

**Retslægerådets  
årsberetning  
2008**

ISBN 87-89648-12-9  
Udgivet december 2009

Jespersen Tryk+Digital

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	5
<b>I. Udvalgte emner og sager af interesse</b> .....	7
Retslægerådet blev ikke kritiseret i en afgørelse fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol .....	7
Referat af Retslægerådets temamøde d. 5. marts 2009 om whiplash .....	11
PTSD - referat af indlæg ved Retslægerådets internatmøde maj 2008 .....	13
Forelæggelse af sager/retssager for Retslægerådet samt udformning af spørgsmål til rådet.....	15
Ajourført vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet .....	17
Vejledning om udformning af spørgsmål til Retslægerådet i civile sager ...	19
Arbejdsbetinget skulderlidelse? .....	21
Slankemedicin medførte hjerteklapfejl .....	29
Transitorisk global amnesi .....	39
Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt - endnu engang .....	43
Længerevarende sindssyg, efter tredobbelt drab, men før dom .....	47
Dissociativ tilstand .....	53
Generhvervelse af jagttegn efter debut af sindssygdom.....	59
Forløb af foranstaltning .....	63
Psykiske senfølger af epilepsi.....	65
Henvendelse fra Folketingets Ombudsmand om rådets sprogbrug .....	69
<b>II. Statistik</b> .....	75
Sager behandlet i Retslægerådet 2008 .....	75
<b>III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation</b> .....	79
Lovbestemmelser m.v .....	79
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	80
Retslægerådets medlemmer 2008 .....	82
Sagkyndige anvendt i 2008 .....	83
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2008 .....	85
Retslægerådets sekretariat 2008 .....	95



# Forord

Retslægerrådet har hermed fornøjelse af at offentliggøre rådets årsberetning for 2008. Den aktuelle debat om Retslægerrådets rolle i blandt andet erstatnings-sager understreger det vigtige i, at rådet til stadighed arbejder på at skabe bedre kendskab til rådets arbejde. Det foregår blandt andet gennem Retslægerrådets hjemmeside, rådets deltagelse i møder og temadage samt gennem udgivelsen af årsberetningen.

Årsberetningen har til formål at informere om sager af mere principiel karakter. Et godt eksempel er artiklen om arbejdsbetingede skulderlidelser, der diskuterer, hvordan rådet udtrykker sig vedrørende sandsynlighed. Retslægerrådet bestræber sig i den forbindelse på ikke at anvende ”lovens ord” for at undgå, at rådets formulering kommer til at foregribe den hørende myndigheds afgørelse. Det er afgørende, at rådet holder sig til sin lovfæstede opgave: ”at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold”. Retslægerrådet er således meget bevidst om sin rådgivende funktion og overlader bevisvurderingen og den endelige afgørelse til de hørende myndigheder.

Årsberetningens artikel om whiplash udgøres af referatet fra et af rådets temamøder med emnet: ”Whiplash Syndromet: en kritisk gennemgang”. En række eksperter på området mødtes med flere af rådets sagkyndige for at diskutere dette kontroversielle emne. Den sammenfattende status er gengivet i nærværende årsberetning for at delagtiggøre offentligheden i rådets beslutningsgrundlag.

Blandt de retspsykiatriske sager skal artiklen om straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., nævnes, idet den bidrager til at belyse disse ofte svært diagnostiserbare tilstande. Artiklen ”Forløb af foranstaltning” belyser, at en længerevarende behandling under indlæggelse kan medføre en væsentlig og afgørende bedring af en psykiatrisk patients psykiske helbredstilstand.

Denne årsberetning udgives 100 år efter Retslægerrådets start. Hundrede års virksomhed giver anledning til eftertanke, og rådet har derfor netop udgivet jubilæumsbogen ”Retslægerrådet 1909-2009”. Den giver en status over rådets aktuelle virksomhed i et historisk perspektiv. Det er interessant at konstatere, at netop rådets rolle er et debattemne, der vender tilbage med års mellemrum. Samtidig er jubilæumsbogen endnu et eksempel på, hvorledes rådet forsøger at give et indblik i de mange forskelligartede opgaver, rådet beskæftiger sig med.



# I. Udvalgte emner og sager af interesse

## Retslægerrådet blev ikke kritiseret i en afgørelse fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol om retten til at få behandlet en retssag inden for en rimelig frist

Sagen er refereret i EU og Menneskeret nr. 2/2009, side 152 ff., hvor den vedrørende krænkelsen af artikel 6 er gengivet således:

*"I 1992 modtog sagens klager ved to lejligheder hospitalsbehandling. Hun forsøgte efterfølgende at opnå erstatning på grund af påståede lægelige fejl i forbindelse med disse behandlinger, men heri gav hverken de administrative klageorganer eller domstolene hende medhold. Hun indbragte derpå sagen for Menneskerettighedsdomstolen, som statuerede krænkelse af artikel 6 (ret til retfærdig rettergang inden en rimelig tid) og artikel 13 (adgang til effektive retsmidler). Ved bedømmelsen efter artikel 6 lagde Menneskerettighedsdomstolen vægt på, at det samlede sagsforløb i to domstolsinstanser havde varet 11 år. Henset hertil samt til de nationale domstoles pligt til at påse sagens fremdrift uden forsinkelser kunne det ikke tillægges afgørende betydning, at klager selv i betydelig grad havde medvirket til den lange sagsbehandlingstid ved adskillige begæringer om udsættelse, herunder i forbindelse med de minimum otte gange, hun havde skiftet advokat.*

### **Sagens faktiske omstændigheder**

Sagens klager er født i 1944. I perioden fra 1988 til 1992 var hun i behandling ved Glostrup Amtssygehus. I maj 1992 undergik hun to undersøgelser, cystoskopi-behandlinger ved Amtssygehuset i Gentofte, og i oktober samme år en laparoskopi-undersøgelse ved Glostrup Amtssygehus.

Den 30. juni 1993 indgav klager ved sit forsikringsselskab en klage til Sund-

hedsvæsenets Patientklagenævn, idet det gjordes gældende, at den læge, der havde udført cystoskopi-behandlingen havde udvist forsømmelse. Endvidere søgte klager den 9. september 1997 om kompensation fra Patientforsikringen på grund af påstået forsømmelse i forbindelse med laparoskopi-undersøgelsen. Klager fik den 28. september 1995 henholdsvis den 20. januar 2000 endeligt administrativt afslag på begge disse anmodninger.

Den 29. juni 1995 anlagde klager erstatningssøgsmål ved Østre Landsret mod den læge, der havde udført cystoskopi-behandlingen. Den 7. september samme år blev sagsøgte ændret til Københavns Amt som ansvarlig for Gentofte Amtssygehus. Under sagens behandling ved Østre Landsret skiftede klager advokat i hvert fald fem gange. Desuden medgik der betydelig tid til affattelse og diskussion af forskellige spørgsmål, herunder supplerende spørgsmål, som skulle forelægges Retslægerådet, ligesom klager den 4. juli 2000 anmodede om, at sagen blev forenet med prøvelsen af den ovennævnte afgørelse af 20. januar 2000 fra Patientskadeankenævnet, hvilket nødvendiggjorde rettens afventen af yderligere et svarskrift. Disse forhold bevirkede adskillige udsættelser af sagen. På et retsmøde den 21. december 2001 blev hovedforhandlingen berammet til den 9. og 11. september 2002, og denne blev gennemført som planlagt, hvorefter landsretten den 13. november samme år frifandt de sagsøgte og pålagde klager at betale sagens omkostninger.

Den 8. januar 2003 ankede klager – repræsenteret ved ny advokat – landsrettens dom til Højesteret.

Til brug for Højesterets behandling af sagen blev yderligere spørgsmål stillet til Retslægerådet, og også ankesagen blev flere gange udsat. Den 14. juni 2005 trak klagers advokat nummer otte sig fra sagen, hvorfor Højesteret måtte udsætte hovedforhandlingen, der var berammet til den 20. juni samme år. På et retsmøde den 23. august 2005 blev

hovedforhandlingen i stedet berammet til den 6. juni 2006, hvor den blev gennemført.

Den 15. juni 2006 stadfæstede Højesteret landsrettens dom og fastslog – da klager var bevilget fri proces under ankesagen – at statskassen skulle dække sagens omkostninger. Det samme gjaldt klagers advokatudgifter, i det omfang disse ikke var dækket af en privat retshjælpsforsikring.

### **Menneskerettighedsdomstolens afgørelse**

Klager påberåbte sig menneskerettighedskonventionens artikel 6, stk. 1, og artikel 13 på grund af den lange sagsbehandlingstid og manglen på et effektivt retsmiddel i denne anledning. Menneskerettighedsdomstolen fandt, at spørgsmålet om, hvorvidt klager havde udtømt de nationale retsmidler, havde nær sammenhæng med spørgsmålet om adgang til effektive retsmidler, jf. menneskerettighedskonventionens artikel 13, og den behandlede derfor disse spørgsmål samlet, jf. nedenfor.

**Vedrørende artikel 6, stk. 1:** Parterne var enige om, at sagens behandling havde fundet sin afslutning med Højesterets dom af 15. juni 2006. Menneskerettighedsdomstolen mindede om sin praksis, hvorefter sagsbehandlingstiden hos en administrativ myndighed skal indgå i beregningen af den samlede sagsbehandlingstid, når der i national ret er foreskrevet obligatorisk udnyttelse af en forudgående administrativ procedure, før klager kan gå til domstolene. I sådanne tilfælde begynder



den relevante periode at løbe, så snart en "tvist" opstår. Før den 1. juli 1992, hvor patientforsikringsloven trådte i kraft, kunne patienter, som i forbindelse med en undersøgelse, behandling eller lignende ydelse udført på et offentligt hospital eller på et i henhold til aftale med det offentlige drevet hospital havde lidt fysisk skade, indtale deres erstatningskrav direkte for domstolene. Menneskerettighedsdomstolen konstaterede således, at klager havde været berettiget til at gå direkte til domstolene i anledning af den skade, hun havde lidt i maj 1992.

Klager havde den 28. juni 1995 anlagt sag ved landsretten. Den 7. september samme år havde hun ændret angivelsen af sagsøgte, hvilket dog ikke havde haft nogen betydning for sagens centrale spørgsmål om, hvorvidt der var udvist forsømmelse i forbindelse med behandlingen. Menneskerettighedsdomstolen fastslog derfor, at den relevante periode begyndte den 28. juni 1995 og sluttede den 15. juni 2006, og at behandlingen i to instanser således havde varet i alt næsten 11 år. Ved vurderingen af rimeligheden heraf inddrog Menneskerettighedsdomstolen følgende kriterier: (a) sagens kompleksitet, (b) klagers og de relevante myndigheders adfærd samt (c) hvor stærk klagers interesse i sagen var.

Menneskerettighedsdomstolen noterede sig, at sagen var teknisk og medicinsk kompleks, og at det havde været nødvendigt flere gange at inddrage Retslægerådet, som havde besvaret mere end 60 spørgsmål i alt. Hverken

klager selv eller hendes advokater havde på noget tidspunkt protesteret over sagsbehandlingstiden eller udsættelserne. Tværtimod var Retslægerådet adskillige gange blevet inddraget efter begæring fra klager, og klager havde bidraget til sagsbehandlingstidens længde ved at anmode om udsættelse af frister for formulering af spørgsmål. Endvidere havde sagens parter ofte været uenige om spørgsmålenes formulering. I løbet af sagens forløb havde klager skiftet advokat i hvert fald otte gange, og der havde således været mindst ni advokater involveret i sagen, hvilket uundgåeligt måtte have haft en ugunstig indvirkning på sagsbehandlingstiden. Ikke blot fordi klager havde brug for tid til at finde en ny advokat, som dernæst havde brug for tid til at sætte sig ordentligt ind i sagen, men også fordi berammelsestiderne blev påvirket heraf. Menneskerettighedsdomstolen bemærkede blandt andet, at klagers advokat nummer otte havde trukket sig fra sagen få dage før hovedforhandlingen i Højesteret, som skulle have fundet sted den 20. juni 2005, med det resultat, at hovedforhandlingen havde måttet udsættes med et år. Desuden havde klager den 4. juli 2000, hvor sagen i alt havde varet lidt over fem år, involveret en yderligere part i sagen, nemlig Patientskadeankenævnet, hvilket havde nødvendiggjort landsrettens afventen af et yderligere svarskrift og indhentelse af en yderligere udtalelse fra Retslægerådet. Under disse omstændigheder fandt Menneskerettighedsdomstolen, at klagers og hendes advokaters adfærd i meget høj grad havde været med til at forsinke sagens forløb.

Menneskerettighedsdomstolen bemærkede, at Retslægerådet af fem omgange havde fået forelagt spørgsmål, og at rådet hver eneste gang havde besvaret disse spørgsmål relativt hurtigt. Den bemærkede endvidere, at landsretten den 21. december 2001 havde berammet hovedforhandling til at finde sted den 9. og den 11. september 2002, og at Højesteret den 23. august 2005 havde omberammet hovedforhandlingen til den 6. juni 2006. Selv om disse beramelsestider ikke i sig selv var nok til at give anledning til problemer i forhold til sagsbehandlingstidens længde, var de dog medvirkende dertil. Endelig konstaterede Menneskerettighedsdomstolen, at sagen i visse perioder, der sammenlagt havde været fire år, havde været udsat på formuleringen af spørgsmål til Retslægerådet. Selv om dette tidsrum ikke som sådant kunne lægges de nationale domstole til last, havde disse dog beføjelse og pligt til at påse sagens fremdrift uden forsinkelser.

I betragtning af det samlede sagsforløbs varighed konkluderede Menneskerettighedsdomstolen, at artikel 6's krav om "rimelig tid" ikke var overholdt i den konkrete sag. Den statuerede derfor krænkelse af Menneskerettighedskonventionens artikel 6, stk. 1 (enstemmig afgørelse)".

### **Kommentar:**

Selvom Retslægerådet i den konkrete sag ikke blev kritiseret i relation til kritikken af den alt for lange sagsbehandlingstid, er det vigtigt at notere sig, at det følger af Menneskerettighedsdomstolens faste praksis, at den

ved vurderingen af, om den tidsmæssige udstrækning af en retssag opfylder konventionens krav om en rimelig frist, jf. konventionens artikel 6, blandt andet lægger vægt på de relevante myndigheders adfærd i forbindelse med sagsbehandlingen. Dette gælder også, selvom det var klager selv, der havde bidraget til den tidsmæssige udstrækning af retssagen ved i flere tilfælde at have anmodet om udsættelse af sagen med henblik på at udforme spørgsmål til Retslægerådet. Derudover anførte Domstolen, at selv om der gik næsten fire år med at diskutere udformningen af spørgsmålene til Retslægerådet – som ikke i sig selv kunne bebrejdes domstolene – havde domstolene adgang til og pligt til at overvåge retssagens fremdrift og sikre, at den ikke blev forsinket.

Det betyder således også, at alle andre involverede offentlige myndigheder, herunder Retslægerådet, har en selvstændig forpligtelse til at medvirke til, at sagsbehandlingstiden ud fra et helhedssynspunkt ikke strækker sig udover det nødvendige i forhold til sagens kompleksitet, de hørende myndigheders adfærd og sagens betydning for klager.

Denne forpligtelse tilstræber rådet at opfylde ved hele tiden at have opmærksomheden rettet mod at optimere den interne sagsbehandlingstid, men også ved løbende at påpege nødvendigheden af, at sagerne er sufficente ved den første fremsendelse til rådet, herunder at sagerne forelægges i overensstemmelse med rådets vejledninger.

# Referat fra Retslægerådets temamøde den 5. marts 2009 om emnet: "Whiplash Syndromet: en kritisk gennemgang"

*En stor del af de E-sager, der forelægges Retslægerådet, omhandler spørgsmål vedrørende whiplash. På denne baggrund inviterede formandskabet til debatmøde den 5. marts 2009 om emnet: "Whiplash Syndromet: en kritisk gennemgang". Deltagerkredsen var Retslægerådets medlemmer, sekretariatet, de lægelige referenter og 20 gæster med særlig interesse for problemstillingen herunder voterende inden for blandt andet neurologi, reumatologi og psykiatri.*

Mødet blev ledet af professor, dr.med. Troels Staehelin Jensen og indeholdt følgende oplæg:

Kroniske smerter, herunder Whiplash syndrom. Definition og årsager.  
Troels Staehelin Jensen

Whiplash syndromet specielt med henblik på risikofaktorer, behandling og prognose.  
Helge Kasch

Whiplash skade og WAD: Svenske erfaringer.  
Gunilla Brodda Jansen

Whiplash syndromet og de nye sygdomme, psykologiske aspekter.  
Morten Birket-Smith

I forlængelse af mødet blev der som referat udarbejdet følgende notat af Troels Staehelin Jensen, Helge Kasch og Morten Birket-Smith:

## **Whiplash og whiplash syndromet**

*Smerte* defineres som en sensorisk og emotionel oplevelse forårsaget af en

aktuel eller truende vævsbeskadigelse eller beskrevet, som om en sådan vævsbeskadigelse forelå (IASP 1078). Den akutte smerte er praktisk taget altid en reaktion på et vævsskadeligt stimulus, mens den kroniske smerte ikke altid kan sættes i forbindelse med en specifik vævsskade.

*Whiplash eller piskesmæld* er betegnelsen for en skademekanisme, der rammer halshvirvelsøjlen, hvor denne udsættes for en kraftig acceleration/deceleration påvirkning med mulig forstrækning af led, ledbånd, sener og muskler i halshvirvelsøjlen. Denne skade kan sammenlignes med en forstuvning af andre led.

*Whiplash symptomer* er de symptomer, der kan ses i tilslutning til et whiplash traume. I den akutte fase drejer det sig sædvanligvis om forbigående nakkesmerter, stivhed i nakken, hovedpine, skuldersmerter, svimmelhed og eventuelt angstlignende symptomer.

*Whiplash syndromet (WAD)* henviser til den konstellation af symptomer, der ses i en kronisk fase (mindst 6 mdr. efter

uheldet). WAD er karakteriseret ved: vedvarende smerter i nakke, hoved, skuldre, arme eventuelt kæber, nedsat bevægelighed i nakke, svimmelhed, træthed, almen ulystfølelse og forskellige former for kognitive og psykiske symptomer, herunder hukommelses-, koncentrations- og indprentningssvækkelse.

Symptomerne ved WAD er uspecifikke og hyppige fænomener i den almindelige befolkning. Symptomerne ved WAD ses også som almindelig forekommende symptomer ved andre kroniske smertetilstande, som fibromyalgi og følger efter hjernerystelser. Det kan derfor ofte være vanskeligt at fastslå, at et smertesyndrom kan henføres til en enkelt begivenhed eksempelvis et whiplash traume.

En tidsmæssig sammenhæng mellem uheldet og de efterfølgende symptomer, et traume af en vis styrke og fravær af andre plausible forklaringer taler for, at whiplash traumet har spillet en rolle for opståelsen af det kroniske smertesyndrom. Kronisk smerte herunder de, der ses ved WAD, kan forværres med spredning af smerterne til andre dele af kroppen med forværring i intensitet og dermed også tilsyneladende

forværring i øvrige symptomer. Psykiske lidelser, herunder posttraumatisk belastningsreaktion, anden angstlidelse samt depression ses ofte ved WAD, men næppe hyppigere end ved andre skadefølger eller kroniske sygdomme i øvrigt.

Der findes ingen radiologiske undersøgelser eller andre diagnostiske undersøgelser, der kan dokumentere tilstedeværelsen af et whiplash syndrom. Der er intet holdepunkt for, at personer med whiplash syndrom har tegn på strukturel hjerneskade. De kognitive symptomer, der ses ved WAD, kan derimod tvangfrit forklares af smerter, som påvirker opmærksomhed og fokusering.

I langt de fleste tilfælde efter et whiplash traume aftager symptomerne efter nogle få uger, men hos en mindre gruppe, 8-11 %, er der vedvarende symptomer, der kan persistere og eventuelt give anledning til blivende gener. Der findes ingen specifik behandling af de akutte whiplashsymptomer. Almindelig livsførelse uden intervention med hurtig tilbagevenden til tidligere stade er lige så effektiv som langvarig fysioterapi.

# PTSD – referat af indlæg ved Retslægerådets internatmøde den 6. maj 2008

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatisk belastningsreaktion) er en lidelse, rubriceret under angstlidelser, der fordrer et (meget) svært psykisk traume og senere opståen af: 1. ubehagelig genoplevelse af traumet ("intrusion") 2. undgåelse af minder om traumet ("avoidance") 3. en generel tilstand af anspændthed, koncentrationssvækkelse og irritabilitet ("arousal"). PTSD optræder efter meget svære traumer typisk med en incidens på omkring 15-20 %, ved mindre udtalte traumer sjældnere. En stor del af PTSD-tilfælde er forbigående både spontant remitterende og påvirkelige af såvel farmakologisk som psykoterapeutisk behandling. Undersøgelser tyder på, at en tidlig behandling (både psykoterapeutisk og farmakologisk) rettet mod personer med tidlige tegn på PTSD kan mindske senere optræden af PTSD, mens en mere generel intervention (for eksempel debriefing) overfor alle traumatiserede ikke synes at have nogen effekt. Udvikling af PTSD er i epidemiologiske undersøgelser fundet afhængig af en række præ-, peri-, og posttraumatiske faktorer – det vil sige personlig vulnerabilitet, grad af forberedthed (herunder træning), traumets styrke og karakter samt eventuelle posttraumatiske komplikationer. Et givet traume er således definatorisk en nødvendig, men sjældent i sig selv tilstrækkelig årsag til udvikling af PTSD.

De diagnostiske kriterier for PTSD i WHO's diagnosesystem ICD-10, som anvendes i Danmark, og i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV er forskellige. De væsentligste forskelle er, at DSM-IV – men ikke ICD-10 – opererer med en forsinket udgave af PTSD, hvor symptomerne kan opstå mere end 6 måneder efter traumet. Ifølge DSM-IV skal symptomerne have været til stede i mindst 4 uger, før der kan diagnosticeres PTSD, mens der kan være tale om PTSD allerede indenfor 4 uger ifølge ICD-10. Der har ved de senere revisioner af DSM-IV været tendens til, at det såkaldte stressor-kriterie (kravet om at der har været udsættelse for et svært traume) er blevet slækket, altså at tærsklen for, at et traume "er traumatisk nok", er blevet lavere, blandt andet med inklusion af alvorlig somatisk sygdom som potentielt traume.

Der er i forskningsmæssig sammenhæng påvist forskelle (stressrespons, HPA-aksen (hormonel regulation af stressberedskab) og strukturelle/dynamiske hjerneforandringer) mellem patienter med PTSD og såvel patienter med andre psykiatriske lidelser som raske kontrolpersoner. Disse data kan imidlertid ikke overføres til klinisk brug, og diagnosticering af PTSD hviler væsentligst på patienternes egne oplysninger.

I retspsykiatrisk sammenhæng er et af de hyppigste problemer, om stressorkriteriet overhovedet er opfyldt. Retslægerådet ser således jævnligt sager, hvor PTSD er diagnosticeret efter relativt ubetydelige traumer. Der må fordres ret betydelige traumer, det vil sige traumer, som ofte – men næppe altid – vil indbefatte reel eller oplevet livsfare. I øvrigt er der betydelige individuelle forskelle i vulnerabilitet overfor traumatiske oplevelser, både præ-, peri- og posttraumatisk.

Endvidere foreligger der ofte utilstrækkeligt materiale/dokumentation i de sager, der forelægges rådet, til, at PTSD med sikkerhed kan diagnosticeres. Det vil typisk dreje sig om upræcis eller utilstrækkelig symptombeskrivelse, ligesom materialet til dokumentation ofte er indhentet ganske lang tid efter både traumet og PTSD-debut.

Der forelægges jævnligt sager, hvor der har været udsættelse for et sufficient traume, og hvor der beskrives betydelig ændring af den psykiske helbredstilstand, men udelukkende indenfor for eksempel arousalclusteren, men uden intrusion og avoidance, der indgår som diagnostiske kriterier.

Af ovennævnte grunde er Retslægerådet generelt ret tilbageholdende med at anerkende forelagte sager som PTSD. Det skal tilføjes, at der formentlig er en tendens til, at sager, som forelægges Retslægerådet, vil være mindre oplagte og klare eksempler på PTSD, da der netop er opstået en diskussion mellem for eksempel forsikringsselskab og skadelidte. Således er rådets PTSD-sager næppe repræsentative for PTSD, men vil netop ofte være marginale tilfælde.

# Forelæggelse af sager/retssager for Retslægerådet samt udformning af spørgsmål til rådet

*Retslægerådet får af og til henvendelser fra offentlige myndigheder og parternes advokater vedrørende spørgsmål om den praktiske forelæggelse af civile sager/retssager for rådet, ligesom rådet ofte i forbindelse med forelæggelse af sager har været nødt til at anmode den forelæggende myndighed om en præcisering/konkretisering af de spørgsmål, der stilles til rådet.*

Retslægerådet har som følge heraf fundet grundlag for at foretage en ajourføring af rådets vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for rådet samt rådets vejledning vedrørende udformning af spørgsmål til rådet, idet det har væsentlig betydning for rådets sagsbehandlingstid, og dermed for sagens parter, at sagerne så vidt muligt fremsendes sufficente i forbindelse med den første fremsendelse, hvad der i næsten alle tilfælde ikke vil frembyde særlige vanskeligheder.

En konkret henvendelse vedrørende den generelle procedure for forelæggelse af civile retssager for rådet har blandt andet resulteret i følgende besvarelse:

*”Under henvisning til Deres forespørgsel, meddeles det herved, at rådet fastholder, at forelæggelsen af sagerne skal ske i overensstemmelse med rådets vejledning, der fremgår af rådets hjemmeside. ([www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk)).*

*Retslægerådet ønsker således, at det lægelige materiale herunder alt relevant billedmateriale, processkrifter og rettens tilladelse til spørgsmålsstillingen fremsendes samlet og ordnet i overensstemmelse med vejledningen.*

*I det omfang parterne med rettens godkendelse fremsender andre bilag, end de lægelige bilag, der har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen, ønsker rådet ligeledes, at disse bilag fremsendes ordnet kronologisk efter datering i et omslag for sig og i øvrigt i overensstemmelse med vejledningen.*

*Øvrige ikke-lægelige bilag, der ikke har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen, kan således udelades i forbindelse med fremsendelsen.*

*Retslægerådet anvender således processkrifterne til at danne sig et overblik over sagens faktiske omstændigheder, der indgår i den lægelige vurdering af det forelagte lægelige materiale, ligesom rådet anvender de relevante ikke-lægelige bilag, i det omfang disse har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen.*

*Det er således op til sagens parter sammen med retten at afgøre, hvilke bilag, der ud fra den almindelige forhandlingsmaksime skal forelægges rådet i forbindelse med behandling af sagen.*

*Det bemærkes, at Retslægerådet ikke selv indhenter materiale til brug for sagen, men alene efterspørger dette, i det omfang det findes nødvendigt. Såfremt det under sagens behandling viser sig, at det fremsendte materiale viser sig ufuldstændigt eller mangelfuldt, kan det ikke udelukkes, at rådet vil gøre en bemærkning herom i forbindelse med besvarelsen af spørgsmålene.*

Retslægerådet har endvidere, som en opfølgning på artiklen ”Blus under sagerne” bragt i Advokaten nr. 3/2009, i samarbejde med Domstolsstyrelsen fået indlagt en ”standardretsbog” i domstolenes sagsbehandlingssystemer til brug i forbindelse med forelæggelse af sager for rådet. Det er rådets håb, at dette tiltag kan medvirke til en optimering af sagsforberedelsen fra den hørende myndighed og parternes advokaters side, og at dette på sigt kan medføre en nedbringelse af rådets sagsbehandlingstider, særligt for så vidt

angår E-sagerne, der beslaglægger en meget væsentlig del af rådets arbejde.

Endelig er rådet på forsøgsbasis begyndt at efterspørge fremsendelse af spørgetemaer digitalt via rådets e-mailadresse: [retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk](mailto:retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk) i RTF-format eller i Word, hvilket i væsentligt omfang bidrager til en hurtigere sagsbehandling i forbindelse med renskrivningen af rådets udtalelser.

Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at fremsendelse af fortrolige og personfølsomme oplysninger via e-mail skal ske i overensstemmelse med persondatalovens § 7, § 8 og § 41, stk. 3 og 5, sikkerhedsbekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 samt Datatilsynets sikkerhedsvejledning nr. 37 af 2. april 2001. Retslægerådet er endvidere indstillet på, efter begæring fra den hørende myndighed, at fremsende rådets udtalelse digitalt i overensstemmelse med de ovenfor nævnte bestemmelser.

Endelig skal rådet henvise til rådets nye hjemmeside [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk), hvor rådet løbende vil give relevante oplysninger om rådets arbejde, herunder om rådets sagsbehandlingstider.



# Ajourført vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet

*Retslægerådet skal anmode om, at sager der forelægges for rådet alene fremsendes i ét eksemplar (uden dubletter) med en **opdeling af sagen i:***

- 1) Retsbog vedrørende rettens godkendelse af forelæggelsen, det af retten godkendte spørgetema inklusive bilagsfortegnelse samt sagens relevante processkrifter. Spørgetema bedes tillige fremsendt digitalt via rådets e-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk, idet opmærksomheden dog henledes på persondatalovens § 7, § 8 og § 41, stk. 3 og 5, sikkerhedsbekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 samt Datatilsynets sikkerhedsvejledning nr. 37 af 2. april 2001.
- 2) Lægelige bilag herunder alt relevant billedmateriale fra røntgenundersøgelser, CT og MR-skanninger mv.
- 3) Andre bilag der har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen.

For så vidt angår det tilsendte **lægelige materiale** kan rådets ønsker opsummeres således:

- 1) At alt relevant lægeligt materiale fremsendes samlet.
- 2) At de lægelige bilag holdes adskilt fra det øvrige fremsendte materiale.
- 3) At bilagene er ordnet kronologisk efter datering.
- 4) At bilagene er sammenhæftet hver for sig, ved omfattende bilag i et chartek for sig.
- 5) At bilageringen er entydig (herunder underbilag). Den oprindelige sagsbilagering må gerne anvendes, og hvor bilaget er et samlebilag, anmodes om, at underbilaget påføres underbilagsnummer.
- 6) At der er vedlagt eller indført en bilagsfortegnelse i spørgetemaet over det lægelige materiale med angivelse af bilagene i kronologisk orden – forsynet med angivelse af navn (læge/hospital) samt datering (dato for erklæringer – tidsrum for journalmateriale) for de enkelte bilag.
- 7) At bilagene fremsendes i ét eksemplar uden dubletter.
- 8) At bilagene er læselige og komplette.
- 9) At bilageringen opretholdes ved en eventuel senere genfremsendelse af sagen.
- 10) At alle relevante røntgenbilleder og skanningsresultater fremsendes sammen med sagen.

11) At der i sager om arbejdsskader, hvor det er relevant, vedlægges en arbejdsbeskrivelse, eventuelt to, såfremt der er strid om arbejdets omfang og udførelse, medmindre arbejdsbeskrivelsen fremgår af vedlagte processkrifter, hvortil der skal henvises.

Følges disse retningslinier er der skabt en god mulighed for, at Retslægerådet straks kan påbegynde sagsbehandlingen til gavn for alle, herunder sagens parter og de forelæggende offentlige myndigheder. Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at to meget væsentlige årsager til en forsinket sagsbehandling i civile retssager er, at der mangler journal fra egen læge og relevant billeddiagnostisk materiale,

herunder resultat af eventuelle CT og MR-skanninger.

Såfremt ovennævnte retningslinier ikke er fulgt, vil sagen som udgangspunkt blive returneret med en bemærkning om, at sagen bedes fremsendt i overensstemmelse med vejledningen, hvilket naturligvis vil medføre en forsinkelse af sagsbehandlingen.

Der henvises endvidere til artiklen ”Forelæggelse af civile sager for Retslægerådet” i rådets årsberetning for 2001-2002, side 47 ff., til Retslægerådets artikel i Advokaten 4/2005 samt til Retslægerådets jubilæumsbog 1909-2009, afsnit 3.0, side 126 ff.

# Vejledning om udformningen af spørgsmål til Retslægerådet i civile sager

*Det fremgår af § 1 i lov om Retslægerådet, at det er rådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.*

## **Kompetence til at forelægge sager for Retslægerådet:**

Det er således en forudsætning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmål, at spørgsmålene enten stilles af en offentlig myndighed til brug for dennes afgørelse af en sag, eller at de stillede spørgsmål er godkendt af den ret, der behandler sagen, og at sagen i alle tilfælde vedrører enkeltpersoners retsforhold.

## **Generelt om formulering af spørgsmål:**

Det er en forudsætning, at spørgsmålene er:

1. **Konkrete** – at spørgsmålene vedrører bestemt påpegede forhold. Rådet kan **ikke** påtage sig **at** referere eller bekræfte, hvad der står at læse i sagsakterne, **at** udarbejde resume af sagsakterne eller **at** foretage generelle helbreds vurderinger. Rådet foretager ikke generel diagnosticering eller resume af alle lidelser. Det påhviler derfor sagens parter at udpege de konkrete forhold og lidelser/gener, som parterne ønsker rådets skøn over.

2. **Klare** – at spørgsmålene er klart formuleret, således at misforståelser

undgås, og det tydeligt fremgår, hvad sagens parter ønsker rådets skøn over.

3. **Neutrale** – at der ikke lægges op til, at rådet skal afgøre den foreliggende tvist, idet det alene er rådets opgave at skaffe et grundlag for myndigheds/rettens afgørelse af den forelagte sag.

4. **Relevante** – at spørgsmålene skal have sammenhæng med den foreliggende tvist. Herunder at der – ved anmodning om rådets skøn over om en skade er opstået ved en bestemt hændelse eller arbejdssituation – foreligger en entydig beskrivelse af hændelsen eller arbejdsprocessen.

5. **Omfattet af rådets sagkundskab** – at spørgsmålene ikke lægger op til en bedømmelse, der ikke er omfattet af rådets kompetence, men tilkommer retten (for eksempel en bevisvurdering) eller er omfattet af en anden myndigheds kompetence (for eksempel spørgsmål om erhvervsevnetab, der henhører under Arbejdsskadestyrelsen).

Der henvises endvidere til Betænkning om Retslægerådet nr. 1196 fra 1990 side 131 ff. og Retslægerådets artikel i Advokaten nr. 4/2005.



# Arbejdsbetinget skulderlidelse?

HA var en 39-årig kvinde, der i 8 år havde arbejdet som ostepakker. Arbejdet var kraftkrævende, højrepetitivt og en del løft var over skulderniveau. Efter 6 år begyndte HA at få venstresidige skuldersmerter. Efter 8 år blev hun sygemeldt på grund af skuldersmerter. Umiddelbart herefter var hun impliceret i et mindre færdselsuheld, hvor der ikke var personskaade. Ved undersøgelse på arbejdsmedicinsk afdeling på X sygehus fandt man rotator cuff lidelse. Året efter sygemeldingen fik hun foretaget kikkertoperation af venstre skulder på XX sygehus, hvor man fandt en betændelse i en slimsæk, der blev fjernet. Der var god virkning af operationen. HA anså sin skulderlidelse for arbejdsbetinget og rejste via sit fagforbund krav om erstatning fra arbejdsgiveren. I forbindelse med retssagen blev der stillet spørgsmål til Retslægerådet i 2 omgange. Sagen er endnu ikke afgjort ved domstolene (50E/E2-01123-2006 og 50E/E2-01921-2007).

## Spørgsmål 1.

*Kan Retslægerådet anføre på dansk og latin hvilken/hvilke skulderlidelser sagsøgeren er behandlet for, samt på hvilke tidspunkter lidelserne er startet med at være symptomgivende?*

Sagsøger havde fra cirka 2000 (bilag 1) og frem smerter i venstre skulder, og ved undersøgelse i 2002 (bilag 7) var der ømhed ved fremadføringen (fleksion) af skulderen over 90 grader og ved udadføring over 120 grader (abduktion). Ved operation i 2000 (bilag 9) blev der fundet bursit under venstre skulderhøj (acromion), i øvrigt normale forhold i skulderleddet.

Symptomer og fund er forenelig med bursit (betændelse i slimsæk) og afklemningssyndrom i venstre skulder.

## Spørgsmål 2.

*Kan Retslægerådet vurdere, om der i egen læges journal er anført skuldergener før 01.02.2001 og i givet fald hvad består disse i?*

Egen læge beskriver myogene spændinger i nakkeskulderområdet den 13.10.2000 (bilag 10), men ingen symptomer specifikt for skulderleddene.

## Spørgsmål 3.

*Kan Retslægerådet vurdere, om sagsøgerens skulderlidelse(r) som beskrevet i spørgsmål 1 er en følge af de erhvervmæssige expositioner, såfremt det lægges til grund, at sagsøgeren har arbejdet.*

### A.

*Som beskrevet i bilag 1 og bilag B?*

### B.

*Som beskrevet i bilag 1 og bilag 15?*

Sagsøgeren arbejdede fra 1993 til 2001 hos NN som ostepakker. Dagligt pakke hun oste, som vejede 0,5 til 4,1 kg, i kasser, og hun pakkede kasser, som vejede 4,8 til 12,3 kg på paller. Den samlede løftemængde i løbet af en arbejdsdag løb op til mere end 10 tons.

Cyklustiden lå formentlig omkring 30 sekunder. Løftene blev udført stående, formodentlig med begge hænder, i bilagene er der dog ikke oplysninger herom (hun er højrehåndet). En del af løftene blev udført over skulderhøjde, dette er dog ikke uddybet i bilagene. Der var rotation mellem forskellige pakkeopgaver.

Det er Retslægerådets vurdering, at det beskrevne arbejde har været høj-repetitivt og kraftkrævende og er en sandsynlig årsag til den påviste venstresidige skulderlidelse. Denne vurdering er baseret på en samlet vurdering af bilag 1, B og 15.

**Spørgsmål 4.**

*Kan Retslægerådet vurdere, om færdselsuheldet den 31.01.2001 er årsag eller medvirkende årsag til sagsøgerens skulderlidelse(r)?*

Efter Retslægerådets vurdering afficerede trafikuheldet den 31.01.2001 ikke venstre skulderled og kan derfor ikke anses at være årsag til skulderlidelsen.

**Spørgsmål 5.**

*Skyldes den fysioterapi, sagsøgeren henvises til den 30.08.2000 med kontrol 13.10.2000 hos egen læge, sagsøgers skulderlidelse(r), eller er denne behandling ordineret af anden årsag og med en anden diagnose?*

Sagsøger blev henvist til fysioterapi grundet hovedpine og smerter i venstre skinneben.

**Spørgsmål 6.**

*Har Retslægerådet i øvrigt kommentarer til sagen?*

Nej.

Parterne vendte tilbage til sagen, angiveligt fordi Retslægerådets udtalelse havde ”overrasket sagsøgte, henset til begrundelsen i Ankestyrelsens afgørelse”. Sagsøgte ønskede derfor at stille yderligere supplerende spørgsmål til Retslægerådet.

**Spørgsmål TRE-1:**

*Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, hvor det beskrevne arbejde vurderes at være en sandsynlig årsag til den venstresidige skulderlidelse, bedes Retslægerådet oplyse, hvilken medicinsk dokumentation Retslægerådet bygger sin besvarelse på, idet det fremgår af ankestyrelsens afgørelse af 11.11.2002, at der ikke er ny medicinsk dokumentation for en sammenhæng mellem den pågældende type arbejde og lidelsen.*

Retslægerådet tager ikke stilling til, om sagsøger bør have anerkendt sin skulderlidelse som værende omfattet af arbejdsskadelovgivningen, men om det er sandsynligt, at det beskrevne arbejde har været årsag til sagsøgers skulderlidelse.

Som anført i besvarelsen af spørgsmål 3, er det Retslægerådets vurdering, at sagsøgers arbejde har været høj-repetitivt, kraftkrævende, en del løft har været over skulderniveau, der har været en del statiske løft, hvor armen dog ikke er løftet over 60 grader, og jobrotatio-

nen har ikke i væsentligt omfang givet pauser i skulderbelastningen. Denne vurdering er blandt andet baseret på bilag 1, bilag B, bilag 15 og bilag 2. Sagsøger har fået påvist en svær bursitis i bursa subacromialis og tynd, men intakt supraspinatussene ved kikkertundersøgelse af venstre skulder. Dette vurderes sammen med de kliniske fund som udtryk for et rotator cuff syndrom, som er nævnt i arbejdsskadestyrelsens oversigt over skuldersygdomme (C.5).

Der er en righoldig litteratur, som sammenkobler skulderbelastende arbejde og en skulderlidelse som hos sagsøger for eksempel:

Svensden SW et al.: Work related shoulder disorders. *Occup Environ Med* 2004;61:844-53.

Leclerc A et al.: Incidence of shoulder pain in repetitive work. *Occup Environ Med* 2004; 61:39-44.

Pope DP et al.: Occupational factors related to shoulder pain and disability. *Occup Environ Med* 1997; 54:516-21.

Walker-Bone K, Reading I, Coggon D, Cooper C, Palmer KT: Risk factors for specific upper limb disorders as compared with non-specific upper limb pain: assessing the utility of a structured examination schedule. *Occup Med (Lond)* 2006; 56:243-50.

Stenlund B, Goldie I, Hagberg M, Hogstedt C: Shoulder tendonitis and its relation to heavy manual work and exposure to vibration. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19:43-9.

Miranda H, Viikari-Juntura E, Heistaro S, Heliovaara M, Riihimaki H: A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus non-specific shoulder pain without clinical findings. *Am J Epidemiol* 2005; 161:847-55.

Frost P, Bonde JP, Mikkelsen S, Andersen JH, Fallentin N, Kaergaard A, Thomsen JF: Risk of shoulder tendinitis in relation to shoulder loads in monotonous repetitive work. *Am J Ind Med* 2002; 41: 11-8.

Chiang HC, Ko YC; Chen SS, Wu HS, QE TN, Chang PY: Prevalence of shoulder and upper-limb disorders amongst workers in the fish-processing industry. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 126-31.

Melchior M, Roquelaure Y, Evanoff B, Chastan JF, Ha C, Imbernon E, Goldberg M, Leclerc A; Pays de la Loire Study Group: Why are manual workers at high risk of upper limb disorders? The role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study). *Occup Environ Med* 2006; 63: 754-61.

Svensden SW, Gelinech J, Mathiassen SE, Bonde JP, Frich LH, Stengaard-Pedersen K, Egund N: Work above shoulder level and degenerative alterations of the rotator cuff tendons: a magnetic resonance imaging study. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3314-22.

Det er også Retslægerrådet bekendt, at årsagen til skulderlidelser af denne

art er multifaktoriel, hvor den fysiske belastning er en af en række faktorer (for eksempel DAWM vand der Windt et al.: Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review. *Occup Environ Med* 2005; 57:433-422). Retslægerådet har derfor i besvarelsen anvendt udtrykket "en sandsynlig årsag til sagsøgers skulderlidelse" og ikke i nærmere grad angivet graden af sandsynlighed.

**Kommentar:**

Sager, der vedrører erstatning for følger efter ulykker og arbejde, bliver forelagt rådet i stigende grad. I en del af de erstatningssager, der forelægges, er der ingen påviselige strukturelle forandringer, der kan henføres til en skade, eller en henførelse kan være vanskelig, fordi forandringer efter spontan sygdom eller aldersforandringer med degeneration af sener, brusk og andet kan være svære at differentiere fra forandringer, der er fremkaldt af arbejdsforhold eller ulykker. Ved arbejdsskadesager kan afgrænsning af Retslægerådets opgaver overfor Arbejdsskadestyrelsen give anledning til overvejelser. Retslægerådets kompetence fremgår dog af loven om Retslægerådet, og den har været gældende siden 1909. Retslægerådet træffer således ikke afgørelser, men afgiver lægevidenskabelige skøn, og det tilkommer heller ikke Retslægerådet at udtale sig om forhold, der hører under andre myndigheder. Imidlertid er det bekræftet gentagne gange, også ved en række landsretsdomme, at det er Retslægerådet, der er den øverste lægelige sagkundskab, når det drejer sig om lægefaglige udtalelser, herunder

bedømmelser af årsagssammenhænge, og at det hører under Retslægerådets kompetence at afgive udtalelse om sådanne årsagssammenhænge. Dette må således ske på en måde, der ikke direkte inddrager Retslægerådet i den konkrete bevisvurdering. Det er ikke Retslægerådet, der skal træffe afgørelsen i den konkrete sag. Retslægerådet tager således ikke stilling til, om en sagsøger bør have anerkendt sin skulderlidelse som værende omfattet af arbejdsskadelovgivningen, men rådet kan tage stilling til sandsynligheden for, at det beskrevne arbejde har kunnet fremkalde en skulderlidelse.

For brugerne af Retslægerådet er det velkendt, at rådet ikke træffer afgørelser. I mange erstatningssager bliver rådet imidlertid alligevel anmodet om at angive sandsynligheden for en sammenhæng med spørgsmål, der søger at inddrage rådet i en bevisvurdering. Det er kun i meget få sager muligt at give et kvantitativt udtryk for en årsagssammenhæng. Vedrørende skulderlidelser er der en epidemiologisk evidens for sammenhæng mellem skulderlidelser (rotator cuff syndrom) og arbejde, om end der endnu mangler videnskabelig evidens på en række punkter. Det tilkommer ikke Retslægerådets sagkyndige at blive enige om arbitrære grænser på områder, hvor der ikke er evidens. Retslægerådets udtalelser må baseres på videnskabelig dokumentation med en åben fremlæggelse af de usikkerheder, der findes. Dette kan eventuelt nødvendiggøre, at rådet giver litteraturreferencer i sine svar, hvad rådet sædvanligvis undlader. For en



nærmere diskussion heraf henvises der til kommentaren i artiklen ”Slankemedicin medførte hjerteklapfejl”, side 35.

Forholdet mellem skulderlidelser og arbejde har været drøftet i Retslægerådet ved et møde mellem de sagkyndige i sommeren 2008. De sagkyndige fandt her, at diagnosen rotator cuff syndrom, der dækker tendinit (seneinflammation) svarende til skulderens senemanchet, herunder supraspinatus tendinitis, caput longum bicipitis tendinitis og bursitis subacromialis (slimsækbetændelse) 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. Smerter og tab af aktiv bevægelighed er de hyppigste symptomer på en skulderlidelse. Smerter på skulderleddets forside er hyppige ved bicipstendinitis, men smertelokalisationen er ikke noget sikkert tegn på lokaliseringen af en eventuel underliggende sygelig tilstand.

Den kliniske diagnose rotator cuff syndrom bygger på anterolaterale skuldersmerter med forværring ved aktiv bevægelse af overarmen. Desuden objektive fund i form af indirekte ømhed ved en eller flere bevægelser mod modstand og en positiv impingement test (kollisionstest). Der er normal passiv udadrotation (differentialdiagnostisk overfor frossen skulder) og negativ ap-

prehension test (differentialdiagnostisk over for labrum-læsion: det vil sige ledlæbe-læsion). Impingement-diagnosen kræver en positiv impingement test, for eksempel smerter ved indadrotation af skulderleddet på 90 graders abduceret overarm eller Hawkins test.

En række andre sygdomme kan indebære smerter i skulderen. Det drejer sig blandt andet om cervikalt rodtryk, skulderinstabilitet, adhæsiv capsulitis (periarthrosis humeroscapularis) myofascielle smerter (cervikobrakialt syndrom) og komplekse regionale smertesyndromer samt isolerede læsioner af nerverne i skulderen.

Mekanismen bag udviklingen af skulderlidelser, der kan udspringe af arbejde, antages at være mekanisk påvirkning eller ændret stofskifte fremkaldt af hæmmet blodforsyning til skulderen i visse stillinger. Der er i den videnskabelige litteratur en vis overhyppighed af skulderlidelser i forbindelse med bestemte konfigurationer af acromion (skulderhøjden, et fremspring på skulderbladet), men sammenhængen er ikke overbevisende, og acromions form kan ikke i sig selv forklare skulderlidelser. I en dansk erhvervsaktiv population af ufaglærte arbejdere var halvdelen af tilfældene med nyopstået rotator cuff syndrom forsvundet efter 12 måneder. Arbejdets betydning for prognosen var ukendt.

Evidensen for sammenhængen mellem arbejde og rotator cuff lidelse er samlet i et oversigtsarbejde for Erhvervs-sygdomsudvalget i 2007 (Jones GT et AL: Associations between work related

exposure and the occurrence of rotator cuff disease. A reference document). Her konkluderes, at der er moderat til stærk evidens for, at arbejde med arme løftet udgør en risikofaktor for udviklingen af rotator cuff syndrom og biceps tendinit. Der er moderat evidens for en øgning af risikoen, hvis arbejdet er tungt eller kraftbetonet. Der er begrænset evidens for, at repetitive skulderbevægelser i sig selv (uafhængigt af kraftanvendelse og arbejdsstilling) øger risikoen. Da sammenhæng mellem eksponering og respons både for så vidt angår varighed og intensitet er dårligt belyst, er der ikke basis for evidensbaserede specifikke eksponeringsstandarder. Man må således gå ind i en konkret vurdering.

Sammenfattende er relevante risikofaktorer følgende: 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.

Ved vurderingen har det uændret gennem tiden været Retslægerådets opfattelse, at der skal være en klar tidsmæssig sammenhæng mellem en belastning, en ulykke eller en tildragelse for symptomernes opståen, hvis årsagsforbindelse skal anses for sandsynlig. Afhængigt af skaden eller sygdommen er dette selvfølgelig ikke ensbetydende med, at alle symptomer skal være udviklet med det samme og uændrede over tid.

I nogle erstatningssager bliver Retslægerådet spurgt om en sammenhæng er sandsynlig, og anmodet om at graduere sandsynligheden på en måde, der indrager rådet direkte i bevisvurderingen. Nogle advokater anmoder således rådet om at tage stilling til om en sammenhæng er overvejende sandsynlig i den konkrete sag. Da formuleringen i stigende grad gav anledning til nogle mere generelle overvejelser, besluttede rådet omkring nytår 2007 mere aktivt end tidligere at undgå anvendelsen af udtrykket ”overvejende sandsynligt” i sine svar, men i erstatningssager på anden måde søge at beskrive, hvor sandsynlig en sammenhæng kunne være. Baggrunden herfor er, at betydningen af begrebet ”overvejende sandsynligt” varierer fra gang til gang, også hos de samme advokater. Eksempelvis er det nogle gange brugt ensbetydende med en sandsynlighed på 0,51 eller mere, hvor der således skal være tale om en lille overvægt i forhold til mindre sandsynligt. I almindeligt medicinsk sprogbrug anvendes udtrykket om en meget høj grad af sandsynlighed ( $p$  nær 1,0), og nogle advokater anvender tilsyneladende udtrykket tilsvarende, idet de med biord opdeler sandsynligheden i en række klasser, hvor ”overvejende sandsynlig” er den højeste (eller den laveste), og hvor de anmoder rådet om at indplacere sandsynligheden i en af de nævnte klasser.

En sandsynlighed nær 1,0 vil næppe forekomme i erstatningssager, der vedrører degenerative sygdomme i bevægeapparatet, da disse sygdomme også

forekommer aldersrelaterede og spontant. En mindre grad af sandsynlighed kan formentlig også gøre det, men det er ikke Retslægerådets opgave at lægge snitfladen ved erstatningssagerne, for eksempel ved at rådet må anvende udefinerede udtryk, der eventuelt kan prædestinere en konkret afgørelse. Bevisvurderingen og afgørelseskompetencen beror hos domstolene eller andre hørende myndigheder, og ikke hos Retslægerådet, der alene afgiver lægevidenskabelige skøn.

Når Retslægerådet tilstræber ikke at bruge udtrykket ”overvejende sandsynligt” i sine svar er det fordi begrebet i praksis er dårligt defineret med en

skiftende betydning som kan føre til misforståelser. Desuden vil udtrykket ofte involvere Retslægerådet direkte i bevisvurderingen og kan på uheldig måde være prædestinerende for afgørelsen i en konkret sag, hvilket måske er grunden til, at nogle advokater vælger at anvende udtrykket i de spørgsmål, der stilles.

Som det også er anført i rådets besvarelse i den konkrete sag kan årsagen til en skulderlidelse være multifaktoriel, og det kan derfor heller 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.



# Slankemedicin medførte hjerteklapfejl

*En erstatningssag handlede om, hvorvidt KM født 1946 havde et erstatningskrav mod leverandøren af et slankemiddel (Isomeride) (dexfenfluramin). Præparatet blev registreret i Danmark i april 1987. KM var fra 1988 til 1994 i behandling med præparatet, der var ordineret af egen læge. Virkningen var beskeden eller tvivlsom. I december 1991 fandt man imidlertid tilfældigt tegn på en hjertelidelse, der progredierede hurtigt og i februar 1993 var det nødvendigt at indsætte 2 nye hjerteklapper på grund af mitral- og aortainsufficiens. KM havde aldrig tidligere haft hjerteproblemer, og hun havde heller ikke haft sygdomme, der kunne disponere til hjertelidelser. Årsagen til hjertesygdommen var således ukendt. I september 1997 suspendede leverandøren af lægemidlet imidlertid på eget initiativ salget efter, at en meddelelse i New England Journal of Medicine pegede på, at indgift af dexfenfluramin i kombination med præparatet Phentermin kunne forårsage hjerteklapinsufficiens. Lægemiddelstyrelsen tilbagekaldte markedsføringstilladelsen for Isomeride i 2000. Sagsøgerens egen læge indberettede imidlertid sagen til Sundhedsstyrelsens Bivirkningsnævn i december 1997, da præparatet blev trukket tilbage. En kardiologisk vurdering af KM så sent som i 2007 havde vist stationære tilfredsstillende forhold vedrørende hjertet. Samme år havde Arbejdsskadestyrelsen i forbindelse med erstatningssagen vurderet mén-graden til 10 % og erhvervsevnen til under 15 %.*

*En retssag med krav om erstatning blev anlagt ved retten på Frederiksberg i december 2000, men sagen blev henvist til Østre Landsret, der januar 2009 fandt lægemiddelleverandøren erstatningsansvarlig for den skade, der var påført KM (50E/E3-00706-2006).*

I forbindelse med retssagens behandling blev der fremsendt en række spørgsmål til Retslægerådet i flere omgange. 10.05.04 blev der således fremsendt følgende 16 spørgsmål om bivirkningsprofilen for Isomeride:

## **Spørgsmål 1:**

*Er der påvist nogen sikker forbindelse mellem indtagelse af Isomeride (dexfenfluramin) og hjerteklapfejl?*

I 1997 rapporteres for første gang en sammenhæng mellem indtagelsen af

slankemidler som dexfenfluramin og hjerteklapfejl. Denne sammenhæng er blevet bekræftet i flere efterfølgende undersøgelser, der er etableret en mulig mekanisme for denne effekt, og der kan ikke være tvivl om, at indtagelse af slankemidler som dexfenfluramin kan føre til hjerteklapfejl.

## **Spørgsmål 2:**

*Overstiger antallet af konstaterede hjerteklapfejl blandt patienter, der har indtaget Isomeride (dexfenfluramin,) hvad der statistisk kan forventes i en normal population?*

*Er der blevet konstateret en forøgelse af antallet af hjerteklapslidelser efter at produktet kom på markedet og et fald efter at det blev tilbagekaldt?*

I de første rapporter over sammenhængen mellem slankemidler og hjerteklapfejl blev der rapporteret meget høje prævalenser, omkring 30 % hos patienter, der indtog slankemidler af denne type. Senere rapporter, som bygger på større talmaterialer og med en mindre hildet (biased) udvælgelse af patienter, viser meget mindre prevalens, omkring 2-3 %, og en relativ lille risiko for at udvikle hjerteklapfejl ved behandlingen på ca. 1,5, det vil sige en 50 % øget risiko i forhold til en ikke-behandlede fra en sammenlignelig population. Prevalensen af hjerteklapfejl i befolkningen er ikke sikkert kendt, men ligger i udenlandske studier omkring 1 % eller mindre.

Retslægerådet er ikke bekendt med opgørelser, der kan vise om antallet af hjerteklapslidelser er steget efter markedsføringen af dette slankemiddel. Da antallet af personer, der har indtaget slankemidler er lille i befolkningen, vil det næppe være muligt at frembringe statistikker i Danmark, der med sikkerhed kan belyse dette forhold.

### **Spørgsmål 3:**

*Kan en eventuel afvigelse fra normalpopulationen forklares med, at personer, der indtager dexfenfluramin er fede, og derfor i højere grad eksponeret for hjerteklapfejl end normalpopulationen?*

Der er ikke holdepunkt for, at fede udvikler hjerteklapslidelser i højere grad, end normalvægtige.

### **Spørgsmål 4:**

*Baggrunden for tilbagekaldelsen af produktet i USA var formodede skader forårsaget af fenfluramin i kombination med phentermin. Kan der slutes herfra og til situationer, hvor der alene indtages fenfluramin eller dexfenfluramin?*

Den frivillige tilbagetrækning af slankemidlet i USA i 1997, og kort efter i Europa, var baseret på observationer med en kombination af phentermin og fenfluramin. Senere undersøgelser har vist, at der er tale om en klasseeffekt for lægemidler med denne virkningsmekanisme, og der er også undersøgelser, der påviser en sammenhæng mellem hjerteklapfejl og dexfenfluramin.

### **Spørgsmål 5:**

*Såfremt det foregående spørgsmål besvares bekræftende, spørges om der foreligger bevis for årsagssammenhæng mellem forekomst af hjerteklapfejl og en kombination af produkterne fenfluramin og phentermin?*

Årsagssammenhængen er ukendt, men der findes en tumorform, der medfører en sygdom, der benævnes carcinoid syndrom. Disse tumorer frisætter stoffer med serotonerge egenskaber, som Isomeride også har. Disse tumorer kan medføre hjerteklapsygdom. Serotonerge mekanismer synes således at have betydning for patogenesen. Disse tumorer kan medføre hjerteklapfejl, især mitral-aortainsufficiens.

**Spørgsmål 6:**

*Fra hvilket tidspunkt har man i fagkredse, henholdsvis fra myndighedernes side, anbefalet ikke at anvende dexfenfluramin i slankemidler, og var der forud for dette tidspunkt videnskabeligt begrundet mistanke om årsagssammenhæng mellem Isomeride/ dexfenfluramin (alene) og hjerteklapfejl?*

Slankemidlerne blev mistænkt for at kunne medføre pulmonal hypertension i midten/slutningen af 1990'erne, og den første og helt centrale videnskabelige rapport fremkom i 1997. Slankemidlerne blev markedsført af firmaet Americal Home Products, som den 17. september 1997 frivilligt trak midlerne fenfluramin og dexfenfluramin tilbage i USA og kort efter i Europa (1997). Midlerne har ikke været anbefalet siden da.

**Spørgsmål 7:**

*Kan faktorer som medfødte lidelser/forudbestående lidelser, alder, rygning, fedme være afgørende for eller have indflydelse på, om en person får hjerteproblemer, herunder hjerteklapfejl?*

Spørgsmålet er meget generelt. Hjerteproblemer (hjertelidelser) kan dels være medfødte og dels være associerede til en række omverdensfaktorer/livsstilsfaktorer. De mest velkendte faktorer er rygning, fedme, sukkersyge, stillesiddende. Hvilken betydning sådanne faktorer har på den enkelte persons risiko for udvikling af hjerteproblemer kan ikke bestemmes, idet faktorerne kun kan bestemme risikoen for større populationer. En anlagt retssag (Class Action) i USA endte med forlig om er-

statning til behandling til personer, der havde indtaget mere end 61 tabletter og havde tegn på hjerteklaplidelser, uden krav om bevisførelse om en årsagssammenhæng.

**Spørgsmål 8:**

*Udgør fedme en sundhedsmæssig risiko?*

Svaret er ja, dog således, at fedme i sig selv ikke er nogen stor risikofaktor. Det er personer med kompliceret fedme i form af samtidig type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, dyslipidemi, der er i risiko for at få hjertekarsygdom.

**Spørgsmål 9:**

*Retslægerådet bedes beskrive KM's problemer med hjertet, herunder årsagen til KM's operation i 1993 for mitral- og aortainsufficiens.*

KM's problemer med hjertet blev første gang opdaget på X sygehus ved en rutinemæssig undersøgelse den 04.12.91 før bedøvelse i forbindelse med et gynækologisk indgreb uden relation til hjertet. Efterfølgende ekkocardiografisk undersøgelse påviste manglende funktion af flere hjerteklapper. KM udviklede åndedrætsbesvær frem til 21.09.92 på grund af hjertelidelsen og blev opereret den 19.02.93, hvor hun fik indsat en mitral- og en aortaklap på XX sygehus.

**Spørgsmål 10:**

*Er det muligt med sikkerhed at angive, hvornår KM's hjerteproblemer er opstået og årsagen hertil? I bekræftende fald bedes det anført, hvoraf det fremgår, hvornår problemerne er opstået og årsagen hertil.*

I forbindelse med indlæggelser på X sygehus den 17.06.88, 10.12.90 og 28.11.91 findes journalnotater, hvor der angives normal hjertestetoskopi. Den første unormale hjertestetoskopi er rapporteret den 04.12.91. Af egen læges noter fremgår det dog, at KM den 14.07.91 klagede over åndenød. Stetoskopi af lunger var normal. Patienten klager først over vedvarende dyspnø i sommeren 1992 (bilag 5). Røntgen af thorax den 28.11 gav mistanke om let forstørret hjerte og accentueret kartegning i lunger. Obs. Let stase. Ved ekkokardiografi i januar 1992 fandtes en let klapfejl, der bliver værre i første halvår i 1992, og i juli 1992 findes udtalt klapfejl svarende til mitralklappen, og efterfølgende bliver patienten tiltagende dyspnøisk (forpustet) og klager over træthed. Det må på denne baggrund antages, at hjertelidelsen er opstået tidligst i det sidste halvår af 1991. Med hensyn til spørgsmålet om årsagen til denne hjertelidelse henvises til spørgsmål 16.

**Spørgsmål 11:**

*Er det undersøgt/dokumenteret, om KM har haft hjerteproblemer forud for indtagelsen af Isomeride? I bekræftende fald bedes Retslægerådet redegøre for, hvilke undersøgelser/dokumentation, der er tale om, samt resultatet heraf.*

Ifølge KM's patientjournal fik hun første gang ordineret Isomeride 21.10.88. Der findes ikke oplysninger på, at KM har haft hjertelidelse før denne dato.

**Spørgsmål 12:**

*Har KM fået ordineret en unormal høj dosis*

*af Isomeride, og i givet fald kan dette have haft indflydelse på KM's hjerteproblemer?*

KM har fået ordineret den normale dosis af Isomeride, op til 15 mg x 2 dagligt, men har fået et stort antal tabletter over en flerårig periode.

**Spørgsmål 13:**

*Har KM, bortset fra indtagelsen af Isomeride, dispositioner, der giver forøget risiko for hjerteklapfejl?*

Ja, der henvises til spørgsmål 16.

**Spørgsmål 14:**

*I medicinskemaet fra læge ER, sagens bilag 25, er nævnt "T.DHE 1-2 x max. 3 Img" for datoerne 26/11-90, 28/6-91, 24/2-92 og 21/4-92.*

*Retslægerådet bedes oplyse, hvad forkortelsen "T.DHE" betyder samt vurdere i hvilket omfang dette medikament kan have haft indflydelse på KM's hjerteklapfejl.*

Det må antages, at T.DHE er migrænemidlet dihydroergotamin, som doseres i den angivne dosis på 1 mg, 1-2 gange dagligt, max 3 gange dagligt. Endelig verifikation af dette må foretages ved henvendelse til udskrivende læge.

**Spørgsmål 15:**

*Retslægerådet bedes redegøre for, om der er foretaget en konkluderende patologisk undersøgelse af hjerteklapfejlene, der blev fjernet ved operationen den 19. februar 1993.*

Der er foretaget adækvat histologisk undersøgelse af de opererede hjerteklapper. Heraf kan konkluderes, at



der ikke er tale om reumatisk lidelse, men i øvrigt er der ikke, og kan næppe findes, forandringer, som kan angive en specifik årsag.

**Spørgsmål 16:**

*Kan det konkret påvises, at Isomeride har forårsaget KM's hjerteklapfejl?*

Nej, idet der ved den histologiske undersøgelse af de udtagne hjerteklapper ikke kunne påvises forandringer, som angav en specifik årsag.

Efterfølgende blev der den 30.01.06 fremsendt 11 supplerende spørgsmål, hvor man anmodede Retslægerådet om at redegøre yderligere for de svar, der tidligere var afgivet.

**Spørgsmål 17:**

*I tillæg til besvarelsen af spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse reference på rapporter i 1997 samt de efterfølgende undersøgelser, som der henvises til som basis for konklusionen.*

Svar på spørgsmål 1 byggede primært på følgende referencer:

- Homepage FDA Public health advisory. Report of valvular heart disease in patients receiving concomitant fenfluramine and phentermine.
- Graham DI et al. Further cases of valvular heart disease associated with fenfluramine-phentermine. N Engl J Med 1997;337:635.
- Connolly HM et al. Valvular heart disease associated with fenfluramine-phentermine. N. Engl J Med 1997; 337: 581-8.

- Cannistra L. Valvular heart disease associated with dexfenfluramine. N Engl J. Med 1997; 337: 636.

- Weisman NJ et al. An assessment of heart-valve abnormalities in obese patients taking dexfenfluramine, sustained release dexfenfluramine, or placebo. N Engl J Med 1998; 339: 725-32.

- Wee CC et al. Risk of valvular heart disease among users of fenfluramine and dexfenfluramine who underwent echocardiography before use of medication. Annals of Internal Medicine 1998; 129: 870-74.

- Weissman NJ et al. Prevalence of valvular-regurgitation associated with dexfenfluramine three to five months after discontinuation of treatment. JACC 1999; 34: 2088-95.

- Davidoff R et al. Echocardiographic examination of women previously treated with fenfluramine, Arch Intern Med 2001; 161: 1429-36.

Der foreligger en relativ omfattende litteratur, der består af abstracts fra kongresser, og meddelelser i tidskrifter uden referee system tilknyttet. Disse er ikke indgået i besvarelsen af spørgsmål 1.

**Spørgsmål 18:**

*I tillæg til svaret på spørgsmål 2 bedes Retslægerådet oplyse referencer på det materiale, som svaret bygger på.*

Referencer som under spørgsmål 17.

**Spørgsmål 19:**

*I tilknytning til svaret på spørgsmål 4 bedes Retslægerådet oplyse de referencer, som svaret hviler på.*

Referencer som under spørgsmål 17.

**Spørgsmål 20:**

*Svaret på spørgsmål 5 indeholder så vidt ses ikke et svar på det stillede spørgsmål. Er det rigtigt at fortolke svaret således: "Der foreligger ikke bevis for årsagssammenhæng mellem forekomst af hjerteklapfejl og en kombination af produkterne fenfluramin og phentermin, men en sammenhæng kan ikke udelukkes"?*

Der foreligger kliniske studier, som tyder på en årsagssammenhæng mellem anvendelse af fenfluramin og dexfenfluramin og udvikling af aorta- og mitralklapsygdom. (Hopkins PN, Polukoff GI. Risk of valvular heart disease with the use of fenfluramine. BMC Cardiovasc Disord. 2003). I øvrigt referencer som under spørgsmål 17.

**Spørgsmål 21:**

*I tilslutning til svaret på spørgsmål 6 spørges fra hvilket tidspunkt de danske myndigheder offentligt har forholdt sig til brugen af dexfenfluramin i slankemidler i form af påbud, forbud eller andet.*

Slankemidlerne fenfluramin og dexfenfluramin blev globalt trukket tilbage i september 1997. Nærmere oplysninger om danske forhold kan fås hos Lægemiddelstyrelsen.

**Spørgsmål 22:**

*I tilslutning til besvarelsen af spørgsmål 6 spørges – på ny – om der forud for den 17. september 1997 var en videnskabelig begrundet mistanke om årsagssammenhæng mellem Isomeride/dexfenfluramin og hjerteklapfejl, når produktet anvendtes alene og ikke i sammenhæng med fenfluramin.*

Som anført i tidligere svar på spørgsmål 6, blev der i 1990'erne rejst mistanke om årsagssammenhæng. Da tilbage- trækningen skete i 1997 må spørgsmålet besvares bekræftende, idet den videnskabelige mistanke må have været velbegrundet før tilbagetrækningen.

**Spørgsmål 23:**

*I svaret på spørgsmål 7 har Retslægerådet anført "en anlagt retssag (Class Action) i USA endte med forlig om erstatning til behandling til personer, der havde indtaget mere end 61 tabletter og havde tegn på hjerteklaplidelse, uden krav om bevisførelse om en årsagssammenhæng."*

- 1. Er den citerede udtalelse af nogen betydning for svaret på det stillede spørgsmål?*
- 2. Er den gengivne iagttagelse af lægefaglig karakter?*
- 3. Retslægerådet bedes oplyse referencen for de angivne oplysninger.*

Som anført i tidligere svar på spørgsmål 7 er spørgsmålet meget generelt og må besvares bekræftende.

**Ad spørgsmål 23.1:**

Ja, da der i forbindelse med den omtalte "class action" er sammenstillet den lægevidenskabelige viden der ligger til grund.

**Ad spørgsmål 23.2:**

Se svar på spørgsmål 23.1.

**Ad spørgsmål 23.3:**

Der foreligger ikke en enkelt reference, men Retslægerådet kan henvide til [www.settlementdietdrugs.com](http://www.settlementdietdrugs.com).

**Spørgsmål 24:**

*I tilslutning til svaret på spørgsmål 7 bedes Retslægerådet oplyse omfanget og risikoen for større populationer udtrykt i sædvanlige statistiske termer.*

Retslægerådet kan ikke påtage sig at udarbejde lange redegørelser som svar på generelle spørgsmål. Disse vil ofte rumme begreber, der medicinsk set er upræcise, og derfor dårligt definerede. Rådet henviser til lærebøger.

**Spørgsmål 25:**

*I tilslutning til svaret på spørgsmål 8 bedes Retslægerådet præcisere, hvorvidt fedme indebærer risiko for udvikling af type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og dyslipidemi.*

Ja, der findes en sammenhæng mellem forekomsten af fedme og type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og dyslipidemi, specielt den centrale abdominale fedme (bodegavommen) er associeret til type 2 diabetes, hypertension og dyslipidemien.

**Spørgsmål 26:**

*I tilslutning til svaret på spørgsmål 8 spørges, om sætningen "det er personer med kompliceret fedme i form af samtidig type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, dyslipidemi, der er i risiko for at få hjertekarsygdom" indeholder svar på det stillede spørgsmål og i bekræftende fald, hvilken betydning oplysningen har for besvarelsen.*

Ved øget risiko for hjertesygdom forstås hjertesygdom fremkaldt af åreforkalkning.

Nævnte forhold har ikke betydning for besvarelsen. KM havde hverken diabetes eller arteriosklerotisk hjertesygdom.

**Spørgsmål 27:**

*I tilslutning til svaret på spørgsmål 14 spørges, hvorvidt dihydroergotamin kan have haft indflydelse på KM'S hjerteklapfejl.*

Det er ikke Retslægerådet bekendt, at der skulle foreligge rapporter over en sammenhæng mellem indtagelse af dihydroergotamin og klapfejl. Det er derfor næppe sandsynligt, at dihydroergotamin indtagelse kan have haft indflydelse på KM's hjerteklapfejl.

**Kommentar:**

Retslægerådet bliver undertiden anmodet om at give litteraturreferencer og generelle medicinske oplysninger. Dette var også tilfældet i denne sag.

Vedrørende generel medicinsk oplysning er rådets praksis den, at spørgsmål af typen "hvad er symptomerne ved en endogen depression?", "hvorledes

virker digitalis?” og ”kan faktorer som medfødte lidelser/forudbestående lidelser, alder, rygning, fedme være afgørende for eller have indflydelse på, om en person får hjerteproblemer, herunder hjerteklapfejl?” som hovedregel besvares med en henvisning til gængse lærebøger i psykiatri, medicin eller lignende. Såfremt et generelt spørgsmål relaterer sig direkte til den konkrete sag, og svaret er paratviden hos de voterende, kan spørgsmålet dog besvares kortfattet, som eksempelvis gjort i svaret på spørgsmål 7. Eventuelt med tilføjelsen ”i øvrigt henvises til almindelige lærebøger”. Hovedgrundene til, at Retslægerådet ikke påtager sig at give almindelig medicinsk information er, at denne opgave falder udenfor rådets arbejdsområde, som er at afgive lægevidenskabelige skøn vedrørende konkret påpegede forhold, men også at en sådan informativ virksomhed ville være uoverkommelig for rådets sagkyndige. Besvarelser af generelle medicinske spørgsmål på et videnskabeligt grundlag vil meget ofte resultere i udarbejdelse af oversigtsartikler, hvis svarene skal være udtømmende og korrekte. Hertil kommer, at mange af de spørgsmål Retslægerådet får stillet, ikke lader sig besvare uden en nærmere korrespondance til afgrænsning af de begreber, der indgår i spørgsmålet. Eksempelvis vil et forsøg på besvarelse af spørgsmål 7 og 24 i denne sag nødvendiggøre en korrespondance om, hvad man her skal forstå ved ”fedme”, ”sukkersyge”, ”rygning”, ”stillesidden”, ”hjerteproblemer”, ”medfødte sygdomme”, ”forudbestående sygdomme”,

”risiko”, ”omfang”, og vanlige statistiske termer.

Det hører til undtagelsen, at Retslægerådet anfører litteraturreferencer til støtte for de svar rådet afgiver. En hovedgrund hertil er, at der inden for alle områder af medicin er publiceret et meget stort antal videnskabelige arbejder, der ikke alle har samme relevans, kvalitet eller konklusioner. Domstolene vil i de fleste tilfælde ikke være det rette forum for en kritisk litteraturnemgang, og arbejdet ville i givet fald jævnligt blive uoverkommeligt. Rådets sagkyndige tager udgangspunkt i, hvad der er almindeligt anerkendt inden for specialet. Dette gælder også inden for områder, hvor der kan være forskellige anerkendte skoler. Rådets sagkyndige skal således være erfarne læger, der er kyndige og har et overblik over den videnskabelige litteratur og den aktuelle viden inden for deres speciale. Det følger, at det vil være sjældent, at sagkyndige har behov for at anføre litteraturhenvisninger som begrundelse for deres synspunkter.

I nogle sager kan det dog være nødvendigt, som i den sag, der er redegjort for, hvor det har været afgørende at vurdere og tidsfæste de publikationer, der kunne give mistanke om hidtil ukendte, men farlige bivirkninger til et lægemiddel. Rådet har her i første omgang vurderet de publikationer, der førte til tilbagetrækningen af slankemidlerne fra handelen, og efterfølgende har rådet måttet redegøre for, hvilke videnskabelige data, rådet især har baseret sine udtalelser på.

Sagsøgte har under sagens behandling i retten rejst forskellige indvendinger mod dele af den citerede litteratur, der har været præget af en selektions-bias, hvor komplikationernes hyppighed fremstod meget høje i de første arbejder, der påpegede hjertekomplikationer, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.

Landsretten gik imidlertid ikke ind i en detaljeret vurdering af de enkelte litteraturstudiers meddelelser om komplikationernes relative hyppighed, men baserede sin afgørelse på en mere overordnet vurdering. I dommen hedder det således:

”Landsretten bemærker, at Isomeride blev trukket tilbage på globalt basis i 1997 efter opdagelsen af, at produktet kunne fremkalde bivirkninger, herunder hjerteklapfejl.

Landsretten finder, at der ved bevisvurdering af, hvorvidt der er årsagssammenhæng mellem sagsøgerens indtagelse af Isomeride og den hos sagsøgeren konstaterede hjerteklapfejl, navnlig må lægges vægt på Retslægerådets erklæringer, af hvilke det blandt andet fremgår, at der ”ikke kan være tvivl om” at indtagelsen af slankemidler som dexfenfluramin (Isomeride) kan føre til hjerteklapfejl, og at der er undersøgelser, der påviser en sammenhæng mellem hjerteklapfejl og dexfenfluramin.

På denne baggrund og henset til sagsøgerens konkrete sygdomsforløb, herunder at sagsøger ikke forud for indtagelsen af Isomeride har haft hjertelidelser, samt at der ikke er sket

yderligere udvikling af hjerteklapfejl hos sagsøger, efter hun stoppede med indtagelsen af Isomeride, og da der ved bevisførelsen ikke er påvist andre konkrete konkurrerende skadesårsager til sagsøgers hjerteklapfejl, finder landsretten, at årsagssammenhængen mellem sagsøgers indtagelse af Isomeride og sagsøgers hjerteklaplidelser er sandsynliggjort i en sådan grad, at sagsøgeren har ført det fornødne bevis for årsagsforbindelse.

Landsretten finder, at de alvorlige bivirkninger i form af hjerteklapinsufficiens, som indtagelsen af Isomeride har medført for sagsøger, går udover, hvad sagsøger med rimelighed må acceptere som bivirkning ved indtagelse af et slankeprodukt. Landsretten finder således, at Isomeride ikke har frembudt den sikkerhed, som med rette kan forventes af et medicinpræparat mod overvægt. Det er efter bevisførelsen ikke godtgjort, at sagsøgte inden produktets markedsføring har foretaget de undersøgelser af produktets egenskaber, der med rimelighed kan kræves for at kunne undgå eller advare mod risikoen for så alvorlige bivirkninger som hjerteklapinsufficiens ved indtagelse af slankeproduktet Isomeride.

Som følge af det anførte findes sagsøgte erstatningsansvarlig for den skade, der er påført sagsøgeren”.

Retslægerådet bemærker, at sagen efterfølgende er blevet anket til Højesteret, og at der i den forbindelse er stillet yderligere spørgsmål til Retslægerådet.



## Transitorisk global amnesi

*A er en 41 årig mand, som i beruset tilstand førte sin personbil i modkørende retning på en motorvej. Ved påkørsel af en anden bil døde fire personer i denne. A havde efter påkørslen hukommelsestab for forløbet. Sagen blev forelagt Retslægerådet. Der var ved undersøgelse på neurologisk afdeling, herunder MR-scanning, ikke fundet tegn på hjerneorganisk betinget abnormtilstand. Det fandtes ikke sandsynligt, at der forud for hændelsen havde været psykiske eller fysiske sygdomme, som kunne have haft indflydelse på hans adfærd. Retslægerådet fandt det usandsynligt, at der havde foreligget en transitorisk global amnesi (10A/A1-01927-2009).*

A var 41 år gammel, da han blev mentalundersøgt ambulantly. Han var sigtet for uagtsomt manddrab efter i beruset tilstand at have kørt i modsatte side af en motorvej og ved, efter påkørsel af en anden bil, at have dræbt fire personer. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A har haft en upåfaldende opvækst, og at han har haft flere faste parforhold. Han havde en erhvervsuddannelse og har været i stabilt arbejde. Der var ingen sociale problemer på tidspunktet for mentalundersøgelsen. A havde aldrig haft psykiske problemer, og han havde aldrig modtaget psykiatrisk behandling. I forbindelse med varetægtsfængslingen, afstedkommet af aktuelle sigtelse, var han blevet tilset af fængslets konsulterende psykolog og psykiater, der vurderede A som værende krisepreget.

Ved mentalundersøgelsen blev A fundet bevidsthedsklar, samlet af tankegang og normalt begavet. Der var lette tegn på koncentrations- og hukommelsesproblemer, som vurderedes at være relateret til en krisereaktion som følge af ulykken og efterforløbet af denne – og således ikke tegn på en organisk hjernepåvirkning. Han blev fundet

tanke- og følelsesmæssigt optaget af forløbet på en indfølelig måde. Der fandtes således ikke tegn på egentlig depression, og der var ingen mistanke om sindssygdom eller psykotiske symptomer. A angav manglende hukommelse for de påsigtede forhold, hvorfor der i forbindelse med mentalundersøgelsen blev foretaget undersøgelse på neurologisk afdeling med MR-skanning af hjernen og måling af hjernens elektriske impulser (EEG) – der blev intet klinisk betydende abnormt påvist.

Mentalundersøgelsen konkluderede, at A udelukkende var præget af en krisetilstand i aftagende sværhedsgrad, og at han hverken var omfattet af straffelovens § 16 eller § 69.

Mentalerklæringen blev i første omgang ikke forelagt Retslægerådet, men et års tid efter mentalerklæringen var afgivet, blev sagen forelagt rådet med spørgsmålet om transitorisk global amnesi (TGA), det vil sige et timer varende hukommelsestab, som indtræder, uden at årsagen kendes. Den mentalobserverende overlæge havde tidligere, i en supplerende udtalelse, afvist denne diagnose.

Retslægerådet besvarede tre spørgsmål om transitorisk global amnesi som følger:

**”Spørgsmål 1:**

*Er det muligt/sandsynligt, at sygdommen transitorisk global amnesi har været ansvarlig for A’s usædvanlige adfærd op til ulykken?*

Det er usandsynligt, at transitorisk global amnesi (TGA) har været ansvarlig for A’s adfærd op til ulykken. Retslægerådet lægger i den forbindelse vægt på, at 1) hverken de to vidner, som talte med A på ulykkesstedet, eller lægen, som modtog A på skadestuen umiddelbart efter ulykken, har beskrevet A som i en tilstand, der kunne tolkes som TGA. A er på ulykkesstedet beskrevet som beruset af det ene vidne og som psykisk chokeret af det andet vidne. Ved ankomst til sygehus er A beskrevet som fuldt ud klar og orienteret; 2) TGA ville under ingen omstændigheder kunne forklare, at A vælger at køre mod kørselsretningen; 3) Der er andre mulige forklaringer på hukommelsestab for det passerede i en periode på ca. tre timer op til ulykken: alkoholpåvirkning og psykogen hukommelsessvækkelse. Hertil kommer, at med beskrivelsen af ulykkesmekanismen og de voldsomme skader på A’s personvogn, kan det ikke udelukkes, at A også pådrog sig en hjernerystelse. Der er dog ikke beskrevet tegn herpå ved ankomsten til sygehuset, hvor der primært var fokus på andre skader; og 4) A opfylder derfor ikke kriterierne for TGA.

**Spørgsmål 2:**

*Hvorledes kan sygdommen transitorisk global amnesi karakteriseres i forhold til andre neurologiske og/eller psykiatriske lidelser?*

TGA betegner en tilstand med akut indsættende anterograd amnesi (fremadgribende glemsel) med en varighed typisk på 1 – 8 timer. Under anfaldet er patienten helt vågen med normal opmærksomhed og normal hukommelse for tidligere begivenheder. Der er normal læsevne, normal semantisk hukommelse (viden om begrebers betydning) og normal procedural hukommelse (hukommelse for hvordan handlinger udføres, for eksempel bilkørsel). Patienten er ofte desorienteret i tid og spørger igen og igen om det samme. Patienten kan tænke logisk, er i stand til at fortsætte med komplekse handlinger og udføre disse korrekt (eksempler i litteraturen er bilkørsel, dirigere et orkester, danse i en balsal, bygge en cykel, reparere en bil, klokkeringning). Efter episoden er der vedvarende glemsel for alle aktiviteter under selve anfaldet. Anfaldet forsvinder gradvist igen spontant. Årsagen til TGA kendes ikke fuldstændigt. Diagnosen forudsætter, at episoden er bevidnet, at der var anterograd amnesi uden andre kognitive/mentale forstyrrelser, at patienten ikke har været udsat for hovedtraume, og at der ikke er andre mulige forklaringer. Tilstanden er relativ sjælden, 20 – 30 / 100.000 og ses især hos patienter over 50 år.



**Spørgsmål 3:**

*Har Retslægerådet i øvrigt kommentarer til sagen.*

Nej.

**Kommentar:**

TGA er en sjælden lidelse, der er karakteriseret ved, at pågældende er vågen og i stand at agere tilsyneladende normalt – men ved nærmere udspørgen præget af desorientering, især i relation til tid, med tendens til perseveration (for eksempel gentagelse af samme udsagn eller handlinger på ikke situationstilpasset vis). Der vil være hukommelsestab for alle begivenheder under anfaldet af TGA – men kun for denne periode. Diagnosen TGA fordrer, at der ikke har været hovedtraumer eller andre organiske påvirkninger af hjernen, ligesom der bør være bevidnede udsagn om tabet af erindring og desorientering.

A opfyldte ikke disse kriterier, og han kan have pådraget sig et organisk hjernetraume ved ulykken. Såvel den mentalundersøgende overlæge som Retslægerådet fandt det helt overvejende sandsynligt, at A's manglende hukommelse for det passerede skyldtes beruselse og en psykologisk betinget fortrængning af forløbet.

Ved byretten blev A idømt 2 år og 6 måneders fængsel for spirituskørsel, groft uagtsom kørsel og uagtsomt manddrab. Desuden blev A frakendt førerretten i 10 år. Ved anke til landsretten med inddragelse af Retslægerådets svar blev dommen ændret, således at der skete en skærpelse af straffen til fængsel i 3 år, men frakendelsen af førerretten blev nedsat til 8 år.



## **Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. – endnu engang**

*Retslægerådets årsberetning for 2006, s. 53 ff. omhandler straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., hvoraf blandt andet fremgår, at rådet skelner mellem de egentlige patologiske rustilstande og akutte, forbigående sindssygelige tilstande (toksiske psykoser) udløst af indtagelse af rusmidler. I den her refererede sag blev en yngre mand (A) i svært beruset tilstand indbragt til en skadestue. På grund af mistanke om epilepsi fik han indsprøjet et beroligende medikament af benzodiazepintypen, hvilket medførte en voldsom urotilstand ledsaget af kriminalitet. Rådet fandt A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men tog ikke stilling til, om han også var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., idet dette måtte bero på en juridisk fortolkning af ordet "indtagelse", og en sådan fortolkning tilkommer ikke Retslægerådet, men er domstolenes opgave. Anklagemyndigheden opgav påtale (10A/A1-01771-2008).*

A er en 26-årig mand, der i svært beruset tilstand blev indbragt til en skadestue. Han blev ved indlæggelsen beskrevet som bevidstløs. Kort efter udviklede han nogle formodede kramper, som er dårlig beskrevet i journalen, men som efterfølgende blev betegnet som "rysten" eller "sitren". På grund af mistanke om epileptiske anfald, fik A sprøjet clonazepam (et beroligende middel af benzodiazepintypen) ind i blodårerne. A vågnede herefter op, begyndte at sparke til sengen, kaste med ting, han smadrede en rude og flygtede ud igennem et vindue, hvorefter han uberettiget skaffede sig adgang til en nærliggende ejendom, hvor han knuste ruder og indbo, ligesom han fremsatte verbale trusler mod to polititjenestemænd. Han blev herefter formelt tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling, men med reelt ophold på en medicinsk afdeling. Efter at have sovet var han rolig og psykisk naturlig, hvorefter han hurtigt kunne udskrives.

Sagen blev forelagt Retslægerådet med spørgsmålet om, hvorvidt... "kombinationen af alkohol, beruselse og benzodiazepiner har medført, at sigtede på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand omfattet af straffelovens § 16".

På grundlag af en ret kortfattet erklæring ved overlæge B udtalte Retslægerådet, ..."at A ikke er sindssyg, men må antages at have været sindssyg ved tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet.

Efter det oplyste har A i det væsentlige været rask. Han blev indbragt ukontaktbar til Akut Modtageafsnit, X Sygehus, ....06 kl. 02.50 efter indtagelse af alkohol. Alkoholkoncentrationen i blodet blev ikke målt. På mistanke om epileptisk anfald blev der givet Iktorivil (clonazepam) intravenøst 3 gange (dosis ikke anført), hvorefter A blev destruktiv, flygtede fra den akutte modtagelse, udøvede hærværk på nærliggende hus, efterfølgende over-

mandedes af politiet og førtes tilbage til hospitalet, hvor han tvangsindlagdes og bæltefikseredes. Kl. 09.00 om morgenen samme dag fremtrådte han ikke længere aggressiv og var uden erindring om nattens hændelse.

Det er beskrevet i faglitteraturen, at benzodiazepiner alene eller i kombination med alkohol hos mennesker kan udløse forbigående paradokse reaktioner med konfusion, hyperaktivitet og aggression, hvilket må betegnes som forbigående psykotiske tilstande.

Det vurderes, at det kliniske billede i den aktuelle sag efter intravenøs indgift af i alt 3 doser clonazepam kan være foreneligt med de i litteraturen beskrevne paradokse reaktioner på indgift af benzodiazepiner.

Retslægerrådet vurderer herefter, at A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han ved tiden for det påsigtede var i en tilstand af toksisk psykose, det vil sige en akut opstået og forbigående sindssygelig tilstand udløst af rusmidler, mest sandsynligt en kombination af alkohol og den beroligende medicin (et benzodiazepin ved navn clonazepam), som han fik indsprøjet på Akut Modtageafsnit, X Sygehus.

Såfremt han findes skyldig, og retten finder ham omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt., men ikke finder, at der er særlige omstændigheder, der taler for at pålægge straf, kan Retslægerrådet efter det til sagen oplyste ikke pege på nogen foranstaltning – jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt. – som formålstjenlig.”

Det fremgår, at anklagemyndigheden efterfølgende opgav påtale.

#### **Kommentar:**

Retslægerrådet var ikke i tvivl om, at A havde været sindssyg på gerningstidspunktet og altså omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han havde befundet sig i en tilstand af toksisk psykose (for en nærmere diskussion heraf se årsberetningen for 2007). Spørgsmålet var, om han også var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., hvor det hedder: ”Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.” A havde på gerningstidspunktet befundet sig i en psykotisk tilstand fremkaldt af rusmidler, kombinationen af alkohol og beroligende medicin, men han havde ikke selv indtaget den beroligende medicin. Den var blevet ham indgivet, mens han var ukontaktbar. Vurderingen af, hvorvidt A befandt sig i en psykotisk tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., beror derfor på en fortolkning af ordet ”indtagelse”. Det er ikke Retslægerrådets opgave at fortolke lovtekster, hvorfor rådet omtalte muligheden af, at retten ville finde A omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt., men skulle dette være tilfældet, kunne rådet, idet A habituelt var rask og upåfaldende, ikke pege på nogen særforanstaltning som formålstjenlig.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive påtale med den begrundelse

...”at videre forfølgning ikke kan ventes at føre til, at De findes skyldig til straf”. Rettens fortolkning af ordet ”indtagelse” foreligger således ikke, men det kan antages, at anklagemyndigheden har vurderet, at der ikke var noget at bebrejde A i relation til, at han kom i den psykotiske tilstand, hvorunder han begik kriminalitet, ud fra en antagelse om, at han ikke var blevet psykotisk og havde begået kriminalitet, hvis han ikke havde fået indgivet beroligende medicin.

Retslægerådet er i øvrigt efterfølgende blevet opmærksom på en lille formel mangel ved rådets udtalelse. Rådet udtalte, at man ikke kunne pege på foranstaltninger efter § 68, såfremt retten fandt ham omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt. Ud fra en analogi kan man udlede, at Retslægerådet heller ikke kunne pege på nogen særforanstaltning, som formålstjenlig, såfremt retten alene havde fundet A omfattet af § 16, stk. 1, 1. pkt., men dette burde nok udtrykkeligt have været anført.



## Længerevarende sindssyg, efter et tredobbelt drab, men før dom

*A var 32 år gammel, da han dræbte sin tidligere samlever og parrets to mindre-årige børn, hvorefter han foretog et potentielt livstruende selvmordsforsøg. Han var kun jævnt begavet, og han havde ikke magtet at gennemføre en uddannelse, men han havde igennem flere år arbejdet stabilt som arbejdsmand. Han misbrugte ikke rusmidler. Han etablerede som ganske ung et samlivsforhold, og parret fik to børn. Et halvt år før drabene var samleveren sammen med de to børn flyttet fra ham. A fandtes ved mentalundersøgelsen svært sindssyg, men spørgsmålet var, om han også havde været sindssyg på gerningstidspunktet? Retslægerådet fandt det ved en samlet vurdering "muligt, måske overvejende sandsynligt", at A havde været sindssyg på gerningstidspunktet, men var det ikke tilfældet, var han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Uanset den diagnostiske usikkerhed anbefalede rådet som også den mentalobserverende overlæge en dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Retten fandt A omfattet af straffelovens § 69, og han blev idømt fængsel på livstid, men således at han skulle anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes. Uanset Retslægerådets diagnostiske overvejelser illustrerer sagen således anvendelsesområdet for straffelovens § 73 (10A/A1-01314-2007).*

A er en 32-årig tidligere ustraffet mand, der var sigtet for – og senere blev fundet skyldig i – at have dræbt sin tidligere samlever samt parrets fællesbørn på henholdsvis fire og seks år. Han erkendte sig skyldig.

A blev henvist til ambulans mentalundersøgelse. Den første samtale fandt sted en måneds tid efter drabene. A fandtes ved denne samtale svært sindssyg, hvorfor han blev indlagt. Efter nogle måneders indlæggelse afgav overlæge B erklæring.

Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A var født som nummer tre af tre søskende. Forældrene blev skilt, da han var helt lille, og han var herefter i et par år med sine ældre brødre på

institution, indtil han fik ophold hos faderen og dennes nye hustru. A's mor udviklede senere sindssygdommen skizofreni og havde permanent ophold på en institution.

A beskrev opvækstforholdene hos faderen og stedmoderen som belastende, barndomshjemmet var ikke præget af hverken varme eller tryk. A's oplysninger blev bekræftet fra anden side. A havde vanskeligheder i skolen, han gik i specialklasse. Han afsluttede skolen efter 9. klasse, hvorefter han forsøgte at gennemføre en faglig uddannelse, men han magtede ikke teknisk skole. Han var i kortere perioder arbejdsløs, men han havde på gerningstidspunktet igennem en årrække været stabilt ansat som arbejdsmand på samme virksomhed.

A flyttede hjemmefra 18 år gammel, og han havde i starten en støtteperson, som hjalp ham med praktiske forhold. Da A var 22-23 år gammel, mødte han sin senere samlever (nu afdøde), som da var 15 år gammel. Parret flyttede sammen et par år efter, og efter i en periode at have boet hos hendes forældre flyttede de i egen lejlighed. Samleveren havde kun begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet.

A havde i det væsentlige været legemligt rask, men han havde i perioder ret hyppig kontakt med sin praktiserende læge på grund af forskellige ukarakteristiske, formentlig psykisk betingede legemlige symptomer, blandt andet i form af svimmelhed, mavesmerter og smerter i forskellige dele af bevægeapparatet. A havde aldrig misbrugt alkohol eller euforiserende stoffer, og han var ikke påvirket af rusmidler på tidspunktet for drabene.

A havde ikke tidligere frembudt tegn på egentlig psykisk sygdom. Da han var 18 år gammel, blev han fundet bevidstløs på teknisk skole efter at have indtaget en overdosis af smertestillende håndkøbsmedicin. Han oplyste om årsagen, at han var ked af at gå på teknisk skole, at han havde problemer med en veninde, og at han havde et dårligt forhold til familien. Han blev udskrevet i velbefindende og henvist til videre behandling hos sin praktiserende læge. Af indhentede oplysninger fremgik, at A var kun jævnt begavet, at der var problemer i barndomshjemmet, men at han altid havde været rolig og ligevægtig, han havde aldrig udvist ag-

gressiv adfærd. Han havde som anført i en årrække været ansat ved samme virksomhed, hvorfra det blev oplyst, at A altid havde været en enspænder, som gik lidt for sig selv. Han havde en oplevelse af, at andre så ned på ham og talte om ham, hvorfor han flere gange var flyttet fra en afdeling i virksomheden til en anden. Han havde gode praktiske evner, men han havde svært ved at forstå instruktioner, hvilket havde været særlig udtalt i månederne før drabene, hvor han tydeligvis havde det psykisk dårligt med et højt sygefravær. Et par måneder efter at samleveren var flyttet fra A, havde A kontakt med en praktiserende speciallæge i psykiatri. A var ked af, at forholdet var gået i stykker, men speciallægen fandt ikke, at A frembød tegn på nogen behandlingskrævende psykisk lidelse.

Samleveren var som tidligere anført flyttet fra A sammen med de to børn ca. et halvt år før de påsigtede forhold. Han vidste angiveligt ikke, hvorfor hun var flyttet, og han befandt sig meget dårligt efter at være blevet alene. Parret havde været noget sammen i julen, og omkring nytår fik A selvmordstanker, ligesom han havde nogle vage forestillinger om, at han ville skade hende og børnene – forestillinger han i øvrigt ikke kunne forklare. Han opsøgte den tidligere samlever en formiddag, og han bad hende om at genoptage samlivet, hvad hun imidlertid ikke ønskede. Han forklarede til politiet, at han så ”gik i panik” – det sagde ”klik” inde i hans hoved, hvorefter han kvalte samleveren, dræbte datteren ved knivstik og til sidst kvalte sønnen. Han forsøgte



herefter flere gange at begå selvmord, men da dette ikke lykkedes, kontaktede han faderen, som kom til stede og fik A til at ringe til politiet. Ved de første afhøringer tilstod han drabene. Det skal bemærkes, at disse selvmordsforsøg utvivlsomt var alvorlige. A påførte blandt andet sig selv dybe snitsår på halsen, ligesom han forsøgte at strangulere sig selv. Ved retsmedicinsk undersøgelse fem-seks timer efter drabene påvistes punktformede blødninger i begge øjnes bindehinder samt bag ørerne, hvorfor retsmedicinerne kunne konkludere, at omsnørningen af halsen havde været kraftig og havde indebåret en umiddelbar livsfare.

A frembød i arresten utvetydige tegn på psykisk sygdom, blandt andet angav han at have haft besøg af den afdøde samlever og hendes broder. Ca. en måned efter anholdelsen blev han indlagt på psykiatrisk afdeling, efter han ved samtale var fundet i udtalt grad psykotisk, blandt andet bevidsthedsforstyrret, hørelsehallucineret, hvor han hørte den afdøde samlevers stemme, samt præget af omfattende forfølgelsesforestillinger blandt andet i form af, at han skulle slås ihjel. Han var ikke klar over, hvad han var sigtet for. De følgende måneder var han uændret svært sindssyg med bizar adfærd, han underskrev for eksempel et dokument med ordet "Gud". Han følte, at speakeren, der oplæste tv-nyhederne, holdt øje med ham, at han blev overvåget med kameraer mv. Han nægtede medikamentel behandling, men blev til sidst tvangsmedicineret, og under behandling med antipsyko-

tisk virkende medicin (først Zyprexa, siden tabl. Risperdal 4 mg dagligt) fik han det langsomt bedre, men endnu godt et halvt år efter indlæggelsen, hvor erklæringen blev afgivet, blev han fortsat vurderet som formentlig psykotisk. Han fandtes hertil kun jævnt begavet, placeret i sinkeområdet samt uselvstændig, umoden og unuanceret af tankegang.

Overlægen konkluderede, at A efter de påsigtede forhold havde udviklet en ikke blot forbigående sindssygdom, muligvis var han ved at udvikle skizofreni. Ved en samlet vurdering anbefalede overlægen en dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Retslægerådet udtalte herefter, at ... "A er sindssyg nu, og det er muligt, måske overvejende sandsynligt, at han også var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han var da ikke påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer. Han er dårligt begavet svarende til sinkestadiet.

A har haft en belastet opvækst som skilsmissebarn. Efter gennemført skolegang har han haft ufaglært arbejde indtil aktuelle. Han har aldrig haft misbrug. Han har tidligere haft selvmordstanker og selvmordsforsøg og en kort overgang været i behandling med antidepressivt virkende medicin på grund af svimmelhed og legemlige symptomer. Han har levet i parforhold med 2 børn, men samleveren fraflyttede et halvt år før aktuelle.

I ugen op til de aktuelle påsigtede forhold har A haft selvmordstanker, og i forbindelse med de påsigtede forhold har han gennemført selvmordsforsøg. Efterfølgende i arresten har han haft hørelsesshallucinationer, og ved indlæggelse godt 1 måned efter de påsigtede forhold fremtræder han psykotisk med hørelsesshallucinationer, vrangforestillinger og dertil i perioder med amnesi for det påsigtede. Behandling med antipsykotisk virkende medicin har dæmpet psykosesyntomerne. Ved psykologisk testning er han dog såvel i juli som i oktober 2007 fundet personlighedsmæssigt skrøbelig med en betydelig læderet realitetstilpasning og nedsat evne til at håndtere sine følelser.

Det er ikke på det foreliggende muligt endeligt at afklare karakteren af A's psykiske sygdom. Retslægerådet finder det imidlertid muligt, måske overvejende sandsynligt, at han var sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede forhold. Er dette ikke tilfældet, har han under alle omstændigheder efter de påsigtede forhold, men før dom udviklet en ikke blot forbigående sindssygdom. Samlet finder Retslægerådet herefter, at A muligvis – og måske med overvejende sandsynlighed - er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Er det ikke tilfældet er han med sikkerhed omfattet af straffelovens § 69, men har efter de påsigtede forhold udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16, stk. 1, nævnte art, jf. straffelovens § 73. A har behov for længerevarende indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling, og uanset den diagnostiske usikkerhed skal Retslægerådet, såfremt han findes

skyldig – som mest formålstjenlig foranstaltning, jævnfør straffelovens § 68, 2. pkt. – [anbefale, at han] dømmes til anbringelse i psykiatrisk afdeling.” (Ved en fejl var det i [ ] anførte ikke medtaget i rådets udtalelse).

A blev ca. halvandet år efter i byretten idømt fængsel på livstid, men således at han skulle anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes. Det skal bemærkes, at det af dombogen fremgår, at A et lille år efter indlæggelsen på den retspsykiatriske afdeling var blevet flyttet til anden psykiatrisk afdeling, hvor man ophørte med den antipsykotisk virkende medikamentelle behandling uden tilbagefald af de sindssygelige symptomer, idet det dog også er anført, at A fortsat var ”antydningssvis mistroisk, mistydende og lettere garderet”. Dommen blev stadfæstet af landsretten.

#### **Kommentar:**

A var utvivlsomt svært sindssyg i en længere periode efter drabene, men problemet for Retslægerådet var, hvorvidt han også havde været sindssyg på drabstidspunktet. Vurderingen heraf blev vanskeliggjort af, at A formentlig på grund af sin kun ringe begavelse havde meget svært ved at redegøre for sin habituelle psykiske egenart, ligesom han vedvarende havde mere eller mindre hukommelsestab (amnesi) for selve drabshandlingen, herunder sine forestillinger og tanker i forbindelse hermed. Erklæringen indeholdt i hvert fald ingen beskrivelse heraf. For en psykotisk – formentlig depressiv – tilstand taler blandt andet, at han kunne antages

habituel at være personlighedsmæssigt skrøbelig og speciel med tendens til selvhenførende, måske endog vage vrangforestillinger, jævnfør at han flere gange måtte skifte arbejdsplads inden for den virksomhed, hvor han var ansat. En sådan personlighedsstruktur disponerer i sig selv til udvikling af manifesterede sindssygelige episoder. Hertil kommer, at A havde selvmordsforestillinger i dagene før drabene, og hans selvmordsforsøg i forbindelse hermed var potentielt livsfarligt. På den anden side var A set af praktiserende speciallæge i psykiatri et par måneder før kriminaliteten, og A fandtes her uden tegn på egentlig psykisk lidelse, men trist over det afbrudte samlivsforhold. Han fandtes heller ikke umiddelbart psykisk i sværere grad afvigende i forbindelse med de første afhøringer få timer efter drabene eller ved den retsmedicinske undersøgelse. Dette kunne tale for en måske primitiv, jævnfør hans kun jævne begavelse, men ikke sindssygelig reaktion betinget af hævn og fortvivlelse. Rådet vurderede, at en supplerende undersøgelse ikke ville kunne afgøre spørgsmålet om sindssyg/ikke sindssyg på gerningstidspunktet og udtalte herefter, at det var "muligt, måske overvejende sandsynligt" at han havde været sindssyg på gerningstidspunktet, men var dette ikke tilfældet, var han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Uanset den diagnostiske usikkerhed anbefalede rådet – som overlægen – dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Hverken byretten eller landsretten fandt A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men omfattet af samme lovs § 69. Endvidere hedder det i byret-

tens bemærkninger, som landsretten tilsluttede sig, blandt andet: "Efter de oplysninger, der foreligger om karakteren af de tre drab og grovheden af udførelsesmåden og når endvidere henses til, at der har været pauser mellem de tre drab, fastsættes straffen efter straffelovens § 237 til fængsel på livstid.

Det lægges efter Retslægerådets udtalelse til grund, at tiltalte efter de strafbare handlingers foretagelse har udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16, stk. 1 nævnte art. Under hensyn til karakteren og grovheden af den begåede kriminalitet finder retten ikke, at der er grundlag for at lade straffen bortfalde, men retten finder, at tiltalte i medfør af straffelovens § 73 skal anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil fængselsstraffen måtte kunne fuldbyrdes. Der er ikke grundlag for at fastsætte en længstetid for anbringelse, jævnfør straffelovens § 68a, stk. 2."

Uanset de overvejelser, Retslægerådet gjorde sig om A's tilstand på gerningstidspunktet, kan sagen således ses som en klassisk illustration af straffelovens § 73.

Som det fremgår af kommentaren side 24 til artiklen "Arbejdsbetinget skulderlidelse?" undgår Retslægerådet i civile erstatningssager at anvende sprogbrugen "overvejende sandsynligt". Denne sprogbrug anvendes imidlertid i de retspsykiatriske sager, idet formuleringen efter rådets opfattelse ikke har nogen direkte indflydelse på domstolenes afgørelser.



## Dissociativ tilstand

*En 21-årig østeuropæisk kvinde, som var på studieophold i Danmark, fødte et barn i dølgsmål. Hun blev sigtet for at have efterladt barnet i hjælpeløs tilstand, men sigtelsen blev senere ændret til usømmelig omgang med lig. Såvel den mentalundersøgende overlæge som Retslægerådet fandt, at kvinden på fødselstidspunktet havde befundet sig i en dissociativ tilstand, det vil sige en psykisk abnormtilstand, hvor følelser og tanker er fraspaltet bevidstheden. Overlægen ville ikke udelukke, at kvinden var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men det fandt Retslægerådet ikke fuldt ud grundlag for at antage, og henførte kvinden til § 69. Der var imidlertid enighed om at anbefale anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning. Retslægerådet har behandlet denne sagstype i alle de 100 år, rådet har eksisteret (10A/A1-01693-2008).*

A var en 21-årig ugift kvinde, der fødte i dølgsmål. Hun blev sigtet for overtrædelse af straffelovens § 238, ved at have efterladt sit nyfødte barn, der var i live, i hjælpeløs tilstand. Senere blev tiltalen ændret til overtrædelse af straffelovens § 139, stk. 1, usømmelig omgang med lig. Hun blev fundet skyldig og dømt til ambulans psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse.

A var født på landet i et Østeuropæisk land. Hun var opvokset under noget fattige, men i øvrigt velordnede sociale og følelsesmæssige forhold, om end faderen efter hendes opfattelse kunne være lidt for restriktiv i sin opdragelse. Hun beskrev i øvrigt sine opvækstforhold som upåfaldende svarende til, hvad der var almindeligt på egnen, for eksempel skulle hun hjælpe til i hjemmet og ved familiens lille landbrugs-ejendom. Hun havde legekammerater og et godt forhold til sin lillesøster, men beskrev sig selv som stille og noget tilbageholdende. Hun klarede sig godt i skolen, flyttede 16 år gammel – efter 10. klasse – til et kollegium i en større

by, hvor hun tog, hvad der svarer til studentereksamen. Hun påbegyndte herefter en højere uddannelse og fik et stipendium, som indebar, at hun kunne læse et semester i Danmark.

A havde i sit hjemland haft en kæreste, men umiddelbart før hun rejste til Danmark, var de blevet uvenner og havde herefter ikke haft kontakt med hinanden. Hun var blevet gravid, før forholdet var gået i stykker, og hun var overbevist om, at han var fader til barnet, idet hun ikke havde haft samleje med andre. Hun havde ikke tidligere været gravid, og hun havde i det væsentlige været legemlig rask.

A klarede sig fagligt godt under opholdet i Danmark, men hun levede lidt isoleret i forhold til de medstuderende, som inkluderede andre fra Østeuropa. A kunne godt lide at være alene og uafhængig, men hun ville ikke afvise, at graviditeten var en medvirkende årsag til, at hun havde tendens til at isolere sig.

A havde hverken i sit hjemland eller her i Danmark omtalt graviditeten for andre, ligesom hun ikke havde kontaktet læge eller jordemoder. Hun blev angiveligt først klar over, at hun var gravid, da hun opholdt sig her i landet, på et tidspunkt hvor hun formentlig var i 5. måned. Hun var klar over, at hun var gravid, men samtidig oplevede hun sin tilstand som personlighedsfremmed. Hun regnede med, at hun først skulle føde efter at være vendt tilbage til sit hjemland.

A oplyste til mentalundersøgelsen, at fødslen pludselig gik i gang, og hun oplevede at komme i en slags "choktilstand". Hun havde kun fragmentariske billeder af forløbet. Hun huskede for eksempel ikke ve-smertes, ligesom hun ikke havde nogen fornemmelse af varigheden. Hun fødte liggende på gulvet i et baderum og kunne mindes, at hun havde revet navlestrengen over og kvitteret placenta. Hun var overbevist om, at barnet var dødfødt. Hun anbragte barneliget i plasticsække og placerede det i en nærliggende park. De næste dage, indtil hun blev anholdt, fortsatte hun sine daglige aktiviteter, men hele forløbet var som en drøm. Ved anholdelsen nogle dage senere blev hun surrogatanbragt i varetægt på den stedlige psykiatriske afdeling, hvor hun fandtes vågen, klar og orienteret i tid, sted og egne data. Hun svarede med latenstid, havde svært ved at få ordene frem, og var præget af stivnet mimik, ligesom hun stivnet og forpint rokkede frem og tilbage. Dertil fandtes hun rystende, angst og forpint, men hun frembød ingen åbenbare sindssygelige sympto-

mer. Under den fortsatte indlæggelse blev hendes psykiske tilstand noget bedre. Ved mentalundersøgelsen, der fandt sted flere uger senere, oplyste A, at hun først nu egentlig var begyndt at forstå, hvad der var sket. Hun kunne fortsat ikke genkalde sig detaljer vedrørende fødslen og slet ikke de følelser og tanker, hun måtte have haft. Hun frembød ingen psykotiske symptomer, og der var ingen mistanke om, at hun nogensinde havde været sindssyg.

A er af den mentalundersøgende overlæge beskrevet således: "A er ved undersøgelsen vågen, bevidsthedsklar og korrekt orienteret i tid, sted og egne data. Hun har derimod problemer med at angive tidspunkter og varighed om hændelser forekommet indenfor de seneste uger. Hun er spinkel, bleg, næsten porcelænsagtig, klædt aldersvarende i afdæmpede farver. Hun medbringer en taske med nogle vedhæng, som hun ideligt piller ved og vrider.

A fremtræder grundlæggende normalt begavet med et, så vidt det på grund af tolkning kan vurderes, nuanceret ordforråd og god almen viden.

Kontakten er undvigende, idet hun overvejende kigger bort, ned og kun glimtvis giver øjenkontakt med undersøgeren, dog mere med tolken, som hun kender fra flere tidligere samtaler og synes at have tillid til. Den emotionelle kontakt er nogenlunde, idet hun samarbejder, er åben og viser tillid. Når der er tale om neutrale emner er hun spontan og livligt fortællende.

I det følelsesmæssige udtryk er hun dog overvejende forpint, rådvild, fortvivlet, hændervridende, trist og præget af håbløshedsfølelse. Hun er grådlabil og næsten hulkende grædende, når hun fortæller om det påsigtede forhold. Indimellem kan hun også smile relevant, når hun fortæller om gode minder.

Stemmingslejet er lettere forsænket, og samlet fremtræder hun præget af den svære belastning, hun er i med voldsomt ubehag, når hun taler om det påsigtede forhold, som hun ikke har fuld erindring om, indsovningsbesvær, koncentrationsproblemer, dårlig appetit og panikangstanfald.

Hertil har hun på tidspunktet for det påsigtede, i forbindelse med barnefødslen, været i en akut belastningstilstand med et dissociativt præg med forstyrret tidsoplevelse og kronologi, forstyrret sansning samt fragmenteret erindring.

Personlighedsmæssigt fremtræder hun først og fremmet umoden og med evasive træk”.

Mentalerklæringen konkluderede som følgende: ”A er ikke ved mentalundersøgelsen fundet sindssyg, men det findes sandsynligt, at hun på tidspunktet for det påsigtede forhold har befundet sig i en af den uforberedte og til dels uventede fødsel udløst svær akut belastningstilstand præget af udtalt dissociativ reaktion (en tilstand, hvor bevidsthedselementer er fortrængt eller fraspaltet), og det kan ikke afvises, at denne tilstand må sidestilles med sindssygdom. Tilstanden er muligvis blandt

andet udløst med baggrund i hendes forud bestående personlighed, der har været præget af evasive (undvigende) og umodne træk. Hertil kommer en tilsyneladende mere grundlæggende tilbøjelighed til på psykologisk grundlag at fraspalte bevidsthedsområder i udtalt grad, og hun har således i en vis grad fortrængt eller benægtet sin graviditet, da hun hverken i tale eller adfærd har tilkendegivet over for omverdenen, at hun var gravid, men snarere har benægtet dette.

A er normalt begavet og lider ikke af epilepsi eller anden form for organisk hjernesygdom. Hun har ikke misbrug af alkohol eller andre rusmidler og var ej heller på tidspunktet for det påsigtede forhold påvirket heraf.

A er født og opvokset på landet i ... (et østeuropæisk land) med forældre og søskende under fattige og opdragelsesmæssige strenge kår. Hun har udviklet sig normalt og har klarer sig godt i skolen. Hun er i gang med uddannelse inden for informationsteknologi. I forhold til kammerater har hun fungeret normal, men nok været lidt genert og tilbagetrukket. Hun har aldrig modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling.

Det kan således ikke afvises, at A på grund af svært dissociativ reaktionstilstand, som kan sidestilles med sindssygdom, er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Er dette ikke tilfældet, er hun med sikkerhed omfattet af straffelovens § 69. Som mest formålstjenlig foran-

staltning til forebyggelse af fornyet ligesagt kriminalitet anbefales, såfremt hun findes skyldig, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling.

Ud fra en lægelig og psykologisk betragtning vurderes hun at have brug for psykologisk behandling og støtte igennem længere tid, og det vil være hensigtsmæssigt, at en sådan behandling varetages i hendes hjemland.”

Retslægerådet overvejede, hvorvidt den bevidsthedssvækkelse, A utvivlsomt havde befundet sig i, var så udtalt, at hendes tilstand måtte opfattes som sindssygelig eller en tilstand svarende til sindssygdom, men rådet vurderede, at hendes trods alt fragmentariske hukkommelse om forløbet talte mod sindssygdomsdiagnosen, hvorefter rådet udtalte ...”at hun [A] ikke er sindssyg og efter rådets opfattelse heller ikke var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold. Hun er normalt begavet.

A er født og opvokset i ... (et østeuropæisk land), og hun opholder sig i Danmark i uddannelsesøjemed. Hun har tidligere været psykisk rask og socialt velfungerende. Personlighedsmæssigt beskrives hun som noget umoden, uselvstændig og tilbageholdende med tilbøjelighed til at undvige eller forbise konflikter og personlige problemer. Under sit studieophold her i landet opdagede hun, at hun var gravid, men hun informerede ikke andre herom, herunder konsulterede læge eller jordemoder. Hun synes i hvert fald delvis at have fraspaltet graviditeten fra sit

bevidsthedsliv. Hun fødte uventet og var da alene. Hun erindrer angiveligt kun delvis fødslen, som hun oplevede som uvirkelig, som en ”drøm”. Hun er nu ved at erkende det passerede med ledsagende, naturlige følelsesmæssige reaktioner. Hun må antages at have behov for længerevarende psykiatrisk/psykologisk behandling.

A har tidligere ikke sikkert frembudt noget psykisk abnormt. I månederne op til det påsigtede forhold og på tidspunktet for dette befandt hun sig imidlertid i en utvetydig psykisk abnormtilstand, hvor hun fraspaltede graviditet og fødsel fra sit bevidsthedsindhold, en såkaldt dissociativ tilstand. Udviklingen af denne tilstand må ses på baggrund af hendes personlighedsmæssige egenart måske i kombination med, at hun opholdt sig i en fremmed kultur.

Ved en samlet vurdering finder Retslægerådet ikke fuldt ud tilstrækkeligt grundlag for at antage, at A's psykiske abnormtilstand var så indgribende, at hun kan antages at have befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og Retslægerådet finder hende således ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Hun er imidlertid med sikkerhed omfattet af straffelovens § 69, og Retslægerådet skal, såfremt hun findes skyldig, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til ambulantly behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse i psykiatrisk afdeling.”



Som det fremgår, kunne rådet ikke tilslutte sig muligheden af, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men rådet kunne tilslutte sig overlægens anbefaling af en dom til ambulært psykiatrisk behandling, men fandt, at der burde være mulighed for indlæggelse. Rådet korresponderede derfor med overlægen, der af de tidligere nævnte grunde fortsat mente, at det ikke med sikkerhed kunne afvises, at den dissociative tilstand havde været så udtalt, at tilstanden måtte ligestilles med sindssygdom, men overlægen havde i øvrigt ikke bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse.

A blev fundet skyldig i usømmelig behandling af lig og idømt en foranstaltning som anbefalet af Retslægerådet med en længstetid på fem år og en længstetid for indlæggelse på et år.

**Kommentar:**

Retslægerådets årsberetning fra 2000 (s. 91 ff.) beskriver en tilsvarende sag om en ung, ugift kvinde, der i en dissociativ bevidsthedstilstand dræbte sit nyfødte barn. Sygdomsbilledet er præcist det samme i denne sag og i den tidligere. Også i den tidligere sag er kvinden beskrevet som habituelt lidt tilbageholdende og umoden, graviditeten nærmest fraspaltet bevidstheden, hvorfor kvinden ikke kontakter læge eller jordemoder og heller ikke traf nogen form for forberedelse til fødslen. Hun kunne fragmentarisk erindre de faktiske forhold vedrørende fødslen, men slet ikke følelser og tanker relateret hertil – de var fraspaltet bevidstheden. (Se i øvrigt kommentarer til syge-

historien i årsberetningen 2000). I den her refererede sag er det muligt, at kvindens fremmedkulturelle baggrund kan have medvirket til, at hun udviklede en dissociativ tilstand.

De sværeste dissociative tilstande vil manifestere sig som konfusionstilstande og er utvetydigt omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. De mindre udtalte tilstande er omfattet af § 69, men der er naturligvis en gråzone mellem § 16, stk. 1 og § 69. I denne sag fandt Retslægerådet, at A havde bevaret hukommelsen for så store dele af fødslen, at rådet ikke mente at kunne henføre tilstanden til § 16, stk. 1, hvilket overlægen ikke mente at kunne udelukke. Men det er en nuanceforskel – og såvel overlægen som rådet kunne anbefale anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, hvilket også blev resultatet.

Afslutningsvis skal nævnes, at Retslægerådet i alle de 100 år, rådet har eksisteret, har set sager om barnedrab begået i en dissociativ tilstand. Det kliniske billede har været præcis det samme som her beskrevet i alle 100 år, og rådet har uændret anbefalet anvendelsen af en psykiatrisk særforanstaltning (Retslægerådets jubilæumsbog, Retslægerådet 1909-2009, s. 47 ff.).



# Generhvervelse af jagttegn efter debut af sindssygdom

*46-årig mand, A, der efter tvangsindlæggelse havde fået inddraget jagttegn og konfiskeret våben i sit hjem. Efterfølgende ambulante behandling viste, at A fortsat husede sindssygdomssymptomer, herunder især omfattende vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Retslægerådet fik forelagt sagen, uden at den behandlingsansvarlige overlæge, der også havde udfærdiget erklæringen, havde taget stilling til, om generhvervelse af jagttegn kunne anbefales. Retslægerådet kunne ikke anbefale generhvervelse (10A/A9-01368-2008).*

Justitsministeriet anmodede Retslægerådet om en udtalelse vedrørende en da 47-årig mand, A, der af politimesteren havde fået tilbagekaldt sin tilladelse til jagttegn, idet han led af en psykose uden sygdomsindsigt.

Sagen var vedlagt en erklæring fra behandlende overlæge. I erklæringen blev der ikke taget stilling til, om A kunne generhverve sit jagttegn. Rådet anmodede om en supplerende erklæring med stillingtagen, om A's psykiske tilstand var således, at generhvervelse af jagttegn kunne anbefales.

En fornyet erklæring tog heller ikke stilling til generhvervelse af jagttegn, men indeholdt en beskrivelse af A, der pegede på, at han fortsat var sindssyg med et omfattende system af forfølgelsesforestillinger især rettet mod sin familie. Han havde ønske om at gå til domstolene, idet han mente, at familien havde sørget for, at han fik kønsdriftsdæmpende medicin med henblik på, at han ikke skulle få børn. Han var endvidere vred på den erklæringsskrivende læge, idet han mente, at man i psykiatrien skulle bevillige

advokattimer således, at han kunne få hjælp til at vinde retssager.

Det fremgik af de to speciallægeerklæringer, at A var opvokset på landet. Begge forældre var udearbejdende. Efter skolegang var han blevet bankuddannet, og han fik efterhånden en ledende stilling, men ophørte, efter forståelse med direktionen, dette arbejde i 1995. Herefter havde han haft et par ansættelser inden for entreprenørvirksomheder, indtil han i slutningen af 1990'erne udviklede et overforbrug af alkohol. Dette ophørte i 2002, da han fik konstateret sukkersyge. Han havde kortvarigt været gift primo 1990'erne, men levede ellers alene.

Fra årtusindeskiftet havde A udviklet psykotiske symptomer, han var blandt andet begyndt at spekulere på verdensordenen, og han var første gang tvangsindlagt xx.05.05-xx.07.05 og igen xx.01.06-xx.03.06. Herefter blev han fulgt ambulant i distriktspsykiatrien og behandlet med antipsykotisk virkende medicin i tabletform. Han var under indlæggelserne svært sindssyg uden sygdomserkendelse og med systema-

tiserede forfølgelsesvrangforestillinger om, at andre var efter ham, og at familien påvirkede ham med kønsdriftsdæmpende medicin. Han havde således været i Tyskland for at købe peberspray med henblik på at forsvare sig og havde en enkelt gang været truende med sit gevær overfor moderen. Selv kunne han ikke genkende, at han skulle have været truende. Han havde blot taget sit jagtgevær med. Der havde også været en episode, hvor han havde været opfattet som truende overfor nogle naboer.

Retslægerådet udtalte herefter:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af det fremsendte materiale udtale, at A aktuelt er sindssyg. Diagnosen er en varig paranoid psykose, muligvis skizofreni (sindssygdom med vrangforestillinger). Han er bankuddannet og har arbejdet i sit fag til 1995. Han får nu pension. Han har i 1990’erne haft overforbrug af alkohol, men ophørte i ca. 2002, da han fik konstateret sukkersyge. Han har siden 2005 været tvangsindlagt flere gange på grund af forfølgelsesforestillinger, sidst xx.12.07. Han har igennem flere år haft uoverensstemmelser med naboer og familie, formentlig forårsaget af hans grundlæggende sindssygdom. Han føler sig forfulgt. Hans vrangforestillinger er systematiserede, og han er uden erkendelse for nødvendigheden af at indtage antipsykotisk virkende medicin, som ellers i perioder synes at have haft en dæmpende virkning på hans forfølgelsesforestillinger.

Retslægerådet kan ikke anbefale generhvervelse af jagttegn, idet A både er sindssyg og uden stabil erkendelse af nødvendigheden af varig behandling af sygdommen”.

Ved den efterfølgende partshøring fik A tilsendt såvel de to speciallægeerklæringer som Retslægerådets udtalelse med anmodning om eventuelle bemærkninger. A bemærkede herefter, at han tidligere havde fået tildelt noget medicin, som han ikke kunne tåle, ligesom han spurgte om sagen ville kunne tages op igen om et år.

Herefter fastholdt Justitsministeriet den oprindelige afgørelse fra Politimesteren i XX om at tilbagekalde samtykke til udstedelse af jagttegn til A.

#### **Kommentar:**

Retslægerådet har tidligere behandlet sager om, hvorvidt betingelserne for fratagelse/udstedelse af jagttegn er opfyldt (Retslægerådets årsberetning 1997, s.85ff). Som tidligere er det fortsat rådets opfattelse, at spørgsmål om en sindssyg kan være i besiddelse af jagttegn må afgøres efter en helt konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde.

I den aktuelt refererede sag drejede det sig om en sent opstående sindssygdom, formentlig inden for den skizofrene formkreds, hos en mand, som aldrig har fået fuldgod sygdomsindsigt eller forståelse for at skulle passe den psykiatriske behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin.

På baggrund af den manglende forståelse for nødvendigheden af at passe behandlingen, anbefalede Retslægerådet, at der ikke skete generhvervelse af jagttegn. Retslægerådet fandt ikke, som i den tidligere refererede sag, grundlag for at nævne mulighed for senere generhvervelse af jagttegn, idet rådet vurderede, at det var usikkert, om A's psykiske tilstand ville blive så stabiliseret og forbedret, at dette ville være forsvarligt.

Det er rådets opfattelse, at besiddelse af jagtgeværer vil medføre en yderligere risiko for personfarlig adfærd, såfremt de indehaves på lovligt grundlag af sindssyge med systematiserede vrangforestillinger om at være forfulgt, jf. det forhold, at A ulovligt havde erhvervet peberspray for at kunne forsvare sig i en periode efter, at han havde fået konfiskeret sit jagttegn og sine våben.



## Forløb af foranstaltning

*En nu 55-årig mand, A, blev i 2006 dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Han var tidligere dømt flere gange blandt andet for personfarlig kriminalitet. Flere af dommene havde været domme til psykiatrisk behandling, og han havde en behandlingsdom på tidspunktet for den aktuelle kriminalitet. Der var uklarhed om As diagnose, og om hvorvidt en ny foranstaltning havde et formål. Retslægerådet anbefalede anbringelse. Efter 2 år var As tilstand stabiliseret i en sådan grad, at han ikke længere fremtrådte farlig, ligesom han selv var indstillet på fortsat behandling. Diagnostisk stod det nu klart, at A med overvejende sandsynlighed grundlæggende led af en psykotisk lidelse. Behandlende overlæge anbefalede foranstaltningsændring med henblik på udslusning til passende botilbud og ambulante opfølgning. Retslægerådet var enig i denne anbefaling (10A/A2-01633-2008).*

A er en nu 55-årig mand, som i 2006 blev dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling for brandstiftelse.

A havde på daværende tidspunkt igennem mindst 30 år været kendt i det psykiatriske behandlingssystem og modtaget en række domme herunder nogle til psykiatrisk behandling. Han var flere gange tidligere mentalundersøgt. Han havde været diagnosticeret forskelligt, dels som havende en paranoid skizofren tilstand med et komplicerende svært blandingsmisbrug, dels som havende en dyssocial personlighedsstruktur og dels som primært svært misbrugende med heraf følgende svære psykotiske symptomer. Ved den aktuelle mentalundersøgelse var A i behandling med antipsykotisk virkende medicin og gav selv udtryk for at have behov for denne behandling ”for at undgå mærkelige tanker”. Ved undersøgelsen fandtes han ikke sikkert sindssyg, men det fandtes overvejende sandsynligt, at han havde været sindssyg på tidspunktet for det

påsigtede. Han gav selv udtryk for, at han i perioder oplevede vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, påvirkningsfænomener og ved enkelte lejligheder hørehallucinationer i form af stemmer. I forbindelse med misbrug ændredes hans adfærd, og han blev truende, udsældende og socialt afvigende. Der var tvivl om, hvorvidt A ville profitere af en foranstaltning, da han i forvejen havde en behandlingsdom, uden dette havde forhindret ny kriminalitet. Retslægerådet anbefalede dom til anbringelse. Under den efterfølgende længerevarende indlæggelse blev A's tilstand i betydelig grad stabiliseret. Han frembød ikke længere psykotiske symptomer og hans adfærd normaliseredes. Han blev af både medpatienter og personale beskrevet som venlig og omgængelig uden de tidligere beskrevne dyssociale træk. Han havde stadig indimellem tilbagefald til især alkoholmisbrug i forbindelse med udgang, men vendte selv tilbage til afdelingen og var her motiveret for igen at afbryde misbruget.

Efter 2 års indlæggelse, heraf størstedelen af tiden på åben afdeling, anbefalede behandlende overlæge ændring af den idømte foranstaltning til dom til psykiatrisk behandling. A blev vurderet som færdigbehandlet under indlæggelse, og der planlagdes udslusning til passende personale døgndækket botilbud med tæt ambulat opfølgning af den psykiatriske behandling.

Retslægerådet var enig i overlægens anbefaling af foranstaltningsændring og afgav følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere afgivne responsa, og nu på baggrund af de tilsendte akter, herunder udtalelse af xx.06.08, ved overlæge NN, udtale, at A fra xx.06.06 har været dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling, og at hans psykiske tilstand er stabiliseret. De sindssygelige symptomer er trådt i baggrunden, og A beskrives nu som velbehandlet på den igangværende behandling med antipsykotisk virkende medicin i depotform. A tager medicinen frivilligt. Hans misbrug af rusmidler er kommet under kontrol. Fortsat psykiatrisk behandling er vigtig for at hindre tilbagefald, hvilket han selv er indforstået med. A er ikke på noget tidspunkt vurderet som farlig. Han har gennem det sidste halve år overholdt alle aftaler.

A har under udskrivning brug for ophold på psykiatrisk bosted med bemanding, hvilket han selv er motiveret for. Der har ikke været mistanke om eller frygt for ny kriminalitet.

Retslægerådet finder det på denne baggrund forsvarligt at ændre den idømte foranstaltning 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:**

A's tilstand er nu efter 2 års indlæggelse bedret i betydelig grad. Diagnostisk er der stadig tvivl om, hvorvidt A lider af skizofreni, men det findes under alle omstændigheder overvejende sandsynligt, at A grundlæggende lider af en psykotisk lidelse. Han har fortsat god effekt af behandlingen med antipsykotisk virkende medicin.

De tidligere beskrevne dyssoziale træk er trådt i baggrunden i takt med stabiliseringen. Han har ikke på noget tidspunkt i forløbet fremtrådt farlig. Der er ikke mistanke om fornyet kriminalitet, og han er selv indstillet på at følge behandlingen, som han kan mærke gavner ham.

A har således i høj grad profiteret af en langvarig indlæggelse.



## Psyriske senfølger af epilepsi

*A var sigtet for og blev dømt for to tilfælde af vold mod person i offentlig tjeneste. A havde lidt af svært behandlelig epilepsi, siden han var 6 måneder gammel. Han havde, på trods af intensiv behandling, haft generaliserede krampeanfald flere gange om måneden siden. Han var primært normalt begavet. I barndommen var hans adfærd forstyrret, og han havde særdeles vanskeligt ved sociale relationer. Han var i perioder anbragt uden for hjemmet. A havde det meste af sit voksenliv boet på institution. De forurettede i den aktuelle sag var begge ansatte på institutionen. A's psykiske tilstand var i høj grad præget af senfølger til epilepsien; han fremtrådte lettere intellektuelt reduceret og personlighedsmæssigt særdeles påfaldende. Han blev vurderet at være i risiko for ny ligeartet kriminalitet. Retslægerådet vurderede, at en psykiatrisk særforanstaltning ville være mere formålstjenlig end straf til imødegåelse af denne risiko og anbefalede derfor en dom til ambulans behandling med indlæggelsesmulighed, hvilket også blev resultatet (10A/A1-01309-2007).*

A, en på gerningstidspunktet 40-årig mand, blev sigtet og dømt for i to tilfælde at have øvet vold mod person i offentlig tjeneste efter straffelovens § 119. Han var ikke tidligere straffet. A havde siden 6-måneders-alderen lidt af svært behandlelig uklassificeret epilepsi. Han havde gennem barndommen 1-3 generaliserede krampeanfald om måneden optrædende på alle tider af døgnet. Barndommen var desuden præget af alvorlige adfærdforstyrrelser og særdeles dårligt socialt funktionsniveau. I perioder havde han ophold på døgninstitution uden for hjemmet. A startede skolegangen i specialklasse med ekstra støttepædagog. Fagligt klarede han sig nogenlunde, men socialt særdeles dårligt. Ved psykologisk testning i 18-års-alderen vurderedes det, at A var en primært normalt begavet ung mand med en tidligt erhvervet organisk hjerneskade og nu med betydeligt forstyrrede cerebrale funktioner, psykisk senudvikling

og trods optimal epileptisk behandling med ret hyppige generaliserede krampeanfald, hvorfor yderligere intellektuel/kognitiv funktionsreduktion måtte forventes fremover.

Epilepsien havde under hele forløbet været særdeles vanskelig at behandle, og A havde fortsat, på trods af intensiv medicinsk behandling, flere generaliserede krampeanfald hver måned. Han havde i lange perioder været indlagt på epilepsihospital og havde næsten hele sit voksenliv boet på institution, de sidste 15 år på samme døgninstitution. A havde inden for institutionens rammer haft tilbagevendende episoder med provokerende og aggressiv adfærd, hvilket var forsøgt imødegået med socialpædagogiske foranstaltninger. Den påsigtede kriminalitet foregik på den pågældende institution overfor personale, som var på arbejde.

A havde aldrig modtaget psykiatrisk behandling og havde aldrig frembudt

sindssygdomssymptomer. Han blev heller ikke ved den aktuelle undersøgelse fundet sindssyg, men præget af senfølger af sin epilepsi. Hans tale var således påfaldende langsom og omstændelig. Han manglede indfølelse og kunne være følelsesmæssigt ustabil. Han havde en svækket evne til selvindsigt og fremtrådte bedreviddende og rethaverisk. Han lod sig let provokere, og det vurderedes, at der fortsat ville være en risiko for voldelig adfærd. Han var desuden præget af en lettere åndelig svækkelse (demens) som følge af epilepsien.

Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af fremsendt materiale med retspsykiatrisk erklæring af xx.09.07 ved speciallæge NN udtale, at A fra han var et halvt år har været indlagt talrige gange, først på børneafdelinger, senere på Epilepsihospitalet, DD, med epilepsi med grand mal anfald (store anfald med kramper og bevidstløshed). Epilepsien har været meget vanskelig at behandle, og han har til stadighed haft anfald, således aktuelt 3-5 store anfald hver måned. Han har formentlig på grund af epilepsien udviklet adfærdsforstyrrelser i barneårene og gået i specialskole samt været placeret uden for hjemmet. Han har i hele sin voksertilværelse boet på døgninstitution.

Såvel undersøgelse af hjernens elektriske svingninger som skanning af hjernen viser abnorme forhold som udtryk for en organisk hjerneskade. Han har

aldrig frembudt depressive symptomer eller sindssygdomssymptomer, men igennem årene i perioder været provokerende og aggressiv.

Ved den aktuelle ambulante undersøgelse fremtræder han personligheds-mæssigt i betydelig grad afvigende samt præget af sin epilepsi. Han er således omstændelig, klæber til samme emne, taler langsomt og kan tidvis være følelsesmæssigt ustabil med umotiverede stemningskift. Han mistolker omgivelserne og har ikke forståelse for, at han kan virke truende og provokerende. Han har begrænset selvindsigt og kan fremtræde bedreviddende og rethaverisk. Han er præget af en lettere åndelig svækkelse (demens) som følge af epilepsien, men er ellers primært normalt begavet.

Retslægerådet kan tiltræde vurderingen af, at A har behov for intensiv epilepsibehandling, eventuelt under indlæggelse på epilepsihospital, samt at han har behov for varig socialpædagogisk støtte i et miljø, der er overskueligt og struktureret, idet han ikke vil kunne klare sig i egen bolig.

Retslægerådet finder herefter A omfattet af straffelovens § 69 som lidende af en svær epilepsi med senfølger. Hvis han findes skyldig, skal Retslægerådet, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt. - som mere formålstjenlig foranstaltning end straf - anbefale dom til ambulante psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse i psykiatrisk afdeling”.

A blev efterfølgende dømt til ambulat psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kunne træffe bestemmelse om indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

**Kommentar**

A har gennem hele livet lidt af epilepsi og er præget af symptomer på en organisk hjerneskade forenelig med senfølger af de mange generaliserede krampeanfald. Han fremtræder nu lettere dement og psykisk påfaldende med aparte og uforudsigelig adfærd. A's kriminalitet er med stor sandsynlighed relateret til hans, som følge af epilepsien, dårlige funktionsniveau. Ved mentalobservationen opnås der

gradvist en bedre kontakt til ham. Han har fortsat brug for behandling af sin epilepsi, ligesom han fortsat bør bo på døgninstitution, da han ikke ville kunne klare sig i egen bolig. Retslægerådet vurderede desuden, at ambulat psykiatrisk behandling var mere formålstjenlig end straf, da man herved kan følge tilstanden og yderligere vurdere et eventuelt behandlingsbehov, som ofte ses ved langvarige epileptiske lidelser. Desuden giver det mulighed for at indlægge A på psykiatrisk afdeling, hvis tilstanden forværres, og A bliver yderligere psykisk ustabil.

I denne situation, hvor A er boende på institution, skønnedes der ikke at være behov for tilsyn af Kriminalforsorgen.



# Henvendelse fra Folketingets Ombudsmand om rådets sprogbrug

*På baggrund af flere avisartikler indledte Folketingets Ombudsmand den 23. september 2009 af egen drift en undersøgelse af spørgsmålet om Retslægerådets manglende information om beslutning om ændret ordvalg i rådets udtalelser. Under henvisning til offentlighedens interesse, rådets brugere samt rådets sagkyndige har Retslægerådet valgt at bringe korrespondancen i anledning af henvendelsen fra Folketingets Ombudsmand. Nedenfor følger Ombudsmandens henvendelse af 23. september 2009, Retslægerådets besvarelse af 9. oktober 2009 samt Ombudsmandens udtalelse af 20. november 2009.*

## Ombudsmandens henvendelse:

”Jeg har besluttet af egen drift under henvisning til § 17, stk. 1, i lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand at rejse spørgsmålet om Retslægerådets manglende information om beslutningen truffet i december 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ’overvejende sandsynligt’ i forbindelse med Retslægerådets udtalelser om årsagssammenhængen i arbejdsskadesager, sager om trafikskader, sager om patientskader m.v.

Jeg vedlægger kopier af artikler fra Politiken den 20. og 21. september 2009. De danner grundlag for min beslutning om at rejse sagen af egen drift.

Det fremgår af artiklerne fra Politiken den 20. og 21. september 2009 at lægerne i Retslægerådet og juristerne der skal afgøre sagerne, forstår udtrykket ’overvejende sandsynligt’ forskelligt.

Formanden for Dommerforeningen Jørgen Lougart er i Politiken citeret for at udtale at ’overvejende sandsynligt’ normalt i juridisk sprogbrug betyder at

noget er mere sandsynligt end det ikke er sandsynligt. Altså mere end 50 pct.

Formanden for Retslægerådet professor Flemming Stadil har ifølge Politiken udtalt at udtrykket ’overvejende sandsynligt’ i medicinsk sprogbrug afspejler en meget høj grad af sandsynlighed. Altså tæt på 100 pct.

Derfor besluttede Retslægerådet i december 2006 ifølge Politiken at søge at undgå at bruge udtrykket ’overvejende sandsynligt’ når Retslægerådet skulle udtale sig om årsagssammenhængen i en konkret sag.

Retslægerådet gjorde imidlertid ikke myndighederne og forsikringselskaberne opmærksom på beslutningen om den ændrede formulering.

Retslægerådet har herefter ifølge Politiken i stedet anvendt udtrykket ’en vis sandsynlighed’. Under en retssag i Odense i juni 2009 blev en læge fra Retslægerådet indkaldt som vidne. Ifølge Politiken forklarede lægen udtrykket ’en vis sandsynlighed’ som

den 'højeste grad af sandsynlighed, som Retslægerådet beskriver' når årsagssammenhængen i en konkret sag ikke er bevist. Lægen forklarede ifølge Politiken også at udtrykket betyder at 'der er flere faktorer, der taler for årsagssammenhæng, end faktorer, der ikke taler herfor'.

For at få anerkendt en lidelse som en arbejdsskade, en trafikskade eller en skade efter fejlbehandling af en sundhedsperson skal det som hovedregel være 'overvejende sandsynligt' at skaden er opstået på grund af arbejds-skaden, trafikuheldet eller fejlbehandlingen.

Derfor har myndighederne ifølge Politiken givet afslag på erstatning i de tilfælde hvor Retslægerådet – efter sin praksisændring – har anvendt udtrykket 'en vis sandsynlighed'.

Jeg beder Retslægerådet om en udtalelse i anledning af Politikens omtale af Retslægerådets beslutning fra december 2006 om ikke længere at anvende udtrykket 'overvejende sandsynligt'. Jeg beder i den forbindelse Retslægerådet om at oplyse om den beskrivelse jeg har givet af forholdet er korrekt.

Hvis min beskrivelse af forholdet er korrekt, beder jeg Retslægerådet om at udtale sig om baggrunden for at Retslægerådets beslutning fra december 2006 ikke blev offentliggjort eller meddelt direkte til de myndigheder m.v. der normalt anvender udtalelser fra Retslægerådet."

### **Retslægerådets svar:**

"Deres skrivelse af 23. september 2009, jr.nr. 2009-3457-609/VL, kan efter Retslægerådets opfattelse sammenfattes i tre hovedpunkter: 1. Retslægerådets brug af udtrykket "overvejende sandsynligt" 2. Udtalelse i en retssag, hvor en af Retslægerådets voterende som sagkyndigt vidne brugte udtrykket "en vis sandsynlighed" og rådets eventuelle brug af dette udtryk og 3. Retslægerådets pligt til at informere om det sprog, rådet bruger.

Retslægerådet skal herved nærmere redegøre for de enkelte punkter.

#### **1. "Overvejende sandsynligt"**

Det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og rådet skal således ikke træffe afgørelser. I erstatningssager kan Retslægerådet dog blive anmodet om at graduere en sandsynlighed på en måde, der indrager rådet i bevisvurderingen, idet nogle advokater anmoder rådet om at tage stilling til, om en sammenhæng er "overvejende sandsynlig". Betydningen af dette begreb er imidlertid uvis, hvad der efter rådets opfattelse kan give anledning til misforståelser. Betydningen varierer fra sag til sag, ligesom rådet ikke altid kan være sikker på, at advokaterne har ment det samme med udtrykket. Eksempelvis bliver det nogle gange brugt ensbetydende med "sandsynligt men nær fifty-fifty" (p omkring 0,51), hvor der således formodes at være en lille overvægt i

forhold til usandsynligt, andre gange bruges det nærmest som et synonym for "sandsynligt" ( $p$  større end 0.51 uden specifikation), og andre gange bruges det ensbetydende med en meget høj grad af sandsynlighed ( $p$  nær 1,0). At sidstnævnte svarer til almindeligt medicinsk sprogbrug er et kuriosum uden relevans. Rådet skal besvare de stillede spørgsmål om muligt og prøver at finde ud af, hvad meningen kan være. En sandsynlighed nær 1,0 forekommer ikke i erstatningssager med degenerative forandringer i bevægeapparatet, da disse forandringer ikke kan skelnes fra lignende, der forekommer aldersrelaterede eller spontant. En mindre grad af sandsynlighed må række, men det er ikke Retslægerådets opgave at lægge den præcise snitflade ved erstatningsspørgsmålet, da også andre forhold end de lægevidenskabelige indgår i rettens eller myndighedens afgørelse. Bevisvurderingen og afgørelseskompetencen beror hos domstolene og de andre hørende myndigheder, og Retslægerådets udtalelse skal ikke ved sin formulering foregribe rettens eller myndighedens afgørelse.

På denne baggrund blev det i rådet – efter en drøftelse og vurdering af problematikken – besluttet fremover at undlade at anvende udtrykket for at undgå, at det blev fejlfortolket. Dette blev meddelt de sagkyndige i et formandsbrev af 07.12.2006. Det bemærkes dog, at Retslægerådet aldrig, det vil sige ej heller før 2006, har følt sig forpligtet til at anvende udtrykket "overvejende sandsynligt" i disse sager, men ofte har anvendt udtryk som

sandsynligt, meget/mest sandsynligt og lignende. Der var således ikke tale om en egentlig ændring af rådets sprogbrug i 2006, men om en sproglig justering, hvorefter udtrykket "overvejende sandsynligt" blev søgt undgået, således at rådet holdt sig til de andre udtryk for sandsynlighedsgrad, som rådet også hidtil havde brugt. Der er ikke tale om, at værdien af disse udtryk blev ændret.

Sammenfattende er hovedgrundene til rådets beslutning således følgende: 1. Begrebet "overvejende sandsynligt" er ikke veldefineret, og i praksis bruger advokater det efter rådets opfattelse med en varierende betydning, jf. eksempler vedlagt som bilag 1. 2. Anvendelsen af udtrykket involverer Retslægerådet i bevisvurderingen eller kan give indtryk heraf. 3. En udtalelse fra Retslægerådet med formuleringen "overvejende sandsynlig" kan være prædestinerende for en dom, hvilket efter rådets opfattelse eventuelt kan være en årsag til, at nogle advokater vælger at bruge udtrykket. Problemstillingen illustreres godt af det fjerdesidste afsnit i Ombudsmandens brev, der, hvis citatets indhold var korrekt, demonstrerer, at Retslægerådets brug af udtrykket kan tænkes at foregribe en retslig afgørelse.

## **2. "En vis sandsynlighed"**

Som beskrevet under punkt 3 har Retslægerådet aldrig anvendt formuleringen "en vis sandsynlighed" som et udtryk for den højeste grad af sandsynlighed i sine svar. Under en nylig retssag i Odense blev en af rådets sagkyndige imidlertid indkaldt som sagkyndigt vidne for at forklare de

svar, tre arbejdsmedicinske voterende havde afgivet i en sag om sammenhæng mellem industrielt syerskearbejde og efterfølgende kroniske nakkesmerter efter ophør med arbejdet. Rådet havde svaret, at der var begrænset lægevidenskabelig evidens for en sådan sammenhæng. I den konkrete sag var de voterende ikke helt enige, og de havde derfor afgivet et dissenterende svar. To af de voterende fandt, at der, uanset den begrænsede evidens, var en vis sandsynlighed for en sammenhæng. Den tredje voterende mente ikke, at det var tilfældet. Der var enighed blandt de voterende om, at en sandsynlighed i det konkrete tilfælde ikke kunne præciseres nøjere.

Retslægerådets udtalelse i den konkrete sag er vedlagt som bilag 2. Det skal for god ordens skyld understreges, at et sagkyndigt vidne alene kan forklare de svar, som de voterende har afgivet i den konkrete sag, og at den sagkyndige voterende ikke i øvrigt kan tegne Retslægerådet.

### **3. Pligten til at informere.**

Retslægerådet er ikke bekendt med, at det er pligtigt at informere om hvilke biord m.m., rådet foretrækker at anvende, når det afgiver sine svar, og rådet ved heller ikke hvilke forsikringsselskaber, myndigheder og andre, der i så fald skulle informeres herom. Omvendt er rådet heller ikke bekendt med, at bestemte udtryk er afgørende for domstolenes eller myndighedernes stillingtagen, idet det efter Retslægerådets opfattelse må være substansen i svarene, der er afgørende.

Det er således ikke korrekt – som citeret – at ”en vis sandsynlighed” i rådets terminologi svarer til den højeste grad af sandsynlighed. I rådets udtalelser har – før og efter 2006 – blandt andet været anvendt udtryk som ”sandsynligt”, ”meget sandsynligt” og ”mest sandsynligt”, der alle er udtryk for en højere grad af sandsynlighed end en ”vis sandsynlighed”. Det skal videre oplyses, at Retslægerådet som altovervejende hovedregel altid har forsøgt at undgå at anvende ”lovens ord” i civile sager, netop for at undgå at ”træffe afgørelser” som beskrevet ovenfor. Udgangspunktet for rådets udtalelser har altid været at anvende ”almindeligt” sprogbrug/sprogforståelse, men de fleste udtryk i lovene er trods alt taget fra ”almindeligt” sprogbrug, og rådet kan naturligvis ikke helt undgå at anvende ord fra lovgivningen. Det drejer sig således om at undgå at tage direkte stilling til udtryk, der i den omhandlede lovgivning er helt centrale og afgørende i relation til domstolenes og andre myndigheders bevisvurdering. At foretage en udvælgelse af de udtryk, der skal undgås, er således en væsentlig, men vanskelig opgave for rådet, der varetages løbende. At forestille sig en offentliggørelse af disse overvejelser, der foretages løbende fra sag til sag, er vanskelig.

Der skal imidlertid ikke være tvivl om, at rådet inden for sine muligheder ønsker at prioritere al virksomhed, der kan skabe et bedre kendskab til rådets arbejde, blandt andet fordi det sikrer en bedre forståelse og udnyttelse af rådet. Dette gælder også information om Retslægerådets sprogbrug. Det kan oplyses,



at rådet i sin kommende årsberetning har en artikel om arbejdsbetingede skulderskader, der diskuterer, hvordan rådet udtrykker sig vedrørende sandsynlighed, og at den lige udkomne jubilæumsbog Retslægerådet 1909-2009, der vedlægges besvarelsen, rummer en række oplysninger af interesse også i den aktuelle sammenhæng. Ydermere vil rådet overveje situationen i lyset af den omhandlede sag. For eksempel vil en orienteringsrubrik på rådets hjemmeside blive overvejet”.

### **Ombudsmandens udtalelse:**

”Retslægerådet oplyser om baggrunden for sin beslutning i 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt” at udtrykket efter rådets opfattelse dækker hele spektret mellem en sandsynlighedsgrad fra 51 pct. til nær 100 pct. Rådet anser således ikke udtrykket for at være entydigt, og rådet oplyser at udtrykket anvendes forskelligt af advokater. Udtrykket kan derfor efter rådets opfattelse give anledning til misforståelser.

Jeg forstår endvidere Retslægerådets svar sådan at det ikke er alle typer af sager der kræver samme grad af sandsynlighed for at udløse erstatning. Rådet fremhæver dog i den forbindelse at det ikke er rådets opgave at foretage denne vurdering.

Retslægerådet forklarer at hovedårsagerne bag beslutningen i 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt” i rådets udtalelser således er at udtrykket ikke er velde-

fineret, at udtrykket involverer rådet i bevisvurderingen, og at en anvendelse af udtrykket kan være prædestinerende for en dom eller en afgørelse.

Rådet oplyser derudover at beslutningen i 2006 ikke var udtryk for en egentlig ændring af rådets sprogbrug. Rådet anvendte både før og efter 2006 udtryk som ”sandsynligt”, ”meget sandsynligt”, ”mest sandsynligt” og lignende. Værdien af disse udtryk blev ikke ændret i 2006.

Rådet søger så vidt muligt at undlade at anvende lovgivningens terminologi for at undgå at foregribe udfaldet af en dom eller en afgørelse. Rådet anvender almindeligt sprogbrug i sine svar, og undlader at tage stilling til udtryk i lovgivningen der er centrale for bevisvurderingen.

Det er desuden ikke korrekt at rådet anvender eller har anvendt udtrykket ”en vis sandsynlighed” som udtryk for den højeste grad af sandsynlighed.

Retslægerådet mener sig ikke forpligtet til at informere om sit valg af sprogbrug i sine udtalelser. Det er efter rådets opfattelse substansen i svarene der er afgørende. Rådet oplyser dog at det vil overveje at etablere en orienteringsrubrik på sin hjemmeside.

Jeg lægger ud fra Retslægerådets udtalelse af 9. oktober 2009 til grund at der ikke med beslutningen i 2006 om at undlade at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt” er tale om en egentlig praksisændring i Retslægerådet. Jeg

lægger endvidere til grund at det ikke er korrekt at Retslægerådet med beslutningen i 2006 ændrede sin opfattelse af værdien af udtryk som f.eks. ”en vis sandsynlighed”, ”sandsynligt”, ”meget sandsynligt”, ”mest sandsynligt” osv. Jeg lægger også til grund at Retslægerådet både før og efter 2006 har anvendt og fortsat anvender almindeligt og – om jeg så må sige – ukodet sprogbrug i sine udtalelser.

På den baggrund har jeg ikke grundlag for at udtale kritik af at Retslægerådet ikke offentliggjorde sin beslutning i 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt”.

Den omtale der har været af spørgsmålet i pressen, giver mig dog grundlag for at henlede Retslægerådets opmærksomhed på at det fremover kunne være hensigtsmæssigt at informere om rådets beslutninger om dets måde at besvare forespørgsler på i tilfælde hvor der kunne være en risiko for at nogen kunne misforstå Retslægerådets praksis. Jeg hæfter mig i øvrigt ved Retslægerådets oplysning om at rådet vil overveje at etablere en orienteringsrubrik på sin hjemmeside.

Jeg foretager mig herefter ikke mere i sagen”.

## II. Statistik

### Sager behandlet i Retslægerådet 2008

A. Psykiatriske sager .....	439
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	118
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	3
D. Faderskabssager .....	57
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	785
F. Administrative sager m.v.....	67
H. Aldersbestemmelser.....	29
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	3
M. Færdselssager med medicinindtagelse.....	38
<b>I ALT .....</b>	<b>1539</b>

## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	256
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	10
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	119
Ophævelse af farlighedsdekret .....	12
Overførsel til Sikringsafdelingen .....	3
Umyndiggørelser.....	2
Benådning .....	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.).....	36
<b>I ALT .....</b>	<b>439</b>

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	62
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	56
Diverse .....	0
<b>I ALT .....</b>	<b>118</b>

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	2
Ændring af navn/CPR-nr. ....	1
<b>I ALT .....</b>	<b>3</b>

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	51
Arbejdsskader/ulykker .....	314
Erstatning, pensionssager m.v. ....	362
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	27
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	0
Diverse .....	31
<b>I ALT .....</b>	<b>785</b>

## Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme.....	1
Færdselssager vedrørende dampe .....	2
Diverse .....	0
<b>I ALT .....</b>	<b>3</b>

## Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse .....	34
Færdselssager vedrørende sygdom .....	4
Diverse .....	0
<b>I ALT .....</b>	<b>38</b>

# III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

## Lovbestemmelser m.v.

### Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3

nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

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

§ 3. Justitsministeren beskikker et antal praktiserende læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, hospitalslaboranter, fysioterapeuter, apotekere og apotekermedhjælpere til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apotekervæsen § 19 nævnte sager.

Stk. 2. Bestemmelsen i § 2, stk. 5, finder tilsvarende anvendelse.

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

§ 5. Lov nr. 131 af 16. april 1935 om Retslægerådet ophæves.

## **Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet**

I medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsættes:

**§ 1.** Retslægerådet består af indtil 12 læger.

*Stk. 2.* Rådet arbejder i 2 afdelinger. Den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål.

*Stk. 3.* Justitsministeren udpeger blandt rådets medlemmer en formand og 2 næstformænd, en for hver afdeling.

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

*Stk. 2.* Hvis en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 1 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

**§ 3.** En sag behandles i almindelighed af 3 medlemmer eller sagkyndige.

*Stk. 2.* Formanden bestemmer i hvilken afdeling, en sag skal behandles, og hvilke medlemmer og sagkyndige, der skal deltage i behandlingen. Den hørende myndighed underrettes efter begæring snarest muligt om formandens bestemmelse herom.

*Stk. 3.* I rådets erklæringer angives, hvem der har deltaget i sagens behandling.

**§ 4.** Den, der er inhabil i forhold til en sag, må ikke medvirke ved rådets behandling af den pågældende sag. Inhabilitet foreligger i samme tilfælde som nævnt i forvaltningsloven.

*Stk. 2.* Bestemmelsen i stk. 1 gælder ikke, hvis det ville være umuligt eller forbundet med væsentlige vanskeligheder eller betænkelighed at lade en anden træde i den pågældendes sted under sagens behandling.

**§ 5.** Et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i rådets behandling af en sag, og som er bekendt med, at der for den pågældendes vedkommende foreligger forhold, som er nævnt i forvaltningslovens § 3, stk. 1, skal snarest underrette rådets formand herom, medmindre det er åbenbart, at forholdet er uden betydning.

*Stk. 2.* Spørgsmålet om, hvorvidt et medlem eller en sagkyndig på grund af inhabilitet er udelukket fra at deltage i rådets behandling af en sag, afgøres af rådets formand.

**§ 6.** Sagerne behandles i almindelighed skriftligt. Mundtlig behandling finder dog sted, hvis formanden, vedkommende næstformand eller et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i behandlingen af sagen, ønsker det.



§ 7. Hvis det skriftlige materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, meddeler rådet den hørende myndighed, hvilke yderligere oplysninger der vil være af betydning herfor. Rådet tilkendegiver samtidig, om disse oplysninger skønnes mest hensigtsmæssigt at kunne tilvejebringes:

- 1) ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse,
- 2) ved at rådet forhandler med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører, eller
- 3) ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

*Stk. 2.* Hvis de i stk. 1 nævnte yderligere oplysninger ikke kan fremskaffes eller nægtes tilvejebragt, besvarer rådet de stillede spørgsmål på det foreliggende grundlag, hvis dette er muligt.

§ 8. Rådets erklæring skal være ledsaget af en begrundelse.

*Stk. 2.* Begrundelsen skal om fornødent indeholde en kort redegørelse for de oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, som er tillagt væsentlig betydning for erklæringen. I det omfang erklæringen beror på et skøn, skal begrundelsen angive de hovedhensyn, der har været bestemmende for skønsudøvelsen.

*Stk. 3.* Hvis bedømmelsen af forhold, der er af væsentlig betydning for rådets erklæring, giver anledning til tvivl, skal der i begrundelsen redegøres nærmere herfor.

*Stk. 4.* Hvis der ikke er enighed om besvarelsen af de stillede spørgsmål, skal dette fremgå af rådets svar.

*Stk. 5.* Hvis det findes nødvendigt, at en repræsentant for Retslægerådet afgiver forklaring under en retssag, afgør rådets formandskab, hvem af de voterende der skal anmodes om at afgive forklaring. Hvis der er afgivet dissens, møder rådet i retten både ved en repræsentant for flertallet og en for mindretallet.

§ 9. Har der fundet forhandling sted efter reglen i § 7, nr. 2, skal udfaldet af forhandlingen angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparter af skrivelserne vedlægges.

§ 10. Det påhviler formanden at indkalde medlemmerne til mindst et årligt møde, hvor spørgsmål af almindelig interesse for rådets virksomhed drøftes.

§ 11. Rådet afgiver en årlig beretning om sin virksomhed til justitsministeren. Beretningen offentliggøres.

§ 12. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2002.

*Stk. 2.* Forretningsorden nr. 97 af 20. april 1961 for Retslægerådet ophæves.

## Retslægerådets medlemmer 2008

Klinikchef Helle Aggernæs  
Amager Hospital  
Psykiatrisk Afdeling

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

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

Overlæge Peter Gottlieb  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik

Ledende overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
næstformand

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

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft  
Frederiksberg Hospital  
Psykiatrisk Afdeling  
Retspsykiatrisk Center Glostrup,  
pr. 01.08.08

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

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

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

## Sagkyndige anvendt i 2008

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

Overlæge, dr. med., ph.d.  
Henning Andersen  
Århus Sygehus  
Neurologisk afd. F-Neu.Cen

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

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

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Gudrun Boysen  
Bispebjerg Hospital  
Neurologisk afdeling N

Lektor, speciallæge  
Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge  
Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

Klinikchef  
Kjeld Dons  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk Klinik

Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

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

Speciallæge  
Hans Kallerup  
Kolding  
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.  
Michael Kosteljanetz  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

Overlæge  
Hanne Merethe Lindegaard  
Odense Universitetshospital  
Reumatologisk Afdeling C

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

Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
Glostrup Hospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

Ledende overlæge  
Rolf Petersen  
Slagelse Sygehus  
Arbejdsmecinsk afd. Med.Cen.

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

Ledende overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk Klinik

Overlæge  
Henrik Skjødt  
Hvidovre Hospital  
Reumatologisk Klinik

Klinikchef, overlæge  
Egon Stenager  
Sydjysk Skleroseklinik  
Vejle, Esbjerg, Sønderborg

Overlæge  
Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Læge  
Ulla Davidsen  
Charlottenlund

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

**Ad hoc sagkyndige anvendt i 2008**

**Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende:**

1. Overlæge, ph.d.

Johan Hviid Andersen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk Klinik

2. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus E. Andersen  
Odense Universitetshospital  
Dermato-venereologisk afdeling

3. Afdelingslæge, dr.med.

Ole Andersen  
Værløse  
(pædiatri)

4. Overlæge

Ture Andersen  
Audiologisk afdeling  
Odense Universitetshospital

5. Overlæge

Birthe Højlund Bech  
Rigshospitalet  
Radiologisk klinik X

6. Professor, ledende overlæge, dr.med.

Toke Bek  
Risskov  
(oftamologi)

7. Professor

Henning Bliddal  
Frederiksberg Hospital  
Parker Instituttet  
(reumatologi)

8. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Peter Bonde  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk klinik  
Bispebjerg Hospital, Arbejds- og Miljø-  
medicinsk Klinik, pr. 01.08.08

9. Overlæge, dr.med.

Per Bonding  
Gentofte Hospital  
Øre-, næse- og halsafdelingen

10. Overlæge, dr.med.

Flemming Burcharth  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afdeling D

11. Overlæge, dr.med.

Jesper Bælum  
Odense Universitetshospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling

12. Professor, overlæge, dr.med.

Niels Juel Christensen  
Herlev Hospital  
Medicinsk- endokrinologisk afdeling

13. Ledende overlæge

Thorkil Christensen  
Ålborg Sygehus Syd  
Radiologisk afdeling

14. Overlæge, dr.med.

Peer Christiansen  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling

15. Overlæge, dr.med.

Leif Corydon  
Vejle Sygehus  
Øjenafdelingen

16. Professor, overlæge, dr. med  
Benny Dahl  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk Afdeling U
17. Overlæge, dr. med.  
Peter Damm  
Rigshospitalet  
Obstetrisk Klinik
18. Overlæge, dr.med.  
Kim P. Dalhoff  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk Farmakologisk Enhed
19. Overlæge, dr.med.  
Karen Damgaard  
Rigshospitalet  
Diagnostisk Radiologisk Klinik
20. Overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen  
Gentofte Hospital  
Lungemedicinsk afdeling
21. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
Gentofte Hospital  
Røntgenafdelingen
22. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Gentofte  
(radiologi)
23. Overlæge  
Suzan Dyve  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK
24. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbenhøj  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.
25. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdelingen
26. Klinikchef, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
Rigshospitalet  
Nefrologisk afdeling
27. Overlæge, dr.med.  
Per Klausen Fink  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for Funktionelle  
Lidelser  
(psykiatri)
28. Overlæge, dr.med.  
Anders Fink-Jensen  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk afd. O
29. Overlæge, dr.med.  
Anders Fischer  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afd. D
30. Ledende overlæge  
Ulrich Fredberg  
Silkeborg Centralsygehus  
Medicinsk afdeling  
(reumatologi)
31. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Frøkiær  
Skejby Sygehus  
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk  
afd.

32. Neuropsykolog, lektor  
Anders Gade  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
33. Overlæge, dr.med.  
Ole V. Gadeberg  
Vejle Sygehus  
Medicinsk Afdeling  
(hæmatologi)
34. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Garne  
Aalborg Sygehus  
Mammakirurgisk Klinik
35. Professor, dr.med.  
Markil Gregersen  
Århus  
(retsmedicin)
36. Professor, overlæge, dr.med.  
Gorm Greisen  
Rigshospitalet  
Neonataalklinikken
37. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg  
Rigshospitalet  
Arbejdsmedicinsk Klinik
38. Lektor, speciallæge  
Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
39. Blodbankchef, overlæge, dr. med  
Morten Bagge Hansen  
Rigshospitalet  
Blodbanken
40. Overlæge  
Steen Holger Hansen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut
41. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø  
Rigshospitalet  
Medicinsk afdeling B
42. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen  
Hvidovre Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-  
ling
43. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
44. Overlæge, ph.d.  
Klaus Hindsø  
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret  
Børnesektionen, Ortopædkirurgisk  
Klinik
45. Professor, overlæge, dr.med.  
Vibeke Hjortdal  
Skejby Sygehus  
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd.
46. Statsobducent, professor, dr. med.,  
MPA  
Hans Petter Hougen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut
47. Overlæge, dr. med.  
Else Andersen Hutchings  
Hørsholm  
(pædiatri)

48. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby  
Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
49. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O
50. Professor, dr.odont.  
Flemming Isidor  
Århus Universitet  
Tandlægeskolen
51. Overlæge, dr.med.  
Martin Iversen  
Rigshospitalet  
Hjertemedicinsk klinik
52. Professor, overlæge  
Peter Iversen  
Rigshospitalet  
Urologisk klinik
53. Overlæge, dr.med.  
Steffen Jacobsen  
Hvidovre Hospital  
Ortopædkirurgisk afd.
54. Klinikchef, dr. med  
Søren Jacobsen  
Rigshospitalet  
Reumatologisk klinik
55. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afd.
56. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F
57. Overlæge  
Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk sektion
58. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
Hvidovre Hospital  
Kardiologisk afdeling
59. Ledende overlæge, dr. med.  
Kai Jensen  
Hillerød Sygehus  
Neurologisk Klinik
60. Overlæge  
Rigmor Jensen  
Glostrup Hospital  
Neurologisk Klinik
61. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker  
Odense Universitetshospital  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk sek.
62. Chefpsykolog  
Agnete Jønsson  
Rigshospitalet  
Neurocenteret
63. Ledende neuropsykolog  
Kasper Jørgensen  
Hillerød Hospital,  
Neurologisk afdeling



64. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H
65. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
Rigshospitalet  
Enhed for kirurgisk patofysiologi
66. Overlæge, dr. med.  
Johnny Keller  
Århus Kommunehospital  
Ortopædkirurgisk afdeling E
67. Professor, overlæge, dr.med.  
Lars Vedel Kessing  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik
68. Ledende overlæge  
Henrik Kiær  
Svendborg Sygehus  
Patologisk Institut
69. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
70. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen  
Århus Kommunehospital  
Plastikkirurgisk afdeling
71. Professor, dr.med.  
Hans Jørn Kolmos  
Odense Universitetshospital  
Mikrobiologisk afd.
72. Overlæge, ph.d.  
Henrik Kolstad  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk Klinik
73. Adm.overlæge, professor, dr.med.  
Knud Kragballe  
Århus Sygehus  
Dermatologisk afd. D
74. Professor, overlæge, dr.med.  
Christian Krarup  
Rigshospitalet  
Neurofysiologisk afdeling
75. Overlæge, ph.d.  
Michael Krogsgaard  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling
76. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afd. M
77. Vicesstatsobducent, ph.d  
Peter Leth  
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-  
jylland  
Retsmedicinsk Institut
78. Klinikchef  
Anne Lindhardt  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik  
Psykiatrisk Center Bispebjerg, pr.  
01.04.08
79. Overlæge  
Freddy Lippert  
Rigshospitalet  
Traumecentret  
(anæstesiologi)

80. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling U
81. Overlæge, dr.med.  
Jens Lund  
Aalborg Psykiatriske Sygehus
82. Overlæge Jens Otto Lund  
Gentofte Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-  
ling
83. Vicesstatsobducent, ph.d.  
Jytte Banner Lundemose  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
84. Specialtandlæge  
Jan Hesselberg Madsen  
Rigshospitalet  
Tand-, Mund-, Kæbekirurgisk Klinik
85. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad  
Hvidovre Hospital  
Klinik for endokrinologi
86. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling  
Rigshospitalet  
Allergi-klinikken
87. Cheflæge, dr.med.  
Thomas R. Mandrup-Poulsen  
Steno Diabetes Center  
Medicinsk endokrinologisk afdeling
88. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche  
Odense Universitetshospital  
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
89. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
Gentofte Hospital  
Dermatologisk afdeling K
90. Overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Mogensen  
Hørsholm Sygehus  
Reumatologisk Klinik
91. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen  
Hellerup  
(anæstesiologi)
92. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdeling E
93. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afd. B
94. Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Jacob Trier Møller  
Rigshospitalet  
Anæstesiaafdeling 4132
95. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans von der Maase  
Rigshospitalet  
Onkologisk Klinik

96. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling
97. Adm. overtandlæge, specialtand-  
læge  
Bjarne Neumann-Jensen  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk afdeling
98. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
Hvidovre Hospital  
Infektionsmedicinsk afdeling
99. Overlæge, dr.med.  
Johan Lanng Nielsen  
Århus Sygehus  
Medicinsk-hæmatologisk afdeling
100. Professor, overlæge, dr.med.  
Torsten Toftegaard Nielsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling B
101. Overlæge, dr.med.  
Lisbeth Nilas  
Hvidovre Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.
102. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afd. H  
(urologi)
103. Overlæge, dr.med.  
Henrik C. Juul Nyholm  
Glostrup Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.
104. Klinikchef, dr. med.  
Jesper Nørregaard  
Nordsjællands Hospital Hørsholm  
Reumatologisk Klinik
105. Professor, overlæge, dr.med.  
Therese Ovesen  
Århus Kommunehospital  
Øre-, næse- og halsafd. H
106. Professor, overlæge, dr. med.  
Court Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Infektionsmedicinsk afd. C
107. Overlæge  
Niels Wisbech Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O
108. Overlæge  
Birgit Peitersen  
Hvidovre Hospital  
Børneafdelingen
109. Overlæge, dr. med.  
Michael Mørk Petersen  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afd. U 2162
110. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
Frederiksberg Hospital  
Øjenafdelingen
111. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi

112. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut
113. Professor, overlæge, dr. med.  
Niels Qvist  
Odense Universitetshospital  
Kirurgisk afd. A
114. Overlæge  
Alice Rasmussen  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk klinik
115. Overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik
116. Professor  
Jesper Reibel  
Tandlægeskolen, Københavns Uni-  
versitet  
Afd. for Oral Patologi og Medicin
117. Overlæge, dr.med.  
Lars Remvig  
Rigshospitalet  
Klinik for Medicinsk Ortopædi
118. Professor, overlæge, dr. med.  
Bertil Romner  
Rigshospitalet  
Afsnit NK 2092  
(neurokirurgi)
119. Ledende overlæge, professor,  
dr.med.  
Raben Rosenberg  
Psykiatrisk Hospital Risskov
120. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.
121. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
122. Professor, overlæge, dr.med  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell  
Odense Universitetshospital  
Gastroenterologisk afdeling S
123. Overlæge dr.med.  
Kjeld Schmiegelow  
Rigshospitalet  
Pædiatrisk klinik II
124. Professor, dr. odont., ph.d.  
Søren Schou  
Tandlægeskolen, Aarhus Universitet  
Afdeling for Kæbekirurgi og Oral  
Patologi
125. Professor, dr.med.  
Jørn Simonsen  
Frederiksberg  
(retsmedicin)
126. Professor, overlæge, dr.med.  
Søren Sindrup  
Odense Universitetshospital  
Neurologisk afdeling
127. Professor, overlæge, dr.med.  
Anne Katrin Sjølie  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdeling E

128. Professor, overlæge, dr. med.  
Peter Skinhøj  
Rigshospitalet  
Epidemiafdeling M
129. Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Lange Skovgaard  
Bispebjerg Hospital  
Dermato-venereologisk afd. D
130. Klinikchef, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
131. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
Gentofte Hospital  
Klinisk farmakologisk enhed
132. Overlæge, dr. med.  
Svend Strandgaard  
Herlev Hospital  
Nefrologisk afdeling
133. Afdelingslæge, ph.d.  
Susanne Wulff Svendsen  
Århus Sygehus  
Arbejdsmedicinsk Klinik
134. Overlæge, dr. med.  
Jens Benn Sørensen  
Rigshospitalet  
Onkologisk afdeling
135. Professor, ledende overlæge,  
ph.d., dr. med.  
Jens Christian Hedeman Sørensen  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK
136. Professor, overlæge, dr.med.  
Thorkil Sørensen  
Odense Universitetshospital  
Psykiatrisk afdeling P
137. Overlæge, dr.med.  
Bjarne Svalgaard Thomsen  
Århus Kommunehospital  
Reumatologisk afdeling
138. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Chr. Thomsen  
Gentofte Hospital  
Øre-, næse- og halsafdeling E
139. Statsobducent, professor, dr.med.  
Jørgen Lange Thomsen  
Syddansk Universitet  
Retsmedicinsk Institut
140. Dr. med.  
Karsten Thomsen  
Privathospitalet Hamlet  
Center for Ryglidelser
141. Overlæge  
Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling
142. Overlæge, dr. med.  
John Thygesen  
Rigshospitalet  
Øjenklinikken
143. Overlæge, dr. med.  
Peter Bjerre Toft  
Rigshospitalet  
Øjenafdelingen, E 2061

- |  |  |
|--|--|
| 144. Overlæge, dr.med.<br>Erik Tøndevold<br>Rigshospitalet<br>Ortopædkirurgisk afdeling                    | 149. Overlæge, dr.med.<br>Bo Voldby<br>Århus Kommunehospital<br>Neurokirurgisk afdeling GS               |
| 145. Professor, overlæge, dr.med.<br>Else Tønnesen<br>Århus Kommunehospital<br>Anæstesiaafdelingen         | 150. Professor, overlæge, dr.med.<br>Steen Walter<br>Odense<br>(urologi)                                 |
| 146. Overlæge, dr. med.<br>Anders Tøttrup<br>Århus Sygehus<br>Kirurgisk afd. P                             | 151. Ledende overlæge<br>Charlotte Wilken-Jensen<br>Roskilde Sygehus<br>Gynækologisk/obstetrisk afdeling |
| 147. Professor, overlæge, dr.med.<br>Niels Ulbjerg<br>Skejby Sygehus<br>Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y | 152. Chefpsykolog<br>Gunilla Øberg<br>København Ø<br>(neuropsykologi)                                    |
| 148. Overtandlæge, dr. odont.<br>Poul Vedtofte<br>Rigshospitalet<br>Afd. for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi   |  |

# Retslægerådets sekretariat 2008

Blegdamsvej 6, 2200 København N

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

E-mailadresse: [retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk](mailto:retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk)

Hjemmeside: [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk)

## Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen (til 01.05.08)

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen (fra 01.05.08)

Fuldmægtig, cand.jur. Pia Møller Lange Larsen (til 30.06.08)

## Medicinske sekretærer

Overlæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig) (til 31.05.08)

Lektor, ph.d. Niels Lynnerup (12 timer ugentlig)

Læge Jimmy Jørgensen (12 timer ugentlig) (fra 01.05.08)

Læge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig) (fra 01.05.08)

## Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Connie Thénning Pedersen (32 timer ugentlig)

Overassistent Lone Munk Avnskjold (til 31.05.08)

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen (fra 01.06.08)