

**Retslægerådets**  
**årsberetning**  
**2007**

ISBN 87-89648-10-2  
Udgivet 2008

Jespersen Tryk+Digital

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	5
<b>I. Udvalgte sager af interesse</b> .....	7
Inhabilitet .....	7
Aldersbestemmelse - intimidering af sagkyndigt vidne .....	9
Retslægerådet var ikke forpligtet til at afgive udtalelse i erstatningssag, idet sagen ikke vedrørte ”enkeltpersoners retsforhold” .....	11
Lille traume og traumeanalyse ved whiplash (WAD) .....	19
Arbejdsudygtighed ved kronisk inflammatorisk tarmsygdom – generelle spørgsmål og u hensigtsmæssig brug af Retslægerådet .....	25
Specialiststandard ved diagnosen af hjerneabscesser hos en hjertesyg patient. Vidneindkaldelse .....	39
Fratagelse af autorisation som læge på grund af manglende overholdelse af påbud .....	49
Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. ....	53
Hjerneskade ligestillet med sindssygdom .....	61
Forbigående og kortvarig sindssygelig tilstand efter hjernerystelse .....	65
Overførsel af domfældt fra Tyskland til fortsat fuldbyrdelse af straf i Danmark.....	69
Sindssygdom på gerningstidspunktet.....	73
Ung mand med mulig psykisk udviklingsforstyrrelse idømt almindelig straf.....	79
<b>II. Statistik</b> .....	83
Sager behandlet i Retslægerådet 2007 .....	83
<b>III. Retslægerådets organisation</b> .....	86
Lovbestemmelser m.v .....	86
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	87
Retslægerådets medlemmer 2007 .....	89
Sagkyndige anvendt i 2007 .....	90
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2007 .....	91
Retslægerådets sekretariat 2007 .....	100



# Forord

Retslægerådets årsberetning indeholder ligesom de foregående årsberetninger en omtale af udvalgte emner, som på forskellig måde belyser forhold, der må anses for at have interesse for en videre kreds af læsere. Hertil kommer en efterfølgende beskrivelse af rådets organisation og af mængden og arten af de sager, rådet har behandlet i 2007.

Antallet af civile sager er nogenlunde uændret på det høje niveau, der har været konstateret de forudgående år, og væksten i dette sagsområde, der beslaglægger meget af rådets arbejdskraft, er måske ophørt.

Generelt har rådet korte sagsbehandlingstider, der for de fleste typer af sager er omkring 1 måned, men det er endnu ikke lykkedes at nedbringe ekspeditionstiden for de civile sager, der ofte er meget komplekse. I disse sager er rådets egen behandlingstid omkring 3 måneder. Rådet arbejder fortsat på at afkorte denne, og der er håb om forbedringer i det kommende år. Hertil kommer imidlertid, at den samlede sagsbehandlingstid (bruttobehandlingstiden) påvirkes af eksterne forhold. Dette søger rådet at imødegå blandt andet ved at informere om, hvordan rådet kan bruges, i form af foredrag, tidsskriftsartikler, vejledninger på internettet og omtale i årsberetningerne. Flere indlæg i denne årsberetning handler om dette. Trods nogle fremskridt er det fortsat sådan, at trefjerdedele af de fremsendte sager ikke kan behandles umiddelbart, fordi røntgenbillederne eller kopi af egen læges journal ikke er medsendt. Andre hyppige problemer er, at rettens tilladelse ikke foreligger, at spørgsmålene ligger uden for Retslægerådets kompetence, eller at der eftersendes nyt materiale, når sagsbehandlingen er gået i gang, hvorfor der må startes forfra. Når rådets vejledning vedrørende behandlingen af civile sager således ikke følges, vil der erfaringsmæssigt gå yderligere 3 måneder, inden parterne får fremsendt de nødvendige tilladelser eller sagsakter til Retslægerådet.

Det ville således kunne halvere den samlede sagsbehandlingstid i civile sager, hvis sagerne var sufficente ved første fremsendelse, hvad der i næsten alle tilfælde ikke ville frembyde særlige vanskeligheder, og det er Retslægerådets håb, at den vedvarende påpegning af dette forhold kan føre til forbedringer.



# I. Udvalgte emner og sager af interesse

## Inhabilitet

*I årsberetningen 2006 side 31- 43 blev der foretaget en gennemgang af flere af Retslægerådets sager, hvor spørgsmål om inhabilitet dels hos enkelt voterende, dels hos rådet som sådant har været behandlet. Der er efterfølgende blevet behandlet endnu en inhabilitetsindsigelse af en anden type. Der har været truffet afgørelse om spørgsmålet både i rådet og i Vestre Landsret. (50E/E3-01741-2007)*

I forbindelse med et retsmøde i Vestre Landsret den 11.12.07 fremsatte den ene parts advokat indsigelse mod anvendelsen af Retslægerådets responsum af 25.10.07. Advokaten anførte, at Retslægerådet havde fået fremsendt et udkast til spørgetema, som advokaten havde protesteret imod, i stedet for det godkendte spørgetema. I det fremsendte spørgetema var rådet blevet anmodet om at lægge et faktum til grund, som parterne ikke var enige om. Parterne var enige om, at rådets responsum skulle udgå af sagen, samt at sagen på ny skulle forelægges for rådet. Til støtte for påstanden om inhabilitet anførte den ene parts advokat, at det ikke kunne udelukkes, at de læger, der havde afgivet udtalelsen af 25.10.07, ikke længere var uvildige og objektive, men derimod påvirket af det spørgetema, som de – fejlagtigt – havde besvaret. Den anden advokat var af den opfattelse, at det måtte overlades til Retslægerådet at vurdere, om der var inhabilitet. Vestre Landsret anmodede Retslægerådets formand om en udtalelse.

Retslægerådets formand afgav den 09.01.08 udtalelse om spørgsmålet, hvoraf det fremgår:

”Retslægerådet skal i den anledning bemærke, at der efter rådets opfattelse ikke foreligger inhabilitet hos de rådsmedlemmer, der har behandlet sagen. Den opståede problematik vedrører ikke det lægelige grundlag for sagen, men alene hvilket faktum der ønskedes lagt til grund ved rådets besvarelse. Heri adskiller sagen sig ikke fra mange andre lignende situationer, hvor rådet – eventuelt successivt – får forelagt sager, hvor forskellige alternative situationer vedrørende faktum (arbejdsbeskrivelser og lignende) ønskes lagt til grund. At rådet i en situation har lagt ét faktum til grund for besvarelsen af et spørgsmål og efterfølgende får forelagt samme spørgsmål med anmodning om, at et andet faktum bliver lagt til grund, vedrører ikke det lægelige grundlag for udtalelsens afgivelse.

I den konkrete sag resulterer dette i, at rådets tidligere voterende ikke

vil blive betragtet som inhabile, idet det afgørende for rådets udtalelse er det fremsendte lægelige materiale sammenholdt med de aktuelt stillede spørgsmål.”

Vestre Landsret afsagde den 21.02.08 kendelse vedrørende indsigelsen om inhabilitet, hvoraf det blandt andet fremgår:

”Det følger af § 4, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1068 af 17.12.01 om forretningsorden for Retslægerådet, at spørgsmålet om et medlem af retslægerådet er inhabilt, skal afgøres efter § 3 i forvaltningsloven. Retslægerådet har til opgave at afgive lægefaglige og farmaceutiske skøn, og reglerne om habilitet i retsplejelovens § 197, stk. 1,

finder derfor anvendelse, når rådet, som i det foreliggende tilfælde, afgiver udtalelse til retten.

Overlægerne A., G. og S. har i deres egenskab af medlemmer af Retslægerådet afgivet udtalelsen af 25.10.05 (rettelig 25.10.07), men har efter det oplyste ikke på anden måde kendskab til parten N.

Herefter, og idet der ikke er noget usædvanligt i, at Retslægerådet besvarer spørgsmål – eventuelt successt – med udgangspunkt i forskellige oplysninger, giver den foreliggende situation ikke grundlag for at anse de nævnte overlæger for inhabile i forbindelse med Retslægerådets besvarelse af nye spørgsmål i sagen.”



## Aldersbestemmelse – intimidering af sagkyndigt vidne

*I 2006 idømte Vestre Landsret LA og HA 30 dages betinget fængsel for afgivelse af urigtige oplysninger til Udlændingetjeneste om deres børns alder. Under retssagen havde Retslægerådet afgivet erklæring, og efterfølgende havde en af de voterende været indkaldt som sagkyndigt vidne for at uddybe besvarelsen. Retslægerådet har i tidligere årsberetninger 2001-2002 og 2003 – 2005 samt 2006 omtalt fremgangsmåde og sandsynlighed ved aldersvurderinger, men retten fandt det hensigtsmæssigt, at dette blev beskrevet under retssagen ved et sagkyndigt vidne. Efterfølgende blev vidnet (V) gentagne gange kontaktet af advokat ACJ med henvendelser, der må betegnes som intimiderende. Retslægerådet påtalte adfærden over for advokaten og videresendte korrespondancen til statsadvokaten for Midt-, Vest- og Sydøstjylland. Statsadvokaten indbragte sagen for Advokatnævnet, der fandt, at advokaten med sin adfærd groft havde tilsidesat god advokatskik og idømte ham en bøde på 25.000 kr. (j.nr. 050-00007-2007)*

Overlæge V anmodede om bistand fra rådet til at håndtere advokat ACJ's gentagne henvendelser. Som konsekvens heraf skrev Retslægerådet i brev af 27.09.07 følgende til advokat ACJ:

”Retslægerådet er af overlæge V orienteret om, at De som advokat for LA og HA gentagne gange har rettet henvendelse til overlægen i anledning af hans vidneforklaring i Vestre Landsrets 8. afdeling 24.01.06. Ved et brev af 27.08.07 til overlæge V har De takket for besvarelse af 22.06.07 af Deres henvendelse om, hvorvidt den i dommen afgivne vidneforklaring kunne vedstås af overlæge V. De har endvidere anmodet overlæge V om at oplyse, hvorledes han er kommet frem til en knoglealder på 20 år. Overlæge V har ved et brev af 10.09.07 henvist Dem til at finde en mere udførlig beskrivelse af de metodo-

logiske forhold i artiklen ”Vurdering af alderen hos børn, unge og voksne”, der er offentliggjort i Retslægerådets årsberetning for 2001-2002, side 53-55. Ved et brev af 18.09.07 har De på ny rettet henvendelse til overlæge V. De har i den forbindelse beklaget Dem over, at det anførte brev af 10.09.07 ikke var et svar på de af Dem stillede spørgsmål, samt bemærket, at Deres klienter må kunne forlange en sammenhængende forklaring på hans vidneforklaring, der har betydet, at Deres klienter blev idømt en fængselsstraf på 30 dage. De har afslutningsvis anført, at De agter at anmode Deres klienter om at overveje, om der foreligger en overtrædelse af de lægeetiske regler og en overtrædelse af overlæge V's faglige virksomhed, såfremt han ikke fremkommer med en sammenhængende underbygget forklaring.

Retslægerådet skal indledningsvis tage skarpt afstand fra Deres gentagne henvendelser til et vidne i en straffesag i anledning af hans vidneforklaring. Statsadvokaten for Midt-, Vest- og Sydøstjylland er orienteret ved en kopi af dette brev samt Deres korrespondance.

Retslægerådet skal endvidere henvende Deres opmærksomhed på, at det fremgår af lov om Retslægerådet § 1, 1. pkt., at rådets opgave er ”at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold”. Bestemmelsen forudsætter, at rådets responsum afgives til brug for en offentlig myndigheds afgørelse. Det påhviler derfor hverken rådet eller enkelte sagkyndige at besvare spørgsmål fra Dem uden anmodning fra en offentlig myndighed”.

Statsadvokaten klagede efterfølgende over advokat ACJ til Advokatnævnet, hvis kendelse af 16.06.08 lyder som følger:

”Nævnet finder, at indklagede er gået videre end berettiget varetagelse af sine klienters interesser tilsiger ved i brev af 18.09.07 at anføre, at han ville bede sine klienter overveje, om overlægen havde tilsidesat sine lægelige forpligtigelser. Nævnet har lagt vægt på, at overlægen afgav sin udtalelse som medlem af Retslægerådet, og at overlægen ved sin vidneforklaring og breve af 22. juni og 10. september 2007 redegjorde for grundlaget for Retslægerådets aldersfastsættelse.

Nævnet finder, at indklagede ved sin adfærd i sagen groft har tilsidesat god advokatskik, jf. retsplejelovens § 126, stk. 1.

4 medlemmer af nævnet finder, at bøden skal fastsættes til 25.000 under hensyn til sagens grovhed.

1 medlem af nævnet finder under hensyn til den overordentlig grove overtrædelse af god advokatskik, at bøden bør fastsættes til 50.000 kr.

Efter voteringens udfald fastsættes bøden til 25.000 kr., som indklagede i medfør af retsplejelovens § 147 c, stk. 1 pålægges at betale til statskassen”.

## **Retslægerådet var ikke forpligtet til at afgive udtalelse i erstatningssag, idet sagen ikke vedrørte ”enkeltpersoners retsforhold”**

*Fodboldspilleren A fik i efteråret 1999 en skade, hvorefter hans arbejdsgiver, fodboldklubben B, anlagde sag mod forsikringsselskabet F med påstand om udbetaling af en forsikringssum på 3,5 mio. kr. Samtidig anlagde A sag mod F med påstand om betaling af 750.000 kr. Efter sagens behandling i byretten, hvorunder Retslægerådet havde afgivet to udtalelser, blev sagen mellem A og F forliget, mens sagen mellem B og F blev indbragt for landsretten. Under behandlingen i landsretten stillede B nogle supplerende spørgsmål til Retslægerådet, der imidlertid meddelte, at man måtte afstå fra at besvare spørgsmålene. Retslægerådet henviste herved til, at de ikke vedrørte nogen af sagens parter, og at sagens resultat ikke sås at have betydning for A's retsforhold. Med henvisning til lovgrundlaget for Retslægerådets virksomhed fandt landsretten ikke grundlag for at pålægge Retslægerådet at afgive udtalelse, idet en sådan skulle angå sager om enkeltpersoners retsforhold. Højesteret stadfæstede landsrettens kendelse. (J.nr. 041-00002-2005)*

Af Østre Landsrets kendelse af 03.12.04 fremgår blandt andet følgende sagsfremstilling:

”Denne kendelse vedrører spørgsmålet om, hvorvidt landsretten skal pålægge Retslægerådet at besvare et supplerende spørgetema om helbredsforholdene hos en spiller, der er kommet til skade. Appellanten, B, har nedlagt påstand om, at Retslægerådet pålægges at besvare de for Østre Landsret formulerede spørgsmål.

Indstævnte, F, har protesteret mod, at det pålægges Retslægerådet at besvare spørgsmålene.

Ved stævning af 01.02.02 anlagde B sag ved Københavns Byret mod F med på-

stand om betaling af 3.500.000 kr., idet B gjorde gældende, at spiller A havde pådraget sig skader, der var dækningsberettigede til erstatningsudbetaling under en hos F tegnet spillestopforsikring. Ved stævning af samme dato anlagde A sag ved Københavns Byret mod F med påstand om betaling af 750.000 kr., idet A gjorde gældende, at han var berettiget til det anførte beløb i henhold til en tegnet ulykkesforsikring. Under byrettens behandling af sagerne blev en række spørgsmål vedrørende A's helbredsforhold forelagt for Retslægerådet, som afgav udtalelse den 01.10.03. Den 05.02.04 forligte A og F sagen mellem dem. Ved byrettens dom af 22.03.04 blev F pålagt at betale

1.250.000 kr. til B. Ved ankestævning af 13.04.04 indbragte B dommen for landsretten.

Under landsrettens behandling af sagen har appellanten fremsat anmodning om forelæggelse af yderligere spørgsmål for Retslægerådet. Den 10.09.04 godkendte landsretten nogle yderligere spørgsmål til Retslægerådet vedrørende A's helbredsforhold. Ved brev af 23.09.04 meddelte Retslægerådet, at sagen faldt uden for rådets arbejdsområde, jf. lov om Retslægerådet § 1, og at rådet derfor måtte afstå fra at afgive udtalelse i sagen. Retslægerådet henviste til, at der var stillet en række spørgsmål vedrørende A, at de lægevidenskabelige skøn, som nu ønskedes af Retslægerådet, ikke vedrørte nogen af sagens parter, og at sagens resultat ikke sås at have betydning for A's retsforhold.

Appellanten har til støtte for sin påstand gjort gældende, at sagen vedrører A's retsforhold, da han er berettiget til 500.000 kr. af forsikringssummen under den i sagen omhandlede police, idet det dog er uden betydning, hvilket beløb A er berettiget til under policen. Det er derfor uden betydning, at den mellem ham og F verserende sag blev forligt før domsforhandlingen i byretten, da denne sag vedrørte en anden police. Retslægerådets udtalelse for byretten fremkom, mens A var part i sagen. Den omstændighed, at sagen herefter er sluttet i forhold til A, kan ikke forhindre en part, der vil fortsætte sagen, i at fremsætte spørgsmål til uddybning

af svarene på de tidligere stillede spørgsmål. Det modsatte resultat ville medføre, at den først givne udtalelse fra Retslægerådet ville præjudicere denne parts retsforhold, uden at parten havde mulighed for at foreholde Retslægerådet senere fremkomne oplysninger, hvilket ville være i strid med menneskerettighedskonventionens artikel 6. Appellanten har videre anført, at der også for byretten blev stillet spørgsmål, som var uden betydning for A's retsforhold. Endvidere må Retslægerådet være forpligtet til at føre en påbegyndt besvarelse til ende, uden hensyn til hvordan partsforholdet udvikler sig i løbet af processen, når det ligger fast, at betingelsen for at indhente et svar fra Retslægerådet var opfyldt, da den første henvendelse til Retslægerådet fandt sted.

Indstævnte har anført, at indstævnte allerede har betalt det ved byretten pålagte beløb, hvorfor indstævnte har betalt et beløb, som overstiger A's interesse i sagen. Det er derfor korrekt, når Retslægerådet anfører, at sagens resultat ikke har betydning for A's retsforhold. Af samme årsag vedrører spørgsmålene ikke enkeltpersoners retsforhold og falder derfor uden for Retslægerådets kompetence, jf. § 1 i lov om Retslægerådet.

#### **Landsrettens bemærkninger:**

I lov om Retslægerådet er rådets kompetence angivet som »sager om enkeltpersoners retsforhold«. Nærværende sag vedrører retsforholdet mellem B og F. Det forhold, at A efter appellan-

tens oplysninger vil kunne gøre krav på 500.000 kr. af forsikringssummen efter den i sagen omhandlede police, medfører imidlertid ikke, at udfaldet af retssagen har umiddelbar betydning for A's retsforhold. Landsretten finder endvidere, at Retslægerådet ikke er forpligtet til at besvare et nyt spørgetema, hvis betingelsen i § 1 i lov om Retslægerådet ikke længere er opfyldt. Det anførte om menneskerettighedskonventionens artikel 6 kan ikke føre til andet resultat. Landsretten finder derfor ikke grundlag for at pålægge Retslægerådet at afgive udtalelse i sagen”.

### **Højesterets behandling af sagen:**

Procesbevillingsnævnet meddelte den 25.08.05 tilladelse til, at landsrettens kendelse blev indbragt for Højesteret. I Højesterets kendelse af den 18.04.06, gengivet i UFR 2006.2068H, fremgår der blandt andet følgende supplerende sagsfremstilling:

”Grundlaget for sagen er, at fodboldspilleren A i løbet af efteråret 1999 fik en skade i venstre lyske. A's arbejdsgiver, B, anlagde sag mod F med påstand om udbetaling af en forsikringssum på 3.500.000 kr., og A anlagde samtidig sag mod F med påstand om betaling af 750.000 kr., hvilken sag siden er forligt. Sagen, som B anlagde, drejer sig nu navnlig om, hvorvidt A's skade opstod før eller efter den 27. oktober 1999, da forsikringssummen blev forhøjet fra 1.250.000 til kr. 3.500.000 kr. med virkning fra og med den dag. Retslægerådet afgav under de to sagers behandling i

byretten en udtalelse den 1. oktober 2003 under overskriften »A mod F«. Rådet udtalte bl.a. følgende:

### **”Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes på grundlag af de lægelige akter oplyse, hvornår de første symptomer på A's lidelse/smertetilstand, jf. spørgsmål 1, opstod. Ved besvarelsen bedes Retslægerådet oplyse, om lidelserne må anses for opstået før 27. oktober 1999. Ved besvarelsen bedes Retslægerådet endvidere oplyse, om det er sædvanligt, at lidelsen udvikler sig med periodevise forværringer, jf. navnlig sagens bilag 25 og 26.*

De første symptomer på lyskeproblemer opstod i september 1999 med forværring i november 1999. I de lægelige akter fra 23.11.99, 22.12.99 og 05.01.00 fremgår, at forværringen er opstået gradvis. Ulykkestilfældet under fodboldkampen 18.11.99 anføres først den 06.01.00 og i de efterfølgende akter. Det kan ikke med sikkerhed afgøres, hvilken betydning den beskrevne hændelse 18.11.99 har for forløbet af lyskeproblemet, idet forværring af tilstanden hyppigst ses i forbindelse med belastning, men også kan opstå ved egentligt traume. Imidlertid fandt man ved operationen 18.05.00 ingen tegn på bristninger i muskelvævet, som ville være typiske følger af et traume.”

Som anført i landsrettens kendelse har B formuleret supplerende spørgsmål til Retslægerådet, som landsretten har godkendt. Spørgsmålene lyder således:

**”Spørgsmål 15:**

*Retslægerådet bedes på grundlag af de lægelige akter samt forklaringerne afgivet til Byretten af 5. februar 2003 og de supplerende forklaringer af 23. februar 2004 oplyse: - Hvorvidt det på dette grundlag må antages, at der foreligger en gradvis forværret lidelse. - Hvilken betydning episoden den 18. november 1999 på dette grundlag har haft for lidelsen. - Om det på dette grundlag må antages, at forværringen i tilstanden konstateret den 23. november 1999 i det væsentlige må skyldes et traume.*

**Spørgsmål 16:**

*I svaret på spørgsmål 7 anføres »i lægelige akter fra 23.11.99, 22.12.99 og 5.1.00 fremgår, at forværringen er opstået gradvis«, jf. bilag 26 og A. I den forbindelse spørges, hvad i disse lægelige akter tyder på en gradvis forværring. Har forværringen været gradvis, jf. journaltilførsel af 22.12.99, indtil det tidspunkt, hvor der indtraf en »akut forværring«. Kan forværringen, jf. journaltilførsel af 23.11.99, være sket på et bestemt tidspunkt ca. to uger før denne journaltilførsel.»*

Retslægerådet har efter opfordring fra Højesteret i en skrivelse af 19.01.06 kommenteret kæreskriftet således: ”B’s advokat har nu i sit kæreskrift nedlagt påstand om, at det pålægges Retslægerådet at udtale sig i sagen. Hovedbegrundelserne herfor er 1. at de supplerende spørgsmål falder inden for Retslægerådets kompetence, da de angår enkeltpersoners retsforhold. Kærende finder Landsrettens fortolkning af »sager om enkeltpersoners retsforhold« forkert, jf. den påkærede

kendelse samt den i Ugeskrift for Retsvæsen 2003, s. 2469 Ø, omhandlede kendelse. 2. subsidiært at en afvisning ikke kan finde sted i situationer, hvor der stilles supplerende spørgsmål, efter at den oprindelige part er udtrådt af sagen (og hvor rådet under den første del af sagen har afgivet udtalelse på et tidspunkt, da en enkeltperson var part.) 3. at Retslægerådet ikke kan afvise at behandle sagen, da rådet ved første forelæggelse i den konkrete sag også udtalte sig om forhold, der ikke vedrørte den sag, der var anlagt af A.

Retslægerådet skal i den anledning bemærke følgende: Ad 1: Rådet kan henholde sig til den fortolkning af bestemmelsen i lov om Retslægerådet, § 1, der af rådet er givet udtryk for i forbindelse med Retslægerådets kæremål i den i Ugeskrift for Retsvæsen 2003, s. 2469 Ø, omhandlede sag. Rådet skal specielt henvise til side 2470, 2471 spalte 1 o.m. til spalte 2 u.m. Endvidere er rådet enig i de af Østre Landsret anførte præmisser side 2471, spalte 2 fn. Retslægerådet finder således, at udtrykket »sager om enkeltpersoners retsforhold«, er ensbetydende med, at den omhandlede sag skal have betydning for en part i sagen, der er en enkeltperson, eller i det mindste, at sagens udfald vil have umiddelbar betydning for retsforholdene for en enkeltperson, der ikke er part i sagen. Det bemærkes, at Retslægerådet i tilfælde af, at retten stiller spørgsmål til Retslægerådet i forbindelse med en verserende retssag, hvor en enkeltperson ikke er part i sagen, som udgangspunkt ikke selv kan tage stilling til, om sagen

i øvrigt vil kunne få umiddelbar betydning for en enkeltpersons retsforhold. Retslægerådet vil i en sådan situation i første omgang konstatere, at ingen af parterne i sagen er en enkeltperson og derfor returnere sagen. Det vil herefter være den forelæggende myndighed/sagens parter advokater, der eventuelt over for Retslægerådet kan påpege forhold, der dokumenterer en umiddelbar betydning for en enkeltpersons retsforhold. Ad 2: Efter Retslægerådets opfattelse er det afgørende, om betingelserne i Lov om Retslægerådet, § 1, er opfyldt på tidspunktet for den enkelte forelæggelse for rådet. Det forhold, at en tidligere udtalelse fra Retslægerådet også indgår i en anden sag, hvor ingen af parterne er enkeltpersoner, kan ikke i sig selv bevirke, at rådet skal udtale sig. Det bemærkes, at den første forelæggelse i den konkrete sag, der gav anledning til rådets udtalelse af 01.10.03, ifølge forelæggelsesskrivelserne fra byretten af henholdsvis 30.06.03 og 10.07.03 vedrørte sagen A mod F. I spørgetemaet af 14.05.03 var parterne i begge de da verserende retssager anført, herunder A. Ad 3: For så vidt angår spørgsmålet om, at Retslægerådet ved den første forelæggelse også skulle have udtalt sig om forhold, der ikke vedrørte sagen anlagt af A, skal følgende anføres: Den første forelæggelse vedrørte klart en enkeltperson, nemlig A, jf. det ovenfor under ad 2 anførte. I en sådan situation vil det normalt ikke ligge inden for Retslægerådets muligheder blandt de stillede spørgsmål (i den konkrete sag spørgsmål 1-15) at udskille spørgsmål eller dele af spørgsmål, der

ikke måtte have betydning for »enkeltpersoners retsforhold«. I den situation vil udgangspunktet være, at Retslægerådet besvarer alle spørgsmål, såfremt spørgsmålene lever op til de krav, der efter betænkning om Retslægerådet (1196/1990) s. 31 ff. i øvrigt må stilles. Det skal slutteligt bekræftes, at Retslægerådet - som kærende er inde på i sit kæreskrift - efter praksis og efter eget skøn også udtaler sig vedrørende generelle spørgsmål til andre offentlige myndigheder, for eksempel til ministerier vedrørende lovforslag og lignende. Dette er en praksis, som også er nævnt i betænkning om Retslægerådet (s. 41-42 og 47 fn. -48), men kan efter rådets opfattelse ikke have betydning for, hvorledes lov om Retslægerådet, § 1, skal fortolkes med hensyn til udtrykket »sager om enkeltpersoners retsforhold.»

B har den 07.02.06 fastholdt og uddybet sine synspunkter og har blandt andet gjort gældende, at de supplerende spørgsmål falder inden for Retslægerådets kompetence i henhold til lov om Retslægerådet § 1, idet de angår enkeltpersoners retsforhold. Bestemmelsen må antages at være udtryk for et ønske om at udelukke generelle spørgsmål f.eks. til brug for ny lovgivning, jf. betænkning 1196/1990 om Retslægerådet, side 41 f. Om den person, som er genstand for lægelig bedømmelse, er part i sagen, eller hans lægelige tilstand har betydning for andre personer eller selskabers retsstilling, må være uden betydning. Afgørelsen i UfR 2003, side 2469 Ø, beror på en tvivlsom ordfortolkning og er uden holdepunkt

i den historiske baggrund for bestemmelsen. Dertil kommer, at det er uklart, hvorledes bestemmelsen skal anvendes efter denne kendelses fortolkning, når der er tale om farmaceutiske skøn. Et farmaceutisk skøn kan vanskeligt angå den person, der er part i sagen, hvilket viser, at bestemmelsen også for så vidt angår lægeligt skøn må have et videre sigte. Desuden ville landsrettens fortolkning afskære Retslægerådet fra at udtale sig i en række sager, hvor et lægevidenskabeligt og farmaceutisk skøn er afgørende for sagens udfald. Herpå kan gives to eksempler: 1. Ifølge lægemiddelstatningslovens § 16, stk. 1, indtræder Sundhedsministeriet i patientens krav mod lægemiddelproducenten, når der er ydet erstatning efter loven. Det betyder, at staten anlægger en produktansvarssag mod producenten. Ifølge landsrettens fortolkning kan Retslægerådet ikke udtale sig i sådanne sager. 2. Ifølge lov om erstatning fra staten til ofre for forbrydelser indtræder staten i skadelidtes krav mod skadevolderen. Også her vil landsrettens praksis afskære Retslægerådet fra at udtale sig, til trods for at spørgsmål om årsagsforbindelser og konkurrerende skadesårsager kan være afgørende.

Subsidiært har B anført, at hvis bestemmelsen forudsætter, at bedømmelsen skal angå partens lægelige forhold, kan dette ikke udstrækkes til situationer, hvor der stilles supplerende spørgsmål, efter at den oprindelige part er udtrådt af sagen. Retslægerådet har udtalt sig om spørgsmålet om tidspunktet for skadens indtræden, der kun var relevant for B, og Retslægerådet må, når det har

accepteret at udtale sig om dette spørgsmål, gøre arbejdet færdigt. I modsat fald er B på vilkårlig måde i strid med menneskerettighedskonventions artikel 6 begrænset i sin mulighed for at føre bevis, og klubben vil i så fald være henvist til at betjene sig af bevismidler, som traditionelt tillægges lavere bevisværdi end udtalelser fra Retslægerådet.

### **Højesterets begrundelse og resultat:**

Af de grunde, der er anført af landsretten, stadfæster Højesteret kendelsen.

### **Kommentar:**

Højesteret har med afgørelsen stadfæstet den praksis, Retslægerådet har fulgt i en lang årrække, også selv om nærværende sag adskiller sig derved, at Retslægerådet rent faktisk havde udtalt sig i forbindelse med sagens behandling i byretten. Retslægerådet vil således også fremover følge denne praksis således, at udtrykket »sager om enkeltpersoners retsforhold« er ensbetydende med, at den pågældende sag skal have betydning for en part i sagen, der er en enkeltperson, eller i det mindste, at sagens udfald vil have umiddelbar betydning for retsforholdet for en enkeltperson, der ikke er part i sagen. Det bemærkes i den forbindelse, at Retslægerådet i tilfælde af, at retten stiller spørgsmål til Retslægerådet i forbindelse med en verserende retssag, hvor en enkeltperson ikke er part i sagen, som udgangspunkt ikke selv kan tage stilling til, om sagen i øvrigt vil kunne få umiddelbar betydning for en enkeltpersons retsforhold. Retslægerådet vil i en sådan situation i første



*Retslægerådet var ikke forpligtet til at afgive udtalelse i erstatningssag ...*

---

omgang konstatere, at ingen af parterne i sagen er en enkeltperson, og derfor returnere sagen. Det vil herefter være den forelæggende myndighed/sagens parters advokater, der eventuelt over for Retslægerådet kan påpege forhold, der dokumenterer en umiddelbar

betydning for en enkeltpersons retsforhold, hvorefter Retslægerådet på ny vil tage stilling til, om betingelserne i § 1 i Lov om Retslægerådet er opfyldt på det tidspunkt, hvor sagen forelægges rådet til udtalelse.



# Lille traume og traumeanalyse ved whiplash (WAD)

NN er en 43-årig tidligere rask kvinde, der under boldspil i haven med børn på 2 og 4 år uventet blev ramt af en let plastikbold i baghovedet. Boldens fart var som ved indkast under fodboldspil. Der var umiddelbart efter uheldet nakkesmerter og hovedpine og disse gener fortsatte. Efter længere sygemelding begyndte NN at arbejde i flexjob, men angav 1½ år efter tildragelsen fortsat at lide af daglige nakkesmerter, daglig hovedpine, stivhedsfornemmelse af nakken, smerter ved højre øre og periodevis snurren i højre hånds 4. og 5. finger. Objektivt kunne man påvise ømhed af nakkefæsterne og af den højre side af den paravertebrale muskulatur. I forbindelse med erstatningssag mod forsikringsselskab blev der foretaget en traumeanalyse, og der blev udarbejdet en syns- og skønserklæring af Rekon i Norge, der beskriver, at NN har været udsat for en påvirkning svarende til en hastighedsændring mellem 2 og 7 km/time. Erklæringen var baseret på en forsøgsopstilling, hvor en person havde ladet sig ramme af en tilsvarende bold. Forsøget blev filmet, og filmoptagelserne blev fremsendt til rådet sammen med 2 syns- og skønserklæringer. Spørgsmålene til Retslægerådet handlede om muligheden for, at en beskeden påvirkning kunne udløse skader ved et whiplashtraume.

Sagen blev i byretten forligt således: Sagsøgte betaler til sagsøger godtgørelse for varigt mén med 8 % og herudover erstatning for tab af erhvervsevne ud fra en erhvervsevnetabsprocent på 50 %. (j.nr. 50E/E3-01436-2006)

Retslægerådet fik forelagt følgende spørgsmål:

## **Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader NN er påført ved incidentet den 19. maj 200x.*

Ved ulykkestilfældet den 19.05.0x blev NN ramt af en plastikbold i nakken, som gav anledning til en uventet bevægelse af hovedet. Umiddelbart herefter debut af persisterende nakkesmerter og hovedpine. Efterfølgende desuden, men med usikkert tidsinterval, klager

over stivhed i nakken, smerter bag øjne, overfølsomhed i højre side af hovedet og snurrende fornemmelse i arme. Der er konstateret indskrænket bevægelighed i nakken og associeret ømhed i regionale nakkemusklere.

## **Spørgsmål 2:**

*På baggrund af alt i sagen eksisterende materiale, herunder skønserklæringer fra Rekon, Norge, bedes Retslægerådet oplyse, om NN som følge af de skader hun måtte have pådraget sig ved incidentet den 19. maj 200x er påført varige gener.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt at angive graden af sandsynlighed for at den i sagens akter beskrevne påvirkning (1) er egnet til at give skader og deraf følgende varige gener og (2) om påvirkninger – eventuelle skader – har påført NN varige gener.*

Traumebegivenheden 19.05.0x er sammenlignelig med et fleksions-ekstensionstraume (stræk- og bøjtraume) medførende forvridning (distorsion) i nakken med udvikling af smerter, stivhed og indskrænket bevægelighed.

Øvrige symptomer, som NN frembyder, er uspecifikke og kan ikke med nogen sikkerhed tilskrives ulykkestilfældet den 19.05.0x.

### **Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers symptomer således som de er beskrevet i de lægelige akter samt af sagsøger selv er forenelige med, at sagsøger, da hun rammes af en plastikbold i nakken har pådraget sig en forvridning af halshvirvelsøjlen – WAD – altså har været udsat for et ekstensionsfleksionstraume, der kan betinge varige gener i nakke/skulder/hovedregion.*

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

Der henvises til svar på spørgsmål 2.

### **Spørgsmål 4.**

*Retslægerådet bedes oplyse, om Retslægerådet anser det for sandsynligt, at de i sagen beskrevne varige funktionsbegrænsende gener kan være forårsaget af det i sagen beskrevne*

*incident, det vil sige om incidentet efter rådets vurdering, erfaringsmæssigt er egnet til at give sagsøger varige gener som beskrevet.*

*Retslægerådet bedes således oplyse, om sagsøger efter rådets vurdering ved incidentet den 19.05.0x kan anses at være påført sådanne skader, at disse har kunnet påføre hende de i sagen beskrevne varige gener.*

*Hvis ovenstående besvares benægtende, bedes Retslægerådet ud fra oplysningerne i sagen oplyse, hvorved de varige gener som er beskrevet kan være opstået.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Der henvises til svar på spørgsmål 2.

### **Spørgsmål 5.**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.*

Nej.

### **Spørgsmål 6.**

*Rådet bedes oplyse, jf. spørgsmål 2 og 4 og svarene herpå, om rådet, jf. syns- og skons-erklæringen og det til erklæringen hørende materiale, bl.a. CD-rom, der viser en til den i sagen omhandlende bold blive kastet bagfra, finder, at NN har været udsat for en påvirkning, der i sig selv er egnet til at forvolde varige fysiske skader, når henses til boldens vægt og den fysiske påvirkning, som den kan forårsage.*

*Rådet bedes i tilknytning hertil oplyse, om rådet finder, at en hastighedsændring på mellem 2 og 7 km/t (se den første skons-erklæring) i en sag som den beskrevne, er egnet*

til at forvolde varige gener af de i sagens akter beskrevne karakter.

Rådet bedes i tilknytning hertil oplyse, om rådet finder, at en hastighedserklæring i den nedre del af det i skonserklæringen beskrevne område på mellem 2 og 7 km/t (se den første skonserklæring) i en sag som den beskrevne, er egnet til at forvolde varige gener af de i sagens akter beskrevne karakter.

Rådet bedes i tilknytning hertil oplyse, om rådet finder, at en hastighedsændring i den nedre del af det i skonserklæringen beskrevne område på mellem 2 og 7 km/t (se den anden skonserklæring side 2 svar på spørgsmål 8) i en sag som den beskrevne, er egnet til at forvolde varige gener af de i sagens akter beskrevne karakter.

Rådet bedes begrunde sit svar.

### **Spørgsmål 7.**

Rådet bedes i tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 6 oplyse, om rådet finder, at en hastighedsændring i den nedre del af mellem 2 og 7 km/t i en sag som den beskrevne er egnet til at forvolde samtlige de i sagens akter ikke ubetydelige varige gener.

I tilknytning hertil bedes rådet oplyse om rådet er enig i det af skønsmanden anførte vedrørende ”evne til at forvolde skade”, se bl.a. svaret på spørgsmål 6 og 11.

### **Spørgsmål 8.**

Såfremt det lægges til grund, at NN har været udsat for en påvirkning, det bedst kan sammenlignes med påvirkningen ved en frontalkollision, og at hastighedspåvirkningen har ligget i den nedre del af intervallet

fra 2 – 7 km/t, (se skadevolders beskrivelse af incidentet og boldens egenskaber samt skønsmandens erklæring, herunder den til den første erklæring knyttede CD-rom) bedes rådet oplyse, om rådet anser det for overvejende sandsynligt, at den fysiske påvirkning er egnet til at forvolde de i sagens akter beskrevne varige gener.

Rådet bedes begrunde sit svar.

### **Spørgsmål 9.**

Rådet bedes oplyse hvilke mekanismer, fysiske eller psykiske, der efter rådets opfattelse måtte have ført til de beskrevne varige gener, når henses til påvirkningens fysiske karakter.

Rådet bedes begrunde sit svar, herunder oplyse om selv den omstændighed, at man bliver ”overrasket” over at blive ramt som beskrevet er egnet til at forvolde de i sagens akter beskrevne varige gener.

### **Spørgsmål 10.**

Retslægerådet bedes oplyse, om det kan afvises, at den i sagen beskrevne påvirkning kan forvolde varige fysiske skader.

### **Ad spørgsmål 6-10:**

Ved et piskesmældstraume (whiplash) er der tale om en skademekanisme, hvor man ved acceleration/deceleration med mere eller mindre fikseret krop udsætter halshvirvelsøjlen for bagoverbøjning/bøjning og samtidig udstrækning i længdeaksen, idet hvirvelsøjlen virker som et pendul med hovedet som det forholdsvis tunge lod. Denne skadesmekanisme

kan føre til overstrækning af muskler, sener og ledbånd og kan i alvorlige tilfælde resultere i omfattende skader på nerver og rygmarg og i knoglebrud eller ledskred i halshvirvelsøjlen. Ved traumer, hvor der opstår sådanne strukturelle skader, vil der alt andet lige være en vis sammenhæng mellem skadernes omfang og størrelsen af den fysiske påvirkning, der har forårsaget dem. Sammenhængen vil dog ikke være simpel, da den også vil afhænge blandt andet af forhold hos personen og personens omgivelser.

Begrebet whiplash anvendes ofte hos personer, hvor der ikke er påviselige skader, som om der er tale om en velafgrænset sygdomsstatus, hvilket ikke er tilfældet. Symptomer (Whiplash Associated Disorders (WAD)) kan være smerter og nedsat bevægelighed i nakken, smerter i hoved, ryg, arme, føleforstyrrelser og nedsat kraft i armene, svimmelhed, forstyrrelser af synet eller hørelsen, hukommelsesbesvær, koncentrations- og indprentningsbesvær, øget træthed og depressionstendens. Psykologiske faktorer påvirker sygdomsbilledet, og sociokulturelle faktorer har indflydelse på forekomsten af længerevarende symptomer. Når sygdomsbilledet udvikles i en tidsmæssig sammenhæng med et traume, antages det at repræsentere en forstuvning af halshvirvelsøjlen. Prognosen er generelt god med mere end 90 % helbredelse. Forstuvning af led forudsætter i almindelighed en vis styrke af den udløsende årsag og ses ikke efter bagatelagte påvirkninger. Spørgsmålet om, hvad der her skal

forstås ved bagatelagte påvirkninger, lader sig imidlertid ikke besvare på det lægevidenskabelige grundlag, når der ikke er påviselige skader.

Tekniske analyser af biluheld og vurderinger af konsekvenser af hastighedsændringer ligger udenfor Retslægerådets sagkundskab. Det er meget vel tænkeligt, at der også efter traumer, hvor der opstår symptomer uden påviselige objektive skader, vil være en vis sammenhæng mellem symptomernes omfang og størrelsen af den fysiske påvirkning, men som anført kan det være en meget kompleks sammenhæng, som i fravær af store epidemiologiske undersøgelser ikke lader sig udrede på et videnskabeligt grundlag, fordi skadens karakter og den eventuelle sammenhæng mellem denne og generne ikke er kendt, men påvirkelig af andre (f.eks. psykosociale) faktorer.

Sammenfattende medfører den beskrevne kompleksitet af den biologiske/kliniske problemstilling forbehold over for forsøgsopstillingen (antal målinger, forsøgspersonens fysik og forberedthed) og spørgsmålenes karakter, at Retslægerådet ikke finder det muligt at give evidensbaseret svar på de stillede spørgsmål, der i et væsentligt omfang ligger uden for rådets sagkundskab. Rådet må således afstå fra at besvare spørgsmålene 6-10.

#### **Kommentar:**

Det beskrevne traume, der startede sagen, må anses for at være meget beskedent. NN's svigerfar kastede bolden og oplyste i skadesanmeldelsen

følgende: ”Hele familien opholdt sig i haven hos min søn og svigerdatter. Jeg spillede bold med mine 2 børnebørn på 2 og 4 år med en almindelig let plastikfodbold. Min svigerdatter (skadelidte), der stod og talte med min kone og søn, vendte på skadetidspunktet ryggen mod mig og kunne således ikke se bolden, da hun blev ramt i nakken af bolden. Forskrækkelsen over uventet at blive ramt medførte en kraftig reaktion, hvorved skaden udløstes. Hverken boldens vægt eller hastighed ville i sig selv kunne medføre skaden.”

Den udarbejdede syns- og skønserklæring og de ledsagende film beskriver da også en beskeden påvirkning, og man angiver hastighedsændringer fra 2-7 km/timen. Bortset fra, at den angivne enhed for hastighedsændringen ikke er meningsfuld, er det vanskeligt for rådet at vurdere sammenhængen mellem formodet påvirkning og konsekvenser i form af såvel varige skader som varige gener. Dette gælder ved eksperimentelle traumeanalyser og også i forbindelse med de crashtests, der nogle gange fremsendes til rådet i forbindelse med trafikuheld. Som det fremgår, er tekniske analyser af konsekvenser af hastighedsændringer uden for rådets sagkundskab, og med den nuværende viden lader det sig

ikke gøre på lægevidenskabelig basis at beskrive en sammenhæng mellem en påvirkning og en tilstand, der domineres af subjektive klager, hvor der ikke kan påvises objektive forandringer, og hvor det er kendt, at psykosociale og andre faktorer kan have indflydelse på symptombilledet.

Analogt med andre forstuvninger rundt omkring på kroppen forudsætter forstuvning af halshvirvelsøjlen en påvirkning af en vis styrke, og forstuvning ses ikke efter bagatelagte påvirkninger. Hvad der er bagatelagtigt, lader sig imidlertid ikke besvare på lægevidenskabeligt grundlag, som det fremgår af Retslægerådets besvarelse ovenfor. I den specifikke sag, hvor man forsøger at reproducere påvirkningen ved en forsøgsopstilling, øger man naturligvis grundlaget for bedømmelsen af traumets styrke, men lægevidenskabeligt set er der fortsat så mange ubekendte, blandt andet usikkerhed om påvirkningens konkrete karakter, forsøgspersonens position, fysiske tilstand og forberedthed, at det ikke synes muligt at anlægge et lægevidenskabeligt skøn over den konkrete relation mellem påvirkningen og en mulig skade. Retslægerådet må overlade skønnet til parterne eller til domstolene.





# Arbejdsudgytighed ved kronisk inflammatorisk tarmsygd – generelle spørgsmål og uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet

*I en sag om erstatning for erhvervsevnetab tillod retten fremsendelsen af 64 spørgsmål i 2 omgange fra sagsøger og det sagsøgte forsikringsselskab. Hovedparten var af generel karakter. Sagen vedrørte erhvervsevnen hos en da 42-årig mand, der siden slutningen af 1980'erne havde haft en lettere grad af venstresidig colitis ulcerosa (tyktarmskatarr). Derudover havde han haft uforklarede smerter i den øverste del af maven, der blev behandlet med syrepumpehæmmere, og der var ved gastrokopi påvist et brok i mellemgulvet uden refluxsygdom (tilbageløb af mavesyre i spiserøret). Han havde i perioder været behandlet med smertestillende tabletter (NSAID-præparater), der er kendt for at kunne provokere colitis. Bedømt ud fra vævsprøver og blodprøveresultater drejede det sig om et let tilfælde af ulcerøs colitis. Behandlingen havde dog ikke været optimal og bestod i det væsentlige i indgift af binyrebarkhormon, om end ikke i særligt høje doser. Det var tillige anført, at sygdommen var blevet forværret af stress og arbejde, og at der derfor var skånehensyn og arbejdsudgytighed. Sagen er endnu ikke afgjort. (j.nr. 50E-01966-2007)*

I forbindelse med rettens behandling af sagen fik Retslægerådet forelagt spørgetemaer fra såvel sagsøger som sagsøgt advokater i flere omgange, hvoraf det sidste blev fremsendt godt 1 år efter det oprindelige spørgetema.

## **Spørgsmål 1:**

*Lider sagsøgeren af en kronisk inflammatorisk tarmsygd?*

*De karakteristiske symptomer ønskes tillige beskrevet.*

Ja.

De typiske symptomer består af blo-

dig diaré, hvorimod smerter ikke er fremherskende. Der henvises i øvrigt til almindelige lærebøger.

## **Spørgsmål 2:**

*Såfremt spørgsmål 2 besvares bekræftende, ønskes oplyst, om Retslægerådet kan tiltræde, at sygdommen kan betegnes som svær. I det omfang Retslægerådet ikke kan tiltræde, at sygdommen kan betegnes som svær, anmodes Retslægerådet om at beskrive forskellen på, hvornår sygdommen kan betegnes som middelsvær og svær.*

Sygdommen kan ikke betegnes som svær, idet svær sygdom ledsages af

ændringer i blodprøveresultater, der er langt mere udtalte end de foreliggende, og endvidere i sværere forandringer ved undersøgelse af vævsprøver samt vægttab og behov for prednisolondoser betydeligt større, end der her er anvendt.

### **Spørgsmål 3:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, ønskes oplyst om årsagen til tarmsygdommen er opklaret og om der findes en helbredende behandling?*

Årsagen til sygdommen er ukendt. Sygdommen kan helbredes ved fjernelse af tyktarmen.

### **Spørgsmål 4:**

*Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende, ønskes årsagen og den helbredende behandling beskrevet.*

Bortfalder.

### **Spørgsmål 5:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, ønskes det oplyst, om Retslægerådet kan tiltræde, at tarmsygdommen generelt ud fra sædvanlige lægelige erfaringer kan være svært invaliderende og give anledning til en betydeligt nedsat funktionsevne.*

Sygdommen er generelt ikke svært invaliderende og giver sjældent anledning til betydeligt funktionsnedsættelse.

### **Spørgsmål 6:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, ønskes oplyst om Retslægerådet kan tiltræde, at sygdommen med den sværhedsgrad, som er konstateret hos sagsøgeren normalt giver almen påvirkning.*

Det skønnes ikke sandsynligt, at sygdommen, som den fremtræder i det medsendte materiale, giver almen påvirkning.

### **Spørgsmål 7:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, ønskes det oplyst, om blodninger fra tarmen, hul i tarmen, forsnævring af tarmen, bylder, fisteldannelser, revner, ledbetændelse, ledsmerter, knuderosen, betændelse af regnbuehinden, kræft og leverpåvirkning er normalt kendte komplikationer.*

De anførte tilstande er kendte komplikationer til sygdommen, men optræder med vidt forskellig hyppighed.

### **Spørgsmål 8:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, ønskes det oplyst, om Retslægerådet kan tiltræde, at personer med den beskrevne sygdom, mærker mere til sygdommen i perioder med arbejdspress (stress).*

Sygdommen fremkaldes ikke af og forværres ikke af stress, men stressede personer har – uanset hvilken sygdom det drejer sig om – ofte flere symptomer i stressperioden.

### **Spørgsmål 9:**

*Kan Retslægerådet tiltræde, at den medicinske behandling, som XX har modtaget forelobig indtil den 1. januar 200x, ikke har haft effekt? Om Prednisolon-behandlingen henvises til spørgsmål 10 og 11. juni 2008*

Nej, det kan kun konstateres, at XX ikke har været symptomfri.

### **Spørgsmål 10:**

*I tilknytning til spørgsmål 9 anmodes*

*Retslægerådet om at oplyse, hvor lang tid og under hvilke doser, der normalt anbefales anvendt Prednisolon-behandling. I tilknytning hertil ønskes oplyst hvilke mængder og i hvor lang tid Retslægerådet finder Prednisolonbehandlingen forsvarlig.*

Prednisolonbehandling anvendes sædvanligvis i perioder af 3-6 måneder. Startdosis varierer sædvanligvis fra 40-75 mg, der hurtig reduceres til en vedligeholdelsesdosis på 5-10 mg med ophør efter de anførte 3-6 måneder, afhængig af tilstanden og forholdene i øvrigt. Der kan ikke sættes nærmere grænser for forsvarlig dosis og behandlingsvarighed.

**Spørgsmål 11:**

*Kan Retslægerådet tiltræde, at den Prednisolon-behandling sagsøgeren har fået, ikke har kunnet holde ham symptomfri?*

Ja.

**Spørgsmål 12:**

*Er der bivirkninger ved brug af Prednisolon? I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at beskrive de kendte bivirkninger.*

Ja, blodtryksøgning, vægtøgning, sukkersyge, grå stær, knogleafkalkning. Se i øvrigt gængse lærebøger.

**Spørgsmål 13:**

*Er der bivirkninger ved brug af methotrexat? I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at beskrive de kendte bivirkninger.*

Ja. Nedsat knoglemarvsfunktion, mundbetændelse, kvalme, muskelsmerter og nedsat fertilitet. Se gængse lærebøger.

**Spørgsmål 14:**

*Er der bivirkninger ved brug af Imurel? I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at beskrive de kendte bivirkninger.*

Ja. Nedsættelse af knoglemarvsfunktion, kvalme, dårlig appetit og i sjældne tilfælde akut bugspytkirtelbetændelse. Se gængse lærebøger.

**Spørgsmål 15:**

*På tilsvarende måde som forudsat i spørgsmål D ønskes foretaget en besvarelse under den forudsætning, at sagsøgeren var direktør i et af landsdelens største bilfirmaer med en dagligdag, der fra morgenstunden var præget af kundekontakt, personaleopgaver, rejseaktivitet samt betydelige salgs- og købsaktiviteter.*

Retslægerådet udtaler sig ikke om erhvervsevne.

**Spørgsmål 16:**

*I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål D og E anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorledes Retslægerådet ved sin besvarelse har defineret funktionsevnenedsættelse.*

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Retslægerådet udtaler sig ikke om enkeltpersoners eventuelle funktionsnedsættelse, der her synes anvendt som et mål for arbejdsevnen, jf. svar på spørgsmål 15.

**Spørgsmål A:**

*Kan Retslægerådet tiltræde, at XX lider af colitis ulcerosa med venstresidet udbredning og med let til middelsvær aktivitet.*

XX lider af colitis ulcerosa med venstresidig udbredning og let aktivitet.

**Spørgsmål B:**

*I forlængelse af spørgsmål 5 ønskes oplyst, om sygdommen med den sværhedsgrad, som er konstateret hos XX, giver almen påvirkning hos XX og i givet fald om denne påvirkning kan betegnes som let, middel eller svær. Er der tale om en konstant påvirkning eller varierer denne?*

Sygdommen med den sværhedsgrad, som er konstateret hos XX, giver – hvis den overhovedet giver almenpåvirkning – en let påvirkning. Sygdomsintensiteten varierer over tid.

**Spørgsmål C:**

*I tilknytning til spørgsmål 10 ønskes oplyst, om Retslægerådet kan tiltræde, at prednisonbehandlingen har haft effekt på sygdommens aktivitet og i givet fald ønskes denne effekt beskrevet.*

Efter beskrivelsen synes sygdomsaktiviteten at aftage efter iværksættelse af prednisonbehandling. Der har dog i perioder været symptomer på trods af denne.

**Spørgsmål D:**

*Det bedes oplyst, om XX ud fra beskrivelsen i NN's erklæring kan anses for at have fuld funktionsevne, enten i sit tidligere erhverv som direktør i bilfirma eller i et andet erhverv. Såfremt funktionsevnen er nedsat, bedes rådet redegøre for omfanget af funktionsevnenedsættelsen, herunder om funktionsevnen er nedsat til halvdelen eller nedsat til 1/3 eller derunder af fuld*

*funktionsevne. Fra hvilket tidspunkt er funktionsevnen nedsat?*

Langt de fleste patienter med colitis ulcerosa af en sværhedsgrad som beskrevet i det foreliggende vil have normal funktionsevne. Retslægerådet udtaler sig ikke om enkeltpersoners funktionsevne.

**Spørgsmål E:**

*Kan Retslægerådet tiltræde, at colitis ulcerosa ikke anses for at være svært invaliderende og ikke generelt giver anledning til en betydeligt nedsat funktionsevne (til 1/3 del af normal funktionsevne eller mindre), når der ses bort fra perioder med tilbagefald af sygdommen.*

Se svaret på spørgsmål D.

**Spørgsmål F:**

*Kan Retslægerådet tiltræde, at vedvarende behandling med binyrebarkhormon i middelhøj dosis ikke generelt anses for at være svært invaliderende og ikke generelt giver anledning til en betydeligt nedsat funktionsevne.*

Ja.

**Spørgsmål G:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det er muligt at behandle sygdommen ved operation og redegøre nærmere for kontraindikationerne, henholdsvis indikationer for en sådan operation. Hvad er bivirkningen af en eventuel operation? Er der i XX's tilfælde grundlag for at foreslå operation gennemført?*

Sygdommen kan helbredes ved operation, som findes indiceret, når den medicinske behandling er utilfredsstillende (eller ved komplikationer i form af svær blødning, perforation af tarmen eller lammelse af denne). Ved operationen fjernes sædvanligvis hele tyktarmen inkl. endetarmen, og tyndtarmen føres enten ud gennem bugvæggen (stomi) eller forbindes med endetarmsåbningen. Se generelle lærebøger. Såfremt der er et reelt behov for vedvarende prednisolon i anførte doseringer, er der grundlag for at gennemføre operation.

Godt 10 måneder efter Retslægerådets besvarelse af det første spørgetema blev fremsendt et nyt, igen med en række spørgsmål fra såvel sagsøger som sagsøgte. Retslægerådet indledte sin besvarelse af dette nye supplerende spørgetema med følgende bemærkninger:

”Indledningsvis bemærkes, at Retslægerådet kan spørges om konkret påpegede forhold, men det fremsendte spørgetema fra advokatfirmaet forekommer meget vidtgående og rådet finder, at det er uhensigtsmæssigt, at rådet efter 24 forudgående spørgsmål anmodes om at besvare 39 + 3 supplerende spørgsmål, hvoraf mange er af generel karakter. Rådet kan ikke overkomme at udarbejde oversigtsartikler eller notater om generelle medicinske emner uden særlig anledning. Når rådet har valgt at svare kortfattet på de mange spørgsmål, er det ikke af sidstnævnte grund, men især for at være imødekommende og undgå at forsinke sagen. I fremtiden

foreslås venligst, at generelle spørgsmål søges besvaret ved, at de forelægges for en læge eller ved selvstudium i almindelige lærebøger eller lægebøger”.

### **Spørgsmål 17:**

*Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 5 anført, at sygdommen generelt ikke er svært invaliderende og sjældent giver anledning til betydelig funktionsnedsættelse.*

*I tilknytning hertil anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvori*

- *det svært invaliderende*
- *den betydelige funktionsnedsættelse*

*består, når sygdommen viser sig at være svært invaliderende og giver anledning til en betydelig funktionsnedsættelse.*

Spørgsmålet er af generel karakter og kan ikke her besvares fyldestgørende. Der henvises til almindelige lærebøger. Sværhedsgraden af colitis ulcerosa bedømmes ud fra kliniske indices, fundene ved kikkertundersøgelse, sygdommens udbredning, forhøjelse af sænkingsreaktion og/eller akut-fase-reaktanter, nedsat koncentration af albumin i blodet, vægttab og forhøjet puls.

Betydelig funktionsnedsættelse ses for eksempel når patienten er senge-liggende pga. af vægttab, feber eller blodmangel.

### **Spørgsmål 18:**

*I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 6 anmodes Rådet om at oplyse, hvornår syg-*

dommen efter rådets opfattelse giver almen påvirkning. Rådet anmodes om i tilknytning til besvarelsen af spørgsmålet at beskrive, hvorledes Retslægerådet ved besvarelsen har defineret almen påvirkning.

Sygdommen giver almen påvirkning, når der er feber, vægttab, forhøjet puls. Der henvises til almindelig lærebøger.

### **Spørgsmål 19:**

*Rådet har ved sin besvarelse af spørgsmål 9 konstateret, at XX ikke har været symptomfri. I den anledning anmodes rådet om at oplyse, hvilke symptomer rådet ved besvarelsen har lagt til grund, at XX har haft.*

Som man kan læse i de lægelige akter, er der periodevis anført, at XX har haft diareer, f.eks. er der anført i resumé fra forløbet i dagshospitalet den 15.08.0x, at han ”på den aktuelle behandling” ikke er ”fuldt symptomfri”. Der anføres også periodevis blodtilblanding i afføring. Vurderingen hviler således udelukkende på XX's oplysninger. Der findes ingen registrering af afføringsmængde eller antal og de laboratoriemæssige og endoskopiske fund har været beskedne.

### **Spørgsmål 20:**

*Har den prednisolon-behandling XX har modtaget været i overensstemmelse med vanlig dosering?*

Prednisolonbehandling har været givet i perioder længere end vanligt og startdosis har været mindre end vanligt.

### **Spørgsmål 21:**

*I fortsættelse af rådets besvarelse af spørgsmål 9, anmodes rådet om at oplyse, hvad der efter rådets opfattelse er årsagen til, at prednisolonbehandlingen ikke har kunnet holde XX symptomfri.*

For det første må det anføres, at sygdommen i perioder (således under en 4 måneders bådferie på Middelhavet sommeren 200x, bilag G, speciallægeerklæring JJ) har været i ro – hvad enten dette så skyldes prednisolonbehandlingen eller ej. For det andet er nogle tilfælde af sygdommen (jf. almindelige lærebøger) resistente overfor prednisolonbehandling. For det tredje kan initialdosis ved opblussen have været for lille og givet i for kort tid. Der henvises i øvrigt til almindelige lærebøger.

### **Spørgsmål 22:**

*Hvad er indikationen for at anvende:*

A: *Methotrexat*

B: *Imurel*

*i behandlingen med patienter med kronisk inflammatorisk tarmsygd.*

Dokumentationen for de nævnte stoffers anvendelse er bedst for vedligeholdelse af remission (sygdomsro). De anvendes ofte tillige i håb om, at man kan reducere prednisolondosis. Der henvises til almindelige lærebøger.

### **Spørgsmål 23:**

*I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 22 anmodes Retslægerådet om at oplyse, i hvilke mængder og i hvor lang tid Retslægerådet*

*finder, at methotrexat og imurel normalt indgår i behandlingen af en tarmsygdom, som den foreliggende.*

*Rådet bedes i tilknytning hertil på tilsvarende måde som i spørgsmål 10 beskrive sædvanlig behandlingsperiode og dosis.*

Imurel anvendes som regel i dosis på 2 mg/kg/døgn og methotrexat i en dosis på 25 mg/uge. Der er ingen retningslinier for behandlingsvarigheden ved colitis ulcerosa. Ved beslægtede sygdomme kan behandlingen gives i årevis. Erfaringen med methotrexat er beskeden og dokumentationen ligeså. Se generelle lærebøger.

#### **Spørgsmål 24:**

*I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 23 anmodes rådet om at beskrive den behandling, som XX indtil nu har modtaget med methotrexat og imurel. I det omfang behandlingen adskiller sig fra den behandling, som er beskrevet af Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 24, anmodes rådet om at oplyse hvorledes behandlingen har adskilt sig fra det anførte.*

Som man kan læse i notat fra X sygehus blev imurel givet i en dosis på 200 mg dagligt fra den 29.11.0x, men behandlingen afbrydes efter ca. 1 uge efter telefonisk oplysninger om muskel- og ledømhed samt alment ubehag. Behandlingen forsøges genoptaget den 10.12 i dosis på 100 mg dagligt, men XX fik efter få dages behandling kvalme og alment ubehag samt influenzalignende symptomer med muskelsmerter, der tvangfrit kan tolkes som bivirkninger til imurel-behandlingen. Methotrexatbe-

handling påbegyndtes den 03.01.0x i en dosis på 25 mg i.m. en gang ugentligt. Prednisolonbehandling kunne herunder reduceres til 5 mg, hvorfor man den 04.07.0x reducerer methotrexatdosis til 15 mg som tablet en gang ugentligt. På grund af tegn til opblussen øges dosis til 25 mg den 01.08.0x. Den givne behandling adskiller sig ikke fra den generelt anbefalede.

#### **Spørgsmål 25:**

*Medfører Prednisolonbehandling en øget blødningstendens?*

*I bekræftende fald ønskes oplyst, om behandlingen har givet XX en øget blødningstendens og i givet fald ønskes denne nærmere beskrevet.*

Prednisolon giver anledning til hudskørhed og dermed øget blødningstendens i huden. Der er ikke i det foreliggende materiale dokumentation for øget blødningstendens.

#### **Spørgsmål 26:**

*Såfremt spørgsmål 25 besvares bekræftende, ønskes oplyst, om den øgede blødningstendens er lige frem proportionalt med den anvendte dosis?*

Ja, langvarig prednisolonbehandling giver mere blødningstendens end kortvarig prednisolonbehandling.

#### **Spørgsmål 27:**

*Såfremt spørgsmål 26 besvares bekræftende, ønskes det oplyst, om en øget blødningstendens normalt giver øget træthæthed hos patienten?*

Nej, blødningstendens giver i sig selv ikke anledning til træthed, medmindre patienten får anæmi, hvad XX ikke ses at have haft

**Spørgsmål 28:**

*Er følgende almindelig kendte bivirkninger ved behandling af Prednison?*

*Der kan forekomme smerter i muskler og led, knogleskørhed pga. afkalkning af knoglerne, fuldmåneansigt, opsvulmet og tøndeformet krop, tynde stilkede arme og ben, skør hud med blålige striber, bumser og kraftig behåring. Sår kan være længere tid om at hele. Mavesmerter, forværring af mavesår/sår på tarmen og forværring af sukkersyge kan forekomme. Relativ nedsat binyrebarkfunktion kan optræde, efter behandlingen er stoppet. Symptomerne på en infektion kan dæmpes, samtidig med at selve infektionen aktiveres.*

*Indholdet af kalium i blod kan falde og der kan optræde forhøjet blodtryk og ødemer. Humøret kan påvirkes, ofte i form af opstemthed, depression samt søvnløshed. Der kan opstå forhøjet tryk i øjet og uklarhed i øjets linse.*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Prednisolon, og i givet fald hvilke?*

De anførte, citerede symptomer er, bortset fra mavesmerter og mavesår, alle kendte, men ikke nødvendigvis almindelige bivirkninger ved behandling med prednison. Som man kan læse i materialet har XX øget sin vægt med ca. 20 kg. Derimod er der dokumentation for, at han ikke har udviklet knogleskørhed. Desuden kan man i

materialet læse, at XX på en prednison dosis på 50 mg udviklede symptomer tolket som depression.

**Spørgsmål 29:**

*Såfremt spørgsmål 28 besvares helt eller delvist benægtede ønskes oplyst, hvilke af bivirkningerne der er kendte ved brug af Prednison.*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Prednisolon, og i givet fald hvilke?*

Se almindelige lærebøger og spørgsmål 28.

**Spørgsmål 30:**

*Anvendes Alendonat Arrow til behandling af knogleskørhed?*

Ja.

**Spørgsmål 31:**

*Såfremt spørgsmål 30 besvares bekræftende ønskes det oplyst, om der efter XX's opfattelse er andre konkrete årsager end sagsøgerens tarmsygdom, der er årsag til behandling med Alendronat Arrow. I bekræftende fald ønskes de konkrete årsager med konkret henvisning til det fremlagte journalmateriale oplyst?*

Behandling med alendronat (Fosamax) synes første gang nævnt i notat af 11.04.0x. Indikationen fremgår ikke, men da der ikke er tegn til knogleskørhed, må det antages at være givet mhp. at forebygge bivirkninger til prednison.

**Spørgsmål 32:**

*Er allergiske reaktioner med nældefeber,*



*hævelse af ansigt, læber, tunge og/eller hals, synkebesvær, mave-tarmproblemer med irritation eller sår i munden eller spiserør og/eller forsnævring af spiserøret, maveblødning, mavesmerter, fordøjelsesbesvær, forstoppelse, diare, luft i maven, sår i spiserøret, synkebesvær, udspilet mave, sure opstød, hovedpine, knogle-, led- og muskelsmerter, udslæt, rødme, kløe, kvalme, opkastninger, mavekatar, betændelse i spiserøret og sortfarvet/blodig afføring, kendte bivirkninger ved brugen af Alendronat Arrow?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Alendronat Arrow, og i givet fald hvilke?*

Ja, de anførte, citerede symptomer er sat i relation til indtagelse af alendronat. De fleste dog med meget ringe hyppighed (<1 ud af 10.000 behandlinger). Som man kan læse i journalnotater fra X sygehus, er der intet der tyder på, at XX har haft de nævnte bivirkninger som følge af alendronatindtagelse?

### **Spørgsmål 33:**

*Såfremt spørgsmål 32 besvares helt eller delvist benægtende ønskes oplyst, hvilke bivirkninger der er kendte.*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Alendronat Arrow, og i givet fald hvilke?*

Se ovenfor.

### **Spørgsmål 34:**

*Tertensif Retard er dette et medikament, som anvendes til behandling af forhøjet blodtryk?*

Ja.

### **Spørgsmål 35:**

*Såfremt spørgsmål 34 besvares bekræftende anmodes Retslægerådet om at besvare, om der foreligger andre konkrete årsager til anvendelse af Tertensif Retard end sagsøgerens tarmsygdom og den tilhørende medicinering? I bekræftende fald ønskes med konkret henvisning til journalmaterialet oplyst årsagerne?*

Brug af Tertensif Retard fremgår ikke af materialet. Da essentiel hypertension (blodtrykforhøjelse uden kendt årsag) er den hyppigste form for forhøjet blodtryk, kunne XX eventuelt have forhøjet blodtryk af andre årsager end prednisonbehandling.

### **Spørgsmål 36:**

*Er svimmelhed, træthed, hovedpine, ”myrekryb”, kvalme, forstoppelse, mundtørhed, små blødninger i hud og slimhinder, stigning i blodsukker, allergiske reaktioner, udslæt, lettere tendens til sygdom, blodmangel, forstyrrelser i hjerterytmen, for lavt blodtryk, betændelse i bugspytkirtlen, påvirkning af leverens funktion, lettere tendens til blå mærker, blødninger er længere tid om at stoppe og generel påvirkning af blodets sammensætning, kendte bivirkninger ved brug af Tertensif Retard?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Tertensif Retard og i givet fald hvilke?*

Spørgsmålet er af generel art og svaret kan findes i lærebøger.

XX ses ikke at have været i behandling med Tertensif Retard.

**Spørgsmål 37:**

*Såfremt spørgsmål 36 besvares helt eller delvis benægtende ønskes de kendte bivirkninger oplyst?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Tertensif Retard og i givet fald hvilke?*

Se ovenstående.

**Spørgsmål 38:**

*Anvendes Calcichew-D 3 til forebyggelse og behandling af calcium/kalk og D-vitamin mangel?*

Ja.

**Spørgsmål 39:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om der er andre konkrete årsager til sagsøgerens anvendelse af Calcichew-D 3 end den konkrete tarmsygdom med tilhørende medicinering. I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om med konkret henvisning til journalmaterialet om at oplyse hvilke?*

Calcichew-D 3 gives mest sandsynligt som forebyggelse mod knogleafkalkning som følge af prednisonbehandling.

**Spørgsmål 40:**

*Er forstoppelse, luft i maven, kvalme, mavesmerter og diaré, kløe, udslæt, nældefeber kendte bivirkninger ved brug af Calcichew-D 3?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Calcichew-D 3 og i givet fald hvilke?*

Bivirkningerne fremgår af lærebøger i brug af lægemidler.

Der er i det foreliggende ikke tegn på, at XX har haft de nævnte bivirkninger som følge af Calcichew-D 3.

**Spørgsmål 41:**

*Såfremt spørgsmål 40 besvares benægtende ønskes de kendte bivirkninger oplyst?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Calcichew-D 3 og i givet fald hvilke?*

Se ovenfor.

**Spørgsmål 42:**

*Kan Retslægerådet tiltræde, at kendte bivirkninger ved brug af methotrexate er kvalme, opkastning, nedsat appetit og diare, betændelse i slimhinder og sår i mundhulen, nedsat funktion af knoglemarven, øgning af bindevævsmængden i leveren samt dannelse af knuder, udvikling af ikke-bakteriel lungebetændelser, hovedpine, træthed, svimmelhed, forvirringstilstand, sløret syn, allergiske reaktioner, hårtab, nedsat frugtbarhed, helvedesild, muskelsmerter, forværring af psoriasis samt depression?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af methotrexate og i givet fald hvilke?*

Lærebogsspørgsmål – der henvises hertil.

XX synes efter det foreliggende ikke at have haft bivirkninger ved brug af methotrexat.

**Spørgsmål 43:**

*Såfremt spørgsmål 42 besvares benægtende ønskes oplyst, hvilke bivirkninger der er kendte ved brugen af Methotrexate?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Methotrexate og i givet fald hvilke?*

Se ovenfor.

**Spørgsmål 44:**

*Hvilke lidelser anvendes Metoject til behandling af?*

Metoject er identisk med methotrexat, se ovenfor.

**Spørgsmål 45:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt der er andre konkrete årsager end sagsøgerens mave-tarmsygdom med tilhørende medicinering, der er årsag til behandlingen med Metoject. I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om med konkret henvisning til de fremlagte lægelige akter at oplyse hvilke?*

Se ovenfor.

**Spørgsmål 46:**

*Er en almen påvirkning af det bloddannende system og mavetarmkanalen, mundbetændelse, fordøjelsesbesvær, kvalme, appetitløshed, sår i munden, diare, halsbetændelse, tarmbetændelse, opkastning, gastrointestinale sår, hæmatemesis (opkastning af blod), voldsom blødning, udslæt, rødme af huden, kløe, øget lysfølsomhed, hårtab, større antal gigtknuder, helvedesild, inflammation i blodkarvæggen, forkølelseslignende udslæt på huden, nældefeber, øget pigmentering af huden, blærer på huden i forbindelse*

*med feber, hudforbrændingssyndrom, øget pigmentering på negle, betændelse i neglefals og -leje, allergiske reaktioner, allergisk chok, allergisk inflammation i blodkarvæggen, feber, røde øjne, infektion, blodforgiftning, hæmmet sårheling, væskeansamling i lungehinden og hjertet, nedsat antistofantal i blodet, hovedpine, træthed, døsighed, svimmelhed, konfusion, depression, svækket syn, smerte, svækkelse eller fornemmelse af "soven" eller myrekryben på arme og ben, smagsforstyrrelser (metalsmag), kramper, lammelse, kraftig hovedpine, med feber (leverenzymstigning), skrumpeliver, øget mængde bindevæv, fedtdegeneration i leveren, allergisk lungereaktion, indicerede symptomer er : tør, uproduktiv hoste, kortåndethed og feber, lungefibrose, lungetændelse, åndedrætsbesvær og bronkialastma, hæmmet dannelse af blodlegemer med fald i hvide og/eller røde blodlegemer og/eller trombocytter, formindskelse i antallet af blodlegemer og trombocytter, stærk fald i antallet af hvide blodlegemer, svær knoglemarodepression, inflammation og ulceration af urinblære eller vagina, nedsat nyrefunktion, vandladningsforstyrrelser, nyresvigt, nedsat urinudskillelse, elektrolytforstyrrelser, led- og muskelsmerter, knogleskørhed, forstyrrelse af lymfeknuder (lymphoma), kendte symptomer ved anvendelse af Metoject?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Metoject og i givet fald hvilke?*

Som anført er Metoject identisk med methotrexat og XX ses ikke at have haft nogen bivirkninger ved behandling hermed.

**Spørgsmål 47:**

*Såfremt spørgsmål 46 besvares benægtende anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvilke kendte bivirkninger, der er ved brugen af Metoject.*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Metoject og i givet fald hvilke?*

Se ovenfor.

**Spørgsmål 48:**

*Hvad anvendes Nexium til?*

Nexium anvendes til behandling af mavesår og spiserørskatar samt forebyggelse af mavesår, opstået under behandling med gigtmidler eller acetylsalicylsyre (se lærebøger).

**Spørgsmål 49:**

*I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 48 anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt årsagen til sagsøgerens anvendelse af Nexium skyldes andre konkrete årsager end sagsøgerens mavetarmsygdom samt den stedfundne medicinering. I bekræftende fald ønskes de konkrete årsager med konkret henvisning til sagsøgerens journalmateriale oplyst?*

Kan ikke besvares. Behandling med præparat i denne stofgruppe er begyndt i september 2001, da XX havde smerter øverst i maveregionen, formentlig fordi man fandt et brok ved mellemgulvet. Der er dog i det foreliggende ikke tegn på hverken mavesår eller spiserørskatar eller symptomer herpå. Det er ligeledes muligt, at XX har fået dette præparat i håb om at mindske bivirkninger ved indtagelse af Asacol, der er dog ingen

dokumentation for, at præparatet er virkningsfuldt i denne situation. Prednisonbehandling giver i sig selv ikke et mavesår.

**Spørgsmål 50:**

*Er hovedpine, mavesmerter, forstoppelse, diaré, luft i maven, kvalme, opkastning, hævelse, søvnløshed, svimmelhed, føleforstyrrelser, søvnighed, smagsforstyrrelser, uklart syn, betændelse/svamp i mund og mave/tarmkanal, led- og muskelsmerter, utilpashed, øget svedtendens, aggressiv opførsel, hallucinationer, muskelsvaghed og brystudvikling hos mænd kendte bivirkninger ved brug af Nexium?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Nexium og i givet fald hvilke?*

Lærebogsspørgsmål. Det kan dog anføres, at samtlige symptomer er yderst sjældne og der er på det foreliggende ikke holdepunkter for, at XX har haft anførte symptomer som følge af Nexium-indtagelse.

**Spørgsmål 51:**

*Såfremt spørgsmål 50 besvares benægtende anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvilke kendte bivirkninger der er ved brugen af Nexium?*

*Har XX nogen af de ovenfor beskrevne bivirkninger ved brug af Nexium og i givet fald hvilke?*

Der er stort set aldrig bivirkninger ved indtagelse af Nexium, se i øvrigt ovenfor.

**Spørgsmål 52:**

*I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 25-35 anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorledes det i praksis konstateres, om anvendelse af medicin giver bivirkninger.*

Det er et generelt og omfattende spørgsmål. På basis af patientens oplysninger, kendskab til bivirkninger, laboratoriefund, tidsmæssige forhold, resultat af behandlingsophør og patientspecifikke forhold kan en klinisk kyndig person som regel afgøre, om der i en given situation foreligger medicinbivirkning.

**Spørgsmål 53:**

*Vil en behandling, medicinanvendelse og en tarmsygdom som sagsøgerens normalt give almen påvirkning?*

Nej.

**Spørgsmål 54:**

*Såfremt Retslægerådet ved besvarelse af spørgsmål J finder, at der er alternativer, anmodes rådet om at beskrive alternativerne nærmere og herunder beskrive eventuelle bivirkninger herved.*

Se tidligere besvarelse til spørgsmål G fra Y Advokatfirma samt generelle lærebøger.

**Spørgsmål 55:**

*I det omfang rådet besvarer spørgsmål K, ønskes det oplyst, hvorledes rådet ved sin besvarelse har defineret funktionsnedsættelse.*

Ved funktionsnedsættelse forstår rådet manglende evne til at varetage sædvanlige opgaver.

**Spørgsmål H:**

*Retslægerådet bedes udtale, om behandling af sygdommen generelt anses for at give anledning til en betydelig funktionsnedsættelse.*

Nej.

**Spørgsmål J:**

*Er det muligt at ophøre med behandlingen, hvis den giver bivirkninger, og er der alternativer, herunder en eventuel operation.*

Ja.

**Spørgsmål K:**

*Det bedes oplyst, om der efter operation som nævnt i svaret på spørgsmål 3 og G sædvanligvis vil restere en betydelig funktionsnedsættelse.*

Nej.

**Kommentar:**

Retslægerådet kan spørges om konkret påpegede forhold, men rådet kan ikke påtage sig at referere eller bekræfte, hvad der står at læse i de fremsendte papirer, at udarbejde resuméer af sagsakter, at foretage generelle helbreds-vurderinger ud fra fremsendte aktstykker, eller at besvare generelt formulerede medicinske eller farmaceutiske spørgsmål. Rådet søger at være imødekommende over for domstolene og vil nødigt stille sig afvisende endsige returnere sager. Praksis har derfor været, at sådanne spørgsmål som udgangspunkt vil blive besvaret kortfattet, såfremt det kan ske på grundlag

af paratviden, og naturligvis forudsat, at de har en forståelig sammenhæng med den forelagte sag. Helt generelt formulerede spørgsmål om for eksempel sygdommes karakteristika, hyppighed, komplikationer, behandling og lignende, må forudses afvist med henvisning til lærebøger.

Da rådet skal afgive videnskabelige skøn, vil en besvarelse af selv relativt simple generelle spørgsmål ofte være forbundet med et stort arbejde, hvis besvarelsen skal blive korrekt og udtømmende. Antallet og karakteren af de spørgsmål, parterne stiller, har naturligvis stor betydning for rådets arbejde og sagsbehandlingstiden. I Betænkning om Retslægerådet nr. 1196/1990, side 131 ff., er opregnet en række krav til de spørgsmål, der kan stilles. Spørgsmålet om en eventuel højere grad af censur af spørgsmålene fra retternes side har tidligere været drøftet med Vestre Landsret (refereret i årsberetning 2003-2005). En arbejdsgruppe under Domstolenes Samarbejdsforum har siden set på, hvordan man kan smidiggøre sagsbehandlingen i retssager, der involverer blandt andre Retslægerådet. Gruppens overvejelser er trykt i en

artikel i ”Advokaten” 3/2008. Arbejdsgruppen peger her på, at grundlaget for Retslægerådets vurdering naturligvis skal være fyldestgørende, og at spørgsmål til Retslægerådet skal være klare og præcise, men gruppen fremhæver også, at når retten giver parterne tilladelse til at stille spørgsmål til Retslægerådet, bør retten påse, at spørgsmålene er formulerede sådan, at de er egnede til at blive forelagt for Retslægerådet. Blandt de fremsendte spørgsmål i denne sag var mange af generel art, og hertil kommer, at flere var formulerede således, at den egentlige genstand for spørgsmålene var erhvervsevnetab, som Retslægerådet ikke udtaler sig om.

Retslægerådet har forståelse for, at der kan være betænkeligheder ved at gå ind i en censur af spørgetemaerne, før retten har haft lejlighed til at sætte sig ind i sagens detaljer, men i de allerfleste tilfælde vil en simpel gennemlæsning af spørgetemaerne afsløre, når der som i dette tilfælde er tale om en række generelle eller ukonkrete spørgsmål. Retslægerådet håber derfor, at domstolene vil påtage sig en mere aktiv rolle således, at anvendelsen af Retslægerådet kan blive mere hensigtsmæssig.

# Specialiststandard ved diagnosen af hjerneabscesser hos en hjertesyg patient.

## Vidneindkaldelse.

*En 55-årig mand blev den 27.06.0x indlagt på hospital med mistanke om transitorisk cerebral iskæmi (TCI, forbigående nedsat blodforsyning af hjerneområder), idet han gennem et par dage bemærkede flimren for øjnene af få minutters varighed. Dagen efter udviklede han pludseligt styringsbesvær af venstre arm og ben, og efterfølgende indtrådte der et universelt krampeanfald. I forbindelse med et tilsyn af hjertelæge 01.07.0x blev der påvist en prolaps af hjertets mitralklap på grund af en bristning af klappens sene (chorda). Ved CT af hjernen 27.06.0x fandtes normale forhold, men ved fornyet CT 28.06, 04.07 og 06.07.0x fandt man infarktomer i højre og venstre hjernehalvdel, der var progredieret. Han blev overflyttet til hjertekirurgisk afdeling, hvor man 05.07.0x indsyede en mekanisk mitralklapprotese ved en ukompliceret operation. Postoperativt var respiratorbehandling nødvendig. Den 07.07.0x fandt man lysstiv højre pupil og ved CT 08.07.0x finder man tegn på store infarkter på begge sider og højt intrakranielt tryk med incarceration (indeklemning) af hjernen. Døden indtrådte samme dag. Ved obduktion fandt man meningitis og bylder i begge hjernehalvdele, desuden infarkter i begge hjernehalvdele og indeklemning af hjernen. Endvidere påvistes et akut hjerteinfarkt. Sagen blev behandlet i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, der afviste at anerkende det fatale forløb som en patientskade. Patientskadeankenævnets afgørelse blev efterfølgende indbragt for Landsretten, der frifandt nævnet. (E 4-485-05, 06).*

I forbindelse med Landsrettens behandling af sagen fik Retslægerådet forelagt 16 spørgsmål fra sagsøgeren.

### **Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvad der var hovedårsagen til dødens indtræden den 08.07.200x.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Dødsårsagen var indeklemning af hjernen (cerebral incarceration) forårsaget af betændelse og bylder i hjernen.

### **Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilke helbreds-mæssige gener – herunder objektive fund og subjektive gener – der kunne konstateres hos NN med angivelse af diagnose, henholdsvis på indlæggelsesdagen den 27.06.200x samt den 28.06, 04.07 og 08.07.200x.*

*Retslægerådet bedes specifikt oplyse, om der i forløbet har været tale om progredierende cerebrale symptomer og tegn på aktiv infektion.*

På indlæggelsesdagen den 27.06.200x havde NN haft flimren for øjnene, hovedpine og problemer med at styre venstre ben. Ved objektiv undersøgelse fandt man ingen neurologiske udfald, men en mislyd over hjertet. Ved CT-skanning af hjernen fandt man normale forhold. På andendagen den 28.06.0x tilbagefald af fluktuerende symptomer som på indlæggelsesdagen. Ved objektiv undersøgelse kunne konstateres lettere kraftnedsættelse og styringsbesvær af venstre arm og ben. Ved undersøgelse af kredsløbet i halspulsårerne fandtes normale forhold. Senere samme dag forekom et krampeanfald. Herefter blev der foretaget akut CT-skanning af hjernen, hvorved der blev påvist strukturforandringer med udseende som følger efter kredsløbsforstyrrelse i hjernen (infarkter).

I den følgende periode frem til udskrivelsen fra neurologisk afdeling den 04.07.0x er beskrevet kraftnedsættelse i højre arm og ben samt let højresidig ansigtsslammelse ledsaget af subjektive symptomer bestående i ængstelse og tristhed, søvnbesvær, hovedpine, kvalme og opkastning. I samme periode blev der ved hjernteundersøgelse konstateret forstørrelse af venstre hjertekammer samt hjerteklap med defekt lukkefunktion (mitralprolaps). Diagnoserne var ved overflytningen apopleksia cerebri (slagtilfælde) og prolapsus mitralis (defekt hjerteklap).

Den 06.07.0x var NN nyopereret og fortsat under indflydelse af bedøvende medicin, hvilket begrænser vurderingen af hjernens funktion, men der kunne dog konstateres svær lammelse af venstre legemshalvdel, hvilket var en forværring i den neurologiske tilstand sammenlignet med tilstanden umiddelbart inden operationen. Man kunne endvidere konstatere ophævet nyrefunktion. Frem til den 08.07.0x kunne konstateres yderligere forværring i den neurologiske tilstand i form af vigende bevidsthedsniveau, tiltagende lammelse og til sidst dilaterede lysstive pupiller, som tegn på cerebral incarceration bekræftet ved CT-skanning.

Der har i forløbet været tale om progredierende cerebrale symptomer. Den væsentligste progression i den kliniske tilstand udgøres af forskellen i tilstand umiddelbart før og efter hjernteoperationen. Før operationen var de kliniske neurologiske udfald i højere grad vekslende end de var progredierende.

Der har ikke været tegn på aktiv infektion tidligere end efter hjernteoperationen. Først den 07.07.0x sås utvetydig stigning i blodets såkaldte infektionsparametre (leukocytter og CRP-værdi) som tegn på aktiv bakteriel infektion. Forud for dette tidspunkt var disse værdier i vekslende grad enten uspecifik, marginalt forhøjede eller normale; der var ikke nogen klar udviklingstendens eller noget klart mønster i blodprøverne. Der blev regelmæssigt udtaget blod til dyrkning for bakterier med negativt resultat.



### **Spørgsmål 3:**

*Det fremgår af sagens akter, herunder bilag 3, at der blev foretaget CT-skanning af hjernen uden kontrast den 27.06, 28.06, 04.07 og den 06.07.200x.*

*Retslægerådet bedes oplyse, om det er overvejende sandsynligt, at anden undersøgelsesmetode, eksempelvis CT-skanning med kontrast, ville have påvist den igangværende infektion i hjernen.*

*Retslægerådet bedes specifikt oplyse, om der var indikation for CT-skanning med indgivelse af kontrastvæske den 28.06 eller 01., 02. eller 04.07.200x efter de lægelige oplysninger, der forelå på de pågældende tidspunkter, og da pr. hvilken dato og med hvilken begrundelse.*

*Ligeledes bedes Retslægerådet oplyse, om der, henset til oplysningerne om NNs helbredsmæssige forhold, jf. eksempelvis bilag 2, continuation 4, og bilag 6, continuation 4, var mulighed for MR-skanning den 28.06 eller 1., 2. eller 4.7.200x efter de foreliggende lægelige oplysninger, og da pr. hvilken dato og med hvilken begrundelse.*

Spørgsmålet om hvorvidt en anden undersøgelsesmetode ville have ført til et andet resultat er hypotetisk og kan vanskeligt besvares. Det kan dog oplyses, at der ikke på nogen af henvisningerne til CT-skanning er anført mistanke om cerebral infektion (abscesser). Tværtimod er der i tilsyn, afdeling T den 05.07.0x fastslået, at de såkaldte infektionsparametre var normale. Under disse omstændigheder vil man normalt ikke udføre en CT-skanning med kontrast.

Det er lidt uklart, hvad der menes med spørgsmålet om mulighed for MR-skanning. Man kan dog udlede af journalen, at mulighederne har været væsentligt og sandsynligvis også afgørende begrænset af klaustrofobi.

### **Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om NN, på det tidspunkt, hvor det var muligt at stille diagnosen "infektion i hjernen" på baggrund af de objektive og subjektive beskrivelser i sagen, var udenfor terapeutisk rækkevidde, eller om der var behandlingsmuligheder med overlevelseschance til følge.*

*Såfremt Retslægerådet vurderer, at der var behandlingsmuligheder på det tidspunkt, hvor diagnosen "infektion i hjernen" kunne stilles, bedes det tillige oplyst, hvornår NN kunne være kommet i relevant behandling, og hvilken behandling der i den givne situation var den bedst mulige efter videnskab og erfaring.*

Spørgsmålet om terapeutisk rækkevidde og prognose er hypotetisk og kan ikke besvares.

### **Spørgsmål 5:**

*Det fremgår af sagens akter, at man havde mistanke om, at det på CT-skanningerne af hjernen set, var blodpropper afsendt fra hjertet, men at man ikke fandt lokaliseringen for infarkterne typisk forenelige med blodpropper fra hjertet, jf. neurologisk journal bilag 2, side 4 midtfor, på baggrund af hvilken man anbefalede MR-skanning, der ordineredes den 02.07.200x, men aldrig bliver gennemført.*

*Retslægerådet bedes oplyse, om der er holdepunkter for at fastslå, at det var en lægelig fejl eller forsømmelse, at den anbefalede MR-skanning ikke blev gennemført.*

Der er efter Retslægerådets opfattelse ikke holdepunkter for at fastslå, at det var en lægelig fejl eller forsømmelse, at den anbefalede MR-skanning ikke blev gennemført.

### **Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om MR-skanning med angiografi i den givne situation den 02.07.200x var indiceret og den bedst mulige undersøgelsesmetode efter videnskab og erfaring.*

*Retslægerådet bedes tillige oplyse, om diagnosticeringen af infektion i hjernen den 02.07.200x og behandling på baggrund heraf med overvejende sandsynlighed kunne have påvirket det fatale forløb i gunstig retning.*

Der er den 01.07.0x anbefalet MR-skanning med angiografi. Denne undersøgelse er velegnet til belysning af hjernens kredsløb i den givne situation, hvor forandringerne set på CT-skanning var forenelige med følger efter kredsløbssygdom/blodprop, men ville i den givne situation ikke have givet et andet resultat end CT-skanning.

Retslægerådet kan ikke udtale sig om prognosen forudsat diagnostik af hjerneinfektion den 02.07.0x, spørgsmålet er hypotetisk.

### **Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om MR-skanning med angiografi i den givne situation*

*den 4.7.200x var indiceret og den bedst mulige undersøgelsesmetode efter videnskab og erfaring.*

*Retslægerådet bedes tillige oplyse, om diagnosticering af infektion i hjernen den 04.07.200x og behandling på baggrund heraf med overvejende sandsynlighed kunne have påvirket det fatale forløb i gunstig retning.*

*I den forbindelse bedes Retslægerådet oplyse, om det er overvejende sandsynligt, at NN ved diagnosticering af infektionen den 4.7.200x ville have fået boret 2 små huller i kraniet, igennem hvilke man kunne indføre en blød eller hård kanyle for herigennem at udtømme puds og skylle med saltvand samt fylde op med antibiotika og saltvand.*

*Endvidere bedes det oplyst, om det er overvejende sandsynligt, at en punktur af abscesserne i hjernen den 4.7.200x ville have lettet trykket inde i hjernen, og incarcerationen hindret eller udskudt indtil effekten af målrettet antibiotisk behandling slog igennem.*

Der henvises til svar på spørgsmål 6. CT-skanningen foretaget den 04.07.0x må anses for en tilstrækkelig undersøgelse til belysning af den i journalen formulerede problemstilling, det vil sige spørgsmålet om, hvorvidt der var sket hæmorrhagisk omdannelse (blødning) eller tilkommet flere infarkter.

### **Spørgsmål 8:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om undersøgelse, diagnosticering og behandling af NN i neurologisk regi i perioden 27.6. – 5.7.0x i den*

*givne situation var den bedst mulige efter videnskab og erfaring.*

Undersøgelse og diagnostik af NN i neurologisk regi i perioden den 27.06 – 05.07.0x var efter Retslægerådets skøn i overensstemmelse med almindeligt anerkendte principper.

### **Spørgsmål 9:**

*Såfremt spørgsmål 9 besvares benægtende, bedes Retslægerådet vurdere, hvorvidt suboptimal undersøgelse, diagnosticering og behandling (dvs. undersøgelse og/eller diagnosticering, der ikke har været udført på bedst mulige måde) med overvejende sandsynlighed har haft betydning for det fatale forløb.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Spørgsmålet udgår.

### **Spørgsmål 10:**

*Ved obduktion konstateres et infarkt i hjertet, og Patientforsikringens lægekonsulent i hjertesygdomme, Per Hildebrandt, vurderer, at blodproppen kan være op til 2 uger gammel, og sagsøgte, Patientskadeankenævnet, lægger ved afgørelsen til grund, at der 1-2 uger inden indlæggelsen den 27.5.0x er opstået en større blodprop i hjertet.*

*Retslægerådet bedes oplyse, om man under hensyn til de præoperative undersøgelser for hjerteoperationen den 05.07.0x og opererende hjertekirurgs inspektion af hjertet vurderer, at det konstaterede infarkt i hjertet med overvejende sandsynlighed var til stede forud for hjerteoperationen.*

*I bekræftende fald bedes Retslægerådet*

*oplyse, om infarktets burde være konstateret tidligere.*

Retslægerådet finder det usandsynligt, at NN inden hjerteoperationen den 05.07.0x havde haft hjerteinfarkt af følgende grunde:

Der foreligger et helt normalt elektrokardiogram en uge inden operationen, nemlig 27.06.0x (bilag 5).

Der er også inden operationen, nemlig den 01.07.0x, foretaget ultralydsskanning af hjertet (transtorakal ekkokardiografi), som heller ikke viser tegn på hjerteinfarkt, specielt er venstre hjertekammer beskrevet velfungerende (bilag 8).

Der er også foretaget kranspulsåreundersøgelse (KAG) den 05.07.0x om formiddagen, altså få timer før operationen, og den undersøgelse viser, at kranspulsårerne er normale (bilag 8).

Elektrokardiogram, optaget om morgenen den 06.07.0x kl. 09.34, altså ½ døgn efter operationen viser tydelige tegn på, at NN har udviklet hjerteinfarkt, som også er en kendt komplikation til ovennævnte operation. Hjerteinfarkt sidder i det område, hvor NN fik indopereret sin kunstige hjerteklap.

### **Spørgsmål 11:**

*Såfremt Retslægerådet vurderer, at infarkt i hjertet var opstået inden hjerteoperationen den 5.7.0x, var diagnosticering og behandling af NN da i den givne situation den bedst mulige efter videnskab og erfaring.*

*I benægtende fald bedes Retslægerådet oplyse, på hvilke punkter undersøgelser, diagnosticering og behandling har afvejet fra den optimale behandling, samt om dette har haft betydning for det fatale forløb.*

Se besvarelsen af spørgsmål 10.

**Spørgsmål 12:**

*I obduktionsrapport (bilag 13) anfører man, at der må være tale om et akut myokardieinfarkt opstået på basis af den cerebrale katastrofe.*

*Retslægerådet bedes oplyse på hvilket tidspunkt i forløbet der kan siges at være tale om en cerebral katastrofe.*

Retslægerådet bedes tillige oplyse, om man vurderer, at infarkt i hjertet er opstået efter den cerebrale katastrofes indtræden.

Begrebet "cerebral katastrofe" er ikke veldefineret. Man kan ikke på det foreliggende afgøre, om der menes de initiale cerebrale symptomer eller det fulminante /fatale forløb.

**Spørgsmål 13:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om gennemførelse af hjerteoperation, såfremt man havde været bekendt med, at NN havde en aktiv betændelse i hjernen, var i overensstemmelse med bedst mulige behandling efter videnskab og erfaring.*

*Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om det havde været lægeligt forsvarligt at udsætte hjerteoperationen for at afvente behandling af infektion i hjernen.*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet.

**Spørgsmål 14:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om gennemførelse af hjerteoperationen har haft betydning for dødens indtræden.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Hjerteoperationen har ikke i sig selv været af betydning for dødens indtræden.

**Spørgsmål 15:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om gennemførelse af hjerteoperationen har haft indflydelse på udviklingen i NN's cerebrale symptomer.*

Hjerteoperationen har ikke i sig selv haft indflydelse på udviklingen af de cerebrale symptomer, som skyldes andre forhold.

**Spørgsmål 16:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.*

Symptomer på kredsløbsforstyrrelse i hjernen og symptomer på lokaliseret betændelse i hjernen (byld) kan være meget ensartede. Både kredsløbs- og infektionssygdomme kan have et progressivt forløb. Kredsløbssygdomme i hjernen forekommer hyppigere end infektionssygdomme. I det foreliggende tilfælde er udredningen konsekvent gennemført ud fra en rimelig begrundet antagelse, at der var tale om kredsløbssygdom. Antagelsen var understøttet af den konstaterede hjertelidelse, mens der ikke med nogen tydelighed var

tegn på infektionssygdom forud for hjerteoperationen.

Det er Retslægerådets opfattelse, at der i udgangspunktet kan være tale om et lægeligt fejlskøn, mens der på de givne forudsætninger ikke kan påpeges nogen lægelig fejl.

### **Kommentar:**

I hovedtræk bedømte Retslægerådet således, at der var tale om et fatalt forløb hos en svært hjerte- og hjerne-syg patient, hvor symptomer og kliniske fund blev udlagt som tegn på kredsløbssygdom (nedsat blodforsyning i hjernen), men som efter autopsi især viste sig at være udtryk for en betændelsestilstand, der ikke nåede at blive diagnosticeret og behandlet. Som det fremgår, opfattede rådet dette som et lægeligt fejlskøn. Hvad rådet forstår herved, er der redegjort for i betænkning om Retslægerådet (nr. 1196, 1990). I den konkrete sag fandt rådet, at det var velbegrunderet, ud fra de foreliggende præmisser og almindeligt anerkendte retningslinier, at drage den konklusion, at der alene var tale om nedsat blodforsyning til hjernen og ikke om bylder i hjernen, men at forløbet viste, at denne konklusion ikke var den rigtige. Medvirkende til fejlskønnet var, at der ikke var påvirkede infektionsparametre (tegn på betændelse ved for eksempel blodprøver).

Patientskadeankenævnet fandt ikke sagsøgeren berettiget til erstatning, idet nævnet vurderede, at en erfaren specialist ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde i forbindelse med

sagsøgerens behandling i den omtalte periode, og at det fatale forløb derfor med overvejende sandsynlighed ikke ville være undgået.

Efter Retslægerådets besvarelser af de stillede spørgsmål forsøgte sagsøgeren at få tilladelse til at afhøre en repræsentant for Retslægerådet og Patientskadeankenævnets lægekonsulent under domsforhandlingen. Landsretten fandt ikke grundlag for at imødekomme anmodningen om en afhøring af lægekonsulenten, da de forhold, man ville spørge om, fandtes at ligge inden for Retslægerådets kompetence. Som udgangspunkt fandt Landsretten det ligeledes overflødigt at afhøre en af Retslægerådets sagkyndige, idet ønsket om uddybning af svarene i de fleste tilfælde ville kunne efterkommes ved at stille supplerende spørgsmål. Der var imidlertid mellem parterne enighed om, at visse af Retslægerådets svar ikke var helt entydige for retten, og da man ikke på forhånd kunne udelukke en bevismæssig betydning af, at parternes advokater stillede spørgsmål med henblik på, at svarene blev uddybet og forklaret, fandt landsretten efter en konkret vurdering, at man undtagelsesvis ville tillade sagsøgeren at afhøre en repræsentant for Retslægerådet som vidne under domsforhandlingen.

Den 02.10.0x mødte således en repræsentant for Retslægerådet i Vestre Landsret for at uddybe og forklare den skriftlige besvarelse. Begrundelsen var ifølge retsbogen, at Retslægerådets besvarelse på visse områder var uklar for retten, og som yderligere argument var

angivet en diskrepans mellem på den ene side Retslægerådets besvarelser og på den anden side udtalelser fra andre instanser af sagkyndige. Sidstnævnte argument fortonede sig dog efter præciseringen af, at de foreliggende konsulentudtalelser var kendt af Retslægerådet, men uden betydning for Retslægerådets besvarelse i den forstand, at Retslægerådet afgiver sine egne skøn frem for at erklære sig enige eller uenige med andre. Divergenserne havde i det væsentlige rod i, at Retslægerådet ikke besvarer hypotetiske spørgsmål, hvis forudsætninger sædvanligvis ikke lader sig præcist definere, mens andre fagkonsulenter mere liberalt har udtrykt deres bud på behandlingsmuligheder og prognose, givet den "rigtige" diagnose var stillet på det "rigtige" tidspunkt. Der var forståelse for, at Retslægerådet hverken kunne eller skulle forklare andres udtalelser i sagen, endsige forholde sig til gyldigheden af andre specialisters udsagn.

Efter rådets opfattelse synes det uklare i sagen i det væsentlige at bestå i, at sagsøgers advokat ikke direkte kunne oversætte Retslægerådets besvarelse og ordvalg om almindeligt anerkendte retningslinier til den såkaldte specialiststandard. Retslægerådet havde i sin besvarelse tilkendegivet, at den kliniske beslutningsproces var velargumenteret, og at den foretagne diagnostik syntes tilstrækkelig på de givne vilkår. Man havde holdt sig inden for rammerne af almindeligt anerkendte behandlingsprincipper. Det, der blev efterspurgt, var imidlertid et udsagn om, hvorvidt

det foretagne også var den "optimale" diagnostik. Hertil kunne kun svares, at retrospektivt anskuet blev der initialt begået et fejlskøn, hvilket naturligvis åbner op for en hypotetisk antagelse af, at en anderledes eller mere vidtgående tilrettelagt diagnostisk udredning kunne have ført til andre diagnoser end den aktuelle arbejdsdiagnose.

Under afhøringen var det nødvendigt i forskellige formuleringer at gentage, at der ikke i den foreliggende situation var noget rationelt klinisk argument (indikation) for at gøre andet og mere end det foretagne. Hvis man så alligevel havde gjort det, ville en eventuel opdagelse af det lægelige fejlskøn være at betragte som en tilfældighed. Det ville med et folkeligt udtryk være "mere held end forstand" og altså ikke et udtryk for en mere optimal klinisk beslutningsproces.

Under afhøringen kom det dog også frem, at rådets ordvalg kunne være dobbelttydigt. Man ønskede således et udsagn om, hvorvidt udtrykket "rimelig begrundet" afspejlede en halvgod begrundelse - med den aktuelle sammenhæng kunne udtrykket bramfrit oversættes med velbegrundet. Rådet vil søge i fremtiden at undgå udtryk af lignende art, der mest repræsenterer indforstået journalsprog.

Også i sidste årsberetning omtalte Retslægerådet problemer i forbindelse med sager, hvor rådet bliver anmodet om at tage stilling til optimal behandling, hypotetiske forløb, bedste specialistbehandling, og hvad en erfaren specialist

ville have foretaget sig. Rådet finder nu som tidligere, at det er op til retten at afgøre, om en erfaren specialist i den givne situation ville have handlet anderledes, idet rådet ser det som sin opgave at beskrive, om der er handlet i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinier, og om der foreligger fejl eller fejlskøn. En erfaren specialist er ikke et begreb, som rådet kan definere lægevidenskabeligt. Den erfarene specialist er en juridisk politisk konstruktion indført med Patientforsik-

ringsloven. Erfarne specialister forventes også at handle i overensstemmelse med alment anerkendte retningslinier, og der er ikke noget lægevidenskabeligt belæg for at operere med forskellige standarder. Handlinger må dog bedømmes i en topografisk og historisk sammenhæng, idet mulighederne for at handle kan være begrænsede af de praktiske omstændigheder eller af den viden, man havde på det tidspunkt, hvor tildragelsen fandt sted.





# Fratagelse af autorisation som læge på grund af manglende overholdelse af påbud

*En 59-årig speciallæge i psykiatri blev påbudt at journalføre sin faglige virksomhed i overensstemmelse med cirkulæret om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser. Efterfølgende modtog Sundhedsstyrelsen indberetning fra Embedslægeinstitutionen, hvoraf det fremgik, at speciallægen ikke havde efterlevet Sundhedsstyrelsens påbud. Embedslægen anførte, at der ikke var foretaget journalføring under nogen form i det kvartal, der fulgte efter påbudets udstedelse. For så vidt den journalføring, der herefter blev foretaget, fandt embedslægen ved efterfølgende kontrol, at denne ikke var tilfredsstillende. I sagen forelå talrige afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvor man kritiserede speciallægen for hans manglende journalføring, og der var også udtalt kritik af selve behandlingen. Efterfølgende anmodede Sundhedsstyrelsen Retslægerådet om en udtalelse (E 13380).*

Retslægerådet svarede følgende:

”Sundhedsstyrelsen har, under henvisning til Centralstyrelseslovens § 6, stk. 2, anmodet Retslægerådet om en udtalelse til brug for stillingtagen til, om speciallæge i psykiatri NN bør fratages sin autorisation som læge. Det fremgår af medsendte akter, at NN ved møde i Sundhedsstyrelsen i 199x blandt andet fik påpeget, at han skulle udføre omhyggelig journalføring. Efterfølgende har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 11 sager udtalt kritik af speciallægens journalføring og indskærpet, at NN skulle udvise større omhu i det fremtidige virke. I juni 200x indskærpede Sundhedsstyrelsen overfor NN, at han skulle udføre journalføring i overensstemmelse med gældende lovgivning, og Embedslægeinstitutionen blev bedt om at påse, at dette blev overholdt. Ved besøg af Embedslægeinstitutionen i

NN’s praksis den 23.09.0x oplyste NN, at han først var påbegyndt journalføring den 15.09.0x.

Retslægerådet skal indledningsvis bemærke, at forudsætningen for, at en speciallæge i psykiatri iværksætter psykiatrisk, herunder psykoterapeutisk behandling, er de samme som for iværksættelse af al anden lægelig behandling. Der skal således foreligge en journal med bl.a. en gennemgang af sygehistorien med vægt på de klager og symptomer, der medfører ønsket om behandling, samt oplysninger om eventuelle tidligere psykiske eller relevante legemlige sygdomme eller symptomer. Journalen skal hertil indeholde diagnostiske overvejelser samt begrundelse for den valgte behandling. Under forløbet af den psykoterapeutiske behandling skal der – som ved al anden lægelig behandling – med jævne mellemrum

foretages en vurdering af behandlingens effekt og fortsatte relevans.

Af det foreliggende materiale med eksempler på speciallægens journalføring fremgår, at der hverken findes korrekt datering for notaterne eller identificerbare data vedrørende patienterne, ligesom noterne er yderst mangelfulde, f.eks. hvad angår beskrivelse af den givne behandling eller af patientens psykiske tilstand. Retslægerådet finder således, at speciallægens journalføring også efter 15.09.0x har været yderst mangelfuld og kritisabel”.

#### **Kommentar:**

Der har de senere år været forelagt flere autorisationssager for Retslægerådet, hvor mangelfuld journalføring har været et væsentligt element. I den aktuelle sag har en praktiserende psykiater fået en række påbud fra Patientklagenævnet om at forbedre sin journalføring. Dette har efterfølgende ført til et påbud fra Sundhedsstyrelsen om samme. Samtidig har man meddelt ham, at hvis han ikke efterlevede påbuddet, ville det være autorisationsfratagelsesgrund. I henhold til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 9, stk. 2, skal Sundhedsstyrelsen indhente en skriftlig erklæring fra Retslægerådet, før styrelsen afgiver indstilling til sundhedsministeren om indskrænkning eller fratagelse af autorisation. Dette foregik i den konkrete sag ved, at Sundhedsstyrelsen anmodede Retslægerådet om en udtalelse.

Retslægerådets rolle i sager om inddragelse af autorisation på grund af

manglende overholdelse af påbud er mindre klar. Sædvanligvis meddeler rådet i sit svar en generel forståelse for, at manglende overholdelse af velbegrundede påbud har konsekvenser med mindre, der er fremsendt sagsakter og spørgsmål til rådet, der muliggør en konkret stillingtagen. I den aktuelle sag forelå der et forløb over mere end 10 år efter, at NN første gang fik påpeget, at han skulle udføre omhyggelig journalføring. Efterfølgende skønnede Retslægerådet ud fra det foreliggende, at der var mindst 14 klagesager, hvor NN undgik kritik i 1, og af de resterende 13 vedrørte 11 en kritik af selve journalføringen. Man havde ikke bedt rådet om at vurdere NN's psykoterapeutiske behandling, som især syntes beroende på helkroppsmassage, og der var ikke fremsendt materiale herom. Rådet har derfor begrænset sin konklusion til, at speciallægens journalføring har været mangelfuld og kritisabel også i tiden efter påbuddets udstedelse. Rådet har i denne sag ikke udtalt sig direkte om fratagelse af autorisation.

Samme linie anlagde Retslægerådet i to udtalelser om fratagelse af autorisation som tandlæge. I den første sag konkluderede Retslægerådet efter gennemgang af et omfattende journalmateriale, at mange af journaloptegnelserne var fagligt mangelfulde også i tiden efter der var udstedt et påbud om at føre ordnede journaler. Rådet erklærede sig herefter enig i, at Sundhedsstyrelsens påbud ikke var overholdt, ligesom Retslægerådet i den anden tandlægesag udtalte ... ”De af Sundhedsstyrelsens fremlagte journaler

rummer alle journaloptegnelser, der er fagligt mangelfulde. Dels er de få optegnelser vanskelige at forstå, dels er der ikke oplysninger om anamnesticke forhold, kun diagnoser og dialog med patienten. De udførte behandlinger savnede i vid udstrækning et grundlag, og de er ikke i tilstrækkeligt omfang specificerede. Det faglige grundlag for behandlingerne er dermed utilstrækkeligt belyst, og ingen af de foreliggende journaloptagelser fra 200x (og tidligere) opfylder gældende krav til journalen. Retslægerådet er således enige i, at påbuddet om at føre ordnede optegnelser i henhold til gældende regler ikke er blevet efterlevet.”

Som det fremgår, har Retslægerådet i de sager, der uden konkrete spørgsmål forelægges på grund af manglende overholdelse af påbud, forsøgt at undgå, at udtalelsen handler om fratagelse af autorisationen. Rådets linie har imidlertid ikke altid været konsekvent. Som et eksempel kan fremhæves, at rådet i en sag om en mandlig psykiaters blufærdighedskrænkelse af mandlige patienter udtalte: ”Retslægerådet finder, at MM i en årrække, trods påtaler og aftaler om ændret adfærd, vedvarende har haft vanskeligheder ved at bevare den professionelle, nødvendige emotionelle og kropslige distance til visse af sine patienter. Rådet anbefaler herefter Sundhedsstyrelsen, at MM fratages sin autorisation til at virke som læge”. Et andet eksempel vedrører en praktiserende plastikkirurg, der ikke efterkom påbud vedrørende patientinformation og journalføring. I denne sag udtalte Retslægerådet, at en forudsætning for

at iværksætte lægelig behandling er, at der foreligger en journal med blandt andet en gennemgang af sygehistorien med vægt på de klager og symptomer, der medfører ønsket om behandling, samt oplysninger om eventuelt tidligere relevante somatiske og/eller psykiske sygdomme eller symptomer. Journalen skal hertil indeholde relevante kliniske eller parakliniske undersøgelser, diagnostiske overvejelser samt begrundelse for den valgte behandling. Rådet konkluderede følgende: ”Rådet finder som udgangspunkt, at konkrete spørgsmål om journalføring, og især informeret patientsamtykke, er forbundet med en sådan grad af juridisk vurdering, at rådet efter sin praksis sædvanligvis ikke udtaler sig om sådanne forhold. Retslægerådet finder derfor ikke i den nu forelagte sag at kunne udtale sig om disse forhold”. Rådet anførte imidlertid også, at hvis det givne påbud var overtrådt, ville rådet kunne støtte en fratagelse af autorisationen.

I lyset af, at antallet af autorisations-sager synes at være stigende, har rådet for nyligt drøftet sin praksis og forsøgt at definere en konsekvent linie, så man ikke udtaler sig direkte om selve den juridiske afgørelse, der beror hos andre myndigheder. Dette blandt andet under hensyn til, at Retslægerådets formål er at afgive lægevidenskabelige eller farmaceutiske skøn, og at rådet ikke har nogen afgørelseskompetence. Det kan desuden være uhensigtsmæssigt, hvis der under en sags videre behandling i retssystemet bliver stillet spørgsmål til Retslægerådet, og rådet i forvejen har udtalt sig om autorisationsfratagelse.

Sluttelig skal det nævnes, at Retslægerådets rolle i sager om autorisationsfratagelse på grund af manglende overholdelse af påbud ville blive klare, hvis der i forbindelse med sagens forelæggelse for Retslægerådet blev stillet nogle konkrete spørgsmål, som rådet kunne tage stilling til.

## **Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.**

*Ifølge straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. er personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssyge, straffri. Imidlertid fortsættes i 3. pkt.: "Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor". § 16, stk. 1, 3. pkt. er således en undtagelse fra det generelle udgangspunkt, at sindssygdom på gerningstidspunktet indebærer straffrihed.*

*Med udgangspunkt i tre straffesager, hvori indgår påvirkning af rusmidler på gerningstidspunktet, drøftes den patologiske rus og andre sindssygelige rustilstande. I den ene sag fandt Retslægerådet, ligesom den mentalundersøgende overlæge, at der var tale om en sindssygelig rustilstand udløst af alkohol. I de to andre sager fandt den mentalundersøgende overlæge patologisk rus eller anden sindssygelig rustilstand, men rådet afviste i begge disse to tilfælde, at der var tale om en sindssygelig rustilstand.*

*Betegnelsen sindssygelig rustilstand vil her blive anvendt som fælles betegnelse for "patologisk alkoholrus", "anden alkoholbetinget, akut og forbigående sindssygelig rustilstand" samt "toksisk psykose"(akut og forbigående sindssygelig rustilstand udløst af euforiserende stoffer).*

*(j.nr. 10A/A1-01198-2007, 10A/A1-01179-2007 og 10A/A1-01189-2007)*

### **Sygehistorie 1**

A var 32 år gammel, da han blev sigtet og tiltalt for to tilfælde af forsøg på manddrab. Han blev mentalundersøgt, og af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A var opvokset i en mindre provinsby i en stabil familie. Efter bestået 10. klasse blev han udlært som maskinarbejder og arbejdede som rejsemontør i ind- og udland. Efter nogle års arbejde påbegyndte han en 2-årig efteruddannelse. 26 år gammel blev han gift og fik efter et par år en søn. I sin fritid fiskede han og spillede i et band. Han var legemligt rask fraset dårlig ryg, som bevirkede, at han blev kasseret til session.

A havde kun haft sporadisk erfaring med hash og amfetamin og havde angiveligt ikke noget større forbrug af alkohol. Han havde dog et par mæne-

der tidligere været straffet med bøde for hærværk og overtrædelse af politivedtægten, idet han i alkoholpåvirket tilstand havde sparket på en dør til en billardklub og i tilslutning dertil havde sparket en kvinde over skinnebenet.

En lørdag aften var A til koncert med to venner. Han drak herunder formentlig 10 genstande, ifølge vidner måske lidt mere, både øl og spiritus. På vej hjem fra koncerten gik han alene ind i en beværtning for at få en øl. Herunder kom han i skænderi med nogle for ham ukendte personer, som han i tiltagende grad syntes provokerede og omringede ham, og som han blev bange for. Han så, at en af de andre tog hånden ned til lommen, som om han skulle have fat i en kniv, og A tog så en kniv, der lå på baren, og banede sig vej ud af beværtningen. Det efterfølgende forløb kunne

han ikke huske, ej heller at han på vejen stak ud efter to mænd med kniv, ligesom han ikke kunne huske, at han ifølge bartenderen umiddelbart inden skulle have bedt hende ringe 112. Den ene af de forurettede fandtes ved den efterfølgende - livsreddende - operation at være blevet stukket i venstre side af brystkassen med betydelig kraft. Den anden forurettede var ikke blevet ramt af A's kniv.

Efterfølgende fandt A, at det var en gåde, at han kunne have stukket med kniv. Han havde været almindeligt beruset i forbindelse med koncerten. Et par timer efter knivstikkene blev A's alkoholpromille målt til 2,12. Til mentalundersøgelsen oplyste A, at han under opholdet i baren var kommet til at tænke på et tidligere barbesøg i udlandet, hvor han talte med en pige, hvorefter fem mand omringede ham, den ene bevæbnet med en kniv. A blev panisk angst og løb og løb for at komme væk. Det var den samme panik, der greb ham forud for den aktuelle knivepisode.

Ved mentalundersøgelsen fremtrådte A normalt begavet, stemningsneutral og apsykotisk. Personlighedsmæssigt blev beskrevet en vis begrænset social evne, let svingende selvfølelse, perfektionisme, stædighed samt tendens til mistænksomhed og til at være på vagt, men ikke så det antog selvhenførende karakter. Det vurderedes, at han ved tiden for det påsigtede havde været præget af vrangforestillinger om forfølgelse og svigtende realitetstestning. Vrangforestillingerne svandt i takt med, at alkoholintoksikationen aftog, og der var efterfølgende et vist hukommelses-

tab, idet A dog kunne huske sin følelse af angst for personer, der konspirerede og ville ham det ondt.

Den mentalobserverende overlæge konkluderede, at der havde været tale om "en akut psykotisk tilstand med vrangforestillinger udløst af excessiv alkoholindtagelse", og A fandtes "omfattet af straffelovens § 16, stk. 1". Overlægen anbefalede dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om indlæggelse.

Statsadvokaten forelagde sagen for Retslægerådet med en anmodning om en udtalelse om A's mentale tilstand, herunder om han kunne antages at have været omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Retslægerådet udtalte om A blandt andet, at han tidligere i alkoholpåvirket tilstand havde... "øvet hærværk og været voldelig. Han havde op til det påsigtede indtaget store mængder alkohol. Hans blodalkoholkoncentration var i forbindelse med anholdelsen 2,12 promille. A husker kun en del af begivenhederne ved tiden for det påsigtede. Han følte, de andre havde aftalt at overfalde ham, og at noget i situationen mindede ham om tidligere oplevelser. Han angiver, at hans reaktion var usædvanlig. Et vidne har forklaret, at A, forud for det påsigtede, bad hende ringe 112, hvilket hun ikke kunne se nogen grund til i lyset af den konkrete situation, hvor A blot kunne gå sin vej.

Retslægerådet finder det sandsynligt, at A befandt sig i en af alkohol

udløst forbigående tilstand af sindssyge. Tilstanden, som var præget af vrangforestillinger og derealisation, har forbigående ændret A's måde at opfatte omverdenen på og hans måde at reagere på i en abnorm retning.

Ved aktuelle undersøgelse findes han uden symptomer på sindssygdom. Han er personlighedsmæssigt i nogen grad afvigende, blandt andet præget af svingende selvfølelse samt tendens til vagsomhed og mistænksomhed.

Retslægerådet finder herefter, at A med stor sandsynlighed var sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold, at han således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Det har drejet sig om en akut, forbigående sindssygdom, udløst af alkoholindtagelse, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. Retslægerådet finder det af afgørende betydning, at A fremover afholder sig fra at indtage alkohol, og at han selv forstår vigtigheden heraf.

Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet derfor som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse."

Byretten fulgte Retslægerådets anbefaling, idet det forhold, at han tidligere var straffet for kriminel adfærd i alkoholpåvirket tilstand, ikke fandtes tilstrækkeligt til at sandsynliggøre, at han tidligere havde været i en lignende situation og vidste eller burde have vidst, at en sådan situation kunne opstå, når han indtog alkohol. Der var derfor ikke særlige omstændigheder,

der kunne godtgøre, at han i medfør af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. skulle pålægges straf. Der fastsattes under hensyn til arten af den pådømte kriminalitet ingen længstetid.

## **Sygehistorie 2**

B var fraset en enkelt fartbøde tidligere ustraffet, da han 38 år gammel tvang og udøvede legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter over for sin kæreste. Af mentalerklæringen, udarbejdet i anledning af sagen, fremgår blandt andet at B aldrig havde set sin biologiske fader, der led af depressioner og begik selvmord, da B var 19 år gammel. B var født uden for ægteskab af en meget ung moder, men var blevet adopteret af moderens senere ægtefælle. B voksede op i trygge rammer på landet og betragtede sin adoptivfader som sin fader.

B kom godt ud af det med skolekammeraterne, men afbrød skolegangen i 9. klasse på grund af ordblindhed. Han arbejdede siden ved landbruget og havde, da han blev anholdt, udsigt til at blive driftsleder. Hans boligforhold og økonomi var velordnede, og hans arbejdsdage var lange. Han havde to gange været gift og skilt. Han havde to sønner, der ved skilsmisserne forblev hos deres respektive mødre. Han fik efter det sidste ægteskab en kæreste, der ligeledes var skilt og havde børn. B havde på et tidspunkt givet udtryk for, at kæresten brugte for meget tid og opmærksomhed på sin tidligere ægtefælle. B's adoptivfader oplyste til mentalundersøgelsen, at B's forhold til kæresten havde givet ham og moderen anledning til bekymringer, fordi forhold

det var ”en mærkelig kombination”, da begge havde problemer og havde dårlig indflydelse på hinanden.

B's legemlige helbred var godt. Han havde tidligere også psykisk haft det godt, men skilsmisserne havde påvirket ham i depressiv retning, og han var dertil blevet belastet af blandt andet tab af bedsteforældre. Hans praktiserende læge havde behandlet ham med anti-depressiv virkende medicin. B's fader oplyste til mentalundersøgelsen, at han havde forsøgt at overtale B, der drak i weekenderne, til at undlade dette, så længe han var i behandling med denne medicin. I øvrigt forelå ikke mistanke om alkohol- eller stofmisbrug.

B havde to gange været indlagt på psykiatrisk hospital. Ved den første indlæggelse klagede han over belastning i form af en trafikulykke, hvor han ikke selv var kommet til skade, men hvor han havde trukket et par børn ud af en forulykket bil. Børnene blev på grund af ulykken forældreløse. B var trist og havde nedsat energi, selvmordsimpulser, tankemylder og søvnproblemer. Han blev ved udskrivningen henvist til fortsat behandling i et selvmordsforebyggelsescenter. Et par uger senere blev han atter indlagt, nu efter at have skåret sig i håndleddet, så flere sener blev overskåret. Han klagede over vanskeligheder i forholdet til den daværende kæreste (forurettede). Der stilledes diagnosen periodisk depression, og B blev udskrevet til fortsat ambulantly behandling, herunder med psykofarmaka (citalopram 40 mg og risperidon ½ mg dagligt). Efterfølgende indtog han én gang tabletter i overdosis i selvmordsøjemed, men var herefter

blot til en enkelt ambulantly psykiatrisk samtale.

En aften var B og hans kæreste på et par værtshuse. Han kunne siden ikke huske, hvad der skete efter et bestemt tidspunkt på det sidste værtshus, hvor han fik temmelig mange øl, men det fremgår, at han slog kæresten 30-40 gange med knytnæve, sparkede hende og trak hende ved håret ud af bilen hen til sin bopæl, hvor han tvang hende til at gå med sig ind i soveværelset og truede med at slå hende, hendes eksmand og børnene ihjel. Han havde ifølge vidner været glad og naturlig på værtshuset, hvor ingen kunne se, at han var svært alkoholpåvirket.

Umiddelbart efter voldsepisoden blev B atter indlagt på en psykiatrisk afdeling. Han kunne ikke forstå det passerede, da han aldrig tidligere havde været voldelig, ligesom han ikke erindrede nogen vrede mod kæresten. Han påbegyndte på eget initiativ antabusbehandling. Under indlæggelsen indtog han under en udgang - ved udsigten til at miste kontakten med et af sine børn - en overdosis tabletter. Der stilledes diagnosen forstyrret personlighedsstruktur.

Ved mentalundersøgelsen fandtes B normalt begavet og ikke psykotisk. Han var deprimeret og præget af skyld, selvforringende tanker og selvbebrejdelser. Den mentalundersøgende speciallæge i psykiatri anførte, at adfærden på gerningstidspunktet var således, at tilstanden kunne sammenlignes med patologisk rus, hvorefter B kunne være omfattet af straffelovens § 16. Alternativt var han omfattet af samme lovs § 69, og uanset den diagnostiske usikkerhed anbefaledes dom til psykiatrisk behandling.



Retslægerådet mente ikke, at der var tale om patologisk alkoholrus eller anden alkoholudløst, akut og forbigående sindssygelig rustilstand. B's hukommelsestab fandtes mest sandsynligt begrundet i "black-out", det vil sige hukommelsestab, der opstår efter en normal, men meget svær alkoholrus, eller der kunne have været tale om en psykologisk betinget glemsel (fortrængning).

Konkluderende anførte rådet: "Efter Retslægerådets vurdering er B på grund af sin tendens til depressive reaktioner omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig, skal som mere formålstjenligt end eventuelt forskyldt straf anbefales, at han – jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – dømmes til ambulat psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse."

Ved korrespondance med den mentalundersøgende speciallæge havde denne ingen indvendinger mod rådets udtalelse. Retten fandt ligeledes B omfattet af straffelovens § 69, men skærpede rådets sanktionsforslag til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.

### **Sygehistorie 3**

C var tidligere flere gange blevet straffet for overtrædelser af færdselsloven, blandt andet spirituskørsel og ved at køre knallert uden kørekort dertil.

Da han var 32 år gammel, blev han på grund af vold eller trusler mod tjenestemand dømt til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Aktuelt var C 35 år gammel, da han fremsatte trusler over for en institutions afdelingsleder og et par måneder derefter fremsatte udtalelser til en ansat ved institutionen om, at det ville få konsekvenser for den pågældende leder, at hun havde politianmeldt truslerne. C blev i anledning af sigtelseerne mentalundersøgt under indlæggelse.

C var udgået af 1.G på grund af hashrygning. Han kom, trods kommunale forsøg på aktivering, aldrig i erhverv, og fra 27-årsalderen modtog han førtidspension. Han havde i en periode boet på et støttecenter, men siden i egen lejlighed med støtte af et par kontaktpersoner. Han havde ikke haft længerevarende kæresteforhold, og han havde ingen børn. Han havde i det væsentlige været legemligt rask.

C havde siden ungdommen på grund af alkoholmisbrug periodisk været i behandling med antabus. Hash havde han røget fra 13-årsalderen, fra 22-årsalderen dagligt. Han havde desuden erfaring med en række andre misbrugsstoffer, herunder havde han i længere perioder misbrugt amfetamin.

C var første gang indlagt på psykiatrisk afdeling, da han var 20 år gammel, og han var i løbet af et år indlagt i alt ni gange. Alle indlæggelserne var forudgået af selvskadelig og aggressiv

adfærd foregået under alkoholrus. De efterfølgende år var C i kontakt med flere misbrugsbehandlingscentre, især på grund af alkoholmisbrug. 25 år gammel påbegyndte han i forbindelse med endnu en indlæggelse behandling med antidepressiv virkende medicin. Da han var 27 år gammel, opstod vrangforestillinger om forfølgelse og aflytning, hvorefter der tillagdes antipsykotisk virkende medicin.

Den aktuelt pådømte kriminalitet var forudgået af, at C var ophørt med at tage sin lægeordnede medicin, herunder den antipsykotisk virkende, og i stedet havde indtaget amfetamin i stigende doser. Han havde været svært truende over for forurettede, idet han blandt andet sagde, at han skulle sørge for, at hun kom til "at leve et liv i angst". Han blev efterfølgende indlagt, og under indlæggelsen blev han tiltagende selvhævdende med grandiose forestillinger, han var talende med springende tankegang, og hertil meget aggressiv, således at længerevarende bæltefiksering var nødvendig. Han blev desuden behandlet medikamentelt, blandt andet med antipsykotisk virkende medicin. Under indlæggelsen fremsatte C yderligere telefoniske trusler, da han erfarede, at han var blevet anmeldt for de første trusler. Efterfølgende forklarede han, at han havde været "psykotisk" på grund af amfetaminmisbruget og ikke kunne huske, hvad han havde sagt. Han havde ved telefonopringningen været stresset, blandt andet over udsigten til at miste sin lejlighed. Det havde været stofferne, der havde taget over, og han blev bagefter ked af det, men

han tænkte ikke på, at folk kunne være blevet bange for ham.

På mentalundersøgelsestidspunktet – et års tid efter gerningstidspunktet – var han i ambulans behandling med blandt andet antipsykotisk virkende medicin i stor dosis (Zyprexa 40 mg dagligt). Han fremstod under denne behandling umoden og uden indsigt i sine egne problemer. Ved psykologisk test fandtes han let mistolkende, men det fandtes ved mentalundersøgelse, at der tidligere havde været korterevarende psykotiske episoder, formentlig udløst af misbrug af centralstimulerende stoffer, men at der aktuelt ikke længere var tegn til psykotisk tilstand.

Den mentalundersøgende overlæge konkluderede, at C var personlighedsforstyrret. Han havde muligvis været sindssyg på gerningstidspunktet, men hvis det var tilfældet, ville overlægen under henvisning til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. anbefale almindelig straf.

Retslægerådet udtalte blandt andet: "C har siden sin ungdom adskillige gange været indlagt på psykiatriske afdelinger på grund af sit misbrug. Han er blevet vurderet som personlighedsmæssigt afvigende. Under en indlæggelse i 1998 fandtes han imidlertid sindssyg, præget af vrangforestillinger. Han blev sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin, som han siden mere eller mindre regelmæssigt har været behandlet med. Forud for det første af de påsigtede forhold var han ophørt med denne behandling, og ved indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling dagen efter fandtes han utvetydigt sindssyg.

Ved aktuelle undersøgelser har C ikke frembudt åbenbare sindssygdomssymptomer, men vurderingen heraf vanskeliggøres af, at han på dette tidspunkt var i behandling med blandt andet en stor dosis antipsykotisk virkende medicin. Det er på det foreliggende umuligt afgøre, hvorvidt C lider af en vedvarende sindssygdom, som forværres, når han ophører med medicin og/eller øger sit misbrug af især centralstimulerende midler, eller om han må opfattes som personlighedsmæssigt afvigende med længerevarende sindssygdomsfaser, udløst af misbruget. Han var påvirket af rusmidler på tidspunktet for det første af de påsigtede forhold, men der er ingen holdepunkter for antagelse af, at der var tale om en af dette misbrug betinget akut, forbigående tilstand af sindssygdom.

C findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og Retslægerådet skal, såfremt han findes skyldig, 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 der af Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.”

Byretten fulgte rådets anbefaling.

### **Kommentar:**

Den patologiske rus og andre akutte og forbigående sindssygelige rustilstande har flere gange været behandlet i Retslægerådets årsberetninger.

Alkoholudløste sindssygelige rustilstande har således været behandlet i 1992, s. 56, 1995, s. 81 og 2000, s.71.

I 1995 redegjordes for, at der udover den ”klassiske” patologiske alkoholrus kan forekomme andre akutte og forbigående sindssygelige alkoholrustilstande. Akutte og forbigående sindssygelige tilstande forårsaget af andre rusmidler end alkohol er behandlet i 2000, s. 63 (psilocybinholdige svampe), 2003-2005, s. 151 (amfetamin) og 2006, s. 97 (kokain).

Den første af de her refererede sygestudier illustrerer, at der – uanset diskussion om berettigelsen af diagnosen – stadig optræder nye tilfælde af alkoholudløste, sindssygelige rustilstande. Retslægerådet har hertil behandlet en sag, som drejede sig om drab og forsøg herpå, begået af en person der efter længere tids misbrug af centralstimulerende stoffer havde udviklet en månedervarende sindssygdom med jalousi-vrangforestillinger. Efter gerningstiden blev han anholdt og dermed afskåret fra misbruget. Herefter klingede tilstanden af, således at der ved mentalundersøgelsen flere måneder efter kriminaliteten kun resterede en vis mistroiskhed (paranoid indstilling). Landsretten idømte under henvisning til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. gerningsmanden 16 års fængsel, men Højesteret afgjorde efterfølgende, at den sindssygelige tilstand udløst af centralstimulerende stoffer havde været af længere varighed end blot ”forbigående”, og derfor ikke var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., men kun af § 16, 1. pkt. Sagen blev derfor tilbagevist til fornyet behandling i landsretten, hvor gerningsmanden nu blev dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Tilsvarende illustrerer de to sidste af de her refererede sygehistorier, at rusmiddelpåvirkning på gerningstiden ikke er tilstrækkeligt til at stille diagnosen akut og forbigående sindssygelig tilstand udløst af rusmiddel, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. I sygehistorie 2 var der slet ikke tale om nogen sindssygelig tilstand, men om en gerningsmand omfattet af straffelovens § 69 og muligt på gerningstiden i "black out", og i sygehistorie 3 var der tale om en sindssygdom af længere varighed end "akut og forbigående".

Retslægerrådet har som udgangspunkt, at personer, der er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 ikke skal straffes, hvad enten der er tale om 1. eller 3. pkt. I sagen refereret i 2006 kunne rådet imidlertid ikke – selvom gerningsmanden fandtes omfattet af § 16, stk.1, 3. pkt., idet han på gerningstiden var i en toksisk psykose udløst af kokain – pege på anden foranstaltning end eventuelt forskyldt straf. Baggrunden for dette var, at han efter at være kommet ud af sin toksiske psykose ikke frembød nogen behandlingskrævende psykisk lidelse. I denne artikels sygehistorie 1 anbefalede rådet under henvisning til behovet for behandling mod alkohol-

misbrug en behandlingsforanstaltning til en person, der mentes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. I sygehistorie 2 og 3 anbefaledes ligeledes behandling, men i disse tilfælde, fordi gerningspersonerne var omfattet af henholdsvis straffelovens § 69 og § 16, stk. 1, 1. pkt.

I Retslægerådets årsberetning fra 2006 afsluttes artiklen "patologisk rus" (om den kokainudløste toksiske psykose) med ordene: "Samlet illustrerer sagen, at der retspsykiatrisk og måske også juridisk hersker en vis usikkerhed om anvendelsesområdet og fortolkningen af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt." Denne grundliggende usikkerhed må nu antages at være afklaret i form af en artikel (Gottlieb P, Jensen PD, Brandt-Christensen M, Kramp P. Rustilstande og (u)tilregnelighed, Juristen 2008;90:177-87), som omhandler såvel juridiske som psykiatriske aspekter af disse tilstande. Tilbage kan være diskussioner i enkeltsager om, hvorvidt en rustilstand har været af psykotisk art, og, hvis dette er tilfældet, om der skal anbefales behandling, samt om der kan være tale om "akutte, forbigående" eller længerevarende rusmiddelrelaterede psykotiske tilstande.

## Hjerneskode ligestillet med sinds- sygdom

*En 36-årig ugift mand, K var sigtet for overtrædelse af straffelovens § 119 ved at have truet og slået ud efter en offentligt ansat. Han var i 2006 blevet idømt bøde for overtrædelse af tilhold efter lignende episode. K var opvokset i familien med to søskende. Han havde efter 10 års skolegang haft forskelligt arbejde og var under uddannelse som maskinsnedker, da han i 2001 blev invalideret af en stor blodprop i venstre side af hjernen. K var herefter svært hjerneskadet og havde store problemer med skriftlig og især mundtlig kommunikation. Han var dertil præget af forringet hukommelse og let vakt aggressivitet. K havde efterfølgende flere indlæggelser på neurologiske og psykiatriske afdelinger, men klarede sig i de mellemliggende perioder i egen bolig. Den mentalobserverende overlæge fandt, at K på grund af hjerneskode var omfattet af straffelovens § 69, men Retslægerådet vurderede, at hans tilstand var at ligestille med sindssygdom og anbefalede dom til ambulat psykiatrisk behandling. Sagen blev henlagt, da K afgik ved døden. (J.nr. 10A/A1-00878-2006)*

K var en 36-årig, ugift mand, som var sigtet for overtrædelse af straffelovens § 119 ved at have fremsat trusler mod en medarbejder på et offentligt kontor. Han blev i anledning af sigtelsen ambulat mentalundersøgt. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at han var opvokset i familien med to søskende. Han havde efter 10 års skolegang haft forskelligt arbejde og var under uddannelse som maskinsnedker, da han i 2001 – 31 år gammel – blev invalideret af en blodprop i venstre side af hjernen. Hjerneskaning viste en stor blodprop i et af hjernens venstresidige kar (mediainfarkt), sammenklemning af hjernens venstresidige hulrum samt tillukning af halspulsåren på venstre side. Den store blodprop medførte, at K pådrog sig en svær hjerneskode, som blandt andet viste sig i form af såkaldte Wernicke's afasi, som viser sig ved store vanskeligheder ved at forstå

talesprog samt store vanskeligheder ved selv at formulere sig sprogligt. Det var indtrykket, at K stort set var ude af stand til at forstå det talte sprog, mens kommunikation via skriftsproget ikke var skadet i helt samme grad. Han var dertil præget af dårlig hukommelse og let vakt aggressivitet, hvilket måske var et habituel karaktertræk, som i nogen grad havde været til stede før blodproppen. En neuropsykologisk undersøgelse havde påvist, at K havde omfattende problemer med at udtrykke sig sprogligt, hvortil kom nedsat indlæringssevne, hukommelses- og abstraktionssevne. K var på grund af sin svære hjerneskode tildelt førtidspension, og han boede alene i egen lejlighed.

Efter blodproppen i hjernen var K tre gange indlagt på psykiatriske afdelinger. Han blev en gang på grund af svær uro tvangsindlagt på behandlingsin-

dikation fra en neurologisk afdeling, hvor han var blevet indlagt på grund af mistanke om en ny hjernesygdom. K havde modsat sig alle undersøgelser og været udtalt aggressiv over for plejepersonalet. Under indlæggelsen på psykiatrisk afdeling, hvor han ligeledes blev tvangstilbageholdt, gennemførte man de nødvendige undersøgelser, som viste, at der ikke var tale om en ny hjernesygdom, og man vurderede, at K i stedet havde udviklet en delirøs tilstand. Man anbefalede K at fortsætte med behandlingen med antipsykotisk virkende medicin, men han ophørte med den anbefalede behandling straks efter, han var blevet udskrevet.

På dagen for det påsigtede henvendte K sig i den lokale borgerservice for at få udbetalt pension. Han blev bedt om at vente og blev derefter kaldt til skranken, hvor han fik at vide, at udbetaling først kunne ske om nogle dage. K begyndte at råbe op og gik med knyttet hånd mod forurettede, der søgte at trække sig tilbage. K slog ud med hånden, dog uden at ramme, udtalte trusler og forlod derefter stedet. Der skal have været lignende, mindre voldsomme episoder tidligere.

K's tidligere liv og færden kunne kun sparsomt suppleres ved den retspsykiatriske undersøgelse, idet han adspurgt svarede usammenhængende med sætningsfragmenter og enkelte nydannede ord iblandet aggressive udbrud. Da en række spørgsmål blev formuleret skriftligt, svarede K fortsat i korte sætninger, der i nogle tilfælde var forståelige og relevante, i andre tilfælde usammen-

hængende, irrelevante og præget af storhedsforestillinger.

Den retspsykiatriske erklæring indeholdt citater fra skrivelser fremsendt af K, hvori han vekslede mellem engelsk og dansk i komplekst opbyggede, men ofte fragmentariske og uafsluttede sætningsstumper, der ukritisk kædedes sammen. Sætningerne var desuden præget af skældsord, vredesytringer og storhedsforestillinger:

”Regering NO AMOUNT OF MONEY COULD PAY ME. Jeg tør roligt hævde at dette foretagende er lykkens bedre end de fleste andre fjolser af mine projekter P----, STRUCK BY THE SOUND BEFORE THE SUN. THE TUNE THAT IS YEAR AND MINE TO PLAY UPON THIS EARTH. C--- som ikke er for klogt, men dummere af at få at vide, hvordan de gør klogt at gebærde sig som skyldige siger K----”  
”For at sløre forbindelsen har også dårligt omtalte C---- F---- han nogensinde, jeg får et 13 med pil opad jeg er ikke senil. Mit endeligt er svaret ja politisk altså my smarte skiderik eller provokerende. Jeg vidste det i E--- og fjols psykolog er dummere et minut derefter jeg var bundet og Roskilde var i dag fjolser læge fra Holbæk på Roskilde. Sindsyghus hun du herind, som idet hele taget føler sig til dets ansvarlighed og for sine fangevogtere skal i ryge retten tonsvis læge-knold.”

I mentalerklæringens konklusion hedder det blandt andet ...”Observanden fremtræder ikke ved observationen sindssyg, og han kan ikke antages at

have været sindssyg på tidspunktet for det nu påsigtede, hvorfor han ikke er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Observanden fremtræder svært hjerneskadet med meget betydelige defekter i sprogforståelsen og deraf følgende svære problemer med at reagere social adækvat. Observanden er således omfattet af straffelovens § 69.

Det må ikke antages, at han frembyder nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed.

Såfremt han findes skyldig i det nu påsigtede, skal man som bedre egnet, med henblik på imødegåelse af ny ligartet kriminalitet, anbefale dom til ambulantly psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse i psykiatrisk afdeling.”

Retslægerådet udtalte herefter blandt andet, at ”K efter Retslægerådets opfattelse mest sandsynligt befinder sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom og befandt sig i samme tilstand på tidspunktet for det påsigtede forhold. Han er habituelt normalt begavet.

K har efter 10 års skolegang haft forskelligt arbejde, indtil han i 2001 blev invalideret på grund af en blodprop i venstre side af hjernen. Han har siden været præget af massive vanskeligheder med hensyn til at kommunikere, idet han ikke forstår talesprog, ligesom han ikke kan udtrykke sig verbalt (im- og ekspressiv afasi). Han kan i et vist omfang forstå skriftsprog, og han kan formulere sig skriftligt, men hans skriftlige fremstilling er ubehjælpelig, usammenhængende og undertiden

uforståelig. Formentlig betinget af hjerneskadet er han hertil præget af let vakt aggressivitet og nedsat hukommelse. Han har i 2005 og 2006 haft enkelte kortvarige indlæggelser på psykiatrisk afdeling, idet man på grund af hans uro og manglende evne til at udtrykke sig, har opfattet ham som psykotisk. Det er anbefalet, at han behandles med antipsykotisk virkende medicin.

Ved mentalundersøgelsen har han trods kommunikationsbesvær givet udtryk for at forstå formålet med undersøgelsen og efter evne samarbejdet herom. Det har været indtrykket, at han har haft en vis svækkelse af åndsevnerne på grund af hjerneskadet.

Ved en samlet vurdering finder Retslægerådet, at om end K ikke er præget af en generel (sindssygelig) sløvelse af åndsevnerne, har han så udtalte specifikke hjerneorganiske forstyrrelser i form af manglende evne til at kommunikere med – og dermed forstå og forholde sig til – omverdenen, at han mest sandsynligt befinder sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom og dermed er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Er det ikke tilfældet, er han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69.

Uanset den diagnostiske usikkerhed skal Retslægerådet, såfremt han findes skyldig, anbefale, at han – som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – dømmes til ambulantly psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.”

Da Retslægerådets udtalelse ikke var i overensstemmelse med den mentalløberende overlæges konklusion, korresponderede rådet med overlægen, det vil sige, at rådet fremsendte den udtalelse, rådet påtænkte at afgive til overlægen – som imidlertid ikke fremkom med bemærkninger til rådets vurdering.

**Kommentar:**

Visse typer hjerneskade medfører så omfattende ændringer af de cerebrale funktioner og dermed af den samlede personlighed, at man må sidestille tilstanden med sindssygdom. Wernickes afasi skyldes en skade i hjernebarken på overgangen mellem tindinge- og isse-lappen i venstre hjernehalvdel. Denne tilstand medfører nedsat forståelse af det talte og skrevne sprog samt nedsat evne til at tale med forståelig mening og syntaks. Personen har således en såkaldt flydende afasi, hvor han kan virke velartikuleret, ligefrem livligt talende, men talen er indholdsløs med brug af forkerte ord og grammatiske fejl. Personer med denne type afasi er ofte uden indsigt i deres svært nedsatte evne til at kommunikere.

I det aktuelle tilfælde led K af en hjernes- skade, der blev diagnosticeret som Wernickes afasi. Han var desuden præget af let vakt aggressivitet. Ved tvangs- indlæggelsen og under sygdomsforløbet på den psykiatriske afdeling blev han vurderet som værende sindssyg, formentlig i form af en genopblussen

af en tidligere behandlet delirøs tilstand (med svære bevidsthedsforstyrrelser). Flere af hans udtalelser, især de skriftlige, kunne ligeledes vurderes som tegn på sindssygdom, en muligt manisk tilstand på organisk grundlag. De i sagen refererede psykologiske undersøgelser og udtalelser benævner derimod ikke K som sindssyg, men synes heller ikke direkte at tage stilling til dette spørgsmål. Ved mentalundersøgelsen fik man indtryk af, at han forstod formålet med denne. Overlægen vurderede, at K var svært hjerneskadet, men ikke sindssyg.

Straffelovens § 16 omhandler personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed. De ”ligestillede” tilstande omfatter for eksempel epileptiske tågetilstande eller konfusionstilstande som følge af lavt blodsukker. En udtalt sløvelse af åndsevnerne (svær demens) er en sindssygdom og henføres ikke til de ”ligestillede” tilstande. I den her omtalte sag vurderede Retslægerådet, at K ikke var præget af en generel (sindssygelig) sløvelse af åndsevnerne, men at han havde så udtalte, specifikke hjerneorganiske forstyrrelser i form af manglende evne til at kommunikere med – og dermed forstå og forholde sig til – omverdenen, at han socialt nærmest var hjælpeløs. Rådet fandt det derfor mest sandsynligt, at han befandt sig i en tilstand, der måtte ligestilles med sindssygdom.



# Forbigående og kortvarig sindssygelig tilstand efter hjernerystelse

*A er en 37-årig mand, som efter en julefrokost, hvorunder han havde indtaget en del alkohol, blev overfaldet og herved pådrog sig en alvorlig hjernerystelse. Han kunne huske omstændighederne op til overfaldet, men havde ingen erindring om selve overfaldet og de efterfølgende timer, herunder heller ikke for, at han, da ambulancen ankom, angreb en ambulanceredder, hvilket han efterfølgende blev tiltalt for. Han blev i byretten idømt en betinget dom for vold og ankede afgørelsen til landsretten. Der blev indhentet yderligere lægelige oplysninger, og sagen blev forelagt Retslægerådet. Rådet fandt, at A på gerningstidspunktet med overvejende sandsynlighed befandt sig i en tilstand, som kan ligestilles med sindssygdom og derfor var omfattet af straffelovens § 16 stk. 1. Landsretten frifandt efterfølgende A. (j.nr. 10A-01076-07)*

A var 37 år gammel, da han blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for vold. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A var opvokset under gode sociale og følelsesmæssige forhold. Han havde altid været psykisk og socialt velfungerende, og han var ikke tidligere straffet. Han arbejdede som håndværker og var samlevende med en jævnaldrende kvinde. Parret havde netop fået deres første barn. A misbrugte ikke rusmidler. Efter en julefrokost, hvor A havde drukket en del alkohol, men uden at være svært beruset, blev han på vej hjem overfaldet på gaden. Han pådrog sig herved en alvorlig hjernerystelse. Han huskede omstændighederne op til overfaldet, men ikke selve overfaldet og heller ikke timerne efter. Forbipasserende havde tilkaldt en ambulance. Efter at A var anbragt på en bære, overfaldt han helt umotiveret den ene redder med spark og knytnæveslag, hvilket han efterføl-

gende blev tiltalt for. Han havde ingen erindring om den påsigtede handling.

A blev i byretten idømt en betinget dom for vold. Han ankede byrettens afgørelse til landsretten med endelig påstand om frifindelse. Sagen blev nu forelagt Retslægerådet med et spørgeskema udarbejdet af A's advokat, men alene bilagt blandt andet nogle skadesedler vedrørende A og forurettede, en politiattest og et par journalnotater fra A's praktiserende læge. Retslægerådet udtalte, at rådet ikke kunne behandle sagen på det foreliggende grundlag og anbefalede, at der blev indhentet en mentalerklæring.

Af erklæringen fremgår yderligere, at A efter det påsigtede forhold selv havde henvendt sig på en skadestue, hvor man påviste følger efter overfaldet i form af hævelse og misfarvning af blandt andet højre øje samt sår og skræmmer. Han fandtes ikke akut be-

handlingskrævende. Nogle dage senere blev A undersøgt neurologisk. I forbindelse med denne undersøgelse oplyste han blandt andet, at han havde fået en flaske i hovedet, da han blev overfaldet, hvorefter han var besvimet. Han havde efter overfaldet haft anfald af hovedpine, svimmelhed samt kvalme og hertil alment ubehag. Ved neurologiske undersøgelser blev intet abnormt påvist, ligesom en hjerneskanning viste normale forhold. Undersøgelsen konkluderede, at ansøgeren havde pådraget sig en alvorlig hjernerystelse, at han fortsat havde symptomer på følger efter en hjernerystelse, og at han burde sygemelde sig i en periode for at undgå, at symptomerne blev kroniske (i form af såkaldt postcommotionelt syndrom).

Ved såvel den klinisk psykiatriske som den psykologiske undersøgelse fandtes A uden tegn på psykisk lidelse. Overlægen konkluderede, at A på gerningstiden formentlig havde befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og at han derfor var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Da han ikke frembød tegn på nogen form for psykisk lidelse, kunne overlægen ikke pege på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som formålstjenlige.

Sagen blev på ny forelagt Retslægerådet, dels som en almindelig straffesag, dels vedlagt spørgetemaet udarbejdet af A's advokat. Da besvarelsen af disse spørgsmål fremgår af Retslægerådets udtalelse, er dette spørgetema udeladt her.

Retslægerådet udtalte: "Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af de tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring af 07.05.0X ved overlæge NN, udtale, at A ikke er sindssyg. Det er overvejende sandsynligt, at han på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand, der må ligestilles med sindssygdom. Han er normalt begavet. Han misbruger ikke rusmidler.

A's opvækst var normal med gode og trygge forhold. Han er uddannet først som murer og efterfølgende som bygningskonstruktør, hvilket han aktuelt arbejder som. Han bor på femte år i fast parforhold og har en lille datter. A har aldrig været i behandling hos hverken psykolog eller psykiater. A er, fraset bøde, ikke tidligere straffet. A var kort før gerningstidspunktet udsat for et hovedtraume, ligesom han havde indtaget en del alkohol. Det er overvejende sandsynligt, at hovedtraumet har medført en alvorlig hjernerystelse, som i kombination med alkoholpåvirkningen forbigående har ændret A's måde at opfatte omverdenen på og hans måde at reagere på i en abnorm retning, således at tilstanden på gerningstidspunktet har kunnet ligestilles med sindssyge.

Retslægerådet finder herefter, at A med stor sandsynlighed er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Tilstanden var kortvarigt forbigående, og der findes aktuelt ingen tegn på behandlingskrævende psykisk lidelse. Såfremt han findes skyldig, kan Retslægerådet således ikke anbefale en foranstaltning til

imødegåelse af en formentlig kun ringe risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.” A blev efterfølgende frifundet ved landsretten.

### **Kommentar.**

Det er velbeskrevet, at selv lettere hovedtraumer kan give hukommelsestab af kortere eller længere varighed. Mest almindeligt er manglende hukommelse for tiden efter traumet. Varigheden af hukommelsestabet er varierende, dog oftest under en time. Varigheden af specielt tiden efter traumet er et udtryk for traumets sværhedsgrad. Efter mere alvorlige hovedtraumer kan der i tiden efter traumet forekomme psykotiske symptomer i form af for eksempel vrangforestillinger og hallucinationer, ligesom adfærden kan være forstyrret. Personen vil oftest ikke kunne huske, hvad der er sket i denne periode. Alkohol kan forstærke de beskrevne symptomer.

A var utvivlsomt præget af en af hovedtraume udløst konfusionstilstand, og i denne tilstand begik han vold.

Retslægerådet fandt, at tilstanden var at ”ligestille med sindssygdom” svarende til de konfusionstilstande, der kan ses i forbindelse med for eksempel lavt blodsukker eller epileptiske anfald. Denne type sager omhandler kortvarige psykiske abnormtilstande betinget af legemlige sygdomme. Som nærmere omtalt i denne årsberetning (side 53 ff.) er der også andre, og mere vedvarende tilstande, der efter Retslægerådets opfattelse mest korrekt rubriceres som ”ligestillede”.

I den her refererede sag fandt såvel den mentalobserverende overlæge som Retslægerådet, at A var psykisk rask, og man kunne derfor ikke pege på en formålstjenlig særforanstaltning. Under landsrettens behandling af sagen nedlagde anklagemyndigheden endelig påstand om frifindelse. Efter de foreliggende lægelige oplysninger om tiltaltes sindstilstand på gerningstidspunktet tiltrådte landsretten, at tiltalte som omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, ikke skulle straffes. Påstanden om frifindelse blev derfor taget til følge.



# Overførsel af domfældt fra Tyskland til fortsat fuldbyrdelse af straf i Danmark

*Sagen vedrører en 54-årig kvinde, L, som i 2005 var dømt til anbringelse på psykiatrisk hospital i Tyskland, hvor hun fortsat opholdt sig. L anmodede året efter dommen om at blive overført til Danmark med henblik på fuldbyrdelse af den idømte foranstaltning. Retslægerådet blev anmodet om en udtalelse om, hvorvidt L var omfattet af straffelovens § 16, og i bekræftende fald hvilken foranstaltning i medfør af straffelovens § 68, rådet kunne anbefale. Retslægerådet fandt, at L led af skizofreni og anbefalede en behandlingsdom. L opfyldte betingelserne for overførsel af domfældte fra et land til et andet, og hun blev efterfølgende idømt en behandlingsdom her i landet (j.nr. 10A/A1-01093-2007).*

L er en 54-årig ugift dansk kvinde, som i juli 2004 blev anholdt af tysk politi for blandt andet tyveri, vold og overtrædelse af (den tyske) færdselslov. Hun blev umiddelbart efter anholdelsen indlagt på en psykiatrisk afdeling, og efter få dage blev hun overflyttet til et retspsykiatrisk hospital som vareretagsarrestant. Der blev udarbejdet retspsykiatrisk erklæring, og i april 2005 blev hun dømt til, hvad der svarer til en dansk dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Et lille års tid efter anmodede hun selv om at blive overført til Danmark.

Der forelå i sagen et ganske omfattende tysk erklæringsmateriale, som ikke nærmere skal omtales, men oplysningerne om hendes tidligere liv er sparsomme. Resumerende kan det anføres, at L var født på landet i Danmark, formentlig som nummer to af to søskende. En storebroder skulle som ung have begået selvmord. L har i øvrigt beskrevet sin opvækst som upåfaldende med et godt

forhold til begge forældre. Faderen skulle være død for år tilbage, moderen levede stadig, men L syntes kun at have yderst begrænset kontakt med moderen. L må antages i en årrække at have drevet en landbrugsejendom, men omkring år 2000 solgte hun angiveligt ejendommen, idet hun ikke havde kræfter til at drive den.

Af de tyske erklæringer fremgår, at L selv havde oplyst, at hun tre år tidligere havde været tvangsindlagt og tvangsbehandlet på en dansk psykiatrisk afdeling, men herudover benægtede hun at have haft kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Hun oplyste selv, at hun modtog pension.

L havde i flere år i bil kørt rundt i Europa, overvejende i Tyskland, hvor hun indimellem stjal madvarer og benzin på tankstationer, ligesom hun boede på hoteller uden at kunne betale og lignende. Af erklæringerne fremgår endvidere, at hun var sigtet for en

række af denne type sager, og det er fremhævet, at hun i hvert fald en enkelt gang tillige havde truet med kniv. Hun blev anholdt i forbindelse med, at hun igen havde stjålet madvarer og benzin på en tankstation, men herudover havde hun også truet personalet samt forsøgt at vælte en motorcyklist, der forfulgte hende, da hun kørte fra tankstationen. Udover de tyske sigtelser var L formentlig også sigtet for en lang række tilfælde af bedragerier i Danmark.

Under den første del af indlæggelsen på det tyske retspsykiatriske hospital var L indimellem aggressiv, idet hun slog ud efter personalet. Hun isolerede sig, gik med solbriller og stor hat, ligesom hun jævnlige nægtede at svare på spørgsmål. Hun var totalt blottet for sygdomserkendelse. Det fremgår, at hun modtog behandling med (formentlig) antipsykotisk virkende medicin, men dosis og præparat er ikke anført. Hun fik det langsomt noget bedre, om end hun fortsat var uden sygdomserkendelse, og hun ønskede sig så overført til fuldbyrdelse af den idømte foranstaltning her i landet.

Sagen blev forelagt Retslægerådet med de tyske erklæringer i dansk oversættelse, hvorefter Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet under henvisning til fremsendt materiale med retspsykiatriske erklæringer (dansk oversættelse) af xx.xx.04 fra lægelig direktør, speciallæge i psykiatri WSW suppleret med

erklæring af xx.xx.06 og xx.xx.06, Retspsykiatrisk Klinik, NG, Tyskland, udtale, at L er sindssyg og ligeledes var sindssyg på tidspunkterne for de pådømte handlinger. Diagnosen er skizofreni.

L er dansk statsborger, uddannet gartner og har haft eget landbrug fra 1977 til cirka 2000. Herefter har hun muligvis fået bevilget social pension i Danmark. L er muligvis efterlyst for 25 tilfælde af bedragerier. I Danmark har hende eneste kontakt været en mor, der var 81 år i 2004. Moderen har hun sidst besøgt xx.xx.04.

I cirka 2000 har hun været indlagt mod sin vilje og tvangsmediceret på psykiatrisk afdeling i ... Herefter har hun kørt rundt i sin bil i Europa og overnattet på hoteller eller i sommerhuse og levet af fødevarer, hun har stjålet på tankstationer eller i supermarkeder, samt tanket benzin uden at betale (den pådømte kriminalitet).

Fra cirka 2003 er der flere politiafgørelser vedrørende tyveri og tankning i forskellige delstater i Tyskland. xx.xx.04 pågribes hun af politi efter personfarligt angreb. Hun indlægges umiddelbart i psykiatrisk afdeling og overflyttes xx.xx.04 til Retspsykiatrisk Klinik, NG, hvor hun har opholdt sig siden, fra xx.xx.05 i medfør af en dom til anbringelse (tysk straffelov § 20 og § 63).

På psykiatrisk klinik stilles indledningsvis diagnosen skizotypisk sindslidelse som senere ændres til skizofreni. I afdelingen fremtræder hun udpræget socialt isoleret uden følelsesmæssig eller formel kontakt til medpatienter og personale, idet hun indledningsvis

isolerede sig i et fitnessrum, senere i et baderum. Hun bærer til stadighed solbriller og taler og griner for sig selv. Hun beskrives uden sygdomsindsigt og mener, at såvel danskere som personalet på klinikken er imod hende. Hun har muligvis i perioder været hørelses-hallucineret og styret af stemmer med henblik på den pådømte kriminalitet. Hun giver xx.xx.06 udtryk for, at hun ønsker overflytning til Danmark.

Beskrivelsen peger entydigt på en skizofren sindssygdom præget af isolationstendens, vrangforestillinger, privat logik, forstyrret tankegang og manglende sygdomsindsigt. Retslægerådet finder herefter L omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefales – såfremt hun tilbageføres til Danmark – dom til behandling i psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.”

Det fremgår, at L efterfølgende her i landet blev dømt til psykiatrisk behandling mv., som foreslået af Retslægerådet.

### **Kommentar:**

Globalisering, åbne grænser i Europa mv. medfører, at stadig flere, herunder stadig flere psykisk syge, begår kriminalitet i lande, hvor de ikke er statsborgere – det være sig udlændinge i Danmark eller danskere i udlandet. Retspsykiatrisk set er den refererede sag for så vidt enkel. Den omhandler en ubehandlet

skizofren kvinde, der begår tyverier formentlig i form af ”overlevelseskriminalitet”. Denne kriminalitet kunne ligeså godt være sket i Danmark. Et tyveri på en tankstation udviklede sig, således at L også blev fundet skyldig i vold, og hun blev i medfør af de tyske bestemmelser dømt til anbringelse på et (rets)psykiatrisk hospital. Som det fremgår, anbefalede Retslægerådet efterfølgende en dom til behandling mv., hvilket også blev resultatet, da L blev overført her til landet. Det kan her bemærkes, at en række europæiske lande anvender mere restriktive psykiatriske særforanstaltninger, end tilfældet er i Danmark.

En lang række betingelser skal være opfyldt for overførelse af en domfældt fra et land til et andet, hvilket fremgår af lovbekendtgørelse nr. 740, af 18.07.05 om international fuldbyrdelse af straf mv., der på baggrund af den tilhørende konvention om overførelse af en domfældt regulerer området.

Efter denne lov kan udenlandske afgørelser om straf mv. fuldbyrdes her i landet, ligesom danske afgørelser om straf mv. kan fuldbyrdes i udlandet. De afgørelser, der er omfattet, er enhver straf eller anden foranstaltning, som er fastsat af en domstol, og som indebærer frihedsberøvelse i begrænset eller ubegrænset tid, pålagt på baggrund af en strafbar handling.

Betingelserne om overførsel af en domfældt til fortsat straffuldbyrdelse her i landet er blandt andet, at den domfældte er statsborger i fuldbyrdelseslandet,

og at der på tidspunktet for modtagelsen af anmodningen om overførsel er mindst 6 måneder tilbage af retsfølgen, eller hvis retsfølgen er tidsubestemt (typisk psykiatriske særforanstaltninger). Den dømte eller dennes retlige stedfortræder skal samtykke i overførslen, det dobbelte strafbarhedsprincip skal være opfyldt (det vil sige, at den pågældendes handlinger skal være strafbare både i "afsender-" og "modtager-"landet) og både doms- og fuldbyrdelseslandet skal samtykke i overførslen.

Virkningen af en overførelse for fuldbyrdelseslandet medfører blandt andet, at de kompetente myndigheder i fuldbyrdelseslandet skal fortsætte fuldbyrdelsen af retsfølgen, som den er

bestemt af domslandet med mulighed for at tilpasse afgørelsen til fuldbyrdelseslandets lovgivning. Alternativt kan der fastsættes en omsætning af retsfølgen, hvor den kompetente myndighed er bundet af domslandets bedømmelse af sagens faktiske omstændigheder, at en sanktion, der indebærer frihedsberøvelse ikke må omsættes til bødestraf, og at der sker fradrag af den periode, den domfældte har afsonet.

Det påhviler endvidere fuldbyrdelseslandet at orientere domslandet om, hvornår fuldbyrdelsen af retsfølgen anses for at være afsluttet, hvis den dømte person er flygtet, før fuldbyrdelsen er afsluttet og samtidig give domslandet en særlig redegørelse, såfremt domslandet anmoder herom.



## Sindssygdom på gerningstidspunktet

*L er 42-årig kvinde, som var sigtet for ildspåsættelse, idet hun havde sat ild til sin faders hus. L havde haft et noget turbulent liv. Hun var flyttet hjemmefra ganske ung, hun havde gennemført en faglig uddannelse, som hun dog kun i perioder havde benyttet. Hun havde haft skiftende samlivsforhold, herunder med et par væsentligt ældre, misbrugende mænd. Hun havde i hvert fald i perioder haft et svært alkoholmisbrug, og hun havde talrige gange været indlagt på psykiatriske afdelinger, blandt andet til afrusning. Et par gange var hun ved indlæggelserne fundet psykotisk. I forbindelse med den aktuelle ildspåsættelse blev hun indlagt på den stedlige psykiatriske afdeling, hvorfra hun ca. et døgn senere blev overflyttet til den psykiatriske afdeling, hvor hun efter bopælskriteriet skulle indlægges. Hun blev efterfølgende mentalundersøgt under indlæggelsen. Overlæge H afgav erklæring, som konkluderede, at L var omfattet af straffelovens § 69. Retslægerådet fandt visse holdepunkter for, at L kunne have været sindssyg på gerningstidspunktet. Mentalerklæringen indeholdt ikke oplysninger om hendes kortvarige indlæggelse på anden psykiatrisk afdeling i forbindelse med ildspåsættelsen. Rådet rekvirerede journalen for denne indlæggelse og konkluderede herefter, at L havde været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold. (J.nr. 10A/A1-0121-2007).*

L blev i anledning af en sigtelse for brandstiftelse indlagt til mentalundersøgelse. Af mentalerklæringen, udarbejdet af overlæge H, fremgik blandt andet, at L var født af samlevende forældre som nummer tre af fire søskende. Forældrene blev skilt, da hun var 11 år gammel, og L blev boende hos moderen, som efter L's opfattelse imidlertid ikke tog sig særligt meget af hende, hvorfor hun allerede 13 år gammel flyttede ind i et kollektiv. De følgende mange år flyttede hun meget rundt, i perioder boede hun i egen bolig, i perioder under institutionslignende forhold, igen i andre perioder var hun mere eller mindre hjemløs. Hun havde haft et par længerevarende samlivsforhold med væsentligt ældre, alkoholmisbrugende mænd. Igennem de senere

år havde hun været samlevende med en jævnaldrende, ikke misbrugende mand. L havde ingen børn.

Efter 10 års skolegang på skiftende skoler gennemførte L en faglig uddannelse. Hun arbejdede i perioder inden for sit fag, men hun skiftede jævnligt arbejdsplads blandt andet på grund af ustabil fremmøde på grund af alkoholmisbrug. Hun har i lange perioder modtaget offentlig hjælp. For nogle år tilbage blev hun uddannet som social- og sundhedshjælper.

L havde ikke frembudt legemlige symptomer eller sygdomme af betydning for sagen. Hun mente imidlertid, at hun i 13 års alderen havde udviklet en spiseforstyrrelse, og hun havde siden da haft en oplevelse af, at hun havde

kronisk forstoppelse, hvorfor hun havde indtaget meget store mængder afføringsfremmende naturmedicin.

L selv oplyste, at hun mente, at hun havde haft en dårlig barndom med meget stram økonomi, chikanerier og vold forældrene imellem, ligesom hun mente, at hun såvel materielt som følelsesmæssigt var blevet forfordelt i forhold til sine søskende.

L var begyndt at drikke alkohol i 15 års alderen, og fra 20 års alderen havde hun et svært alkoholmisbrug, som for eksempel medførte hyppige ophold i detentionen. Hertil havde hun talrige gange været på psykiatriske afdelinger til afrusning, ligesom hun havde været tilknyttet forskellige misbrugscentre og i perioder blevet behandlet med antabus. Hendes misbrug var imidlertid først aftaget efter, hun havde mødt sin nuværende samlever. Hun angav, at hun i de senere år kun sjældent havde været svært beruset, hvilket blev bekræftet af samleveren. Hun kunne i øvrigt også oplyse, at hun i alkoholpåvirket tilstand – og måske også i abstinensfasen efter en drikketur – havde oplevet at føle sig forfulgt og overvåget.

L havde hertil fra ungdommen haft et vist hashmisbrug, som de seneste år var accelereret, således at hun havde røget hash dagligt. Hun benægtede misbrug af andre rusmidler.

L misbrugte som anført naturpræparater, som skulle virke mod forstoppelse. Hun gav i den forbindelse udtryk for nogle ikke helt indfølelige forestillinger om sin vægt, om afføring mv.

L benægtede i forbindelse med mentalundersøgelsen sindssygdomssymp-

tomer. Hun beskrev sig selv som temperamentsfuld, men ikke impulsiv eller affektlabil. Hun mente sig hertil præget af tendens til nedtrykthed og manglende selvtillid, men hun vedgik også, at hun kunne være rethaverisk, kværulatorisk og præget af tilbøjelig til at gå op i uvæsentlige detaljer.

L havde livet igennem bevaret en vis forbindelse med faderen, som hun imidlertid havde et noget anstrengt forhold til. I forbindelse med, hvad L opfattede som et aftalebrud om en fødselsdagsgave fra faderens side, opsøgte hun i beruset tilstand faderens hus, som hun satte ild til, hvorefter det nedbrændte. Hun angav ikke at kunne huske omstændighederne, men vidner, blandt andet brandfolk, beskrev, at hun i forbindelse med branden udviste aparte og uindfølelig adfærd, ligesom hendes udtalelser var uforståelige.

Afdelingen indhentede i forbindelse med mentalundersøgelsen oplysninger om L's mange tidligere psykiatriske indlæggelser, herunder indlæggelser med henblik på et længerevarende, stabiliserende forløb. Det var karakteristisk, at L hurtigt havde forlangt sig udskrevet, eventuelt var hun blevet udskrevet i forbindelse med misbrug. Et par gange er noteret, at hun ved indlæggelserne husede vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. En enkelt gang blev hun tvangsindlagt efter at have udvist voldelig adfærd. I forbindelse med hendes indlæggelser blev stillet forskellige diagnoser, men gennemgående har de psykiatriske afdelinger fundet, at L led af en såkaldt skizotypisk sindslidelse, det vil sige en psykisk lidelse præget

af symptomer som ses ved skizofreni, men uden at disse symptomer har psykotisk sværhedsgrad. Erklæringen indeholdt imidlertid ikke oplysninger om L's indlæggelse umiddelbart efter brandstiftelsen.

I mentalerklæringen blev L beskrevet som normalt til velbegavet, den følelsesmæssige kontakt blev vurderet som præget af en vis distance og kølighed, ligesom man bemærkede, at L havde en tendens til vage formuleringer og til at svare lidt ved siden af de stillede spørgsmål, men hun frembrød ikke åbenbare tankeforstyrrelser. Hun var generelt venlig, men kunne pludselig optræde forurettet, udsældende, eventuelt aggressiv ligesom hun ved samtalerne kunne være styrende, hvor hun fortabte sig i detaljer. Hun blev hertil vurderet som noget stiv og stejl, nærtagende og intellektualiserende.

I forbindelse med mentalundersøgelsen blev der foretaget psykologisk undersøgelse, hvor det i konklusionen blandt andet er anført, at ...”realitetstestningen er påvirket selv i klart definerede situationer, hvilket peger i retning af en psykoselignende proces. L kan ikke aktuelt vurderes som åbenlys psykotisk, men udviser periodisk disorganiseret tænkning og moderat forstyrret dømmekraft.”

Erklæringen konkluderede blandt andet: ”Observanden må på grund af sin personlighedsmæssige egenart henregnes den i straffelovens § 69, stk. 1, omhandlede personkreds; men såfremt hun findes skyldig, kan man ikke pege på foranstaltninger efter samme lovs §

68., 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af eventuel risiko for fremtidige handlinger ligeartede med de påsigtede end eventuel forskyldt straf.”

Retslægerådet hæftede sig ved oplysningerne om L's aparte adfærd i forbindelse med kriminaliteten, herunder også beskrivelser i sagens akter, som ikke fremgik af mentalerklæringen. Rådet bemærkede endvidere, at hun tidligere i forbindelse med indlæggelser i alkoholpåvirket tilstand havde frembudt psykotiske symptomer, ligesom resultatet af den psykologiske undersøgelse pegede på en tilstand på grænsen til sindssygdом. Endelig – og især – fandt Retslægerådet, at mentalerklæringen burde have indeholdt oplysninger om L's indlæggelse på en psykiatrisk afdeling i umiddelbar tilslutning til kriminaliteten. Rådet anmodede derfor om at få adgang til journalen fra denne indlæggelse, og af den fremgik, at L havde været sindssyg i hvert fald i de 24 timer, hun havde opholdt sig på afdelingen. Hun var usamlet af tankegang, muligvis hørelsesshallucineret, den følelsesmæssige kontakt blev vurderet som særdeles dårlig, og hun var præget af talepres, hvor hendes fremstilling indimellem var nærmest uforståelig.

Retslægerådet udtalte herefter...”at L ikke er sindssyg, men det er sandsynligt, at hun på tiden for det påsigtede var sindssyg eller i en tilstand ligestillet hermed. Såfremt L på tiden for det påsigtede har været sindssyg eller i en tilstand ligestillet hermed, må

det antages, at hendes indtagelse af rusmidler har været medvirkende til fremkaldelse af denne tilstand. Hun er normalt begavet.

L er opvokset under relativt ustabile forhold, præget af dårlig økonomi og forældrenes skilsmisse. Hun har siden teenageårene haft et intermitterende misbrug af alkohol og cannabis. L har siden 1989 haft talrige indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Sidste indlæggelse var i 2004. Indlæggelserne har oftest været relateret til L's alkoholmisbrug. Hun er ved flere indlæggelser beskrevet som værende i svær affekt med aggressiv selvskadende adfærd. Hun har desuden også gennem en årrække lidt af en spiseforstyrrelse.

L blev i døgnnet efter det påsigtede indlagt på psykiatrisk afdeling og er her beskrevet som værende sindssyg. Symptomerne var usamlet tankegang, talepres og muligvis hørehallucinationer, ligesom hun var affektpræget og frembød en læderet emotionel kontakt.

Ved aktuelle retspsykiatriske undersøgelser foretaget under indlæggelse, er der ikke fundet sikre tegn på sindssygelige symptomer. L er præget af en forstyrrelse af personligheden. Hun fremtræder blandt andet nærtagende og udadreagerende, ligesom den følelsesmæssige kontakt er præget af kølighed og distance. Ved psykologisk testing er L blandt andet fundet præget af periodisk disorganiseret tænkning og moderat forstyrret dømmekraft.

Retslægerådet finder herefter, at L sandsynligvis er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men hun er med

sikkerhed omfattet af straffelovens § 69. Såfremt hun findes skyldig i de påsigtede handlinger, skal Retslægerådet, 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 overlæge kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.”

Før sagen blev ekspederet blev rådets påtænkte udtalelse forelagt overlæge H, der ikke fremkom med bemærkninger til udtalelsen.

L blev efterfølgende ved byretten dømt til psykiatrisk behandling mv. som anbefalet af Retslægerådet.

### **Kommentar:**

Denne sag slutter sig for så vidt til de sager om forbigående, rusmiddelbetingede psykotiske tilstande, som har været omtalt i tidligere årsberetninger, og som nærmere gennemgås i denne årsberetning side 53 ff. Det væsentlige i denne sag er imidlertid, at den i øvrigt meget grundige mentallerklæring ikke omtalte L's tilstand på gerningstidspunktet, endsige indeholdt en gennemgang af journalen fra den psykiatriske afdeling, hvor hun blev indlagt i umiddelbar tilslutning til kriminaliteten. Ved mentalundersøgelsen stillede man ingen egentlig psykiatrisk diagnose, men Retslægerådet vil finde det sandsynligt, at hun habituelt led af en skizotypisk sindslidelse, det vil sige en tilstand på grænsen til sindssygdom. Hun havde som beskrevet tidligere frembudt forbigående sindssygdoms-

symptomer i forbindelse med alkoholmisbruget, og det viste sig da også, at hun blev beskrevet som utvetydig sindssyg ved indlæggelsen umiddelbart efter kriminaliteten. Rådet ser undertiden mentalerklæringer, som enten kun ganske kortfattet og overfladisk – eller slet ikke – omtaler en sigtets psykiske tilstand på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Retslægerådet skal derfor minde om straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., hvor det hedder: ”Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande,

der må ligestilles hermed, straffes ikke.” Enhver mentalundersøgelse bør derfor altid indeholde en vurdering af en mentalobservands psykiske tilstand på gerningstidspunktet. Og har den pågældende været sindssyg på dette tidspunkt, er den pågældende omfattet af § 16. Dette gælder også personer, som habituel kan være personligheds-mæssigt svært afvigende, og hvor man kan forudse, at det kan blive vanskeligt at varetage en idømt psykiatrisk særforanstaltning.



# Ung mand med mulig psykisk udviklingsforstyrrelse idømt almindelig straf

*En 19-årig ung mand (A) blev mentalundersøgt ambulant i forbindelse med en sigtelse for vold og alvorlige trusler. Han var tidligere straffet for personfarlig kriminalitet. Han havde siden førskolealderen frembudt alvorlige adfærdsforstyrrelser og havde som ung gennem længere tid haft ophold i en socialpædagogisk institution med en vis stabilisering af tilstanden til følge. Han havde modtaget forskellige former for behandling med medicin, herunder antipsykotisk virkende medicin. A blev ved undersøgelsen fundet personlighedsmæssigt afvigende, og den mentalobserverende speciallæge vurderede, at A led af flere psykiske udviklingsforstyrrelser (ADHD, Aspergers syndrom mv.). Tilstanden var kompliceret af, at A siden 13-års-alderen havde haft et betydeligt misbrug, primært af hash. Der var ikke mistanke om, at han på noget tidspunkt havde været sindssyg. Den mentalobserverende overlæge fandt, at A var omfattet af straffelovens § 69, og at en form for socialpædagogisk foranstaltning var mere formålstjenlig end straf. RR fandt, at A var præget af en personlighedsforstyrrelse, som måske delvis skyldes en let organisk skade, men rådet kunne ikke pege på foranstaltninger jf. § 68, 2 pkt., som mere formålstjenlige end straf. Retten fandt A skyldig, og han blev idømt en delvis betinget frihedsstraf (10/A-A1-01333-2007).*

A var en 19-årig ung mand sigtet for flere tilfælde af vold og alvorlige trusler. Han var tidligere dømt for vold. Den påsigtede kriminalitet var begået ved to forskellige lejligheder med ugers mellemrum.

Han blev mentalundersøgt ambulant af en praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (B).

Af erklæringen fremgår blandt andet, at A 4 måneder gammel blev adopteret fra fjernøsten. Han havde indtil da opholdt sig i en plejefamilie og virkede ved ankomsten til Danmark som et aktivt og velstimuleret spædbarn. Adoptivforældrene var efter det oplyste på alle måder velfungerende. Allerede i småbarnsalderen blev A

beskrevet som hyperaktiv og med adfærdsproblemer, herunder voldsomme impulsive handlinger rettet mod andre børn og til tider også voksne, herunder forældrene. Skolegangen var ligeledes præget af impulsivitet og alvorlige adfærdsproblemer. 12 år gammel blev han vurderet af en børnepsykiater. Han fandtes her at have ringe evne til at opfatte helheder og bevare et overblik specielt ved følelsesmæssige belastninger. Han udviste vanskeligheder med at lære af sine erfaringer og havde i udtalt grad behov for styring og struktur. A havde fra 12-13 års-alderen haft et blandet misbrug af ecstasy, amfetamin og især hash.

Folkeskolen afsluttedes i 6. klasse efter et mislykket socialpædagogisk undervisningstilbud i skolen. Efter endt skolegang havde han fra sit 13. år ophold på flere forskellige socialpædagogiske institutioner og behandlingshjem. Opholdene var i begyndelsen kortvarige, enten fordi A selv forlod stedet eller fordi han blev "smidt ud" efter konflikter, herunder slagsmål.

Fra 14–18-årsalderen havde A fast ophold på en socialpædagogisk institution. Han blev her sat i medicinsk behandling med centralstimulerende medicin (Ritalin), idet en psykologisk undersøgelse havde peget på, at A kunne lide af en organisk betinget forstyrrelse af blandt andet adfærd og koncentration (ADHD). Den medikamentelle behandling bedrede koncentrationen, men fremkaldte voldsomme tics, ligesom den forværrede impulsiviteten. Disse symptomer fandtes forenelige med en anden form for organisk forstyrrelse, Gilles de la Tourettes syndrom (TS). A blev herefter sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin (Orap som virker dopaminblokerende i modsætning til Ritalin og som derfor kan dæmpe tics). Denne behandling dæmpede A's tics.

Under det langvarige ophold på den socialpædagogiske institution etablerede man en stram styring af A's hverdag, og det var indtrykket, at han langsomt fik det bedre, hans adfærd blev normaliseret, og han syntes bedre i stand til at koncentrere sig. Han påbegyndte en uddannelse uden for institutionen, men her udviste han den samme aggressive forstyrrende adfærd som tidli-

gere, hvorfor uddannelsesforløbet blev afbrudt, og A selv forlod institutionen. Han tog igen ophold hos forældrene. Han var uden arbejde og levede en tilværelse præget af tilfældigheder med grupper af unge, der havde samme adfærd som ham selv.

Ved den ambulante mentalundersøgelse fandtes ingen tegn på, at A på noget tidspunkt havde været – eller aktuelt var – sindssyg. Ved en "samlet vurdering" anførte speciallægen blandt andet: "Impulsiviteten og de specifikke indlæringsmæssige vanskeligheder (på baggrund af ringe evne til opmærksomhedsregulation og dermed forbunden nedsat korttidshukommelse) må skyldes ADHD. Da hans adfærd er præget af aggressivitet og destruktivitet, må det dreje sig om den form for ADHD, der er ledsaget af syndromet "adfærdsforstyrrelse" (eng. "conduct disorder").

Hans stereotype og naive kontaktform, den yderst bogstavelige og let ordkløveriske kommunikationsform samt den yderst småbarnlige legeevne taler for, at der desuden foreligger en mere gennemgribende form for udviklingsforstyrrelse af typen Aspergers syndrom (en form for autisme hos personer med alderssvarende kognition og sprog). ...Tics, lydtics og impulsivitet opstod omkring 2002, midt i forløbet på... (den socialpædagogiske institution). Det drejede sig om Tourettes syndrom, og syndromets debut blev formentlig fremskyndet under behandling med centralstimulerende medicin.

Han påbegyndte i 13-årsalderen et periodisk præget stofmisbrug, overvejende ved hashrygning. Tidligere tog



han det især i forbindelse med sociale kontakter til andre hashmisbrugere i ... På det sidste er det mest imidlertid især, når han ikke ved, hvad han ellers skal lave, for eksempel om søndagen, at han ryger hash.”

Speciallægen anførte endvidere, at A nok frembød symptomer på karakterafvigelse (dyssocial personlighedsstruktur), men speciallægen fandt, at A's aktuelle tilstand og adfærd bedst kunne forklares ved, at han dels led af ”ADHD med symptomer på adfærdsforstyrrelse” og ”Aspergers syndrom”. Speciallægen fandt endvidere, at A led af ”Tourettes syndrom” og havde et hashmisbrug. A fandtes omfattet af straffelovens § 69, og speciallægen anbefalede, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., følgende: ”A må vurderes at have behov for specialpædagogisk behandling i døgnregi for at forebygge fremtidig ligetart kriminalitet. Den specialpædagogiske behandling bør være den, der anvendes i forhold til personer med autisme, og for A's vedkommende for normalt begavede personer, som det tidligere har været anvendt under behandlingen på ... (den socialpædagogiske institution)”. Speciallægen anbefalede hertil forskellige former for medikamentel behandling.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte... ”at han (A) ikke er sindssyg, og at han ikke kan antages at have været det på tidspunkterne for de pådømte forhold. Han er normalt begavet, han lider ikke af epilepsi. A er født i (...fjernøsten) og blev som spæd

adopteret af danske forældre, hvor han er opvokset under velordnede sociale og følelsesmæssige forhold. Han har imidlertid helt fra barndommen udvist adfærdsforstyrrelser med blandt andet udtalte skoleproblemer til følge. Han har som ung i en længere periode haft ophold på socialpædagogisk institution, hvor han var rimelig veltilpasset, ligesom han har modtaget forskellige former for medikamentel behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin. Den samlede behandlingsindsats har imidlertid ikke vedvarende stabiliseret hans adfærd eller afgørende bedret hans psykiske tilstand. Han har haft et vist misbrug af euforiserende stoffer, især hash. Han kan have været påvirket af rusmidler på tidspunkterne for de pådømte forhold, men der er ingen holdepunkter for at antage, at han da befandt sig i en heraf betinget akut, forbigående sindssygelig tilstand.

Ved aktuelle undersøgelser er A fundet personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet umoden og præget af nedsat evne til at forstå og forholde sig til sociale forhold. Han er hertil impulsiv, kortsynet og præget af lav frustrationstærskel. Det er muligt, at hans personlighedsmæssige egenart i hvert fald delvis skyldes en let neurobiologisk udviklingsforstyrrelse, det vil sige en let hjerneskade, der blandt andet giver symptomer i form af tics, der aktuelt behandles medikamentelt.

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. I forbindelse med eventuel betinget dom, kombinationsstraf eller prøveløsladelse tilrådes tilsyn af kriminalforsorgen med vilkår om lægeligt ledet misbrugsbehandling efter tilsynsmyndighedens bestemmelse.”

Før sagen blev ekspederet, blev rådets udtalelse forelagt for speciallægen, der imidlertid ikke fremkom med bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse.

A blev i byretten – hvor han blev fundet skyldig i endnu et par voldsforhold – idømt en kombinationsdom på 6 måneders ubetinget og 12 måneders betinget fængsel med tilsyn af Kriminalforsorgen samt med vilkår om lægeligt ledet misbrugsbehandling efter kriminalforsorgens nærmere bestemmelser.

### **Kommentar:**

A var utvivlsomt præget af en sådan ”forstyrrelse af de psykiske funktioner”, at han var omfattet af straffelovens § 69. Han var kortsynet, impulsiv, præget af lav frustrationstærskel med ledsagende tendens til aggressiv adfærd, ligesom hans forståelse for sociale forhold og evne til at indleve sig i andre menneskers følelser og behov var begrænset. Hans samlede tilstand og adfærd kunne deles ind i grupper, der hver for sig kunne diagnosticeres som Aspergers syndrom, ADHD og Gilles de la Tourettes syndrom.

Retslægerådet måtte imidlertid anlægge en helhedsvurdering af A’s samlede tilstand og vurderede, at han samlet fremstod personlighedsmæssigt afvigende, men rådet kunne ikke afvise, at en let organisk forstyrrelse kunne være i hvert fald en del af forklaringen på hans samlede symptomatologi.

A var 18 år på nogle af gerningstidspunkterne. Socialpædagogiske foranstaltninger, som lidt vagt anbefalet af den mentalobserverende speciallæge i børne-ungdomspsykiatri, kan ikke i medfør af en dom iværksættes efter, at en person er fyldt 18 år, idet de hertil relevante institutioner ikke eksisterer. Rådet overvejede, hvorvidt man som særforanstaltning, jf. § 68, 2. pkt., kunne anbefale tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om institutionsophold mv. for på den måde eventuelt at iværksætte den foreslåede behandling. Rådet måtte imidlertid lægge vægt på, at A igennem en langvarig periode havde modtaget intensiv socialpædagogisk støtte og behandling, herunder i perioder medikamentel behandling, men uden at dette mere vedvarende havde ændret hans tilstand eller adfærd. Det fandtes ikke formålstjenligt at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning, hvorfor rådet – som det fremgår – ikke kunne anbefale særforanstaltninger jf. straffelovens § 68, 2. pkt.

## II. Statistik

### Sager behandlet i Retslægerådet 2007

A. Psykiatriske sager .....	438
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse .....	131
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.....	4
D. Faderskabssager .....	39
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold.....	776
F. Administrative sager m.v.	
H. Aldersbestemmelser.....	64
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer .....	2
M. Færdselssager med medicinindtagelse.....	131
<b>I ALT .....</b>	<b>1586</b>

## Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager .....	245
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser.....	9
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	114
Ophævelse af farlighedsdekret .....	16
Overførsel til Sikringsafdelingen .....	8
Umyndiggørelser.....	1
Benådning .....	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.).....	45
<b>I ALT.....</b>	<b>438</b>

## Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene .....	76
Indtagelse af såvel spiritus som medicin.....	53
Diverse .....	2
<b>I ALT.....</b>	<b>131</b>

## Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte .....	4
Ændring af navn/CPR-nr. ....	0
<b>I ALT .....</b>	<b>4</b>

## Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner .....	57
Arbejdsskader/ulykker .....	284
Erstatning, pensionsager m.v. ....	377
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. ....	24
Ikke-psykiatriske benådningssager .....	0
Diverse .....	34
<b>I ALT .....</b>	<b>776</b>

# III. 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 genparten 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 2007**

Ledende overlæge Helle Aggernæs  
Amager Hospital  
Psykiatrisk Afdeling

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft  
Frederiksberg Hospital  
Psykiatrisk Afdeling

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

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

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

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

Overlæge Peter Gottlieb  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik

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

Ledende overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
næstformand

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

## **Sagkyndige anvendt i 2007**

**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  
Bispebjerg Hospital  
Neurologisk afdeling N

Lektor, speciallæge  
Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge  
Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

Klinikchef  
Kjeld Dons  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk Klinik

Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

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

Speciallæge  
Hans Kallerup  
Kolding  
(almen medicin)

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

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

Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
Glostrup Hospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

Overlæge  
Henrik Skjødt  
Hvidovre Hospital  
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  
Gentofte Hospital  
Neurologisk afdeling

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

Læge  
Ulla Davidsen  
Charlottenlund

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

**Ad hoc sagkyndige anvendt i 2007**

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

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

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

4. Afdelingslæge, dr.med.  
Ole Andersen  
Værløse  
(pædiatri)

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

- |   |  |
|---|--|
| 6. Overlæge<br>Ture Andersen<br>Audiologisk afdeling<br>Odense Universitetshospital                         | 14. Professor, overlæge, dr.med.<br>Niels Juel Christensen<br>Herlev Hospital<br>Medicinsk- endokrinologisk afdeling |
| 7. Overlæge<br>Birthe Højlund Bech<br>Rigshospitalet<br>Radiologisk klinik X                                | 15. Ledende overlæge<br>Thorkil Christensen<br>Ålborg Sygehus Syd<br>Radiologisk afdeling                            |
| 8. Overlæge, dr.med.<br>Jørgen G. Berthelsen<br>Hillerød Sygehus<br>Gynækologisk-obstetrisk afdeling        | 16. Overlæge, dr.med.<br>Peer Christiansen<br>Århus Amtssygehus<br>Kirurgisk afdeling                                |
| 9. Professor, overlæge, dr.med.<br>Finn T. Black<br>Marselisborg Hospital<br>Medicinsk epidemisk afdeling A | 17. Overlæge, dr.med.<br>Leif Corydon<br>Vejle Sygehus<br>Øjenafdelingen   |
| 10. Professor, overlæge, dr.med.<br>Jens Peter Bonde<br>Århus Kommunehospital<br>Arbejdsmedicinsk klinik    | 18. Overlæge, dr.med.<br>Kim P. Dalhoff<br>Bispebjerg Hospital<br>Klinisk Farmakologisk Enhed                        |
| 11. Overlæge, dr.med.<br>Per Bonding<br>Gentofte Hospital<br>Øre-, næse- og halsafdelingen                  | 19. Overlæge, dr.med.<br>Karen Damgaard<br>Rigshospitalet<br>Diagnostisk Radiologisk Klinik                          |
| 12. Overlæge, dr.med.<br>Flemming Burcharth<br>Herlev Hospital<br>Kirurgisk afdeling D                      | 20. Overlæge, dr.med.<br>Asger Dirksen<br>Gentofte Hospital<br>Lungemedicinsk afdeling                               |
| 13. Overlæge, dr.med.<br>Jesper Bælum<br>Odense Universitetshospital<br>Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling | 21. Overlæge<br>Karen-Lisbeth Dirksen<br>Gentofte Hospital<br>Røntgenafdelingen                                      |

22. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Gentofte Hospital  
(radiologi)
23. Professor, overlæge, dr.med.  
K. T. Drzewiecki  
Rigshospitalet  
Plastikkirurgisk afd.
24. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbehøj  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.
25. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdelingen
26. Overlæge, dr.med.  
Kristian Emmertsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling
27. Klinikchef, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
Rigshospitalet  
Nefrologisk afdeling
28. Overlæge, dr.med.  
Per Klausen Fink  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for Funktionelle  
Lidelser  
(psykiatri)
29. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Frøkiær  
Skejby Sygehus  
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk  
afd. (alkohol- og medicinpåvirkethed)
30. Neuropsykolog, lektor  
Anders Gade  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
31. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Garne  
Ålborg Sygehus  
Mammakirurgisk Klinik
32. Professor, dr.med.  
Markil Gregersen  
Århus  
(retsmedicin )
33. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg  
Rigshospitalet  
Arbejdsmedicinsk Klinik
34. Professor, dr.pharm.  
Vagn N. Handlos  
Rigshospitalet  
Apoteket
35. Lektor, speciallæge  
Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retskemi)
36. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø  
Rigshospitalet  
Medicinsk afdeling B  
(kardiologi)
37. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen  
Hvidovre Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

38. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
39. Professor, overlæge, dr.med.  
Vibeke Hjortdal  
Skejby Sygehus  
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd.
40. Statsobducent, professor, dr.med.,  
MPA  
Hans Petter Hougen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retspatologi)
41. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby  
Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
42. Overlæge, lektor, dr.med.  
Jacob Ingerslev  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afd. Y
43. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Ingerslev  
Skejby Sygehus  
Biokemisk afdeling
44. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O
45. Professor, dr.odont.  
Flemming Isidor  
Århus Universitet  
Tandlægeskolen
46. Overlæge, dr.med.  
Martin Iversen  
Rigshospitalet  
Hjertemedicinsk klinik
47. Professor, overlæge  
Peter Iversen  
Rigshospitalet  
Urologisk klinik
48. Overlæge, dr.med.  
Steffen Jacobsen  
Hvidovre Hospital  
Ortopædkirurgisk afd.
49. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afd.
50. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F
51. Overlæge  
Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk sektion
52. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
Hvidovre Hospital  
Kardiologisk afdeling
53. Ledende overlæge, dr.med.  
Kai Jensen  
Hillerød Sygehus  
Neurologisk Klinik

54. Overlæge  
Rigmor Jensen  
Glostrup Hospital  
Neurologisk Klinik
55. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker  
Odense Universitetshospital  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk sek.
56. Chefspsykolog  
Agnete Jønsson  
Rigshospitalet  
Neurocenteret
57. Ledende neuropsykolog  
Kasper Jørgensen  
Glostrup Hospital  
Neurologisk afdeling
58. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H
59. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
Rigshospitalet  
Enhed for kirurgisk patofysiologi
60. Professor, overlæge, dr.med.  
Lars Vedel Kessing  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik
61. Klinikchef, dr.med.  
Jørgen Kirkegaard  
Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halskirurgisk klinik
62. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
63. Administrerende overlæge  
Hanne Kjeldsen  
Århus Kommunehospital  
Plastikkirurgisk afdeling
64. Overlæge, dr.med.  
Finn Ursin Knudsen  
Rungsted Kyst  
Pædiatri
65. Professor, dr.med.  
Hans Jørn Kolmos  
Odense Universitetshospital  
Mikrobiologisk afd.
66. Overlæge, ph.d.  
Henrik Kolstad  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk Klinik
67. Oversygeplejerske  
Gitte Kosakewitsch  
Frederiksberg
68. Overlæge, ph.d.  
Michael Krogsgaard  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling
69. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afd. M

70. Overlæge, dr.med.  
Benedicte laursen  
Aalborg Sygehus Syd  
Medicinsk-Hæmatologisk afdeling
71. Vicesstatsobducent, ph.d  
Peter Leth  
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-  
jylland  
Retsmedicinsk Institut
72. Klinikchef  
Anne Lindhardt  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Klinik
73. Overlæge  
Freddy Lippert  
Rigshospitalet  
Traumecentret  
(anæstesiologi)
74. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling U
75. Overlæge, dr.med.  
Jens Lund  
Aalborg Psykiatriske Sygehus
76. Overlæge Jens Otto Lund  
Gentofte Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
77. Vicesstatsobducent, ph.d  
Jytte Banner Lundemose  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
78. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad  
Hvidovre Hospital  
Klinik for endokrinologi
79. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling  
Rigshospitalet  
Allergi-klinikken
80. Cheflæge, dr.med.  
Thomas R. Mandrup-Poulsen  
Steno Diabetes Center  
Medicinsk endokrinologisk afdeling
81. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche  
Odense Universitetshospital  
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
82. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
Gentofte Hospital  
Dermatologisk afdeling K
83. Overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Mogensen  
Hørsholm Sygehus  
Reumatologisk Klinik
84. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Viby Mogensen  
Rigshospitalet  
Anæstesiaafdeling AN
85. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afd. B



86. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling

87. Ledende overtandlæge  
Henrik Nielsen  
Hillerød Sygehus  
Tand-Mund-Kæbe-afdelingen.

88. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
Hvidovre Hospital  
Infektionsmedicinsk afdeling

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

90. Overlæge, dr.med.  
Lisbeth Nilas  
Hvidovre Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.

91. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afd. H  
(urologi)

92. Professor, overlæge, dr.med.  
Therese Ovesen  
Århus Kommunehospital  
Øre-, næse- og halsafd. H

93. Overlæge  
Hans Pedersen  
Roskilde  
(radiologi)

94. Overlæge  
Niels Wisbech Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O

95. Overlæge  
Birgit Peitersen  
Hvidovre Hospital  
Børneafdelingen

96. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
Frederiksberg Hospital  
Øjenafdelingen

97. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

98. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut

99. Overlæge  
Alice Rasmussen  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk klinik

100. Overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Herning Sygehus  
Arbejdsmedicinsk klinik

101. Overlæge, dr.med.  
Lars Remvig  
Rigshospitalet  
Klinik for Medicinsk Ortopædi

102. Ledende overlæge, professor,  
dr.med.  
Raben Rosenberg  
Psykiatrisk Hospital Risskov
103. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
104. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
105. Professor, overlæge, dr.med.  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell  
Odense Universitetshospital  
Gastroenterologisk afdeling S
106. Dr. med.  
Henrik Schmidt  
Nykøbing F  
(radiologi)
107. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder  
Rigshospitalet  
Karkirurgisk afdeling RK
108. Professor, dr.med.  
Jørn Simonsen  
Frederiksberg  
(retsmedicin)
109. Professor, overlæge, dr.med.  
Søren Sindrup  
Odense Universitetshospital  
Neurologisk afdeling
110. Professor, overlæge, dr.med  
Anne Katrin Sjølie  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdeling E
111. Professor, overlæge, dr.med  
Gunhild Lange Skovgaard  
Bispebjerg Hospital  
Derma-venerologisk afd. D
112. Klinikchef, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
113. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
Gentofte Hospital  
Klinisk farmakologisk enhed  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
114. Professor  
Peter Svensson  
Århus Tandlægeskole  
Odontologisk Institut
115. Overlæge, ph.d.  
Jens Lykke Sørensen  
Roskilde Sygehus  
Plastikkirurgisk afdeling
116. Overlæge  
Keld Sørensen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling
117. Overlæge, dr.med.  
Mads Sølvsten Sørensen  
Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halsklinik

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

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

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

121. Statsobducent, professor, dr.med.  
Jørgen Lange Thomsen  
Syddansk Universitet  
Retsmedicinsk Institut

122. Dr.med.  
Karsten Thomsen  
Privathospitalet Hamlet  
Center for Ryglidelser

123. Overlæge  
Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling

124. Overlæge, dr.med.  
Erik Tøndevold  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling

125. Professor, overlæge, dr.med.  
Else Tønnesen  
Århus Kommunehospital  
Anæstesiaafdelingen

126. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Uldbjerg  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y

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

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

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

## **Retslægerådets sekretariat 2007**

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. Pia Lange Møller-Larsen

### **Medicinske sekretærer**

Overlæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig)

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

Læge, ph.d., dr.med. Jesper Thulesen (12 timer ugentlig)

### **Administrativt personale**

Afdelingsleder Evy Ekholm (til 31.01.07)

Afdelingsleder Hanne Larsen (fra 01.03.07)

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)

Overassistent Lone Munk Avnskjold (fra 01.02.07)