 6 spørges ind til, hvorvidt symptomerne kan relateres til arbejdsulykken den 10. juni 2000, arbejdsulykken den 18. september 2003 eller andre forhold.

Retslægerådets efterspørgsel af eventuelle røntgenbilleder og skadestuenotatet fra KAS Glostrup, 11.06.00 er således direkte relateret til den lægefaglige vurdering af skadesmekanismen den 10. juni 2000, og oplysningerne har afgørende lægefaglig betydning for rådets besvarelse af de stillede spørgsmål herom.

For så vidt angår rådets efterspørgsel af fuldstændig journal fra egen læge, er efterspørgslen dels konkret relateret til en eventuel besvarelse af spørgsmål 3, 4, 5 og 6, og dels har rådet naturligvis ikke mulighed for at udtale sig om eventuelle andre forhold, medmindre rådet forelægges oplysninger herom, oplysninger som sædvanligvis fremgår af egen læges journal.

Det bemærkes i den forbindelse, at der også kan fremgå andre relevante lægefaglige oplysninger i egen lægens journal, som har betydning for den lægefaglige vurdering af sagen, og som i visse tilfælde kan give rådet anledning til at efterspørge yderligere bilag/billemateriale.

Det kan således efter Retslægerådets opfattelse ikke på forhånd udelukkes, at oplysninger i den fulde journal fra egen læge har afgørende betydning for den lægevidenskabelige vurdering af sagen, og såfremt de efterspurgte yderligere oplysninger ikke forelægges Retslægerådet, kan det ikke udelukkes, at rådet kan blive nødt til at tage eventuelle forbehold ved besvarelsen af de stillede spørgsmål. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at det vil være tilstrækkeligt for rådet at modtage journalen fra 1995 til nu for at kunne behandle sagen.”

Anbringender

Forsikringsselskabet har anført blandt andet, at landsrettens kendelse er i strid med retspraksis, jf. f.eks. UFR 2007.196 H. Det er afgørende, at Retslægerådet modtager fyldestgørende materiale, og

der bør i relation til muligheden for edition ikke være forskel på materiale, der omfattes af retsplejelovens § 298 og materiale omfattes af § 299. Dette støttes også af, at udfaldet af sagen har direkte betydning for TEJ. Det kan på baggrund af Retslægerådets udtalelse lægges til grund, at patientjournalen har væsentlig betydning for besvarelsen af spørgetemaet.

Det er heroverfor godtgjort, at væsentlige hensyn til TEJ må føre til, at editionspålæg undlades. Det er således ikke sandsynliggjort, at patientjournalen indeholder specielt følsomme oplysninger. Det må i den forbindelse tillægges betydning, at der i forvejen er fremlagt en del lægelige oplysninger i sagen.

Endvidere må hensynet til sagens rette oplysning veje tungere end hensynet til TEJ.

Ved vurderingen efter retsplejelovens § 299 skal hverken persondatalovens § 6 eller § 7 eller sundhedslovens § 43 tillægges selvstændig betydning, idet disse bestemmelser, der vedrører frivillig udlevering, ikke opstiller supplerende betingelser for edition. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention art. 8 opstiller heller ikke supplerende betingelser for edition, og de af artiklen beskyttede rettigheder varetages ved den afvejning, som domstolene foretager efter retsplejelovens § 299.

Ankestyrelsen har anført blandt andet, at det ikke har betydning for spørgsmålet om edition og fremlæggelse af bilag, at TEJ ikke er part i sagen. Ved

prøvelsen af den afgørelse, som Ankestyrelsen har truffet, bør forsikringsselskabet ikke stilles ringere end, hvis det var skadelidte, der ønskede afgørelsen efterprøvet. Under den administrative behandling kunne Arbejdsskadestyrelsen have forlangt oplysningerne udleveret, og når oplysningerne således kunne være indhentet administrativt, bør de også kunne kræves fremlagt under en retssag.

Ved vurderingen af, om betingelserne for edition er opfyldt, bør Højesteret lægge afgørende vægt på Retslægerådets lægefaglige vurdering af, hvad der er nødvendigt. Domstolen bør således generelt være meget tilbageholdende med at tilsidesætte Retslægerådets vurdering af, hvad der er relevant og nødvendigt for besvarelsen af spørgsmål. I øvrigt må det konkret antages, at både røntgenbilleder, skadestuenotat og journal fra egen læge kan have væsentlig betydning for årsagssammenhængen.

Persondatalovens § 6 og § 7 og sundhedslovens § 43 er ikke relevante, da det fremgår af forarbejderne til bestemmelserne, at de ikke regulerer spørgsmålet om edition. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention art. 8 indskrænker heller ikke domstolens adgang til at anvende reglerne om edition.

TEJ har blandt andet anført, at landsrettens kendelse er udtryk for den almindelige hovedregel i sundhedsloven og retsplejeloven, hvorefter personfølsomme lægelige oplysninger

alene kan udleveres til tredjemand med samtykke. Ved vurderingen af, om betingelserne for edition efter retsplejelovens § 299 er opfyldt, kan man ikke inddrage principperne efter retsplejelovens § 298, der kun omhandler edition over for parter.

Da TEJ ikke er part i sagen, er der et særligt behov for at beskytte hendes interesser. Sagen mellem Ankestyrelsen og forsikringsselskabet er i virkeligheden en fordelingsproblematik mellem to forsikringsselskaber, og hensynet til forsikringsselskabet er ikke tilstrækkeligt tungtvejende til at tilsidesætte hensynet til hende, som i henhold til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention har krav på beskyttelse af sit privatliv.

Betingelserne for at pålægge TEJ's privatpraktiserende læge at udlevere patientjournalen er ikke opfyldt, da patientjournalen ikke har afgørende betydning for sagens udfald. Dette understøttes af, at indhentelse af patientjournalen ikke blev fundet nødvendig under den administrative behandling af sagen. Endvidere er der ikke konkrete oplysninger, der peger på, at den administrative behandling er sket på et mangelfuldt grundlag. Ifølge Retslægerådets udtalelse er kun skadestuenotatet og røntgenbillederne direkte relateret til den lægefaglige vurdering, og man kan derfor slutte modsætningsvis for så vidt angår patientjournalen. Også sagens beskaffenhed og beskedne økonomiske betydning for forsikringsselskabet taler imod at lade patientjournalen indgå i sagen.

Højesterets begrundelse og resultat

Ankestyrelsens afgørelse af 26. oktober 2006 er reelt en afgørelse af en tvist mellem TEJ som skadelidt og forsikringsselskabet som ansvarsforsikrer for TEJ's arbejdsgiver. I den retssag, som forsikringsselskabet har anlagt mod Ankestyrelsen, varetager Ankestyrelsen derfor TEJ's interesser. Forsikringsselskabet ønsker, at patientjournalen fra TEJ's egen læge fremlægges under retssagen, hvilket TEJ kan give samtykke til.

Højesteret finder, at Ankestyrelsen under disse omstændigheder må identificeres med TEJ i relation til reglerne om edition. Forsikringsselskabets editionsbegæring skulle derfor have været rettet mod Ankestyrelsen i medfør af retsplejelovens § 298, således at Ankestyrelsen kunne anmode TEJ om samtykke til at fremlægge patientjournalen, og således at manglende samtykke fra TEJ – og dermed manglende efterkommelse af editionsbegæringen – kunne tillægges processuel skadevirkning efter § 298, stk. 2, jf. § 344, stk. 2. En sådan editionsbegæring efter § 298 skal bedømmes efter de retningslinjer, som i retspraksis er opstillet vedrørende fremlæggelse af lægejournaler i tilfælde, hvor den skadelidte selv er direkte part i retssagen, jf. bl.a. Højesterets dom i Ugeskrift for Retsvæsen 2007, s. 196.

Efter det anførte har der ikke været grundlag for at fremsætte editionsbegæring overfor TEJ's egen læge efter retsplejelovens § 299, stk. 1, jf. § 170, stk. 2. Højesteret ophæver derfor byrettens og landsrettens kendelser og hjemviser

sagen til byretten med henblik på forsikringsselskabets fremsættelse af editionsbegæring over for Ankestyrelsen efter lovens § 298.

Patientjournalen skal foreløbig betragtes som ikke fremlagt.

Thi bestemmes:

Byrettens og landsrettens kendelser ophæves, og sagen hjemvises til fortsat behandling ved byretten.”

Kommentar

I stort set samtlige forelagte somatiske sager er det desværre fortsat nødvendigt for Retslægerådet, efter en lægelig forbehandling af sagen, at rette henvendelse til den hørende myndighed med henblik på at efterspørge yderligere journaloplysninger fra egen læge samt relevant billeddiagnostisk materiale med henblik på at besvare de stillede spørgsmål, hvilket også var nødvendigt i den aktuelle sag.

Retslægerådet anvender i den forbindelse en standardskrivelse til den hørende myndighed, hvoraf det fremgår, at det vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet får adgang til det nærmere specificerede efterspurgte materiale, ligesom rådet samtidig gør opmærksom på, at Retslægerådet ikke selv indhenter materiale til brug for sagen, således at det herved fortsat er sagens parter, der har rådigheden over processen. I langt de fleste tilfælde imødekommes rådets anmodning om fremsendelse af yderligere lægeligt materiale, i det om-

fang der er mulighed herfor, således at rådet herved bliver gjort bekendt med alt relevant lægeligt materiale til brug for besvarelse af de stillede spørgsmål, der ofte omfatter mange forskellige lægelige specialer.

Retslægerådet har, blandt andet på baggrund af landsrettens bemærkning om at Retslægerådets oplysning om, at det vil forbedre rådets mulighed for at besvare de stillede spørgsmål, ikke i sig selv kan begrunde en udlevering, fremadrettet nærmere konkretiseret rådets efterspørgsler af yderligere lægeligt materiale, således som det også fremgår af rådets udtalelse af 6. juli 2010 til Højesteret.

Nærværende sag var speciel derved, at både byret og landsret behandlede sagen som edition (pålæg om udlevering af relevant materiale, som personen sidder inde med) overfor tredjemand, her TEJ's privatpraktiserende læge, jf. retsplejelovens § 299, mens Højesteret under henvisning til sagens særlige omstændigheder identificerede sagsøgte, Ankestyrelsen, med TEJ i relation til reglerne om edition, hvorfor editionsbegæringen rettelig burde have været rettet mod Ankestyrelsen, som part i sagen, i medfør af retsplejelovens § 298. Højesteret kunne i princippet have sluttet kendelsen her og hjemvist sagen til behandling ved byretten, men gik skridtet videre og udtalte, at manglende

efterkommelse af editionsbegæringen kunne tillægges processuel skadevirkning efter retsplejelovens § 298, stk. 2, jf. § 344, stk. 2. En sådan editionsbegæring efter § 298 skal bedømmes efter de retningslinjer, som i retspraksis er opstillet vedrørende fremlæggelse af lægejournaler i tilfælde, hvor den skadelidte selv er direkte part i retssagen.

Retslægerådet træffer ikke afgørelser, men afgiver lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn, og såfremt rådet ikke får forelagt det nødvendige relevante lægelige materiale med henblik på at besvare de stillede spørgsmål, kan rådet af og til se sig nødsaget til at tage et forbehold herom i sine udtalelser.

Efter Højesterets kendelse af 6. april 2011 blev sagen i slutningen af september måned 2011 genfremsendt af byretten med det af rådet efterspurgte lægelige materiale i form af patientjournal og skadestuenotat, og med en bemærkning om, at der ikke var foretaget røntgenundersøgelse.

Retslægerådet afgav herefter sin udtalelse i sagen den 16. december 2011 inden for den af rådet normale mediane sagsbehandlingstid for denne sagstype. Sagen er vel egentlig også et meget godt eksempel på, hvorfor rådet har valgt at opgøre sagsbehandlingstiden i medianværdier, jf. artiklen om rådets sagsbehandlingstider, s. 19 ff.

Slankemedicin medførte hjerteklapfejl

I Retslægerådets årsberetning 2008, s. 29 ff. omtalte rådet en erstatnings-sag, der handlede om, hvorvidt KM født i 1946 havde et erstatningskrav mod leverandøren af et slankemiddel (Isomeride®, dexfenfluramin). Ved Østre Landsrets afgørelse af 19. januar 2009 blev lægemiddelleverandøren fundet erstatningsansvarlig for den skade, der var påført KM.

Sagen blev efterfølgende indbragt for Højesteret, der ved dom af 24. november 2011 kom til det modsatte resultat og frifandt leverandøren. (J.nr.50E/E3-03643-2009)

I Højesterets afgørelse af 24. november 2011 fremgår følgende:

”Supplerende sagsfremstilling

Under Østre Landsrets behandling af sagen udskilte landsretten spørgsmålet om forældelse til forlods særskilt behandling. Landsretten fandt ved kendelse af 4. oktober 2002 (gengivet i UfR 2003 s. 222), at lov om produktansvar og dermed denne lovs forældelsesregel i § 14 ikke finder anvendelse i denne sag, ligesom landsretten fandt, at As krav ikke kan anses for at være forældet.

Landsrettens begrundelse er sålydende:

”Det bemærkes indledningsvis, at retten i overensstemmelse med sagsøgers procedure først har taget stilling til, om lov om produktansvar finder anvendelse i denne sag. Videre bemærkes, at sagsøgte har frafaldet sit anbringende om, at forældelse er indtrådt efter lov om forældelse af 1908.

Retten lægger vægt på, at Isomeride efter det oplyste blev markedsført fra

den 15. juni 1987, og at sagsøgeren må anses for at have indtaget de 120 kapsler Isomeride, der fulgte af de to første ordinationer, som sagsøgeren fik den 21. oktober 1988 og den 30. marts 1989, inden lov om produktansvar trådte i kraft den 10. juni 1989. Efter de foreliggende oplysninger finder retten videre, at oplysningerne i artiklen af 8. december 1997 i ”Videnskab og praksis – Lægemiddelinformation” om, at producenten, Les Laboratoires Servier, i september 1997 trak Isomeride tilbage på global basis, må ses som udtryk for, at indtagelse af Isomeride kunne fremkalde bivirkninger, herunder hjerteklapfejl. Retten lægger herefter til grund, at præparatet Isomeride, fra det blev markedsført første gang, har været behæftet med de bivirkninger, der medførte, at det blev trukket tilbage i 1997. Landsretten finder derfor, at præparatet Isomeride, som sagsøgeren indtog, blev bragt i omsætning, inden lov om produktansvar trådte i kraft. Efter § 17, stk. 2, i lov om produktansvar finder loven derfor ikke anvendelse i denne sag, og der foreligger følgelig ikke forældelse efter lovens § 14 ...”

Retslægerådet har i en udtalelse af 15. februar 2011 besvaret en række supplerende spørgsmål (spørgsmål 28-32) således:

”Spørgsmål 28:

Ad spørgsmål 1: Det anføres, at der i 1997 første gang rapporteredes en sammenhæng mellem indtagelse af slankemidler som Dexfenfluramin og hjerteklapfejl.

(a) Tænkes der hermed på rapporten fra Connolly HM et al. som nævnt i spørgsmål 17?

(b) Kan det bekræftes, at der før offentliggørelsen af den artikel i august 1997 ikke var nogen mistanke om risiko for hjerteklapfejl i forbindelse med indtagelsen af dexfenfluramine?

Ja.

Det kan bekræftes, at der ikke før 1997 er rapporteret vigtige data om en sammenhæng mellem indtagelse af dexfenfluramine og hjerteklapfejl.

Spørgsmål 29:

Ad spørgsmål 6: Svaret på dette spørgsmål har givet anledning til forvirring, idet der anføres ”Slankemidlerne blev mistænkt for at kunne medføre pulmonal hypertension i midten/slutningen af 1990’erne”. Denne sag angår imidlertid ikke pulmonal hypertension men alene hjerteklapfejl, og spørgsmålet angik da også alene hjerteklapfejl.

(a) Retslægerådet bedes derfor oplyse, hvornår der første gang var en videnskabelig begrundet mistanke om årsagssammenhæng mellem indtagelse af Fenfluramin sammen med Phentermin og hjerteklapfejl.

(b) Var det ved fremkomsten af den tidligere omtalte artikel af Connolly HM et al. i august 1997?

(c) Kan det bekræftes, at rapporter, der angår en videnskabelig begrundet mistanke om årsagssammenhæng mellem indtagelse af Dexfenfluramin og hjerteklapfejl, ligger senere i tid end den artikel af Conolly HM et al fra august 1997.

(d) I svaret anfører Retslægerådet ”Slankemidlerne blev mistænkt for at kunne medføre pulmonal hypertension i midten/slutningen af 1990’erne og den første helt centrale videnskabelige rapport fremkom i 1997”. Angik denne rapport pulmonal hypertension. I bekræftende fald ønskes rapportens identitet angivet.

Pulmonal hypertension kan medføre pulmonal- og trikuspidalklapinsufficiens (insufficiens af de højresidige hjerteklapper) sekundært til tryk- og volumenbelastning af højresidig hjertehalvdel. Hjerteklapfejlene i aktuelle sag er venstresidig og kan derfor ikke være forårsaget af pulmonal hypertension.

Ad (a+b):

Besvarelse af de stillede spørgsmål kræver definitioner af begreberne ”videnskabelig begrundet mistanke”, ”årsagssammenhæng” samt det underliggende begreb ”lægemiddelbivirkning”. Ved en lægemiddelbivirkning forstås en uønsket virkning/tilstand af et lægemiddel. I denne sammenhæng skal det noteres, at i en given situation er det meget sjældent, at den specifikke uønskede virkning/tilstand udelukkende optræder i forbindelse med

indtagelse af det specifikke lægemiddel, idet sådanne kan optræde spontant – det vil sige uden sammenhæng til lægemiddelindtagelse.

Vurderingen af en sammenhæng mellem et givet lægemiddel og en given ønsket virkning/tilstand bygger derfor på en vurdering af forholdet mellem frekvensen hos eksponerede versus ikke-eksponerede personer. Vurderingen foretages på gruppebasis, og det er oftest ikke muligt med stor sikkerhed at fastslå, om en enkelt patients uønskede virkning/tilstand er spontant forekommende eller forekommer på grund af eksponering for lægemidlet.

De klassiske kriterier (Austin Bradford Hill) for årsagssammenhæng er sjældent opfyldt for lægemidlers bivirkninger. Oftest begrundes årsagssammenhæng mellem en bivirkning og et lægemiddel som en højere forekomst i en eksponeret gruppe i forhold til en ueksponeret gruppe, oftest i interventionsundersøgelser eller i epidemiologiske undersøgelser, vurderet ud fra statistiske overvejelser.

Begrebet ”videnskabelig begrundet mistanke” er ikke et veldefineret begreb, men kan dække over en række forskellige typer af videnskabelige argumenter, som for eksempel epidemiologiske sammenhænge som angivet i forrige afsnit, eller argumenter der bygger på fysiologiske/patofysiologiske forhold.

I den aktuelle sag vedrørende dexfenfluramin er der i begyndelsen af 1990’erne foreslået en sammenhæng

mellem pulmonal hypertension og eksponering for dexfenfluramin. Pulmonal hypertension anses for en risikofaktor for udvikling af hjerteklapfejl. Dette begrunder en mistanke om sammenhæng mellem dexfenfluramin og hjerteklapfejl, men kan ikke anses for tilstrækkeligt til at etablere en årsagssammenhæng. I epidemiologiske undersøgelser optræder hjerteklapsygdom i omkring 1,9 % til 3,5 % hos ubehandlede personer og synes at stige med cirka 50 % hos behandlede. Disse data er dog behæftet med stor usikkerhed og talrige muligheder for bias, og de kan ikke fortolkes på en enkel måde. Connely’s artikel fra *New England Journal of Medicine* 28. Aug. 1997 beskriver 24 tilfælde af hjerteklapfejl med et udseende, som svarer til de forandringer, der er fundet associeret til sygdommen carcinoid syndrom eller til ergotamin anvendelse, og rejser for første gang en alvorlig mistanke om en sammenhæng mellem fenfluramin og udvikling af hjerteklapsygdom. Sammenholdt med efterfølgende undersøgelser kan det konkluderes, at der er en tilstrækkelig dokumenteret association mellem fenfluramin og hjerteklapslidelse til, at det nøje bør overvejes, om fordel/ulempe forholdet ved behandlingen med fenfluramin berettiger dets generelle anvendelse. Det er dog ikke muligt at slutte hos en enkelt patient, at en forekommende hjerteklapslidelse med sikkerhed er forårsaget af en behandling med den type stoffer, men blot at dette kan være sandsynligt. Denne viden er således etableret efter 1997, det kan dog ikke fastslås med sikkerhed, hvornår denne

viden må anses for at være udbredt i en sådan grad, at den kan forventes hos den almindelig praktiserende læge.

Ad (c):

Det er korrekt at rapporter, der med rimelig sikkerhed skaber videnskabelig mistanke om en sammenhæng mellem indtagelse af dexfenfluramin og hjerteklapslidelse, er offentliggjort i tiden efter august 1997, og dermed efter udskrivelse af Isomeride (dexfenfluramin) til A, som skete i perioden 21.10.88 til 20.09.94.

Ad (d):

Se svar på spørgsmål (a+b). Den centrale videnskabelige artikel er Connolly New England of Medicine 28. Aug. 1997.

Spørgsmål 30:

Ad svaret på spørgsmål 15 og 16:

(a) I disse svar omtales fundene under de histologiske undersøgelser af As opererede hjerteklapper. Minder fundet ved denne undersøgelse om de forandringer, som er beskrevet i artiklen af Connolly HM et al eller andre af de i svaret på spørgsmål 17 nævnte forfattere, og som formodes at være forårsaget af Fenfluramin eller Dexfenfluramin?

(b) Kan fundet ved den histologiske undersøgelse af As hjerteklapper på nogen måde beskrives som "glistening white thickened tethered leaflets" samt "stuck-on appearance of plaque on leaflets"?

(c) Skal svaret på spørgsmål 15 og 16 forstås således, at intet tyder på, at årsagen

til hjerteklapsejlen er indtagelse af dexfenfluramin?

(d) Retslægerådet anmodes om i tilslutning til besvarelsen af spørgsmål 30a, b og c om at beskrive, hvori den histologiske undersøgelse der er foretaget af As opererede hjerteklapper bestod, samt oplyse hvorvidt man ved den skete histologiske undersøgelse ville kunne konstatere de forandringer, herunder de belægninger som er beskrevet i artiklen af Connolly HM et al. eller andre af de i svaret på spørgsmål 17 nævnte forfattere.

(e) Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det kan udelukkes, at der er en tidsmæssig sammenhæng mellem en eventuel konstateret hvid glinsende belægning på de undersøgte hjerteklapper og en kort forud for de pågældendes operation, og dermed hjerteklappernes undersøgelse, stor indtagelse af Fenfluramin eller Dexfenfluramin, således at der ikke vil findes samme belægning hos patienter der nok har indtaget Fenfluramin eller Dexfenfluramin, men over en længere periode forud for hjerteoperationen og i den forbindelse foretagne undersøgelser af hjerteklapperne.

Ad (a og b):

As opererede hjerteklapper beskrives makroskopisk:

Aortaklappen: Klapvævet svarende til den frie rand virker fortykket, men der er ikke påvist ekskrescencer.

Mitralklappen: Klapvævet synes noget fortykket, men uden forkalkninger.

Mikroskopisk beskrivelse:

Aortaklappen: Der findes kølleformet fibros fortykkelse, der er ikke karproliferation, granulomer eller ekskres-

scencer på overfladen. Ingen tegn/sikre holdepunkter for tidligere febris rheumatica (gigtfeber) eller tidligere inflammatoriske forandringer. Derimod findes den fibrøse fortykkelse af klappens frie rand forenelig med følger efter insufficiens. Mitralklappen udviser samme forandringer, også forenelige med insufficiens.

Svaret på spørgsmålet må derfor være, at der er ligheder, men ikke overensstemmelse mellem beskrivelserne.

Ad (c):

Som anført i besvarelse af spørgsmål 29 (a+b) kan der med rimelig videnskabelig sikkerhed antages at være en sammenhæng mellem dexfenfluramin-indtagelse og udvikling af hjerteklapsygdom for grupper af patienter. Da hjerteklapsygdom optræder uden eksposition for dexfenfluramin, og da de patologiske og histologiske forandringer ikke er specifikke, er det vanskeligt at udtale sig om en kausal sammenhæng hos en enkelt patient. Det er ikke muligt at beregne en risiko for [en] given enkelt patient for en spontan udvikling eller for en dexfenfluramin induceret udvikling af hjerteklapsygdom, idet det blot kan udtales, at en eksposition gør det til en mulighed.

Degenerativ aorta- og mitralklapsygdom er de hyppigste forekommende hjerteklapsygdomme. Hos yngre patienter er årsagen oftest medfødte abnormiteter i form af en bicuspid (2-fløjet) aortaklap og mitralprolaps eller betinget af febris rheumatica (gigtfeber), mens årsagen hos ældre

er degeneration og sklerose. I den aktuelle sag var sagsøger relativ ung (47 år) på operationstidspunktet (19.02.93). Operationsrapporten beskriver ingen medfødte abnormiteter (aortaklappen var trikuspid (3-fløjet)), men nogen fortykkelse og atheromatose (åreforkalkning). Tilsvarende beskriver den histologiske undersøgelse fibrøs fortykkelse af både aorta- og mitralklappen. Fraværet af kongenit hjertesygdom og aldersbetinget klapsklerose rejser mistanke om eksogen årsag til valvulopatiene, men der forligger ingen entydig sammenhæng med indtagelsen af isomeride.

Ad (d):

Den histologiske undersøgelse bestod i mikroskopisk undersøgelse af de bortopererede dele af hjerteklapperne. Der er i svaret ikke angivet, hvilke farvemethoder der er anvendt. Beskrivelsen af As hjerteklappers makroskopiske og mikroskopiske udseende har visse ligheder, men ikke fuld overensstemmelse med de forandringer, der er beskrevet i Connolly et al. i 1997. Se endvidere svar på spørgsmål 30 (a+b).

Ad (e):

Det kan ikke antages, at der er en sådan tidsmæssig sammenhæng. Forandringerne vil efter deres opståen være permanente, vil ikke forsvinde, og vil kun kunne udvikle sig yderligere.

Spørgsmål 31:

Ad spørgsmål 7 og 23:

(a) Svarene giver anledning til forvirring. Særligt bemærkes, at den i svaret på 23.3.

opgivne hjemmeside er oprettet af de skadelidtes repræsentant i erstatningssagen. Derfor spørges, om Retslægerådet kan tilslutte sig Lungs beskrivelse af årsagerne til hjerteklapfejl i Europa (European Heart Journal (2003) 24, 1231-1243 og La Revue du praticien, vol. 59 20. feb. 2009, side 173, særligt side 175 venstre kolonne nederst)?

(b) Har Retslægerådet nogen kommentarer til, at den førstnævnte artikel ikke nævner Fenfluramin eller Dexfenfluramin som mulige årsager til hjerteklapfejl i Europa, og den anden artikel kun anfører det som en marginal årsag, i betragtning af at antallet af patienter, der har brugt dexfenfluramin ifølge Servier indtil 1997, udgør ca. 10.000.000.

Ad (a):

De to citerede artikler omhandler identiske data (La Revue du praticien 89, 2: 173-7, 2009; Eur Heart J 24: 1231-43, 2003). Der er tale om en opgørelse fra 2001 i Europa, hvor den væsentligste konklusion er, at hjerteklapfejl er underdiagnosticerede. Der refereres til lægemiddelrelaterede hjerteklapfejl uden publikationsreferencer eller data. Retslægerådet finder ikke, at denne artikel har relevans for den aktuelle problemstilling, udover at den viser en frekvens på 2½ % i en udvalgt europæisk befolkning, som ikke kan antages at være repræsentativ for patienter med lægemiddelleksposition, som fremhævet af forfatterne under "Limitations". Kriterierne for associationerne til mulige årsager er brede og inkluderer ikke udsættelse for lægemidler. Retslægerådet vurderer, at disse artikler

ikke bidrager med viden om årsags-sammenhæng mellem slankemidler og hjerteklapsygdom.

Ad (b):

Se svar på spørgsmål 31 (a).

Spørgsmål 32:

Ad spørgsmål 5 og 27:

(a) Gælder svaret på spørgsmål 27 alene dihydroergotamine eller gælder svaret ergotaminer i almindelighed?

(b) Er Retslægerådet uenig i konklusionerne i Prescrire International December 2002, vol. 1 no. 62, p. 186 (Fibrosis due to ergot derivatives), hvorefter ergotaminer brugt mod migræne kan være årsag til mitralinsufficiens. I bekræftende fald ønskes en nærmere redegørelse herfor med henvisning til relevante rapporter og lægefaglig litteratur.

(c) Er Retslægerådet uenig i konklusionerne i Stephen E. Kimmel et al (The American Journal of Cardiology, Vol. 84, August 1, 1999, p. 304) når der anføres brug af ergotaminer som mulig alternativ skadesårsag til hjerteklapfejl hos patienter, der bruger Dexfenfluramin. I bekræftende fald ønskes en nærmere redegørelse herfor med henvisning til andre relevante rapporter eller lægefaglig litteratur.

(d) Retslægerådet oplyser ikke at være bekendt med, at der skulle foreligge rapporter over en sammenhæng mellem indtagelse af dihydroergotamin og klapfejl. Har Retslægerådet taget f.eks. følgende artikler i betragtning 1- Creutzig A. Ergotamin-induzierte Herzklaappenfibrosierung und koronarmikroangiopathie? Dtsch Med

Wochenschr 1992; 118 : 136, 2- Faber L. Ergotamin-induzierte Herzklappenfibrosierung. Dtsch Med Wochenschr 1993; 118 : 205, 3- Schachter M. Images in medicine. Cardiac valvulopathy. Hospital Medicine 2005; 66(4) : 228.?

(e) Kan Retslægerådet udelukke, at indtagelsen af dihydroergotamin er årsagen til As hjerteklapfejl i betragtning af tidspunkterne for As indtagelse af dihydroergotamin, jf. vedlagte oversigtsbilag?

(f) Såfremt Retslægerådet ikke kan udelukke, at dihydroergotamin er årsagen til As hjerteklapfejl, ønskes det oplyst, om det fortsat er Retslægerådets vurdering, at det næppe er sandsynligt at der er nogen sammenhæng.

Ad (a):

Lægemidler af ergotamin-familien er under mistanke for at kunne inducere fibrose, herunder også fibrose i hjertet. De videnskabelige data, der er tilgængelige for stoffet dihydroergotamin, er ikke tilstrækkelige til at afgøre, hvorvidt der er en sikker årsagssammenhæng mellem dihydroergotamin og udviklingen af hjerteklapsygdom.

Ad (b):

Prescrire International publicerer oversigter og informationsartikler, som er beregnet på at vejlede læger i brug af lægemidler. I videnskabelig sammenhæng rangerer den videnskabelige evidens meget lavt. De videnskabelige data, der er fremført for stoffet dihydroergotamin er ikke tilstrækkelige til at afgøre, hvorvidt der er en sikker årsagssammenhæng mellem dihydro-

ergotamin og udviklingen af hjerteklapsygdom.

Ad (c):

Kimmels artikel (Am J Cardiol 84:304,1999) beskriver en enkelt patient med hjerteklapfejl, som har været eksponeret for ergotamin, og en sammenhæng må betragtes som en uafklaret hypotese.

Ad (d):

De fremførte artikler (Creutzig A Deutsch Med Wochenschr 1992, 118:136 og Schachter M Hospital Medicine 66:228, 2005) er begge videnskabelige korrespondancer uden originale data og dermed uden videnskabeligt bidrag til at be- eller afkræfte de opstillede hypoteser.

Ad (e-f):

As problemer med hjertet blev første gang konstateret den 04.12.91. A fik ordineret dihydroergotamin i perioden den 16.11.90 til den 21.04.92. A har rygning og overvægt som risikofaktorer for udvikling af degenerative sygdomme, herunder hjerteklaplidelse.

Der findes ikke videnskabelige data som med større sikkerhed kan afklare hypotesen, om dihydroergotamin kan være årsag til udvikling af hjerteklaplidelse. Da As hjerteklaplidelse er påvist efter udsættelsen for dihydroergotamin kan det ikke udelukkes, at denne kan skyldes dihydroergotamin, men i betragtning af, at det ikke er afklaret, om dihydroergotamin kan være årsag til hjerteklaplidelse, og da der er multiple andre mulige årsager til hjer-

teklaplidelse, må det anses for mindre sandsynligt, at dihydroergotamin kan være årsag til As hjerteklappidelse.”

Anbringender

Parterne har i det væsentlige gentaget deres anbringender for landsretten om defekt, udviklingsskade og årsagssammenhæng.

Servier Danmark har vedrørende spørgsmålet om forældelse anført, at As krav om erstatning er forældet efter den dagældende § 14 i lov om produktansvar. Denne lov finder kun anvendelse, såfremt det produkt, der har forvoldt skade, er bragt i omsætning af producenten efter lovens ikrafttræden, jf. lovens § 17, stk. 2. Overgangsbestemmelsen må forstås sådan, at det afgørende for lovens anvendelse er tidspunktet, hvor det enkelte produkt, der har forvoldt den konkrete skade, er bragt i omsætning. Det kan ikke være afgørende, hvornår Isomeride som generisk produkt blev bragt i omsætning i Danmark første gang, hvilket skete den 15. juni 1987. A har indtaget Isomeride både før og efter lovens ikrafttræden den 10. juni 1989. Det må imidlertid antages, at den skade på As hjerteklapper, som Isomeride eventuelt måtte have forårsaget, i givet fald ikke er forårsaget af de to ordinationer, der skete forud for den 10. juni 1989, men af produkter, der er bragt i omsætning senere.

Kravet må herefter anses for at være forældet efter den 3-årige forældelsesfrist i § 14 i produktansvarsloven. Forældelsesfristen begyndte at løbe, da

A fik eller burde have fået kendskab til skaden/defekten og til vedkommende producents navn eller opholdssted. Hun fik kendskab til skaden senest i 1993, hvor hun blev opereret, og den 18. december 1997 under en konsultation hos sin læge fik hun oplysning om en mulig sammenhæng mellem hendes hjertesygdom og indtagelsen af Isomeride. Producentens navn og opholdssted var hende bekendt fra emballagen til Isomeride. Forældelsesfristen var således udløbet, da A indgav stævning i sagen den 27. december 2000.

A har hertil anført bl.a., at hendes krav ikke kan anses for at være forældet efter § 14 i lov om produktansvar. Det må vedrørende spørgsmålet om forældelse lægges til grund, at det generiske produkt Isomeride blev markedsført fra den 15. juni 1987, og at produktet hele tiden har været behæftet med den defekt, der er beskrevet af Retslægerådet. Isomeride er således bragt i omsætning, før loven om produktansvar trådte i kraft den 10. juni 1989. Det følger heraf, at forældelsesspørgsmålet ikke skal afgøres efter produktansvarsloven, men efter reglerne i 1908-loven om forældelse.

Subsidiært har A anført, at kravet ikke kan anses for forældet efter produktansvarslovens § 14, fordi den 3-årige forældelsesfrist først begyndte at løbe fra marts 1998, hvor hun fik tilstrækkelige oplysninger om producenten og producentens adresse til at kunne anlægge sagen.

Højesterets begrundelse og resultat

Efter § 17, stk. 2, i lov om produktansvar gælder loven ikke, såfremt det produkt, der har forvoldt skade, er bragt i omsætning af producenten inden lovens ikrafttræden. Overgangsbestemmelsen må under henvisning til definitionen af begrebet produkt i § 3 forstås således, at det afgørende er, om det enkelte produkt er bragt i omsætning efter lovens ikrafttræden. Lov om produktansvar finder derfor anvendelse på de præparater, der er bragt i omsætning efter lovens ikrafttræden den 10. juni 1989.

Isomeride, der indeholder dexfenfluramin, var et godkendt lægemiddel, der siden 1985 og indtil tilbagekaldelsen i september 1997 var blevet solgt i en række lande. Efter Retslægerådets besvarelse af navnlig spørgsmålene 29 a og b og 30 c kan der med rimelig videnskabelig sikkerhed antages at være en sammenhæng mellem indtagelse af dexfenfluramin og udviklingen af hjerteklapsygdomme for grupper af patienter. Efter besvarelsen af navnlig spørgsmålene 1, 28 og 29 c må det imidlertid lægges til grund, at der ikke i tiden forud for august 1997 forelå oplysninger, der med rimelig sikkerhed skabte videnskabelig mistanke om en sådan sammenhæng. Højesteret finder det herved godtgjort, at det på grundlag af den objektive videnskabelige og tekniske viden på det mest avancerede niveau ikke før dette tidspunkt var muligt at opdage defekten ved Isomeride.

Servier Danmark A/S har herefter ført bevis for, at der foreligger en udviklingsskade, som producenten

ikke er ansvarlig for, hverken efter produktansvarslovens § 7, stk. 1, nr. 4, eller efter det i retspraksis udviklede produktansvar. Da Servier Danmark endvidere ikke har udvist selvstændigt ansvarspådragende forhold, er der således ikke grundlag for at pålægge selskabet erstatningspligt over for A.

Højesteret bemærker i øvrigt, at der efter Retslægerådets besvarelse af navnlig spørgsmål 30 a-c og 32 e og f er flere mulige årsager til As hjerteklaplidelse.

Højesteret tager herefter Servier Danmarks påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne for landsret og Højesteret er fastsat til 204.000 kr., heraf som følge af sagens udfald, karakter og omfang til 200.000 kr. til dækning af advokatudgift og 4.000 kr. til dækning af retsafgift for Højesteret.

Thi kendes for ret:

Servier Danmark A/S frifindes”.

Kommentar

Højesteret frifinder Servier Danmark A/S for erstatningspligt, til trods for at Højesteret er enig med Retslægerådet i, at der med rimelig videnskabelig sikkerhed kan antages at være en sammenhæng mellem indtagelse af dexfenfluramin og udviklingen af hjerteklapsygdom for en række patienter. Begrundelsen er, at Servier Danmark A/S på tidspunktet, hvor de lancerede stoffet dexfenfluramin, ikke var bekendt med, at der var en årsagsmæssig sammenhæng mellem indtagelse af

stoffet og udviklingen af hjerteklapsygdom. Denne viden erkendes først i 1997, hvorefter Servier Danmark A/S trækker stoffet tilbage. Det centrale spørgsmål i sagen er, hvornår sammenhængen mellem dexfenfluramin og hjerteklapfejl blev erkendt. Selv om dette forhold uddybes ved besvarelsen af spørgsmål 28 og 29, så havde Retslægerådet allerede ved besvarelsen af spørgsmål 1 fastslået dette: ”I 1997 rapporteredes for første gang en sammenhæng ...” og igen i besvarelsen af spørgsmål 6: ”slankemidlerne blev mistænkt for at kunne medføre pulmonal hypertension i 1990’erne og den første og helt centrale videnskabelige rapport fremkom i 1997...”. Forklaringen på det vidt forskellige udfald skal måske søges i det forhold, at domstolene selvstændigt foretager en bevisvurdering af samtlige foreliggende oplysninger, og i dette tilfælde endog en forskellig bevisvurdering af rådets besvarelse af spørgsmål 1 og 6.

Her kan Retslægerådet muligvis have bidraget til en uklarhed om, hvornår sammenhæng mellem dexfenfluramin og hjerteklapsygdom blev erkendt, ved at inddrage sygdommen pulmonal hypertension i sit svar på spørgsmål 6 (”slankemidlerne blev mistænkt for at kunne medføre pulmonal hypertension i 1990’erne...”), jævnfør det supplerende uddybende spørgsmål 29.

Retslægerådet bliver af og til anmodet om at give litteraturreferencer, hvilket rådet generelt er tilbageholdende med, idet det kan give anledning til fortolknings- og forståelsesmæssige proble-

mer, som uvægerligt afføder supplerende spørgsmål. Dette illustreres også i den aktuelle sag, hvor parterne, både for landsret og højesteret, i flere omgange udbad sig litteraturreferencer til belysning af sammenhængen mellem dexfenfluramin og hjerteklapsygdom.

Retslægerådet afgiver lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn. Disse skøn foretages af erfarne læger ud fra principperne om den bedste evidens, det vil sige på baggrund af de bedste videnskabelige undersøgelser og forsøg. Da der offentliggøres mere end 1 mio. artikler årligt, er det nødvendigt med rangklasser for evidensstyrken i de videnskabelige rapporter og artikler. Højest rangeret og mest pålidelig er publicerede resultater af randomiserede kliniske undersøgelser, eller endnu bedre metaanalyser, hvor resultatet af flere randomiserede undersøgelser er analyseret samlet. Herunder rangerer studier, hvor man i større eller mindre omfang har været i stand til at kontrollere bias og confoundere, som potentielt kan forvride konklusionerne, der kommer ud af en undersøgelse.

Der vil langtfra altid findes videnskab på højeste evidensniveau, hvorfor den erfarne læge må basere sit skøn på det næstbedste. Her er det vigtigt at vurdere pålideligheden af den eksisterende litteratur, og hvis de forskellige undersøgelseres resultater strider mod hinanden – hvad de ofte gør - foretage en afvejning. I denne situation følges alment anerkendt praksis som defineret af nationale retningslinjer, guidelines og lignende.

Dødsfald i tilslutning til anholdelse – Retslægerådet udtaler sig alene om lægevidenskabelige og farmaceutiske spørgsmål og foretager ikke bevisvurderinger

En 21-årig mand (A) gik amok ved en byfest 14.06.02 og blev fastholdt. Tilkaldt politi lagde ham i håndjern og transporterede ham bort i en politibil, hvor han på ny blev voldsom. Han blev taget ud af bilen og lagt på jorden i maveleje og fastholdt ved greb i armen og blev forgæves forsøgt lagt i manuel benlås. Herunder blev han livløs, og håndjernene blev fjernet. Betjentene mente, han havde puls og foretog ikke genoplivningsforsøg. Ved redningskorpsets ankomst var han død. Sagen, som gav anledning til en omfattende og langvarig medieomtale, blev forelagt Retslægerådet flere gange, herunder med en række spørgsmål af juridisk (bevismæssig) karakter som rådet afviste at besvare. Rådet udtaler sig alene på grundlag af en sags lægelige akter, men inddrager ikke vidneudsagn mv. i de lægevidenskabelige skøn. Det er rettens opgave at foretage bevisvurderinger og at vægte de lægelige oplysninger med en sags øvrige aspekter til brug for afgørelsen. (J. nr. 50E/E4-02488-2008)

Da dødsfaldet var sket, mens A var i politiets varetægt, iværksatte Statsadvokaten en undersøgelse med afhøringer og retslægelig obduktion.

Ved obduktionen fandtes en overvægtig (130 kg) ung mand. Han havde mørke ligpletter, enkelte punktformede blødninger i øjnenes bindehinder, flere hudafskrabninger og en blodudtrædning på et lår efter et formodet knippelslag. Der var ingen læsioner på/i halsen eller i brystvæggen. Ved retskemisk undersøgelse påvist en alkoholkoncentration i blodet hos A på 1,83 ‰ og i urin på 2,30 ‰. Der var reaktion for cannabinoider (hash) i

urinen, men der blev ikke påvist andre euforiserende stoffer eller lægemidler.

Det blev konkluderet, at dødsårsagen ikke var sikkert klarlagt, men det oplyste sammenholdt med obduktionsfundene tydede mest på akut hjertesvigt udløst af voldsom fysisk aktivitet (hyperexitation) i forbindelse med indtagelse af alkohol og hash, maveleje og overvægt.

Statsadvokaten fandt på basis heraf, at der ikke var rimelig formodning om, at der var begået et strafbart forhold eller kritisabel adfærd fra politiets side. Rigsadvokaten tiltrådte statsadvokatens afgørelse.

I en TV udsendelse 2 år senere blev der sat spørgsmålstegn ved statsobducentens konklusion om dødsårsagen. Statsadvokaten genoptog herefter undersøgelsen og forelagde sagen for Retslægerådet, hvor eksperter indenfor retsmedicin, kardiologi og anæstesiologi besvarede en række spørgsmål fra statsadvokaten og advokater vedrørende dødsårsag, tolkning af obduktionsfund, mulig anvendelse af fikseret benlås, udeladelse af genoplivning m.v.

Der blev både fra statsadvokaten og fra advokater, der repræsenterede familie og polititjenestemænd stillet spørgsmål til Retslægerådet. De blev besvaret 14.02.05

Statsadvokatens spørgetema:

Spørgsmål 1a:

Kan dødsårsagen være akut hjertestop som følge af en hyperexcitationstilstand, som anført i obduktionserklæringen?

Efter Retslægerådets vurdering er det på baggrund af de fremsendte lægelige bilag ikke muligt at fastslå den endelige dødsårsag. Der er imidlertid holdpunkter for at antage, at A's uventede hjertestop skyldtes en kombination af voldsom fysisk aktivitet sammen med indtagelse af alkohol og cannabis og iltmangel forårsaget af en hæmmet vejtrækning på grund af A's lejring på maven med armene fikseret på ryggen. Til grund for denne vurdering lægger Retslægerådet oplysninger og fund i obduktionserklæringen samt supplerende retskemiske undersøgelser.

Spørgsmål 1b:

Kan dødsårsagen være kvælning som følge af iltmangel?

I obduktionserklæringen er der ingen holdpunkter for, at A er død af kvælning, men det kan ikke udelukkes, at iltmanglen har været medvirkende årsag til udløsning af hjertestoppet. Til grund for denne vurdering lægger Retslægerådet oplysninger om, at A var en adipøs, kraftigt overvægtig person, som i en periode lå på maven med armene fikseret på ryggen. Herved vanskeliggøres respirationen, samtidig med at mavefedtet skubbes opad i bughulen, hvilket kan nedsætte hjertets tilløb af blod og mindske lungernes rumfang og dermed funktion. Hertil kommer, at den nedsatte vejtrækning er særlig farlig for en hyperaktiv person, der har et øget iltforbrug og en udtrættet muskulatur. A's kredsløb var samtidig påvirket af alkohol og cannabis. Alkohol virker karudvidende og øger vandladningen. Cannabis sænker blodtrykket og øger hjertefrekvensen (takykardi).

Spørgsmål 1c:

Hvad må dødsårsagen mest sandsynligt antages at være?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1a.

Spørgsmål 2:

Er der efter oplysningerne i obduktionserklæringen fundet tegn på, at afdøde har været udsat for anden magt eller vold end den beskrevne i forklaringerne?

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse, men henviser til det lægelige materiale, i dette tilfælde obduktionserklæringen af 16.06.02.

Spørgsmål 3a:

Er der tegn på, at afdøde har været lagt eller forsøgt lagt i benlås (se beskrivelsen i "Politiets selvforsvarsgreb og teknikker", bilag 62)?

Spørgsmål 3b:

Er der tegn på, at afdøde har været lagt eller forsøgt lagt i fixeret benlås, jf. beskrivelsen heraf i obduktionserklæringen, bilag 18, side 30?

Ad spørgsmål 3a og 3b:

Ud fra obduktionserklæringen kan Retslægerådet ikke afgøre, om A er forsøgt lagt i benlås eller fikseret benlås.

Spørgsmål 4:

Er der tegn på, at afdøde har været udsat for tryk mod ryggen og i bekræftende fald kan man da udtale sig om styrken eller varigheden af et sådant tryk?

Den første del af spørgsmålet kan besvares ud fra obduktionserklæringen, hvori det udtales, at der ikke er påvist synlige følger efter tryk eller lignende mod selve ryggen. Den sidste del af spørgsmålet, som i øvrigt er hypotetisk, falder herefter væk.

Spørgsmål 5a:

Hvorledes tolker Retslægerådet oplysningerne om urinafgang og blåfarvning af hoved og overkroppen?

Urinafgang, blåfarvning af hovedet og overkroppen kan ses i forbindelse med hjertestop.

Spørgsmål 5b:

Hvorledes tolker Retslægerådet oplysningerne fra NN om, at han mener, at A under behandlingen fik pænere farver, end da han blev optaget på båren?

Retslægerådet foretager en bedømmelse ud fra lægelige oplysninger.

Spørgsmål 5c:

Hvad er urinafgang tegn på?

Iltmangel i hjernen.

Spørgsmål 6:

Er de fund, der er gjort under obduktionen, forenelige med de forklaringer i det oprindelige sagsmateriale, der er afgivet af politiasistent NN (bilag 8) og politiassistent NM (bilag 9) om forløbet frem til, at A bliver bevidstløs eller livløs?

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse.

Spørgsmål 7:

Hvis det lægges til grund, at A bliver bevidstløs inden døden indtræder, hvor længe må en sådan bevidstløshed antages at have varet, inden døden indtrådte?

Spørgsmålet er hypotetisk og uklart formuleret og kan ikke besvares. Generelt kan det oplyses, at bevidstløshed indtræder i løbet af 5-10 sekunder efter indtræden af hjertestop.

Spørgsmål 8:

Kan politiassistenternes forklaring om, at de mente at mærke puls være rigtig?

Det kan være vanskeligt at føle puls hos en person med kraftig adipøs underarm, og det er ikke ualmindeligt, at lægfolk forveksler deres eget pulsslæg i fingrene med den undersøgtes eventuelle manglende puls.

Spørgsmål 9a:

Kan politiassistent NM's forklaring jf. bilag 9 i det oprindelige sagsmateriale om, at han mente at se den anholdtes brystkasse hæve sig nogle gange være rigtig?

Spørgsmål 9b:

Kan politiassistent NM's forklaring jf. bilag 18, side 2, 5. afsnit i det nye sagsmateriale om, at afdødes brystkasse efter NM's vurdering havde hævet sig under det meste af forløbet indtil ambulancen kom være rigtig?

Ad spørgsmål 9a og 9b:

Det kan være vanskeligt for ikke fagfolk at afgøre, om brystkassen på en adipøs person, som ligger på maven, bevæger sig.

Spørgsmål 10:

Er de fund, der er gjort under obduktionen, forenelige med de forklaringer, der er afgivet af politiassistenterne NN (bilag 8 i det oprindelige sagsmateriale og bilag 17 i det nye sagsmateriale) og NM (bilag 9 i det oprindelige sagsmateriale og bilag 18 i det nye sagsmateriale) og politiassistenterne MM og MN (bilag 2 i det oprindelige sagsmateriale og bilag 19 i det nye sagsmateriale) om forløbet efter at afdøde blev livløs og indtil ambulancen kom?

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse.

Spørgsmål 11:

Hvad er relevant førstehjælp til en person, der liggende på maven iført håndjern under anholdelse bliver bevidstløs eller livløs?

Spørgsmålet er af generel karakter og besvares derfor normalt ikke af Retslægerådet, men måske kan summarisk forklaring hjælpe.

Hjertestop er en klinisk diagnose og stilles på baggrund af pludseligt indsettende bevidstløshed (livløs), ophørt respiration og ophævet pulsation i de store pulsårer.

Den relevante førstehjælp til en person, der liggende på maven iført håndjern under anholdelse bliver livløs, er at konstatere, om det drejer sig om hjertestop, det vil sige er den pågældende person også respirations- og pulsløs. Er det tilfældet, fjernes håndjernene, og der startes førstehjælp, der skal sikre frie luftveje. Patienten lægges på ryggen, og hovedet bøjes bagover ved forsigtigt tryk med flad hånd mod panderegionen, hvorved hagen hæves. Dette muliggør inspektion af mund og øvre svælgrum, og eventuelle fremmelegemer fjernes. Herefter søges respirationen genetableret ved mund til næse, eventuelt mund til mund ventilation. Ekstern hjertemassage udføres ved kompression af brystben og brystvæg med den ene håndflade over nedre del af brystbenet med håndroden af den anden hvilende på håndryggen af den nederste hånd. Basal genopliv-

ning består i 15 kompressioner og 2 ventilationer osv. Der fortsættes, indtil ambulancefolk kommer til stede og starter avanceret genoplivning.

Spørgsmål 12:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgetema fra advokat TK, der repræsenterede en af de i sagen involverede polititjenestemænd:

Spørgsmål A:

Det fremgår af sagens bilag, at afdøde forinden indtransporten havde gjort voldsom modstand mod at blive anholdt, samt der måtte anvendes betydelig magt for at overmande ham og ilægge ham håndjern.

Idet det må formodes, at den overfor beskrevne adfærd fra afdødes side har påført denne endog særdeles voldsomme fysiske kraftanstrengelser, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt den foran beskrevne situation kan antages at have haft betydning for den senere indtræden af døden.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1a fra Statsadvokaten.

Spørgsmål B:

Der foreligger ikke aktuelle oplysninger om afdødes fysiske tilstand. Der foreligger imidlertid oplysninger om, at afdøde har været særdeles overvægtig. Det ønskes derfor oplyst, hvorvidt denne særdeles stærkt overvægtige tilstand i sig selv efter Retslægerådets opfattelse kan have haft betydning for dødens indtræden.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål C:

I det foreliggende materiale er der fremkommet forskellige oplysninger om fysiske forhold vedrørende afdøde, såsom sukkersyge, smerter i brystet, blod i urin og/eller afføring samt flere andre i det foreliggende materiale beskrevne symptomer. Retslægerådet bedes gennemgå alt foreliggende materiale vedrørende beskrivelse af foreliggende symptomer og udtale sig om, hvorvidt disse kan have haft indflydelse på dødens indtræden.

Der foreligger ingen lægelige oplysninger om betydningen af eventuelle sygdomme forud for A's hjertestop. Retslægerådet kan derfor ikke besvare spørgsmålet.

En hyppig årsag til hjertestop er en blodprop i hjertet på grund af forsnævring i hjertets kranspulsårer. Det er anført i dødsattesten, at A i dagene hen mod nuværende havde klaget over brystsmerter. Ved obduktionen af hjertet fandtes moderat åreforkalkning af kranspulsårerne, men ingen forsnævring eller tegn på blodpropper. Retslægerådet anser derfor denne mulighed som årsag eller medvirkende årsag til A's død som usandsynlig.

Spørgsmål D:

Det er i sagen oplyst, at afdøde under transporten foretog diverse voldsomme udfald, ligesom afdøde formentlig i liggende tilstand har sparket en rude ud af patruljebilen. Det ønskes oplyst, hvorvidt disse fysiske aktiviteter fra afdødes side kan have medvirket til, ikke mindst henset til, at afdøde var ilagt håndjern, at afdøde er afgået ved døden umiddelbart herefter.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmålene 1a og 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål E:

De i sagen implicerede polititjenestemænd har i forbindelse med afhøringen oplyst, at afdøde i forbindelse med anholdelsen i byen T formentlig på grund af fysiske anstrengelser blev meget rød i hovedet og svedte ganske voldsomt. Denne tilstand fortsatte frem til det tidspunkt, hvor de implicerede polititjenestemænd tog afdøde ud af patruljebilen. De tilkaldte ambulancefolk har forklaret, at de efter at have fået afdøde hen i ambulancens arbejdslys kunne konstatere en blåfarvning i afdødes ansigt. Der spørges derfor om, hvorvidt ikke uddannede lægelige personer i mørke kan se forskel på en formentlig rødfarvning i ansigt som følge af store fysiske anstrengelser sammenholdt med en mulig blåfarvning, der efterfølgende konstateres i ambulancens arbejdslys.

Spørgsmålet er af generel karakter og kan ikke besvares af Retslægerådet.

Spørgsmål F:

I Statsadvokatens spørgsmål til Retslægerådet, spørgsmål 3a og 3b, spørger Statsadvokaten om, hvorvidt afdøde har været "forsøgt lagt i benlås" jf. spm. 3a og "forsøgt lagt i fikseret benlås" jf. spørgsmål 3b. Såfremt Retslægerådet mener sig i stand til at udtale sig om disse mulige forsøg, forventer jeg en særdeles veldokumenteret besvarelse fra Retslægerådets side, eftersom spørgsmålene efter min opfattelse fremtræder som diffuse.

På baggrund af de lægelige oplysninger kan Retslægerådet ikke udtale sig om, hvorvidt der er forsøgt benlås eller fikseret benlås.

Spørgsmål G:

Efter min opfattelse sammenblander Statsadvokaten på betænkelig måde indholdet af forklaring, afgivet af mine klienter, med Statsadvokatens efter min opfattelse ikke særligt præcise spørgsmål til Retslægerådet, jf. herunder bl.a. Statsadvokatens spørgsmål 6.

Jeg går derfor ud fra, at Retslægerådet på et videnskabeligt grundlag skal være 100% sikker på at kunne forkaste mine klienters forklaring som værende i modstrid med min klienters til rapporten gængsne forklaring sammenholdt med de objektivt konstaterbare kendsgerninger, som Retslægerådet på det foreliggende grundlag mener sig i stand til at lægge til grund. Jeg sigter herved primært til Statsadvokatens spørgsmål 8 og 9.

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse. Der henvises til besvarelserne af spørgsmålene 8 og 9 fra Statsadvokaten.

Spørgsmål H:

I Statsadvokatens spørgsmål 11 spørges der, hvad der er relevant førstehjælp til en person, der liggende på maven iført håndjern under anholdelse bliver bevidstløs eller livløs. Ved dette spørgsmåls besvarelse forventer jeg, at Retslægerådet redegør for den mulige forskel, som den utrænede iagttager kan gøre sig i relation til, hvorvidt en person enten er bevidstløs eller livløs.

Samtidig ønskes det oplyst, hvilke sikre kendetegn en utrænnet person kan lægge til grund ved vurderingen af, hvorvidt en person enten er bevidstløs eller livløs. I den forbindelse ønskes det oplyst, hvorvidt tidsfaktoren i denne sammenhæng kan tillægges betydning,

herunder med henblik på for den utrænede person at konstatere, hvilken form for førstehjælp den pågældende person skal gives.

Spørgsmålet er af generel karakter, men der henvises til besvarelsen af spørgsmål 11 fra Statsadvokaten.

Spørgetema fra advokat CB, der repræsenterede den anden af de involverede polititjenestemænd:

Spørgsmål 1:

Af afhoringsrapport af 12. marts 2004 fremgår det, at politiassistent NM blandt andet forklarer, at han så "A's brystkasse bevægede sig" under "det meste af forløbet indtil ambulancen kom".

Jeg opfatter politiassistentens udtalelse om den omstændighed, at brystkassen "bevægede sig" således, at han har observeret, at nu afdøde har trukket vejret under det meste af forløbet, indtil ambulancen ankom.

Jeg skal anmode om, at Retslægerådet tager stilling til, hvorvidt ovennævnte udtalelse fra politiassistent NM stemmer overens med de iagttagelser, som er gjort af ambulancepersonalet, som kom til stede, og som fremgår af en skrivelse af 12. november 2003 fra Falcks Redningskorps (bilag 8). Om disse iagttagelser er der i skrivelsen blandt andet anført: "Tilstanden ved ambulancens ankomst er beskrevet således: "Blåfarvning (cyanose), ophørt åndedræt (respirationsstop), bleghed, kold-klam hud, hjertestop, store lysstive pupiller på begge sider (tegn på at hjernen er svært medtaget).

Særligt ønskes det, hvis det er muligt, fra Retslægerådet oplyst, hvor længe det må

antages, at en person i den tilstand, som nu afdøde blev forefundet i af ambulancefolkene, har været uden vejrtrækning.

Journalist XX, som deltog i produktionen af "Under anklage – Magtens billeder" har fra en læge fået oplyst, at diagrammet i bilag 8a skulle antyde, at personen har været død i et længere tidsrum på dette tidspunkt, hvor ambulancefolkene indledte behandlingen, der er beskrevet i diagrammet. Særligt er det gjort gældende, at den omstændighed, at stregen er meget lige i den periode, der benævnes "før stød", tyder på, at patienten har været død i længere tid. Såfremt dødsfaldet havde været indtrådt kort tid før behandlingens iværksættelse, skulle stregen i feltet "før stød" have vist små udsving – såkaldt – "hjerteflimmer".

Retslægerådet anmodes om at be- eller afkræfte, hvorvidt det af diagrammet kan udledes, at nu afdøde har været død i et længere tidsrum. Det bedes så vidt muligt oplyst, hvor lang tid nu afdøde må forventes at have haft hjertestop, da behandlingen blev sat i værk.

Der er ingen lægelige oplysninger, som kan danne baggrund for, at Retslægerådet kan svare på første del af spørgsmålet.

Fra Falcks Redningskorps foreligger kopi af EKG-strimler dateret den 15.06.02. De viser alle manglende elektrisk aktivitet (asystoli). De viser også, at der er givet 3 strømstød henholdsvis kl. 23.19.54, kl. 23.20.11 og kl. 23.20.42. Alle er uden effekt.

EKG i perioden 23.19.54 til 23.20.42 er forenelig med hjertestop, men Retslægerådet har ikke lægeligt materiale til at kunne udsige noget om varigheden af hjertestoppet forud for optagelsen af EKG. Varigheden kan ikke udledes af EKG.

Spørgsmål 2:

Vedlagt finder statsadvokaten en kopi af artiklen ”Pludselig dødsfald i forbindelse med anholdelse og tvangsfiksering af voldsomt ophidsede personer” gengivet i Nordisk Retsmedicin, nr. 1/2, 2003, side 1-48. Forfatterne beskriver i anonymiseret form obduktionen af A og konkluderer blandt andet på s. 14, 3. spalte, øverst, at ”Der var en tidligt indsættende forrådnelse, tydende på en høj legemstemperatur, måske som følge af hypertermi og adipositas”.

Af obduktionserklæringens s. 3, øverste afsnit, skulle blandt andet følgende fremgå: ”Der er i litteraturen beskrevet flere tilfælde i tilslutning til anholdelse og med anbringelse i maveleje, oftest i såkaldt fikseret benlås (bagbinding med anklerne fikseret til hænder og håndjern). En sådan tilstand medfører ofte forhøjet temperatur, hvilket kan forklare den tidligere forrådnelse”.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det har sin rigtighed, at den hos A konstaterede ”tidligt indsættende forrådnelse” kan have tydet på en ”høj legemstemperatur”, som kan være forårsaget af, at denne under anholdelsen har været anbragt i maveleje i såkaldt fikseret benlås eller eventuelt i såkaldt ”manuel benlås”.

Det skal særligt fremhæves, at politiassistent NM i sagens bilag 50, s. 2, over midten,

skulle have udtalt følgende under en telefonsamtale: ”Så var vi nødt til at holde ham trykket ned... og en benlås på ham” – ifølge det oplyste udtalt i forlængelse af hændelsen.

Retslægerådet er enig i, hvad der er anført i obduktionserklæringen, at den tidligt indsættende forrådnelse kan tyde på, at afdøde forud kan have haft forhøjet legemstemperatur. De tilgængelige dokumenter tillader ingen lægefaglig vurdering af de mulige årsager hertil.

Spørgsmål 3:

Politifolkene har under sagen fastholdt, at de mener, at de mærkede ”puls” hos nu afdøde. Er det sandsynligt, at politifolkene har mærket deres egen puls?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 8 fra Statsadvokaten.

Spørgsmål 4:

I obduktionserklæringens s. 2, 6. afsnit, konkluderes det, at den såkaldte ”hyperexcitationstilstand”, som nu afdøde skulle have befundet sig i på dødstidspunktet, ”muligt” hænger sammen med ”indtagelse af ecstasy og alkohol”.

Det er efter obduktionens afholdelse konstateret, at afdøde ikke havde indtaget ecstasy men kun alkohol. Dog skulle der være fundet ”cannabinoider” i urinen (bilag 55).

Under det tidligere omtalte tv-program gjorde en overlæge gældende, at hash og alkohol sammenblandet slover en person frem for at opkvikke/ophidse denne.

Retslægerådet bedes oplyse, om en såkaldt ”hyperexcitationstilstand” normalt kan

forekomme hos personer, der har indtaget alkohol og hash og ikke andre euforiserende stoffer, eller om denne tilstand i mindre grad ville kunne forekomme hos sådanne personer, end hos personer der ikke har indtaget alkohol eller hash?

Spørgsmålet er af generel karakter. Der kan dog henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 fra Statsadvokaten.

Spørgsmål 5:

Udtalelserne fra professor XY i ovennævnte tv-udsendelse forstår jeg således, at det ikke kan påvises, at en person har været i en "hyperexcitationstilstand", efter at denne person er afgået ved døden. Retslægerådet bedes udtale sig om, hvorvidt det er muligt under en obduktion at konstatere, at afdøde befandt sig i en "hyperexcitationstilstand" på dødstidspunktet.

Retslægerådet er enig i obduktionserklæringen, hvori det konkluderes, at dødsårsagen ikke helt er klarlagt. En del af spørgsmålet har karakter af juridisk bevisbedømmelse, som Retslægerådet ikke besvarer, men der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 fra Statsadvokaten.

Spørgsmål 6:

Er det muligt alene på grundlag af en obduktion af et lig at konstatere, at den afdøde befandt sig i en "hyperexcitationstilstand", da den pågældende afgik ved døden, eller bygger konklusioner om, at en person befandt sig i en sådan tilstand på dødstidspunktet, helt eller delvist på andres (for eksempel politifolks) forklaringer om den afdødes forhold/adfærd forud for dødstidspunktet.

Der henvises til foranstående besvarelse af spørgsmål 5.

Spørgsmål 7:

Overlæge YY, skulle i dagspressen have udtalt, at han ikke har kunnet finde fortilfælde af personer, som skulle være døde som følge af en "hyperexcitationstilstand" i hele verden. Retslægerådet bedes oplyse, om der efter rådets opfattelse forekommer fortilfælde. Hvis rådet besvarer dette spørgsmål bekræftende, bedes rådet oplyse de nærmere omstændigheder omkring disse dødsfald.

Spørgsmålet er af generel karakter, men det kan oplyses, at der i forbindelse med indtagelse af for eksempel ecstasy i sjældne tilfælde er set en tilstand af hyperexcitation, som hos yngre personer har medført hjertestop.

Spørgsmål 8:

I Østre Landsretssagen B-1568-92, HH mod Politidirektøren i København har Retslægerådet den 3. august 1995 blandt andet udtalt således: "Retslægerådet finder ingen holdepunkter for den antagelse, at akut alkoholindtagelse hos en ikke alkoholiseret, rask person kan fremkalde hjertearytmier ledende til hjertestop. Ligeledes er der ingen holdepunkter for den antagelse, at fysisk aktivitet spiller en rolle i den sammenhæng". Denne udtalelse forstår jeg således, at rådet mener, at dødens indtræden i den pågældendes tilfælde ikke kan forklares alene som følge af fysisk aktivitet kombineret med alkoholindtagelse.

Rådet bedes oplyse, om det samme gør sig gældende i A's tilfælde?

Jeg har ikke kunnet nå at formulere ovennævnte spørgsmål inden udlobet af den meget korte frist, som Statsadvokaten har fastsat i sin skrivelse af 1. april, blandt andet fordi påsken har ligget i perioden.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 fra Statsadvokaten.

Spørgetema fra advokat TT, der repræsenterede afdødes moder:

Spørgsmål I:

Finder Retslægerådet det sandsynligt, at bagbinding af armene på ryggen af en svært overvægtig person (136 kg) medfører vejrtrækningsbesvær? Hvis det efter vidneudsagn fremgår, at A's arme havde svært ved at nå sammen bag på ryggen, hvad ville dette så betyde for hans vejrtrækning henholdsvis stående, siddende på bagsædet af en bil og liggende i bugleje?

Spørgsmålet er af generel karakter og kan ikke besvares af Retslægerådet. Der henvises i øvrigt til besvarelse af spørgsmål 1a fra Statsadvokaten. Sidste del af spørgsmålet er hypotetisk og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål II:

Kan Retslægerådet bekræfte, at lufthunger hos en bagbundet person kan medføre paniklignende tilstand?

Spørgsmål IIa:

Kan Retslægerådet bekræfte, at iltmangel på grund af vejrtrækningsbesvær, lufthunger og paniklignende tilstand kan medføre motorisk uro og konfusitet?

Spørgsmål IIb:

Kan Retslægerådet bekræfte, at paniklig-

nende tilstand og motorisk uro øger vejrtrækningsfrekvensen og iltbehovet?

Ad spørgsmål II, IIa og IIb:

Spørgsmålene er meget generelle. Enhver form for lufthunger og iltmangel kan udløse panik, motorisk uro og konfusitet – ligesom panik i sig selv øger vejrtrækningsfrekvens og iltbehov.

Spørgsmål III:

Kan Retslægerådet bekræfte, at lungekapaciteten og dermed luftskiftet vil blive markant påvirket af at lægge en svært overvægtig bagbundet person på maven, idet indholdet af bughulen presses op i brystkassen?

Spørgsmålet er af generel karakter. Problematikken er berørt i en del af besvarelsen af spørgsmål 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål IV:

Er det Retslægerådets opfattelse, at den i rapporten omtalte sveden kan være forårsaget af kultveiltrophobning på grund af nedsat luftskifte?

Det er Retslægerådets opfattelse, at den omtalte sveden mest sandsynlig skyldes kombinationen af voldsom fysisk aktivitet samtidig med indtagelsen af en blanding af alkohol og cannabis.

Spørgsmål V:

Kan Retslægerådet bekræfte, at EKG ved hjertestop forårsaget af hjertesygdom med stor sandsynlighed vil vise ventrikelflimmer?

Det er korrekt, at ventrikelflimmer er den hyppigst forekommende hjerterytmeforstyrrelse, som ses hos cirka 75 % af patienter med hjertestop.

Spørgsmål Va:

Kan Retslægerådet bekræfte, at hjertestop forårsaget af en hyperexcitationstilstand vil vise sig som ventrikelflimmer og ikke som asystoli?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål V. Asystoli kan også ses som en senere manifestation af et hjertestop.

Spørgsmål VI:

Kan Retslægerådet bekræfte, at EKG ved hjertestop forårsaget af iltmangel vil vise asystoli?

Nej, der henvises til besvarelsen af spørgsmål V.

Spørgsmål VIa:

Kan Retslægerådet bekræfte, at det af Falck-redderne tagne initiale EKG udviste asystoli?

Ja

Spørgsmål VII:

Kan Retslægerådet bekræfte, at punktformede blodninger i øjnenes bindehinder sandsynligvis skyldes kvælning?

I obduktionserklæringen er der ingen holdepunkter for, at A er død af kvælning. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål VIIa:

Kan Retslægerådet bekræfte, at urinafgang og sædafgang kan skyldes iltmangel?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1a og 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål VIII:

Kan Retslægerådet bekræfte, at der er opgivet forkerte dødstidspunkter både i RI's obduktionsrapport (kl. 23.16) og i dødsattesten (kl. 23.24), idet sygehuset erklærer A for død kl. 23.47?

Det er korrekt, at tidspunktet for A's død er angivet forskelligt. I Falck's rapport ankommer man til adressen kl. 23.14, hvor der konstateres hjertestop, og der påbegyndes behandling. Klokkeren 23.37 ankommer man til skadestuen, behandlingen indstilles kl. 23.47, og A erklæres for død. I obduktionserklæringen er dødstidspunktet anført til 23.16, og på dødsattesten er anført 23.24.

Spørgsmål IX:

Kan Retslægerådet bekræfte, at de i obduktionsrapporten beskrevne fund som blodninger i øjnenes bindehinder, hudens blå farve, væskeophobning i lungerne angiver, at den mest sandsynlige dødsårsag for A er kvælning?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1a og spørgsmål 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål X:

Finder Retslægerådet det sandsynligt, at obduktionsfundene som gengivet i spørgsmål IX ville kunne genfindes, dersom personen ville have været død efter et pludseligt hjertestop som f.eks. ventrikelflimmer p.g.a. hyperexcitation?

Spørgsmålet er hypotetisk og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål XI:

Kan Retslægerådet be- eller afkræfte om den begyndende forrådnelse er almindelig hos en person med A's fysiske tilstand?

Retslægerådet kan bekræfte, at tidlig begyndende forrådnelse almindeligvis kan ses hos personer med A's fysiske tilstand, idet svær overvægt fremmer forrådnelsens udvikling. Andre faktorer er høj legemstemperatur i dødsøjeblikket og opbevaring af afdøde ved en uhensigtsmæssig høj temperatur.

Spørgsmål XII:

Kan Retslægerådet bekræfte, at embedslægen i dødsattesten af 15. juni 2000 har undladt at angive dødsårsag og døds måde?

På den foreliggende kopi af dødsattest (nr. 61401) er der ikke påført dødsårsag og døds måde.

Spørgsmål XIII:

Kan Retslægerådet beskrive, hvad den fundne blodopstemning opstår af?

Blodopstemning i de indre organer opstår, når blodets tilbageløb til hjertet er nedsat eller ophævet på tidspunktet for dødens indtræden. Blodopstemning er et uspecifikt fund, der ikke siger noget sikkert om dødsårsagen.

Spørgsmål XIV:

Kan Retslægerådet beskrive, hvor længe blodet skal have haft svært ved at løbe tilbage til kroppen fra hovedet, før de punktformede blodninger i øjnene indtræder?

Der findes ingen sikre angivelser herfor. Der skal formentlig gå mindst 15-30 se-

kunder, før punktformede blodninger optræder.

Spørgsmål XV:

Finder Retslægerådet det sandsynligt, at det kan være farligt, jf. Rigspolitechefens og Politiskolens manual til selvforsvarsgreb og teknikker særligt side 96 og 98 (vedlagt) at lejre en person i håndjern i bugleje?

Spørgsmålene er af generel karakter, som Retslægerådet normalt ikke besvarer; men der kan henvises til besvarelsen af spørgsmål 1a og 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål XVa:

I bekræftende fald kan det så yderligere forværre situationen at ilægge/forsøge at ilægge en person i benlås?

Spørgsmål XVb:

I bekræftende fald kan det så yderligere forværre situationen, at ilægge/forsøge at ilægge en person i benlås?

Ad spørgsmål XVa og XVb:

Retslægerådet foretager en votering på baggrund af lægelige oplysninger, spørgsmålet falder derfor bort.

Spørgsmål XVI:

Såfremt det lægges til grund, at A allerede klokken 23.07 havde vejrtrækningsproblemer (EVA "Rapport") finder Retslægerådet det så sandsynligt, at førstehjælpsbehandling ville have afhjulpet afdødes vejrtrækningsproblemer?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan derfor ikke besvares.

Spørgsmål XVII:

I obduktionserklæringen af 17. juni 2002 anføres, at "Det bemærkes, at der ikke er påvist cirkulære mærker, tydende på en stærk tilstrømning af disse (håndjernene)". Retslægerådet bedes beskrive de mærker, som forefindes om A's håndled samt oplyse, hvad "cirkulære mærker" er. Kan Retslægerådet konkludere, at når der ikke er cirkulære mærker har A ikke haft sine ben fikseret under armene?

Der er på hvert håndled påvist en mindre hudafskrabning og på venstre håndleds rygside en tværgående fure i huden. "Cirkulære mærker" vil opstå ved tilstrammede håndjern, der vil kunne give mærker i huden ved kontaktfladen hele vejen rundt om håndleddene. Retslægerådet kan, ud fra de påviste mærker på håndleddene, ikke udtale sig om, hvorvidt benene har været fikserede under armene. (Se endvidere svar på spørgsmål F).

Spørgsmål XVIII:

Finder Retslægerådet det sandsynligt, at A under de foreliggende omstændigheder ville være afgået ved døden, hvis han ikke havde ligget på maven iført håndjernene med det dertil hørende pression, som tilføres på overkroppen?

Spørgsmålet er hypotetisk. Er delvist besvaret under spørgsmål 1a og 1b fra Statsadvokaten.

Spørgsmål XIX:

Henseende til, at advokat TK's spørgsmål H søger at opstille forudsætninger eller præmisser for Retslægerådets besvarelse af Statsadvokatens spørgsmål 11, bedes Retslægerådet

venligst anføre, hvad der bliver lagt til grund ved besvarelsen af nævnte spørgsmål 11. Det må antages, at begge polititjenestemænd har fulgt den af politiet almindelige givne trænings- og uddannelsesforløb, jf. Statsadvokatens materiale med beskrivelse af den træning/uddannelse, som de omhandlede polititjenestemænd har modtaget.

Spørgsmål 11 fra Statsadvokaten var generelt og blev besvaret med en generel beskrivelse af hjertestopbehandling. Basal genoplivning kan påbegyndes af lægfolk og personer, som har gennemgået hjertestopkursus.

Kommentar I:

Retslægerådet konkluderede således, at det ikke var muligt at fastslå en endelig dødsårsag, men at hjertestoppet kunne være forårsaget af en kombination af voldsom fysisk aktivitet sammen med indtagelse af alkohol og cannabis, og iltmangel forårsaget af en hæmmet vejrtrækning på grund af lejring på maven med armene fikseret på ryggen.

Statsadvokaten kom frem til samme afgørelse som tidligere før sagens forelæggelse for Retslægerådet, at der ikke var rimelig formodning om, at der var begået et strafbart forhold eller udøvet kritisabel adfærd af politiet. Afgørelsen blev tiltrådt af Rigsadvokaten.

Afdødes pårørende anlagde herefter en civil erstatningssag mod politiet og Justitsministeriet, og ville have myndighederne til at anerkende, at de involverede havde handlet pligtstridigt og var skyld i A's død.

Sagen blev derefter på ny forelagt Retslægerådet med en række nye spørgsmål. Også denne gang deltog en retsmediciner, kardiolog og anæstesiolog i voteringen.

Følgende spørgsmål blev herefter stillet til Retslægerådet med afgivelse af svar 19.12.08:

Spørgsmål fra advokat TT:

Spørgsmål I:

Retslægerådet bedes i lyset af den tidligere anvendte brug af ordet kvælning i de besvarede spørgsmål, beskrive (for lægmand) hvad kvælning betyder (jf. svar på spørgsmål 1b) "... ingen holdepunkter for kvælning ..." i forhold til at døden indtræder som følge af hjertestop forårsaget af iltmangel, jf. svar på spørgsmål 1a "... hjertestop skyldes iltmangel..."

Ved kvælning forstås, i den videste forstand, død som følge af iltmangel. Kvælning kan være såvel sygdomsbetinget som traumatisk betinget. Ved traumatisk kvælning forstås ydre og indre spærring, strangulation, sammenklemning af brystkassen eller drukning. Ved brugen af ordet kvælning i de besvarede spørgsmål forstås strangulation, som kan være kvælning ved omsnøring, kvælning med hænderne eller kvælning ved hængning. Som tidligere anført er der i obduktionserklæringen ingen holdepunkter for, at A er død ved kvælning i den forstand.

Spørgsmål II:

Retslægerådet bedes angive med hvilken grad af sandsynlighed, A's iltmangel alene skyldes

den sammenpresning af brystkassen, Retslægerådet har beskrevet i svar på spørgsmål 1b? Endvidere anmodes Retslægerådet om at oplyse, om det er muligt, at A's iltmangel alene skyldes den sammenpresning af brystkassen, Retslægerådet har beskrevet i svar på spørgsmål 1b?

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse, men henviser til rådets tidligere besvarelse af spørgsmål 1b i udtalelsen af 14.02.05.

Spørgsmål III:

Kan iltmangel alene have udløst hjertestop?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1a i rådets udtalelse af 14.02.05.

Spørgsmål IV:

Retslægerådet skriver i besvarelse på spørgsmål 1a "Der er imidlertid holdepunkter for at antage, at A's uventede hjertestop skyldes en kombination af voldsom fysisk aktivitet sammen med indtagelsen af alkohol og cannabis og iltmangel..." I besvarelse af spørgsmål IV svares "... den omtalte svæden mest sandsynligt kombinationen af voldsom fysisk aktivitet"

IV(A): Retslægerådet bedes beskrive hvilke aktiviteter (og deres omfang) det er, som Retslægerådet har forudsat, at der blev foretaget ved besvarelsen af de tidligere stillede spørgsmål.

Det kan skyldes, at det er af materialet fremgår, at A efter selve anholdelsen havde været i transport ca. 15-20 minutter (jf. bilag 10), hvoraf han i perioder var rolig og efter vidneforklaringen også til tider presset

op mod bildøren. Det fremgår yderligere, at umiddelbart inden A blev taget ud af bilen, havde han sluppet af (jf. bilag 10), ligesom det af en telefonsamtale fremgår, at han først blev "ustyrlig", da han blev lagt ned på jorden (jf. bilag 3).

IV(B): Ligeledes anmodes Retslægerådet om at beskrive, hvilket aktivitetsniveau der skal udøves, for at det kan antages, at afdøde havde udøvet "voldsom fysisk aktivitet", som rådet har anvendt i besvarelsen. Således at der efter afdækningen af sagens faktiske forløb, kan vurderes, om sådan aktivitet må antages at have fundet sted.

IV (c): Hvis det under afdækning af det faktiske hændelsesforløb viser sig, at A ikke har udøvet en sådan voldsom fysisk aktivitet, som lagt til grund i de tidligere besvarelser, hvorledes ville det ændre de citerede besvarelser og andre besvarelser?

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse, men henviser til rådets besvarelse af spørgsmålene i udtalelsen af 14.02.05.

Spørgsmål V:

Retslægerådet bedes angive hvilken af de følgende mulige dødstidspunkter/perioder det er mest sandsynligt, at A afgik ved døden: 1) Mens A lå i fikseret bugleje og blev konstateret livløs ("blev helt slap") og ikke reagerede på orevid, 2) Mens A lå i aflåst sideleje eller 3) Efter ambulancens ankomst.

Spørgsmålet er hypotetisk. Der henvises til Retslægerådets besvarelse af tidligere spørgsmål i udtalelsen af 14.02.05.

Spørgsmål VI:

Det er beskrevet, at A havde punktformede blødninger i øjenlågene. Kan der ved kvælning ses punktformede blødninger? Kan disse punktformede blødninger være udtryk for svært eller ophævet tilbageløb af blod fra hovedet til kroppen på tidspunktet for dødens indtræden?

Ved kvælning (strangulation) kan der ses punktformede blødninger i hud, slimhinder og organer, som ligger over strangulationsstedet. Disse punktformede blødninger kan være udtryk for, at der i blodårerne i nogen tid har været hæmmet tilbageløb mod hjertet. Ud over kvælning (strangulation) kan punktformede blødninger ses blandt andet ved sammenklemning af brystkassen, nedsat hjertepumpefunktion og svære hosteanfald.

Spørgsmål VII:

Det er beskrevet, at A var blåfarvet/cyanose ved ambulancens ankomst. Retslægerådet bedes beskrive, hvad dette betyder. Kan cyanose være udtryk for hjertestop som følge af iltmangel?

Ved cyanose forstås blåfarvning af hud og slimhinder på grund af højt indhold af ikke-iltet blod. Kan have flere årsager, blandt andet hjertelungesygdom. Cyanose kan ses i forbindelse med hjertestop som følge af iltmangel.

Spørgsmål IIX:

Retslægerådet anmodes om at angive, hvor længe A sandsynligvis har haft iltmangel, for de af ambulanceførere observerede tilstande (lystive pupiller, blåfarvning/cyanose, blegthed og kold-klam hud, jf. bilag 4) indtræder.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares ud fra de foreliggende læge-
lige oplysninger.

Spørgsmål IX:

I svar på spørgsmål XII skriver Retslægerådet. "Blodopstemning i de indre organer opstår, når blodets tilbageløb til hjertet er nedsat eller ophævet." Retslægerådet bedes angive, om blodets tilbageløb mest sandsynligt var hindret, da A lå i bugleje eller efterfølgende i aflåst sideleje.

Spørgsmålet er hypotetisk. Der henvises til Retslægerådets tidligere besvarelse af spørgsmål 1b i udtalelsen af 14.02.05.

Spørgsmål fra advokat LDC, der repræsenterede politiet og Justitsministeriet:

Spørgsmål J:

Var Retslægerådet ved de tidligere forelæggelser af sagen i besiddelse af de som bilag D og bilag M fremlagte fotos, der er fremsendt med denne forelæggelse?

Det er længe siden, Retslægerådet har haft sagen til votering, og de voterende er i tvivl om, hvorvidt de har set de i bilag D og M fremlagte fotos.

Spørgsmål K:

Såfremt spørgsmål J besvares benægtende eller under tvivl bedes i givet fald oplyst, hvorvidt fotomaterialet helt eller delvist giver anledning til ændring eller korrigerende af de tidligere besvarede spørgsmål. De konkrete ændringer/korrigeringer bedes beskrevet og begrundet.

Under alle omstændigheder ønskes følgende oplyst og begrundet med angivelser af grad af sandsynlighed:

1) Besvarelsen af spørgsmål 4 er foretaget på grundlag af obduktionserklæringen. Giver de forelagte fotos samt det i obduktionserklæringen side 12 beskrevne, herunder beskrivelsen af læsion 13 anledning til en revurdering af, hvorvidt afdøde havde været udsat for tryk mod ryggen (bagsiden af kroppen fra lænden og op til nakken) og i bekræftende bedes styrken og varigheden heraf beskrevet.

2) Idet der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1b og VII bedes i fortsættelse af forrige spørgsmål uddybende oplyst, om dødsårsagen kan være kvælning/hjertestop som følge af iltmangel?

I fortsættelse heraf bedes Retslægerådet nærmere forklare begrebet "positionskvælning" og "restraint affixation".

3) Kan det konstateres og/eller er det foreneligt med afdødes skader, at afdødes hoved har været trykket ned mod jorden/asfalten?

Såfremt Retslægerådet svarer bekræftende bedes oplyst, om dette i givet fald har betydning for vurderingen af dødsårsagen, herunder særligt hvorvidt en sådan ufrivillig positionering af hovedet, mens fikseret i bugleje iført håndjern kan have indflydelse på evnen til at optage ilt/til at trække vejret?

4) Idet der henvises til besvarelsen af spørgsmål F og XVII bedes oplyst om fotos af afdødes håndled sammenholdt med dødsattesten af 15. juni 2002 giver anledning til en

ændret vurdering af hvorvidt de konstaterede læsioner er forenelige med de læsioner, som kan opstå ved en benlås, jf. særligt de første optagne fotos (i serie A) og dødsattesten af 15. juni 2002.

De i bilag D og M fremlagte fotos giver ingen anledning til ændring i Retslægerådets besvarelse af de tidligere stillede spørgsmål i udtalelsen af 14.02.05.

Underspørgsmål K 1-4 er vurderet i det overordnede svar på spørgsmål K.

Spørgsmål L:

Idet der henvises til besvarelsen af spørgsmålene 1a og 1b bedes uddybende oplyst med hvilken grad af sandsynlighed iltmangel har været medvirkende årsag til udløsning af hjertestoppet.

Retslægerådet foretager ikke en juridisk bevisbedømmelse, men henviser til den tidligere besvarelse af spørgsmål 1a og 1b i udtalelsen af 14.02.05.

Spørgsmål M:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Kommentar II:

Retslægerådet blev senere (23.02.10) indkaldt af Landsretten for at afgive vidneforklaring i den civile retssag. Vidnerne var indkaldt efter ønske af sagsøgers advokat TT, der motiverede det med følgende: "Afdækning af, hvilket materiale, der lå til grund for sagsbehandlingen samt uddybning og klarlæggelse af Retslægerådets svar, herunder sandsynlighed for dødsfal-

dets årsag, baggrunden for, at rådet på visse punkter ikke kunne konkludere sikkert m.v." Landsretten udtalte i den forbindelse, at der under hensyntagen til sagens karakter undtagelsesvis var grundlag for at tillade, at en eller flere af de læger, som havde deltaget i Retslægerådets behandling, blev indkaldt til at afgive vidneforklaring under hovedforhandlingen, idet den aktuelle sag udsprang af A's død, mens han var i politiets varetægt. Landsretten bemærkede, at det var op til Retslægerådet at beslutte, hvem af de deltagende læger, der skulle møde op i retten for at afgive vidneforklaring.

Retslægerådet valgte på baggrund af indholdet i de mange spørgsmål, der var stillet, at to eksperter indenfor kardiologi (hjertesygdomme) skulle give møde på vegne af Retslægerådet.

Der blev fra advokatens side gjort indsigelser mod Retslægerådets valg af vidner. Landsretten tilkendegav imidlertid, at valget lå hos Retslægerådet, og at dette var i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Landsretten fandt ikke grundlag for at anfægte Retslægerådets valg, og tog derfor ikke den af advokaten afgivne protest til følge.

Retslægerådet bemærkede i øvrigt skriftligt til landsretten, at repræsentanterne for Retslægerådet i retten alene kunne uddybe og forklare den udtalelse, rådet allerede havde afgivet, og egentlige supplerende spørgsmål, ville de for rådet fremmødte sagkyndige ikke kunne besvare på rådets vegne.

Sagsøgers advokat (TT) gennemgik i retten listen af spørgsmål fra udtalelserne af 14.02.05 og af 19.12.08, og der blev fremlagt en anæstesiologisk lærebog med henblik på problemer omkring kvælning ved sammenpresning af brystkassen. Der var uddybende spørgsmål om endelig dødsårsag, fikseret benlås, kvælning ved sammenpresning af brystkassen, lægmands diagnose af livløshed og hjertestop, EKG-forandringer i forbindelse med hjertestop m.v. Advokat TT havde forud for vidnernes fremmøde i retten til Retslægerådet fremsendt Danmark Radios dokumentarfilm ”Hævet over mistanke” med anmodning om, at denne blev forelagt og gennemset af de indkaldte vidner forud for fremmødet i retten. Retslægerådet afviste denne anmodning med henvisning til, at denne film ikke tidligere havde været en del af det materiale, som var indgået i Retslægerådets vurdering og besvarelse af de allerede afgivne svar. Landsretten var af samme mening. Advokat TT forhørte sig dog alligevel hos vidnerne i en pause i retten, om de havde gennemset materialet, hvilket de naturligvis måtte afvise.

Landsretten frifandt både Nordjyllands Politi og Justitsministeriet.

Sagsøger ankede dommen til Højesteret, og i forbindelse hermed anmodede advokat TT om at måtte indkalde egen sagkyndig retsmedicinsk ekspert, hvilket blev afvist.

Højesteret stadfæstede 09.06.11 landsrettens dom. Jf. Ufr 2011.2510H.

Kommentar III:

Denne sag omhandler en ung mands dødsfald i tilslutning til en anholdelse, hvorunder han blev lagt på maven og fastholdt. Han havde efter det oplyste forud for anholdelsen været voldsom, var gået amok og havde indtaget alkohol og hash og var desuden svært overvægtig. Retslægerådet vurderede, at det ikke var muligt at fastslå den egentlige dødsårsag, at der imidlertid var holdepunkter for at antage, at A's uventede hjertestop skyldtes en kombination af voldsom fysisk aktivitet sammen med indtagelse af alkohol og cannabis og iltmangel forårsaget af hæmmet vejtrækning på grund af lejrning på maven med armene fikseret på ryggen. Retslægerådet baserede denne vurdering på oplysninger og fund fremkommet i tilslutning til den retslægelige obduktion.

Sagen havde stor mediebevågenhed, og der blev herunder rejst kritik af politiet og anklagemyndighedens håndtering af sagen, ligesom der blev sat spørgsmålstegn ved dødsårsagen; flere indenlandske og udenlandske eksperter kommenterede i medierne herpå og gav herunder udtryk for en anden opfattelse end Retslægerådets.

Som det fremgår, var adskillige af de spørgsmål, Retslægerådet fik stillet, af generel eller hypotetisk karakter. Rådet besvarer som udgangspunkt ikke sådanne spørgsmål, men i denne sag besvarede rådet, som hjælp for sagens parter, visse generelle spørgsmål med relation til sagen. Det er også bemærkelsesværdigt, at flere af spørgsmålene

var af juridisk karakter, idet de mere eller mindre explicit byggede på udsagn fra de polititjenestemænd og redere, der direkte var involveret i sagen.

Retslægerådet må imidlertid basere sine svar på det i sagen foreliggende lægelige materiale, idet bevisvurderinger af forklaringer, vidneudsagn, lægefaglige udtalelser m.v. er rettens opgave og ikke et anliggende for Retslægerådet, hvis opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn. Retslægerådets svar afspejler således, hvad det lægelige materiale viste, mens flere af de læger, der udtalte sig i medierne, inddrog andre forhold.

Sagen illustrerer også, at der rent undtagelsesvis er mulighed for, at Retslægerådet kan give fremmøde i retten ved eksperter udvalgt af Retslægerådets formandskab, jf. § 8, stk. 5 i rådets forretningsorden, men alene for at uddybe de allerede afgivne svar. Rådets udtalelser bygger på et kollegium af sagkyndige, og de sagkyndige, der på Retslægerådets vegne afgiver forklaring som vidner, kan derfor ikke besvare nye spørgsmål på Retslægerådets vegne.

Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål

A er en 51 årig mand, som i 2008 var blevet idømt 10 års fængsel, men som, inden fuldbyrdelse af denne, var blevet anbragt på psykiatrisk afdeling i medfør af straffelovens § 73. Inden dommen, men efter den pådømte kriminalitet, blev han således i 2007 længerevarende psykotisk og blev overført til psykiatrisk afdeling i varetægtsurrogat. Retslægerådet blev i 2011 forespurgt, om denne foranstaltning –anbringelse på en psykiatrisk afdeling- skulle opretholdes eller ændres. Retslægerådet svarede, at dette var et juridisk spørgsmål, som skulle afgøres af domstolene. Retslægerådet udtalte endvidere, at A var i en vedvarende psykotisk tilstand, som dog var relativt velbehandlet med blandt andet medicin. På den baggrund kunne Retslægerådet ikke anbefale, at A blev overført til fængsel med henblik på at afsone den idømte straf. Som følge af den indtrufne bedring i tilstanden fandtes det dog ikke påkrævet, at A var anbragt på psykiatrisk afdeling. (J.nr. 10A/A9-02840-2011).

A er en 51 årig mand, som ikke forud for den idømte kriminalitet havde været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Han havde været socialt velfungerende med stabil tilknytning til arbejdsmarkedet og stabile samlivsforhold. Udover en søn med fysisk og psykisk handicap var der ikke disposition til psykisk lidelse i familien. A var fysisk rask, bortset fra tidligere rygproblemer. Der havde været to tidligere domme for overtrædelse af færdselsloven.

I forbindelse med aktuelle sag, der blandt andet omhandlede smugling af narkotika, udviklede A under varetægtsfængsling psykotiske symptomer og blev overført til psykiatrisk afdeling i varetægtsurrogat. Han blev mentalobserveret ambulant og konklusionen på denne observation lød:

”Observanden er herefter sindssyg på undersøgelsestidspunktet, men han kan ikke antages at have været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Han er begavet i den nedre del af normalområdet.

Observanden har aldrig tidligere været i forbindelse med det psykiatriske behandlingssystem. Han har haft en erhvervsmæssig stabilitet og har haft flere længerevarende samlivsrelationer, og han har haft hyppig kontakt til såvel sine egne børn som sine samleveres særbørn.

Under den aktuelle varetægtsfængsling har observanden udviklet en psykotisk tilstand, som er genfundet ved indlæggelse i både almen psykiatrisk og retspsykiatrisk afdeling. Ved mentalundersøgelsen er han ligeledes fundet

præget af psykotiske symptomer i form af forfølgelsesforestillinger, kognitive forstyrrelser og påvirket opmærksomhed. Hans symptomer er forenelige med diagnosen paranoid psykose, formentlig udløst af ydre belastning, evt. i form af fængselsophold, hertil muligvis af fire-fem måneder varende medikamentel behandling mod hyperaktivitetsforstyrrelse.

Efter det foreliggende er der ikke mistanke om, at observanden skulle have været sindssyg på gerningstidspunkterne, men han har efterfølgende udviklet en ikke blot forbigående sindssygelig tilstand. Han findes derfor omfattet af straffelovens § 73, og man skal, såfremt han findes skyldig, anbefale, at han dømmes til anbringelse i psykiatrisk hospital, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.”

Ved Københavns Byret blev A i 2008 idømt 10 års fængsel, men i henhold til straffelovens § 73, blev han dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

I udtalelse af 27.10.09 fra psykiatrisk afdeling hedder det konkluderende:

”Patienten lider af en vedvarende paranoid psykose, som responderer godt på antipsykotisk behandling. Han har dog restsymptomer i form af angst for at være i større forsamlinger, ikke mindst blandt ukendte mennesker, og han har tendens til at isolere sig. Han er formentlig også vedvarende trist over sin lange fængselsstraf og manglende muligheder for at være sammen med sin familie.

Den senere tid er der sket yderligere bedring af tilstanden, efter at der er stillet krav om, at han deltager i afdelingens miljøterapeutiske tilbud, og det har nu vist sig, at han er særdeles glad for træarbejde, som giver ham mening i dagligdagen, selvtillid og dermed større åbenhed over for omgivelserne, ligesom han selv tager initiativ til at deltage i aktiviteter.

Der er mistanke om, at patienten lider af begyndende Parkinsons sygdom, men på grund af hans sygdomsangst og afvisning af at fejle noget somatisk, er det ikke lykkedes at få ham til at medvirke i et udredningsforløb.

Fortsat miljøterapeutisk behandling og medicinregulation i retspsykiatrisk afdeling skønnes at kunne bedre tilstanden yderligere, hvorfor det anbefales, at foranstaltningen indtil videre fortsætter uændret”

Af udtalelse af 16. april 2010 fra samme psykiatriske afdeling til Statsadvokaten fremgår blandt andet følgende:

”Vi har tidligere drøftet ovennævnte patient og hans placering i retspsykiatrisk afdeling. Han er idømt 10 års fængsel for narkotikasmugling, men er placeret på psykiatrisk afdeling i henhold til straffelovens § 73, med længstetid på 5 år.

Vi har nu observeret ham igennem i flere måneder. Han er sat i intensiv antipsykotisk behandling, hvorpå tilstanden er bedret noget, men han er fortsat angst for at være sammen med andre mennesker og har paranoide forestillinger, som ind imellem er noget bizarre. Af denne grund er han psykologisk

undersøgt ved afdelingens psykolog, som finder flere holdepunkter for, at han lider af paranoid skizofreni. Dette er i overensstemmelse med det kliniske billede, hvorfor diagnosen paranoid skizofreni nu kan stilles. Desuden er han, på grund af stærk mistanke om Parkinsons sygdom, under udredning på neurologisk afdeling på B-Hospital. Bortset fra passivitet og social tilbageslæthed overholder han alle aftaler og er velfungerende i afdelingen. Han har haft adskillige uledsagede udgange og overnatninger hos familien af op til 4 dages varighed.

Patienten har på intet tidspunkt udvist voldelig adfærd eller givet mistanke om at være kriminalitetstruet.

Spørgsmålet er, om man på denne baggrund kan opretholde fængselsdommen, eller om den skal søges ændret til f.eks. en behandlingsdom.”

I udtalelse af 01.12.10 fra samme psykiatriske afdeling hedder det konkluderende:

”Patienten lider af en kronisk paranoid psykose, muligvis paranoid skizofreni, som responderer godt på antipsykotisk behandling. Han har dog restsymptomer i form af angst for at være i større forsamlinger, ikke mindst blandt ukendte mennesker, og han har fortsat tendens til at være garderet og til at isolere sig. Han har desuden svære kognitive vanskeligheder. Det kan ikke udelukkes, at lidelsen skyldes, eller er initeret af, et mangeårigt misbrug af psykoaktive stoffer.

Han har nu gennemgået undersøgelse på neurologisk afdeling, hvor man

har konstateret, at han også lider af Parkinsons sygdom. Denne sygdom viser sig indtil videre som rysten af ekstremiteterne og nedsat mimik, men kan også forklare i hvert fald nogle af hans kognitive vanskeligheder.

Der er under indlæggelsen i aktuelle center sket yderligere bedring af tilstanden. Efter at der er stillet krav om, at han deltager i afdelingens miljøterapeutiske tilbud, har det nu vist sig, at han er særdeles glad for træarbejde, som giver ham mening i dagligdagen, selvtillid og dermed større åbenhed over for omgivelserne, ligesom han selv har taget initiativ til at deltage i aktiviteter. Hans generelle funktionsniveau er imidlertid så lavt, at det er anbefalet, at der indledes pensionssag for ham, og at han ikke længere fører lastbil.

Han har til stadighed overholdt aftaler, taget sin medicin planmæssigt, og der har ikke været mistanke om misbrug, vold eller fornyet aktivitet. Han har under hele indlæggelsen været placeret i åben afdeling, og han har haft mulighed for at besøge sin familie ved månedlige besøg med overnatninger, uden at det har voldt problemer.

Patientens fortsatte behandling skønnes at kunne varetages indenfor rammerne af en foranstaltning, der indebærer psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse, under tilsyn af Kriminalforsorgen, hvilket foranstaltningen anbefales ændret til, hvis Straffuldbyrddelsesloven eller anden lovgivning giver mulighed herfor.”

Af udtalelse af 15. februar 2011 fra samme psykiatriske afdeling til Statsadvokaten fremgår følgende:

”Som svar på Statsadvokatens anmodning den 07.01.11 om at få oplyst, hvorvidt ovennævnte A vil kunne overføres til afsoning af den idømte fængselsstraf, skal følgende udtales:

A’s tilstand og forhold er beskrevet i erklæring fra overlæge B til Statsadvokaten den 01.12.10. Overlæge B konkluderer, at ”patienten lider af en paranoid psykose muligvis paranoid skizofreni, som responderer godt på den anti-psykotiske behandling. Han har dog restsymptomer i form af angst for at være større forsamlinger, ikke mindst blandt ukendte mennesker, og han har fortsat tendens til at være garderet og til at isolere sig. Han har desuden svære kognitive vanskeligheder.”

Overlæge B udtaler endvidere ”der er under indlæggelsen i aktuelle center sket yderligere bedring af tilstanden” samt ”hans generelle funktionsniveau er imidlertid så lavt, at det er anbefalet, at der indledes en pensionssag for ham.”

Hertil kan undertegnede tilføje: A modtager fortsat behandling for psykotiske symptomer i form af tabl. Zyprexa 15 mg dagligt (antipsykotisk medicin) og ligeledes for depressive symptomer i form af tabl. Akarin 60 mg dagligt (antidepressivt virkende medicin). Det kliniske indtryk er, at A’s psykiske tilstand på trods af behandlingen må beskrives som blivende. Han vil fortsat med meget stor sandsynlighed reagere med opblussen i psykotiske symptomer, såfremt han udsættes for

belastende situationer. Helt tilsvarende kan man forudse, at A’s psykiske tilstand kan blive forværret i alvorlig grad, såfremt han overføres til afsoning af den idømte fængselsstraf. Dette kan således ikke anbefales.

Undertegnede vil ligeledes som overlæge B anbefale, at foranstaltningen ændres til dom til behandling med mulighed for indlæggelse, såfremt der gives mulighed for det i henhold til lovgivningen”.

Retslægerådet fik herefter forelagt sagen af Statsadvokaten, blandt andet med følgende anmodning:

”Sagen forelægges hermed Retslægerådet med henblik på en udtalelse om, hvorvidt foranstaltningen efter Retslægerådets opfattelse bør oprettholdes eller ændres, eller om A efter Retslægerådets opfattelse kan overføres til afsoning af fængselsstraffen.

.....

Afslutningsvis bemærkes, at det efter min opfattelse ikke lovgivningsmæssigt er klart fastlagt, hvorvidt det er muligt at ændre foranstaltningen til en behandlingsdom, men at spørgsmålet vil blive indbragt for retten.”

Retslægerådet udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvis bemærke, at rådet ikke har fundet det som sin opgave at tage stilling til spørgsmålet om, hvorvidt foranstaltningen bør oprethol-

des eller ændres, idet dette efter rådets opfattelse er en ren juridisk vurdering, der skal foretages af domstolene.

For så vidt angår spørgsmålet om A kan overføres til afsoning af fængselsstraffen skal rådet på baggrund af de fremsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring dateret 01.12.10 ved overlæge B, Psykiatrisk (afdeling), udtale, at A er vedvarende sindssyg, men at han formentlig ikke var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede.

Der har tidligere været langvarigt misbrug af centralstimulerende stoffer. Bortset fra en enkeltstående kontakt med psykolog eller psykiater som barn, har der ikke været kontakt med det psykiatriske behandlingssystem før 2007, hvor han under fængsling udviklede en vedvarende psykotisk tilstand med forfølgelsesforestillinger. Han blev idømt anbringelse på psykiatrisk afdeling i henhold til straffelovens § 73.

A har siden været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, som har haft god effekt på de psykotiske symptomer, om end der fortsat er tendens til isolation og letvakt angst, ligesom der er intellektuelle problemer. A koopererer om behandlingen, og der har ikke været recidiv af misbrug eller kriminalitet. Der er indledt en pensionssag.

Diagnostisk har det været diskuteret, om det drejer sig om en kronisk paranoid psykose delvis på baggrund af det langvarige misbrug eller paranoid skizofreni. Psykologisk testning har peget

på en lidelse i det skizofrene spektrum. Efter Retslægerådets opfattelse er det mest sandsynligt, at det drejer sig om skizofreni, og A er herefter kronisk sindssyg.

På den baggrund kan det ikke anbefales, at A overføres til fængsel med henblik på at afsone den idømte straf.”

Ved Statsadvokatens fornyede forelæggelse af sagen for Retslægerådet, svarede rådet:

”Ifølge lægelige udtalelser daterede 01.12.10 ved overlæge B og 15.02.11 ved klinikchef P koopererer A fuldstændig om den psykiatriske behandling og har opholdt sig længere tid på åben afdeling. Der har været god effekt af den instituerede behandling, om end der fortsat resterer symptomer, overvejende i form af angst og isolationstendens. Der har ikke været affektreaktioner, misbrug eller fornyet kriminalitet. Han har fortsat behov for psykiatrisk behandling.

Efter Retslægerådets opfattelse er det ud fra en rent lægelig vurdering aktuelt ikke påkrævet af hensyn til forebyggelse af risikoen for fremtidig kriminalitet, ligesom den nu pådømte, at A er anbragt på psykiatrisk afdeling.”

Der foreligger ikke afgørelse på sagen, og statsadvokaturen har oplyst, at sagen indtil videre er under vurdering.

Kommentar

A, som ikke har været psykisk syg inden det omtalte forløb, udviklede

en vedvarende paranoid psykotisk tilstand, hvis årsag ikke entydigt kan fastlægges. Tilstanden opstod sandsynligvis efter den pådømte kriminalitet, men inden dømsafsigtelse. A blev derfor idømt fængsel, men blev i henhold til straffelovens § 73 anbragt på psykiatrisk afdeling, indtil dommen kunne fuldbyrdes.

Efter flere års anbringelse på psykiatrisk afdeling og behandling af den psykotiske tilstand med antipsykotisk virkende medicin og miljøterapi bestod den grundlæggende lidelse fortsat, men symptomerne var betydeligt afdæmpet. A var således i stand til at kooperere om behandlingen, der ved forelæggelsen for Retslægerådet fandt sted på åbent afsnit. (Om straffelovens § 73 se også Retslægerådets årsberetning 2000, s. 103 ff. og 2008, s. 47 ff.)

Retslægerådet blev af Statsadvokaten forespurgt, om foranstaltningen burde opretholdes eller ændres, eller om A

kunne overføres til afsoning af den idømte straf. Dette er et juridisk spørgsmål, som det efter rådets opfattelse ikke er rådets opgave at tage stilling til, men som efter Retslægerådets opfattelse må afgøres af domstolene.

Ved forelæggelsen for Retslægerådet udtalte rådet sig derfor udelukkende om de lægelige spørgsmål, nemlig om afsoning af straffen i fængsel kunne påbegyndes og om fortsat anbringelse fandtes påkrævet. Da A var kronisk sindssyg måtte det ud fra et lægeligt synspunkt bestemte frarådes, at han blev overført til fængsel med henblik på afsoning. A havde gennem længere tid koopereret problemløst til behandlingen og var ved forelæggelsen af sagen for rådet indlagt på åbent afsnit. Det blev derfor psykiatrisk vurderet, at en egentlig anbringelse på psykiatrisk afdeling ikke var påkrævet for at gennemføre den videre behandling.

Testamenthabilitet

A var en ældre kvinde, som gennem cirka 10 år havde lidt af fremadskridende hukommelsessvækkelse og ved sin død 94 år gammel blev beskrevet som svært dement. To år tidligere havde hun oprettet et notartestamente til fordel for det ene af sine børn (B). Efter A's død anlagde de øvrige arvinger retssag for at få testamentet kendt ugyldigt. Sagen blev forelagt Retslægerådet, som på baggrund af sagens lægelige og sociale akter udtalte, at A på tidspunktet for testamentets oprettelse med sikkerhed havde lidt af svær demens i en sådan grad, at hun havde været ude af stand til at forstå konsekvensen og rækkevidden af testamentet. Retten fandt det godtgjort, at A ved oprettelse af testamentet på grund af svær demens havde manglet evnen til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele, herunder havde været ude af stand til at forstå konsekvensen og rækkevidden af testamentet. Retten fandt det endvidere godtgjort, at A's oprettelse af testamente havde været et udslag af B's misbrug af hendes manglende dømmekraft, svaghedstilstand og afhængighed. (J.nr.50E/E9-03847-2010).

A fik som 85-årig konstateret demens af Alzheimers type og blev de følgende år syv år fulgt af ældrepsykiatrisk team, og herefter i to år, frem til sin død 94 år gammel, af det kommunale demenssteam. Demenssygdommens sværhedsgrad var de første år på grænsen mellem let og middelsvær; A var hospitalsindlagt flere gange i årene fra demensdiagnosen blev stillet, til hun døde; under indlæggelserne blev fundet stigende behov for pleje og omsorg. A havde boet med ægtefællen på dens fædrene gård, til hun som 65-årig blev enke. Herefter drev hun gården videre, blandt andet med hjælp fra sine voksne børn. De sidste 10-15 år, før A døde, var det især det ene af børnene, B, der stod for driften af gården. Der udvikledes efterhånden uoverensstemmelser mellem B og de øvrige søskende om forholdet til og omsorgen for A. B havde ved flere lejligheder afvist besøg fra hjemmeplejen og søgt at hindre familien i at komme på besøg, blandt

andet ved aflåsning, tilhaspning og fastbinding af vinduer samt afbrydelse af den telefoniske kontakt.

Familiekonflikten tilspidsedes de seneste 4 år før A's død med anklager om, at A var udsat for vanrøgt i B's varetægt. A var hospitalsindlagt i maj og igen i august to år før sin død, hvor hun virkede forhutlet og kun vejede 35 kg. Overlægen citerede i journalen A for at have "indrømmet", at B ikke var god ved hende, og foretog indberetning af mistanke om misrøgt i hjemmet til kommunen. I første omgang blev A udskrevet til en kommunal aflastningsplads, men da hun i september samme år ønskede at komme hjem, fandt kommunens sociale nævn ikke grundlag for at tvangsflytte hende. A blev hjemsendt med daglig hjemmehjælp, og den følgende tid gik det tilsyneladende relativt godt. Hun var hospitalsindlagt flere gange, men blev boende med B på gården til en uge før sin død.

A oprettede halvandet år før sin død, i juli 200X, et notartestamente, hvor B blev tilgodeset, og de øvrige børn kun skulle have deres tvangsarv. Udkastet til testamentet blev udarbejdet af en registreret revisor, som havde kendt A i mange år og blandt andet stået for bedriftens regnskaber. Han mente ikke, at A virkede svært hukommelsessvækket, da udkastet til testamentet blev oprettet. Senere samme år solgte A gården til B med bistand fra samme advokat, som foretog det juridiske i forbindelse med testamentet. Sideløbende var der i foråret 200X anlagt sag om værgemål for A, som ved rettens kendelse senere samme år blev sat under værgemål for så vidt angik sine økonomiske og personlige forhold. Dette var ikke oplyst for advokat og revisor i forbindelse med oprettelse af testamente og senere ejendomshandel, men det fremgår af rettens afgørelse 2 ½ år efter A's død, at B var vidende derom.

I forbindelse med sagens behandling ved retten fik Retslægerådet forelagt følgende spørgsmål:

”Spørgsmål 1:

På baggrund af de vedlagte lægelige bilag anmodes Retslægerådet om at beskrive, hvilke sygdomme A led af og var i behandling for den 19. juli 200X (halvandet år før A's død) og tiden frem til denne dato.

Retslægerådet anmodes endvidere om at oplyse, hvor længe A havde lidt af og været i behandling for de pågældende sygdomme.

A led ifølge egen læges journal af Alzheimers sygdom og var i behandling for

sygdommen med tabletter Aricept. Det fremgår, at diagnosen blev stillet i år 200T (9 år før A's død), men det er ikke muligt på baggrund af de lægefaglige akter at vurdere, hvor længe forud for år 200T A led af Alzheimers sygdom. Herudover var A i behandling for højt blodtryk og nedsat stofskifte igennem flere år. I perioden fra 200T – 200X (9-2 år før A's død) var A hospitalsindlagt flere gange på grund af væskemangel, insufficent ernæring, forstoppelse, infektion, diarré, faldtendens og knoglesammenfald i rygsøjlen.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at udtale sig om, hvorvidt det må antages, at A den 19. juli 200X (halvandet år før A's død) led af sådanne sygdomme eller svækkelser, at hun ikke var i stand til at forstå konsekvensen / rækkevidden af testamentet?

Retslægerådet finder, at A med sikkerhed den 19.07.200X led af meget svær demens i en sådan grad, at hun var ude af stand til at forstå konsekvensen og rækkevidden af et testamente. Til grund for denne vurdering lægger Retslægerådet oplysningerne i de lægefaglige akter og i akterne fra X kommune. Det fremgår heraf, at diagnosen demens blev stillet allerede i år 200T (9 år før A's død), at der var tale om Alzheimers sygdom, som er en alvorlig fremadskridende hjernesygdom, og at A i er årrække var tilset jævnlige af ældrepsykiatrisk team på grund af denne sygdom. Det fremgår af egen læges journal, at A allerede i 200V (5 år før A's død) udviklede adfærdsforstyrrelser i form af aggressivitet, og af A's søn

året efter var bekymret for, at hun ville løbe hjemmefra. Den 21.02.200X (2 år før A's død) ansøges om værgemål, og egen læge skriver i den forbindelse en lægeerklæring, hvoraf det fremgår, at A er svært dement i en sådan grad, at det kan påvirke hendes evne til at tage vare på sine anliggender. Værgemålsagen ender i retten, og den 18.06.200X skriver egen læge, at A efter hans skøn af helbredsmæssige grunde frarådes at deltage i retsmødet. Den 22.05.200X har advokat C, A's værge, en samtale med A på det rehabiliteringscenter, hvor hun er midlertidigt indlagt. Af referatet af denne samtale fremgår, at A ingen erindring havde om hændelser passeret inden for de senere år, heller ikke hændelser, som for hende kunne være væsentlige, såsom konflikter mellem børnene. Hun var helt uden indsigt i egen funktionssvækkelse og særdeles glemsom og ude af stand til at fastholde emner under samtale og umiddelbart efter den én time lange samtale usikker på, hvem det var, hun havde talt med. Værgen havde yderligere to samtaler med A den 20.06.200X og 22.01.200Y (et år før A's død), men disse samtaler var overvåget af A's søn og derfor mere vanskelige, men også her vurderede advokat C, at A's dømmekraft var svært læderet (beskadiget), således at hun for eksempel havde glemt, hvem han var, ikke kunne huske, at hun tidligere havde talt med ham og ikke vidste, at hun havde solgt sin gård til sin søn. Den 16.08.200X (halvandet år før A's død) indlægges A på X hospital svært afkræftet og med oplysninger fra politiet om mistanke om vanrøgt i hjemmet. Efterfølgende fandt X kom-

mune ikke tegn på, at A havde været udsat for vanrøgt i hjemmet. Hun vejede kun 35 kg og var meget forvirret. Det var kommunens vurdering, at hun var uden indsigt i egen sygdom og funktionsniveau og havde behov for hjælp, og den 23.08.200X foretages MMSE-test (hukommelsestesten Minimal Mental State Examination), som var 9/30, svarende til svær demens.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om – med henvisning til bilag .. – læge D's journal af 14. januar 200U (7 år før A's død) og bilag ... -journal fra X kommune (demenskonsulent) af 23. august 200X (halvandet år før A's død) – at oplyse betydningen af "scorer 21" og "MMSE-test 9/30."

Det fremgår af egen læges journal 14.01.200U, at denne har haft samtale med ældrepsykiatrien, som finder, at A er blevet mere dement og scorer 21. Det skal formentlig forstås således, at A scorer 21 på hukommelsestesten ved navn Mini Mental State Examination (MMSE), hvor maksimum point er 30. En score på 21 må opfattes som værende på grænsen mellem let til middelsvært demens. Af X kommunes notater fra 23.08.200X fremgår, at A ved samme test, MMSE-testen, scorer 9 ud af 30 point. Dette svarer til meget svær demens.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om A's psykiske og fysiske tilstand den 19. juli 200X (halvandet år før A's død) og tiden frem til denne dato var af en sådan art, at hun – modsat raske personer – lettere ville

kunne udsættes for svig, tvang eller anden utilbørlig påvirkning?

Det er Retslægerådets vurdering, at A's psykiske og fysiske tilstand 19.07.200X og i en periode på mindst et par år forud herfor var af en sådan art, at hun let ville kunne udsættes for svig og snyd uden selv at bemærke det og uden efterfølgende at kunne huske eller berette om det".

Ved rettes afgørelse af sagen blev det lagt til grund, at A på grund af svær demens manglede evnen til at handle fornuftsmæssigt over sine ejendele, da hun 19. juli 200X (halvandet år før sin død) oprettede testamente for notaren. Ved denne vurdering lagde retten navnlig vægt på Retslægerådets udtalelse og advokat C's vidneforklaring. Retten fandt det endvidere efter bevisførelsen godtgjort, at A's oprettelse af testamentet 19. juli 200X var et udslag af B's misbrug af hendes manglende dømmekraft, svaghedstilstand og afhængighed.

Endelige fandt retten, at der forelå særlige omstændigheder, som gav grund til at betvivle notarens påtegning om, at A var i stand til at råde fornuftsmæssigt over sine ejendele, jf. arvelovens § 70. Testamentet blev herefter kendt ugyldigt efter arvelovens § 74 såvel som § 75.

Kommentar

Af § 74 i arveloven fra 2007 fremgår, at en testamentarisk bestemmelse er ugyldig, hvis testator ved dens oprettelse på grund af sindssygdom, herunder svær demens, hæmmet psykisk

udvikling, forbigående sindsforvirring eller en lignende tilstand manglede evnen til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele.

Af samme lovs § 75 fremgår, at en testamentarisk bestemmelse er ugyldig, hvis den må antages at være fremkaldt ved tvang, svig eller anden utilbørlig påvirkning, herunder ved misbrug af testators manglende dømmekraft, svaghedstilstand eller afhængighed.

Arvelovens § 70 fastslår, at notarens påtegning skal anses som bevis for de forhold, der er omfattet af attestationen, med mindre særlige omstændigheder giver grund til at betvivle påtegningens rigtighed.

Det fremgår af § 74, at der gælder en dobbelt betingelse for, at et testamente kan erklæres ugyldigt. Testator skal for det første have været i en tilstand af "sindssygdom, herunder svær demens, hæmmet psykisk udvikling... eller lignende". For det andet skal testator af denne grund have manglet "evnen til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele". Bestemmelsen hviler på den opfattelse, at de i 1. led omfattede personer ikke generelt mangler evnen til at handle fornuftsmæssigt. Der skal derfor tages stilling til, om begge betingelser i sager om testamentshabilitet er opfyldt. Ved den lægelige bedømmelse i en sag om et anfægtet testamente skal lægen – i dette tilfælde Retslægerådet – udtale sig om en afdød person. Der skal om muligt tages stilling til begge led i arvelovens § 74. Den mest oplagte lægelige opgave er vurderingen af første led – den afdødes mentale tilstand på tidspunktet for testamentets oprettelse. Den anden bestemmelse,

evnen til at råde fornuftsmæssigt over sine ejendele, vedrører, om personen trods svær demens, hæmmet psykisk udvikling m.v., i det væsentlige forstod testamentets indhold og konsekvenser og må antages faktisk at have ønsket dette. Spørgsmålet er ikke, om ”fornuftige” mennesker ville have handlet på samme måde; det afgørende er, om det kan antages, at testator ud fra sine egne præmisser har udvist dømmekraft og overvejelser i forhold til de trufne dispositioner i testamentet.

Ved Retslægerådets behandling af sagen var det en stor udfordring at samle de foreliggende sagsakter til et nogenlunde sikkert billede af A's mentale tilstand på tidspunktet for oprettelsen af testamentet. Selvom visse relevante akter ikke var medsendt – for eksempel fra det ældrepsykiatriske team, som oprindelig stillede diagnosen Alzheimers demens, og hvor A var tilknyttet til to år før sin død – og trods tilsyneladende modstridende opfattelser blandt flere af de involverede sundhedsfaglige og kommunale aktører, fandt Retslægerådet det af de fremsendte akter med tilstrækkelig sikkerhed godtgjort, at A havde været svært dement på tidspunktet for testamentets oprettelse. Endvidere var det Retslægerådets vurdering, at A af denne grund let ville kunne udsættes vor svig.

Retten fandt det godtgjort, at testamentets konsekvenser ikke havde været udtryk for A's ønske, formuleret som følger: ”Der findes ikke grundlag for nogen antagelse af, at A's dispositioner ifølge testamente var udtryk for reproduktiv åndsvirksomhed”.

Det er sjældent – et par gange om året -, at Retslægerådet bliver bedt om at udtale sig i sager om testamentshabilitet. Det er også sjældent, at retten kender et testamente ugyldigt. Det kan være vanskeligt at bevise eller sandsynliggøre, at testator manglede evnen til at råde fornuftsmæssigt over sine ejendele. Som det også var tilfældet i den her refererede sag, kan vurderingen vanskeliggøres ved, at der præsenteres forskellige, - og delvis modstridende - opfattelser af personens mentale habitus blandt de, der har haft kendskab til vedkommende. De direkte involverede parter forskellige økonomiske interesser kan ligeledes blokere for en nøgtern vurdering af forholdene.

Hverken i lovgivning eller praksis er det givet, at sindssygdom eller andre af de ovenfor nævnte tilstande i sig selv betyder tab af habilitet i forhold til at beslutte om egne anliggender. Dette udspiller sig for eksempel klart i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, hvor det ene hovedkriterium – at personen (patienten) er sindssyg eller befinder sig i en ganske ligestillet tilstand – på ingen måde betyder, at patienten er inhabil – tværtimod: patienten anses netop for at være habil og i stand til selvstændigt at afgøre, om han/hun ønsker at modtage den foreslåede behandling eller ej.

For tiden er der overvejelser om en særlig lovgivning med mulighed for tvangsmæssig sygdomsbehandling af inhabile demente personer. Sundhedsministeriet har 29.03.11 udsendt ”Notat om eventuel behandlingsmulighed i forhold til varigt inhabile patienter,

som afviser at give samtykke til behandling”. Det Ethiske Råd afgav i oktober 2011 positivt høringssvar til sundhedsministeren, der blandt ønskede belyst, hvorvidt det er acceptabelt at tilsidesætte en inhabil dement patients selvbestemmelse i nogle tilfælde. En hovedtanke er, at demente skal sikres den nødvendige sundhedshjælp, og at det kan være omsorgssvigt at undlade behandling imod den dementes vilje. Lægeforeningen og en række andre sundhedsfaglige organisationer og pårørende foreninger støtter ligeledes en lovændring. Selve kernen i en habilitets-vurdering ses ikke dyberegående belyst.

Der indhentes årligt et stort antal informeret samtykker fra borgerne, men der vides ikke meget om, hvorledes det vanskelige spørgsmål, om borgeren er habil til at afgive sit samtykke, vurderes. I den konkrete sag er f.eks. overlægens antagelse af, at der uden videre kunne fæstes lid til A’s ”indrømmelse” af, at B ikke var god mod hende, et sådant eksempel. Formentlig er denne handlemåde mere et udtryk for sund fornuft end bevidst tilsidesættelse af forskrifter om habilitet og inhabilitet, der som så meget andet, der har med ”den frie vilje” at gøre, sjældent lader sig definere helt så præcist, som det kunne ønskes.

Sindssygdом og grænsetilstande – om de diagnostiske vanskeligheder ved samtidigt rusmiddelbrug

B er en mand i starten af 30'erne, som fra 21-års-alderen har modtaget flere bødestraffe og enkelte korterevarende fængselsdomme. Som 28-årig og igen som 33-årig modtog han dom til psykiatrisk behandling som omfattet af straffelovens § 69.

Som 20-årig udviklede B en skizofreni-lignende psykose og blev de følgende år behandlet for skizofreni. Han havde siden tidlig ungdom haft et stort hashmisbrug, i perioder suppleret med amfetamin. Diagnosen blev ændret til emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, da B som 23-årig i flere år havde været uden behandling med antipsykotisk virkende medicin uden, at der kunne påvises psykotiske symptomer. Under senere indlæggelser som 28-årig, hvor B igen var psykotisk, fik han på ny diagnosen paranoid skizofreni.

B er mentalundersøgt to gange, henholdsvis som 27-årig og som 32-årig. Ved ingen af undersøgelserne er han fundet sindssyg, men formentlig i en "grænsepsykotisk" henholdsvis "psykosenær" tilstand.

Sagen blev forelagt Retslægerådet i forbindelse med den anden mentalundersøgelse, og rådet fandt, at B muligvis var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og under alle omstændigheder af samme lovs § 69, og anbefalede, som den undersøgende overlæge, dom til ambulantly psykiatrisk behandling, hvilket også blev resultatet ved rettens behandling af sagen.

Sagen belyser nogle af de diagnostiske og strafferetlige vanskeligheder, som grænsetilstande til sindssygdом frembyder – ikke mindst ved samtidigt rusmiddelbrug. (J.nr. 10A/A1-02527-2010).

B blev ambulantly mentalundersøgt første gang som 27-årig ved den amtslige retspsykiatriske afdeling ved S hospital; han var sigtet for mere end 20 forhold, primært berigelseskriminalitet, angivelig begået for at finansiere stofmisbrug. Af undersøgelsen fremgår, at forældrene blev skilt, da B var spæd, og at B derefter boede med faderen og en storesøster. Faderen havde et stort alkoholforbrug og anvendte fysisk

afstraffelse, men moderen kunne ikke magte omsorgen for B, da hun selv havde et større alkoholmisbrug. B var flere gange placeret uden for hjemmet. Han var normalt begavet, men havde haft skolevanskeligheder på grund af koncentrationsproblemer og tidvis utilpasset adfærd. Han havde altid følt sig uden for blandt kammeraterne, men ikke været udsat for drilleri.

B havde kun kortvarigt været i parforhold, og følte det svært at indgå i følelsesmæssigt tætte relationer; han havde derimod følt sig hjemme i det kriminelle miljøes bandelignende formationer med krav om ubetinget loyalitet.

Som 20-årig var B langvarigt indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor man stillede diagnosen skizofreni. Han oplyste at have været periodisk hørelsehallucineret gennem cirka et år, hvor han havde følt sig som i en drømmeverden og lejlighedsvist ment sig forfulgt. Han mente, at folk på gaden ville skyde ham og bar derfor skarpe knive. Han kunne ikke stole på nogen, herunder statsministeren, og måtte være flere ”personligheder” for at klare sig. Han havde forinden haft et stort og blandet misbrug af rusmidler, især hash og amfetamin. Han boede på gaden, og da han på et tidspunkt mente at blive beskudt, var han sprunget i havnen for at undgå imaginære forfølgere. Dette førte til hans første indlæggelse på psykiatrisk afdeling på T hospital, hvor man fandt ham psykotisk og påbegyndte behandling med antipsykotisk virkende medicin. Efter få dage blev han overflyttet til ungdomspsykiatrisk afdeling ved U hospital. Her var B indlagt i næsten et år; den medikamentelle behandling blev intensiveret, og diagnostisk fandtes der at være tale om skizofreni på baggrund af beskrivelse af hans tilstand før og under indlæggelsen. De psykotiske symptomer afblegedes efterhånden, B erhvervede en vis sygdomsindsigt og formåede angiveligt at ophøre med misbrug. Han var vedvarende præget af psykisk sår-

barhed og ønskede at komme væk fra det belastede misbrugsmiljø, hvor han hidtil havde haft sin færden.

Efter udskrivelse fik B bolig på et socialpædagogisk opholdssted i en anden landsdel, hvor han de følgende år modtog ambulantly psykiatrisk behandling ved W hospital. Her mente man ikke, at skizofrenidiagnosen var korrekt, og standsede derfor behandlingen med antipsykotisk virkende medicin (Zyprexa i uoplyst dosis).

Den behandlende overlæge anførte i statusattest til kommunen blandt andet følgende, da B var 23 år:

”Den korrekte diagnose vurderes at være emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse af borderline type. Dette indebærer en følelsesmæssig ustabilitet. Desuden medfører tilstanden rodløshed og identitetsløshed med oplevelse af stemningsforskydninger, ofte i depressiv retning. Der er en tilbøjelighed til manglende grænsesætning over for sig selv med misbrugstilbøjelighed, ligesom personer med lidelsen ofte har svært ved at finde socialt fodfæste, særligt i de unge år. Under påvirkning af stoffer er det meget almindeligt, at patienter kan udvikle psykotiske symptomer, som det også er set hos B. Når B bliver psykotisk, har tilstanden et skizofreniformt præg. B’s prognose må anføres at være god, også set i forhold til fremtidig erhvervsevne under forudsætning af, at B i fremtiden afholder sig helt og holdent fra misbrug af euforiserende stoffer. B vil fortsat have behov for ambulantly behandlingskontakt hertil, ligesom han vil have

behov for en vis psykofarmakologisk, stemningsstabiliserende behandling”.

Efter en indlæggelse på W hospital, ligeledes som 23-årig, oplystes følgende i udskrivningsbrevet: ”B indlægges med psykosenære symptomer. Han har op til indlæggelsen anvendt euforiserende stoffer, blandt andet cannabis (hash). Han har herefter udviklet en psykosenær tilstand, hvor han af uklare årsager er gået (til fods, Retslægerådets bemærkning) til grænsen (mellem Danmark og Tyskland, Retslægerådets bemærkning), hvor han søgte hjælp på X hospital. Diagnosen skizofreni blev oprindeligt stillet på psykiatrisk afdeling på U hospital. Vi har nu kendt B i næsten to år, og under denne indlæggelse bekræftes vores hidtidige observationer, således at vi ophæver diagnosen skizofreni. Vi vurderer således, at patientens tidligere psykotiske faser har været misbrugsudløste, naturligvis på baggrund af hans grundlæggende grænsepsykose, der nemt medfører, at patienten udvikler psykotiske symptomer”.

Som 23-årig bestod B søfartseksamen og arbejdede derefter et års tid inden for dette område. Ifølge B's egne oplysninger havde han derefter opholdt sig 2-3 år i Spanien, hvor han gik på sprogskole og havde en ledende stilling som bar-manager. Han vendte tilbage til Danmark i 2003, hvor han var 25 år gammel og var bolig- og arbejdsløs frem til mentalobservationen 2 år senere. B havde som 17-årig indledt et hashmisbrug, der i perioder blev suppleret med andre euforiserende stoffer.

Misbruget vedblev ifølge hans egne oplysninger til mentalundersøgelsen, til han var 25 år. Noget i modsætning hertil oplyste B samtidig, at han ikke havde haft stofmisbrug under opholdet i Spanien.

Ved mentalundersøgelsen i 2005 havde B ikke modtaget behandling med anti-psykotisk virkende medicin i cirka fem år. Heraf havde han som anført opholdt sig i udlandet i godt to år for at arbejde, hvor han angivelig ikke havde brugt rusmidler, og hvor hans psykiske tilstand havde været stabil. (I journalnotat fra en senere indlæggelse, da B var 28 år, er dog anført, at han i den anførte periode snarere havde flakket rundt i Europa og været efterlyst af politiet i flere år, Retslægerådets bemærkning). B oplyste til mentalundersøgelsen, at han var meget afhængig af en ydre struktur, da han ikke på egen hånd kunne opretholde dette. Da han kom tilbage fra udlandet, opsøgte han derfor det kriminelle misbrugsmiljø, som han kendte, og hvor rammerne var fastlagt. Om misbrug oplyste B blandt andet, at han som 17-årig begyndte at ryge hash flere gange daglig. Misbruget medførte, at han ikke fik afgangseksamen fra folkeskolen. Efter et par år begyndte han tillige at misbruge amfetamin og kokain. Hash havde hele tiden været hans foretrukne rusmiddel, og han brugte det for den beroligende virkning, op til 3 gram daglig. Amfetamin og kokain virkede opkvikkende og stærkt aktiverende og havde - efter B's egen opfattelse - bevirket udvikling af den første psykose, da han var 20 år gammel.

Ved den retspsykiatriske undersøgelse, som ikke medtog psykologisk testning, fremtrådte B ”uden psykotiske symptomer og han opleves psykisk upåfaldende i kontakten.”

Overlægen fandt B omfattet af straffelovens § 69, men kunne ikke pege på mere formålstjenlige foranstaltninger end eventuelt forskyldt straf.

B blev idømt 6 måneders fængsel, men to måneder senere benådet for de 3 måneder, der ikke var afsonet. Ydermere var han 5 måneder før nedennævnte foranstaltningsdom blevet benådet for 4 måneder af en tidligere fængselsdom. Den eller de psykiatriske erklæringer, som må antages af have ligget til grund for benådning, har ikke været tilgængelige for Retslægerådet og er ejendommeligt nok heller ikke omtalt i den seneste mentalerklæring. Et år senere blev B, 28 år gammel, idømt psykiatrisk behandling for flugt og flugtforsøg, primært på anbefaling fra en af Kriminalforsorgens psykiatriske konsulenter, da B i mellemtiden på ny havde været indlagt i psykotisk tilstand, se nedenfor.

Sagen blev første gang forelagt for Retslægerådet, da B var 32 år gammel og sigtet for flere tilfælde af tyveri og underslæb. Han var stadig undergivet den foranstaltningsdom, han var blevet idømt 28 år gammel, men han havde været særdeles svær at fastholde i behandlingskontakt. Ved statsadvokatens fremsendelse medfulgte en ret kort erklæring fra overlægen ved distriktspsykiatrisk center på Z sygehus, hvor B havde været tilknyttet gennem et halvt

år, og som anbefalede ophævelse af den igangværende behandlingsdom. Retslægerådet fandt det ikke muligt at afgive udtalelse på det foreliggende grundlag, da der i overlægens erklæring blandt andet manglede en egentlig psykopatologisk beskrivelse og en nøjere vurdering af B's aktuelle forhold til rusmidler; desuden havde overlægen tilsyneladende ikke været vidende om, at B var sigtet for ny kriminalitet, hvorfor der ikke forelå en lægelig vurdering af hans tilstand på gerningstidspunkterne, som var op til to år tidligere. Retslægerådet anbefalede derfor, at der blev indhentet en supplerende mentalundersøgelse, som forelå 7 måneder senere.

Ved den anden mentalobservation var B 32 år gammel. Den blev forestået af overlæge ved Æ hospital, en anden regional retspsykiatrisk afdeling end første gang.

Det fremgår af erklæringen blandt andet, at B var flyttet ganske meget rundt i sin voksentilværelse. Han havde siden den første mentalundersøgelse haft et to år varende samlivsforhold, som var ophørt igen. Hans sociale situation havde været ustabil, men ved Kriminalforsorgens mellemkomst havde han et år tidligere fået en lille lejlighed, som han nu boede i; han levede af kontanthjælp. Som 28-årig blev han i forbindelse med et trafikuheld efterfølgende indlagt på psykiatrisk afdeling på Y hospital. Han havde tilsyneladende været efterlyst af politiet i flere år, hvor han også havde været ”forsvundet” fra det psykiatriske behandlingssystem. Videre fremgår af erklæringen, at B under denne indlæg-

gelse havde oplyst om uvirkelighedsfølelse, styringsoplevelser, tankekaos og evne til at læse andres tanker; han kunne endvidere høre sine egne tanker højt inde i hovedet samt mumlende stemmer. Ved den klinisk psykiatriske vurdering blev han beskrevet som psykotisk, med formelle tankeforstyrrelser (sproglige betydningsglidninger), hallucinationer og vrangforestillinger om egen storhed. Der er ikke beskrivelser af et eventuelt forbrug af rusmidler på det pågældende tidspunkt.

Behandling med antipsykotisk virkende medicin (Seroquel og Abilify i uoplyste doser) blev startet med god virkning. B var indlagt 6 måneder og fortsatte efter udskrivelse ambulantly behandling i distriktpsikiatrisk center ved Y hospital, hvor han var tilknyttet de følgende to år. Diagnosen fandtes at være paranoid skizofreni. B modtog to uger efter udskrivelsen dom til psykiatrisk behandling. Imidlertid mødte han herefter ikke til de aftalte tider, hvorfor overlægen i samråd med Kriminalforsorgen efterlyste ham. Dette resulterede i, at B et par måneder senere selv henvendte sig i en anden landsdel, på den psykiatriske afdeling ved T hospital; han var da 30 år gammel. Her hævdede B, at han ikke havde været i behandling med antipsykotisk virkende medicin i et år: han blev fundet ikke fundet psykotisk, bortset fra manglende indsigt i egen sygdom. Der blev genindsat behandling med antipsykotisk virkende medicin (Abilify i uoplyst dosis), og ved ambulantly kontrol to uger efter udskrivelse, klagede B over bivirkninger i form af indre uro og irritabilitet. Han blev ikke vurderet psykotisk. Herefter

udeblev B atter fra de ambulantly frem møder og blev på ny efterlyst af politiet via Kriminalforsorgen og overlægen ved distriktpsikiatrisk center ved Z sygehus, som han adressemæssigt var kommet til at høre under. Her fik man først kontakt med B efter 7 måneder, da B som 31-årig med politiets hjælp blev indlagt på Z sygehus i henhold til behandlingsdommen. Han var uforstående overfor indlæggelsen og i særdeleshed overfor diagnosen "skizofreni". Under indlæggelsen blev der ikke observeret psykotiske symptomer, og B blev beskrevet som psykisk upåfaldende, velformuleret og godt begavet. Den følelsesmæssige kontakt var dog lidt svækket, og B var dækkende ("garderet") og affektspændt. Han blev udskrevet efter knap en uge under diagnosen "emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderline type". B overholdt efterfølgende de ambulantly kontroller hos den behandlingsansvarlige overlæge ved distriktpsikiatrisk center ved Z hospital. Under et halvt års medicinfri observation fandt overlægen ikke "mistanke om psykose", ligesom B "ikke har virket stof- eller alkoholpåvirket". Overlægen anbefalede derfor som anført ovenfor ophævelse af den behandlingsdom, B var blevet idømt ca. 28 år gammel.

B var ved denne anden mentalundersøgelse (da han var 32 år gammel) enig i, at han tidligere havde været manifest psykotisk og overbevist om, at det udelukkende skyldtes stofmisbrug. Symptomerne havde blandt andet været sansbedrag og forfølgelsesvrangforestillinger. Han mente, at indlæggelserne

havde været alt for længe, og at han var blevet fejldiagnosticeret, fejlbehandlet og fejlmedicineret, herunder været "testkanin" for et nyt antipsykotisk lægemiddel (Zyprexa), hvor han var den første i Danmark, som blev behandlet med så høj dosis (35 mg daglig). Ved den klinisk psykiatriske vurdering blev der ikke fundet åbenlyst sindssygelige symptomer, men B blev beskrevet som mistroisk, bagatelliserende og muligvis dissimulerende (forsøg på at dække over sygdomstegn), men i øvrigt ikke mere udtalt påfaldende psykisk. Ved den psykologiske undersøgelse, som B kun modvilligt accepterede, fandtes blandt andet ustabil begrebsafgrænsning, forstyrrelse af kontaktevne og tænkning, urealistisk øget selvfølelse og et paranoidt beredskab, der samlet betød, at B måtte opfattes som "psykosener".

Overlægen konkluderede, at der kunne være tvivl om, hvorvidt B var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men under alle omstændigheder var han omfattet af samme lovs § 69, og som mere formålstjenlig foranstaltning end eventuelt forskyldt straf anbefalede dom til ambulant psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse.

Denne anden erklæring blev forelagt for Retslægerådet, som blandt andet udtalte, at "B muligvis ikke er sindssyg og ikke sikkert kan antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. B's opvækst var omskiftelig og præget af omsorgs- svigt og forældrenes alkoholmisbrug.

Fra den tidlige ungdom har B haft et stort, blandet misbrug af euforiserende stoffer. B har siden 17-års-alderen i perioder haft forfølgelsesforestillinger og hørelsesshallucinationer, ligesom han har oplevet sig som flere personer. Den psykiatriske vurdering af B's tilstand har siden løbende undergået ændringer, og er blevet opfattet som henholdsvis svær personlighedsforstyrrelse og paranoid skizofreni. Uanset denne usikkerhed, synes der ikke at være tvivl om, at et massivt stofmisbrug har været en medvirkende årsag ved de tilbagevendende perioder med åbenlyse sindssygdomssymptomer.

Efter Retslægerådets opfattelse er B herefter muligvis omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men er dette ikke tilfældet, er han under alle omstændigheder omfattet af samme lovs § 69."

Retslægerådet anbefalede herefter, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mest formålstjenlig foranstaltning dom til ambulant psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse.

B blev ved den efterfølgende retssag fundet skyldig i flere tilfælde af tyveri, fundet omfattet af straffelovens § 69 og idømt ambulant behandlingsdom som anbefalet af mentalundersøgende overlæge og Retslægerådet. Der blev fastsat en længstetid for foranstaltningen på 5 år og for ophold på institution på 1 år, jf. straffelovens § 69 a, stk. 1. Samtidig blev den igangværende behandlingsdom, idømt knap fem år tidligere, ophævet.

Kommentar

Retslægerrådet bliver ofte bedt om at udtale sig i sager, hvor der er tvivl om den rette diagnostiske og strafferetlige placering – herunder især, om den sigtede er omfattet af straffelovens § 16 eller ej (se også Retslægerrådets årsberetning 2009, s. 69 ff.). Dette har stor betydning juridisk, da personer, der ved retten findes utilregnelige på grund af sindssygdom, mental retardering eller ligestillede tilstande er straffrie.

Det er en flere hundrede år gammel debat mellem læger og jurister, at grænsen mellem sindssygdom og ikke-sindssygdom er arbitrær og i praksis ikke kan trækkes helt skarpt. Professor Pontoppidan fra 6. Afdeling (psykiatrisk afdeling) på Kommunehospitalet omtalte for mere end hundrede år siden grænsedragningens vanskeligheder: ”at nægte eksistensen af mellemtilstande - de såkaldte ”bastardformer” – er at gøre vold på al erfaring”. Ligeså klart var og er det, med juraprofessor A.S. Ørsteds ord, ”at juraen må sætte en grænse mellem strafansvar og straffrihed”.

I en kriminel population er det kun et fåtal, der ikke er omfattet af den ret brede formulering i straffelovens § 69. Dette betyder imidlertid kun sjældent, at særforanstaltninger kommer på tale. Den almindelige samfundsmæssige sanktion ved kriminalitet vil stadig være straf.

Hos B beskrives psykiske symptomer fra den første indlæggelse og ligeledes fra indlæggelsen to år før den seneste mentalundersøgelse, som tvangfrit vil kunne rubriceres som tegn på en skizofren grundsygdom. B har i årevis

udvist mangel på stabilitet og målrettedhed med hensyn til beskæftigelse og længeresigtet planlægning. Han har utvivlsomt haft et betydende rusmiddelmisbrug i en længere årrække. Gennem mere end 10 år veksler den diagnostiske indplacering mellem paranoide skizofreni og emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse af borderline type. Det er ikke ualmindeligt, at personer med skizofreni selv – som B – ønsker diagnosen ændret.

Det er vanskeligt ud fra den seneste mentalerklæring at få sikre oplysninger om B's eventuelle rusmiddelmisbrug de seneste år. Ifølge Kriminalforsorgens tilsyn var B ophørt hermed under hele den 4-årige tilsynsperiode, fra han var 28-32 år gammel. Det må dog betænkes, at B tilsyneladende havde været ”forsvundet” i længere perioder i dette tidsrum. B selv gav forskellige og delvis modstridende oplysninger ved mentalundersøgelserne.

De tilstande, der er omfattet af ”det skizofrene spektrum”, anses almindeligvis for at høre til sindssygdommene, uanset om der kan konstateres såkaldt ”produktive psykotiske symptomer” – f.eks. hallucinationer eller vrangforestillinger - eller ej. Det samme gælder for den manio-depressive psykose, som nu kaldes bipolar affektiv sindslidelse. Blandt den del af den retspsykiatriske population, der er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, har over 2/3 en diagnose indenfor det skizofrene spektrum.

Skizofreni er en psykotisk tilstand, præget af blandt andet forstyrret kontakt

og kommunikation med omverdenen og ledsaget af en række psykotiske fænomener. De produktive psykotiske symptomer, altså f.eks. hallucinationer eller vrangforestillinger, kan under behandling med antipsykotisk virkende medicin aftage eller eventuelt helt forsvinde, således at patienten ikke mere er ”psykotisk”. Men frembyder patienten fortsat såkaldt negative symptomer – det vil sige f.eks. initiativsvækkelse, dårlig følelsesmæssig kontakt (”autisme”) eller tvivlrådighed (”ambivalens”) – er patienten stadig ”sindssyg”, det vil sige omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, (Brandt-Christensen M, Bertelsen A. Sindssygdomsbegrebet i straffelov og psykiatrilov; Ugeskrift for Læger 2010, 172 (17): 1274-1276.) Der er almindelig enighed om, at skizofreni ikke er én sygdom, og man taler om det skizofrene spektrum. Det markante ved det skizofrene spektrum er en mangfoldighed af symptomer og varierende fremtrædelsesformer og forløb. For mange antager sygdommen et mere eller mindre kronisk forløb, men der er også eksempler på, at personer med skizofreni kommer sig helt. Samtlige psykopatologiske fænomener kan optræde, også nogle, som er typiske for andre psykiske lidelser. Såkaldt dyssociale træk (”pseudopsykopatiske træk”) kan også ses, ikke mindst i en population af kriminelle skizofrene. Misbrug af rusmidler vil uvægerligt forværre og ofte forplumre billedet. Udtrykket ”borderline” henviser i klassisk psykopatologisk forstand til en grænsepsykotisk tilstand, men bruges nu om stunder mere bredt, ofte for at

markere, at personen netop ikke er psykotisk.

Formålet med at anvende klart definerede diagnosekategorier og kriterier er at sikre kvaliteten og øge pålideligheden af den psykiatriske diagnostik. Imidlertid findes begrebet sindssygdom (næsten – men som anført også kun næsten - synonymt med psykose) ikke længere i den internationalt anvendte diagnosemanual (WHO ICD-10, fra 1994), hvorfor der i nogen grad ser ud til at være en større heterogenitet i måden at vurdere dette fænomen på end tidligere.

I den retspsykiatriske vurdering er der ikke først og fremmest brug for at stille eksakte diagnoser, idet hovedspørgsmålet jf. formuleringen i straffeloven er, om personen var sindssyg på gerningstidspunktet. Der er hermed tale om et lidt bredere begreb end ”psykotisk”.

En hyppig overvejelse i en retspsykiatriske vurdering er, om der er tale om en egentlig sindssygdom eller en kortere- eller længerevarende rusmiddeludløst sindssygdom. Nyere retspraksis har slået fast, at også en rusmiddeludløst sindssygdom af mere end blot forbigående art kan medføre straffrihed, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 1. punktum. Er der derimod tale om en tilstand af forbigående sindssygdom som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler, vil den sigtede kunne henføres til § 16, stk. 1, 3. pkt., hvor der kan pålægges straf, hvis særlige omstændigheder taler derfor. Hvordan ”forbigående” skal afgrænses fra ikke blot forbigående, har

Højesteret taget stilling til i en afgørelse fra 2008 (Ugeskrift for Retsvæsen 2008, side 683):

”Undtagelsesbestemmelsen (i § 16, stk. 1, 3. pkt.) omfatter således ikke tilfælde, hvor det ikke er en konkret indtagelse af rusmidler, men længere tids misbrug, der har fremkaldt sindssygdommen” (se endvidere P. Gottlieb et al: Rustilstande og (u)tilregnelighed; Juristen nr. 6, 2008).

Det kan ikke undre, at såvel den mentalobserverende overlæge som Retslægerådet herefter udtrykte behørig tvivl om den rette retspsykiatriske placering af B. Det synes imidlertid at være i overensstemmelse med erfaringer fra andre enkeltsager med en lignende usikkerhed, at retten derefter skærper igennem og henfører den sigtede til § 69, men altså også idømmer en psykiatrisk særforanstaltning.

Vanskelig diagnosticering – simulation eller dissimulation?

B er en 49-årig mand med to tidligere behandlingsdomme. Diagnostisk fandt Retslægerådet det mest sandsynligt, at B havde en organisk hjerneskade, som i kombination med misbrug af rusmidler havde medført, i hvert fald periodevis, psykotiske episoder – mens den behandlingsansvarlige afdeling ikke fandt B omfattet af straffelovens § 16. Der blev rejst mistanke om såvel simulation som dissimulation af psykotiske symptomer. Retslægerådet fandt ved forelæggelsen af sagen det således mest sandsynligt, at B var omfattet af straffelovens § 16, men skulle dette ikke være tilfældet, var han under alle omstændigheder omfattet af samme lovs § 69. Retslægerådet anbefalede dom til psykiatrisk behandling, hvilket byretten senere idømte ham.(J.nr.10A/A1-02807-2011).

B er en 49-årig ugift mand, iransk flygtning som har boet i Danmark siden 1992. Han har ikke været behandlet for psykiske lidelser før ankomst til Danmark. Han har været udsat for langvarig fysisk og psykisk tortur under fængsling i 1980'erne. Han har sandsynligvis udviklet epilepsi som følge af hovedtraumer ved denne tortur. Desuden har der været symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). B har haft misbrug af rusmidler, blandt andet centralstimulerende stoffer og hash. Der har været dårlig social integration og B har i en årrække modtaget førtidspension.

B blev i 1999 dømt til psykiatrisk behandling mv. for blandt andet vold, idet han fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet udtalte dengang:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af retspsykiatrisk erklæring af 07.01.99 ved speciallæge i psykiatri H, og det øvrige foreliggende om B udtale, at han er sindssyg

og ligeledes må antages at have været det på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Han er normalt begavet. Han har haft et blandet misbrug af narkotiske stoffer.

B er født og opvokset i Iran. I forbindelse med fængsling i perioden 1982-86 var han udsat for langvarig fysisk og psykisk tortur. Efterfølgende har han udviklet organisk hjernelidelse med epilepsi. Han er i forebyggende behandling med antiepileptisk medicin. Han har siden ankomsten til Danmark i 1992 frembudt symptomer på mareridt, koncentrationsbesvær, nervøsitet og anspændthed, forenelige med diagnosen posttraumatisk stressyndrom (psykiske og fysiske følger efter belastning). Gennem de senere år synes han i tiltagende grad at have oplevet omverdenen som farlig og truende. Ved aktuelle observation fremtrådte han klart sindssyg, præget af vrangforestillinger om forfølgelse og komplotdannelse. Testpsykologisk frembød han tegn på organisk hjerne-

skade i form af forstyrret hukommelse, koncentration og opmærksomhed.

B findes omfattet af straffelovens § 16, stk.1. Han lider formentlig af en organisk paranoid sindslidelse. Såfremt han findes skyldig, skal rådet – jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale, at han dømmes til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af hospitalet og af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse”.

I forbindelse med en forespørgsel fra politimesteren om forløbet af behandlingsdommen udtalte den behandlingsansvarlige afdeling den 29.01.07 blandt andet følgende:

”Patienten har som beskrevet passet den ambulante behandling i den forløbne periode, hvor han har fortsat med antipsykotisk medicin i uændret dosis. Han er efter det oplyste ikke sigtet for ny kriminalitet i perioden. Selvom han ikke udviser åbenlyse tegn på psykotisk tilstand, må man ud fra mentalobservationen fortsat diagnosticere ham som kronisk paranoid psykotisk person, som synes velbehandlet på medicinen. Man kan fortsat befrygte, at patienten, i fald foranstaltningen blev ophævet, ville unddrage sig behandlingen med den konsekvens, at de psykotiske symptomer ville forværres, og risiko for ny kriminalitet på den baggrund forøges. Man skal derfor igen anbefale, at foranstaltningen opretholdes.”

På grund af fornyet kriminalitet blev B i 2009 på ny dømt til psykiatrisk behandling. Forinden var han blevet mentalobserveret ambulant og konklusionen på denne undersøgelse lød:

”Observanden er herefter fundet sindssyg, og det må antages, at han har været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Han vurderes normalt begavet. Han lider af epilepsi som følge af tortur.

Observanden har haft et ikke ubetydeligt hashmisbrug, men han anfører, at han ikke har røget de sidste ni måneder. Han forklarer, at han tidligere har prøvet alle euforiserende stoffer, men at han på nuværende tidspunkt kun tager metadon, som han køber illegalt. Han indtager ikke alkohol, idet det gør ham aggressiv. Han kan have været påvirket af rusmidler på tidspunkterne for de påsigtede forhold, men der er ingen holdepunkter for antagelsen af, at abnorm rustilstand har foreligget. Observanden blev i 1998/99 mentalobserveret ved ..., og han har efterfølgende i medfør af en idømt psykiatrisk særforanstaltning modtaget dom til psykiatrisk behandling. Han har været indlagt fem gange i medfør af dommen, og han er vedvarende blevet behandlet med antipsykotisk virkende medicin i form af depotindsprøjtninger.

Observanden er ved herværende undersøgelse fundet ejendommelig i kontakten. Han optræder dissimulerende og garderet. Han huser vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, men det må antages, at den årelange behandling

med antipsykotisk virkende medicin har dæmpet vrangforestillingerne.

Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der må antages at bestå en mindre, men af hans psykiske helbredstilstand i høj grad afhængig, risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, og man skal, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af denne risiko, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.”

Retslægerrådet udbad sig i december 2010 en ny retspsykiatrisk erklæring fra den behandlingsansvarlige afdeling (B havde under hele forløbet været tilknyttet samme psykiatriske afdeling), da B var sigtet for ny kriminalitet. Denne erklæring udtalte blandt andet:

”Kort efter seneste behandlingsdom oktober 09 blev observanden igen varetægtsanbragt p.g.a. ny mulig narkokriminalitet. Han blev flyttet fra Københavns Fængsler til herværende psykiatriske ...(afdeling) på baggrund af, at han havde behandlingsdom og den psykiske tilstand. Ved ankomst her oplyste observanden, at han ikke følte sig psykisk syg, men han havde blot simuleret for at blive flyttet væk fra fængslet, hvor han ikke brød sig om at være. Han nævnte, at han havde givet udtryk for at høre stemmer, selvom det ikke passede, og at han havde fingeret et selvmordsforsøg. Ved indlæggelsen

blev han beskrevet uden tegn på psykotiske symptomer, ligesom han ej heller virkede deprimeret eller i affekt. Observanden har igennem de senere år flere gange tilkendegivet, at han ikke mente at have behov for antipsykotisk medicin. På den baggrund er den medikamentelle antipsykotiske dosis gradvist blevet nedsat, således at observanden aktuelt får Trilafon Dekanoat (depot) 50 mg hver 4. uge.

Ved samtale med observanden den 24.01.11 i anledning af denne udtalelse oplyser han om psykiske symptomer, at han ikke hører stemmer og ikke aktuelt føler sig forfulgt. Han kan stadig ca. ugentligt opleve mareridtsdrømme, hvor han genoplever tidligere tortur-episoder tilbage til tiden i Iran.

Aktuelt har han ikke som nævnt følt sig forfulgt, specielt taler han ikke længere om, at Mujahediner efterstræber ham. Han er dog som nævnt ovenfor bekymret for, at han p.g.a. tidligere deltagelse i politisk modstandsbevægelse vil risikere fængsling, tortur m.v., hvis han vender tilbage til Iran.”

Erklæringen konkluderede:

”Observanden er ved undersøgelse her ikke fundet sindssyg, og der er ikke grundlag for at antage, at han var sindssyg på tidspunkterne for de nu påsigtede handlinger. Han lider af epilepsi som følge af tortur. Der er ikke oplysninger om, at observanden på tidspunkterne for de påsigtede kriminelle handlinger har befundet sig i en af epilepsi betinget psykisk abnorm tilstand. Observanden har gennem de senere år haft et misbrug af central-

stimulerende stoffer, men det er ikke oplyst, at han på tidspunktet for de påsigtede handlinger var påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer.

Diagnostisk finder man observanden lidende af en personlighedsforstyrrelse og følger efter tortur. Hertil kommer, at han har misbrug af centralstimulerende stoffer.

På baggrund af observandens personlighedsmæssige egenart kan han henregnes til den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds. Såfremt han findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan man imidlertid ikke pege på foranstaltninger som nævnt i samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af eventuelle ligeartede fremtidige handlinger end straf.

Ved evt. prøveløsladelse eller betinget sanktion skal anbefales tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om narkobehandling.”

Retslægerådet udtalte herefter:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet under henvisning til tidligere responsum af 16.02.99 og på grundlag af fremsendt materiale med retspsykiatrisk erklæring af 26.01.11 fra overlæge P,(Psykiatrisk Afdeling), samt tidligere retspsykiatrisk erklæring dateret 24.08.09 ved overlæge K, udtale, at B sandsynligvis er sindssyg og ligeledes sandsynligvis var sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet. Han har

aktivt misbrug af centralt stimulerende midler (Ritalin og Kokain) samt hash.

B behandles aktuelt psykiatrisk i medfør af en behandlingsdom af 16.10.09. Han har tidligere været behandlet i medfør af behandlingsdom, og man har ment, at han var psykotisk med sindssygdomssymptomer muligt udløst af en hjerneskade, der også har medført epileptiske krampeanfald. Behandlingen består af antiepileptisk medicin, på trods heraf har han sidst haft epileptisk krampeanfald i efteråret 2010. Herudover får han antipsykotisk virkende medicin i depotform. Medicinmængden er netop sat ned, idet han aktuelt findes uden åbenlyse sindssygdomssymptomer. For 1½ år siden var der ved en retspsykiatrisk observation mistanke om, at han simulerende rask (dissimulerede).

Aktuelt har han, efteråret 2010, fortalt, at han har simuleret sindssyg, orienteret om hørelshallucinationer med henblik på at blive flyttet fra fængsel til psykiatrisk afdeling. Aktuelt fremtræder han rolig og venlig uden åbenlyse sindssygdomssymptomer. Han synes at have behov for langvarig behandling mod misbrug.

Retslægerådet finder herefter, at B sandsynligvis er sindssyg med sindssygdomssymptomer, der aktuelt er velbehandlet på medicin, og som kan være udløst af hjerneskade og/eller misbrug. Skulle dette ikke være tilfældet, er han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69, idet han er personlighedsforstyrret med paranoide træk og har misbrug.

Uagtet den diagnostiske tvivl skal Retslægerrådet, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlige foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse”.

Da Retslægerrådet havde en anden opfattelse end overlæge P, der havde udarbejdet den seneste mentalerklæring, korresponderede rådet med overlægen, det vil sige rådet fremsendte den udtalelse, rådet var sindet at afgive, til overlægen med henblik på dennes eventuelle kommentarer, men overlægen besvarede ikke henvendelsen.

Ved Københavns Byrets dom blev B 11.04.11 dømt til psykiatrisk behandling mv. med en længstetid på 5 år. Samtidig blev den tidligere idømte foranstaltning ophævet.

Kommentar

B repræsenterer en gruppe, hvor der jævnligt stilles spørgsmålstegn ved, om de er omfattet af straffelovens § 16 eller 69, eller ingen af disse. Ikke sjældent ændres vurderingen af disse personer under forløbet af enten en afsoning eller en behandlingsdom. Ofte drejer det sig om udenlandske personer, hvor transkulturelle problemstillinger som forskelligartede udtryk for psykiske lidelser samt sproglige vanskeligheder komplicerer en sikker diagnostik. Hertil kommer, at disse personer ofte

har været udsat for en lang række belastninger livet igennem – for eksempel belastet opvækst, udsættelse for tortur, emigration/flugt og problematisk integration i modtagelandet – hvilket kan umuliggøre en sikker sondring mellem genetisk og belastningsudløst psykisk sygdom og psykiske symptomer. B havde yderligere været udsat for fysiske traumer mod hovedet, hvilket kan have udløst organisk hjerneskade. Endelig havde B et længerevarende misbrug af forskellige rusmidler, som i sig selv kan udløse psykotiske symptomer, og forværre bestående symptomer. Efter længerevarende behandling, eventuelt under indlæggelse, ses – som i B’s tilfælde – bedring af tilstanden med færre, eller ingen, åbenlyse psykotiske symptomer, bedre kontakt og bedre funktionsevne. (Dette spørgsmål er nærmere behandlet i Retslægerrådets årsberetning 2009, s. 69 ff.). I de psykiatriske vurderinger har der yderligere været rejst mistanke om, at B både havde simuleret og dissimuleret psykiske symptomer på forskellige tidspunkter – enten for at opnå fordele eller som led i den psykiske lidelse. (Se også rådets årsberetning 2006, s. 113 ff.).

Samlet giver dette et varierende og usikkert symptombillede og vanskeligheder med en éntydig diagnostisk placering. Der ses ofte – således også i B’s tilfælde – fortsat kriminalitet trods foranstaltningen, fortsat misbrug af rusmidler og begrænset sygdomserkendelse og dermed dårlig kompliance i forhold til behandlingen. Det kan udløse forskellig opfattelse af karakteren af de psykiske symptomer, den optimale håndtering i relation til fortsat kriminalitet og

dermed konsekvensen i forhold til straffeloven. Det kan heller ikke udelukkes, at et psykiatrisk behandlingssystem, som er underdimensioneret hvad angår ressourcer, herunder sengepladser, oplever frustration over at skulle allokere ressourcer til personer, som er meget svære at behandle – og frem for alt, hvor et af formålene med idømmelse af en behandlingsdom: at forhindre fornyet kriminalitet, vanskeligt lader sig gennemføre.

I det præsenterede eksempel var det Retslægerådets opfattelse, at B fortsat var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han mest sandsynligt var psykotisk – men skulle dette ikke være tilfældet, var han omfattet af samme lovs § 69. Uagtet denne usikkerhed fandt rådet, at der var behov for en langvarig, stabiliserende behandling under indlæggelse, og anbefalede derfor dom til psykiatrisk behandling.

Frihedsberøvelse i ventetid til afgørelse i umyndiggørelsessag

Sagen vedrører en 82-årig kvinde, der krævede erstatning for ulovlig frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven. Hun havde i mange år været behandlet i psykiatrisk regi for mani-depressiv sindslidelse såvel ambulant som under indlæggelse. Hun blev indlagt ved tvang i august 2007 på helbredsindikation og efterfølgende tvangstilbageholdt. Da hun uregelmæssigt indtog den ordnede medicin, blev hun tvangsbehandlet fra januar 2008.

Det vurderedes, at hun på grund af sine udtalte psykotiske symptomer og en måske begyndende svækkelse af åndsevnerne ikke ville kunne klare sig i egen bolig, og hun blev indstillet til plejehjem. Socialforvaltningen fandt, at hun ikke kunne tvangsanbringes på plejehjem, hvilket blev tiltrådt af Den Sociale Ankestyrelse, hvorefter frihedsberøvelsen blev ophævet august 2008. (J.nr. 10A/A9-02690-2011).

T var i 2007 en 82-årig kvinde med 30-årig kendt bipolær sindslidelse (tidligere benævnt mani-depressiv sindssygdom). Hun var gennem årene blevet behandlet med antipsykotisk virkende medicin, antidepressiv medicin og et lithiumpræparat til forebyggelse.

Op til tvangsindlæggelsen på helbredsindikation august 2007 havde hun været udtalt sindssyg, blandt andet præget af vrangforestillinger, hertil medicinvægrende, uden sygdomserkendelse og udtalte vanskeligheder med varetagelse af egenomsorg i form af uforsvarlig omgang med cigaretter, komfur og stearinlys.

Af journalen fremgår, at T under hele indlæggelsen var svært sindssyg. Hun var vedvarende hørelsehallucineret, idet hun oplevede, at en "sender" gav hende meddelelser og kommenterede hendes adfærd. Senere – i foråret 2008 – mente hun, at en af afdelingens over-

læger havde indopereret "senderen" i hendes hjerne. T mente i samme periode, at overlægen var erstattet af en tvillingsøster, som ikke var læge, og at den pågældende havde punkteret hendes blære samt påført T smitte, så hun nu havde et dyr – en bændelorm – i maven. I maj 2008 kaldte T på sin søn, som hun mente boede i væggen. Hun var periodisk agiteret og urolig, hvor hun ikke sov, og det er flere gange noteret, at T befandt sig på grænsen til et akut delir, det vil sige en potentielt livstruende tilstand, hvorfor afdelingen på et tidspunkt overvejede ECT-behandling. T kunne slå ud efter personalet, og hun blev flere gange flyttet fra åben til lukket afdeling, ligesom hun undertiden blev skærmet. T var helt uden sygdomserkendelse, og hun fastholdt, at hun sagtens kunne klare sig i egen bolig. Hun benægtede i perioder at være tvangsindlagt og -tilbageholdt, men mente sig kidnappet af Røde Korsfolk. Hun nægtede i perioder ligeledes

at tage medicin, hvorfor hun fra januar 2008 formelt blev tvangsbehandlet – undertiden tog hun medicin, blandt andet Cisordinol dekanooat 200 mg hver 14. dag samt velotab Zyprexa 10 mg ved behov (begge er antipsykotisk virkende præparater), i andre perioder nægtede hun medicinindtagelse. Under indlæggelsen ændrede afdelingen T's diagnose til paranoid psykose, og der var hertil mistanke om, at hun var præget af en vis svækkelse af åndsevnerne. Endelig fremgår af journalen, at T havde forskellige legemlige sygdomme, blandt andet let sukkersyge, lavt stofskifte og tilbagevendende urinvejsinfektioner, som hun havde svært ved selv at tage vare på.

Afdelingen vurderede, at T på grund af sin svære psykotiske sygdom ikke kunne klare sig i eget hjem og indledte derfor sammen med kommunen og i overensstemmelse med T's datter og patientrådgiver i januar 2008 en sag ved statsforvaltningen om anbringelse på plejehjem uden samtykke. Statsforvaltningen fandt, at betingelserne for en sådan foranstaltning ikke var opfyldt. Sagen blev anket til Ankestyrelsen, som imidlertid i august 2008 stadfæstede afgørelsen. Den psykiatriske afdeling ophævede herefter tvangstilbageholdelsen og ophørte med tvangsbehandling (med antipsykotisk virkende medicin givet i depotform). To uger senere forlangte T sig udskrevet, hvad hun så blev. På udskrivningsdagen accepterede hun at tage ophold på et plejehjem – hvor en plejebolig faktisk havde stået klar i et halvt år.

T havde klaget over frihedsberøvelsen, som det regionale psykiatriske patientklagenævn godkendte i juni 2008, hvorefter hun indbragte sagen for retten.

Af dombogen fremgår, at den behandlingsansvarlige overlæge, C, blandt andet oplyste, at T ...”har en svær kronisk psykose. Hendes adfærd indebærer risiko for hende selv og andre, idet hun ikke har nogen fornemmelse for ild og mad m.m. Hun brænder hul i sit tøj med cigaretter, og hun glemmer at slukke for komfuret. Hun vil gå til grunde, hvis hun udskrives til sin egen lejlighed, og de vil derfor gerne anbringe hende på plejehjem.” ...”Hendes situation i dag er den samme som den 1. februar 2008. Der er ingen bedringsmulighed. Fra den 1. februar 2008 er hun blevet tvangstilbageholdt, for at hun kan blive flyttet til et sted, hvor man kan tage vare på hende. Det er en uacceptabel lang sagsbehandling, og det er uacceptabelt, at T har været på et psykiatrisk hospital i en så lang periode, når der ikke har været nogen reel behandlingsmulighed. Han er således enig i, at der ikke har været mulighed for behandling fra den 1. februar 2008, medmindre man kan anse det at anbringe en person, der ikke kan tage vare på sig selv, på et plejehjem som en del af den psykiatriske behandling.

Det er et vurderingsspørgsmål, om en tvangstilbageholdelse efter psykiatrilovens § 5 sker på behandlingsindikation, jf. nr. 1, eller på farlighed, jf. nr. 2. Han vurderer normalt spørgsmålet ud fra,

om den pågældende er farlig for sig selv eller andre, også under ophold på hospitalet. T er ikke farlig for sig selv i afdelingen, hvor hun ikke har adgang til levende lys og komfurer mv. Hun er derfor tilbageholdt på behandlingsindikation. Det er dog mest en teoretisk sondring, idet § 5 i begge tilfælde kræver, at tilbageholdelsen skal ske med henblik på behandling. Der skal således være en behandlingsmulighed, også når folk tvangstilbageholdes på grund af farlighed.

... [Psykiatrisk afdeling] har august 2008 ophævet tvangstilbageholdelsen af T. Dette er sket på grundlag af Den Sociale Ankestyrelses afgørelse af ... august 2008 om, at hun ikke kan anbringes på plejehjem mod sin vilje. De har herefter ikke noget grundlag for at tvangstilbageholde hende, da de ikke kan gøre yderligere. T kan således gå fra stedet, og de vil ikke fysisk tilbageholde hende. Det er fortsat hans vurdering, at hun vil gå til grunde i sin egen lejlighed.”

Retten fandt, at frihedsberøvelsen fra februar til august 2008 havde været ulovlig med følgende begrundelse:

”Retten lægger til grund efter overlæge C's vurdering, at der i perioden har været og fortsat er grund til at frygte, at T vil gå til, hvis hun udskrives og tager ophold i egen bolig. [Psykiatrisk afdeling] har derfor anset det for uforvarsomt ikke at frihedsberøve T i den påklagede periode, mens en anmodning om anbringelse på plejehjem uden samtykke blev behandlet. Tilbagehol-

delsen i den 6½ måned lange periode er imidlertid ikke sket med henblik på behandling, som krævet i § 5 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, idet der efter overlægens oplysninger ikke har været nogen reel behandlingsmulighed siden ... februar 2008. T har derfor ikke lovligt kunnet tilbageholdes i den pågældende periode med hjemmel i psykiatrilovens § 5.”

Efterfølgende gjorde T krav på erstatning for ulovlig frihedsberøvelse, og sagen blev forelagt Retslægerådet, der ... december 2010 udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvis anføre, at T den XX.08.07 blev tvangsendlagt på behandlingsindikation på Amtssygehuset X. Hun var velkendt i afdelingen fra fem tidligere indlæggelser, hvor hun var blevet behandlet medikamentelt for sindssygdomssymptomer, der var led i en manio-depressiv sindslidelse. Ved indlæggelsen fandtes hun sindssyg med blandt andet vrangforestillinger, agitation og talepres. Forud for indlæggelsen havde T afbrudt behandling med blandt andet stemningsstabiliserende og antipsykotisk virkende medicin.

Forløbet under indlæggelsen var udtalt svingende, blandt andet fordi T hyppigt nægtede medicinindtagelse. Den XX.01.08 blev det anført i journalen, at T igen nægtede medicinindtagelse; hun var samtidig klart sindssyg med vrangforestillinger, hørehallucinationer og sygeligt ændret stemningsleje. Der blev derfor truffet beslutning om tvangsbehandling, ligesom tvangstil-

bageholdelse blev opretholdt. Den XX.02.08 blev det vurderet, at T's psykiske tilstand var bedret, men da hun fortsat var psykotisk med hallucinationer og vrangforestillinger, blev beslutningen om tvangstilbageholdelse opretholdt uændret.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Finder Retslægerådet, at det ud fra en lægefaglig vurdering af sagsøgerens tilstand fra den XX.02.08 under tvangstilbageholdelsen var forsvarligt at frihedsberøve sagsøgeren?

Idet der henvises til det i indledningen anførte, skal Retslægerådet udtale, at det efter rådets vurdering ville have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve T med henblik på behandling, også i tiden efter den XX.02.08, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

Spørgsmål 2:

Vurderer Retslægerådet, at behandling med medicin ikke ville hjælpe patienten?

Retslægerådet vurderer, at behandling med psykofarmaka var af helt afgørende betydning for behandling af T's sindssygdом.

Spørgsmål 2a:

Hvis spørgsmål 2 besvares bekræftende, bedes det vurderet, om dette burde have stået en fagkyndig og erfaren psykiatrisk læge klart?

Spørgsmål 2b:

Hvis spørgsmål 2a besvares bekræftende ønskes stillingtagen til, hvornår denne afklaring burde forefindes hos en sådan læge?

Ad spørgsmål 2a og 2b:

Besvarelsen af spørgsmålene bortfalder.

Spørgsmål 3:

Vil en behandling kunne bestå af andet end medicinsk behandling?

Som anført i besvarelsen af spørgsmål 2 må medicin anses at være af helt central betydning ved behandlingen af T's psykiske lidelse. Herudover vil behandlingen i forskellige sygdomsfaser kunne suppleres med blandt andet miljøterapi, støttende samtaler og psykoedukation.

Spørgsmål 3a:

Hvis spørgsmål 3 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet vurdere om sagsøgte modtog behandling og kunne behandles med henblik på bedring af sagsøgers tilstand under tvangstilbageholdelsen.

Det er Retslægerådets vurdering, at behandlingen af T under indlæggelsen er varetaget efter alment anerkendte lægefaglige retningslinjer, herunder at behandlingen med medicin er suppleret med kvalificeret pleje og miljøterapi som for eksempel grænsesætning.”

Erstatningssagen blev afgjort november 2011. Overlæge C blev igen afhørt og ...”godkendte den af ham tidligere afgivne forklaring ..., dog ikke vedrørende behandlingsmulighederne efter den 1. februar 2008, hvor hun stadig

kunne behandles og modtog behandling, hvilket hun stadig gør med psyko-farmaka. Behandlingen skulle herefter ske i kommunalt regi.... Sagsøgeren kunne ikke udskrives til eget hjem, da hun i så fald ville være til fare for alle og selv gå til grunde. En sådan udskrivning er forbudt. Psykiatribehandling består også af andet end medicinering. Vidnet er enig i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1. Fra 9. februar 2008 var sagsøgeren anbragt på en åben afdeling med fri udgang. Hun kunne ikke give gyldigt samtykke til noget som helst... Sagsøgeren har ikke en værge, og hun er nu anbragt på ..., et sikret psykiatrisk plejehjem.”

Sagsøgte – det vil sige den psykiatriske afdeling, i praksis regionen – blev fri-fundet. Rettens begrundelse lyder: ”I denne rets dom af 15. september 2008 blev det fastslået, at tvangstilbageholdelsen af sagsøgeren i perioden fra den ... februar 2008 til den ... august 2008 i medfør af § 5 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien ikke havde været lovlig. Dette lægges til grund under denne erstatningssag. Idet der ikke er gennemført særlige regler om tilkendelse af erstatning i en situation som den foreliggende, jf. afgørelsen optrykt i UfR 1995 70V og UfR 1998 337V, må spørgsmålet om sagsøgeren har krav på erstatning afgøres efter dansk rets almindelige erstatningsregler. Efter overlæge C’s forklaring og Retslægerådets erklæring finder retten ikke, at sagsøgte har handlet ansvarspådragende, hvorfor sagsøgtes frifindelsespåstand tages til følge.”

Kommentar:

Lægeligt drejer sagen sig om en ukompliceret frihedsberøvelsessag vedrørende en ældre, svært sindssyg kvinde, T, der blev tvangsindlagt og tvangsbehandlet med blandt andet antipsykotisk virkende medicin givet i depotform.

Beslutningen om tvangsbehandling blev taget efter flere måneder, idet T i perioder tog noget, men ikke alt den ordinerede medicin. Forløbet viste, at det trods et halvt års tvangsbehandling ikke var lykkedes at helbrede og kun i meget ringe grad mindske sindssygdomssymptomerne. Årsagen hertil kunne være, at T både var præget af sin oprindelige, senere kroniske sindssygdom og også af en begyndende åndelig svækkelse på grund af alder. Retslægerådet kunne tiltræde vurderingen af, at T på grund af sin psykiske sygdom ikke ville være i stand til at klare sig i eget hjem, uanset hvor megen støtte hun fik.

Det må være et lægeligt skøn, hvor lang tid der skal gå, før den behandlingsansvarlige overlæge beslutter, at der ikke kan opnås mere ved fortsat frihedsberøvelse og tvangsbehandling. Tidligere domme i frihedsberøvelsessager har tilkendegivet, at frihedsberøvelse kan finde sted, til patienten har så megen sygdomserkendelse, at patienten accepterer at fortsætte behandlingen efter udskrivelse.

Sagen blev kompliceret af en sideløbende sag i socialvæsenet, hvor der skulle besluttes anbringelse på ple-

jehjem uden samtykke. Den Sociale Ankestyrelse fandt, at der ikke var tilstrækkelig dokumentation for, at T opfyldte betingelserne for anbringelse på plejehjem uden samtykke. Herefter blev frihedsberøvelsen ophævet. T klagede over frihedsberøvelsen, og ved sagens behandling i retten angav den behandlingsansvarlige overlæge blandt andet, at der efter februar 2008 ikke var nogen reel behandlingsmulighed. Da enhver frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven sker med henblik på behandling, havde retten ingen anden mulighed end at finde tvangstilbageholdelsen efter februar 2008 ulovlig. (Se også sagen s. 105 ff. i denne årsberetning, hvor retten ligeledes af formelle grunde måtte finde en tvangsindlæggelse og –tilbageholdelse ulovlig.)

Overlægens angivelse i retten om, at der ikke var nogen ”reel behandlingsmulighed” efter februar 2008 står i modstrid med journalnotaterne, hvor det for eksempel flere gange er anført, at T blev skærmet for ikke at skade sig selv eller andre – hvilket selvsagt også er ”behandling” – ligesom T flere gange var så urolig og agiteret, at afdelingen frygtede, at hun kunne udvikle et livstruende akut delir. Hun blev i disse situationer tvangsbehandlet med store doser beroligende medicin. Retslægerådet udtalte da også i sin besvarelse af spørgsmål 1, at det efter rådets opfattelse ville have været uforvarligt ikke at frihedsberøve T også

efter februar 2008. Samlet fandt rådet, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 3a, at behandlingen af T under hele indlæggelsen havde levet op til anerkendte lægefaglige retningslinjer, herunder ”grænsesætning”.

Under erstatningssagen blev overlæge C igen afhørt i retten, og nu lagde han afstand til sine tidligere forklaringer om, at der ikke havde været behandlingsmuligheder i perioden februar til august 2008 og tilsluttede sig Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1. Blandt andet med henvisning hertil og til Retslægerådets udtalelse fandt retten ikke, at sagsøgte, det vil sige regionen, havde handlet ansvarspådragende, hvorfor sagsøgtes frifindelsespåstand blev taget til følge.

Det er lidt ironisk, at Ankestyrelsen blandt andet begrunder sin afgørelse med, at T kun en enkelt gang var flasket rundt og bragt tilbage af politiet – årsagen hertil er vel, at hospitalet passede på, at T ikke forvildede sig ud. Tilbage står måske blot at konstatere, at sagen ikke er endt så tragisk, som man kunne frygte – T var efterfølgende mod sin vilje blevet anbragt på et lukket psykiatrisk plejehjem, og da Retslægerådet modtog sagen i 2010 var T igen indlagt på den psykiatriske afdeling, hvad hun også var på tidspunktet for erstatningssagens afgørelse november 2011.

Tvangsindlæggelse lægeligt indiceret, men kendt ulovlig af formelle grunde

Retslægerådets årsberetning 2010, s. 49 ff. omhandler en sag vedrørende tvangsindlæggelse af en paranoid psykotisk kvinde, måske med diagnosen Folie a Deux. Retslægerådet fandt frihedsberøvelsen lægeligt velindiceret, men på grund af formelle fejl blev den fundet ulovlig af retten. (J.nr.10A/A3-02325-2010 og A 33362).

Retslægerådets årsberetning 2010, s. 49 ff. omhandler en sag vedrørende en 46-årig kvinde, KA, som havde været tvangsindlagt i 1993, og som igen blev tvangsindlagt i 2009. Tvangsindlæggelsen i 1993 blev kendt ulovlig blandt andet med den lægeligt set uforståelige begrundelse, at KA ikke havde modtaget medikamentel behandling under indlæggelsen. KA boede sammen med en psykisk syg mand, og det kunne overvejes, om hun led af en såkaldt Folie a Deux (fælles psykose), induceret af samleveren. Var det tilfældet, kunne blandt andet adskillelse fra samleveren være et væsentligt led i behandlingen, som overflødiggjorde medikamentel behandling.

Som det fremgår af årsberetningen 2010 var KA, som blev tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 1, helbredsindikation ("gule papirer"), ved tvangsindlæggelsen og den efterfølgende tvangstilbageholdelse i 2009 utvivlsomt sindssyg, lidende af en paranoid psykose (sindssygdom domineret af vrangforestillinger). KA klagede over frihedsberøvelsen, som det stedlige psykiatriske patientklagenævn godkendte. Så indbragte hun sagen for retten, der efter at have hørt

Retslægerådet ligeledes godkendte frihedsberøvelsen. Herefter ankede KA afgørelsen til landsretten, og her kom det frem, at den indlæggende læges undersøgelse ikke var foretaget senest syv dage før tvangsindlæggelsen, jf. psykiatrilovens § 7, stk. 3, og at lægen ikke havde foretaget en aktuel klinisk undersøgelse af KA.

Lægen forklarede i retten "...at han den 1. september 2009 talte med appellanten (KA, Retslægerådets tilføjelse) og E (samleveren, Retslægerådets tilføjelse) for at undersøge dem begge. Samtalen sigtede også på at kunne skrive til E's advokat om E's tilstand. Der er en helt klar sammenhæng mellem begges tilstand. Han tog ud for at besøge appellanten den 15. september 2009, men hun nægtede at åbne døren. Han kaldte på hende gennem døren, men han fik ikke noget svar. Han kunne høre lyde gennem døren og skrev samme dag til overlægen med henblik på tvangsindlæggelse på baggrund af hendes lange sygdomsforløb. Det må skyldes en slåfejl, at der mangler ordet "ikke" i sætningen "Patienten antræffes i dag på adressen" i hans journaltilførsel af 16. september 2009, således at det

fremgår, som om han har set hende den 16. september 2009. Han mindes nemlig ikke at skulle have set hende den dag. De yderligere journaltilførsler af 16. september 2009 har fundet sted på baggrund af det forudgående forløb, herunder et langt brev af 10. september 2009, som hun havde skrevet til ham. Han har skrevet sin lægeerklæring den 15. september og oprindeligt dateret erklæringen ”15. september 2009”, men har omdateret den til 16. september 2009, fordi den først blev sendt den følgende dag.

Landsrettens begrundelse og resultat:

Efter bevisførelsen, herunder læge L's forklaring, må det lægges til grund, at KA før tvangsindlæggelsen den 22. september 2009 senest blev lægeundersøgt den 1. september 2009. Det bemærkes herved, at hverken læge L's henvendelse ved hendes dør den 15. september 2009, hvor han ikke opnåede en samtale med hende, eller hans modtagelse fra hende af et langt brev dateret den 10. september 2009, kan anses som undersøgelser. Betingelserne efter psykiatrilovens § 7, stk. 3, jf. § 5, nr. 1, om, at lægens undersøgelse skal være foretaget inden for de seneste 7 dage forud for indlæggelsen, er derfor ikke opfyldt.

Landsretten finder på den baggrund, at tvangsindlæggelsen er ulovlig og tager derfor KA's påstand til følge.

Thi kendes for ret:

Tvangsindlæggelsen af KA den 22. september 2009 kendes ulovlig.”

Kommentar:

Det har helt fra Sindssygeloven, der trådte i kraft i 1938, været et krav, at lægeerklæringen i en tvangsindlæggelse skulle baseres på en personlig undersøgelse af patienten. Hans Adserballe har i sin disputats fra 1977 om 1938-loven (”Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien”, 2. bind, FADL's Forlag) flere eksempler på, at tvangsindlæggelser er fundet ulovlige, fordi lægen ikke personligt har undersøgt patienten med henblik på tvangsindlæggelse – en samtale gennem en brevsprække var således ikke en personlig undersøgelse. Reglen om den personlige undersøgelse senest syv dage før en tvangsindlæggelse på gule papirer blev indført med psykiatriloven i 1989 og er således heller ikke af ny dato. I denne sag var hverken reglen om personlig undersøgelse eller syv-dages fristen overholdt, hvorfor landsretten ikke havde anden mulighed end at kende tvangsindlæggelsen ulovlig, hvor indiceret den ud fra en lægelig synsvinkel end måtte være. (Se også s. 99 ff. i denne årsberetning)

Længerevarende fiksering hos person indlagt i henhold til dom til behandling

S blev indlagt i henhold til en dom til behandling, idet han ikke havde overholdt aftaler. Ved indlæggelsen fandtes han ikke åbenlyst sindssyg, men i løbet af de første indlæggelsesdøgn præget af abstinenssymptomer og stofhunger. I andet indlæggelsesdøgn foretog han et uvarslet og voldsomt angreb på personalet, der måtte forskanse sig på kontoret, ligesom han gik til angreb på tilkaldt politi. Han blev herefter bæltefikseret og var fikseret 11 dage, også under overflytning til regional retspsykiatrisk afdeling. Fikseringen blev godkendt af det lokale psykiatriske patientklagenævn, hvis afgørelse blev indbragt for retten, der forelagde sagen for Retslægerådet.

Retslægerådet fandt, at gentagen voldskriminalitet og uberegnelig, eksplosiv adfærd giver grundlag for fortsat bæltefiksering, også hos en person, der umiddelbart kan fremtræde rolig og bagatelliserende. Sagen illustrerer endvidere forskellen mellem frihedsberøvelse i medfør af en foranstaltningsdom og en tvangsindlæggelse i medfør af psykiatriloven. (J.nr. 10A/A3-01732-2008)

S er en 26-årig mand, som tidligere har været legemlig rask fraset misbrugsbetinget krampeanfald. Efter forældrenes skilsmisse, da han var fem år gammel, boede han frem til 17-årsalderen hos faderen, som havde et omfattende alkoholmisbrug. S havde ni års skolegang, hvor han modtog specialundervisning. Efter skolegangens afslutning påbegyndte han en faglig uddannelse, men ophørte efter et par år, og han har siden overvejende levet af kontanthjælp. S blev tidligt involveret i kriminalitet, og han havde blandt andet afsonet en ubetinget frihedsstraf på to år. S havde haft forskellige samlivsforhold, men han havde det sidste års tid før aktuelle været uden fast bopæl og overvejende overnattet hos en tidligere kæreste.

S havde fra 13-årsalderen haft et omfattende misbrug af euforiserende stoffer og medicin, gennem de senere år især heroin og benzodiazepiner (beroligende medicin). Han var søgt behandlet flere gange, blandt andet via kriminalforsorgen, men uden resultat. Fra omkring 2005 havde han flere gange været indlagt på psykiatriske afdelinger, hvor han var fundet sindssyg og sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin, som i nogen grad kunne dæmpe de psykotiske symptomer. Han blev i januar 2008 dømt til psykiatrisk behandling mv. efter ved en mentalundersøgelse at være fundet mere vedvarende sindssyg, blandt andet præget af omfattende vrangforestillinger. Det kunne ikke afklares, om han led af en misbrugsbetinget psykotisk tilstand eller af paranoid skizofreni.

På grund af manglende overholdelse af aftale om behandling, blev S indlagt i henhold til dommen xx.06.08 på psykiatrisk afdeling A. Han havde tidligere været indlagt flere gange på en anden psykiatrisk afdeling, men der havde han et halvt år tidligere foretaget et voldsomt overfald på en sygeplejerske, hvorfor han nu blev indlagt på ny afdeling. Under indlæggelsen i afdeling A udviklede S abstinenssymptomer, og tre dage efter indlæggelsen blev han svært aggressiv og voldelig, hvorfor han blev fikseret. Plejepersonalet måtte barrikadere sig på afdelingens kontor, og der blev tilkaldt politi, som hjalp med fikseringen, og som S også angreb.

Nogle dage senere blev han under fortsat fiksering overflyttet til retspsykiatrisk afdeling C, hvor han løsnedes af bæltet fire dage efter indlæggelsen. Han blev senere udskrevet og døde herefter xx.07.08, dødsårsagen er ikke kendt.

Patientens bistandsværge (moder) klagede over tvangsfikseringen til det lokale psykiatriske patientklagenævn, som i afgørelse af xx.09.08 tiltrådte, at tvangsfikseringen havde været lovlig.

Patientklagenævnets afgørelse blev indbragt for retten, der forespurgte Retslægerådet, som xx.12.08 udtalte: ”Med sagens tilbagesendelse, skal Retslægerådet på grundlag af fremsendt materiale med erklæringer af xx.xx.08 fra overlæge P, psykiatrien i A, og af xx.xx.08 fra overlæge X, retspsykiatrien i C, udtale, at S i mange år har haft et stort blandet misbrug, og i samme periode har været indsat på grund af

berigelseskriminalitet og voldstrusler. De senere år har han flere gange været indlagt i psykiatriske afdelinger med sindssygdomssymptomer, muligvis som led i en varig sindssygdom, muligvis betinget af misbrug. Efter xx.01.08 blev S behandlet i medfør af en idømt psykiatrisk foranstaltning. Han blev indlagt i henhold til denne dom til behandling xx.06.08 i A og blev overflyttet xx.06.08 [10 dage senere] til retspsykiatrisk afdeling C.

Ved indlæggelsen fremtrådte han uden åbenlyse sindssygdomssymptomer, men i de første indlæggelsesdøgn i tiltagende grad præget af abstinenssymptomer og stofhunger, samt xx.06.08 et uvarslet og voldsomt angreb på personale og tilkaldt politi. Dette medførte bæltfiksering, også med brug af remme, xx.06.08, kl. 19.00. Fikseringen fortsatte i regi af psykiatrisk afdeling A til xx.06.08, kl. 13.45. Under fortsat fiksering blev han overflyttet til C, hvor fikseringen ophævedes xx.06.08.

På tidspunktet for fikseringen var han opkørt, aggressiv, truende, og den følgende dag først uden erindring herom, men senere bagatelliserende, fortalte, at han havde været styret af stemmer (hørelshallucineret), og han mente ikke, at han havde været farlig.

S vurderedes i de følgende døgn, på grundlag af abstinenssymptomer, personlighedsforstyrrelse og muligt psykotisk tilstand, urealistisk i vurdering af sine egne evner og formåen og vurdering af egen farlighed. I perioden behandlede han indledningsvis med to forskellige præparater antipsykotisk

virkende medicin i tablettform (Zyprexa og Cisordinol). Fra xx.06.08 behandles han med antipsykotisk virkende medicin i depotform.

Retslægerådet vurderer, at S i tiden for iværksættelsen af fikseringen var i en tilstand, hvor det var nødvendigt at fikserer ham for at afværge, at han udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. I hele perioden for fikseringen vurderedes endvidere, at denne fare fortsat var til stede, idet S også tidligere havde udvist personfarlig adfærd, og idet han selv var bagatelliserende med hensyn til alvoren af det, den xx.06.08 passerede.”

Retten afsagde dom xx.06.11 og fandt, at tvangsfikseringen havde været lovlig med følgende begrundelse: ”Efter Retslægerådets erklæring og de vidneforklaringer, der er afgivet af overlægerne A og C, lægges der i overensstemmelse med det psykiatriske patientklagenævns afgørelse til grund, at tvangsfikseringen har været nødvendig for at afværge, at S udsatte personalet på de psykiatriske afdelinger for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Der findes endvidere ikke at være grundlag for at antage, at tvangsfikseringen har haft en tidsmæssig udstrækning, som var længere end nødvendigt for at opfylde dette formål. Tvangsfikseringen må således anses for at være lovlig, jævnfør psykiatrilovens § 14, stk. 2, og det psykiatriske patientklagenævns afgørelse stadfæstes derfor.”

Kommentar

S blev indlagt – man kan også sige frihedsberøvet – i medfør af en idømt psykiatrisk særforanstaltning, ikke i medfør af psykiatriloven. Det er vigtigt at holde sig for øje, at kriterierne for (tvangs)indlæggelse i medfør af en foranstaltningsdom adskiller sig fra kriterierne for tvangsindlæggelse i medfør af psykiatriloven. En retspsykiatrisk patient – bortset fra de ganske få, der alene er dømt til ambulante behandling – kan og eventuelt skal indlægges ved mistanke om f.eks. truende kriminelt recidiv, eller – som i den her refererede sag – såfremt patienten ikke overholder den ambulante behandling, således at der er risiko for, at patientens psykiske helbredstilstand forværres, hvilket igen kan antages at medføre risiko for kriminelt recidiv. Dårlige sociale forhold kan ligeledes begrunde en indlæggelse, idet for eksempel hjemløshed hos en psykisk syg kriminel ofte må antages at øge risikoen for ny kriminalitet. Sindssygdomskriteriet i psykiatriloven gælder således ikke for (tvangs)indlæggelse af foranstaltningsdømte patienter, jævnfør herved også, at nogle af de retspsykiatriske patienter ikke er eller har været sindssyge, men er dømt i medfør af § 68, stk. 2, jævnfør § 69. Indlæggelsen, hvad enten det drejer sig om sindssyge eller ikke-sindssyge, skal vedvare indtil de forhold eller problemer, der betingede indlæggelsen, er afklarede og/eller løst. (Se i øvrigt Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulante psykiatrisk behand-

ling” [<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134099>]).

Tvangsindgreb under indlæggelsen, hvad enten det drejer sig om tvangsmedicinering, eller som i denne sag bæltefiksering eller andet, kan kun finde sted i medfør af bestemmelserne i psykiatriloven, ligesom registrering og klager over tvang følger reglerne i psykiatriloven.

I den her refererede sag var S bæltefikseret i 10-11 dage, i perioder hertil med rem om den ene fod. S havde under tidligere indlæggelser udvist uforudsigelig personfarlig adfærd, hvilket også var tilfældet aktuelt, hvor han pludselig uvarslet blev så voldsom og aggressiv, at personalet på den psykiatriske afdeling måtte tilkalde politiet for at få ham lagt i bælte. Under det efterfølgende forløb var S i perioder tilsyneladende rolig og afslappet, men samtidig bagatelliserende og eftersnakkende. Fikseringen ophørte endeligt, da S klinisk blev vurderet som vedvarende rolig, uden risiko for fornyet voldelig adfærd.

Det regionale psykiatriske patientklagenævn godkendte fikseringen, hvis afgørelse herefter i overensstemmelse med reglerne i psykiatriloven blev indbragt for retten, der forelagde sagen for Retslægerådet. Som det fremgår, fandt Retslægerådet ved en samlet vurdering af psykopatologi, sygehistorien, herunder såvel tidligere som aktuelle alvorlige personfarlige angreb og uvarslede, uforudsigelige affektsplosioner, samt S’ bagatelliserende og bortforklarende holdning, at fikseringen havde været nødvendig, hvilket retten tiltrådte i form af at stadfæste patientklagenævnets afgørelse.

Det skal bemærkes, at der synes at have udviklet sig en praksis, hvorefter fiksering over fem-seks timer (af en civil patient) opfattes som en frihedsberøvelse. Dette spørgsmål var imidlertid ikke aktuelt i denne sag, hvor S var indlagt i medfør af en foranstaltningsdom. Retten tog da heller ikke stilling til frihedsberøvelsen, men alene til bæltefikseringen.

Medicinindtagelse, sagens oplysning; somnambulisme

A er en 68-årig mand, der var sigtet for at køre bil i medicinpåvirket tilstand og for at have påkørt en parkeret bil med materiel skade til følge. Sagen blev i første omgang fremsendt som en sag vedrørende medicinpåvirkethed (af Stilnoct® (Zolpidem) og Tafil® (alprazolam)). Rådet fandt det nødvendigt at indhente de analyseresultater, der lå til grund for de retskemiske erklæringer, samt en kontrolskriftprøve for at kunne afgive udtalelse. Sagen blev genfremsendt med spørgsmål om Zolpidem, hvor rådet udtalte, at dette præparat indtaget i terapeutiske doser kan medføre udvikling af en somnambulistisk tilstand (søvnøgænger), som er en forbigående sindssygdom eller en tilstand ligestillet med sindssygdom. A blev frifundet for straf. (J.nr. 80M/M1-00449-2009 og 80M/M1-00474-2010).

A er en 68-årig mand med en sundhedsfaglig uddannelse, der var sigtet for at have ført bil i medicinpåvirket tilstand samt for at have påkørt en parkeret bil, hvorved der skete materiel skade. Sagen blev fremsendt som en sag vedrørende medicinpåvirkethed med anvendelse af standardblanketten vedrørende spiritus- og medicinpåvirkethed. Lægeerklæringen konkluderede, at A klinisk havde virket "let påvirket af sløvende medicin", og ved retskemisk undersøgelse var påvist såvel Zolpidem som alprazolam, men koncentrationerne i blodet var ikke oplyst. Dette gav anledning til nogle principielle overvejelser i Retslægerådet om grundlaget for rådets udtalelser i sagen om medicinpåvirkethed. Rådet rekvirerede supplerende oplysninger med følgende skrivelse:

"Ovennævnte sag er forelagt Retslægerådet.

I den anledning kan Retslægerådet op-

lyse, at det vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet får adgang til:

- Kontrolskriftprøve.
- Talværdien af de analyseresultater, der ligger til grund for den retskemiske erklæring af ...2009.

Retslægerådet skal samtidig opfordre anklagemyndigheden til fremover at fremsende analyseresultaterne af de talværdier, der danner baggrund for de retskemiske erklæringer, således at rådet herved får mulighed for at tiltræde, at der er påvist målte koncentrationer af stoffer, der efter korrektion for analysevariation er over bagatelgrænsen, jf. Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 655 af 19. juni 2007 om klassificering af færdselssikkerhedsfarlige stoffer.

Retslægerådet får herved også mulighed for at sammenholde analyseresultaterne i talværdier med oplysningerne i den kliniske undersøgelse og dermed et bedre grundlag for at besvare de stillede spørgsmål.

Af hensyn til sagsbehandlingen bedes det udbedte materiale fremsendt samlet.”

Efter at materialet var modtaget kunne Retslægerådet besvare standardspørgsmålene således:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1+2:

Ja, sigtede kan have indtaget Tafil® (alprazolam) og Stilnoct® (zolpidem) som forklaret. Alkoholkoncentrationen var 0,0 ‰.

Spørgsmål 4+5:

Det må efter fundene ved lægeundersøgelsen sammenholdt med udfaldene af analyserne antages, at sigtede såvel på tidspunktet for undersøgelsen som den XX.XX.09 kl. 18.48 på grund af sløvende medicin (alprazolam og zolpidem) har befundet sig i en tilstand, der kan sidestilles med spirituspåvirkethed i let grad.

Spørgsmål 6:

Nej.”

Sagen blev imidlertid genfremsendt. Af retsbogsudskriften fremgår, at A var fysisk og psykisk rask, gift og socialt velfungerende. Han var tidligere ustraffet, og han benægtede ethvert misbrug, hvilket der heller ikke var mistanke om. Han havde en sundhedsfaglig uddannelse, og han havde natten før ulykkestilfældet, som fandt sted ved 18-tiden, haft en anstrengende vagt fra

kl. 23.00 til kl. 08.00. Han kunne ikke falde i søvn, da han kom hjem og tog så en af hustruens sovetabletter (Zolpidem 10 mg). Han kunne stadig ikke sove og huskede svagt, at han kort tid efter tog endnu 10 mg Zolpidem samt en eller to Alprazolam-tabletter (beroligende medicin). Herefter huskede han ikke ret meget, men han kunne regne ud, at han var kørt i bil for at hente nogle varer til hustruen. Han kunne ikke huske selve kørslen, herunder at han ikke havde kørt den lige vej fra forretningen og hjem. Videre fremgår af retsbogen, at A efterfølgende havde været på nettet og fundet ud af, at de tabletter, han havde indtaget, kunne medføre en abnorm reaktion, svarende til en form for insulinchok, uafhængig af den indtagne dosis.

Retslægerådet fik herefter stillet to supplerende spørgsmål, idet rådet skulle lægge til grund, at A på dagen for det påsigtede forhold ...”om morgenen, kort efter kl. 08.30 [havde] taget: - 1 stk. Stilnoct (Zolpidem 10 mg) samt kort efter igen 1 stk. Stilnoct (Zolpidem 10 mg) og 1-2 stk. Tafil (Alprazolam)”.

De to spørgsmål havde følgende ordlyd:

”Vil indtagelsen af det nævnte kvantum medicin på de oplyste tidspunkter om formiddagen kunne medføre:

6.1: en abnorm reaktion, som kan sidestilles med et insulinchok, uafhængig af indtaget dosis

6.2: en patologisk reaktion svarende til en forbigående tilstand af sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles

hermed om eftermiddagen omkring kl. 18.45”.

Retslægerrådet besvarede spørgsmålene således:

”Spørgsmål 6.1:

En litteraturgennemgang viser, at indtagelse af Zolpidem i terapeutiske doser kan medføre, at en i øvrigt rask person udvikler en somnambulistisk tilstand (søvngængereri), hvor personen, uden at være sig det bevidst, kan foretage endog ganske komplicerede handlinger, for eksempel bilkørsel. Søvnmangel og ”stress” synes at disponere til udvikling af en somnambulistisk tilstand. En sådan tilstand, som skyldes en dysfunktion af hjernen, kan formentlig også udvikles på grundlag af et lavt blodsukker (hypoglykæmi), men ses også uden nogen kendt eller formodet årsag.

Spørgsmål 6.2:

Indtagelse af Zolpidem og Alprazolam kan inducere en patologisk reaktion svarende til en forbigående tilstand af sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles hermed, jævnfør straffelovens § 16, stk. 1.”

Ved hovedforhandlingen forklarede vidner, at A havde kørt usikkert og slingrende, at han var kørt direkte ind i en holdende bil, og at han efterfølgende virkede konfus og tilsyneladende ikke vidste, hvad der var sket.

A blev frifundet for straf samt frakendt førerretten betinget i tre år.

Rettens begrundelse lyder:

”Retten finder, at det efter tiltaltes [A’s] forklaring må lægges til grund, at han dagen før uheldet havde ...[haft vagt], og at han den 7. juni 2009 tog medicin som anført i den retskemiske erklæring med det formål at falde til ro. Efter tiltaltes forklaring, de observationer, som blev gjort af vidnerne, og Retslægerådets besvarelse af de stillede spørgsmål, finder retten, at det er tilstrækkeligt sandsynliggjort, at tiltalte på grund af medicinindtagelsen har haft en patologisk reaktion svarende til forbigående tilstand af sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles hermed. Selv om tiltalte har ført bil under de omstændigheder, som er anført i anklageskriftet, er han straffri, jf. straffelovens § 16, stk. 1. Tiltalte er ikke tidligere straffet, og selv om han ...[har en sundhedsfaglig uddannelse] finder retten, at der ikke er fuldt tilstrækkeligt grundlag for at pålægge ham straf.

Frakendelse af førerretten er ikke en straf, og kan derfor idømmes uanset straffriheden. Det fremgår i Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene, at tiltalte har befundet sig i en tilstand, som kan ligestilles med spirituskørsel i let grad. Efter forarbejderne til reglen og fast praksis vil kørsel i en sådan tilstand sædvanligvis medføre en ubetinget frakendelse af førerretten, jf. færdselslovens § 126, stk. 1, nr. 2, jf. § 54, stk. 2. Under de helt særlige omstændigheder, hvorunder kørslen har fundet sted, finder retten imidlertid, at tiltalte ikke har ført bil under skærpene om-

stændigheder. Førerretten frakendes derfor betinget, som nærmere bestemt nedenfor, jf. færdselslovens § 125. stk. 1, nr. 9.

Efter omstændighederne finder retten, at det offentlige skal betale sagens omkostninger.”

Kommentar

Der har været en lidt usikker praksis, hvad angår det materiale, der skal fremsendes til Retslægerådet i sager om medicinpåvirkethed. Denne sag gav anledning til, at rådet mere generelt overvejede dette spørgsmål, og konklusionen blev som beskrevet, at rådet ønsker analyseresultater (”talværdierne”) af de foretagne retskemiske undersøgelser tilsendt, idet disse koncentrationsbestemmelser i kombination med den kliniske undersøgelse vil danne et bedre grundlag for at besvare de stillede spørgsmål.

Sagen blev genfremsendt med spørgsmål om en somnambulistisk tilstand (”søvngænger”). Somnambulisme påkaldte sig stor opmærksomhed i tidligere tiders retspsykiatri og blev grundigt omtalt i ældre lærebøger, men er nu næsten glemt. (Et muligt tilfælde er dog omtalt i Ugeskrift for Læger af Sillesen NH et al. Komplekse skader i forbindelse med søvngænger. Ugeskrift for Læger 2010;172:3489-90). Der er beskrevet tilfælde af søvngænger på grund af lavt blodsukker hos sukkersygepatienter, men de nærmere mekanismer for denne dysfunktion af hjernen er ukendte. En søvngænger går typisk rundt med åbne øjne og mum-

ler, men kan også foretage komplekse handlinger såsom madlavning, spisning eller – som i denne sag – bilkørsel. Det er også beskrevet, at personer har udvist aggressiv adfærd, herunder begået drab, i en somnambulistisk tilstand. (Anekdotisk er Retslægerådet bekendt med, at rådet i 1970’erne – det vil sige i den periode, hvor rådet ikke udgav årsberetninger -, tilsluttede sig en mentalerklærings konklusion, hvorefter en ung mand, sigtet for drab, havde handlet i en somnambulistisk tilstand og derfor var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1).

Sovemidlet Zolpidem i terapeutiske doser kan i sjældne tilfælde give anledning til søvngænger, hvilket er veldokumenteret i den videnskabelige litteratur (se f.eks. Tsai J-H et al. Zolpidem – induced amnesia and somnambulism: Rare occurrences? *European Neuropsychopharmacology* 2009;19:74-76). Retslægerådet kunne derfor udtale (spørgsmål 6.1), at indtagelse af Zolpidem i den anførte dosering (20 mg) kan medføre, at en rask person udvikler en somnambulistisk tilstand.

Spørgsmål 6.2 var for så vidt enkelt at besvare. En somnambulistisk tilstand er retspsykiatrisk en sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand på linje med andre organiske, oftest kortvarige forstyrrelser af hjernens funktion som f.eks. lavt blodsukker (hypoglykæmi) eller epileptiske konfusionstilstande (i psykiatrisk terminologi: Akutte organiske psykosyndromer). I disse tilfælde vil der undertiden – som i denne sag – være tale om en bevisvurdering

af sagens samlede omstændigheder. Retslægerrådet kan udtale, at denne eller hin – oftest kortvarige – psykiske abnormtilstand af de og de grunde kan have foreligget, men om den rent faktisk har foreligget, er rettens afgørelse (se hertil rådets årsberetning 2000, s. 59 ff. og årsberetning 2008, s. 43 ff.).

Retslægerrådet kunne kort besvare spørgsmål 6.2 med at bekræfte, at Zolpidem kan inducere en sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand, jævnfør straffelovens § 16, stk. 1 (un-

derforstået 1. pkt., hvilket måske burde være anført).

Retten fandt ved en samlet vurdering, herunder A's egen forklaring samt vidneforklaringer det ...”tilstrækkeligt sandsynliggjort, at tiltalte på grund af medicinindtagelsen har haft en patologisk reaktion svarende til forbigående sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles hermed.” A blev fundet skyldig, men frifundet for straf, jf. straffelovens § 16, stk. 1.

Anbringelsesdom på grund af behandlingssvigt

V er en cirka 45-årig ugift mand, der blev dømt for drabsforsøg over for sine forældre. Han var opvokset hos forældrene under helt upåfaldende forhold, havde haft visse skoleproblemer, havde ikke fået nogen uddannelse, og cirka 30 år gammel udviklede han symptomer på psykisk sygdom. Et par år efter fik han tilkendt pension. For år tilbage var han ganske kortvarigt indlagt på psykiatrisk afdeling, og han blev efterfølgende fulgt ambulant, men da han angav velbefindende, blev han udskrevet til fortsat behandling hos egen læge. I perioden op til gerningstidspunktet blev hans psykiske tilstand forværret og såvel to dage før som dagen før drabsforsøgene henvendte han sig på psykiatrisk skadestue, men indlæggelse fandtes ikke fornøden, om end han husede paranoidt betingede homicidale impulser over for faderen. Ved mentalundersøgelsen fandtes han svært sindssyg, lidende af skizofreni, og på trods af behandling med antipsykotisk virkende medicin husede han fortsat voldsomme aggressive forestillinger over for især faderen. Såvel den mentalundersøgende psykiater som Retslægerådet anbefalede en anbringelsesdom, hvilket også blev resultatet. (J.nr. 10A/A1-02845-2011).

V er en cirka 45-årig ugift mand, der blev fundet skyldig i drabsforsøg ved med flere slag med en medbragt økse at have forsøgt at dræbe sine knapt 70-årige forældre, der lå i sengen. Faderen fik blandt andet en flænge i panden og en dyb flænge i venstre underarm, moderen, der lagde sig imellem, fik en læsion af venstre hånds lillefinger, som delvis måtte amputeres.

Sagen blev behandlet ved et nævningeting, og af udskrift af dombogen fremgår, at V ved grundlovsforhøret blandt andet havde forklaret som følger: ”Sigtede forklarede, at det er rigtigt, at han knuste ruden ind til sine forældres hus med en økse. Det var hans egen økse, han havde taget med. Han har en søster, X, der er 44 år gammel. Sigtede var både sig selv og X, da han ville slå

sin far ihjel. Det er fordi, faderen har forgrebet sig på X, da hun var 13 år gammel, og sigtede var 14 år. Sigtede og X delte værelse sammen med deres lillebror Y. Værelset var adskilt af en reol. En nat kom faderen og forgreb sig på X. Sigtede blev meget bange. Sigtede har efterfølgende talt med X om episoden, men hun benægter den fuldstændig. Faderen har ikke forgrebet sig på sigtede.

...

Sigtede forklarede videre, at i går skrev han et brev til Danmarks Radio om hovedpunkterne i det, han oplevede som barn omkring incestforholdet med X. Han havde ikke noget frimærke, så han kørte ind til Danmarks Radio for at aflevere brevet personligt. Han var alene i bilen, men på vej ind til Danmarks Radio følte han, at han var både

sig selv og søsteren. På vejen hjem følte han, at han nu kun var sig selv. Han var meget vred og tænkte, at nu skulle faderen have gengæld for det, han havde gjort mod søsteren som barn. Da sigtede kom hjem til sig selv, tog han en økse og en kølle og kørte herefter hen til forældrenes bopæl. Undervejs følte han stadig, han kun var sig selv. Med øksen smadrede han ruden i terrassedøren ind til forældrenes bopæl. Herefter følte han, at han var to personer, både sig selv og søsteren. Han gik ind i huset. Forældrene vågnede nok ved, at han smadrede ruden, og der blev vist tændt lys. Han gik hen til soveværelset, hvor forældrene lå i sengen. Forældrene virkede bange. Han følte stadig, at han var to personer – ham selv og søsteren – og det frydede ”dem”, at forældrene var bange. Nu skulle forældrene have deres straf. ”De” hævnede sig, og ”de” slog med øksen. Det frydede mest søsteren, at faderen skulle have slag med øksen. ”De” slog fire til fem gange. Faderen nåede at afværge en del af slagene. ”De” gik efter hovedet, hvor ”de” også ramte en til to gange. Begge forældrene skreg. Moderen skulle også straffes, da hun havde svigtet. Sigtede ved ikke, om moderen vidste noget om incestforholdet mellem faderen og søsteren, men han er næsten helt sikker på det. Moderens hånd blev ramt. Sigtede holder mere af sin mor end af sin far. Han tror, at der blev slået efter moderen tre gange. Faderen lå på et tidspunkt på knæ på gulvet og græd og virkede lettet. Pludselig holdt sigtede af faderen. Sigtede husker ikke, om han slog efter moderens hoved. Han er ikke klar over, om søsteren ønskede at gøre moderen

noget. Øksen ramte moderens hånd. Sigtedes hukommelse har været dårlig de sidste 13 år på grund af skyldfølelse, som han har fået nervemedicin for. For fem år siden var han indlagt på ... (psykiatrisk afdeling). Han var glad for at være der. I går tog han af sted til ... (skadestuen, psykiatrisk afdeling) sammen med sin kammerat K, der også har oplevet incest som barn. De talte med en kvindelig læge. Sigtede og K tog af sted igen. Sigtede har taget sin medicin på det seneste, som han skulle. Han bor i et bofællesskab med andre psykisk syge personer, hvor han har boet de sidste cirka 13 år. Han synes, at de andre beboere er søde og rare. Efter episoden hos forældrene bød faderen ham på kaffe. Både sigtede og hans søster ønskede at slå forældrene ihjel.”

Ved et senere retsmøde (fristforlængelse) forklarede V, at det var stemmerne, der havde opfordret ham til at slå forældrene, også moderen, ihjel.

Det skal bemærkes, at der absolut intet grundlag var for antagelsen af, at faderen havde krænket hverken V eller dennes søster seksuelt.

Efter anholdelsen blev V, som surrogatbragt på en psykiatrisk afdeling, mentalundersøgt. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at V var opvokset som den ældste af fire søskende under velordnede sociale og følelsesmæssige forhold hos velfungerende forældre. Hans søskende klarede sig godt. V fik specialundervisning i skolen, som han forlod efter 9. klasse. Han fik ingen uddannelse. Han var i

nogle år ansat som arbejdsmand på den virksomhed, hvor faderen arbejdede, men efter en flere år varende arbejdsløshedsperiode blev han sygemeldt og kort tid efter tilkendt pension på grund af psykisk sygdom. V havde boet hos forældrene, til han var cirka 30 år gammel. Han havde i et års tid boet i et hus, forældrene havde købt til ham, men han havde i flere år før kriminaliteten boet først i en, så i en anden beskyttet bolig. Han havde aldrig været gift eller samlevende, men havde måske som ung haft et par korterevarende forhold. Han havde ingen børn. Han så nogenlunde regelmæssigt forældrene og havde en enkelt ven, han havde kendt fra barndommen, og som han tog på fisketure med, men ellers levede han socialt isoleret. Han havde et minimalt alkoholforbrug, og han havde aldrig misbrugt – endsige blot prøvet – euforiserende stoffer, herunder hash.

Omkring 30-års-alderen udviklede V åbenbare symptomer på psykisk sygdom. Han fik kontakt til en praktiserende speciallæge i psykiatri, der vurderede, at V var ved at udvikle skizofreni. Godt et år senere blev han indlagt på en psykiatrisk afdeling i udtalt psykotisk tilstand. Han havde vrangforestillinger, blandt andet mente han, han var Jesus, ligesom han havde telepatiske oplevelser vedrørende tv. Han var urolig og blev blandt andet af familien oplevet som truende. Han var allerede før indlæggelsen af egen læge sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin ("trilafon-depot", dosis er ikke anført), og da afdelingen skønnede, at denne behandling havde god

effekt, blev han efter en kort indlæggelse udskrevet til ambulans behandling. Et år senere ønskede V at afslutte kontakten, hvilket den blev.

To år senere blev han genindlagt. Han husede vrangforestillinger blandt andet om, at hans søskende havde været udsat for seksuelle overgreb af forældrene, som han - blandt flere andre - husede aggressive forestillinger overfor. Han var ophørt med medicin, fordi – forklarede han – han ikke havde fortjent at have det for godt. Behandling med antipsykotisk virkende medicin (Zyprexa, dosis er ikke anført) blev genoptaget, hvorefter han to dage senere blev udskrevet. Det næste års tid blev han fulgt ambulant, men da han gav udtryk for at have det godt, blev han afsluttet og henvist til fortsat behandling hos egen læge. Der foreligger ingen psykopatologisk vurdering af hans psykiske tilstand på daværende tidspunkt.

Herefter var V uden kontakt til psykiatrien indtil kriminaliteten. Det fremgår, at han i nogle perioder klagede over at høre stemmer; en gang havde han truet vennen med en kniv, ligesom han kunne være truende over for forældrene. På et tidspunkt havde han telefonisk noget oprevet anført, at han var blevet anklaget for voldtægt og på et andet tidspunkt havde han udvist seksuel grænseoverskridende adfærd ved at gå i bad med en mindreårig slægtning og fået pigen til at vaske sine genitalia. Intet af alt dette havde givet anledning til henvisning til psykiatrien fra de institutioner, hvor han havde ophold.

I månederne før drabsforsøgene ændrede V's psykiske tilstand sig. Han blev aktiv og impulsiv, blandt andet købte han en bil og en motorcykel. Han blev endvidere seksuelt "fokuseret" og "gik langt over stregen" i sin adfærd over for medbeboerne og ikke mindst personalet. Han indledte et forhold til en 68-årig handikappet kvindelig medbeboer og havde et homoseksuelt forhold til en nabo. To dage før kriminaliteten blev han af personalet bragt til psykiatrisk skadestue. V var da opkørt og grædende. Han talte om, at han selv var blevet seksuelt udnyttet af faderen, senere ændrede han det til, at det var søsteren, der var blevet krænket. Han angav også over for personalet, at en ven – og faderen – var i ledtog med satan, idet disse personer indeholdt tre 6-taller, og talte om at slå faderen ihjel. Det ledsagende personale oplyste lægen i skadestuen om disse forhold, men der fandtes intet grundlag for at indlægge V.

Af skadestuejournalen – således som den er refereret i mentalerklæringen – fremgår blandt andet, at V oplyste, at han, på grund af oplysninger han havde fundet på internettet, nu var blevet overbevist om, at han som barn var blevet misbrugt af sin fader, at faderen havde ødelagt hans liv, og at han (V) havde lyst til at konfrontere faderen med dette. V blev beskrevet som "neutral af stemning" og han "afviste psykotiske symptomer". Såvel den formelle som den følelsesmæssige kontakt blev vurderet som upåfaldende, men det er noteret, at der var sparsom blikkontakt. V var af egen læge blevet henvist til

distriktspsykiatrien, og det fandt man tilstrækkeligt samtidig med, at han blev opfordret til fortsat at tage medicin.

Næste dag henvendte V sig igen i skadestuen, idet han følte sig angst. Hans psykiske tilstand blev imidlertid vurderet som "stabil", og han blev igen sendt hjem.

Cirka 48 timer senere berettede han ved grundlovsforhøret om drabsforsøgene som tidligere anførte.

Ved mentalundersøgelsen angav V, at han altid havde været genert og noget indesluttet. Han mente, at faderen af natur var "sadist" og havde behandlet ham dårligt i barndommen og ikke mindst i puberteten, hvor forældrene burde have hjulpet ham til at finde en kæreste. Han bekræftede, at han var blevet syg omkring 30-årsalderen, hvor han blandt andet havde hørt stemmer, der kom fra tv. Nogle måneder før kriminaliteten var han ophørt med Zyprexa (antipsykotisk virkende medicin), fordi han oplevede at blive sløv af medicinen. Efter at være ophørt blev han da også mere aktiv, ligesom han brugte flere penge. Han begyndte også at "udforske" sin seksualitet – det var, forklarede han, som gik han tilbage i alder – og han bekræftede, at han havde haft et seksuelt forhold til en mandlig bekendt, ligesom han anførte, at han opfattede sig som biseksuel.

Under indlæggelsen blev han behandlet med antipsykotisk virkende medicin (Zyprexa velotab 5 mg dagligt, tablet Abilify 15 mg dagligt og tablet Risper-

ridon 3 mg dagligt) samt beroligende medicin (tablet Alopam 15 mg dagligt), men på trods heraf gav han vedvarende udtryk for voldsomme psykotisk betingede aggressive forestillinger over for forældrene, især faderen, ligesom han husede forfølgelsesforestillinger, hvor han oplevede, at blandt andet personalet var efter ham. Han var formentlig hørelsesshallucineret, hvad han dog selv benægtede. Hans adfærd var undertiden på bizar vis seksualiserende, ligesom han oplevede påvirkningsforannelser.

Den mentalobserverende psykiater fandt V præget af formelle forstyrrelser af tænkningen og af omfattende vrangforestillinger vedrørende forældrene, men også andre. Den følelsesmæssige kontakt blev vurderet som kompromitteret, ligesom speciallægen vurderede, at V var hørelsesshallucineret, om end han selv benægtede dette.

Konkluderende fandt speciallægen, at V led af paranoid skizofreni, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede en anbringelsesdom.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af fremsendte akter med erklæring af 31.01.2011 fra speciallæge i psykiatri A, om V udtale, at han er sindssyg, hvilket også var tilfældet på tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet.

V er opvokset under stabile forhold. Han har altid været nært knyttet til sine

forældre og flyttede først hjemmefra 31 år gammel. V har været præget af isolationstendens, men har ikke frembudt egentlige tegn på psykisk lidelse, før han i 30-års-alderen udvikler skizofreni. I sygdommens indledningsfase begynder han at høre stemmer. Senere udvikles et omfattende system af vrangforestillinger, især omhandlende forældrene. V's psykiske tilstand har været svingende, og i perioder, hvor han er ophørt med indtagelse af antipsykotisk virkende medicin, har det været nødvendigt med indlæggelse. Forud for det påsigtede var V ophørt med medicinindtagelse, og hans psykiske tilstand var som venteligt i betydelig grad forværret.

Under forløbet af aktuelle mentalundersøgelse har V været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, men på trods heraf huser han fortsat omfattende vrangforestillinger med et aggressivt indhold vedrørende forældrene.

Retslægerådet finder V omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Såfremt han findes skyldig i det påsigtede anbefales, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en formentlig ikke ubetydelig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Efterfølgende blev V fundet skyldig i forsøg på manddrab og idømt en anbringelsesdom. Under hensyn til arten af den pådømte kriminalitet fastsattes

ingen længstetid for den idømte foranstaltning.

Kommentar

Retspsykiatrisk set er sagen ukompliceret. En svært sindssyg mand, V, forsøger at dræbe sine forældre, og kriminaliteten var begrundet i omfattende vrangforestillinger, men også i en oplevelse af at blive invaderet af en anden person (søsteren), som så at sige smeltede sammen med V (et klassisk symptom ved skizofreni). Behandling med antipsykotisk virkende medicin bedrede ikke afgørende V's psykiske helbredstilstand, blandt andet husede han fortsat vrangforestillinger vedrørende forældrene, hvorfor såvel den mentalobserverende psykiater som Retslægerådet anbefalede en anbringelsesdom, hvilket også blev resultatet.

Retslægerådet er undertiden – og undertiden med rette – blevet kritiseret for ikke i tilstrækkelig grad at begrunde sine vurderinger og anbefalinger. Rådet er opmærksomt på dette forhold, og i den her refererede sag er som begrundelse for at anbefale den indgribende anbringelsesdom anført, at ...”V (har) været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, men på trods heraf husker han fortsat omfattende vrangforestillinger med et aggressivt indhold vedrørende forældrene.” Senere hedder det, at der består ...”en formentlig ikke ubetydelig risiko for fremtidig ligearartet kriminalitet” – hvilket selvsagt følger af det oven for anførte – som begrundelse for at anbefale en anbringelsesdom.

Endelig kan det overvejes, om hele sagen med dens konsekvenser for V selv og for hans familie skyldes behandlingssvigt af en svært syg person, et spørgsmål rådet flere gange tidligere har behandlet (se f.eks. Retslægerådets årsberetning 1997, s. 77 ff. og årsberetningen 1998-1999, s. 115 ff.). V havde sporadisk kontakt med psykiatrien de første år efter, at han var blevet syg, men da hans psykiske tilstand syntes stabil, blev han afsluttet. De følgende 6-8 år havde han ophold på socialpsykiatriske institutioner, og der er sporadiske tilkendegivelser om afvigende adfærd, aggressive forestillinger m.v., som kunne være udtryk for psykotiske symptomer, men uden at dette førte til henvisning til psykiatrisk vurdering, endsige en løbende psykiatrisk kontakt. V blev to dage før og igen dagen før kriminaliteten set i en psykiatrisk skadestue, som imidlertid ikke fandt anledning til at indlægge V på trods af, at skadestuen blandt andet blev gjort opmærksom på hans forestillinger om faderen. V blev vurderet som ”uden psykotiske symptomer”, hvilket næppe kan være korrekt henset til hans psykiske tilstand de seneste måneder og til, at han små 48 timer senere – ved grundlovsforhøret – fremtrådte i udtalt grad psykotisk med en række symptomer forenelige med skizofreni.

Sagen understreger under alle omstændigheder vigtigheden af, at mennesker med alvorlige psykiske sygdomme får foretaget grundige psykopatologiske vurderinger, i hvert fald når deres psykiske tilstand ændres, og at man også er opmærksom på eventuelle psykotisk

betingede aggressive forestillinger. Gennem de senere år har der været fokus på vurdering af risiko for selvmordsadfærd. I overensstemmelse med internationale undersøgelser understreger denne sag vigtigheden af også

at fokusere på en patients tanker og trusler om vold og aggression. Påvises sådanne forestillinger kan indlæggelse være nødvendig, såvel for at beskytte den syge, som for at beskytte andre mennesker.

Vurdering af årsagssammenhæng mellem arbejdsmæssig belastning og psykisk lidelse

Retslægerrådet modtager i stigende omfang sager, hvor arbejdsmæssig belastning eller traumatiske oplevelser påberåbes som årsag til udvikling af invaliderende og/eller arbejdshindrende psykiske lidelser. Især udgør afgrænsning af tilstanden posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) ofte vanskeligheder. Den nedenfor refererede sag vedrører en person, B, der i en længere årrække arbejdede som kriminaltekniker. Han oplevede arbejdet som særdeles belastende grundet de dramatiske begivenheder, han blev udsat for, tillige med omgivelsernes pres. I forbindelse med arbejdet angav sagsøger sig gradvist generet af symptomer i form af kvalme, diarré, hjertebanken og søvnbesvær. Han blev i tiltagende grad vredsladen, irriteret, koncentrationsbesværet og med undgåelsesadfærd og genopleven af belastende erindringer. (J.nr. 10A/A9-02516-2010).

Retslægerrådet besvarede et fremsendt spørgetema som følger:

Spørgsmål 1:

Hvilke(n) psykisk lidelse(r) har JB pådraget sig?

Sagsøger udviklede i 2002 over et halvt år en række psykiske symptomer, som kan sammenfattes under diagnosen ”depressiv enkeltepisode af moderat grad”. Symptomerne var blandt andet tristhed, håbløshedsfølelse, tvivlrådighed og isolationstendens. Han modtog i perioden 2002 til 2004 relevant psykiatrisk behandling uden afgørende bedring af tilstanden. Han har siden befundet sig i en depressionslignende tilstand karakteriseret ved blandt andet utilstrækkelighedsfølelse, søvn- og koncentrationsbesvær og rugen over fortiden, hvor især belastende begivenheder fra arbejdet som kriminaltekniker er fremtrædende.

Sagsøger har været indlagt på psykiatrisk afdeling i 2007 efter at have forsøgt selvmord. Tilstanden blev opfattet som en krisereaktion udløst blandt andet af aktuelt samlivsbrud i kombination med hans samlede livsomstændigheder. Han frembød hertil symptomer på en middelsvær depression.

Efter Retslægerrådets opfattelse rummer sagsøgers psykiske lidelse, som den er beskrevet i de lægelige akter, tillige symptomer, som anses for karakteristiske for posttraumatisk belastningsreaktion (på engelsk PTSD = Post Traumatic Stress Disorder) og som vanligvis ikke ses ved andre psykiatriske lidelser. Det drejer sig især om såkaldt undgåelsesadfærd, tilbagevendende genoplevelser og stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om de begivenheder, der opfattes som traumer.

Spørgsmål 2:

Kan de i sagens akter oplyste arbejdsmæssige belastninger/oplevelser gennem årene, som kriminaltekniker, efter Retslægerådets opfattelse anses for at være årsag til de(n) under besvarelsen af spørgsmål 1 nævnte lidelse(r)?

Retslægerådet bedes ved besvarelsen af spørgsmålet om muligt angive graden af sandsynligheden med henholdsvis overvejende sandsynligt, sandsynligt etc.

Sagsøgers arbejde som kriminaltekniker må antages at have været medvirkende til udvikling af den i spørgsmål 1 beskrevne psykiske tilstand.

Spørgsmål 3:

Giver sagens oplysninger i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Er B' psykiske lidelse bedst forenelig med diagnosen nedslidningssyndrom eller diagnosen uspecificeret personlighedsændring og periodisk depression?

Se besvarelse af spørgsmål 1.

Spørgsmål B:

Er B' lidelse, jf. svaret på spørgsmål A:

- a) forårsaget af arbejdet som kriminaltekniker (bilag 1),
- b) udviklet som følge af JB' egen personlighedsstruktur, herunder f.eks. eksistentielle overvejelser (bilag B og C), perfektionstrang (bilag D, E og F) eller skrobelig

personlighedsstruktur (bilag F og bilag 7),

- c) forårsaget af eller udviklet som følge af andre, herunder eventuelt uoplyste, forhold, eller
- d) forårsaget af eller udviklet som følge af en kombination af ovennævnte forhold?

Retslægerådet bedes angive graden af sandsynlighed.

Ad a):

Se besvarelse af spørgsmål 2.

Ad b), c) og d):

Sagsøgers personligheds-mæssige egenart er beskrevet med karaktertræk som perfektionistisk, sårbar, nærtagende med tilbøjelighed til at rette bebrejdelser mod sig selv, men også konfliktsky og indadvendt. Der er ikke grundlag for at antage, at de beskrevne karaktertræk har været så fremtrædende, at der i lægelig forstand oprindeligt har været tale om specifik forstyrrelse af personlighedsstrukturen hos sagsøger.

Forud bestående personligheds-mæssig sårbarhed kan sænke den individuelle tærskel for at udvikle psykisk sygdom, herunder såvel depression som PTSD, men er hverken nødvendigt eller tilstrækkeligt herfor. Det kan efter Retslægerådets opfattelse ikke udelukkes, at sagsøgers personligheds-mæssige egenart har udgjort en sådan prædisponerende faktor. Det lader sig ikke afgøre, hvorvidt andre forhold, herunder for eksempel eksistentielle problemer, også har medvirket. Graden af sandsynlighed, hvad angår betydningen af

hvert af de ovennævnte forhold, lader sig ikke afklare nærmere.

Spørgsmål C:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Kommentar

Ved indførelse af WHO's reviderede diagnostiske klassifikationssystem (WHO ICD 10) i 1994, valgte man i den danske udgave at lægge afgørende vægt på karakteren af det udløsende "traume" for diagnostisering af F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Det kræves for opfyldelse af de diagnostiske kriterier "en traumatisk begivenhed eller situation (af kortere eller længere varighed) af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur, som vil medføre en kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver."

Med tiden er traumbegrebet internationalt blevet udvidet til ikke kun at omfatte de klassiske katastrofeagtige hændelser som krigshandlinger, tortur, voldtægt eller naturkatastrofer. Denne udvidelse har fundet sted både i klinisk og forskningsmæssig sammenhæng. I den internationale forskning og videnskabelige litteratur fra de seneste

år udtrykkes en generel accept af, at visse typer af beskæftigelse, herunder indenfor politi, brandvæsen og ambulancekørsel indebærer en forøget risiko for udvikling af belastningstilstande. Disse erhvervsgrupper sammenfattes dels under begrebet "first responders" for de grupper, der først kommer til stede på ulykkes- og gerningssteder, dels "vicarious (stedfortrædende) traumatization" om f.eks. sygeplejersker, der plejer døende og svært tilskadede patienter. Studier har påvist, at personer i begge grupper har en øget risiko for udsættelse for potentielt belastende ("traumatiske") påvirkninger via arbejdet, samt en heraf følgende øget risiko for udvikling af posttraumatiske symptomer.

Det er muligt, at en kommende revision af WHO ICD diagnosesystemet vil medføre en udvidelse af traumbegrebet ved Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), men indtil dette eventuelt sker, anvender Retslægerådet naturligvis kriterier som beskrevet i diagnoselistens 10. udgave. Om PTSD, se også Retslægerådets årsberetning 2006, s. 91 ff.

Den refererede sag er først berammet til retlig afgørelse medio 2012.

II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerådet 2011

A. Psykiatriske sager	447
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	69
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	7
D. Faderskabssager	44
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	905
F. Administrative sager mv.	74
H. Aldersbestemmelser	19
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	0
M. Færdselssager med medicinindtagelse	24
I ALT	1589

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	304
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	81
Ændring i strafferetlig foranstaltning	12
Ophævelse af farlighedsdekret	4
Overførsel til Sikringsafdelingen	3
Umyndiggørelser	0
Benådning	0

Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.) 43

I ALT 447

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene 48

Indtagelse af såvel spiritus som medicin 20

Diverse 1

I ALT 69

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte 7

Ændring af navn/CPR-nr. 0

Diverse 0

I ALT 7

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner 98

Arbejdsskader/ulykker 346

Erstatning, pensionssager m.v. 408

Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. 19

Ikke-psykiatriske benådningssager 0

Diverse 34

I ALT 905

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	0
Færdselssager vedrørende dampe	0
Diverse	0
I ALT	0

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	21
Færdselssager vedrørende sygdom	2
Diverse	1
I ALT	24

Antal sager modtaget i Retslægerådet 2011 (og 2009-10)

Sagstype	2009	2010	2011
A. Psykiatriske sager	523	450	447
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	84	74	69
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	4	7	7
D. Faderskabssager	42	42	44
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	786	755	905
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	49	33	19
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	2	2	0
M. Færdselssager med medicinindtagelse	28	34	24
I ALT	1518	1397	1515

Antal sager afsluttet i Retslægerådet 2011 (og 2009-10)

Sagstype	2009	2010	2011
A. Psykiatriske sager	496	467	438
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	84	77	69
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	1	8	5
D. Faderskabssager	35	35	40
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	761	848	786
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	35	33	23
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	4	1	1
M. Færdselssager med medicinindtagelse	31	34	23
I ALT	1447	1503	1385

Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2011 (og 2007-10)

	2007		2008		2009		2010		2011	
	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
A	28	28	28	28	31	31	29	28	27	26
B	48	48	55	54	55	55	30	30	27	25
C	132	132	64	64	101	101	115	115	124	124
D	21	21	21	21	36	36	15	15	12	9
E	146	94	136	92	163	110	147	90	142	89
H	56	52	72	72	90	90	76	76	58	58
L	40	40	24	24	119	119	51	51	7	7
M	56	54	55	55	78	78	52	52	40	36

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiderne er angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Ved ”brutto” inkluderes den tid, der er gået med at gøre det muligt for rådet at behandle sagen (manglende oplysninger, tilladelser mv.). Ved ”netto” forstås sagsbehandlingstiden, beregnet fra det tidspunkt, hvor sagen er klar til behandling.

III. Retslægerådets lovgrundlag og 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 en 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 17.12.01 for Retslægerådet

I medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsættes:

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

Stk. 2. Rådet arbejder i 2 afdelinger. Den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål.

Stk. 3. Justitsministeren udpeger blandt rådets medlemmer en formand og 2 næstformænd, en for hver afdeling.

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

Stk. 2. Hvis en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 1 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

§ 3. En sag behandles i almindelighed af 3 medlemmer eller sagkyndige.

Stk. 2. Formanden bestemmer i hvilken afdeling, en sag skal behandles, og hvilke medlemmer og sagkyndige, der skal deltage i behandlingen. Den hørende myndighed underrettes efter begæring snarest muligt om formandens bestemmelse herom.

Stk. 3. I rådets erklæringer angives, hvem der har deltaget i sagens behandling.

§ 4. Den, der er inhabil i forhold til en sag, må ikke medvirke ved rådets behandling af den pågældende sag. Inhabilitet foreligger i samme tilfælde som nævnt i forvaltningsloven.

Stk. 2. Bestemmelsen i stk. 1 gælder ikke, hvis det ville være umuligt eller forbundet med væsentlige vanskeligheder eller betænkelighed at lade en anden træde i den pågældendes sted under sagens behandling.

§ 5. Et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i rådets behandling af en sag, og som er bekendt med, at der for den pågældendes vedkommende foreligger forhold, som er nævnt i forvaltningslovens § 3, stk. 1, skal snarest underrette rådets formand herom, medmindre det er åbenbart, at forholdet er uden betydning.

Stk. 2. Spørgsmålet om, hvorvidt et medlem eller en sagkyndig på grund af inhabilitet er udelukket fra at deltage i rådets behandling af en sag, afgøres af rådets formand.

§ 6. Sagerne behandles i almindelighed skriftligt. Mundtlig behandling finder dog sted, hvis formanden, vedkommende næstformand eller et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i behandlingen af sagen, ønsker det.

§ 7. Hvis det skriftlige materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, meddeler rådet den hørende myndighed, hvilke yderligere oplysninger der vil være af betydning herfor. Rådet tilkendegiver samtidig, om disse oplysninger skønnes mest hensigtsmæssigt at kunne tilvejebringes:

1) ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse,

2) ved at rådet forhandler med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører, eller

3) ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

Stk. 2. Hvis de i stk. 1 nævnte yderligere oplysninger ikke kan fremskaffes eller nægtes tilvejebragt, besvarer rådet de stillede spørgsmål på det foreliggende grundlag, hvis dette er muligt.

§ 8. Rådets erklæring skal være ledsaget af en begrundelse.

Stk. 2. Begrundelsen skal om fornødent indeholde en kort redegørelse for de oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, som er tillagt væsentlig betydning for erklæringen. I det omfang erklæringen beror på et skøn, skal begrundelsen angive de hovedhensyn, der har været bestemmende for skønsudøvelsen.

Stk. 3. Hvis bedømmelsen af forhold, der er af væsentlig betydning for rådets erklæring, giver anledning til tvivl, skal der i begrundelsen redegøres nærmere herfor.

Stk. 4. Hvis der ikke er enighed om besvarelsen af de stillede spørgsmål, skal dette fremgå af rådets svar.

Stk. 5. Hvis det findes nødvendigt, at en repræsentant for Retslægerådet afgiver forklaring under en retssag, afgør rådets formandskab, hvem af de voterende der skal anmodes om at afgive forklaring. Hvis der er afgivet dissens, møder rådet i retten både ved en repræsentant for flertallet og en for mindretallet.

§ 9. Har der fundet forhandling sted efter reglen i § 7, nr. 2, skal udfaldet af forhandlingen angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparter af skrivelserne vedlægges.

§ 10. Det påhviler formanden at indkalde medlemmerne til mindst et årligt møde, hvor spørgsmål af almindelig interesse for rådets virksomhed drøftes.

§ 11. Rådet afgiver en årlig beretning om sin virksomhed til justitsministeren. Beretningen offentliggøres.

§ 12. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2002.

Stk. 2. Forretningsorden nr. 97 af 20. april 1961 for Retslægerådet ophæves.

Retslægerådets medlemmer 2011

Ledende overlæge
Helle Aggernæs
Psykiatrisk Center Amager

Overlæge, dr.med.
Henrik Steen Andersen
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Overlæge, ph.d.
Mette Brandt-Christensen
Retspsykiatrisk Center Glostrup

Professor, overlæge, dr. med.
Troels Staehelin Jensen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F

Ledende overlæge
Peter Kramp
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik indtil 31.03.11
Næstformand

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

Professor, centerdirektør, dr.med.
Bent Ottesen
Rigshospitalet
Direktionen Juliane Marie Center
Formand

Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik

Overlæge, ph.d.
Dorte Sestoft
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik fra 01.04.11

Professor, statsobducent, dr.med.
Annie Vesterby
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
Næstformand

Sagkyndige anvendt i 2011

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 3, har Justitsministeriet beskikket:

Overlæge, dr. med., ph.d.
Henning Andersen
Århus Sygehus
Neurologisk afd. F-Neu.Cen

Overlæge, ph.d.
Johan Hviid Andersen
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk Klinik

Speciallæge, ph.d.
John Sahl Andersen
Københavns Universitet
Institut for Folkesundhedsvidenskab
(almen medicin)

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.
Troels Mørk Hansen
Gentofte Hospital
Medicinsk afdeling C
(reumatologi/fysiurgi)

Overlæge, ph.d.
Hanne Merethe Lindegaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C

Overlæge, dr.med.
Jan Pødenphant
Herlev Hospital
Medicinsk afdeling E
(reumatologi/fysiurgi)

Ledende overlæge, ph.d.
Kurt Rasmussen
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk Klinik

Klinikchef, overlæge
Egon Stenager
Sydjysk Skleroseklinik
Vejle, Esbjerg, Sønderborg

Overlæge, dr.med.
Per Thorvaldsen
Gentofte Hospital
Neurologisk afdeling

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 3, har Justitsministeriet beskikket:

Læge
Ulla Davidsen
Charlottenlund

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

Ad hoc sagkyndige anvendt i 2011

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerrådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende:

1. Klinikchef

Karen Vitting Andersen
Rigshospitalet
Pædiatrisk Klinik

2. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling

3. Afdelingslæge, dr.med.

Ole Andersen
Værløse
(pædiatri)

4. Overlæge

Ture Andersen
Odense Universitetshospital
Audiologisk afd.

5. Overlæge

Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X

6. Professor, ledende overlæge, dr.med.

Toke Bek
Risskov
(oftamologi)

7. Ledende overlæge

Morten Bischoff-Mikkelsen
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgisk afdeling Z

8. Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Institutet
(reumatologi)

9. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik

10. Professor, overlæge, dr.med.

Gudrun Boysen
Holte

11. Klinikchef, dr. med.

Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik NK, 2092

12. Professor, ph. d.

Kim Brixen
Odense Universitetshospital
Endokrinologisk afdeling M

13. Professor, overlæge, dr.med.

Christian Buchwald
HovedOrtoCentret, Rigshospitalet
Øre-, næse-, halsklinik, 2071

14. Overlæge, dr.med.

Jesper Bælum
Odense Universitetshospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling

15. Ledende overlæge

Thorkil Christensen
Ålborg Sygehus Syd
Radiologisk afdeling

16. Overlæge, dr.med.
Peer Christiansen
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling

17. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen

18. Overlæge, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed

19. Overlæge, dr. med.
Karen Damgaard
Rigshospitalet
Diagnostisk Radiologisk Klinik

20. Ledende overlæge
Hans Dieperink
Odense Universitetshospital
Nefrologisk afdeling Y

21. Overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling

22. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen

23. Klinikchef
Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik

24. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Gentofte
radiolog

25. Overlæge
Suzan Dyve
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK

26. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbenhøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.

27. Overlæge, dr.med.
Kristian Emmertsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B

28. Overlæge
Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling

29. Overlæge, dr. med.
Bo Feldt-Rasmussen
Rigshospitalet
Nefrologisk afsnit P

30. Ledende overlæge
Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)

31. Overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

32. Ledende overlæge
Ulrich Fredberg
Silkeborg Centralsygehus
Medicinsk afdeling
(reumatologi)
33. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk
afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
34. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
35. Overlæge, dr.med.
Ole V. Gadeberg
Vejle Sygehus
Medicinsk Afdeling
36. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Garne
Aalborg Sygehus
Mammakirurgisk Klinik
37. Overlæge
John Gelineck
Århus Universitetshospital
Radiologisk afdeling NBG
38. Overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F
39. Overlæge Peter Gottlieb
Vanløse
(retspsykiatri)
40. Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
Rigshospitalet
Neonataalklinikken
41. Overlæge, dr.med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afd. U
42. Lektor, speciallæge
Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
43. Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Århus Universitetshospital, Århus
Sygehus
Rygsektoren E3, ortopædkirurgisk
afd. E
44. Overlæge, klinikleder
Torben Bæk Hansen
Regionshospitalet i Holstebro
Ortopædkirurgisk afdeling
45. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
46. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

47. Professor, overlæge, dr.med.
Vibeke Hjørtald
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd. T
48. Professor, dr.odont.
Palle Holmstrup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen i København
Afdelingen for parodontologi
49. Statsobducent, professor, dr. med.,
MPA
Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)
50. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
51. Ledende overlæge
Astrid Højgaard
Regionhospital Randers
Jysk Sexologisk Klinik
52. Overlæge
Niels Ove Illum
Odense Universitetshospital
Børneafdeling H
53. Overlæge, dr. med.
Jakob Ingerslev
Skejby Sygehus
Fertilitetsklinikken, Gyn-obstetrisk
afdeling Y
54. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Århus Universitet
Tandlægeskolen
55. Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
56. Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk klinik
57. Overlæge, dr.med.
Steffen Jacobsen
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afd.
58. Klinikchef, dr. med
Søren Jacobsen
Rigshospitalet
Reumatologisk klinik
59. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.
60. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
61. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion
62. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling

63. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling
64. Ledende overlæge, dr. med.
Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik
65. Overlæge
Leif Panduro Jensen
Gentofte Hospital
Karkirurgisk afd. B
66. Overlæge
Jette Junge
Hvidovre Hospital
Patologiafdeling 134
67. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.
68. Overlæge, dr. med.
Anne Grethe Jurik
Århus Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling R
69. Neuropsykologisk fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for Demens
70. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
71. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk patofysiologi
72. Overlæge, dr. med.
Johnny Keller
Århus Kommunehospital
Ortopædkirurgisk afdeling E
73. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut
74. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
75. Overlæge
Hanne Kjeldsen
Lystrup
(plastikkirurgi)
76. Forskningsleder, jordemoder, ph.d.
Hanne Kjærgaard
Rigshospitalet
Forskningsenheden Kvinders og Børns
Sundhed
77. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afdeling
78. Overlæge, ph.d.
Henrik Kolstad
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik

79. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling NK
80. Adm.overlæge, professor, dr.med.
Knud Kragballe
Århus Sygehus
Dermatologisk afd. D
81. Professor, overlæge, dr.med.
Christian Krarup
Rigshospitalet
Neurofysiologisk afdeling
82. Overlæge, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
83. Overlæge, ph.d.
Anette Kærgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik
84. Overlæge
Bente Lomholt Langdahl
Århus Universitetshospital
Medicinsk Endokrinologisk afdeling
85. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afd. M
86. Overlæge, dr.med.
Henning Laursen
Rigshospitalet
Neuropatologisk Lab. 6301
87. Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion
88. Vicestatsobducent, ph.d
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-
jylland
Retsmedicinsk Institut
89. Klinikchef
Anne Lindhardt
Psykiatrisk Center Bispebjerg
90. Professor, afdelingsleder, dr.med.
Kristian Linnet
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling
91. Præhospital leder, Chef for Akut
Medicin og Sundhedsberedskab
Freddy Lippert
Region Hovedstaden
(akut medicin og anæstesiologi)
92. Professor, dr.med.
Bjarne Lund
Hellerup
(ortopædkirurgi)
93. Overlæge
Jens Otto Lund
Gentofte Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
94. Professor, ph. d.
Jytte Banner Lundemose
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut

95. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi
96. Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340
97. Overlæge, dr. med
Hans Jørgen Malling
Rigshospitalet
Allergi-klinik 4222
98. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
99. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E
100. Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)
101. Overlæge, dr.med.
Henning Mølgaard
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
102. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jacob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiaafdeling 4132
103. Professor, overlæge, dr.med.
Hans von der Maase
Rigshospitalet
Onkologisk Klinik
104. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling
105. Adm. overtandlæge, specialtand-
læge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.
106. Overlæge
Carsten Juul Nielsen
Glostrup Hospital
Neurokirurgisk afdeling
107. Ledende overlæge
Edith Nielsen
Århus Universitetshospital
Neuroradiologisk afdeling
108. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicinsk afdeling
109. Professor, overlæge, dr.med.
Ole Haagen Nielsen
Herlev Hospital
Gastroenheden Medicinsk Sektion
110. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B

111. Professor, overlæge, dr.med.
Lisbeth Nilas
Hvidovre Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.

112. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
Herlev Hospital
Kirurgisk afd. H
(urologi)

113. Overlæge, dr.med.
Henrik C. Juul Nyholm
Glostrup Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.

114. Adm. overlæge, dr.med.
Tom Skyhøj Olsen
Glostrup Hospital
Neurologisk afdeling

115. Professor, overlæge, dr.med.
Therese Ovesen
Århus Kommunehospital
Øre-, næse- og Halsafd. H

116. Overlæge
Connie Palle
Herlev Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afdeling

117. Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling

118. Professor, overlæge, dr. med.
Court Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afd. C

119. Cand. psyk., neuropsykolog
Jette Stokholm Pedersen
Rigshospitalet
Hukommelsesklubben, afsnit 6243

120. Overlæge
Niels Wisbech Pedersen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. O

121. Overlæge, dr. med.
Michael Mørk Petersen
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afd. U 2162

122. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
Frederiksberg Hospital
Øjenafdelingen

123. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

124. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afd. A

125. Overlæge
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg

126. Neuropsykolog
Jens Østergaard Riis
Aalborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling

127. Professor, overlæge, dr. med.
Bertil Romner
Rigshospitalet
Afsnit NK 2092
(neurokirurgi)
128. Professor, overlæge, dr. med.
Jørgen Rungby
Århus Universitetshospital
Medicinsk-Endokrinologisk afdeling
MEA
129. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
130. Overlæge, dr.med.
Kåre M. Sander
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik RT
131. Professor, overlæge, dr.med
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S
132. Professor, dr. odont., ph.d.
Søren Schou
Tandlægeskolen, Aarhus Universitet
Afdeling for Kæbekirurgi og Oral
Patologi
133. Overlæge, dr. med.
Henrik Schrøder
Skejby Sygehus
Børneafdeling A
134. Professor, dr.med.
Jørn Simonsen
Frederiksberg
(retsmedicin)
135. Professor, overlæge, dr.med.
Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling
136. Professor, overlæge, dr. med.
Peter Skinhøj
Rigshospitalet
Epidemiafdeling M
137. Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Hvidovre Hospital
Reumatologisk Klinik
138. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
139. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk farmakologisk enhed
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
140. Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling 333
141. Professor, dr.med.
Flemming Stadil
Charlottenlund

142. Overlæge, ph.d.
Susanne Wulff Svendsen
Århus Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik

143. Overlæge, sektorchef
Jens Ole Søbjerg
OPA Ortopædisk Privathospital Aarhus

144. Overlæge, dr. med.
Lars Søndergaard
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik B

145. Overlæge, lektor, dr.med.
Christian Hjort Sørensen
Gentofte Hospital
Øre-, næse- og halsafd. E

146. Professor, ledende overlæge,
ph.d., dr. med.
Jens Christian Hedeman Sørensen
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK

147. Ledende overlæge, ph.d.
Jens Lykke Sørensen
Roskilde Sygehus
Plastikkirurgisk afd.

148. Overlæge
Michael Sørensen
Hvidovre Hospital
Gastroenheden

149. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling P

150. Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

151. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling

152. Overlæge, dr.med.
Henrik Klem Thomsen
Herlev Hospital
Patologisk-anatomisk institut

153. Statsobducent, professor, dr.med.
Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut

154. Dr. med.
Karsten Thomsen
Privathospitalet Hamlet
Center for Ryglidelser

155. Professor, overlæge, dr. med.
Per Hove Thomsen
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital Risskov
Børneafsnit A

156. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

157. Overtandlæge, ph.d.
Jens Thorn
Centralsygehuset i Esbjerg

158. Professor, overlæge, ph. d.
Jørgen Thorup
Rigshospitalet
Abdominalcentret, Kirurgisk Klinik C
159. Overlæge, dr. med.
John Thygesen
Rigshospitalet
Øjenklinikken
160. Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Muskeloskeletal sektion, Radiologisk
afd.
161. Overlæge, lektor, ph. d.
Hans Tromborg
Odense Universitetshospital
Håndkirurgisk afsnit, Ortopædkirur-
gisk afdeling O
162. Professor, overlæge, dr.med.
Else Tønnesen
Århus Kommunehospital
Anæstesiaafdelingen
163. Overlæge, dr. med.
Anders Tøttrup
Århus Sygehus
Kirurgisk afd. P
164. Overlæge, dr. med.
Peter Uldall
Rigshospitalet
Pædiatrisk Klinik I
165. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling
166. Professor, overlæge, dr. med.
Hendrik von Arenstorff Vilstrup
Århus Universitetshospital
Lever-Tarm-Medicinsk afdeling V
167. Overlæge, dr. med.
Bo Voldby
Århus Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling NK
168. Overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Sygehus Nord
Patologisk Institut
169. Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Waldemar
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
170. Professor, overlæge, dr.med
Steen Walther
Odense
(urologi)
171. Overlæge, dr. med.
André Wettergren
Rigshospitalet
Kirurgisk afd. C-2122
172. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus Ølgaard
Rigshospitalet
Nefrologisk klinik P

Retslægerådets sekretariat 2011

Blegdamsvej 6, 2200 København N

Tlf. 35 37 33 22. Fax 35 37 50 21

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

Lægelige sekretærer

Overlæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig), ophør 31.10.11

Professor, ph.d., Niels Lynnerup (12 timer ugentlig)

Overlæge, dr.med., ph.d. Jimmy Collemorten (12 timer ugentlig)

Overlæge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen

Overassistent Vibeke Lund Larsen, indtil 28.02.11

Assistent Mette Jørgensen, fra 01.03.11