

**Retslægerådets
årsberetning**

2012

Retslægerådets
årsberetning
2012

ISBN 87-89648-16-1
Udgivet juni 2013
Jespersen Tryk+Digital

Indholdsfortegnelse:

Forord	7
I. Udvalgte emner og sager af interesse.....	9
Er kemoterapi i perifer vene ligeværdig med central vene?	9
Retslægerådets temamøde om skulder-/armskader	23
Tidsmæssig relation mellem ulykkestilfælde og lægelig dokumentation	27
Rettens anvendelse af begrebet overvejende sandsynligt i sag om årsagssammenhænge efter arbejdsskade	33
Kan tilsætningsstoffer til rå tobak øge tobaksafhængigheden og dermed øge skadevirkningerne af cigaretrykning	37
Dissens og sagsbehandlingstid i sag om ankelbrud	53
Aspergers syndrom og børnepornografi – kriminalitet effektivt modvirket af psykiatrisk behandling	71
Sindssyg drabsmand udskrevet fra psykiatrisk afdeling et døgn før drabet....	79
God varetagelse af anbringelsesdom fører til relativt hurtig lempelse af dommen	87
Proportionalitet ved valg af særforanstaltninger til mentalt retarderede.....	91
Forvaring som § 68-foranstaltning.....	95
Syttårig mand med svært forstyrret personlighedsstruktur idømt forvaring ved to retsinstanser, men slutteligt idømt 7 års fængsel ved Højesteret	99
Hjemløs kvinde med skizofreni tvangsindlagt med henblik på behandling, forlod hospitalet under uledsaget udgang.....	105
Anbefaling af behandlingsdom til femogtredivårig mand med paranoid skizofreni, hvor Retslægerådet fandt det nødvendigt at pointere mulighed for indlæggelse	111
Midaldrende mand begik grov vold og foretog selvmordsforsøg mindre end et døgn efter at være udskrevet fra en psykiatrisk afdeling	117

II. Statistik	121
Sager behandlet i Retslægerådet 2012	121
Modtagne og afsluttede sager	124
Sagsbehandlingstider	125
III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation	127
Lovbestemmelser m.v.	127
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	128
Retslægerådets medlemmer 2012.....	131
Sagkyndige anvendt i 2012	132
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2012.....	133
Retslægerådets sekretariat 2012.....	145

Forord

Året 2012 er det år, hvor Retslægerådets årsberetning for første gang udelukkende udgives elektronisk. Dermed har rådet bevæget sig endnu et skridt ind i den elektroniske tidsalder. Samtidig arbejdes der på at implementere et nyt IT sagsbehandlingssystem i rådets sekretariat, således at rådet er fremtidssikret til at modtage sagsmaterialet fra vores samarbejdspartnere, når det bliver teknisk muligt at fremsende de samlede sagsakter i en elektronisk udgave. Dette er en udvikling, vi ser frem til, og det vil formentlig kunne medvirke til at reducere sagsbehandlingstiden yderligere.

Retslægerådet udarbejdede i 2010 en status og strategiplan for de kommende års arbejde. Planen indeholdt to indsatsområder: kvalitetssikring og kommunikation. Disse emner har efterfølgende loyalt været i rådets fokus, og det gør sig også gældende for året 2012. Rådet har blandt taget initiativ til en undersøgelse af sager omhandlende whiplash skader: To uvildige eksperter inden for henholdsvis jura og lægevidenskab gennemgår mere end 100 udvalgte sager, hvor retten har afsagt dom eller sagen er forliget. Formålet med undersøgelsen er blandt andet at vurdere, om rådets udtalelser er forståelige og anvendelige, at foretage en juridisk og lægelig vurdering af både spørgsmål og svar, herunder om rådets udtalelser er kongruente o.a. Undersøgelsen er et klart udtryk for Retslægerådets ønske om at levere lægevidenskabelige skøn af højeste faglige kvalitet til brug for rådets samarbejdspartnere. Vi forventer at kunne offentliggøre resultaterne fra undersøgelsen i begyndelsen af 2014.

Rådet har endvidere fortsat traditionen med afholdelse af to årlige temamøder. I foråret 2012 var det rådets retspsykiatriske afdeling, der havde sammensat programmet. Udover en generel information om arbejdet i rådets retspsykiatriske afdeling blev emner som psykosebegrabet, mental retardering, nye diagnoser PTSD, ADHD, Asperger o.a. diskuteret ved et meget velbesøgt møde. Efterårets temamøde omhandlede skulder-armskader. En række specialer gav deres input til de problemstillinger, der præsenteres i de forelagte sagers spørgetemaer.

Rådet har endvidere deltaget i en række møder og undervisningsaktiviteter i 2012. I et debatmøde havde forsikringsakademiet (FOAK) blandt andet tematiseret diskussionen vedrørende domstolenes, Arbejdsskadestyrelsens og Retslægerådets ”holdning” til brug af videomateriale – videoobservationer samt bevisets værdi i sager om mulig forsikringsvindelse. Endelig bidrager rådet hvert år med information om rådets arbejde ved et internationalt seminar for dommere fra Uganda.

Igen i år er antallet af civile E-sager, der omhandler sager vedrørende

enkeltpersoners retsforhold, øget i antal. Udviklingen har været konstant igennem de seneste år, og det ser ud til, at de næsten 1000 sager i 2012, ifølge prognosen vil stige til 1200 sager i 2013. I den forbindelse er det særdeles tilfredsstillende, at rådets sagsbehandlingstid har kunnet fastholdes. Trods stigningen i antallet af sager er den gennemsnitlige netto sagsbehandlingstid fortsat på ca. 90 dage. Det skyldes naturligvis udelukkende en uvurderlig indsats fra alle vores fageksperter og et meget kompetent sekretariat. Der skal derfor lyde en stor tak til alle for den store indsats også i 2012.

Årsberetningen indeholder også i år en række sager, der er valgt ud fra deres principielle eller særlige indhold. Vi håber, at læserne vil finde udvalget nyttigt og ønsker god læselyst.

København juni 2013
Bent Ottesen
Formand

I. Udvalgte emner og sager af interesse

Er kemoterapi givet i perifer vene ligeværdig med central vene?

Sagen drejer sig om A, der i 2002 på grund af kræft fik fjernet hele venstre bryst og lymfekirtlerne i armhulen. Hun blev efterfølgende behandlet med kemoterapi, givet som infusion gennem et drop i en perifer vene (venflon) i højre arm. Behandlingen blev givet i 6 serier af timers varighed med flere uger imellem. Efter 5. behandling bemærkedes ømhed og hævelse svarende til indstiksstedet og op ad højre arm. Hævelsen og ømhed bestod efterfølgende. A anmeldte tilfældet, men Patientforsikringen afviste i 2004 at yde erstatning. A anlagde herefter sag mod Patientskadeankenævnet med krav om erstatning for ovennævnte gener-ømhed og tendens til hævelse af højre arm.

Under sagens behandling fremsendte Østre Landsret i fire omgange spørgsmål til Retslægerådet (spørgsmål 1-22 og A-H), ligesom Højesteret efterfølgende forelagde spørgsmål (23-26), der alle kredsede om det hypotetiske spørgsmål, hvorvidt generne i højre arm kunne være undgået, hvis kemoterapien var givet i en central vene gennem port-a-kath i stedet for en perifer vene gennem en venflon.

Østre Landsret frifandt Patientskadeankenævnet i 2010, en dom der i 2012 blev stadfæstet af Højesteret med den begrundelse, at de to behandlinger ikke var ligeværdige. I overensstemmelse med Retslægerådets praksis besvarede rådet nogle generelle spørgsmål (se s.37 ff i denne årsberetning). (J.nr. 50E/E1-04024-2010).

Retslægerådet afgav udtalelse til landsretten 13. august 2007 (svar på spørgsmål 1-12), 17. april og 12. september 2008 (svar på henholdsvis spørgsmål A-D, 8 og 13 og 14 samt spørgsmål E-G og 15-16) og 11. august 2009 (svar på spørgsmål H og 17-22). Rådet har endvidere 13. august 2010 besvaret supplerende spørgsmål til brug for Højesteret (spørgsmål 23-26).

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om kemoterapi ved anlæggelse af venflon i en perifer vene og anlæggelse af centralt venekateter (port-a-kath) begge er anerkendte behandlingsmetoder.

Ja.

Spørgsmål 2:

Kunne der i forbindelse med behandlingen af

sagsøgeren have været anvendt port-a-kath i stedet for indgivelse af kemoterapi via venflon i armen?

Ja, på basis af de foreliggende oplysninger.

Spørgsmål 3:

Hvilke kriterier anvendes ved valget mellem de to behandlingstyper?

Venflon i perifer vene er standardbehandling. Port-a-cath anvendes især til patienter, hvor den intravenøse adgang er besværlig. Valget er også afhængigt af, hvor mange serier kemoterapi, der skal gives. Arten af kemoterapi spiller også en rolle for valget. Hvis der skal gives stærkt vævsirriterende kemoterapi, er man mere tilbøjelig til at vælge et centralt venekateter, da eventuelt paravenøs infusion kan ses i perifere vener og kan føre til udbredte vævsnekroser med særdeles alvorlige komplikationer.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken af de to behandlingsmetoder, der oftest anvendes i tilfælde som sagsøgerens, herunder hvorfor den ene behandlingsmetode foretrækkes frem for den anden.

Som anført under spørgsmål 3, er infusion i perifer vene standardbehandlingen. Det ville også gælde i et tilfælde som sagsøgerens.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes beskrive, hvilke kompli-

kationer, bivirkninger og risici, der er knyttet til kemoterapi via drop i armen (venflon i perifer vene).

Den hyppigste komplikation til adgang via perifer vene er overfladisk tromboflebit. Det er normalt en forholdsvis harmløs tilstand. Som ovenfor nævnt er den alvorligste risiko paravenøs infusion med udbredte vævsnekroser.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes beskrive, hvilke komplikationer, bivirkninger og risici, der er knyttet til kemoterapi via et centralt venekateter (port-a-kath).

Spørgsmålet bedes besvaret under den forudsætning, at der var besvær med anlæggelse af venflon.

Spørgsmålet bedes endvidere besvaret under den forudsætning, at der ikke var besvær med anlæggelse af venflon.

Komplikationer ved anvendelse af centralt venekateter er forholdsvis sjældne. Der kan forekomme trombedannelse omkring kateterspidsen, og der kan opstå behov for langvarig antikoagulations-behandling. Der er herved større risiko for blødning. I sjældne tilfælde sker der afknækning af kateterspidsen, der herefter må fjernes, i reglen fra et hjertekamrene. Man kan ikke besvare spørgsmålet under forudsætning om henholdsvis besværlig anlæggelse af venflon eller ikke-besværlig anlæggelse af venflon. Risici og komplikationer

ved anlæggelse af port-a-cath er ikke relateret til besværet med anlæggelse af venflon.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt de i svarene på spørgsmålene 5 og 6 angivne komplikationer opstår.

Overfladisk venetrombose ved anlæggelse af venflon ses hyppigt i større eller mindre grad hos op mod halvdelen af patienterne. Paravenøs infusion (infusion uden for venen) ses ved nogle få promiller af injektionerne. Alvorlige komplikationer til port-a-cath anlæggelse ses hos mindre end 1 %.

Spørgsmål 8:

Var der omstændigheder i den konkrete sag, som indicerede eller kontraindicerede én af de to behandlinger?

Nej.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om konstateringen af overfladisk årebetændelse i forbindelse med kemoterapi via venflon efter almindeligt anerkendte principper fører til, at der i forløbet ændres behandlingsmetode til behandling via port-a-cath.

Overfladisk årebetændelse er en af de faktorer, der tages i betragtning ved valg af centralt venekateter i forhold til perifert venekateter. Det er dog ikke det eneste forhold, der indgår i overvejelserne. Retslægerådet kan tilføje, at

det i behandlingsforløbet kun var i forbindelse med 6. kemoterapi, givet den 20. august 2002, at der i journalen er omtale af thromboflebitis. Man vurderede da, at der havde været årebetændelse efter den 5. kemoterapi, der blev givet tre uger tidligere. Tilsyneladende opstod der ikke lignende forandringer efter de øvrige seks behandlinger. Der er i hvert fald ingen omtale heraf i journalen, derimod er der efter flere behandlinger i sygeplejeturnalen beskrevet, at der var reaktionsløse forhold (det vil sige ingen tegn til årebetændelse i form af rødme og ømhed) ved fjernelse af venflon. Det forhold, at årebetændelsen først optrådte forud for de sidste to behandlinger, bør tages i betragtning, når det overvejes, om man burde have anlagt port-a-cath. På dette sene tidspunkt i behandlingsforløbet skulle der nok have været tale om mere omfattende forandringer og gener end de dokumenterede, før det ville have været relevant at skifte strategi og anlægge port-a-cath.

Spørgsmål 10:

Kan det antages, at de komplikationer, der efterfølgende er konstateret på sagsogers højre arm, ville være undgået, hvis der var sket indgivelse via port-a-cath.

Det kan ikke udelukkes, at generne fra højre arm ville være undgået, subsidiært være mindre, hvis der var anvendt port-a-cath. Det skal dog bemærkes, at Retslægerådet ikke har haft mulighed for at se den speciallægeerklæring af

17.03.04 som omtales i de foreliggende papirer, og som beskriver de på det tidspunkt foreliggende gener fra den højre arm.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, om de gennemførte kemoterapibehandlinger var udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier.

Behandlingen er udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinier.

Spørgsmål 12:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A.

Med hvilken grad af sandsynlighed relaterer generne fra sagsøgerens højre arm til

- 1) Behandlingerne med infusion i sagsøgerens perifere vener?*
- 2) Andre forhold?*

Det bemærkes i den forbindelse, at sagsøgeren forud for brystkræftsygdommen havde gener fra led og muskler. Generne er omtalt i B Centralsygehus's (Medicinsk afdeling) journalnotater dateret 1. juni 2001, 30. august 2002 og 27. august 2003 (bilag C).

Behandlingerne med infusion i sagsøgerens perifere vene må antages at

være en væsentlig årsag til generne fra højre arm.

Spørgsmål B.

Såfremt Retslægerådet lægger til grund, at generne i sagsøgerens højre arm helt eller delvist kan henføres til andre forhold, jf. de i spørgsmål A nævnte journalnotater, bedes Retslægerådet oplyse, om tilstedeværelsen af disse forudbestående gener gav særlig risiko for tromboflebiter.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, om dette kunne have betydning for valget mellem de to behandlingsformer.

Generne fra højre arm kan næppe henføres til de gener, der er omtalt i patientens journal, og de forudgående gener vil næppe have givet særlig risiko for tromboflebitter.

Spørgsmål C.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 bedes Retslægerådet oplyse, hvorfor infusion i perifer vene – og ikke via port-a-kath – er standardbehandling i et tilfælde som sagsøgerens.

Skyldes det:

- 1) Forskelle i infusionsmetodernes bivirkningsprofiler og i givet fald hvilke forskelle?*
- 2) Forskelle i de gener, der er umiddelbart forbundet med selve infusionen i perifer vene henholdsvis anlæggelsen af og efterfølgende infusioner via port-a-kath, og i givet fald hvilke forskelle?*

3) *Forskelle i den praktiske gennemførelse af infusion i perifer vene henholdsvis anlæggelse af og efterfølgende infusioner via port-a-kath, og i givet fald hvilke forskelle?*

besvarelse kan det ikke udelukkes, at de udtalte gener fra højre arm ville have været undgået, subsidiært være mindre, hvis der havde været anvendt port-a-cath.

4) *Andre forhold, og i givet fald hvilke?*

1. Infusion i en perifer vene er som anført i den tidligere besvarelse i et tilfælde som sagsøgerens standardbehandling.

Anlæggelse af perifer vene er mindre ressourcekrævende. Anlæggelse af port-a-cath kan i sjældne tilfælde medføre thrombosedannelse omkring kateterspidsen, hvilket må betragtes som mere alvorligt end eventuel trombose af en overfladisk vene. Der kan også ses pneumothorax i tilslutning til anlæggelse af port-a-cath.

2. Der er i reglen ikke forskel i de subjektive gener i forbindelse med selve infusionen.

3. Infusion gives på samme måde i en perifer vene og i port-a-cath.

Spørgsmål D.

Retslægerådet bedes oplyse, om gener, der måtte skyldes infusion i sagsøgerens periferer vener, jf. besvarelsen af spørgsmål A, med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis der var sket infusion via port-a-kath.

I overensstemmelse med tidligere

Spørgsmål 8.

Var der omstændigheder i den konkrete sag, som indicerede eller kontraindicerede én af de to behandlinger?

Spørgsmålet bedes besvaret under den forudsætning, at der var besvær med anlæggelse af venflon.

Spørgsmålet bedes endvidere besvaret under den forklaring, at der ikke var besvær med anlæggelse af venflon.

Retslægerådet bedes oplyse, om der efter de lægelige akter i sagen var problemer med anlæggelse af venflon.

Nej. Der er ikke direkte tale om kontraindikation. Hvis der var besvær med anlæggelse af venflon, ville det tale mere for anvendelse af port-a-cath, ligesom man naturligvis ville anlægge venflon, hvis dette kunne foregå uden besvær.

Der synes at have været problemer med anlæggelse af venflon. Det har flere gange i forløbet været nødvendigt, at anlæggelsen sker ved narkosesygeplejerske.

Spørgsmål 13.

I besvarelsen af spørgsmål 10 har Retslægerådet anført, at det ikke kan "udelukkes,

at generne på højre arm ville være undgået, subsidiært være mindre, hvis der var anlagt port-a-cath.....”

Retslægerådet bedes præcisere, om anlæggelse af port-a-cath indebærer en nævneværdig risiko for trombophlebit omkring indstiksstedet eller i øvrigt i armen. Der henvises til, at Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 6 alene har nævnt muligheden for trombophlebit ved kateterspidsen.

Anlæggelse af port-a-cath medfører en ringe risiko for tromboflebit omkring indstiksstedet.

Spørgsmål 14.

Giver speciallægeerklæringen af 17. marts 2004 fra overlæge SV Retslægerådet anledning til at supplere eller uddybe besvarelsen af de tidligere spørgsmål?

Det fremgår af den pågældende speciallægeerklæring, at patienten har ret udtalte gener, der på det pågældende tidspunkt må antages at være stationære. Det ændrer dog ikke besvarelsen af spørgsmål 10, bortset fra, at man kunne tilføje, at ”de udtalte gener fra højre arm ville have været”

Spørgsmål E:

I besvarelsen af spørgsmål C anfører Retslægerådet bl.a.:

”Anlæggelse af perifer vene er mindre ressourcekrævende [end anlæggelse af port-a-cath].”

Retslægerådet bedes oplyse og redegøre nærmere for, hvorfor anlæggelse af venflon i et tilfælde som sagsøgerens er mindre ressourcekrævende end anlæggelse af a port-a-cath. Retslægerådet bedes i den forbindelse

Beskrive hvorledes anlæggelse af venflon henholdsvis anlæggelse af port-a-cath gennemføres.

Oplyse hvilke personalegrupper, der kan forestå anlæggelse af venflon henholdsvis anlæggelse af port-a-cath.

Anlæggelse af venflon er normalt et lille indgreb, der kan udføres af en sygeplejerske uden anæstesi. I vanskelige tilfælde kan man eventuelt tilkalde anæstesisygeplejerske. Indgrebet foregår ved indstik i en vene og herefter tilslutning af infusionsvæske til kanylen.

Port-a-cath anlæggelse har karakter af et mindre kirurgisk indgreb, der foregår på et operationsafsnit med deltagelse af sygeplejersker, læger og eventuelt andet personale. Indgrebet kan i reglen udføres i lokalanæstesi, men det kan hos nogle få procent af patienterne være nødvendigt at udføre indgrebet i en kortvarig generel anæstesi. Indgrebet foregår ved indoperation af en kapsel under huden og indstik i en stor central vene med efterfølgende indførelse af kateter.

Spørgsmål F:

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C fremgår bl.a.:

”Der er i reglen ikke forskel i de subjektive gener i forbindelse med selve infusionen.”(min fremhævning)

Retslægerådet bedes oplyse, om der i et tilfælde som sagsøgerens er forskelle i generne forbundet med anlæggelse af venflon, henholdsvis anlæggelse af port-a-cath.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet beskrive forskellene.

Som anført under besvarelsen af spørgsmål E foregår anlæggelse af venflon uden anæstesi. Det anses almindeligvis for at være et yderst beskedent indgreb med meget få gener. Der kan dog komme flere gener, såfremt man ikke får indstik i en vene ved første anlæggelse. I så fald kan det være nødvendigt at forsøge med gentagne indstik, hvilket selvsagt øger generne. Ved anlæggelse af port-a-cath vil man i reglen give lokal anæstesi, hvilket medfører smerter, dog i reglen i beskedent omfang. Der kan også under indgrebet opstå smerter, da det kan være vanskeligt at opnå anæstesi af hele området. Disse betragtninger er generelle. Det er umuligt at angive præcis, hvilke forskelle der ville kunne være opstået hos sagsøgeren i de to situationer.

Spørgsmål G:

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8 fremgår:

”Nej. Der er ikke direkte tale om kontraindikation. Hvis der var besvær med anlæggelse

af venflon, ville det tale mere for anvendelse af port-a-cath, ligesom man naturligvis ville anlægge venflon, hvis dette kunne foregå uden besvær.

Der synes at have været problemer med anlæggelse af venflon. Det har flere gange i forløbet været nødvendigt, at anlæggelsen sker ved narkosesygeplejerske.”

Retslægerådet bedes oplyse, om det fastholder besvarelsen af spørgsmål 11.

Besvarelsen af spørgsmålet fastholdes.

Spørgsmål 15:

I de tidligere besvarelser af spørgetemaer i sagen har Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 13 oplyst, at ”Anlæggelse af port-a-cath medfører en ringe risiko for tromboflebit omkring indstikstedet.”

I besvarelsen af spørgsmål D har Retslægerådet anført: ”kan det ikke udelukkes, at de udtalte gener fra højre arm ville være undgået, subsidiært være mindre, hvis der havde været anvendt port-a-cath.”

I besvarelsen af spørgsmål 10 har Retslægerådet endvidere anført: ”Det kan ikke udelukkes, at generne fra højre arm ville være undgået, subsidiært kunne være mindre, hvis der var anvendt port-a-cath”

Retslægerådet bedes præcisere sammenhængen i disse besvarelser – helst under anvendelse af normal terminologi, således at Retslægerådet bedes oplyse, om det kan anses for mindre sandsynligt eller

overvejende sandsynligt, at de pågældende gener ville have været undgået, såfremt der havde været anlagt port-a-kath.

Tidligere besvarelse af spørgsmålet fastholdes. Det kan supplerende oplyses, at de pågældende gener med en vis sandsynlighed ville være undgået, hvis der var blevet anlagt port-a-cath, men sandsynligheden kan ikke præciseres med en bestemt procent.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i forbindelse med den konkrete behandling ville have været i overensstemmelse med god lægefaglig praksis, såfremt der havde været anlagt port-a-kath i stedet for anvendelse af venflon.

Det ville have været i overensstemmelse med god lægefaglig praksis, såfremt man havde anlagt port-a-cath i stedet for venflon. Fra et lægefagligt synspunkt kan man ikke præcist angive sandsynligheden for, at de pågældende gener ville være undgået.

Spørgsmål H.

Retslægerådet bedes oplyse, om infusion via port-a-cath i et tilfælde som sagsøgerens medfører risiko for gener som sagsøgerens.

Komplikationerne ved anvendelse af port-a-cath er tidligere beskrevet under besvarelsen af spørgsmål 6. Der er ikke holdepunkter for at antage, at selve infusionen medfører nævneværdig risiko for de gener, der er opstået. Der

henvises endvidere til besvarelsen af spørgsmål 15.

Spørgsmål 17.

I spørgsmål 16 har Retslægerådet oplyst, at det vil være i overensstemmelse med god lægefaglig praksis, såfremt man havde anlagt port-a-kath i stedet for venflon, men at man fra et lægefagligt synspunkt ikke præcist kan angive sandsynligheden for, at de pågældende gener ville være undgået.

Retslægerådet bedes oplyse, om en skade som den aktuelle indtræder i forbindelse med første indstik af venflon, eller om der er tale om en skade, som indtræder senere, eventuelt progredierende i forbindelse med senere anlæggelser af venflon.

Overfladisk thromboflebitis i forbindelse med anlagt venflon skyldes med overvejende sandsynlighed irritation af venevæggen af de stoffer, der indgives (i denne sag de givne kemoterapeutika). Dette kan ske såvel efter 1. infusion som ved de efterfølgende infusioner. Dog vil der over tid være en tendens til, at risikoen for overfladisk thromboflebitis gradvist øges lidt. Det skyldes, at risikoen øges ved anvendelse af venflon i mindre dimensionerede kar, og der vil være en tendens til, at man i forløbet må benytte mindre vener, fordi de brugte årer i nogen udstrækning helt eller delvist tillukkes efter brug.

Spørgsmål 18.

Retslægerådet bedes med den størst mulige præcision angive, hvorvidt de pågældende

gener ville have været undgået, såfremt der fra starten var anlagt port-a-kath i armen i stedet for venflon.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 16.

Spørgsmål 19.

Retslægerådet bedes oplyse, om port-a-kath kan anlægges andre steder end i armvener, eksempelvis på brystet eller i ryggen.

Port-a-cath anlægges via en central vene på halsen og anlægges altså ikke via indstik i en armvene.

Spørgsmål 20.

Såfremt spørgsmål 19 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om det ville have været i overensstemmelse med god lægefaglig praksis at anvende et andet indstikssted end armen ved anlæggelse af port-a-kath enten i forbindelse med første indgivelse af kemoterapi eller i forbindelse med senere indgivelse af kemoterapi.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 19.

Spørgsmål 21.

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 19 bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om der ved anlæggelse af port-a-kath med andet indstikssted end i armen ville kunne opstå de gener i armen, der er indtrådt i den aktuelle sag.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål H.

Spørgsmål 22.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Landsretten frifandt Patientskadeankenævnet, hvorefter dommen blev anket til Højesteret. Der blev i den forbindelse stillet følgende supplerende spørgsmål til rådet:

Spørgsmål 23.

I tilslutning særligt til besvarelsen af spørgsmål H bedes Retslægerådet oplyse, om andre forhold end "selve infusionen" i forbindelse med anlæggelse af kemoterapi via et port-a-kath kan medføre risiko for gener i armen, svarende til de gener, som appellant har pådraget sig, ligesom Retslægerådet bedes præcisere den hyppighed, hvormed sådanne gener i armen kan opstå som følge af anlæggelse af eller infusion via port-a-kath.

Såfremt der foreligger en sådan risiko, og denne ikke kan betragtes som helt fjernliggende, bedes Retslægerådet beskrive nærmere, hvorledes sådanne gener i armen kan opstå.

I begrebet "selve infusionen" ligger, at det ikke er det forhold, at man indgiver væske, der giver anledning til generne, men det forhold, at der indgives vævs- toksiske stoffer i form af kemoterapi. Disse kan ofte give anledning til gentagne blodpropper i de overfladiske blodårer. Gener, som angivet i den foreliggende sag, er sjældne efter anlæggelse af port-a-cath. Man kan dog ikke

afvise, at en blodprop opstået i de centrale blodkar kunne give anledning til gener. Sandsynligheden herfor må dog betragtes som endog meget beskeden.

Retslægerådet kan anføre, at risikoen for komplikationer til perifer infusion er større end ved central infusion, men at dette må afvejes mod, at komplikationerne ved perifer kateteranlæggelse og infusion overvejende er af beskeden karakter, hvorimod komplikationer til central kateteranlæggelse og infusion kan være alvorlige, hvorfor det er medicinsk set rimeligt at primært vælge perifer adgang.

Gener i armen som følge af perifer tromboflebitis ville med meget stor sandsynlighed været undgået ved infusion via port-a-cath (skønsmæssigt vurderes risikoen at være mindre end 5 %).

Spørgsmål 24.

Giver det anledning til en ændret besvarelse af spørgsmålene 10, D og 15, når det lægges til grund, at appellantens armgener er følger af kemoterapi, indgivet via venflon i perifere armvener?

De tidligere besvarelser fastholdes.

Spørgsmål 25.

Retslægerådet har anført, at det ikke med en bestemt procent kan anføres, med hvor sandsynlighed generne ville være undgået ved anlæggelse af port-a-kath. Retslægerådet har i denne forbindelse i besvarelsen af de

spørgsmål 10 og D oplyst, at det "ikke kan udelukkes", at generne ville være undgået, og i besvarelsen af spørgsmål 15, at generne med "en vis sandsynlighed ville være undgået"

Retslægerådet bedes præcisere, hvorledes disse begreber, særligt "en vis sandsynlighed", anvendes af rådet, herunder om begrebet "en vis sandsynlighed" dækker over, at skader af den pågældende karakter med mere end 50 % sandsynlighed kan antages at ville være blevet undgået, hvis kemoterapi var blevet indgivet via port-a-kath.

Såfremt det er muligt bedes rådet oplyse, om der indtræder armgener, svarende til appellantens gener, i mere end 50 % af tilfældene, hvor kemoterapi indgivet via port-a-kath.

Såfremt denne hyppighed er under 50 %, bedes det oplyst, om der i appellantens tilfælde er konkrete omstændigheder, der har forøget risikoen for, at der ville indtræde armgener, svarende til de indtrådte, såfremt kemoterapi var indgivet via port-a-kath.

De tidligere afgivne svar fastholdes. Der henvises til svar på spørgsmål 20.

Spørgsmål 26.

Det bedes oplyst, om indgivelse af celledræbende medicin via port-a-kath nødvendigvis gør et nyt kirurgisk indgreb ved hver enkelt indgivelse af den celledræbende medicin, eller om port-a-kath kateteret forbliver indopereret, indtil en eller flere serier celledræbende medicin er givet til patienten.

Når port-a-cath er anlagt, kan det i

reglen anvendes adskillige gange til indgift til cytostatika. Oftest vil det anlagte port-a-cath kunne bevares under hele behandlingsforløbet og først blive fjernet på et senere tidspunkt. Et nyt kirurgisk indgreb er således ikke nødvendigt ved hver enkelt serie.

Landsretten frifandt Patientskadeankenævnet med følgende begrundelse: ”Det findes ikke godtgjort, at A’s skade med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, såfremt hun havde modtaget behandlingen med kemoterapi ved anvendelse af et centralt venekateter i stedet for venflon. Landsretten har herved lagt vægt på de udtalelser, som Retslægerådet som svar på spørgsmål 10, D og 15 har afgivet i sagen. A har allerede af den grund ikke krav på erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 3.”

Højesteret stadfæstede landsrettens dom med blandt andet følgende begrundelse: ” A blev behandlet med kemoterapi, som blev indgivet gennem et drop i en perifer vene (venflon) i højre arm. Behandlingen blev foretaget i overensstemmelse med almindeligt anerkendt lægefaglig erfaring. Sagen angår spørgsmålet, om A’s skade i højre arm med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, hvis behandlingen af hende i stedet var foretaget ved indoperation og anvendelse af et centralt venekateter (port-a-cath), og om en sådan behandling ud fra et medicinsk synspunkt ville have været

lige så effektiv til behandling af hendes sygdom, jf. § 2, stk. 1, nr. 3, i den tidligere gældende patientforsikringslov.

Det fremgår af de specielle bemærkninger i lovforslaget vedrørende bestemmelsen i patientforsikringslovens § 2, stk.1, nr. 3, at det er en betingelse for erstatning, at den anden behandlingsteknik eller behandlingsmetode må betragtes som ligeværdig med den valgte teknik eller metode, dvs. at den ud fra en medicinsk vurdering måtte antages, at ville have været mindst lige så effektiv til behandling af patientens sygdom som den faktisk valgte teknik eller metode. Vurderingen heraf baseres på den medicinske videnskab og erfaring på behandlingstidspunktet.....

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 9 og 20 var det medicinsk set rimeligt i første omgang at starte kemoterapi-behandlingen af A med venflon, og det var ikke ved den næstsidste af syv behandlinger relevant at skifte strategi og i stedet anlægge port-a-cath.

A’s gener i højre arm ville med overvejende sandsynlighed være undgået, hvis kemoterapi-behandlingen var sket ved anvendelse af port-a-cath, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 20. Højesteret finder imidlertid efter det, der er anført ovenfor, at en sådan mere indgribende indoperation af et centralt venekateter ikke kan anses for ligeværdig og dermed lige så effektiv i forhold

til anvendelse af venflon, som var en enkel standardbehandling med gener, der normalt er harmløse. Betingelserne for at yde erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 3, i den dagældende patientforsikringslov er således ikke opfyldt.

Højesteret stadfæster herefter dommen.”

Kommentar

A anlagde sag mod Patientskadeankenævnet med påstand om, at generne i højre arm, opstået efter infusion af kemoterapi, ikke ville være opstået, hvis infusionen var blevet givet i en central vene gennem port-a-kath. Patientforsikringsloven muliggør ifølge § 2 stk. 1, nr. 3, at der kan ydes erstatning, såfremt skaden kunne være undgået ved hjælp af en anden behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.

Spørgsmålet, som retten skulle tage stilling til, var således om kemoterapi givet i en perifer vene gennem en venflon eller i en central vene gennem port-a-kath var ligeværdige, idet der herved skal tages hensyn til behandlingseffektivitet, risiko, komplikationer, tilgængelighed, resurseforbrug og etableret praksis på området.

Lægefagligt set er problemstillingen forholdsvis enkel, og der var ikke megen diskussion blandt de sagkyndige om rådets besvarelse af de mange spørgsmål.

Retslægerådet havde i flere af sine svar (blandt andet på spørgsmål 3,4, 23, C, E og H) nærmere redegjort for, at infusion i en perifer vene gennem venflon er standardbehandlingen, mens infusion gennem central placeret venekateter kun anvendes under særlige omstændigheder. Anlæggelse af en venflon er et meget beskedent indgreb, der også kan udføres af sygeplejersker og uden bedøvelse. Nok er årebetændelse hyppig der, hvor venflonen er anlagt, men fjernes den, svinder generne hurtigt og en ny venflon kan anlægges i en anden perifer vene. Infusion i en central vene gennem port-a-kath forudsætter et kirurgisk indgreb, hvor der indopereres en kapsel under huden som forbindes til en stor vene i brysthulen. Komplikationer ved anlæggelse og brug er sjældne, men potentielt alvorlige.

Der blev også spurgt, om A's gener i højre arm kunne være undgået, såfremt infusionen var udført gennem port-a-kath i stedet for gennem venflon. (spørgsmål 10, 13, 15, 18, 22). Det kan virke, som om de voterende har modificeret deres svar i takt med, at spørgsmålet er gentaget i forskellige afskygninger, fra ”Det kan ikke udelukkes, at generne fra højre arm ville være undgået..” (spørgsmål 10) til ”Gener i armen som følge af perifer tromboflebiter ville med meget stor sandsynlighed været undgået ved infusion via port-a-cath...” (som spørgsmål 22).

Sagen illustrerer også, hvorledes jurister og læger har forskellige synsvinkler. Selv om sagen synes oplagt ud fra et lægefagligt synspunkt, så forsøger sagens parter at angribe den med spørgsmål fra alle sider og nedbryde sagen i enkeltbestanddele for dermed at få et hul i argumentationen. Uanset hvad er det altid er farligt at besvare spørgsmål – som rådet gjorde - med formuleringen ”Det kan ikke udelukkes”, idet man i reglen aldrig kan udelukke noget. Sagen viser, hvor svært det er at svare helt præcist på spørgsmål, der

vedrører et lægevidenskabeligt skøn.

Selv om de to metoder lægefagligt må anses for at være lige effektive, og at A's gener med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved infusion gennem port-a-kath, så konkluderer Landsretten og efterfølgende Højesteret, at de to behandlinger ikke kan anses for ligeværdige, fordi venflon er en let tilgængelig og enkel standardbehandling modsat port-a-kath, som forudsætter en mere indgribende operation.

Retslægerådets temamøde om skulder-/armskader

Retslægerådet afholder to temamøder hvert år. Temamøderne har blandt andet til formål at debattere og sætte fokus på de lægefaglige problemstillinger, der viser sig relevante i de sager, der forelægges rådet til udtalelse. I foråret 2012 blev der således i Aarhus afholdt temamøde om det retspsykiatriske område for en bred kreds af interessenter og samarbejdspartnere. Kurset var en gentagelse af et temamøde afholdt i København i efteråret 2011, hvor det viste sig, at der var en meget stor interesse for at gentage dette møde. Indlægsholderne gav en status for de emner, Retslægerådets retspsykiatriske afdeling hyppigst behandler.

Efterårets temamøde fandt sted i København og omhandlede skulder-/armskader. Det er et emne, der involverer en bred kreds af fageksperter, og hvor der ofte stilles spørgsmål til Retslægerådet. I disse sager drejer det sig typisk om erstatning for følger efter ulykker eller arbejdsskader. Netop dette emne var genstand for en artikel i Retslægerådets årsberetning, 2008, side 21-27. Ved temamødet fremlagde en arbejdsmediciner, ortopædkirurg, reumatolog og neurofysiolog deres synspunkter, som det fremgår af referatet nedenfor.

Ved mødet var der enighed om, at de betragtninger og vurderinger, der blev fremført i artiklen i årsberetningen 2008, stadig står til troende. I al korthed blev det dengang fremhævet: at diagnosen rotator cuff syndrom, der dækker tendinit (seneinflammation) svarende til skulderens senemanchet, herunder supraspinatus tendinitis, caput longum bicipiti tendinitis og bursitis subacromialis (slimsækkbetændelse) kan bygges på en korrekt udført klinisk undersøgelse af skulderen. Heri ligger også, at invasiv diagnostik (kikkertundersøgelse) eller billeddiagnostik (scanninger) kan supplere den kliniske diagnose, men de er ikke en betingelse for, at en rotator cuff lidelse kan anses for påvist. Der er ikke konsensus om et bestemt sæt af diagnostiske kriterier, men om hovedtrækkene.

Videre findes der en række relevante risikofaktorer: 1) arbejde med løftede arme (fleksion, elevation og abduktion). 2) tungt og meget akavet arbejde, der involverer armene. 3) repetitivt arbejde, som udføres med eleverede arme eller er tungt/kraftbetonet.

I artiklen konkluderes, at årsagen til en skulderlidelse kan være multifaktoriel, og det kan ikke udelukkes, at én af disse faktorer nok kan være mere udslagsgivende end andre faktorer, men at det kan være samspillet, der er det afgørende for, at lidelsen opstår.

I efterårets temamøde deltog indlægs-
holderne:

Professor Michael Krogsgaard
Overlæge Susanne Wulff Svendsen
Professor Henning Bliddal
Professor Anders Fuglsang-Frederiksen

Derudover deltog medlemmer af
Retslægerådet, et antal af rådets sag-
kyndige samt medarbejdere fra rådets
sekretariat.

Bent Ottesen bød velkommen til
temamødet og slog fast, at formålet med
mødet var at gøre status over specialer-
nes synspunkter og tilgange til emnet.

Michael Krogsgaard (ortopædkirurg)
redegjorde for, at de forskellige læge-
lige kilder vægter forskelligt, herun-
der at nogle er samtidige og andre
er retrospektive. De forskellige typer
impingement blev gennemgået – og
de skal behandles forskelligt, selvom
det i relation til vurdering af sammen-
hængen med arbejdsbelastning ikke er
muligt at skelne imellem dem, eftersom
undersøgelser, der er foretaget om
arbejdsrelaterede skulderlidelser ikke
skelner imellem typerne. I en del til-
fælde kan der dog være ikke-arbejdsre-
laterede årsager til impingement. Især i
forbindelse med sager om traumefølger
har den præcise diagnose en betydning
for vurdering af sagen. Han nævnte
problemstillinger i relation til AC-
leds degeneration og arbejde/sport.
Michael Krogsgaard konstaterede, at

ortopædkirurger og arbejdsmedicinere
vurderer sagerne ud fra forskellige
forudsætninger og fastslog, at besva-
relser i sagerne må bero på et konkret
skøn fra de sagkyndiges side. Der bør
svares, skønt der ikke kan henvises til
fuld videnskabelig evidens, idet klinisk
erfaring også indgår i forudsætningerne
for vurderingen.

Susanne Wulff Svendsen (arbejds-
mediciner) gennemgik studier og
eksempler på specialernes forskellige
kriterier for at definere AC-ledsartrose
som en arbejdsrelateret lidelse og
påpegede, at de videnskabelige hol-
depunkter for en sammenhæng er
sparsomme. Susanne Wulff Svendsen
argumenterede for, at rotator cuff-
syndrom og impingementsyndrom
kan betragtes som synonyme i Rets-
lægerådets sager om arbejdsrelation.
Arbejdsskadestyrelsen behandler de
to tilstande som en over- og en del-
diagnose. Det blev drøftet, hvorvidt
Retslægerådets besvarelser bør søge at
forholde sig til en specifik diagnose,
og det blev understreget, at rådet
foretager egne vurderinger. Bent Ot-
tesen foreslog at henvise til artiklen
om arbejdsrelaterede skulderskader i
årsberetningen for 2008 i stedet for at
skrive for udførligt i den enkelte sag.
Michael Mørk Hansen bemærkede,
at diagnosen i Retslægerådets regi
er mindre væsentlig, end hvorvidt
tilstanden skyldes arbejdet, og Jan Pø-
denphant mindede om, at besvarelsen
skal være forståelig for modtageren.

Henning Bliddal (reumatolog) antydede en vis vilkårlighed inden for diagnosticeringen af smertetilstande. Fagligt foretrækkes diagnoser frem for syndromer, men smerter stammer flere steder fra, vandrer fra sted til sted og har en tendens til at avle flere skader og yderligere smerter. Test viser, at kliniske undersøgelser ofte er mangelfulde, og diagnosers reliabilitet svækkes af, at de er afhængige af, hvilken en specialist der udtaler sig. Hvis henvisningsårsagen viser sig at dække over en kronisk udbredt smertetilstand, er der tale om en anderledes situation end den eksplícit angivne, hvad der har indflydelse på prognose og behandling – og på spørgsmålet om den mulige relation til arbejdet. Henning Hansen bemærkede, at mangelfuldt oplyste sager kan returneres til sekretariatet med henblik på at efterspørge yderligere materiale, og Bent Ottesen og Henning Bliddal bemærkede, at primære undersøgelser ofte er mangelfulde. Værdien af kilder til oplysning blev drøftet, herunder kvaliteten af speciallægeerklæringer. Anette Kærgaard bemærkede, at nye oplysninger sjældent er brugbare, da den mellemliggende periode har betydning i sig selv. Beskrivelser af arbejdssituation og skadesmekanismer kan findes i stævning og eventuelt arbejdsskadesag, men beskrivelserne er kvalitative og giver ikke et godt grundlag at udtale sig på.

Anders Fuglsang-Frederiksen (neurofysiolog) gennemgik målemetoder og

elektrodiagnostiske metoder til diagnosticering af nerveskader i skulder og arm. Der differentieres mellem muskuloskeletale lidelser og nervedidelser.

Bent Ottesen indledte den afsluttende diskussion med at påpege, at en besvarelse kan tilbagekaldes, hvis en voterende ikke kan stå inde for den endelige version, som rundsendes i kopi. Artiklen om skulder-/armskader fra årsberetningen 2008 blev foreslået som udgangspunkt for behandlingen af sagerne. Det blev drøftet, hvorvidt diagnosticering/findiagnosticering er en nødvendighed i forbindelse med arbejdsrelationen. Der blev henvist til populationsstudier, som påviser sammenhænge mellem belastende arbejde og forskellige lidelser, men der var enighed om, at populationsstudier ikke kan overføres til eller anvendes på enkeltpersoner. Det blev fremført, at den statistiske sammenhæng og muligheden for arbejdets andel kan nævnes, men at det må være juristernes opgave efterfølgende at sandsynliggøre en sammenhæng i hver enkelt sag. Det blev også fremført, at lægerne er bedre til at vurdere sammenhængen og bør give klare svar. Disse skal være begrundede. Der skelnes mellem ”videnskabeligt belæg” og ”klinisk erfaring”. Hvis vurderingerne og specialernes forskellige tilgange er vanskelige at sammenholde i en formulering, kan dette nævnes eksplícit. Hvis der ikke kan opnås enighed om en formulering, er dissens en mulighed.

Tidsmæssig relation mellem ulykkestilfælde og lægelig dokumentation

AB er en 42-årig mand, der var udsat for påkørsel bagfra af bil og som umiddelbart efter blev utilpas med kvalme og svimmelhed. AB opsøgte egen læge 4 dage efter ulykkestilfældet, men der foreligger intet lægeligt notat i sagen før 15 måneder efter ulykkestilfældet. Egen læge har efterfølgende, ca. 1 og 3 år efter ulykkestilfældet, i skrivelse oplyst, at han så AB 4 dage efter ulykkestilfældet. Der foreligger i sagens akter en erklæring fra en kiropraktor 3 måneder efter ulykkestilfældet. AB har siden udviklet en kronisk smertetilstand med hovedpine, nakkesmerter og diverse kognitive symptomer.

Retslægerådet fandt sagens lægelige dokumentation for spinkel til, at man kunne påvise en årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og de efterfølgende symptomer. Byretten fandt det ikke bevist, at der var en årsagsmæssig sammenhæng imellem ulykkestilfældet og det efterfølgende sygdomsbillede. Sagen blev anket til Landsretten, der til gengæld fandt det bevist, at der var en årsagsmæssig sammenhæng imellem de opståede skader i nakken og ulykken. Sagen rejser blandt andet spørgsmålet om et notat afgivet 1 år efter en hændelse er tilstrækkelig dokumentation for en tidsmæssig relation mellem begivenhed og de opståede symptomer. (J.nr. 50E/E3-03758-2009)

Sagen om AB (sagsøger) vedrører en 42-årig mand, der som fører af personbil i xxxx 2003 blev påkørt bagfra med stor hastighed af anden bil. AB var ikke bevidstløs i tilslutning til uheldet og var selv i stand til at stige ud af bilen, men blev umiddelbart efter utilpas med kvalme og svimmelhed og måtte lægge sig på vejen. AB var dårlig de følgende dage og opsøgte på 1. hverdag (2 dage efter ulykkestilfældet) egen læge. Der foreligger ingen lægelige notater fra denne konsultation. Sagsøgers læge har efterfølgende – ca. 1 og 3 år efter ulykkestilfældet – til sagsøgers advokat skriftligt oplyst, at han (lægen) så sagsøger ved en konsultation 4 dage efter

ulykkestilfældet, og at sagsøger var blevet påkørt bagfra og havde pådraget sig et piskesmæld ved ulykkestilfældet. Sagsøger blev efter ulykkestilfældet behandlet hos kiropraktor, siden hos fysioterapeut. Der foreligger et notat fra kiropraktor ca. 3 måneder efter ulykkestilfældet. Det første lægelige notat efter ulykkestilfældet er ca. 15 måneder efter dette. Her beskriver en neurologisk speciallæge, at sagsøger har udviklet moderate til svære whiplash symptomer, og at der var god overensstemmelse såvel tidsmæssigt som mellem traumets art og det kliniske billede. Speciallægen konkluderede, at det skønnedes, at AB's symptomer var

forårsaget af den påkørsel, som AB var udsat for i 2003.

Da der var uenighed imellem forsikringssselskabet og sagsøger om årsags-sammenhæng mellem symptomer og færdselsuheld, blev sagen forelagt Retslægerådet, der besvarede de stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 1

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader AB efter rådets opfattelse pådrog sig ved færdselsuheldet den xxxx 2003.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

De lægelige akter indeholder oplysning om, at sagsøger den xxxx 2003 påbegyndte behandling hos kiropraktor for ”hold i nakken med nakkesmerter og hovedpine” jfr. bilag x. Der er ingen medicinske oplysninger med tættere tidsmæssig relation til den omhandlede begivenhed. Det er muligt, at AB kan have pådraget sig disse gener ved færdselsuheldet den xxxx 2003, men Retslægerådet kan ikke ud fra det foreliggende materiale sige noget om graden af sandsynlighed.

Spørgsmål 2

Retslægerådet bedes oplyse, om de skader, AB pådrog sig ved færdselsuheldet den xxxx 2003, har påført ham midlertidige og/eller varige gener.

Retslægerådet bedes i bekræftende fald angive, hvilke midlertidige og/eller varige

gener, der er tale om samt i øvrigt begrunde sit svar.

Ved speciallægeundersøgelse mere end et år efter færdselsuheldet har AB oplyst speciallægen om fortsat tilstedeværende nakkesmerter og hovedpine ledsaget af et bredere spektrum af uspecifikke helbredsklager, således som det fremgår af speciallægens erklæring. Retslægerådet udtaler sig ikke om prognoser/stationærtidspunkt.

Spørgsmål 3

Retslægerådet bedes oplyse, om rådet anser det for sandsynligt, at der er påført AB sådanne skader ved færdselsuheldet den xxxx 2003, at de er årsag til det seneste i sagen beskrevne funktionsniveau.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er uklart, hvad der menes med funktionsniveau. Retslægerådet udtaler sig ikke om arbejds- og erhvervsevne.

Spørgsmål 4

Retslægerådet bedes oplyse om AB's tilstand, som denne senest er beskrevet i det lægelige materiale, er forårsaget helt eller delvist af færdselsuheldet den xxxx 2003 og/eller af andre forhold.

For så vist andre forhold påvirker helbreds-tilstanden, bedes sådanne forhold om muligt nærmere beskrevet.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed.

Det foreliggende materiale tillader ikke Retslægerådet hverken at be- eller afkræfte den af speciallæge YY angivne årsagssammenhæng. Således kan det heller ikke vurderes om andre forhold har haft betydning for AB's helbreds-tilstand, således som den er beskrevet i speciallægeerklæringen.

Spørgsmål 5

Retslægerådet bedes oplyse, om der efter rådets vurdering i sagens lægelige akter er beskrevet relevante brosymptomer for tiden mellem færdselsuheldet den xxxx 2003 og frem til dato, herunder at sådanne brosymptomer, som måtte være relevante i relation til det senest i sagens lægelige akter beskrevne funktionsniveau, herunder det funktionsniveau AB mener kan henføres til færdselsuheldet.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed for, at de nødvendige brosymptomer består.

Der henvises til svar på foranstående spørgsmål.

Spørgsmål 6

For så vidt det lægges til grund, at symptomer er opstået 10 dage før den xxxx 2003 bedes Retslægerådet oplyse med hvilken grad af sikkerhed disse kan henføres til færdselsuheldet den xxxx 2003.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Spørgsmålet har nærmest retorisk karakter og kan vanskeligt besvares

anderledes, end at nakkesmerter og hovedpine, som bogstavelig talt måtte være opstået – i betydningen nyopstået – 10 dage før den xxxx 2003 vanskeligt kan kædes sammen med færdselsuheldet den xxxx 2003.

Spørgsmål 7

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Det foreliggende medicinske materiale er meget spinkelt og tillader ikke Retslægerådet at besvare spørgsmålene mere præcist end sigte at begrunde svarene yderligere”.

Sagen blev herefter hovedforhandlet i byretten, der i præmisserne konkluderede, at på baggrund af Retslægerådets udtalelse sammenholdt med en vurdering af sagens oplysninger fandtes det ikke bevist, at der var den fornødne årsagsforbindelse mellem sagsøgers gener og færdselsuheldet i 2003. Byretten havde også indkaldt sagsøgers egen læge som vidne, og det blev anført, at der ikke var ført journaler, og at der ingen lægenotater var fra de konsultationer, som egen læge havde haft.

Sagen blev efterfølgende anket til landsretten, og sagen blev i den forbindelse på ny forelagt Retslægerådet, der besvarede de supplerende stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 10

Retslægerådet bedes udtrykkeligt oplyse om,

der på baggrund af det lægelige materiale kan konstateres relevante brosymptomer mellem ulykken den xxxx 2003 og de gener sagsøgeren i det lægelige materiale angiver at være påført ved ulykken.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt angive hvilke relevante brosymptomer Retslægerådet tillægger vægt i bedømmelsen.

Begrebet, brosymptomer, er ikke noget veldefineret medicinsk begreb og spørgsmålet om forekomst af ”relevante brosymptomer” kan ikke gøres til genstand for en medicinsk konstatering; Retslægerådet kan ikke komme det nærmere.

Spørgsmål 11

Retslægerådet bedes oplyse om det på baggrund af det lægemateriale er muligt objektivt at konstatere medicinsk årsagssammenhæng mellem ulykken den xxxx 2003 og de gener sagsøgeren angiver at være påført.

Der ønskes en besvarelse, hvor Retslægerådet i sin vurdering hhv. medtager og hhv. udelader/ser bort fra læge XXX vidneforklaring for Byretten.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar – herunder angive hvilken betydning det har for bedømmelsen om vidneforklaringen fra læge XXX medinddrages eller udelades.

De lægelige akter vedrører symptomer og fund efter færdselsuheldet den xxxx 2003. Ifølge den vidneafklaring som er afgivet af pågældendes egen læge, XX,

har der seks dage efter ulykkestilfældet været klager over smerter i nakken og fund af ømhed af nakkefæster og indskrænket bevægelighed i nakken. Uagtet om man lægger lægens mundtlige oplysninger til grund eller ej, er dokumentationen i de foreliggende akter for spinkle til, at Retslægerådet kan udtale sig om sandsynlighed for sammenhæng.

Spørgsmål 12

Retslægerådet bedes på baggrund af det lægelige materiale oplyse, om sagsøgeren forud for ulykken den xxxx 2003 har været hyppigt lægebesøgende.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ud fra praktiserende læges journal fra xxxx 1999 til xxxx 2001 og Sygesikringens udskrift angående afregnede sundhedsydelse kan man optælle sagsøgerens kontakt med forskellige dele af sygehusvæsenet. Om man vil kalde sagsøgeren ”hyppigt lægebesøgende” er nok nærmest et semantisk spørgsmål og måske også en værdidom, men det er ikke et lægefagligt spørgsmål, som kræver Retslægerådets skøn.

Spørgsmål 13

Retslægerådet bedes oplyse, om der ved de lægebesøg sagsøgeren jf. bilag 24 har haft forud for ulykken den xxxx 2003 kan konstateres klager, der helt eller delvist er identiske med de klager sagsøgeren angiver efter ulykken.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Bilag 24 er et kontoudskrift, som ikke indeholder helbredsoplysninger.

Spørgsmål 14

Såfremt spørgsmål 13 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse hvilke identiske/konkurrerende klager/gener, der er tale om.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Besvarelsen af spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 15

Retslægerådet bedes oplyse, om der er lægefagligt belæg for at en piskesmældslæsion som den, sagsøgeren angiver at være påført ved ulykken den xxxx 2003 udvikles/forværres negativt over tid.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Piskesmældslæsion er udtryk for en traumatisk påvirkning af halshvirvelsøjlen, men er ikke identisk med symptomer. Det er ikke i det pågældende tilfælde sikkert godtgjort, at der foreligger et whiplash syndrom, altså symptomer som skyldes en piskesmældslæsion hos pågældende, jf. svar på spørgsmål 1. Såfremt der er udviklet symptomer efter en piskesmældsskade har disse sædvanligvis en gunstig prognose. Dokumentation i akterne er for spinkle til, at Retslægerådet kan afgøre om ulykkestilfældet er årsag til den forværring af symptomerne, der er optrådt i perioden efter ulykkestilfældet.

Spørgsmål 16

Retslægerådet bedes oplyse om, der er sket en forværring af sagsøgerens gener efter ulykken den xxxx 2003.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt oplyse, hvornår en evt. forværring af sagsøgerens helbredsmæssige tilstand er indtrådt.

De lægelige bilag er for sparsomme til, at Retslægerådet kan afgøre, om der er sket en forværring over tid.

Spørgsmål 17

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår generne efter en piskesmældslæsion, som sagsøgeren angiver at være påført vil manifestere sig.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er Retslægerådets opfattelse, at symptomer efter piskesmældslæsion skal optræde i nøje relation til ulykkestilfældet, og det vil sædvanligvis sige inden for de første dage. Det skal dog anføres, at der også er andre faktorer, der lægges til grund ved vurdering af, om et sæt af symptomer er årsagsrelateret til en specifik begivenhed, in casu ulykkestilfælde.

Spørgsmål 18

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.”

Landsretten konkluderede herefter, at færdselsuheldet måtte anses for at være

egnet til at påføre de anførte gener, og da der ikke forelå nogen dokumentation for lignende symptomer forud for ulykkestilfældet, konkluderede landsretten tillige, at der var en årsagssammenhæng mellem de opståede skader i nakken og ulykken.

Kommentar

Sagen rejser for Retslægerådet det interessante spørgsmål, hvorvidt en lægelig dokumentation først anført mere end 1 år efter ulykkestilfældet er tilstrækkeligt til at fastslå en præcis tidsmæssig relation imellem en begivenhed og udvikling af symptomer, således som Retslægerådet tidligere har givet udtryk for.

Retslægerådet har tidligere udtalt sig om begrebet ”sandsynlighed” ved fastlæggelse af blandt andet årsagsmæssig sammenhæng mellem en eventuel skade og efterfølgende symptomer. I denne sag fandt Retslægerådet, at de tidstro lægelige oplysninger om symptomudvikling i relation til ulykkestilfældet var for få til, at Retslægerådet kunne fastslå en sandsynlighedsgrad.

Landsretten kom – i modsætning til byretten - imidlertid frem til det modsatte resultat, og sagen viser blandt andet, at rådets lægefaglige skøn alene indgår som en delmængde af den juridiske bevisvurdering, når domstolene træffer deres afgørelser.

Rettens anvendelse af begrebet overvejende sandsynligt i sag om årsagssammenhænge efter arbejdsskade

Sagen handler om en 50-årig kvinde, AA, der den xx.01.2001 under arbejde gled på køkkengulvet og faldt bagover. Hun mærkede et smæld i nakken og fik derefter smerter i nakken med udstråling til skulderen. Der opstod efterfølgende uenighed om, hvilke af AA's gener, der kunne henføres til denne arbejdsskade. (J.nr. 50E/E2-03508-2009).

Under sagens behandling i retten blev Retslægerådet stillet følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader AA pådrog sig ved arbejdsulykken den 15. januar 2001?

Sagsøger havde efter ulykken 15.01.01 smerter i nakken med udstråling til højre arm, jf. bilag 30 og journalkopi fra X hospital. Det bemærkes, at kopi af journal fra X hospital vedrørende indlæggelsen 16.-17.01.01 ikke er forelagt Retslægerådet.

Der blev ikke ved kliniske undersøgelser, inklusiv neurokirurgisk vurdering 13.06.01, fundet tegn på nerverodstryk.

Røntgenundersøgelse og MR-scanning af halshvirvelsøjlen 16.01.01 henholdsvis 30.04.01 viste degenerative forandringer, især på C6/7-niveau.

Konklusion: Sagsøger havde efter 15.01.01 smerter fra halshvirvelsøjlen. Retslægerådet kan ikke afgøre, i hvilket

omfang forudbestående degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen har haft betydning for dette.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke varige gener, AA, som sagen senest er beskrevet, lider af i dag?

Smerterne fra nakken, jf. svar på spørgsmål 1, har været vedvarende, og fra 2002 også med smerteudstråling til venstre arm (bilag 26).

Sagsøger havde, jf. bilag 30 (blandt andet notater 14.02.01 og 20.02.01), forud for 15.01.01 haft enkelte episoder med lændesmerter. Der oplyses om gener lavt i ryggen og i højre ben fra 14.02.01 (bilag 30). Generne har været tiltagende (bilag 22 og 29). MR-scanning af lænderyggen 21.03.06 viste degenerative forandringer uden tegn på påvirkning af nerverødder.

Hukommelsesbesvær nævnes i april 2001 (bilag 25 og 30), mens det i erklæring 07.02.02 (bilag B) oplyses, at der ikke var kognitive gener.

Efterfølgende sagsakter oplyser om kognitive gener i form af koncentrations- og hukommelsesbesvær samt depressive symptomer.

Der henvises desuden til svar på spørgsmålene 3 og 4.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes for hver af de i besvarelsen af spørgsmål 2 nævnte lidelser anføre, med hvilken grad af sandsynlighed lidelserne kan henføres til arbejdsulykken den 15. januar 2001?

Smerterne fra nakken med udstråling til arme, jf. svar på spørgsmålene 1 og 2, kan efter Retslægerådets vurdering henføres til ulykken 15.01.01. Det er ikke muligt for Retslægerådet at afgøre, i hvilket omfang de forudbestående degenerative forandringer har haft betydning herfor.

Der er ikke i sagsakterne holdepunkter for, at der er sammenhæng mellem ulykken 15.01.01 og generne fra lænderyg og højre ben.

Årsagen til, at nogle personer udvikler et kronisk smertesyndrom, inklusiv kognitive gener, er ikke kendt. Årsagen kan ikke alene tilskrives den fysiske påvirkning ved et uheld, men skal ses i samspil med personens sårbarhed samt psykiske og sociale forhold. Sagsakterne (bilag 30, C, 27, 12 og 11) rummer omfattende dokumentation for livslang psykosocial belastning af betydning

herfor og for sagsøgers funktionsevne. Det er ikke muligt for Retslægerådet at vægte den relative betydning heraf mere specifikt.

Det er ikke muligt for Retslægerådet at vurdere, om, og i givet fald i hvilket omfang, traumerne 20.05.02 og 09.12.05 med efterfølgende symptomer på hjerneystelse (bilag 30 og journalmateriale fra H. Sygehus) har haft betydning for de vedvarende kognitive gener.

Spørgsmål 4:

Er der efter Retslægerådets opfattelse objektive holdepunkter for at fastslå, at AAs gener kan henføres til andre forhold end arbejdsulykken den 15. januar 2001?

Sandsynligheden herfor bedes oplyst (ikke sandsynligt, mindre sandsynligt, sandsynligt eller overvejende sandsynligt)?

Kan ikke besvares, ud over hvad der er anført i svaret på spørgsmål 3.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes for hver af de i besvarelsen af spørgsmål 2 nævnte lidelser oplyse, om lidelserne ud fra de lægefaglige vurderinger er funktionsnedsættende for AAs?

Der er i sagsakterne dokumentation for, at de i svar på spørgsmålene 2 (og 3) nævnte lidelser er funktionsbegrænsede, og at generne forværres af fysiske og psykiske belastninger (bilag 30, C, 26, 27 og 12).

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Der henvises til svar på spørgsmål 1 vedrørende ikke forelagt materiale

Byretten udtalte i sin afgørelse følgende: ”Efter Retslægerådets udtalelse lægges det til grund, at alene smerterne i nakken med udstråling til arme med sikkerhed kan henføres til arbejdsulykken den 15.01.01. Efter samme udtalelse lægges det til grund, at de beskrevne gener fra lænderyg og højre ben ikke har sammenhæng med ulykken, og at de kognitive gener med overvejende sandsynlighed ikke er en direkte følge af arbejdsskaden.”

Sagen blev efterfølgende anket til landsretten, der udtalte følgende i sin afgørelse, ”at denne på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgs-

mål 3 finder det godtgjort, at det er overvejende sandsynligt, at generne i lænderyg og ben skyldes andre forhold end arbejdsskaden. Landsretten finder det ikke godtgjort, at det er overvejende sandsynligt, at nakkesmerter og koncentrationsvanskeligheder helt eller delvist skyldes andre forhold end arbejdsskaden, hvorfor (den del af erhvervsevnetabet der skyldes) disse gener er en følge af arbejdsskaden.”

Konklusion

Sagen illustrerer retten brug af begrebet overvejende sandsynligt i et tilfælde, hvor en årsagssammenhæng mellem en skade og efterfølgende gener skal afklares.

Landsretten afgørelse viser, at Retslægerådets usikkerhed om en årsagssammenhæng skal tilskrives arbejdsskaden og ikke andre formodede eller mistænkte årsager.

Kan tilsætningsstoffer til rå tobak øge tobaksafhængigheden og dermed øge skadevirkningerne af cigaretrykning?

Sagen vedrører en nu 63 årig mand, A, der har været storryger, siden han var 10 år gammel. Han har næsten 100 pakkeår bag sig og helt overvejende af cigaretmærket P. Inden for de sidste 20 år har han fået konstateret åreforkalkning ved hjertet (bypassopereret med godt resultat), mundhulekræft (opereret med godt resultat), diabetes, dårligt kredsløb og føleforstyrrelser i benene, nedsat syn, hyperkolesterolemie samt potensproblemer. A er de sidste 20 år blevet rådet til tobaksophør mange gange. Han holdt op med at ryge i 2005. Det fremgår, at A gennem mange år har arbejdet med blandt andet svejsning og skadedyrsbekæmpelse.

Under sagen har sagsøger A nedlagt påstand om, at tobaksproducenten HP m.fl. skal betale erstatning med 53.175, kr., idet A blandt andet gør gældende, at hans personskade/varige mén helt eller delvis er en følge af rygning af cigaretter af mærket P. A anerkender, at rygning er sundhedsskadeligt, men han gør gældende, at cigaretten P har haft skadevoldene effekter, der er gået ud over, hvad der kan forventes ved rygning af rå tobak/umaniplerede cigaretter. A gør endvidere gældende, at tobaksproducenten ved brug af tilsætningsstoffer og konstruktionsændringer har bidraget til at øge hans afhængighed af at ryge og dermed bidraget til at øge hans personskade.

De sagsøgte tobaksproducenten HP m.fl. har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen blev i 2003 anlagt ved Byretten, men blev straks henvist til behandling ved Østre Landsret. Sagen har her

været under forberedelse og i december 2009 fik Retslægerådet forelagt 61 spørgsmål ledsaget af sagsakter på 2.400 sider med anmodning om en udtalelse inden 15. februar 2010, hvilket selvsagt var helt umuligt. Spørgsmålene vedrørte grundlæggende toksikologiske og epidemiologiske forhold omkring tobaksrygning, og mange af spørgsmålene var helt generelle, andre faldt ikke ind under rådets sagkundskab. I overensstemmelse med Retslægerådets praksis undlod rådet i vidt omfang at besvare disse spørgsmål, men vurderingen af de mange spørgsmåls karakter var tidskrævende for såvel rådets sekretariat og formandskab som de sagkyndige. Retslægerådets sagsbehandlingstid var ca. 11 måneder, hvilket efter rådets opfattelse er særdeles rimeligt sagens omfang og principielle karakter taget i betragtning. I rådets behandling af sagen deltog radiolog, arbejdsmedicinere, lungemedicinere, arbejdsmedicinere, kardiolog samt klinisk farmakolog

Den 4. november 2010 kunne Retslægerådet tilbagesende sagen med rådets udtalelse, idet rådet fandt anledning til at indlede besvarelsen således:

”Det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Det er forudsat, at spørgsmålene til rådet er konkrete, og at de vedrører specifikt påpegede forhold. I nærværende sag er der stillet mange generelle spørgsmål, og antallet af publikationer om tobak, tobakkens skadelige virkninger, tobaksophør med videre andrager ca. 100.000. En videnskabeligt baseret besvarelse af generelle spørgsmål vil derfor således i bedste fald være en meget arbejdsfuld opgave, der ville kræve en særdeles lang sagsbehandlingstid. I en del tilfælde ville arbejdet være uoverkommeligt, ligesom nogle problemstillinger ligger uden for Retslægerådets sagkundskab og kompetence.

Retslægerådet har under henvisning til ovenstående afstået fra at besvare spørgsmål, der er generelle, medmindre det som en service har kunnet ske kortfattet ud fra de voterendes paratviden i overensstemmelse med rådets vanlige praksis”.

Af den 118 sider lange dom, afsagt af Østre Landsret i december 2011, fremgår det blandt andet, at Landsretten alene skulle vurdere,

om cigaretproducenten ved brug af tilsætningsstoffer eller konstruktionsændringer havde øget sagsøgers tobaksafhængighed og øget personska-den. Retten fandt det ikke godtgjort, at tobaksproducenten havde handlet ansvarspådragende og denne frifandt derfor. Sagsøgeren havde haft fri proces, og statskassen skulle derfor betale sagsomkostningerne mv., i alt 2.4 mio. kr.

Der blev i sagen stillet følgende spørgsmål til Retslægerådet:

Spørgsmål 1:

Er tobaksrygning en medvirkende årsag til hjerte-/karsygdomme?

Ja.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, ønskes det oplyst, om mængden af optaget nikotin må antages at have betydning for en rygers udvikling af hjerte-/karsygdomme?

Nej.

Spørgsmål 3:

Vil rygning hos nogen befolkningsgrupper, f.eks. hos folk med højt kolesteroltal, højt blodtryk og sukkersyge, medføre forøget risiko for hjerte-/karsygdomme?

I tilknytning hertil ønskes oplyst, om tobaksrygning forstærker de forannævnte sygdommes skadesvirkninger (patientens helbredsproblemer)?

Ja. Risikofaktorerne (kolesterol, blodtryk, sukkersyge og tobak) forstærker de aterogene (åreforkalkningsfremkaldende) effekter af hinanden. Således har en rygende person en risiko for at få en arteriosklerotisk sygdom, der er 2-6 gange større end en ikke rygende person på alle niveauer for risiko.

Spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at beskrive den forøgede risiko, og hvorledes dette påvirker patientens helbredsproblemer.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt As hjerte-/karsygdomme må antages at være helt eller delvist forårsaget af tobaksrygning og/eller nikotinoptag i forbindelse med tobaksrygning?

Ja. Sagsøgers sygdom må antages at være delvist forårsaget af hans tobaksrygning.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt As risiko for udvikling af hjerte-/karsygdomme må antages at være blevet forøget gennem tobaksrygning og/eller nikotinoptag i forbindelse med tobaksrygning?

Spørgsmål 7:

Såfremt spørgsmål 6 besvares bekræftende, ønskes den forøgede risikofaktor oplyst.

Ad spørgsmål 6 og 7:

Sagsøgers risiko for udvikling af hjertekarsygdomme er forøget under forudsætning af, at sagsøger begyndte at ryge i 16-års alderen (rygedebuttidspunkt er ikke oplyst i de lægelige sagsakter, men i sagsfremstillingen), og under hensyntagen til at han i gennemsnit har røget 40 cigaretter om dagen (i de lægelige sagsakter er forbruget oplyst yderst varierende fra 20-60 cigaretter om dagen). I 49 år har sagsøger et samlet tobaksforbrug på cirka 98 (49-147) pakkeår, hvor et pakkeår er 20 cigaretter (gram tobak) om dagen i 1 år, eller 10 cigaretter i 2 år osv. Sagsøgers risiko for at udvikle hjerte-karsygdom er øget med cirka en faktor 2-6 i forhold til, hvis sagsøger aldrig havde røget.

Spørgsmål 8:

Er A disponeret for hjerte-/karsygdomme?

I den følgende besvarelse forudsættes det, at der med "disposition" menes familiær disposition. (Der kunne også være tale om "social disposition", idet det vides, at socialt dårligt stillede er mere modtagelige over for tobakkens skadevirkninger end socialt velstillede).

Risikofaktoren: Familiær disposition til hjerte-karsygdom kræver, at en eller flere nære familiemedlemmer er død af hjerte-karsygdom inden det fyldte 60. år. Da sagsøgers far døde af hjertekarsygdom 70 år gammel, er der ikke tale om disposition til hjerte-karsygdomme for sagsøgers vedkommende, med

mindre der er nære familiemedlemmer, som er ramt af hjerte-karsygdomme, som ikke er oplyst i sagsakterne. Som sagen er belyst i de lægelige sagsakter, er svaret på spørgsmålet derfor: nej.

Hvis spørgeren har anvendt udtrykket generelt i betydningen ”udsat i mere end almindelig grad”, er svaret derimod ja.

Sagsøger er disponeret gennem risikofaktorerne hyperkolesterolemie og rygning, som formentlig begge var til stede ved hjerte-karsygdommens debut i cirka 1988.

Spørgsmål 9:

Såfremt spørgsmål 8 besvares bekræftende, ønskes oplyst, hvor stor en del af den danske befolkning, der må antages at være disponeret for hjerte-/karsygdomme på tilsvarende måde som A.

Det skal indledningsvis bemærkes, at risikofaktorniveauerne ændrer sig med tiden. Aktuelt er hyppigheden af rygere kraftigt reduceret og kolesterolprofil ligeledes kraftigt ændret i forhold til situationen, da sagsøgers sygdom begyndte i 1988. Ifølge data fra danske epidemiologiske undersøgelser forekommer forhøjet kolesterol hos cirka 25 % af danske mænd på dette tidspunkt. Cirka 50 % var rygere, men kun et beskedent fåtal storrygere. Ved en simpel multiplikation kan det således sandsynliggøres, at cirka 1-2 % af danske mænd i den relevante aldersgruppe

og på det relevante kalendertidspunkt var disponerede på samme niveau som sagsøger.

Spørgsmål 10:

Såfremt spørgsmål 8 besvares bekræftende, ønskes oplyst, om personer, der er disponeret for hjerte-/karsygdomme på samme måde som A, jfr. spørgsmål 9, har en forøget risiko for udvikling af hjerte-/karsygdomme ved tobaksrygning, og/eller optagelse af nikotin i forbindelse med tobaksrygning?

Se besvarelsen af spørgsmål 9.

Spørgsmål 11 A:

Er der efter Retslægerådets vurdering sammenhæng mellem udviklingen af hjerte-/karsygdomme og intensiteten af nikotinoptaget/koncentrationen af nikotin i kroppen? Der bedes ved besvarelsen set bort fra den eventuelle afhængighedsskabende effekt, der kan være en følge af nikotinoptag.

Nikotinoptagelsen i sig selv synes ikke at have betydning for udvikling af hjerte-karsygdomme.

Spørgsmål 11 B:

Er der efter Retslægerådets vurdering sammenhæng mellem udviklingen af hjerte-/karsygdomme og intensiteten af nikotinoptaget/koncentrationen af nikotin i kroppen? Der bedes ved besvarelsen taget hensyn til en eventuel afhængighedsskabende effekt, der kan være en følge af nikotinoptag.

I det omfang nikotins afhængighedsskabende effekt medfører, at pågældende

ikke ophører med tobaksrygning, kan nikotin anses for at være en medvirkende faktor til udvikling af hjerte-kar-sygdom.

Spørgsmål 12 A:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt As impotensproblemer må antages at være forårsaget af eller forøget ved optagelse af nikotin ved tobaksrygning, og/eller optagelse af nikotin i forbindelse med tobaksrygning?

Tobaksrygning påvirker pulsårerne i hele organismen. Derfor kan karforsyningen til penis også tage skade af rygning, og det kan føre til impotens. Impotens er alt andet lige hyppigere hos rygere end hos ikke-rygere.

Spørgsmål 12 B:

Medfører tobaksrygning en forøget risiko for forværring af potensproblemer?

Tobaksrygning kan sandsynligvis forværre impotensproblemer hos personer, som i forvejen lider af en vis grad af impotens.

Spørgsmål 13 A:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt As risiko for at udvikle sukkersyge må antages at være forårsaget af eller blevet forøget ved tobaksrygning, og/eller optagelse af nikotin i forbindelse med tobaksrygning?

Der foreligger observationelle data, der antyder, at rygning kan være en selvstændig risikofaktor for udvikling af

sukkersyge. Den relative risiko angives i størrelsesorden 1,1-1,5, hvilket i sig selv repræsenterer en meget beskedent øgning med en deraf følgende tvivlsom klinisk relevans. Rygning er ikke testet i randomiserede undersøgelser med kliniske endepunkter.

Spørgsmål 13 B:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt As risiko for komplikationer som følge af hans sukkersyge må antages at være blevet forøget ved tobaksrygning, og/eller optagelse af nikotin i forbindelse med tobaksrygning?

Risikoen for at udvikle hjerte-karsygdom og perifer karsygdom er øget hos rygende diabetikere i forhold til ikke-rygende, jf. svaret på spørgsmål 3. Det er komplikationer i form af skade på karforsyningen til især benene (diabetisk angiopathi) og nyrerne (diabetisk nefropathi), som påvirkes i en grad, der kan blive symptomgivende. Komplikationer i form af nervepåvirkning (perifer neuropathi) og påvirkning af øjets nethinde (retinopathi) påvirkes næppe af tobaksrygning.

Spørgsmål 13 C:

Medfører tobaksrygning en forøget risiko for udvikling af komplikationer som følge af sukkersyge?

Se besvarelsen af spørgsmål 13 B.

Spørgsmål 14:

Er nikotin et vanedannende stof?

Spørgsmål 15:

Såfremt spørgsmål 14 besvares bekræftende, ønskes oplyst, om den vanedannende effekt har sammenhæng med mængden af optaget nikotin.

Spørgsmål 16:

Såfremt spørgsmål 14 besvares bekræftende, ønskes oplyst, om den vanedannende effekt og muligheden for optagelse af nikotin har sammenhæng med den form, hvori nikotinen forekommer, d.v.s. som bunden eller fri nikotin?

Spørgsmål 17:

Såfremt spørgsmål 14 besvares bekræftende, ønskes årsagen til den vanedannende effekt oplyst.

Ad spørgsmål 14-17:

Spørgsmålene er af generel karakter, og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål 18:

Opfylder A ved sagsanlægget i juni 2003 de sædvanligt anvendte kriterier for at kunne betegnes som værende afhængig af et stof, i denne sag af nikotin?

Der er i de lægelige akter i sagen ikke spurgt til graden af afhængighed, ligesom det ikke er oplyst, om sagsøger inhalerer tobaksrøgen. Der foreligger heller ikke resultater af biologiske mål, som kunne udsige noget om graden af inhalation (for eksempel kuliltekoncentration i udåndingsluft).

Det fremgår ikke af de lægelige sagsakter, om sagsøger er testet med

den internationalt anvendte og i daglig klinisk praksis anbefalede Fagerstrøms skala til vurdering af graden af nikotinafhængighed. Det er heller ikke oplyst, hvor lang tid efter opvågningen sagsøger ryger dagens første cigaret (har stor betydning for vurderingen af graden af nikotinafhængighed). På baggrund af sagsøgers mangeårige, høje cigaretforbrug er det dog meget sandsynligt, at han i 2003 har været nikotinafhængig.

Spørgsmål 19:

Kan Retslægerådet bekræfte, at nikotin ved rygning af cigaretter når hjernen på få sekunder?

Spørgsmål 20:

Er det blandt andet den korte tid mellem inhalation og påvirkning af hjernen, der er med til at gøre nikotin vanedannende?

Spørgsmål 21:

Retslægerådet bedes beskrive, hvilken blodbane nikotin følger ved optagelse henholdsvis i munden og de øvre luftveje og i de nedre luftveje og lungerne?

Spørgsmål 22:

Retslægerådet bedes oplyse, om svaret på spørgsmål 21 har betydning for, hvor hurtigt nikotinen optages i kroppen og når hjernen? Svaret bedes uddybet og om muligt kvantificeret.

Spørgsmål 23:

Retslægerådet bedes beskrive, om cellemembranernes tykkelse har betydning for, hvor

hurtigt nikotin optages i kroppen og når hjernen, ved optagelse henholdsvis i munden og de øvre luftveje og i de nedre luftveje og lungerne? Svaret bedes uddybet og om muligt kvantificeret.

Spørgsmål 24:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt mængden af nikotin, der optages i kroppen, vil være afhængig af, hvor lang tid tobaksrogen opholder sig i lungerne, og hvor dybt der inhaleres?

Spørgsmål 25:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om pyridin findes i lægemidler, og i bekræftende fald hvilket medicinsk formål, stoffet har?

Spørgsmål 26:

Påvirker stoffet pyridin hjernen på lignende måde som nikotin?

Spørgsmål 27:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om basisk tobaksrøg, d.v.s. tobaksrøg med høj pH-værdi, smager kraftigere, er vanskeligere at inhalere og hyppigere udløser en hosterefleks end røg med lav pH-værdi?

Spørgsmål 28:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om teobromin og glycyrrhizin findes i lægemidler, og i bekræftende fald hvilket medicinsk formål, de pågældende stoffer har?

Spørgsmål 29:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om forekomst af teobromin vil gøre inhalation af tobaksrøg lettere og/eller give mulighed

for, at tobaksrogen opholder sig længere tid i lungerne?

Spørgsmål 30:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om forekomst af glycyrrhizin vil mindske hosterefleksen og/eller gøre inhalation af tobaksrøg lettere og/eller give mulighed for, at tobaksrogen opholder sig længere tid i lungerne?

Spørgsmål 31:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om akrolein findes i lægemidler, og i bekræftende fald hvilket medicinsk formål, stoffet har?

Spørgsmål 32:

Ødelægger akrolein fimehårene i svelget?

Spørgsmål 33:

Såfremt spørgsmål 32 besvares bekræftende, ønskes oplyst, om ødelæggelsen må antages at lette inhalationen af cigaretter og/eller skabe mulighed for, at tobaksrogen opholder sig længere tid i lungerne?

Spørgsmål 34:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om acetaldehyd findes i lægemidler, og i bekræftende fald hvilket medicinsk formål, stoffet har.

Spørgsmål 35:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om acetaldehyd øger den afhængighedsskabende effekt af nikotin?

Ad spørgsmål 19-35:

Spørgsmålene er generelle og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål 36:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 37:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål F anmodes Retslægerådet supplerende om at redegøre for, om nikotinens form, herunder forekomsten af fri nikotin, brug af tilsætningsstoffer og andre forhold har betydning for tobaksrygningens vanedannende effekt?

Spørgsmålet er generelt og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål 38:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål G og H anmodes Retslægerådet om at oplyse, om der foreligger statistikker, der viser, hvor mange procent af de rygere, der ønsker at stoppe, rent faktisk lykkes hermed. I denne forbindelse ønskes oplyst, om følgende har haft indflydelse på succesraten:

- *den alder, hvor tobaksforbruget startede*
- *det antal år, man har roget*
- *det daglige tobaksforbrug*

Der kan for eksempel henvises til en nyere oversigtsartikel: Tønnesen P. Smoking Cessation: How compelling is the evidence? Health Policy 2006:296:47-55. Afhængig af motivation og interventionstype, herunder farmakologisk intervention, kan mellem 1-20 % af rygere, der indgår i et afvænningsprogram, forventes at være røgfrie efter 12 måneder. Såvel debut- alder for

rygning, varighed af rygning og mængden af tobak synes at spille en rolle for udvikling af nikotinafhængighed (van de Ven et al. Patterns of adolescence smoking and later nicotine dependence in young people. A 10 year prospective study. Public Health 2010;124:65-70).

Spørgsmål 39:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål I anmodes Retslægerådet - om muligt - om at oplyse, hvad der ved tobaksrygningen, der må antages at forøge sagsøgerens risiko for at udvikling af hjerte-/karsygdomme. Er det:

- *tjæren*
- *nikotinen*
- *kulilten (CO²)*
- *andre forhold*
- *en kombination af de ovenfor nævnte forhold*

Den nøjagtige årsag til, at tobaksrygning øger risikoen for hjerte-karsygdomme, kendes ikke. Det er dog sandsynligt, at tjærestoffer, kulilte, kombinationen heraf samt muligvis også kombinationer med andre af de 4-5.000 kemiske stoffer, som findes i tobaksrøg, spiller en væsentlig rolle. Nikotinindholdet i tobaksrøg spiller i denne forbindelse formentlig en mindre rolle.

Spørgsmål 40:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål J ønskes det oplyst, om mænd med familiær disposition for hjerte-/karsygdomme og hyperkolesterolemie og for højt blodtryk vil have en markant øget risiko for at udvikle

hjerter-/karsygdomme, hvis de pågældende ryger?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3 og 6.

Spørgsmål 41:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål K ønskes det oplyst, om tobaksrygning medfører en markant øget risiko for udvikling af hjerte-/karsygdomme for mennesker, der har følgende disponenter:

- *Familiær disposition*
- *Sukkersyge*
- *Manglende motion*
- *Højt blodtryk*
- *Højt kolesterol*
- *Fedme*

Se venligst tidligere besvarelser.

Spørgsmål 42:

Retslægerådet anmodes endvidere om i tilknytning til besvarelsen af spørgsmål K at oplyse, om tobaksrygning forøger risikoen for sukkersyge, for højt blodtryk og højt kolesterol.

Der er intet, der tyder på, at tobaksrygning øger risikoen for at udvikle sukkersyge, højt blodtryk eller hyperkolesterolemie.

Spørgsmål 43:

Såfremt spørgsmål L besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om risikoen for at udvikle hjerte-/karsygdomme som følge af de nævnte risikofaktorer er blevet

markant forøget ved sagsøgerens årelange cigaretforbrug.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 6 og 7.

Spørgsmål 44:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål M bedes Retslægerådet oplyse, om tobaksrygningen forøger risikoen for arterio sklerose?

Retslægerådet henviser venligst til svar på spørgsmålene 3, 6 og 7.

Spørgsmål 45:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål N bedes Retslægerådet oplyse, om bilag AU i øvrigt giver Retslægerådet anledning til supplerende bemærkninger i relation til sagsøgers og de sagsøgte spørgetemaer? Svaret bedes uddybet.

Nej.

Spørgsmål A:

Såfremt sagsøgerens spørgsmål 1 besvares bekræftende, bedes årsagerne hertil beskrevet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 39.

Spørgsmål B:

Såfremt sagsøgerens spørgsmål 2 besvares bekræftende, bedes korrelationen mellem udviklingen af hjerte-/karsygdomme og mængden af optaget nikotin beskrevet.

Besvarelsen af spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål C:

Såfremt sagsøgerens spørgsmål 11 besvares bekræftende, bedes korrelationen mellem udviklingen af hjerte-/karsygdomme og intensiteten af nikotinoptaget beskrevet.

Som anført i besvarelse på spørgsmål 11A og 11 B synes nikotin i sig selv ikke at have betydning for udvikling af hjerte-karsygdom. Den øvrige del af spørgsmålet er spekulativ og kan ikke besvares konkret. Der er dog ingen tvivl om, at et højt indtag af nikotin øger nikotinbehovet.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse de mulige årsager til, at personer udvikler hjerte-/ karsygdomme med angivelse af hyppigheden af de enkelte årsagers forekomst.

Der kan for eksempel henvises til: Hjertestatistik 2004, Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed.

Rygning: Prævalensen af rygning blandt mænd er cirka 30 % og blandt kvinder lidt mindre.

Diabetes: Prævalensen af diabetes er omkring 2-4 %.

Hyperkolesterolemie: Omkring 25 % af mænd og kvinder har forhøjet kolesterol, som med dagens standard er behandlingskrævende i sammenhæng med de øvrige risikofaktorer.

Hypertension: Det antages, at omkring

10 % af befolkningen har behandlingskrævende forhøjet blodtryk.

Det skal bemærkes, at grænserne for, hvornår diagnosen hypertension og hyperkolesterolemie kan stilles, har været under markant forandring gennem mange år, så ovennævnte tal er skønnede værdier.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse prævalensen af hjerte-/karsygdomme i den del af den danske befolkning, der er eller har været rygere henholdsvis den del af befolkningen, der aldrig har roget.

Ifølge Hjerteforeningen er der cirka 350.000 personer med hjerte-karsygdom i den danske befolkning. Tallet er behæftet med betydelig usikkerhed. Risikoen for at udvikle hjerte-karsygdom og dermed prævalensen blandt rygere er cirka 2-6 gange større end blandt ikke-rygere. Der foreligger ikke sikre tal derudover.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes redegøre for hvilke faktorer, der har betydning for rygningens vanedannende effekt, herunder vurdere den relative betydning af (i) psykologiske faktorer, (ii) sociale faktorer, (iii) tobakkens nikotinindhold, (iv) andre forhold.

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor lang tid efter rygeophør kroppens fysiske behov for nikotin består.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes oplyse, om den vanedannende effekt består efter udløbet af den periode, der fremgår af svaret på spørgsmål G, og hvad er i givet fald baggrunden for dette?

Ad spørgsmål F, G og H:

Spørgsmålene er generelle og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål I:

I tilslutning til sagsøgerens spørgsmål 6 anmodes Retslægerådet, om muligt, om at oplyse hvad ved tobaksrygningen, der må antages at forøge sagsøgerens risiko for udvikling af hjerte-/karsygdomme. Er det

- Tjæren?
- Nikotinen?
- Kulilten (CO)?

Se besvarelsen af spørgsmål 39.

Spørgsmål J:

Vil mænd med familiær disposition til hjerte-/karsygdomme og hyperkolesterolemie og for højt blodtryk være i øget risiko eller svært øget risiko for at udvikle hjerte-/karsygdomme?

Spørgsmålet er uklart formuleret. Familiær disposition øger risikoen for hjerte-karsygdom med en faktor cirka 1,6. Hvis der spørges om "familiær disposition til hyperkolesterolemie", øger det ikke risikoen, med mindre pågældende selv har udviklet hyperkolesterolemie. I sidstnævnte fald er risikoen øget. Risikoens størrelse afhænger af

kolesterolniveauet. Ganske tilsvarende gælder for hypertension. Risikoen er afhængig af alder, køn og niveauet for de pågældende risikofaktorer. Der kan for eksempel henvises til Dansk Cardiologisk Selskabs guideline for forebyggelse af hjertekarsygdom.

Spørgsmål K:

Retslægerådet bedes oplyse om følgende disponerer for at udvikle hjerte-/karsygdomme:

- Familiær disposition?
- Rygning?
- Sukkersyge?
- Manglende motion?
- Højt blodtryk?
- Højt kolesterol?
- Fedme?

Ja, alle i varierende grad.

Spørgsmål L:

Under henvisning til det fremlagte journalmateriale for sagsøgeren, har de sagsøgte blandt andet konstateret følgende:

*Erklæring af 31. oktober 1984 fra overlæge JE, speciallæge i neuromedicin, side 3:
"Højde 176 cm. Vægt 76 kg. Blodtryk 130/80, puls 72."*

Udskrift fra F Amts Sygehusvæsen, O Sygehus, side 1, den 18.03.1989:

"For ca. 2 år siden begyndte patienten at få smerter på bagsiden af lungerne, mener ikke selv, at der var andre symptomer, bl.a. ingen åndenød i hvile eller hoste."

*Kan opleve åndenød i ”ekstreme situationer”
(hårdt havearbejde, tumling med mindre
søn o.s.v.) ...”*

Og på side 2:

”BT: 150/100. Ingen mislyde.”

*Udskrift fra F Amts Sygehusvæsen, O Syge-
hus, den 19. maj 1989:*

*”Patienten er stærkt opfordret til at ophøre
med tobaksrygning samt forbedre den per-
sonlige kondition.”*

*Udskrift fra Lægerne J. B & R, den 24.
november 1992:*

*”BT 130/100. Pulsen regelmæssig omkring
80/min.”*

*Udskrift fra Lægerne B, J, R & S, side 6,
den 28. januar 1993:*

”... 46-årig hyperkolesterolemiker ...”

*Udskrift fra O Universitetshospital, side 2,
den 18. januar 1993:*

”Familiære disp.:

*Pt.s. far havde fra 70-års alderen IHD med
blodpropper i hjertet. ...”*

Og på side 7:

”S-Cholesteroler 3.5-8.0 mmol/l:

Dato 180193 kl. 0840 7.5”

*Udskrift fra F Amts Sygehusvæsen, O Syge-
hus, den 9. marts 1993:*

*”.... Indlægges til koronar by-pass opera-
tion.”*

*Udskrift fra O Universitetshospital, side 4,
den 21. april 1993:*

”BT 150/95”

*Patientjournal udskrevet den 9. august
2000, side 3:*

*”Emconcor 06 01 1993 - 1 for blodtrykket
- 40 mg - 60 Tabl/Tabl/No.”*

*Udskrift fra F Amts Sygehusvæsen, O Syge-
hus af 29. marts 1993:*

*”... MB. CORDIS ARTERIOSCHERO-
TICUS (HYPERTENS.ARTERIAL.NON
INDIC)”*

*Patientjournal udskrevet den 9. august
2000, side 9:*

”Dato: 26 10 1998:

BT i dag: 166/83.”

Og på side 7:

”Dato: 15 09 1999:

*Kolesteroltal alt for højt. Ryger og har en
risiko på 45 %. Sættes i gang med Zarator.”*

Og på samme side:

”Dato: 10 11 1999:

*BT 140/75. Nye kolesteroltal. Var pænere
sidst.”*

Og på samme side:

”Dato: 20 12 1999:

Fastekolesterol.”

(Se laboratorieskema nedenfor)

Og på side 12 (laboratorieskema, udskrevet
den: 09 08 2000):

*”Cholesteroler (mmol/l) 20 12 1999 5.6
HDL Cholesteroler (mmol/l) 20 12 1999
1.36*

*LDL Cholesteroler (mmol/l) 20 12 1999
3.4”*

Blandt andet på denne baggrund, men også journalmaterialet i øvrigt, bedes Retslægerådet oplyse, om sagsøgeren har andre risikofaktorer - foruden rygning - som disponerer til udvikling af hjerte-/karsygdomme i en yngre alder?

Ad familiær disposition: Ved familiær disposition menes, at pågældendes forældre havde hjertekarsygdom i yngre alder. At have en fader, der fik hjerte-karsygdom i 70-års alderen, anses normalt ikke for at være familiær disposition.

Ad hypertension: Der foreligger målinger fra 1984-1992. Der er ikke på dette tidspunkt, det vil sige før eller i begyndelsen af sygeforløbet, konstateret behandlingskrævende hypertension.

Ad kolesterol: Der foreligger en måling fra 18.01.93. Kolesterolniveauet var 7,5 mmol pr. liter. Dette indebærer en forøget risiko med en faktor 2, jf. ovennævnte guideline omtalt i besvarelsen af spørgsmål J.

Ad overvægt: Er 31.10.84 konstateret normalvægtig.

Der foreligger ikke oplysninger om fysisk aktivitet forud for sygdommens start.

I spørgsmål L er nævnt en lang række målinger af risikofaktorer, der ligger efter sygdommens debut. Sådanne målinger kan ikke betragtes

som risikofaktorer for sygdomsfrembrud, men kan være relevante for bedømmelse af sygdommens forløb.

Spørgsmål M:

Retslægerådet bedes oplyse, om arteriosclerose er en udbredt lidelse og om denne lidelse er den primære årsag til hjerte-/karsygdomme?

Ja, arteriosklerose er en udbredt sygdom. I Danmark er arteriosklerose den hyppigste, men ikke den eneste, årsag til hjerte-karsygdomme.

Spørgsmål N:

Retslægerådet bedes oplyse, om man er enig i, at det ikke er lægeligt dokumenteret, at nikotin i sig selv forøger risikoen for arteriosclerose og risiko for hjertesygdomme?

Der henvises for eksempel til The International Agency for Research on cancer of the World Health Organisation's (IARC) publikation for 2007 benævnt "Reversal of risk after quitting smoking", side 46, der er fremlagt som bilag AU.

Hvis Retslægerådet ikke er enig heri, bedes Retslægerådet oplyse hvorfor.

Der er ingen holdepunkter for, at nikotin i sig selv forøger risikoen for hjerte-karsygdom. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 11 A. I det omfang, nikotinafhængighed medfører en vedligeholdelse af rygning, kan nikotin indirekte være en stærkt medvirkende årsag til hjertekarsygdom, jf. besvarelsen af spørgsmål 11 B.

Spørgsmål O:

I tilslutning til sagsøgerens spørgsmål 29 bedes Retslægerådet oplyse, hvilken plasma-koncentration af theobromin, der er forudsat ved besvarelsen.

Spørgsmål P:

I tilslutning til sagsøgerens spørgsmål 35 bedes Retslægerådet oplyse, om rygning øger blodets indhold af acetaldehyd, og såfremt det findes at være tilfældet, bedes dette kvantificeret.

Derudover bedes Retslægerådet oplyse, om rygning øger acetaldehyds koncentration i hjernen.

Ad spørgsmål O og P:

Spørgsmålene er generelle og besvares ikke af Retslægerådet.

Kommentar

Det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, hvorfor rådet forudsætter, at stillede spørgsmål vedrører konkrete påpegede forhold. I denne sag blev der stillet ualmindelig mange generelle spørgsmål om tobakkens skadelige virkninger, tobaksophør osv., ligesom der var en række spørgsmål, der lå uden for Retslægerådets kompetence. Rådet kunne i en del spørgsmål give et kort svar ud fra de voterendes paratviden i overensstemmelse med rådets vanlige praksis, men måtte i andre tilfælde afstå, da opgaven ellers blev uacceptabel tids- og

ressourcekrævende. Retslægerådet har tidligere påpeget, at sagsbehandlingstiden vil kunne fremmes, såfremt de fremsendte spørgsmål stilles i overensstemmelse med de krav, der fremgår af Betænkning om Retslægerådet (Betænkning 1196/1990, s. 132 ff.) – det vil sige spørgsmålene skal være konkrete, klare, neutrale, relevante og omfattet af Retslægerådets sagkundskab. I denne omfattende og principielle sag var den samlede sagsbehandlingstid i Retslægerådet ca. 11 måneder, hvilket efter rådets opfattelse er acceptabelt, jf. for eksempel, at sagen i flere år var under forberedelse i landsretten.

Sagsøger var informeret om og havde accepteret, at rygning af råtabak kan være sundhedsskadelig. Landsretten fastsatte i overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens skøn, som retten fandt blev støttet af Retslægerådets udtalelse, méngraden til 15 %. Det centrale spørgsmål var imidlertid, om denne méngrad helt eller delvis skyldes forhold, som de sagsøgte som producent af cigaretterne var erstatningsansvarlige for – havde producenten handlet ansvarspådragende ved brug af tilsætningsstoffer til tobakken eller ved brug af konstruktionsændring af selve cigaretten, med det formål at øge nikotinafhængigheden og/eller nikotinoptagelsen, således at sagsøger blev mere afhængig af rygning og derfor havde pådraget sig yderligere helbredsskade end svarende til rygning af råtabak.

Landsretten afviste med en omfattende begrundelse, at producenten af cigaretterne havde handlet ansvarspådragende – altså bevidst havde manipuleret med tobak eller cigaret for at øge sagsøgers afhængighed. Hermed blev Retslægerådets udtalelse om rygningens potentielle skadevirkninger også mindre betydningsfuld, idet sagsøger havde accepteret, at rygning kan have skadevirkninger, og efter landsrettens afgørelse kommer yderligere skadesvirkninger ikke på tale. Det kunne sagens parter selvsagt ikke vide, da spørgetemaet til rådet blev udarbejdet, men de mange generelle spørgsmål kunne være undgået. Der var adskillige vanskelige spørgsmål om tobaksrygnings relation til sagsøgers forskellige sygdomme, blandt andet gav besvarelsen af spørgsmål om rygning

øgede sagsøgers risiko for at udvikle sukkersyge anledning til mange overvejelser blandt de sagkyndige, og sagen måtte i den anledning rundsendes et par ekstra gange.

Erstatningskravet, der var rejst, var på blot kr. 53.000, og der var mellem parterne enighed om den beløbsmæssige opgørelse. Landsretten fastsatte sagsomkostningerne til godt 2,4 mio. kr. under hensyn til sagens omfattende omfang og principielle karakter. Retslægerådet brugte ligeledes mange ressourcer på sagen på grund af de mange spørgsmål og nødvendigheden af at anvende seks sagkyndige til behandlingen af sagen.

Den principielle betydning sagen har understreges også af at sagen nu indbragt for Højesteret.

Dissens og sagsbehandlingstid i sag om ankelbrud

Sagen drejer sig om en på skadetidspunktet 64-årig kvinde, A, der den 30. maj 2000 gled og pådrog sig et forskudt underbensbrud, som inddrager ankelledet. Hun blev indlagt på hospital, hvor der foretages operation med indsættelse af osteosyntesemateriale (dvs. bl.a. skinner til at stabilisere bruddet). Ved røntgenkontrol 6 uger senere konstateredes mangelfuld heling, øget afstand mellem brudenderne og løsning af de indsatte skruer, som 2 uger senere blev fjernet. A klagede efterfølgende over vedvarende smerter og nedsat bevægelighed. Hun anmeldte i 2003 sagen til Patientforsikringen som tilkendte hende en erstatning for varigt mén på 5 %, hvorefter Patientskadeankenævnet i 2004 forhøjede erstatningen svarende til méngrad på 10 %. A fik i 2005 foretaget stivgørende operation af ankelledet, denne operation nedsætter smerterne. (J.nr. 50E/E1-04164-2010).

A havde allerede i 2004 indbragt sagen for Østre Landsret med påstand om, at Patientskadeankenævnet skulle anerkende, at det varige mén som følge af skaden var højere end de 10 %. To år senere – i 2006 – blev sagen første gang forelagt Retslægerådet med i alt 16 spørgsmål. Sagen drejede sig om, hvorvidt den primære behandling var udført korrekt, og om de behandlende læger på et tidligere tidspunkt skulle have indset nødvendigheden af reoperation for at hindre de efterfølgende gener. Hertil påstod A, at stationærtidspunktet skulle flyttes fra 2001 til 2005 (hvor hun fik foretaget den stivgørende operation, RR's bemærkning). Retslægerådets sagsbehandlingstid (bruttosagsbehandlingstiden) var ca. 16 måneder, hvor den ene måned dog skyldtes, at rådet måtte rekvirere nogle manglende røntgenbilleder, således at den egentlige sagsbehandlingstid (nettosagsbehandlingstiden) var ca. 15 måneder. Denne umiddelbart ganske

lange sagsbehandlingstid skyldtes især, at rådet efter en omfattende diskussion mellem de sagkyndige endte med at afgive en udtalelse med dissens.

Sagen blev igen fremsendt til Retslægerådet 15.08.08 med 12 supplerende spørgsmål med en række underspørgsmål, rådet afgav udtalelse ca. otte måneder senere – igen efter en omfattende sagsbehandling.

Landsretten stadfæstede Patientskadeankenævnets afgørelse, hvorefter A ankede sagen til Højesteret med yderligere påstand om, at sagsbehandlingstiden udgjorde en krænkelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 6 om behandling af sagen inden for ”rimelig tid”. Over for Højesteret anførte A bl.a. yderligere, at det ikke var sikret ...”at de voterende i Retslægerådet har haft den nødvendige specialistviden om fod- og ankelkirurgi, og Retslægerådet har i den seneste

erklæring udtalt sig om spørgsmål, som der ikke er grundlag for i spørgeskemaet.” Under sagens behandling ved Højesteret blev der 23.06.10 stillet yderligere spørgsmål – igen med flere underspørgsmål – til rådet, som afgav udtalelse 24.02.11.

Under sagens behandling i Landsretten besvarede Retslægerådet følgende spørgsmål den 18.10.2006:

”Spørgsmål 1.

Retslægerådet bedes oplyse, om røntgenundersøgelsen den 6. juli 2000 i forhold til røntgenundersøgelsen den 30. maj 2000 viser uændrede forhold, og i benægtende fald bedes forskellene mellem de 2 undersøgelser beskrevet

Det er Retslægerådets opfattelse, at undersøgelsen den 27.05.00 (en fejl, skal rettelig være 06.07.00 – rådets tilføjelse) og den 30.05.00 viser identiske forhold.

Spørgsmål 2.

Uanset besvarelsen af spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse, om resultatet af røntgenundersøgelsen den 30. maj 2000 brude have givet anledning til overvejelser om reoperation.

Der hersker uenighed blandt de voterende, således at to af de voterende (A og B) finder, at røntgenoptagelserne af 30.05.00 viser, at ankelledet ikke er anatomisk på plads. Dette burde have medført yderligere radiologisk udred-

ning med henblik på en inkongruens i ankelledet. Først på dette tidspunkt kunne man tage stilling til en eventuel re-operation.

En voterende (C) vurderer, at resultatet af røntgenundersøgelse den 30.05.00 ikke burde have givet anledning til overvejelse om reoperation.

Spørgsmål 3.

Retslægerådet anmodes om at vurdere, om, og i givet fald på hvilket tidspunkt, der var indikation for en reoperation i form af enten en alloplastik eller en stivgørende operation.

Indikationen for en reoperation afhænger af mange forskellige ting, som må holdes sammen. I aktuelle sag finder Retslægerådet, at røntgenbillederne fra den 06.07.00 burde medføre overvejelser om den videre behandling.

Spørgsmål 4.

Svarer Retslægerådet bekræftende på spørgsmål 3 bedes Retslægerådet oplyse, hvor lang tid der i almindelighed går fra gennemførelsen af alloplastik af et højre ankelled på patienter på sagsøgerens alder med samme generelle helbredsmæssige situation som sagsøgeren, og indtil patienten er udskrevet fra operation, genoptrænet og færdigbehandlet.

Retslægerådet bedes oplyse, om der er specifikke helbredsmæssige forhold i sagsøgerens forhold, som kan begrunde, at den angivne periode forkortes eller forlænges i forhold til den af Retslægerådet angivne periode, og i

bekræftende fald hvilken indflydelse disse forhold har på den angivne periode.

Retslægerådet udtaler sig aldrig om sygemeldinger og sygeperioders længde, men man kan generelt sige, at en alloplastik i højre ankelled er 3 måneder om bare at få et rimeligt godt resultat og genoptræning, hvorimod en stivgørelsesoperation kræver mindst 6 måneders behandlingsperiode, idet der går 3 måneder, inden stivgørelsesoperationen i sig selv er helet.

Spørgsmål 5.

Patientskadeankenævnet har i afgørelsen af 30. marts 2004 jf. sagens bilag 1, side 3 næstsidste afsnit, anført følgende:

”Nævnet har herved lagt vægt på, at en normalsygeperiode på 3 måneder efter den type brud, A pådrog sig den 27. maj 2000, er almindeligt.”

Retslægerådet bedes oplyse, om Retslægerådet er enig heri.

I benægtende fald bedes Retslægerådet oplyse længden af den normalsygeperiode, der i almindelighed må forventes efter den type brud, sagsøgeren pådrog sig den 27. maj 2000 samt oplyse, om sagsøgerens alder og helbredsmæssige forhold indebærer en forlængelse/forkortelse af perioden og i bekræftende fald hvilken indflydelse disse forhold har på den angivne periode.

Retslægerådet udtaler sig aldrig om sygeperioder, men det er efter

Retslægerådets opfattelse korrekt, at en normal sygeperiode på mindst 3 måneder hos en patient i denne alder må skønnes rimelig.

Spørgsmål 6.

Patientskadeankenævnet har i afgørelsen af 30. marts 2004 jf. sagens bilag 1, side 5, tredje sidste afsnit anført følgende:

”I forbindelse med hændelsesforløbet ønsker nævnet at tilføje, at A var til afsluttende ambulante kontrol på X hospital den 13. februar 2001.”

Retslægerådet bedes oplyse, om den afsluttende ambulante kontrol med rette blev foretaget den 13. februar 2001, eller om den afsluttende ambulante kontrol burde være foretaget tidligere eller senere.

Hvis den afsluttende ambulante kontrol burde være foretaget tidligere eller senere, bedes det rette tidspunkt oplyst.

Finder Retslægerådet, at den afsluttende ambulante kontrol burde være foretaget på et andet tidspunkt end den 13. februar 2001 bedes Retslægerådet oplyse, om den omstændighed, at den afsluttende ambulante kontrol de facto blev gennemført den 13. februar 2001 helt eller delvist er årsag til sagsøgerens belastningssmerter i højre fodled og funktionsindskrænkninger (kort gangdistance) i tiden frem til operationen den 23. august 2005.

Har det lange forløb inden patienten blev opereret og isat kunstigt ankelled medvirket

til, at resultatet er blevet dårligere end ventet?

Spørgsmålet er delvist uforståeligt, men Retslægerådet må vurdere kontrolhyppigheden på X hospital som i overensstemmelse med dagens praksis.

Spørgsmål 7.

Uanset Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 bedes Retslægerådet oplyse, om sagsøgeren i forbindelse med den afsluttende ambulante kontrol den 13. februar 2001 burde være orienteret om og anbefalet et operativt indgreb i form af alloplastik eller stivgørende operation af højre ankelled.

Fodleddets beskaffenhed taget i betragtning, ville det være naturligt at orientere om de mulige behandlinger på det anførte tidspunkt.

Spørgsmål 8.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål A.

Var der efter røntgenundersøgelsen ved X hospital den 30. maj 2000 indikation for 1) en re-operation, 2) nærmere undersøgelser eller 3) anden behandling?

Der er uenighed blandt de voterende, idet to af de voterende vurderer (A og B) udtaler:

Efter gennemgang af røntgenundersøgelsen af 30.05.00 var der indikation for at tilbyde denne patient re-operation

for at sikre de bedste anatomiske muligheder for opheling (leddets normalstilling) og for at minimere risikoen for udvikling af posttraumatisk slidgigt i ankelledet.

En af de voterende (C) finder ikke, at der var indikation for yderligere tiltag.

Spørgsmål B.

Besvares spørgsmål A benægtende bedes oplyst, om der før den 6. juli 2000 var indikation for 1) en re-operation, 2) nærmere undersøgelser eller 3) anden behandling?

I henhold til de foreliggende sagsakter: Nej.

Spørgsmål C.

Var der efter resultatet af røntgenundersøgelsen den 6. juli 2000 indikation for

- 1) en reoperation,*
- 2) nærmere undersøgelser eller*
- 3) anden behandling?*

Retslægerådet vurderer, at yderligere operativ behandling iværksat den 06.07.00 kun ville have ringe udsigt til succes, idet bruskskaderne i fodledet på dette tidspunkt formentlig var irreversible.

Spørgsmål D.

I hvilket omfang må sagsøgers gener antages at hidrøre fra sædvanlige følger af et brud af den pågældende type, henholdsvis følgerne af den anerkendte patientskade?

Retslægerrådet vurderer, at grundlidel-
sen ”PE 4 - luksationsmalleolfraktur”
er hovedårsagen til sagsøgers efterføl-
gende gener.

Spørgsmål E.

*Hvor ofte er brud af den pågældende type
ledsaget af komplikationer for patienter,
uagtet at operation samt efterfølgende
behandling er udført efter anerkendte
metoder?*

Op imod 50 %, meget alvorlig slidgigt-
udvikling hos mere end 15 %.

Sagen blev på ny forelagt Retslægerå-
det i efteråret 2008, og Retslægerrådet
besvarede de supplerende spørgsmål
således:

Spørgsmål F.

*I Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål
2 er det anført, at 2. voterende finder, at
røntgenoptagelserne den 30. maj 2000 viste,
at ankelledet ikke var anatomisk på plads,
og at dette burde have medført yderligere
radiologisk udredning, idet det først på dette
tidspunkt kunne afgøres, om der skulle fore-
tages en eventuel reoperation.*

*Ved besvarelsen af A har de samme voterende
endvidere anført, at der efter gennemgang
af røntgenundersøgelsen af 30. maj 2000
var indikation for, at tilbyde sagsøgeren
reoperation for at sikre de bedste anatomiske
muligheder for ophealing og for at minimere
risikoen for udvikling af post-traumatisk
slidgigt i ankelledet.*

*Retslægerrådet bedes oplyse, om der på bag-
grund af røntgenundersøgelsen den 30. maj
2000 kun var indikation for yderligere
radiologisk udredning med henblik på ef-
terfølgende at tage stilling til en eventuel
reoperation eller om røntgenundersøgelsen
af 30. maj 2000 i sig selv gav indikation
for at tilbyde reoperation.*

Der er ikke enighed blandt de vote-
rende om besvarelsen:

To af rådets voterende (A og B) vil svare
således:

Røntgenundersøgelsen den 30.05.00
burde give anledning til overvejelser
om tilbud om re-operation som følge
af, at afstanden mellem den indvendige
ankelkno og rullebenet er noget for stor.
Imidlertid har rådet ikke det andet
ankelled til sammenligning.

Røntgenundersøgelsen den 06.07.00
viser imidlertid, at afstanden mellem
den indvendige ankelknos lednære side
og rullebenet er klart forøget.

Efter de to voterendes opfattelse burde
man på dette tidspunkt have tilbudt
patienten en re-operation.

Den 3. voterende (C) vil svare således:
At man ikke på dette tidspunkt skulle
have tilbudt re-operation og henviser til
tidligere svar på spørgsmålene 2 og A.

Den sidste voterende (D) har alene vur-
deret det billeddiagnostiske materiale.

Spørgsmål G.

Retslægerådet blev i spørgsmål 3 anmodet om at vurdere, hvornår der var indikation for en re-operation i form af enten en alloplastik eller en stivgørende operation. Heroverfor har Retslægerådet bl.a. svaret, at røntgenbillederne fra den 6. juli 2000 burde medføre overvejelser om den videre behandling.

I spørgsmål C har Retslægerådet videre svaret, at yderligere operativ behandling iværksat den 6. juli 2000 kun ville have haft ringe udsigt til succes, idet bruskskaderne i fodledet på dette tidspunkt formentlig var irreversible.

Retslægerådet bedes uddybe besvarelsen af spørgsmål 3 og spørgsmål C og herunder oplyse, hvilken behandling der fra den 6. juli 2000 kunne anses for relevant.

Spørgsmålet er generelt. Retslægerådet tilkendegiver med svaret på spørgsmål 3 og spørgsmål C, at rådet ikke finder indikation for operativ behandling, eller at operativ behandling ville have tvivlsomme udsigter og betydelig risiko for alvorlige komplikationer på dette tidspunkt i forløbet (06.07.07).

Spørgsmål H.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 1.1.

Retslægerådet har ikke svaret på spørgsmål 1.

Retslægerådet har som svar på spørgsmål 1 anført, at røntgenundersøgelserne den 27. maj 2000 og den 30. maj 2000 viser identiske forhold.

Retslægerådet blev bedt om at sammenligne røntgenundersøgelserne den 6. juli 2000 og den 30. maj 2000.

Spørgsmål 1 bedes besvaret.

Sammenlignet med røntgenfotos den 30.05.00 viser fotos den 06.07.00 breddeøgning af fodledsgaflen med forskydning af springbensknoglen i gaflen (subluksation).

Spørgsmål 6.1.

I Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 er anført, at Retslægerådet ikke forstår spørgsmålet.

Spørgsmål 6.1 er et forsøg på at formulere, hvad der var tilsigtet med spørgsmål 6, men formuleret på en måde, så jeg håber Retslægerådet forstår spørgsmålet.

Finder Retslægerådet, at status vedrørende højre ankel ved den afsluttende ambulante kontrol den 13. februar 2001 var af en sådan art, at optimal lægelig behandling på dette tidspunkt ville være enten alloplastik eller stivgørende operation?

Der er ved afslutningen den 13.02.01 ikke indikation hverken for alloplastik eller en stivgørende operation. Indikationen for disse indgreb vil være tiltagende fejlstilling, stærke

smarter og en svært nedsat gangfunktion.

Det er således for tidligt 8 måneder efter en operation at foretage en re-operation i form af en alloplastik eller en stivgørelse.

Ud fra speciallægeerklæringerne er der heller ikke indikation for dette på det daværende tidspunkt.

Spørgsmål 6.2.

Sagsøgeren fik på XX- Hospital den 23. august 2005 indopereret et kunstigt højre ankelled.

Ved en benægtende besvarelse af spørgsmål 6.1 bedes Retslægerådet oplyse, herunder på baggrund af de lægelige akter vedrørende sagsøgeren for perioden fra den afsluttende ambulante kontrol den 13. februar 2001 og indtil operationen den 23. august 2005, hvad der var årsagen til, at sagsøgeren på sidstnævnte dato fik indopereret et kunstigt ankelled.

Retslægerådet bedes i den forbindelse tage stilling til, om det er overvejende sandsynligt, at operationen den 23. august 2005 måtte gennemføres, fordi operationen den 27. maj 2000 af bruddet i anklen ifølge røntgenundersøgelsen den 30. maj 2000 viste, at ankelledet ikke var anatomisk på plads (Retslægerådets (flertallets) besvarelse af spørgsmål 2) og/eller fordi røntgenbillederne fra den 6. juli 2000 viste forhold, som burde have medført overvejelser om den videre behandling

(Retslægerådets enstemmige besvarelse af spørgsmål 3).

Sagsøger fik den 23.08.05 indopereret et kunstigt, højresidigt ankelled.

Det er Retslægerådets opfattelse, at operationen var velindiceret og skyldes slidgigtsudvikling i ankelledet.

Hvorvidt denne slidgigtsudvikling skyldes den primære skade, eller hvorvidt den skyldes den knapt optimale ledkongruens kan ikke besvares, men formentlig en kombination. Retslægerådet vurderer dog, at grundlidelsen (svært forskudt ankelbrud) er hovedårsagen.

Spørgsmål 6.3.

Retslægerådet anfører ved besvarelsen af spørgsmål C, at yderligere operativbehandling iværksat den 6. juli 2000 kun ville have ringe udsigt til succes, idet bruskskaderne i fodledet på dette tidspunkt formentlig var irreversible.

Retslægerådet anfører ved besvarelsen af spørgsmål D, at grundlidelsen "PE4 - luk-sationsmalleolfraktur" er hovedårsagen til sagsøgers efterfølgende gener.

Retslægerådet bedes oplyse, om de den 6. juli 2000 konstaterede og formentlig irreversible bruskskader i fodledet samt ankelledets status generelt på dette tidspunkt kunne være afhjulpet operativt ved enten alloplastik eller stivgøring af ankelledet og i bekræftende fald, om dette helt eller delvist ville have forhindret sagsøgers efterfølgende gener.

Spørgsmålet er hypotetisk og besvares ikke af Retslægerådet.

Spørgsmål 9.

Der foreligger røntgenbilleder fra 2. september 2003 af både højre knæled og højre hoftelæde med venstre knæ- og hoftelæde til sammenligning. Der er endvidere taget røntgenbilleder af begge hoftelæde den 5. december 2007.

I anledning af disse røntgenbilleder bedes Retslægerådet besvare følgende yderligere (nye) spørgsmål:

Viser røntgenbillederne af højre hoftelæde tiltagende slidgigt fra 2003 til 2007, og i bekræftende fald er forandringerne betydeligt mere udtalte på højre side end på venstre side?

Ved en bekræftende besvarelse bedes Retslægerådet oplyse, om de på højre side mere udtalte slidgigtforandringer med overvejende sandsynlighed kan tilskrives fejlbelastning på grund af højre ankels status fra røntgenundersøgelsen den 6. juli 2000 og indtil røntgenoptagelserne fra 5. december 2007.

Spørgsmål 9.1.

Viser røntgenbillederne fra 2. september 2003 af højre knæled, at der er slidgigt svarende til slidgigtforandringer med overvejende sandsynlighed kan tilskrives fejlbelastning på grund af højre ankels status fra røntgenundersøgelsen den 6. juli 2000 og indtil røntgenoptagelserne 2. september 2003.

Ad spørgsmål 9 og 9.1:

Det er Retslægerådets opfattelse, at sagsøgers degenerative forandringer i de øvrige store led i begge underextremiteter ikke har relevans for sagen, og således ikke skyldes det højresidige ankelbrud.

Spørgsmål 10.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Retslægerådet besvarede den 24.02.11 – sagen modtaget 23.06.10 – følgende spørgsmål fra Højesteret:

Spørgsmål 1:

Der hersker blandt lægerne forskellig opfattelse af, hvilken kategori det ankelbrud, jeg pådrog mig den 27. maj 2000, hører ind under.

Lægernes prognoser: PU-4, PE-3, trimalleolar, PE-4 luksationsmalleol fraktur og pilon fraktur.

Kan Retslægerådet ved hjælp af vedlagte papirkopi affodledet, som det så ud i 2003, og ved hjælp af de bilag, der ligger i sagens akter, kategorisere ankelbruddet korrekt, ledsaget af en beskrivelse?

Det drejer sig om en i henhold til Lauge Hansens klassifikation af ankelledsbrud pronations-/eversionsfraktur stadium IV (PE-4) med brud i

lægbensknoqlen oven over ankelleds-niveau samt enten brud i indvendige ankelkno eller som i det aktuelle tilfælde overrivning af det indvendige sideledbåndskompleks (ligamentum deltoideum). I de fleste tilfælde er der desuden et større eller mindre brud i bagkanten af skinnebensknoqlen helt nede ved ankelledet og i aktuelle tilfælde havde bruddet medført skred i ankelledet, hvorfor Retslægerådet har kaldt det en luksationsfraktur.

Allerede på de primære røntgenbilleder kan man se, at der i den ankelledsnære del af skinnebensknoqlen er en sammentrykning af ledbrusk og lednære knogle svarende til den laterale del af ankelledet. Der er således tale om PE-4-fraktur, dog med en ret stor brusk- og knogleskade i den udvendige, centrale del af ankelledet.

Spørgsmål 2:

I Retslægerådets svar af 17. marts 2008 på spørgsmål 1 og 2, hedder det:

1. citat, ”Det er Retslægerådets opfattelse, at undersøgelsen den 27.05.00 og den 30.05.00 viser identiske forhold”. citat slut, og

2. citat, ”Der hersker uenighed blandt de voterende, således at to af de voterende (A og B) finder, at røntgenoptagelserne af 30.05.00 viser, at ankelledet ikke er anatomisk på plads. Dette burde have medført yderligere radiologisk udredning med henblik på en inkongruens i ankelledet. Først på dette tidspunkt kunne man tage stilling

til en eventuel reoperation” citat slut.

Retslægerådet har i svaret af 4. juni 2009 videre anført, citat ”Sammenlignet med røntgenfotos den 30.05.00 viser fotos den 06.07.00 breddeøgning af fodledsgaflen med forskydning af springbensknoglen i gaflen (subluksation)” citat slut.

Retslægerådet anmodes på denne baggrund om at oplyse:

1. hvordan et ustabil brud skulle have været behandlet, hvis operationen skulle have levet op til almindelig anerkendt specialiststandard, og

2. hvordan lægerne ville kunne stabilisere leddet ved en reoperation den 30.05.2000 eller den 06.07.2000.

Den på X hospital udførte operation blev udført i henhold til alment anerkendt lægefaglig standard. Det på røntgenfotos den 06.07.00 påviste skred med breddeøgning af fodledsgaflen kunne sandsynligvis på dette tidspunkt være genopereret med genopretning og stabilisering af de anatomiske forhold i fodledsgaflen, men de to væsentligste problemer på dette tidspunkt var, at den for fodleddets fremtidige funktion vigtigste faktor nemlig kvaliteten af ledbrusken med meget stor sandsynlighed på dette tidspunkt allerede var ødelagt, hvilket hovedsagligt var sket i ulykkesøjeblikket og ikke kunne genetableres. Den anden vigtige faktor er, at gentagne store operationer på nyligt stærkt traumatiserede ledflader, bløddede og

knogler medfører en betydeligt øget risiko for yderligere vævsødelæggelse og en betydeligt øget risiko for komplicering i form af bakteriel infektion. Disse forhold er baggrunden for C's dissens i den tidligere besvarelse af spørgsmål 2, spørgsmål A og spørgsmål F.

Spørgsmål 3:

Retslægerådets dissenterende (C), vurderer, at citat "resultatet af røntgenundersøgelse den 30.05.00 ikke burde have givet anledning til overvejelse om reoperation." citat slut.

Den dissenterende overlæge bedes uddybende oplyse på hvilken måde ankelbruddet efter hans opfattelse burde have været håndteret og baggrunden herfor.

Der henvises til svaret på spørgsmål 2.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ved ustabile brud opstår bløddelsskader og i bekræftende fald oplyse, hvorledes disse bløddelsskader bedst kommer sig, og hvad der skal gøres ved et brækket fodled for at hindre varige skader.

Ved alle brud opstår der skader i de omkringliggende bløddele, og ved et voldsomt ankelledsbrud som det aktuelle er skaderne på ledkapsel, ledbånd, blodårer og underhud meget udtalte. Størst chance for bedst mulig opheling af disse bløddelsskader opnås ved hurtigst mulig påpladssætning og vedligeholdelse af bedst opnåelige anatomiske stilling i brud og i ledscred

ledsaget af komprimerende forbindelse og elevation af den skadede legemsdel. Et ledbrud som det aktuelle vil stort set altid efterlade sig større eller mindre varige skader på ledbrusk, omgivne bløddele især blodforsyningen til det beskadigede væv samt generende arvævsdannelse og ofte varig knogleleskade. For at reducere disse skader og gener mest muligt er det ligeledes vigtigt hurtigst muligt at genoprette bedst mulig anatomisk stilling i knogler, ledflader og led samt hæmme udviklingen af omgivne bløddelsskader mest muligt ved komprimerende bandage og høj elevation.

Spørgsmål 5:

I svaret til spørgsmål D konkluderer Retslægerådet, at det er grundlidelsen, der er årsag til mine gener. Det har Retslægerådet ret i, men det er kun fordi, der aldrig blev gjort noget ved bruddet i ankelledet, og da fibia samtidig var blevet for kort, efter at bruddet her operativt var sat sammen med skruer og skinne, måtte jeg gå på et brækket fodled i 5 år.

Retslægerådet bedes derfor oplyse, om man stadig har den opfattelse, at grundlidelsen er årsag/eneste årsag til 10 år i smertehelvede?

Se i øvrigt Retslægerådets besvarelser af spørgsmålene 1, 1.1 og 2.

Retslægerådet har svært ved at definere, hvad et smertehelvede er. Imidlertid står det klart, at grundlidelsen, det vil sige det primære brud, er af sådan

karakter, at ankelleddets funktion vil være stærkt lidende.

Ud fra de primære røntgenbilleder er det ikke på nogen måde mærkværdigt, at appellanten får mange smerter. Ledfladen i den yderste 1/3 af leddet mellem rulleben og underben udvendigt i ankelleddet er allerede på skadetidspunktet noget deprimeret, og der er således tale om en større bruskskade.

Spørgsmål 6:

Fodledet kollapsede, da syndesmoseskruen blev fjernet efter 9 uger, og da var hverken bruddet i fibula eller ledbåndene helet.

Retslægerådet bedes oplyse, om det var for-svarligt, at jeg uden professionel vejledning fik lov til at støtte fuldt ud på et fodled, der ikke var helet.

Retslægerådet svarer den 4. juni 2009 på spørgsmål 6.1, at der ikke var indikation for alloplastik eller stivgørende operation, idet der skal være tiltagende fejlstilling, stærke smerter og en svært nedsat gangfunktion, og at det er for tidligt 8 måneder efter en operation at foretage en sådan.

Retslægerådet udtaler sig her om mit helbred februar 2001 uden at have kendskab til min svært nedsatte gangfunktion, den skæve fodledsgaffel og mine uudholdelige smerter. (Se vedlagte scanningsresultat fra 2005).

Retslægerådet udtaler endvidere, at det er

for tidligt at foretage alloplastik eller stivgørende operation den 13. februar 2001.

Retslægerådet bedes oplyse,

1. om en operation i nødstilfælde kunne have været foretaget på dette tidspunkt, når man tager i betragtning, at brusken fjernes ved operationen, og

2. i modsat fald oplyse om hvilken behandling, der skulle have været iværksat den 13. februar 2001 for at rette op på det skæve fodled, den ødelagte brusk og de manglende ledbånd, så jeg kunne blive fri for de mange smerter.

Ud fra de foreliggende røntgenbilleder og det efter ulykkestilfældet forløbne tidsrum skønnede behandlende læge på X hospital, at belastning af fodledet var forsvarligt. Ud fra de symptomer og objektive fund beskrevet i de lægelige akter 8 måneder efter ulykkestilfældet var der efter Retslægerådets vurdering ikke indikation for ankelalloplastik eller stivgørende operation på dette tidspunkt, men i stedet videre optræning i form af bevægeøvelser, gangøvelser, styrketræning og koordinationstræning af muskulatur suppleret med støttende bandagering af ankelleddet.

Spørgsmål 7:

I spørgsmål 6.2 svarer Retslægerådet, at det var velindiceret at indoperere en kunstig ankel den 23. august 2005 pga. slidgigt i anklen.

Det var ikke den eneste grund. Operationen var nødvendig, fordi det skæve fodled gjorde, at jeg gik på indersiden af foden.

Retslægerådet skulle tage stilling til, hvorvidt slidgigtudviklingen skyldes den primære skade, eller hvorvidt den skyldes den knapt optimale ledkongruens. Retslægerådet skriver, at spørgsmålet ikke kan besvares, men formentlig en kombination. Retslægerådet vurderer dog, at grundlidelsen (svært forskudt ankelbrud) er hovedårsagen.

Retslægerådet bedes forklare, hvorfor man alligevel besvarer et spørgsmål, der ikke kan besvares, oven i købet på et forkert grundlag, da Retslægerådet i svarene 1, 1.1 og 2 konstaterer, at operationen var udført på en sådan måde, at den ikke levede op til almindelig anerkendt specialiststandard. (jf. Patientforsikringsloven).

Vil Retslægerådet uddybe, hvorfor man mener, at den utilstrækkelige håndtering af mit ankelbrud ikke har været eneste årsag/en væsentlig medvirkende årsag til, at jeg har fået en utrolig dårlig livskvalitet?

Retslægerådet svarer ikke på hypotetiske spørgsmål.

Retslægerådet bedes derfor forklare, hvorfor man så bruger ordet "formentlig", et ord som udtrykker stor usikkerhed.

Retslægerådet skal pointere, at operationen den 27.05.00 på X hospital blev udført i henhold til almindeligt anerkendt lægefaglig standard, og det

er stadigvæk Retslægerådets vurdering, at den overvejende årsag til de opståede varige gener er grundlidelsen, nemlig et alvorligt ankelledsbrud. Retslægerådet er enig i, at ordet "formentlig" udtrykker usikkerhed.

Spørgsmål 8:

I svaret vedrørende spørgsmålene 9 og 9.1 skriver Retslægerådet, citat, "Det er Retslægerådets opfattelse, at sagsogers degenerative forandringer i øvrige led i begge underekstremiteterne ikke har relevans for sagen, og således ikke skyldes det højresidige ankelbrud." citat slut.

Jeg forstår ikke, at Retslægerådet kan mene, at så mange år med svært ganghandicap og ulidelige smerter ikke har indvirkning på kroppens andre led, muskler, sener, psyke og kredsløb. For mig har disse daglige gener betydelig relevans for sagen. Sygeperioden skulle under normale forhold vare 3 måneder, nu har den været i 10 år.

Jeg beder Retslægerådet om at forelægge dette spørgsmål for læger, hvis speciale dækker ovennævnte områder.

Det er omdiskuteret, om et stærkt ændret gangmønster kan medføre slidgigtudvikling i et i forvejen "rask" led i samsidige eller modsidige ben, men under alle omstændigheder skal et sådant ændret gangmønster være meget udtalt og strække sig over mange år, før en sådan sammenhæng kan være mulig. Retslægerådet skal her gøre opmærksom på, at der ca. 1½ år

efter ulykkestilfældet røntgenologisk blev påvist slidgigtforandringer i begge hofterled og begyndende forandringer i højre knæled, samt at sådanne forandringer er ganske almindelige hos personer i appellantens alder.

Degenerative forhold, det vil sige slidgigt, opstået inden for få år efter en skade i et andet af ekstremitetens led, kan ikke anses for at være en følge af ledskaden.

Spørgsmål 9:

I svaret på Kammeradvokatens spørgsmål E citat "Hvor ofte er brud af den pågældende type ledsaget af komplikationer for patienter, uagtet at operation samt efterfølgende behandling er udført efter anerkendte metoder." citat slut skriver Retslægerådet citat "Op imod 50 %, meget alvorlig slidgigtudvikling hos mere end 15 %.

1. Kan Retslægerådet oplyse mig om, hvor mange patienter, der er blevet fejlopereret inden for de sidste 10 år, fordi operation og efterbehandling som i mit tilfælde absolut ikke levede op til almindelig anerkendt specialiststandard?

2. Hvorfor syr/fæstner man ikke automatisk sprængte ledbånd, som på grund af langvarige hævelser og blodninger aldrig vil kunne hele?

3. Hvordan kan leddet holdes på plads, når der ikke er nogen intakte ledbånd?

4. Er det rigtigt, som en lægekonsulent

udtaler, at man ikke syr ledbånd, da de er en integreret del af ledkapslen?

Ad 9.1. Retslægerådet er ikke enig i, at operation og efterbehandling ikke har levet op til almindelig anerkendt lægefaglig standard. Det drejer sig om et svært ankelbrud, hvor det sene, funktionelle resultat meget tit giver anledning til stivgørelsesoperationer og ledudskiftninger som følge af de subjektive gener.

Ad 9.2. Fordi dette ikke giver bedre resultater end bandagering uden at sy, men tværtimod øger risikoen for alvorlige komplikationer.

Ad 9.3. Leddet holdes på plads af ikke-ødelagte ledbånd samt omgivende sener, muskler og udvendig bandage. Det indsatte metal vil også bidrage til at fastholde en påpladssætning af et led, der er forskudt.

Ad 9.4. Sammensyning af ledbåndene i ankelledets kapsel er generelt ikke muligt. Det drejer sig om en voldsom udrift, og ledbåndene har karakter af helt uelastiske strukturer. En sammensyning vil således ikke medføre andet end unødvendige fremmedlegemer samt en helt unødvendig bløddelsskade i det dybe væv omkring ankelledet.

Ledbåndet, der løber helt fri af leddet, kan isoleret set syes, men dette er ikke tilfældet i ankelledet."

Under sagens behandling i Højesteret afviste retten skadeslidtes anmodning om, at sagen på ny blev forelagt Retslægerådet med inddragelse af andre og nye sagkyndige end de, der allerede havde afgivet votum, ligesom en anmodning om at inddrage ny speciallægeerklæring blev afvist. Højesteret henviste til, at A ikke havde anført omstændigheder, der gav grundlag for at antage, at de medlemmer af Retslægerådet, som afgav udtalelsen den 24.02.11, var inhabile eller inkompetente, og under henvisning til, at speciallægeerklæringen var ensidigt indhentet af A.

Højesteret stadfæstede 22.12.11 landsrettens dom med følgende begrundelse: A har krav på erstatning som følge af en anerkendt patientskade. Patientskaden består ifølge Patientskadeankenævnets afgørelse i, at A den 30. maj 2000 burde være tilbudt re-operation, da røntgenoptagelser denne dag viste, at ankelledet ikke anatomisk var på plads.

Retslægerådet har i erklæring af 24. februar 2011 på ny udtalt, at den overvejende årsag til de opståede varige gener er grundlidelsen, et alvorligt ankelledsbrud.

Af de grunde, der er anført af landsretten, og da det, der er fremkommet for Højesteret bestyrker resultatet, tiltræder Højesteret, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering, hvorefter

det varige mén efter patientskaden udgør 10 %, og hvorefter stationærtidspunktet for patientskaden er fastsat til 13. februar 2001.

A fik ved Patientskadeforsikringens afgørelse af 28. maj 2003 anerkendt, at hun var påført en patientskade, og hun fik tilkendt godtgørelse for varigt mén på 5 % og for svie og smerte Ved Patientskadeankenævnets afgørelse af 30. marts 2004 blev méngraden som følge af patientskaden forhøjet til 10 %. Den senere behandling af sagen ved domstolene, der blev indledt ved A's indlevering af stævning til landsretten den 30. september 2004, har angået A's påstande om en yderligere forhøjelse af méngraden, i landsretten til 25 % og i Højesteret til 30 %, og om en ændring af stationærtidspunktet.

A fandt det under domstolsbehandlingen nødvendigt, at sagen fra både landsret og Højesteret blev forelagt for Retslægerådet. Sagsforberedelsen ved domstolene blev endvidere forlænget af en række anmodninger fra A om yderligere bevisførelse og om udsættelser af sagen med henblik herpå. Den lange sagsbehandlingstid ved Retslægerådet må antages at skyldes de mange spørgsmål og det forhold, at Retslægerådets sagkyndige var uenige på et centralt punkt. Der foreligger ikke oplysninger om, at der har været inaktive perioder under sagsbehandlingen.

Efter en samlet bedømmelse af sagens

forløb og kompleksitet og under hensyn til, at sagen angår en forhøjelse af den allerede tilkendte godtgørelse, finder Højesteret ikke grundlag for at fastslå, at sagen har haft en varighed, der krænker A's ret til rettergang inden for en rimelig tid.

Der er ikke grundlag for at antage, at de voterende i Retslægerådet ikke har haft den nødvendige lægefaglige viden til at kunne besvare de stillede spørgsmål. Endvidere må beslutningerne om ikke at tillade A at indhente yderligere udtalelser anses for at være truffet efter en vurdering af, at en sådan bevisførelse ikke ville have betydning for sagens afgørelse. Højesteret finder derfor, at der heller ikke herved er sket en krænkelse af menneskerettighedskonventionens artikel 6, stk. 1.

Højesteret stadfæster herefter dommen og tager Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse vedrørende påstand 3 til følge.

Thi kendes for ret:

Landsrettens dom stadfæstes, og Patientskadeankenævnet frifindes for påstanden om krænkelse af artikel 6 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.”

Kommentar

Denne sag belyser Retslægerådets arbejdsgange og funktion på en række områder. Det er rådets formand (formandskab, dvs. formanden og de to

næstformænd), der udpeger de voterende. Som det fremgår af årsberetningerne fra de senere år, anvender rådet ca. 175 sagkyndige fra lægevidenskabens talrige ekspertområder, subspecialer mv., og de sagkyndige udpeges efter de konkrete sagers karakter. Såfremt det er nødvendigt, kontakter formandskabet rådets øvrige medlemmer, andre eksperter eller andre med henblik på at udpege de bedst kvalificerede voterende i en konkret sag. (Se nærmere årsberetningen 2003-2005, s. 67 ff.). Højesteret afviste A's udokumenterede påstand om, at de voterende i sagen dels var inkompetente, dels var inhabile. Rådet er meget opmærksomt på spørgsmålet om inhabilitet, således som det fremgår af en artikel i årsberetningerne 2003-2005, s. 73 ff. og 2006, s. 31 ff. Som et kuriosum kan nævnes, at en af de først udpegede sagkyndige oplyste, at han tidligere havde haft en perifer forbindelse med sagen og derfor anså sig for inhabil. Formanden udpegede herefter en anden.

Sager af den her omtalte karakter behandles normalt af tre voterende. Første voterende vil være en røntgenlæge med særlig indsigt i lidelser i knogler og led (muskuloskeletale lidelser) og de to øvrige ortopædkirurger med særlig indsigt i den konkrete ortopædkirurgiske problemstilling. I særlig komplicerede sager kan en fjerde voterende om nødvendigt inddrages, hvilket skete i denne sag efter forslag fra de to førstudpegede ortopædkirurger.

Flere af de stillede spørgsmål i de omfattende fremsendte spørgetemaer var af hypotetisk karakter, og den type spørgsmål undlader Retslægerrådet som udgangspunkt at bevare, ligesom rådet normalt ikke besvarer generelle spørgsmål. Såfremt besvarelsen af sådanne spørgsmål kan bidrage til belysning af den konkrete sag, kan rådet dog undtagelsesvis komme med en tilkendegivelse, således som det også ses af denne sag (Se også s.37 ff i denne årsberetning). Derimod udtaler rådet sig aldrig om begrebet ”specialiststandard” (sp. 2 i spørgetema fremsendt fra Højesteret), som er en politisk/juridisk konstruktion, ikke et veldefineret lægevidenskabeligt begreb (årsberetningen 2006, s. 63 ff.).

Retslægerrådets opgave er at afgive lægevidenskabelige (og farmaceutiske) skøn. Rådet tilstræber selv sagt, at de udtalelser, rådet afgiver, er evidensbaserede, dvs. bygger på den generelt accepterede videnskabelige viden. Det følger heraf, at rådets udtalelser om et givent lægevidenskabeligt spørgsmål over tid kan ændre sig, såfremt den videnskabelige evidens som følge af ny forskning ændrer sig. Et eksempel herpå er ”Retslægerrådets grundlag ved foretagelse af aldersvurdering”, Årsberetningen 2011, s. 29 ff. En ændret opfattelse vil imidlertid oftest vise sig gradvist, efterhånden som den nye videnskabelige erkendelse bliver stadigt mere sikker (Årsberetningen 2011, s. 50). Det skal bemærkes, at rådet stadig

kan formå landets bedste eksperter, som netop følger den videnskabelige udvikling inden for deres område, til at deltage i Retslægerrådets sagsbehandling.

Men undertiden rækker den videnskabelige evidens ikke, og dissens i denne sag er et eksempel herpå. De tre ortopædkirurgisk voterende var enige på stort set alle punkter, herunder ikke mindst ...”at den overvejende årsag til de opståede gener er grundlidelsen, nemlig et alvorligt ankelledsbrud”. Uenigheden drejede sig om, hvorvidt en røntgenkontrolundersøgelse, foretaget nogle få uger efter den første operation, burde have givet anledning til supplerende undersøgelser, eventuelt et tilbud om reoperation. Sagen, inklusive røntgenbillederne, blev flere gange sendt til de voterende, der skriftligt gav udtryk for deres synspunkter. Der var enighed om, at reoperation ville medføre en betydelig risiko – jf. besvarelsen af spørgsmål i spørgetemaet fra Højesteret – men to voterende skønnede alligevel, at reoperation burde være overvejet, mens en ikke kunne anbefale dette. De tre ortopædkirurgisk voterende havde en fælles evidens om risiko for komplikationer, men baseret på erfaring – og et skøn er jo erfaringsbaseret – delte de sagkyndige sig i et flertal og et mindretal (Se også s.23 ff. i denne årsberetning).

Endelig om sagsbehandlingstiden – et tema, som er behandlet flere gange i

årsberetningerne for de senere år, senest i et svar til Folketingets Retsudvalg (Årsberetningen 2011, s. 19 ff.). I denne sag var nettosagsbehandlingstiden ved første fremsendelse ganske langvarig – ca. 16 måneder. Årsagen var naturligvis – som også Højesteret bemærkede – de mange spørgsmål og især den omfattende drøftelse mellem fire – og ikke som normalt tre – sagkyndige af spørgsmålet om eventuel reoperation. Ved de to følgende forelæggelser for rådet var sagsbehandlingstiden ca. otte

måneder hver gang, dvs. et par måneder over den mediane sagsbehandlingstid for denne sagstype. Årsagen til den lidt længere end gennemsnitlige sagsbehandlingstid i disse to tilfælde er de omfattende spørgetemaer. Den samlede sagsbehandlingstid i Retslægerådet var således ca. 32 måneder, og det fandt Højesteret ikke anledning til at kritisere. Sagsbehandlingstiden i Retslægerådet skal selvsagt også ses i lyset af den samlede sagsbehandlingstid ved domstolene, som var ca. syv år.

Aspergers syndrom og børnepornografi – kriminalitet effektivt modvirket af psykiatrisk behandling

J var en 35-årig mand med Aspergers syndrom, der tidligere flere gange var dømt for besiddelse og distribution af store mængder børnepornografisk materiale. Han var nu sigtet for ligesagt kriminalitet og erkendte sig skyldig. J, som var blevet mentalundersøgt to gange tidligere, blev igen undersøgt i anledning af aktuelle sigtelse. Alle tre undersøgelser konkluderede, at J led af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, en tilstand af varierende sværhedsgrad fra infantil autisme over Aspergers syndrom til måske betydningsløse personlighedstræk. Ved den anden mentalundersøgelse stillede overlægen diagnosen infantil autisme og fandt J omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Ved den første og tredje mentalundersøgelse blev J diagnosticeret som lidende af Aspergers syndrom og omfattet af straffelovens § 69. Den vurdering tilsluttede Retslægerådet sig. Den strafferetlige placering af disse tilstande under § 16, stk. 1, eller under § 69 beror på en konkret klinisk vurdering. J havde i flere år været undergivet en foranstaltningsdom, og i den periode recidiverede han ikke til at beskæftige sig med børnepornografi. På trods af omfattende sociale støtteforanstaltninger recidiverede han til ligesagt kriminalitet få måneder efter foranstaltningsdommen var ophævet. Retslægerådet anbefalede i overensstemmelse med den mentalundersøgende overlæge en dom til ambulante psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og indlæggelsesmulighed, hvilket også blev resultatet (j.nr. 10A/A1-03345-2012).

J er en 35-årig ugift mand, diagnosticeret med en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, Aspergers syndrom, der var sigtet for – og senere blev dømt for – besiddelse af store mængder børnepornografisk materiale, såvel billeder som film, distribution af børnepornografisk materiale og for blufærdighedskrænkelser i få tilfælde ved foran et web-kamera at have blottet sig og onaneret, idet han forestillede sig, at han blev set af små piger. Han erkendte sig skyldig.

J var flere gange tidligere dømt for ligesagt kriminalitet. Han blev således i 1996 idømt en bødestraf for at tilegne sig fire pigebadedragter og fire par pigetrusser. Et par år senere blev han for besiddelse af børnepornografisk materiale ligeledes idømt en bødestraf.

J blev i 2004 dømt til ambulante psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse for besiddelse af over 4.000 billeder og 15 videoklip med børnepornografisk

indhold samt for at have gjort brug af falsk straffeattest i forbindelse med ansættelse som pædagogmedhjælper.

Et par år senere blev dommen skærpet til en dom til behandling mv., efter at J på ny var fundet skyldig i besiddelse (ca. 10.000 billeder) og distribution (ca. 2.500 billeder) af børnepornografi.

Denne dom blev ophævet i 2010, og i månederne efter begik J altså omfattende ligeartet kriminalitet.

J var mentalundersøgt i 2003, og der blev udarbejdet en supplerende erklæring i 2006, (hvor foranstaltningsdommen blev skærpet). I anledning af de aktuelle sigtelser blev han igen mentalundersøgt. Samlet fremgår, at J var opvokset under gode og velordnede forhold. Forældrene blev skilt, da J var ca. 2-3 år gammel, men moderen giftede sig igen efter et par år, og J opfattede stedfaderen som sin far. De økonomiske forhold i barndomshjemmet var gode, familien boede i eget hus, og forældrene tog sig meget af J, som var enebarn, men (sted) faderen havde et par ældre sørbørn, som J også havde et godt forhold til. J havde 10 års skolegang. Han havde ingen faglige problemer, men han var jævnligt skydeskive for kammeraternes drillerier og kunne hårdt presset reagere med raserianfald, hvor han smed med møblerne. Han gik derfor i specialklasse i 6. og 7. skoleår. Han havde forsøgt at uddanne sig som skovarbejder og senere som gartner med

speciale som naturvejleder. Han synes ikke at have fuldført en uddannelse, og hans tilknytning til arbejdsmarkedet har i det væsentlige bestået i kommunale projekter. På tidspunktet for den seneste mentalundersøgelse (2012) havde han "sæsonarbejde" ved et gartneri.

J flyttede på værelse ca. 19 år gammel. Han var flyttet noget rundt, blandt andet havde han i en periode boet på en af Kriminalforsorgens pensioner, han havde boet i kommunale boliger for unge med problemer, og de sidste syv år på en institution for personer med autismedforstyrrelser.

J havde altid været ensom. Han havde en enkelt ven (som også blev mobbet) i skolen, og i årenes løb havde han haft en vis, overfladisk kontakt med de mennesker, der boede på de institutioner mv., hvor J selv havde haft ophold. Han var ugift, han havde aldrig haft en veninde, og han havde aldrig haft et seksuelt forhold. Han beskrev sig selv som "en enspænder", og ved alle tre mentalundersøgelser forklarede han – ret enslydende – hvordan han ønskede at etablere et forhold, også seksuelt, til en voksen kvinde, men at han blev genert og forvirret, når han var sammen med voksne, især kvinder. På den institution, hvor han nu boede, havde han øvet rollespil med personalet – og det gik nogenlunde – men han tvivlede på, at det ville hjælpe ham i praksis.

J brød sig ikke om at være sammen

med mange mennesker, og han gik derfor ikke ”i byen”, men opholdt sig hovedsageligt i sin bolig, hvor han sad ved computeren, eller gik ture i naturen, som han var meget optaget af. Han drak stort set aldrig alkohol, og han havde aldrig prøvet euforiserende stoffer, herunder hash. Han havde altid været legemligt rask.

J mente sådan set ikke, han havde psykiske problemer. Han havde aldrig frembudt psykotiske symptomer, han kendte ikke til hverken diffus ængstelse eller egentlige angstanfald, ligesom han overbevisende benægtede tvangstanker eller -handlinger. Han var nok ensom, men uden at han af den grund var deprimeret, endside havde haft selvmordstanker, og han havde aldrig oplevet egentlige stemningssvingninger. Han vidste, at forældrene havde været bekymret for ham, da han var barn, og havde konsulteret flere psykologer og psykiatere, men han huskede ikke noget om eventuel behandling.

J havde erkendt alle de forhold, han var blevet dømt for. Ved alle tre mentalundersøgelser forklarede han – igen ret enslydende – at han ”tændte på” piger i alderen 5-10 år – de måtte ikke være i begyndende pubertet. Han var klar over, at det var ulovligt at besidde og distribuere børnepornografi, og ind imellem tænkte han på, at det var synd for de børn, det var gået ud over, men ”sket er sket”, og han forvoldte jo ikke yderligere skade ved at se på billederne

eller filmene. Han var overbevist om, at han var heteroseksuel. Han havde onaneret to til tre gange om ugen fra 12-13-års-alderen og kunne blive stimuleret af pornografisk materiale med voksne, men ikke på samme måde som af børnepornografisk materiale. Han benægtede vedvarende interesse for f.eks. sex med dyr, voldelig sex mv.

Ved den sidste mentalundersøgelse (2012) angav han, at nu skulle det være slut. Han havde ingen computer mere, og hans nye mobiltelefon havde ikke adgang til internettet. Samtidig angav han at være motiveret for sexologisk behandling for at holde sig ”på den rigtige side”.

Ved den første mentalundersøgelse (2003) blev J blandt andet beskrevet således: ”Den formelle kontakt er tilstrækkelig, om end observanden er udpræget konkret tænkende og persevererende. Han lægger vægt på en overdreven korrekt beskrivelse af alle detaljer og kan derved virke omstændelig og rigid. Han er overdrevent venlig og imødekommende. Den emotionelle kontakt er dårlig på den måde, at man ikke får indtryk af en gensidighed. Observanden er glad for at beskrive detaljer, men mangler overblik og hans sociale forståelse forekommer ”teoretisk”, uden at han kan omsætte den i praksis. Han er i starten dækkende, når de påsigtede forhold omtales, men fremtræder i øvrigt åbenhjertig. Observanden taler i et unormalt højt og skingert toneleje.”

Erklæringen konkluderede, at J led af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse og derfor var omfattet af straffelovens § 69. Overlæge A anbefalede som tidligere nævnt en dom til ambulante behandling mv., hvilket også blev resultatet.

Ved den supplerende mentalundersøgelse to år senere beskrives, at J...”under samtalerne i reglen [har] været smilende og givet udtryk for, at han var veltilpas, om end han tidvis har kunnet give udtryk for, at han var utilfreds med blandt andet sin bomæssige placering på Kriminalforsorgens pension og de vilkår, han der var underlagt. Det er imidlertid ikke forhold, man fornemmer i samværet med J. På tilsvarende vis har J meget vanskeligt ved at ” aflæse ” andre, hans evne til at leve sig ind i andre menneskers tanker og følelser er meget ringe. Han er velbegavet og i stand til at tilegne sig og omsætte viden af teknisk art, men bliver den abstrakt, eller handler det om de ting, der i samvær med andre siges ” mellem linierne ”, så forstår han det ikke. Han skal have meget støtte til at tale om sine personlige forhold og sine problemer, og kontakten er fortsat præget af hans umodenhed, en social kejtethed og som følge af ovenstående mangel på situationsforståelse. Han har vanskeligt ved at knytte sociale bånd.”

Overlæge B mente - i modsætning til overlæge A -, at J var omfattet af straffe-

lovens § 16, stk. 1, idet overlæge B fandt, at J led af infantil autisme (dvs. en mere alvorlig neurobiologisk udviklingsforstyrrelse end Aspergers syndrom), og at denne tilstand var ligestillet med sindssygdom. Overlægen anbefalede en behandlingsdom og angav yderligere, at J burde placeres på en passende socialpsykiatrisk institution. J blev idømt en behandlingsdom og fik som tidligere beskrevet også ophold på en institution for personer med Aspergers syndrom.

I 2009 anbefalede den behandlingsansvarlige overlæge i en ganske kort skrivelse, at foranstaltningsdommen blev ophævet. J er beskrevet som psykisk og socialt stabil. Det nævnes, at han havde adgang til internettet via sin bærbare computer, men uden at han havde ” misbrugt ” dette. Han passede den ambulante behandling, fik ingen medicin og havde ikke haft behov for indlæggelse. Da han hertil var ” opmærksom på ” ikke at begå nye lovovertrædelser, anbefalede overlægen, at foranstaltningen blev ophævet. Kriminalforsorgen, som varetog tilsynet med J, støttede anbefalingen, og dommen blev ophævet.

J recidiverede som anført hurtigt til ligeartet kriminalitet og blev igen mentalundersøgt. Det anføres her, at J på den institution, hvor han boede, gennem flere år havde modtaget seksualvejledning, og at der var ydet en ” omfattende socialpædagogisk indsats ”.

Overlæge C, der udarbejdede erklæringen, beskriver J på samme måde som tidligere, blandt andet således: ”I hele hans attitude er der dog en vis kejtethed, og ind imellem synes han at stamme eller have svært ved at formulere præcist, hvad han mener. Han er umiddelbart åben i kontakten, men man fornemmer samtidig en påpas-selighed eller garderethed, og man får ikke fornemmelsen af en gensidig emotionel kontakt. Han forekommer meget konkret tænkende og til tider umoden i sin udtryksform, hvor han kommer med naive klichéprægede udtalelser.”

Overlægen stillede diagnosen Aspergers syndrom, fandt J omfattet af straffelovens § 69, og anbefalede en dom til ambulat behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og indlæggelsesmulighed.

Sagen blev nu forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte... ”at J ikke er sindssyg og heller ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger, hvor han eventuelt var påvirket af alkohol i ubetydelig grad. J er normalt begavet og lider ikke af epilepsi.

J er opvokset under trygge, socialt velordnede og støttende forhold. Han har fra barnealderen været præget af dårlig kontaktevne, følt sig kejtet og haft svært ved at etablere venskaber. I skoletiden var han isoleret og blev drillet. Han har ikke været forstyrrende eller aggressiv

og har aldrig misbrugt rusmidler. J har taget afgangseksamen og senere kvalificeret sig indenfor gartneri og skovbrug. I perioder har han haft beskyttet beskæftigelse i gartneri og som naturvejleder. Det aktuelle forsørgelsesgrundlag er uoplyst. J har aldrig været samlevende eller i parforhold, om end han angiver et ønske derom. Ved mentalundersøgelse i 2003 fandtes sikre tegn på en såkaldt gennemgribende udviklingsforstyrrelse (Aspergers syndrom) hos J til stede siden barnealderen, i form af kontakthæmning, social kejtethed, særegen tænkemåde og overdreven optagethed af særinteresser. J har fra 2004-2010 som led i behandlingsdom været i kontinuerlig psykiatrisk behandling i form af samtaleterapi og seksualvejledning. Der er herunder fundet tegn på en afvigende seksualitet hos J, blandt andet med pædofile træk, som findes tæt sammenhængende med hans grundlæggende kontaktforstyrrelse (Aspergers syndrom). J har siden 2005 boet på specialinstitution for voksne med gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Ved aktuelle mentalundersøgelse er ovenstående psykiatriske symptom-billede bekræftet, idet han fremtræder umoden, med særinteresser samt begrænset evne til indlevelse i andres følelser og sociale normer. Der har ikke været tegn på sindssygdom hos J, og den gennemgribende kontakt- og udviklingsforstyrrelse har ikke et sådant omfang, at tilstanden kan ligestilles med sindssygdom.

Retslægerådet finder herefter J omfattet af straffelovens § 69. Tidligere psykiatrisk behandling kombineret med tilsyn har effektivt forebygget recidiv af kriminalitet, ligeså som det tidligere pådømte. På denne baggrund skal Retslægerådet, såfremt J findes skyldig i det nu påsigtede, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlig foranstaltning end eventuelt forskyldt straf til imødegåelse af en betydelig, men blandt andet af J's psykiske helbredstilstand afhængig, risiko for fremtidig ligesåsom kriminalitet, anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse."

J blev efterfølgende dømt til ambulans psykiatrisk behandling mv. som anbefalet af overlæge C og Retslægerådet.

Kommentar

De gennemgribende udviklingsforstyrrelser er nærmere omtalt i Retslægerådets årsberetning 1997, s. 89 ff. (se også årsberetningen 2003-2005, s. 137 ff.). Her skal blot gentages, at disse tilstande har varierende sværhedsgrad – man taler om et spektrum fra de alvorligste, benævnt infantil autisme, over Aspergers syndrom til afvigende, men måske betydningsløse personlighedstræk som f.eks. vanskeligheder ved social forståelse. Den strafferetlige placering af disse tilstande beror på en konkret klinisk

vurdering. Infantil autisme henføres som udgangspunkt til straffelovens § 16, stk. 1. Personer med Aspergers syndrom henføres som udgangspunkt til § 69, men udtalte tilfælde, på grænsen til infantil autisme, kan eventuelt blive henført til § 16, stk. 1, som ligestillede tilstande. Uafhængig af den strafferetlige placering vil Retslægerådets udgangspunkt være at anbefale en foranstaltningsdom til personer med Aspergers syndrom af en vis sværhedsgrad, men ikke nødvendigvis til personer med mindre indgribende forstyrrelser. Retslægerådet er således gennem de senere år blevet lidt mere forsigtig med at henføre de gennemgribende udviklingsforstyrrelser til § 16, stk. 1, og lidt mere tilbageholdende med at anbefale foranstaltningsdomme til gruppen, der henføres til § 69. Årsagen hertil er blandt andet, at disse tilstande diagnosticeres i stadig stigende omfang, men rådet finder indtil videre ikke grundlag for at antage, at anvendelse af foranstaltningsdomme over for personer med lette til moderate tilfælde af Aspergers syndrom i alle tilfælde er mere formålstjenlige end straf.

I den refererede sag havde overlæge B ved en tidligere mentalundersøgelse fundet J omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men det kunne Retslægerådet ikke tiltræde, hvorfor rådet fandt anledning til at bemærke, at ... "den gennemgribende kontakt- og udviklingsforstyrrelse ikke har et sådant omfang, at tilstanden kan ligestilles med sindssygdom."

J's pædofili måtte ses som tæt sammenhængende med hans Aspergers syndrom, måske som en form for såkaldt særinteresse, idet undertiden ganske bizarre særinteresser hyppigt ses blandt personer med Aspergers syndrom. Retslægerrådet lagde i sin vurdering, således som det fremgår af rådets udtalelse, vægt på, at han ikke var recidiveret i perioden 2004 til 2010, hvor han var undergivet en

foranstaltningsdom, men trods ganske omfattende sociale støtteforanstaltninger, som for eksempel flexjob og ophold på en institution for personer med Aspergers syndrom med ledsagende socialpædagogisk støtte, recidiverede han til ligeartet kriminalitet få måneder efter foranstaltningsdommen var ophævet. Retslægerrådet fandt det derfor indlysende igen at anbefale en foranstaltningsdom.

Sindssyg drabsmand udskrevet fra psykiatrisk afdeling et døgn før drabet

A er en 18-årig psykotisk mand, der begik et drab ca. et døgn efter, at han var blevet udskrevet fra en psykiatrisk afdeling som ikke-sindssyg. Han var blevet indlagt af politiet, efter at han havde udvist voldelig adfærd. A var dansk statsborger, men familien stammede fra Mellemøsten, hvor A boede, fra han var 11, til han var 17 år gammel. Han vendte selv tilbage til Danmark og havde det efterfølgende års tid kontakt til de sociale myndigheder, ligesom han flere gange ganske kortvarigt var indlagt på psykiatriske afdelinger. Han udviste i tiltagende grad aparte og bizar adfærd, herunder voldelig adfærd. Han besøgte et par gange forældrene i Mellemøsten, hvor han også udviste en så aparte adfærd, at de lokale myndigheder med bistand af Udenrigsministeriet efter det sidste besøg fik ham sendt tilbage til Danmark. Drabet forblev uopklaret, indtil A med en psykotisk begrundelse henvendte sig til den dræbtes pårørende. På trods af at A var blevet udskrevet fra en psykiatrisk afdeling som værende ikke psykotisk ca. et døgn før drabet, fandt Retslægerådet ham sindssyg, lidende af skizofreni. Vigtigheden af grundige psykopatologiske vurderinger og efter omstændighederne også vurderinger af eventuel farlighed påpeges (j.nr. 10A/A1-03193-2011).

A er en 18-årig, ugift mand, der var sigtet for og senere blev dømt for manddrab samt blandt andet et par voldsforhold. Han blev anholdt et halvt år efter drabet og hurtigt indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor han også blev mentalundersøgt. Han var under indlæggelsen svært psykotisk, og hans oplysninger var vage og skiftende samt undertiden indbyrdes selvmodsigende. Erklæringens oplysninger kan imidlertid suppleres med udskrift af dombogen, og samlet fremgår, at A var født i Danmark som den ældste af en større søskendefolk. Forældrene stammede fra Mellemøsten, men A var dansk statsborger. Hans opvækstforhold i Danmark skal have været upåfaldende.

Da A var 11 år gammel, flyttede familien tilbage til hjemlandet, hvor faderen etablerede egen virksomhed. A fortsatte skolegangen og tog angiveligt, hvad der svarer til studentereksamen. Han havde imidlertid svært ved at finde sig til rette og havde – oplyste faderen – forskellige ”problemer”, herunder med politiet. Han rejste derfor i midten af 2010 – 17 år gammel – tilbage til Danmark, hvor han straks tog kontakt til de sociale myndigheder, fordi han var boligløs. Han blev anbragt på en akutinstitution, men måtte efter nogle måneder flyttes på grund af konflikter med de øvrige beboere. Senere fik han tildelt en lejlighed og tilknyttet en personlig rådgiver, da man fandt, at han havde behov for

voksenstøtte for at blive integreret i det danske samfund. Nogle måneder senere forsvandt A pludselig – det viste sig senere, at han havde været på besøg hos familien i Mellemøsten – hvorfor man skaffede sig adgang til lejligheden, der var tom, men meget snavset med uvasket service, ophobet affald mv.

Efter nogle uger dukkede A op igen, men han havde mistet lejligheden på grund af manglende huslejebetaling og var så hjemløs. Kort efter rejste han til Mekka, han betalte for rejsen med opsparet kontanthjælp. Også under denne tur havde han problemer med de lokale myndigheder, og det endte med, at han med det danske udenrigsministeriums hjælp kom tilbage til Danmark. Kort efter blev han anholdt og sigtet for drab. Umiddelbart efter at A i 2010 kom til Danmark, havde han et par ganske kortvarige job, men i øvrigt havde han levet af offentlig støtte.

Da A var 4-5 år gammel, fik han på grund af anfaldsfænomener i form af angst og ufrivillig natlig vandladning foretaget registrering af hjernens elektriske aktivitet (eeg), som tydede på en særlig form for epilepsi, hvorfor han blev sat i behandling med antiepileptisk virkende medicin, men han ophørte med behandlingen efter et års tid uden recidiv af symptomerne. Herudover har han, efter det oplyste, ikke frembudt legemlige sygdomme eller symptomer af betydning for aktuelle sag.

Som anført kunne A på grund af sin svære psykotiske tilstand kun i yderst begrænset omfang redegøre for sin psykiske udvikling og tilstand. Han mente, han havde haft et udmærket forhold til familien, om end han undertiden skændtes med sin fader. Han kunne ikke tage stilling til eventuelle problemer i skolen. Forespurgt hvilke fag han syntes bedst om, svarede han: ”Det du tager i hænderne og laver sådan”, hvilket formentlig betød formning. Da A vendte tilbage til forældrenes hjemland, gik han angiveligt i en form for koranskole. Forespurgt om forskellen mellem en koranskole og en folkeskole angav han, at koranskoler ligger i Mellemøsten, folkeskoler i Europa. Samtidig oplyste han også, at han dengang ikke var religiøs, hvilket han illustrerede med, at han som 16-17-årig drak alkohol flere gange om ugen.

Kort efter at A i 2010 returnerede til Danmark, blev han introduceret til hash. Under hashpåvirkning oplevede han en religiøs lykkefølelse, da han læste i koranen, for eksempel at – ”Gud gav ham barmhjertighed i hjertet”. Angiveligt af denne grund bestemte han sig herefter for at leve som streng ortodoks muslim. På trods heraf fortsatte han med at komme på Christiania og med at ryge hash, men hvor omfattende dette misbrug var, fremgår ikke. Misbrug af andre rusmidler er ikke omtalt.

A kom som anført til Danmark i juni 2010, og formentlig ganske kort tid

efter, at han var kommet, rejste han til Oslo for at "få frisk luft". Der er ingen oplysninger om A's ophold i Oslo, men han har selv anført, at han forsøgte at lave bål inde i byen for at få varmen, at han blev indlagt på et hospital, hvor han fik mad og en seng, men han ville ud, hvad hospitalet nægtede. Så satte han ild på, således at branddørene ville blive åbnet, og så kunne han gå ud den vej. Men i stedet blev politiet tilkaldt, og han blev fængslet. Næste dag blev han i en bus sendt tilbage til Danmark.

Omkring årsskiftet 2010-2011 slog og truede A to vagtmænd på et jobcenter. De to vagtmænd havde påtalt, at A i strid med reglerne brugte jobcentrets pc'ere til private formål, og da A ikke reagerede, men fortsatte med at printe papirer ud, ville de bortvise ham, hvorefter A slog og truede de pågældende. A bekræftede stort set hændelsesforløbet i retten, og han blev som anført da også dømt for overtrædelse af straffelovens § 119.

En måned senere blev A bortvist fra en skole efter at have overfaldet en anden elev. A blev beskrevet som "en tikkende bombe". To dage senere hedder det imidlertid i et resume fra de sociale myndigheder, at han var ansvarlig, samarbejdsvillig, reflekterende og fuldt ud i stand til at klare sig selv.

A havde imidlertid også fået tildelt en personlig rådgiver, og i marts 2011 – et par måneder efter ovennævnte

vurdering – indberettede denne, at A røg hash, at han udviste aparte adfærd, at han gik i bukser, der var afklippede ca. 15 cm over fødderne, og uden jakke og strømper. A var "fraværende og træt" med blanke øjne. I samme periode blev han bortvist fra Kirkens Korshærs Herberg. Iført traditionel muslimsk klædedragt forklarede han politiet, at han var på en mission for Allah, og at han havde indfundet sig på herberget for at hverve muslimer til at udføre jihad. Politiet fandt ham "mentalt forstyrret".

A var 10. marts 2011 igen involveret i en voldsepisode, hvor han overfaldt lederen af en ungdomsskole. A havde stået på en trappe og læst højt af en bog – det viste sig efterfølgende at være koranen – hvilket forstyrrede undervisningen, hvorfor skolelederen havde anmodet A om at stoppe, hvad han ikke gjorde. Skolelederen tog herefter bogen, og så slog A ham. Igen bekræftede han stort set hændelsesforløbet i retten og blev fundet skyldig i overtrædelse af straffelovens § 119.

Politiet var blevet tilkaldt i forbindelse med ovennævnte episode, og de fandt A så psykisk påfaldende, at de bragte ham til psykiatrisk afdeling A, hvor han blev indlagt – men udskrevet dagen efter. Under indlæggelsen undgik A blandt andet at se på eller være sammen med kvindeligt personale, som han heller ikke svarede, men i stedet grinede han umotiveret. Han forklarede sin aparte

adfærd med et påbud i koranen. A's adfærd blev fortolket som betinget af et konservativt "islamisk værdigrundlag", men han blev ikke fundet psykotisk. Små 24 timer efter indlæggelsen anmodede han om at blive udskrevet, og det blev han så uden aftale om efterbehandling.

Dagen efter udskrivelsen, 12. marts 2011, dræbte A en ham ukendt person med tre knivstik. Drabet forblev uopklaret i ca. et halvt år.

A's forklaringer om drabet har været vekslende, han har såvel benægtet og erkendt sig skyldig. Ved mentalundersøgelsen angav A for eksempel, at "vi gik forbi en død mand", der lå i en stilling som "Hitlers tegn". Adspurgt om "vi", forklarede han, at ... "(hans fornavn) gik forbi en død". I andre sammenhænge talte han om jihad i et ikke-muslimsk land. Han angav blandt andet også, at gerningsmanden til drabet skulle have 10 års fængsel, hvorefter han afbrød samtalen og anmodede om 10 minutters pause for at bede. I retten erkendte han drabet med den begrundelse, at drabet gav ham "et stort hjerte".

Få dage efter drabet, som altså var uopklaret, forsvandt han – som tidligere nævnt tog han på besøg hos forældrene i Mellemøsten – og de sociale myndigheder skaffede sig adgang til hans lejlighed, som altså var snavset, uhumsk og svært misligholdt. Dette reagerede man imidlertid ikke på, da han igen dukkede op i Danmark.

Kort tid efter hans tilbagekomst foretog Kriminalforsorgen en personundersøgelse af A i anledning af voldssigtelserne. Også her udviste han aparte adfærd. Han angav blandt andet, at det var djævelen, som havde beskrevet, at han skulle angribe. Han satte sig på gulvet med ryggen til den kvindelige personundersøger for kort efter at stille sig ude på gangen. Hans påklædning var påfaldende, og han lavede lyde.

I april måned tog han til en anden by. Her blev han tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling B efter at have lukket nogle heste ud af deres indhegning og forsøgt at ride på dem. Ved mentalundersøgelsen motiverede han sin adfærd med nogle tågede religiøse forklaringer. Ved indlæggelsen på afdeling B var han garderet, og der kunne ikke etableres øjenkontakt. Han benægtede at være hallucineret, men angav, at han talte i to tunger, som om der var to mennesker i ham. Senere var han så truende og affektspændt, at han måtte bæltefikseres. To dage efter indlæggelsen absenterede han sig fra afdelingen og blev så betragtet som udskrevet. Små 14 dage senere begik han hærværk.

En uges tid senere blev han med eget samtykke indlagt på psykiatrisk afdeling A, hvor han havde været indlagt første gang. Han havde forud for indlæggelsen oplevet stærke smerter ved hjertet, hvorfor han gik ned i en kiosk og fortalte kioskmændene, at han gerne ville give denne et råd, inden

han (A) døde. Kioskmanden ringede efter en ambulance, og A blev bragt til en somatisk skadestue, hvorfra han blev indlagt på den psykiatriske afdeling. Ved mentalundersøgelsen oplyste han, at han under indlæggelsen havde det fint – han røg hash, bad og læste koranen. Afdelingen fandt A psykotisk, blandt andet præget af tankeforstyrrelser, og han blev tvangstilbageholdt med henblik på behandling. Han blev flyttet til åbent afsnit, som han forlod, men han vendte selv tilbage efter syv dage. Selv sagde han, at han blot havde været hjemme for at skifte tøj. Han ønskede sig udskrevet, og da han lovede at følge ambulat behandling – og fik at vide, at hvis han ikke passede den ambulante behandling, ville afdelingen kontakte hans læge med henblik på tvangsindlæggelse – blev han udskrevet. Han modtog ikke medikamentel behandling under indlæggelsen, som formelt varede 16 dage (men han var som anført væk fra afdelingen i syv dage).

A's forhold den følgende tid er ikke oplyst – han havde i hvert fald ikke kontakt med psykiatrien – udover at han igen tog til Mellemøsten, hvor hans aparte adfærd – han skal blandt andet igen have talt om jihad – medførte, at han via de lokale myndigheder blev transporteret tilbage til Danmark. Kort tid efter – i september 2011 – kontaktede han telefonisk de pårørende til den dræbte, han havde fundet telefonnummeret via nettet. Her oplyste han

at være drabsmanden og opfordrede blandt andet de efterladte til at slå ham (A) ihjel som hævn. I forbindelse med denne telefonsamtale blev han identificeret og anholdt. Det skal tilføjes, at A i 2012, mens han var indlagt på psykiatrisk afdeling, igen kontaktede de efterladte og angav sig uskyldig med den (psykotisk betingede?) begrundelse, at han skulle have erstatning, hvis han havde dræbt en person.

Ved de første samtaler i forbindelse med mentalundersøgelsen sad A på gulvet – en enkelt gang lå han på gulvet – og det var stort set ikke muligt for den undersøgende (kvindelige) overlæge at etablere blikkontakt med ham – men han havde heller ikke blikkontakt til den mandlige tolk. A fandtes normalt begavet og uden tegn på nogen organisk hjernelidelse. Han var i udtalt grad psykotisk, blandt andet præget af formelle tankeforstyrrelser med såkaldt pars-pro-toto fænomener (det vil sige sammenknytning af to emner på baggrund af en fælles enkelt detalje, der normalt ikke bindes sammen), således at hans udsagn kunne være kryptiske til det uforståelige. Han omtalte sig selv som ”vi”, hvilket kan tages som udtryk for usikre ”jeg-grænser”, ligesom såvel den formelle som den følelsesmæssige kontakt var i udtalt grad læderet. Han var affektlabil, men med inadækvate følelsesmæssige reaktioner (f.eks. at smile bredt uden at dette har sammenhæng med samtaleindhold). Erklæringen tager ikke stilling til, om

han husede systematiserede vrangforestillinger, men han synes ikke at have været hallucineret.

Under indlæggelsen blev han tvangsbehandlet med antipsykotisk virkende medicin, som langsomt bedrede hans psykiske tilstand.

I et diskussionsafsnit overvejes, om A havde været psykotisk på drabstidspunktet, idet han jo dagen før var udskrevet fra psykiatrisk afdeling A, som ikke havde fundet ham sindssyg. Erklæringen konkluderer imidlertid, at A var sindssyg på undersøgelsestidspunktet og også havde været det på drabstidspunktet, formentlig lidende af skizofreni. Han fandtes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og overlægen anbefalede en dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at ...”A er sindssyg og ligeledes må antages at have været det på tidspunktet for det påsigtede. Han er normalt begavet. Han har et misbrug af hash og var sandsynligvis påvirket på gerningstidspunktet, men der er ikke mistanke om, at en abnorm rustilstand skulle have foreligget.

A er født i Danmark af ... forældre [fra Mellemøsten]. Han flyttede med sin familie til ...[hjemlandet], da han var 11 år gammel, hvor han har boet, indtil han 17 år gammel returnerede til Danmark. Han har kun haft begrænset

tilknytning til arbejdsmarkedet. Han havde på tidspunktet omkring det påsigtede et misbrug af hash.

I ugerne op til det påsigtede er A beskrevet som udvisende påfaldende og ændret adfærd blandt andet i form af bizar påklædning og svigtende egenomsorg. Skønt han var kortvarigt indlagt op til det påsigtede og her ikke fandtes psykotisk, vurderes det samlet set helt overvejende sandsynligt, at A var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede.

Ved undersøgelsen under indlæggelse i forbindelse med udarbejdelse af aktuelle retspsykiatriske erklæring er A fundet sindssyg. Han er præget af følelsesmæssig kontaktaflukkethed, og hans tankegang er præget af formelle forstyrrelser i en sådan grad, at hans fremstilling ind imellem bliver vanskelig forståelig. Han omtaler sig selv som ”vi,” hvilket giver mistanke om fluktuierende ”jeg” – grænser, såkaldt transitivisme. Han har dårlig sygdomsindsigt. Symptomerne er forenelige med diagnosen skizofreni.

Han har behov for langvarig psykiatrisk behandling under indlæggelse.

På denne baggrund finder Retslægerådet herefter, at A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en formentlig ikke ubetydelig,

men af hans psykiske helbredstilstand i høj grad afhængig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.”

A blev fundet skyldig i samtlige sigtelser og dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Der fastsattes ingen længstetid for foranstaltningen.

Kommentar

Retslægerådet måtte naturligvis – ligesom den erklæringsskrivende overlæge – overveje, om A havde været sindssyg på drabstidspunktet set i lyset af, at han dagen før drabet var blevet udskrevet fra en psykiatrisk afdeling – hvor han havde været indlagt ca. et døgn – som værende ikke-psykotisk. Det var uden for al tvivl, at han efterfølgende og også på undersøgelsestidspunktet havde været sindssyg.

Ved en samlet vurdering af oplysningerne om A's tilstand og adfærd i månederne før drabet var rådet ikke i tvivl om, at han havde været psykotisk på gerningstidspunkterne, det vil sige også på det tidspunkt, han på grund af voldelig adfærd af politiet blev bragt til psykiatrisk afdeling A. Transkulturel psykiatri – og dermed transkulturel retspsykiatri – kan rumme betydelige problemer (se rådets årsberetning 1994, s. 87 ff.), men en person, der indlægges på grund af den beskrevne voldelige adfærd – som næppe er acceptabel i nogen kulturel eller religiøs kontekst

– og som udviser en så aparte adfærd, bør vurderes nærmere, og ikke blot udskrives efter et døgn indlæggelse. Havde afdelingen for eksempel rettet henvendelse til de sociale myndigheder, ville kontaktpersonen kunne have oplyst om bizar, psykosesuspekt adfærd, for eksempel A's påklædning. Retslægerådet skal igen understrege vigtigheden af grundige psykopatologiske vurderinger, herunder efter omstændighederne en nøje vurdering af en formodet psykotisk persons eventuelle farlighed (Retslægerådets årsberetning 2011, s. 117 ff.).

Generelt giver sagen anledning til en vis underen over, at en svært sindssyg ung mand – og A kan meget vel have været begyndende sindssyg, da han 17 år gammel vendte tilbage til Danmark, og han var det utvivlsomt igennem ca. et år, før han blev anholdt – kunne have gentagne kontakter med såvel det psykiatriske behandlersystem som de sociale myndigheder uden at nogen greb ind. Efter den første indlæggelse på afdeling A blev A ved de efterfølgende indlæggelser fundet sindssyg, undertiden voldelig, undertiden præget af aparte og forstyrrende adfærd. Han absenterede sig fra afdeling B, hvorefter han blot blev udskrevet, om end han under indlæggelsen havde været så truende og affektspændt, at han havde været bæltefikseret. Under en efterfølgende indlæggelse, igen på afdeling A, blev han tvangstilbageholdt, men så udskrevet uden medikamentel

behandling, idet han lovede at passe ambulant behandling. Det gjorde han ikke, men uden at afdelingen reagerede. De sociale myndigheder vurderede på et tidspunkt, hvor A utvivlsomt var psykotisk, at han nærmest var upåfaldende og i stand til at klare sig selv, men modtog både før og efter denne

vurdering flere indberetninger om hans afvigende og forstyrrede adfærd samt manglende evne til egenomsorg. Imens gik en svært sindssyg mand, der havde begået et drab og to tilfælde af vold, ubehandlet rundt i et halvt år, indtil han med en psykotisk begrundelse henlede opmærksomheden på sig selv.

God varetagelse af anbringelsesdom fører til relativt hurtig lempelse af dommen

A er en nu 24-årig mand, der i 2008, 19 år gammel, blev dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling for drab og drabsforsøg. Retslægerådet fandt det sandsynligt, at han led af begyndende skizofreni. Et halvt års tid senere anbefalede den psykiatriske afdeling, der varetog foranstaltningsdommen, at denne blev ændret til en form for behandlingsdom, idet afdelingen fandt, at A led af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse og derfor var dårligt anbragt på en psykiatrisk afdeling. Retslægerådet kunne imidlertid ikke støtte forslaget. Denne sag er tidligere omtalt i Retslægerådets årsberetning 2009, s. 79 ff. Nu anbefalede den behandlingsansvarlige afdeling igen, at foranstaltningen blev ændret til en behandlingsdom. Afdelingen vurderede nu, at A var præget af en skizoid personlighedsforstyrrelse og beskrev detaljeret, hvorledes A's psykiske tilstand og sociale formåen under indlæggelsen var væsentligt og stabilt forbedret. Retslægerådet kunne tiltræde anbefalingen, som også retten fulgte (j.nr. 10A/A2-03382-2012).

En sag vedrørende A er omtalt i Retslægerådets årsberetning 2009, s. 79 ff. Resumerende drejer det sig om en ung mand, der i 2008 for drab og drabsforsøg blev dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. A var selvsagt blevet mentalundersøgt i anledning af sagen, og overlægen konkluderede, at om end A ikke havde frembudt manifesterede psykotiske symptomer, var det mest sandsynligt, at han led af en debuterende skizofreni, men blandt andet en skizotypisk tilstand (dvs. en tilstand på grænsen til skizofreni, men uden at symptomerne har psykotisk sværhedsgrad) kunne ikke udelukkes. A fandtes mest sandsynligt omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men var det ikke tilfældet, var han i hvert fald omfattet af samme lovs § 69. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens

konklusion og anbefalede som overlægen en anbringelsesdom, hvilket også blev resultatet.

Den behandlingsansvarlige afdeling anbefalede ca. et halvt år efter dommen – og igen ca. et år efter dommen – en foranstaltningsændring med den begrundelse, at afdelingen nu fandt, at A led af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse (om disse tilstande se denne årsberetning s.71 ff.) og derfor var dårligt placeret på en psykiatrisk afdeling. Afdelingen anbefalede begge gange nogle ”hjemmestrikkede” foranstaltningsforslag af blandet socialpædagogisk og psykiatrisk karakter. Retslægerådet kunne ikke anbefale den idømte foranstaltning ændret og anførte blandt andet, at behandling af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse

primært er en psykiatrisk opgave, som kunne varetages inden for rammerne af en anbringelsesdom. Anklagemyndigheden indbragte ikke de to sager for retten, hvilket den retspsykiatriske afdeling tog til efterretning.

Den behandlingsansvarlige afdeling anbefalede i 2012 – fem år efter drabet og godt fire år efter dommen – på ny en foranstaltningsændring, denne gang til en regelret dom til behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for genindlæggelse. I erklæringen, som blev forelagt Retslægerådet, hedder det blandt andet, at afdelingen efter en grundig klinisk psykiatrisk og testpsykologisk undersøgelse fandt diagnosen skizoid personlighedsstruktur mest sandsynlig. Denne tilstand er karakteriseret ved blandt andet mangelfuld følelsesmæssig kontakt med omverdenen, initiativsvækkelse og begrænsede egenaktiviteter, men ikke åbenlyse psykotiske symptomer. A havde ikke under indlæggelsen haft behov for medikamentel behandling. Han fulgte afdelingens miljøterapeutiske aktiviteter, og han kunne efterhånden administrere stadigt flere frihedsgoder inden for rammerne af dommen. Han havde relevante aktiviteter både i og uden for afdelingen. Han viste ikke tegn på aggression, og han var på alle måder veltilpasset i afdelingen samt motiveret for fortsat behandling. Der var ingen mistanke om kriminalitet, og A indtog ikke euforiserende stoffer eller misbrugte alkohol.

Erklæringen konkluderede:

”A’s tilstand vurderes at være stabil. Han har responderet godt på indlæggelse i strukturerede rammer og har samarbejdet velvilligt om behandlingen. A har ikke haft noget misbrug af hverken alkohol eller euforiserende stoffer. A er på intet tidspunkt under indlæggelsen, hverken i herværende afdeling eller i afdeling ... observeret at have selv diskrete tegn på psykose. Aktuelt udgør en fortsat indlæggelse uden øget udgang en risiko for, at A gradvist mister faglige kompetencer og dermed muligheden for at få en uddannelse med efterfølgende fast beskæftigelse, at hans sociale relationer belastes yderligere og i yderste konsekvens at netværket mindskes. Endelig risikerer man, at A gradvist i stedet opbygger relationer til patienter, der har kriminell adfærd og tankegang og dermed, at A påvirkes i negativ retning.

Den fortsatte behandling af A vurderes mest hensigtsmæssigt at foregå i ambulans regi, således at A kan genoptage et studie og kan indgå i mere normale sociale relationer. Jeg skal derfor anbefale en ændring af aktuelle foranstaltning til en dom til behandling i psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen i samarbejde med overlægen under udskrivning kan træffe afgørelse om genindlæggelse. Ved en udskrivelse vil det være afgørende med en tæt ambulans opfølgning

og et forsat terapeutisk forløb med henblik på at arbejde med verbalisering af følelser, frem for udadreagerende adfærd, samt en styrkelse af A's indsigt i, hvad der er risikoscenarier for ham, og hvorledes han mest hensigtsmæssigt forholder sig til disse med henblik på at undgå fornyet kriminalitet."

Retslægerrådet afgav juni 2012 udtalelse som følger:

"Med sagens tilbagesendelse og under henvisning til seneste responsum dateret 11.11.09, og nu på baggrund af erklæring dateret ... 12 ved overlæge NN, ..., skal Retslægerrådet udtale, at A sandsynligvis lider af en skizoid personlighedsforstyrrelse, og at han siden 28.08.08 har haft dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.

A har siden barndommen haft problemer med affektforvaltning og kontakt med andre. Der har været udadreagerende adfærd og selvmutilation. Diagnostisk har det været diskuteret, om A lider af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, begyndende skizofreni eller en skizoid personlighedsforstyrrelse. Såvel klinisk psykiatrisk som ved flere psykologiske tests er det under aktuelle indlæggelse fundet mest sandsynligt, at A lider af en skizoid personlighedsforstyrrelse. Han har således tendens til aktiviteter alene, har tilbøjelighed til at trække sig kontaktmæssigt, initiativsvækkelse og manglende emotionelt medsving.

Der har ikke på noget tidspunkt været åbenlyse psykotiske symptomer, og de beskrevne personlighedstræk har ikke haft et omfang, der svarer til skizofreni med såkaldt negative symptomer. A har ikke været i medikamentel behandling. Han deltager i ugentlig gruppeterapi, der har givet ham bedre evner til at forholde sig følelsesmæssigt relevant til omgivelserne. Der har ikke været fornyet kriminalitet. Han har forholdt sig indføleligt berørt til den idømte kriminalitet. Han har ikke haft affektudbrud eller aggression. Der har for mere end et år siden været en enkeltstående episode med ikke aftalt alkoholindtagelse, men herudover ingen indtagelse af rusmidler. A har benyttet sig af daglig udgang uden problemer og har i den forbindelse fulgt HF på enkeltfag med godt fagligt resultat. A har haft løbende kontakt med familie og kæreste og har haft relevante fritidsinteresser.

Der er skitseret et langsomt udslusningsforløb med tæt ambulanskontakt i tilfælde af foranstaltningsændring.

På den baggrund kan Retslægerrådet støtte overlægens anbefaling af, at dommen ændres til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse."

Retten fulgte ved afgørelse oktober

2012 afdelingen samt Retslægerådet og ændrede anbringelsesdommen til behandling på psykiatrisk afdeling mv.

Kommentar

Som det fremgår, har der været diskussion om A's diagnostiske placering og dermed også om blandt andet den optimale behandling. Ved mentalundersøgelsen, hvor han var ca. 17 år gammel, fandtes det mest sandsynligt, at han led af en debuterende skizofreni, så fandt den behandlingsansvarlige afdeling, at A kunne lide af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, men er nu endt med en skizoid personlighedsforstyrrelse. En sådan diagnostisk usikkerhed hos helt unge er ikke usædvanlig, og alle de nævnte diagnoser har da også visse symptomer tilfælles, f.eks. forstyrret følelsesmæssig kontakt. Det vil ofte være forløbet, der afgør den endelige diagnose. En skizoid personlighedsforstyrrelse har naturligvis visse træk fælles med skizofreni, og i A's tilfælde var disse træk – blandt andet dårlig følelsesmæssig kontakt, initiativsvækkelse og tendens til at isolere sig – så udtalte, at Retslægerådet fandt anledning til at bemærke, at disse personlighedstræk ikke havde et omfang, der svarede til en form for skizofreni (simpel skizofreni) karakteriseret primært ved såkaldte negative symptomer, herunder blandt andet udtalt kontaktaflukkethed (autisme), ambivalens og nærmest totalt manglende initiativ.

Den behandlende afdeling etablerede inden for rammerne af en anbringelsesdom relevante miljøterapeutiske tiltag, som A profiterede af, mens der ikke fandtes behov for medikamentel behandling. A medvirkede positivt til den iværksatte behandling og udviklede selv stigende og relevante aktiviteter såvel i som uden for afdelingen, blandt andet relevant uddannelse. Han var veltilpasset i afdelingen, udviste ikke aggressiv adfærd, ligesom han ikke misbrugte rusmidler. Afdelingen lagde op til et udslusningsforløb med fortsat støtte til A, såvel hvad angår styrkelse af sociale færdigheder som et egentligt uddannelsesforløb. Ved en samlet vurdering kunne Retslægerådet anbefale en ændring af den idømte foranstaltning til en behandlingsdom.

A var dømt for drab og drabsforsøg. Det kan umiddelbart forekomme at være (for) hurtigt at ændre en anbringelsesdom 4-5 år efter en så alvorlig kriminalitet. Retslægerådet skal imidlertid alene anlægge en lægelig synsvinkel – og ikke inddrage juridiske forhold som proportionalitet eller retsfølelse – i sine skøn. Rådet kunne således tiltræde afdelingens vurdering af, at yderligere indlæggelse ikke ville medføre nogen behandlingsmæssig gevinst og måske endog have negative konsekvenser. I denne sag fulgte retten de lægelige vurderinger.

Proportionalitet ved valg af særforanstaltninger til mentalt retarderede

J var en 20-årig lettere retarderet mand, der tidligere flere gange var dømt for blandt andet tyveri, vold mod tjenestemand og overtrædelse af bekendtgørelse om euforiserende stoffer. Han var nu sigtet for 3 tilfælde af vold og trusler mod tjenestemand. J var adopteret fra et sydamerikansk land af danske adoptivforældre. Han var igennem opvæksten præget af uro og impulsivitet, og i skolen var han ofte i slagsmål med kammerater. Han påbegyndte i 13-årsalderen et misbrug af euforiserende stoffer, ligesom han herefter blev involveret i kriminalitet. J blev 14 år gammel anbragt i skiftende institutioner, hvor man har oplevet vanskeligheder i forhold til at håndtere hans voldsomme, impulsive og periodisk udadreagerende adfærd. Ved undersøgelse i ungdoms-psykiatrisk afdeling er der fundet supplerende psykiske lidelser; ADHD samt personlighedsforstyrrelse med overvejende emotionelt ustabile og impulsive træk.

I lighed med den mentalundersøgende læge vurderede Retslægerådet, at J var omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og anbefalede dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Statsadvokaturen rettede efterfølgende henvendelse til Retslægerådet. Med henvisning til Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007 anførte anklagemyndigheden, at der ved ”- overvejelser om tiltale spørgsmål foretages en vurdering af, om en anbefalet foranstaltning skønnes proportional med det begåede forhold -”. Statsadvokatens påstand om sanktion var dom til tilsyn med mulighed for anbringelse. Retslægerådet gav i sit svar udtryk for, at rådet ved anbefaling af foranstaltninger efter straffelovens § 68 alene foretager en lægelig vurdering, og ikke inddrager juridiske overvejelser vedrørende proportionalitet m.v. (J.nr.10A/A1-03259-2012)

J kom som 5-årig som adoptivbarn til Danmark fra Sydamerika. Han havde igennem sine første leveår haft ophold på et børnehjem, og der er ingen oplysninger om de biologiske forældre. På adoptivhjemmet og i skolen var han præget af tiltagende trivsels- og adfærdsforstyrrelser, hvorfor han 14 år gammel blev anbragt udenfor hjemmet. Allerede efter 2 uger blev han bortvist fra den første institution. De følgende

2 år havde han ophold på en erhvervsskole, for derefter at blive forsøgt anbragt i selvstændig lejlighed, hvilket han slet ikke magtede, på trods af massiv støtte og tilsyn. Som 18-årig blev J anbragt på institution for adfærdsmæssigt utilpassede udviklingshæmmede. Han oplevede sig fejlplaceret, og fandt de andre beboere ældre og i modsætning til ham selv mentalt retarderede. Under opholdet accelererede den

udadreagerende adfærd, og de påsigtede handlinger fandt sted under opholdet. J har på intet tidspunkt haft tilknytning til arbejdsmarkedet, og han har ikke forsøgt uddannelse eller målrettede beskæftigelsesforanstaltninger. Han behandles med medicin mod ADHD, og hertil stemningsstabiliserende og aggressionsdæmpende medicin.

J blev mentalundersøgt, og i første omgang fandt Retslægerådet ikke at kunne afgive udtalelse, men anbefalede en supplerende undersøgelse med en aktuell testpsykologisk beskrivelse af intelligensniveau, samt klinisk beskrivelse af kognitivt og praktisk funktionsniveau.

Efter fornyet mentalundersøgelse blev sagen på ny forelagt Retslægerådet, der 27.01.12 udtalte...

”at J ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tiden for det påsigtede. J er mentalt retarderet i lettere grad. J er født i ... og som 5-årig adopteret af danske forældre. Han har vedholdende været præget af indlæringsvanskeligheder og utilpasset adfærd, og blev 14 år gammel anbragt udenfor adoptivhjemmet. J har afsluttet folkeskolen uden afgangseksamen og har ikke gennemført nogen uddannelse. J har i perioder misbrugt euforiserende stoffer. Under indlæggelse i psykiatrisk afdeling er han, udover den nedsatte begavelse, fundet lidende af forstyrret opmærksomhed og hyper-

aktivitet (ADHD), og modtager nu behandling med centralstimulerende medicin. På baggrund af impulsivitet og udadreagerende adfærd behandles J endvidere med stemningsstabiliserende og aggressionsdæmpende medicin. Ved mentalundersøgelsen beskrives J yderligere som personlighedsmæssigt forstyrret med emotionelt ustabile og dyssoziale træk.

Retslægerådet finder J omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede anbefales, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en formentlig nærliggende risiko for ny kriminalitet.”

I brev af 10.02.12 til Retslægerådet anmodede Statsadvokaten for Fyn, Syd- og Sønderjylland om en supplerende udtalelse, idet det blandt andet anførtes...

” – I forbindelse med Anklagemyndighedens overvejelser om tiltalespørgsmålet foretages der en vurdering af, om en anbefalet foranstaltning skønnes proportional med det begåede forhold, herunder henset til den omhandlede kriminalitet og grovheden af det begåede samt den lægelige vurdering af risikoen for recidiv. Henset til den tid der er gået siden gerningstidspunktet og til at sagen hovedsageligt vedrører verbale trusler overfor ansatte på institutioner,

må det efter min opfattelse anses for tvivlsomt, om der er proportionalitet mellem den begåede kriminalitet og den anbefalede foranstaltning. –”

Retslægerrådet besvarede Statsadvokatens fornyede forelæggelse af sagen den 27.02.12 og udtalte følgende:

”Med tilbagesendelse af akterne vedrørende J skal Retslægerrådet henvise til tidligere afgivet responsum af 27.01.12, og supplerende udtale, at rådet ved anbefaling af foranstaltninger efter straffelovens § 68 alene foretager en lægelig vurdering, og ikke inddrager juridiske overvejelser vedrørende proportionalitet med videre. Ved anbefaling af dom til anbringelse for J har Retslægerrådet, som anført i den tidligere udtalelse, især lagt vægt på, at han, udover den mentale retardering, er personligheds-mæssigt forstyrret med emotionelt ustabile og dyssociale træk samt periodevist misbrugende euforiserende stoffer. Det er fundet nødvendigt at supplere den pædagogiske behandling med stemningsstabiliserende og aggressionsdæmpende medicin. På denne baggrund har Retslægerrådet tiltrådt den mentalundersøgende overlæges anbefaling af dom til anbringelse i institution, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en formentlig ikke ubetydelig risiko for ny kriminalitet.”

J blev 06.06.12 af Retten i Odense dømt til at undergive sig tilsyn af kommunen, således at han skulle efterkomme

tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde, og således at tilsynsmyndigheden kunne træffe bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidt-gående psykiske handicap. Der fastsattes ingen længstetid for foranstaltningen.

Kommentar

Ved Retslægerrådets anbefaling af særforanstaltning anlægges alene en lægelig vurdering (se også denne årsberetning s. 87 ff). Ud fra beskrivelsen af den kliniske, psykopatologiske tilstand og en vurdering af risikoen for nye kriminelle handlinger anbefales den særforanstaltning, der er mest formålstjenlig til at imødegå risikoen for ny kriminalitet. Når det drejer sig om valget af særforanstaltning ved mental retardering, er det vigtigt at gøre sig klart, at den eventuelle anbringelsesmulighed ved en tilsynsdom ikke forudsætter ophold i institution med døgnovervågning, ligesom denne type særforanstaltning ikke giver personalet ret til fysisk at tilbageholde den dømte, hvis denne forsøger at undvige. Dette er derimod tilfældet ved dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykisk handicap, hvor også udgangs-cirkulæret er gældende.

Som det fremgår, var Retslægerrådet ikke i stand til at afgive udtalelse på baggrund af den første mentalundersøgelse. Dette skyldtes, at der ikke forelå en brugbar beskrivelse af den sigtedes intellektuelle placering. Som det er

beskrevet i artiklen i Retslægerådets årsberetning for 2010 (side 81-87) har der tidligere været betydelige problemer med tolkning af resultaterne ved anvendelse af intelligenstesten WAIS III. Disse problemer er nu løst

ved udgivelsen af WAIS IV, der har væsentligt forbedrede psykometriske egenskaber, blandt andet ved opdaterede skandinaviske normer, indsamlet parallelt i de skandinaviske lande i løbet af februar 2010.

Forvaring som § 68-foranstaltning

Den nu 47-årige M kom til Danmark fra Tyrkiet i 1988. Ved mentalundersøgelse i 1992 fandtes han sindssyg, og mest sandsynligt lidende af skizofreni, idet han frembød hallucinationer, påvirknings-fornemmelser og angst. M blev, som følge af strafbart forhold, herefter dømt til ambulans psykiatrisk behandling. Under behandling med antipsykotisk virkende medicin bedredes tilstanden, og dommen blev ophævet i 1996. M ophørte herefter hurtigt med den medicinske behandling, hvorefter hans psykiske tilstand forværredes. Efter ny kriminalitet blev M i 1999 dømt til behandling i hospital mv., men den psykiske tilstand forværredes trods genoptagelse af medicinsk behandling, og december 2000 blev han overflyttet til Sikringsafdelingen på baggrund af farlighedsdekret efter psykiatrilovens § 40. Farlighedsdekretet blev ophævet i 2005 og efter ophold i retspsykiatrisk afdeling, blev han i 2007 udskrevet til socialpsykiatrisk bocenter. Hans psykiske tilstand var dog fortsat svingende, og M blev i 2012 på ny sigtet for alvorlig kriminalitet, denne gang manddrab. Ved mentalundersøgelse fandtes M fortsat at være lidende af skizofreni med vedholdende sindssygdomssymptomer, blandt andet vrangforestillinger med forfølgelsesindhold. Der vurderedes at være en væsentlig risiko for ny kriminalitet, og dom til anbringelse i psykiatrisk hospital blev anbefalet.

Ved sagens fremsendelse til Retslægerådet anmodede anklagemyndigheden om en udtalelse om, hvorvidt dom til forvaring efter straffelovens § 70 var påkrævet for at forebygge faren for ny kriminalitet. Retslægerådet udtalte, at rådet af lægelige grunde finder, at en person, der er kronisk sindssyg og derved omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, bør idømmes en psykiatrisk særforanstaltning. Såfremt en sindssyg person kan antages at frembyde den i straffelovens § 70 beskrevne fare for andre mennesker vil rådet overveje muligheden for at anbefale dom til anbringelse på Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland. Retslægerådet tiltrådte mentalerklæringens anbefaling af dom til anbringelse i psykiatrisk hospital. (J.nr. 10A/A1-03237-2012).

M kom i 1988 til Danmark ved familiesammenføring, idet han året forinden var blevet gift med en herboende Tyrkisk kvinde. Han har fra 1991 flere gange været indlagt i psykiatriske afdelinger.

Forløbet heraf er beskrevet i Retslægerådets udtalelse af 21.02.12:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere udtalelser, senest af 10.12.99, og nu, på grundlag af foreliggende akter med erklæring af 09.01.12 fra overlæge MA, -- , udtale, at M er sindssyg og ligeledes var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han var da påvirket af alkohol, men der er ikke mistanke om

abnorm rus. Han er normalt begavet.

M kom til Danmark fra Tyrkiet i 1988. I 1991 blev han indlagt på psykiatrisk afdeling, og han har siden været behandlet for skizofreni, i perioderne 1993-1996 og 2000-2006 i medfør af idømte foranstaltninger. I 2000 blev afsagt farlighedsdekret, der atter ophævedes i 2005. Under opholdet på Sikringsafdelingen suppleredes behandlingen med det kraftigt antipsykotisk virkende præparat clozapin, der havde god virkning på hans sindssygelige symptomer og aggressivitet. I 2007 blev M udskrevet fra psykiatrisk hospital til socialpsykiatrisk bocenter og distriktspsykiatrisk behandling. På grund af hans klager over bivirkninger ophørte behandlingen med clozapin, og trods behandling med anden antipsykotisk medicin forværredes tilstanden med vrangforestillinger. Efter en tvangsindlæggelse i februar 2010 af en måneds varighed var det indtrykket, at tilstanden atter bedredes, om end der stadig bestod episodisk truende adfærd.

Ved mentalundersøgelsen var M indledningsvis svært forpint med blandt andet syns- og hørelsehallucinationer, impulser til selvdestruktiv og aggressiv adfærd, forestillinger om overvågning og om at modtage personlige meddelelser via medierne. Han bedredes under behandlingen, men havde fortsat storheds- og religiøse vrangforestillinger og var følelsesmæssigt tilbagesluttet.

Retslægerådet finder, at M er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han lider af skizofreni med vrangforestillinger. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet – jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt. – som mest formålstjenlig foranstaltning, anbefale, at han dømmes til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Til advokaturens anmodning om en udtalelse om forvaring skal Retslægerådet udtale, at rådet af lægelige grunde finder, at en person, der er kronisk sindssyg og herved omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, bør idømmes en psykiatrisk særforanstaltning. Såfremt en sindssyg person kan antages at frembyde den i straffelovens § 70 beskrevne fare for andre mennesker vil rådet overveje muligheden for at anbefale dom til anbringelse på Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland”.

Baggrunden for Retslægerådets udtalelse om forvaring i det sidste afsnit var, at Københavns Politi i skrivelse af 27.01.12 havde anført:

”... Jeg skal endvidere anmode om en udtalelse om, hvorvidt den sigtede efter straffelovens § 70, stk. 1 må antages at frembyde en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, og om anvendelse af forvaring i stedet for fængsel findes påkrævet for at forebygge denne fare. Jeg skal anmode om at få foretaget denne vurdering, uanset om den sigtede er omfattet af straffelovens § 16. ... ”

Kommentar

Ved straffelovsreformen 1973-75 foretoges en ajourføring af reglerne om de kriminelle særgrupper og særforanstaltningerne. Den nu kendte bestemmelse om dom til forvaring (straffelovens § 70) afløste to tidligere kendte tidsubestemte retsfølger (sikkerhedsforvaring og psykopatforvaring). Som det fremgår af ordlyden i den nuværende § 70, er denne retsfølge tiltænkt et meget snævert anvendelsesområde, nemlig hvor en lovovertræder frembyder en nærliggende fare for andres person. Den tidligere gældende adgang til tidsubestemt frihedsberøvelse overfor berigelsesforbrydere bortfaldt samtidig hermed.

Uagtet, at det er straffelovens grundtanke, at retsfølger overfor straffri personer skal være af lægelig eller forsorgsmæssig karakter, forelå der ved straffelovsreformen det spørgsmål, om ikke det i visse sjældne tilfælde kunne være uhensigtsmæssigt at udelukke

forvaring overfor § 16-personer. Der var her tanke på lovovertrædere, hos hvem, der ud over en psykose på gerningstiden, foreligger en udtalt karakterafvigelse, som måske på længere sigt vil tale for anden anbringelse end i psykiatrisk hospital. Tilføjelsen i § 68, sidste pkt., betyder, at man ved selve dommen eller ved en senere ændringskendelse (§ 72) kan anvende forvaring overfor en person, der er straffri efter § 16. Også ved denne anvendelse af forvaring følger krav til den pådømte kriminalitet og et farligheds-kriterium. Det er Retslægerådets vurdering, at alene det forhold, at M i den refererede sag vedholdende er svært sindssyg, udelukker anvendelse af forvaring efter § 70. I Kramp P., Lunn V., Wåben K., Retspsykiatri, 1996, s. 92 f. omtales et par sager fra 1970'erne, hvor anvendelse af forvaring som § 68 retsfølge er benyttet, men herudover er rådet ikke bekendt med sager, hvor sindssyge er idømt forvaring.

Syttenårig mand med svært forstyrret personlighedsstruktur idømt forvaring ved to retsinstanser, men slutteligt idømt 7 års fængsel ved Højesteret

A er en 17-årig sudansk født mand, som har haft bopæl i Danmark siden han var 8 år. Han har været svært adfærdsforstyrret som barn, har flere gange været anbragt uden for hjemmet og har haft kontakt med det ungdomspsykiatriske behandlingssystem. Han havde forud for seneste sigtelser - forsøg på manddrab og to tilfælde af voldtægt -, været sigtet for seksuelle krænkelser. A var i forbindelse med den første sag blevet ambulantly undersøgt, og i anledning af de aktuelle sigtelser, blev han igen mentalundersøgt. Ved begge undersøgelser blev A fundet svært personlighedsforstyrret. Retslægerådet vurderede – i modsætning til den mentalundersøgende overlæge – i forbindelse med de seneste sigtelser, at anvendelse af forvaring efter straffelovens § 70 med stor sandsynlighed var nødvendig. Han blev ved Byretten idømt forvaring, hvilket Landsretten stadfæstede. Ved dom april 2012 blev han dog idømt 7 års fængsel af Højesteret, idet man under henvisning til A's alder og det faktum, at han ikke tidligere havde været straffet, ikke fandt betingelserne for forvaring opfyldt. (10A/A1-02531-2010)

A blev undersøgt retspsykiatrisk ultimo 2009 på grund af sigtelse for voldtægt og trusler med forelæggelse for Retslægerådet og udtalelse derfra xx.03.10 – og på ny mentalundersøgt medio 2010 med fornyet forelæggelse for Retslægerådet med udtalelse dateret xx.07.10.

Samlet fremgår det af mentalerklæringerne, at A er født i Sudan. Forældrene blev skilt, da han var 2 år gammel, og moderen flygtede fra landet, da A var 6 år gammel. A har siden 2000 boet

med sin moder i Danmark. På grund af mistanke om voldtægt af en 7-årig blev A som 12 årig anbragt i 1½ år på institution. Efter et kort ophold hos moderen kom A i plejefamilie, hvor han udviste seksuelt grænsesøgende adfærd overfor mindreårige piger. Som 14 årig blev A surrogatfængslet, sigtet for voldtægt, og blev anbragt på institution. Han måtte flere gange flyttes til anden institution på grund af forstyrret adfærd og konflikter med de andre beboere. A blev august 2009 atter sigtet for voldtægt,

hvorfor han blev varetægtsfængslet i surrogat på en lukket institution. Under opholdet på denne institution blev A i februar 2010 sigtet for fornyet voldtægt og drabsforsøg – og varetægtsfængslet i arresthus.

A har i skolen modtaget specialundervisning og har gennemført 9. klasse. Han har ingen uddannelse og var ubeskæftiget på fængslingstidspunktet. Han har haft sporadisk forbrug af hash og alkohol, men ikke af øvrige rusmidler.

A har fra 12 til 14-års-alderen været i kontakt med ungdomspsykiatrisk afdeling, både ambulante og under indlæggelse, på mistanke om en psykotisk tilstand, posttraumatisk belastningsreaktion og depression. Han blev ikke fundet psykotisk, men mest sandsynligt lidende af en forstyrret personlighedsstruktur og kortvarige depressive episoder. Han blev behandlet kortvarigt med beroligende medicin. A har ikke tidligere været straffet.

Efter sigtelsen for voldtægt i august 2009 blev foretaget ambulante retspsykiatrisk undersøgelse, som konkluderede:

”Man finder således ikke umiddelbart observanden præget af tegn på organisk hjernesygdom, herunder heller ikke tegn til sygdomme indenfor den epileptiforme kategori. Man vurderer observanden som normalt begavet, muligvis med visse kognitive forstyrrelser.

Man finder observanden uden tegn til psykotisk symptomatologi og derfor heller ikke umiddelbart psykopatologi inden for denne formkreds. Man finder ikke umiddelbart tegn til sygdomme indenfor den affektive sindslidelse, men observandens moder kan beskrive symptomatologi forenelig med lettere manifor adfærd.

Der er ingen tegn til nogen former for misbrug, ligesom man ikke vurderer observanden særlig påvirket på tidspunktet for de påsigtede forhold.

På baggrund af dette finder man således ikke observanden tilhørende den i straffelovens § 16, stk. 1 eller 2 omtalte personkreds.

Man finder observanden præget af en begyndende personlighedsstruktur/forstyrrelse, også ud fra den psykologiske undersøgelse med tegn til forstyrrelse af emotionaliteten, til tider muligvis lettere realitetsbrist, ligesom han har vanskeligt ved at aflæse og forstå andres udtryk, hensigter og adfærd. Man må ud fra dette vurdere, at observanden har udviklet en narcissistisk personlighedsstruktur med visse tvangsmæssige træk, som også til tider udviser selvovervurdering og hypomane symptomer forbigående (opstemthed og øget selvfølelse). Man må således, trods observandens adfærd, henføre ham til den i straffelovens § 69 omtalte personkreds på baggrund af særlig psykisk udvikling og egenart.

Set i lyset af observandens alder og ovenfor beskrevne personlighedsstruktur, fremtoning og adfærd, finder man, at observanden, i fald han findes skyldig i de påsigtede forhold, bør etableres med foranstaltning af socialpædagogisk karakter, sandsynligvis med en til en kontakt, formentlig suppleret med ubetinget psykiatrisk vilkår, således, når der i den kommende tid vil forekomme eller optræde alvorligere psykopatologiske fænomener end der nu kan afsløres, at der vil være mulighed for at tilknytte ungdomspsykiatrisk tilbud.

Man finder, at der på baggrund af observandens manglende realitetsopfattelse og manglende evne til at aflæse andres hensigter og adfærd må skønnes en vis risiko for ligeartet kriminalitet.”

Erklæringen blev forelagt Retslægerådet, som i udtalelse af xx.03.10 blandt andet anførte:

”....., at A ikke er sindssyg og heller ikke var det på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet. Han var muligvis påvirket af cannabis på et af tidspunkterne for de påsigtede handlinger, men der er ikke holdepunkt for at antage, at en abnorm rustilstand skulle have foreligget.

A er født og opvokset hos gifte samlevende forældre i Sudan. Familien flygtede, da han var seks år gammel, på grund af borgerkrigen. Faderen flygtede til USA, mens moderen flygtede med

A og dennes lillebror til Danmark. Hans skolegang har været præget af skoleskift. Han har kortvarigt været i familiepleje. Han har angiveligt ikke haft faglige problemer og skulle være startet i gymnasiet i 2009.

I forbindelse med aktuelle varetægtsfængsling i surrogat har det på grund af adfærdsforstyrrelser, som er blevet beskrevet som svært forstyrret seksualiserende adfærd samt grænseoverskridende og truende adfærd, været nødvendigt at flytte A fra en åben til en lukket institution.

A er under den aktuelle mentalundersøgelse ikke fundet sindssyg, men præget af en begyndende personlighedsforstyrrelse med tegn på forstyrrelse af emotionaliteten, til tider muligvis også lettere realitetsbrist, ligesom han har vanskeligt ved at forstå andres udtryk, hensigter og adfærd. Han har brug for socialpædagogisk behandling under kontrollerede og strukturerede former, ligesom han har brug for løbende ungdomspsykiatrisk vurdering, da han skønnes at være i risiko for at udvikle en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.

Retslægerådet finder herefter, at A er omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig, kan Retslægerådet ikke pege på foranstaltninger – jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – som mere formålstjenlige end eventuelt forskyldt straf. Ud fra en lægelig betragtning skal

rådet anbefale, at han dømmes til at undergive sig en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling, jf. straffelovens § 74 a. Såfremt han idømmes en almindelig straf, skal Retslægerådet anbefale, at afsoning indledes på Anstalten ved Herstedvester.

Efter de fornyede sigtelser - for forsøg på manddrab og to tilfælde af voldtægt - blev A igen ambulantly undersøgt, og erklæringen konkluderede:

”Observanden er herefter ikke sindssyg, og han kan ej heller antages at have været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Han var under det ene forhold påvirket af euforiserende stoffer (hash), men der er ikke mistanke om abnorm rustilstand. Han er normalt begavet. Han har aldrig fået konstateret epilepsi eller anden form for organisk hjernelidelse.

Observanden har i 2005 og 2006 været indlagt på en ungdomspsykiatrisk afdeling kortvarigt med forbigående psykose og kortvarig depression. Afdelingens diagnoser var forstyrret personlighedsstruktur samt kortvarige depressive episoder. Han er først for nylig under varetægtsfængsling påbegyndt behandling med antidepressivt virkende medicin.

Ved aktuelle undersøgelser er observanden fundet personlighedsforstyrret, præget af øget selvfølelse, impulsiv adfærd samt manglende omtanke og

manglende indlevelse i andre mennesker. Dertil mangler han forståelse for gængse normer. Det er anført i den psykologiske test, at han på grund af sin personligheds-mæssige egenart kan handle til fare for andre.

Observanden har tidligere været anbragt på sociale døgninstitutioner med ringe effekt på hans adfærd.

Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig, kan der imidlertid ikke peges på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf.

Man finder ikke, at man med sikkerhed kan udtale, at observanden frembyder en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring i stedet for fængsel findes påkrævet.”

På grundlag af denne erklæring udtalte Retslægerådet xx.07.10:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring dateret xx.06.10 ved overlæge XX, udtale, at A ikke er sindssyg og at han ikke var det på tidspunktet for det påsigtede. Han var på tidspunktet for det ene påsigtede forhold påvirket af hash, men der er ikke mistanke om, at der har foreligget en abnorm rustilstand. Han er normalt begavet.

A er af sudansk afstamning, men har boet i Danmark i ti år. Han har været adfærdsforstyrret i barndommen og har været anbragt uden for hjemmet. Han har to gange været indlagt på ungdomspsykiatrisk afdeling med forbigeående psykose og depression. Der har ikke været længerevarende misbrug af rusmidler. Han har flere gange tidligere foretaget seksuelt krænkende handlinger, men er ikke tidligere straffet.

Ved aktuelle undersøgelse er han fundet udtalt personligheds-mæssigt forstyrret med impulsivitet, affektlabilitet, øget selvfølelse, manglende empati og manglende respekt for regler og normer.

A er herefter omfattet af straffelovens § 69. Retslægerådet kan ikke, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., pege på foranstaltninger som værende mere formålstjenlige end eventuel straf. Efter en samlet vurdering af den påsigtede kriminalitet, sammenholdt med den svært forstyrrede personlighed og tidligere krænkelse, er det Retslægerådets vurdering, at A udgør en så nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring efter straffelovens § 70 med stor sandsynlighed er nødvendig til forebyggelse heraf.”

Retslægerådet var således ikke enig med den erklæringsskrivende læge, der i korrespondancesvaret fastholdt, at man ikke har fundet det overvejende sandsynligt, at undersøgte udgør en så nærliggende fare for andres liv, legeme

eller helbred eller frihed, at man har kunnet anbefale forvaring efter straffelovens § 70.

Domstolene var heller ikke enige i deres afgørelser. Byretten idømte således A forvaring og begrundede dette med karakteren og beskaffenheden af den alvorlige kriminalitet, hvori tiltalte er fundet skyldig sammenholdt med udtalelsen af 28. juli 2010 fra Retslægerådet og til de øvrige oplysninger om tiltaltes personligheds-mæssige egenart og hermed forbundne og vedvarende farlighed, finder retten, at tiltalte uanset hans unge alder frembyder en så væsentlig fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at det findes påkrævet at anvende forvaring i stedet for fængsel for at forebygge denne fare, jf. straffelovens § 70, stk. 2. Straffelovens § 33, stk. 3, findes ikke at være til hinder herfor, hvilket blev stadfæstet i Landsretten efter anke fra A. Ved Højesterets behandling af sagen blev A i april 2012 idømt 7 års fængsel. Højesteret begrundede dette med hensynet til, at A var 17 år på gerningstidspunkterne og ikke tidligere havde været straffet og – uanset karakteren af den pådømte kriminalitet og oplysningerne om hans person – fandt Højesteret ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at anvende forvaring i stedet for fængsel i medfør af straffelovens § 70, stk. 2.

Kommentar

Forvaring efter straffelovens § 70 er

en tidsubestemt foranstaltning overfor personer, som udgør en nærliggende fare for andres person. Det er en alvorlig sanktion, som kun sjældent finder anvendelse. Forudsætningerne for idømmelse af forvaring er, at man 1) kendes skyldig i alvorlig, personfarlig kriminalitet; 2) at der som følge af vedkommendes karakteregenskaber og eventuel tidligere kriminalitet foreligger en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed; og 3) at forvaring findes påkrævet for at forebygge denne fare.

Det drejer sig således om alvorlig, personfarlig kriminalitet og stor recidivfare, som både kan begrundes i den pågældendes personlighedsmæssige egenskaber og omfanget af tidligere alvorlig kriminalitet.

Det er usædvanligt, at Retslægerådet anbefaler, at en så ung person som A idømmes forvaring. Rådet fandt

imidlertid, at en så alvorlig sanktion var nødvendig på grund af de gentagne forhold med seksuelle overgreb og krænkelse -, senest kombineret med forsøg på manddrab – og hans meget svært forstyrrede personlighedsstruktur med impulsivitet, affektlabilitet, øget selvfølelse, manglende empati og manglende respekt for normer og regler.

Uagtet, at der tidligere havde været mistanke om andre psykopatologiske tilstande, blev der ved de to retspsykiatriske undersøgelser alene fundet tegn på en sådan svært forstyrret personlighedsstruktur.

To retsinstanser var enige med Retslægerådet, mens Højesteret idømte A fængsel i 7 år under henvisning til hans alder, og at han ikke tidligere havde været straffet. En sådan straf for en ung, tidligere ustraffet person må dog også anses for at være en streng straf og tæt på maksimumstraffen på 8 år.

Hjemløs kvinde med skizofreni tvangsindlagt med henblik på behandling, forlod hospitalet under uledsaget udgang

I en ankesag om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse blev Retslægerådet af byretten anmodet om en udtalelse. Patienten var en 40-årig kvinde, A, som blev tvangsindlagt på helbredskriteriet og tvangstilbageholdt dagen efter. På indlæggelsestidspunktet var A hallucineret med bizar adfærd. Retslægerådet udtalte blandt andet, at A var sindssyg før og under indlæggelsen, og at det ville have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve hende med henblik på behandling, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville være væsentligt forringet. Lidt usædvanligt fremhævede Retslægerådet desuden, at A efter rådets vurdering havde behov for meget langvarig psykiatrisk behandling. A blev udskrevet efter cirka to måneders indlæggelse som følge af, at hun ikke kom tilbage efter den første uledsagede udgang fra hospitalet. Hun mistede herefter behandlingskontakten.

Med revisionen af Psykiatriloven i 1998/99 blev behandling af klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse flyttet fra domstolene til de psykiatriske patientklagenævn, der som udgangspunkt ikke anmoder Retslægerådet om en udtalelse. Der er siden lovændringen sket et betydeligt fald i forelæggelsen af denne type sager for Retslægerådet. Domstolene er ankeinstans, hvortil patienten, men ikke hospitalet, kan anke afgørelser i sager om frihedsberøvelse.

Retslægerådet har i 2012 behandlet i alt 8 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

I 2010 og 2011 var antallet henholdsvis 7 og 12 sager. (J.nr. 10A/A3-03373-2012).

A var en 40-årig kvinde, der efter det oplyste led af skizofreni og havde været tvangsindlagt såvel i 2010 som i 2011. Hun havde ikke modtaget psykiatrisk

behandling imellem indlæggelserne.

A var nu boligløs og havde ikke hævet sin førtidspension i cirka et år. Hun

havde muligvis et barn, som var tvangs-fjernet på grund af hendes sygdom. A blev tvangsindlagt 06.03.12 efter at have boet to måneder på et forsorgshjem, hvor hendes adfærd havde været meget påfaldende. For eksempel gik hun nøgen omkring i huset og talte med imaginære personer. Hun virkede syns- og hørelshallucineret, men afviste forslag om at søge hjælp. En tilkaldt læge konstaterede, at A var svært sindssyg og behandlingskrævende og foranledigede straks tvangsindlæggelse. Ved indlæggelsen forklarede A, at hun havde været ude at rejse i længere tid og overvejede at slå sig ned i udlandet. Hun havde dog ikke haft penge nok og tog derfor toget tilbage til Danmark. Da hun steg af toget, kom politiet og kørte hende til et lokalt forsorgshjem. A var glad for at få en seng, men følte sig ikke syg og var ikke interesseret i at modtage psykiatrisk behandling. Hun mente ikke, der var noget påfaldende ved hendes adfærd. A havde tidligere røget hash i mindre mængder, men misbrugte ikke længere nogen rusmidler. Under indlæggelsen var A mistroisk og afviste at tale med læger og plejepersonale. Hun svarede ikke på tiltale, men tog pude eller dyne over hovedet ved forsøg på kontakt. Hun talte med imaginære personer og så dyr på gulvet. Hun stolede ikke på nogen og sov ovenpå sin taske.

Af behandlingsplanen fremgik, at A var svært psykotisk (sindssyg) og ikke kunne motiveres for frivillig medvirken

til behandling. Den 12.03.12 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med antipsykotisk virkende medicin. A ønskede ikke at klage, men hospitalet tolkede hendes afvisning af at tale om spørgsmålet som en indirekte klage og valgte at forelægge sagen for Det Psykiatriske Patientklagenævn, som 27.03.12 godkendte overlægens beslutning. A modtog herefter medicinen tvangsmæssigt ved daglige indsprøjtninger, indtil hun 04.04.12 selv foreslog skift til et depotpræparat, som hun tidligere havde været behandlet med. Ret sent i forløbet klagede A over tvangsindlæggelsen og tvangstilbageholdelsen. Af overlægens erklæring af 20.04.12 til Det Psykiatriske Patientklagenævn fremgik, at A stadig var sindssyg, om end det meget akutte præg var dæmpet, og at hun stadig havde behov for behandling under indlæggelse. A nåede at modtage depotbehandling i alt tre gange (givet med to ugers interval), før hun 01.05.12 forlod hospitalet første gang, hun havde udgang uden personaleledsagelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævn behandlede A's klage 24.04.12, hvor frihedsberøvelsen blev godkendt. Patientklagenævnet vurderede, at A havde været sindssyg ved indlæggelsen og ikke efterfølgende havde fået det så meget bedre, at frihedsberøvelsen burde ophæves. Nævnet fandt, at A endnu ikke ville være i stand til at samarbejde om ambulant behandling. A klagede over Patientklagenævnets afgørelse til byretten og nedlagde via

sin beskikkede advokat påstand om, at såvel tvangsindlæggelsen som tvangstilbageholdelsen blev kendt ulovlige.

I Retslægerådets udtalelse fra juli 2012 til byretten hed det blandt andet, at A led af skizofreni og siden 2001 havde været indlagt og behandlet i flere psykiatriske afdelinger, også ved tvang. Antipsykotisk virkende medicin havde haft god effekt på sindssygdomssymptomerne, men A havde ingen erkendelse af at være syg. Hun var udeblevet fra ambulansbehandling efter tvangsindlæggelse i sommeren 2011. A var sindssyg ved den aktuelle indlæggelse, og den begyndende bedring, der siden var registreret, måtte især tilskrives behandlingen med antipsykotisk virkende medicin.

Byrettens behandling og resultat:

Ved byrettens behandling af sagen i august 2012 havde det ikke været muligt at forkynde indkaldelsen for A. Den beskikkede advokat meddelte, at han havde en aftale med A om, at de sammen skulle deltage i retsmødet. A mødte imidlertid ikke, men besvarede advokatens telefonopringning, hvor hun meddelte, at hun havde taget fejl af tidspunktet. Det blev herefter accepteret af alle parter, at A afgav sin forklaring telefonisk. A oplyste nu, at hun havde mistet sin mand og sit hjem og derfor måtte opholde sig på forsorgshjem. Hun brød sig ikke om personalet, som trængte ind på hendes

værelse og ville i skænderi med hende. A var ikke enig i, at hun var psykisk syg. Tværtimod havde hun tidligere gennemgået en test, der beviste, at hun var rask. Under tvangsindlæggelsen havde hun været nødt til at foregive samarbejde for at komme ud af den lukkede afdeling. Når A under møde i Det Psykiatriske Patientklagenævn havde sagt, at hun erkendte at have behov for behandling, var det kun for at komme ud. A delte ikke lægernes opfattelse af, at hun havde fået det bedre under opholdet på psykiatrisk sygehus. Den 1. Maj 2012 fik hun lov til at gå en tur udenfor hospitalet, og så forsvandt hun.

På baggrund af de lægelige oplysninger, herunder Retslægerådets udtalelse, fandt retten betingelserne for frihedsberøvelse opfyldt, jf. Psykiatrilovens § 5 og § 10 og stadfæstede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Kommentar

I den aktuelle sag fandt både patientklagenævn og byretten frihedsberøvelsen af A lovlig. Kun A var ikke overraskende uenig heri. A havde været tvangsindlagt tre gange indenfor de sidste to år. Det var ikke lykkedes imellem indlæggelserne at fastholde hende i ambulanspsykiatrisk behandling, og hendes sociale situation var blevet tiltagende forringet.

Det må anses for tvivlsomt, at den betydelige og afgørende bedring i A's tilstand, som var formålet med

frihedsberøvelsen, var opnået ved udskrivningen. Denne var uplanlagt og udelukkende begrundet i, at A forlod hospitalet trods en aftale om blot at gå en tur. A havde da modtaget relevant behandling med antipsykotisk virkende medicin i cirka en måned, hvilket erfaringsmæssigt er for kort tid til at opnå en stabil bedring, der rækker udover selve indlæggelsesperioden. Der var tilsyneladende ikke etableret samarbejde med de psykiatriske afdelinger eller ambulante teams, hvor A tidligere havde været behandlet, ligesom de sociale forhold ikke ses nøjere beskrevet. Muligheden for at udarbejde udskrivningsaftale eller koordinationsplan i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien nåede ikke at blive ikke udnyttet, før A forlod hospitalet.

Ligeledes må det stærkt betvivles, at A havde opnået "sygdomserkendelse eller behandlingsmotivation". Tværtimod var hun optaget af at fremstå rask (dissimulere) overfor såvel den behandlingsansvarlige overlæge som medlemmerne af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det er en gammel diskussion, hvor langvarigt en frihedsberøvelse kan eller bør udstrækkes, og hvad der ligger i begrebet "betydelig og afgørende bedring".

Psykiatriloven angiver ikke nogen længstetid for frihedsberøvelse i form af tvangstilbageholdelse. Varigheden er

umiddelbart en lægelig vurdering, der bygger på en patients kliniske tilstand.

Retslægerådets årsberetninger for 1991, 1994 og 2000 omtaler forskellige principielle vinkler på spørgsmålet, hvis kompleksitet illustreres af, at flere af rådets udtalelser er med dissens. I de omtalte sager har domstolene som udgangspunkt stadfæstet frihedsberøvelserne, hvoraf nogle har været af betydelig tidsmæssig udstrækning, med vægt på de lægelige udtalelser, herunder også Retslægerådets udtalelser.

De senere år er de gennemsnitlige indlæggelsestider på de psykiatriske hospitaler faldet betydeligt som led i ønsket om omstilling fra sengebaseret (døgnindlæggelse) til ambulante psykiatriske behandling. Det gælder også frihedsberøvede patienter. Til gengæld er antallet af tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser stigende (se Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelse af tvang i psykiatrien). Spørgsmålet om denne udviklings betydning for de mest syge patienter har været til debat gennem flere år.

Der har gennem mere end 10 år været et politisk ønske om at nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien. De Psykiatriske Patientklagenævn skal tilgodese patienternes retssikkerhed, og gør det blandt andet ved at underkende tvangsforanstaltninger, hvis lovens kriterier ikke er overholdt. Indenfor de senere år er der muligvis anlagt en

mere restriktiv godkendelsespraksis i de regionale patientklagenævn (se for eksempel årsberetning 2011 fra Statsforvaltningen Midtjylland), og de psykiatriske hospitaler underkendes i flere klagesager over tvang end tidligere. Det kan være udtryk for bedre retssikkerhed for patienterne, men har blandt overlægerne også ført til bekymring for, om nogle patienter herved unddrages

nødvendig behandling. I den aktuelle sag var det imidlertid hospitalet, der ikke var i stand til at sikre patienten nødvendig behandling, og det må undre, at ingen tilsyneladende tog skridt til at undersøge, om A havde behov for fortsat psykiatrisk behandling i tiden efter udskrivelsen.

Anbefaling af behandlingsdom til femogtredive-årig mand med paranoid skizofreni, hvor Retslægerådet fandt det nødvendigt at pointere mulighed for indlæggelse

M er en 37-årig dansk født mand, kendt under diagnosen paranoid skizofreni. Han var første gang indlagt i 2003 på psykiatrisk afdeling, hvor man fandt ham lidende af skizofreni. M har efterfølgende været indlagt talrige gange under samme diagnose. Han har endvidere fra ungdomsårene haft et omfattende og blandet misbrug af alkohol og euforiserende stoffer og har tre gange tidligere været idømt foranstaltningsdomme for berigelseskriminalitet samt overtrædelse af lov om euforiserende stoffer, forsøg på bedrageri og overtrædelse af våbenloven. Sidste gang var 09.03.11, hvor M blev dømt til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse. Der blev fastsat en længstetid på 5 år for foranstaltningen. Aktuelt var M sigtet for indbrud, idet politiet ved ransgning af hans bopæl ultimo januar 2012 havde fundet mellem 1500 og 2500 effekter, som formodes at hidrører fra tyveri/indbrud. Overlægen, som udfærdigede erklæringen, anbefalede dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, idet overlægen skønnede, at den tidligere idømte behandlingsdom med mulighed for genindlæggelse ikke havde været tilstrækkelig til at imødegå ligeartet kriminalitet. Retslægerådet anbefalede dom til behandling på psykiatrisk afdeling og pointerede i sin anbefaling, at den foreslåede foranstaltning indebar, at M kunne indlægges – og forblive indlagt – indtil den psykiske tilstand på afgørende vis var bedret og risikoen for recidiv til kriminalitet mindsket. (J.nr. 10A/A1-03358-2012)

M blev mentalobserveret marts 2012 på grund af nye sigtelser for tyveri med efterfølgende forelæggelse for Retslægerådet. M var blevet mentalundersøgt tidligere, og samlet fremgår af erklæringerne, at M primært er vokset op hos sin mor. Forældrene blev skilt, da han var 3 år gammel, og han havde

sparsom kontakt til faderen indtil dennes død, da M var 17 år. M boede aktuelt alene i en etværelses andelslejlighed og modtog førtidspension. Han havde ingen partner eller børn, han havde angiveligt et sparsomt socialt netværk, men dog god kontakt til moderen. M har gået i folkeskole, har skiftet skole

på grund af sociale problemer og gik fra 6. – 9. klasse i specialklasse. Han gennemførte, 18 -19 år gammel, handelsskolens grunduddannelse, men har ikke uddannet sig yderligere eller været i beskæftigelse siden. M blev første gang indlagt i 2003 i svært psykotisk tilstand med hørelsehallucinationer af religiøs karakter omhandlende Jesus og døden. Han hørte stemmer som opfordrede til selvmord, og han så døde skikkelser siddende ved sit vindue. Op til indlæggelsen havde han misbrugt amfetamin og angivelig også alkohol. Der påbegyndtes antipsykotisk virkende medikamentel behandling samt behandling med antabus mod alkoholmisbrug, og M blev udskrevet ca. et halvt år senere under diagnosen skizofreni. Han var indlagt yderligere fire gange i 2004 - sidste gang august 2004, hvor han forblev indlagt indtil januar 2005. M havde gennem en årrække udviklet et misbrug af cannabis, alkohol, amfetamin og benzodiazepiner. Efter berigelseskriminalitet i 2005 blev han dømt til ambulans psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen samt bestemmelse om indlæggelse. Dommen var uden længstetid. M var indlagt to gange i 2008. Første gang var med henblik på stabilisering efter metadonoverforbrug og anden gang på grund af et eskalerende misbrug og psykotiske symptomer. I 2009 indlagdes M frivilligt på psykiatrisk afdeling efter eskalering af misbrug, aggressiv adfærd og vold mod moderen. Han fremstod hørelses- og synshallucineret. Tilstanden blev behandlet med antipsykotisk virkende

medicin og stofafholdenhed med god effekt, hvorefter M blev visiteret videre til distriktspsykiatrien, som varetog den primære ambulante behandling. En til to måneder senere blev han igen indlagt, denne gang som surrogatfængslet, sigtet for tyveri. Foranstaltningsdommen blev september 2009 opretholdt, men nu med en længstetid på 5 år. I 2010 blev M indlagt i henhold til dommen, idet han ikke havde overholdt aftalerne med distriktspsykiatrisk center og ikke havde indtaget sin medicin. Tilstanden bedredes under indlæggelsen, hvor medicinindtagelse kunne sikres bedre. Ud over tilknytning til distriktspsykiatrien var M også tilknyttet retspsykiatrisk team samt misbrugscenter.

M blev igen indlagt i december 2010 efter at have siddet varetægtsfængslet ca. tre uger i Vestre Fængsel sigtet for tyveri. Op til fængslingen havde han ikke overholdt sine aftaler med den behandlingsansvarlige overlæge, ligesom han udviste ustabil fremmøde i distriktspsykiatrien og i misbrugscen-tret. Han havde - når han mødte frem i distriktspsykiatrien - mødt uden for de aftalte tider og virkede vredladet og uden forståelse for indgåede aftaler. M havde endvidere ringe indsigt i og forståelse for konsekvenserne af foranstaltningsdommen, herunder at medicinsvigt og mangelfuld overholdelse af aftaler medførte indlæggelse på psykiatrisk afdeling. M blev igen mentalundersøgt, fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 og nu dømt til

behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Sidste indlæggelse var i februar 2012, hvor han i henhold til Psykiatriloven blev indlagt fra Vestre Fængsel i psykotisk tilstand. Ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling stod det imidlertid klart, at M havde dom til psykiatrisk behandling, hvorfor tvangsindlæggelsen blev annulleret. M blev under denne indlæggelse igen mentalundersøgt. Det fremgår, at M var helt uden sygdomserkendelse og ikke ønskede medicinsk behandling. Han fandtes åbenlys psykotisk og behandlingskrævende, hvorfor der blev truffet beslutning om tvangsmedicinering med antipsykotisk virkende medicin. Det fremgår videre af erklæringen, at tidligere foranstaltningsdomme havde vist sig helt utilstrækkelige, og at det, trods talrige forsøg, ikke var lykkedes at fastholde M i depotbehandling med antipsykotika gennem længere tid.

Overlægen konkluderede i erklæring af marts 2012, at M var sindssyg og omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Overlægen anbefalede som mest formålstjenlig foranstaltning, dersom M fandtes skyldig, dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, idet en behandlingsdom mv. ikke havde været tilstrækkelig til imødegåelse af ligeartet kriminalitet.

Ved sagens fremsendelse til Retslægerådet henviste Anklagemyndigheden blandt andet til et telefonnotat af 01.05.12, (dvs. efter at erklæringen var afgivet), hvoraf fremgik, at overlægen på forespørgsel fra politiet havde oplyst, at muligheden for indlæggelse i medfør af behandlingsdommen ikke havde været anvendt, da afdelingen i praksis ikke benyttede denne mulighed, idet der var patienter, som blev skønnet mere syge (og altså mere indlæggelsestrængende). Den eneste reelle mulighed for en længerevarende indlæggelse var ifølge overlægen en dom til anbringelse.

Sagen blev herefter forelagt Retslægerådet, der udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af fremsendte akter, med udtalelse af 22.03.12 fra overlæge XX om M udtale, at han er sindssyg og ligeledes var sindssyg på tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet. M har med stor sandsynlighed været påvirket af rusmidler på gernings-tiden, men der er ikke holdepunkter for, at han har befundet i en heraf fremkaldt psykisk abnormtilstand.

M blev første gang indlagt i psykiatrisk 26 år gammel. Han fandtes lidende af skizofreni, og han har efterfølgende været indlagt talrige gange under denne diagnose. Han har endvidere fra ungdomsårene haft et omfattende, blandet misbrug af alkohol og euforiserende stoffer. M har tidligere været dømt til

psykiatrisk behandling efter sigtelser for berigelseskriminalitet. M lever isoleret, og han har kun i begrænset omfang ønsket at medvirke ved den psykiatriske behandling, der således i perioder har været afbrudt, ligesom forløbet har været præget af vedholdende tilbagefald til berigelseskriminalitet.

Retslægerådet finder M omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han har behov for længerevarende indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2 pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse, idet rådet herved skal påpege, at den foreslåede foranstaltning indebærer, at M kan indlægges – og forblive indlagt – indtil hans psykiske tilstand er afgørende bedret, og at risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet er mindsket. Rådet skal hertil bemærke, at der uden indlæggelse må antages at bestå en betydelig risiko for ny ligeartet kriminalitet, men kun en mindre risiko for personfarlig kriminalitet.”

Retslægerådet var således ikke enig med den erklæringsskrivende læge, hvad angår foranstaltningsforslaget. Rådet korresponderede derfor med den erklæringsskrivende overlæge, der ikke

fremkom med bemærkninger hertil. Der er endnu ikke faldet dom i sagen.

Kommentar

M var kronisk sindssyg, han var kronisk stofmisbruger, og han var kronisk kriminel. Han tilhører med andre ord gruppen af vanskeligt behandlelige retspsykiatriske patienter. Det kan derfor umiddelbart synes indlysende, at den behandlingsansvarlige overlæge anbefalede en anbringelsesdom, f.eks. ville selve anbringelsen medføre, at M blev afskåret fra at foretage kriminalitet. Anbringelsesdomme anvendes ikke særlig ofte og fortrinsvis i sager vedrørende alvorlig, personfarlig kriminalitet. Som omtalt i denne årsberetning s.87 ff. og s.91 ff. skal Retslægerådet anlægge et lægeligt – ikke et juridisk – skøn, og rådet kunne derfor anbefale en anbringelsesdom i en sag vedrørende en behandlingsrefraktær, svært sindssyg person, om end vedkommende ikke havde begået så alvorlig kriminalitet. I denne sag var M imidlertid ikke behandlingsrefraktær. Han fik det psykisk væsentligt bedre, når han var indlagt, men indlæggelserne var ofte kortvarige, og efter at være udskrevet recidiverede han til manifesterede psykotiske symptomer, stofmisbrug og berigelseskriminalitet. Til slut meddelte den behandlingsansvarlige overlæge, at afdelingen slet ikke anvendte muligheden for at indlægge patienter med en behandlingsdom. En sådan opfattelse er imidlertid i klar modsætning til såvel forudsætningerne som reglerne

for foranstaltningsdomme. Den behandlingsansvarlige afdeling skal (også) tage hensyn til retssikkerheden, hvad angår en foranstaltningsdømt patient. Det fremgår direkte af udgangscirkulæret for de anbringelsesdømte, men gælder også patienter med andre typer foranstaltningsdomme. Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af retspsykiatriske patienter (vejledning nr. 9614 af 08.11.10) fastslår da også, at retspsykiatriske patienter med behandlingsdomme og domme til ambulat behandling med indlæggelsesmulighed kan – eventuelt skal – indlægges og tilbageholdes i medfør af dommen, såfremt patienten ikke passer den

ambulante behandling - det gjorde M ikke – eller såfremt den psykiske tilstand forværres – M's psykiske tilstand blev jævnlige forværret – eller ved (mistanke om) kriminelt recidiv – M begik vedvarende berigelseskriminalitet.

Efter Retslægerådets opfattelse var den behandling, M havde modtaget, langt fra at være optimal, og rådet fandt derfor ikke grundlag for at anbefale en anbringelsesdom, idet rådet i sin udtalelse også fandt anledning til at understrege den psykiatriske afdelings forpligtigelser i varetagelsen af en behandlingsdom.

Midaldrende mand begik grov vold og foretog selvmordsforsøg mindre end et døgn efter at være udskrevet fra en psykiatrisk afdeling.

H er en 45-årig dansk født mand, som i månederne forud for det påsigtede forhold udviklede en depressiv tilstand præget af blandt andet uoverkommelighedsfølelse, koncentrationsbesvær, nedsat stemningsleje samt døgnvariation og skyldfølelse. Tilstanden var muligvis betinget af sociale og ægteskabelige problemer. I dagene forud for de påsigtede handlinger foretog H to alvorlige selvmordsforsøg, hvilket resulterede i ganske kortvarig indlæggelse på psykiatrisk afdeling. H's ægtefælle oplyste efterfølgende H om, at hun havde haft et udenomsægteskabeligt forhold, hvorefter H udviklede en forbigående sindstilstand præget af blandt andet aggressivitet - vold mod hustruen - og manglende tidsfornemmelse. Han foretog herefter endnu et alvorligt selvmordsforsøg ved udspring fra bro. Ved den retspsykiatriske undersøgelse fandtes H at have befundet sig i en sindssygelig tilstand på tidspunktet for de påsigtede handlinger. Retslægerådet fandt, at H muligvis var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men under alle omstændigheder af straffelovens § 69, og anbefalede dom til behandling på psykiatrisk afdeling med videre, dersom han fandtes skyldig. (J.nr. 10A/A1-03165-2011).

H blev retspsykiatrisk undersøgt i oktober 2011, sigtet for blandt andet legemsangreb af særlig farlig karakter, jf. straffelovens § 245, stk. 1, med forelæggelse af sagen for Retslægerådet, der udtalte sig i februar 2012.

Af erklæringen fremgår blandt andet, at H er født i Danmark som nr. 3 af 3 søskende. H's mor var hjemmegående i H's barndom, og faderen arbejdede hos postvæsenet. H blev passet i børnehave, frem til han startede i skole. Han boede hjemme, indtil han blev 18 år og flyttede da sammen med sin ex-hustru. Ægteskabet beskrives som

godt og solidt, indtil den økonomiske krise startede og forårsagede personlige problemer for begge ægtefæller. I et forsøg på at løse problemerne solgte de deres hus og flyttede, men de ægteskabelige problemer fortsatte og endte i den verserende sag.

H uddannede sig efter folkeskolen og et års handelsskole til butiksassistent. Efter uddannelsen havde han forskellige job af kortere varighed indtil 1991, hvor han blev ansat som lagerarbejder. Han blev senere afdelingsleder og efter 3 års ansættelse som dette, skiftede han til et andet firma, hvor han et år senere blev

afskediget på grund af nedskæringer. Han blev efterfølgende genansat i det oprindelige firma, hvor han arbejdede i 17 år, de senere år som afdelingsleder. I december 2010 blev han sygemeldt på grund af rygsmarter. Rygsmarterne fortsatte, han kunne ikke passe sit arbejde og blev sagt op. Han havde efterfølgende flere korte ansættelser, sidst som operatør. Han var glad for dette arbejde, men måtte sygemeldes i forbindelse med nuværende sag, hvor han ved fald fra bro pådrog sig et kompliceret brud i nakken, indre blødninger og beskadigelse af indre organer med forventet længerevarende genoptræning til følge. H havde et stort forbrug af alkohol i weekender, men ikke et dagligt forbrug. Gennem de sidste par år havde H røget hash én til to gange om måneden, angiveligt mod rygsmarter.

H og hans ægtefælle havde en længere periode op til det påsigtede haft ægteskabelige problemer, hvor H i forbindelse hermed udviklede depressive symptomer. Han forsøgte selvmord og blev i forbindelse hermed indlagt i 2 døgn på psykiatrisk afdeling. Han blev udskrevet under diagnosen belastningsreaktion og forsøgte samme dag på ny at begå selvmord ved hængning, som mislykkedes, da grenen, han ville hænge sig i, knækkede. H blev også efter dette selvmordsforsøg indlagt på psykiatrisk afdeling og blev igen udskrevet efter 2 døgn indlæggelse. Den følgende dag overfaldt H hustruen og

forsøgte for tredje gang selvmord ved udspring fra bro.

Der blev i oktober 2011 foretaget en mentalundersøgelse, som blandt andet konkluderede, at H gennem 1½ år havde haft symptomer på depression. Han fandt ud af, at ægtefællen havde kontakt med en anden mand, hvilket førte til flere selvmordsforsøg indenfor samme uge, og da hustruen oplyste, at hun havde haft seksuel kontakt med den pågældende person, slog H hustruen og truede hende med en kniv, trak hende ind i en bil, hvorefter de kørte ud på nærmeste bro, hvorfra han sprang i vandet og i den forbindelse pådrog sig flere brud på rygsøjlen samt indre blødninger. Den retspsykiatriske erklæring konkluderede, at H på undersøgelsestidspunktet havde lettere depressive symptomer, og at han havde haft en ubehandlet depression, og således befundet sig i en sindssygelig tilstand, på tidspunktet for det nu påsigtede og dermed var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Erklæringen anbefalede derfor også dom til psykiatrisk behandling med videre.

Erklæringen blev forelagt Retslægerådet, som udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af de tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring af xx.11.11 ved overlæge.... udtale, at H ikke aktuelt er sindssyg, men det er muligt, at han var sindssyg på tidspunktet for

det påsigtede. Han er normalt begavet. H havde indtaget alkohol på tidspunktet for det påsigtede, men der er ikke grund til at antage, at en abnorm rus tilstand skulle have foreligget.

H's opvækst var normal med gode og trygge forhold. Han er efter endt folkeskole og et års handelsskole uddannet butiksassistent. Han har altid været nødt til at skifte arbejde. H har de sidste par år haft et vist mindre misbrug af hash, angiveligt fordi hashpåvirkning har mindsket hans rygsmarter, men han har i øvrigt ikke misbrugt euforiserende stoffer. Han har et stort forbrug af alkohol i weekender.

I månederne forud for de påsigtede forhold udviklede H en depressiv tilstand, måske betinget af sociale og ægteskabelige problemer, præget af blandt andet uoverkommelighedsfølelse, koncentrationsbesvær, nedsat stemningsleje med døgnvariation samt skyldfølelse. I dagene forud for de påsigtede handlinger foretog han to alvorlige selvmordsforsøg med efterfølgende ganske kortvarige indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Da hustruen efterfølgende oplyste ham om, at hun havde haft et udenomsægteskabeligt forhold, udviklede han en forbigående tilstand præget af blandt andet aggressivitet, manglende tidsfornemmelse, endnu et alvorligt selvmordsforsøg og delvist hukommelsestab for forløbet. Ved en samlet vurdering finder Retslægerådet, at det er muligt, at han på tidspunktet

for de påsigtede forhold befandt sig i en af depression og akut sjælelig belastning betinget sindssygelig tilstand eller i en hermed ligestillet tilstand. Ved den foretagne mentalundersøgelse fandtes han fortsat lettere deprimeret, men ikke sindssyg.

Retslægerådet finder herefter, at det er muligt, at H er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men er det ikke tilfældet, er han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet – uagtet den diagnostiske usikkerhed – til imødegåelse af risiko for ligearartet kriminalitet, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse”.

Kommentar

Retslægerådet vil i sagens natur jævnligt få forelagt sager, hvor den psykiatriske behandling må beskrives som mangelfuld. Dette emne har været behandlet flere gange tidligere (se f.eks. Retslægerådets årsberetning 1997, s. 77 ff., årsberetningen 1998-1999, s. 115 ff., og årsberetningen 2011, s. 117) og er også et tema i denne årsberetning, se blandt andet s.79 ff og s.111 ff. H foretog tre selvmordsforsøg indenfor én uge og var i løbet af denne uge indlagt to gange på

psykiatrisk afdeling. Ved første indlæggelse efter selvmordsforsøg med medicinoverdosering blev H overflyttet til somatisk regi på grund af forgiftningssymptomer. Ved udskrivelsen vurderedes H's stemningsniveau at være neutralt, han fandtes hverken psykotisk eller selvmordstruet, og udskrivningsdiagnosen var belastningsreaktion. Han indlagdes igen på psykiatrisk afdeling 4,5 timer efter forrige udskrivelse, denne gang efter selvmordsforsøg ved hængning. Mindre end to døgn senere udskrives han igen. Han beskrives også her som neutral af stemning og ikke selvmordstruet. Diagnosen var tilpasningsreaktion på trods af, at han blev sat i behandling med antidepressivt virkende medicin. Mindre end et døgn senere foretog han de nu påsigtede personfarlige handlinger samt et nyt selvmordsforsøg med udspring fra bro, hvorved han pådrog sig en række alvorlige kvæstelser. Efterfølgende var H indlagt på psykiatrisk afdeling i halvanden måned, hvor behandlingen med antidepressivt virkende medicin blev intensiveret. Det fremgik af udskrivningsbrevet, at H havde en depression, men på trods heraf var udskrivningsdiagnosen belastningsreaktion. Ved den sidste indlæggelse blev H henvist til videre opfølgning på selvmordsklinik. Konklusionen fra mentalobservationen var, at H havde

haft en ubehandlet depression op til det påsigtede, at han havde befundet sig i en sindssygelig tilstand, og at han derfor var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet fandt, at H muligvis var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Uanset den diagnostiske usikkerhed anbefalede rådet en behandlingsdom. Ved dom afsagt 18.04.12 ansås det for godtgjort, at H på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand, som beskrevet i straffelovens § 69, hvorefter han blev dømt til at undergive sig behandling på psykiatrisk afdeling med videre. Der fastsattes ingen længstetid for foranstaltningen, men en længstetid for domfældtes ophold i institution på 1 år.

Sagen understreger vigtigheden af, at personer, som forsøger selvmord, får foretaget en grundig psykopatologisk vurdering, herunder at der tages stilling til, om personen lider af depression, at mulig risiko for selvmord nøje vurderes, og at relevant behandling iværksættes. I denne sag blev H inden for få dage indlagt på psykiatrisk afdeling efter to alvorlige selvmordsforsøg. Han burde i hvert fald i forbindelse med anden indlæggelse – og altså efter det andet selvmordsforsøg – have været nøje undersøgt og vurderet, jf. ovenstående.

II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerådet 2012

A. Psykiatriske sager	460
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	67
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	11
D. Faderskabssager	26
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	934
F. Administrative sager m.v.	76
H. Aldersbestemmelser	16
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	6
M. Færdselssager med medicinindtagelse	21
I ALT	1617

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	333
Ændring i strafferetlig foranstaltning	85
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	8
Ophævelse af farlighedsdekret	5
Overførsel til Sikringsafdelingen	6

Umyndiggørelser	0
Benådning	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	23
I ALT	460

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	43
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	24
Diverse	0
I ALT	67

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	10
Ændring af navn/CPR-nr.	0
Diverse	1
I ALT	11

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	62
Arbejdsskader/ulykker	319
Erstatning, pensionssager m.v.	464
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	43
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	46
I ALT	934

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	3
Færdselssager vedrørende dampe	3
Diverse	0
I ALT	6

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	19
Færdselssager vedrørende sygdom	2
Diverse	0
I ALT	21

I årsberetningen for 2011 er der en fejl for så vidt angår antallet af sager om tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser, der rettelig skal være 12 i stedet for 81, ligesom der er en fejl for så vidt angår antallet af sager om ændring i strafferetlig foranstaltning, der rettelig skal være 81 i stedet for 12.

Antal sager modtaget i Retslægerådet 2012 (og 2010-11)

Sagstype	2010	2011	2012
A. Psykiatriske sager	450	447	460
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	74	69	67
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	7	7	11
D. Faderskabssager	42	44	26
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	755	905	934
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	33	19	16
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	2	0	6
M. Færdselssager med medicinindtagelse	34	24	21
I ALT	1397	1515	1541

Antal sager afsluttet i Retslægerådet 2012 (2010 og 2011)

Sagstype	2010	2011	2012
A. Psykiatriske sager	467	421	447
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	77	66	68
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	8	5	9
D. Faderskabssager	35	38	22
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	848	750	931
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	33	23	17
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	1	1	10
M. Færdselssager med medicinindtagelse	34	21	22
I ALT	1503	1325	1526

Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2012 (og 2008-11)

	2008		2009		2010		2011		2012	
	brutto	netto	brutto	netto	brutto	netto	brutto	netto	brutto	netto
A	28	28	31	31	29	28	27	26	29	29
B	55	54	55	55	30	30	27	25	35	33
C	64	64	101	101	115	115	124	124	95	95
D	21	21	36	36	15	15	12	9	12	11
E	136	92	163	110	147	90	142	89	145	92
H	72	72	90	90	76	76	58	58	87	84
L	24	24	119	119	51	51	7	7	49	49
M	55	55	78	78	52	52	40	36	59	57

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiderne er angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Ved "brutto" inkluderes den tid, der er gået med at gøre det muligt for rådet at behandle sagen (manglende oplysninger, tilladelser mv.). Ved "netto" forstås sagsbehandlingstiden, beregnet fra det tidspunkt, hvor sagen er klar til behandling.

III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet

tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

Stk. 5. Beskikkelse af medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige sker for 6 år. Når omstændighederne taler derfor, kan beskikkelse dog ske for et kortere åremål.

§ 3. Justitsministeren beskikker et antal praktiserende læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, hospitalslaboranter, fysioterapeuter, apotekere og apotekermedhjælpere til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apotekervæsen § 19 nævnte sager.

Stk. 2. Bestemmelsen i § 2, stk. 5, finder tilsvarende anvendelse.

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

§ 5. Lov nr. 131 af 16. april 1935 om Retslægerådet ophæves.

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet

I medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsættes:

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

Stk. 2. Rådet arbejder i 2 afdelinger. Den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål.

Stk. 3. Justitsministeren udpeger blandt rådets medlemmer en formand og 2 næstformænd, en for hver afdeling.

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

Stk. 2. Hvis en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 1 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

§ 3. En sag behandles i almindelighed af 3 medlemmer eller sagkyndige.

Stk. 2. Formanden bestemmer i hvilken afdeling, en sag skal behandles, og hvilke medlemmer og sagkyndige, der skal deltage i behandlingen. Den hørende myndighed underrettes efter begæring snarest muligt om formandens bestemmelse herom.

Stk. 3. I rådets erklæringer angives, hvem der har deltaget i sagens behandling.

§ 4. Den, der er inhabil i forhold til en sag, må ikke medvirke ved rådets behandling af den pågældende sag. Inhabilitet foreligger i samme tilfælde som nævnt i forvaltningsloven.

Stk. 2. Bestemmelsen i stk. 1 gælder ikke, hvis det ville være umuligt eller forbundet med væsentlige vanskeligheder eller betænkelighed at lade en anden træde i den pågældendes sted under sagens behandling.

§ 5. Et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i rådets behandling af en sag, og som er bekendt med, at der for den pågældendes vedkommende foreligger forhold, som er nævnt i forvaltningslovens § 3, stk. 1, skal snarest underrette rådets formand herom, medmindre det er åbenbart, at forholdet er uden betydning.

Stk. 2. Spørgsmålet om, hvorvidt et medlem eller en sagkyndig på grund af inhabilitet er udelukket fra at deltage i rådets behandling af en sag, afgøres af rådets formand.

§ 6. Sagerne behandles i almindelighed skriftligt. Mundtlig behandling finder

dog sted, hvis formanden, vedkommende næstformand eller et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i behandlingen af sagen, ønsker det.

§ 7. Hvis det skriftlige materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, meddeler rådet den hørende myndighed, hvilke yderligere oplysninger der vil være af betydning herfor. Rådet tilkendegiver samtidig, om disse oplysninger skønnes mest hensigtsmæssigt at kunne tilvejebringes.

ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse, ved at rådet forhandler med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører, eller ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

Stk. 2. Hvis de i stk. 1 nævnte yderligere oplysninger ikke kan fremskaffes eller nægtes tilvejebragt, besvarer rådet de stillede spørgsmål på det foreliggende grundlag, hvis dette er muligt.

§ 8. Rådets erklæring skal være ledsaget af en begrundelse.

Stk. 2. Begrundelsen skal om fornødent indeholde en kort redegørelse for de

oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, som er tillagt væsentlig betydning for erklæringen. I det omfang erklæringen beror på et skøn, skal begrundelsen angive de hovedhensyn, der har været bestemmende for skønsudøvelsen.

Stk. 3. Hvis bedømmelsen af forhold, der er af væsentlig betydning for rådets erklæring, giver anledning til tvivl, skal der i begrundelsen redegøres nærmere herfor.

Stk. 4. Hvis der ikke er enighed om besvarelsen af de stillede spørgsmål, skal dette fremgå af rådets svar.

Stk. 5. Hvis det findes nødvendigt, at en repræsentant for Retslægerådet afgiver forklaring under en retssag, afgør rådets formandskab, hvem af de voterende der skal anmodes om at afgive forklaring. Hvis der er afgivet dissens, møder rådet i retten både ved en repræsentant for flertallet og en for mindretallet.

§ 9. Har der fundet forhandling sted efter reglen i § 7, nr. 2, skal udfaldet af forhandlingen angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparter af skrivelserne vedlægges.

§ 10. Det påhviler formanden at indkalde medlemmerne til mindst et årligt møde, hvor spørgsmål af almindelig interesse for rådets virksomhed drøftes.

§ 11. Rådet afgiver en årlig beretning

om sin virksomhed til justitsministeren. Stk. 2. Forretningsorden nr. 97 af 20.
Beretningen offentliggøres. april 1961 for Retslægerådet ophæves.

§ 12. Bekendtgørelsen træder i kraft den
1. januar 2002.

Retslægerådets medlemmer 2012

Ledende overlæge
Helle Aggernæs
Psykiatrisk Center Amager
Ophørt 01.08.12

Overlæge, dr.med.
Henrik Steen Andersen
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Overlæge, ph.d.
Mette Brandt-Christensen
Retspsykiatrisk Center Glostrup

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling O
Fra 01.08.12

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

Ledende overlæge
Peter Kramp
Næstformand

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

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

Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik

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

Sagkyndige anvendt i 2012

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

Overlæge, dr. med., ph.d.
Henning Andersen
Århus Sygehus
Neurologisk afd. F-Neu.Center

Professor
Johan Hviid Andersen
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk Klinik

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

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.
Troels Mørk Hansen
Gentofte Hospital
Medicinsk afdeling C
(reumatologi/fysiurgi)

Overlæge, ph.d.
Hanne Merethe Lindegaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C

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

Ledende overlæge, ph.d.
Kurt Rasmussen
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk Klinik

Klinikchef, overlæge
Egon Stenager
Sydjysk Skleroseklinik
Vejde, Esbjerg, Sønderborg

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

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

Speciallæge
Niels Siebuhr
Næstved

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

Ad hoc sagkyndige anvendt i 2012

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende:

1. Overlæge
Helle Aggernæs
Søborg
(retspsykiatri)
2. Dr. med.
Steen Ahrons
Middelfart
(gynækologi/obstetrik)
3. Overlæge
Claus B. Andersen
Rigshospitalet
Patologiafdelingen
4. Klinikchef
Karen Vitting Andersen
Rigshospitalet
Pædiatrisk Klinik
5. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling
6. Overlæge, dr.med.
Lars Villy Andersen
Rigshospitalet
Anæstesiologisk Klinik Hjertecenteret
7. Overlæge, dr.med.
Ole Andersen
Værløse
(pædiatri)
8. Overlæge
Ture Andersen
Odense Universitetshospital
Audiologisk afd.
9. Overlæge
Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X
10. Professor, ledende overlæge,
dr.med.
Toke Bek
Risskov
(oftamologi)
11. Ledende overlæge
Morten Bischoff-Mikkelsen
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgisk afdeling Z
12. Professor, overlæge, dr.med.
Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Institutet
(reumatologi)
13. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik
14. Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen
Holte
(neurologi)

15. Klinikchef, dr. med.
Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik NK, 2092
16. Professor, ph. d.
Kim Brixen
Odense Universitetshospital
Endokrinologisk afdeling M
17. Professor, overlæge, dr.med.
Christian Buchwald
HovedOrtoCentret, Rigshospitalet
Øre-, næse-, halsklinik, 2071
18. Ledende overlæge, dr.med.
Anne Bukh
Aarhus Universitetshospital
Hæmatologisk Afdeling
19. Overlæge, dr.med.
Jesper Bælum
Odense Universitetshospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling
20. Ledende overlæge, ph.d.
Klaus Børch
Hvidovre Hospital
Børneafdelingen
21. Overlæge
Hans Erik Bøtker
Århus Universitetshospital, Skejby
Hjertemedicinsk afd. B
22. Overlæge
Peter Brøgger Christensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
23. Ledende overlæge
Thorkil Christensen
Ålborg Sygehus Syd
Radiologisk afdeling
24. Overlæge, dr.med.
Peer Christiansen
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling
25. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
26. Overlæge, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed
27. Overlæge, dr. med.
Karen Damgaard
Rigshospitalet
Diagnostisk Radiologisk Klinik
28. Ledende overlæge
Hans Dieperink
Odense Universitetshospital
Nefrologisk afdeling Y
29. Overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling
30. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen

31. Klinikchef
Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
32. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Gentofte
(radiologi)
33. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbenhøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.
34. Overlæge, dr.med.
Kristian Emmertsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
35. Overlæge
Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
36. Ledende overlæge
Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)
37. Professor, overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Afdeling O
38. Professor, ledende overlæge
Anders Fuglsang Frederiksen
Aarhus Universitetshospital
Neurofysiologisk Afdeling
39. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk
afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
40. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
41. Overlæge
John Gelineck
Århus Universitetshospital
Radiologisk afdeling NBG
42. Overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F
43. Overlæge Peter Gottlieb
Vanløse
(retspsykiatri)
44. Overlæge, ph.d.
Hanne Gottrup
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
45. Dr. med.
Ismail Gögenur
Søvnforskning

46. Overlæge, dr.med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afd. U
47. Lektor, speciallæge
Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
48. Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Århus Universitetshospital, Århus
Sygehus
Rygsektoren E3, ortopædkirurgisk
afd. E
49. Blodbankchef, overlæge, dr.med.
Morten Bagge Hansen
Rigshospitalet
Blodbanken
50. Professor, Overlæge, klinikleder
Torben Bæk Hansen
Regionshospitalet i Holstebro
Ortopædkirurgisk afdeling
51. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
52. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
53. Professor, overtandlæge, dr.odont
Søren Hillerup
Rigshospitalet
Afd. for tand-mund- og kæbesyg-
domme
54. Overlæge, ph.d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Klinik
55. Professor, overlæge, dr.med.
Vibeke Hjortdal
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd. T
56. Professor, dr.odont.
Palle Holmstrup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen i København
Afdelingen for parodontologi
57. Statsobducent, professor,
dr. med., MPA
Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)
58. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
59. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Århus Universitet
Tandlægeskolen

60. Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik

61. Overlæge, dr.med.
Steffen Jacobsen
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afd.

62. Professor, dr. med
Søren Jacobsen
Rigshospitalet
Reumatologisk klinik

63. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.

64. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F

65. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion

66. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling

67. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling

68. Ledende overlæge, dr. med.
Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik

69. Overlæge, ph.d.
Ole Kudsk Jensen
Regionshospitalet Silkeborg
Center for Bevægeapparat-lidelser

70. Ledende overlæge
Jørn Michael Jepsen
Sygehus Lillebælt Kolding
Karkirurgisk afdeling

71. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.

72. Neuropsykologisk fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for Demens

73. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H

74. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk patofysiologi

75. Overlæge, dr.med.
Henning Kelbæk
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik
76. Professor, overlæge, dr.med.
Lars Vedel Kessing
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center
77. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut
78. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
79. Overlæge
Hanne Kjeldsen
Lystrup
(plastikkirurgi)
80. Vicesstatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Institut
Retsmedicinsk Institut
81. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afdeling
82. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling NK
83. Professor, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
84. Overlæge
Anders Kruse
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Klinik
85. Overlæge
Lars Krusell
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afd. B
86. Overlæge, ph.d.
Anette Kærgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik
87. Overlæge
Bente Lomholt Langdahl
Århus Universitetshospital
Medicinsk Endokrinologisk afdeling
88. Overlæge, ph.d.
Vibeke Andréa Larsen
Rigshospitalet
Neuroradiologisk Afdeling
89. Overlæge
Karin Lassen
Odense Universitetshospital
Børneafdeling H
90. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afd. M

91. Overlæge, dr.med.
Henning Laursen
Rigshospitalet
Neuropatologisk Lab. 6301
92. Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion
93. Vicesstatsobducent, ph.d
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-
jylland
Retsmedicinsk Institut
94. Klinikchef
Anne Lindhardt
Psykiatrisk Center Bispebjerg
95. Professor, afdelingsleder, dr.med.
Kristian Linnet
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling
96. Dr. med.
Bjarne Lund
Hellerup
(ortopædkirurgi)
97. Overlæge
Jens Otto Lund
Holte
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
98. Professor, ph. d.
Jytte Banner Lundemose
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
99. Klinikchef, overlæge
Lene Lundvall
Rigshospitalet
BørneUngeKlinikken
(gynækologi)
100. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi
101. Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340
102. Overlæge, dr. med
Hans Jørgen Malling
Rigshospitalet
Allergiklinik 4222
103. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
104. Overlæge
Tove Mathiesen
Knebel
(psykiatri)
105. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E

106. Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)

107. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jacob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiaafdeling 4132

108. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling

109. Adm. overtandlæge,
specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.

110. Overlæge
Carsten Juul Nielsen
Glostrup Hospital
Neurokirurgisk afdeling

111. Ledende overlæge
Edith Nielsen
Århus Universitetshospital
Neuroradiologisk afdeling

112. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicinsk afdeling

113. Professor, overlæge, dr.med.
Lisbeth Nilas
Hvidovre Hospital
Gynækologisk-obstetriske afd.

114. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
Herlev Hospital
Kirurgisk afd. H
(urologi)

115. Overlæge, dr.med.
Henrik C. Juul Nyholm
Glostrup Hospital
Gynækologisk-obstetriske afd.

116. Overtandlæge, ph.d.
Sven Erik Nørholt
Aarhus Universitetshospital
Afd. for tand-, mund- og kæbekirurgi

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

118. Forskningsansvarlig overlæge
Øjvind Omland
Aalborg Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik

119. Ledende overlæge, dr.med.
Peter Ott
Aarhus Universitetshospital
Lever-Tarm-Medicinsk Afdeling

120. Professor, overlæge, dr.med.
Therese Ovesen
Århus Kommunehospital
Øre-, næse- og halsafd. H

121. Overlæge
Connie Palle
Herlev Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afdeling

122. Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling

123. Professor, overlæge, dr. med.
Court Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afd. C

124. Cand. psyk., neuropsykolog
Jette Stokholm Pedersen
Rigshospitalet
Hukommelsesklubben, afsnit 6243

125. Overlæge
Knud Erik Petersen
Odense Universitetshospital
Kardiologisk afdeling B

126. Overlæge, dr. med.
Michael Mørk Petersen
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afd. U 2162

127. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
Frederiksberg Hospital
Øjenafdelingen

128. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

129. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afd. A

130. Overlæge
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg

131. Overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling

132. Professor, overlæge, dr. med.
Bertil Romner
Rigshospitalet
Afsnit NK 2092
(neurokirurgi)

133. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

134. Overlæge, dr.med.
Kåre M. Sander
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik RT

135. Professor, overlæge, dr.med
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S

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

137. Professor, overlæge, dr.med.
Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling

138. Professor, overlæge, dr. med.
Peter Skinhøj
Rigshospitalet
Epidemiafdeling M

139. Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Hvidovre Hospital
Reumatologisk Klinik

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

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

142. Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling 333

143. Professor, dr.med.
Flemming Stadil
Charlottenlund

144. Professor, overlæge, dr.med.
Torben Steiniche
Aarhus Universitetshospital,
Patologi

145. Overlæge, ph.d.
Susanne Wulff Svendsen
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk Klinik

146. Overlæge, sektorchef
Jens Ole Søbjerg
OPA Ortopædisk Privathospital Aarhus

147. Overlæge, dr. med.
Lars Søndergaard
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik B

148. Overlæge, lektor, dr.med.
Christian Hjort Sørensen
Gentofte Hospital
Øre-, næse- og halsafd. E

149. Professor, ledende overlæge,
ph.d., dr. med.
Jens Christian Hedeman Sørensen
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK

150. Ledende overlæge, ph.d.
Jens Lykke Sørensen
Roskilde Sygehus
Plastikkirurgisk afd.

151. Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

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

153. Overlæge, dr.med.
Henrik Klem Thomsen
Herlev Hospital
Patologisk-anatomisk institut

154. Statsobducent, professor, dr.med.
Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut

155. Overlæge, dr. med.
Karsten Thomsen
Privathospitalet Hamlet
Center for Ryglidelser

156. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

157. Overtandlæge, ph.d.
Jens Thorn
Centralsygehuset i Esbjerg

158. Overlæge, dr. med.
John Thygesen
Rigshospitalet
Øjenklinikken

159. Afdelingslæge, dr.med.
Peter Bjerre Toft
Rigshospitalet
Øjenafdelingen

160. Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Muskeloskeletal sektion, Radiologisk
afd.

161. Overlæge, lektor, ph. d.
Hans Tromborg
Odense Universitetshospital
Håndkirurgisk afsnit, Ortopædkirurgisk
afdeling O

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

163. Overlæge, dr. med.
Anders Tøttrup
Århus Sygehus
Kirurgisk afd. P

164. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling

165. Professor, overlæge, dr.med.
Hendrik von Arenstorff Vilstrup
Århus Universitetshospital
Lever-Tarm-Medicinsk afdeling V

166. Overlæge
Kaj Viskum
Frederiksberg
(intern medicin)

167. Overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Sygehus Nord
Patologisk Institut

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

169. Overlæge
Bo Walter
Aalborg Sygehus
Høreklubben

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

171. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus Ølgaard
Rigshospitalet
Nefrologisk klinik P

172. Professor
Bengt Öwall
Tandlægeskolen
Afdeling for Protetik

Retslægerådets sekretariat 2012

Blegdamsvej 6, 2200 København N

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

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

Lægelige sekretærer

Overlæge Christina Jacobsen (12 timer ugentlig)

Professor, ph.d., Niels Lynnerup (12 timer ugentlig)

Overlæge, dr.med., ph.d. Jimmy Collemorten (12 timer ugentlig)

Overlæge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen

Assistent Mette Jørgensen, indtil 30.09.12

Overassistent Simon Greiff Andreasen, fra 01.12.12

