

**Retslægerådets  
årsberetning  
2003-2005**

ISBN 87-89648-08-0  
Udgivet 2006

Jespersen Tryk+Digital

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>5</b>
<b>I. Retslægerådets organisation .....</b>	<b>7</b>
Lovbestemmelser m.v .....	7
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	8
Retslægerådets medlemmer 2003 .....	10
Retslægerådets medlemmer 2004 .....	11
Retslægerådets medlemmer 2005 .....	12
Sagkyndige anvendt i 2003 .....	13
Sagkyndige anvendt i 2004 .....	26
Sagkyndige anvendt i 2005 .....	37
Retslægerådets sekretariat 2003 .....	49
Retslægerådets sekretariat 2004 .....	50
Retslægerådets sekretariat 2005 .....	51
<b>II. Statistik .....</b>	<b>52</b>
A: Sager behandlet i Retslægerådet 2003 .....	52
B: Sager behandlet i Retslægerådet 2004 .....	55
C: Sager behandlet i Retslægerådet 2005 .....	58
<b>III. Udvalgte emner og sager af interesse .....</b>	<b>61</b>
Referat af Retslægerådets møde 11.05.05 med Vestre Landsret .....	61
Referat af Retslægerådets møde 13.05.05 med repræsentanter fra Advokatrådet og Den Almindelige Danske Lægeforening .....	67
Ønske om fornyet sagsbehandling ved andre sagkyndige .....	73
Biologisk aldersvurdering og sandsynlighed .....	77
Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste ikke erstatning .....	83
Infektion i halshvirvelsøjlen (spondylitis cervicalis).....	93
Verapamil og alkoholpromille i blodet.....	97
Dødsfald på grund af restforgiftning af opioid .....	99
Dødsfald efter fejladministration af medicin .....	101

Færdselsuheld efter insulinshock.....	105
Psykiatrisk særforanstaltning opretholdt på grund af fortsat risiko for recidiv til voldskriminalitet .....	119
Psykiatrisk patientklagenævn fandt, at en kvinde omfattet af straffe- lovens § 16, stk. 1, ikke var sindssyg .....	123
Bizar kriminalitet som følge af sygdomsudvikling.....	129
Aspergers syndrom.....	137
Recidiv til drab af spædbarn.....	145
Kortvarig amfetaminpsykose .....	151
Et vellykket behandlingsforløb af en retspsykiatrisk patient .....	155

# Forord

Årsrapporten omhandler perioden 2003-2005. Det hænger blandt andet sammen med, at man hidtil har tilstræbt at referere sager, der var modtaget i rådet i det år årsberetningen omhandler. Ønsket om at inkludere sagens afgørelse i diskussionen har nødvendiggjort den lange tidsperiode. Retslægerådet vil fremover tilsigte at udgive årsberetningen hvert år. Artiklerne vil derfor i de kommende udgaver dreje sig om sager, hvor der eksempelvis er truffet afgørelse i det forløbne år og således ikke længere tage hensyn til, hvornår sagerne er indgået i rådet. De fremtidige årsberetninger vil som vanlig ligeledes indeholde information om administrative forhold og lignende fra det forløbne år.

I lov om Retslægerådet specificeres det, at det er rådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Dette er for nylig blevet aktualiseret i en forespørgsel i en sag, der omhandlede isoleret bevisoptagelse. Landsretten og efterfølgende Højesteret har i den forbindelse afsagt kendelse om, at isoleret bevisoptagelse ikke falder inden for rådets opgaveområde.

Retslægerådet kan nu begynde at se effekt af en mangeårig indsats med fokus på vejledning om hensigtsmæssig forelæggelse af sager for rådet. Dette initiativ havde sit udgangspunkt i, at Retslægerådet næsten aldrig kunne påbegynde sagsbehandlingen af forelagte civile retssager umiddelbart efter modtagelsen af en henvendelse. Det skyldtes, at sagen ofte krævede forbehandling i sekretariatet. Behov for rekvirition af manglende billedmateriale, nye læselige eller fuldstændige fotokopier og andet supplerende materiale, eller at sagen ikke var ordnet i en tilgængelig form, var nogle af de forsinkende faktorer. Disse mangler kunne forlænge sagsbehandlingen med måneder. Retslægerådet har en ambition om fortsat at kunne reducere svartiden, og det er derfor afgørende, at disse forsinkende faktorer minimeres. På denne baggrund er det godt at kunne konstatere en bedring af sagernes forelæggelse for Retslægerådet, selv om der fortsat er rigtig gode muligheder for forbedringer. Samtidig arbejder Retslægerådet konstant med at optimere sagsbehandlingen i rådets eget regi.

Retslægerådet kan konstatere en fortsat vækst i antallet af civile sager (bortset fra aldersvurderingssager) og prognosen for 2006 er således på 774 sammenlignet med 540 i år 2000.

Traditionen tro indeholder årsberetningen en række enkeltsager af mere principiel karakter, og som dermed må formodes at kunne have en mere generel interesse. Problemstillingen omkring insulinshock og færdselsuheld er også et emne, der

behandles i denne årsberetning med en opfordring til, at man i de relevante videnskabelige selskaber tager problemstillingen op.

Retslægerådet har også i den forløbne periode haft en frugtbar dialog med en række samarbejdspartnere og organisationer blandt andet Advokatrådet, Den Almindelige Danske Lægeforening samt Vestre Landsret. Referat af disse møder er ligeledes medtaget i aktuelle årsberetning.

Afslutningsvist er det en glæde at kunne meddele, at årsberetningerne nu (fra 2001-02) også er tilgængelige på nettet på rådets hjemmeside under Justitsministeriet ([www.jm.dk](http://www.jm.dk) => Råd, nævn, udvalg mv. => Råd => Retslægerådet => Retslægerådets årsberetninger).

# I. Retslægerådets organisation

## Lovbestemmelser m.v.

### Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

§ 1. Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Justitsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke myndigheder der over for rådet kan fremsætte begæring om afgivelse af skøn, og i hvilke sager dette kan ske.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

## **Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Retslægerådets medlemmer 2003**

Overlæge Helle Aggernæs  
Amager Hospital  
Psykiatrisk Afdeling

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

Professor, overlæge, dr. med  
Henrik Galbo  
H:S Bispebjerg  
Reumatologisk klinik H  
(orlov)

Professor, centerdirektør, dr.med.  
Bent Ottesen  
Rigshospitalet  
Direktionen Juliane Marie Center  
næstformand (fra 01.09.03)

Overlæge Peter Gottlieb  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik

Professor, dr.med. Jørn Simonsen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
formand (til 31.08.03)

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Stadil  
Rigshospitalet  
Kirurgisk afdeling C  
næstformand (til 31.08.03)  
formand (fra 01.09.03)

Overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
næstformand

Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Waldemar  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N  
(fra 01.09.03)

Klinikchef Anne Lindhardt  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik

## **Retslægerådets medlemmer 2004**

Overlæge Helle Aggernæs  
Amager Hospital  
Psykiatrisk Afdeling

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Galbo  
H:S Bispebjerg  
Reumatologisk klinik H  
(orlov)

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

Overlæge Peter Gottlieb  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik

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

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

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

Overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
næstformand

Klinikchef Anne Lindhardt  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik

## **Retslægerådets medlemmer 2005**

Overlæge Helle Aggernæs  
Amager Hospital  
Psykiatrisk Afdeling

Klinikchef Anne Lindhardt  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik  
(til 30.04.05)

Overlæge, dr.med.  
Henrik Steen Andersen  
Rigshospitalet  
Krise- og Katastrofe psykiatrisk  
Center (fra 01.07.05)

Overlæge, dr.med. Jens Lund  
Psykiatrisk Hospital i Århus  
Afdeling R  
(til 30.09.05)

Overlæge, dr.med.  
Morten Birket-Smith  
Bispebjerg Hospital  
Liasopsykiatrisk Enhed  
(fra 01.12.05)

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Galbo  
H:S Bispebjerg  
Reumatologisk klinik (orlov)

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

Overlæge Peter Gottlieb  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik

Professor, statsobd., dr.med.  
Annie Vesterby  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(fra 01.09.05)

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

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

Overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
næstformand

## **Sagkyndige anvendt i 2003**

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

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

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

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

Lektor, speciallæge  
Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge  
Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

Klinikchef  
Kjeld Dons  
H:S Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

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

Speciallæge  
Hans Kallerup  
Kolding  
(almen medicin)

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

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

Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
KAS Glostrup  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Overlæge  
Henrik Skjødt  
H:S Hvidovre  
Reumatologisk Klinik

Overlæge  
Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Speciallæge i fysiurgi og rehabilitering  
Kjeld Christensen  
Køge

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

**Ad hoc sagkyndige anvendt i 2003**

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

2. Overlæge, dr.med.  
Else Andersen  
Hillerød Sygehus  
Børneafdeling H

3. Overlæge  
Henrik Steen Andersen  
H:S Rigshospitalet  
Psykiatrisk afdeling O

4. Overlæge, ph.d.  
Johan Hviid Andersen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik

5. Speciallæge, dr.med.  
Kjeld Skou Andersen  
Virum  
(ortopædkirurgi)

- |  |   |
|--|---|
| 6. Professor, overlæge, dr.med.<br>Klaus E. Andersen<br>Odense Universitetshospital<br>Dermato-venerologisk afdeling | 14. Overlæge, dr.med.<br>Flemming Burcharth<br>KAS Herlev<br>Kirurgisk afdeling D                               |
| 7. Overlæge, dr.med.<br>Lars Ib Andersen<br>Odense Universitetshospital<br>Thoraxkirurgisk afdeling C                | 15. Professor, overlæge, dr.med.<br>Cody Eric Bünger<br>Århus Kommunehospital<br>Kirurgisk afdeling E           |
| 8. Overlæge, dr.med.<br>Paul Lehm Andersen<br>Skejby Sygehus<br>Infektionsmedicinsk afdeling Q                       | 16. Overlæge, dr.med.<br>Jesper Bælum<br>Odense Universitetshospital<br>Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling     |
| 9. Overlæge, dr.med.<br>Jørgen G. Berthelsen<br>Hillerød Sygehus<br>Gynækologisk-obstetrisk afdeling                 | 17. Professor, overlæge, dr.med.<br>Niels Juel Christensen<br>KAS Herlev<br>Medicinsk- endokrinologisk afdeling |
| 10. Overlæge, dr.med.<br>Morten Birket-Smith<br>H:S Bispebjerg<br>Liaisonpsykiatrisk Enhed                           | 18. Overlæge, dr.med.<br>Steen Bach Christensen<br>H:S Rigshospitalet<br>Ortopædkirurgisk klinik                |
| 11. Professor, overlæge, dr.med.<br>Finn T. Black<br>Marselisborg Hospital<br>Medicinsk-epidemisk afdeling A         | 19. Ledende overlæge<br>Thorkil Christensen<br>Ålborg Sygehus Syd<br>Radiologisk afdeling                       |
| 12. Overlæge, dr.med.<br>Jens Peter Bonde<br>Århus Kommunehospital<br>Arbejdsmedicinsk klinik                        | 20. Overlæge<br>Per Prætorius Clausen<br>Centralsygehuset i Næstved<br>Patologisk afdeling                      |
| 13. Professor, overlæge, dr.med.<br>Poul Bretlau<br>H:S Rigshospitalet<br>Øre-, næse- og halsafdelingen              | 21. Overlæge, dr.med.<br>Hans Colstrup<br>KAS Gentofte<br>Kirurgisk afdeling                                    |

22. Overlæge, dr.med.  
Leif Corydon  
Vejle Sygehus  
Øjenafdelingen
23. Professor, overlæge, dr.med.  
Ronald Dahl  
Århus Kommunehospital  
Lungemedicinsk afdeling B
24. Overlæge  
Karen Damgaard  
H:S Rigshospitalet  
Diagnostisk radiologisk klinik
25. Overlæge  
Otto Davidsen  
Odense Universitetshospital  
Lungemedicinsk afdeling
26. Professor, overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen  
H:S Rigshospitalet  
Lungemedicinsk klinik
27. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
KAS Gentofte  
Røntgenafdelingen
28. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Helsingør Sygehus  
Røntgenafdelingen
29. Klinikchef, dr.med.  
K. T. Drzewiecki  
H:S Rigshospitalet  
Plastikkirurgisk afdeling
30. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbenhøj  
H:S Bispebjerg  
Arbejds- og miljømedicinsk afdeling
31. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Egund  
Århus Sygehus  
Røntgendiagnostisk afd. R
32. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdeling J
33. Overlæge, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
H:S Rigshospitalet  
Nefrologisk afdeling
34. Overlæge, dr.med.  
Per Klausen Fink,  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for funktionelle  
lidelser  
(psykiatri)
35. Overlæge, dr.med.  
Anders Fischer  
KAS Gentofte  
Kirurgisk afdeling D
36. Centerchefsysteplejerske  
Vibeke Freilev  
H:S Rigshospitalet  
Neurocentret
37. Neuropsykolog, lektor  
Anders Gade  
H:S Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N



38. Professor, dr.med.  
Markil Gregersen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
39. Professor, overlæge, dr.med.  
Gorm Greisen  
H:S Rigshospitalet  
Neonataalklinikken
40. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg  
H:S Rigshospitalet  
Arbejdsmedicinsk klinik
41. Professor, dr.pharm.  
Vagn N. Handlos  
H:S Rigshospitalet  
Apoteket
42. Lektor, cand.pharm.  
Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retskemisk afdeling
43. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbe Hansen  
KAS Herlev  
Medicinsk hæmatologisk afdeling
44. Overlæge Sven Erik Hansen  
H:S Bispebjerg  
Reumatologisk klinik
45. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø  
H:S Rigshospitalet  
Medicinsk afdeling B  
(kardiologi)
46. Overlæge  
Morten Helvind  
H:S Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
47. Overlæge Hans T. Henriksen  
Sankt Lukas Stiftelsen  
(anæstesiologi)
48. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen  
H:S Hvidovre  
Klinisk fysiologisk afdeling
49. Overlæge, dr.med.  
Ib Hessov  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling L
50. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
51. Afdelingstandlæge, ph.d.  
Betty Holm  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk afd.
52. Professor, dr.med.  
Jens Juul Holst  
Københavns Universitet  
Medicinsk Fysiologisk Institut
53. Overlæge, dr.med.  
Per Holstein  
H:S Bispebjerg  
Thorax- og karkirurgisk afdeling L

54. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
55. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F
56. Overlæge Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk afdeling K
57. Overlæge, dr.med.  
Erik Gert Jensen  
Sønderborg Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
58. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
H:S Hvidovre  
Kardiologisk afdeling
59. Speciallæge, dr.med.  
Hans-Eric Jensen  
København  
(kirurgi)
60. Overlæge  
Jørn Jensen  
Århus Amtssygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling E
61. Overlæge, dr.med.  
Karl Erik Jensen  
H:S Rigshospitalet  
Radiologisk klinik
62. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker  
Odense Universitetshospital  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk  
sektion
63. Overlæge  
Anne Grethe Jurik  
Århus Sygehus  
Røntgendiagnostisk afdeling R
64. Chefpsykolog Agnete Jønsson  
H:S Rigshospitalet  
Neurocenteret
65. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H
66. Institutchef, dr.med.  
Jens Peter Kampmann  
Lægemiddelstyrelsen  
Institut for Rationel Farmakologi
67. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
H:S Hvidovre  
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling
68. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
69. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen  
Århus Kommunehospital  
Plastikkirurgisk afdeling

70. Professor, overlæge, dr.med.  
Christian Krarup  
H:S Rigshospitalet  
Neurofysiologisk afdeling
71. Lektor  
Birgitte Kringsholm  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut
72. Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Jørgen Kvist Kristensen  
H:S Rigshospitalet  
Urologisk klinik D
73. Overlæge, dr.med.  
Erik Krogh  
KAS Herlev  
Øjenafdelingen
74. Overlæge, ph.d.  
Michael Krogsgaard  
H:S Bispebjerg  
Ortopædkirurgisk afdeling
75. Overlæge, dr.med.  
Claus Falck Larsen  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
76. Overlæge, dr.med.  
Benedicte Laursen  
Aalborg Sygehus Syd  
Medicinsk-hæmatologisk afdeling B
77. Overlæge Freddy Lippert  
H:S Rigshospitalet  
Traumecentret  
(anæstesiologi)
78. Professor, dr.med.  
Ib Lorenzen  
Farum  
(medicin)
79. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling U
80. Overlæge Jens Otto Lund  
KAS Gentofte  
Klinisk fysiologisk afdeling
81. Overlæge, dr.med.  
Kjeld Lyngborg  
H:S Frederiksberg  
Kardiologisk afdeling
82. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans von der Maase  
Århus Kommunehospital  
Onkologisk afdeling D
83. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad  
H:S Hvidovre  
Klinik for endokrinologi
84. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Rask Madsen  
KAS Herlev  
Medicinsk gastroenterologisk afd. C
85. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling  
H:S Rigshospitalet  
Allergi-klinikken

86. Cheflæge, dr.med.  
Thomas R. Mandrup-Poulsen  
Steno Diabetes Center  
Medicinsk endokrinologisk afdeling
87. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche  
Odense Universitetshospital  
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
88. Overlæge  
Tove Mathiesen  
Distriktspsykiatrisk Center  
København
89. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
KAS Gentofte  
Dermatologisk afdeling K
90. Overlæge, dr.med.  
Sigurd Mikkelsen  
KAS Glostrup  
Arbejdsmedicinsk klinik
91. Professor, overlæge, dr.med.  
C. E. Mogensen  
Århus Kommunehospital  
Medicinsk afdeling  
(endokrinologi)
92. Overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Mogensen  
Hørsholm Sygehus  
Reumatologisk Klinik
93. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen  
H:S Rigshospitalet  
Anæstesiafdeling AN
94. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdelingen
95. Overlæge Claus Mosdal  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS
96. Professor, dr.med.  
Thorkild Mygind  
København  
(radiologi)
97. Cand.pharm., ph.d.  
Irene Breum Müller  
Københavns Universitet  
Retskemisk afdeling
98. Klinikchef, dr.med.  
Jacob Trier Møller  
H:S Rigshospitalet  
Anæstesiafdelingen
99. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afdeling B
100. Overlæge  
Jens Henrik Nehen  
Aalborg Sygehus Syd  
Øjenafdelingen
101. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling
102. Adm. overtandlæge  
Bjarne Neumann-Jensen  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk afdeling

103. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
H:S Hvidovre  
Infektionsmedicinsk afdeling
104. Vicesstatsobducent, dr.med.  
Nils Højgaard Nielsen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut
105. Overlæge  
Ole Henrik Nielsen  
H:S Rigshospitalet  
Børnekirurgisk afdeling
106. Overlæge, dr.med.  
Steen Levin Nielsen  
KAS Herlev  
Fysiologisk afdeling
107. Professor, overlæge, dr.med.  
Torsten Toftegaard Nielsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling B
108. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
KAS Herlev  
Kirurgisk afdeling H  
(urologi)
109. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Olesen  
KAS Glostrup  
Neurologisk afdeling N
110. Professor, overlæge, dr.med.  
Agnete Parving  
H:S Bispebjerg  
Audiologisk afdeling
111. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Kildeberg Paulsen  
Skejby Sygehus  
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T
112. Professor, overlæge, dr.med.  
Court Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Infektionsmedicinsk afdeling
113. Overlæge Birgit Peitersen  
H:S Hvidovre  
Børneafdelingen
114. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
H:S Frederiksberg  
Øjenafdelingen
115. Speciallæge  
Jørgen Pless  
Svendborg  
(plastikkirurgi)
116. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi
117. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
H:S Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut
118. Overlæge, dr.med.  
Fritz E. Rank  
H:S Rigshospitalet  
Patologisk afdeling

119. Overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik
120. Neuropsykolog  
Jens Østergård Riis  
Ålborg Sygehus  
Neurologisk afdeling
121. Overlæge Niels Rohr  
Odense Universitetshospital  
Thorax-karkirurgisk afdeling T
122. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
H:S Bispebjerg  
Klinisk fysiologisk afdeling
123. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
H:S Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
124. Professor, overlæge, dr.med  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell  
Odense Universitetshospital  
Gastroenterologisk afdeling S
125. Speciallæge  
Poul Schiøler  
Glamsbjerg  
(almen medicin)
126. Overlæge  
Kaare Schmidt  
KAS Glostrup  
Neurokirurgisk afdeling N
127. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder  
H:S Rigshospitalet  
Karkirurgisk afdeling RK
128. Professor, overlæge, dr.med.  
Anne Katrin Sjølie  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdeling E
129. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels E. Skakkebæk  
H:S Rigshospitalet  
Afdeling for vækst og reproduktion
130. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Skinhøj  
H:S Rigshospitalet  
Epidemiafdelingen
131. Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Skovby  
H:S Rigshospitalet  
Pædiatrisk afsnit
132. Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Lange Skovgaard  
H:S Bispebjerg  
Dermato-venerologisk afdeling D
133. Overlæge, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
134. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
KAS Gentofte  
Klinisk farmakologisk enhed

135. Overlæge, lektor, ph.d.  
Kurt Bjerregård Stage  
Syddansk Universitet  
Klinisk Institut  
(psykiatri)
136. Professor, overlæge, dr.med.  
Kristian Stengaard-Pedersen  
Århus Kommunehospital  
Reumatologisk afdeling
137. Overlæge, dr.med.  
Svend Strandgaard  
KAS Herlev  
Nefrologisk afdeling B
138. Professor, overlæge, dr.med.  
Arne Svejgaard  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk Immunologisk afdeling
139. Professor, overlæge, dr.med.  
Kjeld Søballe  
Århus Amtssygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling
140. Overlæge, dr.med.  
Jens Benn Sørensen  
H:S Rigshospitalet  
Onkologisk afdeling
141. Overlæge, dr.med.  
Mads Sølvsten Sørensen  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsklinik
142. Professor, overlæge, dr.med.  
Per Soelberg Sørensen  
H:S Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
143. Lektor, dr.med.  
Sven Asger Sørensen  
Københavns Universitet  
Afdeling for medicinsk genetik
144. Professor, overlæge, dr.med.  
Thorkil Sørensen  
Odense Universitetshospital  
Psykiatrisk afdeling P
145. Overlæge, dr.med.  
Bjarne Svalgaard Thomsen  
Århus Kommunehospital  
Reumatologisk afdeling
146. Overlæge, dr.med.  
Henrik Klem Thomsen  
H:S Bispebjerg  
Patologisk afdeling
147. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Chr. Thomsen  
KAS Gentofte  
Øre-, næse- og halsafdeling E
148. Professor Jørgen Lange Thomsen  
Odense Universitet  
Retsmedicinsk Institut
149. Overlæge, dr.med.  
P.E. Bloch Thomsen  
KAS Gentofte  
Kardiologisk afdeling P
150. Overlæge Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling

151. Overlæge, dr.med.  
Sixtus Thomsen  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk biokemisk afd.
152. Overtandlæge, ph.d.  
Jens Thorn  
Esbjerg Centralsygehus
153. Overlæge, dr.med.  
John Thygesen  
H:S Rigshospitalet  
Øjenklinikken
154. Overlæge, dr.med.  
Søren Torp-Pedersen  
Frederiksberg Hospital  
(radiologi/ultralyd)
155. Overlæge, dr.med.  
Erik Tøndevold  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling
156. Professor, overlæge, dr.med.  
Else Tønnesen  
Århus Kommunehospital  
Anæstesiaafdelingen
157. Overlæge, dr.med.  
Niels Ulbjerg  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
158. Overlæge, dr.med.  
Jørgen Vestbo  
H:S Hvidovre  
Klinik for lungemedicin og allergi
159. Overlæge, dr.med.  
Søren Vesterhauge  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsklinikken
160. Vigestatsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
161. Professor, overlæge, dr.med.  
Hendrik Vilstrup  
Århus Kommunehospital  
Medicinsk afdeling V
162. Overlæge, dr.med.  
Kaj Viskum  
KAS Gentofte  
Lungemedicinsk afdeling Y
163. Overlæge  
Sven Viskum  
Aalborg Sygehus Nord  
Arbejdsmedicinsk Klinik
164. Overlæge, dr.med.  
Bo Voldby  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS
165. Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Waldemar  
H:S Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
166. Overlæge  
Anne-Rose Wang  
H:S Bispebjerg  
Børne- og ungdomspsykiatrisk  
afdeling



167. Professor, dr.med.

Hans Wolf

Århus

(urologi)

168. Chefspsykolog Gunilla Øberg

H:S Rigshospitalet

Neurocenteret

169. Overlæge, dr.med.

Klaus Ølgaard

H:S Rigshospitalet

Nefrologisk afdeling

170. Professor

Bengt Öwall

Københavns Universitet

Afdeling for protetik

## **Sagkyndige anvendt i 2004**

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

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

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

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

Lektor, speciallæge  
Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge  
Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

Klinikchef  
Kjeld Dons  
H:S Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

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

Speciallæge  
Hans Kallerup  
Kolding  
(almen medicin)

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

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

Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
KAS Glostrup  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Overlæge  
Henrik Skjødt  
H:S Hvidovre  
Reumatologisk klinik

Overlæge  
Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Speciallæge i fysiurgi og rehabilitering  
Kjeld Christensen  
Køge

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

**Ad hoc sagkyndige anvendt i 2004**

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

2. Overlæge, dr.med.  
Else Andersen  
Hillerød Sygehus  
Børneafdeling H

3. Overlæge, dr.med.  
Henrik Steen Andersen  
H:S Rigshospitalet  
Psykiatrisk afdeling O

4. Overlæge, ph.d.  
Johan Hviid Andersen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik

5. Speciallæge, dr.med.  
Kjeld Skou Andersen  
Virum  
(ortopædkirurgi)

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

7. Overlæge, dr.med.  
Lars Ib Andersen  
Odense Universitetshospital  
Thoraxkirurgisk afdeling C
8. Ledende overlæge, dr.med.  
Ole Andersen  
Hillerød Sygehus  
Børneafdeling H
9. Overlæge, dr.med.  
Paul Lehm Andersen  
Skejby Sygehus  
Infektionsmedicinsk afdeling Q
10. Overlæge  
Ture Andersen  
Odense Universitetshospital  
Audiologisk afdeling
11. Overlæge, dr.med.  
Jørgen G. Berthelsen  
Hillerød Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
12. Overlæge, dr.med.  
Morten Birket-Smith  
H:S Bispebjerg  
Liaisonpsykiatrisk Enhed
13. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn T. Black  
Marselisborg Hospital  
Medicinsk-epidemisk afdeling A
14. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Bonde  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk klinik
15. Overlæge, dr.med.  
Per Bonding  
KAS Gentofte  
Øre-, næse- og halsafdelingen
16. Professor, overlæge, dr.med.  
Poul Bretlau  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsafdelingen
17. Overlæge, dr.med.  
Flemming Burcharth  
KAS Herlev  
Kirurgisk afdeling D
18. Professor, overlæge, dr.med.  
Cody Eric Bünger  
Århus Kommunehospital  
Kirurgisk afdeling E  
(ortopædkirurgi)
19. Overlæge, dr.med.  
Jesper Bælum  
Odense Universitetshospital  
Arbejds- og miljømedicinsk afdeling
20. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Juel Christensen  
KAS Herlev  
Medicinsk- endokrinologisk afdeling
21. Overlæge, dr.med.  
Steen Bach Christensen  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
22. Ledende overlæge  
Thorkil Christensen  
Ålborg Sygehus Syd  
Radiologisk afdeling

23. Overlæge, dr.med.  
Leif Corydon  
Vejle Sygehus  
Øjenafdelingen
24. Professor, overlæge, dr.med.  
Ronald Dahl  
Århus Kommunehospital  
Lungemedicinsk afdeling B
25. Overlæge  
Karen Damgaard  
H:S Rigshospitalet  
Diagnostisk radiologisk klinik
26. Professor, overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen  
H:S Rigshospitalet  
Lungemedicinsk klinik
27. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
KAS Gentofte  
Røntgenafdelingen
28. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Helsingør Sygehus  
Røntgenafdelingen
29. Klinikchef, dr.med.  
K. T. Drzewiecki  
H:S Rigshospitalet  
Plastkirurgisk afdeling
30. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbehøj  
H:S Bispebjerg  
Arbejds- og miljømedicinsk afdeling
31. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdeling J
32. Overlæge, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
H:S Rigshospitalet  
Nefrologisk afdeling
33. Overlæge, dr.med.  
Per Klausen Fink,  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for funktionelle lidelser  
(psykiatri)
34. Neuropsykolog, lektor  
Anders Gade  
H:S Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
35. Overlæge, dr.med.  
Ole Vestergård Gadeberg  
Vejle Sygehus  
Medicinsk afdeling
36. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Garne  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling L
37. Overlæge, dr.med.  
Birthe Yding Glenthøj  
Bispebjerg hospital  
Psykiatrisk afdeling E
38. Professor, dr.med.  
Markil Gregersen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut

39. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg  
H:S Rigshospitalet  
Arbejdsmedicinsk Klinik
40. Lektor, cand.pharm.  
Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retskemisk afdeling
41. Overlæge, dr.med.  
Hanne Sand Hansen  
H:S Rigshospitalet  
Onkologisk klinik
42. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbe Hansen  
KAS Herlev  
Medicinsk hæmatologisk afdeling
43. Overlæge Sven Erik Hansen  
H:S Bispebjerg  
Reumatologisk klinik
44. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø  
H:S Rigshospitalet  
Medicinsk afdeling B  
(kardiologi)
45. Overlæge Hans T. Henriksen  
Sankt Lukas Stiftelsen  
(anæstesiologi)
46. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen  
H:S Hvidovre  
Klinisk fysiologisk afdeling
47. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
48. Overlæge, dr.med.  
Per Holstein  
H:S Bispebjerg  
Thorax- og karkirurgisk afdeling L
49. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Højby  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
50. Overlæge  
Knud Høier-Madsen  
Nivå  
(målballistik)
51. Overlæge, lektor, dr.med.  
Jacob Ingerslev  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetriske afdeling Y
52. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling O
53. Overlæge  
Peter Iversen  
H:S Rigshospitalet  
Urologisk klinik D
54. Overlæge  
Steffen Jacobsen  
H:S Hvidovre  
Ortopædkirurgisk afdeling

55. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afdeling
56. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F
57. Overlæge Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk afdeling K
58. Overlæge, dr.med.  
Erik Gert Jensen  
Sønderborg Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
59. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
H:S Hvidovre  
Kardiologisk afdeling
60. Overlæge  
Jørn Jensen  
Randers Centralsygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
61. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker  
Odense Universitetshospital  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk  
sektion
62. Overlæge  
Anne Grethe Jurik  
Århus Sygehus  
Røntgendiagnostisk afdeling R
63. Chefpsykolog Agnete Jønsson  
H:S Rigshospitalet  
Neurocenteret
64. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H
65. Institutchef, dr.med.  
Jens Peter Kampmann  
Lægemiddelstyrelsen  
Institut for Rationel Farmakologi
66. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
H:S Hvidovre  
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling
67. Klinikchef, dr.med.  
Jørgen Kirkegaard  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halskirurgisk klinik
68. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
69. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen  
Århus Kommunehospital  
Plastikkirurgisk afdeling
70. Overjordemoder  
Hanne Kjærgaard  
H:S Rigshospitalet  
Juliane Marie Centret

71. Overlæge, dr.med.  
Finn Ursin Knudsen  
KAS Glostrup  
Børneafdeling L
72. Professor, dr.med.  
Hans Jørn Kolmos  
Odense Universitetshospital  
Mikrobiologisk afd.
73. Overlæge, ph.d.  
Henrik Kolstad  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk Klinik
74. Professor, overlæge, dr.med.  
Christian Krarup  
H:S Rigshospitalet  
Neurofysiologisk afdeling
75. Lektor  
Birgitte Kringsholm  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut
76. Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Jørgen Kvist Kristensen  
H:S Rigshospitalet  
Urologisk Klinik D
77. Overlæge, dr.med.  
Erik Krogh  
KAS Herlev  
Øjenafdelingen
78. Overlæge, ph.d.  
Michael Krogsgaard  
H:S Bispebjerg  
Ortopædkirurgisk afdeling
79. Lægechef, dr.med.  
Claus Falck Larsen  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk sekr.
80. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
H:S Bispebjerg  
Ortopædkirurgisk afd. M
81. Overlæge, dr.med.  
Benedicte Laursen  
Aalborg Sygehus Syd  
Medicinsk-hæmatologisk afd. B
82. Professor, dr.med.  
Ib Lorenzen  
Farum  
(medicin)
83. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling U
84. Overlæge Jens Otto Lund  
KAS Gentofte  
Klinisk Fysiologisk afdeling
85. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling  
H:S Rigshospitalet  
Allergi-klinikken
86. Cheflæge, dr.med.  
Thomas R. Mandrup-Poulsen  
Steno Diabetes Center  
Medicinsk endokrinologisk afdeling



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

88. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
KAS Gentofte  
Dermatologisk afdeling K

89. Overlæge, dr.med.  
Hans-Henrik Meyhoff  
Frederikssund Sygehus  
Urologisk afdeling

90. Overlæge, dr.med.  
Sigurd Mikkelsen  
KAS Glostrup  
Arbejdsmedicinsk klinik

91. Overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Mogensen  
Hørsholm Sygehus  
Reumatologisk Klinik

92. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen  
H:S Rigshospitalet  
Anæstesiaafdeling AN

93. Overlæge Claus Mosdal  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS

94. Professor, dr.med.  
Thorkild Mygind  
København  
(radiologi)

95. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afdeling B

96. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling

97. Adm. overtandlæge,  
Bjarne Neumann-Jensen  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk afdeling

98. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
H:S Hvidovre  
Infektionsmedicinsk afdeling

99. Overlæge, dr.med.  
Steen Levin Nielsen  
KAS Herlev  
Fysiologisk afdeling

100. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
KAS Herlev  
Kirurgisk afdeling H  
(urologi)

101. Overjordemoder  
Louise Nordvig  
Risskov

102. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Olesen  
KAS Glostrup  
Neurologisk afdeling N

103. Professor, overlæge, dr.med.  
Therese Ovesen  
Århus Kommunehospital  
Øre-, næse- og halsafdeling H

104. Professor, overlæge, dr.med.  
Agnete Parving  
H:S Bispebjerg  
Audiologisk afdeling
105. Overlæge  
Niels Wisbech Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling O
106. Overlæge Birgit Peitersen  
H:S Hvidovre  
Børneafdelingen
107. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
H:S Frederiksberg  
Øjenafdelingen
108. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi
109. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
H:S Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut
110. Overlæge, dr.med.  
Fritz E. Rank  
H:S Rigshospitalet  
Patologisk afdeling
111. Overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik
112. Neuropsykolog  
Jens Østergård Riis  
Ålborg Sygehus  
Neurologisk afdeling
113. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
H:S Bispebjerg  
Klinisk fysiologisk afdeling
114. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
H:S Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
115. Professor, overlæge, dr.med  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell  
Odense Universitetshospital  
Gastroenterologisk afdeling S
116. Overlæge  
Erik Scherfig  
Nærum  
(oftalmologi)
117. Overlæge  
Kaare Schmidt  
KAS Glostrup  
Neurokirurgisk afdeling N
118. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder  
H:S Rigshospitalet  
Karkirurgisk afdeling RK
119. Professor, dr.med.  
Jørn Simonsen  
Frederiksberg  
(retsmedicin)

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

121. Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Skovby  
H:S Rigshospitalet  
Pædiatrisk afsnit

122. Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Lange Skovgaard  
H:S Bispebjerg  
Dermato-venerologisk afdeling D

123. Overlæge, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O

124. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
KAS Gentofte  
Klinisk farmakologisk enhed

125. Professor, overlæge, dr.med.  
Kristian Stengaard-Pedersen  
Århus Kommunehospital  
Reumatologisk afdeling

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

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

128. Professor, overlæge, dr.med.  
Per Soelberg Sørensen  
H:S Rigshospitalet  
Neurologisk klinik N

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

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

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

132. Professor  
Jørgen Lange Thomsen  
Odense Universitet  
Retsmedicinsk Institut

133. Overlæge, dr.med.  
Karsten Thomsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling O

134. Overlæge, dr.med.  
P. E. Bloch Thomsen  
KAS Gentofte  
Kardiologisk afdeling P

135. Overlæge Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling

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

137. Overlæge, dr.med.  
John Thygesen  
H:S Rigshospitalet  
Øjenklinikken
138. Afdelingslæge, dr.med.  
Peter Bjerre Toft  
H:S Rigshospitalet  
Øjenafdeling E
139. Overlæge, dr.med.  
Erik Tøndevold  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling
140. Professor, overlæge, dr.med.  
Else Tønnesen  
Århus Kommunehospital  
Anæstesiaafdelingen
141. Overlæge, dr.med.  
Niels Uldbjerger  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
142. Overlæge, dr.med.  
Søren Vesterhauge  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsklinikken
143. Vicestatsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
144. Overlæge, dr.med.  
Kaj Viskum  
KAS Gentofte  
Lungemedicinsk afdeling Y
145. Overlæge  
Sven Viskum  
Aalborg Sygehus Nord  
Arbejdsmedicinsk Klinik
146. Overlæge, dr.med.  
Bo Voldby  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS
147. Professor, overlæge, dr.med.  
Steen Walter  
Odense Universitetshospital  
Urologisk afdeling L
148. Overlæge  
Anne-Rose Wang  
H:S Bispebjerg  
Børne- og ungdomspsykiatrisk  
afdeling
149. Professor, overlæge, dr.med.  
Kaare Weismann  
H:S Bispebjerg  
Dermatologisk afdeling
150. Overlæge  
Jens Mørch Wæhrens  
KAS Glostrup  
Retspsykiatrisk center
151. Chefpsykolog Gunilla Øberg  
H:S Rigshospitalet  
Neurocenteret
152. Overlæge, dr.med.  
Klaus Ølgaard  
H:S Rigshospitalet  
Nefrologisk klinik

## **Sagkyndige anvendt i 2005**

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

Speciallæge, ph.d.

John Sahl Andersen  
Københavns Universitet  
Institut for Folkesundhedsvidenskab  
(almen medicin)

Overlæge, lektor, dr.med.

Flemming W. Bach  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F

Professor, overlæge, dr.med.

Gudrun Boysen  
H:S Bispebjerg  
Neurologisk afdeling N

Lektor, speciallæge

Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge

Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

Klinikchef

Kjeld Dons  
H:S Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

Overlæge

Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

Overlæge, dr.med.

Frank Gårskjær  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling U

Overlæge, dr.med.

Troels Mørk Hansen  
KAS Herlev  
Medicinsk afdeling E  
(reumatologi/fysiurgi)

Professor, dr.odont.

Palle Holmstrup  
Københavns Universitet  
Afdelingen for parodontologi

Professor, overlæge, dr.med.

Troels Staehelin Jensen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling E

Speciallæge

Hans Kallerup  
Kolding  
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.

Michael Kosteljanetz  
H:S Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

Professor, dr.med.

Carl Erik Mabeck  
Århus Universitet  
Institut for Almen Medicin

Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
KAS Glostrup  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Overlæge  
Henrik Skjødt  
H:S Hvidovre  
Reumatologisk klinik

Overlæge  
Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Speciallæge i fysiurgi og rehabilitering  
Kjeld Christensen  
Køge

med henblik på behandling af autorisationsforhold.

**Ad hoc sagkyndige anvendt i 2005**

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

2. Speciallæge, dr.med.  
Else Andersen  
Hørsholm  
(pædiatri)

3. Overlæge, dr.med.  
Henrik Steen Andersen  
H:S Rigshospitalet  
Psykiatrisk afdeling O

4. Overlæge, ph.d.  
Johan Hviid Andersen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik

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

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

7. Overlæge, dr.med.  
Paul Lehm Andersen  
Skejby Sygehus  
Infektionsmedicinsk afdeling Q
8. Overlæge  
Ture Andersen  
Odense Universitetshospital  
Audiologisk afdeling
9. Overlæge  
Birthe Højlund Bech  
H:S Rigshospitalet  
Radiologisk klinik X
10. Professor, overlæge, dr.med.  
Toke Bek  
Risskov  
(oftamologi)
11. Overlæge, dr.med.  
Jørgen G. Berthelsen  
Hillerød Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
12. Overlæge  
Michael Bille  
H:S Bispebjerg  
Audiologisk klinik
13. Overlæge, dr.med.  
Morten Birket-Smith  
H:S Bispebjerg  
Liaisonpsykiatrisk enhed
14. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn T. Black  
Marselisborg Hospital  
Medicinsk epidemisk afdeling A
15. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Bonde  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk klinik
16. Overlæge, dr.med.  
Per Bonding  
KAS Gentofte  
Øre-, næse- og halsafdelingen
17. Overlæge, lektor, ph.d.  
Birgitte Brock  
Århus Sygehus  
Klinisk farmakologisk center
18. Professor, overlæge, dr.med.  
Kim Brøsen  
Syddansk Universitet  
Klinisk farmakologi  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
19. Overlæge, dr.med.  
Flemming Burcharth  
KAS Herlev  
Kirurgisk afdeling D
20. Professor, overlæge, dr.med.  
Cody Eric Bünger  
Århus Kommunehospital  
Kirurgisk afdeling E
21. Overlæge, dr.med.  
Jesper Bælum  
Odense Universitetshospital  
Arbejds- og miljømedicinsk afdeling
22. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Juel Christensen  
KAS Herlev  
Medicinsk- endokrinologisk afdeling

23. Overlæge, dr.med.  
Steen Bach Christensen  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
24. Ledende overlæge  
Thorkil Christensen  
Ålborg Sygehus Syd  
Radiologisk afdeling
25. Overlæge  
Per Prætorius Clausen  
Centralsygehuset i Næstved  
Patologisk afdeling
26. Overlæge, dr.med.  
Hans Colstrup  
KAS Gentofte  
Kirurgisk afdeling
27. Overlæge, dr.med.  
Leif Corydon  
Vejle Sygehus  
Øjenafdelingen
28. Overlæge  
Karen Damgaard  
H:S Rigshospitalet  
Diagnostisk radiologisk klinik
29. Professor, overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen  
H:S Rigshospitalet  
Lungemedicinsk klinik
30. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
KAS Gentofte  
Røntgenafdelingen
31. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Helsingør Sygehus  
Røntgenafdelingen
32. Klinikchef, dr.med.  
K. T. Drzewiecki  
H:S Rigshospitalet  
Plastikkirurgisk afd.
33. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbenhøj  
H:S Bispebjerg  
Arbejds- og miljømedicinsk afd.
34. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdeling J
35. Overlæge, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
H:S Rigshospitalet  
Nefrologisk afdeling
36. Overlæge, dr.med.  
Per Klausen Fink,  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for funktionelle  
lidelser  
(psykiatri)
37. Overlæge, dr.med.  
Anders Fischer  
KAS Gentofte  
Kirurgisk afdeling D
38. Centerchefsysteplejerske  
Vibeke Freilev  
H:S Rigshospitalet  
Neurocentret



39. Professor, overlæge, dr.med.

Jørgen Frøkiær  
Skejby Sygehus  
Klinisk fysiologisk afdeling

40. Neuropsykolog, lektor

Anders Gade  
H:S Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N

41. Overlæge, dr.med.

Jens Peter Garne  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling L

42. Overlæge, dr.med.

Birthe Yding Glenthøj  
H:S Bispebjerg hospital  
Psykiatrisk afdeling E

43. Professor, dr.med.

Markil Gregersen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut

44. Professor, overlæge, dr.med.

Gorm Greisen  
H:S Rigshospitalet  
Neonataalklinikken

45. Professor, overlæge, dr.med.

Finn Gyntelberg  
H:S Rigshospitalet  
Arbejdsmedicinsk Klinik

46. Professor, dr.pharm.

Vagn N. Handlos  
H:S Rigshospitalet  
Apoteket

47. Lektor, cand.pharm.

Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retskemi)

48. Speciallæge

Steen Holger Hansen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retspatologi)

49. Overlæge Sven Erik Hansen

H:S Bispebjerg  
Reumatologisk klinik

50. Professor, overlæge, dr.med.

Stig Haunsø  
H:S Rigshospitalet  
Medicinsk afdeling B  
(kardiologi)

51. Overlæge

Morten Helvind  
H:S Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT

52. Professor, overlæge, dr.med.

Jens H. Henriksen  
H:S Hvidovre  
Klinisk fysiologisk afdeling

53. Overlæge

Gudrun Herning  
H:S Hvidovre  
MR-afdelingen

54. Overlæge, dr.med.

Ib Hessov  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling L

55. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
56. Overlæge, dr.med.  
Per Holstein  
H:S Bispebjerg  
Thorax- og karkirurgisk afdeling L
57. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
58. Overlæge  
Knud Høier-Madsen  
Nivå  
(målballistik)
59. Overlæge, lektor, dr.med.  
Jacob Ingerslev  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
60. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling O
61. Professor, dr.odont.  
Flemming Isidor  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
62. Overlæge  
Steffen Jacobsen  
H:S Hvidovre  
Ortopædkirurgisk afdeling
63. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afdeling
64. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F
65. Overlæge  
Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk afdeling K
66. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
H:S Hvidovre  
Kardiologisk afdeling
67. Ledende overlæge  
Jørn Jensen  
Randers Centralsygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
68. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker  
Odense Universitetshospital  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk  
sektion
69. Overlæge  
Anne Grethe Jurik  
Århus Sygehus  
Røntgendiagnostisk afdeling R
70. Chefpsykolog  
Agnete Jønsson  
H:S Rigshospitalet  
Neurocenteret

71. Neuropsykolog  
Kasper Jørgensen  
KAS Glodtrup  
Neurologisk afdeling

72. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H

73. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
H:S Rigshospitalet  
Enhed for kirurgisk patofysiologi

74. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik

75. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen  
Århus Kommunehospital  
Plastikkirurgisk afdeling

76. Overlæge, dr.med.  
Finn Ursin Knudsen  
KAS Glostrup  
Børneafdeling L

77. Professor, dr.med.  
Hans Jørn Kolmos  
Odense Universitetshospital  
Mikrobiologisk afdeling

78. Overlæge, ph.d.  
Henrik Kolstad  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk Klinik

79. Overlæge, dr.med.  
Christen Krag  
KAS Glostrup  
Plastikkirurgisk afdeling

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

81. Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Jørgen Kvist Kristensen  
H:S Rigshospitalet  
Urologisk klinik D

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

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

84. Lægechef, dr.med.  
Claus Falck Larsen  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk sektion

85. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
H:S Bispebjerg  
Ortopædkirurgisk afdeling M

86. Klinikchef  
Anne Lindhardt  
H:S Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik

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

88. Professor, dr.med.  
Ib Lorenzen  
Farum  
(medicin)
89. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling U
90. Overlæge Jens Otto Lund  
KAS Gentofte  
Klinisk fysiologisk afdeling
91. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans von der Maase  
Århus Kommunehospital  
Onkologisk afdeling
92. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad  
H:S Hvidovre  
Klinik for endokrinologi
93. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling  
H:S Rigshospitalet  
Allergi-klinikken
94. Cheflæge, dr.med.  
Thomas R. Mandrup-Poulsen  
Steno Diabetes Center  
Medicinsk endokrinologisk afdeling
95. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche  
Odense Universitetshospital  
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
96. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
KAS Gentofte  
Dermatologisk afdeling K
97. Overlæge, dr.med.  
Sigurd Mikkelsen  
KAS Glostrup  
Arbejdsmedicinsk klinik
98. Overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Mogensen  
Hørsholm Sygehus  
Reumatologisk klinik
99. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen  
H:S Rigshospitalet  
Anæstesiafdeling AN
100. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdelingen
101. Overlæge Claus Mosdal  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS
102. Professor, dr.med.  
Thorkild Mygind  
København  
(radiologi)
103. Klinikchef, dr.med.  
Jacob Trier Møller  
H:S Rigshospitalet  
Anæstesiafdelingen
104. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afdeling B

105. Overlæge  
Jens Henrik Nehen  
Aalborg Sygehus Syd  
Øjenafdelingen

106. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling

107. Adm. overtandlæge,  
Bjarne Neumann-Jensen  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk afdeling.

108. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
H:S Hvidovre  
Infektionsmedicinsk afdeling

109. Overlæge, dr.med.  
Johan Lanng Nielsen  
Århus Amtssygehus  
Med. hæmatologisk afdeling

110. Professor, overlæge, dr.med.  
Torsten Toftegaard Nielsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling B

111. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
KAS Herlev  
Kirurgisk afdeling H  
(urologi)

112. Professor, overlæge, dr.med.  
Therese Ovesen  
Århus Kommunehospital  
Øre-, næse- og halsafdeling H

113. Professor, overlæge, dr.med.  
Court Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Infektionsmedicinsk afdeling

114. Overlæge  
Hans Pedersen  
Roskilde Amts Sygehus  
Billeddiagnostisk afdeling

115. Overlæge  
Niels Wisbech Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling O

116. Overlæge  
Birgit Peitersen  
H:S Hvidovre  
Børneafdelingen

117. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
H:S Frederiksberg  
Øjenafdelingen

118. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi

119. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
H:S Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut

120. Overlæge, dr.med.  
Fritz E. Rank  
H:S Rigshospitalet  
Patologisk afdeling

121. Overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik
122. Professor, overlæge, dr.med.  
Raben Rosenberg  
Institut for psyk. grundforskning  
Psykiatrisk Hospital, Risskov
123. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
H:S Bispebjerg  
Klinisk fysiologisk afdeling
124. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
H:S Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
125. Professor, overlæge, dr.med.  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell  
Odense Universitetshospital  
Gastroenterologisk afdeling S
126. Speciallæge  
Erik Scherfig  
Nærum  
(oftalmologi)
127. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder  
H:S Rigshospitalet  
Karkirurgisk afdeling RK
128. Professor, dr.med.  
Jørn Simonsen  
Frederiksberg  
(retsmedicin)
129. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Skinhøj  
H:S Rigshospitalet  
Epidemiafdelingen
130. Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Skovby  
H:S Rigshospitalet  
Pædiatrisk afsnit
131. Overlæge, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
132. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
KAS Gentofte  
Klinisk farmakologisk enhed
133. Professor, overlæge, dr.med.  
Kristian Stengaard-Pedersen  
Århus Kommunehospital  
Reumatologisk afdeling
134. Professor, overlæge, dr.med.  
Kjeld Søballe  
Århus Amtssygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling
135. Overlæge, dr.med.  
Mads Sølvsten Sørensen  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsklinik
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  
KAS Gentofte  
Øre-, næse- og halsafdeling E
139. Overlæge, dr.med.  
Karsten Thomsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling O
140. Overlæge Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling
141. Overtandlæge, ph.d.  
Jens Thorn  
Esbjerg Centralsygehus
142. Overlæge, dr.med.  
Sixtus Thomsen  
H:S Rigshospitalet  
Klinisk biokemisk afdeling
143. Overlæge, dr.med.  
John Thygesen  
H:S Rigshospitalet  
Øjenklinikken
144. Afdelingslæge, dr.med.  
Peter Bjerre Toft  
H:S Rigshospitalet  
Øjenafdeling E
145. Overlæge, dr.med.  
Erik Tøndevold  
H:S Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling
146. Professor, overlæge, dr.med.  
Else Tønnesen  
Århus Kommunehospital  
Anæstesiaafdelingen
147. Overlæge, dr.med.  
Niels Ulbjerg  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
148. Overlæge, dr.med.  
Søren Vesterhauge  
H:S Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsklinikken
149. Professor, statsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
150. Professor, overlæge, dr.med.  
Hendrik Vilstrup  
Århus Kommunehospital  
Medicinsk afdeling V
151. Overlæge, dr.med.  
Kaj Viskum  
KAS Gentofte  
Lungemedicinsk afdeling Y
152. Overlæge, dr.med.  
Bo Voldby  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS
153. Overlæge  
Anne-Rose Wang  
H:S Bispebjerg  
Børne- og ungdomspsykiatrisk  
afdeling

154. Professor, overlæge, dr.med.  
Kaare Weismann  
H:S Bispebjerg  
Dermatologisk afdeling

156. Chefpsykolog Gunilla Øberg  
H:S Rigshospitalet  
Neurocenteret

155. Professor, overlæge,  
dr.med et pharm.  
Hans Chr. Wulf  
H:S Bispebjerg  
Dermatologisk afdeling



## **Retslægerådets sekretariat 2003**

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

### **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen  
Fuldmægtig, cand.jur. Inge-Merete Feilberg

### **Medicinske sekretærer**

Lektor, speciallæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)  
Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig)  
Læge Klaus Poulsen (12 timer ugentlig)  
Lektor, læge Peter Theilade (12 timer ugentlig)

### **Sekretærer**

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

## **Retslægerådets sekretariat 2004**

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

### **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen  
Fuldmægtig, cand.jur. Inge-Merete Feilberg

### **Medicinske sekretærer**

Lektor, speciallæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)  
Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig)  
Læge Klaus Poulsen (12 timer ugentlig)  
Lektor, læge Peter Theilade (12 timer ugentlig). Orlov fra 01.08.04.

### **Sekretærer**

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

## **Retslægerådets sekretariat 2005**

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

### **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen  
Fuldmægtig, cand.jur. Inge-Merete Feilberg

### **Medicinske sekretærer**

Lektor, speciallæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)  
Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig)  
Læge Klaus Poulsen (12 timer ugentlig)  
Læge, ph.d., dr.med. Jesper Thulesen fra 01.06.05 (12 timer ugentlig)

### **Sekretærer**

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

## II. Statistik

### A: Sager behandlet i Retslægerrådet 2003

A. Psykiatriske sager .....	509
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	155
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	11
D. Faderskabssager .....	78
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	657
F. Administrative sager m.v.....	92
H. Aldersbestemmelser.....	241
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	22
M. Færdselssager med medicinindtagelse.....	133
<b>I ALT.....</b>	<b>1898</b>

## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	336
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	11
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	99
Ophævelse af farlighedsdekret .....	15
Overførsel til Sikringsafdelingen .....	4
Umyndiggørelser.....	0
Benådning .....	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.).....	44
<b>I ALT .....</b>	<b>509</b>

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	88
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	67
<b>I ALT .....</b>	<b>155</b>

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	6
Ændring af navn/cpr.nr. ....	5
<b>I ALT.....</b>	<b>11</b>

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	57
Arbejdsskader/ulykker .....	231
Erstatning, pensionssager m.v. ....	310
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	41
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	2
Diverse .....	16
<b>I ALT.....</b>	<b>657</b>

## **B: Sager behandlet i Retslægerådet 2004**

A. Psykiatriske sager .....	484
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	167
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	9
D. Faderskabssager .....	72
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	652
F. Administrative sager m.v.....	85
H. Aldersbestemmelse (udskilt fra 01.04.02) .....	129
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	13
M. Færdselssager med medicinindtagelse.....	136
<b>I ALT.....</b>	<b>1747</b>

## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	311
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	14
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	100
Ophævelse af farlighedsdekret .....	6
Overførsel til Sikringsafdelingen .....	5
Umyndiggørelser.....	0
Benådning.....	3
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.).....	45
<b>I ALT.....</b>	<b>484</b>

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	101
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	66
<b>I ALT.....</b>	<b>167</b>



## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	7
Ændring af navn/cpr.nr. ....	2
<b>I ALT .....</b>	<b>9</b>

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	45
Arbejdsskader/ulykker .....	220
Erstatning, pensionssager m.v. ....	327
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	38
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	1
Diverse .....	21
<b>I ALT .....</b>	<b>652</b>

## **C: Sager behandlet i Retslægerådet 2005**

A. Psykiatriske sager .....	501
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	146
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	6
D. Faderskabssager .....	56
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	735
F. Administrative sager m.v.....	89
H. Aldersbestemmelse .....	65
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	10
M. Færdselssager med medicinindtagelse.....	129
<b>I ALT.....</b>	<b>1737</b>

## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	292
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	15
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	126
Ophævelse af farlighedsdekret .....	3
Overførsel til Sikringsafdelingen .....	1
Umyndiggørelser.....	1
Benådning .....	11
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.).....	52
<b>I ALT .....</b>	<b>501</b>

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	86
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	57
Diverse .....	3
<b>I ALT .....</b>	<b>146</b>

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	5
Ændring af navn/cpr.nr. ....	1
<b>I ALT.....</b>	<b>6</b>

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	43
Arbejdsskader/ulykker .....	284
Erstatning, pensionssager m.v. ....	357
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	31
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	3
Diverse .....	17
<b>I ALT.....</b>	<b>735</b>

### **III. Udvalgte emner og sager af interesse**

#### **Referat fra Retslægerådets møde 11.05.05 med Vestre Landsret**

*Efter invitation fra Vestre Landsret deltog Retslægerådet 11.05.05 i et møde med Vestre Landret i Viborg med henblik på drøftelse af en række problemstillinger af praktisk eller formel karakter i forbindelse med forelæggelse af sager for Retslægerådet.*

*Henset til, at drøftelserne på mødet kan have interesse for en bredere kreds, følger nedenfor et mødereferat vedrørende de væsentligste punkter. Der henvises til deltagerlisten i slutningen af referatet, hvor der endvidere er et notat vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet . (F 1502773)*

Til mødet i Vestre Landsret var følgende punkter opstillet med henblik på drøftelse:

- Hvordan skal sagerne se ud, når de modtages i rådet.
- Har rådet bemærkninger til forelæggelserne fra Vestre Landsret navnlig med hensyn til formulering af spørgsmål og sagernes tilstand ved forelæggelsen? Savner Retslægerådet en højere grad af censur fra landsrettens side med hensyn til antallet af spørgsmål og/eller formulering af disse. Er der i givet fald forskel på sager, hvor den ene part er repræsenteret af Kammeradvokaten, og øvrige sager?
- Har Retslægerådet bemærkninger til den nye ordning, hvorefter forelæggelse for rådet sker på grundlag af den rekvirerendes genparter alene suppleret af landsrettens originale akter, hvor dette er påkrævet (røntgenbilleder m.v.)?
- Drøftelse af den saglige og tidsmæssige relation mellem forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsen og Retslægerådet. Årsagssammenhæng.
- Besvarelse af supplerende spørgsmål. Er disse som oftest overflødige? Kan besvarelsen af supplerende spørgsmål fremskyndes ved, at de sagskyndige anmodes om at lægge spørgsmålene ”øverst i bunken”, mens sagerne endnu er i nogenlunde frisk erindring? Kan Retslægerådets formulering ”på det foreliggende grundlag” i almindelighed tolkes som en opfordring til at stille supplerende spørgsmål?
- Besvares spørgsmål om specialiststandard, patientforsikringslovens § 2, nr. 1, og i benægtende fald hvorfor ikke? Kan rådets begrundelse i Årsberetning 2000 uddybes/suppleres?

- Besvarelse af hypotetiske spørgsmål, jf. den tidligere korrespondance mellem landsretten og Retslægerådet og Årsberetning 1998-1999.
- I hvilket omfang besvares spørgsmål om fremtidige behandlings- (medicinering) behov?
- Er der mulighed for hurtigere behandling af hastesager og fremskyn- delse af sager, hvori domsforhandlingen nærmer sig?
- I hvilket omfang besvarer rådet generelt formulerede spørgsmål om sygdommens udbredelse, diagnosticering, behandling m.v.?
- Hvordan stiller Retslægerådet sig til en anmodning om, at en repræ- sentant for rådet møder under domsforhandlingen for at uddybe rådets besvarelse.

Til de anførte punkter skal fra drøftel- serne på mødet anføres:

Rådet redegjorde for problemet med forelæggelse af insufficente sager for rådet, jf. artiklen i rådets sidste årsbe- retning (2001-02) samt i Advokaten nr. 4/2005. Herunder blev det oplyst, at rådet nu havde den praksis, at sagerne blev tilbagesendt til den forelæggende myndighed/advokat, såfremt den ikke var tilstrækkeligt i orden ved forelæg- gelsen. Landsretten blev endvidere orienteret om, at rådet også anmodede om, at der ved ny fremsendelse af sagen i ordnet stand blev vedlagt en bilags- fortegnelse 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 journalmate- riale) for de enkelte bilag. Der var for- ståelse for rådets praksis. Det blev dog nævnt, at landsretten ikke var klar over, at rådet tilbagesendte sagerne i et ikke uvæsentligt omfang. Efter landsrettens praksis var det således, at det var ble- vet overdraget til parternes advokater at forelægge sager for Retslægerådet.

Derfor kunne situationen være den, at de breve, rådet havde sendt til ad- vokaterne med anmodning at ordne bilagene m.v., ikke var kommet til landsrettens kundskab. I den forbin- delse blev det aftalt, at Retslægerådet fremover generelt i de omhandlede situationer ville sende kopi af brevet til retten, såfremt sagerne var forelagt af advokater. Et notat af 09.05.05 ved- rørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet blev uddelt under mødet. Det blev fra landsrettens side oplyst, at man ville overveje at lade notatets indhold indgå i rettens sags- behandling, enten ved at notatet blev vedlagt, når landsretten tillod en part at forelægge en sag for Retslægerådet, eller ved at de i notatet fremsatte ønsker blev noteret i retsbogen.

Fra landsrettens side blev det nævnt, at det ville være problematisk at give bilagene bilagsnumre, der adskilte sig fra den oprindelige sagsbilagering. Fra rådets side var kommentaren, at det ikke var nødvendigt at ombilagere bilagene. Det vigtige var, at bilagene var navngivne og opstillet kronologisk.

Sagens oprindelige bilagering måtte gerne anvendes, og rådet foreslog, at der – såfremt et stort bilag blev delt i flere bilag – blev anvendt den oprindelige bilagering med for eksempel a, b, c osv. tilføjet.

Retslægerådet har efterfølgende ajourført det nævnte notat (nu dateret 10.08.05), der findes som bilag i slutningen af artiklen.

Spørgsmålet om en eventuel højere grad af censur af spørgsmålene fra landsrettens side blev drøftet. Fra retens side blev det bemærket, at det var vanskeligt at gå ind i en for ”tæt” censur. Der var også tale om civile sager, hvor det var parterne, der som udgangspunkt skulle sørge for at få sagen belyst. Rådet gav udtryk for forståelse herfor, men så selvfølgelig gerne de grelleste spørgsmål sorteret fra.

Forelagt spørgsmålet om, hvorvidt rådet anså det bedst at forelægge spørgsmål om årsagssammenhæng først for Arbejdsskadestyrelsen eller for Retslægerådet, svarede Flemming Stadil, at rådet helst så, at sagerne kun blev forelagt Retslægerådet, efter at Arbejdsskadestyrelsen havde udtalt sig, hvor der fortsat var en sådan tvivl, at yderligere lægelig udtalelse var nødvendig.

For så vidt angår problematikken vedrørende supplerende spørgsmål, måtte rådet give udtryk for, at disse ikke som hovedregel kunne betegnes som overflødige. Ofte var baggrunden for supplerende spørgsmål yderligere

fremkommet materiale, og rådets tidligere udtalelse kunne endvidere have peget på uafklarede problemer. Rådet oplyste, at sagsbehandlingstiden i forbindelse med supplerende spørgsmål oftest var hurtigere end ved første forelæggelse af en sag. Vendingen ”på det foreliggende grundlag” kunne ikke tages som en opfordring til at stille supplerende spørgsmål. Ofte kunne der nok være tale om, at vendingen var kommet med ved en tilfældighed, undertiden kunne vendingen måske pege på, at grundlaget for udtalelsen ikke var helt sufficient.

Spørgsmål om ”specialiststandard” ville efter rådets praksis ikke blive besvaret direkte, idet rådet holdt sig til alment anerkendt lægefaglig standard. Dette udtryk ville ligeledes være udtryk for, hvad der kunne forventes af en specialist. Rådet anså sondringen almindelig standard, specialiststandard, bedste specialiststandard m.v. for at være irrelevant i rådets regi. Der var tale om en mere juridisk betonet sontring.

”Hypotetiske spørgsmål”: Retslægerådets praksis er, at hypotetiske spørgsmål sædvanligvis ikke kunne besvares med en rimelig sikkerhed. Dog kunne rådet ofte hjælpe med nogle generelle betragtninger. Når rådet helt afstod fra at besvare hypotetiske spørgsmål, ville rådet være opmærksom på at angive grunden hertil.

Bent Ottesen tilføjede, at situationen kunne være, at det ved en besvarelse af hypotetiske spørgsmål kunne være nødvendigt at opstille så mange forud-

sætninger, at svaret alligevel ikke blev anvendeligt.

Spørgsmålet om fremtidigt behandlingsbehov: Rådet redegjorde for, at sådanne spørgsmål som udgangspunkt ikke blev besvaret, idet en behandling som hovedregel altid skulle tages op med løbende mellemrum af en læge. Der kunne således som udgangspunkt ikke angives et fremtidigt behandlingsbehov for et meget langt tidsrum. Der kunne selvfølgelig være tilfælde (for eksempel insulinbehandling hos diabetespatienter), hvor det fremtidige behandlingsbehov kunne angives. Dog – også her – med det forbehold, at der kunne opstå andre behandlingsmuligheder i fremtiden.

For så vidt angår muligheden for hurtig behandling af hastesager, oplyste rådet, at en sådan mulighed forelå, alt afhængig af den enkelte sag. Retten skulle dog gerne begrunde og anføre behovet for hastebehandling i forelæggelseskrivelsen, eventuelt rette henvendelse til rådets sekretariat herom. Der var selvfølgelig en grænse for, hvor stor en andel af sagerne, der kunne skilles ud til hastebehandling.

Besvarelsen af generelt formulerede spørgsmål: Rådet oplyste, at praksis havde været og fortsat var, at sådanne spørgsmål som udgangspunkt kun blev besvaret, såfremt de kunne besvares på grundlag af paratviden, og naturligvis forudsat, at spørgsmålene havde sammenhæng med den konkrete forelagte sag. Helt generelt formulerede spørgsmål om for eksempel sygdommes

karakteristika, behandling m.v., måtte dog forudses afvist med en henvisning til lærebøger og lignende.

Retslægerådets møde ved sagkyndig under domsforhandlinger: Fra rådets side blev der gjort opmærksom på, at det forudsattes, at der var tale om en sag, der ”undtagelsesvist” gav anledning til, at rådet gav møde ved repræsentant i retten (jf. en højesteretskendelse); men anså retten, at en sådan situation forelå, og anmodede rådet om at give møde, ville denne anmodning blive imødekommet. Var der tale om en sag, hvor der i rådets udtalelse var dissens, ville en repræsentant for begge synspunkter i rådets udtalelse blive anmodet om at møde for rådet i retten (jf. rådets forretningsorden, § 8, stk. 5).

## **DELTAGERLISTE**

### **Fra Vestre Landsret:**

Landsretspræsident  
Bjarne Christensen  
Landsdommer Peter Deleuran  
Landsdommer Svend Bjerg Hansen  
Landsdommer Helle Bertung  
Retsassessor Erik Bentzen

### **Rådsmedlemmer:**

Professor Flemming Stadil (formand)  
Professor Bent Ottesen (næstformand)  
Overlæge Peter Kramp (næstformand)

### **Fra rådets sekretariat:**

Sekretariatsleder Harry Mosekjær  
Madsen



**Bilag: Retslægerådets notat af 10.08.05**

**Notat vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet**

Retslægerådet har siden offentliggørelsen af artiklen i årsberetning 2001-02 (samt Advokaten 4/2005) – på grundlag af de indhøstede erfaringer – videreudviklet sin praksis.

De forelagte sager består ofte af et meget omfattende bilagsmateriale. Udover de i artiklen anførte anbefalinger anmoder Retslægerådet om, at sagen ledsages af en kronologisk opstillet fortegnelse over de lægelige bilag, der ofte er uoverskuelige, inkomplette og præget af dubletter og tilfældighed. De enkelte bilag anføres med navn (læge/hospital) og datering (dato for erklæringer – tidsrum for journalmateriale). Dette giver alle implicerede parter det nødvendige overblik og en bedre mulighed for umiddelbart at konstatere mangler i det lægelige grundlag for sagens behandling. Røntgenbilleder og scanningsresultater er vigtige bilag, der bør fremsendes fra starten.

Samlet kan Retslægerådets ønsker til det tilsendte lægelige materiale opsummeres som følger:

De lægelige bilag bedes

1. adskilt fra det øvrige sagsmateriale

2. ordnet kronologisk efter datering
3. bilageret entydigt (herunder underbilag). Den oprindelige sagsbilagering må gerne anvendes. Hvor bilaget er et ”samlebilag”, anmodes om, at underbilag påføres underbilagsnumre.
4. vedlagt en bilagsfortegnelse 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
5. sammenhæftet hver for sig og adskilt fra andet materiale (Består et bilag af et meget stort antal sider, for eksempel en hospitalsjournal, vil bilaget eventuelt kunne samles i et plastomslag)
6. fremsendt i ét eksemplar uden dubletter
7. være læselige og komplette
8. Ved en eventuel senere genfremsendelse bedes bilageringen opretholdt.
9. De relevante billedundersøgelser (røntgenbilleder, scanningsresultater) bedes vedlagt sagen, når den fremsendes.

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 myndigheder.



# Referat fra møde i Retslægerådet, afholdt den 13.05.05 med repræsentanter fra Advokatrådet og Den Almindelige Danske Lægeforening

*Referat fra møde i Retslægerådet, afholdt den 13.05.05 med repræsentanter fra Advokatrådet og Den Almindelige Danske Lægeforening.*

*Retslægerådet afholdt 13.05.05 et møde med repræsentanter for Advokatrådet og Den Almindelige Danske Lægeforening til uformel drøftelse om nogle forhold omkring Retslægerådets sagsbehandling. Drøftelsen vedrørte især udvælgelsesprocedurerne ved udpegning af Retslægerådets medlemmer samt Retslægerådets voteringsform.*

*Idet drøftelsen kan have en mere bred interesse, bringes nedenfor et referat fra mødet. Der henvises til deltagerlisten i slutningen af referatet. (059-00001-2005)*

Indledningsvist oplyste Steen Bech, at han som juridisk konsulent for Lægeansvarsudvalget var blevet bekendt med, at der i relation til omverdenen var problemer med hensyn til Retslægerådets virke, idet rådet af mange blev betragtet som værende en sammenspist enhed uden tilstrækkelig åbenhed og retssikkerhed. Til eksempel oplyste han, at Patientklagenævnet nu rådførte sig med de videnskabelige selskaber, når de skulle have udpeget sagkyndige. Dette var en del af baggrunden for ønsket om afholdelse af dette møde.

Peter Kramp oplyste, at udvælgelse af Retslægerådets medlemmer skete efter offentligt stillingsopslag, hvorefter de indkomne ansøgninger blev bedømt af et bedømmelsesudvalg, hvori var repræsentanter for de lægevidenskabelige fakulteter i Danmark. Bedømmelsesudvalgets indstilling blev sendt

til Justitsministeriet, og beskikkelse af rådsmedlemmer var kongelig. Beskikkelsen skete normalt for 6 år ad gangen, og der var ikke formelt nogen grænse for antal genbeskikkelser.

Der var under mødet forståelse for denne praksis, selv om der dog blev stillet spørgsmålstejn ved, om der ikke burde ske en begrænsning, for så vidt angår varigheden af beskikkelsen. Flemming Stadil bemærkede hertil, at det for rådet var vigtigst, at det var de bedst kvalificerede, der blev beskikket som rådsmedlemmer, og at en begrænsning af beskikkelsens varighed kunne være til hinder herfor. Hertil kommer, at erfaring med rådets mange arbejdsopgaver var af uvurderlig betydning for, at rådet kunne fungere.

Flemming Stadil oplyste endvidere, at der svarende til en række specialer

inden for lægevidenskaben var beskikket særlige sagkyndige, jf. lov om Retslægerådet, § 2, stk. 3. Disse stillinger blev også opslået og bedømt på samme måde som ved beskikkelse af rådsmedlemmer, dog var det justitsministeren, der formelt foretog beskikkelsen.

Steen Bech bemærkede, at det herefter især måtte være de ”ad hoc beskikkelser”, der (helt overvejende i civile sager, E-sager) fandt sted, som set udefra kunne være problematiske. Flemming Stadil oplyste, at der i forbindelse med rådets sagsbehandling var behov for anvendelse af sagkyndige fra så mange forskellige subspecialer, at det rent praktisk ikke ville kunne lade sig gøre at foretage beskikkelser efter den forannævnte mere omstændelige metode. Rådet anvendte hvert år op imod cirka 150 forskellige ad hoc sagkyndige, fordelt over en lang række grenspecialer og ekspertområder. Disse blev udpeget af formandskabet til de enkelte sager – alt efter sagens karakter. Det ville næppe være muligt eller hensigtsmæssigt at rådføre sig med de videnskabelige selskaber herom, og selskaberne ville formentlig også have sig dette frabedt. Det var vigtigt, at disse udpegninger af voterende kunne ske meget hurtigt. Udfindelsen af de ad hoc sagkyndige skete gennem formandskabet via deres kendskab til den lægevidenskabelige verden. Hvis det var nødvendigt, kontaktede formandskabet rådet, de sagkyndige eller andre eksperter med henblik på, hvem der var bedst kvalificeret.

Kim Solstad nævnte problematikken, når der forelå flere ”skoler” inden for et lægevidenskabeligt område. Kunne dette ikke give problemer i relation til udpegning af voterende?

Flemming Stadil oplyste, at rådet var meget opmærksom på dette forhold. Ikke alt i medicinen er evidensbaseret, og det var almindeligt, at der kunne være forskellige præferencer. Dette var dog ikke svært for rådet at tackle. Var der tale om anerkendte skoler, ville rådet tage højde herfor. Rådets og de sagkyndiges udgangspunkt var altid, om der var handlet i overensstemmelse med (en) alment anerkendt praksis, uanset om den enkelte voterende ville have gjort anderledes. Blandt andet derfor var det vigtigt, at de voterende var kyndige og aktive personer med et overblik over deres fag, og at alle var orienterede om dette udgangspunkt og om Retslægerådets sprogbrug. Formandskabets redigering af rådets svar sikrede yderligere, at udgangspunktet blev fastholdt. Så vidt Retslægerådet var orienteret, havde der aldrig været sager, hvor en ”skole” havde følt sig bortdømt og havde protesteret.

Søren Kjær Jensen anførte, at der ofte i rådets udtalelser blev svaret, at der ikke forelå videnskabelig dokumentation for for eksempel en behandlings virkning eller en årsagssammenhæng. Han mente ikke, at der var meget vejledning i en sådan udtalelse, og ønskede at der i stedet af rådet blev givet en sandsynlighedsvurdering.

Flemming Stadil oplyste, at det afhang af den konkrete sag og af det konkrete spørgsmål, hvor langt rådet kunne gå. Ofte vil det dog være sådan, at rådet måtte henholde sig til at pege på den manglende videnskabelige dokumentation. Rådet var forpligtet til at afgive lægevidenskabelige skøn.

Rådet blev forespurgt, om de sagkyndige fik vejledning i de under dette møde nævnte forskellige problematikker ("skoler" m.v.). Problemstillingerne var kendte fra introduktionsskrivelser, årsberetninger, betænkningen om Retslægerådet og dialogerne mellem sekretariat og formandskab på den ene side og de voterende på den anden side under sagernes behandling. Det blev endvidere oplyst, at rådet med mellemrum afholdt seminarer, hvor der var deltagelse af alle sagkyndige, og hvor endvidere for eksempel dommere, advokater m.v. var inviteret. Under sådanne møder blev de forskellige problemstillinger berørt.

Der blev spurgt til, om ikke rådet kunne tilkendegive mere synligt, når der var tale om flere skoler/behandlingsmuligheder og lignende. Fra rådets side blev der givet udtryk for imødekommenhed over for dette.

Der blev spurgt til, hvorfor rådet ikke ville gå ind på en vurdering af, om en behandling var i overensstemmelse med specialiststandard. Svaret var, at dette ikke var et veldefineret begreb, der kunne vurderes videnskabeligt. Rådet forholdt sig til, om en behandling var i overensstemmelse med almindelig

anerkendt lægefaglig standard. Var den det, måtte det vel også formodes, at kravene til en specialist på området var overholdt. Men begrebet specialiststandard var ikke efter rådets opfattelse et veldefineret lægevidenskabeligt begreb, men nærmere en politisk/juridisk konstruktion, indført med Patientforsikringsloven. Rådet ville derfor fortsat henholde sig til almindelig anerkendt lægefaglig praksis og tage stilling til, om der eventuelt var tale om hæderligt uheld, fejlskøn eller fejl. Flemming Stadil betonedede endvidere, at det var vigtigt for rådet at undgå at træffe afgørelse i sager. Dette var op til de myndigheder, der forelagde sagerne. Rådet anvendte derfor ikke lovens formuleringer, når man svarede, for at undgå misforståelser.

Steen Bech oplyste, at han var bekendt med, at Det Lægeetiske Nævn tidligere havde voteret som Retslægerådet, men havde ændret praksis, således at nævnets medlemmer nu voterede hver for sig (uden at kende de øvrige medlemmers stilling). Han mente, at Retslægerådet på tilsvarende vis kunne gå over til en voteringsform, hvor de sagkyndige først afgav votum hver for sig uden at kende de øvrige sagkyndiges votum. På den måde ville der efter hans opfattelse komme flere nuancer frem. Efterfølgende skulle der naturligvis ske en koordination af de afgivne vota, hvor de sagkyndige fik lejlighed til at se de øvrige vurderinger.

Flemming Stadil bemærkede, at spørgsmålet om rådets voteringsform jævnligt havde været drøftet i tidens løb. Hver

gang var resultatet dog blevet, at den nuværende voteringsform var den bedst anvendelige, den mest praktiske og gav det mest korrekte resultat. I en bibemærkning blev et spørgsmål som fotokopiering nævnt som værende et stort praktisk problem i forbindelse med forslaget fra Steen Bech.

Stadil redegjorde for rådets praksis. Der blev efter konkret stillingtagen til den enkelte sag udpeget voterende, der kunne belyse samtlige sagens lægelige aspekter. Der var således ofte tale om tre sagkyndige (undertiden fire, fem eller flere) fra hver sit lægelige område. Det var formandskabet, der foretog denne udvælgelse, ligesom rækkefølgen i denne forbindelse blev fastlagt. Sagerne var sjældent så ensartede som ved etiske vurderinger. Der var ofte tale om, at nogle af de sagkyndige ikke havde mulighed for at afgive et relevant votum, før de havde kendskab til andre sagkyndiges vurderinger (for eksempel radiologens, patologens, neurofysiologens, arbejdsmedicinerens, farmakologens, audiologens osv. vurdering af materialet). De civile sager (E-sager) blev herefter sendt ud i stjerneform. Herved vidste rådet altid, hvor sagen fysisk befandt sig, og der var mulighed for undervejs – efter de sagkyndiges eventuelle anbefaling – at indhente yderligere, nødvendigt lægeligt materiale, eller eventuelt implicere sagkyndige med andet lægeligt speciale.

Kim Solstad bemærkede, at rådet efter hans opfattelse gik glip af en ”usikkerhed” (i positiv forstand), når udgangspunktet for de voterende blev for godt. Dette kunne bevirke, at nogle

overvejelser derved ikke kom frem under voteringen.

Flemming Stadil bemærkede, at sagligheden i rådets sagsbehandling og udtalelser efter hans opfattelse klart blev styrket ved den praksis, rådet anvendte, idet det i så at sige alle sager var nødvendigt med viden fra flere områder, og at opbygningen af sagen ved fremsendelse til de sagkyndige i den naturlige specialerækkefølge klart blev bedst.

Steen Bech mente, at det var vigtigt først at få så mange forskellige vinkler på sagen frem, ved at de sagkyndige hver for sig først så på sagen, hvorefter trådene kunne samles.

Peter Kramp nævnte, at rådet i de enkelte sager måtte samle al tilgængelig viden og dermed skabe en synergieffekt. Rådet skulle ikke afgive udtalelser ”med bind for det ene øje”. Flemming Stadil nævnte, at det var misforståelse, at det blot foregik på den måde, at første voterende skrev et svar, og at de andre derefter hægtede sig på.

Bent Ottesen oplyste, at resultatet/værdien af rådets sagsbehandling ofte afhang langt mere af spørgsmålets formulering end af voteringsform.

Søren Kjær Jensen anførte, at spørgsmålet ”giver sagen Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger” burde være unødvendigt. Det burde være således, at rådet – også uden dette spørgsmål - kunne få ledt sagen på rette vej, hvis det fremgik, at sagsparterne var på vildspor.

Peter Kramp oplyste, at det var forsøgt at få ændret forretningsordenen, således at rådet havde denne mulighed.

Dette havde dog efter Justitsministeriets opfattelse ikke været formelt muligt i forbindelse med sidste ændring af forretningsordenen.

Steen Bech nævnte muligheden for, at Advokatrådet og Retslægerådet i fællesskab burde prøve at få den omhandlede sikkerhedsventil ind i forretningsorden – det vil sige muligheden for, at rådet – uanset spørgsmålet om eventuelle yderligere bemærkninger – kunne gå ind og retlede sagens parter.

Søren Kjær Jensen henlede opmærksomheden på, at der var et problem med hensyn til den - efterhånden hyppige - anmodning fra Retslægerådet om at få egen læges journal, hvilket de personer, sagen vedrørte, ofte fandt ubehageligt. Han spurgte, om rådet eventuelt i stedet kunne spørge mere konkret om oplysninger fra egen læge vedrørende relevante lægelige oplysninger.

Flemming Stadil nævnte, at det i mange sager ofte var vigtigt at få oplysninger fra egen læge. Retslægerådet anmoder dog blot om det, og såfremt disse oplysninger ikke kunne/ville blive fremsendt, måtte rådet afgive udtalelse på det foreliggende grundlag.

Søren Kjær Jensen spurgte, om oplysninger fra egen læge refleksmæssigt blev udbedt af rådet.

Flemming Stadil anførte, at dette altid skete efter en konkret vurdering, foretaget af rådets lægelige sekretær, jurister samt formandskabet, der tog stilling til, hvilket materiale, der manglede i den konkrete sag.

I forbindelse med drøftelserne nævnte Flemming Stadil, at Retslægerådet nu ved vurderinger af eventuel inhabilitet tog udgangspunkt i den enkelte sygehusenhed og ikke - som tidligere - sygehusejeren (for eksempel H:S).

Drøftelsen gik herefter over i rådets behandling af strafferetspsykiatriske sager.

Peter Kramp oplyste, at sagerne blev rundsendt til tre voterende. Var der usikkerhed i den diagnostiske placering, ville dette give sig udtryk i formuleringen af udtalelsen. Var der uenighed vedrørende spørgsmålet om § 16, § 69 eller sanktionen, ville dette blive udmøntet i en formuleret dissens.

Steen Bech mente ikke, at det kunne afvises, at en tredje voterende for eksempel bøjede af og ikke angav sin eventuelle uenighed.

Peter Kramp oplyste, at dette efter hans bedste overbevisning – og efter hans kendskab til rådets medlemmer – ikke var tilfældet. Han kunne selvsagt ikke bevise sin opfattelse, hvorfor det i sidste ende var et spørgsmål om at have tillid til hans vurdering.

Søren Kjær Jensen forespurgte, om den i rådets udtalelser angivne rækkefølge af de anførte sagkyndige var udtryk for rækkefølgen af de afgivne vota. Retslægerådet oplyste, at der var tale om en alfabetisk rækkefølge – efter efternavn.

Peter Kramp oplyste, at de voterende i

de psykiatriske sager var 1. voterende på skift.

Flemming Stadil nævnte afslutningsvist, at rådet i det sidste år eller to havde forstærket sin indsats for at få de civile sager forelagt i en mere sufficient stand. Der var ofte tale om fremsendelser, hvor det lægelige materiale forelå i en meget uordnet form, uhæftet, ubilageret, med dubletter, dårlige eller inkomplette fotokopier osv. I disse situationer måtte advokaterne i forøget omfang forvente, at sagerne blev returneret fra rådet til advokaten med anmodning om, at denne bragte sagen i orden. Rådet vil i den forbindelse endvidere ofte anmode om en fortegnelse over de lægelige bilag i kronologisk rækkefølge med angivelse af navn (læge/hospital) og dato (dag for lægeerklæring, tidsrum for journaler) og om, at det relevante billedmateriale er vedlagt sagen, når den fremsendes. Baggrunden herfor var selvsagt at gøre det lettere for rådet at påbegynde sagsbehandlingen og dermed forkorte sagsbehandlingstiden. Det bedste ville naturligvis være, om alle sagerne fra starten var ordnet på den korrekte vis.

Der var under mødet fra alle deltagerne støtte til, at rådets henstillinger i sådanne sager kunne følges.

Slutteligt forespurgte Steen Bech, om der ville være mulighed for, at der i de sager, hvor rådet anmodede forelæggende myndighed (normalt retten) om yderligere materiale, at der blev sendt en kopi til den forelæggende advokat, såfremt det altså var en advokat, der

havde fremsendt sagen i første omgang. Fra rådets side blev det tilkendegivet, at en sådan ordning ville blive overvejet.

## **DELTAGERLISTE**

Møde i Retslægerådet den 13.05.05 med repræsentanter fra Advokatrådet og Den Almindelige Danske Lægeforening.

### **Fra Advokatrådet:**

Advokat Steen Bech  
Advokat Søren Kjær Jensen  
Juridisk konsulent, Rasmus Møller Madsen

### **Fra Den Almindelige Danske Lægeforening:**

Overlæge Kim Solstad  
Kontorchef Niels Michelsen

### **Rådsmedlemmer:**

Professor Flemming Stadil (formand)  
Professor Bent Ottesen (næstformand)  
Overlæge Peter Kramp (næstformand)

### **Fra rådets sekretariat:**

Harry Mosekjær Madsen  
(Sekretariatsleder)



# Ønske om fornyet sagsbehandling af samme spørgsmål ved andre sagkyndige

*Retslægerådet fik fra Østre Landsret forelagt en sag, hvori rådet tidligere havde udtalt sig to gange, dels til Patientskadeankenævnet, dels til Østre Landsret. Der var tale om samme spørgsmål, som rådet havde besvaret ved første forelæggelse fra landsretten. Man ønskede nu, at sagen blev behandlet af andre sagkyndige end ved de to tidligere forelæggelser. Retslægerådet fandt ikke grundlag for at efterkomme ønsket. (E 13750)*

Patientskadeankenævnet forelagde i marts 2002 en række spørgsmål for Retslægerådet. Sagen omhandlede problemer i forbindelse med en graviditet, der endte med, at der på X hospital blev foretaget kejsersnit. De forelagte spørgsmål drejede sig om, hvorvidt der på hospitalet var handlet i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard. Rådet afgav udtalelse i juni 2002. Rådet fandt, at der efter det foreliggende var handlet i overensstemmelse med anerkendt faglig standard. Til at behandle sagen havde rådets formandskab i overensstemmelse med forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet, § 3, stk. 2, udpeget tre sagkyndige til at behandle sagen. Der var tale om to gynækologer/obstetrikere samt en børnelæge.

I december 2003 blev sagen forelagt på ny, denne gang af Østre Landsret, hvor sagen nu var rejst. Sagen drejede sig primært om, hvorvidt der var foretaget kejsersnit for sent. I forbindelse med denne 2. forelæggelse indgik rådets 1. udtalelse til Patientskadeankenævnet

som et af bilagene i sagen. Formandskabet udpegede et nyt hold sagkyndige, bestående af to af de tidligere voterende (en gynækolog/obstetriker samt en børnelæge) samt yderligere en gynækolog/obstetriker og en jordemoder. Rådet afgav udtalelse i juli 2004. Også i denne udtalelse gav Retslægerådet udtryk for, at der var handlet i overensstemmelse med anerkendt faglig standard.

Det bemærkes, at det grundlæggende tema i de to forelæggelser var det samme: Var der handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, og burde kejsersnit have været foretaget på et tidligere tidspunkt?

I slutningen af november 2004 forelagde Østre Landsret sagen på ny med anmodning om, at Retslægerådet besvarede et nyt spørgetema, der dog viste sig at være identisk med det spørgetema, der var blevet besvaret af rådet i juli 2004. Retslægerådets to tidligere udtalelser var ikke medsendt som bilag. Spørgsmålene ønskedes besvaret af

sagkyndige, der ikke tidligere havde deltaget i rådets sagsbehandling. Sagens parter var enige herom. Af retsbogen fremgik dog, at retten ville overlade det til Retslægerådet at afgøre, om der var grundlag for at afgive fornyet udtalelse med andre voterende.

Baggrunden for ønsket syntes at være det forhold, at sagen oprindeligt blev forelagt for Retslægerådet første gang af Patientskadeankenævnet, kombineret med, at sagsøger oprindeligt (det vil sige under retssagen i Østre Landsret) havde haft et ønske om, at sagen skulle have været indbragt for et andet sagkyndigt, lægefagligt organ end Retslægerådet. Da der imidlertid ikke fandtes et sådant, endte det med, at sagen blev forelagt for Retslægerådet på ny, resulterende i rådets udtalelse af juli 2004. Begrundelsen for, at der ønskedes nye sagkyndige på sagen i Retslægerådet, må formodes at have været inhabilitetsbetragtninger, selv om dette ikke var nævnt direkte ved forelæggelsen.

Ifølge forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet, § 3, stk. 2, fastsætter rådets formandskab, hvem der skal votere i en sag. I den forbindelse tages der hensyn til eventuel inhabilitet hos de sagkyndige. Opmærksomheden rettes specielt imod, om de pågældende tidligere har behandlet sagen/haft med sagen at gøre uden for rådets regi.

Ved Østre Landsrets 1. forelæggelse af sagen for Retslægerådet var rådets tidligere udtalelse til Patientskadeankenævnet vedlagt. Der var ikke i forbindelse

med forelæggelsen ytret ønske om, at andre voterende end dem, der havde behandlet sagen ved Patientskadeankenævnets forelæggelse, skulle se på sagen. Det skal bemærkes, at der ud fra en lægevidenskabelig vurdering havde været tale om "samme sag" i de første to forelæggelser af sagen. Praktiske hensyn taler i denne situation for, at samme sagkyndige behandler sagen.

Efter Retslægerådets opfattelse kan det forhold, at rådet tidligere har udtalt sig i en sag, ikke gøre en sagkyndig inhabil ved eventuel genfremsendelse. Han har ikke udtalt sig i egen interesse, men har sammen med de øvrige voterende søgt at nå "sandheden" i sagen på rådets vegne. At han tidligere har set på sagen i rådsregi, gør ham rent faktisk bedre kvalificeret til at se på sagen på ny. I øvrigt ville en accept af, at der skulle foreligge inhabilitet i denne situation, bevirke, at enhver, der var utilfreds med rådets (første) svar i en sag, kunne søge at forelægge sagen på ny (med rettens tilladelse) med kritiske spørgsmål og anmode om, at rådet satte andre voterende på sagen. Dette kan naturligvis ikke være rigtigt eller acceptabelt.

I den omhandlede situation var der således efter Retslægerådets opfattelse ikke tale om, at der ved landsrettens første forelæggelse for rådet forelå inhabilitet. Da rådet således - ved den 3. forelæggelse - allerede havde udtalt sig tidligere, og da det var samme spørgetema, der nu var forelagt, så rådet ikke anledning til på ny at behandle sagen ved andre sagkyndige. Det er ifølge forretningsordenen formandskabet,

der afgør, hvilke sagkyndige, der skal se på en sag. Såfremt der ønskes en supplerende vurdering (nye spørgsmål eller et nyt grundlag), vil det ske ved sagkyndige, rådets formandskab finder bedst egnede – oftest de samme, som tidligere har vurderet sagen.

Retslægerådet besvarede herefter i januar 2005 Landsrettens henvendelse således:

”Landsretten har fremsendt et spørge-

tema af xx.06.04 til Retslægerådet.

Spørgetemaet er i det hele taget identisk med tema af xx.11.03, som er besvaret af Retslægerådet den xx.07.04. Rådet skal henvises til denne besvarelse.

Det bemærkes, at der ikke ses at foreligge omstændigheder, der eventuelt kunne begrunde en ny behandling med andre voterende.”

Sagen har ikke efterfølgende været forelagt for rådet.



# Biologisk aldersvurdering og sandsynlighed

*Nedenfor omtales to sager, der begge resulterede i tiltalerejsning mod henholdsvis en far og et forældrepar, dels for på tro og love at have afgivet falsk erklæring vedrørende børns alder i relation til anmodning om familiesammenføring (overtrædelse af straffelovens § 161), dels for herved at have forsøgt/formået at få børnene ulovligt ind i Danmark (overtrædelse af udlændingelovens § 59, stk. 5 – nu stk. 7). Begge sager førte til tiltale mod henholdsvis faderen og forældrene. Ved landsretten blev tiltalte i den ene sag fundet skyldig i overtrædelse af straffelovens § 161, i den anden sag fandtes forældrene skyldige i overtrædelse af straffelovens § 161 og af udlændingeloven.*

*I artiklen redegøres for rådets praksis i forbindelse med biologisk aldersvurdering. Af sagerne fremgår endvidere, at en sådan aldersvurdering kan indgå som bevismiddel i den omhandlede type straffesager, når en sikker alder ikke foreligger. (H 55562 og H 55196-97)*

**Sag nr. 1** (H 55562) vedrører en yngre somalisk kvinde, der den 16.05.02 fra Addis Abeba ansøgte om opholdstilladelse i Danmark med henblik på familiesammenføring. Ansøgeren var angiveligt født i 1987 (forskellige datoangivelser: 01.02.?, 01.06.?, 30.06.?) svarende til en alder på cirka 15 år på ansøgningstidspunktet, og som sådan mindreårig. Udlændingestyrelsen rekvirerede gennem generalkonsulatet i Addis Abeba en aldersundersøgelse af ansøgeren på det stedlige hospital. Denne forelå den 28.06.03. Af erklæringen fremgik, at undersøgte var 151 cm høj og vejede 42,5 kg, at alderen ved ydre undersøgelse (benævnt somatisk vurdering) blev skønnet til 16-18 år, at den radiologiske tandalder vurderedes til cirka 16 år, og at den radiologiske knoglealder kunne anslås til 18-20 år.

Sagen blev den 18.07.03 af Udlændingestyrelsen, Opholdsafdelingen, forelagt Retslægerådet med anmodning om aldersvurdering, specielt om ansøgeren skønnedes under eller over 18 år på ansøgningsdatoen.

Retslægerådets svar forelå den 01.10.03:

”Røntgenbilleder af knogler taget den 25.06.03 viser en knogleudvikling svarende til 20 år eller derover og under 22 år. Ved lægeundersøgelse samme dato var højden 151 cm, vægten 42,5 kg og kønsudviklingen som hos en voksen kvinde. Det er sandsynligt, at ansøgeren på ansøgningstidspunktet den 16.05.02 var over 18 år gammel. Tandudviklingen er forenelig hermed.”

Det skal tilføjes, at sidste sætning dækker over, at røntgenbillederne af tæ-

derne var af begrænset værdi, blandt andet mangede alle visdomstænder. De fotograferede tænder havde alle afsluttet roddannelse, hvorfor den fulde odontologiske konklusion lød: ”Samlet indebærer billederne en alder på 15 år eller herover (rådets fremhævelse).”

Den 18.11.04 afgav Retslægerådet supplerende udtalelse til politimesteren i X-købing med henblik på straffesag i anledning af, at de foreliggende oplysninger kunne tyde på, at faderen havde afgivet urigtig erklæring til myndighederne vedrørende datterens alder.

Rådets udtalelse lød således:

**”Spørgsmål:**

Retslægerådet anmodes om at angive, hvilke usikkerhedsfaktorer/-marginer, Retslægerådet har taget højde for/anvendt ved fastlæggelsen af xx’s alder.”

Retslægerådet har anvendt en ”usikkerhedsmargin” på 1 år, som er den statistiske spredning på knoglealderbestemmelsen.

**Spørgsmål:**

Retslægerådet anmodes om en nærmere redegørelse for, hvorledes Retslægerådets anvendelse af ordet ”sandsynligt” skal forstås.

Retslægerådet anvender ordet sandsynligt som udtryk for den statistiske sandsynlighed.

**Spørgsmål:**

Retslægerådet anmodes om oplysning om, hvorvidt det på baggrund af den i Addis Abeba foretagne aldersundersøgelse kan udelukkes, at xx var under 18 år på ansøgningstidspunktet den 16. maj 2002.

Det kan ikke udelukkes, at ansøgeren kan have været under 18 år gammel på ansøgningstidspunktet”.

Den 10.02.05 fik Retslægerådet ved et sagkyndigt vidne lejlighed til at uddybe sine svar ved byretten i X-købing. Det fastholdtes, at det ikke kunne udelukkes, at ansøgeren kunne have været under 18 gammel på ansøgningstidspunktet.

Tiltalte frifandtes for overtrædelse af straffelovens § 161 og udlændingelovens § 59, stk. 5, jf. straffelovens § 21, idet retten fandt, at det ikke fandtes godtgjort med den for domfældelse fornødne sikkerhed, at der var afgivet urigtige erklæringer om fødselsåret.

Dommen ankedes af anklagemyndigheden til landsretten, der afsagde dom den 13.10.05. Retslægerådets erklæringer blev atter uddybet af sagkyndigt vidne.

I dommens præmisser og i dommen hedder det: ”På baggrund af de i Retslægerådet angivne erklæringer sammenholdt med vidnets (rådets sagkyndige) forklaring for landsretten finder

retten det med tilstrækkelig sikkerhed godtgjort, at tiltaltes datter yy ikke kan være født i 1987, men må være ældre. Landsretten finder det endvidere ubetænkeligt at lægge til grund, at tiltalte må have været vidende herom, da han den 18.03.03 afgav skriftlig erklæring herom til Udlændingestyrelsen om datterens alder. Tiltalte findes derfor skyldig i overtrædelse af straffelovens § 161 i overensstemmelse med anklageskriftets forhold 1.

For så vidt angår forhold 2 (overtrædelsen af udlændingeloven – rådets bemærkning) finder landsretten, at en domfældelse må forudsætte, at datteren på ansøgningstidspunktet var fyldt 18 år. Som sagen er forelagt for landsretten, lægger retten til grund, at det relevante ansøgningstidspunkt i sagen var den 16.05.02, da datteren med sin mor via generalkonsulatet i Addis Abeba indgav ansøgning om opholdstilladelse. Navnlig på baggrund af vidnets (rådets sagkyndige) forklaring for landsretten finder retten ikke, at det med den til domfældelse i en retssag fornødne sikkerhed er godtgjort, at datteren var over 18 år på det tidspunkt. Som følge heraf frifindes tiltalte i forhold 2.

Straffen fastsættes til fængsel i 30 dage, der gøres betinget på vilkår som nedenfor bestemt.

I øvrigt stadfæstes dommen.”

**Sag nr. 2** (H 55196-97) vedrører et irakisk søskendepar, der begge ansøgte om opholdstilladelse i Danmark med henblik på familiesammenføring den 27.07.02. Udlændingestyrelsen anmodede den 07.11.02 Retslægerådet om en udtalelse vedrørende de 2 ansøgers alder, specielt om de måtte anses for at have været under eller over 18 år på ansøgningstidspunktet.

Den 10.01.03 udtalte Retslægerådet følgende om den ene søskende: ”Røntgenbilleder af knogler taget den 22.10.02 viser overalt lukkede epifyser svarende til en knoglealder på 22 år eller derover. Ved lægeundersøgelse den 24.10.02 var højden 172 cm, vægten 80 kg og kønsudviklingen som hos en voksen mand. Det er sandsynligt, at ansøgeren på ansøgningstidspunktet den 27.07.02 var over 18 år gammel. Tandudviklingen er i overensstemmelse hermed.”

Den 15.01.03 udtalte Retslægerådet sig om den anden: ”Røntgenbilleder af knogler taget den 22.10.02 viser overalt lukkede epifyser undtagen i nøglebenene svarende til en knoglealder på 20 år. Ved lægeundersøgelse den 24.10.02 var højden 157 cm, vægten 67 kg og kønsudviklingen som hos en voksen kvinde. Det er sandsynligt, at ansøgeren på ansøgningstidspunktet den 27.07.02 var over 18 år gammel. Tandudviklingen er forenelig hermed.”

De 2 søskende fik afslag på ansøgningen om opholdstilladelse i Danmark, men rejste til trods herfor til landet, hvilket medførte tiltale mod forældrene ved byretten for overtrædelse af straffelovens § 161, jf. udlændingelovens § 59, stk. 5, jf. udlændingelovens § 9, stk. 1, nr. 2.

Resultatet blev en frifindelse. I præmisserne henvistes til ovennævnte byretsdom af 10.02.05 (sag nr. 1). Endvidere hedder det blandt andet: ”Retslægerådets vurdering af børnenes alder ligger temmelig langt fra de angivne fødselsdatoer. Der er stor variation i angivelsen af børnenes alder ifølge de syriske undersøgelser. Retten finder efter de faktiske oplysninger i sagen, at det ikke utvivlsomt kan lægges til grund, at børnenes alder på det foreliggende grundlag alene kan baseres på Retslægerådets udtalelser. Retten finder ikke, at det i øvrigt af anklagemyndigheden er dokumenteret, at der er omstændigheder, der understøtter, at aldersangivelserne for børnene fra de tiltalte ikke er korrekte, hvorfor retten ikke finder, at der i denne sag er det til domfældelse fuldt tilstrækkelige bevis.”

Dommen ankedes til Vestre Landsret, hvor anklagemyndigheden påstod dom i overensstemmelse med anklageskriftet, det vil sige for overtrædelse af straffelovens § 161 og udlændingelovens § 59, stk. 1, jf. § 9, stk. 1, nr. 2. Tiltalen for så vidt angår udlændingeloven var dog frafaldet for så vidt angik det yngste barn. Retslægerådets sagkyndige blev afhørt som sagkyndigt vidne. Resultatet

blev en domfældelse efter anklageskriftet. Forældrene idømtes begge fængselstraf i 30 dage. Dommen blev gjort betinget.

I dommens præmisser hedder det blandt andet: ”På baggrund af de erklæringer, der er afgivet af Retslægerådet sammenholdt med vidnets (rådets sagkyndige) forklaring, finder landsretten det med tilstrækkelig sikkerhed godtgjort, at xx ikke kan være født den 22.02.85, og at yy ikke kan være født den 27.11.86, men at de begge er ældre. Landsretten finder det endvidere ubetænkeligt at lægge til grund, at de tiltalte har været vidende herom, da de den 15.08.02 afgav erklæring til Udlændingestyrelsen...”. Og videre: ”For så vidt angår overtrædelse af udlændingeloven findes det efter den forklaring, der er afgivet af vidnet (rådets sagkyndige) godtgjort, at yy var over 18 år, da de tiltalte i august 2002 afgav erklæring til Udlændingestyrelsen...”.

#### **Kommentar:**

En alder kan kun angives med fuldstændig sikkerhed, når den korrekte fødselsdato kendes. Er dette ikke tilfældet, må man fastlægge alderen bedst muligt ud fra forskellige biologiske forhold, som beskrevet i artiklen ”Vurdering af alderen hos børn, unge og voksne” i Retslægerådets årsberetning for 2001-2002, s. 53-55. Af denne fremgår, at Retslægerådet med henblik på at opnå størst mulig ensartethed og nøjagtighed i vurderingen altid anvender (samme) 2 læger og en tandlæge, som i alle tilfælde ved selvsyn vurderer de foreliggende oplysninger og røntgenbilleder. Herved fanges en del upræcise, typisk for lave



aldersbestemmelser, foretaget lokalt. Et eksempel herpå findes i sag nr. 1, hvor den stedlige tandlæge på ufuldstændigt materiale fastsatte tandalderen til cirka 16 år til trods for, at manglende afbildning af visdomstænderne kun tillod udsagnet "15 år eller herover", hvilket jo giver en noget anden mening. Endvidere fremgår det af artiklen, at når spørgsmålet drejer sig om at vurdere, hvorvidt en person, der søger om opholdstilladelse, måtte være over eller under 18 år på ansøgningstidspunktet, som i de ovenfor refererede sager, vil der i konklusionen ved en afvigelse på 12 måneder eller mere blive anvendt formuleringen: "Det er sandsynligt, at ansøgeren på ansøgningstidspunktet var over/under 18 år". Dette tidsrum er valgt, da det modsvarer variationen i knoglealderen – det, der i statistisk sprogbrug benævnes én standardafvigelse (standarddeviation), se nedenfor. Termen "sandsynligt" gradbøjes ikke, men konklusionen "Det er sandsynligt" forudgås som hovedregel af en mere eksakt aldersangivelse, der udtrykker, hvor mange år den angivne alder rent faktisk adskiller sig fra den skønnede, som for eksempel i sag nr. 1: "Røntgenbilleder af knogler taget den 25.06.03 viser en knogleudvikling svarende til 20 år eller derover og under 22 år" etc.

I ovenstående retssager har Retslægerådets anvendelse af sandsynlighedsbegrebet og sikkerheden ved metoderne til biologisk aldersbestemmelse rimeligvis været af central betydning. Det sagkyndige vidne fik lejlighed til at redegøre for Retslægerådets fremgangs-

måde ved aldersvurderinger og for knogle- og tandalderbestemmelser som anerkendte, videnskabeligt funderede empiriske metoder. Begge metoder er tilnærmelsesvist normalfordelte med et gennemsnit og en spredning. Normalfordelingskurven er symmetrisk, klokkeformet med flertallet af (korrekte) aldersvurderinger placeret i eller tæt ved midtpunktet. Spredningen til begge sider for klokkes midtpunkt angives med såkaldte standardafvigelser. Standardafvigelsen for knoglealderen er som ovenfor nævnt cirka 1 år og 2 år for tandalderen, hvorfor Retslægerådet lægger størst vægt på førstnævnte.  $\pm 1$  standardafvigelse omfatter 68 % af vurderingerne,  $\pm 2$  standardafvigelser 95 %,  $\pm 3$  standardafvigelser 99,7 %,  $\pm 4$  standardafvigelser 99,99 % og så fremdeles.

Risikoen for, at en given knoglealder i forhold til normen placerer sig 1 standardafvigelse (1 år) for højt (og dermed til ugunst for en ansøger) vil være cirka 16 %, 2 standardafvigelser (2 år) svarer til cirka 2,5 %, 3 (3 år) til cirka 0,15 %, 4 (4 år) til cirka 0,005 % (svarende til 1/20.000) og 5 (5 år) endnu lavere.

I begge sager frifandtes de tiltalte ved 1. instans. Af domspræmisserne til sag nr. 2 fremgår, at der fandtes betydelige uoverensstemmelser mellem stedlige lægers og Retslægerådets aldersangivelser og usikkerhed om årsagen hertil og hvordan aldersvurderingerne skulle vægtes.

Begge domme ankedes til landsretten. I sag nr. 1 fandtes tiltalte nu skyldig i at have angivet en for lav alder (15 år)

på ansøgningstidspunktet (16 år på tidspunktet for røntgenundersøgelserne), idet knoglealderen bestemtes til 20 år eller derover og ikke over 22 år, det vil sige en afvigelse på 3-4 år i forhold til 20 år. Retten fandt det i overensstemmelse med Retslægerådets udtalelse ikke med tilstrækkelig sikkerhed godtgjort, at ansøgeren var over 18 år gammel på ansøgningstidspunktet korrigeret for den relativt lange ventetid på røntgenundersøgelserne.

I sag nr. 2 blev de tiltalte dømt efter anklageskriftet. Med forskelle på mindst 4 år mellem de angivne aldre og de af

Retslægerådet fundne knoglealdre fandt retten de angivne fødselsdage utroværdigt lave for begge søskendes vedkommende. For den ældstes vedkommende fandtes knoglealderen ligeledes mindst 4 år over 18-årsgrænsen på ansøgningstidspunktet (korrigeret for ventetiden på røntgenundersøgelserne), hvilket resulterede i domfældelse for overtrædelse af udlændingeloven.

Med disse landsretsdomme er det nu slået fast, at biologisk aldersvurdering kan indgå som bevismiddel, når en sikker alder ikke foreligger.

# Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste ikke erstatning

50-årig mand med mangeårigt forhøjet blodtryk, ledsagende nyreforandringer og forstørrelse af venstre hjertekammer vågnede 24.04.95 med snurrende, sovende fornemmelse i venstre kropshalvdel og nedsat bevægelse i venstre side. Lignende forbigående tilfælde 10 dage tidligere. Han blev indlagt på sygehus, hvor man mente, at det drejede sig om en mindre blodprop i højre hjernehalvdel. Symptomerne vurderedes at være stationære siden debuten om morgenen, og da der havde været et tidligere forbigående tilfælde, så man an med henblik på CT (hjernescaning) ved forværring. Denne blev udført 25.04.95 kl. 10, da der i timerne forud havde udviklet sig komplet lammelse af venstre arm og ben, pupillforskel og talebesvær. CT viste et større hjerneinfarkt på højre side. Man påbegyndte behandling med blodfortyndende medicin (heparin og marcoumar). Fysioterapi påbegyndtes 28.04.95, og 16.06.95 overførtes patienten til genoptræningssygehus. Ved undersøgelse 03.03.97 angav patienten konstante smerter i venstre ansigtshalvdel, arm og ben, venstresidig kraftnedsættelse af arm og ben, synsproblemer og vanskeligheder med at orientere sig rumligt. Patientklagenævnet kritiserede forsinkelsen af CT og den dermed følgende mulighed for eventuelt at iværksætte behandling med kraftig blodfortynding. Patientforsikringsforeningen fandt, at den forsinkede diagnostik og behandling var omfattet af lov om patientforsikring, og selvom den anså, at grundlidelsen var den væsentligste årsag til hele det samlede sygeforløb, kunne en mindre del af følgesymptomerne eventuelt være undgået ved en tidligere behandling. Godtgørelsen for svie og smerte samt mén blev af patienten påklaget til Patientskadeankenævnet, der imidlertid ændrede afgørelsen helt, således at han ikke fandtes berettiget til erstatning. Patientskadeankenævnets afgørelse blev indbragt for Landsretten, der fri fandt nævnet. Landsrettens afgørelse blev senere stadfæstet af Højesteret. (E 11424, E 12234)

I forbindelse med Landsrettens behandling af sagen fik Retslægerådet forelagt spørgetemaer fra såvel sagsøger og sagsøgte 04.04.01, og godt 1 år senere (03.06.02) blev der fremsendt supplerende spørgsmål fra sagsøger.

## Spørgsmål 1:

*Vil en erfaren specialist, i fald scannerkapaciteten er tilstede, ordinere en CT-scanning*

*foretaget hurtigst muligt efter indlæggelsen, om muligt i umiddelbar tilslutning til indlæggelsen den 24.04.95 kl. 8.00 og herefter iværksætte behandling med acetylsalicylsyre evt. i kombination med "dipyridamol" eller et andet blodfortyndende middel ?*

Svar:

Med hensyn til CT-scanning af hjernen i tilfælde af symptomer på apopleksi er

der nu internationale retningslinier, der tilråder CT-scanning foretaget hurtigt i tilslutning til indlæggelsen. Disse retningslinier var imidlertid ikke almindeligt anerkendte i 1995. Såfremt CT-scanningen var gennemført om morgenen den 24.04.95, ville iværksættelse af behandling med acetylsalicylsyrebehandling, efter at man havde udelukket hjerneblødning, være en accepteret praksis, som ofte, men ikke altid, anvendes.

### **Spørgsmål 2:**

*Vil behandling med acetylsalicylsyre evt. i kombination med dipyridamol eller et andet blodfortyndende middel formindske patientens risiko for at blive ramt af en ny blodprop, og i givet fald hvor stor vil den relative risikoreduktion så være?*

Svar:

Resultaterne af en stor undersøgelse (International Stroke Trial) har vist, at der ikke er forskel i risikoreduktionen, om behandlingen med acetylsalicylsyre startes inden for de første 6 timer eller inden for de første 48 timer. Der kan således ikke angives nogen formindskelse af patientens risiko. Effekten af acetylsalicylsyre er således profylaktisk på længere sigt, og det er vist, at risikoen for fornyet apopleksi og død kan reduceres med 9 % med acetylsalicylsyrebehandling.

### **Spørgsmål 3:**

*Vil en erfaren specialist omgående ordinere CT-scanning for herefter at iværksætte behandling med heparin eller heparinlignende*

*medicamina eller et andet blodfortyndende middel i fald han/hun erfarer at progression er indtrådt.*

Svar:

Det vil være i overensstemmelse med god klinisk praksis at ordinere CT-scanning i tilfælde af progression af apopleksi. I det aktuelle tilfælde er CT-scanning foretaget 3-4 timer efter forværring indtrådte, hvilket skønnes at ligge inden for normal praksis.

### **Spørgsmål 4-1:**

*Er akut behandling med heparin eller heparinlignende medicamina almindeligt anvendt på neurologisk afdeling i Danmark, hvis en patient med apopleksi progredierer, og hvis man ved en forudgående scanning kan udelukke tilstedeværelsen af en intrakraniell blødning?*

Svar:

Der foreligger nu flere undersøgelser af effekten af heparin eller heparinlignende medicamina hos patienter med akut apopleksi. Undersøgelserne har vist, at behandlingen ikke medfører nogen nedsættelse af antallet af patienter med progredierende apopleksi. Heparinbehandling må derfor siges at være uden effekt.

### **Spørgsmål 4-2:**

*Foreligger der videnskabelig dokumentation for behandlingens effektivitet?*

Svar:

Se under spørgsmål 4-1.

**Spørgsmål 4-3:**

*Er den omtalte behandling almindelig kendt og anvendt også udenfor landets grænser?*

Svar:

Den omtalte behandling har været anvendt igennem en lang årrække, men evidens for behandlingens effekt må nu siges at mangle.

**Spørgsmål 5:**

*Vil en erfaren specialist behandle et let forhøjet blodtryk med et blodtryksnedsættende middel og hvilken indflydelse kan en sådan indsat behandling tænkes at influere på risikoen for senere at udvikle "stroke-in-progression"?*

Svar:

Der er ikke foretaget undersøgelser af behandlingen af et let forhøjet blodtryk med blodtryksnedsættende midler hos patienter med apopleksi i den helt akutte fase. Indflydelsen på senere udvikling af "stroke-in-progression" er derfor ukendt.

**Spørgsmål 5-1:**

*Anses det for en fordel for patienten i den akutte fase af en apopleksi, at blodtrykket er højt?*

Svar:

Meningerne blandt specialister er delte med hensyn til, om det er en fordel eller ulempe for patienten, at blodtrykket er højt i den akutte fase.

**Spørgsmål 5-2:**

*Er der direkte sammenhæng mellem blodtryk og udvikling af "stroke-in-progression",*

*således at lave blodtryk er associerede med en relativt høj forekomst af "stroke-in-progression"?*

Svar:

Der er ikke direkte sammenhæng mellem blodtryk og risiko for udvikling af stroke-in-progression, men også her er meningerne delte.

**Spørgsmål 5-3:**

*Er det velkendt, at blodtrykket stiger i den aktuelle fase af apopleksi.*

Svar:

Det er velkendt, at patienter med akut apopleksi ofte har et relativt højt blodtryk ved indlæggelsen, og at blodtrykket spontant falder i de første timer til døgn efter apopleksiens debut.

**Spørgsmål 5-3-1:**

*Kan det forhold, at blodtrykket stiger i den akutte fase af en apopleksi, opfattes som et normalt og gavnligt respons på en blodprop i hjernen?*

Svar:

Det forhold, at blodtrykket stiger i den akutte fase af en apopleksi, kan opfattes som et almindeligt respons, men det kan ikke afgøres, om det er et gavnligt respons.

**Spørgsmål 6:**

*Hvis der konstateres nye blodpropsdannelse efter de første 24 timers indlæggelse, og der ikke er givet patienten blodfortyndende medicin, vil en erfaren specialist da ordinere blodpropopløsende medicin?*

Svar:

Hvis der konstateres nye blodpropdannelser efter de første 24 timers indlæggelse, og der ikke er givet patienten blodfortyndende medicin, ville det være almindelig praksis ikke at ordinere blodpropopløsende medicin. Begrundelsen er den, at patienten har en frisk blodprop i hjernen, som er mere end 3 timer gammel, og risikoen for at blodpropopløsende medicin vil give en blødningskomplikation er så stor, at behandlingen er kontraindiceret på dette tidspunkt.

### **Fra sagsøgte:**

#### **Spørgsmål A:**

*Ville en erfaren specialist, i fald scannerkapaciteten var til stede, have ordineret en CT-scanning foretaget hurtigst muligt efter indlæggelsen af sagsøgeren den 24. april 1995, kl. 9.15 eller på et senere tidspunkt inden den 25. april 1995 kl. 9.30, og må det antages, at en erfaren specialist herefter havde iværksat behandling med blodfortyndende midler?*

Svar:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

#### **Spørgsmål B:**

*Ville behandling med blodfortyndende midler have formindsket patientens risiko for at blive ramt af en ny blodprop. Hvor stor ville den relative risikoreduktion i givet fald være?*

Svar:

Der foreligger nu adskillige store un-

dersøgelser af effekten af almindelig ufraktioneret heparin og lavmolekylært heparin i den akutte behandling af apopleksipatienter, og ingen af disse undersøgelser har vist gavnlige effekt af "blodfortyndende behandling" i det akutte forløb.

#### **Spørgsmål C:**

*Ville en erfaren specialist omgående have ordineret CT-scanning for herefter at iværksætte behandling med blodfortyndende midler, efter at vedkommende havde konstateret at sagsøgerens symptomer var forværrede. I givet fald bedes oplyst, om disse tiltag burde have været iværksat inden den 25. april 1995, kl. 9.30, og i givet fald hvornår.*

Svar:

Se besvarelsen af spørgsmål 3.

#### **Spørgsmål D:**

*Ville en erfaren specialist behandle et lidt forhøjet blodtryk med et blodtryksnedsættende middel og kunne en sådan indsat behandling tænkes at influere på risikoen for senere at udvikle "stroke-in-progression"?*

Svar:

Hos patienter med akut apopleksi er blodtrykket ofte forhøjet i den akutte fase. Det er i overensstemmelse med alment anerkendte principper at undlade at indlede medicinsk behandling for sådanne blodtryksforhøjelser. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 5.

#### **Spørgsmål E:**

*Blev sagsøgeren ved og under indlæggelsen den 24. april 1995 behandlet med blod-*

*tryksnedsættende medicin. Burde denne behandling i givet fald være seponeret i forbindelse med sagsøgerens indlæggelse på Xx sygehus, og blev den det?*

Svar:

Patienten havde en gennem mange år erkendt blodtryksforhøjelse, som på indlæggelsestidspunktet var behandlet med tre forskellige farmakologiske principper: Tabl. Renitec 20 mg x 1, tabl. Norvasc 10 mg x 1, tabl. Sparkal 1 mane. Ved indlæggelsen måles blodtryk 150/100 mmHg. Man har ikke i journalen videreført ordinationen af de tre omtalte stoffer, men et efterfølgende journalnotat samme døgn beskriver, at det diastoliske blodtryk er let stigende, hvorfor man har genoptaget behandlingen med tabl. Norvasc 10 mg x 1. I Dansk Hypertensionsselskab klaringsrapport nr. 9, 1999, vedrørende hypertensio arterialis har man ikke kunnet udarbejde håndfaste retningslinier på området på grund af manglende dokumentation af fordele og ulemper. Der henvises i øvrigt til besvarelse af spørgsmål 5.1, 5.2 og 5.3.

### **Spørgsmål F:**

*Må det antages, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes under sagsøgerens indlæggelse på X Sygehus den 24. og 25. april 1995 end sygehusets læger gjorde.*

Svar:

Behandlingen er udført i overensstemmelse med anerkendt praksis.

### **Spørgsmål G:**

*Hvis spørgsmål F besvares bekræftende, an-*

*modes Retslægerådet om at oplyse, om sagsøgerens følger efter den eller de blodpropper i hjernen, som var årsagen til indlæggelsen, må antages at ville være blevet mindre end de faktisk konstaterede følger.*

Svar:

Bortfalder.

## **Supplerende spørgsmål fra sagsøger:**

### **Spørgsmål 7.1**

Har Rådet ved sin besvarelse taget hensyn til, at Sundhedsstyrelsens "Vejledning og referenceprogram i apopleksibehandling" er dateret oktober 1994.

Svar:

Ja, det er velkendt, at Sundhedsstyrelsens "vejledninger og referenceprogram i apopleksibehandling" er fra 1994.

### **Spørgsmål 7.2:**

*Anser Rådet det for sandsynligt, at alle læger, der beskæftiger sig med apopleksi, har gjort sig bekendt med Sundhedsstyrelsens vejledning?*

Svar:

Kendskabet til nævnte referenceprogram er stort blandt læger, der beskæftiger sig med apopleksi.

### **Spørgsmål 7.3:**

*Kan Rådet bekræfte, at Det nationale indikatorprojekt, som løber/er løbet af stablen år*

*2001, anser CT-scanning indenfor 24 timer som en standard?*

Svar:

Det nationale indikatorprojekt har endnu ikke udsendt nogen publikation, hvorfor spørgsmålet ikke kan besvares.

**Spørgsmål 8 (jf. spørgsmål 2):**

*Vil behandling med acetylsalicylsyre, givet indenfor de første 48 timer efter apopleksien reducere risikoen for tidlig ny apopleksi og forbedre patientens prognose. (Der henvises til "The Cochrane Library", "Antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke" p.2 i "European Stroke Initiative ((EUSI)" i Cerebrovascular diseases p. 16 i oversigtsartikel i UfL ved overlæge, dr. med. Tom Skyhøj Olsen og overlæge, dr. med. Steen Elkjær Husted 199 pag. 3646).*

Svar:

Med reference til den senest publicerede metaanalyse af trombocythæmmende behandling (BMJ 2002;324:71-86) kan Retslægerådet bekræfte, at behandling med acetylsalicylsyre givet inden for de første 48 timer efter debut af apopleksi reducerer risiko for ny vaskulær hændelse med 10 % i løbet af de første 3 uger.

**Spørgsmål 9 (jf. spørgsmål 3):**

*Hvis akut AK-behandling indgår i en neurologisk afdelings behandlingstilbud til patienter med "stroke-in-progression", skal behandlingen så indsættes umiddelbart efter, at progressionen er konstateret, og blødning udelukket eller kan behandlingen uden fare for, at patientens tilstand forværres, udsættes 4-5 timer?*

Svar:

Undersøgelse af behandling med heparin akut til patienter med akut apopleksi har vist, at behandlingen ikke er i stand til at forhindre "stroke-in-progression". Der foreligger ikke evidens for, at heparinbehandling startet efter at "stroke-in-progression" er begyndt, har nogen effekt.

**Spørgsmål 9.2:**

*Kan rådet bekræfte, at hospitalet ikke reagerede kl. 05, da progressionen konstateredes, men først da en erfaren specialist 4½ time senere blev præsenteret for progressionen, og at scanningsundersøgelsen således ikke blev foretaget som et led i en almindelig praksis.*

Svar:

Retslægerådet kan bekræfte, at CT-scanning blev foretaget 4½ time efter forværring af de neurologiske udfald var begyndt.

**Spørgsmål 10 (jf. spørgsmål 4-1):**

*Jeg finder ikke, at Rådet svarer relevant på det stillede spørgsmål under (4.1), hvorvidt der er tale om en almindelig anvendelse af heparin eller heparinlignende medicamina, men derimod oplyser om virkningen af en heparin-behandling.*

Svar:

Retslægerådet kan bekræfte, at behandling med heparin eller heparinlignende medicamina har været anvendt på mange neurologiske afdelinger i Danmark ved tegn på progredierende apopleksi.



**Spørgsmål 11 (jf. spørgsmål 5-1):**

*Rådet bedes oplyse, om der ved besvarelsen er taget hensyn til European Stroke Initiative (EUSI) anbefalinger til behandling af patienter med apopleksi, jf. Cerebrovascular diseases p. 27.*

Svar:

Nej, der har ikke været taget hensyn til European Stroke Initiative (EUSI) anbefalinger.

**Spørgsmål 12 (jf. spørgsmål 5-3-1):**

*Anser Rådet det for utilrådeligt at nedsætte blodtrykket i den akutte fase af en apopleksi?*

Svar:

Der er ikke videnskabelig evidens for, at sænkning eller øgning af blodtrykket i den akutte fase af en apopleksi gavner patienten. Hvis blodtrykket forbliver stærkt forhøjet over mange timer, er der konsensus om, at en forsigtig blodtryksreduktion iværksættes. Hvis patienten inden apopleksien har været i antihypertensiv behandling, er det almindelig klinisk praksis at fortsætte den antihypertensive behandling.

**Spørgsmål 13 (jf. spørgsmål B):**

*Ville behandling med trombocyttaggregationshæmmere (eksempelvis acetylsalicylsyre) have formindsket patientens risiko for at blive ramt af en ny blodprop. Hvor stor ville den relative risiko i givet fald være? Der ønskes blandt andet en ny vurdering i forhold til "Conchrane Library Document": Antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke (The Conchrane Library Issue 3, 2001. Oxford: Update Software (1).*

Svar:

Der henvises til spørgsmål 8.

**Spørgsmål 14 (jf. spørgsmål D):**

*Må Rådets besvarelse opfattes således, at det bekræftes, at en erfaren specialist ikke vil nedsætte blodtrykket?*

Svar:

Der henvises til spørgsmål 12.

**Spørgsmål H (ad sagsøgers spørgsmål 8):**

*Ansås behandling med acetylsalicylsyre inden for de første 48 timer efter apopleksi i april 1995 for indiceret i tilfælde som sagsøgerens.*

Svar:

I april 1995 var International Stroke Trial endnu ikke publiceret. På det tidspunkt vidste man ikke, om acetylsalicylsyre inden for de første 48 timer havde gavnlige effekt (i International Stroke Trial blev ¼ af patienterne randomiseret til "ingen behandling".)

Landsretten udtalte: "Efter § 1, stk. 1 i lov om patientforsikring er det en betingelse for at opnå erstatning efter loven, at patienten er blevet påført en fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.

Efter bevisførelsen, herunder navnlig Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 2, 4-1, 4-3, 6, B og 9-1, må det lægges til grund, at det ikke har haft nogen indvirkning på grundsygdommen - apopleksiens - forløb, at CT-scan-

ning og acetylsalicylsyrebehandling først iværksættes den 25. april 1995. Følgerne af sygdomsforløb må derfor antages at være en følge af grundsygdommen frem for behandlingsforløbet. Herefter, og da det efter Retslægerådets besvarelse af spm. 1, 3 og F, må antages, at en erfaren specialist på grundlag af dagældende, almindeligt anerkendte retningslinier ikke ville have ordineret en anden behandling end den behandling, som sagsøgeren blev undergivet, findes betingelserne for at yde erstatning ikke opfyldt.”

Højesteret stadfæstede dommen med de af landsretten anførte begrundelser.

#### **Kommentar:**

Bedømt med en nugældende målestok var CT på indlæggelsestidspunktet velbegrunderet, og ville nok umiddelbart have udløst acetylsalicylsyrebehandling, der kunne have reduceret risikoen for tilbagefald med cirka 9-10 %. Det er denne lille risikoreduktion, som er baggrund for nugældende praksis, hvor behandling med trombocyt hæmmer startes tidligt, men formentlig er behandling startet indenfor to døgn tilstrækkeligt for at opnå reduktionen. Dokumentationen er gradvist bygget op i de senere år, og er belyst af en stor metaanalyse, som udkom år 2002. Den aktuelle sygdom fandt sted i 1995.

Retslægerådet har gjort sig nogle overvejelser i forbindelse med denne og en anden sag om stroke-in-progression fra

1994, der er refereret i Retslægerådets årsberetning 2001-2002. Her var de primære symptomer meget ukarakteristiske, men kunne muligvis være udtryk for begyndende cerebrovaskulær lidelse. I hvert fald udviklede denne ubehandlede patient i de efterfølgende døgn en apopleksi og blev genindlagt. Han blev tildelt en erstatning på cirka 500.000 kr., og Højesteret lagde vægt på, at han ikke tidligt blev behandlet med antikoagulationsbehandling (blodfortynding). Dette til trods for, at Retslægerådet havde udtalt, at en sådan behandling var kontroversiel og udokumenteret, og de fleste danske neurologer næppe ville have givet antikoagulation på det pågældende grundlag. Højesteret lagde imidlertid til grund, at parterne erkendte, at det var en fejl, at patienten var set og observeret nogle timer på skadestuen, men hjemsendt og først indlagt og behandlet 1½ døgn senere.

Afgørelserne i de 2 sager kan synes modsatrettede, men de juridiske problemstillinger er ikke identiske. Begge sagerne vedrører apopleksi i udvikling, og i begge sager kunne en tidligere behandling have været givet. I den sag, der er refereret i denne årsberetning, hvor de diagnostiske forhold var afklaret fra starten, vurderede landsretten, at den kortvarige forsinkelse af en behandling, der indebar en vis om end beskedne risikoreduktion, ikke berettigede til erstatning. Landsretten fandt, at det ikke havde haft nogen indvirkning på grundsygdommens – apopleksiens – forløb, at CT og acetylsyrebehandling

først iværksattes den 25. april 1995. Følgerne af sygdomsforløbet måtte antages at være en følge af grundsygdommen frem for behandlingsforløbet, og en erfaren specialist ville på grundlag af dagældende, almindeligt anerkendte retningslinier ikke have ordineret anden behandling end den, som sagsøgeren blev undergivet.

Sagen rummede en yderligere juridisk problemstilling. Patientforsikringen havde anerkendt erstatningspligten, men fastsættelsen af beløbenes størrelse blev anket til Patientskadeankenævnet. Uden at der var nedlagt påstand herom fra modparten, omgjorde nævnet beslutningen og fandt således, at klageren ikke var berettiget til erstatning. Seks ud af syv højesteretsdommere anså, at Patientskadeankenævnet var berettiget til at træffe en afgørelse, som nævnet anså for materielt rigtig, medens en højesteretsdommer dissenterede og anså, at der ikke var hjemmel til at ændre Patientforsikringens afgørelse til skade for patienten, når der ikke var nedlagt

påstand herom i sagen. Afgørelsen blev truffet efter stemmeflertallet.

Selvom der er forskelligheder, foreligger der således to modsatrettede Højesteretsafgørelser med hensyn til erstatning for forsinkelse af behandling af stroke-in-progression inden for de sidste år. Retslægerådet har derfor fundet det relevant at referere begge sagerne og skal i øvrigt henvise til sidste årsberetning 2001-2002 (hvor også gives en status for akut medicinsk behandling af akut apopleksi). Mulighederne for erstatning ved forsinket behandling vil vel indtil videre bero på en konkret vurdering af detaljerne i hver enkelt sag. Ved behandling med trombolyse (blodpropopløsning) er tidsfaktoren meget afgørende, og en forsinkelse ud over de første 3-4 timer kan være kritisk. Denne nye behandling har imidlertid ikke været aktuel for de 2 sager, Retslægerådet her har omtalt, og rådet er indtil videre ikke bekendt med, at der har været erstatningssager, fordi langsommelighed har umuliggjort denne behandling.



# Infektion i halshvirvelsøjlen (spondylitis cervicalis)

*Sagen omhandler en 69-årig mand med nakkesmerter. Han henvendte sig til egen læge den 06.02.02 på grund af nakkesmerter igennem 4 døgn med tiltagende stivhed. Lægen opfattede tilfældet som et hold i nakken. Han tilrådede varme og behandlede med blokade med lokal anæstetikum og med gigtmicin. Blokaderne blev gentaget dagligt indtil 10.02.02, hvor vagtlæge indlagde på det lokale sygehus, fordi der nu var feber og almen påvirkning. Røntgenundersøgelse gav mistanke om infektion bag svælget. Han blev overflyttet til Øre-næse-halsafdelingen på X Centralsygehus, hvor der blev påvist gule stafylokokker i blodet, en byld bag svælget og efterhånden radiologiske knogleforandringer, der viste infektion i halshvirvelsøjlen (spondylodiscitis). Den 22.04.02 blev patienten overflyttet til neurokirurgisk afdeling, og efter undersøgelse blev patienten udskrevet derfra 07.05.02. Herefter bedredes tilstanden. Under forløbet var sagsøgeren blevet bibragt den opfattelse, at infektionen var forårsaget af den praktiserende læges indsprøjtninger. Der blev derfor anlagt sag mod lægen med krav om erstatning, men efter Retslægerådets udtalelser blev sagen hævet. (E 13201)*

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

## **Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes beskrive sagsøgerens lidelse ved henvendelsen til læge X den 6. februar 2002.*

Af læge X's journal fremgår, at sagsøgeren henvendte sig den 06.02.02 på grund af 4 dage varende, gradvist tiltagende stivhed og smerter i nakken. Ved objektiv undersøgelse fandt lægen sagsøgeren "forpint og fuldstændig låst i nakken. Er byldeom på højresidige nakkefæster". Der er ikke beskrevet almensymptomer, for eksempel feber. Henvendelsesårsagen blev registreret som: Symptomer/klage fra nakke ex.

hovedpine. Diagnose: Sympt./klage f. nakke ex. hovedpine.

Se i øvrigt besvarelsen af spørgsmål 7.

## **Spørgsmål 2:**

*På baggrund af den indhentede anamnese og den objektive undersøgelse ved konsultationen den 6. februar 2002 foretog læge X en blokadeinjektion med Xylokain og Adrenalin. Læge X gav endvidere sagsøgeren 2 tabletter Ketogan og recept på det smertestillende middel Brufen. Hvortil kom, at sagsøgeren blev tilrådet at anvende et uldent halstørklæde. Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt konsultationen den 6. februar 2002 skete i overensstemmelse med god lægefaglig praksis.*

Læge X foretog i forbindelse med konsultationen den 06.02.02 blokade-

behandling med Xylocain-adrenalin og udleverede 2 Ketogantabletter samt recept på Brufen 600 mg x 3-4. Lægen tilrådede uldent halstørklæde. Det er Retslægerådets opfattelse, at den ydede behandling er i overensstemmelse med almen anerkendt lægefaglig standard.

### **Spørgsmål 3:**

*Den 7. februar 2002 blev læge X kontaktet af sagsøgerens ægtefælle med oplysning om, at behandlingerne ikke havde hjulpet. På den baggrund ordinerede læge X 2 tabletter Hexalid og konsulterede sagsøgeren i dennes hjem senere samme dag. Ved konsultationen oplyste sagsøgeren, at tabletterne ikke havde hjulpet, hvorefter læge X på ny foretog en blokadeinjektion, og injektion med Vilan og recept på Somadril. Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt konsultationen den 7. februar 2002 skete i overensstemmelse med god lægefaglig praksis.*

Den 07.02.02 var smerterne tiltaget og læge X blev kontaktet telefonisk af sagsøgerens hustru. På grundlag af henvendelsen ordinerede lægen 2 Hexalid tabletter straks, og lægen aflagde sygebesøg senere på dagen. Sagsøgerens tilstand ved sygebesøget er ikke beskrevet nærmere, men lægen gav igen injektion Voltaren 3 ml svarende til nakkefæsterne på højre side. Herudover fik sagsøgeren 2 ml Vilan og recept på Somadril 1 x 3-4.

Bedømt ud fra den givne behandling må det formodes, at sagsøgerens smerter har været ganske intense. Bortset fra, at det må anses for uhensigtsmæssigt at injicere Voltaren svarende til de meget ømme nakkefæstninger, er der intet i det foreliggende materiale,

der giver grundlag for den antagelse, at lægen ikke har handlet i overensstemmelse med almindeligt anerkendt lægefaglig standard.

### **Spørgsmål 4:**

*Læge X blev på ny kontaktet den 8. februar 2002 og konsulterede derfor sagsøgeren igen. Sagsøgeren gav udtryk for fortsatte, om end aftagende smerter i nakken. Læge X gav derfor på ny sagsøgeren en blokadeinjektion med Voltaren. Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt konsultationen den 8. februar 2002 skete i overensstemmelse med god lægefaglig praksis.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

### **Spørgsmål 5:**

*Sagsøgeren blev den 10. februar 2002 indlagt på lokal sygehus og den efterfølgende dag overført til Centralsygehus. Retslægerådet bedes beskrive den lidelse, der blev konstateret under indlæggelsen.*

Den 10.02.02 blev sagsøgeren indlagt akut på medicinsk afdeling, lokalt sygehus, af vagtlæge på grund af svære nakkesmerter på formodning om diskusprolaps i halshvirvelsøjlen. Sagsøgeren havde på indlæggelsesdagen haft temperaturstigning op til 39,4. På lokalt sygehus fandt man ved blodanalyser tegn på infektionstilstand. Røntgen af halsregionen gav mistanke om rumopfyldende proces mellem luft-røret og halshvirvelsøjlen. På mistanke om abscess blev sagsøgeren overflyttet til Øre-næse-halsafdelingen på Centralsygehus. CT-scanning den 11.02.02 på Centralsygehus viste rumopfyldende

proces mellem luftrøret og halshvirvelsøjlen, mest udtalt på højre side. Der var ingen sikre tegn på abscessdannelse. Derimod fandt man ved bloddyrkning Staph. Aureus, hvorfor man startede behandling med penicillin og Diclozil. Temperaturen normaliseredes i løbet af nogle dage, og sagsøgeren blev udskrevet til hjemmet.

### **Spørgsmål 6:**

*I fortsættelse af besvarelsen af spørgsmål 5 bedes Retslægerådet vurdere, hvorvidt den lidelse, der blev konstateret ved indlæggelsen med overvejende sandsynlighed er forårsaget af én af blokadeinjektionerne givet af læge X. I bekræftende fald bedes Retslægerådet om muligt vurdere, hvilken af de givne injektioner, der må antages at have forårsaget lidelsen.*

Nej.

### **Spørgsmål 7:**

*Har Retslægerådet yderligere bemærkninger?*

Det er Retslægerådets opfattelse, at hele sygehistorien er forenelig med diagnosen spondylitis infectiosa (betændelse i hvirvelsøjlen). Denne lidelse opstår ofte, uden at man kan forklare opståelsesmåden, men det drejer sig om bakteriel smitte til hvirvelsøjlen gennem blodbanen eventuelt fra sår eller infektioner andet steds. Hyppigst rammes ældre, svækkede individer. Der er også øget hyppighed blandt stofmisbrugere og sukkersygepatienter.

Det er ikke Retslægerådets opfattelse, at injektioner i nakkemusklere kan med-

føre infektion foran hvirvelsøjlen eller i selve hvirvelsøjlen.”

### **Kommentar:**

Sagen er væsentlig for forståelsen af, hvorledes sjældne tilstande kan være svære at diagnosticere, og eventuelt kan føre til mistillid mellem patienter og læger. Den nævnte lidelse (cervikal spondylitis) er overordentlig sjælden. Den skyldes sædvanligvis en smitte, der kommer fra blodet, og gule stafylokokker er den hyppigste årsag til betændelsen. Sygdommen kan også ses i sjældne tilfælde, hvis der er udført procedurer i svælget med indføring af instrumenter i luftveje eller spiserør. Dette var ikke tilfældet her, og yderligere var infektionen for fremskreden på indlæggelsestidspunktet til, at det kunne være sandsynligt, at egen læge havde induceret lidelsen ved indsprøjtninger i nakkemuskulaturen få dage før.

Egen læges vurderinger viste sig efterfølgende at være et fejlskøn, hvorved den rigtige diagnose blev forsinket. Diagnostiske fejlskøn er meget almindelige ved de sjældne lidelser, og de vil i sådan et tilfælde sjældent kunne betegnes som ansvarspådragende, idet almindelig lægelig erfaring ikke vil tilsige, at lægen skulle overveje en meget sjælden diagnose, men derimod at rubricere tilstanden som en af de almindeligt kendte sygdomme med en tilsvarende symptomatologi. Nakkemesmerter er således en meget almindelig henvendelsesårsag i almen lægepraksis, men kun meget få læger i Danmark vil nogensinde opnå at stifte bekendtskab med den aktuelle sjældne diagnose.

Diagnosens sjældenhed medførte i dette tilfælde også, at behandlende sygehuslæger (eller andet sygehuspersonale) havde skønnet, at tilstanden måtte henføres til egen læges injektionsbehandling, en opfattelse de havde bragt sagsøgeren. Dette må som anført med overvejende sandsynlighed også betegnes som et fejlskøn af de ovenfor angivne årsager. Nærmere kendskab til diagnosen ville have tilsagt det behandlende personale, at den hyppigste årsag ville være en blodbåren infektion,

og at injektionsbehandling i nakkemuskulaturen rent teknisk og tidsmæssigt ville være en usandsynlig årsag. Sygehuslægerne havde valgt at informere sagsøgeren om deres mistanke, hvilket på den aktuelle baggrund både legalt, lægeetisk og økonomisk må betegnes som uhensigtsmæssigt af selvklare årsager. Sagsøgeren havde imidlertid en retshjælpsforsikring, og da sagen blev hævet tidligt var sagsomkostningerne som helhed begrænsede.



# Verapamil og alkoholpromille i blodet

*Retslægerådet får ofte forelagt sager vedrørende alkoholpåvirkede motorførere med forespørgsel, om behandling med medicin kan have indflydelse på alkoholomsætningen med den følge, at behandlingen kunne have en forhøjende effekt på den opståede (målte) blodalkoholkoncentration.*

*I en sag vedrørende spirituskørsel anførte sigtede, at behandling med medikamentet verapamil havde medført en højere promille, end hvis han ikke havde været i denne behandling. Retslægerådet konkluderede, at verapamil ikke kan antages at have betydning for alkoholomsætning og -forbrænding. Retten lagde Retslægerådets afsluttende svarafgivelse til grund, og sigtede blev dømt efter den ved blodprøve påviste alkoholpromille. (B 71881)*

37-årig mand anmeldes for spirituskørsel (overtrædelse af færdselslovens § 53, stk. 1). Kørslen fandt sted xx.xx.2002 kl. 15.07 og ved blodprøve udtaget samme dag kl.16.35 påvistes en blodalkoholkoncentration med mindsteværdien 2,19 ‰.

Sigtede oplyste, at han dagen før kørslen havde indtaget 100 cl vermouth (14 ‰) i tidsrummet kl. 18.00-22.00 og på kørselsdagen 1 almindelig øl om morgenen, og i tidsrummet kl. 13.30-15.00 yderligere 20 cl vermouth. Sigtede og hans forsvarer gjorde i forbindelse med sagens behandling opmærksom på, at han var i medicinsk behandling med verapamil, et præparat der almindeligvis anvendes ved behandling af forhøjet blodtryk og forskellige hjertelidelser. I nærværende tilfælde blev præparatet anvendt med god effekt på en migrænelignende hovedpine. Forsvaret gjorde gældende, at det i et anerkendt amerikansk lægevidenskabeligt tidsskrift (L. Bauer og medarbejdere, Clinical Pharmacology and Therapeutics 1992, vol. 52, side 6-10) er beskrevet, at

verapamil kan hæmme nedbrydningen af alkohol og forhøje den berusende effekt af alkohol.

Retslægerådet kunne på det foreliggende ikke udelukke, at verapamilbehandlingen havde haft en mindre indflydelse på sigtedes alkoholpromille, og anførte på baggrund af det pågældende arbejde, at alkoholpromillen kunne være 17 ‰ højere, end hvis sigtede ikke havde været i denne behandling. Man måtte på denne baggrund antage, at sigtedes alkoholpromille på kørselstidspunktet ville have været over 1,50 ‰, men ikke over 2,00 ‰, såfremt sigtede ikke havde været i den pågældende behandling.

Sagen blev herefter på ny forelagt Retslægerådet med anmodning om oplysning af begrundelsen for, at Retslægerådet havde lagt en forhøjelse på 17 ‰ af alkoholpromillen til grund for voteringen. Forsvareren hæftede sig blandt andet ved, at der ikke var anført nogen kilde, der nærmere indikerede netop 17 ‰. Den fornyede forelæggelse

for Retslægerådet foranledigede Rådet til at foretage en litteraturgennemgang over en mulig indvirkning af verapamil på alkohols optagelse, fordeling og forbrænding i organismen. De foreliggende arbejder er ikke overensstemmende og kunne ikke bekræfte det arbejde, som Retslægerådet ved sin første votering lagde til grund for udtalelsen. Retslægerådet konkluderede herefter, at der ikke foreligger videnskabelig evidens for, at verapamil har nogen betydende indflydelse på alkoholomsætningen hos mennesker.

Rettens bemærkninger og dommen: I rettens bemærkninger anføres: "...Efter Retslægerådets svar af 1. juli 2003 lægger retten endvidere til grund, at der ikke foreligger videnskabelig evidens for, at verapamil har nogen betydende indflydelse på alkohols omsætning hos mennesker. Efter det anførte finder retten ikke grundlag for helt eller delvist at tilsidesætte analyseerklæringen. Retten finder det herefter godtgjort, at tiltalte på gerningstidspunktet havde en alkoholpromille i blodet på mindst

2,19 promille alkohol, og at alkoholindtagelsen kan tilregnes tiltalte som uagtsomt. Tiltalte findes herefter skyldig i overtrædelse af færdselslovens § 53, stk. 1. Straffen fastsættes i medfør af færdselslovens § 117, stk. 1, 2. punktum til fængsel i 14 dage...."

**Kommentar:**

Retslægerådet finder det på grundlag af forløbet problematisk i fremtiden at lægge et enkelt lægevidenskabeligt arbejde til grund for vurderingen af sager, hvor det påberåbes, at medicinindtagelse kan have betydning for alkoholpromilles størrelse. Beklageligvis tog rådet i første omgang alene udgangspunkt i den refererede artikel, men som det fremgår, bør der foreligge yderligere bekræftelse, før Retslægerådet kan lægge et sådant enkeltfund til grund for vurderingen af sager vedrørende motorføreres alkoholindtagelse. Rådet kan i denne sammenhæng henvise til en lignende problemstilling, som der blev redegjort for i Retslægerådets årsberetning 1994, side 51.

## Dødsfald på grund af restforgiftning af opioid

*En 25-årig mand blev indsat i arresthus den 26.04.01. Han var narkoman og i behandling med Metadon. Den 23.05.01 blev det bemærket, at han var medicinpåvirket og kl. 21.15 fandtes han hængende på stolen ind over bordet i sin celle. Han blev kørt på skadestue på nærliggende centralsygehus, hvor han var bevidsthedssvækket med nedsat vejrtrækning, blåfarvning af huden og sammentrukne pupiller. På formodning om medicinpåvirkning gav den behandlende afdelingslæge en indsprøjtning af Narcanti 0,4 mg intravenøst (modgift mod opioider), og den indsatte blev hurtigt frisk. Han oplyste, at han havde røget heroin. Han blev kort tid herefter hjemsendt til arresthuset, hvor han ankom kl. 22.45. Cellen var forinden blevet undersøgt for morfika uden positive fund. Personalet havde en 10-15 minutters samtale med ham kl. 23.15, hvor han var upåfaldende. Den 24.05.01 kl. 08.00 fandtes han imidlertid død i cellen. Ved den retskemiske undersøgelse af afdøde fandt man 1,1 mg/kg metadon i blodet og positiv reaktion for cannabis i urinen. Der fandtes endvidere en sprøjte i afdødes underbukseelastik, den indeholdt 1 ml Narcanti, desuden var der en uåben ampul med Lanexat (modgift mod benzodiazepin) i afdødes bukselomme. I den afsluttende obduktionserklæring blev dødsårsagen anført som metadonforgiftning, og sagen blev efterfølgende undersøgt af Folketingets Ombudsmand. Ligesom Direktoratet for Kriminalforsorgen fandt ombudsmanden ikke anledning til at rette bebrejdelser mod politi eller arresthusets personale, men ombudsmanden viderebragte Retslægerådets kritik af den lægelige behandling. (E 12179)*

I forbindelse med ombudsmandens behandling af sagen havde Direktoratet for Kriminalforsorgen anmodet Retslægerådet om en udtalelse, for så vidt angår de lægelige spørgsmål. Retslægerådet har i denne anledning udtalt følgende:

”Ud fra oplysninger om sigtedes narkomani, sigtedes aktuelle tilstand og virkningen af Narcantibehandlingen (Naloxon) givet af afdelingslæge XX på .... Centralsygehus, må det antages, at sigtedes tilstand skyldes forgiftning med et morfinlignende stof.

De retskemiske undersøgelser har omfattet analyse af de almindeligt forekommende narkotika og morfika, herunder også heroin, og de positive fund er begrænset til metadon og hash. Narcanti er et lægemiddel, som ophæver virkningen af de forskellige typer af morfika, således både heroin og metadon.

Idet det er kendt viden, at antidotbehandling med Naloxon har en kortvarig effekt, og at morfinlignende stoffer som metadon og morfin (omdannelsesprodukt af heroin) har betydelig

længere virkning, må det anses for en lægelig fejl, at afdelingslæge XX ikke har ordineret indlæggelse med henblik på overvågning af tilstanden, eller givet klare instrukser for tæt observation af sigtede ved hjemsendelse. Det må anses for sandsynligt, at en overvågning af indsatte for yderligere behandling med Narcanti kunne have forbedret indsattes mulighed for at overleve forgiftningen.

Det er dog ikke muligt på baggrund af de foreliggende oplysninger at udtale sig, om afdøde kan have indtaget en ”større” mængde metadon natten mellem 23. og 24.05.01.”

**Kommentar:**

Som sagen er oplyst, havde arrestanten en svær, livstruende forgiftning, og det var korrekt, at arresthusets personale sørgede for akut behandling på Centralsygehuset, da han syntes medicinpåvirket. Behandlingen her var også umiddelbart korrekt. Det er ikke af betydning, om forgiftning skyldes for eksempel metadon eller heroin. Naloxon er en relevant modgift mod alle såkaldte opioider, og har i sig selv ikke nogen selvstændig opioidvirkning. Præparatet er således sikkert at bruge, da det vil være ude af stand til at forværre en besværet vejrtrækning, der måtte være fremkaldt af andre ikke-opioide narkotisk virkende stoffer. Givet som indsprøjtning til personer, der er tilvænnet opioider, vil Naloxon kunne fremkalde abstinenssymptomer

umiddelbart, således som det også var tilfældet her. Ved intravenøs indsprøjtning er virkningen af Naloxon næsten momentan. Varigheden af virkningen af Naloxon består i 1-4 timer, og er kortest efter intravenøs indgift. Denne korte virkningsvarighed står i modsætning til den længere varighed af virkningen af opioider, hvorfor der ved overdoseringer ofte kan blive brug for en eller flere ekstra indsprøjtninger i forløbet. Retslægerådet anser, at dette er almindelig anerkendt viden, men da rådet har indtryk af, at man ikke altid er tilstrækkelig opmærksom på forskellene i halveringstiderne og i virkningernes varighed for de forskellige stoffer, har rådet fundet anledning til at referere sagen. Konsekvensen af disse forskelle er, at patienter, der har været forgiftede af morfin og medikamenter med tilsvarende virkning, skal observeres med henblik på tilbagefald (rebound) mindst 4-6 timer efter Naloxonindgift.

Selv om arrestanten var under opsyn af politi eller sygehuspersonale hele tiden, syntes han alligevel at have kunnet skaffe sig både sprøjte og medicin under opholdet på Centralsygehuset, som kun var af cirka 1 times varighed. Han blev ikke visiteret efter tilbagekomsten, da han ikke havde været alene på noget tidspunkt. Selv om den medicin, man fandt på ham, ikke havde nogen betydning for forløbet, understreger fundet vel, at der kræves et konstant og omhyggeligt opsyn.

## Dødsfald efter fejladministration af medicin

*En 80-årig skizofren plejehjemsbeboer med rygerlunger havde gennem mange år haft tiltagende hyppige indlæggelser på grund af forværringer af den kroniske lungesygdom. Yderligere led han af væskeophobning på grund af svigtende hjertefunktion. Den nu afdøde havde i året 2002 aftenen inden sin død fejlagtigt fået en anden patients medicin, blandt andet clozapin i en dosis på 300 mg. Medicinen blev givet af en socialpædagog, der ikke fulgte de gældende retningslinier for dispensering og administration. Socialpædagogen fik umiddelbart efter mistanke om, at den lungesyge beboer havde fået noget forkert, og han kiggede til patienten, som på det tidspunkt sov roligt, men han foretog sig ikke yderligere. Den efterfølgende morgen fandtes patienten død i sin seng. Spørgsmålene til Retslægerådet drejede sig om den forkerte medicins indflydelse på dødens indtræden og om dødsfaldet kunne være undgået, hvis afdøde var blevet tilset af en læge umiddelbart efter, at det blev opdaget, at der var givet forkert medicin. Retten fandt socialpædagogen skyldig i henhold til anklageskriftet, og straffen blev fastsat efter straffelovens § 157 om forsømmelse eller skødesløshed i tjenesten til fængsel i 60 dage. Desuden blev tiltalte frakendt retten i 3 år til at udøve virksomhed som socialpædagog eller anden virksomhed, der indebærer plejefunktioner på institutioner eller lignende steder, der væsentligst bliver brugt af mennesker svækket af alder, handicap eller lignende. Under hensyn til den forløbne tid og sagens øvrige omstændigheder fandt retten dog, at straffen ikke burde fuldbyrdes, betinget af at tiltalte ikke begik noget strafbart i 2 år. Af sagens akter fremgår, at patienten også i 1998 fejlagtigt fik clozapin, blev behandlet med respirator og overlevede. (E 12299)*

80-årig skizofren mand med bolig på et hjem for psykisk handicappede var storryger og havde en mangeårig svær kronisk lungelidelse, der var tobaksinduceret. Han blev behandlet med 10 mg cisordinol dagligt og på grund af lungesygdommen også med bricanyl, spirocort, atrovent i inhalationsapparat og efterhånden også prednison. På grund af væskeophobning i kroppen (ødemer) fik han spiron og furix, og han blev i perioder behandlet med antibiotika. Sommeren 1998 fik han

udleveret forkert medicin (clozapin). Han blev dengang sløv og måtte indlægges til respiratorbehandling i 3-4 dage. Den aktuelle sag i 2002 skyldtes en fejlagtig administration af medicin foretaget af en socialpædagog. Den lungesyge patient fik udleveret en anden patients medicin bestående af clozapin 300 mg, clonazepam 0,5 mg og estazolam 2 mg, idet socialpædagogen ikke fulgte hjemmets nedskrevne og umiddelbart tilgængelige retningslinier for dispensering og administration af

medicin. Disse retningslinier foreskrev klart, at dispensering (ophældning) af medicin og administration (udlevering) skal foretages i én sammenhængende arbejdsgang for den enkelte patient. Socialpædagogen brød disse retningslinier ved at hælde al medicin op til samtlige patienter i én arbejdsgang og derefter administrerede han medicinen til patienterne ligeledes i én arbejdsgang. Herved adskilte socialpædagogen dispenseringen fra administrationen til patienten.

Umiddelbart efter fejladministrationen havde socialpædagogen mistanke om, at den lungesyge beboer havde fået forkert medicin, men han foretog sig ikke yderligere efter at have tilset patienten, som på det tidspunkt sov roligt. Den efterfølgende morgen fandtes patienten død i sin seng. Ved obduktion blev det bekræftet, at afdøde led af en svær kronisk lungesygdom, måske med begyndende infektion. Desuden blev påvist arteriosklerotisk hjertesygdom. Retskemisk undersøgelse af blodprøver viste koncentrationer af clozapin i terapeutisk niveau svarende til dagsdosis på 300 mg.

Clozapin er et lægemiddel, som skal anvendes med stor forsigtighed grundet mulige bivirkninger. Når behandlingen indledes, skal det foregå med små doser omkring 12,5 – 25 mg dagligt for gradvist at trappe doseringen op til omkring 300 mg. Denne langsomme optrapning anbefales for at undgå bivirkninger som forstyrrelser i hjertets rytme, lavt blodtryk, bevidsthedssvækkelse og

kramper. Clonazepam og estazolam er begge sovemidler, der i sig selv ikke indebærer væsentlige bivirkninger i de anvendte doser.

Spørgsmålene til Retslægerådet var en anmodning om en lægefaglig vurdering af den forkerte medicins indflydelse på dødsårsagen, og om dødsfaldet kunne være undgået.

### **Spørgsmål til Retslægerådet:**

#### **Spørgsmål 1:**

*Den forkerte medicins indflydelse på dødsårsagen sammenholdt med de mængder fundne medicin nævnt i den supplerende rapport fra Retsmedicinsk Institut og de påviste svære lungeforandringer.*

XX har haft en mangeårig svær kronisk lungelidelse (kronisk obstruktiv lungelidelse), som var tobaksinduceret. Den har givet anledning til mange indlæggelser med akut forværring af åndenød og akut infektion, og han led af behandlingskrævende væskeansamlinger (ødemer) som udtryk for hjertesygdom.

Ved obduktionen blev det bekræftet, at XX led af svær lungesygdom, måske med begyndende infektion. Desuden blev der påvist hjertesygdom. I 1998 fik XX ved en fejl doseret clozapin. Han blev dengang respirationsinsufficent og måtte behandles med respirator. Afdøde har aftenen inden sin død i 2002 igen fået lægemidlerne Leponex

300 mg (clozapin), Ritrovil 0,5 mg (clonazepam), Domnamid 2 mg (estazolam) ved en fejl. Leponex er et stof, som anvendes til behandling af skizofreni i doser på 300-800 mg dagligt. Forskrifterne for behandling angiver klart, at behandling skal startes med lave doser, 12,5-25 mg dagligt og derefter langsomt optrappes for at undgå hjertepåvirkning, herunder forstyrrelse af hjertets rytme-funktion, lavt blodtryk (hypotension), bevidsthedssvækkelse (sedation) og kramper. Vurderet ud fra den tilgængelige viden om Leponex og dets virkninger, oplysninger om indgift af 300 mg Leponex til afdøde og det retskemiske fund af Leponex i afdødes blod, kan bivirkning som følge af Leponex-indtagelsen såsom hjertepåvirkning, lavt blodtryk og bevidsthedssvækkelse have haft betydning for dødens indtræden i forbindelse med afdødes svære, forudbestående lungelidelse og hjertelidelse.

### **Spørgsmål 2:**

*En lægefaglig vurdering af, om dødsfaldet kunne være undgået, hvis afdøde var blevet tilset af en læge umiddelbart efter, det blev opdaget, at der var udleveret forkert medicin.*

Det er ikke muligt at afgøre, hvilken betydning det ville have haft, såfremt afdøde var blevet tilset af en læge umiddelbart efter, at det blev opdaget, at der var udleveret forkert medicin.

### **Domsmandsrettens bemærkninger og dommen:**

Retten bemærkede, at tiltalte havde forklaret, at han ikke havde nogen lægelig uddannelse og ikke var bekendt med virkninger af den fejlagtige medicinering med Leponex, og han erkendte med stor sandsynlighed at have givet XX en forkert medicin. Desuagtet havde han efterladt XX på hjemmet uden at underrette en læge eller andre ansatte på hjemmet herom. Retten konkluderede herefter, at det fandtes tilstrækkelig godtgjort, at tiltalte havde tilsidesat hjemmets enkle regler for proceduren omkring medicingivelse, samt at han ved at undlade at foretage sig noget for at afbøde de eventuelle virkninger af den sandsynlige fejlmedicinering havde udvist grov forsømmelse og skødesløshed i sit arbejde som socialpædagog. Dommen blev fastsat til fængsel i 60 dage, betinget i 2 år, samt frakendelse af retten til at udøve virksomhed, der indebærer plejefunktioner på institutioner eller lignende steder, der væsentligst bebos af mennesker svækket af alder, handicap eller lignende.

### **Kommentar:**

Retningslinier, der udarbejdes for at sikre patienters sikkerhed, er opstillet for netop at undgå fejltagelser af den art, som er beskrevet i den aktuelle sag. Overtrædelser af disse retningslinier for medicinudlevering er alvorlige, da det medfører øget risiko for fejlmedicinering og dermed for patienternes ve og vel. Der er en viden om, at ingen syste-

mer, hvor mennesker er involverede, vil være 100 % fejlfrie. Det er derfor af stor vigtighed, at fejltagelser, der sker og opdages, straks fører til, at der tages skridt til at afbøde de virkninger, der måtte opstå, for eksempel ved en øjeblikkelig faglig og kompetent vurdering af de eventuelle virkninger art og farlighed. Socialpædagogen burde således på mistanken om fejladministration have tilkaldt eller konsulteret en læge for at få en stillingtagen til eventuel behandling eller indlæggelse. Det skal bemærkes, at netop dette for-

hold, den manglende reaktion på den formodede eller erkendte fejlmedicinering, karakteriseres af retten som grov forsømmelse eller skødesløshed. Det er således næppe fejlen i sig selv, der har medført den alvorlige dom, men snarere den manglende reaktion, da fejlen blev erkendt.

Retslægerådet finder det bekymrende, at den samme patient gentagne gange har fået livstruende medicin på grund af, at gældende retningslinier for dispensering og administration ikke er blevet fulgt.



# Færdselsuheld efter insulinshock

*Retslægerrådet behandler årligt flere sager vedrørende sukkersygepatienter, som under insulinchock forårsager alvorlige færdselsulykker. Her omtales de retsmedicinske aspekter i 4 yderligere sager. En af disse sager har tidligere været behandlet i Retslægerådet årsberetning 2001-2002 (s. 91ff.), hvor også spørgsmål om insulinilfælde og kørekort er drøftet.*

*Den 1. sag drejer sig om en 62-årig sukkersyg, der i alkoholpåvirket tilstand (promillekørsel) forårsagede en færdselsulykke, hvorved to blev dræbt. Han havde et insulinudløst blodsukkerfald, således at han på tidspunktet for færdselsuheldet befandt sig i en hypoglykæmisk tågetilstand, en tilstand ligestillet med sindssygdom. Han var således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet udtalte, at alkoholindtagelse kunne være medvirkende til udvikling af hypoglykæmien. Byretten tiltrådte, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men med henvisning til § 16, stk. 1, 3 pkt., blev han idømt fængsel i 6 måneder. Landsretten stadfæstede byretsdommen, blandt andet med den begrundelse, at der var årsagssammenhæng mellem indtagelsen af alkohol og den efterfølgende hypoglykæmi (E 12029). Efterfølgende blev sagen behandlet af Højesteret, der frifandt ved en delt afgørelse (4 mod 1) og således ikke fandt grundlag for at fastslå, at den sindssygelignende tilstand var en sådan følge af hans alkoholindtagelse, at den var omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt. Et mindretal fandt dog dette tilstrækkelig godtgjort og stemte for stadfæstelse af Landsrettens dom. Retten idømte en bøde på 6.000 kr. og frakendte retten til at føre motordrevet køretøj i 3 år. (E 13588)*

*Den 2. sag vedrører en 40-årig insulinbehandlet diabetiker, der sent om aftenen efter en lang arbejdsdag som fører af bil flere gange kørte den forkerte vej i en rundkørsel og påkørte en sættevogn. Ved ankomsten til sygehus påvist et lavt blodsukker. Et vidne oplyste, at sigtede kort før uheldet havde forladt arbejdspladsen og havde virket noget omtåget, hvorfor han havde tilbudt at køre ham hjem. Vidnet ændrede senere forklaring. I den sag traf politimesteren i X-købing beslutning om påtaleundladelse. (E 13700)*

*Den 3. sag vedrører en 57-årig mand, der ved en soloulykke kørte af vejen med sin bil og pådrog sig svære skader. Ved ankomsten til sygehus måltes et lavt blodsukker. Han havde haft insulinkrævende sukkersyge fra 24-års alderen, og efterfølgende afviste forsikringssselskabet at yde en erstatning, som i henhold til betingelserne ikke skulle udbetales ved følger til sygdommen. I forbindelse med et civilt søgsmål udtalte Retslægerådet, at der var en overvejende sandsynlighed for, at hypoglykæmi (lavt blodsukker) på grund af*

*hans sukkersyge var årsag til, at han forulykkede med sin bil. Byretten har oplyst, at sagen herefter blev frafaldet af sagsøger. (E13719)*

*Den 4. sag vedrører en 67-årig mand, der var sigtet efter færdselslovens §§ 3, 4, 15 og 54 ved den xx.xx.2004 om aftenen at have ført personbil, uagtet han på grund af sin sygdom ikke kunne føre køretøjet på fuldt betryggende måde. Han var endvidere sigtet for overtrædelse af straffelovens § 163, ved efterfølgende at have givet urigtige oplysninger om helbredsmæssige forhold, idet han i "blanket til erhvervelse af kørekort" havde skrevet nej til spørgsmålet "om han havde lidt af svimmelhed, besvimelse eller krampeanfald inden for de sidste 5 år" uanset, at han havde haft bevidsthedstab kort tid forinden i forbindelse med det ovennævnte ulykkestilfælde. Den 67-årige havde haft insulinkrævende sukkersyge i 45 år. Ved ulykken påkørte han et midterautoværn, han skiftede vognbane flere gange, han overskred spærrelinier, og han efterkom ikke politiets anvisninger om at standse. Der skete ingen personskade. Som svar på spørgsmål fra politimesteren udtalte Retslægerådet, at den 67-årig havde haft adskillige episoder med insulinilfælde og insulinshock, hvor han ikke nåede at reagere med at indtage kulhydrat. I forbindelse med ulykken var det sandsynligt, at han på grund af manglende evne til at føle advarselssymptomer havde fået et insulinilfælde med lavt blodsukker. Efterfølgende blev tiltale for overtrædelse af såvel færdselsloven som straffeloven opgivet. (E13815)*

### **Sag 1.**

Den 62-årige mand A var en morgen årsag til en færdselsulykke, da han i bil med stor fart kørte i den forkerte side af vejbanen. Ved ulykken omkom 2 personer og A selv pådrog sig svære kvæstelser. Efter uheldet var A fastklemmt i bilen, og han blev af vidner beskrevet som vrøvlende. Han var bevidstløs ved indlæggelse på sygehus, hvor hans blodsukker var meget lavt (0,8 mmol/l), og han fik sprøjtet en sukkeropløsning ind i blodårerne, hvorefter han vågnede op og var fuldstændig samlet. En blodprøve udtaget godt en time efter ulykken blev af Retslægerådet bedømt til at være ensbetydende med en alkoholpromille større end 0,80, men ikke over 1,20 på kørselstidspunktet. Han havde i en årrække lidt af insulin-

krævende sukkersyge. Om morgenen havde han indtaget sin sædvanlige dosis morgeninsulin, men han havde undladt at spise morgenmad. Aftenen forinden havde han drukket spiritus i et sådant omfang, at han om morgenen kl. 09.42 fortsat havde en alkoholkoncentration i blodet på 0,81 promille.

Retslægerådet havde udtalt, at der kunne være en sammenhæng mellem alkoholindtagelsen, sukkersygen og tågetilstanden og havde ved sagens behandling besvaret en række spørgsmål (se årsberetning 2001-2002, side 91-94).

A blev i byretten fundet skyldig i spirituskørsel efter færdselslovens § 53, stk. 2 samt i uagtsomt manddrab

og idømt fængsel i 6 måneder samt frakendt førerretten for et tidsrum af 5 år. I dommens præmisser hedder det blandt andet: "Retslægerådet har oplyst, at hypoglykæmisk tågetilstand må ligestilles med sindssygdom og at tiltalte således med overvejende sandsynlighed var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 på ulykkestilfældet.

I betragtning af forseelsens art, og af at tiltalte allerede i 1990 fik stillet diagnosen sukkersyge, at han løbende er blevet kontrolleret for sin sygdom og derfor har været bekendt, eller burde have været bekendt med de risici, sygdommen indebar for insulinshock og dermed tilstandens betydning for og indflydelse på hans evner til at føre bil, at han tidligere har oplevet insulinføling, at han på fastende hjerte tog sin bil på ulykkesdagen for at køre ind til byen for at forrette et ærinde, og at han aftenen forinden havde drukket spiritus i et sådant omfang, at han om morgenen kl. 09.42 fortsat havde en alkoholkoncentration i blodet på 0,81 promille finder domsmandsretten, at disse omstændigheder begrundes, at tiltalte skal pålægges straf, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Dommen blev stadfæstet af Landsretten, der blandt andet anførte:

"Det fremgår af Retslægerådets besvarelser, at alkohol begrænser leverens muligheder for at frigive sukker, som det normalt skal ske i tilfælde af faldende blodsukker. Herefter, og da det efter indholdet af politirapporten af x.x.2001, må lægges til grund, at tiltalte under kørslen følte sig utilpas, og i øvrigt af de grunde, der er anført af

byretten, tiltrædes det, at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, at tiltalte bør pålægges straf, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt."

Højesteret var uenig. Et flertal på 4 af 5 dommere fandt med udgangspunkt i Retslægerådets udtalelser "at det nok er overvejende sandsynligt, at alkoholindtagelsen i væsentlig grad har bidraget til udviklingen af den svære hypoglykæmi, men at den ikke direkte har medført denne tilstand, og at andre faktorer kan have bidraget til anfaldet". Disse 4 dommere anfører: "På denne baggrund finder vi ikke grundlag for at fastslå, at den sindssygelignende tilstand, A befandt sig i, er en sådan følge af hans alkoholindtagelse, at tilstanden er omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt.". Dommerne bemærker, at der, således som tiltalen er rejst, ikke kan tages stilling til, om straffeansvar vil kunne pålægges efter færdselslovens § 54. Et mindretal (1 dommer) finder det tilstrækkelig godtgjort, at den sindssygelignende tilstand var en følge af alkohol, og udtaler endvidere: "Af de grunde, der er anført af Landsretten, finder jeg endvidere, at særlige omstændigheder taler for at pålægge straf. Herefter – og da jeg kan tiltræde Landsrettens fastsættelse af straffen og frakendelsestidens længde – stemmer jeg for at stadfæste Landsrettens dom." Afgørelsen vedrørende skyldsspørgsmålet blev truffet efter stemmeflertallet. Straffen fastsættes herefter til bøde på 6.000 kr. efter færdselslovens § 117, stk. 3. I medfør af lovens § 126, stk. 1, nr. 5, jf. stk. 2 frakendtes A betinget retten til at føre motordrevet køretøj, hvortil der kræves

kørekort. Frakendelsen var betinget på vilkår, at han i 3 år fra dommen ikke førte motordrevet køretøj under sådan omstændigheder, at førerretten skulle frakendes ham.

I forbindelse med sagens behandling ved Højesteret blev der stillet følgende spørgsmål til Retslægerådet.

**Spørgsmål 1:**

*Der ønskes en beskrivelse af forløbet (symptomer, tidsforløb m.v.) fra en sukkersygepatient befindende sig i ”normaltilstanden”, til den pågældende oplever insulinføling, og til der eventuelt indtræder en hypoglykæmisk betinget tågetilstand?*

For lavt blodsukker (hypoglykæmi) er en almindelig komplikation til insulinbehandling af patienter med sukkersyge. Blodsukkerfald ledsages gerne af advarselssymptomer, og den enkelte patient kan identificere symptomerne og rettidigt tage de nødvendige forholdsregler ved at spise hurtigt resorberbart kulhydrat (insulinføling). I de første år efter starten af en insulinbehandling gælder det, at næsten alle lejlighedsvist vil opleve insulinføling, men efter et årelangt forløb svækkes symptomerne ofte om end ikke altid. Hypoglykæmi, der kræver hjælp fra andre mennesker, kaldes insulintilfælde. Hos de fleste med bevaret funktion af det indre (autonome) nervesystem vil hypoglykæmi udløse et stresshormonrespons, og der kommer tegn på en øget adrenalinsekretion. Det drejer sig om rysten, sitren, sveden, bleghed, angst, sultfornemmelse, hurtig puls efterhånden gående over i forskellige

grader af bevidsthedspåvirkning med bevidstløshed og kramper (insulinshock) på grund af det manglende glucosetilbud til hjernen. Hos nogle personer udebliver disse adrenalinbetingede symptomer imidlertid, og hjernen påvirkes uden varsler. Disse uvarslede symptomer fra hjernen, hvis stofskifte udelukkende beror på sukker-molekyler, kan variere en del, men der er ofte tale om forskellige grader af koncentrationstab, forvirring, mærkelig opførsel med præg af automathandlinger og omtåget bevidsthed (tågetilstand), synsforstyrrelser og søvnighed stigende til totalt bevidsthedstab. Tilstanden kan udvikle sig snigende, og man kan forblive i en tågetilstand igennem lang tid, uden at bevidstheden mistes helt.

Advarselssymptomer, sygdomserkendelse og en viden om årsagerne til og risikoen for hypoglykæmitilfælde er det vigtigste forsvar mod den hjernepåvirkning, der kan indtræde som en bivirkning til insulinbehandling af sukkersyge. Alle patienter skal således vide, at kostregulering er vigtig, at man under insulinbehandling ikke skal springe måltider over, at tidligere insulintilfælde øger risikoen for efterfølgende insulintilfælde, og at fysisk aktivitet har betydning for blodsukkeret.

**Spørgsmål 2:**

*Hvilke faktorer kan generelt forårsage, at der hos en sukkersygepatient indtræder en hypoglykæmisk betinget tågetilstand?*

Reaktionen på hypoglykæmi består generelt i a) alarmsymptomer og b) påvirkning af hjernefunktionen, som

er beskrevet under spørgsmål 1. Hvis blodsukkeret (blodglucosen) bliver tilstrækkeligt lavt, vil hjernen altid påvirkes. Patienter med diabetes er generelt mere udsatte for hypoglykæmi end normale:

1) fordi insulin kommer fra huden, og organismen kan ikke ændre på den mængde insulin, der nu engang er injiceret. Der kan derfor sent efter fødeindtagelse komme ubalance mellem insulin og sukkerindholdet i blodet.

2) den aktuelle modregulation ved et faldende blodsukker er generelt afhængigt af 2 hormoner, glucagon og adrenalin. Glucagon fungerer stort set ikke hos diabetespatienter med lavt blodsukker, hvorfor de er mere afhængige af adrenalinsekretionen end normale.

Ud over de allerede nævnte forhold er der en række faktorer, der øger risikoen for lavt blodglucose og dermed en hypoglykæmisk betinget påvirkning af hjernefunktionen:

a) Det er velkendt, at fysisk aktivitet tenderer til at give lavt blodsukker hos diabetespatienter. Det skyldes, at insulin efter injektion kommer fra huden, og insulin fra huden kan ikke som hos normale nedreguleres, når blodglucose begynder at blive lavt. Patienter med sukkersyge ved derfor, at de skal tage lidt mindre insulin, hvis de skal i gang med større fysisk anstrengelse, eller de skal have lidt ekstra mad med.

b) Som anført er modregulationen hos diabetespatienter i særlig grad afhæn-

gig af adrenalin. Gentagne tilfælde af lavt blodglucose tenderer til at reducere adrenalinresponsen, der dog kan normaliseres ved bedre kontrol og færre insulintilfælde. Hos patienter, der har haft sukkersyge i mange år ses undertiden en mere permanent beskadigelse af adrenalinregulationen, så adrenalin ikke stiger ved hypoglykæmi, og disse patienter har ofte meget svære anfald af hypoglykæmi.

c) Modregulationen er ikke alene afhængigt af adrenalin, men også afhængigt af, at der er et depot i leveren af glucose (glykogen), der kan afgives til blodet. Indtagelse af større mængder af alkohol og faste har den effekt, at der kun er lidt eller intet glucose i form af glykogen i depotet i leveren til rådighed for modregulation. Indtagelse af større mængder af alkohol disponerer altså til hypoglykæmi hos diabetespatienter, der er i insulinbehandling.

### **Spørgsmål 3:**

*Med hvilken grad af sandsynlighed var udviklingen af den af tiltaltes sukkersyge betingede hypoglykæmiske tilstand en følge af tiltaltes indtagelse af alkohol?*

Retslægerådet finder det overvejende sandsynligt, at den ret store indtagelse af alkohol aftenen før uheldet, der er dokumenteret ved den ret høje promille af alkohol i blodet den efterfølgende morgen, i væsentlig grad har bidraget til udviklingen af den svære hypoglykæmi, der har medført bevidsthedspåvirkning.

Det er ikke muligt præcist at angive graden af sandsynlighed for, at hypo-

glykæmien var en følge af indtagelse af alkohol. Det forhold, at vedkommende ikke indtog sin normale morgenmad, kan også have bidraget til anfaldet. Alkoholindtagelsen har ikke direkte medført hypoglykæmi, men har reduceret depotet i leveren, der er nødvendig for modregulationen, når blodsukkeret falder, for eksempel fordi vedkommende ikke indtog sin morgenmad.”

## **Sag 2.**

Sigtede (B) kørte kl. 22.04 i en personbil 3-4 gange den forkerte vej i en rundkørsel og påkørte i forbindelse hermed en sættevogn. Blodsukkeret blev målt ved ankomsten til skadestuen kl. 22.25 og var 1,6 mmol/l. Ved ankomsten til sygehuset var B ikke vågen og relevant, men han vågnede op og blev klar og samlet efter indsprøjtning af glucose i blodåre.

B havde til politiet oplyst, at han lige var startet efter en uges ferie, at han havde været på arbejde om dagen, og efterfølgende havde han om aftenen til kl. cirka 21.30 hjulpet en ven med at gøre en bil klar til salg. Herefter havde han drukket en light sodavand, inden han kørte fra stedet. Han havde ikke på noget tidspunkt i løbet af dagen eller aftenen haft insulinføling, og han angav, at han normalt kunne mærke symptomer i form af sult og manglende koncentration før insulinshock, men dette havde han ikke haft. Et vidne oplyste, at han bemærkede, at B havde været noget fraværende og omtåget, og at han derfor havde tilbudt at køre sigtede hjem. Dette afslog sigtede, der

forlod arbejdspladsen kl. cirka 21.30. Vidnet ændrede senere forklaring og anførte, at sigtede nok var lidt omtåget, men ikke fraværende, og at han ikke havde tilbudt at køre ham hjem.

I forbindelse med behandling af sagen stillede politimesteren følgende spørgsmål til Retslægerådet.

### **”Spørgsmål 1:**

*Kan sigtedes blodsukker - målt til 1,6 ca. 20 minutter efter færdselsuheldet - antages at have været årsagen til, at sigtede kørte den forkerte vej rundt i en rundkørsel og herefter påkørte en sættevogn?*

Det målte blodglucose kort tid efter ulykken er abnormt lavt (hypoglykæmi), og hjernefunktionen har utvivlsomt været nedsat, jævnfør ovenfor, så sigtede har ikke været klar over, hvad han foretog sig. Spørgsmålet kan således besvares bekræftende.

### **Spørgsmål 2:**

*Måtte sigtede før eller under kørslen indse, at et lavt blodsukker (insulinshock) var nært forestående?*

Nogle patienter med sukkersyge har ikke varslings symptomer (alarmsymptomer), før det lave blodglucose påvirker hjernefunktionen, så spørgsmålet kan besvares med et nej.

### **Spørgsmål 3:**

*Måtte sigtede før eller under kørslen indse, at han ikke var i stand til at føre køretøj på fuldt betryggende måde.*

Nej, besvaret under punkt 2.

**Spørgsmål 4:**

*Befandt sigtede sig under kørslen i en tilstand omhandlet af straffelovens § 16, stk. 1?*

Retslægerådet har ved sin besvarelse af spørgsmålet lagt til grund, at XX habituel er psykisk rask, jf. herved udtalelse af xx.xx.04 ved læge NN, hvoraf fremgår, at XX har forskellige legemlige sygdomme og symptomer, men der er intet anført om eventuelle psykiske lidelser.

En hypoglykæmisk tågetilstand er et såkaldt akut organisk psykosesyndrom, det vil sige en tilstand ligestillet med sindssygdom. Retslægerådet finder, at XX på tidspunktet for det påsigtede forhold befandt sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og at han således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.”

Politimesteren meddelte efterfølgende beslutningen om undladelse af påtale for overtrædelse af færdselslovens § 54 ... ”ved at have ført personbil... uagtet De på grund af insulinchock befandt Dem i en sådan tilstand, at De var ude af stand til at føre bilen på fuld betryggende måde. Begrundelsen for afgørelsen er, at videre forfølgning ikke kan ventes at føre til, at De findes skyldig til straf”.

**Sag 3.**

Den 57-årige mand forulykkede på vej hjem fra et møde om aftenen. Selv havde han hukommelsestab for ulykken, men ifølge tekniske undersøgelser og vidner havde han mistet kontrol

over sit køretøj og var kørt ud i et beplantet område, hvor bilen endte på venstre side, således at han var fastklemmt i forsædet. Ved ulykken pådrog han sig brud på kraveben, ribben, på bækken, samt en sammenfalden lunge. Blodsukkeret var lavt ved indlæggelsen. I sagsakterne nævnes både værdier på 2,4 og 3,4 mmol pr. liter. Han gjorde gældende, at hans sukkersyge var velreguleret, og at hypoglykæmi ikke var årsag til ulykken. Forsikringsselskabet afviste dog at betale erstatning.

I forbindelse med det civile sagsanlæg blev der stillet i alt 9 spørgsmål til Retslægerådet ved 2 fremsendelser.

**”Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilke faktorer der har indflydelse på blodsukkeret.*

Hos normale mennesker er blodsukkeret ret konstant. Om morgenen, inden man indtager føde, ligger blodsukkeret i plasma mellem 3,7 og 5,7 mmol/liter, den øverste værdi er lidt lavere på kapillærblod. Hos normale personer stiger blodsukkeret et par mmol efter fødeindtagelse noget afhængig af, hvad man spiser. Ved langvarig fysisk anstrengelse kan blodsukkeret falde noget afhængig af arbejdets intensitet.

Hos patienter med sukkersyge svinder blodsukkeret betydeligt mere afhængig af fødeindtagelse og den behandling, for eksempel i form af insulin, der gives for at holde blodsukkeret på nogenlunde normalt niveau.

En række faktorer kan påvirke optagelsen af insulin fra underhuden (omgivende temperatur, fysiske påvirkninger, tobaksrygning, fortykkelse af fedtvævet i underhuden på grund af for hyppig anvendelse af samme injektionssted m.m.), som kan medføre en uforudsigelig virkning af det indsprøjtede insulin. I visse tilfælde kan ophobet insulin i underhuden frigives uventet hurtigt medførende en uhensigtsmæssig kraftig virkning af det indsprøjtede insulin.

Blodsukkeret kan eventuelt blive for lavt, såkaldt hypoglykæmi, der kan påvirke hjernens funktion.

**Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om smerte kan have indflydelse på blodsukkeret.*

Større traumer og smerter af en vis styrke udløser ofte en øget sekretion af de såkaldte modregulationshormoner, der kan øge blodsukkeret. Ved stresspåvirkning øges afgiften af især adrenalin og kortisol fra binyrerne, der kan øge blodsukkeret.

Der er udført undersøgelser, hvor man har forsøgt at efterligne virkningen af akut stress på blodsukkerkontrollen med meget varierende resultater. Generelt synes akut stress dog ikke at påvirke blodsukkerregulationen, men der er ikke gode undersøgelser af virkningen af kronisk stress på blodsukkerregulationen.

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om man ud fra*

*en blodsuktermåling på et givet tidspunkt kan beregne, hvad blodsukkeret var en time forinden.*

Det kan man sikkert i et vist omfang, men det vil afhænge af den foreliggende situation. Man må vide, om det er en normal person eller patient med sukkersyge, og hvad personen har foretaget sig i den forudgående time. Er blodsukkeret lavt, er det svært at sige, hvad det var for en time siden.

Patienter med hypoglykæmi vil dog ofte på det tidspunkt, de indbringes på skadestuen på grund af modregulatoriske fænomener beskrevet under pkt. 2, have højere blodsukker end på det tidspunkt, det lave blodsukker satte ind.

**Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om et blodsukkertal målt til 2,4 kan betegnes som lavt. I bekræftende fald bedes Retslægerådet besvare, om det i så fald vil kunne udløse et hypoglykæmitilfælde.*

Ja. Der er i sagens akter anført blodsukkertal på 2,4 og 3,4 mmol/liter. Det sidstnævnte blodsukkerniveau vil sandsynligvis ikke påvirke hjernens funktion, men et blodsukker på 2,4 mmol/liter vil ikke alene udløse alarmsymptomer (hjerterebanken, sultfølelse og svedsekretion), men også påvirke bevidsthedsniveauet (hjernens kognitive funktion), såkaldt hypoglykæmi. Dog er det ikke altid, der udløses alarmsymptomer hos patienter, der har haft sukkersyge i mange år, men bevidsthedsniveauet påvirkes altid af



lavt blodsukker. XX har haft sukkersyge i mere end 30 år.

Der må imidlertid tages flere forbehold. For det første må man vide, hvor nøjagtig blodsuktermålingen er, og for det andet er blodsukkerniveauet afhængig af, hvor blodprøven tages. Den sukkerkoncentration, der påvirker hjernen, er koncentrationen i pulsåren (arterielt blod), og niveauet i især veneblod er typisk lidt lavere. Endelig er der forskel på, hvordan forskellige personer reagerer på lavt blodsukker.

Det ville være af stor værdi for voteringen, såfremt der kunne tilvejebringes udskrift af hospitalets blodprøveskema, således at blodsukkerniveauet kan dokumenteres ud fra laboratorieark eller lignende, og ikke ud fra modstridende referater i journalens continuationer.

### **Spørgsmål 5:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilke blodsukker-tal der må anses for at være normale.*

Der henvises til svaret på spørgsmål 1.

### **Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det er sandsynligt, at en person, der har haft sukkersyge i over 30 år og aldrig tidligere har haft et hypoglykæmitilfælde, pludseligt kan få et sådant anfald uden forudgående symptomer. Såfremt der besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om et sådant anfald vil kunne medføre, at en fører af en personbil, der bliver ramt af et anfald, vil miste herredømmet over bilen.*

Ja. Bemærk, at der efter den aktuelle episode er beskrevet flere hypoglykæmiske anfald (anfald med lavt blodsukker) i journalen (xx.xx og xx.xx.03).

Hvis førerens bevidsthedsniveau påvirkes, kan en bilfører nemt miste herredømmet over vognen, eller vedkommende kører på en uforsvarlig måde.

### **Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det efter Rådets opfattelse er sandsynligt, at XX's sukkersyge eller anden sygdom er årsagen til, at han forulykkede med sin bil den xx.xx.2003.*

Der er en overvejende sandsynlighed for, at hypoglykæmi (lavt blodsukker) på grund af XX's sukkersyge var årsag til, at han forulykkede med sin bil den xx.xx.2003.

Blodsukkeret var lavt, men det er ikke taget på ulykkestidspunktet, og man kan ikke med sikkerhed sige, hvad det var på ulykkestilfældet.

Man kan pege på, at XX ifølge politirapporten forlod det møde, han var til, på en måde, som de andre deltagere fandt påfaldende, og uden at tage afsked, hvad der kan være tegn på en let påvirkning af bevidsthedsniveauet.

Det kan endvidere bemærkes, at den læge, der behandlede XX på sygehuset, i journalen har noteret ”og medicinsk vagthavende tilkaldes, og iværksætter hypoglykæmi behandling”. Det var selvfølgelig nogen tid efter ulykken var sket.

Der er således overvejende sandsynlighed for, at XX var påvirket af hypoglykæmi (lavt blodsukker), da han forulykkede, men det kan ikke afgøres med sikkerhed ud fra de foreliggende oplysninger.

**Spørgsmål 8:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om forhold som usædvanlig stresspåvirkning som følge af særligt arbejdspress kan påvirke reaktionsmønstret for en person med denne type diabetes, som sagsøger lider og led af.*

Det er ganske svært at svare på. En øget afgift af stresshormoner vil sædvanligvis få blodsukkeret til at stige. Er man presset, kan man muligvis glemme at spise et måltid eller glemme at tage sin insulin, eller man kan være mindre opmærksom under kørslen, hvis ens tanker er koncentreret om et særligt problem. Det er ikke muligt at udtale sig om sådanne forhold har haft betydning for ulykken.

Der henvises i øvrigt til besvarelsen under spørgsmål 2.

**Spørgsmål 9:**

*Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, samt fremsendt laboratorieresvar fra Y Sygehus med oplysning om, at prøven er taget i arterie, bedes Retslægerådet oplyse om laboratoriets svar giver anledning til ændret besvarelse af spørgsmål 7: Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det efter Rådets opfattelse er sandsynligt, at XX's sukkersyge eller anden sygdom er årsag til at han forulykkede med sin bil den 8. april 2003.*

Nej. Der foreligger nu laboratorieark fra xx.xx.2003, hvoraf det fremgår, at blodsukkeret ved ankomsten var 2,4, og der er på laboratoriearket tilføjet med håndskrift: "Prøven er taget i arterie iflg. lab. xx.xx.2003 signeret ML". Som anført i Retslægerådets tidligere besvarelse under spørgsmål 1 og spørgsmål 4 er koncentrationen af sukker i pulsåreblod (arterielt blod) lidt højere end i hårkarblod (kapillært blod), som atter er højere end i blodåreblod (venøst blod) på grund af den udnyttelse, der finder sted ved blodets passage gennem vævene. Det forhold, at blodsukkeret ved ankomsten til sygehuset var 2,4 mmol/l i arterielt blod bekræfter således Retslægerådets votering, idet definitionerne på lavt blodsukker (hypoglykæmi) er baseret på undersøgelse af kapillært blod."

Byretten har oplyst, at sagen herefter blev frafaldet af sagsøger.

**Sag 4.**

Den 67-årige mand havde haft sukkersyge i 45 år. Aktuelt blev han insulinbehandlet med indsprøjtninger 4 gange i døgnet i form af hurtigtvirkende insulin før hovedmåltiderne og intermediært virkende insulin før sengetid. I 2004 påkørte han et autoværn, han skiftede gentagne gange vejbane, og han efterkom ikke politiets anvisninger om at standse på trods af både lys- og lyd-signaler. Han angav, at han havde følt blodsukkeret på vej ned, da han havde ramt autoværnet, men han mente, han kunne køre videre til en rastepads, som han bedømte til at ligge 4-5 km fremme. I forbindelse med den fortsatte

kørsel passerede han dog rastepladsen uden at bemærke dette. Da han endelig blev stoppet af politiet, beskrives han som forvirret med manglende orientering og med sløv, usammenhængende tale. Af sygehusjournalen fremgår, at der 2 år tidligere havde været et svært insulinshock med kramper og bevidstløshed samt et forudgående tilfælde af lignende art nogle dage før dette. Desuden fremgik, at han nogle gange havde taget dobbelt insulindosis ved uheld, og at der havde været et svært insulintilfælde under en flyrejse. Den aktuelle episode var også forbundet med et sådant svært insulintilfælde, og der har efterfølgende i 2005 også været et insulinshock, der krævede indlæggelse på hospital.

Manglende advarselssymptomer medfører ”hypoglycaemic unawareness”, der er en farlig tilstand, som er forbundet med øget forekomst af svære blodsukkerfald. Lavt blodsukker betegnes hypoglykæmi og kan hos insulinbehandlede diabetikere resultere i 1) insulinføling, der betegner en episode, som patienten selv registrerer og kan afhjælpe ved at indtage kulhydrat, 2) insulintilfælde, der betegner en episode, hvor der kræves hjælp fra andre (pårørende/skadestue), eller i 3) insulinshock, der betegner insulintilfælde med bevidstløshed, eventuelt med krampeanfald.

De spørgsmål, politimesteren stillede til Retslægerådet i forbindelse med behandlingen af sagen var følgende:

**”Spørgsmål 1:**

*Kan patienten få insulinshock, selvom pågældende har overholdt sin insulinbehandling med hensyn til mængde og tidspunkter?*

XX havde i maj 2004 et insulintilfælde. Ja, alle diabetespatienter har risiko for at udvikle et insulintilfælde, eventuelt et insulinshock, uanset om insulinbehandlingen overholdes med hensyn til mængde og tidspunkter. Risikoen for et insulintilfælde/insulinshock kan reduceres betydeligt, hvis patienten overholder sit måltidsmønster, følger reglerne for fysisk aktivitet og hyppigt selv måler blodglucose.

**Spørgsmål 2:**

*Har pågældende fået forvarslere?*

XX har ikke haft symptomer på lavt blodglucose. Angiver, at han først fornemmede, at hans blodsukker var på vej ned, da han ramte autoværnet. Oplyser også, at han ikke havde symptomer på lavt blodglucose.

**Spørgsmål 3:**

*Kan et insulinshock bevirke en reaktion som i den foreliggende sag?*

Ja. Uheldet og hændelsesforløbet i øvrigt er karakteristisk for insulintilfælde.

**Spørgsmål 4:**

*Bevirker insulinshock, at patientens normale dømmereaktion sættes ud af funktion?*

Ja. Ved tilstanden "insulintilfælde" som aktuelle eller ved "insulinshock" handler patienten ikke længere rationelt, og hans normale dømmekraft er derfor sat ud af funktion, også under bilkørsel. XX stopper således ikke bilkørsel på trods af påkørsel af autoværn og tegn fra politiet om at stoppe. XX indtager heller ikke kulhydrat med henblik på at hæve blodglucose, selv om han har medbragt en sodavand i bilen.

**Spørgsmål 5:**

*Kan insulinchock sidestilles med "svimmelhedsanfald, besvimelsestilfælde eller krampeanfald"?*

Patient med insulintilfælde kan klage over svimmelhed, og vil fremtræde usikker på benene og med faldtendens. Insulinshock er per definition et så svært tilfælde af lavt blodglucose, at der forekommer bevidstløshed, eventuelt med kramper.

**Spørgsmål 6:**

*Giver sagen Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?*

Normalt ses et blodglucose at være for lavt hos en diabetiker, når det er under 3,5 mmol/l. Den nydiagnosticerede type 1 patient har advarselssymptomer, for eksempel hjertebanken, rysten, sved, synsforstyrrelser ved et blodglucose på omkring 3,00 mmol/l. Hvis blodglucose fortsat falder, bliver personen forvirret, udvikler nedsat bevidsthedsniveau, eventuelt coma og kramper.

Med diabetesvarigheden kan symptomerne ændre karakter eller helt forsvinde. Patienten har i sidstnævnte situation ingen advarselssymptomer på lavt blodglucose og vil derfor ofte ikke handle rationelt med indtagelse af kulhydrater for at hæve blodglucose (eller stoppe bilkørsel i tide). Patienten, der mangler advarselssymptomer, har udviklet tilstanden "hypoglycaemic unawareness" (der findes ikke noget dansk ord for tilstanden). Efter cirka 30 års diabetesvarighed har omkring 25 % af patienterne manglende symptomer, og cirka 50 % har afsvækkede symptomer på hypoglykæmi. I en anden dansk undersøgelse fandtes, at kun 15 % af 411 tilfældigt udvalgte type 1 patienter havde symptomer ved et blodglucose på omkring 3 mmol/l, og 25 % have symptomer ved et blodglucose lavere end 2 mmol/l. Problemerne omkring hypoglykæmi illustreres også ved, at når patienterne tror, de har symptomer på hypoglykæmi, passer det kun i cirka 30 % af tilfældene.

"Hypoglycaemic unawareness" er en farlig tilstand og forbundet med en øget forekomst af svære hypoglykæmier, da patienten ikke handler rationelt ved lavt blodglucose med indtagelse af kulhydrater. Risikofaktorer for "hypoglycaemic unawareness" er lang diabetesvarighed, stram glycaemisk kontrol og hypoglykæmi per se.

XX har haft adskillige episoder med insulintilfælde og insulinshock, hvor han ikke har nået at reagere rationelt med indtagelse af kulhydrater. I relation til aktuelle ulykke må det anses for sand-

synligt, at XX har haft ”hypoglycaemic unawareness”, hvilket forklarer, at han har påkørt et autoværn og fortsat kørslen som beskrevet, uden selv at være bevidst om hændelsesforløbet, samt at det skyldes et lavt blodglucose.”

Efterfølgende meddelte politimesteren, at man i medfør af retsplejelovens § 721, stk. 1, nr. 2, havde besluttet at opgive tiltale for overtrædelse af såvel færdselsloven som straffeloven. Begrundelsen var, at videre forfølgning ikke kunne forventes at føre til, at den 67-årige ville blive fundet skyldig til straf. Han fik udstedt nyt kørekort med en gyldighedsperiode på 2 år.

### **Kommentar:**

I Danmark findes der skønsmæssigt 20-25.000 patienter med sukkersyge, der får insulinbehandling. Den hyppigste komplikation til behandlingen er, at blodsukkeret falder til for lave værdier (hypoglykæmi). De første par år efter behandlingens start kan næsten alle registrere eventuelle blodsukkerfald, og de kan imødegå dem ved at spise. Den enkelte person har ofte sit eget karakteristiske sæt af symptomer, der dog kan ændres med tiden. Med årene svækkes symptomerne oftest, og omkring 1/2 af de behandlede vil efter årelang sygdom udvikle episodisk eller permanent svækkelse, eventuelt bortfald af alle advarselssymptomer.

Som det er fremgået af Retslægerådets svar i de ovenfor omtalte sager, men også af redegørelser i tidligere årsberetninger, er ”hypoglycaemic unawareness” en alvorlig tilstand, idet

patienterne er i stor risiko for at udvikle svære tilfælde af hypoglykæmi med bevidsthedssvækkelse eller bevidstløshed. De sager, der forelægges for Retslægerådet, vedrører næsten alle trafikulykker, hvor bevidsthedssvækkede har ført motorkøretøj i en hypoglykæmisk tågetilstand. I mange af sagerne er der svære skader på patienterne eller tredjemand.

Mod vanlig praksis men ud fra paratviden har retslægerådet i disse sager valgt at svare på en del generelle spørgsmål for at sætte de afgivne besvarelser ind i en forståelig sammenhæng.

Forebyggelse af disse sager forudsætter i det mindste, at patienterne gennemfører en regelmæssig blodsukkerkontrol, og at de oplæres i insulinets virkninger herunder især i sammenhængen mellem fødeindtagelse, fysisk aktivitet, insulindosering og blodsukkerniveauet, og at de forstår de farlige konsekvenser af et for lavt blodsukker. Det er lige så vigtigt, at alle patienter forstår, at alkoholindtagelse øger risikoen for blodsukkerfald væsentligt. Både læger og patienter har et fælles ansvar for denne forebyggelse, og her gælder det ikke mindst om, at oplysninger om uvarslede tilfælde af blodsukkerfald ikke undertrykkes, ej heller når der skal udfyldes erklæringer om fornyelse af kørekort.

I 3 af de ovenfor omtalte sager var der tale om klare forsømmelser mod helt basale regler. I sag nr. 1 var der tale om kørsel efter en stor alkoholindtagelse den forudgående aften (selve kørslen

var promillekørsel) og overspring af morgenmåltidet. I sag nr. 2 var der tale om overarbejde og hjemkørsel fra arbejde kl. 21.30 efter større fysiske anstrengelser, og i sag nr. 4 var der tale om undertrykkelse af oplysninger om gentagne insulinshock, blandt andet ved fornyelse af kørekort.

I 2 af de 3 straffesager opgav politimesteren sagen, fordi han anså, at videre forfølgning ikke kunne forventes at føre til straf. Retslægerådet er opmærksom på, at dette formentlig også sker i en del andre sager, hvor politiet handler, uden at sagen forelægges for Retslægerådet. Hvor mange sådanne sager, der forekommer årligt, er rådet ikke bekendt med.

Højesterets afgørelse i sag nr. 1 og tiltalefrafaldene i sagerne 2 og 4 illustrerer, at samfundet indrømmer insulinbehandlede sukkersygepatienter en meget stor margin med hensyn til eget ansvar for trafikulykker, der opstår som konsekvens af mangelfuld kontrol af blodsukkeret. Rådet skal ikke her kommentere de juridiske afgørelser, men igen understrege behovet for forebyggelse. Som det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 6 i sag nr. 4, refereret ovenfor, er der tale om en meget stor gruppe af mennesker, der i trafikken vil have en væsentlig risiko for at forårsage skade på sig selv og andre.

Retslægerådets tidligere omtale af denne type sager har medført en henvendelse fra Justitsministeriet til Sundhedsstyrelsen, der i 2005 udtalte følgende:” På indeværende tidspunkt er der efter Styrelsens vurdering ikke sundhedsfaglig begrundelse for ikke at anbefale kørekort for henholdsvis 1 og 2 år til insulinbehandlede diabetikere ..... såfremt der i øvrigt ikke er lægelige oplysninger om helbredsmæssige forhold, som er hindrende for kørekort.” Styrelsen udtalte videre: ”Forholdene omkring kørekort til gruppe II køretøjer til insulinbehandlede diabetikere er blevet diskuteret ved møder i EU kommissionen. Så vidt Sundhedsstyrelsen er orienteret, er fokus rettet mod insulinbehandlede diabetikere uden føling og mod den tid, chaufførerne fører motorkøretøjerne. Der foreligger ikke information fra EU kommissionen om eventuelle beslutninger vedrørende udstedelse af kørekort til insulinbehandlede diabetikere.”

Herudover har Styrelsen erklæret sig enig med Retslægerådet i de udtalelser, rådet har afgivet, og som er gengivet i rådets årsberetning 2001-2002.

Retslægerådet mener fortsat, at der henstår et væsentligt problem. Rådet skal gentage opfordringen til de relevante fagpersoner, foreninger, selskaber og myndigheder om at overveje betingelserne for at erhverve kørekort specielt hos personer, der har været insulinbehandlet for diabetes mellitus i en længere årrække.

# Psykiatrisk særforanstaltning opretholdt på grund af fortsat risiko for recidiv til voldskriminalitet

*Denne sag er en opfølgning på en sygehistorie bragt i en tidligere årsberetning, hvor rådet påpegede, at en svært syg, skizofren mand, dømt for alvorlig voldskriminalitet, havde behov for intensiv behandling. Aktuelt fik rådet igen forelagt sagen med anmodning om en udtalelse om, hvorvidt rådet kunne anbefale foranstaltningen ophævet. Rådet vurderede, at en ophævelse af foranstaltningen ville medføre nærliggende risiko for recidiv til voldskriminalitet, og anbefalede derfor foranstaltningen, som havde været i kraft i 10 år, opretholdt. Retslægerådet foretager en lægelig vurdering og inddrager ikke proportionalitetshensyn i sine overvejelser. (A 40727)*

NN er en nu 37-årig mand, der siden sin tidlige ungdom har lidt af en svært behandlelig skizofreni. Sygehistorien er udførlig beskrevet i Retslægerådets årsberetning 2001-2002 (s. 127ff.), hvortil der henvises.

Resumerende skal anføres, at NN's symptomer især har omfattet vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, hvor han mener sig stræbt på livet og føler, at der bliver skudt på ham. Hertil har han været hørelsehallucineret og haft påvirkningsfølelser. Han blev i 1990 for vold dømt til ambulat psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse. NN unddrog sig behandlingen, og på trods af, at den idømte foranstaltning gav mulighed for indlæggelse, blev en sådan ikke iværksat. Den daværende behandlingsansvarlige overlæge anbefalede, at foranstaltningen blev ophævet med

henblik på at ”bedre behandlingsalliancen”.

Før sagen kom for retten, foretog NN imidlertid et alvorligt drabsforsøg på moderen og dennes samlever. Efter fornyet mentalundersøgelse i 1996 blev NN dømt til anbringelse på Sikringsafdelingen. Denne dom blev i 1998 ændret til en almindelig anbringelsesdom og i 1999 til en behandlingsdom med tilsyn af Kriminalforsorgen. I 2000 anbefalede den behandlingsansvarlige overlæge, at foranstaltningen blev ophævet, om end NN, trods intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin, fortsat var præget af omfattende psykotiske symptomer, herunder de tidligere nævnte vrangforestillinger. Foranstaltningen blev ikke ophævet, og efterfølgende fik NN ophold på en socialpsykiatrisk døgninstitution. I 2002 anmodede NN igen om foranstaltnings-

ophævelse. Af erklæringen, udarbejdet til brug for denne sag, fremgik, at den ambulante kontakt med NN var ebbet ud, han var gennem godt et år faktisk kun blevet set tre gange af psykiater. Af denne grund blev sagen omtalt i rådets årsberetning 2001-2002, idet rådet fandt anledning til at bemærke, at denne svært syge, potentielt farlige mand ”i allerhøjeste grad har behov for intensiv psykiatrisk behandling med grundige, hyppige vurderinger”.

I 2004 ønskede NN igen at få den idømte foranstaltning ophævet. Af den indhentede erklæring, som blev forelagt Retslægerådet, fra den nu behandlingsansvarlige overlæge fremgår, at NN fortsat havde ophold på den socialpsykiatriske døgninstitution. Han blev nu tilset regelmæssigt cirka hver måned, i perioder hyppigere. Han var på grund af et accelererende alkoholforbrug sat i behandling med antabus, og hertil blev han blandt andet behandlet med to former for antipsykotisk virkende medicin (tabl. Leponex 300 mg i døgnet og tabl. Zyprexa 30 mg i døgnet). På trods heraf havde han fortsat vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, hvilket viste sig ved, at han samlede ”våben” på sit værelse. Der blev således fundet en hammer under hovedpuden, ligesom han på et tidspunkt havde forskanset sig bag en skydedør. Han var til stadighed modvillig over for den medikamentelle behandling. Leponexbehandlingen medførte en tendens til krampeanfald, hvorfor NN også var i behandling med antiepileptisk virkende medicin, men blodprøvekontrol viste, at han ikke indtog denne medicin som ordineret,

og der var da også mistanke om, at han heller ikke indtog den øvrige medicin som ordineret. NN fremtrådte i udtalt grad præget af manglende følelsesmæssig kontakt (”autistisk”), hertil uden mimik, glædeløs (”anhedon”) samt fortsat opslugt af tanker om, at nogen efterstræbte ham på livet. Overlægen anbefalede foranstaltningen opretholdt, væsentligst med den begrundelse, at NN måtte antages at afbryde den medikamentelle behandling, såfremt foranstaltningen blev ophævet.

Retslægerådet udtalte, at NN ... ”har haft ambulante samtaler med behandlingsansvarlige overlæge, men ikke været indlagt. Der er blevet justeret i behandlingen med antipsykotisk virkende medicin, hvoraf han aktuelt får to præparater i tabletform. Han har på trods heraf, som tidligere, sinds sygdomssymptomer i form af vrangforestillinger og har også haft hørelseshallucinationer, ligesom han ikke har sygdomserkendelse og ikke er motiveret for at indtage medicin. Kontrol af medicinen mod epilepsi har vist, at han ikke tager medicinen regelmæssigt, og han har da også haft epileptiske krampeanfald, senest xx.xx.04. Han har i perioden haft et vist alkoholmisbrug, hvorfor han er påbegyndt antabusbehandling. I institutionen har han i perioder samlet ”våben” på sit værelse som udtryk for vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, idet han mener sig efterstræbt på livet.

Bortset fra de psykotiske symptomer og den manglende sygdomserkendelse fremtræder NN rolig i dagligdagen og har tilpasset sig døgninstitutionens ru-



tioner. Han har imidlertid fortsat behov for intensiv psykiatrisk behandling med hyppige, grundige vurderinger.

Retslægerrådet finder herefter at kunne tiltræde den behandlende overlæges anbefaling af, at den idømte behandlingsdom opretholdes uændret med henblik på yderligere stabilisering.”

NN indbragte ikke anklagemyndighedens afgørelse om, at foranstaltningen skulle opretholdes, for retten.

### **Kommentar:**

NN blev i 1996 dømt til anbringelse på Sikringsafdelingen for forsøg på manddrab. Foranstaltningen, som efterfølgende over et par gange er blevet ændret til en behandlingsdom, havde således, da Retslægerrådet senest behandlede sagen, varet i otte år. Retslægerrådet skal afgive lægevidenskabelige, ikke juridiske skøn, og proportionalitet (det vil sige sammenhæng mellem kriminalitetens grovhed og foranstaltningens længde) indgår derfor ikke i rådets overvejelser (Årsberetningen 2000, s. 119ff.), men rådet har dog anført, at recidiv til voldskriminalitet var en utilsigtet, men ud fra en lægelig betragtning forventet følge af lovændringer 1. juni 2000, hvor proportionalitetsprincippet blev forstærket på bekostning af

en konkret psykopatologisk vurdering (Årsberetningen 2001-2002, s. 107ff.).

Den her refererede sag illustrerer dels, som påpeget af Retslægerrådet i den tidligere kommentar, vigtigheden af regelmæssige og grundige psykopatologiske vurderinger, således at den medikamentelle behandling blev justeret og antabusbehandling iværksat, dels at opretholdelse af en idømt foranstaltning kan antages at hindre kriminelt recidiv. Såfremt foranstaltningen blev ophævet, er det overvejende sandsynligt, at NN ville ophøre med den medikamentelle behandling. Dette ville utvivlsomt medføre, at hans psykotiske symptomer, herunder hans vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, blev forværrede. Henset til, at han allerede under den igangværende ganske intensive medikamentelle behandling på grund af forfølgelsesvrangforestillinger blandt andet gemte en hammer under hovedpuden, vil der utvivlsomt være en særdeles nærliggende risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet ved ophævelse af den idømte foranstaltning. Retslægerrådet anbefalede derfor foranstaltningen opretholdt – naturligvis med den implicite forudsætning, at denne bliver varetaget omhyggeligt og kompetent.



## **Psykiatrisk patientklagenævn fandt, at en kvinde omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, ikke var sindssyg**

*NG er en cirka 46-årig kvinde, der for brandstiftelse var dømt til psykiatrisk behandling, tilsyn af Kriminalforsorgen mv. NG, der havde født seks børn i tre samlivsforhold, havde tidligere været psykisk rask og socialt velfungerende på trods af perioder med betydelige samlivsproblemer, stram økonomi og ansvaret for en stor børneflokk. Hun havde intet misbrug. Gennem det sidste cirka halvandet år før en brandstiftelse havde hun imidlertid udviklet symptomer på psykisk sygdom blandt andet i form af omfattende religiøse vrangforestillinger. Hun blev beordret til at sætte ild på sit eget hus af Guds stemme. Hun blev mentalobserveret og fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og som anført dømt til psykiatrisk behandling. NG var helt uden sygdomserkendelse, og hun nægtede at modtage antipsykotisk virkende medikamentel behandling. Den behandlingsansvarlige overlæge traf beslutning om tvangsbehandling, men det stedlige psykiatriske patientklagenævn underkendte to gange overlægens beslutning med den begrundelse, at NG ikke var sindssyg. Sagen blev indbragt for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, som fandt, at NG var sindssyg og også opfyldte de øvrige kriterier for tvangsbehandling. Det er velkendt, at paranoide patienter i kortere perioder kan "dække" over deres vrangforestillinger, men det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, som betød at denne svært syge kvinde blev unddraget behandling i næsten et år efter dommen, må undre henset til, at sindssygdommen var særdeles grundigt dokumenteret i mentalerklæringen, at retten havde fundet NG omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og altså sindssyg, og at overlægen i de to erklæringer om tvangsbehandling ligeledes havde fundet hende sindssyg (A 39899).*

NG er en 46-årig kvinde, som for brandstiftelse var blevet dømt til psykiatrisk behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af afdelingen og Kriminalforsorgen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Et lille år efter domfældelsen fik Retslægerådet forelagt sagen med blandt andet spørgsmålet om, hvorvidt det fandtes

formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser at opretholde den idømte foranstaltning. Baggrunden herfor var, at det stedlige psykiatriske patientklagenævn ved to afgørelser tre og fem måneder efter domfældelsen havde udtalt, at NG ikke var sindssyg eller befandt sig i hermed ligestillet tilstand, hvorfor nævnet ikke fandt betingelserne for tvangsbehandling opfyldt.

NG var i anledning af sigtelsen blevet mentalundersøgt af overlæge A, psykiatrisk afdeling, B hospital. Af erklæringen fremgår, at NG var opvokset under små, men velordnede sociale forhold. Barndomshjemmet havde været præget af en ret streng kristen tro, hvad NG havde opponeret noget imod. Efter ni års skolegang fik hun ufaglært arbejde, hvad hun havde i de følgende år. Hun fødte 20 år gammel sit første barn. Forholdet til barnets far blev senere afbrudt, blandt andet på grund af hans alkoholmisbrug.

NG flyttede på et tidspunkt til København, hvor hun indledte et nyt samlivsforhold, også denne samlever var angiveligt alkoholmisbrugende. NG fødte tre børn i dette samlivsforhold. Hun var stort set alene om at passe børnene, samtidig med at hun arbejdede i ældreplejen og forsøgte at uddanne sig til social- og sundhedsassistent. På et tidspunkt flyttede hun med børnene fra samleveren, og efter et kort ophold på et krisecenter fik hun egen lejlighed. Efterfølgende indledte hun et nyt samlivsforhold, hun fødte yderligere to børn. Parret og de i alt seks børn boede i en mindre lejlighed, og på et tidspunkt realiserede NG en gammel drøm om at flytte på landet i et hus med køkkenhave. Et par år før brandstiftelsen afbrød hun også forholdet til denne samlever. Under hele dette forløb arbejdede hun fortsat i ældreplejen, og blandt andet af økonomiske grunde påtog hun sig undertiden ekstravagter. Hun opgav den påbegyndte uddannelse.

NG har altid været legemligt rask.

NG er beskrevet som dygtig og engageret i sit arbejde. Det er fra forskellige sider oplyst, at hun var uden særlig interesse for materielle goder, men at hun altid var gået op i børnenes ve og vel. Hun har aldrig misbrugt alkohol eller euforiserende stoffer.

Formentlig omkring halvandet år før brandstiftelsen begyndte NG at ændre sig. Hun blev i tiltagende grad optaget af religiøse spørgsmål, hun opsagde sit arbejde og hendes økonomiske situation blev hurtigt forværret, idet hun ikke søgte om offentlig hjælp. NG havde tidvis telefonisk kontakt med sin nære familie, som oplevede hende i betydelig grad psykisk ændret, blandt andet optaget af religiøse forestillinger, som familien ikke kunne følge.

I dagene før ildspåsættelsen opsøgte hun blandt andet sin tidligere arbejdsplads, som fandt hende psykisk syg. Hun var indlagt et par dage på en psykiatrisk afdeling, men blev udskrevet, idet man vurderede, at en formentlig forbigående tilstand var afklinget. Få dage efter satte hun ild til sit hus, idet hun efterfølgende oplyste, at hun havde hørt Guds stemme, som beordrede hende til at sætte ild på huset, som nedbrændte til grunden. Hun blev surrogatanbragt på psykiatrisk afdeling, B hospital, hvor hun efterfølgende blev mentalundersøgt.

Ved indlæggelsen fandtes hun utvetydigt sindssyg, tankeforstyrret og præget af et omfattende system af vrangforestil-

linger, overvejende af religiøs karakter. Hun benægtede at være hallucineret, men hun blev iagttaget gående omkring, opslugt af indre forestillinger og talende med sig selv. Kort efter indlæggelsen satte hun ild til en papirkurv, hvorfor hun i en periode havde fast vagt. Hun var initialt totalt afvisende over for medikamentel behandling, men accepterede efter nogen tid behandling med antipsykotisk virkende medicin (Cisordinol stigende til 16 mg dagligt). (Det blev senere klart, at hun efter en periode ophørte med at indtage den ordinerede medicin, rådets bemærkning).

Mentalerklæringen konkluderede, at ansøgeren var sindssyg, formentlig lidende af en kronisk sindssygdom domineret af vrangforestillinger (kronisk paranoid psykose). Hun fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og man anbefalede dom til psykiatrisk behandling mv., hvilket også blev resultatet. Sagen blev ikke forelagt Retslægerådet.

Som anført blev Retslægerådet hørt om spørgsmålet om det formålstjenlige i at opretholde den idømte foranstaltning. Af en erklæring udarbejdet af overlæge B, psykiatrisk afdeling, C hospital, fremgår, at NG var blevet flyttet til et andet sygehus, hvor hun havde ophold på åben afdeling. Hun var for så vidt veltilpasset i afdelingen, hun overholdt aftaler om terrænfrihed og efterhånden også aftaler om overnatning i den lejlighed, hun efterfølgende havde fået. Hun var imidlertid fortsat

sindssyg, idet hun husede de samme vrangforestillinger som tidligere, og hertil mente hun nu, at "sagen" ikke længere drejede sig om hende selv og hendes børn, men om at hun havde en særlig mission, hvor hun skulle kæmpe for de psykiatriske patienters rettigheder og få åbnet offentlighedens øjne for, hvad der foregår i det psykiatriske behandlingssystem. Hun nægtede derfor at indtage medicin. Hun var klar over, at hendes holdning gik ud over hendes børn, men hun var overbevist om, at de på et senere tidspunkt ville blive "belønnet". På et tidspunkt tillod hun, at en mandlig stofmisbruger flyttede ind i hendes lejlighed, hvilket blandt andet kompromitterede hendes muligheder for at være sammen med børnene, men hun gav udtryk for, at den pågældende mand var en vigtig brik i hendes "sag".

NG havde - som det fremgår - ingen sygdomsindsigt. Hun blev undertiden iagttaget talende med sig selv, men hun benægtede hørelsesshallucinationer. Man bemærkede tydelige tankeforstyrrelser, og den følelsesmæssige kontakt med hende var dårlig.

Endelig fremgår det, at NG på et tidspunkt havde givet udtryk for ønsket om at slå overlæge B ihjel, ligesom overlægen var blevet anmeldt for ulovlig frihedsberøvelse efter at det stedlige psykiatriske patientklagenævn anden gang havde nægtet at give tilladelse til tvangsbehandling.

Overlægen konkluderede, at NG led af

skizofreni domineret af vrangforestillinger (paranoid skizofreni), og at medikamentel behandling, som kun kunne gives ved tvang, var en forudsætning for bedring af NG's psykiske tilstand og hermed for nedsættelse af risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet.

Retslægerådet udtalte på baggrund af det samlede materiale, at NG ... ”ved mentalundersøgelsen blev fundet sindssyg, formentlig lidende af en kronisk paranoid psykose, og hun fandtes omfattet af straffelovens § 16. Der blev anbefalet dom til psykiatrisk behandling med indlæggelsesvilkår, og det blev fremhævet i undersøgelsen, at der var behov for langvarig opfølgning og mulighed for medicinering af observanden af kriminalitetsforebyggende årsager. Den xx.xx.02 modtog hun dom til psykiatrisk behandling. Det fremgår endvidere, at hun har modsat sig medicinering, samt at beslutning om tvangsmedicinering ikke er blevet godkendt ved 2 anledninger i det psykiatriske patientklagenævn, henholdsvis xx.7.xx og xx.10.xx.

Den xx.10.xx blev NG fra psykiatrisk afdeling, A Sygehus, overflyttet til almen psykiatrisk afdeling, B Sygehus, åbent afsnit. Hun har siden opholdt sig der i henhold til dommen. Hun indgår efter en indledende fase i nogen grad i afdelingens aktiviteter, har fået flere udgangsmuligheder og har været på hjemmebesøg samt været sammen med sine børn. Hun fremtræder med utvetydige og vedholdende vrangforestillinger af systematisk karakter, indimellem bliver

hun anspændt, og hun er desuden vurderet tydeligt tankeforstyrret. Hun har ingen sygdomsindsigt og er på trods af gentagne forsøg på motivation for medikamentel behandling afvisende over for dette. I samtaler omkring praktiske gøremål, herunder henvendelse til kommune mv., synes hun dog relativt upåfaldende. I starten af indlæggelsen udtrykte hun ønsker om at slå den behandelende overlæge ihjel, men hun har senere taget afstand fra dette.

Det er Retslægerådets opfattelse, at NG fortsat er sindssyg, lidende af en kronisk paranoid psykose. Hun huser et omfattende system af vrangforestillinger. Hun har behov for psykiatrisk behandling, herunder medikamentel antipsykotisk behandling. En ophævelse af foranstaltningen for nuværende ville medføre en forøget risiko for kriminalitet, ligeartet med den pådømte. Retslægerådet kan derfor ikke anbefale ophævelse af foranstaltningen.”

Efterfølgende blev det klarlagt, at allerede det stedlige patientklagenævns første afvisning af tvangsbehandling var blevet indbragt for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (af NG selv). Af afgørelsen fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fremgår blandt andet, at det stedlige psykiatriske patientklagenævn som begrundelse for at underkende beslutningen om tvangsbehandling havde anført ... ”at nævnet fandt, at NG ikke var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed. Nævnet lagde særlig vægt på de foreliggende redegørelser for NG's

sygdomsforløb og aktuelle tilstand, og at nævnet under mødet kunne konstatere, at NG fremtrådte med en relevant indsigt i sin sygdom, samt at hun argumenterede velovervejede og indføleligt.”

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt NG sindssyg og i øvrigt fandt betingelserne for tvangsbehandling opfyldte.

### **Kommentar:**

Det fremgår af psykiatriloven, som trådte i kraft i 1989, at bortset fra frihedsberøvelse gælder de samme regler vedrørende tvang for retspsykiatriske patienter som for ”civile” patienter. Denne bestemmelse vakte ved psykiatrilovens ikrafttræden nogen debat, idet der blev givet udtryk for, at en dom til psykiatrisk behandling også måtte indebære, at retspsykiatriske patienter om nødvendigt kunne tvangsbehandles. Retslægerådet blev hørt over lovforslaget og et mindretal gav udtryk for den skitserede opfattelse. Forløbet har vist, at bestemmelsen om, at der gælder de samme kriterier for tvangsbehandling m.v. for retspsykiatriske som for ”civile” patienten ikke har voldt problemer, og der er efter rådets vurdering i dag bred opbakning til, at tvangsbehandling m.v. af retspsykiatriske patienter skal følge de samme retningslinjer, som er gældende for alle psykiatriske patienter.

Den her omtalte sag viser imidlertid, at der i enkeltstående tilfælde kan opstå problemer. NG var ved en langvarig og omhyggelig mentalobservation fundet utvetydig sindssyg og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, hvilket retten havde tilsluttet sig. Hun var uden sygdomserkendelse og nægtede at modtage nødvendig medikamentel, antipsykotisk virkende behandling. Beslutning om tvangsbehandling blev imidlertid underkendt to gange af det stedlige psykiatriske patientklagenævn med den begrundelse, at NG ikke var sindssyg. Det er velkendt, at paranoide patienter i kortere perioder kan opretholde en ”normal” facade og dække over vrangforestillinger eller glide af på spørgsmål herom. I denne sag var sygdommen imidlertid særdeles veldokumenteret, ligesom det var veldokumenteret, at sygdommen havde medført potentiel personfarlig kriminalitet i form af brandstiftelse. Det må således undre, at patientklagenævnet underkendte den behandlingsansvarlige overlæges beslutning om tvangsbehandling med den begrundelse, at NG ikke var sindssyg. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efterfølgende, at NG såvel var sindssyg, som at kriterierne for tvangsbehandling var opfyldte, men der skulle gå næsten et år efter dommen, før denne i virkeligheden svært syge kvinde kunne få den nødvendige behandling. Såfremt NG ikke havde været idømt en psykiatrisk særforanstaltning, havde den psykiatriske afdeling næppe haft anden mulighed

end at udskrive hende med heraf flydende konsekvenser, men da hun var idømt en psykiatrisk særforanstaltning, valgte afdelingen at tilbageholde hende i medfør af den idømte foranstaltning, idet afdelingen skønnede – hvilket Retslægerådet tilsluttede sig – at der ville være risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet, såfremt NG blev udskrevet uden behandling.



# Bizar kriminalitet som følge af sygdomsudvikling

*En 35-årig mand var sigtet for en række tilfælde af grov, bizar sædelighedskriminalitet, som han erkendte sig skyldig i. Han havde fra barndommen været aparte og frembudt vekslende, men ganske omfattende tvangssymptomer, som han delvis opfattede som personlighedsfremmede. I årene frem til de kriminelle handlinger isolerede han sig i tiltagende grad og udviklede vage vrangideer såsom, at han var profet. Han havde i kortere perioder modtaget ambulant psykiatrisk behandling. Det kunne umiddelbart være vanskeligt at vurdere, hvorvidt gerningsmanden var en tvangspræget aparte person, der udlevede bizarre seksuelle fantasier, eller om han var psykisk syg, og kriminaliteten måtte ses som betinget af hans sygdom. En grundig og omfattende mentalerklæring sandsynliggjorde, at han frembød en række symptomer, som pegede på en skizofreni under udvikling, og han fandtes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og en anbringelsesdom blev anbefalet. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, hvilket gerningsmanden, som var forpint af sin tilstand, også gjorde. (A 39713)*

NN er en 35-årig mand, som, da sagen blev forelagt Retslægerådet, blandt andet var sigtet for 17 tilfælde af forsøg på voldtægt. Sigtelsen blev siden ændret til 7 tilfælde af anden kønslig omgængelse en samleje efter straffelovens § 224, jf. § 218, stk. 2. Han var hertil sigtet for flere tilfælde af ulovlig omgang med hittegods, overvejende genstande m.v., han havde fundet i S-tog, to tilfælde af tyveri af damesko, taget fra sovende S-togspassagerer, samt for i 100 tilfælde at have kørt med S-tog uden billet.

De 7 tilfælde af sædelighedskriminalitet er ret ensartede. Et af forholdene er i anklageskriftet beskrevet således:

”Anden kønslig omgængelse end samleje efter straffelovens § 224, jf. § 218, stk. 2, ved den xx.xx.04 mellem kl. 07.00 og kl. 10.15, i S-toget mellem A og B S-station, at have skaffet sig anden

kønslig omgængelse end samleje med en kvinde, der var meget beruset og sov og befandt sig i en tilstand, i hvilken hun var ude af stand til at modsætte sig handlingen, idet tiltalte, der onanerede, tog hendes sko af og på rangerområdet på C S-station spredte hendes ben, og med en saks klippede hendes strømpebukser og trusser i stykker ved skridtet og belurede hendes kønsorganer, hvorefter tiltalte førte flere fingre op i hendes kønsdel og bevægede dem frem og tilbage, alt imedens tiltalte fortsat onanerede, hvorefter tiltalte, da toget kørte mod Kbh. H, stod af på D S-station og efterlod kvinden i toget.”

I nogle af de øvrige forhold forsøgte han yderligere at bedøve de sovende kvinder ved at placere vatrondeller, gennemvædet med trichloræthylen,

på deres tøj lige under ansigtet samt på askebægrene. Det var ikke i alle tilfælde, at NN fik skåret strømper og trusser i stykker, for eksempel fordi kvinderne vågnede og forlod toget. Han blev anholdt i forbindelse med det syvende forhold, idet togpersonalet iagttog og tilbageholdt ham.

NN blev i anledning af sagen mentalundersøgt.

I mentalerklæringen fremgår blandt andet, at NN er født og opvokset i et hjem i Storkøbenhavn som nr. 2 af 3 søskende hos samlevende forældre. Faderen døde af en hjertelidelse, da NN var 10 år gammel. Barndomshjemmet er beskrevet som upåfaldende, uden materielle mangler. NN havde vanskeligt ved at gennemføre den normale skolegang og kom efter 2. klasse i specialklasse, og efterfølgende blev han overflyttet til en skole for børn med særlige behov. Han gennemførte senere, cirka 20 år gammel, en HF-eksamen. I de følgende 10 år havde NN sporadisk ufaglært arbejde skiftende med kontanthjælp. Han begyndte for nogle år siden en læreruddannelse og gennemførte de to første år, men magtede ikke at fortsætte. NN har levet i to parforhold af henholdsvis 7 og 2 års varighed, men de senere år har han levet alene i egen lejlighed. Økonomisk har han klaret sig med SU, men han har oparbejdet en omfattende gæld, blandt andet 70.000 kr. til DSB for at køre uden billet. Han levede isoleret, opholdt sig oftest i sit hjem, hvor han var optaget af at finde oplysninger om religion, historie m.v. Han havde

vanskeligt ved at klare dagligdagens gøremål som rengøring og opvask, og der kunne stå sække med affald i stuen. Om sin legemlige helbredstilstand har han oplyst, at han lå i kuvøse umiddelbart efter fødslen, og at han som lille havde en spastisk lammelse i højre side, men han modtog genoptræning i de første skoleår, og han var nu helt uden symptomer herfra. Han har haft hjerterykninger nogle gange og i en periode lidt af besvimelsestilfælde. Der er dog intet, der tyder på, at han har epilepsi. Han blev 20 år gammel idømt en bøde for blufærdighedskrænkelser, men er i øvrigt ikke tidligere straffet. Han fik som helt ung stillet diagnosen ”nervøst hjerte”, ligesom han har haft andre, ret uspecifikke legemlige symptomer.

NN har lige siden barndommen oplevet psykiske problemer. Han var speciel, dagdrømte meget, havde svært ved at koncentrere sig og blev mobbet i skolen. Han led endvidere af ufrivillig afføring, frem til han var 6 år gammel. I puberteten var han usikker på sin kønsidentitet, fordi han mente, at hans muskulatur var mindre udviklet end hos andre mænd. Han havde kontakt til en homoseksuel mand, men uden noget seksuelt forhold, og han har siden opfattet sig som heteroseksuel. I forbindelse med sine parforhold har han haft vanskeligheder med initiativ og lyst til seksualitet og beskriver eksempelvis, at han oplevede sig afbrudt i væsentlige tankerækker, når kæresten lagde op til samleje. Dette er i mentalerklæringen beskrevet således:

”Observanden syntes, at hun havde en ejendommelig mangel på situati-

onsfornemmelse, når hun lagde op til seksualitet. Han følte sig ofte forstyrret af hende, når hun for eksempel satte sig på skødet af ham, lige når han var i gang med en tankerække, som lagde fuldstændig beslag på hans tanker. Han giver som eksempel, at det kunne være, at han sad og tænkte på en kop og så kom til at tænke på tobak og også overvejede, hvad han skulle gøre med fjernbetjeningen, og så tog tankerne al energien, og så havde han naturligvis ikke lyst til seksuelt samvær. Han oplevede overvejende seksuel lystfølelse, når veninden sov eller var halvsovende. Samlivsterapi hos privatpraktiserende gynækolog afsluttedes med den konklusion, at NN havde svære tvangsprægede handlemønstre, som blokerede for videre behandling. Selv mener NN, at hans mest vellykkede seksuelle forhold har været et par enkeltstående seksuelle forhold i hans ungdom, idet disse var følelsesmæssigt uforpligtigende. NN beskriver et temperament, der kan være voldsomt, herunder vredesudbrud. Han har haft korterevarende tilbagevendende tristhedsperioder, i løbet af hvilke han har kunnet have tilskyndelser til selvmord.”

NN har fra barn haft tvangsritualer, som ung først og fremmest vaskeritualet, senere andre ritualer, for eksempel at lege med sit hår, rive totter af hår ud, andre renlighedsritualer samt tvangstankefænomener, som han selv oplever er ude af trit med sin personlighed, og som han finder uforståelige. Nogle af fænomenerne er imidlertid ikke omfattet af følelsen af tvivl om deres

relevans og afstandtagen. Han har en forskruet og forstyrret tænkemåde og en påfaldende optagethed af filosofiske og religiøse emner. Han er konverteret til katolicisme og mener at kunne være en profet blandt andet på grund af alle de trængsler, han har gennemlevet. Indimellem har han også overvejet, om han var ”besat”. NN er meget optaget af ”stemninger” og har herom til mentalerklæringen oplyst, at ”...han var meget interesseret i astrologiske emner. Han læste om sit eget stjernetegn, og der stod, at han var stemningsfikseret. Observanden tænkte straks, at det passede præcist på ham. Han blev herefter meget optaget af stemninger, og er det stadig. Det kan vise sig ved, at han på gaden eller i bussen får en bestemt følelse, og så prøver han at holde fast i denne. Han skal så blive stående på samme sted og måde, som han stod, da den pågældende følelse opstod. Det kan være svært at komme tilbage til denne følelse, især når han er uden for sin lejlighed, hvor rummet hele tiden ændrer sig, biler kører frem og tilbage, folk går forbi ham og eventuelt ind i ham. Han kan da føle en utrolig aggressivitet og opleve, at folk med vilje forhindrer ham i at komme tilbage til denne stemning. Han kan få lyst til at råbe efter fremmede mennesker for eksempel ”dumme stodder, grimme møgkælling, fis af” m.m. De aggressive impulser svinder hurtigt, og observanden kan da blive flov ved tanken om, at han er blevet ustyrligt vred, for eksempel på en gammel dame, som var kommet til at skubbe til ham. Han tænker, at det ligeså godt kunne være hans egen moder, og det gør ham ked af det,

foruden at han indser, at det ikke var med vilje eller med det formål at genere ham. Det forekommer, at observanden må forlade det sted, hvor han prøver at komme tilbage til en bestemt stemning, simpelthen fordi der er for meget uro, og så vende tilbage på et senere tidspunkt. Den stemning, som han prøver at få fat i, er altid noget behageligt, det kan være en følelse eller en tanke. Observanden oplever ikke en indre modstand herimod, men han bliver alligevel irriteret over det, fordi det tager så meget tid og ødelægger alt for ham. Observanden beskriver endvidere, at han kan møde tilfældige mennesker på gaden eller i toget, for eksempel et par, der udstråler intimitet. Han bliver så grebet af denne følelse og kan finde på at køre et par ekstra stationer med toget for at blive i denne stemning. Det er også forekommet, at han er fulgt efter nogle for ham ukendte personer bare for at gå i deres fodspor og fastholde stemningen. Han har i disse situationer ikke følt sig styret udefra. Hyppigheden har været svingende, i perioder er det forekommet meget hyppigt, næsten i "en strøm, et kaos". Observanden har i sådanne perioder følt sig ligesom holdt fast i nogle kroge, han har vanskelighed ved at uddybe denne følelse yderligere. Han har da fundet, at det var nemmere at sove og ikke eksistere, så kunne man være fri for disse missioner. Bedt om at uddybe begrebet missioner, forklarer observanden, at i situationen, hvor han eksempelvis følger efter et par, er det ofte indlysende logisk for ham, at han må gøre det."

NN har aldrig haft et egentligt stofmisbrug, men har dog i en periode eksperimenteret, blandt andet med lightergas og hash, ligesom han har prøvet ecstasy nogle få gange. En enkelt gang har han forsøgt at tage heroin som indsprøjtning i et ønske om at "eskapere fra min egen virkelighed", men han fik ikke nogen egentlig rusmiddeloplevelse, som var lystfyldt. Han var ikke påvirket af rusmidler på tidspunkterne for de påsigtede forhold.

NN har selv oplyst, at han i en lang årrække har haft forskellige "tvangstanke" af seksuel karakter, der periodevist drejede sig om sovende kvinder gående over i voldtægtsscener. I forbindelse med disse tanker anskaffede han sig en taske udstyret med en flaske trikloræthylen, nogle vatrondeller, som var beregnet til at bedøve kvinderne med, en hobbykniv til at skære tøjet op og tape til at pacificere dem. Ligeledes medbragte han en gummiknippel, som havde relation til voldtægtsfantasierne. Han beskriver, at disse handlinger havde karakter af en impuls, der udgik fra ham selv, som udtryk for hans frie vilje. Han beskrev ligeledes, at han umiddelbart i situationerne kunne blive euforisk, men bagefter fik det dårligt over at have gjort noget sådant og ønskede det ugjort. Han har oplevet, at han har følt sig tvunget ud i disse "missioner" uden at opleve at være eksempelvis i trance. Han kunne få en udefinerlig fornemmelse af, at det var noget, han skulle gøre, at han var forpligtet til at gennemføre sit forehavende, og indimellem kunne han føle sig

afslappet og afspændt efterfølgende. I begrænset omfang var han i stand til at udsætte sit forehavende. I månederne op til anholdelsen drejede stort set alle hans tanker sig om disse handlinger, som han havde tiltagende svært ved at udsætte. Han havde overvejet at søge hjælp, fordi han selv havde en følelse af, at der var noget galt med ham.

På samme vis har han haft en impuls til at foretage berigelseskriminalitet og herunder en impuls til at køre gratis med S-toget i et sådant omfang, at han kunne få dårlig samvittighed, hvis han købte billet.

NN har oplevet at høre sine egne tanker højt, altid med sin egen stemme. Han har enkelte gange haft oplevelser af banken eller bevægelse af rør og radiator i sin lejlighed, men har i øvrigt ikke hørt stemmer eller lyde. Han har for nogle år siden haft en fornemmelse af, at der blev kigget på ham fra den anden side af spejlet, når han så derind. Han har også oplevet, at der var "agenter" omkring ham i en bus eller på gaden.

I forbindelse med mentalundersøgelsen blev der foretaget psykologisk undersøgelse, som konkluderede, at NN måtte opfattes som lidende af en skizofren tilstand.

Mentalerklæringen indeholder følgende diagnostiske overvejelser:

"Observanden har fra den tidlige barndom haft psykiske vanskeligheder og er blevet betragtet som særegen. Han har ligeledes fra ungdommen frembudt tegn på tvangsfænomener (vaske-

ritualer). På trods af sin primær gode begavelse har han måttet frekventere specialskoler.

Diagnostisk findes det overvejende sandsynligt, at observanden er i en egentlig psykotisk tilstand, hvorunder en skizofren tilstand findes at være en mulighed. Derfor taler hans vanskeligheder med at begå sig socialt, at færdiggøre uddannelse, den afvigende følelsesmæssige kontakt, den forstyrrede og forskruede tænkemåde samt en for hans livssituation i øvrigt påfaldende optagethed af filosofiske og religiøse emner, herunder forestillingen om muligvis at være profet.

På baggrund af oplysninger om tvangsritualer, specielt renlighedsritualer helt fra barndommen har man måttet overveje, om observanden lider af en svær atypisk tvangssygdom (obsessiv-kompulsiv sygdom). For dette taler de nævnte renlighedsritualer samt tvangstankefænomener, der tydeligt for observanden er ude af trit med hans personlighed i øvrigt, og som han finder uforståelige. En oplysning om grundlæggende tvivl på egne sanser og oplevelser (forestilling om mulig homoseksualitet) kunne være led i en tvangssygdom, hvor dette træk netop er meget fremherskende, uden at der er tale om en sindssygelig tilstand. Fænomenet med hårpilleri og udtrækning af hår (trichotillomani) kan ses som led i tvangssygdom. Imidlertid er andre af de fænomener, der kan rubriceres som tvangsmæssige, ikke omfattet af denne tvivl og afstandtagen fra observandens side, ligesom han ikke frembyder den

for tvangssygdom karakteristiske overdrevne optagelse af andre menneskers og omverdenens ve og vel.

Endelig kunne det tidlige starttidspunkt med kontakt- og indlæringsvanskeligheder helt fra den tidligere barndom pege på en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, for eksempel Aspergers syndrom. Der er ikke oplyst om usædvanlige, intense særinteresser fra barndommen, men i voksenalderen har observanden i perioder været fordybet i særlige emneområder.”

Konklusionen af mentalundersøgelsen lyder:

”Observanden er herefter sindssyg, og han må antages at have været det på tidspunkterne for de påsigtede handlinger, hvoraf han ved flere lejligheder har været påvirket af alkohol, uden at der var tale om patologisk rus. Han er normalt til godt begavet og skønnes ud fra de foreliggende oplysninger ikke at lide af epilepsi, ligesom der ikke er fundet andre tegn på organisk hjernelidelse. Observanden har ikke været i stand til at opnå stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, ligesom han ikke har formået at gennemføre en erhvervsuddannelse. Han har formentligt over de seneste 10 år i tiltagende grad sunket ind i sin egen forestillings- og oplevelsesverden, hvorunder han blandt andet er konverteret til katolicisme og nu opfatter sig selv som en slags profet. Han huser vagt formede overvågnings- og forfølgelsesforestillinger. Han er i stigende grad blevet optaget af tvangsfænomener, specielt på tankeplanet, men hans handlinger forbundet med

de påsigtede handlinger bærer også præg af rituel adfærd. Han er kun i beskedent omfang i stand til at forestille sig og indleve sig i andre menneskers følelser, og følelsesmæssigt fremtræder han afvigende med kaotiske affekter, som han ikke har kontrol over, foruden at hans kønsidentitet skønnes at være usikker, på trods af, at han selv anfører det modsatte. Hans realitetstestning er usikker. Han har klart sygdomsfølelse, og han er i ret udtalt grad forpint. Observanden har i perioder haft et vist forbrug af hash, men der synes ikke at være tale om et egentligt misbrug. Jf. ovenstående resume findes det samlet mest sandsynligt, at observanden lider af en skizofren tilstand under udvikling. Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig i den påsigtede kriminalitet, skal man, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mest formålstjenlig foranstaltning til forebyggelse af en formentligt ganske betydelig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende.”

Retslægerådet udtalte, at: ”NN er sindssyg og ligeledes var sindssyg på tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet og uden tegn på organisk hjernelidelse. På tiden for flere af de påsigtede handlinger var NN påvirket af alkohol, men der er ikke holdepunkter for antagelse af abnorm reaktion herpå.

NN har fra barndommen haft psykiske problemer. Siden ungdomsårene har han haft tvangstanker samt udført tvangshandlinger, og hans tilværelse

er i tiltagende grad domineret af disse fænomener. NN er kontakthæmmet og har igennem flere år i tiltagende grad isoleret sig. Han sociale funktionsevne har været aftagende.

Ved mentalundersøgelse findes NN præget af usikker realitetstestning, han er tankeforstyrret og har sandsynligvis vrangforestillinger. Den diagnostiske afgrænsning er usikker, men det forekommer mest sandsynligt, at NN er lidende af en skizofreni.

Retslægerådet finder NN omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som bedst egnet foranstaltning til imødegåelse af en formentligt betydelig risiko for ny ligeartet kriminalitet anbefale dom til anbringelse på hospital for sindslidende.”

NN erklærede sig skyldig i samtlige forhold, og han blev i byretten dømt til anbringelse som anbefalet ved mentalundersøgelsen og af Retslægerådet. Der blev ikke fastsat nogen længstetid.

### **Kommentar:**

Det er et grundlæggende synspunkt i psykiatrien og ikke mindst i retspsykiatrien, at afvigende eller bizar adfærd ikke nødvendigvis er et tegn eller symptom på psykisk sygdom, men at en tilstedeværende psykisk sygdom kan medføre afvigende eller bizar adfærd (Se for eksempel Retslægerådets årsberetning 1994, s. 65f.). Dette synspunkt er ikke mindst væsentligt at holde sig for øje, hvad angår seksuel adfærd og

hermed sædelighedskriminalitet. Nogle former for kriminalitet, herunder sædelighedskriminalitet, kan være så besynderlige og bizarre, at den umiddelbare reaktion vil være, at det må være en gal mands værk. Fra en faglig, psykiatrisk synsvinkel er en forudsætning for at stille en sindssygdomsdiagnose imidlertid, at en person, en sigtet, frembyder de alment accepterede symptomer på en given sindssygdom, således som disse symptomer er beskrevet i WHO's diagnoseliste (ICD-10). Kriminel adfærd kan vise sig at være begrundet i psykotiske symptomer; vold kan for eksempel være betinget af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, men det er vrangforestillingerne, ikke kriminaliteten, der danner grundlag for diagnosen.

I denne refererede sag var kriminaliteten og psykopatologien vævet i den grad ind i hinanden, at det kunne være svært at se, hvor det ene begyndte, og det andet sluttede. Var kriminaliteten en følge af en bagvedliggende sindssygdom, eller var der tale om en aparte og måske svært personlighedsforstyrret mand, der udlevede nogle bizarre seksuelle fantasier?

Den omhyggeligt udarbejdede erklæring viste, at NN helt fra barndommen havde udvist træk på en afvigende og aparte tankegang og adfærd, blandt andet i form af tvangstanker og tvangshandlinger. NN oplevede selv flere af disse symptomer som personlighedsfremmede, hvilket kunne tale imod psykosedagnosen, således som det diskuteres i erklæringens refererede

diskussionsafsnit. I årene før de kriminelle forhold blev NN's adfærd stadig mere aparte, han isolerede sig i tiltagende grad fra omverdenen og blev selvforsømmende. Hertil kom mere åbenbare, men dog vage psykotiske symptomer såsom vrangforestillinger i form af tanker om at være profet eller om at være overvåget, mulige episodiske hallucinatoriske oplevelser og en forskruet tankegang med tendens til privat sprogbrug. Ved en samlet vurdering af disse fund og symptomer – som ikke relaterer sig til de kriminelle handlinger – fandtes NN ved mentalundersøgelsen sindssyg, mest sandsynligt lidende af skizofreni med en snigende sygdomsudvikling.

Kriminaliteten kunne således ses som betinget af sygdommen.

Retslægerådet tilsluttede sig mentalerklæringens konklusion, herunder anbefalingen af en dom til anbringelse på psykiatrisk hospital. Det gjorde NN faktisk også – han havde vel ikke egentlig sygdomsindsigt, men en ret udtalt sygdomsfølelse, og ved retssagen, hvor han som anført erkendte sig skyldig i samtlige forhold, havde han ingen bemærkninger til anklagemyndighedens påstand om en anbringelsesdom, ud over, at han "henstillede", at der blev fastsat en længstetid på fem år. Det blev der ikke, men NN ankede ikke dommen.



# Aspergers syndrom

*Der omtales to sygehistorier, hvor diagnosen i begge tilfælde er Aspergers syndrom. Med udgangspunkt i disse to sager omtales betegnelsen sindssygdom og de hermed ligestillede tilstande i såvel straffeloven som psykiatriloven. Efter dansk praksis findes der ikke noget "juridisk" sindssygdomsbegreb, som adskiller sig fra den lægelige diagnose sindssyg (eller psykotisk), og betegnelsen sindssyg omfatter de samme psykiske sygdomme i såvel straffeloven som psykiatriloven. Derimod er der en vis forskel, hvad angår de ligestillede tilstande, som i psykiatriloven i det væsentlige omfatter meget svære affektreaktioner, som i den akutte fase (med en tvangsindlæggelse) kan være svære at skelne fra psykotiske tilstande, mens de ligestillede tilstande i straffeloven i det væsentlige omfatter forbigående abnormtilstande udløst af legemlig sygdom, for eksempel sukkersyge. Aspergers syndrom er en neurobiologisk, gennemgribende udviklingsforstyrrelse, og omtales undertiden som en tilstand i "autismespektret", der omfatter udviklingsforstyrrelse af meget vekslende sværhedsgrad. Man taler ligeledes om det affektive spektrum (fra ganske lette til meget udtalte (psykotiske) stemningsforstyrrelser) og skizofrenispektret. Sådanne "spektrumdiagnoser" kan ikke stå alene i retspsykiatrien, idet der i enhver sag må foretages en konkret psykopatologisk vurdering som grundlag for den retspsykiatriske klassifikation. (A 39412 og A 39981)*

Den første sag omhandler en kvinde, A, som er født i 1977. Hun blev 8 år gammel indlagt på børnepsykiatrisk afdeling, hvor diagnosen infantil autisme blev stillet under en to år varende indlæggelse. På grund af udtalte adfærdsforstyrrelser blev hun som 13-årig placeret på en institution, hvor hun gennemførte 10. klasse, herunder med karakteren 13 i dansk diktat. Hun boede efterfølgende nogle år hos moderen, indtil hun 19 år gammel – efter blandt andet at have været voldelig mod moderen – blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Hun har siden næsten permanent været indlagt. Fraset en hudlidelse (psoriasis) har hun været legemligt rask.

Ved psykologisk testning, foretaget da hun var 19 år gammel, fandtes hun primært normal begavet, men aspontan, langsom og stereotyp, konkret opfattende, ejendommelig i sit sproglige udtryk, usikker i sin identitet og med en dårlig følelsesmæssig kontakt (autistisk præget kontakt). Hun fandtes gennemgribende udviklingsforstyrret, lidende af Aspergers syndrom. Hun blev behandlet med antipsykotisk og antidepressivt virkende medicin, idet man blandt andet søgte at dæmpe tvangssymptomer, som hun også husede.

I 2000 afviste hun under henvisning til bivirkningerne at modtage den antipsykotisk virkende medicin. Hun blev xx.08.00 tvangstilbageholdt og overført

fra åbent til lukket afsnit. Baggrunden var, at hun i tiltagende grad var blevet anspændt, ophidset og udadreagerende, især når personalet forsøgte at begrænse hendes meget klyngende kontakt til sin moder. Efter bedring i tilstanden blev hun tilbageflyttet til åben afdeling, men xx.05.01 blev hun atter tilbageholdt og overført til lukket afdeling, denne gang efter at hun korporligt havde angrebet et personalemedlem. Efterfølgende var hun fortsat hyppigt anspændt og voldelig. Behandling (ligeledes ved tvang) med antiepileptisk medicin havde ikke bedret tilstanden. Hun virkede realitetsutilpasset, idet hun især fejlfortolkede moderens ønsker, muligheder og intentioner, men også hendes opfattelse af andre mennesker var præget af vrangideer. I øvrigt havde hun mange ritualer vedrørende spisning og toiletbesøg. Hun talte monotont og kunne være svær at afbryde. Hun var konkret opfattende og optaget af detaljer.

I maj 2001 klagede A over tvangstilbageholdelsen til Det psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte tilbageholdelsen. I juni 2001 godkendte byretten ligeledes tilbageholdelsen. Efter endnu en tvangstilbageholdelse og klage herover i efteråret 2001 godkendte nævnet atter tilbageholdelsen. A blev igen tilbageholdt, og denne 3. tilbageholdelse blev ligeledes indbragt for retten. Under sagens behandling stillede A's advokat med rettens godkendelse en række spørgsmål til Retslægerådet.

Ved sagens forelæggelse for rådet var medsendt nogle journalkopier, hvorfor rådet måtte anmode overlægen om en erklæring. På grundlag af det samlede materiale udtalte rådet herefter:

**”Spørgsmål 1:**

*Lider klageren af en egentlig sindssygdom i § 5 i Psykiatrilovens forstand?*

A har siden barndommen været liden af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, der medfører svære problemer i kontakt og adfærd, og med en læderet realitetsopfattelse, en privatpræget tankegang, konkret og fragmenteret oplevelsesmåde og en tidvis paranoid tolkningsmåde. Samlet finder Retslægerådet således, at A er sindssyg, hvorfor hun også i psykiatrilovens forstand er sindssyg.

**Spørgsmål 2:**

*I benægtende fald bedes det beskrevet, hvorledes klagerens tilstand adskiller sig fra en sindssygdom?*

Bortfalder.

**Spørgsmål 3:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Ingen øvrige kommentarer.”

På baggrund af rådets udtalelse og den behandlende overlæges hermed overensstemmende forklaring i retten blev tvangstilbageholdelsen godkendt.

I november 2002 kom A for sent tilbage til afdelingen efter en aftalt udgang.

Da hun blev konfronteret hermed af to personalemedlemmer, truede hun begge på livet og blev anmeldt til politiet. Hun blev i byretten fundet skyldig i overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, og på grundlag af en erklæring fra den psykiatriske afdeling dømt til psykiatrisk behandling m.v. Der blev ikke fastsat nogen længstetid for foranstaltningen. A ankede til landsretten med påstand om formildelse, således at der ikke blev fastsat nogen foranstaltning, subsidiært således, at der blev fastsat en længstetid. Sagen blev nu forelagt Retslægerådet med blandt andet følgende bemærkning:

”Det bemærkes, at det af kendelsen fremgår, at landsretten har lagt til grund, at forsvarerens begæring om forelæggelse af sanktionsspørgsmålet for Retslægerådet indebærer en anmodning om Retslægerådets vurdering af nødvendigheden af foranstaltningen efter straffelovens § 68 og i givet fald hvilken foranstaltning Retslægerådet kan anbefale. Landsretten lagde endvidere til grund, at forsvaret tillige ønsker Retslægerådets vurdering af, hvorvidt der i givet fald er grundlag for at undlade at fastsætte en længstetid, jf. straffelovens § 68a, stk. 2.”

Retslægerådet udtalte herefter, at A ” ... er sindssyg og var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Hun er normalt begavet. Hun har siden 1996 været indlagt på ... (sygehus), hvor hun i lange perioder har været tilbageholdt i medfør af psykiatrilovens bestemmelser om tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation. Hun er præget

af adfærdsforstyrrelser, defekt realitetsopfattelse, privat præget tankegang, konkret og fragmenteret oplevelsesmåde samt periodisk voldsom aggressiv udadreagerende adfærd. Der er endvidere tidvise affektexplosioner.

A lider af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse (Aspergers syndrom) af en sådan sværhedsgrad, at hun er sindssyg. Hun har behov for langvarig indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Retslægerådet finder herefter A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Hvis hun findes skyldig, skal Retslægerådet, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Efter Retslægerådets opfattelse er spørgsmålet om fastsættelse af eventuelle længstetider et juridisk og ikke et lægeligt spørgsmål.”

Landsretten stadfæstede byrettens afgørelse.

Den anden sag vedrører en mand, B, som er født i 1972. Han blev første gang anbragt uden for hjemmet, da han var 7 år gammel. Afbrudt af 1½ år hos moderen og en stedfader, da B var omkring 10 år, var han på institution eller i familiepleje frem til 20-års alderen, hvor han efter sit første fængselsophold flyttede i egen bolig. I skolen havde han svingende koncentrationsevne, og han

læser og skriver stadig dårligt. Kontakten med kammeraterne var sparsom. B var 26 år gammel gift i 2 måneder. Han har i det væsentlige levet af kon-tanthjælp. Han har allerede fra 11-års alderen stjålet biler, og han har fra sin tidligere ungdom været idømt adskil-lige frihedsstraffe for en lang række tilfælde af berigelseskriminalitet, dertil enkelte forhold vedrørende ildspåsæt-telse, røveri og stofkriminalitet. En del af kriminaliteten skal være begået for at betale af på ”dummebøder” til andre kriminelle.

10-12 år gammel var B i to år indlagt på børnepsykiatrisk afdeling, hvor der på grund af stereotypier, impulsivitet, ego-centricitet, manglende social forståelse og overfladisk kontakt stilledes diagnosen grænsepsykose. 15-17 år gammel havde han på grund af impulsstyret og afvigende, herunder især kriminel adfærd, kontakt med ungdomspsykia-trisk afdeling, hvor man hæftede sig ved hans begrænsede evne til at tåle frustration, til empatisk forståelse af andre samt til at sætte grænser for sine handlinger. Afdelingen fandt, at han led af en tidlig personlighedsskade eller en ”borderline”-karakter (hermed menes formentlig en form for grænsepsykose, rådets bemærkning). Han fandtes at have behov for at opholde sig i struk-turerede rammer, der kunne begrænse hans udadreagerende adfærd. Det an-befaledes, at han i stedet for afsoning blev placeret i en særlig pædagogisk institution. Ved mentalundersøgelse 18 år gammel fandtes han af den men-talundersøgende, voksenpsykiatriske speciallæge personlighedsafvigende,

især umoden, og det konkluderedes, at man ikke kunne se bort fra, at straf-afsoning kunne have en pædagogisk virkning, idet dog måske en advarsel kunne være tilstrækkelig. (Denne sag blev ikke forelagt Retslægerådet).

Da B var 31 år gammel blev han igen mentalundersøgt, sigtet for en lang ræk-ke biltyverier og tyverier samt forsøg herpå. Om de påsigtede forhold hedder det blandt andet: ”Det er fuldstændig umuligt for ham at gå forbi en bil, hvor nøglen sidder i. Ja, nogen gange kan han da godt gå forbi den, men så går han tilbage. Indimellem må han lige-som gå rundt om bilen nogle gange for at tage mod til sig. Det er ikke noget, han går og tænker på eller planlægger, det er en impulsiv tanke, han ikke kan modstå, der opstår, når han ser bilen med nøglen i. Bagefter er han ked af det, han synes det er tåbeligt. Han tror, det må være noget med adrenalin, det er noget med at komme ud og suse og have det sjovt.”

Videre hedder det: ”Han har det med computerudstyr lidt ligesom med biler, at det er fuldstændig umuligt for ham at registrere computerudstyr, som ser spændende ud, uden efterfølgende at planlægge og gennemføre tyverier heraf.”

B oplyste videre ved undersøgelsen, at han ”...på et tidspunkt havde en veninde, og at han i en periode over-vejende opholdt sig hos veninden, han har tænkt, at de var kærester. Han har også sagt, at han elskede hende og kaldte hende skat, men han har aldrig

forsøgt at røre ved hende, holde hende i hånden, kysse hende, og der har slet ikke været tale om et seksuelt forhold, da han ikke magter den nærhed, et seksuelt forhold indebærer. Han forklarer, at han én gang i sit liv har forsøgt at have samleje med en pige, men han magtede det ikke rent fysisk, og forholdet ophørte. Han har følt sig overbevist om, at han var kæreste med veninden, at forholdet var gensidigt og tænkt, at i løbet af 5-7 år ville de blive gift og få børn. Han kan ikke forklare, hvad der er grunden hertil. Han har aldrig talt med veninden om sine forestillinger.

Ved mentalundersøgelsen hæftede man sig endvidere ved, at der kun var ringe følelsesmæssig kontakt, sproget var noget privat, og han omtalte en indvendig "lille mand", der kom med opfordringer til ham. På baggrund af hans historie og med underbygning af psykologisk testning stilledes diagnosen Aspergers syndrom. Overlægen mente, at B var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han ikke fandtes sindssyg, men i en tilstand, der kunne ligestilles hermed, og der anbefaledes dom til ambulans behandling i psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse. I øvrigt anbefaledes, at behandlingen blev indledt med et langvarigt ophold i en egnet socialpædagogisk ledet institution "med mulighed for et velstruktureret miljø og en tæt skærmning".

Retslægerådet fulgte kun i nogen grad erklæringen og udtalte blandt andet:

"Det kan ikke afvises, at B's realitetsopfattelse som følge af den psykiske lidelse i perioder er så forstyrret, at han kan befinde sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom og således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han er med sikkerhed omfattet af straffelovens § 69".

Rådet anbefalede i øvrigt samme foranstaltning som den mentalobserverende overlæge, og retten fulgte anbefalingen.

#### **Kommentar:**

De to sager afspejler, at samme diagnose – Aspergers syndrom – kan dække over endda temmelig forskellige tilstande. A var på grund af sin lidelse så utilpasset og dårligt fungerende, at hun i en årrække havde måttet være indlagt på et psykiatrisk sygehus, hvor hun gentagne gange fandtes at opfylde kriterierne, herunder sindssygdom, for gennemførelse af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, mens B først efter 30-års alderen - og kun tidvis - mentes at være i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Det vil i øvrigt differentialdiagnostisk kunne diskuteres, om A som barn havde været præskizofren og som voksen åbenlyst udviklede sygdommen skizofreni, og om B måske rettelig skulle anses som lidende af en skizotypisk sindslidelse (det vil sige en tilstand med skizofrenilignende symptomer, uden at disse dog er af sindssygelig sværhedsgrad). Hverken A eller B frembød imidlertid de karakteristiske symptomer for henholdsvis skizofreni og skizotypi, hvorfor Retslægerådet i begge sager tilsluttede sig diagnosen

Aspergers syndrom. (Se også s. 129ff. i denne årsberetning.)

I en tidligere årsberetning (1997, s. 89-93) er de gennemgribende udviklingsforstyrrelser uddybende omtalt. Blandt andet er nævnt, at lette tilfælde af Aspergers syndrom ikke nødvendigvis er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men altid af samme lovs § 69, og som udgangspunkt vil der lægeligt blive anbefalet en psykiatrisk særforanstaltning. De to her refererede sager illustrerer denne opfattelse.

I forbindelse med en tvangstilbageholdelsessag blev Retslægerådet spurgt, om A led ...”af en egentlig sindssygdhed i § 5 i psykiatrilovens forstand?” Rådet svarede ...”at A er sindssyg, hvorfor hun også i psykiatrilovens forstand er sindssyg”. I en senere straffesag udtalte rådet, at hun var ”sindssyg” og derfor omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såvel psykiatrilovens § 5, som straffelovens § 16 indeholder ordet ”sindssyg”, (eller ”sindssygdhed”) og efter fuldstændig fast praksis opfatter psykiatere dette som synonymt med den lægelige definition af begrebet ”sindssyg” eller ”psykotisk”. Der findes altså ikke noget ”juridisk” sindssygdhedsbegreb, som adskiller sig fra det lægelige sindssygdhedsbegreb. Da ordet ”sindssyg” indgår i lovtekster, er det i sidste ende retten, som skal fortolke betydningen af betegnelsen. Rådet er imidlertid ikke bekendt med sager, hvor en domstol har fortolket sindssyg anderledes end den lægelige vurdering, men det er velkendt, at retten i en straffesag kan vurdere, at

en sindssyg ikke er utilregnelig, eller i en psykiatrilovssag, at det ikke var uforsvarligt at undlade for eksempel en frihedsberøvelse. Såvel straffeloven som psykiatriloven indeholder hertil en mindre udvidelse af sindssygdhedsbegrebet – ”ligestillet med sindssygdhed”, henholdsvis ”ganske ligestillet med sindssygdhed”. Sidstnævnte omfatter især akutte situationer (tvangsindlæggelser), hvor det for lægen kan være vanskeligt eller umuligt at afgøre, om en person befinder sig i en meget svær affekttilstand eller er (egentlig) sindssyg. Hertil kommer så visse ikke akutte tilstande som for eksempel svær nervøs spisevægring (anorexia nervosa).

Straffelovens ligestillede tilstande omfatter som udgangspunkt ikke affekttilstandene som for eksempel den abnorme enkeltreaktion m.v. (se herom rådets årsberetning 2000, side 59ff.). De ligestillede tilstande kan være akutte, forbigående psykisk abnormtilstande betinget af legemlig sygdom – i psykiatrisk terminologi ”akutte organiske psykosyndromer”. Et eksempel er visse tilfælde af konfusion betinget af lavt blodsukker (se for eksempel s. 105ff. i denne årsberetning). Hertil kommer psykiske abnormtilstande, som uden at frembyde sikre, åbenbare sindssygdhedssymptomer påvirker en persons handle- og dømmekraft (”realitetstestning”) i så udtalt grad, at tilstanden må ligestilles med sindssygdhed. Sagen vedrørende B er et eksempel herpå. Som det fremgår, anlægger Retslægerådet en restriktiv og snæver vurdering, hvad angår de ligestillede tilstande.

Aspergers syndrom er en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, og denne sygdomskategori omfatter tilstande af alle sværhedsgrader, som undertiden samles i betegnelsen "autisme-spektrum". På samme måde, og inspireret af WHO's diagnoseklassifikation, anvendes begrebet "det affektive spektrum", som omfatter alle stemningsforstyrrelser, fra ganske lette, forbigående depressive reaktioner til de sværeste psykotiske tilfælde af mani og depression. "Det skizofreniforme spektrum" omfatter, ud over skizofreni og en

række andre psykotiske tilstande, også skizotypi, der som anført principielt er en ikke-psykotisk tilstand. Sådanne "spektrumdiagnoser" anvendes undertiden i for eksempel forskningsmæssige sammenhænge, men de kan ikke stå alene i retspsykiatrisk sammenhæng, idet der i hver sag konkret skal tages stilling til, om en person er sindssyg, eventuelt mentalt retarderet eller befinder sig i en hermed ligestillet tilstand. Forudsætningen herfor er en grundig psykopatologisk beskrivelse og vurdering.





## Recidiv til drab af spædbarn

*A er en nu 32-årig mand, der for 10 år siden blev idømt seks års fængsel for vold med døden til følge ved at have påført sin otte uger gamle datter så alvorlige kranielesioner, at datteren døde. Aktuelt var han sigtet for drab af en godt 14 dage gammel datter ved på lignende måde at have påført dette barn dødelige kranielesioner. A, som var opvokset under velordnede forhold, havde fra barndommen frembudt en udtalt tendens til hidsighedsanfald. Han måtte forlade gymnasiet på grund af hyppigt fravær, og han har aldrig fået en uddannelse. Han levede som helt ung en lidt isoleret tilværelse uden megen kontakt til jævnaldrende. Ved mentalundersøgelsen foretaget i forbindelse med den første sigtelse, fandtes han personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet umoden, selvcentreret og affektlabil samt præget af manglende evne til indleven sig i andre mennesker. Retslægerådet fandt ham omfattet af straffelovens § 69, men nævnte diskrete tegn på en mulig psykotisk udvikling. A afsonede straffen i Anstalten ved Herstedvester. Efter prøveløsladelsen klarede han sig socialt rimeligt og etablerede et nyt parforhold. Samleveren fødte en datter, som A efterfølgende dræbte under lignende omstændigheder som ved den første sag – barnet græd, og i hidsighed slog han barnet ihjel. A blev igen mentalundersøgt, og ved denne undersøgelse fandtes de samme personlighedstræk som ved første undersøgelse, mens de diskrete psykosuspekter træk, han havde frembudt som ung, var forsvundet med alderen. Såvel den mentalobserverende psykiater som Retslægerådet anbefalede forvaring med henvisning til såvel kriminalitetens karakter som A's svære personlighedsforstyrrelse, hvilket også blev resultatet. (A 39994)*

A er en nu 32-årig mand, som var sigtet for legemsangreb af særlig rå og brutal karakter (straffelovens § 245, stk. 1) samt manddrab (straffelovens § 237), dels ved stump vold at have tilføjet sin godt 14 dage gamle datter blandt andet et stort blodunderløbent mærke på venstre kind og bag venstre øje samt, nogle dage senere, ved stump vold og ruskevold at have tilføjet datteren svære hjernelæsioner samt blødninger under den hårde hjernehinde og mellem de bløde hjernehinder, hvorved datteren pådrog sig så svære kvæstelser, at hun afgik ved døden. A var ti år tidligere blevet idømt fængsel i seks år

for at have påført en dengang cirka otte uger gamle datter kranie- og hjernelæsioner, hvilket medførte barnets død (straffelovens § 246). I forbindelse med denne første sag blev A mentalobserveret, først af embedslæge, efterfølgende under indlæggelse på Retspsykiatrisk afdeling, E hospital, hvor overlæge B afgav erklæring. I forbindelse med den aktuelle sag blev A ambulantly undersøgt af overlæge, dr.med. C, Retspsykiatrisk afdeling, D hospital.

Samlet fremgår, at A er opvokset under velordnede sociale forhold som den yngste af tre (adoptiv)brødre. Foræl-

drene blev skilt, da A var cirka seks år gammel. Han forblev sammen med sine brødre hos moderen, men bevarede i de følgende år en tæt kontakt til faderen. A er beskrevet som et stille og nemt barn, men helt fra barndommen har han været præget af voldsomme hidsighedsanfald, som kunne udløses på ringe foranledning. A klarede sig godt i folkeskolen, bortset fra at han havde svært ved matematik. Han startede i gymnasiet, men blev på grund af for meget fravær ikke indstillet til eksamen i 2. g. Han skiftede til et nyt gymnasium, hvor han igen startede i 2. g, men hans fravær var fortsat så betydeligt, at han heller ikke på det nye gymnasium blev indstillet til eksamen. Han ophørte herefter med skolegangen og blev pædagogmedhjælper. 20 år gammel traf han sin første hustru, som var cirka ti år ældre. Efter cirka et års samliv fødte hustruen den datter, som A efterfølgende blev dømt for at have ombragt.

A havde som spæd muligvis en muskellidelse, som medførte en lidt forsinket legemlig (motorisk) udvikling, men hvad angår sprog, renlighed m.v., udviklede han sig normalt. Han havde i øvrigt i det væsentlige været legemlig rask, bortset fra en fra barndommen bestående tendens til hovedpine.

A havde kammerater som alle andre som barn. Han oplyste selv, at forældrenes skilsmisse påvirkede ham meget, idet han var nært knyttet til faderen. Efterfølgende knyttede han sig nært til moderen, og han mener selv, at dette var årsagen til, at han

efterhånden blev mere isoleret fra kammeraterne. I gymnasiet holdt han sig ligeledes for sig selv, blandt andet med den begrundelse, at for eksempel gymnasiefesterne var præget af ”fest, øl og hornmusik”, og det brød han sig ikke om. Han forklarede sit store fravær i gymnasiet med, at han havde svært ved at komme op om morgenen, og havde han for eksempel arbejdet med en hjemmeopgave til langt ud på aftenen, fandt han, at han havde fortjent en pause. Hertil kunne hovedpine undertiden forhindre ham i at gå i skole. Af de tidligere mentalerklæringer fremgår, at A af andre blev vurderet som umoden, indadvendt, men også fantasifuld med urealistiske planer. A beskrev sig selv som kærlig, omsorgsfuld, hjælpsom og ordentlig og som en person, der tænkte dybt over tilværelsens forskellige aspekter. Han angav også at være temperamentsfuld, men forklarede dengang, at han havde lært at styre sit temperament. A benægtede ethvert misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer. Han havde ikke været påvirket på tidspunkterne for de kriminelle handlinger. Han havde kun haft en ganske begrænset omgangskreds forud for ægteskabet. Hans store interesse var skak, og i perioden, før han traf sin daværende hustru – ved en skakturnering – havde han kun haft en enkelt, noget ældre god ven, som også var skakinteresseret. Ud over skak interesserede A sig også for ”mystik” og overnaturlige fænomener, som han læste en del om. A havde aldrig frembudt sindssygdomssymptomer.

Den tidligere mentalerklæring konkluderede, at A var personlighedsmæssigt i betydelig grad afvigende, blandt andet umoden, selvhenførende og præget af tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne. Han var hertil idylliserende med ringe forståelse for andre menneskers behov.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte følgende: ”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af erklæring af xx.xx.92 af embedslæge X og mentalobservatørserklæring af xx.xx.92 af overlæge B, Retspsykiatrisk afdeling, E hospital, og øvrige for rådet foreliggende akter om A udtale, at han ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt eller jævnt normalt begavet. Personlighedsmæssigt beskrives han som i betydelig grad afvigende, blandt andet umoden og selvcentreret med ringe forståelse for og evne til indlevelse i andre mennesker. Han er hertil præget af en lav frustrationstærskel med udtalt tendens til undertiden voldsomme affektgennembrud. Samtidig synes han selvhenførende, præget af en letvakt angst samt tendens til ritualer, og ved den psykologiske undersøgelse er der fundet tegn på såkaldt ”magisk tænkning”, hvilket kan være et symptom på en mere dybtgående psykopatologisk tilstand. Samlet finder rådet det således muligt, at han må opfattes som personlighedsmæssigt dårligt integreret, og at han således på nuværende tidspunkt kan opfattes som værende såkaldt grænsepsykotisk. Han misbruger ikke alkohol

eller euforiserende stoffer, og han var ikke påvirket heraf på tidspunkterne for de påsigtede handlinger.

A findes herefter omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men Retslægerådet kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf. Under hensyn til hans personlighedsmæssige egenart skal rådet anbefale, at eventuel afsoning i hvert fald indledes i Anstalten ved Herstedvester.”

Efterfølgende blev A som nævnt idømt fængsel i seks år.

Af mentalerklæringen, udarbejdet i anledning af den aktuelle sag, fremgår blandt andet, at A under afsoningen i Anstalten ved Herstedvester i en længere periode havde regelmæssige samtaler med psykolog. Han blev vurderet som personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet idylliserende og dramatiserende samt i udtalt grad selvcentreret. Han kunne i perioder være trist og bekymret, men han var på intet tidspunkt dybere depressiv. Han foretog på et tidspunkt et selvmordsforsøg, som dog blev vurderet som ”noget dramatiseret”. Under slutningen af afsoningen havde han ophold på en af Kriminalforsorgens pensioner, hvor han tog hf-eksamen med jævnt gennemsnit. Han blev prøveløsladt med tilsyn af Kriminalforsorgen, tilsynsperioden var uden anmærkninger.

A selv oplyste, at han efter prøveløsladelsen havde haft et par kortvarige

samlivsforhold. Han havde i perioder arbejdet, og på et tidspunkt startede han et universitetsstudium, som han imidlertid måtte opgive af økonomiske grunde. Efterfølgende arbejdede han i en periode på boreplatforme i Nordsøen, men han var arbejdsløs ved anholdelsen.

A havde indledt samlivet med moderen til den nu afdøde datter et års tid før drabet. Han beskrev samlivet i idylliserende vendinger. Han havde på et tidspunkt oplyst samleveren om, at han havde afsonet en frihedsstraf, fordi han havde ”slået en mand ihjel”.

A angav ved den aktuelle mentalundersøgelse, at den tidligere dom var regulær nok. Han forklarede den dengang begåede vold med, at han havde været meget ung, at det hele var ”afmagt”. Han omtalte behandlingen, han havde modtaget i Anstalten ved Herstedvester, særdeles positivt, idet han mente, at han havde lært meget om sig selv. Han havde blandt andet lært at styre sit temperament, og han opfattede sig selv som en ”konfliktløser”. Han beskrev således sig selv som rolig og disciplineret. Han benægtede alle psykotiske symptomer, ligesom han afviste at misbruge alkohol eller euforiserende stoffer.

Ved mentalundersøgelsen nægtede observanden sig skyldig, idet han betone, at han elskede børn, og at barnets død var en ”ubærlig” sorg for ham.

Mentalerklæringen konkluderede – i lighed med den tidligere erklæring – at

A var personlighedsmæssigt i udtalt grad afvigende, blandt andet umoden, affektlabil og selvcentreret med begrænset indlevelsessevne i andre mennesker. Han fandtes fortsat omfattet af straffelovens § 69, men foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., kunne ikke anbefales. Speciallægen anbefalede, såfremt A fandtes skyldig, anvendelse af forvaring, jf. straffelovens § 70.

Retslægerådet udtalte: ”Med sagens tilbagesendelse og med henvisning til rådets responsum af xx.xx.93 skal Retslægerådet på grundlag af mentalerklæring af xx.xx.03 ved speciallæge i psykiatri, dr.med. C, retspsykiatrisk afdeling, D hospital, og øvrige for rådet foreliggende akter om A udtale, at han ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Han lider ikke af epilepsi eller anden form for organisk hjerne-lidelse.

Personlighedsmæssigt beskrives A som i udtalt grad afvigende, blandt andet umoden, selvcentreret og præget af manglende evne til at indleve sig i andre menneskers forhold og følelser. Han er hertil dramatiserende og overfladisk med tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne.

Han misbruger ikke rusmidler, og der foreligger ikke oplysninger om, at han var påvirket på tidspunktet for de påsigtede forhold.

A findes herefter omfattet af straffelovens § 69, men Retslægerådet kan

ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf. Under hensyn til karakteren af det tidligere pådømte og det nu påsigtede forhold sammenholdt med A's personlighedsmæssige egenart, må han, såfremt han findes skyldig, antages at frembyde en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring er påkrævet for at forebygge denne fare."

A blev efterfølgende fundet skyldig i blandt andet manddrab og idømt forvaring.

### **Kommentar:**

A var kun 22 år, da han ombragte sit første spædbarn. Han blev ved mentalundersøgelsen beskrevet som udtalt personlighedsmæssigt afvigende, men der var diskrete tegn på, at han eventuelt kunne befinde sig i begyndelsesfasen til en skizofren tilstand, blandt andet hans lidt isolerede tilværelse uden megen kontakt til jævnaldrende, hans tendens til ritualer og den tendens til "magisk tænkning", der blev påvist ved den psykologiske undersøgelse. Det er velkendt, at en karakterafvigende adfærd kan ses i den "præskizofrene fase", ligesom voldskriminalitet ikke er sjælden. A frembød imidlertid ingen psykotiske symptomer, og han fandtes således omfattet af straffelovens § 69 (dengang § 69, stk. 1). Rådet henlede

dog i sin udtalelse opmærksomheden på, at A kunne være begyndende psykotisk og anbefalede blandt andet af denne grund, at eventuel afsoning blev indledt i Anstalten ved Herstedvester, hvor hans psykiske udvikling og tilstand kunne observeres.

Forløbet har vist, at rådets vage mistanke om, at A kunne udvikle en egentlig psykisk sygdom, skizofreni, var ubegrundet. De personlighedstræk, han frembød som 22-årig, kunne stort set uændrede genfindes ti år senere, og med alderen var det lidt vage og flimrende symptombillede, som rådet tidligere havde hæftet sig ved, svundet, således at A aktuelt fremstod udtalt karakterafvigende. Hans øgede selvfølelse i kombination med hans manglende evne til indlevelse i andre mennesker og hans lave frustrationstærskel må antages at have medvirket til hans voldsomme reaktion, når han stod i en situation – et grædende spædbarn – han ikke magtede. Han havde modtaget psykoterapi under afsoningen i Anstalten ved Herstedvester, og han mente selv at have haft stor gavn heraf, men da han igen befandt sig i en situation med et spædbarn, der græd, reagerede han som ti år tidligere. Dette havde allerede overlæge B skønnet, idet han anførte, at A næppe var farlig over for voksne, men, anførte overlæge B, over for "værgeløse".



## Kortvarig amfetaminpsykose

*Sagen vedrører en 32-årig ugift mand, der tidligere blandt andet havde været idømt bødestraffe for promille- og spirituskørsel. Han havde fra barndommen været impulsiv og præget af begrænset evne til at indgå i længerevarende sociale relationer. Han havde siden 16-års alderen misbrugt hash og periodisk amfetamin og kokain. Efter at være indsat til afsoning af en kort bødeforvandlingsstraf indtog han store mængder amfetamin og udviklede herefter en kortvarig psykotisk tilstand præget af blandt andet vrangforestillinger. I denne psykotiske tilstand overfaldt han en medindsat og en fængselsfunktionær. Såvel overlægen som Retslægerådet fandt den pågældende omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Overlægen havde, på trods af psykosediagnosen, anbefalet tilsyn af Kriminalforsorgen (som en § 68, stk. 2, foranstaltning). Rådet vil som absolut udgangspunkt anbefale en psykiatrisk særforanstaltning over for en person omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Rådet fandt endvidere anledning til at bemærke, at der "næppe" var tale om en patologisk rustilstand. Baggrunden herfor er en psykiatrisk set tilsvarende sag, hvor en ung mand i en psykotisk tilstand, udløst af indtagelse af svampe, blev idømt en almindelig straf netop med henvisning til, at han havde befundet sig i en patologisk rustilstand. (A 40444).*

A er en 32-årig mand, der var sigtet for overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, og § 245, stk. 1, legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter, ved at have stukket en fængselsfunktionær flere gange med kniv i hovedet og på kroppen, overtrædelse af straffelovens § 245, vold af særlig rå, brutal eller farlig karakter, ved at have stukket en medindsat i armen med kniv, samt for at have været i besiddelse af 25 g amfetamin til dels med henblik på videresalg.

A blev i anledning af sigtelsen ambulantly undersøgt af overlæge, dr.med. B, Retspsykiatrisk Afdeling, G sygehus. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A var opvokset på landet under sociale velordnede og følelsesmæssigt harmoniske forhold hos

samlevende forældre. To søskende er veluddannede og socialt absolut veltilpassede. A var urolig og ukoncentreret i skolen. Han beskrev sig selv som en "ballademager", som for så vidt ikke havde faglige problemer, men som klarede sig dårligt på grund af manglende interesse og fremmøde. A påbegyndte efter skolegangens afslutning efter forældrenes ønske en faglig uddannelse, som han imidlertid hurtigt opgav.

Da han var cirka 18 år gammel, bad forældrene ham om at fraflytte hjemmet, idet han kom og gik, som det passede ham, ligesom han var fuldstændig ligeglad med forældrenes henstillinger og påbud.

A flyttede de følgende par år lidt rundt, aftjente værnepligt og tog så med en bekendt ophold i en mindre provinsby, hvor han efter et par løse arbejdsforhold efter aktivering fik arbejde som pædagogmedhjælper, hvad han var i nogle år. Han havde haft et samlivsforhold af cirka tre års varighed og har fra dette forhold et par halvstore børn, som han efterhånden havde mistet kontakten med. Efterfølgende havde han haft flere kortvarige forhold.

A har været legemlig rask bortset fra et par sportsskader. Han var 16-17 år gammel begyndt at misbruge hash, og havde siden regelmæssigt misbrugt hash, som han også røg, da han arbejdede som pædagogmedhjælper. Hertil havde han i perioder misbrugt kokain og amfetamin, men han har benægtet misbrug af heroin, svampe, ecstasy m.v. Han var et par år før de kriminelle forhold flyttet til en større by for at komme ud af misbruget, men da han efter et par måneder recidiverede, flyttede han tilbage. Herefter var han arbejdsløs.

A har aldrig – heller ikke i forbindelse med misbruget – oplevet psykotiske eller psykoselignende symptomer. A beskrev selv, at han altid havde været impulsiv og gjort, hvad han havde haft lyst til. Han havde haft kontakt med skolepsykolog, men har aldrig modtaget psykiatrisk behandling, hvad han heller aldrig havde følt behov for.

A var tidligere blandt andet idømt et par bøder for henholdsvis promillekørsel og spirituskørsel, samt en betinget

dom for berigelseskriminalitet. Han skulle afsone en bødeforvandlingsstraf af fængsel i 10 dage i et åbent fængsel. Tre dage efter indsættelsen foretog han så de voldelige overfald. I overensstemmelse med oplysninger i sagens akter er forløbet i mentalerklæringen beskrevet således:

”I dagene før han tog til afsoning på (fængsel) havde observanden været legemligt syg med influenza og vist nok lungebetændelse, han var derfor af egen læge sat i behandling med penicillin. Da han ankom til (fængsel) om onsdagen, indtog han rigeligt af medbragt amfetamin, samtidig med at han vedholdende røg hash. Indtagelsen var noget højere end sædvanligt, og observanden følte sig da også opstemt og ”hurtigt kørende”. Forud for det påsigtede følte han sig pludselig ”helt anderledes” - det var, som om alting blev tåget for ham, som om det var en slags drøm, det hele foregik i. Han blev angst og fik en fornemmelse af, at han skulle dø, tiden stod nærmest stille, det var, som om han befandt sig i noget vand og var ved at drukne.

Observanden husker, at han fik den tanke, at han, når han skulle dø, kunne blive genfødt ved at slå en anden ihjel, og han mener, at dette var grunden til, at han først truede en medindsat og senere stak den tilkaldte fængselsbetjent. Observanden mener, at han kan erindre hele hændelsesforløbet, men at han var ”helt fra den”. Da tilkaldt politi kom til stede, følte han sig nærmest normal igen, men i forbindelse med transport til politigården genoplevede han i en kort periode atter at befinde sig



”i en mærkelig tilstand”. Igen varede det relativt kort, og herefter forsvandt det fuldstændigt.

Observanden afviser, at han nogensinde før har oplevet noget lignende. Han har indtaget mange forskellige slags misbrugsstoffer og også amfetamin i samme mængde som under indsættelsen, men han har aldrig følt sig psykisk ændret på samme måde. Efter hændelsen har observanden valgt at være i frivillig isolation for at være sikker på at kunne afstå fra yderligere stofmisbrug. Han føler sig fuldstændig ”sig selv”, men vil ikke risikere noget.”

Mentalerklæringen konkluderer:

”A er ikke sindssyg, men har med stor sandsynlighed været sindssyg på tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet. A er opvokset under stabile og velordnede forhold, men har siden ungdomsårene været præget af karaktermæssig afvigelse med især impulsivitet og mangel på evne til at overholde sociale forpligtelser. Han har endvidere langvarigt haft et omfattende og blandet misbrug. Formentlig udløst af indtagelse af amfetamin befandt han sig på tiden for det påsigtede kortvarigt i en psykotisk tilstand præget af ændret bevidsthed og vrangforestillinger. Sindssygdomstilstanden aftog hurtigt efter det påsigtede. Der har hverken før eller efter været sindssygdomssymptomer.

A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og såfremt han findes skyldig i det påsigtede samt straffri, anbefales, jf. samme lovs § 68, dom til tilsyn af

Kriminalforsorgen, således at tilsynsmyndigheden kan bestemme arbejde og ophold samt ubetingede vilkår om lægeligt ledet behandling mod misbrug.”

Retslægerådet kunne tilslutte sig diagnosen, men ikke sanktionsforslaget og udtalte blandt andet, at A ...”ikke er sindssyg, men må antages at have været sindssyg ved det påsigtede. Han havde udviklet en akut organisk sindssygdom, sandsynligvis udløst af amfetamin. Han er normalt begavet.

A har haft en upåfaldende opvækst, har ikke gennemført uddannelse, men fungeret på arbejdsmarkedet i lange perioder, blandt andet som pædagogmedhjælper. Aktuelt får han bistandshjælp. Han har siden 16-års alderen haft et stort dagligt misbrug af især hash og i stigende grad andre misbrugsstoffer (kokain og amfetamin). Han har ikke været behandlet og ikke haft psykiske symptomer, der har medført psykiatrisk behandling.

Ved aktuelle observation findes A ret upåfaldende, med indsigt i eget misbrug. Han er personlighedsmæssigt afvigende, præget af impulsivitet og begrænset evne til at indgå i langvarige sociale relationer og overholde sociale forpligtelser.

A må herefter mest sandsynligt anses for omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., idet han befandt sig i en tilstand af akut, organisk udløst sindssygdom. Tilstanden kan næppe betegnes som en patologisk rustilstand. Såfremt han fin-

des skyldig, skal Retslægerådet – som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt. – anbefale dom til ambulat psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.”

Før udtalelsen blev afgivet, blev overlægen anmodet om at fremkomme med kommentarer til rådets udtalelse, hvilket han imidlertid ikke gjorde.

A blev dømt til ambulat psykiatrisk behandling m.v. som foreslået af rådet.

**Kommentar:**

I denne sagstype må rådet altid vurdere, hvorvidt den psykiske abnormtilstand, personen har befundet sig i, skyldes en kraftig, men ”normal” ruspåvirkning, eller om der er tale om en kvalitativ anderledes tilstand, en kortvarig sindssygelig tilstand udløst af misbrugsstoffet. I denne sag kunne

rådet uden forbehold tilslutte sig overlægens psykosedidiagnose. Sagen svarer psykiatrisk set ganske til en sag omtalt i rådets årsberetning for 2000, s. 63ff. I den sag udviklede en ung mand en psykisk abnormtilstand efter indtagelse af svampe. Rådet fandt, at han havde befundet sig i en § 16, stk. 1 – tilstand (ligestillet med sindssygdom). Anklagemyndigheden henførte tilstanden til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., (patologisk rus) og påstod den unge mand idømt almindelig straf, hvilket også blev resultatet. De forskellige afgørelser i de to sager kan eventuelt skyldes, at den sidstnævnte omhandlede drab, mens den her refererede ”kun” omfatter vold. Under alle omstændigheder fandt rådet i sin udtalelse i den her refererede sag anledning til eksplicit at nævne, at der ”næppe” var tale om en patologisk rustilstand. Endelig kan der være grund til at fremhæve, at rådet som absolut udgangspunkt anbefaler en psykiatrisk særforanstaltning i de tilfælde, hvor en sigtet er fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

# Et vellykket behandlingsforløb af en retspsykiatrisk patient

*NN var 20 år gammel, da han med skud fra et jagtgevær dræbte en ansat i en forretning, der handlede med jagtudstyr. Han havde fra barndommen været en ængstelig og usikker enspænder, som jævnligt blev drillet. Han kunne så reagere med voldsom hidsighed. Han følte sig nært knyttet til dyr – mennesker havde han ikke de store forventninger til – og han mente at kunne forstå fuglenes sang. Motivet til drabet var noget tåget, men handlede om, at han ville begå et røveri for at forbedre familiens økonomi. Han mente ikke at kunne bruge sit oversavede jagtgevær til røveriet, men ville have et nyt. Under et håndgemæng med ekspedienten skød NN - angiveligt ved et uheld - denne.*

*Under indlæggelse til mentalundersøgelse fandtes NN præget af udtalte tvangssymptomer og en ritualiseret adfærd. Hertil var han præget af dårlig følelsesmæssig kontakt med andre mennesker. En psykologisk testning gav mistanke om en begyndende skizofreni. Overlægen fandt, at NN var personlighedsforstyrret, og kunne ikke anbefale en psykiatrisk særforanstaltning. Retslægerådet fandt imidlertid, at NN kunne være omfattet af § 16, stk. 1, og anbefalede anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning. Nogle måneder senere fik rådet igen forelagt sagen. NN var blevet indlagt på en anden retspsykiatrisk afdeling, og her havde man så fundet, at den ritualiserede adfærd var udtryk for vrangforestillinger.*

*NN fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og overlægen anbefalede en anbringelsesdom, hvad Retslægerådet tilsluttede sig, og hvilket også blev resultatet. Under den fortsatte indlæggelse blev NN's psykiske tilstand hurtigt afgørende bedret – ritualerne blegede af, kontakten blev normaliseret, han overholdt alle aftaler osv. Behandling med antipsykotisk virkende medicin kunne ophøre. Cirka 2½ år efter dommen blev foranstaltningen ændret til en behandlingsdom, hvorefter NN nogle måneder senere blev udskrevet til ambulans behandling.*

*Efterfølgende påbegyndte han en uddannelse og etablerede sig i egen bolig med en samlever. NN fandtes psykisk rask, hvorfor foranstaltningen cirka syv år efter domfældelsen kunne ophæves. (A 39898)*

NN var 20 år, da han i 1995 blev sigtet og efterfølgende dømt for manddrab samt røveri af særlig farlig karakter. Han havde med et jagtgevær skudt

en ekspedient i en forretning, der handlede med jagtudstyr, hvorefter han tog en række våben samt andre effekter og penge fra forretningen. NN

var i anledning af sigtelsen indlagt til mentalobservation på Retspsykiatrisk afdeling A, hvor overlæge B afgav erklæring.

Af erklæringen fremgår blandt andet, at NN var opvokset som nummer 1 af 2 søskende, lillebroderen var handicappet. Opvækstforholdene var disharmoniske, blandt andet på grund af faderens alkoholmisbrug, og forældrene blev skilt, da NN var cirka 7 år gammel. NN og lillebroderen fik ophold hos moderen, men NN opretholdt en vis kontakt med faderen. Familien havde flyttet meget rundt, måske på grund af økonomiske problemer, og efter skilsmissen flyttede moderen med de to børn ligeledes flere gange.

NN havde klaret sig dårligt i skolen, hvor han blandt andet blev beskrevet som noget af en enspænder, ligesom han var ængstelig og tilbageholdende, han blev af og til ”mobbet”. Hertil var han imidlertid også hidsig, og han kunne selv beskrive, at han jævnligt havde været i slagsmål med kammeraterne. Han havde stort set ingen omgangskreds og havde aldrig haft det.

NN forlod skolen i 10. klasse, hvorefter han havde et par ansættelsesforhold. Han befandt sig dårligt på sin sidste arbejdsplads, og han var sygemeldt på tidspunktet for kriminaliteten. Han var legemlig rask og havde altid været det. Han havde aldrig prøvet hash eller andre euforiserende stoffer, og han rørte stort set aldrig alkohol.

Efter en episode, hvor NN og faderen var blevet truet af nogle unge mennesker, var han (NN) blevet tiltagende utryg ved at gå på gaden, idet han følte, at unge mennesker kiggede efter ham, talte om ham og grinede af ham.

NN's altovervejende interesse i barne- og ungdomsårene havde været dyr. Familien havde altid haft fugle, fisk, kat og hund, og NN havde følt en nær samhørighed med dyrene. Ved mentalundersøgelsen forklarede han således, at han følte, at han vidste, hvad fuglene sang om. Fra 11-12 års alderen var han begyndt at gå til hundetræning, og hunde, især schæferhunde, var stadig hans største interesse, og han havde på undersøgelsestidspunktet to.

NN var tidligere ustraffet. Hans forklaring om den aktuelle kriminalitet var snørklet, men essensen var, at han ville begå et bankrøveri for at forbedre familiens anspændte økonomi. Han havde et oversavet jagtgevær, men han mente, han måtte have et nyt våben til brug for bankrøveriet. På vej til forretningen hørte han to stemmer inde i hovedet, der dog begge var hans egen stemme - den ene stemme opfordrede ham til at vende om, den anden til at fortsætte. I forretningen ville NN prøveskyde et gevær, og efter hans forklaring udviklede der sig et skænderi og et mindre håndgemæng med ekspedienten, som blev ramt, da geværet gik af ved et uheld. Af akterne fremgik, at ekspedienten blev dræbt ved fire skud, og at politiet efterfølgende blandt andet fandt knive, masker og en elefanthue i NN's hjem. NN var ikke påvirket af rusmidler på gerningstidspunktet.

Det følgende er uddrag af NN's egne oplysninger ved mentalundersøgelsen.

"I gennem de senere år har han i tiltagende grad benyttet sig af ritualer for at sikre sig orden i hverdagen. Disse ritualer udvikler sig stadigt og er mere udtalte her under indlæggelsen, hvor han føler sig utryk over at være hjemmefra. Han forklarer således, at han dagligt mange gange, som i en remse, siger, "jeg tager hjem i dag", og for at understrege det, har han slet ikke pakket sine ting ud. Han skal sige remsen, og derefter synke 2 gange, og så sige remsen igen. På samme måde skal han på en særlig måde synke sit mundvand, mange gange i træk, gerne 8 x 2 gange. Han skal også helst tjekke låsene i henholdsvis dør og skab på sit rum, også 2 x 8 gange. Og endelig er der også et bestemt system, når han skal børste tænder. Det er vigtigt for ham at gennemføre disse ritualer især ved sengetid. Han bekræfter, at det tager ganske lang tid at komme op om morgenen, og i særdeleshed at komme i seng om aftenen.

Observanden mener ikke, at han nogensinde har hørt stemmer, i hvert fald ikke fremmede stemmer i sit hoved. Han har nærmest haft en fornemmelse af, at det sommetider er hans egne tanker, der bliver ved med at køre i hovedet som en grammofonplade.

Observanden har ikke haft synshalucinationer. Han anfører dog, at han sommetider, når han ønsker at lukke helt af for omverdenen, kan genindleve

sig sådan i barndomsoplevelser, så de næsten bliver helt virkelige for ham – i både lys, lugt og lyd..."

NN oplyste også, at han i hjemmet ... "altid har været forsigtig og nervøs. Skulle nærmest som "overtro" eller rituelt flere gange før sengetid bekræftes i, at både familien og familiens dyr ville være i live og til stede næste morgen, når han vågnede. Har angst for at lægge sig til at sove og gik i aftenbønnen i rette med Vorherre, således at såfremt denne tog familien fra ham, ville han hævne sig på det grusomste på verdens skaber. Beskriver, at han også blev tydeligt nervøs, når forældrene var uenige. Var altid bange for, at han skulle være årsag, og lagde sig ofte imellem skænderierne ved at påtage sig skylden. Mener, at han hele livet har haft op- og nedture. Når han var nede, var tilstanden således, at han havde svært ved at se sig ud over problemerne. Var trist, og tænkte på selvmord. Beskriver, at han 2 gange i barndommen har forsøgt selvmord, dels ved hængning og dels ved at drukne sig..."

"Det er et ritual for ham, når han taler om familien og familiens dyr. Hvis han ikke gør det, er han bange for, at der vil ske dem noget, enten hvis han glemmer familien, at der sker familien noget, eller dyrene, hvis han glemmer at sige det. Han nævner, at han taler meget med dyrene. De indgår også i hans bønner om aftenen, for han skal i seng, hvorfor det kan tage ret lang tid, før han går i seng. Han omtaler, hvorledes han henvender sig til hvert enkelt dyr for sig, men også familie-

medlemmerne, det vil sige moderen og lillebroderen.

Han omtaler også, at i forbindelse med en sådan meditation må han nævne disse dyrs navne og familiens navne fra 2-8 gange. Han er meget bange for, at familien skal dø fra ham...”

”Observanden omtaler også på anden måde sin optagethed af dyr, at han gerne vil gøre noget for dem. For eksempel har han forestillinger om at tage til Afrika og gøre noget for elefanterne, som er et af de dyr, han holder mest af. Grave kunstige søer med en skovl og lignende. Observanden indfører i disse beretninger også, at han vil helst undgå mennesker, som han føler har gjort ham så meget ondt...”

”Under observandens ophold i afdelingen nævner han, at da han ikke har dyrene at snakke med, så snakker han med sine ting, det vil sige sin taske, tandbørste og andre ting, han har haft med herind. Han har også haft et par hjemmesko med, men han har bemærket, at der var hundehår på, og nu tør han ikke gå med dem, idet han har fået den tanke, at hvis han gør det, så dør hunden.”

NN's oplysninger blev bekræftet under indlæggelsen, hvor han udviste en udtalt ritualiseret adfærd. Han var hertil præget af en dårlig følelsesmæssig kontakt med såvel medpatienter som personale.

Observanden blev i forbindelse med mentalundersøgelsen psykologisk undersøgt med følgende konklusion: ”Sammenfattende peger disse forhold på, at der er tale om en person med en meget skrøbelig struktur. Diagnostiske billede mest foreneligt med en svær grænsepsykose. Differentialdiagnosen kunne være en begyndende skizofreni.”

Mentalerklæringen konkluderede blandt andet:

”Observanden er ved undersøgelsen fundet begavet indenfor normalområdet, men dog med præstationer under gennemsnittet.

Observanden synes skræmt over den voksnes verden, og han er i tankerne mest i færd med barnlig leg. I sin planlægning forud for nu påsigtede kriminalitet har man indtryk af, at et røveri nærmest var en slags leg for at bedre familiens økonomi. Han har slet ikke gjort sig tanker om, at noget kunne gå galt. Man har indtryk af, at han har forestillet sig, at et røveri ville medføre, at han kunne komme hjem med en helt masse penge, der på en gang ville bedre familiens økonomi. At han herefter ikke behøvede at tænke mere over det.

Observanden er ikke ved undersøgelsen fundet psykotisk og kan ikke antages at have været psykotisk på tidspunktet for nu påsigtede kriminalitet. Karakterologisk er han umoden, hvor forsvaret er mere domineret af

fornægten end fortrængning. Tankeindholdet er umodent, og han synes helt at have accepteret sin barnlige indstilling. Han røber ingen emotionelle følelser i forhold til afdøde.

Observanden kan således ikke henføres til den i straffelovens § 16 omhandlede personkreds.

Han kan derimod henføres til den i straffelovens (daværende) § 69, stk. 1, omhandlede personkreds. Såfremt han findes skyldig i nu påsigtede kriminalitet, kan man imidlertid ikke pege på foranstaltninger efter straffelovens § 68 som bedre egnet til imødegåelse af eventuel fremtidig ligearartet kriminalitet, end sanktioner inden for det almindelige sanktionssystem.

Observandens karakterstruktur er så særegen, at man skal anbefale, at eventuel afsoning indledes ved Anstalten ved Herstedvester.

Man vil ikke afvise, at der under fortsat varetægtsfængsel i arrest kan opstå forhold, der medfører overflytning til Anstalten ved Herstedvester.”

Retslægerådet kunne ikke tilslutte sig erklæringens konklusion og udtalte blandt andet, at det ikke med sikkerhed lod sig afgøre, hvorvidt NN var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, eller samme lovs (daværende) § 69, stk. 1. Under alle omstændigheder anbefalede rådet anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. punktum. Rådets udtalelse blev forelagt overlæge B, der udtalte, at han

ikke havde ”ændringer eller tilføjelser til den allerede afgivne erklæring.”

Fire måneder senere blev sagen igen forelagt Retslægerådet. NN var efter afsluttet mentalundersøgelse blevet tilbageflyttet til det stedlige arresthus. Arresthuslægen, der var praktiserende læge i lokalområdet, men som tidligere havde arbejdet på psykiatriske afdelinger, havde i en udtalelse beskrevet, hvorledes NN var forpint i arresthuset, han var kontaktforstyrret og havde forfølgelsesforestillinger. Arresthuslægen fandt, at NN var psykotisk, formentlig lidende af skizofreni. NN var herefter blevet overflyttet til Anstalten ved Herstedvester, hvorfra han blev indlagt på Retspsykiatrisk afdeling C, idet anstaltens psykiatere havde fundet NN sindssyg. Overlæge D, Retspsykiatrisk afdeling C, afgav efterfølgende erklæring, hvor det blandt andet hedder:

”Dagligdagen i afdelingen er præget af og faktisk helt underlagt patientens ritualer. Således har han et væld af ritualer, der bevirker, at han er 1½ time om at gøre sig klar om morgenen. Samme tid tager det ham at gøre sig klar til at komme i seng om aftenen.

Ritualerne er mange og omfattende og består blandt andet om aftenen ved, at han skal tage alle sine ting ud af skabet i bestemt rækkefølge samt sikre, at der ikke er noget tilbage i skab og på gulv alt imedens lyset på værelset er slukket. Under ritualet siger patienten små remser, som er hemmelige. Derefter hører han 4 bestemte sange på sin walkman, imedens han siger nogle remser. Heref-

ter børster han tænder i 10 minutter og rydder op efter sig og sikrer sig, at alle ting er på plads. Undersøger bagefter om værelsesdøren er låst, hvilket også tager lang tid. Går herefter i seng med sine fotoalbums og kigger billeder samt taler med dem i 20 til 25 minutter og lægger sig derefter til at sove, altid på venstre side.

Om morgenen vågner han kl. 6.30, siger her nogle "morgenremser", imedens han ligger i sengen. Forinden har han sikret sig, at alle hans ting er, hvor han efterlod dem til natten. Morgenritualet bliver afbrudt af morgenmedicin kl. ca. 7.45, men han fortsætter remserne efter dette. Herefter børster han tænder igen i 10 minutter og tager herefter tøj på i en bestemt rækkefølge. Han pakker så alle sine ting sammen i en bestemt rækkefølge og lægger dem i sit skab.

I øvrigt skal patienten gentage hver enkel handling et lige antal gange for derved at sikre, at den enkelte handling er gjort korrekt."

Af erklæringen fremgår, at NN var overbevist om, at såfremt han ikke gennemførte de ritualer, ville der ske familien eller familiens dyr noget ondt. Videre fremgår, at NN var bange for den forestående retssag, idet han var overbevist om, at han i forbindelse hermed ville blive "likvideret" af ukendte forfølgere.

Overlægen beskrev NN som følger: "Patienten fremtræder svært påfaldende i sin væremåde. Går i en stor

bue uden om de andre patienter og personalet, når han skal bevæge sig. Han har ikke haft øjenkontakt en eneste gang og sidder og stirrer ned i bordet eller på gulvet. Patienten er svært tvangspræget med mange ceremonier, som han skal udføre. Han har talrige gange forklaret, at hvis han ikke udfører disse ceremonier, vil der ske hans familie eller et dyr noget ondt, så han risikerer, at de dør. Der kan også iagttages ejendommelige strittende fingerbevægelser, en skæv gang og en helt svigtende emotionel kontakt. Den formelle kontakt er derimod i orden, idet han altid svarer adækvat på spørgsmål og er aktivt indstillet på at gøre tingene så godt som muligt.

Patienten må vurderes som psykotisk med klare paranoide symptomer, idet frykten for ulykker hos familien, hvis han ikke udfører sine ritualer, har virkelighedskarakter. Det må også vurderes, at han har paranoide forestillinger af forfølgelseskarakter, idet han føler sig sikker på at skulle likvideres under retssagen.

Under indlæggelsen er patienten behandlet med antipsykotisk medicin, som dog ikke har haft tydelig effekt på patientens tvangssymptomer og paranoide forestillinger. Den senere tid suppleret med en beskeden angstdæmpende medicin, som har fjernet lidt af patientens angst og uro for den kommende retssag.

Diagnostisk er patienten vanskelig at placere. Det kan dreje sig om en skizofreni i udvikling eller en atypisk



form for autisme, en såkaldt Aspergers autisme. Endelig kan det dreje sig om en svær tvangsneurose med sekundære paranoide symptomer.

I tilfælde af at patienten kendes skyldig i de påsigtede handlinger, må jeg anbefale en psykiatrisk anbringelses/ behandlingsdom, idet patienten fremover vil have behov for psykiatrisk behandling, dels på grund af sin svære adfærdsforstyrrelse, og dels på grund af sine svære psykotiske symptomer.”

Retslægerådet udtalte herefter om NN, at ...”den supplerende undersøgelse har godtgjort, at han nu er sindssyg, og det må antages for helt overvejende sandsynligt, at han var sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Det fremgår, at han på grund af sin psykiske tilstand blev overflyttet til Anstalten ved Herstedvester, hvor han fandtes psykisk syg, hvorfor han blev indlagt på retspsykiatrisk afdeling. Her er han fundet præget af en omfattende ritualiseret adfærd, som han ikke forholder sig til, hvorfor denne adfærd må opfattes som et sindssygdomssymptom; han er hertil præget af dårlig følelsesmæssig kontakt, vage vrangforestillinger, et højt angstniveau og ganske påtrængende selvmordsforestillinger. Han behandles med antipsykotisk virkende medicin, men uden at denne behandling væsentlig har bedret hans tilstand. Rådet kan ikke på det foreliggende grundlag tage nærmere stilling til arten af hans psykiske sygdom, men det er muligt, at det drejer sig om en skizofreni under udvikling.

NN findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Ved en samlet vurdering, herunder at karakteren af hans psykiske sygdom ikke er afklaret sammenholdt med, at medikamentel behandling ikke har kunnet bedre hans tilstand, finder Retslægerådet, såfremt han findes skyldig, nu at måtte anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende.”

Efterfølgende blev NN dømt til anbringelse som anbefalet af Retslægerådet.

NN forblev indlagt på Retspsykiatrisk afdeling C i medfør af anbringelsesdommen. I en ret kortfattet udtalelse i begyndelsen af 1998 - cirka halvandet år efter dommen - anførte overlæge D, at NN's tilstand var bedret i betydelig grad, ritualerne var aftaget væsentligt, han var i beskæftigelse og i det hele veltilpasset i afdelingen. Behandling med antipsykotisk virkende medicin var ophørt nogle måneder tidligere (præparat og dosis er ikke anført, rådets bemærkning), uden at NN's tilstand var ændret. Overlægen anbefalede dog den idømte foranstaltning opretholdt, blandt andet med henblik på at sikre, at bedringen var stabil. Af en længere og grundig erklæring, afgivet af overlæge E (fra samme afdeling) et års tid senere, fremgår, at NN's tilstand fortsat var bedret, han var fortsat ikke i medikamentel behandling. NN følte sig nu psykisk rask, men han havde klar erindring om sine tidligere symptomer, herunder at han ikke kunne se andre mennesker i øjnene samt de tvangsmæssige rituelle handlinger, som han opfattede som nærmest havende ka-

rakter af et religiøst mantra, som skulle dæmpe hans angst og uro. Han kunne nogenlunde erindre den kriminelle handling, som han tog kraftig afstand fra. Han kunne også beskrive, at han på gerningstidspunktet havde befundet sig i en tilstand præget af uoverskuelige, forvirrede tanker, anspændthed samt angst og uro. Han angav selv, at han dengang havde været ”sindssyg”.

Erklæringen konkluderede blandt andet:

”Domfældte blev oktober 1996 for røveri og manddrab dømt til anbringelse i psykiatrisk hospital. Han blev da under indlæggelse konstateret lidende af en sindssygdom med forfølgelsesforestillinger, svære tvangssymptomer og en dybtgående kontaktforstyrrelse. Under en nu langvarig psykiatrisk indlæggelse og behandling er domfældtes psykiske symptomer bleget af og svundet, og der er sket en betydelig psykisk stabilisering og modning. Han fremtræder nu lettere personlighedsafvigende, først og fremmest umoden og mangelfuldt udviklet og socialiseret i forhold til alder, men også lettere selvcentreret og lidt følelsesmæssig tilbagetrukket i kontakten. Han har en let vakt ængstelighed, uro og usikkerhed. Derimod konstateres ingen tegn på sindssygdom, og medikamentel behandling har ikke været indiceret de seneste halvandet år.

Domfældte fremtræder adfærdsmæssigt stabil, aftaleoverholdende og der er ikke konstateret affektssvingninger, konflikter eller impulshandlinger af nogen art. Han fremtræder selvstændig og målrettet med en selvtilrettelagt

hverdag i institutionen, og han har realistiske fremtidsplaner. På denne baggrund vil man rent lægeligt ikke have behandlingsmæssige eller sikkerhedsmæssige betænkeligheder ved at den nu gældende foranstaltning - dom til anbringelse i hospital - ændres til dom til behandling med tilsyn af hospital og kriminalforsorg under udskrivning.”

Heller ikke denne erklæring blev forelagt Retslægerådet, men det fremgår, at en byret efterfølgende ændrede dommen til en behandlingsdom som foreslået af overlægen. Sagen blev ikke anket.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet i midten af 2001, idet overlæge F, distriktspsykiatrisk center G, anbefalede foranstaltningen ophævet. Af en ret kortfattet erklæring fremgik blandt andet, at NN var forblevet indlagt på Retspsykiatrisk afdeling C nogle måneder efter, at foranstaltningen var ændret. Efterfølgende havde han modtaget ambulante behandling. På grund af boligskift var han overgået til behandling ved det distriktspsykiatriske center, hvor han havde samtaler med overlægen hver måned. NN havde overholdt alle aftaler punktligt, han er beskrevet som ganske uden sindssygelige symptomer, socialt veltilpasset og i arbejde. Retslægerådet kunne dog ikke følge overlægens anbefaling og udtalte blandt andet:

”På baggrund af den tidligere alvorlige psykopatologi, den fortsatte umodenhed og den relativt korte tid, der er gået siden udskrivningen, skal Retslægerå-

det anbefale, at den idømte foranstaltning opretholdes endnu nogen tid med henblik på yderligere stabilisering.”

Januar 2003 anbefalede overlæge F igen, at foranstaltningen blev ophævet. Det fremgår af overlægens erklæring, at NN's psykiske tilstand fortsat var fuldstændig god og stabil. Han havde til stadighed passet den ambulante behandling. Socialt var han ligeledes veltilpasset, han passede sin uddannelse, og han havde etableret et samlevsforhold.

Retslægerådet udtalte herefter blandt andet:

”NN har været indlagt indtil juli 2000, og han er siden behandlet i distriktspsykiatrisk center. Hans psykiske tilstand beskrives fortsat som stabil. Han er under uddannelse og lever i stabilt parforhold. Der er ikke oplysninger om misbrug eller kriminelt recidiv.

På baggrund af den langvarigt stabile psykiske tilstand kan Retslægerådet tiltræde den behandlende overlæges anbefaling af, at den idømte foranstaltning ophæves.”

Efterfølgende blev foranstaltningen ophævet.

### **Kommentar:**

Tvangssymptomer, det vil sige tvangstanker og eventuelt ledsagende tvangshandlinger, i dag ofte benævnt OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en ikke-psykotisk lidelse, som imidlertid i svære tilfælde kan være helt invaliderende. Tvangssymptomer kan for

eksempel være smuds frygt med ledsagende vaskeritualet. Såfremt patienten ikke kan foretage tvangshandlingen, for eksempel gentagen håndvask, oplever han/hun en voldsom angst. Patienten er imidlertid fuldstændig klar over det irrationelle, eller ”sygelige” i symptomerne, der opleves som personlighedsfremmede. I modsætning hertil har vrangforestillinger realitetspræg for patienten – en paranoid patient oplever ikke en (irrationel) smuds frygt, men er overbevist om at blive invaderet af bakterier og andre mikrober. Vrangforestillinger opleves altså som en integreret del af personens selvopfattelse og ikke som ”sygelige”. (Se også s. 129ff. i denne årsberetning).

NN frembød udtalte tvangssymptomer, og det blev klarlagt, at der var tale om vrangforestillinger – gennemførte han ikke sit omfattende system af remser og handlinger, var han overbevist om, at der ville ske familien og dyrene noget ondt. Hertil kom så en række andre symptomer, såsom den dårlige følelsesmæssige kontakt, herunder at han undgik blikkontakt, vage vrangforestillinger af forfølgelseskarakter og et påfaldende bevægelsesmønster, som samlet godtgjorde, at han var sindssyg, og det var nærliggende at antage, at han led af en debuterende skizofreni.

Han blev idømt en anbringelsesdom, og det efterfølgende forløb var på alle måder vellykket i en sjældent set grad. De psykotiske symptomer svandt i løbet af et års tid, hvorefter behandling med antipsykotisk virkende medicin kunne nedtrappes og helt ophøre. Den be-

handlingsansvarlige overlæge anbefalede imidlertid, at foranstaltningen blev opretholdt, blandt andet med henblik på at vurdere, om bedringen var stabil. Det var den, og efter yderligere et år kunne afdelingen anbefale den idømte foranstaltning ændret til en behandlingsdom. NN var helt uden psykotiske symptomer, han blev vurderet som lidt umoden og følelsesmæssig tilbagetrukket samt præget af letvakt ængstelse. På trods af den alvorlige kriminalitet fulgte retssystemet den lægelige vurdering og anbefaling. NN forblev imidlertid indlagt, men med langsom udslusning, og han blev først udskrevet, da dette kunne finde sted til velordnede sociale forhold. Efterfølgende passede NN punktligt den ambulante behandling i form af samtaler med overlæge hver måned. Under dette behandlingsforløb var hans psykiske tilstand fortsat god og stabil, således at han efterhånden fremstod psykisk rask og upåfaldende samt socialt veltilpasset. Foranstaltningen blev ophævet små syv år efter dommen.

Det lader sig ikke retrospektivt afgøre, hvilken sindssygdom NN led af på drabstidspunktet, men det kan på ingen måde udelukkes, at det faktisk drejede sig om debuterende skizofreni, hvad

flere, herunder Retslægerådet, fandt mest sandsynligt. Der kendes tilfælde af spontant sygdomsophør (remission), men det er selvsagt også muligt – måske endog nærliggende – at den længerevarende behandling under indlæggelse i hvert fald har medvirket til, at NN blev rask. Retssystemets accept af de lægelige vurderinger, således at NN kunne udskrives på det optimale tidspunkt, har utvivlsomt også haft betydning for det vellykkede forløb. Retslægerådet har flere gange påpeget, at retspsykiatriske patienter ikke har modtaget en faglig tilfredsstillende behandling (se for eksempel s. 119ff. i denne årsberetning), men rådet skal omvendt bemærke, at hele behandlingsforløbet i denne sag har været på et højt fagligt niveau, hvilket vel heller ikke har været uden betydning for udfaldet, uanset hvad NN måtte have fejlet.

Hvad var der sket, såfremt NN ikke var blevet idømt en psykiatrisk særforanstaltning, men en almindelig straf? Retslægerådet besvarer ikke hypotetiske spørgsmål og kan derfor heller ikke besvare dette, men blot konstatere, at det her beskrevne behandlingsforløb er usædvanligt – og usædvanligt vellykket.