

Retslægerådets
årsberetning
2006

ISBN 87-89648-09-9
Udgivet 2007

Jespersen Tryk+Digital

Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
Lovbestemmelser m.v.	7
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	8
Retslægerådets medlemmer 2006	10
Sagkyndige anvendt i 2006	11
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2006	12
Retslægerådets sekretariat 2006	23
II. Statistik	24
Sager behandlet i Retslægerådet 2006	24
III. Udvalgte sager af interesse	27
Ikke tilladt at stille spørgsmål til Retslægerådet som led i isoleret bevisoptagelse	27
Inhabilitet	31
Aldersbestemmelse med henblik på familiesammenføring.....	45
Danmark dømt ved den Europæiske Menneskerettighedsdomstol på grund af for lang sagsbehandlingstid.....	49
Vurdering af lægeerklæringer	53
Sen diagnose af arteriitis temporalis	55
Specialiststandard ved diagnose af blindtarmsbetændelse hos gravide	63
Commotio cerebri og postcommotionelt syndrom	69
Blodalkoholkoncentration efter desinfektion med ethanol	73
Kønsskifte - kriterier for kønsidentitet	75
Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) -anvendelse af video- og billedmateriale	81
Posttraumatisk belastningsreaktion	91
Patologisk rus	97
Udvisning af psykisk syg - ikke et lægeligt spørgsmål.....	103

Lettere mentalt retarderet ung mand idømt almindelig straf	107
Simulation?	113

Forord

Retslægerådets årsberetning indeholder ligesom de foregående årsberetninger en beskrivelse af rådets organisation og virksomhed, herunder en mere detaljeret gennemgang af nogle af de sager, rådet har behandlet i løbet af 2006. Beretningen indeholder også beskrivelse af enkelte ældre sager, der har fundet en afgørelse i det forløbne år.

Rådet har tidligere afventet med at omtale enkeltssager, indtil de var afgjort ved domstolene, men dette har medført en betydelig forsinkelse af omtalen i rådets årsberetning, og det blev derfor for nogle år siden besluttet at slå beretningerne for flere år sammen (2001-2002, 2003-2005) for at nå frem til, at årsberetningen især afspejler sager, der er behandlet i det forløbne år. Ulempen herved er naturligvis, at sagerne måske ikke alle er afgjort ved retsvæsenet, men fordelene er, at rådets stilling til aktuelle medicinske og medikolegale problemstillinger kan nå rettidigt frem.

I de sidste årsberetninger kan Retslægerådet fortsat konstatere en vækst i antallet af de civile sager, som i tiltagende grad lægger beslag på rådets ressourcer. Rådet kan samtidig konstatere et forventeligt fald i sager med avlingstidsbestemmelser, der er afløst af DNA-tests, og sager med aldersbestemmelser, hvor det mindre antal afspejler færre familiesammenføringsager i samfundet.

Retslægerådet arbejder fortsat med at nedbringe behandlingstiderne, blandt andet ved at informere om rådets arbejde og om, hvordan rådet kan bruges. Flere artikler i denne beretning handler om dette. Det er fortsat sådan, at langt hovedparten af de civile sager, der bliver forelagt, ikke umiddelbart kan behandles af Retslægerådet, fordi det fremsendte materiale er utilstrækkeligt og ikke i overensstemmelse med rådets vejledning. Denne vejledning kan findes i tidsskrifter, på Internettet eller for eksempel i Retslægerådets årsberetning år 2001-2002, hvortil henvises. Når vejledningen ikke følges, og det fremsendte materiale er utilstrækkeligt, vil der erfaringsmæssigt være en initial forsinkelse på gennemsnitligt 3 måneder, inden sagsbehandlingen kan begyndes. Det vil derfor være i såvel brugeres som i Retslægerådets interesse, at det fremsendte materiale i civile sager var sufficient ved første fremsendelse, hvad der i næsten alle tilfælde næppe vil frembyde særlige vanskeligheder.

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter 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 2006

Ledende overlæge Helle Aggernæs
Amager Hospital
Psykiatrisk Afdeling

Professor, centerdirektør, dr.med.
Bent Ottesen
Rigshospitalet
Direktionen Juliane Marie Center
næstformand

Overlæge, dr.med
Henrik Steen Andersen
Rigshospitalet
Krise- og Katastrofepsykiatrisk
Center

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft
Frederiksberg Hospital
Psykiatrisk Afdeling
(fra 01.07.06)

Overlæge, dr.med.
Morten Birket-Smith
Bispebjerg Hospital
Liasonpsykiatrisk Enhed

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Stadil
Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling C
formand

Overlæge Peter Gottlieb
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik

Professor, statsobducent, dr.med.
Annie Vesterby
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut

Professor, overlæge, dr.med.
Ralf Hemmingsen
Bispebjerg Hospital
Psykiatrisk afdeling E
(til 31.01.06)

Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Waldemar
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N

Ledende overlæge Peter Kramp
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
næstformand

Sagkyndige anvendt i 2006

**Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om
Retslægerådet, § 2, stk. 3, har
Justitsministeriet beskikket:**

Speciallæge, ph.d.
John Sahl Andersen
Københavns Universitet
Institut for Folkesundhedsvidenskab
(almen medicin)

Overlæge, lektor, dr.med.
Flemming W. Bach
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F

Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen
H:S Bispebjerg
Neurologisk afdeling N

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

Speciallæge
Ludvig Dittmann
Frørup
(almen medicin)

Klinikchef
Kjeld Dons
H:S Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik

Overlæge
Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling

Overlæge, dr.med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afd. U

Overlæge, dr.med.
Troels Mørk Hansen
KAS Herlev
Medicinsk afdeling E
(reumatologi/fysiurgi)

Professor, dr.odont.
Palle Holmstrup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen i København
Afdelingen for parodontologi

Professor, overlæge, dr.med.
Troels Staehelin Jensen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling E

Speciallæge
Hans Kallerup
Kolding
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
H:S Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling NK

Professor, dr.med.
Carl Erik Mabeck
Århus Universitet
Institut for Almen Medicin

Overlæge
Carsten Juul Nielsen
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling

Adm. overlæge, dr.med.
Tom Skyhøj Olsen
KAS Glostrup
Neurologisk afdeling

Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson
H:S Rigshospitalet
Neurologisk afdeling

Overlæge, dr.med.
Jan Pødenphant
KAS Herlev
Medicinsk afdeling E
(reumatologi/fysiurgi)

Overlæge
Henrik Skjødt
H:S Hvidovre
Reumatologisk Klinik

Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

Professor, overlæge, dr.med.
Per Hove Thomsen
Børne- og ungdomspsykiatrisk
Hospital i Risskov

Overlæge, dr.med.
Per Thorvaldsen
KAS Gentofte
Neurologisk afdeling

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 3, har Justitsministeriet beskikket:

Læge
Ulla Davidsen
Charlottenlund

med henblik på behandling autorisationsforhold.

Ad hoc sagkyndige anvendt i 2006

1. Overlæge, dr.med.
Steen Ahrons
Middelfart
(gynækologi-obstetri)

2. Overlæge, ph.d.
Johan Hviid Andersen
Herning Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik

3. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling

4. Ledende overlæge, dr.med.
Ole Andersen
Hillerød Sygehus
Børneafdeling H

5. Overlæge, dr.med.
Lars Ib Andersen
Odense Universitetshospital
Thoraxkirurgisk afdeling

6. Overlæge
Birthe Højlund Bech
H:S Rigshospitalet
Radiologisk klinik X
7. Professor, overlæge, dr.med.
Toke Bek
Risskov
(oftalmologi)
8. Overlæge, dr.med.
Jørgen G. Berthelsen
Hillerød Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
9. Professor, overlæge, dr.med.
Finn T. Black
Marselisborg Hospital
Medicinsk epidemisk afdeling A
10. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Peter Bonde
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk klinik
11. Overlæge, dr.med.
Per Bonding
KAS Gentofte
Øre-, næse- og halsafdelingen
12. Professor, overlæge, dr.med.
Kim Brøsen
Syddansk Universitet
Klinisk Farmakologi
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
13. Overlæge, dr.med.
Flemming Burcharth
KAS Herlev
Kirurgisk afdeling D
14. Overlæge, dr.med.
Jesper Bælum
Odense Universitetshospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling
15. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Juel Christensen
KAS Herlev
Medicinsk- endokrinologisk afdeling
16. Overlæge, dr.med.
Steen Bach Christensen
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
17. Ledende overlæge
Thorkil Christensen
Ålborg Sygehus Syd
Radiologisk afdeling
18. Overlæge, dr.med.
Peer Christiansen
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling
19. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
20. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
KAS Gentofte
Røntgenafdelingen
21. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Helsingør Sygehus
Røntgenafdelingen

22. Professor, overlæge, dr.med.
K. T. Drzewiecki
H:S Rigshospitalet
Plastikkirurgisk afd.
23. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbehøj
H:S Bispebjerg
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.
24. Overlæge, dr.med.
Kristian Emmertsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling
25. Klinikchef, dr.med.
Bo Feldt-Rasmussen
H:S Rigshospitalet
Nefrologisk afdeling
26. Overlæge, dr.med.
Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)
27. Overlæge, dr.med.
Anders Fischer
KAS Gentofte
Kirurgisk afdeling D
28. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk
afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
29. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
H:S Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
30. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Garne
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afd. L
31. Professor, dr.med.
Markil Gregersen
Århus
(retsmedicin)
32. Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
H:S Rigshospitalet
Neonataalklinikken
33. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg
H:S Rigshospitalet
Arbejdsmedicinsk Klinik
34. Professor, dr.pharm.
Vagn N. Handlos
H:S Rigshospitalet
Apoteket
35. Lektor, speciallæge
Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
36. Speciallæge
Steen Holger Hansen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)

37. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
H:S Rigshospitalet
Medicinsk afdeling B
(kardiologi)
38. Overlæge, dr.med.
Adam Hede
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afdeling
39. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
H:S Hvidovre
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
40. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
41. Professor, overlæge, dr.med.
Vibeke Hjortdal
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd.
42. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
H:S Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
43. Overlæge
Kirsten Hørder
Odense Universitetshospital
Børne- og ungdomspsykiatriske Hus
44. Overlæge, lektor, dr.med.
Jacob Ingerslev
Skejby Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afd. Y
45. Overlæge
Tune Ipsen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. O
46. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Århus Universitet
Tandlægeskolen
47. Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
H:S Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
48. Professor, overlæge
Peter Iversen
H:S Rigshospitalet
Urologisk klinik
49. Overlæge, dr.med.
Steffen Jacobsen
H:S Hvidovre
Ortopædkirurgisk afd.
50. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.
51. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
52. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion

53. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
H:S Hvidovre
Kardiologisk afdeling
54. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Randers Centralsygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
55. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.
56. Overlæge, dr.med.
Anne Grethe Jurik
Århus Sygehus
Røntgendiagnostisk afd. R
57. Chefpsykolog
Agnete Jønsson
H:S Rigshospitalet
Neurocenteret
58. Ledende neuropsykolog
Kasper Jørgensen
KAS Glodtrup
Neurologisk afdeling
59. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
60. Institutchef, dr.med.
Jens Peter Kampmann
Lægemiddelstyrelsen
Inst. for Rationel Farmakologi
61. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
H:S Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk patofysiologi
62. Klinikchef, dr.med.
Jørgen Kirkegaard
H:S Rigshospitalet
Øre-, næse- og halskirurgisk klinik
63. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
64. Administrerende overlæge
Hanne Kjeldsen
Århus Kommunehospital
Plastikkirurgisk afdeling
65. Overlæge, dr.med.
Finn Ursin Knudsen
Rungsted Kyst
Pædiatri
66. Professor, dr.med.
Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afd.
67. Overlæge, ph.d.
Henrik Kolstad
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
68. Overlæge, dr.med.
Christen Krag
KAS Glostrup
Plastikkirurgisk afd.

69. Professor, overlæge, dr.med.
Knud Kragballe
Århus Sygehus
Dermatologisk afdeling

70. Professor, overlæge, dr.med.
Christian Krarup
H:S Rigshospitalet
Neurofysiologisk afdeling

71. Overlæge, dr.med.
Erik Krogh
KAS Herlev
Øjenafdelingen

72. Overlæge, ph.d.
Michael Krogsgaard
H:S Bispebjerg
Ortopædkirurgisk afdeling

73. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
H:S Bispebjerg
Ortopædkirurgisk afd. M

74. Klinikchef
Anne Lindhardt
H:S Rigshospitalet
Psykiatrisk Klinik

75. Professor, afd.leder, dr.med.
Kristian Linnet
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling

76. Overlæge
Freddy Lippert
H:S Rigshospitalet
Traumecentret
(anæstesiologi)

77. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afdeling U

78. Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

79. Overlæge Jens Otto Lund
KAS Gentofte
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

80. Professor, overlæge, dr.med.
Hans von der Maase
Århus Kommunehospital
Onkologisk afdeling

81. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
H:S Hvidovre
Klinik for endokrinologi

82. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
H:S Rigshospitalet
Allergi-klinikken

83. Chefølge, dr.med.
Thomas R. Mandrup-Poulsen
Steno Diabetes Center
Medicinsk endokrinologisk afdeling

84. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet

85. Professor, overlæge, dr.med.
Torkil Menné
KAS Gentofte
Dermatologisk afdeling K
86. Overlæge, dr.med.
Sigurd Mikkelsen
KAS Glostrup
Arbejdsmedicinsk klinik
87. Overlæge, dr.med.
Hans Henrik Mogensen
Hørsholm Sygehus
Reumatologisk Klinik
88. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensen
H:S Rigshospitalet
Anæstesiafdeling AN
89. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdelingen
90. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jacob Trier Møller
H:S Rigshospitalet
Anæstesiafdelingen
91. Overlæge, dr.med.
Mogens Møller
Odense Universitetshospital
Kardiologisk afd. B
92. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling
93. Adm. overtandlæge, specialtand-
læge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk afd.
94. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
H:S Hvidovre
Infektionsmedicinsk afdeling
95. Overlæge, dr.med.
Johan Lanng Nielsen
Århus Amtssygehus
Med. hæmatologisk afd.
96. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
97. Overlæge, dr.med.
Lisbeth Nilas
KAS Hvidovre
Gynækologisk-obstetrisk afd.
98. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
KAS Herlev
Kirurgisk afd. H
(urologi)
99. Overlæge, dr.med.
Henrik Juul Nyholm
KAS Glostrup
Gynækologisk-obstetrisk afd.
100. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Olesen
KAS Glostrup
Neurologisk afdeling

101. Professor, overlæge, dr.med.
Therese Ovesen
Århus Kommunehospital
Øre-, næse- og halsafd. H
102. Overtandlæge
Ulla Pallesen
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
103. Professor, overlæge, dr.med.
P. Kildeberg Paulsen
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd.
104. Professor, overlæge, dr.med.
Court Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afd.
105. Overlæge
Niels Wisbech Pedersen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. O
106. Overlæge
Birgit Peitersen
H:S Hvidovre
Børneafdelingen
107. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
H:S Frederiksberg
Øjenafdelingen
108. Overlæge
Steen Petersen
Skejby Sygehus
Børneafdelingen
109. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
H:S Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
110. Professor, overlæge, dr.med.
Jan U. Prause
H:S Rigshospitalet
Øjenpatologisk Institut
111. Overlæge
Mogens Rahbek
Slagelse Sygehus
Røntgenafdelingen
112. Overlæge
Alice Rasmussen
H:S Rigshospitalet
Psykiatrisk klinik
113. Overlæge, ph.d.
Kurt Rasmussen
Herning Sygehus
Arbejdsmedicinsk klinik
114. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
H:S Bispebjerg
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
115. Overlæge, dr.med.
Kåre M. Sander
H:S Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik RT
116. Professor, overlæge, dr.med.
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S

117. Speciallæge
Erik Scherfig
Nærum
(oftalmologi)

118. Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder
H:S Rigshospitalet
Karkirurgisk afdeling RK

119. Professor, dr.med.
Jørn Simonsen
Frederiksberg
(retsmedicin)

120. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Skinhøj
H:S Rigshospitalet
Epidemiafdelingen

121. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O

122. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
KAS Gentofte
Klinisk farmakologisk enhed
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

123. Afdelingslæge, ph.d.
Kurt Bjerregaard Stage
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling

124. Overlæge, dr.med.
Svend Strandgaard
KAS Herlev
Nefrologisk afdeling

125. Overlæge, dr.med.
Lars Bo Svendsen
H:S Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling

126. Professor, overlæge, dr.med.
Kjeld Søballe
Århus Amtssygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

127. Overlæge, dr.med.
Lars Søndergaard
H:S Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik

128. Overlæge, ph.d.
Jens Lykke Sørensen
Roskilde Sygehus
Plastikkirurgisk afdeling

129. Overlæge
Keld Sørensen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling

130. Overlæge, dr.med.
Mads Sølvsten Sørensen
H:S Rigshospitalet
Øre-, næse- og halsklinik

131. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling P

132. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling

133. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Chr. Thomsen
KAS Gentofte
Øre-, næse- og halsafdeling E

134. Overlæge, dr.med.
Karsten Thomsen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. O

135. Administrerende overlæge,
dr.med.
P. E. Bloch Thomsen
KAS Gentofte
Kardiologisk afdeling

136. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

137. Overtandlæge, ph.d.
Jens Thorn
Esbjerg Centralsygehus

138. Overlæge, dr.med.
Sixtus Thorsen
H:S Rigshospitalet
Klinisk Biokemisk afd.

139. Overlæge, dr.med.
John Thygesen
H:S Rigshospitalet
Øjenklinikken

140. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afdeling

141. Professor, overlæge, dr.med.
Else Tønnesen
Århus Kommunehospital
Anæstesiafdelingen

142. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y

143. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Vilstrup
Århus Kommunehospital
Medicinsk afd. V

144. Overlæge, dr.med.
Kaj Viskum
KAS Gentofte
Lungemedicinsk afdeling Y

145. Overlæge, dr.med.
Bo Voldby
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling GS

146. Professor, overlæge, dr.med.
Steen Walter
Odense
(urologi)

147. Professor, overlæge, dr.med. et
pharm.
Hans Chr. Wulf
H:S Bispebjerg
Dermato-venerologisk afd.

148. Chefpsykolog
Gunilla Øberg
København Ø

149. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus Ølgaard
H:S Rigshospitalet
Nefrologisk klinik

Retslægerådets sekretariat 2006

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

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen
Fuldmægtig, cand.jur. Inge-Merete Feilberg (til 30.04.06)
Fuldmægtig, cand.jur. Pia Lange Møller-Larsen (fra 01.05.06)

Medicinske sekretærer

Overlæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)
Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig)
Lektor, ph.d. Niels Lynnerup (12 timer ugentlig) (fra 01.11.06)
Læge Klaus Poulsen (12 timer ugentlig) (til 31.07.06)
Læge, ph.d., dr.med. Jesper Thulesen (12 timer ugentlig)

Sekretærer

Afdelingsleder Evy Ekholm
Overassistent Annelise Gersby Jacobsen
Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)
Overassistent Helle Traun (til 30.11.06)

II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerrådet 2006

A. Psykiatriske sager	511
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	208
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	8
D. Faderskabssager	48
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	789
F. Administrative sager m.v.....	75
H. Aldersbestemmelser.....	42
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	8
M. Færdselssager med medicinindtagelse.....	153
I ALT.....	1842

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	298
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	13
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	129
Ophævelse af farlighedsdekret	2
Overførsel til Sikringsafdelingen	6
Umyndiggørelser.....	0
Benådning	6
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.).....	57
I ALT.....	511

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	104
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	103
Diverse	1
I ALT.....	208

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	7
Ændring af navn/CPR-nr.	1
I ALT	8

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	38
Arbejdsskader/ulykker	308
Erstatning, pensionssager m.v.	400
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	31
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	12
I ALT	789

III. Udvalgte emner og sager af interesse

Ikke tilladt at stille spørgsmål til Retslægerådet som led i isoleret bevisoptagelse.

Efter Retsplejelovens § 343 er der hjemmel til "isoleret bevisoptagelse", det vil sige gennemførelse af bevismæssige skridt, uagtet der (endnu) ikke er anlagt retssag. Der har været tvivl om, hvorvidt denne bestemmelse har kunnet anvendes i forbindelse med spørgsmål til Retslægerådet. Efter Højesterets kendelse af 24.07.06 hersker der ikke længere tvivl om retsstillingen på dette område. Det er ikke tilladt at stille spørgsmål til Retslægerådet som led i isoleret bevisoptagelse, idet bestemmelsen i lov om Retslægerådet, § 1, stk. 1, 1.pkt., hvorefter det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder om enkeltpersoners retsforhold, er til hinder herfor (se nærmere Ugeskrift for Retsvæsen 2006. 2897H)

I en sag havde Ankestyrelsen afvist at anerkende B's lungefibrose som arbejds-skade. B's efterladte A anmodede herefter om tilladelse til at indhente en udtalelse fra Retslægerådet vedrørende sammenhængen mellem lungefibrosen og den arbejdsmæssige påvirkning. Skønsrekvirenten pegede specielt på, at man herved kunne undgå unødige retsskridt, idet et sådant hensyn i sig selv kunne begrunde, at der tillodes isoleret bevisoptagelse. Indstævnte (Ankestyrelsen) protesterede imod, at tilladelse til forelæggelse for Retslægerådet blev givet, idet et sådant skridt ville være udtryk for en omgåelse af forbudet mod privates adgang til at forelægge sager for Retslægerådet. Endvidere ville en tilladelse kunne bevirke, at Retslægerådet ville blive opfattet som et egentligt afgørelsesorgan.

Ved Horsens Rets kendelse af 29.09.05 blev det tilladt skønsrekvirenten at rette henvendelse til Retslægerådet. Retten lagde især vægt på, at det ville være hensigtsmæssigt for at undgå unødige retsskridt.

Kendelsen blev påkæret til Vestre Landsret, der den 22.12.05 afsagde kendelse. Herfra skal følgende citeres:

"Efter § 1, stk. 1, 1. pkt., i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet har Retslægerådet til opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder om enkeltpersoners retsforhold.

Det udvalg, der forud for lov nr. 131 af 16. april 1935 om Retslægerådet i 1933 afgav betænkning, overvejede, om der

burde gives private personer adgang til at afæske rådet erklæringer i sager, som endnu ikke var indbragt for retten. Udvalget konkluderede, at den gældende regel i loven fra 1909, hvorefter alene nærmere angivne myndigheder har ret til at afæske rådet erklæringer, i det hele havde virket tilfredsstillende, hvorfor man mente at burde blive stående ved denne regel.

Af bemærkningerne til forslaget til den gældende lov fra 1961 (FT 1960-61, Till. A sp. 363) fremgår det, at forslaget kun indebar to mere betydelige realitetsændringer i den gældende lov, og at ingen af disse vedrørte lovens § 1.

Af betænkning nr. 1196/1990 om Retslægerådet fremgår det (side 51), at udvalget overvejede, om der burde indføres en adgang for private til at forelægge spørgsmål for Retslægerådet, men at udvalget i store træk tilsluttede sig bemærkningerne i 1933-betænkningen herom. Udvalget udtalte om dette spørgsmål afsluttende, at det ikke kunne anbefale, at der gives private adgang til at rette direkte forespørgsler til Retslægerådet.

En udtalelse, som eventuelt tillades indhentet hos Retslægerådet med hjemmel i retsplejelovens § 343, er ikke en udtalelse afgivet til en ”offentlig myndighed” i lovens forstand. Udtalelsen indhentes ikke af den domstol, der tillader udtalelsen indhentet, og den afgives ikke til brug for den pågældende domstols afgørelse af en tvist, der verserer ved domstolen. Udtalelsen er udelukkende til brug for den eller de

fysiske eller juridiske personer, det tillades at indhente udtalelsen.

Herefter, og da den foreliggende sag ikke giver grundlag for at fravige praksis, der hviler på erfaringer helt tilbage fra loven fra 1909, og som har været genstand for overvejelser i både 1933, 1961 og 1990, tillader landsretten ikke, at Dansk Metalarbejderforbund som mandatar for A stiller spørgsmål til Retslægerådet.”

Denne kendelse blev på grund af sagens principielle karakter af procesbevillingsnævnet tilladt påkæret til Højesteret.

Under forelæggelsen for Højesteret anførte Ankestyrelsen blandt andet: ...”en forelæggelse for Retslægerådet er ikke omfattet af de opgaver, som Retslægerådet kan påtage sig efter § 1 i lov om Retslægerådet. Bestemmelsen i § 343 kan ikke føre til, at der i strid med § 1 i lov om Retslægerådet tillades private at stille spørgsmål til Retslægerådet. Formålet med isoleret bevisoptagelse er at give den private mulighed for at overveje, om han har grundlag for at anlægge en retssag, og udtalelsen er dermed ikke en udtalelse afgivet til en offentlig myndighed i retslægerådslovens forstand, og udtalelsen afgives ikke til brug for en tvist, der verserer ved domstolen. Isoleret bevisoptagelse vil i realiteten være udtryk for en omgåelse af forbuddet mod, at private kan stille spørgsmål til Retslægerådet. Selv om reglerne om syn og skøn måtte finde analog anvendelse ved isoleret bevisoptagelse, foretager retterne i

praksis – i modsætning til almindelige civile sager – ikke en egentlig vurdering eller godkendelse af spørgetemaet, og der er i øvrigt væsentlige retssikkerhedsmæssige betænkeligheder knyttet til isoleret bevisoptagelse i en sag som den foreliggende. Begæringen bør også af den grund ikke imødekommes.”

Højesteret stadfæstede ved kendelse af 24.07.06 Vestre Landsrets kendelse ”af de grunde, der er anført af Landsretten”.

Kommentar:

§ 1, 1. pkt., i lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet er en kort, men helt

afgørende bestemmelse, der regulerer Retslægerådets opgave. Bestemmelsen lyder således: ”Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.” Med den nu af Højesteret afsagte kendelse ligger det klart, at der ikke kan stilles spørgsmål til Retslægerådet som led i isoleret bevisoptagelse efter bestemmelsen i retsplejelovens § 343, uagtet dette umiddelbart ville kunne begrundes i procesbesparende hensyn. Reglen i lov om Retslægerådet, § 1, der ikke tillader private at forelægge sager for Retslægerådet, hindrer en sådan isoleret bevisoptagelse.

Inhabilitet

Gennemgang af flere af Retslægerådets sager, hvor spørgsmål om inhabilitet dels hos enkelt voterende, dels hos rådet som sådant har været behandlet. Der har været truffet afgørelse om spørgsmålene både i rådet og hos eksterne instanser, dels i forskellige retsinstanter og for en enkelt sags vedkommende af Folketingets Ombudsmand.

Det fremgår af Retslægerådets forretningsorden (bkg. nr. 1068 af 17.12.01) § 4, at den, der er inhabil i forhold til en sag, ikke må medvirke ved rådets behandling af den pågældende sag. Inhabilitet foreligger i samme tilfælde som nævnt i forvaltningsloven. Retslægerådet har dog den mulighed alligevel at lade den inhabile sagkyndige indgå i sagens behandling, såfremt det ville være umuligt eller forbundet med væsentlige vanskeligheder eller betænkelighed at lade en anden træde i den pågældendes sted under sagens behandling.

Ved afgørelsen af spørgsmålet om inhabilitet skal vurderingen foretages i overensstemmelse med forvaltningslovens regler. Forvaltningsloven opstiller fire specialregler om situationer, der kan betyde inhabilitet og derudover en femte regel, der virker som en opsamling af alle øvrige muligheder for inhabilitet. Den femte regel er formuleret således, der foreligger inhabilitet såfremt: ”der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed”, jf. § 3, stk. 1, nr. 5

Personlig eller økonomisk interesse:

I sag E 13059 og 041-00003 blev der fremsat indsigelse om inhabilitet på grund

af personlig og økonomisk interesse i sagens udfald.

Det drejede sig om en retssag om patientskade ved anvendelsen af et ikke-terapeutisk præparat i form af en knoglecement. Den ene af sagens parter påstod, at en af de sagkyndige var inhabil, idet pågældende var administrerende overlæge på en afdeling, der anvendte produktet, frem til det blev trukket tilbage, og han havde ikke erkendt, at produktet var dårligt.

Retslægerådets overvejelse i forbindelse med indsigelsen om inhabilitet omfattede både formuleringen af forvaltningslovens § 3, stk. 1, nr. 1, om den voterende havde en personlig økonomisk interesse i det pågældende produkt, og § 3, stk. 1, nr. 5, om der i øvrigt forelå sådanne omstændigheder, som var egnede til at vække tvivl om pågældendes upartiskhed. Det blev på baggrund af den sagkyndiges bemærkninger og sagens omstændigheder lagt til grund, at den sagkyndige ikke havde en personlig økonomisk interesse i det pågældende produkt, og det blev ligeledes lagt til grund at den sagkyndige ikke var fremkommet med så kontroversielle synspunkter, at dette kunne give anledning til en sådan partiskhed, at dette medførte inhabilitet.

Retslægerådet afgav den 07.04.06 udtalelse til Østre Landsret om spørgsmålet om inhabilitet, hvoraf det blandt andet fremgår, at:

”Hovedindholdet i advokatens nuværende skrivelse er en gentagelse af, at overlægen demonstrerede en partisk indstilling til knoglecementen, som blev anvendt på hans afdeling helt frem til april 1995, selv om professor X på årsmødet i Dansk Ortopædisk Selskab i oktober 1993 havde tilkendegivet, at man burde ophøre med at anvende knoglecementen uden videnskabelig kontrol. Som det er fremgået af Retslægerådets tidligere svar af 29. august 2005 og af den ledsagende redegørelse fra overlægen, blev operationerne på sygehuset netop underkastet en videnskabelig kontrol efter dette tidspunkt, og resultaterne blev publiceret internationalt i et anerkendt videnskabeligt tidsskrift i 1995. Retslægerådet mener således ikke, at operationsaktiviteten i perioden 1993-1995 på overlægens afdeling gør ham uhildet til at vurdere, hvad man i dag ved om de medicinske problemer, der var forbundet med anvendelsen af knoglecementen.

Ydermere har Retslægerådet ved forskellige sagkyndige mange gange tidligere udtalt sig om det historiske forløb, der vedrører anvendelsen af knoglecementen i Danmark. Advokatens opfattelser, som de er fremført i advokatens skrivelse, er ikke i overensstemmelse hermed. Efter Retslægerådets mening fremkom de første veldokumenterede kliniske opgørelser, der klart påviste

de alvorlige problemer med de cementerede hofteproteser, først i juni 1995. I det historiske forløb er der efter Retslægerådets opfattelse ikke forhold, der viser, at overlægens handlemåde har været præget af en bias, der skulle indebære en inhabilitet.

Som tidligere er det rådets opfattelse, at overlægen, efter alt hvad der er oplyst, ikke har haft økonomiske eller personlige interesser i den foreliggende sag, og at han således vil kunne handle alene ud fra faglige overvejelser.”

På baggrund af denne besvarelse af det rejste spørgsmål om inhabilitet, blev advokaten af landsretten afæsket et svar. Det er af landsretten blevet oplyst, at advokaten har frafaldet sine indsigelser om overlægens inhabilitet.

Ansættelsesforhold:

I sag nr. 041-00012-07 blev der rejst indsigelse om inhabilitet både for hele Retslægerådet og for en enkelt sagkyndig, idet den sagkyndige var medlem af Patientskadeankenævnet, der var part i sagerne.

Retslægerådet besvarede indsigelserne ved udtalelse af 23.03.07, hvoraf det blandt andet fremgår:

”Vestre Landsret har i sin retsbog af 01.03.07 vedrørende ovennævnte sager anmodet Retslægerådet om en udtalelse i anledning af, at der fra advokaten er rejst spørgsmål om inhabilitet hos Retslægerådet som sådant, subsidiært hos overlægen, der har været en af de

sagkyndige, der har behandlet sagerne i forbindelse med afgivelse af rådets udtalelser af 31.10.06.

Efter at have vurderet sagen og de foreliggende oplysninger skal Retslægerrådet oplyse følgende: Efter sin sædvanlige praksis ville rådet - såfremt forholdet vedrørende overlægens medlemskab af Patientskadeankenævnet havde været fremme i forbindelse med udpegningen af voterende til de to sager i 2006 - have betragtet overlægen som inhabil. Det bemærkes, at rådet efter sin praksis i vidt omfang forsøger at undgå enhver tvivl om inhabilitet hos rådets voterende.”

”Baggrunden for, at rådet ville betragte overlægen som inhabil, er det forhold, at han er medlem af Patientskadeankenævnet, det vil sige sagsøgte. Da dette formelt kunne være egnet til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed, jf. forvaltningslovens § 3. stk. 1, nr. 5, ville rådet normalt undgå, at en sagkyndig i den nævnte situation deltog i sagens behandling. Det bemærkes, at der ikke foreligger oplysninger om, at overlægen tidligere som læge – eller som medlem af Patientskadeankenævnet – har haft med de to omhandlede sager at gøre.

Efter det således foreliggende vil rådet være indforstået med på ny at behandle sagen med et nyt hold sagkyndige, hvor de sagkyndige, der deltog ved rådets sagsbehandling i 2006, ikke deltager, og hvor deres votum samt rådets udtalelser af 31.10.06 ligeledes vil blive

udtaget af sagen. Det bemærkes, at alle voterende i forbindelse med den nævnte behandling var blevet bekendt med overlægens votum og derfor efter Retslægerådets praksis også anses for inhabile.

Det bemærkes i tilknytning til foranstående, at det forhold, at en eller flere af de sagkyndige i forbindelse med sagsbehandling hos Retslægerrådet bliver anset for inhabile, efter rådets opfattelse ikke bevirker, at rådet som sådant må betragtes som inhabilt. Den voterende overlæge er én blandt cirka 180 sagkyndige, der behandler enkelt-sager i rådsregi. Der ses således ikke at foreligge nogen situation, der indebærer, at institutionen Retslægerrådet må betragtes som inhabil.”

Vestre Landsret afsagde den 30.04.07 kendelse i spørgsmålet om inhabilitet. Af kendelsen fremgår følgende:

”Det fremgår af udtalelsen fra Retslægerådets formand, at rådet vil være i stand til at sammensætte et nyt hold sagkyndige til at afgive nye udtalelser til erstatning for rådets udtalelser af 31. oktober 2006.

På den baggrund, og idet spørgsmål, der ligger inden for Retslægerådets kompetence, ikke kan stilles til en speciallæge, jf. retsplejelovens § 199, sammenholdt med lov om Retslægerrådet § 1, bestemmes:

Besvarelsen af parternes fælles spørgema af 10. oktober 2005 skal på ny forelægges Retslægerrådet til besvarelse således, at de sagkyndige, der deltog

ved rådets sagsbehandling i 2006, ikke deltager, og således at deres votum samt rådets udtalelser af 31. oktober 2006 skal udtages af sagerne.”

I sag E3-646-05 drejede indsigelsen om inhabilitet sig om en sagkyndig, der som lægekonsulent blev tilknyttet patientforsikringsforeningen, efter at foreningen havde truffet afgørelse i sagen. Foreningen var ikke part i sagen.

Patientforsikringsforeningen afgjorde sagen, inden overlæge O blev ansat som sagkyndig. Men overlæge O deltog i Retslægerådets behandling af sagen, efter han var blevet ansat som sagkyndig i Patientforsikringsforeningen i 2003. Overlæge O havde ikke selv været opmærksom på problemet. Foreningen var ikke part i den anlagte retssag. Sagen var anlagt mod Patientskadeankenævnet, og foreningens afgørelse indgik i Patientskadeankenævnets beslutningsgrundlag.

Retslægerådet har den 30.08.04 blandt andet besvaret sagsøgerens indsigelser om inhabilitet således:

”Sædvanligvis udpeges 3 sagkyndige til at vurdere spørgsmål, der fremsendes til Retslægerådet. De sidst fremsendte spørgsmål i den omhandlede sag var imidlertid af ren kardiologisk art, og rådet har derfor ikke fundet anledning til også at inddrage kirurgisk sagkyndig (overlæge O), men har alene benyttet de tidligere voterende kardiologer. Medvirkende hertil har været, at Retslægerådet efter afgivelsen af sin første udtalelse har fået oplyst, at overlæge O

fra begyndelsen af år 2003 har udtalt sig i sager, der har været behandlet i Patientforsikringsforeningen. Han har dog ikke været involveret i den aktuelle sag, der blev behandlet flere år tidligere. Der foreligger således efter rådets opfattelse ikke inhabilitet i forbindelse med rådets første udtalelse af 30.07.03, men rådet har i tråd med rådets sædvanlige praksis ikke ønsket at genanvende ham i den pågældende sag.

Det kan tilføjes, at de sidst fremsendte spørgsmål var af en sådan karakter, at de udmærket kunne behandles af 2 sagkyndige kardiologer.”

Østre Landsret har den 16.02.05 afsagt kendelse i sagen og har herunder udtalt:

”I henhold til § 13 i patientforsikringsloven har Patientforsikringsforeningen truffet afgørelse i sagsøgerens sag den 25. juli 2001. Overlæge O har ikke medvirket som lægekonsulent ved denne afgørelse, og der foreligger derfor ikke inhabilitet efter § 3, stk. 1, nr. 4, i forvaltningsloven.

Patientforsikringsforeningen er ikke part i retssagen. Selv om Patientskadeankenævnet, som søgsmålet er rettet mod, tiltrådte Patientforsikringsforeningens afgørelse, kan den omstændighed, at overlæge O siden begyndelsen af 2003 har været tilknyttet Patientforsikringsforeningen som lægekonsulent, ikke bevirke, at han af denne grund efter § 3 stk. 1, nr. 5, har været afskåret fra som tilknyttet Retslægerådet at medvirke ved afgivelsen af rådets erklæring af 30. juli 2003 i sagen.

Der kan således ikke gives sagsøgerens indsigelse om, at Retslægerådet har været inhabilt ved afgivelsen af den første erklæring af 30. juli 2003 medhold, hvorfor der ikke er grundlag for ved landsrettens behandling af sagen at se bort fra denne erklæring.”

Østre Landsret har endvidere i samme sag i forbindelse med en indsigelse om, at der kun var udtaget to sagkyndige ved besvarelsen af de supplerende spørgsmål udtalt:

”I det foreliggende tilfælde har Retslægerådets formand fundet, at de senest fremsendte spørgsmål var af kardiologisk art, således at de udmærket kunne besvares af de to sagkyndige kardiologer, som havde medvirket ved den første erklæring, og at det således ikke var fornødent tillige at inddrage overlæge O som kirurgisk sagkyndig.”

På denne baggrund udtalte Østre Landsret endvidere, at landsretten ikke fandt grundlag for at anmode Retslægerådet om at behandle de herved besvarede spørgsmål på ny under medvirken af tre medlemmer eller sagkyndige.

I sag E2-855 blev Retslægerådet i forbindelse med sagens behandling opmærksom på at en af de sagkyndige som overlæge var tilknyttet samme hospital, som sagsøger var blevet behandlet på.

Retslægerådet oplyste i den anledning Retten i Odense om den mulige inhabilitetssituation ved udtalelse af 11.10.06:

”Efter foretagen behandling ved 3 sagkyndige er rådet nu klar til at afgive udtalelse i sagen. Der har imidlertid vist sig at være et inhabilitetsproblem i sagen.

Overlæge I er tilknyttet hospitalet, idet han er overlæge på hospitalets ortopedkirurgiske afdeling. Den forelagte sag har en vis tilknytning til hospitalet, idet det fremgår, at sagsøger har været på skadestuen på hospitalet i forbindelse med den omhandlede hændelse 15.04.04. Hun har tidligere været på samme skadestue vedrørende knæet (02.04.01). Hun er røntgenundersøgt vedrørende hånden 15.04.04 og 29.04.04 på hospitalet. Endelig har hun haft forbindelse til obstetrisk afdeling på hospitalet i forbindelse med en graviditet. Det fremgår, at hun ikke har været behandlet på ortopedkirurgisk afdeling.

Sagen ses ikke at vedrøre forhold på hospitalet som sådan.

På grund af sagens tilknytning til hospitalet ville Retslægerådet normalt undgå, at nogen af de voterende arbejdede på dette hospital. Dette er desværre blevet overset i forbindelse med den nærværende sag.

Da der ikke umiddelbart synes at være tale om nogen situation, hvor dette forhold kan have haft nogen praktisk indflydelse på Retslægerådets behandling af sagen, skal rådet oplyse, at rådet som den ene mulighed ser, at den udtalelse, som rådet vil kunne afgive efter at de nævnte sagkyndige har behandlet sagen, bliver afgivet.

Retslægerådet skal dog samtidig meddele, at rådet - såfremt retten efter det foreliggende ikke finder den løsning farbar - er villig til at behandle sagen på ny med et andet hold sagkyndige. Dette sidste vil naturligvis afstedkomme en vis forsinkelse af udtalelsen.”

Retten i Odense meddelte, at retten ikke fandt, at der forelå et habilitetsproblem.

I sag E 13056 drejede indsigelsen sig om en af de sagkyndiges ansættelse på samme afdeling som den kollega, der havde rådgivet det sagsøgte forsikringsselskab.

En retssag om erstatning for gener efter færdselsuheld anlagt mod forsikringsselskab. Sagsøgers advokat gjorde gældende, at en af rådets sagkyndige i sagen var inhabil, idet advokaten anførte, at advokatkontoret tidligere havde rejst massiv kritik af overlæge K i forbindelse med hans udfærdigelse af speciallægeundersøgelser af personer, der angav at lide af en piskesmældslæsion, samt at han var ansat samme sted som den overlæge T, der havde behandlet sagen for det sagsøgte forsikringsselskab. Sagsøgtens advokat tog afstand fra de anførte kritikpunkter for så vidt angår overlægens udfærdigelse af speciallægeerklæringer, som helt uacceptable og nærmest som udtryk for utilfredshed med Retslægerådets responsum i sagen. Samtidig hermed havde sagsøgtens advokat anmodet rådet om en nærmere redegørelse for rådets holdning til den voterende overlæges mulige inhabilitet.

Retslægerådet besvarede den 27.03.03 blandt andet henvendelsen således:

”Overlæge K er i medfør af lov om Retslægerådet, § 2, stk. 4, udpeget af rådet til at deltage som sagkyndig med særlig indsigt i ortopædkirurgi. Det forhold, at en sagkyndig, der behandler sager for Retslægerådet, samtidig fungerer som fast lægelig konsulent for et eller flere forsikringsselskaber, bevirker ikke, at rådet generelt finder, at den pågældende ikke kan tilknyttes rådet. Derimod er det naturligvis ensbetydende med, at den sagkyndige ikke bliver udpeget til at behandle sager, hvor et af de pågældende forsikringsselskaber er part.

Retslægerådets sagkyndige udtaler sig alene om lægevidenskabelige eller farmaceutiske spørgsmål. Rådet undgår således at tage stilling til juridiske spørgsmål. Det forhold, at en sagkyndig er tilknyttet et forsikringsselskab, bevirker efter rådets opfattelse ikke, at den sagkyndige dermed ikke kan deltage i enhver sag, hvor en problematik med særlig relation til et ulykkesforsikringsselskab er rejst. Som ovenfor nævnt vil rådet sørge for, at den sagkyndige ikke deltager i sager, hvor det forsikringsselskab, han måtte være knyttet til, er part i sagen, uanset om han selv for forsikringsselskabet har behandlet sagen eller ej. Det forhold, at en læge er knyttet til et forsikringsselskab, bevirker efter rådets opfattelse ikke, at der skal stilles spørgsmålstejn ved den pågældendes integritet i relation til alle andre forsikringsselskaber.

En oplysning om, at et advokatfirma “gennem adskillige år har rettet massiv faglig og personlig kritik imod den pågældende sagkyndiges adfærd i forbindelse med patientkontakt” bevirker ikke i sig selv, at Retslægerådet må anse den pågældende for inhabil i relation til sager, hvor det omhandlede advokatfirma repræsenterer en af parterne. Alene såfremt rådet skønner, at der foreligger en dokumentation for et forhold, der efter almindelige regler vil bevirke, at den pågældende må betragtes som inhabil i en sag, vil rådet undgå, at den omhandlede sagkyndige deltager i sagens behandling. Baggrunden herfor er det forhold, at rådet forsøger at få de forelagte sager behandlet af den højeste ekspertise. Udvælgelsen af voterende sker dels på basis af en lægefaglig vurdering, dels under hensyntagen til, at panelet af voterende fra sag til sag sættes sammen på en sådan måde, at alle sagkyndige gennem et tidsrum kommer til at virke sammen. Herved sikres en vis ensartethed i sagsbehandlingen, uanset hvorledes panelet er sammensat i den enkelte sag.

En fremgangsmåde, som af Dem antydet, hvor rådets formandskab skulle tage hensyn til eventuel antipati hos forskellige advokater vedrørende nogle af rådets sagkyndige, uden at der foreligger egentlig inhabilitet, ville gøre rådets arbejde så kompliceret, at følgerne ville blive uoverskuelige. Det bemærkes i den forbindelse, at mellem 150 og 200 sagkyndige virker for rådet, og at et i princippet ubegrænset antal advokater forelægger sager for rådet.”

Sagen blev herefter på ny forelagt for rådet af Østre Landsret med yderligere spørgsmål fra sagsøgers advokat. Retslægerådet opfattede den fornyede fremsendelse som en anmodning til rådet om at overveje, hvorvidt den voterende var inhabil som følge af ansættelsen på samme afdeling som den overlæge, der havde behandlet sagen for det sagsøgte forsikringsselskab.

Retslægerådet udtalte den 15.01.05 følgende: ”Det er oplyst, at overlæge T har rådgivet forsikringsselskabet i denne sag, men det fremgår ikke af sagens akter, og overlæge K har oplyst, at han ikke har været opmærksom på dette forhold under sagens behandling. Overlæge K har yderligere oplyst, at han ikke drøfter konkrete forsikrings-sager med afdelingens cirka 30 fastsatte speciallæger, heraf 10 overlæger, og at han således aldrig har drøftet en vootingssag fra Retslægerådet med overlæge T. Det fremgår, at overlæge T ligeledes har oplyst, at han ikke har drøftet denne sag med overlæge K.

Der er ikke noget overblik over, hvilke bibeskæftigelser de cirka 30 fastansatte speciallæger på hospitalets ortopædkirurgiske afdeling har uden for hospitalet, og det er i hvert fald ukendt for Retslægerådet. Der er imidlertid efter rådets opfattelse intet betænkeligt i, at Retslægerådet behandler forsikrings- og andre sager, hvor parterne anvender unavngiven lægelig rådgivning, uanset at det efterfølgende kan vise sig, at Retslægerådets sagkyndige kan have et ansættelsesforhold i samme sygehus som den anonyme rådgiver. Modsæt-

ningsvis mener rådet, det kræver en stillingtagen til habiliteten, hvis der i sagen forelå en navngiven udtalelse fra en nærtstående kollega, hvor Retslægerådet sædvanligvis vil være sindet at anvende en anden sagkyndig.

Da overlæge K har oplyst, at han ikke har drøftet denne sag med overlæge T, og at han ikke har haft kendskab til overlæge T's anonyme involvering i sagen, anser Retslægerådet ikke overlæge K for inhabil, og rådet finder således ikke grund til, at sagen genbedømmes.

Overlæge K fik sagen som den sidste voterende. De tre forudgående voterende har således ikke haft kendskab til hans opfattelse. Hvis retten skulle finde, at en genbedømmelse er ønskelig, vil disse tre tidligere voterende fortsat være habile og Retslægerådet vil være sindet at genudpege dem. Rådet må modsætte sig, at valget af de sagkyndige kan påvirkes af sagens parter."

Retslægerådet blev ikke anmodet om at besvare spørgsmålene på ny, og sagen er efterfølgende forligt uden dom.

Andet:

I sag 050-00004 blev Retslægerådet af Sundhedsvæsnets Patientklagenævn anmodet om en udtalelse i anledning af en indsigelse om inhabilitet for en af de sagkyndige i en sag om en epilepsipatients dødsfald, da pågældende i sin egenskab af fungerende klinikchef havde afgivet udtalelse i en anden sag om en epilepsipatients død.

I en sag om en epilepsipatients død på et hospital, blev der af en privatperson rejst indsigelse om inhabilitet hos en af rådets sagkyndige, idet pågældende sagkyndige i en anden sag om en anden epilepsipatients død havde afgivet udtalelse som fungerende klinikchef. Indsigelse blev særligt begrundet i, at den sagkyndige som fungerende klinikchef havde afgivet en udtalelse, der omfattede en fejlagtig tidsangivelse. Den sagkyndige havde under den tidligere sag rettet den fejlagtige tidsangivelse. Den sag, der blev forelagt rådet, vedrørte en anden patient på et andet hospital. Der var således ikke sammenfald mellem de to sager.

Retslægerådet besvarede den 13.03.07 blandt andet henvendelsen således:

"Det fremgår af det fremsendte materiale, at klagen over inhabilitet vedrører et behandlingsforløb på hospitalet E. Professoren har ikke deltaget i behandlingsforløbet eller været tilknyttet hospitalet. Professoren deltog som voterende i Retslægerådets behandling af sagen.

I den anden sag, der henvises til, afgav professoren udtalelse til embedslægestitutionen som fungerende klinikchef for den afdeling, hvor den pågældende blev behandlet. Professoren deltog ikke i den efterfølgende behandling af sagen i Retslægerådet.

Det fremgår blandt andet af forvaltningslovens § 3, at "den der virker inden for den offentlige forvaltning, er inhabil i forhold til en bestemt sag, hvis

pågældende tidligere har medvirket ved afgørelsen eller ved gennemførelsen af de foranstaltninger sagen angår” (pkt. 4).

De sagkyndige, der voterer i sager, der forelægges for Retslægerådet, udtages efter deres specialer. Forud for udtagningen af sagkyndige overvejer rådet spørgsmålet om inhabilitet. Efter fast praksis i rådet betragtes et rådsmedlem/sagkyndig, der tidligere har afgivet erklæring eller lignende vedrørende den omhandlede person uden for rådets regi, naturligvis som inhabil.

Da der ikke er denne sammenhæng mellem de to anførte sager, og da professoren alene har medvirket som sagkyndig i rådets behandling af den påklagede sag, finder rådet ikke at der foreligger inhabilitet i sagen.”

I sag 041-00010 om strafudsættelse blev der fremsat indsigelse om inhabilitet, idet en af de sagkyndige forud for rådets responsum om strafudsættelse havde deltaget i rådets behandling af en sag vedrørende samme person, men da til brug for straffesagen.

Overlæge A deltog i rådets behandling vedrørende en forelæggelse fra Politimesteren, der resulterede i rådets udtalelse af 19.10.04. Denne sag vedrørte sanktionsspørgsmålet i den på det tidspunkt verserende straffesag. Overlæge A har endvidere deltaget i en senere – fra Direktoratet for Kriminalforsorgen – forelagt sag vedrørende ansøgning om benådning for den straf, der var blevet idømt i den før omtalte straffesag.

Advokaten for ansøgeren henviste til støtte for sin påstand om overlæge As inhabilitet netop, til at overlægens deltagelse i den tidligere sag i rådets regi burde gøre overlægen inhabil, samt at rådets sondring mellem de sagkyndiges kendskab til sagen i og uden for rådets virksomhed var uforståelig.

Den 08.08.06 udtalte Retslægerådet blandt andet følgende:

”Det forhold, at rådet som sådant tidligere har udtalt sig vedrørende en person, anses ikke for at være til hinder for, at rådet på ny udtaler sig vedrørende samme person. Har rådet eksempelvis tidligere udtalt sig i relation til sanktionsspørgsmålet i en straffesag og derefter får forelagt en sag vedrørende eventuel benådning, vil rådet naturligvis kunne udtale sig herom. Det bemærkes, at den modsatte antagelse ville bevirke, at rådets virksomhed i realiteten ville blive blokeret, ikke mindst vedrørende straffesager, der bliver forelagt vedrørende psykiatriske lægelige spørgsmål, idet der i denne sagstype ofte sker gentagne forelæggelser vedrørende samme person.

For så vidt angår de enkelte deltagere i rådets behandling af sager gælder efter fast praksis tilsvarende. Det forhold, at et af rådets medlemmer eller sagkyndige tidligere har behandlet en sag vedrørende den person, der aktuelt er forelagt en sag om, bevirker ikke, at den pågældende anses for inhabil, naturligvis forudsat, at både den tidligere sagsbehandling og den aktuelle sagsbehandling foregår i rådets regi.

Er situationen derimod, at et rådsmedlem/sagkyndig tidligere har afgivet erklæring eller lignende vedrørende den omhandlede person uden for rådets regi, betragtes den pågældende naturligvis som inhabil.

Overlæge A har ikke uden for rådets regi afgivet erklæring eller lignende vedrørende den pågældende. I denne situation anses det forhold, at overlæge A har deltaget i rådets første behandling af sagen, ikke for at være årsag til inhabilitet. Rådet må således afvise, at der på nogen måde foreligger forhold, der gør rådet eller rådets deltagende medlemmer/sagkyndige inhabile i relation til den udtalelse, der blev afgivet den 14.06.06.”

Sagen blev indbragt for Folketingets Ombudsmand, der den 20.12.06 afgav udtalelse i sagen. Ombudsmanden anførte blandt andet: ”Jeg kan ikke kritisere, at Retslægerådet i den foreliggende sag ikke fandt at overlæge A var inhabil. Jeg henviser til den begrundelse som er anført i Retslægerådets udtalelse af 8. august 2006.”

I sag E3-420 drejede indsigelsen sig om inhabilitet ved tilhørsforhold til fagligt fællesskab.

Retssag anlagt mod Patientskadeankenævnet om følger efter en fødsel. Patientskadeankenævnet blev ved landsrettens dom frifundet, og under forberedelsen af sagen for Højesteret fremsatte sagsøger anmodning om fornyet forelæggelse af sagen for Retslæge-

rådet, idet hun påberåbte sig inhabilitet hos to af rådets voterende. Indsigelsen om inhabilitet støttedes på en henvisning til relationerne mellem den professor, der havde behandlet sagsøger i forbindelse med fødslen og den voterende overlæge og voterende professor. Relationen blev beskrevet som et fagligt fællesskab og fælles publikationer for de tre læger, idet den behandlende professor og den voterende professor sammen med fire andre havde været forfattere på lærebogen ”Gynækologi”, og da de ligeledes deltog i Ugeskrift for Lægers videnskabelige panel inden for gynækologi og obstetrik.

Retslægerådets formand besvarede den 27.05.05 indsigelserne sådan:

“Det forhold, at undervisere ved landets læreanstalter bidrager til lærebøger og tidsskriftpaneler er uundgåeligt i vort land, og ikke noget der i sig selv indebærer en inhabilitet. Det faglige fællesskab, overlæge A og professor O har haft med professor S, kan ikke beskrives som omfattende. Lærebogsforfatterskabet har bestået i skrivning af egne kapitler. Der har ikke været kontakt i form af møder, korrespondance eller anden kontakt mellem professorerne S og O. Ugeskrift for Lægers videnskabelige panel mødes 1 gang årligt (30-50 deltagere), men professor S menes aldrig at have deltaget i dette møde.

Professor S har i en stor del af den tid, hvor Retslægerådet har behandlet den aktuelle sag, opholdt sig i udlandet, og ingen af Retslægerådets voterende har haft kontakt med ham. Det er således

min opfattelse, at det faglige fællesskab mellem professor S og Retslægerådets voterende ikke kan beskrives som omfattende og ikke indebærer inhabilitet.”

På denne baggrund afsagde Højesteret følgende kendelse:

”Det er Retslægerådets opgave at afgive lægefaglige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners forhold, jf. § 1 i lov om Retslægerådet. Det følger derfor af retsplejelovens § 197, stk. 1, at reglerne om inhabilitet for dommere finder tilsvarende anvendelse på Retslægerådets medlemmer i de sager, hvor rådet afgiver udtalelser til domstolene, jf. herved betænkning nr. 1196/1990 om Retslægerådet s. 73.

Retslægerådet har i nærværende sag – en sag om erstatning efter patientforsikringsloven – afgivet udtalelser til brug for domstolene, og det kan lægges til grund, at der består professionelle, lægefaglige relationer mellem medlemmer af Retslægerådet og læger på den afdeling på sygehuset, som har stået for den behandling, som sagsøger baserer sit krav på. Et fagligt samarbejde som bidragydere til medicinske bøger og artikler og medlemskab af videnskabelige komiteer og det hermed forbundne personlige bekendtskab er imidlertid ikke et forhold, som er egnet til at rejse tvivl om rådsmedlemmernes fuldstændige upartiskhed. Højesteret finder herefter ikke grundlag for at tage begæringen om forelæggelse for et nyt lægekollegium til følge.”

Sammenfatning:

Det kan sammenfattende oplyses, at for en myndighed som Retslægerådet vil hensynet til tilliden til rådet betyde, at der skal stilles et rimeligt højt krav ved vurderingen af, om der foreligger inhabilitet.

Udgangspunktet for Retslægerådets vurdering af spørgsmål om inhabilitet er, at et medlem eller en sagkyndig vil være inhabil i forhold til en bestemt sag, såfremt der foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed, jf. princippet i forvaltningslovens § 3, stk. 1, nr. 5.

Inhabilitet foreligger dog ikke, hvis der som følge af interessens karakter eller styrke, sagens karakter eller den pågældendes funktioner i forbindelse med sagsbehandlingen ikke kan antages at være fare for, at den pågældendes stillingtagen til sagen vil kunne blive påvirket af uvedkommende hensyn, jf. princippet i forvaltningslovens § 3, stk. 2.

Såfremt der statueres inhabilitet for en voterende i en konkret sag, vil Retslægerådet sørge for, at vedkommende ikke indgår i sagens behandling, eller eventuelt lade sagen gå helt eller delvist om, uden den inhabile.

Retslægerådet tager ansvaret ved bedømmelsen af spørgsmål om inhabilitet meget alvorligt, hvilket fremgår af rådets afgørelser i de ovennævnte konkrete sager, idet rådet i alle situationer

forsøger at undgå, at der kan rejses tvivl om rådets uvildighed og de sagkyndiges habilitet. Det er samtidig rådets holdning, at det er altafgørende, at rådet ved udvælgelsen af de voterende i de enkelte sager vælger ud fra de pågældendes specialer og ypperste kompetencer, således at det ikke skal være muligt for sagens parter at udskyde velkvalificerede sagkyndige på grund af partens personlige animositet i forhold til vedkommende sagkyndige.

Retslægerådets praksis vedrørende inhabilitet i forbindelse med ansættelsesforholdene for den sagkyndige, er som forudsat af udvalget ved betænkningen om Retslægerådet nr. 1196, at rådet undlader at benytte medlemmer eller sagkyndige, der er ansat på det sygehus sagen vedrører, således at der undgås enhver risiko for, at der på grund af ansættelsesforholdet kan sås tvivl om den sagkyndiges upartiskhed. (041-00012, hvor der blev statueret inhabilitet i to sager i modsætning til E3-00646, E2-855 og E 13056). Det kan dog tilføjes, at såfremt der i sag E 13056 havde været tale om en navngiven udtalelse fra en nærtstående kollega, ville det have ført til, at rådet ikke havde udpeget den sagkyndige, idet der ellers ville kunne rejses tvivl om den sagkyndiges upartiskhed.

Retslægerådets praksis tilsiger endvidere, at et tidligere kendskab til en sag i rådets regi ikke betyder inhabilitet, hvorimod et fagligt kendskab til sagen eller personen som led i den sagkyndiges ansættelse uden for rådet vil medføre, at rådet ikke lader den sagkyndige

indgå i sagens behandling ved rådet. Det tidligere kendskab til sagen fra tidligere behandling i rådet af andre sager vedrørende den pågældende, eksempelvis i psykiatrisagerne, først som led i straffesagen og derefter ved eventuelle ophævelser, ændringer eller udgange i forbindelse med foranstaltningen, vil blive opfattet som en kvalifikation for rådsmedlemmet (041-00010). Denne skelnen mellem kendskab til den pågældende person eller sag i og uden for rådets virksomhed er selvfølgelig begrundet i, at det er Retslægerådets opgave at afgive et overskøn i forhold til det foreliggende materiale. Såfremt den sagkyndige selv har afgivet det materiale, der danner baggrund for rådets arbejde, vil den sagkyndige selvsagt ikke kunne anses for uvildig i forhold til egen erklæring.

Faglige fællesskaber vil heller ikke efter rådets praksis medføre, at et medlem eller en sagkyndig bliver betragtet som inhabil i overensstemmelse med Højesterets kendelse i sag E3-420, (til lige E 13059, 041-00003 og 041-00010). Det kan i den forbindelse tilføjes, at det i et land af Danmarks størrelse er uundgåeligt, at læger inden for et snævert lægefagligt område kender hinanden, ligesom professorer inden for samme speciale vil samarbejde om for eksempel udgivelse af lærebøger. Retslægerådet ville ikke kunne fungere, hvis sådanne former for fagligt fællesskab ville medføre inhabilitet.

Det skal i den forbindelse også bemærkes, at disse snævre lægefaglige områder ligeledes vil kunne betyde, at

rådet i enkeltstående tilfælde vil være nødsaget til at fravige rådets restriktive fortolkning af inhabilitetsreglerne, idet det ellers ikke vil være muligt for rådet at finde en anden kvalificeret sagkyndig inden for landets grænser, jf. Forretningsordenen for Retslægerådet § 4, stk. 2. Uden denne undtagelsesbestemmelse ville det være umuligt for rådet at behandle den pågældende sag. Dette vil dog naturligvis ikke medføre, at rådet vil benytte en sagkyndig eller et medlem, der personlig har kendskab til personen/sagen uden for rådets regi.

Der skal endelig henvises til, at rådet tidligere har behandlet emnet inhabilitet blandt andet i den tidligere artikel i Retslægerådets årsberetning 1998-99, vedrørende habilitetsspørgsmål.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at de store omstruktureringer, der i en årrække har fundet sted inden for sygehusvæsnet, har medført, at Retslægerådet siden har måttet drøfte og justere sine retningslinier for anvendelsen af sagkyndige. Rådet havde således tidligere bestemt, at rådet ikke ville anvende en sagkyndig, såfremt den person, sagen vedrørte, havde været i kontakt med et hospital som administrativt hører til samme sygehusejer, som det sygehus den sagkyndige var tilknyttet. Med samlingen af mange hospitaler under en regional ledelse, har rådet måttet opgive denne restriktive praksis og alene tage hensyn til de konkrete sygehuse, der måtte være inddraget.

Aldersbestemmelse med henblik på familiesammenføring

Nogle advokater og et medlem af Dansk Flygtningehjælps Frivilliggruppe har over for Lægeforeningens Ethiske Udvalg rejst sag om praksis i forbindelse med afgørelse af sager om familiesammenføring, herunder, at Retslægerådets udtalelser omkring ansøgerens alder tillægges afgørende betydning ved afgørelsen af sagerne. Lægeforeningen har efterfølgende indhentet udtalelser fra Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk Radiologisk Selskab og forespurgt 20.12.06 Retslægerådet om, hvorledes rådet stillede sig til usikkerheden ved disse bestemmelser.

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger 2001- 2002 og 2003-2005 omtalt fremgangsmåde og sandsynlighed ved aldersvurderinger. Med udgangspunkt i Lægeforeningens forespørgsel har rådet imidlertid fundet anledning til at udarbejde et mere omfattende svar, der beskriver baggrunden for rådets vurderinger. Lægeforeningens Ethiske Udvalg har efterfølgende meddelt, at de har noteret sig, at sagsbehandlingen er grundig, og at aldersvurderingen foregår ud fra en helhedsvurdering. (059-00024-2006)

Da sagen kan være af en væsentlig offentlig interesse, gengives rådets svar til lægeforeningens formand nedenfor. Svaret blev afsendt 19.03.07:

Retslægerådet har i en årrække foretaget vurdering af alderen på børn, unge og voksne på begæring af offentlige myndigheder, bl.a. Udlændingestyrelsen, når der er usikkerhed om eller ukendskab til en persons fødselsdato. Aldersvurderingen foretages efter retningslinier, der findes offentliggjort i Retslægerådets Årsberetning 2001-2002 (1). Som det fremgår af retningslinierne, indgår en bedømmelse af knogle- og tandalder som vigtige led i aldersvurderingen, men det skal pointeres, at knogle- og tandaldervurderingen ikke står alene, men indgår i en *helhedsvurdering*, der medinddrager

oplysninger om *kønsmodenhed, højde og vægt* foruden *helbredsoplysninger* fra læger i opholdslandet. Ansøgning med helbredsoplysninger etc. og røntgenbilleder fremsendes til Retslægerådet via konsulater, ambassader og Udlændingestyrelsen og er tidskrævende. Da sikkerheden i aldersvurderingerne ikke mindst afhænger af, om materialet er fuldstændigt og af rimelig kvalitet, kan det ikke undgås, at der opstår forsinkelser på vurderingen, når disse forhold ikke er i orden. Dette er beklageligt, men vurderingsgrundlaget skal være i orden. Der kompenseres imidlertid for eventuelle forsinkelser, da det er *alderen på ansøgningstidspunktet* og ikke på tidspunktet for røntgenundersøgelserne, der lægges til grund ved Udlændingestyrelsens afgørelse, det vil sige tidsrummet mellem tidspunkt for

ansøgning og røntgenfotoografering fra-trækkes ved den samlede vurdering.

Vurderingen af knoglealderen foretages ved røntgenundersøgelse af venstre hånd og håndled ad modum Greulich og Pyle (2,3). Denne metode er valgt blandt andet på grund af højere aldersmaksimum end Tanner-Whitehouse metoden – 17 år for kvinder og 19 år for mænd. Standarderne i Greulich & Pyle's atlas stammer fra longitudinelle røntgenundersøgelser af velstillede amerikanske børn i 1930'erne. Tanner et al's (4) gennemgang af litteraturen i forbindelse med revisionen af deres egen metode til knoglealderbestemmelse (Tanner-Whitehouse II til version III) konkluderede, at der ikke længere var forskelle mellem europæiske børn og unge og de amerikanske standarder.

Når det drejer sig om vurdering af aldersangivelsen på 16 år eller derover suppleres med røntgenbilleder af bækken (5,6) og nøgleben (7). Bækkenets epifyser lukker hos begge køn i 20 års alderen og nøglebenets fra og med det fyldte 22. år.

Spredningen i knoglealderen varierer noget med alderen, mindst hos små børn, og mest hos pubertetsbørn, men er herefter cirka 1 år svarende til en standarddeviation. Præcisionen i vurderingen af billederne holdes på et maksimum af Retslægerådet ved rutinemæssig anvendelse af dobbeltvurderinger foretaget af samme erfarne bedømmere.

Knoglemodning (og -alder) er som nævnt i udtalelsen fra Dansk Pædiatrisk Selskab foruden af menstruationsforhold afhængig af ernærings- og helbredtstilstand. Eventuel under- eller fejlernæring under opvæksten vil formentlig kun undtagelsesvis figurere blandt helbredsoplysningerne, hvilket også vil være tilfældet for i hvert fald nogle kroniske sygdommes vedkommende. Begge forhold vil imidlertid – med undtagelse af visse sjældne endokrinologiske tilstande - typisk hæmme knoglemodningen, hvilket ville medføre, at ansøgeren bliver bedømt som værende yngre end ansøgeren er.

Prævalensen af pubertas præcox blandt immigrerede børn og unge synes ikke at være øget i forhold til danske børn og unge, såfremt børnene immigrerer sammen med deres biologiske familier. Prævalensen blandt danske piger er cirka 0,2 % og blandt danske drenge < 0,05 % (9). I disse sjældne tilfælde vil ansøgeren blive bedømt ældre end ansøgeren er.

Sammenlignende undersøgelser har vist, at knoglemodningen foregår efter samme mønster i alle undersøgte samfund og at forskelle mere beror på socio-økonomiske forhold end på etniske (10). Sagt med andre ord vil en relativt lav socio-økonomisk status kunne hæmme knoglemodningen. I modsætning til skeletmodningen synes tandmodningen at udvise visse etnologiske forskelle mellem asiater, såkaldte kaukasiere og afrikanere (11).

I *den samlede aldersvurdering* anvendes en sikkerhedsmargin på ± 12 måneder. Når spørgsmålet drejer sig om stillingtagen til, hvorvidt en ansøger på ansøgningstidspunktet er over eller under en aldersgrænse – for 18 nu 15 år – skal vurderingen altså overstige grænsen med mindst 12 måneder, før det findes sandsynligt. Denne sikkerhedsmargin er i god overensstemmelse med resultaterne fra en nyere tysk retsmedicinsk undersøgelse (12), der viste, at aldersvurderingen i intet tilfælde afveg mere end ± 12 måneder i 41 tilfælde af biologisk aldersvurdering, hvor det med pålidelige metoder lykkedes at fastslå de undersøgte korrekte fødselsdag.

Biologisk aldersvurdering er anerkendt som bevismiddel. I 2006 førtes 2 sager ved Landsretten med påstand om henholdsvis falsk erklæring vedrørende børns alder i relation til familiesammenføring og indrejse i Danmark. Sagerne er refereret i artiklen ”Biologisk aldersvurdering og sandsynlighed” i Retslægerådets årsberetning 2003-2005 (13). Begge domme fastslog, at *biologisk aldersvurdering kan indgå som bevismiddel*, når en sikker alder ikke foreligger.

Litteratur:

1. Retslægerådets årsberetning 2001-2002, s. 53-55.
2. Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. Standard University Press, Stanford, California, 1959.
3. Pyle SI, Waterhouse AM, Greulich WW. A radiographic standard of reference for the growing hand and wrist. The United States National Health Examination Survey. The press of the Case Western Reserve University, Chigago 1971.
4. Tanner JM, Healy MJR, Goldstein H, Cameron N. Assessment of skeletal maturity. Saunders 2001.
5. Acheson RM. The Oxford method of assessing skeletal maturity. Clin Orthop 1957;10:19-39.
6. Scheuer L, Black S. 2000. Developmental juvenile osteology. London: Acaemic Press.
7. Kreitner K-F, Schweden FJ, Riepert T et al. Bone age determination based on the study of the medical extremity of the clavicle. Eur. Radiol. 1998; 8: 1116-22.
8. Teilmann G, Pedersen CB, Jensen TK, Skakkebæk NE, Juul A. Prevalence and incidence of precocious pubertal development in Denmark: An epidemiological study based on national registries. Pediatrics 2005; 116:1323-1328.
9. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebæk NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. Pediatrics 2006; 118:391-399.

10. Schmeling, A, Reisinger W, Geserick et al. Age estimation of unaccompanied minors. Part I. General considerations. *Forensic Science International* 159S; 2006:61-4.
11. Olze A, Reisinger W, Geserick G et al. Age estimation of unaccompanied minors. Part II. Dental aspects. *Forensic Science International* 159S; 2006: 65-7.
12. Schmeling A, Olze A, Reisinger W et al. Statistical analysis and verification of forensic age estimation of living persons in the Institute of Legal Medicine of the Berlin University Hospital. *Charité. Legal Medicine* 5; 2003:367-71.
13. Retslægerådets årsberetning 2003-2005, s. 77-82

Danmark dømt ved den Europæiske Menneskerettighedsdomstol på grund af for lang sagsbehandlingstid

Sagen vedrørte erstatning for følger efter teflon-implantater i kæbeleddene. Implantaterne blev fjernet efter to år på grund af komplikationer. Patientklagenævnet behandlede sagen fra 1992-1994, hvor den blev forelagt for Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet. Efterfølgende anlagde klager sag mod X amt 07.03.1994, og Byretten afsagde dom 21.08.00. Modparten ankede til Østre Landsret, hvor sagen blev afsluttet med forlig 22.11.02. Menneskerettighedsdomstolen afsagde dom 22.09.06, hvor Danmark enstemmigt blev dømt for at have krænket artikel 6, stk. 1 om rettergang inden for en rimelig frist. Domstolen anførte dog, at der hverken ifølge lov eller praksis var et krav om, at sagen først skulle indbringes for Patientklagenævnet, før den kunne anlægges ved domstolene. Menneskerettighedsdomstolen fandt på den baggrund, at den relevante periode først begyndte at løbe 07.03.94, da klager anlagde sag mod X amt. Vedrørende rettergang inden for en rimelig frist, bemærkede domstolen, at der var tale om en meget kompliceret og tidskrævende sag, hvor der var behov for at forelægge sagen for Retslægerådet og Arbejds-skadestyrelsen adskillige gange, og at klagers advokat på intet tidspunkt modsatte sig udsættelse af sagen, men selv i flere omgange begærede sagen udsat. Domstolen fandt således, at klager og dennes advokat i høj grad var medvirkende til, at sagen trak i langdrag. Hvad angik de relevante myndigheder, bemærkede Menneskerettighedsdomstolen, at selv om Byretten ikke var skyld i, at sagen var blevet forelagt for både Retslægerådet og Arbejds-skadestyrelsen i to omgange, så var der tale om offentlige myndigheder, og deres indblanding i sagen forlængede sagsforløbet med næsten to år. Det samme var tilfældet under landsretssagen, hvor yderligere 2 forelæggelser for Retslægerådet forlængede sagsforløbet med mindst 1 år og 6 måneder. På baggrund af sagens omstændigheder og under hensyn til den samlede sagsbehandlingstid konkluderede Menneskerettighedsdomstolen, at der var sket en krænkelse af konventionens artikel 6, stk. 1. Klager forlangte 180.000 kr. i compensation. Domstolen tilkendte imidlertid kun 6.000 euro (cirka 44.740 kr.) under henvisning til klagers adfærd og sagens kompleksitet. Klager fik tilkendt 40.000 kr. i retshjælp. Under henvisning til sagens karakter og den fremlagte dokumentation afslog domstolen at tilkende yderligere erstatning for sagsomkostningerne. (E 12209/F 1502765), klagesag 5989/03.

Retslægerådet udarbejdede i forbindelse med klagen følgende redegørelse:

”Retslægerådet modtog sagen første gang med Sundhedsstyrelsens skrivelse af 20.08.92. Rådet blev anmodet om at give en vurdering af den samlede behandling vedrørende et behandlingsforløb. Undervejs i sagsforløbet modtog rådet uopfordret nyt materiale 05.02.93. I tiden frem til 05.03.93, hvor rådets udtalelse blev afgivet, havde sagen været hos begge de voterende 2 gange. Rådets udtalelse af 05.03.93 udgjorde 4 sider.

Sagen blev 2. gang modtaget i Retslægerådet med skrivelse af 22.03.94 fra Sundhedsstyrelsen. Medsendt var et spørgetema, bestående af 4 spørgsmål. Sagens akter var ikke medsendt, men blev eftersendt efter rådets anmodning. De samme 2 sagkyndige, der så på sagen ved første forelæggelse, deltog i sagsbehandlingen. De så begge sagen 1 gang og der blev afgivet udtalelse fra Retslægerådet 03.06.94 (3 sider).

Sundhedsstyrelsen forelagde for 3. gang sagen for Retslægerådet med skrivelse af 17.06.94. Der var denne gang stillet 2 spørgsmål. Under sagsbehandlingen – i august 1994 – modtog rådet en skrivelse med nye bilag fra Sundhedsstyrelsen, hvilket materiale skulle indgå i sagen. Det var de samme 2 sagkyndige, der vurderede sagen ved denne forelæggelse. De så begge sagen 2 gange. Rådet afgav udtalelse den 21.09.94. Udtalelsen udgjorde 3 sider.

Den 4. gang, sagen blev forelagt for Retslægerådet, skete ved Østre Landsrets skrivelse af 10.01.01. Der blev denne gang stillet 5 spørgsmål. Under sagsbehandlingen blev der imidlertid rejst spørgsmål om en eventuel fejl i en journal. Dette afstedkom en skriftveksling mellem Retslægerådet og de 2 advokater i sagen, hvorunder sagen måtte sættes i bero. Disse drøftelser fandt sted i tidsrummet fra 08.10.01 til 06.12.01 og resulterede i fremsendelsen af et af Østre Landsret godkendt yderligere spørgsmål. Udover den umiddelbare forsinkelse på knap 2 måneder, som dette forløb afstedkom, nødvendiggjorde fremkomsten af det nye spørgsmål en yderligere vurdering af sagen fra de sagkyndiges side. Denne gang deltog 4 sagkyndige i sagsbehandlingen, hvoraf den ene havde været med til de foregående 3 voteringer. Sagen blev sendt til de voterende i 3 omgange, således at der i alt var tale om 11 fremsendelser. Rådet afgav udtalelse den 05.03.02 (4 sider).

5. og sidste gang, sagen blev forelagt for Retslægerådet, skete ved skrivelse af 20.05.02. Der var tale om 3 spørgsmål, godkendt af Østre Landsret. I forbindelse med sagsbehandlingen anmodede Retslægerådet om tilsendelse af røntgenbilleder, hvilket skete ved brev af 28.05.02, og billedmaterialet blev modtaget 12.06.02. Ved denne sagsbehandling deltog 3 af de ved forrige sagsbehandling 4 deltagende sagkyndige. De voterende så sagen 1 gang hver, og rådet afgav udtalelse 19.08.02 (2 sider).

I 4 af de 5 tilfælde, hvor sagen blev forelagt Retslægerådet, har sagsbehandlingen udgjort fra godt 2 måneder til godt 6 måneder. Det skal i denne forbindelse oplyses, at rådets mediane sagsbehandlingstid i sager af den omhandlede karakter i de senere år har udgjort netto cirka 90 dage – og brutto cirka 120 dage. Ved bruttosagsbehandlingstid forstås det tidsrum, der forløber fra modtagelsen af sagen til afgivelse af udtalelse – inklusive tid hengået til rekvisition af yderligere materiale eller lignende. Ved nettosagsbehandlingstid forstås det tidsrum, der forløber, fra sagen er tilstrækkeligt oplyst, til Retslægerådet afgiver udtalelse.

For så vidt angår den forelæggelse, der fandt sted i 2001, har behandlingen, som det fremgår, taget betydeligt længere tid end sædvanligt. En del af forklaringen ligger dog i det forhold, at rådet måtte stille sagen i bero i knap 2 måneder på grund af drøftelser og fremkomsten af nyt spørgsmål. Hertil kommer, at sagen, der var af kompleks karakter, måtte rundsendes 3 gange, således at der i alt var tale om 11 fremsendelser til de sagkyndige. Det skal endelig bemærkes, at det er det sædvanlige udgangspunkt, at der deltager 3 voterende ved behandlingen af rådets sager. Ved forelæggelsen i 2001 deltog – som det fremgår af ovenstående – 4 sagkyndige på grund af sagens særlige karakter. Der har således været særlige grunde til, at sagsbehandlingen ved forelæggelsen i 2001 strakte sig udover det sædvanlige.”

Kommentar:

Menneskerettighedsdomstolen har i denne sag afgjort, at det offentlige system var for længe om at afgøre den beskrevne sag. Det samlede forløb på 10 år og 9 måneder er indlysende for langt, også selv om der er gode forklaringer på de enkelte forsinkelser. Sagsforløbet er usædvanligt, men illustrerer alligevel, at tidsforbruget til behandling af en sag afhænger af mange faktorer. Dette indebærer samtidigt, at det kun er muligt at reducere sagsbehandlingstiden med en samlet indsats fra alle involverede parter. Retslægerådet arbejder for sin del konstant på at nedbringe det interne tidsforbrug og har i forskellige sammenhæng peget på en række tiltag, der kan være med til at fremme sagsbehandlingen.

Af særlig betydning for netop rådets mulighed for at behandle sager hurtigt er, som også illustreret i denne sag, at sager fremsendes samlet og på én gang og i overensstemmelse med de retningslinier, rådet nu har udarbejdet, som kan findes i Retslægerådets Årsberetning 2001-2002, side 47ff., på Retslægerådets hjemmeside eller trykt som en artikel i ”Advokaten” 4/2005. Eftersendelse af nye spørgsmål eller nyt materiale medfører uværgeligt en forsinkelse, fordi sagen må starte forfra hos rådets sagkyndige.

Rådets retningslinier går især ud på at sikre en overskuelig fremsendelse af alt relevant materiale ved den første forelæggelse. Som indlysende eksempler på relevant materiale kan peges på bilag

eller billedmateriale, der direkte indgår i eller er forudsætninger for besvarelse af de fremsendte spørgsmål.

Efter publiceringen af de omtalte retningslinier har rådet kunnet konstatere en betydelig forbedring af forelæggelsen af de civile sager. Desværre er det dog fortsat sådan, at hovedparten af de civile sager, der forelægges for rådet, ikke lader sig behandle umiddelbart, især fordi parterne ikke fremsender røntgenbilleder eller de relevante læge- eller hospitalsjournaler. Hvis rådet således skal kunne svare på spørgsmål om en historisk udvikling, må der foreligge et tidstro journalmateriale, der kan belyse sammenhængen mellem symptomer/fund og den eventuelle

skadevoldende påvirkning. Her er det ofte vigtigt, at der fremsendes en kopi af journalen fra egen læge, der omfatter årene før og efter den omtvistede tildragelse. Undladelse af fremsendelse af det relevante materiale medfører, at civile sager, der ønskes behandlet i Retslægerådet, fødes med en forsinkelse på 2 måneder eller mere, indtil materialet er fremskaffet.

Rådet håber, at et udbygget samarbejde mellem rådet og dets brugere på ovenstående punkter kan etableres. Det vil være med til at forhindre, at andre personer i fremtiden kommer i klemme som illustreret ovenfor.

Vurdering af lægeerklæringer

REL er svensk statsborger og bosiddende i Sverige. Han blev indblandet i en sag om økonomisk kriminalitet, som har været efterforsket i Danmark fra 1990. I sagen har der været medtiltalte, hvis sager er blevet afgjort for mange år siden. REL har hidtil undgået retsmøder, idet han gennem alle årene har fremsendt udtalelser fra læger, der anførte, at han på tidspunkterne for mulige retsmøder ikke kunne tåle at deltage subsidiært, at hans helbredstilstand måtte formodes at blive forværret, hvis retten fastholdt, at han skulle give møde. XX Politi ønsker nu dette vurderet af Retslægerådet. REL's forsvarer har protesteret mod forelæggelsen, men YY Byret afsagde kendelse herom i 2004. Kendelsen blev indbragt for Østre Landsret, som i 2005 stadfæstede Byrettens afgørelse. Retslægerådets svar forelå kort tid efter, og i 2006 meddelte Politimesteren i ZZ, at sagen herefter i tiltaltes nærvær blev fremmet til dom som tilståelsessag ved YY Byret. Dommen lød blandt andet på fængsel i 2 år, betinget med vilkår om, at domfældte ikke begår strafbart forhold i en prøvetid på 3 år. (E9-11-2005)

I februar 2005 bad XX Politi Retslægerådet om at vurdere, om REL ville kunne deltage i retsmøder på nuværende tidspunkt, og hvis ikke, om rådet finder, at han senere ville kunne deltage i retsmøder. Der anmodes ligeledes om, at rådet oplyser, om det finder, at REL's fysiske og psykiske tilstand vil forværres, hvis dommeren bestemmer, at REL skal møde i retten. Det anføres, at rådets besvarelser vil indgå i rettens og anklagemyndighedens overvejelser om, hvornår den straffesag mod REL, som blev påbegyndt i 1991, vil kunne forventes afviklet og afsluttet.

Med udgangspunkt i de fremsendte akter udtalte Retslægerådet følgende:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på grundlag af en række lægelige akter, heraf de seneste fra 2003 og 2004 ved speciallæge i psykiatri JP, om REL udtale, at han efter tre trafikulykker, heraf den første i 1996, har klaget over psykisk udmattelse, hovedpine

samt koncentrations- og søvnbesvær. Han behandles herfor og derudover for depression, sukkersyge, forhøjet blodtryk, forhøjelse af blodets fedtindhold samt for smerter i nakke, skuldre og arme. Som behandling er anført antidepressiv medicin, smertestillende medicin, sovemedicin, medicin mod sukkersyge, hjertemedicin og samtaler. Den behandlende psykiater har under henvisning til REL's helbredstilstand frarådet ham at møde i retten.

Efter Retslægerådets vurdering af det foreliggende materiale indebærer hverken de anførte symptomer eller den iværksatte behandling, at det vil være forbundet med nogen afgørende helbredsrisiko for REL at deltage i retsmøder.”

Kommentar:

Med fremsendelsen af anmodningen fulgte et antal meget kortfattede lægeerklæringer, udfærdigede af svenske praktiserende læger, hudlæger, or-

topædkirurger eller psykiatere med 3-6 måneders mellemrum i perioden 1995-2004. Af de meget kortfattede erklæringer eller sygemeldinger fremgik det, at REL ikke for tiden kunne tåle at give møde i retten, og at hans helbreds-tilstand ville blive forværret, hvis han blev idømt fremmøde. Begrundelserne var spinkle eller manglede helt.

Uanset, at der ikke i de fremsendte sagsakter var detaljerede oplysninger om REL's helbreds-tilstand i form af speciallægeerklæringer eller kopier af journaler fra de hospitaler og læger, REL havde søgt behandling hos, mente Retslægerådet at kunne tage stilling til de yderst kortfattede erklæringer, der attesterede, at fremmødet i retten var forbundet med helbredsrisiko, idet de anførte præmisser i disse erklæringer ikke med rimelighed kunne føre frem til en sådan konklusion. De mange attester, der regelmæssigt blev udskrevet gennem årene, medførte imidlertid, at retssagen blev trukket i langdrag, hvad der utvivlsomt indebar betydelige ulemper for alle involverede, inklusive REL.

De skøn, de erklæringsudstedende svenske læger gennem årene havde

anlagt, kan efter rådets mening ikke betegnes som værende kvalificerede eller i overensstemmelse med en alment anerkendt praksis. Det er også tvivlsomt, om konklusionerne kan karakteriseres som ubetænksomme fejlskøn. Retsvæsenet er som udgangspunkt ude af stand til at sætte sig ud over det professionelle medicinske skøn, der er anlagt i de fremsendte sygemeldinger, og man har derfor følt det nødvendigt at udsætte behandlingen af sagen i årevis. Man kunne måske forestille sig, at man i fremtidige sager ikke accepterede lapidariske udtalelser, men udbad sig yderligere forklaringer af de lægelige begrundelser, eventuelt suppleret med medicinske speciallægeundersøgelser.

Retslægerådet har ikke behandlet mange sager af lignende art, men der er dog stærke lighedspunkter med sager, hvor der er søgt om benådning eller fritagelse for fængselsstraf af helbredsgrunde. I de fleste tilfælde vil det dog nok være nødvendigt at indhente et mere omfattende materiale til belysning af helbredsforholdene, da det næppe vil være hyppigt at møde erklæringer, hvis konklusion er i åbenbart misforhold til de anførte præmisser.

Sen diagnose af arteriitis temporalis

En 68-årig kvinde blev indlagt akut på X-købing sygehus, mistænkt for arteriitis temporalis (betændelse i tindingepulsårens væg). Ved indlæggelsen havde hun få timers sygehistorie med tiltagende synstab på venstre øje. Ved indlæggelsen oplyste hun, at hun i nogen tid (4 uger) havde haft stærke hovedsmerter, specielt omkring tindingerne, og at hun havde været behandlet herfor af egen læge med smertestillende medicin og henvisning til fysioterapi. Under indlæggelsen på sygehuset blev diagnosen bekræftet ved biopsi af arteria temporalis. Blodprøver viste forhøjet sænkning og hun blev sat i behandling med højdosis af binyrebarkhormon (Prednison). Ved øjenundersøgelsen fandtes et normalt syn på højre øje, men synet på venstre øje var tabt. Under forløbet var hun blevet bibragt den opfattelse, at synstabet kunne være undgået ved en tidligere behandling. Der blev derfor anlagt retssag mod læge med krav om erstatning for en for sen diagnose. Efter Retslægerådets udtalelser blev sagen forligt. (E 13893)

I forbindelse med søgsmålet mod egen læge blev der stillet følgende spørgsmål til Retslægerådet ved 2 fremsendelser:

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, hvordan diagnosen arteriitis temporalis stilles?

Diagnosen arteriitis temporalis stilles endegyldigt ved påvisning af karakteristiske betændelsesforandringer (betændelse i karvæggen med kæmpeceller) i en vævsprøve (biopsi) fra pulsåren i tindingen (arteria temporalis) undersøgt i et mikroskop. Karbetændelsen er ikke til stede i alle dele af karret (betændelsen optræder segmentært), hvilket betyder, at betændelsen ikke altid påvises i en udtaget vævsprøve, selv om der foreligger arteriitis temporalis (dokumenteret ved senere udtaget

vævsprøve). Internationale undersøgelse har vist, at vævsprøve udtaget ved optimal teknik fra begge temporal arterier (begge tindingeregioner) fører til påvisning af sygdommen hos op til 80-95 % af sygdomsramte. Der vil derfor være en gruppe på 5-20 % med sygdommen, hvor diagnosen alene baseres på bedømmelse af karakteristiske, men uspecifikke kendetegn. Disse er beskrevet som internationale klassifikationskriterier (American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Giant Cell Arteriitis. Arthritis Rheum 1990:33:1122-8) og omfatter: 1) alder over 50 år, 2) nyttilkommen eller ny type lokaliseret hovedpine, 3) ømhed eller nedsat puls undersøgt ved berøring (palpation) af en tindingearterie, 4) forhøjet blod-sænkingsreaktion (SR) og 5) betændelsesforandringer i vævsprøve fra en

tindingearterie. En patient har efter disse klassifikationskriterier sygdommen arteriitis temporalis, hvis mindst 3 af de 5 kriterier er opfyldt.

Derfor vil en person over 50 år med nyopstået hovedpine og ømhed af en tindingearterie opfylde klassifikationen. På grund af risikoen for synstab, som næsten aldrig bedres, når det er opstået, uanset behandling, er diagnose og behandling før synstab af afgørende betydning. Derfor er gængs lægelig praksis, at diagnosen stilles på baggrund af de nævnte klassifikationskriterier, og behandling med binyrebarkhormon (prednisolon) startes på dette grundlag.

Dermed bør en person over 50 år, med nyudviklet lokaliseret hovedpine og ømhed i tindingen behandles som diagnosticeret arteriitis temporalis. Diagnosen bør yderligere belyses ved måling af sænkingsreaktionen (SR) og C-reaktivt protein (CRP) i blodet, som vil være forhøjet hos cirka 95 % med sygdommen, og ved temporalarterie vævsprøve, som optimalt udført vil vise karbetændelser hos op til 80-95 % med sygdommen. Resultatet af disse undersøgelser skal ikke afventes, før behandlingen startes.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse om det var muligt for sagsøgte, at der under konsultationen den 20. juni 200X af sagsøger fik oplyst, at sagsøgers ansigtssmerter begyndte 8.-9. juni 200X, alene på baggrund af konsultationen den 20. juni 200X at stille diagnosen arteriitis temporalis?

Det fremgår af læge NN's journalnotat den 20.06.0X, at patienten fra den 8.-9. juni havde haft smerter i panderegionen gående op over hovedet og om i nakken. Af journalen fremgår endvidere, at patienten havde været hos læge XX den 16.06.0X på grund af smerter i venstre side af nakken. Læge XX havde fundet "talrige muskelinfiltrationer".

Det er ikke muligt at stille diagnosen arteriitis temporalis på grundlag af de i journalen den 20.06.0X beskrevne fund, jf. besvarelsen af spørgsmål A. Specielt skal dog bemærkes, at dokumentation for undersøgelse af tindingearterierne for ømhed og puls, i henhold til gængs lægelig praksis ved nyopstået lokaliseret hovedpine hos en person over 50 år (jf. besvarelsen af spørgsmål A), ikke foreligger. Undladelse af at palpere temporalarterierne ved de oplyste symptomer, må anses for en fejl.

Spørgsmål C:

Såfremt spørgsmål B besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse på hvilket tidspunkt i sygeforløbet som beskrevet i sagens journalmateriale ovenstående diagnose kunne være blevet stillet?

Journalmaterialet indeholder ikke oplysninger, som muliggør diagnosen arteriitis temporalis før 08.07.0X i henhold til det beskrevne diagnostiske grundlag i besvarelsen af spørgsmål A.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse om sagsøgtes behandling med Gabapentin tabletter på baggrund af de i sagsøgtes journalmateriale

om den 20. juni 200X oplyste symptomer og ud fra det forhold, at sagsøgers ansigtsmerter havde bestået siden den 8.-9. juni 200X er i overensstemmelse med almindelig lægefaglig standard?

Patienten blev den 21.05.0X undersøgt hos speciallæge i neurologi KK på grund af smerter og uro i benene. Speciallægen fandt tegn på sensorisk neuropati (lidelse i følenerverne) og ordinerede Gabapentin. Det blev aftalt, at patienten skulle ringe til speciallægen efter en måned for at vurdere behandlingseffekten.

Det fremgår af læge NN's journalnotat fra den 20.06.0X, at han anbefaler Gabapentin, men ikke hvorfor. Retslægerådet kan ikke på det foreliggende grundlag vurdere, om denne ordination er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om en patient, der klager over smerter i nakken og ansigtets muskulatur, der ofte er ledsaget af hovedpine og infiltrative muskelforandringer, altid bør udredes for arteriitis temporalis, såfremt symptomerne alene har bestået i 11-12 dage?

Nej. Se svar på spørgsmål A.

Spørgsmål F:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 1:

Finder Retslægerådet, at sagsøgte ved sagsøgers henvendelser i sagsøgte konsultation med symptomerne kraftig hovedpine med udtalt omhed i begge temporalisregioner, omhed i tyggemuskler samt almen træthed burde have kunne stille diagnosen arteriitis temporalis?

Se besvarelsen af spørgsmål A og B.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse på hvilket tidspunkt i forløbet diagnosen burde have været stillet.

Bortfalder.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om de af sagsøger påberåbte symptomer, jf. spørgsmål 1, og jf. de foreliggende lægelige oplysninger efter rådets opfattelse er behandlet korrekt og fyldestgørende, eller om sagsøgte burde have iværksat undersøgelse og da hvilke?

Det er uklart for Retslægerådet, hvad der henvises til med "de af sagsøger påberåbte symptomer". I øvrigt henvises til besvarelse af spørgsmål B.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om at oplyse om den af sagsøgte ordinerede behandling/medicinering er adækvat og korrekt.

Vedrørende konsultationen den 20.06.0X henvises til besvarelse af spørgsmål B. Med hensyn til ordination af Gabapentin henvises til besvarelse af

spørgsmål D. Retslægerrådet kan ikke på det foreliggende grundlag vurdere, om denne ordination var adækvat og korrekt.

Vedrørende konsultationen den 08.07.0X finder Retslægerrådet, at det var adækvat og korrekt, at læge NN indlagde patienten akut på øjenafdelingen, XXX Sygehus.

Spørgsmål 5:

Retslægerrådet anmodes om at oplyse om sagsøgte på baggrund af lægevagtsnotat af 22. juni 200X burde eller skulle have foretaget skridt overfor sagsøger i form af indkaldelse til undersøgelser eller i øvrigt foretage skridt, og da hvilke.

Nej. Såfremt vagtlægens vurdering ved besøg 22.06.0X havde givet vagtlægen anledning til mistanke om en akut behandlingskrævende tilstand som arteriitis temporalis (hvilket ikke fremgår af vagtlægens notat) ville det være vagtlægens, og ikke sagsøgtes, opgave at foranstalte den påkrævede undersøgelse/behandling ved akut indlæggelse.

Spørgsmål 6:

Retslægerrådet anmodes om at oplyse om henvisning til fysioterapeut på baggrund af de af sagsøger påberåbte symptomer, jf. spørgsmål 1 og jf. de foreliggende lægelige oplysninger efter rådets opfattelse er adækvat og lægefagligt korrekt.

I tilslutning hertil bedes rådet oplyse om henvisningen på dette tidspunkt i forløbet – den 16. juni 200X – er adækvat og lægefagligt korrekt, eller om der på dette tidspunkt i

forløbet burde være iværksat andre eller supplerende foranstaltninger.

Patienten blev den 16.06.0X af læge XX henvist til behandling hos fysioterapeut på grund af myoser. Henvisning til fysioterapeut til behandling af smertefulde muskelinfiltrationer kan anses for adækvat og lægefagligt korrekt. Der foreligger ikke oplysninger i journalen, der gav begrundet mistanke om diagnosen arteriitis temporalis på dette tidspunkt, jf. besvarelse af spørgsmål A.

Spørgsmål 7:

Finder Retslægerrådet, at sagsøgtes behandling sammenfattende har været lægefaglig adækvat og korrekt?

Spørgsmålet er af generel karakter og kan ikke besvares ud over det tidligere anførte.

Spørgsmål 8:

Giver sagen i øvrigt Retslægerrådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Efterfølgende fremsendtes 4 supplerende spørgsmål således:

Spørgsmål G:

Læge NN oplyser, at han palperede sagsøgers temporalarterier og ikke fandt ømhed. Da undersøgelsen ikke viste abnorme forhold, blev undersøgelsen ikke tilført journalen.

Såfremt det efter bevisførelsen lægges til grund, at sagsøgte ved konsultationen den 20. juni 200X palperede temporalarterierne

og ikke fandt ømhed eller nedsat puls, bedes Retslægerådet redegøre for og vurdere, om det under de givne forudsætninger, herunder at sagsøger havde haft hovedpine siden 8. og 9. juni og at det kunne konstateres, at sagsøger havde smertefulde infiltrationer, var grundlag for at stille diagnosen arteriitis temporalis og om læge NN handlede i overensstemmelse med god lægefaglig praksis.

Undersøgelser har vist, at diffus hovedpine er et hyppigt symptom ved arteriitis temporalis. Såfremt der ved palpation ikke findes abnormiteter ved temporalarterierne, er sandsynligheden for, at arteriitis temporalis er årsagen til hovedpine mindre, end hvis der findes ømhed, hævelse eller manglende puls. Andre gener kan forårsage muskelømheden i nakke/hovedregionen, herunder smertefulde muskelinfiltrationer, som er en hyppig årsag til nakkesmerter og hovedpine.

Ved de angivne forudsætninger finder Retslægerådet, at læge NN har handlet i overensstemmelse med god lægefaglig praksis, idet muskelinfiltrationer var en af flere mulige forklaringer på sagsøgers hovedpine. At sagsøgers hovedpine var forårsaget af arteriitis temporalis er sandsynligt, fordi hovedpinen forsvandt inden for få døgn under adækvat steroidbehandling (bilag 1, notat 12.07.0X). Dette er forventeligt ved arteriitis temporalis, men ikke ved ømhed/spændingshovedpine på grund af muskelinfiltrationer. Derfor finder Retslægerådet, at der under de givne forudsætninger foreligger et lægeligt fejlskøn, idet læge NN ud fra de foreliggende præmisser og en adækvat un-

dersøgelse havde mulighed for at drage mere end én konklusion med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, hvor først forløbet senere viste, at den af læge NN truffene beslutning ikke var den optimale.

Spørgsmål J:

Retslægerådet bedes angive, hvor lang tid en patient typisk har symptomer på arteriitis temporalis førend lidelsen resulterer i synsnedsættelse/synstab?

Se venligst besvarelsen af spørgsmål A. Arteriitis temporalis kan medføre synsnedsættelse/synstab når som helst i forløbet af sygdommen.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes vurdere, hvorledes prognosen for, hvorvidt sagsøger ville have bevaret synet på venstre øje, såfremt der var blevet iværksat behandling med binyrebarkhormon i umiddelbar forsættelse af konsultationen den 22. juni 200X i stedet for den 8. juli 200X i forbindelse med den akutte indlæggelse.

Retslægerådet bedes i tilslutning hertil angive hvorvidt prognosen ville have været bedre, herunder graden af sandsynlighed herfor, herunder om det er sikkert, mere end overvejende sandsynligt, overvejende sandsynligt, sandsynligt, mindre sandsynligt eller usandsynligt.

Spørgsmålet er af hypotetisk karakter. Se venligst besvarelsen af spørgsmål A. Generelt kan igen oplyses, at behandling med glukokortikoid (prednisolon) reducerer risikoen for synstab/synsnedsættelse ved arteriitis temporalis.

Når først synstabet forårsaget af arteriitis temporalis er opstået, er sandsynligheden for bedring ringe.

Spørgsmål J:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkning?

Nej.

Kommentar:

Årsagen til arteriitis temporalis er ukendt. Undersøgelser har vist, at grundlaget er en betændelse i blodkarrene (vasculitis), der angriber de middelstore og store pulsårer i kroppen. De hyppigste sygdomsmanifestationer skyldes vasculitis i pulsårer til hovedet, herunder tindingepulsåren. Betændelsesprocessen er segmentær, hvor normale arterieafsnit veksler med afsnit, der er beskadigede af en kronisk betændelsesreaktion, typisk med kæmpeceller, der medfører fortykkelse af pulsårens væg, forsnævring og eventuel aflukning af blodets passage. Hos omkring 10 % af de syge rammer betændelsen pulsårer, som forsyner øjet, synsnerven eller andre pulsårer af betydning for synet. Resultatet heraf er et segmentært eller totalt tab af synet på det ramte øje. Synet kan ikke genvindes.

Sygdomsforløbet er som regel langvarigt og strækker sig over 1-4 år, sygdommens intensitet kan svinge under forløbet, men sygdommen helbredes spontant. Hvis sygdomsprocessen har medført ophørt blodforsyning og vævsdød til andre områder, består der dog følger hertil som for eksempel blindhed.

Behandling med binyrebarkhormon har en dramatisk virkning på symptomerne og forløbet med bedring allerede inden for de første døgn. Under regelret behandling med binyrebarkhormon er synsnedsættelse og andre symptomer på vævsdød sjældne, men allerede indtrådt synsnedsættelse eller andre følger efter ophævet blodforsyning påvirkes ikke af denne behandling. Det er således helt afgørende, at sygdommen diagnosticeres og behandles tidligst muligt efter symptomernes debut.

I den foreliggende sag mente sagsøger, at diagnosen burde have været stillet tidligere, så man ved rettidig behandling kunne have undgået synstabet på det ene øje. De medsendte lægelige akter viser, at diagnosen kunne stilles 08.07.0X, men de afslører ikke, om diagnosen burde have været stillet tidligere.

Til belysning af sagen var der ikke medsendt eller indhentet redegørelse fra de involverede praktiserende læger, ligesom der heller ikke forelå en redegørelse for forløbet fra sagsøgerens side. Advokaterne anmodede i generelle vendinger om, at Retslægerådets besvarelse tog udgangspunkt i den beskrivelse af forløbet, der fremgik af processkrifterne. I denne som i andre lignende sager valgte Retslægerådet at se bort fra denne anmodning, blandt andet fordi der som vanligt ikke var overensstemmelse mellem processkrifter og de lægelige dokumenter. Således var der ingen dokumentation for ”at udover at sagsøgte udstyrede sagsøger med forskellige hovedpinetabletter,

foretog sagsøgte sig intet i relation til diagnosticering eller behandling af lidelsen, som sagsøgte endvidere bagatelliserede med bemærkninger, som af sagsøger kun kunne opfattes, at hun var hypokonder osv.” Retslægerrådet må her, som i andre sager, besvare sagen ud fra det foreliggende lægelige grundlag, uden at foretage en bevisbedømmelse af de påstande, der fremføres. Dette tilhører retten, der tilstrækkeligt oplyst må tage stilling til, om der blev udført en tilstrækkelig lægeundersøgelse, for eksempel ved konsultation 20.06.0X, således at man kunne få mistanke om sygdommen arteriitis temporalis. Retslægerrådet har pointeret, at undladelse af at palpere temporalarterierne ved de oplyste symptomer på daværende tidspunkt må anses for en fejl (spørgsmål B), og rådet har specielt bemærket, at dokumentation for en undersøgelse af tindingearterierne for ømhed og puls, i henhold til gængs lægelig praksis ved nyopstået lokaliseret hovedpine hos en person over 50 år (se spørgsmål A) ikke forelå i sagens akter.

Egen læge har hævdet (spørgsmål G), at han palperede sagsøgers tindingearterier, og at han ikke fandt ømhed. Da undersøgelsen ikke viste abnorme for-

hold, blev dette ikke skrevet i journalen. Læger har pligt til at føre ordnede optegnelser over symptomer og fund, men det er Retslægerådets opfattelse, at der ikke er et krav om journalføring af alle negative fund. Rådet finder dog, at der nok kan være forskelle på rimeligheden i de krav, man kan stille til praktiserende læger og hospitalers journalføring, men det havde under de aktuelle omstændigheder været tilrådeligt at journalføre en dokumentation for, at temporalarterierne var palperede.

Efter Retslægerådets svar har rådet modtaget oplysning om, at sagen er forliget, således, at hver part bærer egne omkostninger. Det er oplyst, at forliget er indgået af procesøkonomiske grunde, og det indebærer således ikke anerkendelse af erstatningsansvar, herunder indebærer det indgåede forlig ikke anerkendelse af, at sagsøgte har udvist en lægefaglig fejl ved behandling af sagsøger.

Der foreligger således ikke en retslig vurdering af de fremførte påstande om, hvorledes sagsøger blev undersøgt af læge NN.

Specialiststandard ved diagnosen af blindtarmsbetændelse hos gravid.

En 30-årig kvinde blev 15.05.0X indlagt på XX-sygehus med højresidige smerter i maven. Hun var på indlæggelsestidspunktet gravid i 21. uge, og der var en sygehistorie gennem 2 døgn med smerter og opkastning. Bugen var blød med direkte ømhed i højre side, men der var ingen indirekte ømhed eller tegn på betændelse af bughinden. Symptomerne var de næste dage ukarakteristiske, og man havde mistanke om et galdestensanfald, hvilket ultralydscanning dog afkræftede. Der var ydermere urinvejsinfektion, og der blev startet antibiotikabehandling. Et gynækologisk tilsyn konkluderede, at smerterne ikke skyldtes graviditeten. Hun forblev indlagt fra 16. – 21.06., hvor tilstanden blev observeret med kontrol af legemstemperaturen og gentagne undersøgelser af bugen, der fortsat fandtes uden tegn på bughindebetændelse. Om morgenen 22.05. var hun uden feber, men havde fortsat smerter i maven. En ultralydscanning viste fri væske i bughulen, og der blev udhentet pus ved ultralydvejledt punktur. Hun blev herefter opereret akut, og man fjernede en perforeret betændt blindtarm. Inden operationen blev hun sat i behandling med antibiotika, der fortsatte i efterforløbet. 23.05. aborterede hun spontant. Det postoperative forløb blev kompliceret med en defekt i såret. Hun blev udskrevet 17.06. til skiftning ved hjemmesygeplejerske. Sagen blev indbragt for Patientforsikringen, der ikke fandt, at hun var berettiget til erstatning. Afgørelsen blev anket til Patientskadeankenævnet, der tiltrådte. Patientskadeankenævnets afgørelse blev efterfølgende indbragt for Landsretten, der frifandt nævnet. (E 13703, E3-00042-05, E3-975-06)

I forbindelse med Landsrettens behandling af sagen fik Retslægerådet forelagt spørgetemaer fra såvel sagsøger og sagsøgte i flere omgange, det sidste blev fremsendt godt 1½ år efter det oprindelige.

Spørgsmål A:

Giver de objektive undersøgelser foretaget på XX Sygehus fra den 15. maj 200X til den 21. maj 200X entydige indikationer for den senere konstaterede perforerede blindtarm?

Nej. De objektive undersøgelser i tidsrummet den 15.05. – 21.05.0X i form af klinisk undersøgelse af bugen, gynækologisk undersøgelse, abdominal ultralydundersøgelse af øvre abdomen og vaginal ultralydundersøgelse af bækkenorganerne tolkes alle som ikke tydende på blindtarmsbetændelse.

Spørgsmål B:

Var de iværksatte undersøgelser og behandlingen i forbindelse med sagsøgers indlæg-

gelse på XX Sygehus i perioden fra den 15. maj 200X – 21. maj 200X – vurderet efter forholdene på behandlingstidspunktet – velindicerede?

De iværksatte undersøgelser af 15.05. – 21.05.0X var velindicerede, ligesom antibiotikabehandling af mistænkt urinvejsinfektion.

Spørgsmål C:

Blev undersøgelser og behandlinger af sagsøgeren – vurderet efter forholdene på tidspunktet for de givne undersøgelser og behandlinger – udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt retningslinier?

Ja. Undersøgelse og behandling er udført efter gældende retningslinier.

Spørgsmål D:

Blev der begået lægefaglige fejl i forbindelse med sagsøgers indlæggelse på XX Sygehus i perioden fra den 15. maj – 22. maj 200X? I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at præcisere, hvornår i perioden de(n) lægefaglige fejl blev begået.

Nej. Der er ikke begået lægefaglige fejl under patientens indlæggelse på XX Sygehus, men der foreligger en række fejlskøn.

Spørgsmål E:

Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?

Nej.

Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene A-E gav anledning til, at sagsøger

3 måneder senere stiller følgende supplerende spørgsmål:

Spørgsmål F:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C og D bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt en erfaren specialist på området i den konkrete situation ville have diagnosticeret appendicit i perioden 15. – 22.05.200X.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse på hvilket tidspunkt i den anførte periode en erfaren specialist kunne have stillet diagnosen.

Med tilbagesendelse af sagen skal Retslægerådet meddele, at rådet af flere grunde ikke ser sig i stand til at besvare spørgsmål F. Indledningsvis skal bemærkes, at rådet afgiver lægevidenskabelige skøn til offentlige myndigheder til brug for disse myndigheders afgørelser af konkrete forelagte sager. Da rådet kun er rådgivende, vil det være uhensigtsmæssigt og egnet til at skabe misforståelser, hvis Retslægerådet forholdt sig til lovens tekst og i sine svar brugte lovens ordvalg. Hertil kommer, at rådet generelt afstår fra at svare på, om en erfaren specialist måtte have formodet at handle anderledes, eller om en handling var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Disse begreber er af juridisk/politisk karakter, de er indført i forbindelse med Patientforsikringen, og rådet anser, at den erfarne specialist er en udefineret hypotetisk størrelse, som man ikke kan forholde sig til på et lægevidenskabeligt grundlag. Selv om det

formentlig må antages, at erfarne specialister begår færre fejl end uerfarne, er der eksempler på, at også erfarne specialister begår fejl, og ifølge nogle opgørelser endog i større udstrækning end uerfarne. Retslægerådet kan således ikke på et videnskabeligt grundlag svare på hypotetiske spørgsmål om, hvad en tænkt person ville have foretaget sig, men rådet kan vurdere, om den lægefaglige fremgangsmåde har været i overensstemmelse med alment anerkendte principper, eller om der er begået fejl.

I den konkret foreliggende sag har Retslægerådet tidligere vurderet, at undersøgelser og behandling er udført efter gældende retningslinier, og at der således ikke er begået fejl; men rådet har også udtalt, at der foreligger en række fejlskøn. Lægelige fejlskøn foreligger efter Retslægerådets opfattelse, når lægen ud fra de foreliggende præmisser og adækvat undersøgelse har mulighed for at drage mere end én konklusion med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, og hvor først forløbet senere viser, at den af lægen truffe beslutning ikke var den mest hensigtsmæssige i det konkrete tilfælde. I disse tilfælde har lægen ikke begået en lægelig fejl, men handlingen har på den ene eller anden måde haft en uheldig indflydelse for patientbehandlingens endelige resultat.

Et tredje spørgetema fremsendtes 15 måneder senere med følgende spørgsmål til rådet:

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes oplyse, om patientens symptomer på henholdsvis indlæggelsestidspunktet den 15. maj 200X eller senere i indlæggelsesperioden indtil den 21. maj 200X var karakteristiske for gravide i 2./3. trimester med diagnosen blindtarmsbetændelse?

Besvarelsen bedes begrundet, herunder bedes de karakteristiske symptomer for gravide særskilt beskrevet.

Under graviditetens 2. – 3. trimester er symptomerne på blindtarmsbetændelse ofte svage og ukarakteristiske i form af diffuse abdominalsmerter, som senere kan lokalisere sig i højre side. Smerterne kan ledsages af kvalme og opkast, diarrhoe og obstipation. Der kan være let temperaturforhøjelse.

Patientens symptomer svarer til ovennævnte, men kunne lige så vel være udtryk for galde- eller urinvejssygdom.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes, jf. besvarelsen af spørgsmål B, uddybende oplyse, om de iværksatte undersøgelser og behandlinger i forbindelse med patientens indlæggelse i perioden fra den 15. maj 200X til 21. maj 200X var optimale og velindicerede, særligt henset til at indlæggelsen var begrundet i mistanke om blindtarmsbetændelse

De foretagne undersøgelser er alle velindicerede med henblik på at finde årsagen til patientens symptomer. Der findes ingen undersøgelser, som specifikt be- eller afkræfter diagnosen blindtarmsbetændelse ud over operation.

Spørgsmål I:

Burde der være foretaget eksplorativ laparotomi på baggrund af indlæggende læges diagnose?

Besvarelsen bedes begrundet.

Indlæggende læges diagnose er ofte tentativ og udgør i sig selv ingen operationsindikation, de foretagne undersøgelser tolkedes alle at tyde mod blindtarmsbetændelse, og man fandt således ingen grund til at udsætte patienten for den risiko, som operation medfører.

Spørgsmål K:

Retslægerådet bedes udtalte, hvordan den risiko, der er ved operation under graviditet afvejes i forhold til ikke at operere henset til i det konkrete tilfælde hvilke symptomer, indikationer o.s.v., der forelå.

Risikoen ved operation under graviditet er spontan abort, hvorfor operation på mistanke om blindtarmsbetændelse først udføres, når andre ikke-operationskrævende lidelser er udelukket, og symptombilledet og mistanken om blindtarmsbetændelse er så udtalt, at operation findes indiceret trods abortrisiko. Patientens forløb illustrerer tydeligt denne problemstilling, hvor overvejelserne er udført efter gældende retningslinier.

Spørgsmål L:

Retslægerådet bedes, jf. besvarelsen af spørgsmål D, uddybende præcisere, hvornår i perioden 15. maj 200X – 21. maj 200X, der foreligger lægelige fejlskøn og i tilknytning hertil nærmere beskrive, hvori disse består.

Efter diagnosen af blindtarmsbetændelse ved operationen har der pr. definition foreligget lægelige fejlskøn, som imidlertid ikke kan præciseres, da alle udførte undersøgelser ikke klart tydede på blindtarmsbetændelse eller indikation for tidligere operation.

Spørgsmål M:

Retslægerådet bedes udtale, om sagen i øvrigt giver anledning til bemærkninger.

Nej.

Kommentar:

Når Retslægerådet behandler sager, der vedrører kvaliteten af en lægelig indsats, anvender rådet i overensstemmelse med betænkning om Retslægerådet (nr. 1196, 1990) sædvanligvis én af fire formuleringer: Ingen fejl, hændeligt uheld, lægeligt fejlskøn eller fejl. Hvad rådet forstår ved disse udtryk, er der nærmere redegjort for i betænkningen, og rådet prøver altid i sine svar at anføre de præmisser, der fører frem til ordvalget. Sygdommes præsentationer er ikke altid entydige, og biokemiske eller billeddiagnostiske undersøgelser afslører ej heller hvilken sygdom, der måtte være i udvikling. Læger er derfor ofte henvist til ud fra i øvrigt adækvate undersøgelser, kliniske vurderinger og alment anerkendt viden at foretage et skøn. Hvis denne konklusion ikke er i overensstemmelse med præmisserne eller med almindelige anerkendte principper, karakteriserer Retslægerådet den lægelige indsats som en fejl. Det er vigtigt at understrege, at der ikke altid inden for lægevidenskab er konsensus, og at der kan være

forskellige opfattelser vedrørende sygdomsbehandling, fordi det endnu ikke er fagligt afklaret, hvilket der er den bedste. I en sådan situation kan flere forskellige behandlingsmetoder således fremtræde som almindeligt anerkendte og lege artis (efter reglerne).

Retslægerådet taler om lægelige fejl-skøn, hvis lægen ud fra de foreliggende præmisser, adækvate undersøgelser og observation har mulighed for at drage mere end en konklusion, og hvor først det senere forløb viser, at den beslutning, lægen traf, ikke var den optimale i det konkrete tilfælde. Den foreliggende sag vedrørte erstatning for mulig lægefejl i forbindelse med en forsinket diagnose af blindtarmsbetændelse hos en gravid. Som det fremgår af Retslægerådets svar, er diagnosen oftest vanskelig, fordi den forstørrede livmoder påvirker de anatomiske forhold inde i bughulen og ofte afgrænser sygdommen og slører symptomerne. Egen læge indlagde hende på sygehus med diagnosen blindtarmsbetændelse. Hun lå på hospitalet en uge, inden hun blev opereret, og havde det hele tiden mærkeligt med smerter i skulderen, problemer med afføringen og svage ukarakteristiske smerter i bugen. Først da ultralyd scanning demonstrerede væske i bugen, som ved punktur viste sig at være pus, blev hun opereret. Blindtarmen var da perforeret med lokaliseret bughindebetændelse. Efterfølgende aborterede hun, og det blev angivet under retssagen, at der var senfølger med fysiske og psykiske

mén samt sterilitet pga. tillukning af begge æggeledere efter bughindebetændelsen.

Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet afslog erstatning, hvorfor der blev anlagt sag ved Østre Landsret mod Patientskadeankenævnet. Til brug for retssagen blev der sendt spørgsmål til Retslægerådet i 3 omgange. Spørgsmålene A-E vedrørte, om den givne diagnostik og behandling var udtryk for fejl eller i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier, hvad Retslægerådet fandt var tilfældet.

Når Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet ikke fandt sagsøgeren berettiget til erstatning, var det fordi, at disse instanser vurderede, at en erfaren specialist ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde i forbindelse med sagsøgerens behandling i den omtalte periode, og at skaden med overvejende sandsynlighed herved ikke ville have været undgået. Disse instanser fandt således ikke, at betingelserne for at yde erstatning var opfyldt. Efter Retslægerådets afgivelse af svarene A-E forsøgte sagsøgte direkte at få Retslægerådet til at tage stilling til, om en erfaren specialist ville have gjort anderledes, ved at stille det supplerende spørgsmål F. Som det fremgår af Retslægerådets afvisning finder rådet, at dette ligger uden for rådets kompetence, idet rådet kun er rådgivende, og at det må være op til domstolen at tage stilling til, om betingelserne i lovens

ordvalg er opfyldt. I svaret på spørgsmål F angiver Retslægerrådet desuden, at rådet ikke finder, at betegnelsen "erfaren specialist" er en veldefineret størrelse, som rådet kan operere med ud fra et lægevidenskabeligt grundlag. Ud over at det jo ikke anføres, hvilken speciallægekompetence, der er forudsat i spørgsmålet (for eksempel specialist i almen medicin, obstetrik, gynækologi, urologi, kirurgi, kirurgisk gastroenterologi m.m.) overlader spørgeren helt til Retslægerrådet at bestemme, hvilket erfaringsgrundlag rådet i givet fald ville vælge for at kalde vedkommende erfarer. Speciallægeanerkendelse opnås nu efter 6½ - 7 års uddannelse, men indebærer i sig selv ikke et erfaringsgrundlag, der er større end hos andre læger, der har arbejdet med den pågældende patientkategori.

Når denne sag er fremdraget, er det især, fordi Retslægerrådet jævnlige bliver anmodet om at vurdere, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den konkrete situation. Spørgsmålet er undertiden formuleret med anvendelsen af udtryk som "specialiststandard", "bedste specialiststandard", eller "optimale specialistbehandling". Af de grunde, der er anført ovenfor, vil rådet afvise direkte at svare på disse spørgsmål, men i de fleste tilfælde svare med en redegørelse for, hvad der er almindelig anerkendt behandling. Ved vurderingen af dette vil Retslægerrådet også anlægge en historisk vurdering, således at der tages hensyn til, hvad der var anerkendt viden på det tidspunkt,

behandlingen blev udført, ligesom rådet kan være nødt til at anlægge en vurdering af de faktiske omstændigheder, hvorunder behandlingen foregik, for eksempel hvis den er sket i et område med begrænsede ressourcer samt samfærdsmidler. Den historiske baggrund er vigtig, da anerkendt lægelig praksis kan ændre sig hurtigt fra det ene år til det andet. I 2007 vil en 28-årig gravid næppe være indlagt i 7 døgn med mulig blindtarmsbetændelse, uden at der foretages laparoskopi (kikkertundersøgelse af bughulen) til afklaring diagnosen.

Landsretten frifandt Patientskadenævnet og fandt således, at der ikke er holdepunkter for at antage, at en erfaren specialist i den givne situation ville have handlet anderledes. Den omstændighed, at sagsøgeren, gravid, blev indlagt på sygehuset af egen læge under diagnosen blindtarmsbetændelse, findes ikke i sig selv at kunne føre til noget andet resultat. De undersøgelser, der blev iværksat, må efter Landsrettens opfattelse betegnes som tilstrækkelige og relevante og giver ikke holdepunkter for at antage, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes. Landsretten henviste navnlig til Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål A og lagde til grund, at der, som påpeget i Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål F, forelå en række fejlskøn i forbindelse med behandlingen af sagsøgeren, som ikke kan betegnes som lægefaglige fejl.

Commotio cerebri og postcommotionelt syndrom

N var en tidligere rask malersvend, som i forbindelse med malerarbejde bliver ramt i venstre side af hovedet og på hals samt skulder af en cirka 15 kg tung jernramme fra cirka 1 meters højde. Bliver behandlet på skadestuen hvor der syes et sår i skalpen. Efterfølgende havde N hovedpine, støjoverfølsomhed, søvnforstyrrelser og irritabilitet. Da symptomerne er vedvarende, henvises N af egen læge til det lokale neurologiske ambulatorium, hvor han ses 4 måneder efter hændelsen. Her finder man normal CT-skanning af hjernen og normal røntgenundersøgelse af halshvirvelsøjlen. Man finder, at tilstanden er i overensstemmelse med et postcommotionelt syndrom. Det samme konkluderer en neurologisk speciallæge i en erklæring 1 år efter ulykkestilfældet. Siden ulykkestilfældet har N ikke været i stand til at arbejde eller klare arbejdsprøvning, idet han konstant er generet af hovedpine, svimmelhed, koncentrationsbesvær, irritabilitet, støjoverfølsomhed og søvnproblemer. N var ikke bevidstløs i forbindelse med ulykkestilfældet.

Sagen drejer sig om en arbejdsulykke, og der er uenighed om sygeperiodens længde og erstatning for erhvervsevnetab. Spørgsmålene til RR handler om, hvilke skader N pådrog sig ved ulykkestilfældet, og hvorvidt de vedvarende symptomer årsagsmæssigt kan relateres til ulykkestilfældet, samt hvilke årsager der var til sygemeldingen, som strakte sig over i alt næsten 21 måneder. Sagen er endnu ikke endeligt afgjort ved domstolene. (E 13831

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse hvilke lidelser/skader sagsøger pådrog sig ved tilskadecomsten den 10. september 2002.

Sagsøger pådrog sig ved tilskadecomsten den 10.09.02 et cirka fire cm langt kvæstningssår i venstre isseregion og et slag mod venstre skulder. De meget sparsomme lægelige oplysninger på skadestuen umiddelbart efter ulykkestilfældet vedrørende Klaus Nielsens tilstand tillader ikke Retslægerådet at af- eller bekræfte, om der forelå en hjernerystelse. Ved lettere tilfælde af hjernerystelse er der intet bevidstheds-

tab, men en kort konfusionsperiode eller hukommelsestab på nogle minutter. Oplysninger om sådanne symptomer foreligger ikke i den aktuelle sag.

Efterfølgende havde Klaus Nielsen hovedpine, støjoverfølsomhed, søvnforstyrrelser og irritabilitet. De nævnte symptomer kan ses efter en hjernerystelse som led i det såkaldte postcommotionelle syndrom eller posttraumatisk/postcommotionel hovedpine.

Spørgsmål 2:

Er der overensstemmelse mellem de objektive fund og de subjektive klager for så vidt angår

de under besvarelsen af spørgsmål 1 anførte lidelser/skader?

I journal fra Bispebjerg Hospital (bilag 14) og speciallægeerklæring (bilag 19) er oplyst om smerter i hoved, skulder og nakke umiddelbart efter tilskadekomsten. Der er efter Retslægerådets opfattelse god overensstemmelse mellem traumet, den ydre læsion og forekomst af lokale smerter i umiddelbar tilslutning hertil. Det er karakteristisk for det postcommotionelle syndrom, at der er meget få eller ingen objektive fund og betydelige subjektive symptomer.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers behandlings- og sygeforløb i anledning af de eventuelle lidelser, der er konstateret under spørgsmål 1, adskiller sig fra det forløb, som må forventes hos den typiske patient med samme lidelser. Besvarelsen bedes begrundet.

Såret blev syet, og der blev foreskrevet fjernelse af stingene efter 10 dage hos egen læge, hvilket er et typisk behandlingsforløb. Skalpsår heler almindeligvis inden for 10 dage samtidig med, at eventuelle sårsmertter aftager. Prognosen for det postcommotionelle syndrom og dermed behandlings- og sygdomsforløbet er vanskelig at forudsige, da det varierer. Hos cirka 10 % af patienterne ses en kronisk postcommotionel tilstand. Klaus Nielsens behandlings- og sygeforløb adskiller sig således ikke fra den typiske patient med samme lidelse.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse den sædvanlige helbredelsestid for den/de eventuelle lidelser, som Retslægerådet med overvejende sandsynlighed kan fastslå er pådraget ved hændelsen den 10. september 2002.

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 3.

Spørgsmål 5:

Skonner Retslægerådet de objektive fund sædvanligvis vil være arbejdshindrende indenfor malererhvervet? I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at oplyse hvornår det arbejdshindrende forhold eventuelt bortfalder.

Retslægerådet udtaler sig ikke om arbejds- og erhvervssevne eller stationærtidspunkt.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om der efter Retslægerådets vurdering har været andre årsager end ulykkestilfældet den 10. september 2002, til at sagsøger har været sygemeldt den 10. september 2002 til 3. juni 2004.

Retslægerådet udtaler sig ikke om årsager til sygemelding.

Spørgsmål B:

I det omfang spørgsmål A besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om – om

muligt – at vurdere, hvilke årsager der har været de primære til sygemeldingen.

Se venligst svar på spørgsmål A.

Spørgsmål C:

I det omfang spørgsmål A besvares bekræftende anmodes Retslægerådet om – om muligt – at oplyse, hvilke dele af den nævnte sygemeldingsperiode der har baggrund i ulykkestilfældet den 10. september 2008, hhv. de konkurrerende skadesårsager

Se venligst svar på spørgsmål A.

Kommentar:

Postcommotionelt syndrom er karakteriseret ved længerevarende, subjektive symptomer omfattende hovedpine samt flere af følgende ledsagende subjektive symptomer:

- Psykisk irritabilitet
- Søvnforstyrrelse
- Koncentrationssvækkelse og/eller nedsat hukommelse
- Støjoverfølsomhed
- Angst, depression
- Svimmelhed
- Abnorm træthæd

Diagnosen postcommotionelt syndrom forudsætter forudgående hovedtraume, der har forårsaget en betydende commotio cerebri, som formodes at være årsagsmæssigt relateret til de vedvarende symptomer.

Symptomerne ved det postcommotionelle syndrom er uspecifikke og kan også forekomme som følge af andre fysiske og psykiske påvirkninger eller

uden identificerbar årsag. Det er karakteristisk, at det subjektive symptombillede er ledsaget af sparsomme eller ingen objektive fund. Det postcommotionelle syndrom har således mange symptomer til fælles med whiplashsyndrom og post-traumatisk stress disorder (PTSD) og med det kroniske smertesyndrom generelt. Patogenesen for udviklingen af syndromet er ikke kendt. Prognosen er varierende og hos cirka 10 % af patienterne ses udvikling af en egentlig kronisk tilstand.

I den aktuelle sag var N's subjektive symptomer principielt set forenelig med et postcommotionelt syndrom, men det for Retslægerådet vanskelige i bedømmelsen af denne sag lå i vurderingen af, hvorvidt der initialt var tale om et hovedtraume med commotio cerebri.

Commotio cerebri defineres som en skade forårsaget af traume mod hovedet (med acceleration eller deceleration) medførende en periode med bevidsthedstab (på under 20 min.) og/eller kort amnesi (tab af hukommelse for begivenheder umiddelbart før og efter ulykken), men uden varige neurologiske udfald og uden abnormiteter på CT-skanning af hjernen og dermed uden synlige intrakranielle komplikationer. Ved lette tilfælde af commotio cerebri er der kortvarigt hukommelsestab eller forvirringsperiode uden egentlig bevidstløshed.

Da de lægelige oplysninger fra besøget på skadestuen efter ulykkestilfældet var yderst sparsomme, var det ikke muligt for Retslægerådet at vurdere, hvorvidt

der forelå en commotio cerebri, om end dette heller ikke kunne udelukkes. Svarende hertil var det derfor heller ikke muligt at af- eller bekræfte, om der forelå et postcommotionelt syndrom,

men N's symptomer var forenelige med symptomer, som kan ses i forbindelse med et postcommotionelt syndrom. Retslægerådet udtaler sig generelt ikke om årsager til sygemelding.

Blodalkoholkoncentration efter desinfektion med ethanol

En 59-årig mand med non Hodgkin lymfom (lymfekirtel kræft) fik udtaget en blodprøve til alkoholbestemmelse i forbindelse med en færdselssag om mulig spirituspåvirkethed. Den reservelæge, der tog blodprøven, oplyste efterfølgende, at blodprøveudtagningen ikke var foregået i overensstemmelse med vejledningen, da der blev brugt en desinfektionsserviet med 82 % ethanol. Reservelægen oplyste endvidere, at udtagningen først foregik efter synlig fordampning var afsluttet, at venen blev fundet umiddelbart, og at blodprøveglasset på 5 ml blev fyldt. Politimesteren indsendte sagen til Retslægerådet med spørgsmål blandt andet om, hvilken indflydelse en forkert type serviet til afspritning af huden kunne have på det målte analyseresultat (1,72 0/00, mindsteværdi). Retslægerådet gik ind i en vurdering af alkoholpromillen, ligesom rådet udtalte, at sygdommen ikke havde betydning (B 72175).

Det spørgsmål Politimesteren stillede var følgende:

Må det antages at alkoholkoncentrationen i sigtedes blod – som følge af alkoholindtagelse inden kørselens afslutning – under eller efter kørslen har oversteget: 0,50 0/00, 0,80 0/00, 1,20 0/00, 1,50 0/00, 2,00 0/00, 2,50 0/00, idet sagens forelæggelse alene har som formål at få oplyst eventuel betydning af de ved blodprøveudtagningen stedfundne uregelmæssigheder, jf. oplysninger fra blodprøveudtagende læge.

Retslægerådet svarede: Lægges til grund, at der har været anvendt 82 % ethanol til desinfektion forud for blodprøvetagningen: over 0,80 0/00, men ikke over 1,2 0/00. Rådet tilføjede: Med den i sagens bilag anførte beskrivelse fra blodudtagende læge af den anvendte procedure ville en afsmitning på blodprøven sædvanligvis være ringe. Der findes ikke systematiske undersøgelser over dette, men Retslægerådet skønner, at afsmitningen i det konkrete tilfælde

vil være mindre end eller lig med 0,52 0/00. Der er taget højde for dette ved besvarelse af spørgsmålene.

Til besvarelse af et senere spørgsmål fra Politimesteren udtalte Retslægerådet, at det forhold, at sigtede har malignt non-Hodgkin-lymfom, ikke kan antages at have påvirket alkoholforbrændingen eller analysen af alkohol i blodet.

Kommentar:

Retslægerådet overvejede at svare, at prøven var ubrugelig, da den var udtaget i modstrid med foreskrifterne. Prøvesæt (blanket, prøveglas, serviet m.m.) til udtagelse af blod til alkoholbestemmelse på levende personer udsendes af Retskemisk Afdeling i København, som også foretager analyserne. Af vejledningen på den medfølgende blanket fremgår følgende: "Indtaksstedet desinficeres med den medfølgende aftørringsserviet (75 % isopropanol).

Desinfektionsmidler indeholdende ethanol må ikke anvendes”. Denne sidste sætning er trykt med fed skrift. Det medfølgende prøveglas har en volumen på 5 ml.

Det er nok en almindelig opfattelse, at anvendelsen af afrensning med ethanol ikke har nogen særlig betydning, dette gælder både før, men især efter afdampning. Man kan eventuelt forestille sig, at der fra afsprøjtningsservietten kan komme en dråbe (50 mikroliter) ethanol via kanylen med over i blodprøvevolumen, men da den reservelæge, der udførte blodprøvetagningen angav, at al alkoholen var fordampet inden punkturen, var dette dog formentlig en ikke særligt sandsynlig mulighed. Der var ved afsprøjtning med 82 % ethanol swap imidlertid tale om en klar regelovertrædelse. Uanset at den formodes at have ringe betydning, er det vigtigt at huske, at det teoretisk ikke kun er muligheden for ethanol-kontaminering ved indstik, men ved

den samlede blodtagningsprocedure (afsmitning på slanger, membraner, etc.), der kan komme på tale. For at komme dette skøn nærmere har Retslægerådet ved udvejning af ethanol swaps (82 % ethanol) umiddelbart før og efter afsprøjtningsservietten fundet, at den totalt afsatte mængde ethanol var 0,0874 g i gennemsnit ($SD = 0,032$) med en maksimal værdi på 0,128 g. På basis heraf fandt Retslægerådet, at man med vanlig forsigtighed og tilskrivelse af ”benefit of doubt” kunne stå inde for en maksimal teoretisk indflydelse på 0,52 promille i blodprøven.

I den konkrete sag er der anvendt en forkert procedure, den har formentlig en meget lille betydning i praksis, men med udgangspunkt i ”benefit of doubt”, som illustreret i de udførte beregninger, har den ukorrekte fremgangsmåde alligevel fået nogen betydning for det konkrete resultat. Rådet kan derfor kun anbefale, at blodprøvetagning bliver foretaget i henhold til forskrifterne.

Kønsskifte – kriterier for kønsidentitet

En nu 61-årig mand havde for cirka 25 år siden fået foretaget kønsskifte samt tildelt kvindeligt navn og CPR-nummer, idet han opfattede sig som transseksuel. Efter få år fortrød han kønsskiftet, og genetablerede kontakten med sin tidligere hustru. Han havde i mange år herefter levet som mand, og han ønskede nu at få sit oprindelige (mandlige) navn og CPR-nummer tilbage. Ved sagens forelæggelse blev Retslægerådet anmodet om at tage stilling til ...”spørgsmålet om, hvilke kriterier, der på nuværende tidspunkt bør lægges vægt på ved anerkendelsen af kønsskiftet.” Rådet fandt, at hverken kromosomer eller andre biologiske forhold er afgørende, men at ”kriterierne for kønnet (må) være den subjektive, private opfattelse af kønsidentiteten og den offentlige manifestation af kønsopfattelsen.” (C 3636)

A er en nu 61-årig mand, der cirka 40 år gammel havde fået foretaget kønsskifteoperation (kastration samt tilvirken af en kunstig skede). I forbindelse med operationen fik han tilladelse til at skifte navn til et kvindeligt fornavn samt fik ændret sit CPR-nummer til et kvindeligt. A ansøgte nu om at få sit oprindelige (mandlige) navn og CPR-nummer tilbage.

Af sagens akter fremgår, at A's forældre blev skilt, da han var barn, hvorefter han opvoksede hos bedsteforældrene, som boede i et landdistrikt. A blev gift, da han var i begyndelsen af 20'erne, idet hustruen var blevet gravid. Parret fik efterfølgende endnu et barn.

Retslægerådet fik forelagt sagen om A's oprindelige ønske om kønsskifte fra mand til kvinde og udtalte i 1982 blandt andet: "A ansøger om tilladelse til at gennemføre "kønsskifte" samt til ændring af navn og CPR-nummer. Det fremgår af overlæge B's erklæring af ... 1981, at han (A) ønsker foretaget

"kønsskifteoperation" i den hensigt at tilstræbe at leve som kvinde, idet han efter langvarig og indgående psykiatrisk undersøgelse vurderes som transseksuel. Han opfatter sig selv som hørende til det modsatte køn.

Han er normalt begavet. Karakterologisk beskrives han som pligtopfyldende, samvittighedsfuld og formentlig i nogen grad aggressionshæmmet. Han har været arbejdsmæssigt stabil, men er p.t. uden arbejde.

Han frembyder ikke tegn på sindsygdhed. Han vurderes som legemlig rask.

Siden barndommen har han med ønske om at være en pige haft tilbøjelighed til at klæde sig i kvindetøj, praktiseret i hjemmet også efter ægteskabsindgåelse i 196X, og efter at være flyttet hjemmefra i foråret 198X færdes han nu næsten altid klædt som kvinde. Han føler udpræget velvære herved, og han har som begrundelse for sin separation

angivet, at han herved uafhængigt af andre kunne føle sig som kvinde. I 1979-80 lod han sig behandle af sin læge med kvindeligt kønshormon for at udvikle bryster. Han føler sig som en kvinde i mandekrop, og han har en karakteristisk afsky for sine egne kønsorganer og ønsker dem fjernet.

Hans seksuelle forhold til hustruen var præget af sparsom aktivitet. Han føler sig tiltrukket af mænd, men forudsætter herved at være kvinde. Han opfatter sig således ikke som homoseksuel, hvilket er overensstemmende med den klinisk-psykiatriske vurdering.

A har efterhånden fundet det så belastende at leve som mand, at han flere gange har givet udtryk for tanker om selvmord.

De beskrevne træk har bestået i mange år, og han har i undersøgelsesperioden fastholdt sit ønske om "kønsskifte", også efter nøje at have overvejet sociale og familiære konsekvenser herved. Han forstår omfanget og følgerne af en kønsmodificerende operation.

Hans hustru og to børn angives alt i alt at være indforstået med hans ønskes gennemførelse.

Retslægerådet skal herefter anbefale, at A's ansøgning af ...1981 imødekommes, således at der, som led i kønsmodificerende kirurgiske indgreb meddeles ham tilladelse til kastration og således at fornavn og CPR-nummer ændres i overensstemmelse med hans ansøgning herom."

Efterfølgende meddelte Justitsministeriet tilladelse til, at A blev kastreret og skiftede navn og CPR-nummer.

I forbindelse med A's ansøgning om at generhverve sit oprindelige navn og CPR-nummer forelå en erklæring fra overlæge C, X psykiatriske afdeling. Af denne fremgår blandt andet, at det af journalmaterialet vedrørende den oprindelige undersøgelse (fra 1982) fremgår, at der havde været en vis tvivl om, hvorvidt A virkelig var transseksuel – han mødte blandt andet op til undersøgelsen iført ulasteligt jakkesæt og slips. Samtidig oplyste han, at han fra 9 års alderen havde følt sig som pige, men at han havde forsøgt at modarbejde dette på grund af en "god og ordentlig opdragelse". Han havde i adskillige år, også før ægteskabets indgåelse, i smug gået i kvindetøj, hvilket hans senere hustru var orienteret om. I forbindelse med kønsskifteoperationen blev parret skilt, men A bosatte sig meget tæt ved den fraskilte hustru. Han forsøgte gennem de følgende par år at etablere forhold til mænd, hvor han opfattede sig som kvinde, men den kunstigt tildannede skede var for snæver, hvilket ikke kunne løses ved en reoperation, hvorfor han efter tre år opgav dette, og i stedet knyttede han sig igen nærmere til den tidligere hustru. De boede fortsat hver for sig, men så jævnlige hinanden og støttede hinanden på forskellig måde. A kunne give forskellige eksempler på, hvorledes han havde illuderet dårligt som kvinde, og de sidste seks år havde han gået klædt som mand. I forbindelse med kønsskifteoperationen havde han

fået foretaget brystimplantater, dem ønskede han nu fjernet. (Da sagen blev forelagt Retslægerådet, var brystimplantaterne fjernet).

A var klar over, at mandlige kønsorganer ikke kunne reetableres, ligesom der var relativ kontraindikation mod en operation pga. A's aktuelle legemlige helbredstilstand.

A fremtrådte ved den aktuelle psykiatriske undersøgelse kun jævnt begavet, men i øvrigt psykisk upåfaldende. Han var udpræget maskulin af udseende og fremtræden. Stemmen var maskulin, han brugte størrelse 43 i sko og var 180 cm høj. Overlægen anbefalede, at A fik tilladelse til at generhverve mandligt CPR-nummer samt sit oprindelige mandlige navn.

Denne type sager blev tidligere behandlet af Civilretsdirektoratet, senere Civilstyrelsen (de behandles nu af Sundhedsstyrelsen), og foranlediget af overlæge C's erklæring rettede Civilretsdirektoratet henvendelse til overlægen, hvor det blandt andet hedder: "Det er direktoratets umiddelbare opfattelse, at en persons køn bestemmes af personens fysiske fremtræden, og ikke personens subjektive følelse af kønsidentitet. Det giver derfor anledning til nærmere overvejelser, om ansøgeren vil kunne anses for at være vendt tilbage til det mandlige køn blot ved at få fjernet sine brystimplantater, ikke mindst da indsættelsen af brystimplantaterne ikke var afgørende for at anse kønsskiftet fra mand til kvinde for gennemført.

På den baggrund skal direktoratet anmode om en nærmere beskrivelse af, hvilke forandringer der er eller planlægges foretaget for at imødekomme A's ønske om at vende tilbage til det mandlige køn. Det bedes samtidigt beskrevet, hvilken forskel dette vil medføre for A's fysiske fremtræden, og hvilke forskelle og ligheder der herefter vil være i forhold til henholdsvis det mandlige køn og det kvindelige køn."

I sit svar anfører overlæge C, at A's ydre kønsorganer fremstod hverken som biologisk mandlige eller biologisk kvindelige, at yderligere kønsmodificerende operationer ikke var mulige, at A i en årrække ikke havde indtaget kvindeligt kønshormon, og at han havde en målelig, men lav produktion af mandligt kønshormon, og at supplerende behandling med mandligt kønshormon var kontraindiceret på grund af hans legemlige sygdomme.

Civilstyrelsen forelagde herefter sagen for Retslægerådet med blandt andet følgende bemærkning: "Vi skal i den forbindelse anmode Retslægerådet om særligt at forholde sig til spørgsmålet om, hvilke kriterier, der på nuværende tidspunkt bør lægges vægt på ved erkendelsen af kønsskiftet."

Retslægerådet afgav herefter følgende udtalelse: "A blev i 1982 kastreret som led i et ønske om kønsskifte fra mand til kvinde. Han søger nu sin oprindelige kønslige status tilbage, idet han igennem en årrække har fortrudt kønsskifteoperationen i 1982. A har ønsket fjernelse af brystimplantaterne, der blev

indopereret i 1982, og generhvervelse af sit oprindelige navn samt opnåelse af et ulige CPR-nummer. Brystimplantaterne blev fjernet i ...2004.

Det understreges, at der ikke er noget ønske om ændring af de ydre kønsorganer, og A's helbredstilstand tillader ikke behandling med mandlige kønshormoner.

A har haft en emotionel belastet opvækst og viste som 9-årig sin kønsidentitetsusikkerhed ved at stræbe efter en kønsrolle som kvinde. Han giftede sig som 24-årig og fik i ægteskabet 2 børn. Ved undersøgelserne op til kønsskifteoperationen i 1982 var der usikkerhed, om A skulle opfattes som transseksuel, men kønsskifteønsket blev imødekommet.

Operationen blev ikke tilfredsstillende for A, og efter 3 år erkendte han, at den var en fejltagelse, og at han subjektivt opfattede sig som mand. Han vendte tilbage til hustruen, som han havde forladt i tilslutning til kønsskifteoperationen. Igennem de sidste 6-10 år har han konsekvent gået klædt i herretøj, og han har været generet af at blive opfattet som kvinde, for eksempel når han har identificeret sig via sit CPR-nummer.

A er siden 2002 blevet fulgt på psykiatrisk afdeling X, hvor man ikke finder væsentlige tegn til psykisk lidelse, men konstaterer, at han er forpint ved sin nuværende kvindelige fremtoning. Man støtter derfor hans ønske om

generhvervelse af maskulint CPR-nummer og af mandligt navn.

Genetisk og biologisk fremtræder A som en mand med amputerede ydre kønsorganer. Brystimplantaterne er blevet fjernet. De mandlige kønsorganer vil næppe kunne imiteres ved nye operationer. På denne baggrund må kriterierne for kønnet være den subjektive private opfattelse af kønsidentiteten og den offentlige manifestation af kønsopfattelsen. Til trods for det tidligere kønsskifte har A nu igennem mange år opfattet sig som en mand og har stræbt efter en mandlig fremtoning. Der er stabilitet i denne opfattelse og i fremtoningen samtidig med, at han er forpint ved sit nuværende kvindelige navn og personnummer. Det vil derfor, efter Retslægerådets opfattelse, være rimeligt at opfatte ham som mand og registrere ham som sådan.”

Efterfølgende modtog A følgende tilkendegivelse fra Sundhedsstyrelsen: ”Sundhedsstyrelsen anerkender hermed, at de har gennemgået kønsskifte fra kvinde til mand. De kan nu få ændret Deres fornavn og personnummer.”

Kommentar:

Sagen gav anledning til mange overvejelser i Retslægerådet, såvel ved forelæggelsen i 1982 som ved den aktuelle. I 1982 overvejede man blandt andet, om A var transseksuel, ligesom der på daværende tidspunkt var en vis usikkerhed om, hvad rådet egentlig skulle udtale sig om. Hertil var der terminolo-

giske overvejelser, hvilket blandt andet viste sig i, at rådet anvendte betegnelsen ”kønsskifte”, hvor citationstegnene blandt andet var udtryk for, at de (med rådets daværende terminologi) ”kønsmodificerende indgreb” ikke medfører et egentligt kønsskifte, idet det biologiske køn er forankret i kromosomerne i hver enkelt celle.

I den aktuelle sag, som er den første af sin art, der har været forelagt Retslægerådet, blev rådet anmodet om ”... særligt at forholde sig til spørgsmålet om, hvilke kriterier, der på nuværende tidspunkt bør lægges vægt på ved anerkendelsen af kønsskiftet.” Rådet fandt, at kromosomsammensætningen alene ikke kan lægges til grund for fastlæggelsen af kønnet. Der kendes således sjældent forekomne tilstande, hvor

en biologisk dreng ved fødslen har testiklerne ligger i bughulen, hvorfor hormonproduktionen aldrig kommer i gang. Barnet opfattes som pige og vil oftest også senere i livet opfatte sig som kvinde. Kønsorganerne er heller ikke afgørende – en mand, der ved et ulykkestilfælde læderer penis og pungen, som derfor må fjernes operativt, vil stadig opfatte sig som – og være – en mand. Rådet fandt således samlet, at ”kriterierne for kønnet (må) være den subjektive, private opfattelse af kønsidentiteten og den offentlige manifestation af kønsopfattelsen”. A havde i en årrække efter kønsskifteoperationen fra mand til kvinde opfattet sig som mand og gået klædt som mand, hvorfor Retslægerådet anbefalede, at hans ansøgning blev imødekommet, hvilket også blev resultatet.

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) – anvendelse af video- og billedmateriale

B er en nu 42-årig mand, der som soldat havde været udsendt til Kuwait i forbindelse med den første Irak-krig. Han anlagde nu sag mod forsvarskommandoen med krav om erstatning, idet han mente, at han som følge af oplevelserne i Irak havde pådraget sig en posttraumatisk belastningsreaktion. Rådet fandt, at dette ikke var tilfældet. Sagen blev fremsendt med et meget omfattende spørgetema, hvor mange af spørgsmålene imidlertid var vage, upræcise eller hypotetiske. Sagen blev genfremsendt to gange vedlagt en timelang videofilm, formentlig en amatøroptagelse, der overvejende viste dagliglivet i lejren, samt nogle fotografier, der blandt andet viste operationer. Rådet blev anmodet om at besvare nogle yderligere spørgsmål efter at have gennemset dette materiale. Rådet afviste at behandle sagen blandt andet med den begrundelse, at det var ganske udokumenteret, hvorvidt B overhovedet havde relation til billed- og videomaterialet, ligesom rådet, med henvisning til betænkning om Retslægerådet, påpegede, at det ikke er rådets opgave at foretage en mere generel gennemgang af et handlingsforløb. Det påpeges, at sager som denne er såvel tids- som ressourcekrævende. (A9-00530-2006).

B var på det tidspunkt, sagen blev forelagt Retslægerådet, en 42-årig mand, der havde lagt sag an mod Forsvarskommandoen. B havde været udstationeret til Kuwait under den første Irak-krig, og han havde anlagt sagen, idet han mente, at han i forbindelse hermed havde pådraget sig en posttraumatisk belastningsreaktion. Ved sagens første fremsendelse til Retslægerådet var vedlagt en række udtalelser fra psykologer, erklæringer fra speciallæger i psykiatri mv. Sagens nærmere omstændigheder fremgår af Retslægerådets besvarelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på grundlag af de fremsendte akter, om B udtale, at han afbrød skolegangen i 7. eller 8. klasse og

siden har haft ufaglært arbejde, idet han i perioder og senest i 1991 har været ansat i Forsvaret. Efter 1991 har han været søgt revalideret, hvilket har været vanskeliggjort af legemlige klager, især rygsmærter, men også skuldergener, og efter et uheld i december 2000 hovedpine. I 2002 er han blevet tilkendt mellemste førtidspension.

Et længerevarende kæresteforhold opførte i 1992, og siden har B levet alene med kun sparsom kontakt til familie og andre mennesker.

B har før 1991 aldrig søgt psykiater eller psykolog. Under tjeneste som konstabel i Kuwait fra april 1991 til oktober 1991 var han imidlertid udsat for belastninger, især i form af overværelse af sultne børn, og idet han følte sig truet på sit eget liv, såvel i et par

konkrete situationer som mere generelt. Han klagede over rygsmærter og blev hjemsendt.

På hjemsendelsestidspunktet bedømmes han som havende en let depression. Cirka en måned efter hjemsendelsen konsulterede han speciallæge i psykiatri. Det fremgår, at han ved hjemkomsten var blevet mødt med problemer i sit parforhold. Han er ikke beskrevet som havende tegn på svære psykiske problemer endelige tegn på egentlige psykiske sygdomssymptomer. Han blev tilbudt flere samtaler, men ønskede ikke dette. Ved hjemkomsten oplevede han aggressive impulsgennembrud i forhold til kæresten, hvorfor parforholdet opløstes, og han har ikke siden, ifølge det oplyste, etableret stabile parforhold. Han begyndte at uddanne sig til kok. Der er beskrevet et aggressivt impulsgennembrud i forhold til en kvindelig medelev. Under psykologsamtaler søgte han at bearbejde sin aggressivitet. Han udviklede hovedpinegener, sygemeldte sig og opgav læreforholdet som kokelev. I maj 2002 fik han tilkendt mellemste førtidspension blandt andet på baggrund af sin psykiske tilstand.

I 1997 skal han ved såkaldt Golfundersøgelse på Rigshospitalet have været diagnosticeret som lidende af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), nedsat libido og potens samt skuldersmerter. Samme år blev han af sin praktiserende læge henvist til distriktpsychiatrisk center, hvor der stilledes diagnoserne depressiv enkeltepisode, PTSD og dyssocial person-

lighed, og hvor han behandlede med antidepressiv og beroligende medicin, idet behandlingen efter nogle måneder blev overdraget til den alment praktiserende læge.

I 1999 søgte han i anspændt tilstand og efter indtagelsen af et mindre antal smertestillende og beroligende tabletter psykiatrisk behandling under indlæggelse. Han oplyste da om forbrug af hash, alkohol og amfetamin. Han afbrød indlæggelsen efter 3-4 dage og var ved udskrivelsen i neutralt stemningsleje.

Afdelingen konkluderede, at der grundlæggende var tale om en personlighedsstruktur med dyssociale træk samt et muligt element af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Ved psykiatrisk undersøgelse i 2001 fandtes han atter lidende af PTSD og dyssocial personlighed. Det konkluderedes, at han ville være vanskelig at revalidere, og at tilkendelse af pension måske var den eneste erhvervsmæssige mulighed.

Ved psykologisk testning i 2002 klagede B over mareridt ledsaget af sved og omhandlende erindringer fra Kuwait og Irak, manglende interesse, lavt selvværd, angst og depression, let krænkelighed, let vakt aggression og vanskelighed ved kontakt, og han erkendte, at han nok i overdreven grad var tilbøjelig til personlig hygiejne og rengøring. Psykologen fandt ham svært traumatiseret, blandt andet ængstelig, undvigende, selvudslættende, depressiv og passivt aggressiv. Igennem forløbet

har han i øvrigt haft en række klager hidrørende fra bevægeapparatet og har derfor været til en række undersøgelser og behandlingsforsøg. I 2003 har han således efter et biluheld klaget over whiplash-læsion.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1.

Er de lægelige undersøgelser som B var igennem forud for deltagelse i de fredsbevarende styrker under FN i Irak af et sådan omfang, at de ville kunne indikere, om der var sandsynlighed for, at B som følge af traumatiske oplevelser svarende til dem, der fremgår af stævningen, kunne udvikle psykiske gener?

Det for Retslægerådet foreliggende giver ikke mulighed for at besvare spørgsmålet.

Spørgsmål 2.

Er Retslægerådet enige i, at psykiske belastninger eller traumer kan udløse varige psykiske gener ved i en forvejen psykisk velfungerende person?

Hvis ja og Retten måtte finde, at de oplevelser, der er beskrevet i stævningen rent faktisk fandt sted for B, er disse da af en sådan karakter og et sådant omfang?

Hvis nej, hvor adskiller den belastning, som B ifølge stævningen var udsat for, sig fra en belastning, der vil kunne give varige psykiske gener?

Retslægerådet mener, at psykiske belastninger kan udløse varige psykiske gener, eventuelt også hos i forvejen psykisk velfungerende personer.

Rådet kan ikke afvise, at oplevelser som dem, B har været udsat for, vil kunne give varige psykiske gener.

Spørgsmål 3.

Er det Retslægerådets opfattelse, at B's psykiske gener må anses for i overvejende grad at være forårsaget af udstationeringen?

Hvis nej, hvad mener Retslægerådet da har forårsaget B's nuværende psykiske gener?

Nej. Årsagen til B's tilstand lader sig ikke entydigt finde. Mest sandsynligt er der tale om en kombination af årsager, hvor – udover belastning i form af militærtjeneste – andre forhold kan have gjort sig gældende, for eksempel B's personlighed.

Spørgsmål 4.

*Er det Retslægerådets opfattelse, at B's psykiske lidelser anses for i overvejende grad at kunne være **udløst** af udstationeringen?*

Hvis nej, hvad mener Retslægerådet da har forårsaget B's nuværende psykiske gener?

Nej, der er ikke beskrevet nogen sikker tidsmæssig sammenhæng. Se besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål 5.

Er det Retslægerådets opfattelse, at forberedende samtaler om de kommende begivenheder, som B og hans kollegaer blev udsat for samt støttende og afklarende samtaler undervejs under udstationeringen til bearbejdning af indtrykkene, og eventuel identificering af psykose suspekter træk, fjernelse fra belastende omgivelser på et tidligere tidspunkt end den 23. september 1991 og

efterfølgende behandling herunder samtaler og eventuel medicinering kunne have haft en effekt på B's psykiske følger?

I bekræftende fald i hvilket omfang?

I bekræftende fald, hvad kunne man have gjort for at mindske følgerne af de traumatiske oplevelser både i, før, under og efter forløbet?

Spørgsmålet er af hypotetisk karakter og kan ikke besvares.

Spørgsmål 6.

Såfremt Retten lægger til grund, at B har oplevet de forhold, der er beskrevet i støvningen, bedes Retslægerådet besvare om disse har været af et sådan omfang, at de hos B har kunnet forårsage en posttraumatisk belastningsreaktion?

I bekræftende fald bedes besvaret, om der er personlighedsmæssige træk, der forud for deltagelsen i Irak kunne have givet mistanke om, at B var særligt disponeret for at udvikle en posttraumatisk belastningsreaktion?

Hvis ja, hvilke personlighedstræk burde forud for deltagelsen have rejst mistanke om, at B kunne udvikle posttraumatisk belastningsreaktion?

Der henvises til svarene på spørgsmål 2 og 3. Der er ikke forud for udsendelsen til Irak i akterne beskrevet tegn på psykisk lidelse og heller ikke en beskrivelse af personlighedsmæssige træk, der kunne give mistanke om, at B var særlig disponeret for at udvikle en psykisk lidelse, herunder eventuelt en posttraumatisk belastningsreaktion.

Spørgsmål 7.

Er det Retslægerådets opfattelse, at B i dag ikke ville have haft psykiske følger i pensionsgivende grad, såfremt han ikke havde deltaget i FN-tjenesten i Irak?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 8.

Vil Retslægerådet anerkende testen Harvard Trauma Questionnaire som et led i en klinisk undersøgelse med henblik på at stille diagnosen posttraumatisk belastningssyndrom eller en psykisk lidelse svarende til en posttraumatisk belastningsreaktion?

Hvis nej, hvilke undersøgelser og herunder hvilke tests vil Retslægerådet acceptere for at stille diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion?

Der findes en række tests, der anvendes i forbindelse med en klinisk undersøgelse med henblik på at stille diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion. Harvard Trauma Questionnaire hører til blandt disse.

Spørgsmål A.

Retslægerådet bedes beskrive sagsøgerens nuværende psykiske lidelse(r), så vidt muligt med angivelse af diagnoser.

B synes at være personlighedsforstyrret med blandt andet tvangstræk, ængstelse, anspændthed, mindreværd, tendens til bortforklaring, somatisering, kontaktvanskelighed og vanskelighed ved at forvalte aggressioner. Diagnostisk er der således tale om en personlighedsforstyrrelse af blandet type.

Spørgsmål B.

Retslægerådet bedes oplyse, om den eller de ved besvarelsen af spørgsmål A anførte lidelse(r) er varig(e) og uhelbredelig(e).

Om nødvendigt bedes besvarelsen uddybet.

Personlighedsforstyrrelse af blandet type er en varig forstyrrelse, og symptomerne kan almindeligvis kun i begrænset omfang afhjælpes ved behandling.

Spørgsmål C.

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår den eller de under spørgsmål A opregnede lidelse(r) kunne diagnosticeres, og hvornår den eller de faktisk blev diagnosticeret.

Fremsendte aktmateriale tillader ikke at give svar på, hvornår de beskrevne lidelser kunne have været diagnosticeret, idet de først er beskrevet ved diagnosticering i 1997.

Spørgsmål D.

Retslægerådet bedes angive den sandsynlige årsag til den eller de i svaret på spørgsmål A anførte lidelse(r).

Årsagerne til personlighedsforstyrrelser er, udover et vist arveligt moment, kun yderst mangelfuldt erkendt.

Spørgsmål E.

Retslægerådet bedes oplyse, om udviklingen af den eller de i svaret på spørgsmål A anførte lidelse(r) forudsatte, at sagsøgeren var disponeret herfor.

Svaret bedes uddybet.

Ja, se svaret på spørgsmål D.

Spørgsmål F.

Er der grundlag for at antage, at sagsøgeren var disponeret for at udvikle den eller de i svaret på spørgsmål A anførte lidelse(r).

Det fremsendte materiale giver ikke grundlag for at svare på dette.

Spørgsmål G.

Såfremt Retslægerådet vurderer, at sagsøgeren var disponeret for at udvikle den eller de i svaret på A anførte lidelse(r), bedes oplyst, om det må antages, at den eller de pågældende lidelse(r) før eller siden ville have udviklet sig under alle omstændigheder.

Spørgsmålet bedes besvaret for hver enkelt lidelse for sig.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål H.

Har sagsøgerens oplevelser og de af ham overværede hændelser under opholdet i Irak været med til at udløse – eller medvirkende årsag til udviklingen af – sagsøgerens nuværende psykiske lidelse(r).

Spørgsmålet bedes besvaret for hver enkelt lidelse for sig.

Der skal henvises til besvarelse af spørgsmål 2 og 3.

Spørgsmål I.

Hvis Retslægerådet finder, at sagsøgerens ophold i Irak ikke er årsagen til hans nuværende psykiske lidelse(r), men at denne eller disse lidelse(r) alene er udløst af samme ophold, bedes oplyst, hvilke af de i sagens akter beskrevne hændelser, der erfarings-

mæssigt kan udløse tilsvarende psykisk(e) lidelse(r) hos personer med sagsøgerens psykiske habitus.

Spørgsmålet er meget uklart formuleret. Der henvises til besvarelsen af spørgsmålene 3 og 4.

Spørgsmål K.

Hvis Retslægerrådet finder, at en eller flere af de hændelser eller oplevelser, som sagsøgeren overværede eller selv havde, har udløst eller været årsag/medvirkende årsag til sagsøgerens nuværende psykiske lidelse(r), bedes Retslægerrådet – med henvisning til sagsøgerens gengivelse heraf i sagens akter – angive, hvilken eller hvilke hændelser der i den forbindelse tillægges særlig vægt.

Der henvises til svaret ovenfor.

Spørgsmål L.

Retslægerrådet bedes oplyse, i hvilken aldersgruppe en psykisk lidelse/psykiske lidelser som sagsøgerens normalt optræder hos mænd, og hvad der almindeligvis antages at være årsag til eller udløsende faktor for en sådan lidelse/sådanne lidelser.

Spørgsmålet er af generel karakter, og rådet må henvise til gængse lærebøger.

Spørgsmål M.

Retslægerrådet bedes oplyse, i hvilket omfang sagsøgerens beskrivelse af hændelser og oplevelser under opholdet i Irak, således som disse er gengivet i stævningen og sagens lægefaglige akter, kan antages at være påvirket af hans psykiske tilstand under opholdet i Irak og/eller efter hjemsendelsen.

Spørgsmålet kan ikke besvares konkret, men generelt kan anføres, at opfattelsen af hændelser og oplevelser påvirkes af den psykiske tilstand, en person befinder sig i på tidspunktet for disse hændelser og oplevelser, ligesom en persons psykiske tilstand på det tidspunkt, hvor personen beskriver tidligere hændelser og oplevelser, påvirker beskrivelsen.

Spørgsmål N.

Sagsøgte har bestridt, at sagsøgerens beskrivelser af hændelser og oplevelser i Irak, således som disse er gengivet i stævningen og retssagens akter i øvrigt, er retvisende for det faktiske skete eller korrekte gengivelser, da de alene beror på sagsøgerens oplysninger.

Er det Retslægerrådets vurdering af sagen og ved besvarelsen af de stillede spørgsmål tillagt betydning, om sagsøgerens gengivelse af disse hændelser eller oplevelser kan være påvirket af sagsøgerens sindstilstand, da han gennemlevede/genoplevede og skulle gengive disse.

I bekræftende fald bedes besvarelsen uddybet med en gengivelse af, i hvilket omfang, dette er tillagt betydning.

Nej.

Spørgsmål O.

Retslægerrådet bedes oplyse, hvilken betydning det har for besvarelsen af ovenstående spørgsmål, at sagsøgeren har eller har haft et misbrug af hash, jf. bilag 3.

Ingen.

Spørgsmål P.

Er der i retssagens akter holdepunkter for den antagelse, at sagsøgeren forud for udsendelsen til Irak havde en eller flere psykiske lidelser eller i øvrigt var psykisk påfaldende?

B's psykiske tilstand forud for udsendelsen er ikke oplyst.

Spørgsmål Q.

Er der i Retssagens akter holdepunkter for den antagelse, at sagsøgeren ikke forud for udsendelsen til Irak havde en eller flere psykiske lidelser, eller i øvrigt var psykisk påfaldende.

Se besvarelsen af spørgsmål P.

Spørgsmål R.

Besvares spørgsmål P og Q bekræftende bedes oplyst, hvorledes og i hvilket omfang dette har påvirket besvarelsen af ovenstående spørgsmål.

Ikke relevant.

Spørgsmål S.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Det skal anføres, at diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion ifølge det i Danmark anvendte diagnosesystem (ICD-10) forudsætter udsættelse for en traumatisk begivenhed eller situation af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk taget enhver. Selv om B har symptomer, der efter beskrivelsen kunne være et led i diagnosen, finder Retslægerådet det

således ikke godtgjort, at han lider af denne tilstand.”

Efterfølgende fik Retslægerådet igen forelagt sagen, denne gang også vedlagt nogle billeder og en videofilm, formentlig en amatørvideofilm. Det fremsendte materiale var af helt generel karakter, og det fremgik for eksempel ikke, hvorvidt B overhovedet havde været til stede. I fremsendelsesskrivelsen hedder det:

”Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af ...2005 samt yderligere fremlæggelse af fotomateriale som sagens bilag 28 og videomateriale som bilag 29, som viser den dagligdag og de situationer, som de udstationerede soldater var udsat for, skal jeg anmode Retslægerådet efter gennemgang af foto- og videomaterialet at besvare følgende supplerende spørgsmål:

Spørgsmål 9:

Finder Retslægerådet, at de daglige oplevelser, der fremgår af foto- og videomaterialet, er af en sådan karakter og et sådant omfang, at de kan udløse varige psykiske gener, alternativt være medvirkende årsag hertil.

Spørgsmål 10:

Finder Retslægerådet, at B's psykiske gener kan være forårsaget af udstationeringen og de forhold, som foto- og videomaterialet dokumenterer, han har været udsat for.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det er overvejende sandsynligt, sandsynligt eller mindre sandsynligt.

Spørgsmål 11:

Finder Retslægerådet, at B's psykiske gener kan være udløst af udstationeringen og de forhold, som foto- og videomaterialet dokumenterer, han har været udsat for.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det er overvejende sandsynligt, sandsynligt eller mindre sandsynligt."

Retslægerådet afviste på det foreliggende grundlag at besvare de supplerende spørgsmål og tilbagesendte sagen med følgende begrundelse:

"Ovennævnte sag er forelagt rådet med spørgetema af05 – supplerende spørgsmål 9-11, blandt andet vedlagt foto- og videomateriale. Rådet skal i den anledning henlede opmærksomheden på betænkning om Retslægerådet, side 132, hvorefter spørgsmål til rådet skal være konkrete, klare, neutrale, relevante og omfattet af Retslægerådets sagkundskab. Specielt skal henvises til samme side forneden, hvorefter det "ikke er rådets opgave at skulle foretage en mere generel gennemgang af et handlingsforløb, men der må stilles spørgsmål om rådets vurdering af konkret påpegede forhold".

Efterfølgende fik rådet igen forelagt sagen med anmodning om at besvare det følgende spørgeskema:

"Spørgsmål 9:

Finder Retslægerådet, at de daglige oplevelser, der fremgår af foto- og videomaterialet, og som er konkretiseret nedenfor, er af en sådan karakter og et sådant omfang, at de

kan udløse varige psykiske gener, alternativt være medvirkende årsag hertil:

De daglige kørsler langs "dødens landevej" herunder synet af lig og synet af tiggende børn.

Den daglige trussel om sprængninger.

Det daglige syn af andre soldater, som er blevet lemlæstede.

Overværelse af operationer.

Den daglige stress, hvor soldaterne aldrig får sovet, da sovesalen ligger i en lagerbygning.

Den daglige stress, hvor soldaterne aldrig får sovet, da sovebriksen alene bestod af en for kort sovebriks med et moskitonet over.

Spørgsmål 10:

Finder Retslægerådet, at B' psykiske gener kan være forårsaget af udstationeringen og de forhold, som foto- og videomaterialet dokumenterer, og som er konkretiseret i spørgsmål 9, han har været udsat for.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det er overvejende sandsynligt, sandsynligt eller mindre sandsynligt.

Spørgsmål 11:

Finder Retslægerådet, at B's psykiske gener kan være udløst af udstationeringen og de forhold, som foto- og videomaterialet dokumenterer, og som er konkretiseret i spørgsmål 9, han har været udsat for.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvor-

vidt det er overvejende sandsynligt, sandsynligt eller mindre sandsynligt.”

Retslægerrådet afviste atter at behandle sagen med følgende begrundelse:

”Ovennævnte sag er på ny forelagt rådet med revideret spørgetema06 – supplerende spørgsmål 9-11, blandt andet vedlagt foto- og videomateriale. Rådet har i brev af06 afvist at behandle sagen ved forrige forelæggelse, blandt andet under henvisning til, at det ikke er rådets opgave at skulle foretage en mere generel gennemgang af et handlingsforløb, men at der må stilles spørgsmål om rådets vurdering af ”konkret påpegede forhold”.

Ved den nu skete forelæggelse er spørgetemaet i et vist omfang konkretiseret. En besvarelse forudsætter dog fortsat, at de sagkyndige skal gennemse en flere timer lang videooptagelse, der gennem eksempler på, hvad udstationerede soldater i Irak er udsat for, skal illustrere, hvad B har/kan have oplevet. Der er således fortsat tale om gennemgang af et længere handlingsforløb, der endog ikke er oplevet af sagsøger.

Retslægerrådet må på denne baggrund afvise at besvare de i spørgetema af06 stillede spørgsmål 9-11. Såfremt en vurdering af de nu stillede spørgsmål ønskes, må Retslægerrådet – da det under alle omstændigheder drejer sig om en eksemplifikation – anmode om, at der i ord opstilles de scenarier, der ønskes lagt til grund, at sagsøger har oplevet. Der vil eventuelt i begrænset omfang kunne henvises til præcist

angivne, korte sekvenser på videobåndet. Forelægges sagen på ny under de skitserede forudsætninger, må en udtalelse fra Retslægerrådet dog alligevel forventes at ske med forbehold.

Det skal tilføjes, at såfremt det lægges til grund, at B har oplevet, hvad der fremgår af de fremsendte fotografier – hvilket dog ikke er dokumenteret – vil dette ikke sætte rådet i stand til at uddybe sin udtalelse af05, herunder især besvarelsen af spørgsmål 2, 3 og 4.”

Det er efterfølgende oplyst, at sagsøger hævdede sagen.

Kommentar:

For så vidt angår Retslægerrådets besvarelse vedrørende posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) henvises til en lignende sag i denne årsberetning (s. 91). Det først fremsendte spørgetema var omfattende, men mange spørgsmål var vage, upræcise eller hypotetiske og ikke ”konkrete, klare, neutrale, relevante eller omfattet af Retslægerrådets sagkundskab”. Det samme gælder ikke mindre det fremsendte foto- og videomateriale, som nærmest var af generel karakter. Fotografierne omfattede blandt andet optagelser af operationer, således som de dagligt foregår på operationsstuer i hele landet. Videobåndet indeholdt overvejende optagelser fra dagliglivet i soldaternes lejr og hertil nogle optagelser, taget fra en bil, af et ørkenlandskab med for eksempel udbrændte militærkøretøjer. Det fremgik ikke, hvem der havde taget fotografierne eller optaget videoen,

ligesom det ikke fremgik, hvorvidt B rent faktisk havde befundet sig i de situationer, billedmaterialet viste. Hertil kommer, at det – med en formulering hentet fra Betænkning om Retslægerådet – ”ikke er rådets opgave at skulle foretage en mere generel gennemgang af et handlingsforløb, men der må stilles spørgsmål, om rådets vurdering af konkret påpegede forhold.” Rådet er ikke afvisende over for at anvende for eksempel videooptagelser eller dvd'er

ved sagsbehandlingen, men som anført i rådets seneste udtalelse i den refererede sag forudsætter det, at ... ”der i ord opstilles de scenarier, der ønskes lagt til grund”, og at der ”eventuelt i begrænset omfang ... henvises til præcist angivne, korte sekvenser” på et videobånd eller dvd. Retslægerådets sagsbehandlingstider er ofte til diskussion. Det er formentlig indlysende, at en sag som denne er både tids- og resourcekrævende.

Posttraumatisk belastningsreaktion

En mandlig fritidspædagog blev uretmæssigt beskyldt for at have udvist seksuelt krænkende adfærd over for et barn. Han angav, at han efterfølgende havde udviklet en posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), som han ønskede anerkendt som en arbejdsskade, hvilket Ankestyrelsen havde afvist. A havde i sin ungdom misbrugt euforiserende stoffer, og han havde fortsat et vist alkoholmisbrug. Han havde i en årrække haft tendens til depressive reaktioner, og han havde af den grund flere gange været indlagt på psykiatriske afdelinger. Ved sagens forelæggelse for Retslægerådet var hovedtemaet, hvorvidt A som følge af beskyldningerne om uterlig adfærd havde udviklet PTSD. Dette var efter rådets opfattelse ikke tilfældet, idet de anførte beskyldninger ikke opfyldte det centrale "stressorkriterium" ("en udløsende traumatisk begivenhed eller situation af en exceptionel truende eller katastrofeagtig natur") for at stille diagnosen. Psykisk belastende begivenheder eller livsomstændigheder kan hos nogle mennesker medføre udvikling af en oftest forbigående psykisk reaktion og hos habituel psykisk "skrøbelige" måske fremkalde mere udtalte symptomer, men uden at disse tilstande har karakter af PTSD. (10A/A1-00309-2005)

A er en nu 54-årig mand, der i 1996 som fritidspædagog blev udsat for uberettiget beskyldninger om seksuelt krænkende adfærd over for et barn. Han fik efterfølgende medhold i en injuriersag rejst mod den moder, som havde fremsat beskyldningerne. Han angav, at han pga. sagen havde udviklet psykiske symptomer forenelige med diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion. Han fik i 2003 tilkendt mellemste førtidspension pga. af psykisk lidelse, og han ønskede nu denne psykiske lidelse anerkendt som erhvervs sygdom. Arbejdsskadestyrelsen og senere Ankestyrelsen afviste, at der var tale om en posttraumatisk belastningsreaktion, hvorefter A indbragte Ankestyrelsens afgørelse for landsretten. Ankestyrelsens psykiatriske konsulent fandt ikke,

at A's psykiske lidelse var forenelig med diagnosen posttraumatisk stressreaktion, men anbefalede sagen forelagt for Retslægerådet. Ved sagens fremsendelse til rådet var vedlagt en række udtalelser fra psykologer, erklæringer fra speciallæger i psykiatri, kopi af hospitalsjournaler mv.

Sagens nærmere omstændigheder fremgår af Retslægerådets udtalelse: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet om A udtale, at han skal være arveligt disponeret for psykisk lidelse. Han voksede op hos moderen i København, afbrudt af en årrække hos mormoderen på landet. Efter forskellige uddannelses- og beskæftigelsesforløb blev han færdiguddannet som pædagog i 1994 og arbejdede som

sådan, indtil han i 1996 efter beskyldninger for at have været krænkende over for småbørn sagde op. Siden har han kun haft småjobs. I 2003 blev han på grund af sin psykiske tilstand tilkendt førtidspension. Han har tidligere misbrugt hash, centralstimulerende stoffer og lsd (15-20 trips i 17 års alderen), medens en mangeårig tendens til overforbrug af alkohol og beroligende medicin fortsat synes at bestå. Han var i 1973 første gang indlagt på psykiatrisk afdeling med klager over depression og hallucinationer efter lsd-misbrug. Siden har han nogle gange søgt psykiatrisk behandling med klager over selvmordstanker og hallucinationer, og han har siden 1985 periodisk været i behandling mod alkoholmisbrug. A var efter et selvmordsforsøg i 1998 længerevarende indlagt på en psykiatrisk afdeling. Under denne indlæggelse blev han vurderet som forbigående psykotisk.

Han har i de senere år været i vedvarende behandling med antidepressivt og antipsykotisk virkende samt beroligende medicin. Til speciallæge i psykiatri klagede A i 1997 over indre uro, angst, grådtendens, søvnproblemer og koncentrationsbesvær. Objektivt fandtes han præget af emotionel umodenhed og lav frustrationstolerance, men uden tegn på mere alvorlig psykisk tilstand. Ved en speciallægeundersøgelse i 2002 klagede han over tristhed med selvmordstanker, træthed med øget søvnbehov, dårlig hukommelse, emotionel ustabilitet med let til tårer og støjoverfølsomhed. Tilstanden var

værst, når han var alene om morgenen. Objektivt fandtes stemningslejet forsænket, og der var mistanke om begyndende intellektuel reduktion.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål:

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes angive, hvilke lidelser der kan konstateres hos sagsøgeren.

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, hvorvidt der efter rådets opfattelse er grundlag for at stille diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion.

A findes præget af en personlighedsforstyrrelse karakteriseret af blandt andet selvusikkerhed og afhængighed af andre mennesker, angstelse og tendens til at være selvhenførende og til ved belastning at udvikle depressive tilstande. Den beskrevne personlighedsforstyrrelse kan være accentueret eller opstået af det tidligere nævnte misbrug, især af lsd.

Han har hertil et mangeårigt periodisk alkoholmisbrug, som kan have medført en begyndende svækkelse af åndsevnerne. Det lader sig ikke afklare, hvorvidt de depressive tilstande har forstærket hans tendens til at misbruge alkohol, eller om dette misbrug har medført depressive reaktioner. A lider efter Retslægerådets opfattelse ikke af en posttraumatisk belastningsreaktion, idet det centrale ”stressorkriterie” (”en udløsende traumatisk begivenhed eller situation af en exceptionel truende eller

katastrofeagtig natur”) ikke er opfyldt. Hertil kommer, at de øvrige kriterier for diagnosen kun delvist er opfyldte.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes angive, hvilke af de under spørgsmål A anførte lidelser, herunder eventuel posttraumatisk belastningsreaktion, der med overvejende sandsynlighed er en følge af den anerkendte arbejdsskade i form af beskyldninger for at have været seksuelt uterlig over for børn.

Det er sandsynligt, at beskyldningen såvel har kunnet medføre depressive reaktioner som forværre alkoholmisbruget. Se i øvrigt besvarelsen af spørgsmål A.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes i fortsættelse af spørgsmål B oplyse, om der er forhold, enten forud for eller efter arbejdsskaden, der disponerer og/eller kan være årsag til de under spørgsmål A anførte lidelser.

Der må antages at bestå en række forhold, herunder personlighedsmæssige, der har øget risikoen for alkoholmisbrug og depression.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt sagsøgeren i øvrigt kan være disponeret for psykiske tilstande/lidelser.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål A og C.

Spørgsmål 1:

Hvilken eller hvilke psykiske lidelser må det antages, at sagsøger led af, da han blev undersøgt af henholdsvis speciallæge B i december 1997 (bilag 5) og speciallæge C den 14. oktober 2002 (bilag 8), herunder om det må antages, at han led af akut belastningsreaktion, depression eller tilsvarende lidelser?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål A. Det skal tilføjes, at en akut belastningsreaktion definitorisk varer højst 48 timer. A frembød ikke symptomer herpå hverken i 1997 eller i 2002.

Spørgsmål 2:

Såfremt det vurderes, at sagsøger ikke lider af eller har lidt af posttraumatisk belastningsreaktion, jf. herunder sagsøgtes spørgsmål A og B, bedes oplyst, om de i akterne beskrevne symptomer i hovedtræk svarer til typiske symptomer foranlediget af en posttraumatisk belastningsreaktion, således som disse er klassificeret internationalt?

Nej, se besvarelsen af spørgsmål A.

Spørgsmål 3:

Må det antages, at de i sagen beskrevne beskyldninger og det efterfølgende sagsforløb har været årsag eller medvirkende årsag til sagsøgers psykiske gener; deres opståen eller eventuelt forværring?

Se besvarelsen af spørgsmål A og B.

Spørgsmål 4:

Må det antages, at A lider af en grundlæggende psykisk lidelse eller disposition herfor, som med overvejende sandsynlighed ville have udviklet sig på den i akterne beskrevne måde, uanset om han havde været udsat for de i akterne beskrevne beskyldninger og det efterfølgende sagsforløb?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 5:

Giver sagen Retslægerådet anledning til bemærkninger i øvrigt og i givet fald hvilke?

Nej.”

Ved Østre Landsrets dom blev Ankestyrelsen frifundet.

Kommentar:

Diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) blev afgrænset og beskrevet i USA efter Vietnamkrigen, men lignende tilstande under forskellige diagnostiske betegnelser er beskrevet før i tiden især i forbindelse med krigs- og katastrofesituationer. Kriterierne for at stille diagnosen PTSD fremgår af WHO's diagnostiske klassifikation, ICD-10, som Danmark indførte i 1994. PTSD indgår i afsnittet om nervøse, stressrelaterede og somatoforme tilstande. En forudsætning for at kunne stille diagnosen PTSD er, som anført af Retslægerådet i ovennævnte udtalelse ”en udløsende traumatisk begivenhed eller situation af en exceptionel truende eller katastrofeagtig natur” foruden ”tilbagevendende genoplevelse af traumet eller stærkt ubehag ved

udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet, eller undgåelse af alt, der minder om traumet.” Her til skal der være amnesi for traumet, eller en række accessoriske kriterier skal være opfyldt. Disse accessoriske kriterier, for eksempel søvnbesvær, irriterabilitet, undvigende adfærd mv., er mere uspecifikke symptomer, som også kan ses ved andre former for psykiske forstyrrelser og sygdomme. Tilstedeværelsen af sådanne symptomer berettiger således ikke til at stille diagnosen PTSD, forudsætningen er den udløsende traumatiske begivenhed af katastrofeagtig natur. De fleste mennesker vil livet igennem på et eller andet tidspunkt opleve psykisk belastende begivenheder – dødsfald, alvorlig fysisk sygdom, uretfærdige beskyldninger (som i den her refererede sag) og meget andet – og sådanne begivenheder, som ikke er af ”truende eller katastrofeagtig natur”, kan eventuelt give anledning til en akut belastningsreaktion (også defineret i ICD-10, F43.0), men som også anført i rådets svar, skal en sådan akut belastningsreaktion klinge af inden for 48 timer. Rådet skal endelig bemærke, at en tidsmæssig sammenhæng ikke er det samme som en årsagsmæssig sammenhæng. Mennesker kan af den ene eller af den anden grund være ved at udvikle en psykisk lidelse, og en belastende begivenhed – som måske især opleves belastende, fordi den pågældende er ved at udvikle en psykisk lidelse – kan så efterfølgende blive set som ”årsagen” til, at vedkommende udviklede en sådan tilstand. Det er muligt, at en reel ”stressor” kan fremme, at en behandlingskrævende psykisk forstyr-

relse opstår, men dette beretter ikke til diagnosen PTSD. Det skal tilføjes, at langt fra alle, der oplever begivenheder "af en exceptionel truende eller katastrofeagtig natur", udvikler PTSD.

Den her refererede sag illustrerer en række af disse forhold. A havde fra ungdommen frembudt vekslende symptomer på en psykisk lidelse, han havde tidligere misbrugt euforiserende stoffer og havde fortsat et vist alkoholmisbrug. Han er generelt beskrevet som psykisk "skrøbelig". Retslægerå-

det fandt det sandsynligt (spørgsmål B), at beskyldningerne om uterlighed kunne medføre depressive reaktioner og forværrede alkoholmisbruget hos en i forvejen "skrøbelig" person, men de uretmæssige beskyldninger havde ikke "katastrofeagtig natur", ligesom de symptomer, A i øvrigt frembød, ikke er karakteristiske for PTSD. Rådet ser et stigende antal sager vedrørende diagnosen PTSD, og rådet vil i sin vurdering af disse sager lægge de her skitserede retningslinjer til grund. (Se også s.81 i denne årsberetning).

Patologisk rus

A er en 31-årig mand, der blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for blandt andet at have skudt ud gennem vinduerne i en 6. sals lejlighed. A havde haft et noget turbulent liv, han var aktuelt direktør for et firma i London. Han havde tidligere været legemlig rask, og han havde aldrig modtaget psykiatrisk behandling. Han havde gennem en årrække haft et vekslende misbrug af kokain, men han havde aldrig oplevet psykotiske eller psykoselignende symptomer i forbindelse hermed. I timerne før de påsigtede forhold havde han indtaget store mængder kokain, nogle tabletter med ukendt indhold ("kinesisk viagra") samt fire sovetabletter med korterevarende virkning. Han udviklede herefter blandt andet synshallucinationer, hvor han så nogle gøglere komme ind gennem vinduet, hvorefter han skød mod gøglerne. Efterfølgende ledte han, iført skudsikker vest og pistol, efter gøglerne i et nærliggende parkområde. Han blev ved anholdelsen beskrevet som "forvirret", men kom kort tid efter til sig selv. A fandtes ved mentalundersøgelsen personlighedsmæssigt afvigende, men helt uden sindssygelige symptomer. Den mentalobserverende overlæge fandt det overvejende sandsynligt, at A havde befundet sig i en forgiftningsbetinget ("toksisk") psykotisk tilstand på gerningstidspunktet, og at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. Retslægerådet fandt imidlertid, at A "som følge af indtagelse af ...rusmidler" havde befundet sig "forbigående i en tilstand af sindssygdom" (§ 16, stk. 1, 3. pkt.). Da A ikke frembød nogen behandlingskrævende psykisk lidelse og ej heller var motiveret for psykiatrisk behandling, kunne rådet ikke pege på foranstaltninger som nævnt i straffelovens § 16 som formålstjenlige. Retten fandt A omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt., og idømte ham en delvis betinget frihedsstraf, men med dissens for straffritagelse. Det konkluderes, at der fortsat retspsykiatrisk, men måske også juridisk er usikkerhed om de patologiske rustilstande. (A 40809)

A er en 31-årig ugift mand, der var sigtet for blandt andet overtrædelse af lov om våben og eksplosivstoffer ved blandt andet at have skudt igennem vinduerne i en lejlighed på 6. sal. A blev i anledning af sigtelsen mentalundersøgt af overlæge B.

Af erklæringen fremgår blandt andet, at A var født som enebarn af samlevende forældre, som imidlertid blev skilt, da han var cirka 1 år gammel. Hans opvækstforhold havde været turbulente

med ophold dels hos moderen, dels hos faderen, men af forskellige grunde magtede de ikke at tage sig af ham, hvorfor han i perioder også havde ophold i plejefamilier. Efter eget ønske og med socialforvaltningens mellemkomst flyttede han 16-17 år gammel på ungdomspension.

A havde efter egne oplysninger været en "ballademager" i de første skoleår, og det fremgår, at han såvel havde haft kontakt til skolepsykolog, som

havde været ambulantly behandlet ved en børnepsykiatrisk afdeling, hvilket han imidlertid ikke selv kunne huske. A havde ingen faglige problemer, og han endte med at tage en middelfod studentereksamen. Efterfølgende påbegyndte han en akademisk uddannelse, som han imidlertid hurtigt opgav og tilbageskuende finder han, at han hverken var motiveret eller egnet for et længerevarende studium. I stedet sammensatte han – med egne ord – ”min egen karriere”. Han har arbejdet som konsulent, såvel som ansat og i eget firma, han har arbejdet i it-branchen, som lystekniker på teatre, som bartender mv. På tidspunktet for mentalundersøgelsen var han administrerende direktør for et firma i London, som blandt andet yder rådgivning vedrørende investeringsprojekter, beskæftiger sig med it, import/eksport fra Mellemøsten samt alternativ energi. Han har gennem det sidste års tid før undersøgelsen været bosat i London, hvor han levede på en stor fod, men han ønskede i øvrigt ikke nærmere at beskrive sine økonomiske forhold.

A er ugift, han har aldrig haft længerevarende samlivsforhold. Legemligt har han i det væsentlige været rask.

A ville gerne bekræfte, at han havde haft en turbulent opvækst, men han mente også, at hans opvækstforhold på mange måder havde været positive – han var tidligt modnet, han havde lært at klare sig selv og lært at begå sig i samfundet. Han har haft mange forskellige ansættelsesforhold, og han ville ikke afvise, at han kunne begynde

at kede sig, såfremt han har beskæftiget sig med det samme område i en længere periode. Han har rejst meget, og han har etableret et stort ”netværk”, såvel i København som i udlandet, og det er dette ”netværk”, som er en medvirkende årsag til, at han nu har etableret sig i London. Han angav at have enkelte gode venner, som han dog ikke så ret ofte, idet alle arbejder meget, men han har svært ved at knytte sig til andre mennesker, hvilket er en del af forklaringen på, at han aldrig har etableret et egentligt samlivsforhold. En medvirkende årsag er også, at han satte pris på sin frihed, og han havde svært ved at se sig selv i et fast forhold, eventuelt med børn, med de hertil knyttede forpligtelser.

A har siden sin tidlige ungdom haft et vist misbrug af kokain. Ca. et halvt år før aktuelle accelererede misbruget, hvilket A tilskriver, at han var arbejdsmæssigt svært belastet. Han mener, at kokainmisbruget medførte forskellige legemlige symptomer, hvorfor han nedsatte misbruget. Han har i en periode haft et overforbrug af alkohol, men han har i øvrigt benægtet alkoholmisbrug, blandt andet fordi han lægger vægt på at optræde korrekt, som en engelsk gentleman, og det har han svært ved, såfremt han er alkoholpåvirket. Han har eksperimenteret med andre euforiserende stoffer, men han har benægtet misbrug heraf.

A har aldrig som voksen frembudt symptomer på psykisk sygdom, og han har heller ikke i forbindelse med sit kokainmisbrug haft sindssygdoms-

lignede symptomer, for eksempel i form af vage efterfølgelsesforestillinger og lignende. Han mener selv, at han har "vinterdepression", hvorfor han tager antidepressivt virkende medicin, hvilket han finder har hjulpet på hans humør.

A har tidligere været idømt en delvis betinget frihedsstraf for salg af narkotika samt overtrædelse af våbenloven. Han forklarer selv, at han var ung og "et fjols", som "tossede rundt med kokain og våben".

A var aktuelt sigtet for "overtrædelse af lov om våben og eksplosivstoffer, ved, uden politiets tilladelse ... 2004 om formiddagen i lejligheden ... med en 9 mm pistol at have affyret et skud mod lejlighedens gulv samt to skud ud gennem vinduet, hvorefter han omkring kl. 12.30 indfandt sig på ... (et nærliggende parkområde) medbringende den nævnte pistol, der var ladet med en skarp patron i kammeret, samt ti skarpe patroner i pistolens isatte magasin, ligesom han var i besiddelse af yderligere et magasin med 15 skarpe 9 mm patroner." Han var hertil sigtet for blandt andet at have været i besiddelse af en springkniv og en teleskopknippel samt for at være i besiddelse af ca. 165 g hash. Han erkendte sig skyldig.

A forklarede ved mentalobservationen, at lejligheden ejes af firmaet i London og anvendes af firmaets ansatte, det vil i praksis sige A, når de (han) opholder sig i København, for at spare hoteludgifter. Han var kommet hjem om aftenen, hvor han havde fået den

tanke, at han blev overvåget fra en parkeret bil. Baggrunden for at han kunne få den tanke var, at han for godt et års tid siden faktisk var blevet overvåget af Københavns politis narkotikaafdeling, herunder var der foretaget telefonaflytning, ligesom han kortvarigt havde været varetægtsfængslet pga. en sigtelse for salg af narkotika. Sigtelsen var imidlertid blevet frafaldet. Synet af bilen medførte, at det "kiksede" for A, og i de følgende timer indtog han i alt 2-3 g kokain, et ukendt antal tabletter med ukendt indhold, af A benævnt som "kinesisk viagra" samt formentlig fire sovetabletter. Han faldt imidlertid ikke i søvn, men oplevede på et tidspunkt at se "levende træer" uden for vinduet (lejligheden lå som anført på 6. sal), og efterfølgende så han nogle gøglere med malede ansigter og kroppe komme ind igennem vinduet, samtidig med at han hørte nogle lyde. Han skød derfor med pistolen, og efterfølgende gik han ned i et nærliggende parkområde medbringende pistolen og iført skudsikker vest. Han kontaktede forskellige forbi-passerende, som han spurgte, om de havde set gøglerne. Han blev hurtigt anholdt og er af politiet ved anholdelsen beskrevet som "forvirret", han blev bragt tilbage til lejligheden, hvor han kom til sig selv.

A blev ved mentalundersøgelsen fundet personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet selvcentreret, selv fremhævende og idylliserende samt præget af manglende evne til at indleve sig i andre menneskers følelser og behov. Han frembød ingen tegn på psykisk sygdom.

I mentalerklæringen diskuteres, hvorvidt A på gerningstidspunktet befandt sig i en så at sige "normal" reaktion på indtagelse af en meget stor dosis kokain mv., eller hvorvidt der har været tale om en såkaldt toksisk psykose, det vil sige en forbigående forgiftning med påvirkning af hjernen, som medfører udvikling af sindssygdomssymptomer. Erklæringen konkluderede, at det fandtes mest sandsynligt, at der var tale om en såkaldt toksisk psykose, hvorfor A fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., men den anførte "normale" rustilstand kunne ikke udelukkes. A var ikke motiveret for psykiatrisk behandling, og den erklæringsskrivende overlæge kunne derfor ikke anbefale en særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, men såfremt dette fandtes for nødvendent, anbefalede dom til ambulantly psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen og med mulighed for indlæggelse.

Sagen gav anledning til mange overvejelser i Retslægerådet, dels hvorvidt der var tale om en "normal" reaktion på indtagelse af en meget stor dosis kokain, dels om der var tale om en § 16, stk. 1, 1. pkt.-tilstand, men også – og især – hvorvidt tilstanden måtte henføres til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., der lyder: *"Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor."* Efter korrespondance med den erklæringsskrivende overlæge, der fastholdt

sin opfattelse og sit sanktionsforslag, udtalte Retslægerådet, at A ... "ikke er sindssyg, men at han med stor sandsynlighed har været sindssyg på tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet.

A er opvokset under belastede forhold, og har i skolealderen været lettere adfærdsmæssigt utilpasset. Han har ikke nogen formel uddannelse, men har alligevel formået at klare sig erhvervsmæssigt ved forskellige konsulentjobs. Han har levet omskifteligt og har igennem flere år haft et vekslende forbrug af forskellige misbrugsstoffer, især kokain. A har i perioder følt sig psykisk belastet, men har ikke været i psykiatrisk behandling.

Forud for det påsigtede havde A indtaget ret store mængder kokain samt muligvis sovemedicin og andet. Han udviklede i tilslutning hertil sindssygdomssymptomer, især synshallucinationer samt vrangforestillinger med forfølgelsesindhold. Sindssygdomssymptomerne svandt efter få timer, og ved mentalundersøgelsen findes A apsykotisk, men karaktermæssigt afvigende, selvcentreret, selv fremhævende og idylliserende med vanskelighed ved at indleve sig i andre menneskers tanke- og følelsesliv. Han har aldrig tidligere i livet frembudt symptomer på psykisk sygdom. Hans personlighedsmæssige egenart gør, at han er omfattet af straffelovens § 69. På tidspunktet for det påsigtede findes det sandsynligt, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., idet han formentlig som

følge af indtagelse af misbrugsstoffer udviklede en korterevarende sindssygdomstilstand, som svandt efter få timer. Ved mentalundersøgelsen findes A uden tegn på behandlingskrævende psykisk lidelse.

Retslægerådet finder således A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., men da han ikke frembyder tegn på nogen behandlingskrævende psykisk lidelse, kan Retslægerådet ikke pege på foranstaltninger efter straffelovens § 68, 2. pkt. som formålstjenlige. Såfremt retten alene måtte finde A omfattet af straffelovens § 69, kan Retslægerådet ikke pege på foranstaltninger efter straffelovens § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end straf.”

A blev ved byretten fundet skyldig efter anklageskriftet. Hvad angår skudepisoden hedder det: ”To af rettens medlemmer finder, at tiltalte som fast misbruger af euforiserende stoffer må have været klar over, at stofmisbrug kan medføre psykisk afvigende adfærd, ligesom han i særlig grad måtte være opmærksom herpå, idet han efter sin egen forklaring havde anskaffet sig våben på grund af en ubegrundet frygt. Under disse omstændigheder finder disse medlemmer af retten, at der foreligger således særlige omstændigheder, at tiltalte bør pålægges straf.

Et af rettens medlemmer finder at måtte lægge til grund, at tiltalte ikke tidligere i forbindelse med sit stofmisbrug har haft hallucinationer eller tilsvarende som under episoden den ...2004 om

formiddagen. Det kan derfor ikke lægges til grund, at tiltalte har indtaget stoffer med kendskab til de særlige risikomomenter, som dette for hans vedkommende indebære. Dette medlem af retten stemmer derfor for, at tiltalte frifindes for straf for denne del af tiltalen.” A blev herefter idømt fire måneders fængsel, hvoraf de to måneder blev gjort betinget (de to andre svarede til varetægtstiden).

Kommentar:

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger omtalt sager vedrørende tilstande omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., de patologiske rustilstande (se for eksempel Retslægerådets årsberetning for 2000, side 63ff. og 71ff.). Traditionelt har den patologiske rustilstand været opfattet som en forbigående psykotisk tilstand udløst af en ringe mængde alkohol, men rådet har i årsberetningen for 1995, side 81ff. påpeget, at også en større indtagelse af alkohol kunne udløse en forbigående sindssygdom. Hvad angår euforiserende stoffer er vurderingen mere vanskelig, blandt andet fordi forbigående sindssygdomslignede symptomer kan være en del af den normale rusvirkning, for eksempel ved indtagelse af kokain. I denne sag fandt Retslægerådet, at A utvivlsomt havde været forbigående sindssyg og henførte tilstanden til § 16, stk. 1, 3. pkt., om end A havde indtaget store mængder kokain. Retten tilsluttede sig dette, men der var dissens for så vidt angår sanktionen, idet et af rettens medlemmer fandt, at A skulle frifindes for straf, mens to fandt, at der

forelå sådanne særlige omstændigheder, at straf kunne pålægges. Samlet illustrerer sagen, at der retspsykiatrisk og måske også juridisk hersker en vis

usikkerhed om anvendelsesområdet og fortolkningen af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Udvisning af psykisk syg – ikke et lægeligt spørgsmål

En nu 33-årig skizofren mand fra Mellemøsten (A) blev i 2000 for drab dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling samt udvist for bestandig. Under den efterfølgende langvarige indlæggelse blev hans psykiske tilstand markant bedret. Den behandlingsansvarlige overlæge anbefalede derfor, at den idømte foranstaltning blev ændret til en behandlingsdom, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig. Ved sagens forelæggelse blev rådet endvidere anmodet om at tage stilling til, "hvorvidt behandling kan fortsætte i hjemlandet". Rådet kunne påpege, at A fortsat ville have behov for psykiatrisk behandling, men Retslægerådet har ingen forudsætning for at vurdere, hvorvidt en sådan behandling kunne finde sted i hans hjemland. (10A/A2-00693-2006

A er en nu 33-årig mand, som i 2000 dræbte sin samlever. Han blev i anledning af sagen mentalundersøgt under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Af erklæringen fremgår blandt andet, at A var opvokset i Mellemøsten i en søskendeflok på i alt 14. Familien var velstående og A's opvækst upåfaldende. Efter ni års skolegang tog han en 5-årig uddannelse på en kunsthøjskole. Kort efter at have færdiggjort denne uddannelse flygtede han imidlertid til Europa, dels fordi han følte sig overvåget af myndighederne, dels fordi han blev indkaldt til militæret. Efter at have flakket rundt i Europa kom han i 1997 til Danmark, hvor han fik opholdstilladelse.

A havde her i landet kortvarigt været beskæftiget i pizzariaer mv., men han havde i øvrigt været ubeskæftiget. Han levede af offentlig understøttelse. Han var legemligt rask, og han misbrugte ikke rusmidler.

A havde igennem små tre år før drabet boet sammen med en lidt yngre kvinde.

Forholdet var i tiltagende grad blevet disharmonisk, dels fordi A havde været samleveren utro, dels fordi han udviklede forestillinger om, at hun sammen med KGB på en eller anden måde overvågede ham. A dræbte samleveren med knivstik med en noget uindfølelig, men klart psykotisk begrundelse. A havde ikke under sit ophold i Danmark haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem.

A fandtes ved mentalundersøgelsen klart sindssyg, lidende af skizofreni. Han blev fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og overlægen anbefalede dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Retslægerådet udtalte blandt andet: "A har igennem længere tid ændret sig psykisk og er i tiltagende grad blevet stemningssvingende, ubeslutsom og har udviklet forfølgelsesforestillinger. Ved den retspsykiatriske undersøgelse fremtræder han mistænksom med tankeforstyrrelser, styringsoplevelser,

vrangforestillinger og hallucinationer. Han er mest sandsynligt lidende af skizofreni.

Retslægerådet finder, at A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, anbefaler rådet, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., dom til anbringelse i hospital for sindslidende.”

Efterfølgende blev A ved Østre Landsrets nævningeting dømt til anbringelse i hospital for sindslidende. Han blev hertil udvist med indrejseforbud for bestandigt. A ankede udvisningspåstanden til Højesteret, der imidlertid stadfæstede landsrettens dom.

A blev efterfølgende indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. De følgende år fik han det væsentligt bedre, de åbenbare sindssygdomssymptomer svandt, han passede alle aftaler og var motiveret for fortsat medikamentel behandling. Den behandlingsansvarlige overlæge, C, anbefalede i 2003 med henvisning til A's stabile psykiske tilstand, at foranstaltningen blev ændret til en behandlingsdom, hvilket Retslægerådet ”ikke (skal) udtale sig imod”, men blandt andet med henvisning til kriminalitetens alvor blev anbringelsesdommen ved rettens kendelse opretholdt. Det samme skete i 2005, hvor Retslægerådet ikke blev hørt.

I 2006 anbefalede overlæge C igen, at foranstaltningen blev ændret til en behandlingsdom. I en længere erklæring beskrev han, hvorledes A under den langvarige indlæggelse havde været særdeles behandlingsmotiveret, veltil-

passet i afdelingen, rolig, ligesom han havde overholdt alle aftaler vedrørende frihedsgoder. På grund af bivirkninger til den givne antipsykotisk virkende medicin (tabl. Zyprexa 30 mg i døgnet) havde afdelingen på et tidspunkt forsøgt at skifte til andet præparat, men A's psykiske tilstand var herunder langsomt forværret, hvilket A selv havde registreret, og han anmodede derfor om, at behandlingen med det førstnævnte præparat blev genoptaget, hvorefter hans tilstand igen var god og stabil. Overlæge C, som også var blevet anmodet om at udtale sig om muligheden for behandling i A's hjemland, konkluderede blandt andet: ”Overordnet kan man konkludere, at A lider af en svær kronisk sindslidelse og har brug for formentlig livslang behandling. Han har fortsat brug for indlæggelse, også efter en eventuel ændring af dommen til en behandlingsdom, men fraset perioden omkring forsøget på medicinskift, har han været stabil og velbehandlet igennem de sidste fem år, hvor han har haft ophold på åbent afsnit med udgange inden for de rammer, som en behandlingsdom (skal være anbringelsesdom, rådets bemærkning) giver mulighed for. Han har passet alle aftaler til punkt og prikke. Angående behandling i patientens hjemland kan han utvivlsomt få en antipsykotisk behandling i en eller anden form, men hvorvidt han kan få det nuværende præparat vides ikke, ligesom vi ikke kan udtale os om, hvorvidt patienten kan være ligeså godt behandlet med et ældre antipsykotisk virkende præparat, idet patienten under behandlingen her ikke har været i monoterapi med et sådant. Det må dog antages, at en

sådan behandling vil være forbundet med flere bivirkninger.”

Sagen blev forelagt Retslægerådet, dels vedrørende spørgsmålet om en foranstaltningsændring, dels med spørgsmål om, hvorvidt behandling kan fortsættes i hjemlandet. Retslægerådet udtalte herefter, at ...”fortsat er sindssyg, han lider af skizofreni. Han har siden 2001 i medfør af dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling været indlagt på Retspsykiatrisk Afdeling, X Sygehus. Under behandling med antipsykotisk virkende medicin frembyder han ikke åbenbare sindssygdomssymptomer. I forbindelse med forsøgsvis præparatskift udviklede han begyndende psykotiske symptomer, hvilket han selv registrerede, og efter hans eget ønske blev behandlingen med det tidligere givne præparat genoptaget. Han har i flere år haft ophold på åbent afsnit, og han er veltilpasset i afdelingen, hvor han overholder alle aftaler om frihedsgoder. Han misbruger ikke rusmidler, og han har ikke udvist truende eller aggressiv adfærd. Han er motiveret for fortsat psykiatrisk behandling.

Retslægerådet kan herefter anbefale den idømte foranstaltning ændret til 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.

A er kronisk sindssyg, og han har behov for vedvarende psykiatrisk behandling og kontrol, herunder jævnlige psykopatologiske vurderinger med henblik

på diagnosticering af tegn på recidiv af psykotiske symptomer. Retslægerådet har ikke forudsætning for at vurdere, hvorvidt en sådan behandling mv. kan finde sted i hans hjemland.”

Der er endnu ikke truffet afgørelse i sagen.

Kommentar:

Retspsykiatrisk er selve sagsforløbet ukompliceret. A begik et drab i psykotisk tilstand, han blev dømt til anbringelse, og under den efterfølgende længerevarende indlæggelse blev hans psykiske tilstand markant bedret, således at han nu fremstår uden åbenbare sindssygdomssymptomer, han har sygdomserkendelse og er fortsat behandlingsmotiveret. Rådet kunne derfor uden forbehold tilslutte sig overlægens anbefaling af en ændring af foranstaltningen til en behandlingsdom.

Derimod kunne rådet ikke tage stilling til, ”hvorvidt behandling kan fortsættes i hjemlandet”. Rådet kunne foretage den lægelige vurdering, at A havde brug for vedvarende psykiatrisk behandling, ligesom rådet påpegede, at dette også indebærer psykopatologiske vurderinger med henblik på diagnosticering af tegn på recidiv af psykotiske symptomer. Rådet har ingen forudsætninger for at vurdere, hvorvidt sådan kontrol og behandling vil kunne finde sted i A's hjemland. Det er en juridisk/politisk – ikke lægelig – vurdering, hvorvidt en kronisk sindssyg, men nu absolut velbehandlet person, der er dømt for alvorlig kriminalitet, skal udvises.

Lettere mentalt retarderet ung mand idømt almindelig straf

A er en nu cirka 18 år ung mand, der 15 år gammel kom til Danmark som led i familiesammenføring. Han udviste fra starten svære adfærdsproblemer og var i lange perioder anbragt på socialpædagogiske institutioner. Han blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for blandt andet voldtægt og fandtes mentalt retarderet i lettere grad, hvilket svarede til tidligere vurderinger, og overlægen anbefalede dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Retslægerådet tilsluttede sig såvel diagnose som sanktionsforslag. Efterfølgende anførte amtets samråd, at det ikke fandt A omfattet af § 16, stk. 2 og anbefalede, såfremt han fandtes skyldig, almindelig straf og udvisning. Begge spørgsmål ligger uden for samrådets kompetence. Samrådet anførte også, at A ikke kunne rummes i det sociale systems institutioner. Ved et nævningeting blev A idømt en almindelig frihedsstraf, uden at dette blev begrundet. Retslægerådet finder det betænkeligt, såfremt begrundelsen alene har været, at han ikke kunne rummes i de eksisterende institutioner. (A 40769)

A er en formentlig cirka 18-årig ung mand, men hans nøjagtige alder kendes ikke, fra Afghanistan, der var sigtet for fuldbyrdet voldtægt, vold samt en lang række tyverier, hæleri, overtrædelse af lov om euforiserende stoffer mv. Han blev i anledning af sigtelsen mentalobserveret, overlæge B afgav erklæring ...2004. Af erklæringen fremgår blandt andet, at A fra 3 års alderen, hvor moderen døde, var opvokset hos bedsteforældrene. Faderen giftede sig igen, og familien, bestående af A's yngre søskende og halvsøskende, kom på et tidspunkt til Danmark. Selv kom A som led i familiesammenføring her til landet i 2000, 15 år gammel. Der foreligger ingen nærmere oplysninger om hans opvækstforhold, ud over at han aldrig har gået i skole, og at han i perioder måske har haft lidt beskæftigelse med landbrugsarbejde.

Kort efter at være kommet til Danmark måtte A fjernes fra hjemmet, idet han tyranniserede sine yngre hel- og halv-søskende, ligesom han overhovedet ikke havde respekt for faderen. De følgende år havde A overvejende ophold på forskellige socialpædagogiske institutioner, og i en periode var han sendt tilbage til bedsteforældrene med henblik på eventuel repatriering. Han er af de forskellige institutioner beskrevet som dårligt begavet, hertil hidsig, aggressiv og undertiden voldelig over for personalet, men også selvdestruktiv. Han var uden forståelse for selv de enkleste sociale spilleregler. Han blev på et tidspunkt undersøgt på en børne-ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor man vurderede, at han var mentalt retarderet i lettere grad. Afdelingen anbefalede behandling med et antipsykotisk virkende præparat med

den begrundelse, at medicinen kunne have en ”symptomatisk dæmpende virkning på uro, kaotisk og aggressiv adfærd hos psykisk udviklingshæmmede”. En sådan behandling blev dog ikke iværksat.

Hjemstedskommunen rettede en måneds tid før voldtægtsforholdet henvendelse til Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration, hvor det afslutningsvis anføres, at kommunen ...”har brug for hjælp i denne sag, idet det er endog meget svært at skulle tage ansvaret for situationen omkring personen pga. den frygt politiet, faderen og forvaltningen har for, at han kan lemlæste eller eventuelt dræbe en person, når han bliver taget på fersk gerning”.

A selv kunne ikke oplyse meget om sin baggrund eller psykiske tilstand. Han mente, at han havde haft det godt under opvæksten hos bedsteforældrene, og han ville gerne tilbage til Afghanistan, idet det var svært for ham at være i Danmark. Han mente, at han var en ganske almindelig ung mand, og han benægtede for eksempel tendens til hidsighed. Han har indimellem røget lidt hash, men han har aldrig indtaget andre euforiserende stoffer, og han har stort set aldrig indtaget alkohol. A benægtede, at han nogensinde havde oplevet sindssygdomssymptomer, for eksempel i form af hørelsesshallucinationer, forfølgelsesforestillinger mv. Han benægtede at være skyldig i voldtægt eller vold, men han erkendte de mange tyverier mv., som han begrundede med, at faderen slog ham og ikke ville

tro ham. En psykologisk undersøgelse fandt A intelligensmæssigt placeret øverst i området for lettere mentalt retarderede (debilområdet) eventuelt på grænsen mellem debilområdet og sinkestadiet. Mentalundersøgelsen inklusive den psykologiske testning måtte gennemføres med anvendelse af tolk, og det bemærkes, at dette medfører en vis usikkerhed i vurderingen af intelligensniveauet.

Overlægen vurderede ligeledes, at A var mentalt retarderet i lettere grad. Hans (afghanske) sprog var fattigt, han var nærmest blottet for evnen til abstrakt tænkning, og hans oplysninger var ofte vage og upræcise.

Samlet fandt overlægen, at A ikke med sikkerhed kunne henføres ...”til straffelovens § 16, stk. 1, men (han) findes under alle omstændigheder at henregne til den i straffelovens § 16, stk. 2, omhandlende personkreds”. Overlægen anbefalede herefter dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at A er ...”fundet svagt begavet, ved en psykologisk testning med en begavelse svarende til grænsen mellem mentalt retarderet (debil) og sinke. Han har betydelige sproglige problemer, lav frustrationstærskel og talrige impuls-gennembrud, hvorunder han bliver aggressiv og voldelig. Han synes at have vanskeligheder ved indlæring og ringe koncentrationsevne. Hans adfærd er impulsstyret, særdeles omskiftelig og lukket.

Retslægerrådet finder herefter ud fra en samlet vurdering, at A mest sandsynligt er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Hvis han findes skyldig, skal Retslægerrådet som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en vis risiko for ligeartet kriminalitet, jf. straffelovens § 68, pkt. 2, anbefale dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap.”

Efterfølgende fik Retslægerrådet igen forelagt sagen vedlagt to skrivelser fra det stedlige amt. Af den første fremgår, at amtet havde forelagt blandt andet mentalerklæringen for amtets samråd. Videre hedder det: ”På denne baggrund skal X amt som udgangspunkt udtale, at vi mener, mentalundersøgelsens konklusion forbigår, at der er tale om en person med en svær personlighedsforstyrrelse.

X amt er ikke enig i mentalundersøgelsens konklusion. Såfremt han kendes skyldig, bør han idømmes almindelig straf.

Såfremt retten kender ham skyldig og henregner ham til straffelovens § 16, stk. 2, skal X amt udtale, at vi ikke har anbringelsesmuligheder i amtet, der kan opfylde de anbringelsesmæssige og sikkerhedsmæssige betingelser.

Den eneste anbringelsesmulighed vil være sikret (lukket) afdeling på Kofoedsminde i Storstrøms amt.”

Anklagemyndigheden rettede herefter fornyet henvendelse til amtet med forespørgsel om, hvorvidt der var an-

bringelsesmuligheder i andre amter. Af svarskrivelsen fremgår, at sagen igen havde været drøftet i amtets samråd vedrørende udviklingshæmmede lovovertrædere, og at man der blandt andet havde konkluderet: ”Samrådet finder ikke, at A er omfattet af straffelovens § 16 og skal, såfremt han kendes skyldig, peges på en almindelig straf med efterfølgende udvisning.” Afslutningsvis hedder det: ”X amt må på den baggrund udtale, at eneste anbringelsesmulighed i det sociale system er den sikrede institution Kofoedsminde, ingen andre sociale tilbud vil kunne garantere eller yde den nødvendige sikkerhed.”

I fremsendelsesskrivelsen oplyste anklagemyndigheden, at den under nævningesagen ville nedlægge påstand om anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap, og anmodede om Retslægerådets bemærkninger hertil.

Retslægerrådet svarede, at rådet ...”ikke ser sig i stand til at udtale sig på det foreliggende grundlag.

Ved en eventuel fornyet forelæggelse bedes vedlagt en aktuel psykiatrisk speciallæge erklæring indeholdende en revurdering af tiltaltes diagnostiske placering og sanktionsforslag.”

Anklagemyndigheden forelagde herefter sagen for den mentalobserverende overlæge, der imidlertid ikke fandt anledning til at ændre mentalerklæringens konklusion eller anbefale en fornyet retspsykiatrisk undersøgelse.

Efterfølgende forelagde anklagemyndigheden igen sagen for Retslægerådet dels med forespørgsel om, hvorvidt overlæge B's udtalelse gav rådet anledning til bemærkninger, dels med anmodning om en præcisering af rådets udtalelse, idet det hedder: "Endvidere har der af ...Landsret været rejst tvivl om forståelsen af konklusionen i Retslægerådets udtalelse af ...2004 vedrørende tiltalte. Det anføres således i konklusionen: "Retslægerådet finder herefter ud fra en samlet vurdering, at A mest sandsynligt er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Det ønskes oplyst, hvorvidt ovennævnte er udtryk for, at der efter Retslægerådets opfattelse er usikkerhed om, hvorvidt A overhovedet er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, eller om det anførte er udtryk for Retslægerådets bemærkninger til de i mentalerklæringens konklusion af overlæge B anførte: "Han findes ikke sikkert at henregne til straffelovens § 16, stk. 1, men findes under alle omstændigheder at henregnes til den i straffelovens § 16, stk. 2 omhandlede personkreds.""

Rådet afgav herefter følgende udtalelse: "Med sagens tilbagesendelse og med henvisning til rådets udtalelse af ...2004 skal Retslægerådet udtale, at vurderingen af A's intellektuelle niveau er behæftet med en vis usikkerhed, idet den vanskeliggøres af hans fremmedkulturelle baggrund og af det forhold, at mentalundersøgelsen er gennemført med tolkebistand. Ved en samlet vurdering vil Retslægerådet imidlertid fortsat finde det overvejende sandsynligt, at han er mentalt retarderet i lettere grad,

eller at han befinder sig i en hermed ligestillet tilstand, og at han således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Rådet finder ikke, at der på det foreliggende er grundlag for at antage, at han er mentalt retarderet i middelsvær eller i mere udtalt grad. Retslægerådet finder ham således ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Retslægerådet skal således fastholde sin diagnose og sit lægeligt begrundede sanktionsforslag. Det ligger uden for rådets opgave at tage stilling til eventuelle praktiske vanskeligheder ved at varetage en idømt foranstaltning, jf. skrivelse af ...04 og ...04 fra X Amt, eller til anklagemyndighedens påstand om sanktion. Rådet kan tilslutte sig overlæge B's vurdering, jf. overlægens skrivelse af ...04 af, at der ikke er behov for en fornyet retspsykiatrisk undersøgelse."

A blev efterfølgende ved et nævningeting fundet skyldig efter anklageskriftet. Retten fandt ham omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, men han blev idømt en almindelig straf i form af fængsel i to år og tre måneder samt udvist for bestandig. Begrundelsen for at idømme almindelig straf fremgår ikke.

Kommentar:

Det kan være vanskeligt at fastlægge intelligensniveauet hos personer med anden etnisk baggrund end dansk, ikke mindst når undersøgelsen, som i den her refererede sag, må foretages via tolk. Retslægerådet fandt det imidlertid "overvejende sandsynligt", at A var mentalt retarderet i lettere grad

eller befandt sig i en hermed ligestillet tilstand, og fandt ham således omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. I medfør af Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2000 ("Behandlingen af straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle og personer omfattet af straffelovens § 70") forelagde anklagemyndigheden herefter sagen for det stedlige samråd. Det hedder herom i rigsadvokatmeddelelsen: *"Hvis der i et amt er oprettet et tværfagligt samråd, bør anklagemyndigheden inden domsforhandlingen indhente en udtalelse om den praktiske mulighed for fuldbyrdelse af domme vedrørende psykisk udviklingshæmmede, herunder anbringelses- og sikkerhedsmæssige problemer."*

I denne sag udtalte samrådet sig ikke blot herom, men angav direkte, at A ikke var omfattet af straffelovens § 16, ligesom samrådet endog anbefalede udvisning. Ingen af disse spørgsmål er omfattet af samrådets kompetence. Præmisserne for samrådets vurdering af, at A ikke var omfattet af § 16, stk. 2,

nævnes ikke, det fastslås blot, at han var præget af en "svær personlighedsforstyrrelse." Det er korrekt, at A udviste en udtalt karakterafvigende adfærd, men det lader sig ikke afgøre, i hvilket omfang denne adfærd for eksempel var betinget af hans samlede situation som mentalt retarderet fra et krigshærgat land, der skulle tilpasse sig en kultur, som han ikke forstod, ligesom hans begrænsede intellektuelle kapacitet måtte medføre, at det var meget svært for ham at tilegne sig det danske sprog. Lettere mentalt retarderede er som udgangspunkt straffri, men de kan pålægges straf, såfremt særlige omstændigheder taler for det. Nævningets begrundelse for at pålægge straf i denne sag fremgår ikke, men Retslægerådet vil finde det betænkeligt, såfremt begrundelsen alene måtte være, at amtet ikke mente at kunne rumme ham i de eksisterende institutioner. Behandlingssystemet må selvsagt indrettes efter klientellet, således at det kan rumme også de svært behandlelige.

Simulation?

Den retspsykiatriske undersøgelse kan vanskeliggøres af manglende samarbejde fra observandens side. I nogle tilfælde kan der opstå mistanke om simulation. I den her refererede sag tiltrådte Retslægerådet den mentalundersøgende overlæges vurdering af, at A trods sine angivelser derom ikke var hallucineret eller på anden måde sindssyg, men formentlig omfattet af straffelovens § 69. I overensstemmelse med rådets manglende anbefaling af foranstaltning idømte byretten almindelig fængselsstraf. (10A/A1-00024-2005)

A kom 18 år gammel til Danmark fra det tidligere Jugoslavien. Han havde der gået 7-8 år i skole. Efter ankomsten havde han lært dansk og arbejdet kortvarigt på fabrik, men siden modtaget kontanthjælp. Han havde haft flere korterevarende forhold til kvinder, men havde ingen børn. Før den aktuelle sag var han flere gange blevet dømt, blandt andet for dokumentfalsk, berigelseskriminalitet, overtrædelse af færdselsloven og vold. Retten havde truffet bestemmelse om udvisning, men bestemmelsen var ikke blevet effektueret.

A havde søgt psykiater 25 år gammel med klager over vægttab, appetitnedsættelse, træthed, dårlig nattesøvn med natlige angstanfald og drømme om tidligere belastende begivenheder, koncentrationsbesvær, håbløshedsførelse samt høre- og synshallucinationer relateret til en ven, der var død i hans arme. A oplyste til psykiateren, at han i Tyskland tidligere havde været behandlet med antidepressivt og antipsykotisk virkende medicin. Den danske psykiater stillede diagnoserne psykotisk depression og posttraumatisk stress disorder og ordinerede atter antidepressivt og antipsykotisk virkende

medicin. Trods behandlingen konstaterede psykiateren 5 måneder senere, at tilstanden var forværret med tiltagende hallucinationer i form af stemmer, der kaldte på A for at få hjælp. Supplering med flere slags antipsykotisk virkende medicin hjalp ikke.

27 år gammel blev A sigtet for en lang række forhold om at køre uden kørekort samt for tyveri. I forbindelse med personundersøgelse i medfør af retsplejelovens § 808 var oplyst, at han havde haft en fraværsprocent på 90 i danskundervisning. Han var stort set heller ikke mødt til anden undervisning eller andre møder, idet han ofte var sygemeldt med hovedpine. Den kommunale sagsbehandler mente, at A ville "gøre alt for at blive i Danmark". Til personundersøgelsen havde ovennævnte speciallæge i psykiatri oplyst, at A i hjemlandet havde været involveret i demonstrationer mod regimet, hvorfor han havde været udsat for vold. Personundersøgeren fandt, at A talte et forbausende godt dansk, var normalt begavet, høflig og samarbejdsvillig. Han fik dog en fornemmelse af, at A havde lært at sige det, der passede bedst i situationen, og de af A afgivne oplysninger var ikke alle "helt i overensstemmelse

med fakta”. Om den påsigtede kriminalitet oplyste A, at han simpelthen ikke kunne lade være med at køre bil. Han var positivt indstillet med hensyn til en eventuel efterfølgende ambulat mentalundersøgelse.

Af den herefter udarbejdede mentalerklæring fremgik yderligere, at A 25 år gammel havde været undersøgt af speciallæge i neurologi på grund af klager over hovedpine, mod hvilket neurologen anbefalede behandling med et antiepileptisk virkende medikament. To gange var A blevet behandlet på skadestue; en gang efter slagsmål, hvorunder han havde pådraget sig et 5 cm langt sår i panden og et 3½ cm langt sår i baghovedet; en anden gang havde han i beruset tilstand slået hånden gennem en rude og derved fået overskåret en sene. Han havde desuden en gang været indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling efter et biluheld. Han virkede da “noget præget af hjernerystelse”, men helkropsscanning viste normale forhold, også med hensyn til hjernen. Efter en nat på den kirurgiske afdeling blev han efter eget ønske udskrevet.

Til den mentalundersøgende overlæge oplyste A, at han aldrig drak alkohol, fordi han blev som lammet af det. Han angav sig i behandling med et antidepressivt virkende og to antipsykotisk virkende præparater (henholdsvis mirtazapin, olanzapin og risperidon) samt medicin mod hovedpine. Han kunne ikke huske, hvordan han havde haft det i barndommen og ikke oplyse, hvorfor han ikke længere havde kontakt med

sin familie, eller hvorfor han var kommet til Danmark. Han fremkom med indbyrdes modsigende oplysninger om sit uddannelsesforløb, og han kunne ikke huske, hvordan det stod til med hans opholdstilladelse i Danmark. Han gav politiet i sit hjemland skylden for med glødende cigaretter at have givet ham de ar i hovedbunden, som svarede til de fornævnte sår, som han havde fået syet i den danske skadestue efter slagsmål. Han blev irriteret, når undersøgeren gentog sine spørgsmål. Han havde haft det dårligt psykisk i de seneste 3-4 år, men ville og kunne ikke forklare nærmere, idet han fik det dårligt med hovedpine ved at tale om det. Han oplyste dog, at han ikke kunne tåle at være sammen med ret mange mennesker, nogle dage slet ingen. Han havde hørt stemmer i et sted mellem 3 og 6 år. Han kunne ikke huske, hvor længe han havde gået til psykiater og heller ikke besvare uddybende spørgsmål om sin psykopatologi.

Ved samtalerne med overlæge og psykolog ved mentalundersøgelsen viste det sig nødvendigt at anvende tolk, og A afbrød samtalerne efter kort tid, idet han angav sig belastet. Overlægen beskrev A som klar og upåfaldende med hensyn til psykomotorisk tempo og mimik. Kontakten var præget af A's modvilje mod at afgive oplysninger og hans let vakte irritation. Hans hukommelse forekom at være bedre, end han selv angav. Overlægen havde en sikker fornemmelse af, at der trods A's oplysninger ikke var tale om nogle sindssygelige fænomener. Det var van-

skeligt at vurdere hans personlighed, men der fornemmedes en vis ansvarsfralæggelse.

Til psykologen oplyste A ligeledes at være hørehallucineret, men han hverken ville eller turde tale nærmere herom med andre end sin praktiserende psykiater. Det lykkedes kun psykologen at overtale A til at medvirke til et par intelligensprøver (delprøver fra WAIS og Raven), idet han indvilligede verbalt, men var afstandtagende og aggressiv i sit kropssprog. Han klarede de anvendte prøver meget dårligt, idet han for eksempel ikke mente at kunne finde et overbegreb for 'bord' og 'stol', ikke kunne lægge selv meget simple terningemønstre og brugte 20 minutter på en prøve, der normalt klares på 5-6 minutter. Til sidst smed han testmaterialet hen ad bordet, forlod kontoret og afviste at ville møde til yderligere undersøgelse. Psykologen konkluderede, at testen var ubrugelig, men at A klinisk havde virket normalt begavet, umoden, dramatiserende, forurettet og vredladet. Der sås ikke tegn på psykotisk gardering eller angst.

I mentalerklæringen konkluderedes, at A objektivt ikke fremtrådte præget af hallucinationer eller andre tegn på at være sindssyg, og han fandtes dermed ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men hans baggrund og fremtoning lod formode, at han var omfattet af samme lovs § 69. Der kunne dog ikke peges på nogen foranstaltning som mere formålstjenlig til at imødegå risikoen for ny, ligeartet kriminalitet end almindelig

straf. Endelig anførtes, at undersøgelsen havde været vanskelig at gennemføre på grund af A's manglende evne eller vilje til samarbejde. Konklusionen var derfor ikke så sikker, "som det kunne have været ønskeligt".

Retslægerådet fandt ikke grund til at betvivle mentalerklæringens konklusion og anførte blandt andet: "Ved mentalundersøgelsen virkede A forbeholden i sine udtalelser og tilsyneladende afvisende over for at medvirke, hverken ved at svare på psykiaterens spørgsmål eller i den psykologiske testning. I de dele af testen, som han deltog i, klarede han sig så uoverbevisende dårligt, at det var påfaldende. Hans klager over psykotiske symptomer var vage, og i kontakten virkede han ikke sindssyg, men noget personlighedsafvigende." Rådet tilsluttede sig, at A formentlig var omfattet af straffelovens § 69, og kunne heller ikke pege på nogen anden foranstaltning end eventuel forskyldt straf. Byretten idømte ubetinget straf på 7 måneders fængsel, og der blev ikke anket.

Kommentar:

Sager, hvor observandens dårlige samarbejde med hensyn til mentalundersøgelse giver mistanke om simulation, har her i landet tidligere ikke været genstand for særlig opmærksomhed, mens sager, hvor psykiatriske patienter har forsøgt at anstille sig mentalt raske ved at dissimulere, måske har været lidt mere omtalte. I enkelte tilfælde er set, at psykisk syge personer, der måske på grund af dissimulation er blevet

idømt almindelig straf, senere under afsoningsforløbet er blevet åbenlyst sindssyge og derefter administrativt i medfør af straffuldbyrdelseslovens § 78 er blevet overført fra fængsel til psykiatrisk afdeling. Det er ligeledes forekommet, at personer, der er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltning, i forbindelse med fornyet kriminalitet vurderes som alligevel ikke (så) alvorligt psykisk lidende og derfor nu idømmes almindelig straf. I sådanne og andre tilfælde af pendling mellem psykiatri og fængselsvæsen er der imidlertid tale om personer, der diagnostisk befinder sig på grænsen mellem det sindssygelige og det ikke-sindssygelige og derfor afhængigt af en række omstændigheder - ikke mindst misbrug af euforiserende stoffer - vil fremtræde og blive vurderet forskelligt. Klare eksempler på bevidst

simulation har derimod hidtil været temmelig sjældne.

I amerikansk retspsykiatri har spørgsmålet om simulation længe været genstand for langt større debat end herhjemme, formentlig fordi der for den amerikanske patient kan stå temmelig meget på spil, såvel forsikringsmæssigt som strafferetligt, og i sidste ende kan det være et spørgsmål om liv eller død at være diagnosticeret psykisk syg eller rask. Her i landet kan de senere års udvikling nu tilskynde nogle indvandrere til at gøre endog temmelig meget for at forbedre deres muligheder for at forblive her i landet. Det kan således forventes, at spørgsmålet om simulation fremover vil tiltrække sig mere retspsykiatrisk opmærksomhed.