

**Retslægerådets  
årsberetning  
1998-1999**

ISBN 87-89648-05-6

Jespersen Offset ApS

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	5
<b>I. Retslægerådets organisation .....</b>	<b>7</b>
Lovbestemmelser m.v .....	7
Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet .....	8
Retslægerådets medlemmer 1998 .....	9
Retslægerådets medlemmer 1999 .....	10
Sagkyndige anvendt i 1998 .....	12
Sagkyndige anvendt i 1999 .....	23
Retslægerådets sekretariat 1998 .....	35
Retslægerådets sekretariat 1999 .....	36
<b>II. Statistik .....</b>	<b>37</b>
A: Sager behandlet i Retslægerådet 1998 .....	37
B: Sager behandlet i Retslægerådet 1999 .....	40
<b>III. Udvalgte sager af interesse .....</b>	<b>43</b>
Kvaliteten af Retslægerådets udtalelser. Habilitetsspørgsmål .....	43
Kronisk træthedssyndrom. Fibromyalgi. Whiplash-syndrom .....	59
Lænde- og rygbesvær og arbejdsskader/ulykkestilfælde .....	65
Kontrolleret klinisk forsøg med insulinpumpe. Erstatningssag som følge af patientskade .....	71
Lymfeknudetuberkulose primært fejldiagnosticeret som sarkoidose .....	83
Mangelfuld undersøgelse af svulst i en kvindes bryst var ikke ansvarspådragende .....	89
Samspelet mellem patient og læge med hensyn til svar på laboratorieundersøgelser .....	95
Sløv knoglebetændelse efter korsbåndslæsion - en regn af spørgsmål .....	101
Forkert mikroskopisk diagnose - dissens .....	119
Udtalelser om MDMA (ecstasy) og lsd; udenlandske voterende; besvarelse af generelle spørgsmål .....	123

Farlighedsvurdering. Retslægerrådet graduerer ikke sine udtalelser på grundlag af hypotetiske spørgsmål om frifindelse .....	131
Ophævelse af en behandlingsforanstaltning efter at den med positivt resultat var iværksat efter hensigten .....	137
Udvisning af psykisk syg .....	141
Tilstande ligestillet med mental retardering. Tilsyn af Kriminalforsorgen som en særforanstaltning .....	145
Klage over at tvangsindlæggelse ikke blev iværksat .....	149
Når systemerne svigter .....	155
Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien .....	161

# Forord

Ved udsendelse af nærværende årsberetning har Retslægerådet valgt at lade den omfatte 2 år, nemlig 1998 og 1999.

Ved gennemgang af sagsantallet for de 2 år er der ikke den store forskel, idet det samlede antal sager i de senere år har ligget på omkring 2200 sager pr. år. Der er derimod sket en forskydning indbyrdes mellem de forskellige sagstyper, idet antallet af psykiatrisager er faldet noget (13%), medens antallet af „andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold“ er steget markant (27%). Af de sidstnævnte sager er specielt sagerne om arbejdsskader/ulykker og erstatnings- og pensionssager overordentlig ressourcekrævende. Antallet af disse sager er næsten fordoblet fra 1997 til 1999. Denne stigning synes at fortsætte om end med mindre hastighed. Mange af sagerne vedrører ryglidelser, whiplash associerede lidelser, det kroniske træthedssyndrom og fibromyalgi, hvilket ofte nødvendiggør 4-5 eller flere voterende. Dette bevirker længere sagsbehandlingstid og behov for øgede økonomiske ressourcer, ikke mindst fordi disse sager ofte ved forelæggelsen for rådet er så dårligt belyst, at det nødvendiggør indkaldelse af supplerende materiale, for at sagsbehandling kan finde sted. Retslægerådet har tidligere beskrevet nogle af de ulemper, der opstår i forbindelse med fremsendelse af insufficient materiale til rådet, og rådet skal tillade sig at henvise til årsberetningen for 1996, side 41ff.

Rådet har i det forløbne år afholdt møder om problemstillinger i forbindelse med den nævnte type sager og hovedpunktsreferater fra disse møder er optaget i årsberetningen sammen med en række enkeltsager, som kan have interesse for såvel Retslægerådets brugere som de danske læger.

Denne årsberetning indeholder intet register over tidligere års sager. Her må læseren henvises til årsberetningen for 1997, som indeholder et register for tiåret 1988-97.

Justitsministeriet er i samarbejde med Retslægerådet i færd med at foretage en budgetanalyse af Retslægerådets forhold, hvilket er nødvendiggjort af den voldsomme stigning af de meget ressourcekrævende sager, som er omtalt foran. Resultatet af undersøgelsen forventes at foreligge i begyndelsen af år 2001.



# 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 20.04.61 for Retslægerådet**

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

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

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

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

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

**§ 4.** Såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse, skal rådet forhandle med den læge, der tidli-

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

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

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

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

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

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

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



## **Retslægerådets medlemmer 1998**

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

Cheflæge Anne Lindhardt,  
Roskilde Amtssygehus Fjorden  
(psykiatri)  
til 31.07.98

Overlæge Helle Aggernæs,  
Kommunehospitalet,  
Psykiatrisk Afdeling  
(psykiatri)

Overlæge, dr.med. Jens Lund  
Psykiatrisk Hospital i Århus  
Afdeling R  
(psykiatri)  
Fra 01.08.98

Overlæge, dr.med. Birte Yding  
Glenthøj  
Bispebjerg Hospital  
Psykiatrisk afdeling E  
(psykiatri)  
fra 01.08.98

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

Overlæge Peter Gottlieb  
Sct. Hans Hospital  
Psykiatrisk afdeling R  
(psykiatri)  
fra 01.08.98

Professor, overlæge, dr.med.  
Bent Ottesen  
Hvidovre Hospital  
Gynækologisk Obstetrisk afdeling  
(gynækologi - obstetrik)

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

Overlæge, dr.med. Josef Parnas,  
Hvidovre Hospital,  
Psykiatrisk afdeling  
(psykiatri)  
til 31.07.98

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

Professor, dr.med.  
Niels Reisby,  
Psykiatrien i Århus Amt  
Psykiatrilæden  
(psykiatri)  
til 31.07.98

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

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

## **Retslægerådets medlemmer 1999**

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

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

Overlæge Helle Aggernæs,  
Kommunehospitalet,  
Psykiatrisk Afdeling  
(psykiatri)  
til 28.02.99

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

Overlæge, dr.med. Birte Yding  
Glenthøj  
Bispebjerg Hospital  
Psykiatrisk afdeling E  
(psykiatri)

Cheflæge Anne Lindhardt,  
Roskilde Amtssygehus Fjorden  
(psykiatri)  
fra 01.03.99

Overlæge Peter Gottlieb  
Sct. Hans Hospital  
Psykiatrisk afdeling R  
(psykiatri)

Overlæge, dr.med. Jens Lund  
Psykiatrisk Hospital i Århus  
Afdeling R  
(psykiatri)

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Bent Ottesen  
Hvidovre Hospital  
Gynækologisk Obstetrisk afdeling  
(gynækologi - obstetrik)

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

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

## **Sagkyndige anvendt i 1998**

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons,  
Odense Universitetshospital,  
Gynækologisk obstetrisk afdeling D  
(gynækologi-obstetrik)
2. Overlæge, dr.med.  
Else Andersen,  
Hillerød Sygehus,  
Børneafdeling H  
(pædiatri)
3. Professor, overlæge, dr. med.  
Klaus E. Andersen,  
Odense Universitetshospital,  
Dermatologisk afdeling I  
(dermato - venerologi)
4. Overlæge, dr.med.  
Kjeld Skou Andersen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Akut modtagecenter  
(ortopædkirurgi)
5. Overlæge, dr.med.  
Jørgen G. Berthelsen,  
Hillerød Sygehus,  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling  
(gynækologi-obstetrik)
6. Professor, overlæge, dr.med.  
Per Kærgaard Bjerre,  
Odense Universitetshospital,  
Neurokirurgisk afdeling U  
(neurokirurgi)
7. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn T. Black,  
Marselisborg Hospital,  
Medicinsk-epidemisk afdeling A  
(medicin)
8. Professor, overlæge, dr.med.  
Mogens Blichert-Toft,  
Rigshospitalet, Abdominalcentret,  
Mamma- og Endo. kir. afsnit DP  
(kirurgi)
9. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Bonde,  
Århus Kommunehospital,  
Arbejdsmedicinsk Klinik  
(arbejdsmedicin)
10. Professor, overlæge, dr.med.  
Gudrun Boysen,  
Bispebjerg Hospital,  
Neurologisk afdeling N  
(neuromedicin)
11. Overlæge, dr.med.  
Flemming Burcharth,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Kirurgisk afdeling (mave-tarm-  
sygdomme)  
(kirurgi)
12. Professor, overlæge, dr.med.  
Cody Eric Bünger,  
Århus Kommunehospital,  
Kirurgisk afdeling E  
(ortopædkirurgi)
13. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Juel Christensen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk- endokrinologisk afdeling  
(medicin)

14. Overlæge John Christiansen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Kirurgisk afdeling (mave-tarm-  
sygdomme)  
(kirurgi)
15. Overlæge  
Jens Krogh Christoffersen,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Urologisk- karkirurgisk afdeling H  
(kirurgi)
16. Overlæge, dr.med. Leif Corydon,  
Vejle Sygehus,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)
17. Professor, overlæge, dr.med.  
Ronald Dahl,  
Århus Kommunehospital,  
Lungemedicinsk afdeling B  
(medicin)
18. Professor, overlæge, dr.med.  
Mogens Dam,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)
19. Overlæge, dr.med. Sven Dorph,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Røntgenafdelingen  
(radiologi)
20. Overlæge Ole Ejner  
Drachmann,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Klinisk immunologisk afdeling og  
blodbank  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
21. Overlæge, dr.med.  
K. T. Drzewiecki,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Plastikkirurgisk afdeling  
(kirurgi)
22. Overlæge Erik Dupont,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)
23. Overlæge Uffe Dyreborg,  
Odense Universitetshospital,  
Røntgenafdelingen  
(radiologi)
24. Overlæge, dr.med. Niels Ehlers,  
Århus Kommunehospital,  
Øjenafdeling J  
(oftalmologi)
25. Lektor, lic. pharm. Søren Felby  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retskemi)
26. Overlæge, dr.med.  
Anders Fischer,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Kirurgisk afdeling D  
(kirurgi)
27. Overlæge, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen,  
Rigshospitalet, Abdominalcenteret,  
Afdeling P  
(medicin)

28. Oversygeplejerske  
Vibeke Freilev,  
Bispebjerg Hospital,  
Psykiatrisk afdeling  
(sygeplejeforhold)
29. Overlæge  
Vibeke Vejlsgaard Goldschmidt,  
Hillerød Sygehus,  
Børne- og ungdomspsykiatrisk  
afdeling M  
(børne- og ungdomspsykiatri)
30. Professor, dr.med.  
Markil Gregersen,  
Århus Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
31. Overlæge, dr.med.  
Gorm Greisen,  
Rigshospitalet,  
Neonataalklinikken  
(pædiatri)
32. Overlæge, dr.med. Ole Greisen,  
Aalborg Sygehus Syd,  
Øre-, næse- og halsafdeling H  
(oto-rhino-lar.)
33. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Arbejdsmedicinsk Klinik  
(arbejdsmedicin)
34. Professor, overlæge, dr.med.  
Tage Hald,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Urologisk afdeling H  
(kirurgi)
35. Lektor, lic.med.  
A. Carsten Hansen,  
Retsmedicinsk Institut i Århus  
(retskemi)
36. Tandlæge, dr.odont  
Harry L. Hansen,  
København  
(odontologi)
37. Overlæge, dr.med.  
Troels Mørk Hansen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk afdeling E  
(medicin)
38. Oversygeplejerske Jette Hare,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk hæmatologisk afdeling  
(sygeplejeforhold)
39. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø,  
Rigshospitalet, Hjertecenteret,  
Medicinsk afdeling B  
(medicin)
40. Afdelingsleder Per Have,  
Statens Veterinære Institut for Virus-  
forskning,  
Lindholm  
(veterinær mikrobiologi)
41. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen,  
Hvidovre Hospital,  
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.  
afdeling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

42. Overlæge, dr.med. Ib Hesso, v,  
Århus amtssygehus,  
Kirurgisk afdeling L  
(Kirurgi)
43. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Odontologisk afdeling  
(odontologi)
44. Professor, dr.odont.  
Erik Hjorting-Hansen,  
Tandlægeskole,  
Afdeling for tand- mund- og kæbe-  
kirurgi  
(odontologi)
45. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Holm,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Urologisk afdeling H  
(kirurgi)
46. Overlæge, dr.med. Per Holstein,  
Bispebjerg Hospital,  
Thorax- karkirurgisk afdeling L  
(kirurgi)
47. Vicestatsobducent, dr.med.  
Hans Petter Hougen,  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
48. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Klinisk mikrobiologisk afdeling  
(mikrobiologi)
49. Overlæge, dr.med.  
Hans Jakob Ingerslev,  
Skejby Sygehus,  
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y  
(gynækologi-obstetrik)
50. Overlæge, dr.med.  
Jørgen Ingerslev,  
Skejby Sygehus,  
Klinisk immunologisk afdeling  
(medicin)
51. Lektor, dr.odont.  
Flemming Isidor,  
Tandlægeskolen, Århus  
(odontologi)
52. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen,  
Vejle Sygehus,  
Onkologisk afdeling  
(onkologi)
53. Speciallæge, dr.med.  
Bjarne Hamilton Jakobsen,  
Frederiksberg  
Speciallægeklinik  
(kirurgi)
54. Lektor Jan Jakobsen,  
Retsmedicinsk Institut,  
Retspatologisk afdeling  
(odontologi)
55. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)

56. Overlæge Erik Gert Jensen,  
Sønderborg Sygehus,  
Ortopædkirurgisk afdeling O  
(ortopædkirurgi)
57. Overlæge, dr.med.  
Erik Martin Jensen,  
Bispebjerg Hospital,  
Reumatologisk afdeling H  
(medicin)
58. Overlæge, dr.med.  
Gorm B. Jensen,  
Hvidovre Hospital,  
Kardiologisk afdeling  
(medicin)
59. Speciallæge, dr.med.  
Hans-Eric Jensen,  
København,  
(kirurgi)
60. Professor, overlæge, dr.med.  
Troels Staehelin Jensen,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)
61. Professor, dr.med. Bent Juhl,  
Århus Kommunehospital,  
Anæstesiologisk afdeling  
(anæstesiologi)
62. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker,  
Odense Universitetshospital,  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk  
sek.  
(medicin)
63. Chefspsykolog Agnete Jønsson,  
Rigshospitalet,  
Neurocenteret  
(neuropsykologi)
64. Lektor, lic.pharm. Elisabeth Kaa,  
Århus Universitet,  
Retskemisk afdeling  
(kemi)
65. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Kampmann,  
Bispebjerg Hospital,  
Medicinsk Center, Intern medicinsk  
klinik  
(medicin)
66. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper,  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H  
(pædiatri)
67. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet,  
Hvidovre Hospital,  
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling  
(kirurgi)
68. Overlæge, dr.med.  
Svend Vedel Kessing,  
Rigshospitalet,  
Øjenklinikken  
(oftalmologi)
69. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen,  
Århus Kommunehospital,  
Plastikkirurgisk afdeling Z  
(kirurgi)



70. Oversygeplejerske  
Gitte Kosakewitsch,  
Hvidovre Hospital,  
Reumatologisk afdeling  
(sygeplejeforhold)

71. Overlæge, dr.med.  
Michael Kosteljanetz,  
Rigshospitalet, Neurocentret,  
Neurokirurgisk afdeling NK  
(neurokirurgi)

72. Overlæge, dr.med.  
Christen Krag,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Plastikkirurgisk afdeling V  
(plastikkirurgi)

73. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Krasilnikoff,  
Hvidovre Hospital,  
Børneafdelingen  
(pædiatri)

74. Overlæge, dr.med.  
Jørgen Kvist Kristensen,  
Rigshospitalet, Abdominalcentret,  
Kirurgisk afdeling D  
(kirurgi)

75. Overlæge, dr.med.  
Erik Krogh,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)

76. Overlæge Torben Larsen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Ultralydafdelingen  
(billeddiagnostik)

77. Overlæge, dr.med.  
Benedicte Laursen,  
Aalborg Sygehus Syd,  
Medicinsk afdeling B  
(medicin)

78. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Ortopæd-kirurgisk afdeling U  
(ortopædkirurgi)

79. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Lund-Andersen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Øjenafdeling Ø 124  
(oftalmologi)

80. Overlæge Jens Otto Lund,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.  
afdeling  
(Alkohol- og medicinpåvirkethed)

81. Professor, dr.med.  
Carl Erik Mabeck,  
Århus Universitet,  
Institut for Almen Medicin  
(almen medicin)

82. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Medicinsk afdeling TA  
(medicin)

83. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche,  
Odense Universitetshospital,  
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet  
(medicin)

84. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Dermatologisk afdeling K  
(dermato - venerologi)
85. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Anæstesiafdeling AN  
(anæstesiologi)
86. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen,  
Odense Universitetshospital,  
Øjenafdeling E  
(oftalmologi)
87. Afdelingsleder, dr.med.  
Niels Morling,  
Københavns Universitet,  
Retsgenetisk afdeling  
(retsgenetik)
88. Overlæge, dr.med.  
Henning Mouridsen,  
Rigshospitalet, Finsencenteret,  
Onkologisk afdeling  
(onkologi)
89. Professor, overlæge, dr.med.  
Thorkild Mygind,  
Røntgenklinikken,  
København  
(radiologi)
90. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller,  
Odense Universitetshospital,  
Kardiologisk afdeling B  
(medicin)
91. Overlæge Jens Henrik Nehen,  
Aalborg Sygehus Syd,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)
92. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen,  
Hvidovre Hospital,  
Infektionsmedicinsk afdeling  
(medicin)
93. Vicesstatsobducent, dr.med.  
Nils Højgaard Nielsen,  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
94. Overlæge, dr.med.  
Steen Levin Nielsen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afde-  
ling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
95. Professor, overlæge, dr.med.  
Torsten Toftgaard Nielsen,  
Skejby Sygehus,  
Hjertemedicinsk afdeling B  
(medicin)
96. Overtandlæge Sven Nielsen,  
Helsingør Kommune,  
Espergærde  
(odontologi)
97. Overjordemoder Louise Nordvig,  
Aalborg Sygehus Nord,  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling  
(jordemoderforhold)

98. Afdelingsforstander, læge  
Lars Ovesen,  
Veterinær- og Fødevarerdirektoratet  
(veterinær mikrobiologi)
99. Afdelingstandlæge Ulla Pallesen,  
Tandlægeskolen,  
Afdeling for tandsygdomslære  
(odontologi)
100. Professor, overlæge, dr.med.  
Agnete Parving,  
Bispebjerg Hospital,  
Audiologisk/Foniatrisk afdeling  
(oto-rhino-laryngologi)
101. Professor, overlæge, dr.med.  
Olaf B. Paulson,  
Rigshospitalet, Neurocentret,  
Neurologisk afdeling N  
(neuromedicin)
102. Overlæge Birgit Peitersen,  
Hvidovre Hospital,  
Børneafdelingen  
(pædiatri)
103. Overlæge, dr.med.  
Erik Peitersen,  
Rigshospitalet,  
HovedOrtoCentret  
(oto-rhino-laryngologi)
104. Overlæge N. C. Petersen,  
Aabenraa  
(plastikkirurgi)
105. Overlæge Hans Pedersen,  
Amtssygehuset Roskilde,  
Billeddiagnostisk afdeling  
(billeddiagnostik)
106. Overlæge Jørgen Pless,  
Odense Universitetshospital,  
Plastikkirurgisk afdeling Z  
(kirurgi)
107. Professor, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen,  
Københavns Universitet,  
Farmakologisk Institut  
(farmakologi)
108. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan Ulrik Prause,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)
109. Afdelingslæge Alan Rabøl,  
Vejle Sygehus,  
Klinisk fysiologisk afdeling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
110. Overlæge, dr.med.  
Fritz E. Rank,  
Rigshospitalet,  
Patologisk afdeling  
(patologi)
111. Speciallæge Lars B. Rasmussen,  
Roskilde,  
Speciallægeklinik  
(kirurgi)
112. Overtandlæge, dr.odont.  
Ole Collin Rasmussen,  
Hillerød Sygehus,  
Odontologisk afdeling  
(odontologi)

113. Overlæge Carsten Rose,  
Odense Universitetshospital,  
Onkologisk- radioterapeutisk afde-  
ling R  
(onkologi)

114. Overlæge, dr.med.  
Jarl Rosenørn,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Neurokirurgisk afdeling H  
(neurokirurgi)

116. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Rovsing,  
Hvidovre Hospital,  
Røntgenafdelingen  
(radiologi)

117. Professor, overlæge, dr.med.  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell,  
Odense Universitetshospital,  
Gastro- enterologisk afdeling S  
(medicin)

118. Alm. praktiserende læge  
Poul Schiøler,  
Lægehuset,  
Glamsbjerg  
(almen medicin)

119. Overlæge Kaare Schmidt,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Neurokirurgisk afdeling N  
(neurokirurgi)

120. Professor, dr.med.  
Jens S. Schou,  
Københavns Universitet,  
Farmakologisk Institut  
(farmakologi)

121. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder,  
Rigshospitalet, Abdominalcentret,  
Kar-kirurgisk afdeling RK  
(kirurgi)

122. Specialtandlæge  
Susanne Siersbæk-Nielsen,  
Bybækskolernes tandklinik,  
Farum  
(odontologi)

123. Professor, overlæge, dr.med.  
Anne Katrin Sjølie,  
Århus Kommunehospital,  
Øjenafdeling J  
(oftalmologi)

124. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Skakkebæk,  
Rigshospitalet,  
Klinik for vækst og reproduktion  
(medicin)

125. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Skinhøj,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Epidemi klinik  
(medicin)

126. Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Skovby,  
Rigshospitalet,  
Juliane Marie Centeret  
(pædiatriklinisk genetik)

127. Centerdirektør, professor,  
dr.med. Gunhild R. L. Skovgaard,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
(dermato - venerologi)

128. Professor, overlæge, dr.med.  
Kristian Stengaard-Pedersen,  
Århus Kommunehospital,  
Reumatologisk afdeling  
(medicin)
129. Overlæge Niels Stephensen,  
Hvidovre Hospital,  
Ortopædkirurgisk afdeling  
(ortopædkirurgi)
130. Overlæge, dr.med.  
Svend Strandgaard,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Nefrologisk afdeling B  
(medicin)
131. Professor, overlæge, dr.med.  
Thorkil Sørensen,  
Odense Universitetshospital,  
Psykiatrisk afdeling P  
(psykiatri)
132. Speciallæge, dr.med.  
Ole Thage,  
Albertslund,  
(neuromedicin)
133. Overlæge, dr.med.  
Bjarne Svalgaard Thomsen,  
Århus Kommunehospital,  
Reumatologisk afdeling  
(medicin)
134. Professor  
Jørgen Lange Thomsen,  
Odense Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
135. Professor, overlæge, dr.med.  
P.E. Bloch Thomsen,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Kardiologisk afdeling P  
(medicin)
136. Overlæge John Thygesen,  
Rigshospitalet,  
Øjenklinikken  
(oftalmologi)
137. Professor, overlæge, dr.med.  
Mirko Tos,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Øre-, næse- og halsafdeling E  
(oto-rhino-lar.)
138. Professor, overlæge, dr.med.  
Else K. Tønnesen,  
Århus Kommunehospital,  
Anæstesiologisk afdeling N  
(anæstesiologi)
139. Vicestatsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby,  
Århus Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
140. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum,  
Bispebjerg Hospital,  
Lungemedicinsk afdeling P  
(medicin)
141. Overlæge Sven Viskum,  
Aalborg Sygehus Nord,  
Arbejdsmedicinsk Klinik  
(arbejdsmedicin)

142. Overlæge, dr.med. Bo Voldby,  
Århus Kommunehospital,  
Neurokirurgisk afdeling GS  
(neurokirurgi)

143. Professor, overlæge, dr.med.  
Kaare Weismann,  
Bispebjerg Hospital,  
Dermato-Venerologisk afdeling  
(dermato-venerologi)

144. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Wolf,  
Skejby Sygehus,  
Urologisk afdeling K  
(kirurgi)

145. Chefpsykolog  
Rut Gunilla Øberg,  
Bartholin Institutet  
(neuropsykologi)

## **Sagkyndige anvendt i 1999**

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons,  
Odense Universitetshospital,  
Gynækologisk obstetrisk afdeling D  
(gynækologi-obstetrik)
2. Overlæge Henrik Allermann,  
Skejby Sygehus,  
Thoraxkirurgisk afdeling  
(kirurgi)
3. Overlæge  
Henrik Steen Andersen,  
Rigshospitalet, Neurocenteret,  
Psykiatrisk afdeling O  
(psykiatri)
4. Overlæge, dr.med. Else Andersen,  
Hillerød Sygehus,  
Børneafdeling H  
(pædiatri)
5. Professor, overlæge, dr.med.  
Klaus E. Andersen,  
Odense Universitetshospital,  
Dermatologisk afdeling I  
(dermato - venerologi)
6. Overlæge, dr.med.  
Kjeld Skou Andersen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Akut modtagecenter  
(ortopædkirurgi)
7. Overlæge Grethe Astrup,  
Århus Kommunehospital,  
Anæstesi og intensiv afdeling N  
(anæstesiologi)
8. Professor, overlæge, dr.med.  
Henning Bech-Nielsen,  
Odense Universitetshospital,  
Medicinsk afdeling M  
(medicin)
9. Overlæge, dr.med.  
Jørgen G. Berthelsen,  
Hillerød Sygehus,  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling  
(gynækologi-obstetrik)
10. Overlæge Morten Birket-Smith,  
Bispebjerg Hospital,  
Psykiatrisk afdeling E  
(psykiatri)
11. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn T. Black,  
Marselisborg Hospital,  
Medicinsk-epidemisk afdeling A  
(medicin)
12. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Bonde,  
Århus Kommunehospital,  
Arbejdsmedicinsk Klinik  
(arbejdsmedicin)
13. Professor, overlæge, dr.med.  
Gudrun Boysen,  
Bispebjerg Hospital,  
Neurologisk afdeling N  
(neuromedicin)
14. Overlæge Marie Bojsen-Møller,  
Århus Kommunehospital,  
Patologisk-anatomisk institut  
(patologi)

15. Chefspsykolog Birgitte Brun,  
Sct. Hans Hospital,  
Klinisk psykologisk afdeling  
(psykologi)
16. Overlæge, dr.med.  
Flemming Burcharth,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Kirurgisk afdeling (mave-tarm-  
sygdomme)  
(kirurgi)
17. Professor, overlæge, dr.med.  
Cody Eric Bünger,  
Århus Kommunehospital,  
Kirurgisk afdeling E  
(ortopædkirurgi)
18. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Juel Christensen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk- endokrinologisk afdeling  
(medicin)
19. Overlæge, dr.med.  
Steen Bach Christensen,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Ortopædkirurgisk klinik  
(kirurgi)
20. Overlæge John Christiansen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Kirurgisk afdeling (mave-tarm-  
sygdomme)  
(kirurgi)
21. Professor, overlæge, dr.med.  
Ronald Dahl,  
Århus Kommunehospital,  
Lungemedicinsk afdeling B  
(medicin)
22. Professor, overlæge, dr.med.  
Mogens Dam,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)
23. Professor, overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen,  
Rigshospitalet, Hjertecenteret,  
Lungemedicinsk klinik  
(medicin)
24. Overlæge, dr.med. Sven Dorph,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Røntgenafdelingen  
(radiologi)
25. Overlæge  
Ole Ejner Drachmann,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Klinisk immunologisk afdeling og  
blodbank  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
26. Overlæge, dr.med.  
K. T. Drzewiecki,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Plastikkirurgisk afdeling  
(kirurgi)
27. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Egund,  
Århus Kommunehospital,  
Røntgendiagnostisk afdeling R  
(røntgendiagnostik)
28. Overlæge, dr.med. Niels Ehlers,  
Århus Kommunehospital,  
Øjenafdeling J  
(oftalmologi)



29. Professor, dr.med. Erling Falk,  
Skejby Sygehus,  
Hjertemedicinsk afdeling B  
(medicin)
30. Lektor, lic.pharm. Søren Felby,  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retskemi)
31. Overlæge Per Klausen Fink,  
Forskningsenh. F. Funkt. Lid.,  
(psykiatri)
32. Overlæge, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen,  
Rigshospitalet, Abdominalcenteret,  
Afdeling P  
(medicin)
33. Professor, dr.med. Henrik Galbo,  
Københavns Universitet,  
Panum Instituttet,  
Medicinsk-Fysiologisk Institut  
(medicin)
34. Professor, dr.med.  
Markil Gregersen,  
Århus Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
35. Overlæge, dr.med. Ole Greisen,  
Aalborg Sygehus Syd,  
Øre-, næse- og halsafdeling H  
(oto-rhino-lar.)
36. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Arbejdsmedicinsk Klinik  
(arbejdsmedicin)
37. Professor, overlæge, dr.med.  
Tage Hald,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Urologisk afdeling H  
(kirurgi)
38. Lektor, lic.med.  
A. Carsten Hansen,  
Retsmedicinsk Institut i Århus  
(retskemi)
39. Tandlæge, dr.odont.  
Harry L. Hansen,  
København  
(odontologi)
40. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbe Hansen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk hæmatologisk afdeling  
(medicin)
41. Overlæge, dr.med.  
Troels Mørk Hansen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk afdeling E  
(medicin)
42. Oversygeplejerske Jette Hare,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Medicinsk hæmatologisk afdeling  
(sygeplejeforhold)
43. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø,  
Rigshospitalet, Hjertecenteret,  
Medicinsk afdeling B  
(medicin)

44. Afdelingsleder Per Have,  
Statens Veterinære Institut for Virus-  
forskning,  
Lindholm  
(veterinær mikrobiologi)
45. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen,  
Hvidovre Hospital,  
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.  
afdeling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
46. Professor, dr.odont.  
Erik Hjørting-Hansen,  
Tandlægeskole,  
Afdeling for tand- mund- og kæbe-  
kirurgi  
(odontologi)
47. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Holm,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Urologisk afdeling H  
(kirurgi)
48. Overlæge, dr.med. Per Holstein,  
Bispebjerg Hospital,  
Thorax- og karkirurgisk afdeling L  
(kirurgi)
49. Professor, ph.d., dr.odont.  
Palle Holmstrup,  
Tandlægeskolen  
Afdelingen for parodontologi  
(odontologi)
50. Vicestatsobducent, dr.med.  
Hans Petter Hougen,  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)
51. Overlæge, dr.med.  
Lars Hylstrup,  
Hvidovre Hospital,  
Klinik for endokrinologi  
(medicin)
52. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Klinisk mikrobiologisk afdeling  
(mikrobiologi)
53. Overlæge, dr.med.  
Hans Jakob Ingerslev,  
Skejby Sygehus,  
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y  
(gynækologi-obstetrik)
54. Lektor, dr.odont.  
Flemming Isidor,  
Tandlægeskolen, Århus  
(odontologi)
55. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen,  
Vejle Sygehus,  
Onkologisk afdeling  
(onkologi)
56. Speciallæge, dr.med.  
Bjarne Hamilton Jakobsen,  
Frederiksberg,  
Speciallægeklinik  
(kirurgi)

57. Lektor Jan Jakobsen,  
Retsmedicinsk Institut,  
Retspatologisk afdeling  
(odontologi)

58. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)

59. Overlæge Erik Gert Jensen,  
Sønderborg Sygehus,  
Ortopædkirurgisk afdeling O  
(ortopædkirurgi)

60. Overlæge, dr.med.  
Gorm B. Jensen,  
Hvidovre Hospital,  
Kardiologisk afdeling  
(medicin)

61. Speciallæge, dr.med.  
Hans-Eric Jensen,  
København,  
Speciallægeklinik  
(kirurgi)

62. Overlæge, dr.med.  
Karl Erik Jensen,  
Rigshospitalet,  
Radiologisk klinik  
(radiologi)

63. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander Jensen,  
Rigshospitalet, Hjertecenteret,  
Thoraxkirurgisk klinik RT  
(kirurgi)

64. Overlæge  
Tim Toftegaard Jensen,  
Hvidovre Hospital,  
Ortopædkirurgisk afdeling  
(kirurgi)

65. Professor, overlæge, dr.med.  
Troels Staehelin Jensen,  
Århus Kommunehospital,  
Neurologisk afdeling F  
(neuromedicin)

66. Professor, dr. med. Bent Juhl,  
Århus Kommunehospital,  
Anæstesiologisk afdeling  
(anæstesiologi)

67. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker,  
Odense Universitetshospital,  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk  
sek.  
(medicin)

68. Chefspsykolog Agnete Jønsson,  
Rigshospitalet,  
Neurocenteret  
(neuropsykologi)

69. Overlæge  
Ole Sylvester Jørgensen,  
Bispebjerg Hospital,  
Børne- og ungdomspsykiatrisk  
afdeling F  
(psykiatri)

70. Lektor, lic.pharm. Elisabeth Kaa,  
Århus Universitet,  
Retskemisk afdeling  
(kemi)

71. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Kampmann,  
Bispebjerg Hospital,  
Medicinsk Center, Intern medicinsk  
klinik  
(medicin)
72. Overlæge, dr.med. Jens Kamper,  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H  
(pædiatri)
73. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet,  
Hvidovre Hospital,  
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling  
(kirurgi)
74. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen,  
Århus Kommunehospital,  
Plastikkirurgisk afdeling Z  
(kirurgi)
75. Overlæge, dr.med.  
Michael Kosteljanetz,  
Rigshospitalet, Neurocentret,  
Neurokirurgisk afdeling NK  
(neurokirurgi)
76. Overlæge, dr.med.  
Christen Krag,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Plastikkirurgisk afdeling V  
(kirurgi)
77. Professor, overlæge, dr.med.  
Christian Krarup,  
Rigshospitalet, Neurocenteret,  
Klinik for neurofysiologi NF  
(neuromedicin)
78. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Krasilnikoff,  
Hvidovre Hospital,  
Børneafdelingen  
(pædiatri)
79. Lektor Birgitte Kringholm,  
Københavns Universitet,  
Retspatologisk afdeling  
(retspatologi)
80. Overlæge, dr.med.  
Jørgen Kvist Kristensen,  
Rigshospitalet, Abdominalcentret,  
Kirurgisk afdeling D  
(kirurgi)
81. Overlæge, dr.med. Erik Krogh,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)
82. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Falk Larsen,  
Amtssygehuset i Gerlev,  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling  
(gynækologi-obstetrik)
83. Overlæge  
Christian Kruse-Larsen,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Neurokirurgisk afdeling H  
(neurokirurgi)
84. Overlæge, dr.med.  
Benedicte Laursen,  
Aalborg Sygehus Syd,  
Medicinsk afdeling B  
(medicin)

85. Overlæge, dr.med.  
Henning Laursen,  
Rigshospitalet; Laboratoriecentret,  
Neuropatologisk Lab. PA  
(neuropatologi)
86. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Ortopæd-kirurgisk afdeling U  
(ortopædkirurgi)
87. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Lund-Andersen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Øjenafdeling Ø 124  
(oftalmologi)
88. Overlæge Jens Otto Lund,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.  
afdeling  
(Alkohol- og medicinpåvirkethed)
89. Professor, dr.med.  
Carl Erik Mabeck,  
Århus Universitet,  
Institut for Almen Medicin  
(almen medicin)
90. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad,  
Hvidovre Hospital,  
Klinik for endokrinologi  
(medicin)
91. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Medicinsk afdeling TA  
(medicin)
92. Cheflæge, dr.med.  
Thomas R. Mandrup-Poulsen,  
Steno Diabetes Center,  
Medicinsk-endokrinologisk afdeling  
(medicin)
93. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche,  
Odense Universitetshospital,  
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet  
(medicin)
94. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Dermatologisk afdeling K  
(dermato - venerologi)
95. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Anæstesiafdeling AN  
(anæstesiologi)
96. Overlæge Torben S. Mogensen,  
Hvidovre Hospital,  
Anæstesiologisk afdeling  
(anæstesiologi)
97. Professor, overlæge, dr.med.  
C. E. Mogensen,  
Århus Kommunehospital,  
Medicinsk afdeling  
(medicin)
98. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen,  
Odense Universitetshospital,  
Øjenafdeling E  
(oftalmologi)

99. Afdelingsleder, dr.med.

Niels Morling,  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut,  
Retsgenetisk afdeling  
(retsgenetik)

100. Overlæge, dr.med.

Henning Mouridsen,  
Rigshospitalet, Finsencenteret,  
Onkologisk afdeling  
(onkologi)

101. Professor, overlæge, dr.med.

Thorkild Mygind,  
Røntgenklinikken,  
København  
(radiologi)

102. Overlæge, dr.med.

Mogens Møller,  
Odense Universitetshospital,  
Kardiologisk afdeling B  
(medicin)

103. Overlæge Jens Henrik Nehen,

Aalborg Sygehus Syd,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)

104. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Ole Nielsen,  
Hvidovre Hospital,  
Infektionsmedicinsk afdeling  
(medicin)

105. Vicestatsobducent, dr.med.

Nils Højgaard Nielsen,  
Københavns Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)

106. Overlæge, dr.med.

Steen Levin Nielsen,  
Amtssygehuset i Herlev,  
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afde-  
ling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

107. Professor, overlæge, dr.med.

Torsten Toftegaard Nielsen,  
Skejby Sygehus,  
Hjertemedicinsk afdeling B  
(medicin)

108. Overtandlæge Sven Nielsen,

Helsingør Kommune,  
Espergærde  
(odontologi)

109. Professor, overlæge, dr.med.

Jes Olesen,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Neurologisk afdeling N  
(neuromedicin)

110. Afdelingstandlæge

Ulla Pallesen,  
Tandlægeskolen,  
Afdeling for tandsygdomslære  
(odontologi)

111. Professor, overlæge, dr.med.

Agnete Parving,  
Bispebjerg Hospital,  
Audiologisk/Foniatrisk afdeling  
(oto-rhino-laryngologi)

112. Professor, overlæge, dr.med.

Peter Kildeberg Paulsen,  
Skejby Sygehus,  
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T  
(kirurgi)

113. Professor, overlæge, dr.med.  
Olaf B. Paulson,  
Rigshospitalet, Neurocentret,  
Neurologisk afdeling N  
(neuromedicin)
114. Professor, overlæge, dr.med.  
Court Pedersen,  
Odense Universitetshospital,  
Infektionsmedicinsk afdeling C  
(medicin)
115. Overlæge Birgit Peitersen,  
Hvidovre Hospital,  
Børneafdelingen  
(pædiatri)
116. Overlæge, dr.med.  
Erik Peitersen,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
øre-næse-halsklinik  
(oto-rhino-laryngologi)
117. Overlæge N. C. Petersen,  
Aabenraa  
(plastikkirurgi)
118. Overlæge Jørgen Pless,  
Odense Universitetshospital,  
Plastikkirurgisk afdeling Z  
(kirurgi)
119. Professor, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen,  
Københavns Universitet,  
Farmakologisk Institut  
(farmakologi)
120. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan Ulrik Prause,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Øjenafdelingen  
(oftalmologi)
121. Afdelingslæge Alan Rabøl,  
Vejle Sygehus,  
Klinisk fysiologisk afdeling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
122. Overlæge, dr.med.  
Fritz E. Rank,  
Rigshospitalet, Laboratoriecenteret,  
Patologisk afdeling  
(patologi)
123. Neuropsykolog  
Jens Østergård Riis,  
Socialmedicinsk enhed  
(psykologi)
124. Overlæge, dr.med.  
Jarl Rosenørn,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Neurokirurgisk afdeling H  
(neurokirurgi)
125. Specialtandlæge Thyge Rossel,  
Birkerød  
(odontologi)
126. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Rovsing,  
Hvidovre Hospital,  
Røntgenafdelingen  
(radiologi)
127. Professor, overlæge, dr.med.  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell,  
Odense Universitetshospital,  
Gastro- enterologisk afdeling S  
(medicin)

128. Alm. praktiserende læge  
Poul Schiøler,  
Lægehuset,  
Glamsbjerg  
(almen medicin)

129. Overlæge Kaare Schmidt,  
Amtssygehuset i Glostrup,  
Neurokirurgisk afdeling N  
(neurokirurgi)

130. Professor, dr.med.  
Jens S. Schou,  
Københavns Universitet,  
Farmakologisk Institut  
(farmakologi)

131. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder,  
Rigshospitalet, Abdominalcentret,  
Kar-kirurgisk afdeling RK  
(kirurgi)

132. Specialtandlæge  
Susanne Siersbæk-Nielsen,  
Bybækskolernes tandklinik,  
Farum  
(odontologi)

133. Overlæge  
Bjarne Muhldorff Sigurd,  
Bispebjerg Hospital,  
Medicinsk Center, Kardiologisk  
klinik  
(medicin)

134. Professor, overlæge, dr.med.  
Anne Katrin Sjølie,  
Århus Kommnehospital,  
Øjenafdeling J  
(oftalmologi)

135. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Skakkebæk,  
Rigshospitalet,  
Klinik for vækst og reproduktion  
(medicin)

136. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Skinhøj,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
Epidemi klinik  
(medicin)

137. Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Skovby,  
Rigshospitalet,  
Juliane Marie Centeret  
(pædiatriklinisk genetik)

138. Centerdirektør, professor,  
dr.med. Gunhild R. L. Skovgaard,  
Rigshospitalet, RHIMA Centret,  
(dermato - venerologi)

139. Professor, overlæge, dr.med.  
Kristian Stengaard-Pedersen,  
Århus Kommnehospital,  
Reumatologisk afdeling  
(medicin)

140. Overlæge Niels Stephensen,  
Hvidovre Hospital,  
Ortopædkirurgisk afdeling  
(ortopædkirurgi)

141. Professor, dr.med.  
Jan Svennevig,  
Rikshospitalet,  
Oslo, Norge  
(kirurgi)



142. Overlæge, dr.med.  
Henning Sørensen,  
Rigshospitalet, Laboratoriecenteret  
Klinisk immunologisk laboratorium  
(medicin)

143. Professor, overlæge, dr.med.  
Per Soelberg Sørensen,  
Rigshospitalet; Neurocenteret,  
Neurologisk klinik N  
(neuromedicin)

144 Professor, overlæge, dr.med.  
Thorkil Sørensen,  
Odense Universitetshospital,  
Psykiatrisk afdeling P  
(psykiatri)

145. Speciallæge, dr.med.  
Ole Thage,  
Albertslund,  
(neuromedicin)

146. Overlæge, dr.med.  
Bjarne Svalgaard Thomsen,  
Århus Kommunehospital,  
Reumatologisk afdeling  
(medicin)

147. Professor  
Jørgen Lange Thomsen,  
Odense Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)

148. Professor, overlæge, dr.med.  
P.E. Bloch Thomsen,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Kardiologisk afdeling P  
(medicin)

149. Overlæge John Thygesen,  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret,  
Øjenklinikken  
(oftalmologi)

150. Professor, overlæge, dr.med.  
Mirko Tos,  
Amtssygehuset i Gentofte,  
Øre-, næse- og halsafdeling E  
(oto-rhino-lar.)

151. Professor, overlæge, dr.med.  
Else K. Tønnesen,  
Århus Kommunehospital,  
Anæstesiologisk afdeling N  
(anæstesiologi)

152. Overlæge, dr.med.  
Niels Uldbjerg,  
Skejby Sygehus,  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y  
(gynækologi-obstetrik)

153. Overlæge Niels Valentin,  
Fredensborg  
(anæstesiologi)

154. Vicesstatsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby,  
Århus Universitet,  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)

155. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum,  
Bispebjerg Hospital,  
Lungemedicinsk afdeling P  
(medicin)

156. Overlæge Sven Viskum,  
Aalborg Sygehus Nord,  
Arbejdsmedicinsk Klinik  
(arbejdsmedicin)

157. Overlæge, dr.med. Bo Voldby,  
Århus Kommunehospital,  
Neurokirurgisk afdeling GS  
(neurokirurgi)

158. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Wolf,  
Skejby Sygehus,  
Urologisk afdeling K  
(kirurgi)

159. Chefspsykolog  
Rut Gunilla Øberg,  
Bartholin Instituttet  
(neuropsykologi)

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

Speciallæge i fysiurgi og rehabilite-  
ring,  
Kjeld Christensen,  
Køge

med henblik på behandling af  
autorisationsforhold.

## **Retslægerådets sekretariat 1998**

Blegdamsvej 6, 2200 København N

Tlf. 35 37 33 22. Fax 35 37 50 21

### **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatsleder, cand.jur. Merete Engholm (til 31.05.98)

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen (fra 01.08.98)

### **Medicinske sekretærer**

Speciallæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig)

### **Sekretærer**

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen.

Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)

Assistent Sanne Nielsen (20 timer ugentlig)

## **Retslægerådets sekretariat 1999**

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. Marianne Kristensen

### **Medicinske sekretærer**

Speciallæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)  
Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig)  
Læge Klaus Poulsen (12 timer ugentlig - fra 01.06.99)

### **Sekretærer**

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.  
Overassistent Annelise Gersby Jacobsen.  
Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)  
Assistent Dorte Nielsen (fra 01.02.99)

## II. Statistik

### A: Sager behandlet i Retslægerådet 1998

A. Psykiatriske sager .....	696
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	253
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr. ....	7
D. Faderskabssager .....	282
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold .....	482
F. Administrative sager m.v. ....	317
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	28
M. Færdselssager med medicinindtagelse .....	132
<b>I ALT .....</b>	<b>2197</b>

## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	304
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser .....	110
Ændring i strafferetlig foranstaltning .....	249
Ophævelse af farlighedsdekret .....	18
Overførsel til sikringsanstalten .....	5
Umyndiggørelser .....	0
Benådning .....	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.) .....	9
<b>I ALT .....</b>	<b>696</b>

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	130
Indtagelse af såvel spiritus som medicin .....	123
<b>I ALT .....</b>	<b>253</b>

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	7
Ændring af navn/cpr.nr. ....	0
I ALT .....	7

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	112
Arbejdsskader/ulykker .....	110
Erstatning, pensionssager m.v. ....	113
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	54
Aldersbestemmelse .....	78
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	0
Diverse .....	15
I ALT .....	482

## **B: Sager behandlet i Retslægerrådet 1999**

A. Psykiatriske sager .....	607
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	241
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr. ....	10
D. Faderskabssager .....	307
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold .....	611
F. Administrative sager m.v. ....	293
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	11
M. Færdselssager med medicinindtagelse .....	108
<b>I ALT .....</b>	<b>2188</b>



## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	350
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser .....	30
Ændring i strafferetlig foranstaltning .....	198
Ophævelse af farlighedsdekret .....	9
Overførsel til sikringsanstalten .....	10
Umyndiggørelser .....	1
Benådning .....	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.) .....	9
I ALT .....	607

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	134
Indtagelse af såvel spiritus som medicin .....	107
I ALT .....	241

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	10
Ændring af navn/cpr.nr. ....	0
I ALT .....	10

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	112
Arbejdsskader/ulykker .....	167
Erstatning, pensionsager m.v. ....	158
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	36
Aldersbestemmelse .....	126
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	0
Diverse .....	12
I ALT .....	611

# III. Udvalgte sager af interesse

## Kvaliteten af Retslægerådets udtalelser. Habilitetsspørgsmål.

**Referat fra et temamøde på Vilvorde Kursuscenter med Retslægerådets sagkyndige den 22.11.99.  
(Programmet for mødet findes sidst i artiklen).**

I temamødet deltog Retslægerådets medlemmer, cirka 100 af rådets sagkyndige, samt landsdommer Holger Kallehaug og afdelingschef Kaj Larsen, Folketingets Ombudsmand.

### **Kvaliteten af Retslægerådets udtalelser.**

Introduktion ved professor Jørn Simonsen.

Formanden for Retslægerådet, professor Jørn Simonsen, indledte med en redegørelse for Retslægerådets arbejdsgang og grundlaget for rådets udtalelser. Han gennemgik rådets opbygning og regelgrundlaget for rådets virksomhed, således som beskrevet i lov om Retslægerådet og i Retslægerådets forretningsorden. Af § 6 i forretningsordenen fremgår det, at Retslægerådets udtalelser skal være ledsaget af grunde. Dette indebærer, at begrundelsen for rådets svar på de enkelte spørgsmål tydeligt skal fremgå af rådets udtalelser. Simonsen henstillede til de voterende, at de i højere grad end hidtil formulerede og uddybede begrundelserne for svarene.

Rådets sagsbehandling bør være så kort som mulig, hvorfor det henstilles

til de voterende, at deres votering afsluttes inden for højest 2 uger. Hvis dette på forhånd skønnes umuligt, anmodes den pågældende om at kontakte rådets sekretariat, alternativt umiddelbart at returnere sagen til rådet. Såfremt der i en sag er flere spørgetemaer, bør disse besvares i kronologisk orden, således at de ældst daterede besvares først.

Bilageringen af de ofte mange sagsakter kan være et problem, idet sagens parter undertiden har undladt en systematisk, tydelig og overskuelig bilagering. For at lette sagsbehandlingen har rådets sekretariat gennemført en "intern bilagering" af de lægelige sagsakter. Dette er alene tænkt som en hjælp til de voterende. I rådets svar må denne bilagering ikke anvendes. Her

anvendes den af sagens parter anvendte bilagering, om nødvendigt med angivelse af dateringen af de pågældende sagsakter.

### **Begrundelse af rådets svar.**

**Professor Ib Lorenzen.**

Kvaliteten af Retslægerådets svar er afgørende for tilliden til Retslægerådet, ligesom kvaliteten også vil være af betydning for, i hvilket omfang Retslægerådet får forelagt sager. Endelig må det tages i betragtning, at Retslægerådet kan komme til at spille en rolle som normgiver i lægefaglige spørgsmål. Jurister betragter Retslægerådet som repræsenterende den højeste lægefaglige ekspertise. Retslægerådet anses for en neutral instans og er en unik dansk institution, som principielt må betragtes som værdifuld og bevaringsværdig. Ikke sjældent vil der være berøringsflader til andre offentlige instanser som Patientklagenævnet og Arbejds-skadestyrelsen m.v.

Hvorledes kan kvaliteten af rådets svar og dermed rådets betydning øges?

For det første er der et generelt behov for en mere udførlig begrundelse af rådets svar. Lapidariske svar som ”Ja” og ”Nej” er ikke vejledende for sagens parter. Et vigtigt spørgsmål er holdbarheden af rådets begrundelser. Hvad er den ”gyldne standard”, som rådet kan henholde sig til?

Ved valg af sagkyndige lægger Retslægerådet vægt på, at de pågældende må antages at have den for øjeblikket eksisterende ekspertviden om det pågældende emne. En udførlig begrundelse vil derfor i flere tilfælde kunne baseres

på de pågældende eksperterers paratviden. I andre tilfælde kan det være relevant at henvise til forskellige former for evidensbaseret medicin, herunder kontrollerede kliniske forsøg. Af og til bliver Retslægerådet anmodet om at give en mere generel beskrivelse af et sygdomsbillede, et udredningsprogram eller en behandlingsstrategi. Rådet har hidtil som hovedregel afstået fra at redegøre for ”lærebogsstof” og henvist sagens parter til selv at benytte sig af de relevante håndbøger. Imidlertid vil dette sjældent være muligt for sagens parter, med mindre de allierer sig med en speciallæge inden for det pågældende område.

Retslægerådet bør derfor overveje en mere imødekommende holdning til redegørelse for lærebogsstof i sager, hvor dette falder naturligt.

Med den stigende anvendelse af ”vejledende retningslinier”, ”referenceprogrammer” og andet skriftligt instruktionsmateriale, som blandt andet Sundhedsstyrelsen udsender, må det forudses, at Retslægerådet vil få forelagt spørgsmål, der henviser til sådanne retningslinier. En vigtig rolle for Retslægerådet kan blive at præcisere sådanne retningsliniers begrænsninger, for så vidt angår den konkrete patient.

Det kan næppe undgås, at en mere udførlig begrundelse af rådets svar specielt i tilfælde, hvor begrundelserne indeholder litteraturhenvisninger, vil betyde en øget arbejdsbyrde for de voterende og i et vist omfang også et øget tidsforbrug. Dette kan imidlertid opvejes af fordelene ved den øgede kvalitet og dermed en bedre vejledning af rådets brugere.

Retslægerådets årsberetninger rummer muligheden for at viderebringe retningslinierne for rådets afgørelser i konkrete og beslægtede sagsområder. Hermed kan Retslægerådet få en vis normgivende funktion.

### **Diskussion.**

Litteraturhenvisninger/generelle spørgsmål kunne efter nogle sagkyndiges opfattelse være problematisk, fordi det kunne diskuteres, hvilke litteraturhenvisninger der skulle lægges mest vægt på. Andre var enige i, at Retslægerådet var nødt til at besvare generelle spørgsmål, som direkte var affødt af konkrete sager. Indlederen bekræftede, at litteraturhenvisninger og besvarelse af generelle spørgsmål kun kom på tale, såfremt svarene på de pågældende spørgsmål måtte opfattes som en uddybende, forklarende og begrundende del af svarene på de konkrete spørgsmål. Endvidere kunne det have betydning at begrunde, hvorfor en for Retslægerådet forelagt litteraturhenvisning eventuelt ikke var relevant. Det er ikke Retslægerådets opgave at redegøre for lærebogsstof, som ikke har en klar og logisk sammenhæng med de konkrete sagsspørgsmål, der er forelagt rådet.

Flere deltagere gav udtryk for, at en yderligere begrundelse af rådets svar ville være ensbetydende med en øget arbejdsindsats fra de voterendes side. Det blev også nævnt, at der kunne være en risiko for selvmodsigelser i rådets udtalelser, såfremt rådet i højere grad end tidligere afgav mere generelle udtalelser. Indlederen erkendte dette, men anførte, at en fastholdelse af den

nuværende praksis ville svække værdien af rådets udtalelser.

Der blev stillet spørgsmål om, hvorvidt rådets udtalelser i lægefejsager altid blev fulgt af retterne. Dette var ikke tilfældet. Forklaringen herpå måtte ses i det forhold, at der i domstolenes afgørelser også indgik andre præmisser end dem, der har ligget til grund for rådets udtalelser.

Der blev udtrykt ønske om, at Retslægerådet i sager af beslægtet karakter udarbejdede en vejledning for de voterende vedrørende behandlingen af sådanne typer sager. På denne baggrund har Retslægerådet taget initiativ til orienterende drøftelser med deltagelse af sagkyndige inden for de pågældende områder. Formålet hermed er at finde frem til nogle overordnede retningslinier for rådets udtalelser i sådanne sager.

Afslutningsvis konkluderede ordstyrelsen, at der syntes at være enighed om, at rådet for fremtiden skulle bestræbe sig for i højere grad end hidtil at uddybe og begrunde rådets besvarelser samt have en lidt mere åben holdning til generelle spørgsmål og litteraturhenvisninger.

### **Hypotetiske spørgsmål.**

**Spørgsmålet: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger".**

**Formulering af rådets svar.**

**Rådets svartider.**

**Professor Jørn Simonsen.**

Som hovedregel afstår Retslægerådet fra at besvare hypotetiske spørgsmål.

Spørgsmålet: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger" anvendes i stigende grad af sagens parter. Det er en hovedregel, at Retslægerådet skal begrænse sine svar til det, der konkret bliver spurgt om. Imidlertid forekommer det, at formuleringen af spørgsmålene til Retslægerådet afspejler, at den eller de pågældende spørgsmålstillere ikke har forstået sagens lægelige aspekter og derfor bevæger sig ud i forkerte baner. Dette har Retslægerådet mulighed for at rette op på, såfremt spørgsmålet: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger", bliver stillet. Samtidig kan dette spørgsmål også give rådet en kærkommen mulighed for at udvide begrundelsen af svarene på de stillede spørgsmål, uanset at man herved bevæger sig ud over, hvad der direkte bliver spurgt om. Formanden henstillede derfor til de voterende, at man udnytter disse muligheder og ikke, således som det nu ofte er tilfældet, besvarer det pågældende spørgsmål med "Nej"!

Formanden nævnte i øvrigt, at Retslægerådet håber, at det vil vise sig muligt at ændre rådets forretningsorden, således at der åbnes mulighed for i visse situationer at inddrage forhold, som ikke direkte fremgår af det forelagte spørgetema.

Retslægerådet skal undgå at svare på spørgsmål af typen: "Kan det udelukkes, at ...". Som regel vil et sådan spørgsmål næsten altid blive besvaret med et "nej", hvilket kan give problemer i den juridiske fortolkning af rådets udtalelse. Tilsvarende gælder

spørgsmål som: "Har behandlingen været optimal", og spørgsmål som: "er Retslægerådet enige med speciallæge NN, jf. speciallægens erklæring bilag XX?". Det er vigtigt, at Retslægerådet svarer helt konkret og foretager sin egen vurdering. Det må også erindres, at Retslægerådet ikke udtaler sig om juridiske spørgsmål.

Formanden henstillede til de sagkyndige at formulere deres vota på dansk, selvom lægefaglige betegnelser ofte indgår i spørgsmålene. Dette skyldes, at andre instanser, som skal benytte sig af rådets udtalelser, ikke nødvendigvis forstår de lægefaglige udtryk, uanset at de er anvendt i spørgetemaet.

Formanden understregede endvidere, at de sagkyndige ikke på egen hånd må inddrage yderligere ekspertise i de enkelte sager. Såfremt der efter de pågældende sagkyndiges opfattelse er behov herfor, skal der rettes henvendelse til rådets formand med henblik på at få spørgsmålet belyst, eventuelt gennem inddragelse af yderligere voterende i sagen.

**Rådets fremmøde i retten.  
"Second Opinions".  
Godkendelse af rettens  
spørgsmål til Retslægerådet.  
Forhold, der ikke er spurgt  
om.**

Landsdommer Holger Kallehauge.

**Retslægerådets fremmøde i  
retten.**

Spørgsmålet er omtalt i betænkning nr. 1196/1990 om Retslægerådet s. 91-96.

Medens det er helt sædvanligt, at sagkyndige, som har afgivet en skriftlig erklæring til retten, også bliver indkaldt til domsforhandlingen, hvor de afhøres som sagkyndige vidner, gælder dette ikke for Retslægerådet.

Udover traditionen kan der gives flere gode grunde for, at praksis er, som den er. Men først et par ord om traditionen. Retslægerådet var tidligere ikke glad for at modtage indkaldelser til at give møde i retten. I 1956 udtalte Retslægerådet sig meget negativt om denne mulighed, idet man principielt tog afstand fra tanken om, at et eller flere af Retslægerådets medlemmer skulle give møde i retten, og henviste til, at Retslægerådet er et collegium, hvorfor en enkelt repræsentant ikke kan svare for andre end sig selv, hvis man kommer uden for det, der er omfattet af Retslægerådets skriftlige svar, at medlemmerne bor spredt rundt omkring i landet, hvilket gør fremmøde i retten tidsrøvende og besværlig, at møde ved alle de voterende er forbundet med betydelige vanskeligheder, og at fremmøde i retten ved en enkelt repræsentant kun er sket i sjældne tilfælde.

I sager vedrørende mentalerklæring bør man indkalde den psykiater, der har afgivet mentalerklæringen og ikke andre. Dette er fortsat rigtigt.

Justitsministeren bakkede i 1956 Retslægerådet op og henviste parterne til at stille supplerende skriftlige spørgsmål, for derved at begrænse den arbejdsbyrde, rådets medlemmer ellers kunne risikere at pådrage sig. Også dette er stadig rigtigt. Supplerende skriftlige spørgsmål må i langt de fleste tilfælde være den rigtige fremgangsmåde.

Retslægerådet har imidlertid helt generelt ændret holdning. Når der er et konkret velbegrundet behov for det, vil en repræsentant for Retslægerådet gerne give møde i retten.

Det i praksis i civile sager vigtigste eksempel er formentlig, at retten har givet tilladelse til afhøring af et andet sagkyndigt lægevidne. I så fald ønsker Retslægerådet også at give møde. I modsat fald risikerer man, at den sagkundskab, som Retslægerådet repræsenterer, kan komme til at fremstå svagere end den mundtlige forklaring, som afgives af et andet sagkyndigt lægevidne. Antallet af sådanne tilfælde vil næppe blive stort, fordi Retslægerådets svar kun sjældent søges anfægtet ved indkaldelse af andre læger. Begæring om sådan bevisførelse gives ej heller kurant.

Hvis Retslægerådet selv angiver, at et eller flere af rådets svar er behæftet med tvivl på punkter af væsentlig betydning for bedømmelse af sagen, eller hvis der afgives dissens, kan dette meget vel tænkes at kunne begrunde indkaldelse til at give møde i retten. I tilfælde af dissens skal der møde en repræsentant for henholdsvis flertallet og mindretallet. Fremmøde i retten medfører selvsagt ikke, at vedkommende bliver inhabil, hvis der senere måtte blive stillet supplerende spørgsmål i samme sag.

Den, der møder i retten for Retslægerådet, har ret til et honorar for arbejdet. Honoraret fastsættes af den pågældende repræsentant for rådet, men skal godkendes af retten. Honorarets størrelse bør på forhånd være fastsat og

meddelt advokaterne, således at de har haft mulighed for at ytre sig om det, før retten godkender honoraret. I praksis giver dette så godt som aldrig problemer.

Fra praksis kan nævnes:

**U.1965.680 H.**

En slagteriarbejder kom på sin arbejdsplads til skade ved at stikke en kniv igennem venstre håndled. Han blev behandlet på skadestuen, men ikke sat til at komme til kontrol med henblik på videre behandling af nervelæsion. Han blev først 4 1/2 måned senere undergivet korrekt specialistbehandling med nervesutur. Han fik voldsomme smerter og måtte igennem flere operationer, der endte med amputation af to fingre. Invaliditet 45%.

Skaden antoges at være en følge af "causalgi", som kan opstå selv ved optimal behandling.

Sygehuset erkendte, at det var en fejl ikke at have draget omsorg for fortsat observation, men bestred årsagsforbindelse.

Der blev indhentet erklæring fra overlæge på X hospital, som sammen med en repræsentant fra Retslægerådet blev afhørt til brug for anke til Højesteret, som endte med at give skadelidte 2/3 erstatning.

**U.1989.106 Ø.**

Hovedsagen vedrørte spørgsmålet om eventuelt lægeansvar som følge af skader, som en kvinde pådrog sig under et abortindgreb på sygehus. Retten

nægtede sagsøger ret til at fremlægge en ensidigt indhentet lægeerklæring, som fremkom, efter at sagen havde været forelagt for Retslægerådet, jf. U.1988.611.Ø.

Af hensyn til sagens oplysning tillod retten selvstændig bevisoptagelse med afhøring af dels en læge udpeget af Den almindelige danske Lægeforening, dels en repræsentant for Retslægerådet, med henblik på at stille supplerende spørgsmål til Retslægerådet.

**U.1986.452 H.**

En montør fik skade på en arm, som kom i klemme i et transportbånd. På sygehuset blev han opereret og fik armen i gipsskinne, holdt på plads med elastikbind. A fik smerter og følelsesløshed. Bindet blev løsnet næste morgen. Herefter ingen observationer, før bindet blev fjernet 3 dage senere. Der konstateredes kompressionskade og 60 % invaliditet. Ifølge Retslægerådet var det tvivlsomt, om der var årsagsforbindelse, og om der burde have været mere tilsyn.

Der blev indhentet 3 specialisterklæringer, og alle 3 overlæger blev afhørt i landsretten, og til brug for Højesteret tillige en svensk medicinsk professor, som alle gik imod Retslægerådet. Retslægerådet afgav herefter en supplerende skriftlig udtalelse. Skadelidte fik herefter medhold i, at sygehuset var erstatningsansvarlig.

**U.1988.611 Ø.**

Ensidigt indhentet lægeerklæring, som sagsøger havde indhentet for at kunne imødegå Retslægerådets svar, blev ikke



tilladt fremlagt. "Selvom der er adgang til at efterprøve og imødegå Retslægerådets svar under fri bevisbedømmelse, findes dette ikke at burde foregå ved brug af en ensidigt indhentet sagkyndig erklæring, allerede fordi det altid vil unddrage sig efterprøvelse, hvorledes den sagkyndige i så fald er udpeget og dermed også, hvordan erklæringen er blevet til."

### **"Second opinons." Rettens godkendelse af spørgsmål til Retslægerådet.**

Med denne overskrift sigtes der til den problemstilling, der opstår, når en part vil søge at anfægte rigtigheden af et eller flere af de svar, som Retslægerådet har afgivet.

Kan man overhovedet gøre det og i givet fald hvordan?

Der gælder bevisfrihed i dansk ret. Der er derfor i princippet ikke noget, som afskærer en part fra at forsøge at anfægte rigtigheden af et svar afgivet af Retslægerådet, men det er i praksis ganske vanskeligt at få medhold i et sådant anbringende. Hertil kræves typisk en anden mindst lige så vægtig og lødig lægesagkyndigs udtalelse, som overbeviser retten om, at Retslægerådet har taget fejl.

Indledningsvis kan man prøve at se på, hvordan praksis er, når der er afholdt syn og skøn under en retssag.

Det står altid en part frit at stille nye relevante spørgsmål til skønsmanden. Grænsen går ved spørgsmål, som er overflødige, irrelevante eller gentagelser. Sådanne spørgsmål vil retten efter

begæring fra modparten afvise som overflødig bevisførelse, jf. retsplejelovens § 341.

Hvornår er et tillægsspørgsmål irrelevant?

Hvis modparten ikke protesterer, vil retten kun sjældent gribe ind og af sig selv censurere spørgsmålene. Det kan måske overraske dem, der ikke har daglig føling med civile retssager. Domstolene er imidlertid tilbageholdende og overlader som udgangspunkt og hovedregel procesførelsen og navnlig sagsforberedelsen til advokaterne, når de er enige. Det er der flere gode grunde til.

For det første følger dette af retsplejeloven, som bygger på det princip, at parterne har rådighed over sagsførelsen, medmindre retsplejeloven har bestemt andet, og det har den kun for visse bestemte sagsgrupper, som for eksempel faderskabssager, umyndiggørelsessager og sager om administrativ frihedsberøvelse.

For det andet er det særlig på det forberedende stadium parterne, og ikke dommeren, som kender sagen bedst. Det, som for dommeren kan virke uvæsentligt eller helt overflødigt, kan af grunde, som dommeren ikke kan se af sagens dokumenter, vise sig at være endog betydningsfuldt ved pådømmelsen. Det maner til besindighed og får de fleste dommere til at tøve ganske længe, før de begynder at stille spørgsmålstejn ved den bevisførelse, som advokaterne er enige om.

Selvom retten skal give tilladelse til, at der stilles spørgsmål til en skønsmand,

herunder nye spørgsmål, ganske som det også gælder i forhold til Retslægerådet, betyder dette ikke, at dommeren på dette stadium af sagen har sat sig nøje ind i spørgetemaet og har vurderet kvaliteten af hvert enkelt spørgsmål. Rettens godkendelse har i vidt omfang karakter af at være en form-sag, så længe advokaterne er enige.

Når skønserklæringen foreligger, og alle supplerende spørgsmål er stillet, så kan den part, som er utilfreds med svaret, normalt ikke få et nyt syn og skøn. Det er faktisk overordentligt sjældent, at retten tillader, at der afholdes et nyt syn og skøn. Hvis der er klare og væsentlige fejl ved det første skøn, kan dette dog forekomme.

I forhold til Retslægerådet gælder det foran anførte så meget mere, som rådet har en helt særlig autoritet som landets højeste sagkundskab på det lægelige område.

Inden man stiller spørgsmål til Retslægerådet, er der rig mulighed for at indhente lægeerklæringer og fremlægge dem som bevismidler.

Omvendt gælder det modsatte, efter at Retslægerådet har udtalt sig. På dette stadium anses denne del af sagsforberedelsen for afsluttet.

Ensidigt indhentede lægeerklæringer, som kommer efter Retslægerådets svar, vil efter påstand blive afvist. Enes parterne derimod om det, vil også sådanne erklæringer indgå i sagen. Ofte vil sådanne sent indkomne lægeerklæringer udløse nye spørgsmål til Retslægerådet.

Hvis en advokat ønsker at afhøre et sagkyndigt lægevidne under domsfor-

handlingen, bør en repræsentant for Retslægerådet også afhøres. Det er nu også Retslægerådets standpunkt, belært af smertelig erfaring, tør man måske sige, jf. betænkningen s. 95, og U.1989.106 Ø.

### **Forhold, der ikke er spurgt om.**

Ifølge betænkningen s. 137 bør Retslægerådet ikke indlade sig på at svare på andet og mere end det, der bliver spurgt om. Gør man det, svækkes tilliden til Retslægerådets upartiskhed, jf. U.1988.441 Ø.

Ifølge betænkningen skal Retslægerådet dog heller ikke ubetinget lukke øjnene og bare lade stå til, hvis man mener, at der er væsentlige forhold, som ikke kommer frem, hvis Retslægerådet ikke selv peger på dem.

Det er naturligvis et dilemma, når man ikke kan overholde respekten for parternes rådighed over processen og bevisførelsen uden at risikere at komme i kollision med den materielle sandhed. Tidligere ville en dommer, som blev stillet over for dette valg - lad os sige for 30-40 år siden - have holdt sig til respekten for partsautonomien og have sagt, at det altid er svært at vide, hvad den materielle sandhed er. Man kan ikke vide, hvorfor en part og dennes advokat fører sagen på en bestemt måde, og det skal retten heller ikke blande sig i. Den materielle sandhed er et ideal, man kan stræbe efter at nå, men om man gør det, og i givet fald hvornår, det får vi aldrig at vide.

I dag er der givetvis en del dommere, som - uanset faren for at miste skæret af uvildighed - vil gribe ind og benytte

sig af rettens adgang til at stille opklarende spørgsmål for at søge at nå frem til den materielle sandhed. Man taler her undertiden om materiel procesledelse. Det er altid farligt, men det kan være risikoen værd.

For den, der er sagkyndig, kan man formentlig sige, at dilemmaet er langt værre end for en dommer. Den sagkyndige vil jo ofte som ekspert med større ret kunne hævde, at han kan gennemskue sagen og virkelig se, hvor problemet er, og hvordan det kan løses eller burde have været løst. Eksperten kan i sådanne tilfælde dårligt leve med ikke at få sandheden frem.

Enhver almindelig syns- og skønsforretning, for eksempel vedrørende mangler ved et hus, begynder i reglen med, at skønsmanden afholder et møde med parterne, hvor han gennemgår skønstemaet og retter spørgsmål til. Der reddes mange misforståede og dårlige spørgsmål ved en sådan gennemgang, og skønsmanden sikrer sig derigennem en vis kontrol med sagen, således at han ikke afskæres fra at komme frem til det eller de rigtige svar.

Retslægerådet kan naturligvis ikke holde møder med parterne, men kan begære præcisering af de stillede spørgsmål, jf. betænkningen s. 133 og 136, begære yderligere oplysninger indhentet i form af helt nyt materiale eller supplerende oplysninger, eller selv foretage eller lade en ny undersøgelse af en patient foretage.

Ifølge betænkningen vil det derimod ikke være korrekt at opfordre parterne

eller en af dem til at stille helt nye spørgsmål, det vil sige spørgsmål, som ikke har sammenhæng med nogen af de allerede stillede.

Er det nu ubetinget rigtigt?

“Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?” Så har man næsten frit slag, jf. betænkningen s. 132-133.

Hvis man vil fremme mulighederne for, at Retslægerådet skal kunne udtale sig mere frit, det vil sige øge mulighederne for, at Retslægerådet finder frem til den materielle sandhed, så kunne man jo anbefale parterne altid at slutte af med et spørgsmål af denne art. Den metode lider dog af den svaghed, at Retslægerådet bliver afhængig af, om en part nu også stiller dette spørgsmål. Muligheden for at nå frem til den materielle sandhed bliver i så fald gjort afhængig af, om en vis juridisk abracadabraformular er anvendt. Det er ikke tilfredsstillende.

Man kan efter min mening stille sig selv det spørgsmål, om der ikke foreligger to fordomme:

- Retslægerådets fordom er, at advokaterne ved deres udspekulerede spørgsmål søger at manipulere med den lægelige sagkundskab for at opnå et for klienten gunstigt resultat.

- Advokaternes fordom er, at Retslægerådet læser spørgsmålene, som fanden læser Biblen, for ikke at give flere oplysninger fra sig, end man er pisket til.

Disse fordomme lyser af gensidig mistillid. Hvad kan man gøre ved det?

Vejen frem kunne være at give Retslægerådet ret til ex officio at ytre sig om det, som rådet anser for sagens rette lægelige sammenhæng, uden at være bundet af spørgsmålene.

De stillede spørgsmål skal naturligvis altid besvares. Men hvis det ikke er tilstrækkeligt til at give et dækkende og fyldestgørende billede af det, der er sagens rette lægelige sammenhæng, ville det så ikke være helt naturligt og meget legitimt at fortælle retten og parterne dette?

Vil Retslægerådet ikke netop ved at gøre dette på bedste vis leve op til sin position som den højeste lægelige sagskundskab? Vil det ikke netop virke tillidsskabende?

Hvis alle på forhånd ved, at det er sådan Retslægerådet arbejder, så er der ikke nogen, der bliver skuffede eller overraskede. Det, der kan være betænkeligt og kompromitterende for Retslægerådet, er at gøre dette uden varsel og derfor uventet for parterne. Gør man det, vil domstolene meget muligt statuere, at Retslægerådet har overskredet sin kompetence. Hvis man derimod indfører hjemmel for, at Retslægerådet er beføjet til at gøre dette, når der er behov for det, opstår der ikke længere noget formelt problem. Hvis Retslægerådet indfører en ny praksis, hvorefter rådet kan svare på andet og mere end det, der er spurgt om, vil man udrydde fordommene om, at rådet dækker over lægerne, og samtidig give rådet den bevægelsesfrihed, som kan være nødvendig for ikke at blive tvunget til at medvirke til at afgive svar, som ikke er retvisende.

Hvis Retslægerådet føler, at det her omtalte spørgsmål er en relevant problematik, det vil sige et spørgsmål, som af og til forekommer i praksis, så vil jeg mene, at man bør tage sagen op og søge at få accept, primært fra Advokatrådets side for en udvidet officialvirksomhed fra Retslægerådets side.

Anklagemyndigheden vil formentlig ikke have noget imod en sådan ny praksis, og domstolene næppe heller.

### **Diskussion.**

Adskillige af de voterende havde oplevet sager, hvor der efter deres opfattelse manglede spørgsmål i relation til den lægefaglige problemstilling, og en række eksempler blev nævnt. Problemet er særlig aktuelt i civile sager. Muligvis kan en ændring af Retslægerådets forretningsorden råde bod på dette forhold.

Flere var inde på det spørgsmål, om rådet i sine responsa burde gå ind på de omstændigheder/forhold, hvorunder eventuelle lægefejl er begået. Det kan eksempelvis dreje sig om de enkelte sygehuses ressourcer udstyrmæssigt og personalemæssigt, om beredskab (undernormering) eller særligt arbejdspress i den pågældende situation. Det blev fremhævet, at det ikke er Retslægerådets opgave at foretage en bevisvurdering vedrørende sådanne forhold, men landsdommer Kallehauge anførte, at der ved rettens afgørelse ville blive lagt vægt på sådanne forhold, såfremt de indgik i rådets præmisser.

For så vidt angår fremmøde i retten anmoder Retslægerådet altid en af de

voterende i den pågældende sag om at møde. Det er således ikke et af de faste medlemmer af Retslægerådet, der møder på rådets vegne, med mindre den pågældende har deltaget i sagens votering. Det blev understreget, at det ved rådets fremmøde i retten alene påhviler den pågældende sagkyndige at uddybe og forklare rådets udtalelse. Derimod kan den pågældende naturligvis ikke besvare nye spørgsmål til Retslægerådet. Såfremt der bliver stillet supplerende nye spørgsmål, kan den pågældende eventuelt besvare spørgsmålet, men må så samtidig understrege, at den sagkyndige ikke nu udtaler sig på Retslægerådets vegne, men på egne vegne.

## **Habilitetsspørgsmål.**

### **Professor Jørn Simonsen.**

Professor Jørn Simonsen orienterede om rådets praksis vedrørende habilitet. En del af reglerne er nævnt i Betænkningen om Retslægerådet, Betænkning 1196 fra 1990, kapitel 7, side 69f. Hvis der er tvivl om habiliteten hos en voterende, er det i vid udstrækning overladt til Retslægerådets formand at træffe den endelige beslutning.

En sagkyndig kan ikke deltage i en sags behandling i nedenstående tilfælde:

1. Såfremt den pågældende har været involveret i sagen tidligere eller har tilknytning til en instans, som for eksempel Patientforsikringen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Arbejds-skadestyrelsen m.v., som har behandlet sagen.

2. Såfremt den person, sagen vedrører, har været patient på et hospital, som den voterende er tilknyttet, eller et hospital, som administrativt hører under samme sygehusejer.

3. Såfremt den voterende har et særligt tilknytningsforhold til noget af det involverede sundhedspersonale.

I øvrigt har Retslægerådet oplevet en række andre eksempler fra den daglige virksomhed, hvor spørgsmål om habilitet opstår. Eksempelvis følgende:

- Den voterende er samtidig med tilknytning til Retslægerådet ansat i en anden instans, som har behandlet sagen, men den voterende har ikke deltaget i sagens behandling i den pågældende instans.

- Den voterende har tidligere været ansat i en instans, som har behandlet sagen.

- Den voterende har skrevet artikler m.v. specielt om det emne, som sagen vedrører, herunder samme situation, hvor en eller flere af sagens parter direkte har henvist til den pågældende litteratur.

- Den voterende er ansat af samme sygehusejer, men på et andet sygehus, som ikke har haft kontakt med den pågældende patient.

- Den patient, sagen vedrører, har været behandlet på det sygehus, hvor den sagkyndige er ansat, men ikke på den sagkyndiges afdeling.

- Den voterende er beslægtet med eller personlig bekendt med personale på en afdeling, hvor patienten er behandlet.

- En voterende er gift med, beslægtet med eller personlig bekendt af en ad-

vokat, som repræsenterer en af parterne i sagen.

- Ved afslutningen af sagsbehandlingen i Retslægerådet bliver formanden opmærksom på, at en af de voterende er inhabil. Er de øvrige, som har set den pågældendes votering, også inhabile?

### **Afdelingschef Kaj Larsen fra Folketingets Ombudsmand.**

Kaj Larsen nævnte indledningsvis, at Folketingets Ombudsmand har meget få sager om inhabilitet og endnu færre sager, der vedrører Retslægerådets område. Det er generelt et område, hvor der ikke ofte uddeles kritik. Kaj Larsen gennemgik de foreliggende regler om inhabilitet og herunder, hvad man specielt skal se på ved vurderingen af, om der eventuelt foreligger inhabilitet. Listen er ikke udtømmende. Der er tale om hovedpunkter. Det er farligt at give nogle meget håndfaste regler for, hvornår der foreligger inhabilitet. Udgangspunktet er en konkret vurdering i den enkelte sag.

1. Habilitet – retsgrundlag: forvaltningslov, andet grundlag, eventuelt ulovbestemt grundlag. Under dette punkt skal man ind og se, hvilke regler der foreligger på området. Da Retslægerådet ikke træffer afgørelser, men er et rådgivende organ, er Retslægerådet ikke omfattet af forvaltningsloven, idet den kun gælder for afgørelsessager, jf. § 2. Da forvaltningsloven i vidt omfang er en stadfæstelse af almindelige retsgrundsætninger, vil reglerne i forvaltningsloven ofte blive brugt analogt.

I princippet styrer en analog anvendelse af forvaltningslovens og retsplejelovens regler om inhabilitet således Retslægerådets virksomhed. Reglerne i retsplejeloven er de regler, der gælder for dommere. I retsplejeloven er stillet endnu højere krav til habilitet end efter forvaltningslovens regler.

2. Grundlaget for personens hverv (accepterer hvervreglerne "inhabilitet"?).

3. Generel risikovurdering (objektiv) jf. § 3, stk. 2.

4. Tillidshensynet.

For en myndighed som Retslægerådet vil tillidshensynet begrunde, at der skal stilles et rimeligt højt krav ved vurderingen af, om der foreligger inhabilitet.

5. Myndighedens karakter.

En myndighed som Retslægerådet ligger som ovenfor nævnt i den høje ende af skalaen ved vurderingen af, om der foreligger inhabilitet. Myndighedens karakter kan således tale for, at man anvender retsplejelovens regler, som kræver fuldstændig upartiskhed.

6. Sagens karakter. Forvaltningslovens § 3, stk. 2.

7. Interessens karakter og styrke. Forvaltningslovens § 3, stk. 2.

8. Substitutionsproblemer. Forvaltningslovens § 4.

I forvaltningslovens § 4 er det det almindelige princip, at såfremt det ikke er muligt at finde en person, der kan behandle en sag, kan en person, der

måske er "lidt" inhabil, godt deltage i sagens behandling, men ved overvejselsen af, om det er muligt at finde en anden person, kan det være nødvendigt at gå uden for landets grænser.

9. Personens funktioner, forvaltningslovens § 3, stk. 2.

I forvaltningslovens § 6 er der en underrettningsregel. Hvis en voterende er i tvivl om, hvorvidt der foreligger inhabilitet, er der pligt til at underrette herom. Selvom man ikke selv tror, at forholdet har betydning, skal der ske en orientering, og det er så myndighedens chef, der skal vurdere, om der foreligger inhabilitet.

En myndighed kan godt vælge generelt at have et meget restriktivt niveau for, hvornår der foreligger inhabilitet, men har man først valgt et restriktivt niveau, er det som udgangspunkt nødvendigt, at den restriktive praksis følges konsekvent.

Kaj Larsen fremhævede herefter nogle konkrete eksempler fra Retslægerådets praksis. Retslægerådets retningslinier om, at den voterende ikke kan arbejde under samme sygehusejer, som den person sagen vedrører, er udtryk for en meget restriktiv praksis. Der er ikke tale om inhabilitet i forvaltningslovens forstand, selv om en voterende arbejder under samme sygehusejer som den person, sagen vedrører, hvis der ikke i øvrigt er noget tilknytningsforhold imellem dem. Såfremt den voterende skal vurdere en kollega fra samme afdeling, hvor den voterende er ansat, vil der foreligge inhabilitet. Såfremt der derimod er tale om kollega på samme

sygehus, men ikke på samme afdeling, vil der ikke i forvaltningslovens forstand som udgangspunkt foreligge inhabilitet. Arbejder en voterende på et andet sygehus end det, den person sagen vedrører, arbejder på, vil der ikke være inhabilitet. Kaj Larsen nævnte dog i forbindelse med de konkrete eksempler, at det har god støtte i Betænkningen om Retslægerådet, at der er en meget restriktiv praksis vedrørende inhabilitet.

Et andet eksempel er, at en voterende har skrevet artikler og litteratur om et emne, der så senere forekommer i en konkret sag. Dette forhold gør ikke den voterende inhabil.

Hvis en voterende tidligere har været ansat i en myndighed eller et organ, der har behandlet sagen, vil det være en helt konkret vurdering, om der foreligger inhabilitet. For eksempel kan der lægges vægt på, hvor meget kontakt, den voterende har med sine tidligere kollegaer.

I forbindelse med vurderingen af slægtskabet i forhold til habilitetsvurderingen er der et forholdsvist lavt niveau i forvaltningsloven. Også i disse tilfælde er der tale om en helt konkret vurdering af, hvornår der foreligger inhabilitet, hvis der er tale om et slægtskab, der går ud over de situationer, som direkte er nævnt i forvaltningsloven (§ 3, stk. 1, nr. 2).

Såfremt det senere viser sig, at der har været en inhabil voterende med under en sagsbehandling, vil det være udtryk for en meget stærk reaktion at lade hele sagen gå om. Det må igen være en konkret vurdering, om de øvrige voterende er påvirket af den inhabiles votering.

Som hovedregel fører inhabilitet hos en myndighed til ugyldighed, men hvis inhabiliteten ikke har haft konkret betydning, behøver der ikke at foreligge ugyldighed. Ansvarer herfor er hos myndigheden. Normalt kan habile medlemmer, som tidligere har behandlet en sag, godt være med ved sagens anden behandling, efter at den inhabile er udtrådt af sagen.

### **Diskussion.**

På forespørgsel oplyste Kaj Larsen, at Retslægerådet havde en strengere praksis i relation til inhabilitet end ombudsmandsinstitutionen.

Det spørgsmål blev rejst, om Retslægerådets fremgangsmåde med skriftlig cirkulationsvotering, som indebærer, at de efterfølgende voterende kender den første voterendes udtalelse, rummer inhabilitetsproblemer. Kaj Larsen fandt ikke, at dette var tilfældet. Han henviste blandt andet til, at det for eksempel i møder, hvor der skulle træffes afgørelser, ligeledes var en nødvendighed, at en person startede med at give sin mening til kende i overværelse af de øvrige personer.

Flere af de sagkyndige nævnte problemstillingen ved at være sagkyndig hos Retslægerådet og samtidig være tilknyttet en anden myndighed, som behandler de samme sager. Kaj Larsen bemærkede hertil, at der igen måtte være tale om en konkret vurde-

ring af, hvor nær tilknytningen i det pågældende tilfælde er. Hvis den pågældende f. eks. har været ansat i mange år i en myndighed, og tilknytningen til den pågældende myndighed er så stor, at man vil føle, at myndigheden "skal have ret", vil man være inhabil på grund af uvedkommende hensyn.

Jørn Simonsen nævnte, at man godt kan være ansat i to forskellige myndigheder, der behandler samme konkrete sag, så længe man ikke behandler den konkrete sag begge steder.

Undertiden er der så få eksperter inden for et givet område, at henvendelse til en sagkyndig i udlandet har været anvendt. Dette kan imidlertid indebære betydelige problemer. For det første kan der være vanskeligheder med forståelsen af, hvorledes Retslægerådet fungerer. For det andet kan der være store tidsmæssige problemer. Landsdommer Kallehaug understregede, at tidshorizonten ofte er meget afgørende i nævningesager.

Endelig blev problematikken vedrørende bekendtskab inden for de enkelte lægelige specialer nævnt. Det er almindeligt, at sagkyndige inden for samme speciale ofte møder hinanden og kender hinanden. Kaj Larsen svarede hertil, at dette ikke indebar noget inhabilitetsproblem, såfremt der var tale om "sædvanlig akademisk leve-måde".



**Temamøde på Vilvorde Kursuscenter  
med Retslægerådets sagkyndige  
mandag 22. november 1999**

**DAGSORDEN**

**Emner:**

**Kvaliteten af rådets udtalelser**

**Habilitetsspørgsmål**

**KVALITETEN AF RÅDETS UDTALELSER:**

**Introduktion ved professor Jørn Simonsen**

Retslægerådets arbejdsgang

Grundlag for rådets udtalelser

**Begrundelse af rådets svar ved professor Ib Lorenzen**

Eksperters "paratviden". "Golden standards"

Evidensbaseret medicin. Kontrollerede kliniske

forsøg. Kliniske retningslinier.

Referenceprogrammer.

Lærebogsstof.

**Diskussion. Ordstyrer overlæge Peter Kramp**

**Professor Jørn Simonsen:**

a. Hypotetiske spørgsmål

b. "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger"?

c. Formulering af rådets svar

Klar formulering af de enkelte voterendes udkast

Dansk sprog, ikke fagudtryk

d. Rådets svartider

**Landsdommer Holger Kallehauge**

Rådets fremmøde i retten

"Second opinions"

Rådets rolle som normgiver

**Diskussion. Ordstyrer overlæge Peter Kramp**

HABILITETSSPØRGSMÅL

**Professor Jørn Simonsen – oplæg**

Sagkyndige fra samme sygehusafdeling, samme sygehus, samme væsen. Konsekvenser af sager, der berører personer ansat ved et sygehus i et givet amt, store områder (H:S). De voterendes relation til andre offentlige instanser (Sociale Ankestyrelse, Patientklagenævnet, Sundhedsstyrelsen, forsikringselskaber m.v.)

**Afdelingschef Kaj Larsen fra Folketingets Ombudsmand**

**Diskussion. Ordstyrer overlæge Peter Kramp**

**DELTAGERE:**

1. Retslægerådets medlemmer
2. Rådets lægelige sekretærer
3. Rådets sagkyndige
4. Rådets sekretariat
5. Landsdommer Holger Kallehauge
6. Afdelingschef Kaj Larsen, Folketingets Ombudsmand

# **Kronisk træthedssyndrom. Fibromyalgi. Whiplash-syndrom.**

Retslægerrådet modtager et stigende antal sager vedrørende kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi og whiplash-syndrom. Fælles for symptomkomplekserne er problemer med afgrænsningen, manglende specifikke kliniske og parakliniske (laboratorie-) fund samt berøringsflader til de psykiatriske diagnoser neurasteni og somatiseringstilstande. Kronisk træthedssyndrom og fibromyalgi samt whiplash-syndrom er medtaget i WHO's sygdomsklassifikation.

Retslægerrådet afholdt i januar år 2000 et møde med henblik på drøftelse af de overordnede retningslinier for rådets udtalelser inden for de tre sygdomsområder. I mødet deltog Retslægerrådets formandskab samt nogle af de sagkyndige, der ofte har deltaget i behandlingen af sager inden for de pågældende sygdomsområder, jf. deltagerlisten i slutningen af artiklen. Panelet omfattede speciallæger i infektionsmedicin, neuromedicin, neurokirurgi, psykiatri og radiologi.

## **Kronisk træthedssyndrom (Chronic fatigue syndrome, CFS)**

Blandt de karakteristiske spørgsmål til Retslægerrådet er spørgsmålet om, hvorvidt sagsøgers symptomer er forenelige med diagnosen kronisk træthedssyndrom. Rådet har i sine svar udtalt, at kronisk træthedssyndrom ikke er en éntydig diagnose

eller en veldefineret sygdom, der kan diagnosticeres ved positive og objektive sygdomstegn. Betegnelsen anvendes ofte om pludselig indsættende træthed af længere varighed, hvor grundige undersøgelser ikke har afsløret anden årsag til trætheden. Der er angivet forskellige typer af klassifikationskriterier, hvis hovedformål er at danne grundlaget for videnskabelige undersøgelser af symptomkomplekset. Kriterierne er derimod ikke beregnet på at stille diagnosen hos den enkelte patient, hvor klassifikationskriterierne kun kan være vejledende.

Klassifikationskriterierne omfatter en abnorm og udtalt pludselig opstået træthed, som har bestået i mindst 6 måneder, og hvor andre årsager til trætheden er udelukket, herunder kendte forudgående infektioner. Desuden objektive kriterier i form af lav, vedvarende feber, tegn på svælgkatar og forstørrede lymfekirtler på hals eller i armhuler. Karakteristisk foreligger en reduktion af patientens aktivitetsniveau med mindst 50%. For de fleste patienter - vurderet efter klassifikationskriterier - angives prognosen at være god, således at kun en mindre del af patienterne har væsentlige symptomer efter 2 år. I de sager, rådet har fået forelagt, har der som regel ikke været objektive sygdomstegn, ligesom trætheden oftest er udviklet gradvist. Undertiden har patienterne også frembudt en lang række symptomer fra andre

organsystemer, som ikke er karakteristiske for, eller kan forklares ved kronisk træthedssyndrom. Endelig forekommer det, at symptomerne har strakt sig over en lang årrække eventuelt helt tilbage til barndommen. Herved har de sager, der er forelagt Retslægerådet, fået stor lighed med de psykiatriske tilstande "neurasteni" og "somatiseringsstilstand". En somatiseringsstilstand er defineret ved en varighed på mere end 2 år, somatiske symptomer der ikke tilfredsstillende kan forklares ved organiske fund eller ved anden velkendt medicinsk lidelse, samt multiple somatiske symptomer fra flere organsystemer. For så vidt angår prognosen og behandlingsmulighederne udtaler rådet sig som regel med forbehold. Såfremt symptomkomplekset har karakter af somatiseringsstilstand med et langvarigt sygdomsforløb, har rådet udtalt, at somatiseringsstilstand er en kronisk lidelse, der altid vil medføre væsentlige begrænsninger i funktionsniveau og med begrænsede behandlingsmuligheder under hensyntagen til en årelang sygdomsvarighed.

### **Fibromyalgi**

Symptomkomplekset fibromyalgi er karakteriseret ved generaliserede smerter i bevægeapparatet. Ligesom for kronisk træthedssyndrom er der for fibromyalgi foreslået nogle klassifikationskriterier, omfattende generaliserede smerter i bevægeapparatet af mindst 3 måneders varighed samt tilstedeværelsen af mindst 11 ud af 18 såkaldte tender points (ømme punkter). I øvrigt er der normale kliniske fund ved den objektive undersøgelse af muskler og led i bevægeapparatet samt normale

laboratoriefund. Som det er tilfældet for kronisk træthedssyndrom er klassifikationskriterierne først og fremmest anvendt i epidemiologiske studier. Hos den enkelte patient er klassifikationskriterierne primært diagnostisk vejledende. Udover de generaliserede smerter i bevægeapparatet optræder der hyppigt almensymptomer i form af træthed og søvnforstyrrelser. Mellem 20 og 70% af patienter med fibromyalgi opfylder også kriterierne for kronisk træthedssyndrom. Symptomer på såkaldt colon irritabile, "tyk-tarmskatar", optræder hos 30 – 60%. Fibromyalgi optræder undertiden sekundært til andre sygdomme i bevægeapparatet, såkaldt "sekundær fibromyalgi", i modsætning til "primær fibromyalgi". 80 – 90% af patienterne med fibromyalgi er kvinder med en middelalder omkring 45 år.

Almindelige spørgsmål til Retslægerådet om diagnosen fibromyalgi:

*"Var sagsøgers helbredsmæssige forhold tilstrækkelig udredt til, at man kunne stille diagnosen fibromyalgi?"*

**Svar:** "Afgrænsningen af symptomkomplekset fibromyalgi er vanskelig. Diagnosen er i vidt omfang en eksklusionsdiagnose. Diagnosen fibromyalgi hviler på en samlet klinisk vurdering, og der findes ingen undersøgelser, som kan verificere diagnosen. Dette afspejler sig blandt andet i, at de samme læger og forskellige læger ofte har divergerende vurderinger af patienterne, såvel i den konkrete situation som i det samlede sygdomsforløb. Årsagerne/årsagen til fibromyalgi er ukendt."

Undertiden frembyder sygdomsbilledet betydelige ligheder med psykiske forstyrrelser klassificeret som "neurasteni" og "somatiseringstilstand", tilstande, der heller ikke kan forklares ved en enkelt somatisk sygdom, og som ikke kan verificeres ved objektive somatiske fund.

Eksempler på andre spørgsmål er følgende:

*"Er det sædvanligt, at der ikke ved diagnosen fibromyalgi er overensstemmelse mellem objektive fund og subjektive klager?"*

**Svar:** "Det er sædvanligt, at der hos patienter med fibromyalgi er diskrepans mellem subjektive klager og objektive kliniske fund ved den somatiske undersøgelse."

*"Er diagnosen fibromyalgi anført på WHO's liste under punkt 79,0?"*

**Svar:** "Spørgsmålet besvares bekræftende."

Som ved andre sygdomme får Retslægerådet ofte forelagt spørgsmål om den pågældende sygdoms sværhedsgrad og varighed. Det ligger uden for Retslægerådets opgave at tage stilling til grader af nedsættelse af erhvervsevnen, hvorfor svarene på sådanne spørgsmål som regel vil blive holdt i mere generelle vendinger. Eksempler er følgende:

*"Retslægerådet anmodes om, at angive omfanget og sværhedsgraden af sagsøgers sygdom"*

**Svar:** "Det fremgår, at sagsøger kun

har kunnet varetage sit erhvervsarbejde cirka 1 time ad gangen og kun har kunnet varetage lettere husligt arbejde, ligesom nattesøvnen har været kompromitteret."

*"Retslægerådet anmodes om at udtale sig om, hvorvidt sagsøgers tilstand med sikkerhed kunne anses for at ville være varig."*

**Svar:** "På baggrund af sygdommens hidtidige varighed og under forudsætning af, at diagnosen var fibromyalgi, anser Retslægerådet det for overvejende sandsynligt, at tilstanden vil være varig."

Kronisk træthedssyndrom og fibromyalgi omfatter således tilstande med ukendt ætiologi (sygdomsårsag(er)) og patogenese (sygdomsmekanismer). Ved kronisk træthedssyndrom overvejes infektioner, hormonale forstyrrelser, sygelige tilstande i centralnervesystemet og immunsystemet. Tilsvarende teorier er fremsat ved fibromyalgi. Endvidere omfatter begge tilstande symptomer, som er karakteristiske for neurasteni og somatiseringstilstand. På nuværende tidspunkt er der ikke lægevidenskabelig dokumentation for specifikke årsagsmekanismer.

Det manglende kendskab til sygdomsmekanismerne og vanskelighederne ved at afgrænse sygdomsbillederne på grund af manglende objektive fund og dermed diskrepansen mellem subjektive symptomer og objektive fund er baggrunden for de betydelige vanskeligheder med at stille diagnosen, som derfor vidtgående bliver en udelukkelsesdiagnose (eksklusionsdiagnose).

Dette medfører også vanskeligheder med at vurdere sygdommens sværhedsgrad og prognose. Overfor dette står det forhold, at en række patienter reelt er invaliderede af deres symptomer, uanset om der er tale om en primær somatisk eller primær psykiatrisk lidelse.

Der findes ingen specifikke behandlingsmuligheder, men forskellige former for symptomatisk behandling er forsøgt. Dette gælder således behandling med psykofarmaka, fysikalsk behandling og revalideringsbestrebelse. Vigtigt ved begge tilstande er tidlig intervention, som synes at bedre prognosen.

### **Whiplash-syndrom**

*Whiplash skade* er betegnelsen for en accelerations-, decelerationsmekanisme, hvor energien overføres til nakken. Skaden skyldes oftest trafikuheld, sædvanligvis efter påkørsel bagfra eller fra siden, men kan også ses ved andre uheld.

*Whiplash-læsion* udløst af whiplash skaden antages at være en forstuvning (distorsion) af halshvirvelsøjlen med overstrækning af muskler, sener og ledbånd, men uden brud (fraktur) eller ledscred (luxation) i halshvirvelsøjlen og uden samtidig associeret hovedtraume.

Betegnelsen whiplash associerede symptomer, *whiplash associated disorders*, WAD, omfatter ifølge den nylige Quebec klassifikation en række akutte og kroniske posttraumatiske symptomer. Det drejer sig ikke om en velaf-

grænset sygdomsenhed. De karakteristiske whiplash symptomer omfatter nakkesmerter og nedsat bevægelighed i nakken. Andre mulige associerede symptomer omfatter smerter i hoved, ryg, arme, føleforstyrrelser og nedsat kraft i armene, svimmelhed, syns- og høreforstyrrelser, hukommelsesbesvær, koncentrations- og indprentningsvækelse, øget træthedsbarhed og depressionstendens. Kardinalmanifestationerne ved det akutte og kroniske whiplash-syndrom er nakkesmerter, nedsat bevægelighed i nakken samt ømhed af muskler i og omkring nakken. De akutte sygdomsmanifestationer optræder i umiddelbar tilslutning til skaden eller inden for de første døgn. Det er en betingelse for diagnosen kronisk whiplash-syndrom, at der er en klar tidsmæssig sammenhæng mellem den akutte skade og de efterfølgende symptomer. Endvidere at den akutte skade har været af en vis styrke. Der findes på nuværende tidspunkt ingen objektive fund, der kan identificere en whiplash-læsion. Røntgenfoto af halshvirvelsøjlen, CT-scanning, MR-scanning har ikke vist forandringer specifikke for whiplash-læsion. Neuropsykologiske undersøgelser viser ikke tegn på hjerneskade, og eventuelle fund ved neuropsykologiske undersøgelser vil tvangsfrit kunne forklares ved den af whiplash forårsagede smerte.

Konstellationen af symptomer og kliniske fund efter whiplash skade er hverken specifikke eller éntydige. En tilsvarende symptomatologi ses ved andre sygelige tilstande, herunder fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, neurasteni, følger efter hjernerystelse og pseudodemens.

Prognosen ved whiplash-syndrom er som hovedregel god. Fundene varierer i de forskellige opgørelser, men kun hos omkring 20 procent er der symptomer udover 2 uger. Whiplash skaden efterlader som regel ikke varige mén eller reduktion i erhvervsevnen. En forværring af tilstanden med tiden må sædvanligvis tilskrives andre forhold end selve whiplash-læsionen.

**Deltagere i rådets møde i januar 2000:**

Overlæge Morten Birket-Smith  
Overlæge Karl Erik Jensen  
Professor Troels Staehelin Jensen  
Overlæge Michael Kosteljanetz  
Professor Jens Ole Nielsen  
Professor Olaf Bjarne Paulson  
Professor Per Soelberg Sørensen

**Rådets formandskab:**

Professor Jørn Simonsen (formand)  
Professor Ib Lorenzen (næstformand)  
Overlæge Peter Kramp (næstformand)





# Lænde- og rygbesvær og arbejdsskader/ulykkestilfælde

Retslægerådet har i de senere år fået forelagt en række sager vedrørende rygsmerter, hvor akut eller længerevarende rygbelastning sættes i relation til akut opståede og kroniske rygsmerter. Spørgsmålene har typisk drejet sig om graden af sandsynlighed for, at den pågældende belastning har været årsagen til ryglidelsen enten som hovedårsag eller som medvirkende årsag, samt hvilken betydning der kan tillægges forud bestående rygsymptomer og eventuelle forandringer, som kan påvises ved billeddiagnostiske undersøgelser, herunder konventionel røntgenundersøgelse, myelografi, CT-scanning og MR-scanning.

Retslægerådets grundlag for besvarelsen af spørgsmålene kan omfatte journalmateriale, herunder resultaterne af billeddiagnostiske undersøgelser, undersøgelser fra andre specialafdelinger, herunder arbejdsmedicinske undersøgelser samt andre speciallægeundersøgelser. Det er almindeligt, at rådet for at kunne besvare spørgsmålene, må rekvirere supplerende oplysninger, herunder en aktuell speciallægeundersøgelse/erklæring.

Ikke sjældent er der diskrepans mellem på den ene side spørgsmålenes juridiske præcision og de forhold, sagsøgers advokat ønsker oplyst, og på den anden side de præmisser, der forelægges rådet, jf. Retslægerådets årsberetning for 1991, s. 21ff.: "Arbejdsme-

dicinske skader i bevægeapparatet".

På baggrund af kompleksiteten af spørgsmålene vedrørende rygskader har Retslægerådet i februar 2000 afholdt et møde med deltagelse af eksperter, der hyppigt har deltaget i rådets behandling af den pågældende sagstype. Panelet omfattede speciallæger i reumatologi, ortopædkirurgi, neurokirurgi, radiologi og arbejdsmedicin, jf. deltagerlisten i artiklens slutning.

I det følgende gives en sammenfatning af hovedkonklusionerne samt eksempler på de problemstillinger, som rådet har fået forelagt.

## Disponerende faktorer:

### Billeddiagnostiske fund

Sygelige fund i rygsøjlen ved billeddiagnostiske undersøgelser er almindeligt forekommende, og hyppigheden tiltager med stigende alder. Fundene forekommer såvel hos mennesker uden rygsymptomer, som hos patienter med varierende grader af rygsymptomer. Der er ringe korrelation imellem sværhedsgraden af de billeddiagnostiske fund, de kliniske fund ved den objektive undersøgelse og patientens symptomer. Nogle billeddiagnostiske fund må efter Retslægerådets vurdering opfattes som sygelige forandringer, der kan disponere til rygsymptomer ved akut eller kronisk rygbelastning. Dette gælder blandt andet

udviklingsbetingede anomalier i form af kileformede hvirvler lavt i brysthvirvelsøjlen og højt i lændehvirvelsøjlen (såkaldt Mb. Scheuermann), udviklingsbetinget manglende knogledannelse i hvirvelbuerne (såkaldt arkolyse), eventuelt kompliceret med fremadglidning af den pågældende hvirvel i forhold til nabohvirvlerne (såkaldt spondylolistese). Endvidere halvsidig sammenvoksning mellem den nederste lændehvirvel og korsbenet (såkaldt hemisakralisation). Tegn på degenerative forandringer i båndskiverne må antages at disponere til rygsymptomer ved rygbelastning. Disse tegn omfatter forsnævring af mellemrummene mellem hvirvellegemerne, ændret vandindhold i båndskiverne (MR-scanning), luftindhold i båndskiverne, fremhvelvning af båndskiverne (protusion) samt tidligere diskusprolaps. Afkalkning af knoglerne, osteoporose, må anses for at medføre øget risiko for knoglebrud ved belastning.

Knoglenydannelse i form af såkaldte osteofytter er så hyppigt forekommende med tiltagende alder, at de ikke i sig selv kan tillægges betydning som disponerende forandringer. En undtagelse kan være knoglenydannelse i nærheden af nerverødderne. Sådanne forandringer kan indebære en risiko for nerverodskvæstning i forbindelse med rygbelastning. Knoglenydannelse i rygsøjlen i forbindelse med betændelsesprægede gigttilfælde (såkaldte syndesmofytter) optræder blandt andet ved sygdommene spondyliti ankylopoietica (Bekhterew's sygdom) og psoriasisgigt. Sådanne syg-

domme må tillægges betydning som disponerende faktorer for opståelse af rygsymptomer ved rygbelastning.

Endelig disponerer holdningsfejl, herunder forskellige former for rygskevhed, til degenerative ryglidelser, og holdningsfejl kan også i sig selv disponere til optræden og forværring af forud bestående ryggener ved rygbelastning.

I rådets udtalelser vil eventuelle disponerende faktorer indgå i et omfang, der blandt andet afhænger af oplysningerne om forud bestående rygsymptomer og karakteren af de billeddiagnostiske fund. Som regel formulerer rådet sig forsigtigt under hensyntagen til usikkerheden om den aktuelle dokumenterede betydning af disponerende faktorer. Eksempler på sådanne formuleringer i konkrete sager er følgende:

”De beskrevne degenerative forandringer må tilskrives en - forud for den aktuelle hændelse - bestående rygtilstand, som principielt kan være disponerende til akut opståede og længere varende rygsymptomer. Om dette har været tilfældet i den aktuelle sag - og i givet fald i hvilket omfang - kan Retslægerådet ikke udtale sig om på baggrund af de foreliggende oplysninger.” (E 10391).

”Det er Retslægerådets vurdering, at sagsøgers forud bestående ryglidelse har været en disponerende faktor for så vidt angår de rygsymptomer, som udviklede sig i umiddelbar tilslutning til ulykkestilfældet. Retslægerådet kan

ikke afgøre, i hvilket omfang den forud bestående ryglidelse har medvirket til sagsøgers tilstand, således som den er beskrevet i speciallægeerklæringen flere år efter det pågældende ulykkestilfælde.” (E 10444).

”De påviste degenerative forandringer (let affladning af de to nederste båndskiver og nedsat vandindhold i de pågældende båndskiver) kan findes hos personer, som er uden symptomer, og der er således ikke nogen entydig sammenhæng mellem lettere degenerative forandringer og eventuelle smerter. De påviste degenerative forandringer er imidlertid udtryk for en sygelige tilstand i lændehvirvelsøjlen. Sådanne forandringer må antages at være disponerende faktorer for så vidt angår rygsymptomer efter akut rygbelastning.” (E 10073).

”Retslægerådet finder det overvejende sandsynligt, at hændelsen dato xx har udløst de umiddelbart efterfølgende symptomer. Det er på det foreliggende grundlag ikke muligt for Retslægerådet at afgøre om, og i så fald i hvilket omfang, dels hændelsen dato xx, og dels den forud bestående ryglidelse med tendens til smerter og den påviste rygskævhed bidrager til de aktuelle (kroniske) symptomer.” (E 10045).

”Retslægerådet anser sagsøgers ryglidelse som værende en kombination af medfødt rygskævhed, slidgigtforandringer samt discusprolaps. Årsagerne til slidgigten og discusprolapsen kan ikke angives specifikt, hvilket ikke er ualmindeligt ved disse lidelser. Den under svaret på spørgsmål 1 angivne

rygskævhed og de i sagens akter beskrevne rygbelastninger kan have været medvirkende faktorer.” (E 10127).

### Tidsfaktoren

I forbindelse med symptomer opstået i tilslutning til en akut rygbelastning får Retslægerådet hyppigt forelagt spørgsmål, om den akutte rygbelastning er ansvarlig for eller medvirkende til kroniske rygsymptomer beskrevet flere år efter begivenheden. Generelt er det vanskeligt at besvare dette spørgsmål med en rimelig grad af sikkerhed. Retslægerådet vil derfor ofte formulere svaret forsigtigt med forbehold, således som det er eksemplificeret ovenfor.

Et andet tidsproblem er spørgsmålet om såkaldte ”brosymptomer.” Det kan dreje sig om et symptomfrit interval af varierende længde mellem tidspunktet for den akutte rygbelastning og rygsymptomernes opståen. Eller om forsvinden af de akut opståede rygsymptomer med efterfølgende recidiv efter en symptomfri periode af varierende længde. Som hovedregel vil Retslægerådet lægge vægt på kontinuitet i rygsymptomernes tilstedeværelse, men andre forhold kan spille ind, herunder symptomernes karakter og eventuelle billeddiagnostiske fund. (E 9879).

Tidsfaktoren for udviklingen af billeddiagnostiske forandringer, herunder tegn på degenerative forandringer i båndskiverne (discusdegeneration), hvirvelglidning (spondylolistese) og slidgigt (spondylose) relateret til discusdegeneration, kan som regel ikke fastlægges præcist. Ofte drejer det sig om forandringer, der er påvist i forbin-

delse med den akutte rygbelastning. I sådanne tilfælde konkluderer rådet, at det må dreje sig om forud bestående forandringer. Det samme gælder, hvis tidsintervallet mellem de billeddiagnostiske fund og den akutte rygbelastning kun er få måneder. Tegn på discusdegeneration med affladning af discus og sekundær spondylose må antages at udvikle sig over måneder til år. Anderledes er situationen, hvor de billeddiagnostiske fund tyder på brud på båndskivernes ringstruktur (annulusruptur), afrivningsfrakturer og discusprolaps. I sådanne tilfælde kan de billeddiagnostiske forandringer, alt andet lige, relateres til en akut rygbelastning. Også her må rådet imidlertid ofte tage et forbehold, idet den akutte belastning kan være så beskedent, at den falder inden for fysiologiske rygbevægelser/belastninger. I sådanne tilfælde må det antages, at der har foreligget en forud bestående og disponerende ryglidelse, uanset at der eventuelt ikke har været kliniske symptomer herpå.

I en sag vedrørende akut opståede rygsmerter debuteret under udførelse af løftarbejde uden enkeltstående akut rygbelastning anførte rådet, at det er usædvanligt, at belastningsudløste lændesmerter som hos sagsøgte består flere år efter ophøret med det rygbelastende arbejde. Det fremgik af sagens akter, at sagsøger ikke havde haft rygsymptomer forud for de akutte indsættende symptomer. (E 10114).

### **Sværhedsgraden af rygbelastning i relation til udvikling af kronisk lænde-rygbesvær.**

Der er gode holdepunkter for, at tungt manuelt rygbelastende arbejde med bøjning og drejning af ryggen disponerer til kronisk lænde- og rygbesvær. Det er imidlertid vanskeligt at kvantitere sværhedsgraden af rygbelastningerne, hvor også individuelle dispositioner er af betydning. I en sag udtalte Retslægerådet således følgende: ”Det er bekendt, at rygbelastende erhvervsarbejde kan udløse lændesmerter. Det er Retslægerådets vurdering, at sagsøgers erhvervsarbejde har været medvirkende til sagsøgers ryglidelse, således som den er beskrevet i svaret på spørgsmål A. Retslægerådet kan imidlertid ikke afgøre, i hvilket omfang dette har været tilfældet.” (E 10114).

### **Sandsynligheder for udvikling af lænde-rygbesvær**

Sandsynligheden for at symptomløse billeddiagnostiske forandringer, som principielt kan disponere til rygsymptomer, senere i livet vil give rygsymptomer, kan Retslægerådet som regel ikke udtale sig om. Spørgsmålet indeholder en hypotetisk komponent, som rådet er tilbageholdende med at tage stilling til. Det samme gælder spørgsmålet om sandsynligheden for, at en given forværring af sagsøgers rygsymptomer i tilslutning til en akut rygbelastning under alle omstændigheder kunne antages at være indtrådt, selvom sagsøger ikke havde været udsat for et ulykkestilfælde (E 10391). Endvidere

spørgsmålet om, hvorvidt en akut rygbelastning har bidraget til kronisk lænde- rygbesvær:

”Det er ikke muligt for Retslægerådet at angive graden af sandsynlighed for, at traumatet dato xx har været årsagen til sagsøgers langvarige lænde-rygbesvær.” (E 9879).

Samtidig understreger Retslægerådet i sådanne sager, at 60 – 80% af befolkningen oplever lænde- rygbesvær i løbet af deres aktive liv, og knap 10% får kroniske recidiverende gener.

### **Discusprolaps, billeddiagnostiske fund**

Kan en discusprolaps påvist ved billeddiagnostiske fund forsvinde/resorberes? Sikre holdepunkter herfor mangler. Derimod kan radikulære symptomer betinget af discusprolaps i nogle tilfælde forsvinde. Radikulære symptomer og kliniske fund kan antagelig også udløses af en rodkontusion (kvæstning) for eksempel i forbindelse med slidgigt i rygsøjlen med deraf følgende tryk på nerverødderne (spondylose i foramina intervertebralia).

### **Kliniske diagnoser**

Almindeligt forekommende er parternes ønske om diagnoser på sagsøgers

ryglidelser. I fravær af neurologiske udfaldssymptomer vil den kliniske diagnose ofte være ren symptomatisk i form af ”lumbago”. I en sag udtaler Retslægerådet således: ”Retslægerådet finder det ikke muligt at stille en specifik diagnose på sagsøgers ryglidelse udover den symptomatiske diagnose ”lumbago”, ”lænde-rygbesvær”, udløst fra muskler og ledbånd i lænderegionen”. (E 9879). Eventuelt suppleres udtalelserne med en beskrivelse af de billeddiagnostiske fund.

### **Deltagere i rådets møde i februar 2000:**

Overlæge Jens Peter Bonde  
Professor Cody Bünger  
Professor Niels Egund  
Professor Henrik Galbo  
Overlæge Troels Mørk Hansen  
Overlæge Erik Gert Jensen  
Overlæge Karl Erik Jensen  
Professor Claus Manniche  
Overlæge Jarl Rosenørn  
Overlæge Kaare Schmidt  
Professor Flemming Stadil

Rådets formandskab:  
Professor Jørn Simonsen (formand)  
Professor Ib Lorenzen (næstformand)



# Kontrolleret klinisk forsøg med insulinpumpe. Erstatningssag som følge af patientskade

*27-årig mand med mangeårig insulinkrævende sukkersyge deltager i et kontrolleret klinisk forsøg med henblik på undersøgelse af virkningen af korttids- og langtidseffekten af insulinpumpebehandling over for konventionel behandling. Cirka 1 år inde i forsøgsperioden svigter insulinpumpen på grund af tilstopning af pumpens fratrørende slanger. Patienten udvikler i løbet af et døgn diabetisk koma og indlægges akut på den relevante specialafdeling. En halv time efter indlæggelsen og iværksættelsen af den adækvate behandling får patienten hjertestop. Trods hurtig indsættende behandling får patienten svær, irreversibel hjerneskade med 100% erhvervsevnetab som følge af alvorlig svækkelse af såvel intellektuelle funktioner som motoriske færdigheder. Patienten må efterfølgende bo på et plejehjem for yngre svært handicappede.*

*Der fremsættes erstatningskrav begrundet med en række lægefaglige fejl begået af ansatte på det sagsøgte sygehus, herunder at sagsøgeren blev udtaget til projektet af sagsøgte, og at dennes pårørende fik utilstrækkelig information og instruktion, samt at sagsøgeren forblev i projektet, uanset at sukkersygen var dårligt reguleret. Retslægerrådet fik forelagt en lang række spørgsmål og konkluderede, at der efter rådets vurdering ikke var begået lægefaglige fejl i forbindelse med sagsøgerens deltagelse i projektet. Landsretten frifandt i sin dom sagsøgte. Anmodningen om at anke landsrettens dom til Højesteret blev ikke imødekommet. (E 8183)*

En 27-årig mand med en 12 år varende insulinkrævende sukkersyge deltog i projektet vedrørende brug af insulinpumpe. Projektets formål var med en videnskabelig undersøgelse (i et kontrolleret, prospektivt randomiseret design) at sammenligne insulinpumpebehandling med sædvanlig insulinbehandling med henblik på udviklingen af tegn på diabetiske senkomplikationer i undersøgelsesperioden. Ved projektet ville man således vurdere

virksomheden af en forbedret stofskiftekontrol på mål for nyrefunktion, nervefunktion, øjenstatus, hormonstatus, hjertefunktion, karfunktion og omsætningen af visse nedbrydningsprodukter. Derudover ønskedes klinisk erfaring medpumpebehandling med henblik på økonomi, ressourceforbrug og patienternes accept af behandlingen.

Undersøgelsen skulle omfatte 24 patienter med insulinkrævende sukker-

syge af under 12 års varighed og uden diabetiske senkomplikationer. Andre udelukkelseskriterier var graviditet, psykiske lidelser, svære kroniske sygdomme udover sukkersyge og gentagne tilfælde af lavt blodsukker med bevidstløshed.

Etiske aspekter: insulinpumpebehandling var på det pågældende tidspunkt velkendt, og der var på starttidspunktet en betydelig erfaring med anvendelsen af insulinpumpen. Der forelå imidlertid kun et ringe erfaringsgrundlag med hensyn til insulinpumpebehandling sammenlignet med konventionel behandling. Der var ikke mistanke om yderligere risici for ambulante patienter end de risici, der var forbundet med konventionel insulinbehandling. Undersøgelingsprogrammet omfattede velkendte og ufarlige procedurer. Patienterne var forud for undersøgelsen fuldt informeret om undersøgelsens formål og karakter, ligesom det blev præciseret, at det stod patienterne frit for til enhver tid at udtræde af undersøgelsen. Kravene i Helsinki-deklaration 2 var opfyldte.

Sagsøger havde gennem 13 år gået til ambulans kontrol og behandling på den specialafdeling, der stod for projektet. Patientens sukkersyge havde i årenes løb og op til tidspunktet for iværksættelsen af projektet været vanskelig regulerbar, og en bedret kontrol af sukkersygen var påkrævet. Sagsøger havde gennem årene ofte haft høje blodsukkerværdier og hyppige insulin-tilfælde. På grund af arbejdsmæssige problemer var han det sidste år før projektets start ikke gået til ambulans kontrol.

Han havde haft insulinfølinger (det vil sige fornemmelse af for lavt blodsukker) 2 gange om ugen og ikke kontrolleret sit blodsukker hjemme. Han havde haft et vægttab på et par kilo det sidste år før undersøgelsen. Ved første halvårsstatus efter projektets iværksættelse havde patienten det godt og var glad for pumpebehandlingen. Han havde genvundet sit vægttab og fået flere kræfter. De følgende 3 måneder var regulationen af sukkersygen dårligere med perioder med hyppige insulin-tilfælde og perioder med højt blodsukker. Der blev derfor gennemført en tættere ambulans kontrol, og 1-års status blev karakteriseret som rimelig. Cirka 1 år efter behandlingens iværksættelse blev patienten imidlertid indlagt akut på stamafdelingen. Patientens bevidstløshed og i diabetisk koma. Gennem det sidste døgn forud for indlæggelsen var patienten blevet tiltagende træt med opkastninger og tørst. Trods opfordringer fra patientens mor og hustru til lægekontakt og blodsukkerkontrol ønskede patienten ikke dette. En halv time efter indlæggelsen og start af adækvat behandling fik patienten hjertestop med efterfølgende irreversibel hjerneskade. På stationærtidspunktet var patienten svært invalideret med stærkt svækkede intellektuelle funktioner og svækkede motoriske færdigheder, i praksis var patienten kørestolsbundet. Der forelå 100% erhvervsevnetab, og patienten var beboer på et plejehjem for yngre, svært handicappede.

Årsagen til udviklingen af patientens diabetiske koma var et svigt af insulinpumpen som følge af tilstopning af



insulinpumpens fraførende slange med vævsdele og insulin.

Fra sagsøgers side blev der fremsat et erstatningskrav på cirka 1,1 mio. kr. Det blev gjort gældende, at ansatte på det sagsøgte sygehus havde begået en række lægelige fejl i forbindelse med behandlingen af sagsøgeren:

Sagsøgeren burde aldrig være inkluderet i projektet, da han ikke opfyldte inklusionskriterierne for så vidt angår diabetes varighed (under 12 år). Da projektet startede, havde han haft en behandlingskrævende sukkersyge i 2 år mere end forudsat for projekt-deltagelse.

Sagsøger burde være udelukket efter inklusionskriterierne, idet han gentagne gange havde haft tilfælde af for lavt blodsukker med bevidstløshed til følge. Lægerne var ikke tilstrækkeligt opmærksomme herpå og kunne blot ved at spørge sagsøgeren eller dennes nærmeste pårørende have fået nøjagtige oplysninger herom. Det ville samtidig være blevet oplyst, at sagsøgeren ved blodsukkerniveauer uden for normalområdet hurtigt kunne komme i en situation, hvor han ikke selv kunne reagere relevant på de begyndende tegn på for højt eller for lavt blodsukker.

I et forsøgsprojekt som det foreliggende må der gælde en skærpet informationspligt. Det må imidlertid lægges til grund, at sagsøger blev mangelfuldt informeret om projektet herunder om de kendte risici og alene fik information om den tekniske brug af pumpen. Der findes i hovedprotokollen til projektet ingen beskrivelse af øget risiko for syreforgiftning, og det

kan ikke anses for godtgjort, at der er givet patienten relevante oplysninger før flere måneder efter projektets start. Det er en fejl, at informationen ikke blev givet inden projektets start. Der kan herefter ikke antages at foreligge et informeret samtykke til sagsøgers medvirken til projektet.

Med hensyn til compliance lægges det til grund, at sagsøger i perioder ikke fulgte kontrollen i ambulatoriet, herunder udeblev et helt år umiddelbart før projektets start.

Det må efter bevisførelsen lægges til grund, at sagsøger ikke forud for projektet var særlig fortrolig med blod-sukkermålinger, ligesom han aldrig tidligere havde undersøgt urinen for ketonstoffer.

Retslægerådet fik ad flere omgange forelagt 40 spørgsmål. Endvidere afgav 2 af de voterende efter anmodning vidneforklaring i landsretten.

Centrale spørgsmål og svar i relation til sagsøgers erstatningskrav omfatter blandt andre følgende:

**Spørgsmål:**

*Hvilke risici frembød insulinpumpebehandling erfaringsmæssigt på tidspunktet for projektets start, herunder sammenholdt med konventionel behandling?*

Svar:

På tidspunktet for projektets start frembød insulinpumpebehandling ifølge den internationale og den skandinaviske litteratur ikke større risici end konventionel insulinbehandling.

**Spørgsmål:**

*Er der holdepunkter for at fastslå, at sagsøgeren ved behandlingens begyndelse havde de under eksklusionskriterierne anførte lidelser eller tilstande?*

Svar:

Der er ingen holdepunkter for, at patienten ved behandlingens begyndelse havde de under eksklusionskriterierne anførte lidelser eller tilstande.

**Spørgsmål:**

*I forlængelse af rådets besvarelse af ovenstående spørgsmål henledes opmærksomheden på, at sagsøger i en periode gennem ca. 14 år havde været indlagt mindst 14 gange for hyperglykæmiske tilfælde (for højt blodsukker), og at sagsøger havde haft flere tilfælde af hypoglykæmi (for lavt blodsukker). Giver dette rådet anledning til ændring af besvarelsen af det foranstående spørgsmål?*

Svar:

Nej. Hyppigheden af svære insulin-tilfælde, hvor der er brug for hjælp fra andre, er ca. 1,5 gange per år i gennemsnit hos konventionelt behandlede patienter. Patienten har altså ikke haft hyppigere, svære insulin-tilfælde, og inklusionskriterierne er således ikke overskredet.

**Spørgsmål:**

*Ifølge rådets vurderinger opfyldte sagsøger det inklusionskriterium, som angik „ingen kliniske tegn til svære sendiabetiske manifestationer“. I forlængelse heraf spørges om sagsøger efter rådets opfattelse opfyldte de øvrige inklusionskriterier?*

Svar:

Det er rådets opfattelse, at patienten

ikke opfyldte alle inklusionskriterier i det omtalte pumpeprojekt, idet diabetesvarigheden var 14 år ved pumpepåsætningen, det vil sige 2 år længere end den i projektbeskrivelsen angivne øverste grænse. Dette har imidlertid ingen praktiske konsekvenser for pumpebehandlingen og indebærer ingen større risiko for bivirkninger. Aldersmæssigt opfyldte patienten inklusionskriterierne.

**Spørgsmål:**

*Burde sagsøger i lyset af, hvorledes pumpebehandlingen regulerede hans diabetes, have været taget ud af projektet, og i givet fald ca. på hvilket tidspunkt? I bekræftende fald kan dette karakteriseres som en fejl?*

Svar:

Det skønnes ikke, at de mindre regulationsproblemer under pumpebehandlingen indicerede ophør af denne. Dette bekræftes af hæmoglobin A1c koncentrationen (et mål for blodsukkerkontrollen) målt cirka 1 år efter projektets start, som var på 7,0 %, altså lavere end det under pumpebehandlingen opnåede gennemsnit.

**Spørgsmål:**

*Var det nødvendigt for sagsøgers almentilstand og velfærd, at han overgik til anden behandling af sukkersygen end den konventionelle?*

Svar:

Patientens overgang til pumpebehandling var et led i et videnskabeligt projekt, som patienten indvilligede i at deltage i. Endvidere tydede patientens helbredsoplysninger i slutningen af året forud for projektets start på en svært

regulerbar sukkersyge med symptomer på dårlig trivsel væsentligst i form af træthed og vægttab. En bedre kontrol af sagsøgers sukkersyge var således påkrævet.

**Spørgsmål:**

*Finder Retslægerådet, at det ligger klart, hvad årsagen var til den manglende insulin-tilførsel, som bevirkede, at sagsøger fik hjer-testop?*

Svar:

Der er næppe tvivl om, at årsagen til syreforgiftningen har været manglende insulin-tilførsel, men det kan ikke med fuldstændig sikkerhed siges, hvornår stoppet i insulin-tilførslen indtrådte.

**Spørgsmål:**

*Som supplement til og præcisering af tidligere afgiven instruktion modtog projekt-deltagerne ca. 1 ½ år efter projektets start en instruktion. Burde denne instruktion være givet allerede inden projektets start?*

Svar:

Den supplerende instruktion ca. 1 ½ år efter projektets start er ligeledes indeholdt i en klar, skriftlig instruktion ca. 3 måneder efter projektets start.

**Spørgsmål:**

*Finder Retslægerådet, at instruktionerne til deltagerne efter det første tilfælde af syreforgiftning var tilstrækkelige, herunder med hensyn til at afværge flere tilfælde af syreforgiftning?*

Svar:

Retslægerådet går ud fra, at instruktionen dateret cirka 3 måneder efter projektet start kan være affattet efter det

første tilfælde af syreforgiftning under projektets forløb. Instruktionen er klart formuleret og særdeles velegnet til at afværge nye tilfælde af syreforgiftning.

**Spørgsmål:**

*Findes der i journalen holdepunkter for at antage, at sagsøger inden deltagelsen i pumpeprojektet nogensinde selv havde undersøgt sin urin for ketonstoffer eller havde modtaget instruktion i at foretage eller tolke en sådan undersøgelse?*

Svar:

Der foreligger i journalen ingen direkte holdepunkter for, at patienten selv har undersøgt sin urin for ketonstoffer inden deltagelsen i pumpeprojektet, og der er ingen notater i journalen, der dokumenterer, at patienten har været til instruktion i den undersøgelses-procedure inden pumpeprojektet. Der er imidlertid holdepunkter for at antage, at sagsøger også inden deltagelsen i pumpeprojektet var fortrolig med at undersøge urinen for ketonstoffer, dels ved den mangeårige tilknytning til et diabetesambulatorium, hvor instruktion og efterfølgende forespørgsel om selvundersøgelse af urinen for ketonstoffer er et integreret element i ambulatoriets program. Yderligere har sagsøger mindst to gange været på diabeteskoloni, hvorfor det skønnes helt usandsynligt, at patienten ikke er blevet geninstrueret i og har udført urinketonstofundersøgelser. Herudover har alle diabetikere adgang til bogen „Jeg er diabetiker“, forfattet af JRH. Der foreligger imidlertid ingen dokumentation for, at denne bog systematisk har været anvendt i undervisningen af diabetespatienter ved

diabetesambulatoriet på det pågældende hospital.

**Spørgsmål:**

*Rådet har i besvarelsen af spørgsmål A angivet, at det i instruktionsmaterialet er sikret, at der under projektet foretages mindst en daglig undersøgelse af urinen for ketonstoffer. Er rådet enig i, at instruktionen i undersøgelsen af urinen for ketonstoffer først blev givet med skrivelsen ca. 1 ½ år efter projektets start og således ikke er indeholdt i skrivelsen ca. 3 måneder efter projektets start?*

Svar:

Rådet er enig i, at den udtrykkelige instruktion i undersøgelsen af urinen for ketonstoffer først blev givet med skrivelsen ca. 1 ½ år efter projektets start og ikke er indeholdt i skrivelsen ca. 3 måneder efter projektets start. Ved skrivelsen 3 måneder efter projektets start fremgår imidlertid også, at et formål med skrivelsen netop var at gøre opmærksom på risikoen for hurtig udvikling af syreforgiftning. Det præciseres, at blodsukkeret skal måles mindst en gang daglig, samt at afdelingen ufortøvet skal kontaktes ved utilpashed og sygelighed at enhver art, fordi diabetisk syreforgiftning udvikles meget hurtigere, end det kendes ved normal insulinbehandling. Som anført under svar på et af de foranstående spørgsmål anser Retslægerrådet det for usandsynligt, at sagsøger ikke var instrueret i og havde udført ketonstofundersøgelser.

**Spørgsmål:**

*Opmærksomheden henledes på, at sagsøger inden pumpeprojektets start ifølge journa-*

*len var til i alt 110 ambulante kontroller. At sagsøger ifølge journalen havde tilfælde af forhøjet blodsukker, som han ikke kunne mærke ved 17 ud af 88 kontrolbesøg i en 11-årig periode og ved 10 ud af 12 kontrolbesøg i en 3-årig periode indtil projektets start. At sagsøger udeblev fra aftalte kontrolbesøg 41 gange over en godt 10-årig periode og 8 gange i en 3-årig periode inden projektets start. At sagsøger efter projektets start udeblev fra aftalt kontrol 3 gange, samt at sagsøger ifølge journalen fra projektets start ikke havde gået til kontrol det sidste års tid og ikke havde kontrolleret sit blodsukker hjemme. Kan sagsøgers compliance på denne baggrund anses for at have været god ved projektets start?*

Svar:

Det er nødvendigt, at diabetespatienter jævnligt kommer til ambulans kontrol på samme behandlingssted. Med jævnligt menes ca. 4 gange årligt. Sagsøger har i de 12 år, han kom til behandling på stamhospitalet, gennemsnitligt været set 9 gange årligt. Ud fra disse tal må sagsøgers compliance anses at være god. Det skal i øvrigt påpeges, at patienters compliance skal forbedres afgørende ved deltagelse i videnskabelige projekter.

**Spørgsmål:**

*Forudsætter en forsvarlig gennemførelse af projektet, at deltagernes nærmeste pårørende modtager særskilt instruktion/information om, hvad de skal gøre, hvis der opstår tegn på komplikationer?*

Svar:

En forsvarlig gennemførelse af det skitserede projekt var ikke betinget af en særskilt instruktion/information af de

pårørende, idet symptomerne på behandlingssvigt under pumpebehandling er de samme som under konventionel behandling.

**Spørgsmål:**

*I forlængelse af spørgsmålet om insulinpumpen spørges, om der er holdepunkter for at antage, at der under projektet har været udført „serviceeftersyn“ af pumperne, samt at der er udarbejdet en protokol til registrering af eventuelle tekniske problemer?*

Det foreligger ikke i sagens akter oplyst, om der har været udarbejdet en protokol til registrering af eventuelle tekniske problemer, ligesom der heller ikke foreligger konkrete oplysninger om eventuelle serviceeftersyn. Retslægerådet anser det imidlertid for sandsynligt, at pumpefunktionen er blevet kontrolleret ved de ambulante kontrolbesøg hos de implicerede læger.

**Spørgsmål:**

*Er der efter en samlet vurdering holdepunkter for at fastslå, at der overfor sagsøgeren er begået lægefaglige fejl i forbindelse med sagsøgers deltagelse i insulinpumpeprojektet på XX sygehus. I bekræftende fald hvilke?*

Svar:

Der er ikke holdepunkter for at fastslå, at der overfor sagsøger er begået lægefaglige fejl i forbindelse med hans deltagelse i insulinpumpeprojektet på XX sygehus.

Landsretten udtaler blandt andet følgende:

„Det må efter de oplysninger, der foreligger for landsretten, lægges til grund, at principperne for behandlingen af insulinkrævende diabetespatienter, der overgik fra den konventionelle behandling til behandling med insulinpumpe, blev ændret grundlæggende navnlig derved, at patienterne i forhold til den tidligere anvendte behandling kun havde et forsvindende lille depot af insulin i underhuden. Selv om det efter Retslægerådets udtalelse må lægges til grund, at der ved projektets start ikke var videnskabelig belæg for at antage, at der var forbundet en større risiko for syreforgiftning med anvendelse af insulinpumpen end med den konventionelle behandling, må det dog på baggrund af de forklaringer, der er afgivet og efter indholdet af den instruks, der blev givet ca. 3 måneder efter projektets start, antages, at de behandlende læger havde en begrundet formodning om, at omlægningen af behandlingsprincippet med deraf følgende mindre insulindepot kunne føre til, at der bestod en risiko for, at syreforgiftning hos i øvrigt raske patienter blev udviklet hurtigere end kendt ved den konventionelle behandling.

Under disse omstændigheder findes der at have påhvilet de behandlende læger en særlig skærpet agtpågivenhed i forbindelse med påbegyndelsen af pumpeprojektet for så vidt angår udvælgelsen af egnede patienter, information forud for projektets start, instruktion under behandlingsforløbet og ved vurderingen af, om en patient burde tages ud af projektet og gå tilbage til konventionel behandling.

Med hensyn til spørgsmålet om udvælgelsen af patienter bemærkes, at de anvendte inklusionskriterier var begrundet dels i videnskabelige og dels i ressourcemæssige hensyn og dels i hensyn til risikoen for mulige komplikationer af medicinsk karakter herunder forværring af allerede forekommende diabetisk betingede øjenskader. Det må efter Retslægerådets udtalelser og de forklaringer, der er afgivet af de behandlende læger, lægges til grund, at den fastsatte tidsgrænse for diabetes varighed alene havde betydning for undersøgelsens videnskabelige gyldighed og således ikke havde betydning for patientbehandlingen, når sagsøgeren i øvrigt ikke havde udviklet sendiabetiske skader. Den omstændighed, at sagsøgeren overskred den fastsatte 12-års grænse med nogle år, findes herefter uden betydning for erstatningsspørgsmålet.

Der foreligger ikke for landsretten nærmere oplysninger om, i hvilket omfang sagsøgeren i forbindelse med overvejelserne om hans deltagelse i projektet er blevet nærmere udspurgt om, hvorvidt journalens oplysninger om svære insulintilfælde med bevidstløshed var retvisende. På baggrund af de oplysninger, som sagsøgers mor har kunnet give om antallet af bevidstløshedstilfælde for hele behandlingsperioden frem til pumpeprojektets start, må det dog lægges til grund, at disse bevidstløshedstilfælde ikke må have haft en sådan aktualitet og hyppighed, at de ville have ført til, at sagsøgeren var blevet udelukket fra projektet jævnfør også Retslægerådets besvarelse af det relevante spørgsmål. Den omstæn-

dighed, at sagsøgeren har haft et antal tilfælde af bevidstløshed navnlig i begyndelsen af behandlingsforløbet, mens han var helt ung, findes herefter ikke at ville have udelukket sagsøgeren fra at deltage i projektet og er derfor uden betydning for vurderingen af erstatningsspørgsmålet.

Efter en række vidneudsagn må det også lægges til grund, at patienterne også forud for det informationsmateriale, der er fremlagt til brug for landsrettens behandling af sagen, har fået såvel mundtlig som skriftlig information om pumpeprojektet, der beskrev ændringer i behandlingsprincippet, herunder det mindre insulindepot og virkningen heraf. Dette bestyrkes af den forklaring, som sagsøgerens mor har afgivet om sin bekymring for virkningen af et eventuelt svigt i pumpefunktionen, da sagsøgeren første gang fortalte hende om projektet, og hendes forklaring om sagsøgerens reaktion på hendes bekymring. Der er derfor ikke grundlag for at fastslå, at sagsøgeren ikke har fået fyldestgørende og relevant information om projektet og princippet bag dette, og at han ikke har kunnet give et informeret samtykke til at deltage i projektet. Det bemærkes i denne forbindelse, at oplysningen om risikoen for syreforgiftningen kom frem ved skrivelsen ca. 3 måneder efter projektets start godt 8 måneder forud for uheldet, uden at det gav sagsøgeren anledning til at trække sig ud af projektet.

Det må efter projektlægerens forklaring lægges til grund, at der forud for udvælgelsen af patienterne til projek-

tet blev foretaget et konkret skøn over, hvorvidt den enkelte patient opfyldte de krav til compliance, som et projekt af denne karakter krævede. Skønnet blev foretaget på grundlag af det foreliggende journalmateriale og lægernes individuelle kendskab til patienterne. Efter de oplysninger, der er forelagt for landretten, herunder de pårørendes oplysninger om, at sagsøgeren var god til at passe sin sukkersyge og Retslægerådets besvarelse af de relevante spørgsmål, er der ikke grundlag for at antage, at sagsøgeren burde være udelukket fra projektet på grund af dårlig compliance. Det bemærkes herved, at den omstændighed, at sagsøger, som andre unge i perioder, herunder i en periode på et år forud for projektets start af arbejdsmæssige grunde m.v., ikke havde fremmøde i ambulatoriet, efter den uddybning som Retslægerådets medlemmer har givet i deres besvarelse, ikke i sig selv afgørende kunne tale for at udelukke sagsøgeren fra projektet.

Sagsøgeren var ved den generelle informationsskrivelse forud for projektets start gjort opmærksom på faren for diabetisk syreforgiftning, årsagen her til, symptomerne herpå og behovet for at foretage blodsuktermåling og undersøgelse af urinen for ketonstoffer. Sagsøgeren er også senere specifikt ved skrivelse 3 måneder efter projektets start gjort opmærksom på behovet for daglige blodsuktermålinger, kanyleskift hver andet døgn og på risikoen for meget hurtig udvikling af syreforgiftning hos i øvrigt raske patienter, hurtigere end kendt ved den konventionelle behandling. Det må efter Retslægerådets besvarelse af de pågæl-

dende spørgsmål endvidere lægges til grund, at sagsøgeren i tiden efter, at han flyttede hjemmefra, havde fået nærmere instruktion i foretagelsen af blod- og urinundersøgelser i hvert fald i forbindelse med hans deltagelse i projektet. Der er herefter ikke grundlag for at antage, at sagsøgeren ikke havde fået den fornødne instruktion.

Ved hurtig udviklet sygdomsforløb, hvor patienten som følge af sygdommen kan komme i en tilstand, hvor bevidstheden sløres, og evnen til at handle hensigtsmæssigt påvirkes, bør de læger, der forestår behandlingen, særligt overveje behovet for at inddrage patientens pårørende herunder sikre, at de pårørende gennem patienten eller ved direkte informationer/instruktion fra sygehuset bliver bekendt med, hvordan patienten kan hjælpes i kritiske situationer. Det gælder efter de oplysninger, der foreligger for landsretten om den hurtige udvikling af syreforgiftning ved manglende insulin-tilførsel til pumpepatienter, og den af den begyndende syreforgiftning følgende sløring af bevidstheden, også med hensyn til patienter, der skulle deltage i pumpeprojektet. Landsretten har herved lagt vægt på, at det efter Retslægerådets opfattelse var en forudsætning for deltagelse i pumpebehandling, at patienten levede sammen med andre, typisk en ægtefælle.

De undersøgelser, der skal foretages ved begyndende syreforgiftning, er imidlertid af enkel karakter og så velkendt også fra den konventionelle behandling, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at det har

påhvilet lægerne som led i udvælgelsen af deltagere til projektet at sikre, at der blev givet de pårørende informationer/instruktion forud for projektets start.

Herefter, og da det må antages, at der ville gå nogen tid fra sagsøgeren følte de første symptomer i form af utilpashed, og indtil der indtrådte en sådan sløring af bevidstheden, at det var svært for ham at handle hensigtsmæssigt, kan det videre ikke antages, at projektlægerne burde have sikret sig, at sagsøgeren i videre omfang, end det må antages at være sket som led i den almindelige ambulante kontrol og under indlæggelserne, dokumenterede, at han også i kritiske situationer magtede at foretage de relevante målinger og kunne rette henvendelse til sygehuset, eller at han i forbindelse med behandlingsforløbet gav de pårørende nødvendige oplysninger. Det bemærkes herved, at der ikke i de oplysninger, der er forelagt for landsretten, er omstændigheder, der tyder på, at de behandelende læger skulle have været opmærksom på en hurtigere udvikling af en konfus eller bevidsthedssløret tilstand hos sagsøgeren end hos andre jævnaldrende patienter med tilsvarende sygdomsforløb.

Efter Retslægerådets besvarelse af det pågældende spørgsmål findes der endelig ikke grund for at antage, at forløbet af det første år af projektperioden viste sådanne tegn på dårlig regulering, at sagsøgeren af den grund burde være udtaget af projektet.

Landsretten finder det på det ovenfor

anførte grundlag ikke godtgjort, at de behandelende læger på enkelte punkter eller efter samlet bedømmelse af den måde, hvorpå projektet er tilrettelagt og gennemført, har tilsidesat de pligter, der har påhvilet dem med hensyn til bedømmelsen af sagsøgerens egnethed, meddelelse af information og instruktion og overvejelser om sagsøgerens deltagelse i projektet. Landsretten tager derfor sagsøgetes frifindelse påstand til følge, hvorefter det sagsøgte sygehus frifindes.“

Efterfølgende blev der fra sagsøgers side fremsat anmodning om at anke landsrettens dom til Højesteret. Denne anmodning blev ikke imødekommet.

#### **Kommentar:**

Hændelsesforløbet illustrerer betydningen af den omhu og præcision, som forudsættes ved planlægningen og gennemførelsen af kontrollerede kliniske forsøg. Der foreligger en efter en lægelig vurdering korrekt gennemført kontrolleret klinisk undersøgelse med en omhyggelig projektbeskrivelse og en detaljeret patientinformation og vejledning. Der blev af sagsøgers advokat rejst tvivl om én af de voterendes habilitet, idet det blandt andet på grund af en omtale i dagspressen blev gjort gældende, at den pågældende voterende tilsyneladende havde deltaget i udviklingen af den anvendte insulinpumpe. Dette var imidlertid ikke tilfældet, hvorfor Retslægerådet ikke fandt grundlag for den påståede inhabilitet. Denne sag viser, at der ved alvorlige komplikationer - trods al omhu - alligevel kan rejses tvivl om enkeltheder i planlægningen, ved



patientinklusionen, informationen og om patientens fortsatte forbliven i projektet. Landsretten udtaler i dommens præmisser blandt andet, at lægerne ved

forsøg af den pågældende karakter særligt bør overveje behovet for at inddrage patientens pårørende i informationen.



## Lymfeknudetuberkulose primært fejldiagnosticeret som sarkoidose

*En 42-årig kvinde fik i 1980 foretaget vævsprøveudtagelse af en hævet lymfeknude på halsen. Mikroskopi viste forandringer, der kunne tolkes som tuberkulose, sarkoidose eller muligvis reumatisk sygdom. Specifik farvning for tuberkelbaciller var negativ, men der blev ikke dyrket for tuberkelbaciller. I de efterfølgende år havde patienten vekslende grader af almensymptomer og registrerede selv periodisk hævelse på halsen. Hun havde hyppige sygemeldinger, som i sidste omgang medførte afskedigelse fra tjenestemandstilling. Fornyet vævsprøveudtagelse og dyrkning fra valnøddestor lymfeknude i 1989 viste tuberkulose, og patienten fik antituberkuløs behandling for lymfeknudetuberkulose. På grund af tilbagevendende urinvejsinfektioner og betændelsesceller i urinen samt negativ vækst af bakterier, blev patienten senere atter behandlet på mistanke om nyre/urinvejstuberkulose til trods for en række negative dyrkninger for tb. Patienten anlagde sag mod det pågældende sygehus med krav om erstatning på grund af den sene diagnose af tuberkulosen. Hun henviste til tabt arbejdsfortjeneste og afskedigelse fra tjenestemandstilling. Landsretten fastsatte en mindre erstatning, blandt andet med henvisning til vanskelighederne med at afgøre i hvilket omfang sagsøgers symptomer og sygemeldinger var betinget af tuberkulose. Landsretten lagde i sine præmisser afgørende vægt på Retslægerådets udtalelse. Sagen medførte en del offentlig omtale, hvor blandt andet lægekolleger afgav vurderinger, som divergerede fra Retslægerådets. (E 8434).*

42-årig kvinde som i 1980 efter 2 års sygdom med udtalt træthed og febrilia fik fjernet en forstørret lymfeknude på venstre side af halsen. Mikroskopi af den fjernede lymfeknude viste tuberkuloid lignende forandringer (tuberkuloid granulom med vævsdød); specialfarvning fra tuberkelbaciller var negativ. Patologen konkluderede, at det kunne dreje sig om tuberkulose, sarkoidose eller muligvis reumatoid sygdom. Der blev ikke foretaget dyrkning for tuberkelbaciller. Røntgenundersøgelse af lungerne viste intet abnormt. En

måned senere forsøgte man fornyet vævsprøveudtagelse fra en lymfeknude med henblik på dyrkning for tuberkelbaciller. Det lykkedes imidlertid ikke ved operationen at finde lymfatisk væv til dyrkning. Det fremgik af sagsøgerens sygehistorie, at hun i 13-års alderen var Mantoux-positiv, og at en ældre søster havde haft lungetuberkulose og knæledstuberkulose. 21 år gammel havde sagsøgeren haft knuderosen, som svandt spontant. Fra 1980 til 1989 havde sagsøger vekslende grader af almensymptomer med træthed og let

temperaturforhøjelse, og hun registrerede selv periodisk hævelse på halsen. I 1989 søgte hun læge på grund af en valnøddestor hævelse på siden af halsen. Det drejede sig om en lymfeknude. Der blev foretaget biopsi og dyrkning, som viste lymfeknudetuberkulose. Sagsøgeren blev herefter sat i antituberculøs behandling. Under det længerevarende sygdomsforløb havde sagsøgeren i perioder symptomgivende blærebetændelse. Der blev påvist betændelsesceller i urinen, men ingen bakterier. Gentagne urindyrkninger for tuberkulose var ligeledes negative. Alligevel blev sagsøgeren efterfølgende (1992) sat i antituberculøs behandling på mistanke om urinvejstuberkulose. Senere påvist der svampeinfektion i urinblæren. Infektionen blev behandlet med god virkning på symptomerne. På grund af gentagne og længerevarende sygemeldinger blev sagsøgeren afskediget og anlagde herefter sag mod sygehuset som erstatningsansvarlig på grund af den sene diagnose af lymfeknudetuberkulosen. Den forsinkede diagnose havde medført udgifter til medicin, tabt arbejdsfortjeneste samt afskedigelse fra pensionsberettiget tjenestemandstilling.

Sagen blev forelagt Retslægerådet med følgende spørgsmål:

**Spørgsmål A:**

*Er der holdepunkter for at fastslå, at sagsøgerens tuberkulose var aktiv i tidspunktet for undersøgelsen på X sygehus i 1980?*

Det er ikke muligt at fastslå, om sagsøger havde aktiv tuberkulose i 1980, da der ikke er dyrket for mykobakterier

fra den fjernede lymfekirtel. De histologiske forandringer er imidlertid forenelige med tuberkulose. Mistanken om tuberkulose støttes yderligere af oplysningerne i sygehistorien om familiær forekomst af tuberkulose samt oplysningen om, at sagsøger som 13-årig spontant var Mantoux-positiv. Endvidere skal hun som 21-årig have haft knuderosen.

**Spørgsmål B:**

*Er der holdepunkter for at fastslå, om og i hvilket omfang sagsøgerens fysiske og psykiske klager i de efterfølgende år er forårsaget af sygdommen tuberkulose eller følgevirkninger af tuberkulose?*

Kirteltuberkulose i den form, sagsøger har haft sygdommen, er oftest symptomfri eller med lokale symptomer fra kirtlen (vækst af kirtel – fisteldannelse).

I tidsrummet 1981 til 1988 er der ifølge sagens akter ikke fundet sygdomsmanifestationer, typiske for aktiv tuberkulose eller mén efter en sådan sygdom. Infektionen har sandsynligvis fortsat været til stede, men tilsyneladende i latent form, hvor der normalt ikke ses psykiske eller fysiske sygdomstegn.

**Spørgsmål C:**

*Må det antages, at yderligere undersøgelser og foranstaltninger, som var lægeligt indicerede i forbindelse med behandlingen på X sygehus i 1980, ville have ført til en tidligere helbredelse af sagsøgers tuberkulose?*

Af journalen fra sygehuset fremgår, at man ved den første lymfekirtelbiopsi den 21.10.80 ikke foretog dyrkning for

tuberkelbaciller. På baggrund af de histologiske fund og den kliniske mistanke om tuberkulose blev der en måned senere i universel anæstesi foretaget et nyt eksplorativt indgreb på halsen med henblik på fjernelse af væv til dyrkning for tuberkelbaciller. Det lykkedes imidlertid ikke at identificere væv til histologisk og mikrobiologisk undersøgelse. Røntgenundersøgelse af lungerne i 1980 viste helt normale forhold, hvorfor man ikke kunne forvente diagnostiske oplysninger ved dyrkning fra ventrikelskyllevandet for tuberkulose. Af journaloplysningerne fremgår imidlertid, at patienten de efterfølgende år periodevis havde hævelse på halsen. På denne baggrund må det anses for sandsynligt, at en fornyet lymfekirtelbiopsi med dyrkning for tuberkulose forud for 1989 ville have ført til en tidligere diagnose og dermed behandling og helbredelse af sygdommen. For så vidt angår patientens urinvejssymptomer, skal det anføres, at der i 1981 blev dyrket for tuberkelbaciller med negativt resultat. Retslægerådet finder ikke holdepunkter for, at sagsøgers urologiske symptomer har nogen forbindelse med hendes lymfekirteltuberkulose.

#### **Spørgsmål D:**

*Er der holdepunkter for at fastslå, at det beroede på en lægelig fejl eller forsømmelse, at der ikke blev foretaget fornyet lymfekirtelbiopsi med dyrkning for tuberkulose på et tidligere tidspunkt end sket?*

I bekræftende fald spørges, på hvilket tidspunkt den fornyede dyrkning skulle have været foretaget?

Som det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål C, skal sagsøger i årene efter 1980, specielt efter 1988, i perioder have haft hævelse på halsen. Såfremt det har drejet sig om hævede lymfekirtler, må det, som ligeledes anført i rådets svar, anses for sandsynligt, at en fornyet lymfekirtelbiopsi med dyrkning for tuberkulose forud for 1989 ville have ført til en tidligere diagnose og dermed behandling og helbredelse af sygdommen. Ifølge journalmaterialet er de periodiske hævelser på halsen imidlertid alene sagsøgers egne oplysninger til journalen. Der foreligger ingen lægelig beskrivelse af hævede lymfekirtler på halsen efter 1980 og frem til 1989. På dette grundlag finder Retslægerådet ikke holdepunkter for, at der er begået lægelige fejl ved, at der ikke er foretaget fornyet lymfekirtelbiopsi med dyrkning for tuberkulose på et tidligere tidspunkt end sket.

#### **Supplerende spørgsmål:**

*Er der holdepunkter for at fastslå, om og i hvilket omfang sagsøgerens fysiske klager i perioden fra 1988 til dato er forårsaget af sygdommen tuberkulose eller følgevirkninger af tuberkulose, herunder om tuberkulosen har været årsag til en generel svækkelse af immunforsvaret?*

Tuberkulosesygdommen må anses for helbredt ved behandlingen i 1989. Ingen senere undersøgelser har godtgjort tilbagefald af infektionen eller følgevirkninger af tuberkulose. Det er ej heller godtgjort, at der skulle være påvist nogen generel svækkelse af immunforsvaret, og en sådan svækkelse er i øvrigt ikke dokumenteret at fore-

komme efter overstået tuberkuloseinfektion eller behandling herfor.

Sundhedsstyrelsen fik sagen forelagt og afgav udtalelse i november 1991. Sundhedsstyrelsen fandt, at det var udtryk for manglende omhu fra sygehusets side, at man ikke i 1980 foretog yderligere undersøgelser for tuberkulose på sagsøger, og at man ikke iværksatte kontrolundersøgelser eller i det mindste i udskrivningsbreve gjorde opmærksom på, at fortsat kontrol var indiceret på grund af mulighederne for tuberkulose.

Sundhedsstyrelsen fandt, at forholdet burde beklages i henhold til lægelovens § 6 over for den pågældende afdeling. Patientklagenævnet fulgte Sundhedsstyrelsens indstilling.

Landsretten udtalte følgende: „Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, sammenholdt med at sagsøgeren i tilknytning til sin indlæggelse i 1989 fik stillet diagnosen kirteltuberkulose, hvorefter hun blev behandlet og helbredt for denne sygdom, må det antages, at sagsøgeren ved indlæggelsen i 1980 i anledning af knuden i halsen led af tuberkulose og ikke af sarkoidose. Det må på grundlag af Sundhedsstyrelsens udtalelse endvidere – som af sagsøgte erkendt – anses for en fejl, at lægerne ved sygehuset i 1980 ikke foranledigede yderligere undersøgelser foretaget med henblik på tuberkulose. Blandt andet under hensyn til at muligheden for tuberkulose er nævnt i udskrivningsbrevet fra 1980, findes fejlen ikke at kunne betegnes som grov. Der findes efter Retslægerådets besva-

relse af spørgsmål D ikke grundlag for at statuere, at der af sagsøgte er begået ansvarspådragende fejl efter 1980.

Efter Retslægerådets besvarelser navnlig af spørgsmål B og C samt af det supplerende spørgsmål og af Arbejdsskadestyrelsens erklæring har landsretten ikke grundlag for at fastslå, at de urologisk begrundede og andre gener, som sagsøgeren har haft indtil helbredelsen i 1989 for kirteltuberkulose, skyldes denne sygdom. De i sagen foreliggende øvrige lægelige udtalelser har ikke en sådan præcis karakter, at de kan føre til et andet resultat. Det er således ikke godtgjort, at sagsøgeren har pådraget sig invaliditet som følge af tuberkulose, eller at sagsøgeren blev afskediget som følge af tuberkulose. Der er allerede på denne baggrund ikke grundlag for erstatningskravet vedrørende pensionstab. Der er heller ikke tilvejebragt en sådan nærmere dokumentation for, at de af sagsøgeren påberåbte medicinudgifter skyldes tuberkulose, at dette krav kan tages til følge. Det er endelig ikke godtgjort, at sagsøgerens sygedage med arbejdsudygtighed skyldes tuberkulose i det af sagsøgeren påberåbte omfang. Det ligger imidlertid efter det oplyste fast, at sagsøgeren indlægges og behandles på Centralsygehuset i 1980, i anledning af hævelsen på halsen har været forårsaget af kirteltuberkulose. Landsretten finder derfor at kunne lægge til grund, at de gener, som sagsøgeren i tiden op til den behandling havde i form af hævelser og knuder på og ved halsen, må henføres til kirteltuberkulosen. Landsretten lægger endelig efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål

C til grund, at sagsøgeren må antages at ville være blevet helbredt for denne lidelse tidligere og derved have undgået indlæggelsen i forbindelse med operationen i 1989 og de nævnte forudgående symptomer, såfremt Central-sygehuset i 1980 havde ladet foretage dyrkning for tuberkulose fra den bortopererede knude eller opfølgende undersøgelser.

Bortset fra de 5 sengeliggende dage, som indlæggelsen i februar-marts 1989 medførte, kan omfanget af de virkninger, som tuberkulosen for mere end 9 år siden har haft for sagsøgeren, og som er forårsaget af den nævnte fejl, ikke på det foreliggende grundlag nærmere fastslåes. Det er dog nærliggende at antage, at sagsøgeren som følge af tuberkulosen i et vist mindre omfang har haft yderligere sygedage, og eventuelt at enkelte tidligere sygedage med tabt arbejdsfortjeneste kan stå i forbindelse med tuberkulosen. Under hensyn til den lange periode der gik, inden sygdommen blev konstateret, og til vanskelighederne ved diagnosticeringen, findes der endvidere at burde indrømmes sagsøgeren en vis bevislættelse på dette tidspunkt. Erstatningen findes på denne baggrund skønsmæssigt at kunne fastsættes til kr. 10.000. Da beløbet alene udgør en beskedent del af det af sagsøgeren principielt påståede, tillægges der sagsøgte delvise sagsomkostninger som nedenfor bestemt.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte amtskommune skal til sagsøgeren betale kr. 10.000 med tillæg af procesrente fra den 30.10.93. I sagsomkostninger skal sagsøgeren betale kr. 20.000 til sagsøgte.“

Dommen blev anket til Højesteret, men anken blev efterfølgende hævet af sagsøger og hendes advokat.

### **Kommentar:**

Sagsforløbet viser vanskelighederne ved at stille diagnosen lymfeknudetuberkulose, når der ikke primært bliver foretaget dyrkning for tuberkulose og efterfølgende bliver aftalt regelmæssig lægekontrol, hvis mistanken om tuberkulose må opretholdes. Samtidig understreger sagen, at tuberkulose, herunder latent tuberkulose, i dag er en sygdom, der må have sin plads, også her i landet. Inden for de seneste år er der sket en markant stigning i antallet af tb-tilfælde i Danmark. Stigningen kan forklares ved den høje forekomst hos indvandrere, som er kommet til Danmark fra høj-endemiske tb-områder.

Naturligt nok følte sagsøgeren sig frustreret over det meget langvarige sygdomsforløb, og sagen gav anledning til betydelig omtale i dagspressen. Ved den lejlighed udtalte flere lægekolleger sig og gav udtryk for en fra Retslægerådets udtalelser afvigende vurdering, hvilket naturligt nok følte som en yderligere belastning for sagsøgeren. Alt tydede på, at disse udtalelser blandt andet beroede på et utilstrækkeligt kendskab til præmisserne for Retslægerådets udtalelser. Forholdet understreger vigtigheden af, at lægelige udtalelser til dagspressen i sager af denne karakter er så velbegrundede og så veloplyste som muligt, og maner til forsigtighed, hvis dette ikke er tilfældet.





## Mangelfuld undersøgelse af svulst i en kvindes bryst var ikke ansvarspådragende

*En 55-årig kvinde blev af sin sædvanlige læge henvist til en praktiserende speciallæge i kirurgi på grund af mistanke om knude i det ene bryst. Patienten havde fået foretaget mammografi, som viste godartede forandringer i brystet, og en vævsudtagning ved hjælp af en nål foretaget den 9. oktober bekræftede dette fund. Den praktiserende læge henviste atter kvinden til speciallægen, som den 19. december samme år foretog en ny undersøgelse af brystet med samme resultat som tidligere, men speciallægen bemærkede en knudedannelse i armhulen. Der blev atter taget en vævsprøve ved hjælp af en nål, og svaret på den mikroskopiske undersøgelse viste, at materialet var mindre egnet. Speciallægen afsluttede herefter behandlingen, og kvinden blev 1. juni det efterfølgende år opereret med fjernelse af venstre bryst og lymfeknuder i armhulen på grund af brystkræft. Kvinden blev 1-2 måneder senere opereret for tyktarmskræft, hvis natur ikke er nærmere beskrevet. Retslægerådet udtalte sig kritisk med hensyn til speciallægens behandling af patienten, og én af de voterende afgav senere vidneforklaring i landsretten. Landsretten fandt, at speciallægen havde begået en fejl, men retten skønnede ikke, at der var ført tilstrækkelig bevis for, at der var en årsagssammenhæng mellem denne fejl og den senere operative fjernelse af brystet, hvorfor speciallægen blev frikendt (E 8468).*

Sagen vedrører en 55-årig kvinde, som efter henvisning fra sin sædvanlige læge blev undersøgt hos en speciallæge i kirurgi på grund af mistanke om en knude i det ene bryst. Den praktiserende læge havde forinden foranlediget en mammografi udført, og denne viste angiveligt godartede forandringer i brystet. Speciallægen foretog i begyndelsen af oktober måned en såkaldt nålebiopsi. Mikroskopien af det udhentede materiale viste, at der ikke var ondartede celler til stede.

Kvinden følte sig stadig utryk og kontaktede igen sin sædvanlige læge, som atter henviste til speciallægen. Denne undersøgelse fandt sted den 19. december samme år. Ved undersøgelse af brystet på dette tidspunkt fandt speciallægen ingen ændringer i forhold til den sidste undersøgelse, hvor han havde konstateret godartet knudret kirtelvæv i brystet. Derimod fandt han i armhulen en fast, ikke øm lymfeknude, hvorfra der blev taget en såkaldt nålebiopsi. Den mikroskopiske beskrivelse af dette præparat omtalte et meget sparsomt og

noget blodtilblandet materiale indeholdende normale støttceller i form af fedtceller og bindevævsceller. Lymfatisk væv eller epitelceller er ikke repræsenteret. Der var ingen cytologiske (cellemæssige) malignitetstegn, men materialet var så sparsomt, at det måtte betegnes som mindre egnet til cytologisk diagnostik. Speciallægen afsluttede behandlingen, idet han opfattede lymfeknudeforstørrelsen som en følge af den tidligere nålebiopsi taget fra brystet i oktober. Speciallægen fandt ikke grund til at foretage yderligere.

I slutningen af april det følgende år blev kvinden af sin sædvanlige læge henvist til et hospital, hvor man den 1. juni bortopererede venstre bryst på grund af en påvist kræftlidelse i brystet. Det viste sig, at der var 2 kræftsvulster i brystet, og at der var kræftudsæd i 6 af 8 fjernede lymfeknuder fra armhulen.

Et par måneder senere blev kvinden opereret på samme hospital for tyktarmskræft (nærmere om denne operation fremgår ikke af de foreliggende papirer).

Kvinden klagede et år senere til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (PKN) over speciallægens behandling af hende, og efter et års sagsbehandling traf PKN afgørelse i sagen, idet nævnet ikke fandt, at speciallægen havde overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, i forbindelse med behandlingen. PKN fandt dog, at anmærkningen i mikroskopisvaret om, at materialet var mindre egnet, burde have medført fornyet vævsprøve, men PKN lagde vægt på,

at røntgenundersøgelsen af brystet (mammografien) ved undersøgelsens start var normal, og at speciallægen ikke klinisk havde bedømt de forandringer, han følte, som tegn på en ondartet lidelse.

Kvinden fik senere – fire år efter den første henvendelse til speciallægen – synsforstyrrelser, og der blev konstateret svulstudsæd i lungerne og hjernen. Kvinden døde i april det følgende år, 4½ år efter den primære behandling hos speciallægen.

Kvinden havde inden sin død anlagt erstatningssag mod speciallægen, og Retslægerådet fik forelagt spørgsmål fra såvel kvindens advokat som speciallægens advokat, og spørgsmålene blev besvaret således:

Fra kvindens advokat:

**Spørgsmål 1:**

*Idet der henvises til patientens sygdomsforløb fra mammografien i august måned og indtil brystkræftoperation den 1. juni det følgende år, bedes Retslægerådet besvare, hvorvidt det som bilag 4 fremlagte biopsisvar af 20.12. fra X hospital til speciallægen, burde have givet speciallægen anledning til at indkalde patienten til en ny finnålsbiopsi, de kliniske fund og den forudgående grovålsbiopsi taget i betragtning.*

Ja! Det foreliggende svar fra patologerne gav ikke tilstrækkeligt grundlag for at afslutte patienten.

**Spørgsmål 2:**

*Såfremt ovennævnte spørgsmål besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om*

*en fornyet finnålsbiopsi, som ville være egnet til diagnostisk vurdering, ville have givet en mere oplysende beskrivelse end den, som er anført i X hospitals beskrivelse af biopsisvar af 20.12. (bilag 4).*

Såfremt det skønnes, at en fornyet finnålsbiopsi, som ville være egnet til diagnostisk vurdering, ville have givet en mere oplysende beskrivelse end den, som er anført i X hospitals beskrivelse i biopsisvar af 20.12., bedes Retslægerådet oplyse, hvilken mere oplysende beskrivelse en fornyet finnålsbiopsi ville have givet.

Spørgsmålet lader sig ikke besvare entydigt. Et egnet materiale måtte forventes at kunne have været vejledende for den videre behandling.

Spørgsmål fra speciallægens advokat:

**Spørgsmål A:**

*Har speciallægen udvist lægefaglige fejl eller forsømmelser i forbindelse med den første konsultation 9. oktober?*

Nej.

**Spørgsmål B:**

*Er resultatet af den objektive undersøgelse foretaget 19.12. forskellig fra den foretaget 09.10.?*

Ja, der blev påvist én indolent lymfeknude i armhulen, som ikke var omtalt ved første konsultation.

**Spørgsmål C:**

*Er speciallægens konklusion efter svaret på biopsien foretaget 19.12., jf. bilag 3, set i relation til de objektive undersøgelser i ok-*

*tober og december måned lægefagligt korrekt?*

Nej! Svaret på celleundersøgelsen af lymfeknuden i armhulen burde ikke have været baggrund for en definitiv beslutning.

**Spørgsmål D:**

*Var det lægefagligt acceptabelt af speciallægen at konkludere, at lymfeknuden i venstre armhule var en følge af biopsien i oktober, jf. bilag 3. I benægtende fald, da hvorfor ikke?*

Nej! Se svaret på spørgsmål C. Man har ved dette svar ikke taget stilling til, hvorvidt en nåleaspiration i brystet eventuelt senere kunne medføre en forstørrelse af en lymfeknude i armhulen. Et velegnet cellemateriale fra lymfeknuden ville i så fald have kunnet støtte denne formodning.

**Spørgsmål E:**

*Hvis en korrekt diagnose havde kunnet stilles i slutningen af året, ville behandling og prognose da være væsentligt ændret i forhold til diagnosticeringstidspunktet den 22. maj det følgende år?*

Kan ikke besvares entydigt. På grund af de foreliggende bilag, hvor der er oplysning om 2 ondartede knuder i selve brystet og kræftspredning til 6 af 8 påviste lymfeknuder, ville den kirurgiske behandling have været den samme. Hvorvidt fremtidsudsigten for den pågældende patient ville være ændret lader sig ikke besvare.

**Spørgsmål F:**

*Ville en korrekt diagnose stillet 4 måneder*

*tidligere have medført, at behandling med cellegift havde været undgået?*

Kan ikke besvares.

**Spørgsmål G:**

*Hvor stor er hyppigheden af falsk negative grovnålsbiopsier hos patienter med mistænkt brystkræft?*

Spørgsmålet er irrelevant, da der ikke er anvendt grovnålsbiopsi.

Under retssagen gav en af de sagkyndige i Retslægerådet uddybende forklaring om den biologiske udvikling af kræfttilfælde, som er meget forskellig fra patient til patient. Nogle svulster vokser hurtigt og andre langsomt. Da vævsprøveudtagningen den 20. december ikke blev udtaget fra processen, det vil sige i det område, som kan have været ondartet, kan man således ikke fra konstateringen i maj det følgende år af, at der var celler med proliferation, men uden kendskab til hastigheden slutte noget om, hvorvidt der i december det foregående år var svulstceller i brystet på kvinden.

Landsretten udtalte:

Landsretten lægger til grund, at speciallægen begik en fejl ved ikke at foretage en fyldestgørende undersøgelse med yderligere biopsi af kvindens bryst i december måned. Efter de lægelige oplysninger fra Retslægerådet som suppleret af det sagkyndige vidne finder retten imidlertid, at sagsøgeren ikke har ført tilstrækkeligt bevis for en årssagssammenhæng mellem sagsøgtets fejl og fjernelsen af kvindens venstre

bryst i juni det efterfølgende år. Det findes heller ikke tilstrækkeligt godtgjort, at der er årssagssammenhæng mellem den forsinkelse med at stille af en fyldestgørende diagnose, som fulgte af sagsøgtets fejl, og den særdeles alvorlige udvikling af kræft, som kvinden kom ud for 4 år efter undersøgelsen hos speciallægen, efter at hun havde været symptomfri næsten 3 år efter tyktarmskræftoperationen i august 1992.

Speciallægen blev herefter frifundet.

**Kommentar:**

Det er interessant, at retten også fandt, at speciallægen havde begået en fejl, men det kom faktisk speciallægen til gode, at nålebiopsien fra armhulen var insuffICIENT, hvorfor det ikke rent akademisk kunne bevises, at den følte knude indeholdt kræftvæv.

Det er tidligere slået fast, at manglende kommunikation mellem klinikere og patologer kan medføre ulemper for patienterne. I den aktuelle sag har såvel Retslægerådet som landsretten lagt vægt på, at den praktiserende speciallæge ikke skulle have afsluttet behandlingen, da han fik et mikroskopisvar, hvori det var angivet, at materialet var mindre egnet til cytologisk vurdering. (Jf. Retslægerådets årsberetning for 1989, side 37ff.). I den aktuelle sag har den praktiserende speciallæge utvivlsomt lagt mest vægt på bemærkningen om, at der i det insuffICIENTE materiale ikke blev fundet celler, som var suspakte for kræft, hvorfor han alene stode på sin kliniske vurdering. Som det fremgår af domsudskriften, kom det ham senere til gode, at der herved ikke

kunne føres bevis for en sammenhæng mellem knudedannelsen i armhulen og den senere påviste brystkræftlidelse.

Det burde stå klart for en speciallæge i kirurgi, at når der ikke i præparatet, udhentet fra en (formodet) lymfeknude, findes lymfatisk væv, er materialet ikke repræsentativt – det vil sige udtaget fra det ønskede væv – og undersøgelsen er derfor insufficient, og den diagnostiske udredning bør fortsættes.

Ved besvarelsen af spørgsmål A har Retslægerådet kun taget stilling til første del af spørgsmålet. Retslægerådet har tidligere (Retslægerådets årsberetning for 1989, s. 40f.) givet udtryk for den opfattelse, at læger ved undersøgelse af svulster i brystet hos kvinder bør fortsætte de diagnostiske undersø-

gelser, indtil en sikker diagnose er stillet, om end Retslægerådet er opmærksom på, at det formentlig er umuligt at undgå fejlskøn.

I den aktuelle sag er det også interessant at bemærke, at Patientklagenævnet ikke har fundet, at speciallægen har overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, selvom det usikre patologisvar burde have ført til en fornyet vævsprøve.

Ved gennemgang af materialet er det Retslægerådets opfattelse, at der i begge de to tilfælde er foretaget såkaldt ”finnålspunktur”, og ikke i første tilfælde, som beskrevet af speciallægen, en ”grovnålsbiopsi”. Det har næppe betydning for vurdering af sagen som helhed, men er dog udtryk for en ikke alt for stor omhu med journalføringen hos den praktiserende speciallæge.



# Samspelet mellem patient og læge med hensyn til svar på laboratorieundersøgelser.

*37-årig kvinde fik juli 1993 foretaget celleprøve fra livmodermunden. Celleprøven var præget af svær infektion, og patienten blev derfor anbefalet ny henvendelse efter overstået behandling, hvilket patienten dog ikke syntes at have forstået. Ved henvendelse til ny læge 8 måneder senere i marts 1994 blev der ved fornyet celleprøve rejst mistanke om livmoderhalskræft. Dette blev bekræftet ved efterfølgende speciallægeundersøgelse, og patienten blev opereret for en livmoderhalskræft i et tidligt stadie. Den praktiserende læge, der havde foretaget celleprøven juli 1993, blev frikendt i sag vedrørende erstatningsansvar for forværring af sagsøgers sygdom eller dennes følger. (E 9291).*

Det drejer sig om en 27-årig kvinde, der hos egen læge i august 1992 fik foretaget en celleprøve fra livmodermunden som led i p-pille kontrol. Patienten klagede endvidere over udflåd, og ved den gynækologiske undersøgelse blev der konstateret uspecifik betændelse svarende til livmoderhals og -mund. Patienten påbegyndte behandling og kom til svar på celleprøven oktober 1992, hvor hun fik at vide, at materialet ikke var velegnet. Hun blev derfor opfordret til at genhenvende sig 3-6 måneder senere med henblik på fornyet kontrol. Denne fandt sted juli 1993, hvor man ved den mikroskopiske undersøgelse fandt, at celleprøven var præget af svær infektion. Patienten blev derfor igen anbefalet ny henvendelse efter overstået behandling. Dette synes patienten ikke at have forstået. Hverken patienten eller lægen rettede efterfølgende henvendelse til hinanden. Patienten skiftede efterføl-

gende læge og henvendte sig februar 1994 til sin nye læge med underlivssmerter og blødning efter samleje. Undersøgelse gav mistanke om livmoderhalskræft, hvilket blev bekræftet ved opfølgning hos gynækologisk speciallæge. Patienten blev derfor april 1994 opereret for livmoderhalskræft i et tidligt stadie med fjernelse af livmoderen og lymfeknuderne i det lille bækken.

Sagen blev forelagt Retslægerådet i to omgange. Rådet udtalte sig først i februar 1997 vedrørende 2 spørgetemaer:

## Spørgetema 1:

### Spørgsmål 1:

*Retslægerådet bedes oplyse, om det ved gynækologiske rutineundersøgelser er sædvanligt og i overensstemmelse med almindelig dansk lægepraksis, at den praktiserende læge*

*meddeler patienten, at denne kan gå ud fra at prøven var normal, hvis patienten ikke hører yderligere fra lægen.*

Retslægerådet har ikke kendskab til, hvor hyppigt alment praktiserende læger aftaler med patienten, at manglende reaktion fra lægens side er ensbetydende med, at prøven er normal.

### **Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om læge A, uanset at patienten ikke selv kontaktede hende telefonisk - i sin egenskab af patientens praktiserende læge - af egen drift burde have orienteret patienten om resultatet af prøven udtaget ved undersøgelsen den x. juli 1993 eller indkaldt patienten til fornyet undersøgelse.*

*I givet fald bedes oplyst, på hvilket tidspunkt læge A burde have kontaktet patienten.*

Det er Retslægerådets opfattelse, at den praktiserende læge ikke skal overtage patientens ansvar for sig selv. Har lægen og patienten indgået en aftale om, at patienten efter en vis tid henvender sig for eksempel telefonisk med henblik på oplysninger om et prøvesvar (eksempelvis resultatet af en vaginalcytologisk undersøgelse), er det patientens ansvar at henvende sig. Såfremt patienten af en eller anden grund vælger ikke at henvende sig, foretager lægen sig normalt ikke yderligere. Hvis et analysesvar imidlertid viser, at der er en konkret og umiddelbar fare for patientens liv eller helbred, er det Retslægerådets opfattelse, at lægen er forpligtet til at sørge for, at patienten bliver orienteret.

### **Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om en eventuel forsinkelse med diagnosticeringen og behandlingen af patientens kræftlidelse må skønnes at have forværret sygdomsforløbet og helbredelsesmulighederne for patienten.*

*Om muligt ønskes det oplyst, om en forsinkelse på henholdsvis 3, 6 eller 9 måneder må skønnes at have haft betydning for behandlingen af patientens kræftlidelse.*

Ja, tumors vækst er formentlig individuel, og det er næppe muligt at differentiere mellem vækst efter 3, 6 eller 9 måneder, men generelt forværres prognosen jo længere tid, der går inden behandling.

### **Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om læge A har begået lægefaglige fejl ved behandlingen af patienten, og i bekræftende fald om sådanne fejl har haft indflydelse på sygdomsforløbet.*

Det er Retslægerådets opfattelse, at læge A ikke har begået lægef fejl ved behandlingen af patienten.

### **Spørgtema 2:**

#### **Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om læge A ved undersøgelse af patienten den x. juli 1993 burde have haft mistanke om kræft i livmoderhalsen.*

Ved undersøgelse x. 07.93 fandtes portio (livmoderhalsen) med uregelmæssig forreste portiolæbe som var vulnerabel. Ingen klager udover let obstipation. De beskrevne forandringer



ger er forekommet ved cancer colli uteri (kræft i livmoderhalsen). De er imidlertid ikke specifikke for sygdommen, og da der ikke var symptomer i form af kontaktblødning eller udflåd, må mistanken om cancer være lille.

**Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes beskrive, om det er i overensstemmelse med almindelig dansk lægepraksis, at den praktiserende læge anmoder patienten om selv at ringe for at få svar på celleprøver taget ved gynækologiske rutineundersøgelser.*

Lægepraksis er et tillidsforhold mellem læge og patient, og det er op til den enkelte læge og patient at aftale, hvorledes svar på eventuelle prøver afgives. Det er formentlig meget hyppigt, at patienten anmodes om at ringe for at få svar på prøverne.

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det er ofte forekommende, at celleprøver taget som vaginalcytologi er mindre egnede til diagnostisk vurdering på grund af eksempelvis betændelse/inflammation eller udtørring.*

*Retslægerådet bedes i bekræftende fald oplyse, hvor ofte sådanne celleprøver er mindre egnede til diagnostisk vurdering eksempelvis på grund af betændelse/inflammation.*

Dette forekommer i ca. 5% af alle prøver.

**Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der forefindes generelle retningslinjer for, hvornår praktiserende læger skal indkalde patienter*

*til fornyet undersøgelse ved inkonklusivt svar på en celleprøve. I bekræftende fald bedes Retslægerådet beskrive disse generelle retningslinier.*

Som det fremgår af de i sagen fremlagte retningslinier fra X hospital, bør ny prøve indsendes efter ca. 3 måneder i midtcyklus. Tilsvarende retningslinier findes i andre amter med formaliseret screening for cancer colli uteri.

**Spørgsmål 5:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvornår læge A skulle have indkaldt patienten til fornyet undersøgelse.*

Fremgår af svar på spørgsmål 4.

**Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes beskrive den kræftform, som blev konstateret ved indlæggelse på X hospital. Retslægerådet bedes i denne forbindelse oplyse, om der var tale om:*

- a. en hurtigt voksende kræftsvulst, eller
- b. en langsomt voksende kræftsvulst.

Ved indlæggelse på X hospital fandtes cancer colli uteri stadium 1b2. For planocellulære carcinomer, som i det foreliggende tilfælde, regner man med en fordoblingstid på ca. 100 dage. Men væksthastigheden er stærkt varierende.

**Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om diagnosen kunne være blevet stillet tidligere ved undersøgelserne den x. juli 1993 eller den x. februar 1994 eller den x. marts 1994.*

Diagnosen kunne formentlig være stillet ved undersøgelsen x.07.93.

**Spørgsmål 8:**

*Såfremt spørgsmål 7 besvares bekræftende, bedes Retslægerrådet oplyse, om behandlingen af patienten da ville have været en anden.*

Behandlingen af patienten ville ved påvisning af cancer colli uteri x. 07.93 formentlig være uændret - radikal hysterektomi (fjernelse af livmoderen). Ved denne behandlingsmetode er der generelt 85% overlevelse og 15% behandlingssvigt. Det er ikke muligt at udtale sig om forløbet af patientens sygdom, men jo mindre kræftsvulsten er ved behandlingen, jo færre behandlingssvigt ser man.

**Spørgsmål 9:**

*Retslægerrådet bedes oplyse, om 2-3 måneders forsinkelse havde en behandlingsmæssig konsekvens taget i betragtning af at der ifølge X hospital, Patologisk Afdeling (bilag A), skal gå 3 måneder mellem prøverne, når den udtagne prøve er inkonklusiv på grund af infektion/inflammation eller udtørring.*

Nej.

Sagen blev herefter på ny forelagt Retslægerrådet, der i februar 1998 afgav følgende supplerende udtalelse:

**Tillægsspørgsmål 5:**

*Retslægerrådet bedes oplyse om læge A's bedømmelse af svaret af x. august 1993 på prøven udtaget den x. juli 1993 som harmless, da der ikke beskrives celleforandringer (jf. læge A's erklæring af x. januar 1995) var forsvarlig.*

Det fremgår af beskrivelsen, at prøven var uegnet til diagnostisk brug. Resultatet kan derfor ikke danne grundlag for en diagnostisk vurdering.

**Tillægsspørgsmål 6:**

*Retslægerrådet bedes oplyse, om læge A alene på grundlag af sine objektive undersøgelser den x. august 1992, og navnlig den x. juli 1993, burde have været klar over, at der var grund til opfølgning – uanset at svaret på prøven udtaget den x. juli 1993 først ville foreligge 2-3 uger senere.*

*Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende, bedes Retslægerrådet oplyse, om læge A burde have aftalt en ny tid med patienten for yderligere undersøgelser allerede i forbindelse med undersøgelsen den x. juli 1993.*

Retslægerrådet finder læge A's fremgangsmåde den x.07.93 korrekt. De beskrevne forandringer på livmoderhalsen burde have medført udtagelse af en ny prøve, da celleprøven fra x.07.93 var uegnet til diagnostisk vurdering. Der henvises i øvrigt til besvarelse af spørgsmål 2, spørgetema 1.

**Tillægsspørgsmål 7:**

*Retslægerrådet bedes oplyse, hvilke yderligere undersøgelser som ville have været nødvendige for at stille diagnosen den x. juli 1993, på hvilket tidspunkt diagnosen kunne være stillet, jf. Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål 7, spørgetema 2 i erklæringen af x. februar 1997.*

*Retslægerrådet bedes ved besvarelsen oplyse, hvilke foranstaltninger læge A kunne have foretaget for at få stillet diagnosen i forbindelse med undersøgelsen den x. juli 1993.*

Retslægerådet finder ikke, at der var grund til at foretage yderligere undersøgelser den x.07.93. En egnet celleprøve ville med stor sandsynlighed have ført til diagnosen kræft i livmoderhalsen.

Sagen blev afgjort ved frivilligt forlig, indgået i overensstemmelse med en tilkendegivelse fra retten. Tilkendegivelsen lyder:

”Præmisser:

Efter bevisførelsen, herunder det af Retslægerådet udtalte, er de forandringer, som sagsøgte ved underlivsundersøgelsen den x. juli 1993 konstaterede, ikke specifikke for cancer, og der forelå ved denne undersøgelse heller ikke i øvrigt symptomer på, at sagsøgeren havde denne sygdom. Idet den udtagne prøve viste sig uegnet til diagnostisk brug, kan sagsøgte herefter ikke antages at have haft konkret anledning til mistanke om, at sagsøgeren havde cancer.

Efter bevisførelsen findes der endvidere ikke grundlag for at tilsidesætte sagsøgte forklaring om, at sagsøgte den x. juli 1993 – som sædvanligt i forbindelse med foretagelse af celleskrab – har givet sagsøgeren anvisning på at henvende sig senere og få oplysning om analyseresultatet.

Uanset at sagsøgte, da sagsøgeren ikke havde henvendt sig, har undladt at indkalde sagsøgeren til udtagelse af en ny prøve ca. 3 måneder efter den x. juli 1993, findes sagsøgte ved sin undladelse deraf i tiden, indtil der i februar eller marts 1994 konstateredes symp-

tomter på sygdommen, ikke under de ovenfor anførte omstændigheder at kunne antages at have pådraget sig erstatningsansvar for forværring af sagsøgerens sygdom eller dens følger.

Sagsøgerens påstand kan derfor ikke tages til følge.

Konklusion:

Sagsøgte, læge A, frifindes.”

### **Kommentar:**

Den aktuelle sag rejser et principielt problem vedrørende opfølgning af prøveresultater. Retslægerådet har i den forbindelse lagt vægt på, at uddannelse af læger til almen praksis og efteruddannelsen af praktiserende læger i de seneste 10 år har været baseret på 2 principper: Lægen skal respektere patientens autonomi, og læger skal ikke overtage patientens ansvar for sig selv. Disse principper kan afviges, såfremt der foreligger en konkret og nærliggende fare for patientens liv eller helbred (jf. kriterierne for tvangsindlæggelse af psykotiske patienter). Når den praktiserende læge mange gange dagligt anmoder patienten om at henvende sig telefonisk eller i konsultationen, og patienten indvilger heri, foreligger der formelt en aftale, der forpligter patienten. Det er med andre ord ikke en aftale, der betyder, at lægen er forpligtet til at reagere, hvis patienten af en eller anden grund ikke opfylder sin del af aftalen. Forholdet vedrørende vaginalcytologiske prøver adskiller sig ikke principielt fra resultatet af andre undersøgelser, for eksempel røntgenundersøgelser, blodanalyser, bakteriologiske

undersøgelser osv. Hvis et analysesvar imidlertid viser, at der er en konkret og umiddelbar fare for patientens liv eller helbred, er det Retslægerådets

opfattelse, at lægen er forpligtet til at sørge for, at patienten bliver orienteret.

## Sløv knoglebetændelse efter korsbåndslæsion - en regn af spørgsmål

*29-årig kvinde fik under håndboldspil 14.02.88 et traume mod højre knæ. Hun henvendte sig på skadestuen, hvor hun initialt ikke blev behandlet, udover at der blev lagt et støttebind. Hun blev genundersøgt og indlagt 1 uge senere, hvor man konstaterede, at forreste korsbånd var bristet. Hun blev opereret, men efterforløbet blev kompliceret først med årebetændelse og senere med knoglebetændelse omkring det højre knæled. Hun blev derfor reopereret og sat i antibiotisk behandling. Resultatet var dårligt, og i 1990 fik hun indsat et kunstigt knæled. Efterfølgende var der bevægelsesindskrænkning og smerter. I forbindelse med civilt søgsmål mod sygehusejeren, blev det gjort gældende, at der var begået ansvarspådragende fejl i forbindelse med for sen eller manglende diagnosticering af korsbåndsrapturen og af den efterfølgende infektion i knæet. Byretten fandt det ikke godtgjort, at lægerne havde begået ansvarspådragende fejl og frifandt sygehusejeren. Sagen blev appelleret til landsretten, der stadfæstede dommen. I forbindelse med sagens behandling ved by- og landsret blev der stillet 97 spørgsmål til Retslægerådet, hvoraf flere med underopdelinger. Retslægerådet var desuden indkaldt til at afgive mundtligt vidneudsagn i landsretten for at sikre, at de mange spørgsmål kunne sammenfattes på en lægelig korrekt måde. (E 8869).*

En 29-årig tidligere rask kvinde pådrog sig 14.02.88 under håndboldspil et traume mod højre knæ med første besøg på skadestuen samme aften. Hverken sygehistorien eller de objektive fund gav da mistanke om korsbåndsruptur (brud på korsbåndene). Dagen efter blev sagsøgeren undersøgt på en idrætssklinik, hvor der fandtes ansamling i knæet, og man mistænkte en korsbåndslæsion. Man genhenviste til skadestue. På skadestuen blev knæet grundigt undersøgt af læge den 15.02.88. Lægen fandt det rigtigt og forsvarligt at observere et stykke tid under aflast-

ning, fordi løsheden var ens på de to knæ. Kvinden blev sat til kontrol efter 1 uge. Ved denne kontrol 23.02.88 besluttede man sig for artroskopi, der blev foretaget den 25.02.88 og viste en ruptur i forreste korsbånd svarende til øverste hæfte. Rekonstruktionen af ledbåndet fandt sted 12 dage efter ulykestilfældet.

Efterforløbet af operationen var kompliceret med dyb årebetændelse, der blev mistænkt fra 04.03.88, hvorefter diagnosen blev bekræftet ved flebografi (røntgenkontrastundersøgelse af blod-

årerne), og man påbegyndte blodfortyndende behandling (antikoagulationsbehandling). Senere blev forløbet kompliceret med knoglebetændelse omkring højre knæled, der blev diagnosticeret radiologisk 07.04.88, og herefter behandlet med antibiotika og kirurgisk sanering ved synovektomi (operativ fjernelse af ledhinden). I hele perioden var der udtalte smerteklager fra højre ben, specielt fra den opererede knæregion. Regionen blev undersøgt mange gange, første gang allerede dagen efter korsbåndsoperationen, og eftersyn er omtalt mange gange i journalen. Temperaturkurven i perioden viste, at temperaturen var let svingende, overvejende mellem 38° og 38,5°, enkelte gange op imod 39° og noget hyppigere under 38°. Sænkningen holdt sig forhøjet, men faldt dog fra 90 til 60, hvorimod antallet af hvide blodlegemer steg fra 8,7 til 11,4 mia/l. De behandlende læger var usikre på, om den fundne årebetændelse kunne forklare symptomerne, den fortsatte moderate temperaturforhøjelse og en vedvarende forhøjet sænkning. De lokale forandringer var ikke entydige, og man eftersøgte andre forklaringer, blandt andet gennem tilsyn fra intern mediciner med henblik på betændelsesfocus andetsteds. På grund af de vedvarende smerter blev gipsen flere gange opklippet og lagt om.

Røntgenundersøgelsen den 07.04.88 afslørede svære destruktive forandringer i knæet forenelige med svær infektion og ostit (knoglebetændelse). Ved operation den 08.04.88 konstaterede man svære bruskskader i knæet. Dyrkning af prøver udtaget fra knæet viste

dog ingen vækst af bakterier. Resultatet af knæoperationen var trods langt genoptræningsforløb ikke godt - knæet var stift, og i 1990 fik kvinden foretaget en alloplastisk operation (kunstigt knæled). Også herefter var resultatet mindre godt med bevægelsesindskrænkning og smerter.

Kvinden anlagde herefter sag mod sygehusejeren med krav om erstatning og gjorde gældende, at ansatte ved sygehuset havde begået ansvarspådragende fejl ved manglende eller for sen diagnosticering af korsbåndsrupturen og af infektionen i knæet. Med byrettens tilladelse fremsendte sagens parter herefter 36 spørgsmål til Retslægerådet den 25.06.92. Efterfølgende fremsendtes 08.11.93 supplerende spørgetema med mange nye spørgsmål. Byretten frifandt sagsøgte for ansvarspådragende fejl, hvorefter sagen blev appelleret til landsretten, der genfremsendte sagen den 07.01.97 med yderligere 3 supplerende spørgsmål. Landsretten stadfæstede byrettens afgørelse i dom af 23.12.98. Til brug for sagens behandling i landsretten blev Retslægerådet anmodet om at give møde som sagkyndigt vidne.

De spørgsmål, Retslægerådet besvarede under sagens behandling, var følgende:

#### **Fra kvindens advokat**

##### **Spørgsmål 1:**

*Var sagsøgtes behandling og diagnosticering af NN ved den første henvendelse på sagsøgtes skadestue den 14. februar 1988 korrekt?*

Lægen på skadestuen foretager 14.02.88 en undersøgelse af NN's højre knæ, men finder ikke kliniske tegn på den senere påviste læsion af forreste korsbånd. Der synes foretaget en tilstrækkelig undersøgelse inklusiv røntgenundersøgelse, og den instituerede behandling er i overensstemmelse med resultatet heraf.

Det skal bemærkes, at undersøgelse af et knæ i den akutte situation er vanskeligt, og det er langt fra altid muligt at afsløre skader på strukturer i knæledet, herunder skader på korsbånd.

### **Spørgsmål 2:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares benægtende bedes rådet oplyse, hvad korrekt behandling og diagnosticering ville have været.*

Bortfalder med besvarelsen af spørgsmål 1.

### **Spørgsmål 3:**

*Var sagsøgtes behandling og diagnosticering af NN ved den anden henvendelse på sagsøgtes skadestue den 15. februar 1988 korrekt?*

Ved undersøgelsen på skadestuen 15.02.88 er der fra Idrætsklinikken rejst mistanke om læsion af forreste korsbånd. Det fremgår af skadejournalen, at den undersøgende læge finder "let Lachmann-løshed og forreste skuffeløshed på knapt ½ cm". Da der imidlertid skønnes at være tilsvarende løshed på den raske venstre side, vælger den undersøgende læge at forholde sig afventende indtil en ny kontrol en uge senere. Der synes foretaget en tilstrækkelig grundig klinisk undersøgelse af knæledet.

Undersøgelsen afklarer ikke, om der er sket skade på strukturer i knæledet. Det kunne på dette tidspunkt have været besluttet at fjerne denne usikkerhed igennem en kikkertundersøgelse, men det kan ikke anses for ukorrekt at afvente yderligere en uge.

### **Spørgsmål 4:**

*Såfremt spørgsmål 3 besvares benægtende bedes rådet oplyse, hvad korrekt behandling og diagnosticering ville have været.*

Er besvaret med ovenstående.

### **Spørgsmål 5:**

*Burde sagsøgte ved henvendelsen den 15. februar 1988 - i lyset af NN's henvendelse til X hospitalets Idrætsklinik (bilag 1) - have stillet diagnosen "ruptur af forreste korsbånd"?*

Undersøgelsen på Idrætsklinikken anfører: "At man må mistænke ruptur af forreste korsbånd". Det kan ikke i lyset af denne udtalelse fastslås, at undersøgeren på skadestuen burde have stillet diagnosen ruptur af forreste korsbånd.

### **Spørgsmål 6:**

*Hvorledes behandles et ruptureret korsbånd?*

Et overrevet korsbånd behandles, hvor overrivningen er sket svarende til ledbåndets øvre tilhæftning på lårbenet, og hvor skaden diagnosticeres, forinden der er sket skrumpning af ledbåndet, med sammensyning eventuelt med samtidig forstærkning af ledbåndet. Ledbåndet sys fast til sin tilhæftning med tråd ført igennem borekanaler i lårbensknoglen.

**Spørgsmål 7:**

*Er rådet enig i, at behandling af et ruptureret korsbånd erfaringsmæssigt skal indledes hurtigst muligt? I bekræftende fald ca. hvor hurtigt?*

Sammensyning af et korsbånd skal som anført ske forinden ledbåndsresten skrumper, erfaringsmæssigt indenfor 3-4 uger efter skaden.

**Spørgsmål 8:**

*Er diagnosen "ruptureret korsbånd" en sjælden diagnose hos patienter, der efter sportsudøvelse indbringes til hospitalet med et knætraume?*

Nej.

**Spørgsmål 9:**

*Er rådet enig i, at effekten af behandlingen af et ruptureret korsbånd mindskes, jo længere tid der går fra skaden til behandlingens iværksættelse? I bekræftende fald på hvilken måde?*

Er besvaret ovenfor med spørgsmål 7.

**Spørgsmål 10:**

*Er rådet enig i, at diagnosen "mistanke om ruptureret korsbånd" overvejende stilles på baggrund af en klinisk undersøgelse, idet den ikke alene kan stilles på baggrund af en røntgenundersøgelse?*

Diagnosen "mistanke om ruptur af forreste korsbånd" stilles på den kliniske undersøgelse. Den kan ikke stilles på baggrund af en røntgenundersøgelse.

**Spørgsmål 11:**

*Ville en artroskopi foretaget enten den 14. eller 15. februar 1988 have vist, at det for-*

*reste korsbånd var ruptureret?*

Ja.

**Spørgsmål 12:**

*Burde sagsøgte have ordineret artroskopi af NN ved et af skadestuebesøgene den 14. og 15. februar 1988?*

Der forelå ikke ved besøget på skadestuen 14.02.88 kliniske fund, som kunne begrunde en kikkertundersøgelse. Vedrørende undersøgelsen 15.02.88 er spørgsmålet besvaret ovenfor under spørgsmål 3.

**Spørgsmål 13:**

*Rådet bedes oplyse, hvori forskellen mellem betændelse (ostit) og infektion består, og hvorledes de to tilstande opstår.*

Infektion er en betændelsesreaktion forårsaget af mikroorganismer, ved kirurgiske infektioner sædvanligvis bakterier. Ostit er en infektion lokaliseret i knoglevæv.

**Spørgsmål 14:**

*Rådet bedes gennemgå temperaturkurverne for NN og oplyse, hvor disse viser tegn på ostit - i bekræftende fald fra hvornår.*

Temperaturkurverne for perioden 25.02.88 - 07.04.88 viser en moderat forhøjet temperatur svingende omkring 38<sup>o</sup> med ganske enkelte "toppe" gående op til 39<sup>o</sup>.

Et temperaturforløb af denne art tyder ikke entydigt på ostit.

**Spørgsmål 15:**

*Det fremgår af journalen fra den 4. marts 1988, at NN's blodsænkning var 90.*



*Indikerer en sænkning af denne størrelse normalt, at der foreligger en betændelsestilstand - også selvom NN havde fået flebit?*

Sænkingsreaktionen er en ganske uspecifik undersøgelse. Forhøjet blod-sænkning ses ved en lang række tilstande og kan ikke i sig selv tages til indtægt for, at der foreligger en infektion.

**Spørgsmål 16:**

*NN's højre knæ blev for første gang efter operationen den 25. februar 1988 røntgenfotograferet den 7. april 1988. Burde denne røntgenundersøgelse have været foretaget tidligere - i bekræftende fald hvornår?*

Ved betændelsestilstande i knoglevæv optræder der først forandringer, som er synlige ved røntgenundersøgelse, efter nogen tid, sædvanligvis 4-6 uger. Det kan derfor ikke antages, at en røntgenundersøgelse på et væsentligt tidligere tidspunkt ville have vist signifikante forandringer.

**Spørgsmål 17:**

*Ville en røntgenundersøgelse på et tidligere tidspunkt efter operationen have vist ostiit?*

Er besvaret med ovenstående.

**Spørgsmål 18:**

*Hvilke er de sandsynlige årsager til, at NN fik ostiit i højre knæ?*

Ethvert operativt indgreb er forbundet med risiko for sårinfektion. Det må med overvejende sandsynlighed antages, at årsagen til den opståede ostiit var en sådan sårinfektion.

**Spørgsmål 19:**

*Kunne ostitten have været konstateret ved en knoglescintigrafi? I bekræftende fald - burde denne undersøgelse have været foretaget og hvornår?*

Det kan ikke antages, at det ved en knoglescintigrafi havde været muligt at skelne imellem en uspecifik vævsreaktion på grund af følgerne efter det foretagne indgreb og en egentlig infektion.

**Spørgsmål 20:**

*Ikke fremsendt.*

**Spørgsmål 21:**

*Ikke fremsendt.*

**Spørgsmål 22:**

*Forudsat, at der blev givet en blokade i NN's højre knæ den 15. marts 1988: Burde oplysning herom have været tilskrevet journalen? Er der normalt indikation for at give blokade, når et knæ er betydeligt hævet og ømt?*

Det er sædvanlig praksis, at foretagne undersøgelser og indgreb indføres i sygejournalen. Den resterende del af spørgsmålet kan ikke besvares.

**Spørgsmål 23:**

*Såfremt det lægges til grund, at NN efter 1. operation den 25. februar 1988 mistede appetitten og således tabte sig 15-20 kg fra denne dag og frem til overførslen til afdeling XX den 20. maj 1988, og at appetitten først langsomt vendte tilbage efter den 2. operation den 7. april 1988: Burde dette give anledning til undersøgelse af knæet for betændelse tidligere end den 7. april 1988?*

Appetitsløshed og deraf følgende vægttab er en forventelig følge af det svære sygdomsforløb, men bidrager ikke til forklaringen af dette forløbs årsag.

**Spørgsmål 24:**

*Når henses til samtlige de foreliggende oplysninger: Burde operationen den 7. april 1988 have været iværksat tidligere?*

Det må ud fra de foreliggende oplysninger antages, at den svære infektion, der ved operationen 07.04.88 blev fundet i højre knæ, har haft et særdeles langstrakt og ukarakteristisk forløb, hvor det ikke forud for fremkomsten af de radiologiske forandringer har været muligt at stille en sikker diagnose.

**Spørgsmål 25:**

*Kan Retslægerådet med sikkerhed sige, hvad fundene i højre knæ ved operationen den 7. april 1988 skyldes? Hvis nej - hvilke er de teoretiske muligheder?*

Det må med overvejende sandsynlighed antages, at fundene i højre knæ ved operationen den 07.04.88 var forårsaget af en bakteriel infektion opstået i forbindelse med indgrebet 25.02.88.

**Spørgsmål 26:**

*Kan Retslægerådet helt udelukke, at fundene skyldes infektion?*

Bortfalder med besvarelsen af spørgsmål 25.

**Spørgsmål 27:**

*Kan Retslægerådet udelukke, at overlæge XXX har ret, når han ved undersøgelse af NN med henblik på en alloplastik den 9. november 1988 konkluderer: "Jeg mener,*

*man her står overfor det, der hedder en fibrøs ankylose, som er ved at blive ossøs pga. en komplikation til den primære operation, nemlig en sløv infektion, som ikke er diagnosticeret i tide"?*

Retslægerådet er enig i, at det, som tilstanden forelå i november 1988, kunne fastslås, at det drejede sig om en fibrøs ankylose, som muligvis var på vej til at blive ossøs. Retslægerådet er ligeledes enig i, at denne tilstand var forårsaget af en "sløv" infektion, opstået som komplikation til den primære operation.

**Spørgsmål 28:**

*Er det sandsynligt, at NN ville have undgået de postoperative komplikationer, såfremt operationer med resuturering af det forreste korsbånd var foretaget enten den 14. eller 15. februar 1988?*

Risikoen for infektion er som ovenfor omtalt til stede ved ethvert operativt indgreb. Risikoen var i det aktuelle tilfælde den samme, uanset hvornår operationen blev foretaget.

**Spørgsmål 29:**

*Såfremt spørgsmål 28 besvares benægtende: Er det sandsynligt, at NN's varige mén ville have været mindre, dersom betændelsestilstanden var blevet konstateret tidligere og operationen den 7. april 1988 var blevet foretaget tidligere?*

Såfremt betændelsestilstanden i højre knæ var blevet konstateret tidligere og adækvat behandling var blevet iværksat, må det antages, at de varige følger havde været mindre.

Fra sygehusejerens advokat:

**Spørgsmål A:**

*Har tidspunktet for det første operative indgreb haft betydning for skadelidtes sygdomsforløb?*

Nej.

Som tillægsspørgsmål til sagsøgers spørgsmål 10 spørges:

**Spørgsmål B:**

*Såfremt den kliniske undersøgelse giver mistanke om "ruptureret korsbånd", hvordan stilles da en sikker diagnose?*

Såfremt den kliniske undersøgelse giver mistanke om ruptur af forreste korsbånd, kan en definitiv diagnose stilles ved en kikkertundersøgelse af knæet.

Som tillægsspørgsmål til sagsøgers spørgsmål 11 spørges:

**Spørgsmål C:**

*Var det forsvarligt at udsætte den endelige stillingtagen til artroskopi til den 24.02.88, hvor skadelidte blev indlagt på X sygehus?*

Ja.

Som tillægsspørgsmål til sagsøgers spørgsmål 12 spørges:

**Spørgsmål D:**

*Er der andre tilstande end ostit og infektion, der kan give anledning til knogleforandringer?*

Ja.

Som tillægsspørgsmål til sagsøgers

spørgsmål 13 spørges:

**Spørgsmål E:**

*Kan den ved flebografi den 4. marts 1988 konstaterede dybe venetrombose give anledning til temperaturforhøjelse?*

Ja.

**Spørgsmål F:**

*Findes der andre end infektiøse årsager, der kan medføre knogleforandringer, der kan tolkes som ostit?*

Ja.

Som tillægsspørgsmål til sagsøgers spørgsmål 17 spørges:

**Spørgsmål G:**

*Er der ved flebografiundersøgelsen den 4. marts 1988 påvist knogleforandringer, der tyder på ostit?*

Sådanne forandringer er ikke omtalt i den foreliggende beskrivelse af flebografien, og de kan næppe have været til stede på det pågældende tidspunkt, jf. ovenfor under besvarelsen af spørgsmål 16.

Som tillægsspørgsmål til sagsøgers spørgsmål 18 spørges:

**Spørgsmål H:**

*Er det sandsynligt, at der vil kunne påvises bakterier ved mikrobiologisk undersøgelse af prøver, taget i forbindelse med en operation?*

På baggrund af de ved operationen 07.04.88 fundne forandringer var det forventeligt, at der ved undersøgelse af

de fjernede vævsprøver kunne påvises bakterier.

**Spørgsmål 1:**

*Hvad har været den overvejende sandsynlige årsag til patientens knogleforandringer, når der ved operationen den 07.04.88 ikke blev konstateret bakterier?*

Trods det negative bakteriefund må det antages, at tilstanden i patientens knæled var forårsaget af en infektion, jf. besvarelsen af spørgsmål 25.

**Supplerende spørgsmål fra kvindens advokat:**

**Spørgsmål 30:**

*Kunne læge Y have stillet den korrekte diagnose, som blev bekræftet ved operationen den 25.02.88 (overrivning af forreste korsbånd i højre knæ), da NN den 14.02.88 henvendte sig i skadestuen?*

Der henvises til tidligere besvarelse af spørgsmål 1, specielt sidste pkt. Hvorvidt det i den aktuelle situation i forbindelse med undersøgelsen på skadestuen den 14.02.88 havde været muligt at påvise korsbåndslæsionen lader sig hverken af- eller bekræfte.

**Spørgsmål 31:**

*Hvis spørgsmål 30 besvares benægtende, bedes rådet oplyse de sandsynlige årsager til, at læge YY dagen efter kunne stille den korrekte diagnose: Mistanken om overrivning af forreste korsbånd i højre knæ. Skyldes det f.eks. at forholdene havde ændret sig?*

Bortfalder delvist med besvarelsen af spørgsmål 30. Rådet skal fremhæve, at dr. YY ikke stiller en definitiv diagnose.

Derimod mistænker han, som følge af at der nu er kommet en ansamling, en læsion inde i knæledet, og en korsbåndslæsion var da en sandsynlig tentativ diagnose.

**Spørgsmål 32:**

*Hvis spørgsmål 30 besvares bekræftende, bedes det oplyst, om det kan betragtes som en fejl, at læge Y den 14.02.88 ikke stillede den korrekte diagnose samt om lægen var kvalificeret til at undersøge og vurdere NN's tilstand i den forstand, at han burde have tilkaldt en ældre og mere erfaren læge?*

Læge Y har den 14.02.88 foretaget en undersøgelse af knæet, som er i overensstemmelse med skandinavisk behandlingstradition. Der er ikke begået fejl.

**Spørgsmål 33:**

*Var den diagnose (forstuvning af knæledet - distorsio articuli genus), som læge YYY stillede, da NN den 15.02.88 på ny henvendte sig på skadestuen efter henvisning fra læge YY, Idrætsklinikken på X hospitalet, under diagnosen "mistanke for overrivning af forreste korsbånd i højre knæ" med henblik på diagnostik/-behandling, korrekt?*

Nej.

**Spørgsmål 34:**

*Hvis spørgsmål 33 besvares bekræftende, bedes præmisserne oplyst.*

Bortfalder.

**Spørgsmål 35:**

*Hvis spørgsmål 33 besvares benægtende, bedes det oplyst, om læge YYY derved har begået en fejl, herunder om lægen var kvalificeret til at undersøge og vurdere NN's tilstand i den forstand, at han burde have tilkaldt en ældre og mere erfaren læge?*

*lificeret til at undersøge og vurdere NN's tilstand.*

Besvarelsen fremgår af svaret ad spørgsmål 3. Dr. YYY må klart vurderes som kvalificeret til at undersøge et akut tilskadekommet knæ.

**Spørgsmål 36:**

*Da læge YYY ikke var speciallæge, og da NN var henvist af en læge med længere uddannelse og ansat på en specialklinik, burde læge YYY da ved undersøgelsen den 15.02.88, hvor han afviste læge YY's mistanke om overrivning af forreste korsbånd i højre knæ og dermed havde en anden opfattelse end den henvisende specialafdeling, så havde anmodet om en ældre og mere erfaren læge på sygehuset om at vurdere NN's tilstand?*

Besvaret i svarene ad spørgsmål 35, spørgsmål 3 og spørgsmål 5.

**Spørgsmål 37:**

*Hvis spørgsmål 36 besvares bekræftende: Overskred læge YYY da sin faglige kompetence?*

Nej.

**Spørgsmål 38:**

*Hvis spørgsmål 36 besvares benægtende, bedes præmisserne oplyst.*

Fremgår af de tidligere besvarelser af spørgsmålene 3 og 5. Læge YYY modtager NN til undersøgelse fra idrætsklinik på grund af mistanke om ruptur af forreste korsbånd. Det fremgår, at denne mistanke er begrundet i en let Lachmann-løshed og en forreste skuffeløshed på knapt 1/2 cm. En løshed i denne størrelse kan være fysiologisk,

og da der påvises en tilsvarende løshed i det andet knæ, kan den rejste mistanke ikke begrundes, ej heller giver undersøgelsen grundlag for entydigt at fastslå, at der bør foretages en kikkertundersøgelse. Læge YYY vælger at afvente yderligere 1 uge, hvorved han holder sig inden for det tidsrum, hvor en eventuel operation kan foretages med fuldgodt resultat. Der er ikke i beskrivelsen af undersøgelsen eller det i forbindelse med denne foretagne skøn noget, der kan antyde, at læge YYY overskred sin faglige kompetence.

**Spørgsmål 39:**

*Giver skadestuejournalen fra den 15.02.88, der er udfærdiget af læge YYY, grund til at antage, at læge YYY kan have undersøgt det forkerte knæ og derfor er kommet til den konklusion, at der ikke kan være tale om overrivning af forreste korsbånd? Det bemærkes i den forbindelse, at det i journalen i beskrivelsen af sygehushistorien (anamnesen) er maskinskrevet ve. (venstre) knæ, som dog i håndskrift er overstreget og tilføjet hø. (højre), ligesom der under beskrivelsen af undersøgelsen ("objektivt") igen er maskinskrevet ve. (venstre) knæled og her uden retelse med håndskrift.*

Som følge af patientens smerteangivelse er sidekonfusionen helt usandsynlig. De i undersøgelsen omtalte positive fund (hævelse, ansamling, nedsat bøjeevne) kan ikke anses at have været til stede på den raske side, hvorfor disse fund sammen med antagelsen af, at den undersøgte var vågen og ved fuld bevidsthed, udelukker, at der kan have været foretaget en undersøgelse af det forkerte (raske) knæ.

**Spørgsmål 40:**

*Hvis spørgsmål 39 besvares bekræftende: Giver dette grund til at antage, at læge YYY har begået en fejl?*

Bortfalder med besvarelsen af spørgsmål 39.

**Spørgsmål 41:**

*Hvis spørgsmål 39 besvares benægtende, bedes dette begrundet.*

Er begrundet i besvarelsen.

**Spørgsmål 42:**

*Kan det udelukkes, at NN's tilstand for eksempel i form af svækkelse af ledbrusken og blodforsyningen i højre knæ blev forværret ved, at hun belastede benet i perioden 15-25.02.88?*

Ja.

**Spørgsmål 42a:**

*Såfremt spørgsmål 42 besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse, om det kan betragtes som en lægelig fejl, at man ikke sørgede for, at NN ikke belastede benet i den pågældende periode?*

Bortfalder.

**Spørgsmål 43:**

*Afveg de objektive fund, som læge YYYY beskrev, da han den 23.02.88 undersøgte NN, fra de objektive fund, som læge YYY beskrev den 15.02.88?*

Undersøgelsen den 23.02.88 er stort set identisk med undersøgelsen den 15.02.88.

**Spørgsmål 44:**

*Hvis spørgsmål 43 besvares bekræftende, bedes det oplyst, hvori forskellen mellem de objektive fund henholdsvis den 15.02.88 og den 23.02.88 består.*

Bortfalder.

**Spørgsmål 45:**

*Havde der været noget lægeligt til hinder for, at lægerne den 15.02.88 havde foretaget den undersøgelse og behandling, der først fandt sted den 25.02.88?*

Nej. Man kunne godt have foretaget en kikkertundersøgelse af knæet den 15.02.88.

**Spørgsmål 45a:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det kan betragtes som en fejl, at den nævnte undersøgelse og behandling, der fandt sted den 25.02.88, ikke foretoges den 15.02.88?*

Det er ingen fejl at vente med artroskopi af et sådant tilskadekommet knæ, specielt ikke på daværende tidspunkt.

**Spørgsmål 46:**

*Var prognosen generelt god for den lidelse, NN havde pådraget sig ved sportsskaden den 14.02.88?*

Prognosen for en læsion af forreste korsbånd kan ikke angives entydigt. En forreste korsbåndsskade hos en aktiv sportsmand/-kvinde vil for en overvejende del af patienterne medføre ophør af eliteidræt, men ikke af motionsidræt.

**Spørgsmål 47:**

*Var den undersøgelse og behandling, som*

*NN modtog af lægerne på sygehuset den 25.02.88, af rutinemæssig karakter, og var forløbet også uden afvigelser?*

Ved indgrebet den 25.02.88 blev der foretaget en kikkertundersøgelse af højre knæ. Ved denne fandtes en læsion af forreste korsbånd svarende til dettes øvre tilhæftning. Der blev herefter foretaget en sammensyning af korsbåndet, hvis afrevne ende blev syet op til lårbensknoen. Dette var på det tidspunkt, hvor indgrebet blev foretaget (1988), den sædvanligt (rutinemæssigt) anvendte behandling (jf. også den tidligere besvarelse af spørgsmål 6), og der ses ikke i beskrivelsen at forekomme afvigelser.

#### **Spørgsmål 48:**

*Hvad er de hyppigst forekommende komplikationer til den lidelse, som NN pådrog sig den 14.02.88, og til den lægelige behandling, som NN modtog den 25.02.88?*

De hyppigst optrædende følger efter læsion af forreste korsbånd er øget løshed og instabilitet i knæet. De hyppigst optrædende komplikationer i tilslutning til operativ behandling af en sådan læsion er infektion, lokal blodansamling og blodproppdannelse i benet (dyb årebetændelse).

#### **Spørgsmål 49:**

*I forlængelse af spørgsmål 48 bedes det specielt oplyst, hvor hyppigt der opstår infektion. Det bedes ligeledes oplyst, om besvarelsen bygger på et skøn eller er baseret på resultatet af undersøgelser.*

Der foreligger ingen sikre opgørelser over frekvens af infektioner efter

korsbåndskonstruktioner, der almindeligvis er at betragte som rene ortopediske indgreb. Ved sådanne rene operationer viser store materialer en infektionsrate på omkring 1/2 %.

#### **Spørgsmål 50:**

*I forlængelse af spørgsmål 48 bedes det specielt oplyst, hvor hyppigt der opstår en vaskulær nekrose. Det bedes ligeledes oplyst, om besvarelsen bygger på et skøn eller er baseret på resultatet af undersøgelser.*

Kan ikke besvares.

#### **Spørgsmål 51:**

*Er hovedprincipperne, at patienter med den type lidelse, som NN pådrog sig den 14.02.88, enten behandles øjeblikkeligt eller efter en periode på omkring 3 uger?*

*Såfremt det sidstnævnte er tilfældet, bedes Rådet oplyse om årsagen hertil. Kan det være for at give organismen mulighed for at nedbryde ikke-levedygtigt væv, som kunne være et vækstmedie for bakterier og lignende?*

Er besvaret i svaret ad spørgsmål 7.

#### **Spørgsmål 52:**

*Er der forskel i komplikationers art og omfang til den type lidelse, som NN pådrog sig den 14.02.88, og til den type aflægelig behandling, som NN modtog den 25.02.88, hvis behandlingen iværksættes umiddelbart efter skaden, eller der går 10 dage, eller der går tre uger?*

Komplikationsrisikoen er den samme, uanset om indgrebet foretages umiddelbart eller senere.

**Spørgsmål 53:**

*Hvis spørgsmål 52 besvares benægtende, bedes det oplyst, om besvarelsen bygger på et skøn eller er baseret på undersøgelser.*

Hverken erfaring eller foreliggende undersøgelser taler for en sådan sammenhæng.

**Spørgsmål 54:**

*Hvis spørgsmål 52 besvares benægtende bedes ligeledes oplyst, hvor hyppigt der foretages behandling i en periode på omkring ti dage efter knæskadens opståen, sammenlignet med øjeblikkelig behandling eller behandling i en periode på omkring tre uger efter skadens opståen. Det bedes ligeledes oplyst, om besvarelsen bygger på et skøn eller er baseret på undersøgelser.*

Spørgsmålet kan ikke besvares. Principperne for behandling af korsbåndslæsioner har igennem de senere år undergået en udvikling. Medens nogle behandlere fortsat er aktive, går tendensen hos en del behandlere i retning af en mere konservativ, afventende indstilling.

**Spørgsmål 55:**

*Hvilke klager fra patientens side og hvilke symptomer er hyppigt forekommende ved betændelse eller betændelseslignende tilstand i større led som f.eks. knæleddet?*

De klassiske lokale betændelsestegn er hævelse, varme, rødme og ømhed. Disse tegn ledsages oftest af forhøjet legemstemperatur, og når betændelsen forekommer i større led af påviselig ansamling i leddet.

**Spørgsmål 56:**

*I forlængelse af spørgsmål 55 bedes det oplyst, om betændelse eller betændelseslignende tilstand i større led altid giver sig til kende med samtlige ovennævnte klager og symptomer?*

Det er altid meget svært at stille en klinisk diagnose i det umiddelbart postoperative forløb.

**Spørgsmål 57:**

*Kunne de gener, der førte til opklipning og genanlægning af gips den 26.02.88, samt den konstaterede ømhed overalt svarende til operationsarrene (cikatricer) skyldes en betændelse eller betændelseslignende tilstand i NN's højre knæ?*

Årsagen til, at man opklipper gipsen den 26.02.88, skyldes gipstryk. En infektion ville ikke give sig til kende så tidligt.

**Spørgsmål 58:**

*Kunne årsagen til, at gipsen på ny blev opklippet den ??03.88 (dato i journalen kan ikke læses) skyldes, enten at den var for stram, eller at knæregionen hævede som led i en betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Årsagen til, at gipsen blev opklippet på ny i marts 1988, skyldes at man på daværende tidspunkt måtte mistænke en infektion.

**Spørgsmål 59:**

*Kunne beskrivelsen i journalen den ??03.88 (dato kan ikke læses, umiddelbart før den 04.03.88) "der er ikke nogen stor ansamling i leddet" være foreneligt med en betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*



Patienten er klinisk undersøgt med henblik på eventuel infektion i knæet. Undersøgelsen afslørede ikke kliniske tegn på infektion.

**Spørgsmål 60:**

*Burde lægerne allerede den 09.03.88 på baggrund af NN's smerteklage og på baggrund af, at hun fortsat havde feber, have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden kunne skyldes en betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

Allerede den 09.03.88 har man forsøgt at finde et såkaldt fokus og relevant undersøgt patienten herfor.

**Spørgsmål 61:**

*Burde NN's tilstand da (09.03.88) have haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

Man kan ikke komme betændelsesdiagnosen nærmere.

**Spørgsmål 62:**

*Da der den 12.03.88 i forhold til den 09.03.88 yderligere tilføres journalen, at "man har ikke indtryk af større ansamling", burde lægerne da have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden kunne skyldes en betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

De behandlende læger har kigget efter en ansamling af infektiøs karakter, men har ikke fundet dette. Undersøgelsen var relevant og adækvat.

**Spørgsmål 63:**

*Burde NN's tilstand da (12.03.88) have haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

Nej.

**Spørgsmål 64:**

*Da der den 14.03.88 i forhold til den 12.03.88 yderligere tilføres journalen, at "ingen betydelig ansamling i knæet", "der er fortsat gener omkring knæets bagside", og "patienten er udtalt smerteforpint ved mindste bevægelse", burde lægerne da have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden kunne skyldes en betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

Nej.

**Spørgsmål 65:**

*Burde NN's tilstand da (14.03.88) have haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

Nej.

**Spørgsmål 66:**

*Da der den 15.03.88 i forhold til den 14.03.88 yderligere tilføres journalen af overlæge Z, at en årebetændelse ikke kunne forklare NN's gener, og der ligeledes ikke synes at være en oplagt hjerte/lunge-relateret forklaring, burde lægerne da have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden*

*kunne skyldes en betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

De behandlende læger har adækvat gennemgået patienten og ikke fundet kliniske tegn til betændelse i knæet. Der kan ikke gøres yderligere.

**Spørgsmål 67:**

*Burde NN's tilstand da (15.03.88) have haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Besvaret i svaret ad spørgsmål 66.

**Spørgsmål 68:**

*Da der den 18.03.88 i forhold til den 15.03.88 yderligere tilføres journalen, at "der er betydelig hævelse af højre knæ stadigvæk" og "patienten reagerer kraftigt på mindste berøring og forsøg på fleksion (bevægelse)" burde lægerne da have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden kunne skyldes en betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Der findes ingen specifikke metoder til at påvise infektioner i et knæled. Man kan overveje punktur, men det medfører muligheden for infektion. Der er ingen andre kliniske undersøgelsesmetoder.

**Spørgsmål 69:**

*Burde NN's tilstand da (18.03.88) have haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Se svar ad spørgsmål 68.

**Spørgsmål 70:**

*Da der den 24.03.88 i forhold til den 18.03.88 yderligere tilføres journalen, at NN's tilstand ikke synes forenelig med reflexdystrofi, jf. journalnotat 20.03.88 "ligner ikke infektion, men reflexdystrofi", burde lægerne da have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden kunne skyldes en betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Se svar ad spørgsmål 68.

**Spørgsmål 71:**

*Burde NN's tilstand da (24.03.88) have haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Se svar ad spørgsmål 68.

**Spørgsmål 72:**

*Da der den 05.04.88 i forhold til den 24.03.88 yderligere tilføres journalen, at "intens smerte diffust omkring knæleddet", "er fortsat subfebril 37,8", "knæet præget af betydelig bløddelhævelse" og "har smerte ved den mindste berøring, knæet føles en anelse varmere", burde lægerne da have ladet det indgå i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at tilstanden kunne skyldes en betændelse eller betændelseslignende tilstand i knæet?*

Se svar ad spørgsmål 68.

**Spørgsmål 73:**

*Burde NN's tilstand da (05.04.88) have*

*haft så stor vægt i det lægelige skøn (differentialdiagnostiske overvejelser), at lægerne burde have taget skridt til at udelukke muligheden for betændelse eller betændelselignende tilstand i knæet?*

Se svar ad spørgsmål 68.

**Spørgsmål 74:**

*Hvis spørgsmål 73 besvares benægtende, bedes præmisserne herfor oplyst.*

Se svar ad spørgsmål 68.

**Spørgsmål 75:**

*Af journalen fremgår det, at der ikke er nogen journaloptegnelser i perioden 24.03.88 - 05.04.88, det vil sige i 11 døgn under indlæggelsen. Kan dette tages som udtryk for manglende observation og opfølgning af NN's tilstand?*

Det er sædvane, at kun betydende iagttagelser og fund samt ændringer i det iværksatte undersøgelses- eller behandlingsprogram tilføres journalen. Manglende journaloptegnelser kan derfor ikke tages som udtryk for, at der ikke er foretaget observation og opfølgning.

**Spørgsmål 76:**

*Hvis spørgsmål 76 besvares benægtende, bedes præmisserne oplyst, specielt ud fra den alvorlige tilstand, NN var i, som det fremgår af journalnotat den 05.04.88.*

Er besvaret ad spørgsmål 75.

**Spørgsmål 77:**

*Kan det antages, at skadernes omfang i knæet ville være blevet mindre, såfremt den behandling, NN modtog den 08.04.88, var blevet foretaget på et tidligere tidspunkt?*

En tidligere synovektomi ville afgjort have reduceret patientens bruskskade i knæet.

**Spørgsmål 78:**

*Hvis spørgsmål 77 besvares benægtende, bedes præmisserne oplyst.*

Bortfalder med besvarelsen af spørgsmål 77.

**Spørgsmål 79:**

*Ud fra de to røntgenbilleder taget af NN's højre knæ den 04.03.88 henholdsvis den 06.04.88, specielt på grund af de udtalte og svære forandringer på sidstnævnte billede, ville det da kunne forventes, at der først den 06.04.88 kunne ses nogen som helst abnorme forhold i knæet på en røntgenoptagelse?*

Det er en radiologisk erfaring, at optræden af røntgenforandringer i forbindelse med betændelsestilstande i led kræver et interval på mellem 4 og 6 uger. Det er således ikke påfaldende, at man på knæledsoptagelser af højre knæled den 04.03.88 sammenlignet med optagelser taget 4 uger senere ikke kan se abnorme forhold på førstnævnte undersøgelse.

**Spørgsmål 80:**

*Hvis spørgsmål 79 besvares benægtende, bedes Retslægerådet angive, hvornår der sandsynligvis ville have foreligget forandringer, som kunne optages på et røntgenbillede.*

Er besvaret ad spørgsmål 79.

**Spørgsmål 81:**

*Besvarelsen af spørgsmål 80 bedes begrun-*

*det, specielt om besvarelsen bygger på et skøn eller er baseret på undersøgelser.*

Besvarelsene af spørgsmål 79 og 80 bygger på et radiologisk skøn samt på oplysninger i radiologiske internationale lærebøger.

**Spørgsmål 82:**

*Hvor hyppigt ser læger så udtalte og svære forandringer, som ses på røntgenbilledet taget den 06.04.88 af NN's højre knæ,*

*a) i det hele taget?*

*b) i forbindelse med indlæggelse på højt specialiserede afdelinger som ortopædkirurgisk på XY-sygehus?*

De demonstrerede udtalte betændelsesforandringer i højre knæled som demonstreret på optagelser af 07.04.88 er meget sjældent forekommende i det hele taget.

Rådet er ikke bekendt med, om der foreligger nogen forskel i frekvens af de demonstrerede forandringer på almene eller højtspecialiserede afdelinger.

Der har under sagens behandling i landsretten været stillet Retslægerådet følgende yderligere spørgsmål:

**Fra kvindens advokat:**

**Spørgsmål 83:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvornår man på et røntgenbillede tidligst kan påvise forandringer i bindevævs-kapsel, mindskning af ledspalten, sløring af ledfladen og andre strukturer, bortset fra knoglevæv, forenelige*

*med en betændelse eller betændelseslignende tilstand i et knæled?*

*Til besvarelsen henledes Retslægerådets opmærksomhed på vedlagte tekstafsnit fra engelsksproget lægefaglig litteratur:*

*- Diagnostic Radiology: An Anglo-American textbook of imaging, Ronald Graham Grainger, Churchill Livingstone, 1992, 2.ed., 3.bd., 2443 s., side 1586 ff.*

*- Essentials of skeletal radiology, Terry R. Yochum, Williams & Wilkins, c1987, 2.bd., (xxix, 1136, 37 s.), side 932 ff.*

*- Diagnosis of bone and joint disorders, Donald Resnick, W. B. Saunders, 1995, 3.ed., 6.bd., m4622 s., side 2635 ff., herunder især afsnittet på side 2367f 'Radiographic-Pathologic Correlation.'*

Retslægerådet kan ikke besvare spørgsmålet eksakt. En ledspalteafsmalning samt sløring af selve ledfladen vil være de første tegn, der kan give mistanke om ledbetændelse, og disse tegn kan formentlig vise sig på røntgenoptagelse mellem 3 og 6 uger efter klinisk påviselig ledbetændelse.

**Fra sygehusejerens advokat:**

**Spørgsmål J:**

*Kan den årebetændelse, som patienten fik konstateret den 4. marts 1988, give anledning til røntgenpåviselig hævelse af bløddelene?*

*I bekræftende fald bedes det oplyst, om - og i givet fald hvornår - det vil være muligt radiologisk at skelne en sådan betændelse fra andre årsager?*

En årebetændelse, som NN angiveligt skulle have haft den 4. marts 1988, giver i sig selv ikke anledning til røntgenpåviselig hævelse af bløddelene. Et røntgenbillede kan ikke benyttes til diagnosen årebetændelse.

### **Spørgsmål K:**

*Hvis man på de foreliggende røntgenbilleder eller på røntgenbilleder taget på et tidligere tidspunkt havde konstateret forandringer i bløddelene i relation til knæregionen, bedes det oplyst, om det burde have givet anledning til yderligere undersøgelse og/eller ændringer i diagnostik og behandling af patienten?*

Dette spørgsmål er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet.

### **Kommentar:**

Retslægerådet afgiver skøn til offentlige myndigheder, som er de eneste, der kan forelægge sager for rådet. For civile sager gælder, at sagens parter må bede om rettens tilladelse til at forelægge nogle konkrete spørgsmål, som parterne ønsker, at Retslægerådet skal tage stilling til.

Spørgsmålene skal være klare og relevante. Retslægerådet vil således jævnligt undlade at besvare hypotetiske spørgsmål og afstår ligeledes fra at resumere indhold af afsnit i almindelige lærebøger eller beskrive sygdomsforløb, der i øvrigt fremgår af sagsakterne. Forskellen på hypotetiske og konkrete spørgsmål er imidlertid ikke altid indlysende, og der vil være overgangssituationer, hvor spørgsmål af hypotetisk karakter er relevante. Se i denne forbindelse også artiklen side 123ff. (E 7046 m.fl.)

Med de begrænsninger, der følger af det ovenfor nævnte, må Retslægerådet imidlertid besvare de spørgsmål, der forelægges, og rådet kan ikke gå ud over indholdet i de stillede spørgsmål for ikke at påvirke parternes ret til at bestemme over bevisførelsen i civile sager. Hensynet til en objektiv belysning af sagen kan gøre det hensigtsmæssigt at stille Retslægerådet noget friere, for eksempel ved at spørge om sagen i øvrigt giver rådet anledning til bemærkninger.

Det er sjældent, at der i forbindelse med en forelæggelse for Retslægerådet stilles så mange spørgsmål som i dette tilfælde. Sædvanligvis forelægges der et eller to spørgetemaer med nogle relativt få spørgsmål fra hver af sagens parter, eller parterne enes om at udarbejde et fælles spørgetema med et begrænset antal spørgsmål. Enkelte advokater fremsender imidlertid lejlighedsvist et meget stort antal spørgsmål som i denne sag. Måske kan forklaringen undertiden være, at man har søgt hjælp til at få formuleret en række detaljerede spørgsmål, der kan medvirke til, at sagen fremstilles i det ønskede lys. Andre gange er det dog svært at forstå, hvorfor man har ønsket et så stort antal spørgsmål. En følgevirkning bliver, at sagen ikke vil kunne behandles inden for normale tidsrammer, og overskueligheden kan gå tabt.

I den aktuelle sag nåede man op på 97 hovedspørgsmål, hvoraf flere med underopdelinger. Konsekvensen blev, at sagen var så uoverskuelig, at Retslægerådet - efter en af parternes anmodning - blev bedt om at møde som sag-

kyndigt vidne ved sagens behandling i landsretten, fordi man ville sikre sig, at de mange spørgsmål og svar kunne sammenfattes på en lægelig korrekt måde.

Uoverskuelighed og en længere sagsbehandling er uhensigtsmæssige konsekvenser af alt for mange spørgsmål.

Det er derfor ønskeligt, at parterne omhyggeligt overvejer spørgsmålenes art og antal.

Se endvidere Retslægerådets årsberetning for 1996, side 45ff. (A 35153 og E 8555) vedrørende problematikken om mange spørgsmål.

## Forkert mikroskopisk diagnose - dissens

*Retslægerådet afgav udtalelse til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (PKN) i en sag, hvor en 80-årig mand operativt fik fjernet den ene testikel på grund af mistanke om en ondartet svulst. Mikroskopisk undersøgelse af præparatet blev foretaget af en speciallæge i patologisk anatomi, som mente, at det drejede sig om et vævshenfald. Diagnosen viste sig senere at være forkert, idet det drejede sig om en ondartet svulst. Sundhedsstyrelsen udtalte, at der var tale om en lægelig fejl, og PKN stillede nu spørgsmål til Retslægerådet, som afgav svar med dissens, idet to af de voterende kaldte forholdet en lægefejl, medens den tredje kaldte det et lægeligt fejlskøn. PKN fandt ikke, at der var tale om overtrædelse af lægeloven, men fandt det hensigtsmæssigt, såfremt speciallægen havde foretaget yderligere undersøgelser af præparatet (E 8923).*

Sagen drejer sig om en 80-årig mand, som i slutningen af januar operativt fik fjernet højre testikel m.v. på mistanke om en ondartet svulstdannelse. Speciallægen, som foretog den mikroskopiske undersøgelse af præparatet, konkluderede, at det drejede sig om et vævshenfald, idet han beskrev, at der i præparatet var tale om blødning, betændelsesceller og kraftig bindevævsreaktion. Der var ikke mistanke om en specifik betændelse eller ondartet svulstdannelse. I maj måned samme år fik patienten fjernet en svulst i huden, og ved omfattende såkaldt immunhistokemisk undersøgelse konstateredes det, at det drejede sig om kræftvæv, hvilket førte til revision af præparaterne fra testiklen. Ved denne undersøgelse fandtes samme type ondartet væv i såvel de tidligere undersøgte vævssnit som i nye supplerende vævssnit udtaget fra det oprindelige operationspræparat. Speciallægen blev fore-

lagt resultatet af de nye undersøgelser, men fastholdt sin oprindelige vurdering, idet han dog retrospektivt ikke ville udelukke, at der havde været svulstvæv i de oprindelige præparater, og at han i lyset deraf nu ville revurdere sin oprindelige diagnose. Patienten døde i juli måned, og obduktionen, som blev foretaget af speciallægen selv, viste udbredt, ondartet kræftvæv, blandt andet i testiklerne. Ifølge speciallægen afslørede obduktionen ikke kræftsygdommens primære udgangspunkt.

Sagen var først blevet behandlet i Sundhedsstyrelsen, som mente, at de oprindelige præparater viste så åbenlyse tegn på ondartet svulstdannelse, at det måtte betegnes som en fejl, at speciallægen havde stillet en forkert diagnose og ikke opfattet, at der var tale om ondartet svulstvæv.

Sagen blev herefter forelagt PKN, som stillede Retslægerrådet følgende spørgsmål:

**Spørgsmål 1:**

*Havde vævsproven udtaget den 31. januar et histologisk billede af en sådan karakter, at dette kunne vanskeliggøre vurderingen af vævsproven?*

**Spørgsmål 2:**

*Var det et komplicerende forhold i relation til tolkningen af præparatet, at dette var udtaget nær områder med vævsdød?*

**Spørgsmål 3:**

*Var vævsprovens sarkomatøse billede på trods af de ovenfor nævnte faktorer så typisk, at en beskrivelse af vævspræparatet, som ikke indeholdt overvejelser vedrørende malignitet, må anses som stridende mod almindelig praksis, eller kan en sådan beskrivelse alene anses som udtryk for et fejlagtigt, men tilladeligt fejlskøn?*

**Spørgsmål 4**

*Har Retslægerrådet i øvrigt bemærkninger til sagen*

**Retslægerrådet svarede:**

Ad spørgsmål 1, 2 og 3: Det må antages, at karakteren af det histologiske præparat, udtaget 31.01., var således, at der kunne opstå fortolkningstvivel. Det var formentlig også komplicerende, at materialet til præparaterne var udtaget i nærheden af områder med vævsdød. Retslægerrådet er enig i, at der findes vævsdød i præparatet, men der ses endvidere store områder med cellerigt væv bestående af tenformede celler, som er middelstore med

ukarakteristisk cytoplasma og varierende kernepleomorfi. I dette væv ses en del celledelinger, hvoraf enkelte er atypiske. Vævet findes i en varierende bred zone og komprimerer og displacerer de oprindelige testikelstrukturer. En vævsstruktur og et celledillede, som foran beskrevet, ses almindeligvis ved ondartede svulstdannelser, og efter Retslægerrådets opfattelse burde det nævnte mikroskopiske billede have medført overvejelser i denne retning og medført yderligere udredning i form af supplerende mikroskopiske snit, som var underkastet specialfarvninger.

Et flertal af de voterende (A og B) betragter det således som en fejl, at der ikke blev foretaget yderligere undersøgelser med henblik på at stille en korrekt diagnose. Et mindretal (C) er derimod af den opfattelse, at der er tale om et fejlskøn.

Ad spørgsmål 4: Nej.

PKN fandt, at speciallægen ikke havde overtrådt lægelovent ved sin beskrivelse af det oprindelige operationspræparat. Patientklagenævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om speciallægen havde foretaget yderligere undersøgelser med henblik på at stille en korrekt diagnose. Patientklagenævnet anfører endvidere, at afgørelsen er truffet på grundlag af de oplysninger, som fremgår af Sundhedsstyrelsens indberetning og af Retslægerrådets udtalelse.

**Kommentar:**

Sagen har været relativt nem at vur-



dere, fordi de forhold, der rejses tvivl om, let kan belyses, idet de relevante mikroskopiske præparater er til stede og kan gøres til genstand for en selvstændig vurdering af de forskellige myndigheder (Sundhedsstyrelsen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Retslægerådet), som blev inddraget i sagen.

Sagen er endvidere et eksempel på, at de forskellige myndigheder foretager selvstændige vurderinger i sådanne situationer, og som det er nævnt, afgav Retslægerådet en udtalelse med dissens, idet dog flertallet fandt, at speciallægen havde begået en lægefaglig fejl, hvilket også var Sundhedsstyrelsens opfattelse. Også Patientklagenævnet så kritisk på speciallægens adfærd, men fandt dog ikke forholdet så graverende, at der var tale om overtrædelse af læge-lovens bestemmelser, og nævnet nøjedes med at uddele en mild "næse" til speciallægen, idet nævnet anførte, "at det havde været hensigtsmæssigt, om speciallægen havde foretaget yderligere undersøgelser med henblik på at stille en korrekt diagnose".

Med hensyn til, hvad der forstås ved et lægeligt fejlskøn og en lægelig fejl, kan henvises til Justitsministeriets betænkning om Retslægerådet, betænkning nr. 1196, København 1990. Et lægeligt fejlskøn foreligger, når lægen ud fra de foreliggende præmisser og en 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 truffene beslutning ikke var den optimale i det konkrete tilfælde. I sådanne tilfælde har lægen ikke begået en faglig fejl, men hans handling har på den ene eller anden måde haft uheldig indflydelse på patientbehandlings endelige resultat. Ved fejl forstås i virkeligheden mange ting. Det kan dels dreje sig om, at lægen ud fra nogle foreliggende præmisser har stillet en diagnose, som præmisserne ikke lagde op til med deraf følgende forringet resultat for patienten, men der kan også være tale om, at lægen har handlet imod de almindeligt anerkendte principper for lægevirksomhed, for eksempel utilstrækkelig og dårlig undersøgelse, attestfejl m.v.

Retrospektivt kan det godt undre, at den speciallæge, som klagen vedrørte, selv har foretaget obduktionen og dermed den endelige kontrol af sygdomstilfældet hos patienten, men det skyldes formentlig, at klagesagen først er opkommet på et senere tidspunkt. Et forløb som det skitserede kan næppe undgås fremover, men det forhold, at man opbevarer de mikroskopiske præparater i mindst 10 år, gør det alligevel muligt at rekonstruere forløbet. Det må dog bemærkes, at obducenten ved obduktionen ikke var i stand til at påvise lokaliseringen af den oprindelige svulst, idet såvel svulstvævet i testiklen som i huden blev opfattet som udsæd fra en modersvulst, som altså ikke blev påvist.



# Udtalelser om MDMA (ecstasy) og Isd; udenlandske voterende; besvarelse af generelle spørgsmål

*Retslægerådet har i årenes løb afgivet flere udtalelser om MDMA (ecstasy) og Isd. Det er ofte vanskeligt at besvare selv enkelt formulerede spørgsmål, og de voterende må eventuelt foretage søgning i den videnskabelige litteratur for bedst muligt at kunne afgive udtalelse. Der er kun få danske eksperter inden for dette område, hvorfor rådet har været nødsaget til at anvende sagkyndige fra de øvrige nordiske lande for at sikre den bedste kvalitet af rådets udtalelser. Det har vist sig, at det i denne type sager kan være vanskeligt at skelne mellem generelle spørgsmål, som Retslægerådet som hovedregel undlader at besvare, og konkrete spørgsmål om enkeltpersoners retsforhold. Rådet vil være indstillet på at besvare generelle spørgsmål, når disse klart relaterer sig til en konkret sag. (E 9169 m.fl.)*

## **Sag nr. 1 — (E 7046)**

Sagen er fra 1990, hvor to personer blev sigtet og senere dømt for at have indført MDMA (3,4-methylendioxyamfetamin) (ecstasy) fra Holland til Danmark, en tredje blev sigtet og senere dømt for at have forhandlet stoffet i Danmark. Ved sagens behandling i byretten var der indhentet en erklæring fra en retskemiker, ligesom uddrag af en lægefaglig artikel om euforiserende stoffer, herunder MDMA, blev dokumenteret. Anklageren oplyste, at der på daværende tidspunkt ikke tidligere havde været strafesager med MDMA her i landet. Anklageren angav videre, at ecstasy, hvad angår farlighed og dermed strafudmålingen, burde behandles som liggende mellem amfetamin og heroin. De tre blev fundet skyldige ved byretten og idømt fængselsstraffe på mellem otte måneder og et år og seks måneder. Sagerne blev alle påanket, og til brug

for sagernes behandling ved landsretten indhentede anklagemyndigheden følgende udtalelse fra Retslægerådet:

### **“Spørgsmål 1:**

*Har stoffet MDMA noget legalt medicinsk formål?*

Stoffet kan ikke sies lenger å ha noe legalt medisinsk formål. Det ble benyttet terapeutisk i USA i meget begrenset utstrekning fra 70-årene frem til 1980-tallet, nærmest som et slags adjuvans i psykoterapi. Man mente at pasientene under MDMA-påvirkning kunne få større selvinnsikt, bli hjulpet til å erkjenne sammenhenger av betydning for psykoanalyse mm. De MDMA-doser som ble benyttet i slik sammenheng var av størrelsesorden 50-150 mg og de ble nærmest uten unntak rapportert å gi relativt kontrollert påvirkning og ikke for kraftig rus.

I 1985 ble preparatet pga. rapportert misbruk av nærmest epidemisk karakter overfor til "Schedule I", og den medisinske anvendelse tok med dette slutt.

**Spørsmål 2:**

*Hvorledes ekvivaleres stoffet på vægtbasis med amfetamin?*

Stoffet har en god del fellesvirkninger med amfetamin som gjør det til en viss grad mulig å sammenligne doser. Man må ved slik sammenligninger ta utgangspunkt i at de personer som bruker stoffene har en viss erfaring med disse. På denne basis gir litteraturen holdepunkter for at 100 mg MDMA grovt sett ekvivalerer med 10-50 mg amfetamin når det gjelder sentralnervøs stimulerende virkning på det tidspunkt denne er mest uttalt, 1-2 timer etter per oralt inntak av stoffene. Det kan synes som MDMA har noe mer langvarig virkning enn amfetamin.

Halveringstiden for stoffene synes å være av samme størrelsesorden, 5-10 timer.

**Spørsmål 3:**

*Hvorledes er stoffets kvalitative farlighed i forhold til amfetamin?*

Brukt i doser som gir noenlunde samme sentralstimulerende effekt (se ovenfor) vil man anta at den enkelte påvirkning eller rus etter MDMA kan være noe mer risikabel fordi det under denne rusen lettere vil forekomme illusjoner og hallusinasjoner. På den annen side er det få rapporter om aggresjon ved bruk av vanlige rusgiv-

ende doser av MDMA, mens dette kan forekomme under amfetamin påvirkning. Ved bruk av høyere doser kan både MDMA og amfetamin være farlig bl.a. fordi virkningene på hjertet og blodkar kan disponere for alvorlige forstyrrelser i hjertets rytme (arrytmier) og øke risikoen for blødninger i sentralnervesystemet. Slike virkninger synes også i noen tilfelle å kunne inntre ved vanlige rusdoser for begge stof. Det er grunn til å tro at gjentatt bruk av MDMA noe oftere enn gjentatt av amfetamin, vil følges av mentale forandringer av kortere eller lengre varighet. Videre synes MDMA langt mer uttalt enn amfetamin å innebære en risiko for toksiske virkninger i hjernen. Det er i de senere år kommet flere rapporter om dette fra undersøkelser på mennesker og forsøksdyr, studier som vist langvarige og kanskje permanente forandringer i hjernens biologi etter bruk av MDMA.

**Spørsmål 4:**

*Må stoffet MDMA antages at være vanedannende?*

Graden av vanedannelse kan uttrykkes ved, hvor mange av brukerne av et stoff som befinner seg i hver av de følgende grupper (nevnt i rekkefølge med stigende bruk):

- Eksperiment brukere (bruker stoffet en gang i blant)
- Bruk i sosial sammenheng
- Bruk i gitte situasjoner
- Episodisk intens bruk
- Jevnlig, intens bruk

Studier av MDMA-bruken har vist at denne for de fleste faller i første gruppe. Graden av vanedannelse vil således

være noe mindre uttalt enn f. eks. for amfetamin og ikke ulik den man ofte ser for mer rene hallusinogene stoff (som lsd, meskalin mm).

### Spørsmål 5:

*Hvorledes er risikoen for et dødeligt forløb ved misbrug af stoffet?*

Det er risiko for et dødeligt forløp i forbindelse med en MDMA-rus. Det er rapportert flere slike dødsfall. Det er holdepunkter for at død og alvorlig forgiftning har vært en konsekvens av overdose i flere tilfeller, men kanskje ikke i alle. Det er visse holdepunkter for at MDMA enkelte ganger, hos enkelte personer, kan gi livstruende virkninger også ved inntak av mer normal rusdose. Dette er i så fall en egenskap stoffet deler med kokain og amfetamin. De livstruende virkninger er også av samme karakter som rapportert for kokain-/amfetamin. I tillegg foreligger det også rapporter om MDMA-fremkalte dødsfall der brukeren er død som følge av bisarre handlinger, som igjen har været tilskrevet forvirring som følge av MDMA-rusen.

### Spørsmål 6:

*Kan misbrug af stoffet antages at medføre psykiske eller fysiske men?*

Det er rapportert kasuistikker der langvarige psykiske endringer har inntrefft etter kortvarig bruk av MDMA. Det har her vært tale om angstreaksjoner av mer permanent karakter og mer alvorlige bivirkninger. Slike forandringer av psyken må ses i sammenheng med de biologiske endringer i hjernens funksjon som ble nevnt under pkt. 3).

Fysiske følgetilstander kan tenkes å oppstå som sekveler etter forhold som kan inntre under den aktuelle rus, f. eks. hjerneblødninger, slik det har vært rapportert for amfetamin og kokain.

### Spørsmål 7:

*Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?*

MDMA er et stoff som viser kjemisk likhet både med amfetamin og meskalin. Det har således virkninger som er karakteristisk for begge disse stoff, dvs. sentralstimulerende og hallusinogene virkninger. Stoffet må som sådant karakteriseres som et rusmiddel eller psykotropt stoff som har likhetspunkter med både de sentralstimulerende rusmidlene og de hallusinogene rusmidlene”.

Landsretten stadfæstede dommene, men nedsatte de idømte frihedsstraffe til mellom tre måneder og et år. I begrunnelsen herfor hedder det: “Landsretten kan tiltræde, at ecstasytabletter, for så vidt angår strafudmålingen, må sidestilles med amfetamin. Herefter og under hensyn til det af Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 2 anførte og sagens omstændigheder i øvrigt, findes straffen., at burde fastsættes til fængsel i ...“.

### Sag nr. 2 — (F 2215/E 8073)

En 33-årig mand var sigtet for overtrædelse af straffelovens § 191 m.v. for handel med blandt andet ecstasy piller. Ved en retskemisk analyse var stoffet MDEA påvist i de pågældende piller, og anklagemyndigheden anmodede Retslægerådet “om at ... oplyse,

om stoffet MDEA, opført på liste B98 under navnet N-ethyl MDA, kan sidestilles med stoffet MDMA med hensyn til de i erklæringen af 30. december 1991 anførte punkter” (det vil sige den ovenfor refererede sag, Retslægerådets bemærkning).

Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

“MDEA, opført på liste B98 under navnet N-ethyl MDA, har den kemiske betegnelse 3,4-methylendioxyamfetamin og omtales ofte som “Eve.”

MDMA er tilsvarende 3,4-methylendioxymetamfetamin, ofte omtalt som “Ecstasy”, “Adam” og “MDM”.

Begge stoffer er syntetiske analoger til 3,4-methylendioxyamfetamin og har nær de samme virkninger.

Det er således muligt at sætte lighedstegn mellem de i erklæringen af 30. december 1991 omtalte virkninger for MDMA og virkningerne af MDEA ud fra den tilgængelige litteratur, skønt dosiseffekterne for sidstnævnte måske ligger på et lidt lavere niveau. Der findes dog ikke i vor litteratursøgning materiale til en nøjere belysning af styrkeforholdet, og de illegalt forhandlede tabletter af de to stoffer er af samme størrelsesorden. Det er derfor rådets opfattelse, at de to stoffer kan sidestilles med hensyn til misbrugspotentiale og farlighed”.

Den sigtede blev fundet skyldig efter anklageskriftet og idømt fængsel i 1 år og 5 måneder.

### **Sag nr. 3 — (E 9169)**

En yngre mand var sigtet ”... for indkøb og videresalg af lsd-trip indeholdende stof opført på liste A, nr. 4 (Lysergid)”.

Til brug for sagens behandling afgav Retslægerådet følgende udtalelse:

#### **“Spørgsmål 1:**

*Har stoffet (lsd, Retslægerådets bemærkning) noget legalt medicinsk formål?*

Der er ikke nogen registreret indikation for lsd, stoffet er opført på listen over illegale stoffer (liste A, nr. 4). Der har i enkelte tilfælde været givet særlig tilladelse til anvendelse af stoffet i lægevidenskabelig sammenhæng.

#### **Spørgsmål 2:**

*Hvorledes ekvivalerer stoffet med MDMA (Ecstasy-tabletter)?*

Lsd’s virkninger er overvejende psykomimetiske (hallucinationsfremkaldende). MDMA’s virkninger er både psykomimetiske og psykostimulerende (amfetaminlignende). Om end den foreliggende viden er mangelfuld, og der ikke er afklaring på de to stoffers virkningsmekanismer, er der klare forskelle på de to stoffers virkninger, således at lsd besidder nogle af de samme virkninger som MDMA, især med hensyn til de psykomimetiske, men lsd besidder ikke de samme psykostimulerende (amfetaminlignende) effekter som MDMA. Lsd må således klassificeres til gruppen hallucinogener, og MDMA må klassificeres i gruppen centralstimulerende stoffer af amfetamin-type.

### Spørgsmål 3:

*Hvorledes er stoffets farlighed i forhold til MDMA?*

Det er ikke ud fra den foreliggende litteratur eller erfaring med de to stoffer muligt at udsige noget sikkert om lsd's kvalitative farlighed i forhold til MDMA, udover at dødsfald efter indtagelse af lsd kun er kasuistisk beskrevet efter massiv overdosis, medens der regelmæssigt er rapporteret om dødsfald efter MDMA-indtagelse. Risikoen for dødsfald efter indtagelse af "normale" doser af lsd, cirka 100-250 mikrogram, kan ikke afgøres sikkert, men må vurderes som meget lille. Den største risiko ved indtagelse af lsd skal ses i sammenhæng med de udtalte ændringer af psykiske funktioner, som indtræder under lsd-rusen (intoksikationen), og som er baggrund for at klassificere lsd som et hallucinogen. Særligt markant er udtalte ændringer af sanseoplevelser (ændring af størrelse, form, farve m.v.) samt illusionære og hallucinatoriske fænomener. Der er samtidig udtalte ændringer af stemningslejet, der dog ikke altid er præget af eufori, men undertiden af angst og forstæmming. Dømmekraften påvirkes med tendens til selvhenføring og paranoid fortolkning. Der kan optræde derealisationer og depersonalisationsfølelser. De somatiske symptomer (hjerterbanken, pupildilation, temperaturstigning m.v.) afspejler lsd's symptomfremkaldende (symptomimette) virkninger.

De vidtgående ændringer af psykologiske funktioner kan føre til de relativt hyppigt optrædende tilfælde af "bad

trip", som er betegnelse for særligt udtalte og angstprægede lsd-rustilstande, i relation til hvilke misbrugeren kan reagere panisk og impulsivt. Der er kasuistiske meddelelser om stærk risiko-præget adfærd under lsd-rusen betinget af disse ændringer (for eksempel tilskyndelse til at forsøge at flyve eller impulsiv umotiveret flugtafdærd).

Det skal anføres, at rusens fænomenologi er dosisafhængig, og at der ved illegalt brug kan være stor variation i mængden af indtaget stof, ligesom tilbudte illegale stoffers renhed er veksellende. Der kan også være iblandet andre psykoaktive stoffer.

Sammenlignet med lsd-rusen er MDMA-rusen langt mindre domineret af perceptuelle ændringer, og oplevelse af psykisk integritet i højere grad bevaret.

For begge stoffer er der beskrevet akutte psykotiske faser (se nedenfor). Risiko for optræden heraf synes størst for lsd.

### Spørgsmål 4:

*Må stoffet lysergid antages at være vane-dannende?*

Ethvert rusmiddel er principielt vane-dannende - dermed også lsd. Man differentierer ofte mellem forskellige aspekter af misbrug og afhængighed: toleransudvikling, optræden af abstinenssymptomer ved seponering efter nogen tids forbrug samt kom-pulsiv trang til at skaffe og indtage stoffet. Toleransudvikling udvikles hurtigt til den euforiske og psykedeliske effekt af halluci-

nationer, men i mindre grad til de sympatomimetiske virkninger (pupildilatation, forhøjet blodtryk, forhøjet kropstemperatur og hjertebanken). Det kan være forklaringen på, at stoffet sammenlignet med andre misbrugsstoffer ofte indtages forholdsvist sjældnere, for eksempel få gange om ugen. Litteraturen er uklar med hensyn til art og omfang af abstinenssymptomer. I almindelighed giver lsd brug ikke anledning til optræden af somatiske abstinenssymptomer, men uspecifikke symptomer som træthed, nedsat energi og tristhed er beskrevet og kan forklare, at mange brugere efter akutindtagelse af lsd har behov for flere dages rekreation.

Tilsvarende abstinenslignende symptomer er beskrevet efter indtagelse af MDMA.

Lsd er som anført vanedannende, men der er divergerende meninger omkring graden af kompulsiv trang til at skaffe og indtage af stoffet. "Craving" i et omfang som ved centralstimulerende stoffer synes der dog ikke at være tale om. Sammenlignet med amfetamin synes MDMA i øvrigt mindre tilbøjelig til udvikling af sværere former for "craving".

### **Spørgsmål 5:**

*Hvorledes er risikoen for et dødeligt forløb ved misbrug af stoffet?*

Som nævnt ovenfor er dødsfald efter indtagelse af lsd kasuistisk (sjældne enkelttilfælde) beskrevet efter massiv overdosis.

### **Spørgsmål 6:**

*Kan misbrug af stoffet antages at medføre psykiske eller fysiske mén?*

Vedvarende fysiske følger til misbrug af lsd per se er ikke med sikkerhed beskrevet hos homo. Det tilsvarende gælder for MDMA, men dyreeksperimentelle undersøgelser på gnavere og aber har vist degenerative forandringer af serotoninssystemet (især baner til forhjernen), som synes irreversible. De degenerative ændringer kan påvises efter akut behandling af dyrene og efter indgift af MDMA i doser, der er sammenlignelige med de doser, som misbrugere indtager. De degenerative fund kan være speciesspecifikke, men i den internationale litteratur har man advaret mod indtagelse af MDMA på baggrund af de dyreeksperimentelle undersøgelser.

Som ovenfor omtalt kan der i relation til lsd-intoksikation optræde særlige udtalte tilstande præget af svær angst, eller tilstanden kan have et billede af en kortvarig psykotisk reaktion, præget af vrangforestillinger, forvirring og rådvildhed. Der er også beskrevet tilstande med udtalte ændringer af stemningsleje.

Der rapporteres hyppigt blandt lsd-brugere "flashback" domineret af primært perceptuelle symptomer, som oplevet, uden at personen har indtaget lsd. Disse "flashback" oplevelser kan ledsages af betydeligt ubehag og angst.

Ud over kortvarige psykoselignende tilstande udløst direkte i relation til lsd-



indtagelsen, er der risiko for længerevarende (dage til uger) psykotiske tilstande. Tilsvarende tilstande har været beskrevet ved MDMA og lader sig utvungent opfatte som toksiske psykoser. Tilstandsbilledet kan være varierende og er ofte vekslende inden for få timer. Det er præget af rådvildhed, forvirring, vrangforestillinger og hallucinatoriske oplevelser. Der kan være betydelig emotionel reaktivitet og psykomotorisk aktivitet.

Hos personer med alvorlig psykisk lidelse - typisk grænsepsykotisk tilstand eller skizofreni - vil der i relation til lsd-indtagelse kunne ske betydelig forværring af symptomerne, men det anses ikke som sikkert dokumenteret, at lsd-indtagelse per se kan inducere kronisk forløbende psykotiske tilstande.

Det er uklart, om der foreligger risiko for fysiske mén efter brug af stoffet, toksikologiske undersøgelser synes at afkræfte tidligere antagelser om, at lsd kunne beskadige arvematerialet.

#### **Spørgsmål 7:**

*Ekvivalerer stoffet med andre narkotiske stoffer?*

Spørgsmålet kan ikke besvares i den foreliggende form.

#### **Spørgsmål 8:**

*Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?*

Nej.”

Den pågældende blev fundet delvis skyldig og blev idømt tre måneders

fængsel. Fuldbyrnelsen af frihedsstraffen blev udsat og bortfaldt efter en prøvetid på et år med en række nærmere angivne vilkår.

#### **Kommentar:**

Det faktuelle indhold i de tre udtalelser skal ikke nærmere kommenteres, men det skal nævnes, at selvom de stillede spørgsmål umiddelbart kan forekomme enkle, vil de jævnlige være komplicerede at besvare. Som eksempel kan henvises til spørgsmål 4 i sag nr. 3 - er lsd "vanedannende"? Som det fremgår af rådets udtalelse, kan et sådant spørgsmål ikke blot besvares med et "ja" eller "nej", eventuelt ledsaget af nogle få uddybende bemærkninger, idet betegnelsen "vanedannende" lægefagligt dækker over forskellige begreber. Retslægerådets udtalelser i denne type sager bygger på en vurdering af foreliggende videnskabelige undersøgelser, og det kan være nødvendigt for de voterende at foretage litteratursøgning for så nøjagtigt som muligt at kunne besvare et givet spørgsmål. Dette indebærer selv sagt, at sagens ekspeditionstid kan forlænges, og rådet har da også i en konkret sag måttet anføre, at det ikke var muligt at besvare et spørgetema om bestemte euforiserende stoffer inden for en på forhånd givent, snæver tidsramme.

Antallet af sagkyndige her i landet inden for dette meget specielle område er begrænset, og som det fremgår, måtte Retslægerådet i sag nr. 1 henvende sig til en norsk sagkyndig, idet flere af de eksperter, Retslægerådet normalt anvender i denne type sager, af forskellige grunde var inhabile. Rå-

det har også i enkelte andre sager af helt særlig karakter set sig nødsaget til at henvende sig til sagkyndige i de øvrige nordiske lande, idet antallet af danske sagkyndige har været begrænset, og flere af de få har været inhabile. Det er indlysende, at anvendelse af udenlandske sagkyndige ikke fremmer sagens ekspedition, men rådet finder det af afgørende betydning, at kvaliteten af rådets udtalelser er den bedst mulige og vil derfor fortsat, når der ikke er anden mulighed, anvende udenlandske, så vidt muligt nordiske sagkyndige. Rådet vil som udgangspunkt ikke oversætte udenlandske voteringer til dansk, men overlade til sagens parter at vurdere, hvorvidt dette er påkrævet.

Afslutningsvis skal mindes om, at det i lov om Retslægerådet, § 1, hedder: "Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold". Som

det fremgår, er adskillige af de spørgsmål, der blev stillet Retslægerådet, nærmest af generel karakter, det gælder især sag nr. 2, der dog direkte henviser til Retslægerådets udtalelse i sag nr. 1. Det kan således overvejes, i hvilket omfang det er Retslægerådets opgave at besvare denne type mere generelle spørgsmål. En gennemgang af en række beslægtede sager fra de senere år viser, at det kan være vanskeligt at drage grænsen imellem generelle spørgsmål, og spørgsmål der relaterer sig til "enkeltpersoners retsforhold", og rådets praksis har ikke været helt konsekvent. Retslægerådet har derfor nu besluttet, at rådet vil være indstillet på at besvare mere generelle spørgsmål, når disse spørgsmål klart relaterer sig til en konkret sag vedrørende „enkeltpersoners retsforhold“, og når besvarelsen af de generelle spørgsmål samtidig kan antages for eksempel at udgøre en væsentlig baggrundsviden for den samlede bedømmelse af sagen.

# **Farlighedsvurdering. Retslægerrådet graduerer ikke sine udtalelser på grundlag af hypotetiske spørgsmål om frifindelse**

*En 33-årig mand, C, der tidligere gentagne gange var dømt for blandt andet vold, var sigtet for blandt andet grov vold med døden til følge, to andre grove voldsforhold og to tilfælde af røveri. Retslægerrådet tilsluttede sig overlægens konklusion, hvorefter C var personlighedsmæssig i betydelig grad afvigende og således omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men der kunne ikke peges på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt. Forvaring, jf. straffelovens § 70, måtte anbefales. Efterfølgende anmodede anklagemyndigheden Retslægerådet om en supplerende udtalelse om forvaring under den forudsætning, at C blev frifundet for et eller flere af de påsigtede forhold. Retslægerådet udtalte, at rådet afgiver sit skøn over formodet farlighed på grundlag af en samlet vurdering af sagen, herunder den sigtedes personlighedsmæssige egenart, således som sagen forelægges for rådet, og Retslægerådet kan ikke graduere sin udtalelse på grundlag af en række hypotetiske muligheder. (Ugeskrift for Retsvæsen 1998, 1377ff). (A 36676).*

C er en 33-årig mand, der var sigtet for legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter under særdeles skærpende omstændigheder efter straffelovens § 246, jf. § 245, stk. 1, ved den ... 1996 i tidsrummet mellem ca. kl. 02.40 og ca. kl. 05.50 i forening med to uidentificerede personer at have sparket, trampet og slået på D samt grebet ham om halsen, hvilket bevirkede, at D afgik ved døden som følge af svære læsioner i hoved, hals og bug med heraf følgende kvælning i nedsuget blod. C var yderligere sigtet for flere tilfælde af tyveri og dokumentfalsk, to tilfælde af røveri samt to tilfælde af vold af særlig rå, brutal eller farlig karakter. Offeret i et af disse

voldsforhold var efterfølgende hospitalsindlagt i 10 dage med indre blødninger og 3 brækkede ribben. C erkendte sig skyldig i tyverier og dokumentfalsk, men nægtede sig i øvrigt skyldig.

I anledning af sigtelsen blev C ambulantly mentalundersøgt af overlæge A, Retspsykiatrisk afdeling, X hospital, der afgav erklæring i maj 1997. Af erklæringen fremgår blandt andet, at C selv angav, at opvæksten hos moderen og en stedfar havde været præget af stedfaderens voldelige adfærd overfor C og en kun begrænset kontakt til moderen. C anførte, han havde klaret sig fagligt og socialt godt i skolen, men

da han var omkring 15-16 år gammel, blev han anbragt på ungdomspension. Her lærte han angiveligt at stjæle, drikke alkohol og misbruge hash. I slutningen af 1980'erne lærte han – angiveligt under et fængselsophold – at misbruge heroin, og han havde siden da permanent misbrugt heroin, ligesom han i perioder havde et svært alkoholmisbrug. Han angav, at han i årenes løb havde begået berigelses-kriminalitet for at finansiere misbruget, og han havde ingen ønsker om at ændre sin levevis.

C havde kortvarigt været gift for år tilbage, men han havde i øvrigt i en årække været uden fast bopæl, hvor han dels havde boet på gaden, dels hos forskellige bekendte.

C havde i det væsentlige været legemlig rask, og han havde aldrig frembudt tegn på sindssygdomssymptomer eller modtaget psykiatrisk behandling.

Af akterne fremgik blandt andet, at C 14-15 år gammel skiftede skole på grund af adfærdsvanskeligheder, og at han blev fritaget for undervisningspligt i starten af 9. klasse, fordi det var umuligt at gennemføre undervisning. Han kom på ungdomspension på grund af skulkeri, men blev bortvist herfra på grund af kriminalitet. C havde som helt ung i nogle måneder været arbejdsdreng, herudover havde han aldrig været i beskæftigelse. Han var tidligere dømt for en lang række tilfælde af brugstyveri, hærværk m.v. og flere tilfælde af røveri samt en række tilfælde af vold af særlig rå, brutal eller farlig karakter blandt andet overfor den tid-

ligere ægtefælle. C selv benægtede ved mentalobservationen, at han skulle være voldelig.

C var i 1991, i anledning af sigtelsen for vold overfor den tidligere hustru, blevet mentalobserveret. Han havde kun delvist samarbejdet ved undersøgelsen, som blandt andet konkluderede: ”Diagnostisk må han betegnes som svært karakterafvigende, præget af social umodenhed, affektlabilitet og svigtende impuls kontrol. Dertil kommer et mangeårigt svært misbrug, der yderligere forringer prognosen for social tilpasning.” C fandtes omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men der kunne ikke peges på særforanstaltninger, jf. § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf.

Ved den aktuelle undersøgelse konkluderede overlæge A: ”C er ikke sindssyg og kan ikke antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede handlinger. C er normalt begavet. C var muligvis påvirket af alkohol og heroin på tidspunkterne for de nu påsigtede handlinger, men der er intet, der tyder på en patologisk rustilstand.

C er personlighedsmæssigt afvigende (dyssocial personlighedsforstyrrelse), han er præget af en tilbøjelighed til benægtelsen, manipulation, udadprojicerende, manglende evne til at tænke over såvel egne som andres tanker, følelser og handlinger. Han er til stadihed optaget af at opfylde egne behov og synes at have en ringe evne til impuls kontrol. Han er konstant affektspændt med en gennemgående ten-

dens til at afreagere aggressivt, stereotyp fjendtlig i sin opfattelse af andre. Han har gennem mange år misbrugt alkohol, hash og de sidste 9 år dagligt heroin, et misbrug der forværrer den psykiske tilstand og forringer evnen til impuls kontrol. Han har været kriminel siden 14 – 15-års alderen og har været dømt i alt 15 gange for utallige lovovertrædelser, herunder for 5 tilfælde af vold af særlig farlig, hård og brutal karakter, for 3 tilfælde af vold og to røverier. Intensive hjælpeforanstaltninger via socialforvaltningen, tilsyn af Kriminalforsorgen, behandling mod misbrug og fængselsstraf har været helt uden virkning. Han har til stadighed fortsat med sin kriminelle adfærd og misbrug og angiver aktuelt, at han på ingen måde ønsker at ændre på sin livsførelse.

C tilhører den personkreds, der omtales i straffelovens § 69. Ifald han kendes skyldig, kan ikke anbefales foranstaltninger i henhold til straffelovens § 68 som mere formålstjenlige end straf.

C's personlighedsmæssige afvigelse, og den heraf følgende tilbøjelighed til at reagere aggressivt og voldeligt må antages at bevirke, at C frembyder en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed. Da C's tilstand yderligere forværres i forbindelse med misbrug, og da han fastholder, at han vil fortsætte med at tage heroin og lignende, må faren anses for at være så nærliggende, at straffelovens § 70 bør bringes i anvendelse, ifald han kendes skyldig i et eller flere af de nu påsigtede volds- eller røveriforhold."

Retslægerådet tilsluttede sig overlægens konklusioner og udtalte blandt andet, at C „... beskrives som personlighedsmæssigt afvigende (dyssocial personlighedsforstyrrelse) med tilbøjelighed til benægten, manglende indlevelse i andre og tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne. Han er hertil vedholdende affektspændt og optaget af at opfylde egne umiddelbare behov. Han har ringe evne til impuls kontrol. Han har et aggressivt farvet omverdensbillede, og påvirkning med de nævnte misbrugsstoffer øger risikoen for aggressive udladninger. Han er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Ifald han kendes skyldig, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, som mere formålstjenlige end straf.

Retslægerådet finder, at C i tilslutning til sin udtalte personlighedsforstyrrelse er belastet af flere af de omstændigheder, der generelt øger risikoen for personfarlig adfærd, således blandt andet misbrug, socialt yderst usikker situation, og manglende konstruktive fremtidsmål. Hertil kommer, at han tidligere er dømt for en række tilfælde af personfarlig kriminalitet. I lyset af C's personlighedsmæssige særpræg, de nævnte risikofaktorer og den tidligere pådømte kriminalitet, skønner Retslægerådet, at mindre indgribende foranstaltninger end tidsubestemt forvaring, jf. straffelovens § 70, vil være utilstrækkelige til at afbøde en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed."

Anklagemyndigheden anmodede efterfølgende Retslægerådet om en sup-

plerende udtalelse om "... hvorvidt mindre indgribende foranstaltninger end tidsubestemt forvaring skønnes utilstrækkelige også for det tilfælde, at tiltalte måtte blive frikendt for vold med døden til følge som beskrevet i anklageskriftet, forhold 11, således at han alene måtte blive fundet helt eller delvist skyldig i volds- og røveriforholdene beskrevet i anklageskriftet forhold 2, 5, 6 og 7." Retslægerådet svarede, at "... rådets vurdering af spørgsmålet om tidsubestemt forvaring har forudsat, at C findes skyldig i væsentlig personfarlig kriminalitet." Rådets så sig i øvrigt ikke i stand til at besvare det stillede spørgsmål.

Anklagemyndigheden præciserede herefter spørgsmålet ved at anmode Retslægerådet om at tage stilling til spørgsmålet om forvaring under den forudsætning, at C blev frifundet for vold med døden til følge, men fundet skyldig i 4 detaljeret beskrevne kombinationsmuligheder af de 4 påsigtede volds- og røveriforhold.

Retslægerådet afgav herefter følgende udtalelse: "I besvarelsen af statsadvokatens skrivelse af ... 1997 vedrørende C skal Retslægerådet bemærke, at den lægelige indfaldsvinkel til spørgsmålet om anvendelse af forvaring vil være en vurdering af en sigtets personlighedsmæssige egenart og et heraf afledt skøn over risikoen for fremtidig personfarlig kriminalitet. I dette skøn indgår endvidere karakteren af den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet.

Såfremt en sigtet bliver frifundet for et eller flere forhold af personfarlig ka-

rakter, vil dette kunne svække eller eventuelt formelt fjerne grundlaget for at anbefale forvaring, men vurderingen heraf er efter Retslægerådets opfattelse af juridisk og ikke af lægelig karakter. Retslægerådet har afgivet udtalelse om C på grundlag af sagen, således som den blev forelagt rådet, og Retslægerådet kan ikke graduere sin udtalelse på grundlag af en række hypotetiske muligheder."

C blev af Vestre Landsrets nævningeting fundet skyldig efter anklageskriftet, og Højesteret stadfæstede landsrettens dom til forvaring.

#### **Kommentar:**

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger behandlet farlighedsvurderinger og anvendelse af forvaring, se Retslægerådets årsberetning for 1997, s. 127ff. (Register til Retslægerådets årsberetning 1988/97). Retslægerådet præciserede i sin første udtalelse i den her refererede sag de forhold, der efter rådets opfattelse talte for anvendelse af forvaring, men sagen afviger ikke væsentligt fra tidligere refererede sager om eventuel anvendelse af forvaring. Retslægerådet besvarer som hovedregel ikke hypotetiske spørgsmål, og rådet kunne derfor ikke besvare anklagemyndighedens spørgsmål, om hvorvidt rådet fortsat ville anbefale forvaring, såfremt C i større eller mindre udstrækning blev frifundet for nogle af de påsigtede forhold. Rådet baserer sit skøn over farlighed på en samlet vurdering af sagens omstændigheder, herunder den sigtedes personlighedsmæssige egenart, og under den forudsætning, at den sigtede i det væsentlige findes skyldig i det eller de påsigtede

forhold, således som det fremgår af sagen, når den forelægges rådet. Rådet markerer dette ved i sine udtalelser i straffesager at anvende vendingen: "Såfremt han/hun findes skyldig". Som anført i rådets seneste udtalelse i sagen vil en frifindelse for et eller flere forhold af personfarlig karakter formelt

kunne fjerne grundlaget for at anbefale forvaring, jf. straffelovens § 70, men vurderingen af, hvorvidt den kriminallitet, en sigtet faktisk bliver fundet skyldig i, giver anledning til anvendelse af forvaring, er af juridisk og ikke af lægefaglig karakter.





## **Ophævelse af en behandlingsforanstaltning efter at den med positivt resultat var iværksat efter hensigten (opfølgning af redegørelse for samme sag i Retslægerådets årsberetning for 1996, s. 93-96).**

*En 37-årig mand blev i 1993 dømt til psykiatrisk behandling m.v. Han forblev ubehandlet trods udtalte produktive sindssygdomssymptomer, blandt andet bizarre vrangforestillinger og uindfølelig tankegang. I 1996 anbefalede den behandlende overlæge dommen ophævet, men Retslægerådet var uenig og anbefalede, at der blev gennemført en regelret behandling med antipsykotisk virkende medicin. Foranstaltningen blev opretholdt, og patienten blev indlagt i medfør af dommen. Han havde med stor sandsynlighed frembudt åbenlyse sindssygdomssymptomer gennem en 10-årig periode og havde til stadighed afvist psykofarmakologisk behandling. Under en uges indlæggelse lykkedes det at motivere ham til frivillig behandling med antipsykotisk virkende medicin. I løbet af få måneder bedredes tilstanden afgørende, såvel hvad angår klinisk tilstand som socialt funktionsniveau. I dette tilfælde betød en uges frihedsberøvelse i henhold til foranstaltningen den afgørende forskel mellem et kronisk psykoseforløb og en tilstand af afgørende symptomlindring og væsentlige sociale fremskridt i patientens tilværelse. (A 37309).*

Sagen vedrører en, dengang 37-årig mand K, som i 1993 blev dømt til psykiatrisk behandling m.v. Sagen blev omtalt i Retslægerådets årsberetning for 1996, s. 96, idet den behandlende overlæge anbefalede behandlingsforanstaltningen ophævet med den begrundelse, at patienten modsatte sig behandling med antipsykotisk virkende medicin. Patienten blev fortsat beskrevet som sindssyg med bizarre vrangforestillinger og uindfølelig tankegang, omend ikke decideret forpint. Retslæ-

gerådet erklærede sig uenig i overlægens vurdering af grundlaget for tvangsbehandling, og rådet anbefalede foranstaltningen opretholdt. Det fremgik af sagen, at den pågældende med stor sandsynlighed havde frembudt åbenlyse sindssygdomssymptomer igennem en 10-årig periode, men aldrig var blevet behandlet med antipsykotisk virkende medicin. Det var Retslægerådets vurdering, at der var betydelig sandsynlighed for, at antipsykotisk virkende behandling ville medføre en be-

tydelig og afgørende bedring i den langvarige psykotiske tilstand. Retslægerådet anførte i sit responsum i 1996, at rådet ville være "... utilbøjelig til at anbefale den idømte foranstaltning ophævet, før mulighederne for at vurdere resultatet af en regelret gennemført behandling med antipsykotisk virkende medicin er gennemprøvet". I diskussionen af sagen i Retslægerådets årsberetning for 1996 anførte rådet afslutningsvis: "Retslægerådet vil heretter opfatte det som uforsvarligt at undlade et behandlingsforsøg hos en hidtil ubehandlet psykotisk patient med bizar produktiv psykopatologi, ledsaget af væsentlige sociale konsekvenser, og i alt fald i ét tilfælde også ledsaget af hærværk i betydeligt omfang. Retslægerådet finder, at den aktuelle patient gennem en længere periode burde have været frihedsberøvet i medfør af foranstaltningen og herunder vedvarende motiveret for antipsykotisk virkende medikamentel behandling og i sidste ende om fornødent have været tvangsbehandlet".

Behandlingsforanstaltningen forblev i kraft, og i sommeren 1998 blev sagen på ny forelagt for Retslægerådet. Af den behandlende overlæges redegørelse fremgår, at K i 1996 fik forelagt Retslægerådets syn på sagen, men fortsat var komplet afvisende over for enhver form for psykofarmakologisk behandling. I november 1996 blev han i medfør af foranstaltningen indlagt på den psykiatriske afdeling i en uge. Han beskrives da fortsat som klart psykotisk med vrangforestillinger af forfølgelsestype samt læderet følelsesmæssig kontakt uden dog at virke umiddel-

bart forpint heraf. Under den korte indlæggelse lykkedes det at motivere K for frivillig behandling. Efter kort tid accepterede han at modtage behandlingen i depotform. Den behandlende overlæge anfører endvidere: "I løbet af cirka 4 måneder bedredes K betydeligt. Han bliver mere udadvendt, aktiv, deltager i forskellige fritidsaktiviteter med venner, fiskeri, svømning, bliver mere optaget af sit eget helbred, går blandt andet til tandlæge, som han ikke havde været hos i mange år. Tilstanden bedres yderligere i løbet af det næste år, men først i oktober 1997 begynder K så småt at acceptere, at det kunne være medicinen, der har hjulpet ham. Han har hele tiden ønsket at overgå til tabletbehandling, og på grund af denne nye indsigt accepteres dette skift, således at K siden oktober 1997 har været i behandling med tabl. Trilafon 8 mg dgl. Patienten har siden overholdt denne behandling rimeligt, og der er ikke kommet tilbagefald i de åbenlyse psykotiske symptomer.

#### **Aktuelle tilstand:**

Ved almindelig samtale kommer K på intet tidspunkt ind på psykotiske symptomer. Ved nærmere udspørgen fremkommer han fortsat med vage udtalelser omkring systemets overvågning af mennesker, herunder antageligt også af ham selv, men disse forestillinger har slet ikke karakter af de meget fasttømrede, systematiserede vrangforestillinger. Den følelsesmæssige kontakt med patienten er blevet væsentlig bedre, ofte helt naturlig. Passer stort set de aftalte tider".

Den behandlende overlæge anførte afslutningsvis, at K var indstillet på at fortsætte den psykofarmakologiske behandling, også selvom dommen blev ophævet. På denne baggrund tilsluttede Retslægerådet sig den behandlende overlæges anbefaling af, at foranstaltningen blev ophævet. I november 1998 blev foranstaltningen herefter ophævet af retten.

**Kommentar:**

Antipsykotisk virkende medikamentel behandling har i de fleste tilfælde væsentlig eller afgørende positiv effekt på sindssygdomssymptomer. Undertiden er virkningen ganske massiv, således at symptomerne trænges i baggrunden, samtidig med at patienten bliver socialt rimeligt fungerende. Undertiden optræder bivirkninger, som kan være alvorlige. Dette er imidlertid langt fra altid tilfældet, og i så fald kan man skifte til et andet præparat eller en anden præparattype inden for spektret af antipsykotisk virkende medikamenter. Der er tendens til, at en antipsykotisk virkende medikamentel behandling har mest udtalt positiv effekt i forbindelse med de første psykotiske episoder, og der er visse holdepunkter for at antage, at der ved behandling af de første psykotiske episoder er behov for mindre medikamentel dosis, end ved senere tilbagefald.

I det aktuelle tilfælde havde K gennem en længere årrække haft ubehandlede sindssygdomssymptomer. Selv efter at han var idømt en behandlingsforanstaltning, undlod man gennem 3-4 år at frihedsberøve ham med henblik på at motivere ham til medikamentel behandling og om fornødent iværksætte tvangsbehandling. Temaet er detaljeret diskuteret i Retslægerådets årsberetning for 1996, men det skal gentages, at en igennem lang tid psykotisk patient, præget af bizarre vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, med social deroute og med dokumenteret udadrettet adfærd, opfylder psykiatrilovens kriterier for tvangsbehandling. Dette fremhæves, fordi gennemførelse af tvangsbehandling - også hos patienter med en strafferetlig behandlingsforanstaltning - forudsætter, at psykiatrilovens kriterier for frihedsberøvelse er opfyldt.

Afsluttende skal fremhæves, at K de facto kun blev frihedsberøvet i en uge, hvorunder det lykkedes at motivere ham til *frivillig* behandling med antipsykotisk virkende medicin. I dette tilfælde indebar en uges frihedsberøvelse i henhold til foranstaltningen altså den afgørende forskel mellem et kronisk psykoseforløb og en tilstand af afgørende symptomlindring og meget væsentlige sociale fremskridt i patientens tilværelse.



## Udvisning af psykisk syg

*Retslægerådet udtalte i en sag, at der var risiko for forværring af den psykiske tilstand ved udvisning efter ophævelse af en særforanstaltning, men rådet måtte basere sine skøn på forholdene her i landet. (A 37199).*

X er en 34-årig mand, født i Israel i palæstinensisk familie, som siden 1988 har opholdt sig i Danmark. I 1992 blev X ved Vestre Landsret dømt til anbringelse i Sikringsafdelingen ved Nykøbing Sj., idet han blev fundet skyldig i drab begået i december 1990. Samtidig udvistest han for bestandig. Retslægerådet har afgivet flere erklæringer under hele forløbet. På gerningstidspunktet blev han vurderet som sandsynligt sindssyg og hermed omfattet af straffelovens § 16 samt udtalt farlig, men symptomerne på sindssygdom svandt hurtigt, og medicinsk behandling fandtes ikke nødvendig. Personlighedsmæssigt bedredes han betydeligt i de følgende år under psykoterapeutisk og miljøterapeutisk behandling.

I 1994 ændredes dommen til anbringelse i hospital for sindslidende, hvorefter han februar 1995 blev overført til Y hospital. I januar 1997 ændredes anbringelsesdommen til en behandlingsdom med tilsyn af Kriminalforsorgen og indlæggelsesadgang. X blev i august 1997 udskrevet fra hospitalet til fortsat ambulans behandling.

I den aktuelle sag havde overlægen ved Y hospital i erklæring af 18.05.98 til statsadvokaten indstillet, at han ud fra en lægelig betragtning ikke kunne anbefale endelig ophævelse af foranstalt-

ningen, uanset at X's psykiske tilstand var "nogenlunde tilfredsstillende". Det fremgår af overlægens erklæring, at han havde lagt vægt på, at X efter det for overlægen oplyste formentlig ville blive udvist, såfremt foranstaltningen blev ophævet, hvilket kunne indebære en risiko for, at X's psykiske tilstand blev forværret i betydelig grad, mens hans muligheder for yderligere psykisk bedring og resocialisering ville forøges under opretholdelse af kontakten til psykiatrien. X ønskede ikke selv foranstaltningen ophævet.

I statsadvokatens forelæggelse for rådet anmodedes der alene om stillingtagen til spørgsmålet om ophævelse af foranstaltningen, idet statsadvokaten blandt andet bemærkede, at han fandt "det beskyttelseshensyn, som er anført i udtalelserne i relation til en eventuel udvisning for ganske irrelevant ved vurderingen af, hvorvidt en foranstaltning over for pågældende fortsat er påkrævet."

Efter korrespondance med overlægen afgav rådet herefter følgende udtalelse af 07.07.98:

"Med sagens tilbagesendelse og med henvisning til tidligere responsa, senest af 25.07.96, skal Retslægerådet på grundlag af erklæringer af 24.07.97 og

18.05.98 fra ledende overlæge Z, Y hospital, og øvrige for rådet foreliggende akter om X udtale, at han fortsat ikke har frembudt sindssygdomssymptomer. Personlighedsmæssigt beskrives han som i en vis grad modnet. Han blev udskrevet for et lille års tid siden, og han har uden problemer boet i egen bolig med sin samlever. Han er under uddannelse, og han har regelmæssigt passet samtalebehandling i afdelingens ambulatorium. Han modtager ikke medikamentel behandling. Retslægerådet kan tilslutte sig overlægens vurdering af, at der er risiko for, at X's psykiske tilstand vil kunne forværres, såfremt han udvises. Retslægerådet må imidlertid basere sine skøn på forholdene her i landet og ved en samlet vurdering af hans psykiske tilstand, sociale forhold m.v. skal Retslægerådet ikke udtale sig imod, at den idømte foranstaltning ophæves."

Ved byrets kendelse af 06.08.98 blev dommen endelig ophævet. Anklagemyndigheden havde nedlagt påstand om ophævelse. Ved byrets kendelse af 15.10.98 blev X's begæring om ophævelse af udvisningen ikke taget til følge, hvilket Østre Landsret stadfæstede i kendelse af 16.12.98, idet landsretten i sine bemærkninger "lægger til grund, at der består en risiko for, at kærendes psykiske tilstand vil kunne forværres ved en udvisning. Uanset dette forhold tiltræder landsretten, når der henses til den pådømte kriminalitets alvorlige karakter, at der ikke er indtrådt så væsentlige ændringer i kærendes forhold, at der er grundlag for at ophæve dommens bestemmelse om udvisning".

Det er efterfølgende oplyst, at hvorvidt X rent faktisk udvises afhænger af, om der er et land, X kan videresendes til.

### **Kommentar:**

Retslægerådet begrænsede sig til at vurdere de sædvanlige omstændigheder i sager af den art, hvorefter rådet ikke kunne udtale sig imod ophævelse. Rådet kunne tilslutte sig overlægens vurdering af risikoen for forværring ved efterfølgende udvisning, men det fandtes uden for rådets opgave at afgive udtalelse om udvisningsspørgsmålet. Da der således var forskel i overlægens og Retslægerådets vurdering af sagen, var der "korrespondance" i sagen, det vil sige, at rådet fremsender sin påtænkte udtalelse til overlægen, der hermed får mulighed for at kommentere rådets synspunkter og eventuelt yderligere begrunde sin opfattelse. Efterfølgende behandles sagen igen af de voterende. Korrespondancen vedlægges sagen, når denne tilbagesendes til den forelæggende myndighed.

Rådet fulgte i denne sag samme linje som tidligere, idet der kan henvises til en tilsvarende sag refereret i Retslægerådets årsberetning for 1991 s. 55 (A 32040). I denne sag blev rådet foruden spørgsmålet om ophævelse af særforanstaltning spurgt, om udvisning af lægelige grunde måtte frarådes. Rådet fandt også i denne sag, at spørgsmålet om eventuel udvisning ikke burde indgå i rådets overvejelser vedrørende foranstaltningsspørgsmålet.

Sagen illustrerer i øvrigt et usædvanligt sygdomsforløb med vellykket behandling.

Det skal tilføjes, at der med „Lov nr. 473 af 01.07.98 om ændring af udlændingeloven og straffeloven“ er indført en bestemmelse, § 50a, om prøvelse af afgørelser om udvisning af udlændinge, der er idømt en psykiatrisk sær-

foranstaltning eller forvaring. For en nærmere gennemgang af § 50a henvises til rigsadvokatens „Meddelelse nr. 10/1998“. Retslægerådets rolle og praksis i relation til denne nye bestemmelse er endnu ikke fastlagt.





# **Tilstande ligestillet med mental retardering. Tilsyn af Kriminalforsorgen som en særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt.**

*A, som på domstidspunktet var 18 år gammel, var sigtet for, og blev senere dømt for, blandt andet voldtægt. Ved en ambulant mentalundersøgelse blev han fundet mentalt retarderet, eller i en tilstand ligestillet hermed. De ligestillede tilstande omfatter personer placeret lavt i sinkeområdet, som yderligere har et funktionshæmmende handicap. Ved supplerende undersøgelser blev det klarlagt, at A var begavet lavt i normalområdet, men blandt andet understimuleret. Han var således omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Han havde et betydeligt behov for blandt andet social behandling og støtte, hvorfor Retslægerådet, som en særforanstaltning jfr. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefalede tilsyn af Kriminalforsorgen med blandt andet vilkår om institutionsophold efter tilsynsmyndighedens bestemmelse. (A 37359).*

A, som var født i 1980, blev 17 år gammel sigtet for frihedsberøvelse og voldtægt udøvet sammen med en jævnaldrende kammerat. De to unge mænd havde på åben gade med en pistol truet en ligeledes 17-årig kvinde til at tage med som passager på en knallert til et telt, de havde slået op i nærheden. De holdt kvinden indespærret i 2 timer i teltet, hvorunder de under trusler om at smadre hendes hoved med en hammer og derefter smide hende i havnen begge tiltvang sig samleje og anden kønslig omgængelse end samleje med hende. Ifølge retsbogsudskriften var det A's kammerat, som var medlem af en motorcykelbande, der havde fået ideen, og som hele vejen igennem havde været styrende med hensyn til de kriminelle handlinger. Begge var på gerningstidspunktet påvirkede af alkohol.

A blev i anledning af sigtelsen mentalundersøgt, og af mentalerklæring af 22.09.97 ved speciallæge X fremgår blandt andet, at A's opvækst havde været præget af forældrenes ustabile ægteskab og moderens senere psykiske lidelse, muligvis skizofreni. Ni år gammel var han på grund af omstrejfen, rapserier og ildspåsættelse blevet henvist til børnepsykiatrisk undersøgelse. Ved denne undersøgelse fandtes A intelligensmæssigt placeret i sinkeområdet og ved en samlet vurdering konkluderede den børnepsykiatriske undersøgelse blandt andet: "For at komme i en bedre udvikling har A behov for stabilitet, omsorg og stimulation samt en placering i hjælpeskolelignende regi, hvor der er ekstra ressourcer til hjælp og indlæring". Ti år gammel blev han derfor placeret i fa-

miliepleje. Som 14-årig blev han hjemgivet til moderen, og efter et år flyttede han til faderen og arbejdede i farbroderens firma som chaufførmedhjælper. Da faderen flyttede tilbage til hjembyen, flyttede A med. Han boede hos faderen og var på gerningstidspunktet ubeskæftiget. Speciallæge X konkluderede, at A var mentalt retarderet i lettere grad og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Speciallægen anbefalede, at A i stedet for eventuelt forskyldt straf blev anbragt i institution for personer med vidtgående psykisk handicap.

Retslægerådet anmodede om, at der blev foretaget en psykologisk testning som supplement til speciallægens undersøgelse. Ud fra testen placerede A sig øverst i sinkeområdet med en intelligenskvotient på 84, det vil sige, at han ikke var omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Da der herefter var afgørende diskrepans mellem den klinisk psykiatriske og den psykologiske undersøgelse, anbefalede Retslægerådet, at der blev foretaget fornyet mentalundersøgelse under indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling.

A var herefter indlagt to måneder på en retspsykiatrisk afdeling, og speciallæge K afgav erklæring 18.08.98. Ved den nu foretagne undersøgelse, der blandt andet omfattede en fornyet psykologisk undersøgelse samt EEG, fandtes A tungt, men dog normalt begavet, samt personlighedsmæssigt afvigende blandt andet umoden, noget selvoptagen og selvusikker med begrænset evne til selvrefleksion samt præget af tilbøjelighed til at lægge skyld og an-

svar ud i omgivelserne. Han fandtes således at være omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men speciallægen kunne ikke, såfremt A fandtes skyldig, pege på nogen behandlingsforanstaltning jf. § 68, 2. pkt. Det anførtes imidlertid inde i erklæringen - men ikke i konklusionen - at A havde behov for længerevarende, konsekvent gennemført socialpædagogisk og psykologisk støtte, og speciallægen anbefalede derfor, at A - såfremt han fandtes skyldig - i henhold til straffelovens § 49, stk. 2 blev overført til afsoning i egnet hjem eller institution.

Retslægerådet udtalte, at A „... ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunktet for det nu påsigtede. Han var da påvirket af alkohol, men mistanke om abnorm rus foreligger ikke.

Intelligensmæssigt er han normalt begavet, men blandt andet på grund af understimulation fungerer han som placeret i grænseområdet mellem normal begavelse og sinkestadiet. Han har fra barndommen udvist indlærings- og adfærdsforstyrrelser, og der har været iværksat socialpædagogiske støtteforanstaltninger. Efter anholdelsen i den aktuelle sag har han haft ophold på pædagogiske institutioner. Han er personlighedsmæssigt fundet afvigende, umoden, subjektiv, selvusikker og med væsentligt indskrænkede sociale færdigheder. Han har et udtalt behov for intensiv socialpædagogisk støtte og behandling i egnet hjem eller institution.

A findes omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Under hensyntagen til hans al-

der og behandlingsbehov skal Retslægerådet, såfremt han findes skyldig, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale, at han undergives tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om at efterkomme tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold – herunder om ophold i egnet hjem eller institution – og arbejde. Herudover kan Retslægerådet ikke pege på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf.”

A blev i foråret 1999 idømt fængsel i 1 år og 6 måneder, idet fuldbyrdelse af straffen blev gjort betinget af, at han ikke begik noget strafbart i 2 år, underkastede sig tilsyn af Kriminalforsorgen i 1 år og i 1 år efterkom Kriminalforsorgens bestemmelser om ophold – herunder på egnet hjem eller institution – samt om arbejde. Han blev desuden dømt til at betale erstatning til offeret. Som grundlag for beslutningen om betinget straffuldbyrdelse henviste retten til A's alder på gerningstidspunktet, til at han havde været frihedsberøvet i længere tid (på lukket institution for unge) og til den efter de kriminelle forhold forløbne tid. Retten lod sagen fremme til dom som tilståelses-sag i medfør af retsplejelovens § 925 og må således have anset, at anvendelse af straffelovens § 69 ikke kom på tale, jf. retsplejelovens § 925, stk. 6.

#### **Kommentar:**

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger behandlet spørgsmålet om den lægelige fortolkning af formuleringen i straffelovens § 16, stk. 2, 2. pkt. om "... en tilstand, som ganske må lige-

stilles med mental retardering ...". Den formelle grænse mellem sinkestadiet og mental retardering i lettere grad er en IQ på 70. De "ligestillede" tilstande er efter Retslægerådets opfattelse personer, som intelligensmæssigt er placeret lavt i sinkegruppen, og som yderligere har et funktionshæmmende handicap, for eksempel et sprogligt handicap, syns- eller hørenedsættelse eller eventuelt en alvorlig personlighedsforstyrrelse. Vurderingen af, hvorvidt en person befinder sig i en tilstand, som ganske må ligestilles med mental retardering, bygger således på en helhedsvurdering, men efter Retslægerådets opfattelse, bør der som udgangspunkt i denne type sager altid foreligge en psykologisk testning inklusive en undersøgelse af intelligensniveauet.

I den her refererede sag viste det sig, at A faktisk var begavet i normalområdet, men blandt andet på grund af understimulation fungerede han under dette niveau. Han var hertil præget af betydelige vanskeligheder ved at bemejstre selv enkle sociale krav, og Retslægerådet fandt derfor, at han havde behov for socialpædagogisk støtte og behandling i egnet hjem eller institution. A var således utvivlsomt omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men han var fyldt 18 år, hvorfor rådet ikke kunne anbefale, at han blev undergivet bestemmelserne om særlig støtte til børn og unge i medfør af lov om social service. Efter ordlyden af straffelovens § 68, 2. pkt. – "Såfremt mindre indgribende foranstaltninger som tilsyn, bestemmelser vedrørende opholdssted eller arbejde ..." – kan tilsyn af Kriminalforsorgen med ledsagende særvilkår

anbefales som en særforanstaltning. Denne sag er typisk for de situationer, hvor Retslægerådet vil overveje en sådan mulighed, det vil sige unge med alvorlige sociale og måske også visse psykiske problemer, hvor en intensiv social behandlingsindsats må antages at være mere formålstjenlig end straf til at forebygge ny kriminalitet, og hvor der ikke er grundlag for at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning.

Specielt hvad angår anvendelsen af straffelovens § 49, stk. 2, skal bemærkes, at denne er en administrativ bestemmelse vedrørende overførsel af domfældte personer til behandlingsmæssige foranstaltninger. Retslægerådet kan eventuelt blive hørt, om der er grundlag for at overføre en indsat til

for eksempel en psykiatrisk afdeling, men rådet vil ikke ex officio anbefale anvendelse af straffelovens § 49, stk. 2. Såfremt Retslægerådet ved en samlet vurdering finder, at en behandlingsmæssig foranstaltning ud fra en lægefaglig vurdering er mere formålstjenlig end straf, vil rådet anbefale dette. Det er herefter domstolen, der efter en samlet vurdering af sagens omstændigheder afgør, om der er grundlag for at følge den lægelige anbefaling.

I den her refererede sag tog retten udgangspunkt i, at § 69 ikke skulle bringes i anvendelse; men den afsagte betingede dom indeholdt vilkår, svarende til den af Retslægerådet foreslåede særforanstaltning.

## Klage over at tvangsindlæggelse ikke blev iværksat

*En skizofren mand sårede sin moder alvorligt med en kniv fem måneder efter, at han havde forladt en psykiatrisk afdeling, hvor han havde været tvangstilbageholdt og tvangsbehandlet i fire måneder. Efterfølgende klagede familien over, at den pågældende ikke var blevet tvangsindlagt før overfaldet på moderen. Patienten havde i de fem måneder formelt være tilknyttet et distriktspsykiatrisk center, men han havde afvist enhver form for behandling, bortset fra en vis kontakt med en hjemmestøtte. Retslægerådet udtalte, at der under de givne rammer ikke kunne rejses kritik mod de medicinalpersoner, der havde søgt at varetage behandlingen af patienten. (A 37427).*

A var en 40-årig skizofren mand, der med en kniv havde overfaldet og alvorligt såret sin moder. Familien klagede til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn over, at den stedlige distriktspsykiatriske enhed ikke i tide havde grebet ind overfor A's åbenbare svære sindssygdom, som havde medført det alvorlige knivoverfald på moderen, og at den distriktspsykiatriske enhed herved havde gjort sig skyldig i faglig uansvarlighed og omsorgssvigt, idet A blandt andet ikke var i medicinsk behandling på tidspunktet for knivoverfaldet. Endelig havde familien anført, at det er en fejlfortolkning, at psykosesymptomer konstant skal være til stede, for at man kan foranledige en tvangsindlæggelse. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn forelagde sagen for Retslægerådet og anmodede rådet om en udtalelse vedrørende de involverede medicinalpersoner (se senere).

Af det omfattende journal- og bilagsmateriale fremgår, at A var opvokset under velordnede sociale forhold. Ef-

ter studentereksamen påbegyndte han et universitetsstudium, som han imidlertid aldrig fik færdiggjort. Han syntes aldrig at have haft længerevarende samlivsforhold, og aktuelt boede han alene. Legemligt havde han i det væsentlige været rask.

A blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1991. Efterfølgende havde han været indlagt flere gange, hvor han blandt andet var blevet tvangstilbageholdt og tvangsbehandlet. A var senest blevet tvangsindlagt den 17.12.96 på behandlingsindikation. Af lægeerklæring til brug for tvangsindlæggelsen fremgik blandt andet, at A "... bor alene i lejlighed med papirer (reklamer, bøger etc.) og cigaretskod overalt. Meget afmagret. Somatisk tilstand dårlig. Spiser ikke. Drikker ikke". Videre fremgår, at naboerne i tiden op til tvangsindlæggelsen havde hørt A råbe "jeg slår dig ihjel", ligesom han på anden måde havde talt højt med sig selv. Hertil havde han været truende overfor forældrene. Han gav også ud-

tryk for barokke legemlige vrangforestillinger. Afslutningsvis var anført: "Familien har svært ved at forstå, hvorfor patienten skal helt derud, før han kan få hjælp". I månederne forud for indlæggelsen var A, som flere gange tidligere, ophørt med behandling med antipsykotisk virkende medicin. Under indlæggelsen fandtes A i udtalt grad sindssyg, han var hørelsesshallucineret, han gav udtryk for tankepåvirkning og tanketyveri, han husede storhedsforestillinger m.v. Han var helt uden sygdomserkendelse.

A forblev indlagt frem til 04.04.97, hvor han udeblev fra afdelingen. Efterfølgende afviste han kontakt med den stedlige distriktspsykiatriske enhed, bortset fra et par besøg af distrikts- sygeplejerske og en vis kontakt med en kommunal hjemmestøtte. Hans tilstand er beskrevet som noget svingende. Undertiden blev han vurderet som udtalt sindssyg, andre gange er hans tilstand beskrevet som noget bedre. I september måned 1997, det vil sige fem måneder efter at være blevet udskrevet, overfaldt han moderen med en kniv og sårede hende alvorligt. Han blev umiddelbart efter indlagt, hvor han igen fandtes svært sindssyg.

Familien klagede som anført til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der forelagde sagen for Retslægerådet. Klagen omhandlede ikke kun læger, men også en sygeplejerske og en plejer (kommunal hjemmestøtte), hvorfor en sygeplejerske med særligt kendskab til psykiatrisk sygepleje deltog i voteringen sammen med rådets psykiatere.

Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet udtale, at A i 1991 første gang blev indlagt, idet han var blevet tiltagende indesluttet og præget af hørelsesshallucinationer. Han var endvidere præget af kontaktfattigdom, anspændthed og kaotisk tankegang. I de følgende år blev han flere gange indlagt, blandt andet ved tilbagefald efter ophør med antipsykotisk virkende medikamentel behandling. Senest blev han tvangsindlagt på behandlingsindikation den 17.12.96 og forblev frihedsberøvet frem til 04.04.97, hvor han udeblev fra udgang. Han beskrives da som bedret under medikamentel behandling, givet som depot. Han var således socialt lidt mere aktiv i afdelingen, afdæmpet, men fortsat uden sygdomsfølelse. Han ønskede at afvikle kontakt med behandlingssystemet, og den relativt lange frihedsberøvelse med tvangsbehandling kunne ikke afgørende ændre dette. Efter udskrivelser afviste han lægekontakt, men blev vurderet ved distriktsygeplejerske den 18.04.97 og 04.06.97, hvor han beskrives som velbefindende og fysisk i bedre tilstand end længe. Ved konference den 11.09.97 drøftes hjemmestøtte, plejer S's oplysninger om A's svingende tilstand, og det besluttedes at afstå fra tvangsindgreb. Efter angrebet på moderen den 26.09.97 beskrives han under indlæggelse som i udtalt grad sindssyg med vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, kontaktforstyrrelse, ligesom han var truende og fysisk medtaget. Han ses ikke i tiden forud for 26.09.97 beskrevet som farlig, om end

præget af vrede og forurettethed, herunder i forhold til familien. I perioden fra april 1997 til angrebet på moderen søgtes han, ved to besøg af distriktssygeplejerske og formentlig to skriftlige indkaldelser til lægesamtale, motiveret for at genoptage den medikamentelle behandling. Han modtog hertil jævnlige, om end med afbrydelser, besøg af plejer S.

I besvarelsen af de stillede spørgsmål skal Retslægerådet indledningsvis anføre, at A tilhører den gruppe af skizofrene patienter, som i nogen grad bedres under længerevarende behandling med antipsykotisk virkende medicin, men som ikke opnår erkendelse af behovet for behandling. Dette indebærer, at der efter udskrivelse er høj risiko for tilbagefald, således at patienten om muligt må følges tæt. I perioden op til angrebet på moderen afviste han vedholdende lægekontakt og medicin, og lokalpsykiatrien har ved besøg af sygeplejerske og hjemmestøtte søgt, trods alt, at bevare en forbindelse til A.

### **Spørgsmål 1:**

*Burde overlæge J, som daglig leder af Lokalpsykiatri... have foranlediget en tidligere indlæggelse af A?*

I lyset af det for ham foreliggende var det overlæge J's opgave at skønne om, og hvornår tvangsindlæggelse eventuelt skulle tilrådes overfor patientens egen læge. J havde godt kendskab til A's sygdomsforløb, og Retslægerådet finder ikke, at overlægen, i den periode han havde ansvaret for behandlingen af A, burde have foranlediget tidligere indlæggelse af A.

### **Spørgsmål 2:**

*Burde distriktssygeplejerske K i tiden fra den 18. april til 4. juni 1997 have gjort overlæge J tydeligere opmærksom på A's tilstand?*

Retslægerådet finder ikke grundlag for kritik af distriktssygeplejerske K's handlemåde, idet der foreligger relevante notater, og sagen var drøftet ved konference 20.05.97, ligesom der fulgtes op med brev fra overlæge N den 14.08.97.

### **Spørgsmål 3:**

*Burde overlæge N, som var tilknyttet A efter den 20. maj 1997, have tilset ham og foranlediget en tidligere indlæggelse?*

Overlæge N må antages at være blevet informeret om A's psykiske tilstand, fra hun overtog behandlingsansvaret 20.05.97, jf. journalnotater af 14.08.97 og 11.09.97. Overlægens beslutning om ikke at søge en tvangsindlæggelse iværksat synes i det væsentlige at bygge på plejer S's iagttagelser. Retslægerådet skal her bemærke, at det af overlæge J's notat af 02.04.97 ved A's udskrivning fremgår, at overlægen vurderede, at fornyet tvangsindlæggelse "i løbet af nogen tid" sandsynligvis kunne vise sig påkrævet. Retslægerådet finder imidlertid ikke grundlag for at utale, at overlæge N foretog et fejlskøn ved at undlade at søge gennemført en lægelig vurdering af A med henblik på eventuel tvangsindlæggelse. Det skal herved bemærkes, at A ikke tidligere havde udvist en personfarlig adfærd og nyligt havde været ufrivilligt indlagt og behandlet i henved fire måneder.

**Spørgsmål 4:**

*Burde psykiatrisk hjemmestøtte, plejer S, have gjort overlæge J og overlæge N mere opmærksomme på A's tilstand?*

Efter det foreliggende har plejer S informeret de behandlingsansvarlige, jf. at hans oplysning indgår i overlæge N's beslutningsgrundlag den 11.09.97. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 3.

**Spørgsmål 5:**

*Foretog distriktssygeplejerske K og plejer S relevante observationer og iværksatte de relevante foranstaltninger med henblik på at hjælpe A?*

**Spørgsmål 6:**

*Burde distriktssygeplejerske K og plejer S tidligere i forløbet have foranlediget en lægefaglig vurdering af A?*

Ad spørgsmål 5 og 6:  
Retslægerådet vil skønne, at distriktssygeplejerske K og plejer S under de givne rammer på relevant måde har fulgt og rapporteret om A's tilstand. Ansvar for at søge gennemført en lægelig vurdering af A med henblik på iværksættelse af eventuelle tvangsforanstaltninger påhviler den behandlingsansvarlige speciallæge. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 2 og spørgsmål 4.

**Spørgsmål 7:**

*Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?*

Retslægerådet skal afslutningsvis anføre, at det aktuelle forløb er foregået under reglerne i psykiatriloven af 1989.

Der er ved lovrevisionen med virkning fra 01.01.99 skabt hjemmel for, at overlæger og andre involverede instanser i fremtiden i højere grad kan følge og gribe ind over for patienter, der efter udskrivning må forventes ikke frivilligt at kunne deltage i nødvendig relevant opfølgende behandling".

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn traf følgende afgørelse:

"Overlæge J og overlæge N har ikke overtrådt lægeloven ved deres behandling af A i Lokalpsykiatri... fra december 1996 til 26. september 1997.

Distriktssygeplejerske K har ikke overtrådt lov om sygeplejersker ved sin behandling af A i Lokalpsykiatri... fra december 1996 til den 26. september 1997.

Plejer S har handlet fagligt korrekt ved sin behandling af A fra december 1996 til den 26. september 1997."

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i sin begrundelse for afgørelsen blandt andet anført:

"Under et møde den 7. april 1997 (det vil sige tre dage efter at A havde forladt hospitalet, Retslægerådets bemærkning) mellem broderen R og dennes hustru T på den ene side, og på den anden side overlæge J og sygeplejerske K fra Lokalpsykiatri ... blev vigtigheden af et effektivt tilsyn med og effektive foranstaltninger over for A pointeret af de pårørende. Mødet er ikke omtalt i de foreliggende lokalpsykiatriske journalnotater (og var der-



for ikke kendt af Retslægerådet, rådets bemærkning). A havde på det tidspunkt længe haft afbrudt forbindelsen til familien. Lokalpsykiatrien havde erkendt A's tilstand og oplyst, at den ikke var beføjet til at kunne tvangsindlægge ham.“

Senere hedder det:

“Nævnet har endvidere lagt vægt på, at distriktssygeplejerske K skrev noter om sine observationer, og disse blev drøftet på konference den 20. maj 1997, ligesom der blev fulgt op med et brev fra overlæge N til A den 14. august 1997. Plejer S og distriktssygeplejerske K fulgte A's tilstand og gjorde de behandlingsansvarlige læger opmærksomme på A's tilstand.

Lokalpsykiatri ... har foretaget de observationer, som A's tilstand gav anledning til, og forsøgte at iværksætte en behandling, men dette lod sig ikke gøre, fordi A ikke ønskede de fremførte behandlingstilbud.

Nævnet har yderligere lagt vægt på, at A ikke tidligere havde udvist en personfarlig adfærd, og at det ifølge de foreliggende oplysninger jf. Retslægerådets udtalelse, ikke var et fejlskøn at undlade at søge gennemført en lægelig vurdering af ham med henblik på en eventuel tvangsindlæggelse.“

### **Kommentar:**

Som det fremgår af Retslægerådets tidligere årsberetninger, har rådet i årenes løb behandlet en række klager over tvang i psykiatrien. Rådet har også tidligere kommenteret konsekvenserne af

at undlade tvang (se register i Retslægerådets årsberetning for 1997, s. 127ff.), men det er så vidt vides første gang, at Retslægerådet behandler en sag, hvor der direkte klages over, at en psykisk syg ikke er blevet tvangsindlagt m.v. Sagen rejser en række væsentlige, principielle spørgsmål vedrørende for eksempel psykotiske patienters autonomi, den bedst mulige organisation af det psykiatriske behandlingssystem m.v., men det ligger udenfor Retslægerådets område i en konkret sag at behandle disse emner. Et enkelt forhold skal dog nævnes. Distriktspsykiatrien kan være organiseret på forskellig måde, men de læger, der arbejder i de distriktspsykiatriske enheder, vil formelt være ansat på den psykiatriske afdeling, som er stamafdeling for den distriktspsykiatriske enhed. Dette indebærer, at læger i distriktspsykiatrien ikke kan tvangsindlægge en patient, idet en læge ikke kan tvangsindlægge patienter på den afdeling, den pågældende læge er ansat ved (psykiatrilovens § 7, stk. 2, 2. pkt.). På den anden side kan en patients praktiserende læge have den opfattelse, at når en patient er tilknyttet et distriktspsykiatrisk center, er dette center også ansvarlig for behandlingens gennemførelse. Det kan således i praksis vise sig uklart, hvem der har ansvaret for at iværksætte en nødvendig tvangsindlæggelse. Den praktiserende læge antager, at patienten modtager behandling i det distriktspsykiatriske center, og vil naturligt nok henvise dertil, såfremt lægen for eksempel modtager informationer om patientens psykiske tilstand eller eventuelle klager over patientens adfærd. Som det fremgår af

den hér refererede sag, kan det imidlertid være, at patienten nægter at modtage nødvendig behandling, og distriktspsykiatrien har ingen muligheder for at gennemtvunge en sådan behandling, herunder tvangsendlægge patienten. Det kan overvejes, hvorvidt det i en sådan situation vil være mest hensigtsmæssigt, at det distriktspsykiatriske center formelt afslutter (udskriver) patienten med besked herom til den praktiserende læge, således at denne er orienteret om situationen, eller hvorvidt det er mest hensigtsmæssigt, at distriktspsykiatrien, som i denne sag, trods alt forsøger at bevare kontakten til patienten for om muligt hen ad vejen at kunne motivere denne for nødvendig behandling. Begge fremgangsmåder har fordele og ulemper, og det lader sig næppe afgøre, hvad der i en given situation er den mest formålstjenlige fremgangsmåde.

Retslægerådet er bekendt med, at man visse steder i landet løser de her skitserede problemer på den måde, at lægerne ved en distriktspsykiatrisk enhed tvangsendlægger på en "naboafdeling", hvorefter patienten efterfølgende overføres til den regionale afdeling.

Som konsekvens af psykiatriens nuværende organisation med den beskrevne udbredte funktionelle decentralisering – og i nogle byområder hertil etablering af psykiatriambulance med speciallæge fra de regionale psykiatriske afdelinger – kan det ved en kommende

revision af psykiatriloven efter Retslægerådets opfattelse overvejes at ophæve reglen om, at en læge ikke kan tvangsendlægge på den afdeling, hvor lægen er ansat. Herved må også tages i betragtning, at retssikkerheden vedrørende frihedsberøvelse af psykiatriske patienter er udbygget væsentligt, siden den nævnte regel blev indført i 1938-loven.

A var utvivlsomt i udtalt grad skizofren, og set i lyset af, hvad der senere passerede, burde han have været tvangsendlagt på et tidligere tidspunkt. Det fremgår imidlertid af sagen, at den behandlingsansvarlige overlæge var opmærksom på spørgsmålet. En eventuel tvangsendlæggelse blev således drøftet ved konference så sent som 14 dage før, A angreb og alvorligt sårede moderen. På grundlag af de informationer, der var tilgængelige for overlægen, vurderede denne, at der ikke på daværende tidspunkt var grundlag for at søge A tvangsendlagt, det vil sige, at det distriktspsykiatriske center havde rettet henvendelse til A's praktiserende læge med anmodning om, at denne tilså A med henblik på eventuel tvangsendlæggelse. Samlet fandt Retslægerådet således, at der ikke "under de givne rammer" kunne rejses kritik af det sundhedspersonale, der - forgæves - havde søgt at varetage behandlingen af A i perioden, efter at han havde forladt den psykiatriske afdeling, hvor han havde været tvangstilbageholdt i cirka fire måneder.

## Når systemerne svigter

*Retslægerådet får ind imellem forelagt sager, hvor kriminalitet er begået af kronisk sindssyge personer, som enten har gået ubehandlet, fordi der ikke har været en entydig placering af ansvar for behandling og social foranstaltninger, eller som trods behandlingsmotivation ikke har fået den nødvendige og tilstrækkelige behandling. (A 37146 og A 37116).*

### A 37146

J er en 60-årig mand, der er født og opvokset i Bosnien som nr. 8 af 8 søskende. Han kom til Danmark, da han var 29 år gammel, og har haft ophold her siden. Han fik i 1993 en bøde for overtrædelse af våbenloven, men er herudover ikke tidligere straffet. Han blev den 08.07.98 sigtet blandt andet for at have kastet en økse efter en medbeboer i kælderen til den ejendom, hvor de begge havde lejlighed. Han var endvidere sigtet for at have ødelagt flere kælderdøre ved at hamre løs på dem med en økse. Af sagens akter fremgår, at J ved anholdelsen oplyste, at han var gået ned i kælderen i ejendommen, fordi der foregik narkotikahandel. Beboere i ejendommen oplyste, at J aldrig havde talt med nogle af naboerne, men altid opført sig mærkeligt. Han havde råbt og skreget i sin lejlighed og i opgangen, og råbt til børnene i den nærliggende skolegård; men ingen havde haft kontakt med ham.

J blev mentalundersøgt i anledning af sigtelsen. Af erklæring af 05.08.97 ved speciallæge X fremgår blandt andet, at J boede på landet som barn, hjalp til i landbruget, og han erindrer barndommen og opvæksten som god. Han mi-

stede kontakten til sine forældre, da han blev voksen. Han har formentlig familie dels i Danmark og dels i Sverige, men han har ingen kontakt med dem nu. Han kom til Danmark i 1967, havde arbejde indtil 1976, og fra 1977 har han modtaget højeste fortidspension på baggrund af en kronisk sygdom.

Om J's psykiske sygdom anføres, at han i 1964 første gang var indlagt på psykiatrisk hospital i Jugoslavien på grund af "nervøsitet". Der er ingen nærmere oplysninger om denne indlæggelse. Han var indlagt første gang i Danmark i 1974 på psykiatrisk hospital efter igennem et år forud at have hørt stemmer, der talte om ham. Han oplevede sig ved indlæggelsen påvirket af stråler, strøm og varme. Han oplevede at få slag i hovedet, såvel som han mente sig forfulgt. Han havde været sygemeldt igennem nogle måneder forud for indlæggelsen og var påbegyndt behandling hos praktiserende speciallæge i psykiatri, dog uden større effekt. Under indlæggelsen blev han sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin (tabl. Trilafon 16 mg x 3 dgl), og da han angav at have fået det bedre, blev han efter eget ønske udskrevet efter seks dages indlæggelse.

Han ophørte hurtigt med den medikamentelle behandling, hvorefter hans psykiske tilstand igen forværredes, og i juli måned 1975 blev han tvangsindlagt på behandlingsindikation. Indlæggelsen varede et år. Under den langvarige indlæggelse, hvor han blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin, aftog sindssygdomssymptomerne, især blev han mere rolig og mindre forpint. Han blev herefter udskrevet til psykiatrisk plejehjem og var i en årrække beboer dér, samtidig med at han fortsatte i psykiatrisk behandling, blandt andet med medicin. Hans tilstand synes i denne periode at have været stabil, således havde han ikke behov for indlæggelse på den psykiatriske afdeling. I begyndelsen af 1990'erne begyndte J at ytre ønsket om at flytte i egen bolig. Plejehjemmet forsøgte derfor at lære ham selv at administrere sin medicin. Dette medførte imidlertid, at han ophørte med at tage medicinen, hvorefter han atter blev manifest sindssyg med svære vrangforestillinger og påvirkningsoplevelser. Han blev derfor i marts måned 1993 atter indlagt på psykiatrisk hospital og fik det, som tidligere, langsomt bedre under genoptagelse af den medikamentelle behandling. Indlæggelsen varede tre måneder, og han fastholdt ønsket om at flytte i egen bolig. Kommunen skaffede ham herefter en lejlighed i et alment boligbyggeri. Allerede et år efter blev han imidlertid sat ud af lejligheden på grund af huslejerestance og misligholdelse. Han blev foreslået ophold på et forsorgshjem, men afslog og var herefter hjemløs i en periode, indtil han fik en ny lejlighed, ligeledes via kommunen. Han var på tidspunktet for de

påsigtede forhold netop igen, ved dom, sat ud af sin lejlighed, hvorfor han på tidspunktet for mentalobservationen var boligløs. Siden udskrivelsen i 1993 havde han afslået enhver kontakt med det offentlige, herunder hævdede han ikke sin pension, men levede af salg af flasker, som han fandt på gaden. Ej heller ønskede han at fortsætte med den medikamentelle behandling. Der er ingen oplysninger om, at J på noget tidspunkt har haft et misbrug.

Under mentalundersøgelsen, som foregik under indlæggelse, fremtrådte J præget af sindssygdoms-symptomer forenelig med kronisk paranoid skizofren tilstand. Han oplyste, at han ikke ønskede at have kontakt med andre mennesker, som på afstand kunne se og høre, hvad han sagde, at han kunne præges af andres tanker, og at andre mennesker kunne læse hans tanker. Han blev under indlæggelsen behandlet med antipsykotisk virkende medicin og blev i forbindelse med dette mere social og omgængelig, men fortsat præget af vrangforestillinger.

Mentalundersøgelsen konkluderede, at J var sindssyg og derfor omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der anbefalede dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse.

Retslægerådet tilsluttede sig 08.06.98 denne konklusion, og fremhævede i sin udtalelse, hvorledes J - på trods af åbenlyse sindssygdomssymptomer med deraf

følgende social deroute, herunder udsættelse af lejlighed - ikke efter flytning fra plejehjemmet var blevet henvist til kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.

Retten fulgte foranstaltningsforslaget fra mentalundersøgelsen og Retslægerådet.

### **A 37116**

M er en 40-årig mand, der aktuelt var sigtet for tyveri og forsøg herpå. Han har en lang kriminel karriere, og der forelå i sagen en række erklæringer vedrørende hans psykiske tilstand. Samlet fremgår blandt andet, at M allerede 7 år gammel blev indlagt på børnepsykiatrisk afdeling på grund af svære adfærdsforstyrrelser præget af voldsomme raserianfald og fysisk håndgemæng. Frem til 15-års alderen var han indlagt 3 gange yderligere af samme grunde, hertil havde han endvidere udviklet selvmordsimpulser. Mellem indlæggelserne var han placeret på børnehjem på grund af ustabile forhold i hjemmet. Fra 15-års alderen indledte han et svært intravenøst blandingmisbrug. Han har ingen uddannelse, og han har aldrig haft nogen erhvervsindtægt. Han ernærede sig i en periode i teenageårene ved prostitution. 26 år gammel blev han sat i metadon-vedligeholdelsesbehandling, hvilket han i perioder fortsatte med. 29 år gammel fik han tilkendt førtidspension. 18 år gammel blev han første gang indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling, og han havde i de følgende år talrige og langvarige indlæggelser. I de første år stillede man diagnoserne misbrug, karakterafvigelse, affektreaktion og

selvmordsforsøg samt personlighedsforstyrrelse, men fra 1996 diagnosen skizofreni.

I perioden fra 1976 til oktober 1996 blev M dømt i alt 25 gange for blandt andet tyveri, røveri, dokumentfalsk, bedrageri, samt overtrædelse af lov om euforiserende stoffer. Han afsonede i denne periode samlet 14 års fængselsstraf.

Han blev mentalobserveret i 1990, 1992 og 1996. Af mentalerklæringen fra 31.10.96 fremgår blandt andet, at M var blevet sigtet for at knuse ruder i en række villaer. Han oplyste i retten, at han var blevet udskrevet fra psykiatrisk hospital, hvor han havde været indlagt i alt 6 måneder. Han var taget direkte ind på Vesterbro og købt beroligende midler (Rohypnol), fordi han følte sig meget angst. Han var blevet udskrevet til egen lejlighed, men han turde ikke være der. Han ønskede at søge tilflugt i fængslet eller på hospitalet, fordi han ikke turde opholde sig uden for. Han valgte at knuse ruder i villaer, hvor der var nogen hjemme, for så var han sikker på, at politiet ville komme, således at han kunne komme i fængsel.

Retslægerådet udtalte blandt andet den 14.11.96, at M "overvejende sandsynligt er sindssyg og må antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet. Under mentalobservationerne i 1990 og 1992 blev han ikke vurderet som sindssyg, men betydeligt personlighedsafvigende, hvilket også var bedømmelsen under indlæggelsen

på X hospital i februar og juni 1996. Han har tidligere haft et langvarigt blandingsmisbrug, men der har ikke været misbrug de senere år under metadon-vedligeholdelsesbehandling. De senere år har M haft tiltagende tilbøjelighed til angst, og han har isoleret sig. Tillige har han haft hørelshallucinationer, tankemylder og selvhenførende forestillinger. Han antages nu at lide af en vedvarende sindssygelig tilstand, som antipsykotisk virkende medicin har haft nogen virkning på. Han er fortsat i ambulat psykiatrisk behandling". Retslægerådet fandt ham omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede dom til ambulat psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse. Retten fulgte Retslægerådets anbefaling ved dom af 29.05.97. Ved dom af 01.12.97 blev M fundet skyldig i forsøg på røveri, og den idømte foranstaltning blev opretholdt. M var indlagt på retspsykiatrisk afdeling fra 29.10. til 10.12.97, hvor han blev udskrevet til ambulat behandling med blandt andet antipsykotisk virkende medicin. Han var 17.12.97 til ambulat kontrol, hvor han ønskede at blive indlagt, idet han gav udtryk for at være plaget af hørehallucinationer og svær angst. Han fandtes klinisk forhutlet, ængstelig og hjælp søgende, men uden tegn på produktive sindssygdomssymptomer. Han var i fortsat medikamentel antipsykotisk virkende behandling. Hans indlæggelsesønske blev afvist på grund af pladssituationen. Afvisningen afstedkom en svær frustration og anspændthed hos M. Han begik ind-

brud og blev kort tid herefter anholdt, varetægtsfængslet og 23.12.97 surrogat-anbragt på en lukket psykiatrisk afdeling. Han var især forpint af kommanderende og kommenterende stemmer. Han faldt hurtigt til ro i afdelingen og fik det psykisk bedre med mindre pågående stemmer.

Dateret 20.04.98, foreligger en udtalelse fra det sygehus, hvor M blev surrogatanbragt. Det fremgår, at han var forblevet indlagt fra 23.12.97. Hans tilstand var imidlertid trods behandling blevet forværret. Han havde således blandt andet været præget af tiltagende psykotiske symptomer med affektspænding og selvmordstrusler, således at han 12.03.98 var blevet overflyttet til lukket retspsykiatrisk afdeling, hvor han fremdeles var indlagt.

Retslægerådet fandt 08.06.98, at M "fortsat er sindssyg lidende af en skizofren tilstand, samt at han må formodes at have været sindssyg på tidspunktet for de påsigtede handlinger. Udover sindssygdommen har han et svært misbrug af euforiserende stoffer, som han har forbrugt også under indlæggelse". Retslægerådet fandt M omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen og hospitalet under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.

Det er oplyst fra Københavns politi, at M afgik ved døden den 09.12.98. Han blev 41 år gammel.

**Kommentar:**

Omstillingen af psykiatrien, som for alvor tog fat op gennem 80'erne, har betydet væsentlige organisatoriske ændringer i behandlingen af personer med svære psykiske sygdomme. Der blev nedlagt et stort antal sengepladser, idet grundtanken var, at der skulle opbygges sociale støtteforanstaltninger baseret på den enkelte persons behov som alternativer til hospitalernes tidligere asylfunktion. Endvidere skulle der etableres rutiner, der skulle gøre overgangen fra det ene behandlingssystem til det andet sammenhængende og overskuelig med en klar ansvarsplacering for såvel fortsat psykiatrisk behandling som social støtte.

Retslægerådets har i tidligere årsberetninger (se for eksempel 1995, s. 59 og 1997, s. 77 og 114) flere gange omtalt de problemer, den nuværende organisatoriske model medfører for visse især svært sindssyge personer. De to her refererede sager belyser andre aspekter af denne problemkreds.

J var kronisk sindssyg, men han var uden sygdomserkendelse. Han havde opholdt sig under asyllignende omstændigheder på et psykiatrisk plejehjem i en årrække, da han ønskede at etablere sig i egen lejlighed. Plejehjemmet forsøgte at lære ham selv at administrere den nødvendige medikamentelle behandling, men han ophørte i stedet med at tage medicinen, hvorfor han igen måtte indlægges i svær psykotisk tilstand. Da han blev udskrevet, havde kommunen skaffet ham en lejlighed, men selv om J var kronisk sindssyg, og selv om han havde demonstre-

ret et afgørende behov for vedvarende psykiatrisk behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin, tog hverken det psykiatriske behandlingssystem eller det sociale system skridt til at etablere fornøden opfølgning, ligesom der efter det foreliggende ikke har været etableret et samarbejde mellem for eksempel distriktskykiatrien og det sociale system.

Det havde formentligt været hensigtsmæssigt at tvangsindlægge J, da han første gang blev sat ud af sin bolig på grund af de svære adfærdsmæssige forstyrrelser, hans sygdom medførte. Han forblev imidlertid ubehandlet, og det må antages, at hans kriminalitet hang sammen med, at han ikke fik den nødvendige behandling.

M var ligeledes kronisk sindssyg. Han havde fra sin tidlige ungdom frembudt tegn på en personlighedsforstyrrelse, og han var præget af manglende social tilpasning, ligesom han havde udviklet et misbrug af euforiserende stoffer. Efterhånden stod det imidlertid klart, at han led af skizofreni, og hans stofmisbrug var under metadonbehandling bragt under kontrol. Gennem de senere år havde hans sygdom medført, at han var præget af et højt angstniveau, og han angav selv, at han havde det bedst i et fængsel eller på en psykiatrisk afdeling, fordi han der følte sig tryk, og fordi kravene var små. Han var imidlertid etableret i egen lejlighed, men om end han havde tæt kontakt til behandlingssystemerne, magtede han ikke – selv med støtteforanstaltninger – at leve i egen bolig. Den asylfunktion,

han så åbenbart havde behov for, og som han selv ønskede, eksisterer ikke mere.

J ønskede ikke hjælpen, selvom han havde brug for den. M ønskede hjælpen, men han fik den ikke i tilstrækkelig grad. De to sager illustrerer, at den nuværende organisation af psykiatrien ikke altid fungerer efter hensigten, og at systemet har fået sine tabere. De to sager rejser, som den sag (A 37427) der er omtalt side 149, en række væsentlige principielle spørgsmål, som det i

konkrete sager ligger uden for Retslægerådets område at behandle. Det skal dog nævnes, at bestemmelserne i den reviderede psykiatrilov fra 01.01.99 om "udskrivningsaftaler" og "koordinationsplaner" er et forsøg på at forhindre, at personer med svære psykiske sygdomme, for eksempel på grund af manglende behandlingsmotivation, glider ud af behandlingssystemet. Om dette så er tilstrækkeligt til, at patienter som J og M i tilstrækkelig grad får varetaget deres behandlingsmæssige og sociale behov vil vise sig.



# Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

*Rådet har i 1998 behandlet 110 og i 1999 30 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1996 og 1997 var antallet henholdsvis 173 og 130. Der var i 1998 5 og i 1999 10 sager om overførelse til Sikringsafdelingen ved Nykøbing Sjælland (farlighedsdekreter) samt i 1998 18 og i 1999 9 sager om ophævelse heraf. Der har ikke i 1998 og 1999 været foretaget nogen praksisændring. Sagsbehandlingstiden i Retslægerådet har gennemsnitligt været ca. 2 - 3 uger.*

*Med revisionen af psykiatriloven, der trådte i kraft 01.01.99, blev behandlingen af klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse flyttet fra domstolene til de psykiatriske patientklagenævn, der som udgangspunkt ikke skal høre Retslægerådet. Dette har betydet, at forelæggelse for Retslægerådet af denne type sager er faldet væsentligt.*

## **A 37156**

I en sag om tvangstilbageholdelse blev rådet særligt spurgt, om det var uforvarsomt ikke at frihedsberøve en patient, når denne ikke ønskede udskrivning, men blot overførelse til åbent afsnit, men blot overførelse til åbent afsnit. Retslægerådet udtalte, at det ligger uden for rådets kompetence at tage stilling til ressourceforholdene på psykiatriske afdelinger.

Overlæge Z indberettede i erklæring af 15.04.98 med supplerende erklæring af 13.05.98 til byretten en tvangstilbageholdelse af en 42-årig kvinde (X), som flere gange tidligere havde været indlagt for psykotiske episoder. Efter frivillig genindlæggelse 27.03.98 på lukket afsnit fandtes hun udtalt sindssyg, især paranoid. Hun blev 09.04.98 tvangstilbageholdt på behandlingsindikation, idet hun nægtede at være på lukket afsnit og ønskede sig overflyttet til åbent afsnit, hvilket hun på dette

tidspunkt fandtes for dårlig til. Ifølge overlægens erklæring klagede X den 11.04.98 over de urolige forhold og dårlige beskæftigelsesmuligheder på det lukkede afsnit, og overlægen medgav, at der var uroligt på afsnittet. Desværre var der aktuelt ikke mulighed for flytning til lidt mere egnet afsnit. De følgende dage var der efter medicinsk behandling bedring. Tilbageholdelsen blev ophævet 17.04.98, og X blev herefter overflyttet til åbent afsnit som frivilligt indlagt.

I forelæggelsen for Retslægerådet spurgte retten - foruden om berettigelsen af frihedsberøvelsen - også særligt om "det var uforvarsomt ikke at frihedsberøve patienten, når denne ikke ønskede udskrivning, men blot overførelse til åbent afsnit".

Retslægerådet afgav herefter 09.06.98 følgende udtalelse:

“Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af erklæring af 13.05.98 fra overlæge Z, psykiatrisk afdeling, Y hospital, om X udtale, at hun tidligere flere gange har været indlagt, herunder tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling med forbigående psykotiske episoder, der hurtigt er klinget af, efter at hun er blevet indlagt. Aktuelt blev hun med eget samtykke den 27.03.98 genindlagt på lukket afsnit. Under indlæggelsen er hun fundet i udtalt grad sindssyg, blandt andet præget af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, en oplevelse af at andre kunne læse hendes tanker, formelle tankeforstyrrelser og periodisk urolig adfærd. Hun var forpint af sin tilstand. Den 09.04.98 ønskede hun at blive flyttet til åbent afsnit, blandt andet med den begrundelse, at der var megen uro på det lukkede afsnit. Afdelingen fandt, at hendes psykiske tilstand var for dårlig til, at hun forsvarligt kunne behandles og plejes på et af hospitalets åbne afsnit og kunne ikke pege på placering på andet, mere roligt afsnit. Hendes krav om flytning til andet afsnit blev herefter registreret som et udskrivningsønske. Idet det lægges til grund, at X den 09.04.98 forlangte sig udskrevet, og idet det skal bemærkes, at det ligger uden for Retslægerådets kompetence at tage stilling til ressourcerforholdene på psykiatriske afdelinger, skal Retslægerådet udtale, at X var sindssyg, da hun forlangte sig udskrevet, og det ville efter rådets opfattelse have været uforsvarligt ikke at tvangs tilbageholde hende med henblik på behandling, fordi udsigten til hendes helbredelse eller til en betydelig og afgørende bedring af hendes tilstand, el-

lers ville være blevet væsentligt forringet.”

Ved byrettens dom af 09.07.98 fandtes tvangsstilbageholdelsen fra 09.04.98 til 17.04.98 gyldig. Det bemærkedes blandt andet, at retten “ikke finder grundlag for at tilsidesætte den lægelige vurdering, hvorefter det ikke ville være muligt at behandle klageren forsvarligt på åbent afsnit, men alene på lukket afsnit.”

### **Kommentar:**

Det fremgår af overlægens erklæring, at X's tilstand indtil 09.04.98 fandtes for dårlig til, at hun forsvarligt kunne rummes i et åbent afsnit. Det er bemærkelsesværdigt, at overlægen 11.04.98 anfører, at der “desværre ikke aktuelt var mulighed for flytning til et lidt mere egnet afsnit”, hvilket må forstås som et mere egnet lukket afsnit, og X måtte herefter blive i det (urolige) lukkede afsnit indtil 17.04.98. Den beskrevne situation er ikke ualmindelig i de psykiatriske afdelinger. Pladsmangel betyder herunder også, at overflytning til åbent afsnit kan forsinkes, selv om den fortsatte behandling ville drage fordel heraf, idet nødvendig frihedsberøvelse i øvrigt kan opretholdes også i åbent afsnit. Overordnet illustrerer sagen en facet af sammenhængen mellem tvang og ressourcer, herunder at tvangsansværelsen øges under dårlige behandlingsvilkår. (Se for eksempel Paulsen, P. M.: *Tvang i psykiatrien*. Ph.D afhandling, Retspsykiatrisk Klinik, København, 1997.)

Rådet fandt - som overlægen - selve frihedsberøvelsen på behandlingsindi-

kation berettiget. I den henseende adskiller sagen sig ikke fra andre lignende psykiatrilovssager. Rådet mente ikke at kunne tage stilling til ressourceforholdenes betydning - det er rådets primære opgave at udtale sig om enkeltpersoners retsforhold.

Retten ses heller ikke i sine præmisser at have taget særlig stilling til de trængte behandlingsforhold på hospitalet.