

Retslægerådet

1909-2009

ISBN 87-89648-11-0
Udgivet 2009

Omslag: Charlotte Oehlenschläger

Sats og tryk:
Jespersen Tryk+Digital

Forord

I alle samfund er det nødvendigt, at de dømmende eller udøvende myndigheder har adgang til at indhente lægelige skøn, da mange afgørelser forudsætter medicinsk indsigt. Samfundenes behov kan dækkes på forskellig vis, og i mange lande er det overladt til den pågældende myndighed eller til parterne i en retssag, selv at udvælge en specialist, der kan rådspørges. Med et sådant system vil de skøn, der indhentes, være af vekslende valeur og sjældent uvildige. Afgørelserne af sager, der forudsætter medicinsk indsigt, kan blive uensartede og få et præg af vilkårlighed.

I Danmark er behovet imødekommet på anden vis. Retslægerådet blev oprettet i 1909, og det har i denne sommer eksisteret i 100 år. Retslægerådets funktion er i hovedtræk uændret siden oprettelsen og fremgår af lov nr. 111 af 30. april 1909 om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse. Lovens § 10 lyder:

”Det påhviler Retslægeraadet at afgive saadanne lægevidenskabelige og farmaceutiske Skøn, som ere bestemmende for enkelte Personers Retsforhold. Disse Erklæringer kunne foruden af Sundhedsstyrelsen afæskes Raadet af Centraladministrationens forskellige Afdelinger, af Retterne, Paatalemyndigheden samt af Overøvrigheden. Desuden kunne alle Læge-Attester, som anvendes i Retssager, indsendes til Revision af Retslægeraadet”.

Fødselsdagen giver grund til et tilbageblik over Rådets virksomhed i denne lange periode og anledning til et overblik over virksomheden i dag. Det er et særligt formål med denne bog at skabe et bedre kendskab til Rådet ved at give et nogenlunde fuldstændigt indblik i denne vigtige institutions arbejde, således at offentlighed og brugere er rigtigt orienteret og vejledt.

Bogen er forfattet af tidligere og nuværende sekretariatsledere: cand.jur. Harry Mosekjær Madsen, cand.jur. Henning Hansen, tidligere og nuværende formænd og næstformænd: professorerne Ib Lorenzen, Jørn Simonsen, Bent Ottesen, Flemming Stadil samt overlæge Peter Kramp og af de særligt sagkyndige: overlægerne Jens O. Lund og Else Andersen. Der er mange unævnte, der har bidraget til denne bogs fremkomst med arbejde og på anden vis. De takkes varmt herfor.

København juni 2009

Flemming Stadil

Indholdsfortegnelse:

1.0 Generelle forhold

1.1 Forhistorie	9
1.2 Lovgrundlaget	11
1.3 Årsberetningen	14
1.4 Retslægerådets opgaver	15
1.5 Retslægerådets sammensætning	16
1.6 Retslægerådets sekretariat og arbejdsgang	17
1.61 Den juridiske sagsbehandling	17
1.62 Den lægelige forbehandling	20
1.63 Voteringerne	21
1.64 Retslægerådets formænd	22

2.0 Sagerne

2.1 Klassifikation af rådets sager og udvikling	24
2.2 Erstatningssager	27
2.3 Retspsykiatriske sager	30
2.31 De juridiske rammer	30
2.32 De psykiatriske rammer	31
2.33 Sagerne	34
2.331 Brandstiftere	34
2.332 Sædelighedskriminalitet	38
2.333 Vold og drab	44
2.334 Kvinder og kriminalitet	54
2.335 Stofmisbrug	56
2.336 Mentalt retarderede	58
2.337 De organiske psykosyndromer	59
2.338 Epilepsi	62
2.339 Farlighed	66
2.340 "Uanbringelige"	71
2.34 Retslægerådets vurderingsgrundlag	77
2.35 Afslutning	83
2.4 Faderskabssager	85
2.41 Avlingstidspunkt bestemt ud fra fødselsvægt og graviditetsvarighed	86
2.411 Årsberetningen 1915	87

2.42 Kan sygdom og prævention udelukke faderskab 1919 og 1922?	92
2.43 Analyse af fingeraftryk.....	93
2.431 Erklæring 1924.....	93
2.432 Erklæring 1937.....	95
2.44 Antropologisk undersøgelse som et sikkert værktøj – et eksempel fra 1927	96
2.45 Blodtypeanalyser.....	98
2.451 Erklæring 1926.....	98
2.452 Erklæring 1963.....	99
2.46 De retsgenetiske undersøgelser.....	100
2.5 Lægefejl	101
2.51 Klager over medicinalpersoner.....	101
2.52 Typer af lægefejsager.....	103
2.53 Retslægerådets sprogbrug.....	104
2.54 Ændrede bedømmelser af lægefejl.....	106
2.6 Sager om fratagelse af autorisation.....	109
2.7 Sager med påvirkning af alkohol og medicin.....	113
2.71 Sammenhæng mellem antallet af sager og lovgivningen	113
2.72 Sagsbehandlingen i Retslægerådet.....	114
2.73 Sagstyper.....	116
2.731 Alkoholefterforbrug før blodprøvetagning.....	116
2.732 Manglende blodprøve men urinprøve.....	117
2.733 Vurdering af påvirkethed hos afdøde.....	118
2.74 Retslægerådets vurdering ved flere blodprøver.....	118
2.75 Civile sager.....	119
2.76 Skøn over påvirkethed ud fra oplysninger om alkoholindtagelse.....	120
2.77 Indånding af alkoholdampe mv.....	120
2.78 Alkohol og medicin.....	121
2.79 Medicinpåvirkning. Vurderingen før og nu.....	121
2.8 Aldersbestemmelser	123
2.81 Hvilke undersøgelser indgår.....	123
2.82 Konklusionen i den enkelte bestemmelse.....	124
2.83 Forhold der kan påvirke udviklingen.....	124
2.84 Antal bedømmelser.....	124
2.85 Specielle aldersbestemmelser.....	125

3.0 Sagsbehandlingen

3.1 Vurderingsgrundlag i civile sager	126
3.11 Sammenfattende kommentarer.....	127
3.2 Retslægerådets fremmøde i retten	129
3.3 Sagsbehandlingstiderne	131

4.0 Udvalgte sager og emner

4.1 Fosterfordrivelser	134
4.11 Fatal abort omtalt i årsberetning fra 1910.....	134
4.12 Fosterfordrivende midler.....	140
4.121 Indtaget gennem munden.....	141
4.122 Udvendige mekaniske midler.....	143
4.123 Indsprøjtning i livmoderen.....	143
4.13 Illegale aborter udført af læger.....	144
4.131 Illegal abort udført af læge 1942.....	144
4.2 Kaspareksagen - et justitsmord?	151
4.3 Retslægerådet og retsopgøret efter krigen	158
4.4 Trafikulykker med lavt blodsukker	167
4.41 Sammenfatning	174
4.5 Patologisk rus	176
4.6 Sagen om Mozart Lindberg	185

5.0 Seminarer og internatmøder

5.1 Konferencen om lægeansvar og lægefejl	187
---	-----

6.0 Kritik af Retslægerådet

6.1 Rådets eksistens	191
6.2 Rådets arbejdsform	193
6.3 Eksempler på kritik af rådets skøn	196

7.0 Fremtidens Retslægeråd

7.1 Rådets fundament	198
7.2 Digital sagsbehandling	200

1.0 Generelle forhold

1.1 Forhistorie

Retslægerrådet blev i sin nuværende form oprettet i 1909, og rådet begyndte sit arbejde 1. juni 1909. Rådets opgave har lige fra begyndelsen været ”at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold”. Rådet er administrativt henlagt under Justitsministeriet, men det rent faglige er rådet alene ansvarlig for.

Forud for rådets oprettelse havde der eksisteret forskellige ordninger, således at staten og den offentlige administration havde mulighed for at få lægevidenskabelige vurderinger i retssager og lignende. Så langt tilbage som i begyndelsen af det 16. århundrede er der eksempler på, at det offentlige har ønsket udtalelser af lægevidenskabelig karakter i enkelte sager. Forud for Retslægerrådets tilblivelse i 1909 havde der været foretaget forskellige tiltag, idet lægesagkyndige havde fungeret som en slags retslægeråd for Kongen, som helt op i det 19. århundrede var enevældig. Christian den IV's tyske livlæge, Henning Arnisæus (død 1636) spillede en betydelig rolle. På hans tid fungerede det medicinske fakultet som rådgiver for Kongen, men da dette indtil 1634 kun bestod af 2 medlemmer, udpegede Kongen almindeligvis flere læger, således at kredsen kunne komme op på en halv snes medlemmer. Blandt disse valgte medlemmer var Kongens livlæge. Arnisæus indførte flere udmærkede principper, blandt andet at rådet kun skulle udtale sig om rent lægelige spørgsmål i sagen og lade de juridiske forhold ligge – et princip, som stadig gælder. Det var også hans fortjeneste, at det blev indført, at en sag kunne tilbagesendes med ønske om flere oplysninger, før rådet kunne udtale sig.

Collegium Medicum – en slags sundhedsvæsens centralstyrelse, hvori læger, kirurger og apotekere havde sæde, blev oprettet i 1737. Kollegiet beskæftigede sig med administration af det offentlige sundhedsvæsen, men afgav også retslægelige skøn. I 1803 overgik disse funktioner til Det kongelige Sundhedskollegium, som varetog de samme opgaver, indtil Retslægerrådet blev oprettet i sin nuværende form i 1909.

Der havde i det 19. århundrede været gjort flere forsøg på at få moderniseret det offentlige sundhedsvæsen, som i virkeligheden fungerede på regler, der var udstukket i enevældens tid. Der var ikke sket særlige ændringer efter indførelsen af grundloven i 1849, og der var ikke udelt tilfredshed med samarbejdet mellem de offentlige myndigheder og Sundhedskollegiet. Kollegiet bestod af 10 læger og 2 apotekere.

Alle læger deltog i behandlingen af alle lægesager, og kun når det drejede sig om apotekervæsenet, deltog apotekerne. Udtalelserne skulle være enstemmige. De pågældende medlemmer af Sundhedskollegiet var, bortset fra dekanen, ulønnede, og de var udpegede på livstid. Enkelte fungerede til de var langt op i firserne. Udpegningen foregik derved, at Sundhedskollegiet til Kongen foreslog, hvem man ønskede skulle indtræde i kollegiet, når der opstod forfald, og det er nævnt et sted, at kollegiet na-

turligvis ikke pegede på personer, som måtte formodes at give vanskeligheder i den daglige sagsbehandling, når henses til, at udtalelserne skulle være enstemmige.

Med systemskiftet i 1901 var P.A. Alberti blevet justitsminister, og han kom meget snart på direkte kollisionskurs med Sundhedskollegiet, idet han dels ikke fulgte kollegiets forslag med hensyn til oprettelse af stillinger og apoteker samt helt undlod at spørge kollegiet i sager, som det efter kollegiets opfattelse var rimeligt, blev forelagt kollegiet. I flere tilfælde udnævnte justitsministeren personer, som kollegiet ikke havde peget på i dets indstilling, ligesom han oprettede apoteker på trods af advarsler fra Sundhedskollegiet. Endelig undlod han at spørge kollegiet til råds, da man besluttede at lave tuberkulose- og prostitutionslovgivningen om, idet Alberti udtalte, at der ikke var grund til at spørge Sundhedskollegiet til råds, idet det blot ville medføre modstand mod lovens gennemførelse. En del af Sundhedskollegiets medlemmer, særligt de yngre, var utilfredse med denne tingenes tilstand, og efter flere stormfulde møder i Sundhedskollegiet indgav man i december 1906 en klage over justitsministeren til Kongen. Det var, som om Sundhedskollegiet ved den handling ikke havde taget i betragtning, at enevælden var afskaffet. Kongen sendte klagen videre til justitsministeren, og modsætningsforholdet blev yderligere forstærket i begyndelsen af 1907.

Det var en strid, som optog offentligheden en hel del, og Kong Frederik VIII blandede sig i den i form af anonyme læserbreve i Berlingske politiske og Avertissements-Tidende. Læserbrevene var meget omfattende og detaljerede og gennemgik minutøst de fleste af de forhold, som Sundhedskollegiet i sin klage havde påpeget. Indlæggene var overordenlig kritiske over for Sundhedskollegiet, idet alle klager blev imødegået, og kollegiet blev beskyldt for, at klagen var motiveret af, "at Kollegiet har for lidt Magt og Indflydelse". Avisens lederskribent imødegik kritikken af Sundhedskollegiet og var enig i kritikken af justitsministeren. Det anføres, at medlemmerne af Sundhedskollegiet har deres stilling som "Æreshverv", og der afsluttes således: "Denne Ære bestaar altsaa under de forhaandenværende Tilstande i ikke at blive spurgt eller i paafaldende mange Tilfælde at se sine Raad og Anvisninger behandlede som om man ikke var bleven spurgt. Ingen Mand med Selvagtelse vil fortænke Sundhedskollegiets Medlemmer i at erklære: dette maa blive anderledes – eller vi betakker os for Æren".

Kongen kom med endnu et par indlæg, hvori han fastholdt sin kritik af Sundhedskollegiet og dets medlemmer. Avisen sluttede efter det sidste indlæg diskussionen af med følgende svada: "Vi har ikke villet nægte denne afsluttende Tilføjelse Optagelse, skønt den i Virkeligheden er ganske underordnet Smaapolemik, der uden Interesse for Offentligheden kun kan tjene til at aflede Opmærksomheden fra selve Sagens Kerne".

Sundhedskollegiet afholdt sit sidste møde i slutningen af marts 1907 og nedlagde samtidig arbejdet. Sundhedskollegiet nægtede, trods opfordring fra justitsministeren, at pege på eventuelle efterfølgere, hvorfor man midlertidigt oprettede "Statskontoret for Sundhedsvæsenet" til at varetage de overordnede sundhedsfunktioner, indtil der kunne skabes en permanent løsning.

1.2 Lovgrundlaget

I marts 1908 nedsattes en kommission til at forberede en omordning af statens civile sundhedsvæsen, og formanden herfor blev professor, dr. med Knud Faber. Denne kommission afgav i marts 1909 sin betænkning, som førte til loven fra 1909 om sundhedsvæsenets centralstyrelse, hvori der fandtes regler for såvel Sundhedsstyrelsen som Retslægerådet. I betænkningen er anført, at Retslægerådet er uafhængigt af Sundhedsstyrelsen. Begge disse organer var på dette tidspunkt underlagt Justitsministeriet, hvilket stadig gælder Retslægerådet. Lovforslaget blev med ganske få ændringer vedtaget 30. april 1909, og Retslægerådet påbegyndte sin funktion 1. juni 1909.

Rådet bestod af tre af Kongen for 10 år udnævnte medlemmer, der skulle have indsigt i henholdsvis retsmedicin, psykiatri og fødselsvidenskab. Det anføres endvidere, at ”det paahviler Retslægerådet at afgive saadanne lægevidenskabelige og farmaceutiske Skøn, som ere bestemmende for enkelte Personers Retsforhold”. Det nævnes også, hvilke offentlige myndigheder, der kan afæske rådet udtalelser samt, at alle lægeattester, som anvendes i retssager, indsendes til revision af Retslægerådet. I 1909-betænkningen anføres det endvidere, at justitsministeren efter indstilling af Retslægerådet for 10 år ad gangen udpeger en kreds af sagkyndige, blandt hvilke en eller flere tilkaldes til deltagelse i stedet for et af rådets faste medlemmer eller sammen med disse, når en sags beskaffenhed gjorde det ønskeligt, eller når en sags betydelige vigtighed krævede, at flere end 3 deltog i afgørelsen.

Blandt de udpegede skulle findes en praktiserende læge, som skulle deltage i rådets behandling af sager, hvor der kunne være tale om autorisationstab, for en læges vedkommende på grund af sygdom eller misbrug, eller såfremt den pågældende havde udvist grov uduelighed under udøvelse af lægegerning. Endelig nævnes det i loven, at der skal udgives en årlig beretning om rådets virksomhed til Justitsministeriet. Beretningen skal forelægges Kongen og offentliggøres. Endelig fremgår det af betænkningen, at man anslog rådets arbejde til at omfatte ca. 600 paternitetssager og ca. 50 tilregnelighedssager om året.

Det viste sig meget hurtigt, at estimaterne var alt for små, idet antallet af sager allerede i de første år var omkring 900 i alt pr. år med maksimum i 1928 med 1834 sager totalt.

Derefter faldt antallet af sager, idet paternitetssagerne uden for København bortfaldt i 1928. I 1933 var antallet af sager atter nået op på 1451.

På grund af den meget betydelige stigning i sagernes antal stod det hurtigt Retslægerådet klart, at en udvidelse af rådet var nødvendig, og på Retslægerådets initiativ nedsatte Justitsministeriet i december 1931 et udvalg med den opgave at undersøge, om der efter de indvundne erfaringer måtte være grund til at foretage nogen ændring i Retslægerådets organisation og arbejdsmetode.

Som årsager til stigningen i antallet af sager blev anført befolkningstilvæksten, herunder særligt også de sønderjyske landsdeles indlemmelse i 1920, de særlige arbejderforsikringsrådssager siden loven af 6. juli 1916, retsplejeloven af 1. oktober 1919, lov-

givningen om motorkøretøjer, interneringsloven af 11. april 1925, sterilisationsloven af 1. juni 1929, den ny straffelov af 1933, navnlig dens krav om indgående psykiatriske undersøgelser og skøn, de nye sociale lovgivninger samt blodtypebestemmelsernes anvendelse i retssager.

1931- udvalget overvejede tillige, hvorvidt der skulle knyttes medlemmer, der ikke var læger, men som havde en social eller juridisk indsigt til rådet. Det havde allerede været diskuteret i 1909, men blev – ligesom dengang – forkastet, idet man mente, at sådanne personer ville have vanskeligt ved at vurdere de rent lægevidenskabelige forhold.

Udvalgsarbejdet resulterede i en ny lov om Retslægerådet, som trådte i kraft i april 1935. De væsentlige ændringer som følge af den nye lov var, at antallet af retslægerådsmedlemmer blev forøget fra 3 til 7, hvoraf 3 skulle have særlig indsigt i psykiatri og én tillige indsigt i åndssvagevæsen, medens de 4 øvrige medlemmer skulle have indsigt i henholdsvis retsmedicin, fødselsvidenskab, kirurgi og intern medicin. Rådet blev endvidere opdelt i 2 afdelinger; én der behandler retspsykiatriske spørgsmål og en anden, som behandler de øvrige retsmedicinske spørgsmål, og ud over formanden udnævntes 2 næstformænd, én for hver afdeling. Justitsministeren udpeger formanden og de 2 næstformænd efter indstilling fra Retslægerådet. Derudover indeholdt 1935-loven en række bestemmelser, som stadig er gældende. Justitsministeren udpeger efter Retslægerådets indstilling en kreds af sagkyndige, som kan tilkaldes i stedet for et af rådets faste medlemmer eller sammen med disse, når en sags beskaffenhed gør det nødvendigt. Alle medlemmer såvel som sagkyndige bliver udpeget for 6 år ad gangen. Det pålægges endvidere rådet at forhandle med den erklæringsudstedende læge, såfremt der er uoverensstemmelse mellem lægens synspunkt og Retslægerådets synspunkt i en given sag. Udfaldet af den stedfundne forhandling skal i alle tilfælde angives ved svarets afgivelse. Hvis forhandlingen er foregået skriftligt, skal genparter af de udvekslede skrivelser vedlægges.

I 1961 fik Retslægerådet sin tredje lov. Lovændringen var rimelig beskeden i forhold til den foregående lov. 1961-loven var navnlig foranlediget af et stærkt stigende antal psykiatrisager, hvilket medførte en udvidelse af Retslægerådets medlemstal fra 7 til 12, og hele udvidelsen forekom i afdelingen for retspsykiatriske spørgsmål, idet rådet, som aldrig har udnyttet rammen fuldt ud, kom til at bestå af 11 medlemmer. Muligheden for beskikkelse af faste sagkyndige og anvendelsen af ad hoc sagkyndige blev opretholdt uændret. Endelig fremgår det af loven, at justitsministeren skal udpege en række sundhedspersoner fra forskellige faglige organisationer til at deltage i rådets behandling af sager, der kunne medføre, at en sundhedsperson kunne miste autorisationen. I tilslutning til loven udarbejdede justitsministeren en forretningsorden, som stort set indeholdt de bestemmelser, der fandtes i den tidligere bekendtgørelse om Retslægerådets forretningsgang, medens reglerne for afgivelse af svar med dissens og reglerne for rådets forhandling med en erklæringsudstedende læge blev uddybet. Loven blev ledsaget af en bekendtgørelse om rådets forretningsgang. Heraf fremgår det, at sager i almindelighed behandles af 3 medlemmer. Det bestemtes tillige, at en sagkyndig eller et medlem ikke kunne behandle en sag, i hvilken han selv havde af-

givet en erklæring, uanset om den er afgivet i embeds medfør eller ikke. Det nævnes endvidere, at behandlingen af sagerne almindeligvis foregår skriftligt, men at mundtlig forhandling kan finde sted. Som noget nyt blev det nævnt, at rådets udtalelser skal ledsages af grunde.

I slutningen af 1980-erne opstod der på basis af enkelte sager, som blev stærkt omtalt i medierne, politisk røre om Retslægerådet, og justitsministeren blev opfordret af Folketinget til at søge foretaget en ændring af lov om Retslægerådet, således 1) at rådet fik en bredere sammensætning 2) at rådet skulle afgive en årsberetning og 3) at behandlingstiden i Retslægerådet ikke måtte bevirke, at en sag kunne forældes.

Der blev derfor i 1988 nedsat et udvalg med det kommissorium, ”at gennemgå de gældende lovregler og administrative bestemmelser med henblik på en samlet revision af regelgrundlaget for Retslægerådets virksomhed. Udvalget anmodes om i forbindelse hermed at udarbejde udkast til nye lovbestemmelser og eventuelle administrative regler”. Udvalget afgav betænkning i 1990 (Betænkning om Retslægerådet, nr. 1196, 1990). Under udvalgsarbejdet blev Retslægerådets forhold minutuøst gennemgået, og det viste sig, at mange af de kritikpunkter, som havde ført til udvalgets nedsættelse, beroede på misforståelser og misinformation. Udvalget delte sig i et flertal (7 medlemmer) og i et mindretal (3 medlemmer), som hver fremkom med udkast til lov om Retslægerådet, ligesom flertallet endvidere fremkom med et udkast til en bekendtgørelse om forretningsordenen for Retslægerådet.

Da det efter en halv snes år blev klart for Retslægerådet, at det foran nævnte udvalgsarbejde næppe ville føre til ny lovgivning, rettede rådet henvendelse til Justitsministeriet med forslag til en ændring af den næsten 40 år gamle forretningsorden med henblik på at få den mere tidssvarende. Denne henvendelse resulterede i, at Justitsministeriet pr. 01.01.2002 indførte en ændret forretningsorden for Retslægerådet. De væsentligste nyskabelser i den nye forretningsorden var, at der blev givet mulighed for, at den spørgende myndighed ved sagsbehandlingsens begyndelse i Retslægerådet kan få oplyst navnene på de personer, der er udpeget til deltagelse i sagsbehandlingen. I de afgivne responsa vil der, som tidligere, være oplysninger om, hvem der har deltaget i sagsbehandlingen. Den pligt, Retslægerådet tidligere havde til at forhandle med den erklæringsudstedende læge under visse forhold, er ophævet, men der er stadig mulighed for, at en sådan forhandling kan finde sted, hvilket er praksis i den psykiatriske afdeling. Det pålægges endvidere Retslægerådet, i tilfælde hvor det fremsendte materiale er utilstrækkeligt, at give mere detaljeret vejledning i, hvilket materiale rådet finder formålstjenligt at søge fremskaffet ved en eventuel genfremsendelse af sagen. Endelig er det præciseret, selv om det efter en højesteretskendelse har undtagelsens karakter, at en repræsentant fra Retslægerådet kan give møde og afgive forklaring under en retssag.

Derudover åbnedes der mulighed for, at rådet som tidligere kunne indkalde såkaldte ad hoc sagkyndige, såfremt den specielle sagkundskab ikke i tilstrækkelig grad repræsenteredes af de udpegede medlemmer eller sagkyndige. Endvidere blev der åbnet mulighed for, at rådet i særlige tilfælde kunne lade personer undersøge af et af rådets medlemmer eller sagkyndige.

1.3 Årsberetningen

I samtlige bestemmelser vedrørende Retslægerrådet siden rådets oprettelse i 1909 er det anført, at rådet skal afgive en årsberetning til justitsministeren, og at beretningen skal offentliggøres. I praksis har det altid været Retslægerrådet, der har taget initiativ til udgivelsen. Der er ikke i regelsættene angivet nogen nærmere retningslinier for årsberetningernes art eller indhold.

Årsberetningerne er udgivet i bogform, og i begyndelsen var det blot med referat af talrige enkeltsager med gennemgang af sagen og Retslægerrådets ukommenterede udtalelse. Senere blev sagens udfald medtaget. De første år var årsberetningerne ikke ledsaget af statistiske oversigter over rådets virksomhed eller rådets medlemmer og sagkyndige. Disse oplysninger blev gradvist udvidet, men det var kun et fåtal, principielle sager, som kunne refereres hvert år. På grund af bevillingsmæssige indskrænkninger ophørte udsendelserne af årsberetningerne i bogform i perioden 1969 til 1987, hvor rådet alene afgav en statistisk oversigt til justitsministeren hvert år. Disse oversigter synes ikke offentliggjort. Fra 1988 og fremover har Retslægerrådet udgivet en mere fyldig årsberetning, som giver en generel information om Retslægerrådets organisation og en statistisk omtale af de sager, som er behandlet i den aktuelle periode. Udover det indeholder årsberetningerne en fortegnelse over de medlemmer og sagkyndige, som har fungeret i den pågældende periode. Retslægerrådet har desuden benyttet årsberetningen til at fremkomme med generelle betragtninger om rådets arbejdsform, virkemåde samt referater af møder med nogle af rådets samarbejdspartnere og konklusionen af de drøftelser, der har fundet sted på disse møder. Endelig er der refereret en række enkeltsager af mere principiel karakter, som må antages at have interesse for Retslægerrådets samarbejdspartnere. I forhold til tidligere praksis har Retslægerrådet besluttet at resumere sagerne, hvilket afkorter den enkelte sag, og dermed giver mulighed for at bringe flere sager i årsberetningen. Retslægerrådet har i mange år kun bragt sager, som var endeligt juridisk afsluttet, hvilket betød, at nogle af sagerne desværre var flere år gamle før de kunne refereres i en offentlig publikation som Retslægerrådets årsberetning. Endelig som noget nyt har Retslægerrådet afsluttet de enkelte sager med kommentarer af mere generel eller praktisk karakter. På grund af ønsket om at sagerne skulle være juridisk færdigbehandlede, inden Retslægerrådet omtalte dem i årsberetningen, har mange af sagerne ved offentliggørelsen være temmelig uaktuelle. Retslægerrådet har derfor på det seneste forsøgt at referere sagerne med hovedvægt på de lægevidenskabelige forhold uden hensyntagen til, at sagerne rent juridisk endnu ikke er færdigbehandlede.

1.4 Retslægerådets opgaver

Det har således uændret fra 1909 været rådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder vedrørende enkeltpersoners retsforhold. Retslægerådet har i hele sin eksistens forsøgt at undgå at kommentere rent juridiske forhold, men det må erkendes, at det lejlighedsvis ikke er lykkedes blandt andet på grund af spørgsmålenes formulering, som ofte indeholder juridiske vurderinger.

I praksis har Retslægerådet dog også afgivet udtalelser i generelle lægevidenskabelige spørgsmål, for eksempel til brug ved udformning af ny lovgivning. Endvidere har Retslægerådet i flere tilfælde afgivet udtalelser til de ansættende myndigheder i forbindelse med ansættelse af overlæger ved de daværende statshospitaler og ved Justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik (nu Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik). Rådets udtalelser i forbindelse med ansættelsessager har hovedsagelig omfattet spørgsmålet om ansøgernes egnethed til stillingen belyst ud fra de erfaringer, rådet måtte sidde inde med i forbindelse med det daglige arbejde.

I forbindelse med en konkret stillingsbesættelsessag har Folketingets Ombudsmand blandt andet udtalt:

”Det følger af § 1 i lov om Retslægerådet, at rådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Der er efter min opfattelse ikke i bestemmelsens udformning eller i forarbejderne hertil grundlag for at antage, at tanken hermed har været at foretage en bestemt begrænsning af rådets kompetence. Efter min mening er der således ikke i loven om Retslægerådet noget, der afskærer Retslægerådet fra i anden sammenhæng – men inden for den lægefaglige sagkundskab som rådet i øvrigt er i besiddelse af – at afgive udtalelser. Det bemærkes, at man i sådanne situationer ikke i almindelighed stiller krav om udtrykkelig lovhjemmel. Den praksis Retslægerådet således har anlagt med at afgive udtalelser i blandt andet generelle lægevidenskabelige spørgsmål kan ikke give mig anledning til kritik. Jeg finder heller ikke at kunne kritisere, at rådet i forbindelse med visse ansættelsessager har udtalt sig om ansøgerens egnethed på baggrund af (blandt andet) de erfaringer, rådet selv har gjort med hensyn til de pågældendes virksomhed”. (Maj 1989).

1.5 Rådets sammensætning

I den nugældende lov om Retslægerådet er det anført, at rådet består af indtil 12 læger, der arbejder i to afdelinger, af hvilke den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål. Medlemmerne beskikkes af kongen. Justitsministeren udpeger blandt medlemmerne en formand og to næstformænd, en for hver afdeling. Derudover beskikker justitsministeren et antal sagkyndige, af hvilke rådet kan tilkalde én eller flere til deltagelse i en sagsbehandling. Såfremt sagsbehandlingen forudsætter yderligere sagkundskab, som rådets medlemmer og de udpegede sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige – såkaldte ad hoc sagkyndige – til at deltage i sagens behandling. Beskikkelsen af medlemmerne og de særlige sagkyndige sker for 6 år ad gangen. Endelig kan justitsministeren beskikke 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. Det drejer sig om autorisationssager. Disse medlemmer bliver ligeledes udpeget for 6 år ad gangen.

Siden 1988 er rådets stillinger blevet besat efter offentligt opslag i fagpressen, og ansøgerne bliver vurderet af et fagligt bedømmelsesudvalg, som er sammensat af nogle af Retslægerådets medlemmer samt af sagkyndige udpeget af de sundhedsvidenskabelige fakulteter i Danmark. Dette udvalg indstiller til Justitsministeriet, hvilken af ansøgerne der må anses for den bedst egnede til den ledige stilling.

Indtil 1988 blev medlemmerne også ansat efter ansøgning, men opslagene med de ledige stillingsbeskrivelser blev kun bragt i Statstidende, hvilket utvivlsomt indskrænkede ansøgerkredsen betydeligt, ligesom Retslægerådet alene foretog indstilling til justitsministeren.

Af rådets nuværende 10 medlemmer udgør psykiaterne den største gruppe med 6 medlemmer. De 4 øvrige stillinger er besat med specialister inden for kirurgi, gynækologi/obstetrik, neuromedicin og retsmedicin. Det store antal speciallæger i psykiatri er begrundet i, at de psykiatriske sager – blandt andet også af hensyn til ønsket om ensartet sagsbehandling – med undtagelse af ganske få behandles af rådsmedlemmerne. Det store antal ad hoc sagkyndige (op til 160) anvendes i den somatiske afdeling, hvor subspecialiseringen i særlig grad har fundet sted.

1.6 Retslægerådets sekretariat og arbejdsgang

Rådet besvarer spørgsmål fra offentlige myndigheder, hvor der er en bestemt angivet problemstilling. Sagsbehandlingen er skriftlig, og rådet påtager sig ikke selv at indhente materiale, men kan dog eventuelt påpege mangler. Det påhviler således de instanser, der forelægger sagerne, at sikre, at Retslægerådets vurderingsgrundlag er så fylde, at de stillede spørgsmål kan besvares. Sagsbehandlingen indledes ved, at sagens akter og spørgetemaet fremsendes til Retslægerådets sekretariat, der siden 1993 har haft til huse i Retsbygningen, Blegdamsvej 6, København. Bygningen rummer for tiden også Retten på Frederiksberg, Blegdamsvejens Fængsel og Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik. Retslægerådets sekretariat er bemanded med 2 jurister, hvoraf den ene er sekretariatsleder, 4 lægelige sekretærer og 4 administrative medarbejdere, hvoraf en er afdelingsleder. De lægelige sekretærer arbejder uden for bygningen og får sagerne tilsendt.

Efter den nye lov om Retslægerådet i 1935, blev rådets sekretariat udvidet. I stedet for en medicinsk og en juridisk halvdagssekretær fik man nu 2 af hver. I 1948 blev der yderligere til støtte for formandens ”stærkt voksende og juridisk betonede arbejde” tilknyttet en erfaren jurist som rådets juridiske rådgiver. En foranstaltning, der ifølge rådets daværende formand, Knud Sand, viste sig at være en ”meget nyttig hjælp for formanden og rådet som helhed.” I 1958 blev sekretariatet omorganiseret og den juridiske sekretær blev heltidsansat. Stillingen var vekslende besat og i perioder varetaget af skiftende formiddagsfuldmægtige fra Justitsministeriet. Efter overflytningen til Blegdamsvej i 1993 blev den nuværende struktur med en sekretariatsleder etableret. Navnene på de jurister, der har været ansat som sekretariatsleder for Retslægerådet siden 1994 fremgår af tabellen.

Sekretariatsledere i Retslægerådet fra 1994

Eva Carpentier	15.11.1994	28.02.1996
Anne Birgitte Fisker	01.03.1996	15.05.1996
Merete Engholm	15.05.1996	31.05.1998
Harry Mosekjær Madsen	01.08.1998	30.04.2008
Henning Hansen	01.05.2008	

1.61 Den juridiske sagsbehandling. Straks efter modtagelsen af en sag i Retslægerådet journaliseres den, og sekretariatet iværksætter en juridisk og lægelig gennemgang af det fremsendte materiale i tæt samspil med rådets formandskab.

Rådets opgave er som allerede nævnt at afgive lægevidenskabelige eller farmaceutiske skøn om enkeltpersoners retsforhold jf. lovens § 1. Afgrænsningen af ”en enkeltperson” har vist sig jævnlige at volde vanskeligheder. Dette gælder for eksempel sager, hvor offentlige myndigheder, firmaer, forsikringsselskaber i forskellige konstellationer strider om fordelingen af udgifter i forbindelse med en persons skade eller sygdom.

Efter en juridisk vurdering kan rådet afvise en sådan sag. I et enkelt tilfælde har en sådan afvisning været indbragt for byretten, som ved kendelse pålagde rådet at behandle sagen. Kendelsen blev kæret, og Østre Landsret tiltrådte (i kendelse af 25.08.03) Retslægerådets synspunkt, hvorefter det er en forudsætning for forelæggelse af en sag for rådet, at den ene af parterne er en enkeltperson, eller at sagen i det mindste skal have en umiddelbar betydning for en enkeltpersons retsforhold.

Af lovens § 1 følger endvidere, at det kun er offentlige myndigheder, der kan anmode Retslægerådet om en udtalelse. Dette indebærer, at en forsvarer ikke uden om anklagemyndigheden eller retten kan forelægge sager eller spørge Retslægerådet. En juridisk forbehandling er ofte indlysende nødvendig i civile retssager (klager over medicinalpersoner, arbejdsskader, ulykker, erstatning, pensionssager, spørgsmål om vold og dødsårsager m.v., civile sager indenfor psykiatrien). Når disse sager forelægges, skal retten have godkendt fremsendelsen og spørgsmålene. Der vil jævnligt være flere udkast til spørgsmål fra advokater i sagsakterne, herunder spørgsmål, som under forberedelsen af sagen er frafaldet, men ikke fjernet fra akterne. Det er naturligvis vigtigt for rådet, at det klart fremgår, hvilket eller hvilke spørgetemaer, der er godkendte. Retslægerådet har derfor nyligt via Domstolsstyrelsen foreslået, at man anvender en standardretsbog, hvor spørgetemaerne er indskrevet således, at der i forbindelse med forelæggelsen er fuld klarhed over formalia og over hvilke spørgsmål, der er godkendt af retten.

Sekretariatet foretager også en juridisk vurdering af spørgsmålene, især med henblik på om de er konkrete og inden for Retslægerådets kompetence. Retslægerådet kan således ikke påtage sig at referere eller bekræfte, hvad der står at læse i de fremsendte papirer, at udarbejde resuméer eller at udvælge hvilke gener, der påberåbes. Sidstnævnte ville blandt andet indebære, at Retslægerådet kunne vægte oplysninger på en måde, som ikke svarer til parternes opfattelse. I samme forbindelse skal det fremhæves, at de faktiske forhold, som det ønskes, Retslægerådet baserer sin udtalelse på, skal fremgå direkte. Der kan således ikke blot henvises til sagens akter. Denne problemstilling har i de senere år gjort sig gældende i et stigende antal af arbejdsrelaterede sager. Der er her ofte uenighed mellem sagsøger og sagsøgte om hvilke arbejdsforhold, der skal lægges til grund ved rådets behandling af sagen. Her påser sekretariatet, at parterne om nødvendigt afæskes en, eventuelt flere alternative arbejdsbeskrivelser. Fremsendelse af billedmateriale i form af film og lignende bliver i tiltagende grad mulig. Udover arbejdsprocesser er mange operationer nu videoassisterede kikkertoperationer, hvor der kan foreligge båndoptagelser af operationen. I forsikringssager foreligger også undertiden filmsekvenser, hvor detektiver har optaget skadelidte under fysiske udfoldelser. Hvis et sådant materiale indgår, er en redigering og identificering

af personerne nødvendig. Film og videosekvenser fra fitnesscentre, golfbaner, trampolin-stævner, motionsløb, dyrskuer m.m. er svære at vurdere, når der ikke er markering af, hvilken person sagen angår.

Den juridiske vurdering fokuserer også på, om spørgsmålene er inden for Retslægerådets kompetence. Retslægerådet udtaler sig ikke om spørgsmål, der henhører under andre myndigheder, ligesom de voterende skal undgå at gå ind på forhold, der vedrører bevisvurderingen.

Ikke sjældent er spørgetemaerne i civile retssager ledende eller snedige, hvor advokater søger at inddrage Retslægerådet i en bevisvurdering eller i en særlig vinkling af sagsfremstillingen til brug for proceduren. Et illustrerende eksempel er følgende: ”Finder Retslægerådet det sandsynligt, at en sukkersygepatient kan huske hvad og hvor meget han spiste hvornår på morgenen på en bestemt dag for 1 år siden og hvilken dosis insulin, han da havde indtaget og på hvilket tidspunkt? I givet fald bedes rådet oplyse, om sukkersygepatienter husker bedre end jævnaldrende medlemmer af befolkningen i al almindelighed og i givet fald redegøre for, hvad dette kan bero på.”

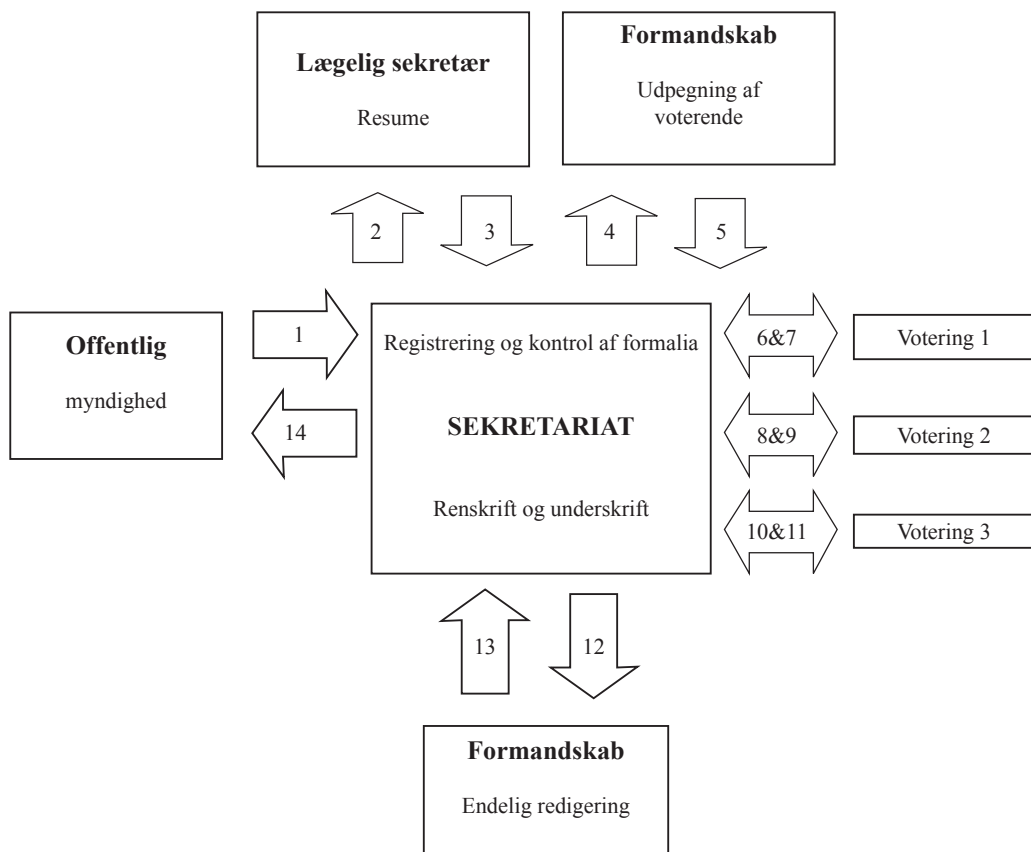
Med til den juridiske gennemgang af spørgetemaet hører spørgsmål om habilitet, hvor Retslægerådet følger forvaltningslovens almindelige regler i overensstemmelse med rådets forretningsordens § 4 og § 5. I praksis anlægger rådet dog en mere restriktiv praksis. Rådet undlader således at anvende sagkyndige, der er ansat på sygehuse, der er nævnt i de fremsendte medicinske sagsakter. Andre juridiske problemer angår, i hvilken udstrækning rådet kan henvise til tidligere udtalelser, rådet måtte have afgivet, vedrørende sagens personer.

For en fuldstændigheds skyld skal fremhæves, at Retslægerådet juridisk set er et uafhængigt råd, hvis virksomhed ifølge udtalelser fra såvel Sundhedsstyrelse som Ombudsmand ikke er omfattet af den tidligere lægelovs § 6. Rådet er i økonomisk og organisatorisk henseende tilknyttet Justitsministeriet, men i overensstemmelse med Retslægerådets egen opfattelse har Justitsministeriet da også over for Folketingets Retsudvalg tilkendegivet, at rådet er uafhængigt, og at ministeriet ikke har beføjelser til at behandle klager over Retslægerådet. Klager over rådets virksomhed kan behandles af Ombudsmanden, men denne vil efter egen praksis ikke tage stilling til rådets lægevidenskabelige skøn.

Efter den juridiske vurdering tager sekretariatet stilling til, hvilke sager, der kan sendes direkte til de sagkyndige uden medicinsk forbehandling. Det drejer sig især om færdsels-sager, psykiatrisager og faderskabssager.

Resterende sager, der overvejende er E-sager, videresendes til gennemgang af de lægelige sekretærer. Sagsgangen fremgår af diagrammet.

Sagsgangen i en retslægerådssag



1.62 Den lægelige forbehandling. Hovedformålet er at sikre, at det fremsendte medicinske materiale er fyldestgørende, og at det muliggør en korrekt besvarelse af de spørgsmål, der er stillet til rådet. Et andet vigtigt formål er at ordne sagen således, at de sagkyndige har mulighed for at overskue sagens bilag uden en umådeholden arbejdsindsats. Specielt har fremsendelsen af et antal uordnede civile sager om arbejdsskader, ulykker, erstatning, pension m.v., forvoldt rådet vanskeligheder gennem en årrække. Lægeerklæringer, lægejournaler og hospitalsjournaler er fundamentet for Retslægerådets behandling af en sag, og det må medgives, at medicinske arbejdsdokumenter ikke er indrettet på en senere nøje granskning. For den uindviede kan journaler utvivlsomt være vanskelige at overskue, og nogle advokater har derfor valgt at skrabe alle forhåndenværende papirer sammen og sende bunken af usorterede medicinske aktstykker, revalideringsrapporter, indtægtsopgørelser, skøn fra nævn og sociale myndigheder m.m. ind til Retslægerådet sammen med spørgetemaerne. Det var efterhånden Retslægerådets opfattelse, at nogle advokatkontorer anvendte rådet som et sekretariat, der uden udgift kunne udfinde og sortere medicinske bilag ud af bunken og efterfølgende ordne dem, udluse dubletter og meddele parterne, hvilke oplysninger, sider, billeder eller journaler, der var ufuldstændige, fraværende eller savnede. Da antallet af E-sagerne har været stigende og problemerne tiltagende, har rådet strammet sin praksis

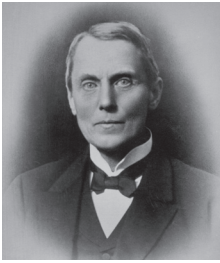
og udarbejdet en detaljeret vejledning for, hvordan man forelægger civile sager for Retslægerrådet. Vejledningen kan læses på rådets hjemmeside.

De medicinske sekretærer gennemgår alle de civile sager og udarbejder et resumé til brug for de voterende. Formålet er at sikre, at sagen er ordnet overskueligt, og at sagsakterne er sufficente og muliggør en besvarelse af de stillede spørgsmål. Når det fremsendte materiale ikke findes tilstrækkeligt, skriver rådet til den forelæggende myndighed og peger på, hvilke konkrete oplysninger eller sagsakter, der savnes. Sagsbehandlingen sættes i bero, indtil rådet har modtaget det ønskede materiale eller informeres om, at der skal svares på det foreliggende grundlag med den usikkerhed, det måtte indebære. Delvis fremsendelse af det ønskede bør kun ske, hvis det kan ledsages af en bemærkning om, at yderligere materiale ikke vil fremkomme. Særlig uheldig er fremsendelse af tilfældigt materiale efter, at sagsbehandlingen er gået i gang. Det fører til en væsentlig forsinkelse, da sagsbehandlingen må begynde forfra.

Retslægerrådets vejledning for forelæggelse af civile sager har været i kraft i 4 år. Den efterleves i betydelig udstrækning og har ført til en meget mærkbar effektivisering af sagsbehandlingen. I civile sager vil uordnede og insufficiente fremsendelser sædvanligvis resultere i, at sagen returneres. Det er dog stadig sådan, at der i langt de fleste civile sager stilles spørgsmål, der ikke kan besvares ud fra det fremsendte materiale. Det er rådets opfattelse, at man i de allerfleste sager ved nærmere omtanke meget let fra starten kunne have fremsendt røntgenbilleder eller kopi af journalen fra praktiserende læge, der dækkede det relevante spørgsmål, så sagen var sufficent ved første fremsendelse. Alt andet lige ville dette have en betydelig virkning på sagsbehandlingstiden, da den gennemsnitlige tid, der går med indhentning af for eksempel røntgenbilleder og egen læges journal er ca. 2 måneder.

1.63 Voteringen. Når sagen er klar, sendes den til de sagkyndige. Det er formandskabet, der udpeger de voterende. De psykiatriske sager behandles stort set alle af medlemmer af rådet, hvorimod næsten alle andre sager som hovedregel også inddrager sagkyndige, der ikke er medlemmer. Det er naturligt, at bedømmelse af billeddiagnostik, mikroskopiske præparater og andre specielle undersøgelser ligger først i sagsbehandlingen til støtte for de senere voterende. Sagerne sendes frem og tilbage til Retslægerrådet, som det fremgår af diagrammet, således at formanden og sekretariatet til stadighed har indsigt med voteringen og med eventuelle ønsker fra de voterende. De retspsykiatriske sager, der som nævnt helt overvejende behandles af rådets psykiatere, sendes direkte fra voterende til voterende og herefter retur til sekretariatet. Når voteringen er tilendebragt, og kollegiet har udtalt sig i enighed eller med dissens, redigerer formandskabet rådets besvarelse af de stillede spørgsmål.

1.64 Retslægerådets formænd

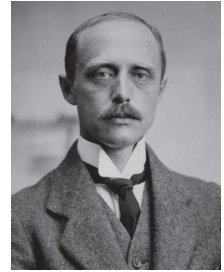


1. Knud Pontopiddan (1853–1916): Kandidat 1876, guldmedalje Københavns Universitet 1879, disputats 1883 (Den kroniske Morfinisme), overlæge ved Københavns Kommunehospital 6. afd. 1888-1897, overlæge ved Aarhus Sindssygehospital 1897-1901, professor i retsmedicin og hygiejne 1901, fra 1905-1914 alene professor i retsmedicin.

Formand: 1909-1916.

2) Vilhelm Ellermann (1871-1924): Kandidat 1896, disputats 1902 (Undersøgelser over Marvskedefarvningens Kemi), overlæge ved patologisk afdeling, Bispebjerg Hospital 1913, professor i retsmedicin 1914.

Formand: 1917-1924.



3. Peter Christian Frederik Geill (1860–1938): Kandidat 1885, disputats 1887 (Den akutte Karbolsyreforgiftning), studerede retsmedicin i Wien 1897, fængselslæge i København 1898, overlæge ved sindssygehospitalet i Viborg 1901-1927.

Formand: 1925-1929.

4. Knud Aage Buchtrup Sand (1887–1968): Kandidat 1911, disputats 1918 (Experimentelle Studier over Kønskarakterer hos Pattedyr), næsten uddannet i kirurgi 1925, professor i retsmedicin 1925-1957.

Formand: 1929-1959.



5. Harald Gormsen (1909 – 1996): Kandidat 1934, speciallæge i patologisk anatomi og cytologi 1941, disputats 1942 (Knoglemarvsundersøgelser med særligt Henblik på Plasmaceller i Menneskets Knoglemarv. Bidrag til Bedømmelse af Sternalpunktens Værdi i Klinikken), professor i retsmedicin i København 1957-1979.

Formand: 1959-1980.



6. Jørgen Axel Voigt (1924-1987): Kandidat 1949, speciallæge-
anerkendelse i patologisk anatomi og cytologi 1957, disputats 1961
(Eosinophile leukocytter i milten), professor i retsmedicin i Køben-
havn 1979-1987.

Formand: 1980-1987.

7. Jørn Simonsen (1933-): Kandidat 1959, guldmedalje Køben-
havns Universitet 1962, disputats 1966 (Dødelige subarachnoidale
blødninger i relation til mindre hovedtraumer), speciallæge i pato-
logisk anatomi og cytologi 1967, professor i retsmedicin i Odense
(1971-1988), Århus (1989) og København 1990-2003.

Formand: 1988-2003.



8. Flemming Stadil (1938-): Kandidat 1964, disputats 1975
(Gastrin and Insulin Hypoglycaemia. Studies on Gastrin Determina-
tion and Hypoglycaemic Release of Gastrin in Man), speciallæge i
kirurgisk gastroenterologi 1977, professor i kirurgi ved Rigshospitalet
1983-2008.

Formand: 2003-2009.



2.0 Sagerne

2.1 Klassifikation af rådets sager og udviklingen

I de første 100 år af sin levetid har Retslægerrådet behandlet 246.987 sager af meget forskellig karakter. Nedenfor omtales rådets aktivitet gennem årene i meget store træk.

Perioden 1909 – 1934: Det fremgår af årsberetningerne, at rådet fra starten søgte at rubricere sagerne i forskellige kategorier. En naturlig opdeling i psykiatriske og somatiske sager fandt rådet var utilstrækkelig, og man opererede i stedet med en mere detaljeret rubricering. I de første 25 år af rådets eksistens behandlede man i alt 27.065 sager eller godt 1.000 sager om året. De psykiatriske sager var helt dominerende, og blev opdelt i tilregnelighedssager og sager om personers farlighed for den offentlige sikkerhed. De somatiske sager blev opdelt i sager om paternitet, sædelighedsforbrydelser, fødsel i dølgsmål og uforsvarlig omgang ved barnefødsel, fosterfordrivelse, påføring af venerisk smitte og i et mindre antal sager om forgiftninger og vold. Som det fremgår, var rådets virksomhed i meget stor udstrækning bestemt af befolkningens problemer med kønslivet. Dette gjaldt lige så fuldt de psykiatriske sager, hvor der i årsberetningen fra 1926 foreligger en registrering, der viser, at forbrydelsen i 100 af 250 tilregnelighedssager bestod i blufærdighedskrænkelser, blodskam, uterlighed, homoseksuel uterlighed, omgængelse mod naturen, voldtægt og lignende.

Perioden 1935 – 1960: Hovedtrækkene i sagsopdelingen fortsatte ind i rådets næste 25 års periode, hvor samfundsudviklingen og ændret lovgivning dog førte til betydelige ændringer i arten og antallet af de sager, rådet behandlede. Fra 1935 til 1960 behandlede rådet således 74.667 sager eller ca. 3.000 sager om året. Fra 1933 slog man tilregneligheds- og farlighedssager sammen, og selvom de psykiatriske sager fortsat var meget fremtrædende, var det andre sagstyper, der dominerede kvantitativt. Især udtalelser og undersøgelser af berusede i henhold til lov om motorkøretøjer. En del af disse udtalelser havde en almen karakter, og har næppe voldt rådet større vanskeligheder, således spørgsmål om overensstemmelse mellem blodalkoholkoncentration og det indtagne kvantum spiritus, herunder betydningen af for eksempel indånding af dampe fra rensevæske, af spiritusnydelse efter æternarkose dagen før, af samtidig indtagelse af sovemiddel eller snustobak, af spirituspåvirkning i forbindelse med skylning af læsion i øret og lignende. Selvom sagerne stort set kan kategoriseres i samme grupper som tidligere, er det klart fra rådets beretninger, at grupperne ikke i lige høj grad har deltaget i den store tilvækst under perioden. Som nævnt var den største gruppe sager om spirituspåvirkede motorførere. I 1959 blev der behandlet i alt 2.191 af sådanne sager.

Den næststørste gruppe var psykiatrisagerne, men en temmelig stor gruppe udgjordes nu af sterilisations- og kastrationssager. Sterilisation er en ufrugtbargørelse ved et indgreb, der hos kvinden består i overskæring af æggelederne og hos manden i overskæring af sædstrengene. Herved afskæres individet fra at få børn. Kastration indebærer fjernelse af kønskirtlerne med det formål at ophæve den pågældendes køns-

drift. Indgrebene kunne udføres uden særlig tilladelse, hvis de var nødvendige af rent lægelige grunde, hvilket fortsat gælder. Ellers forudsattes det, at Justitsministeriets tilladelse blev indhentet efter reglerne i lov om adgang til sterilisation og kastration af 1935. For sterilisation af åndssvage var der særlige regler. Sterilisation blev udført i de tilfælde, hvor samfundsmæssige grunde talte derfor, og hvor det samtidigt ville være gavnligt for den pågældende selv. I reglen var det overbelastede kvinder i dårlige sociale kår med store børneflokkene, ”og som ikke evnede at gennemføre svangerskabsforebyggelse”, der ansøgte om sterilisation. Kastration blev tilladt de personer, for hvem kønsdriften var til gene, for eksempel hvis den var abnormt stærk eller rettet mod mindreårige. Der var også hjemmel til at tvangskastrere farlige seksualforbrydere, men hjemmelen har så vidt vides aldrig været benyttet. Mange, der gentagne gange havde begået sædelighedsforbrydelser, blev kastreret på frivillig basis, blandt andet fordi prøveudskrivning fra forvaring inden for en overskuelig tid ofte blev gjort betinget af kastration. Alle sager om sterilisation og kastration skulle ifølge loven forelægges Retslægerådet, hvorved der blev sikret disse sager en ensartet bedømmelse. I 1959 blev behandlet 448 sådanne sager.

De resterende grupper rummer mange interessante problemstillinger, og det bemærkes, at sager om benådning, fejl begået af medicinalpersoner samt invaliditet og forsikringsager har etableret sig som selvstændige sagsområder. Den første omtale af mulige lægefejl omtales dog allerede i årsberetning af 1913 og vedrørte, om lungetuberkulose kunne accepteres som en tilstrækkelig begrundelse for udførelse af provokeret abort. Selvom antallet af klager over medicinalpersoner voksede lidt gennem årene, forblev det dog en meget lille sagsgruppe indtil nyere tid.

Perioden 1960 – 1984: Rådets virksomhed under denne periode er mindre velbeskrevet, fordi rådets formand kom i en budgetdiskussion med Justitsministeriet. Ministeriet var af den opfattelse, at rådets driftsmidler fortsat muliggjorde udgivelsen af en årsberetning. Det mente rådets daværende formand, professor Harald Gormsen ikke. Konsekvensen blev, at Retslægerådet ikke udgav årsberetninger for perioden 1969-87. I perioden 1960-1984 var aktiviteten i Retslægerådet meget høj. Rådet behandlede 96.265 sager eller knapt 4.000 sager om året. I begyndelsen af perioden var sagernes antal jævnt stigende til en kulmination i 1971, hvor rådet behandlede 7.280 sager. Mod periodens slutning var antallet faldet til ca. 2.300 årligt. Årsagerne hertil var især 2 lovændringer. Den nye lov om sterilisation og kastration af 13. juni 1973 havde følgende bestemmelse: ”Enhver, der er fyldt 25 år, og har bopæl her i landet, har ret til at blive steriliseret” og færdselsloven af 10. juni 1976 indførte ”faste promillegrænser” (0,80 og 1,20). Restgrupperne af sager var fortsat inhomogen, men præget af et voksende antal erstatningssager og klager over medicinalpersoner. Til gengæld var en række tidligere sagskategorier sammenlagte eller udgåede. Ved slutningen af perioden etableredes det klassifikationssystem rådet anvender i dag, hvor man opdeler i psykiatriske sager (A-sager), færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse (B), sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr. (C), faderskabssager (D), andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold (E), administrative sager (F), aldersbestemmelser (H) og færdselssager med alkoholindtagelse hos patienter med leverlidelse (L) eller med medicinindtagelse (M).

Perioden 1984-2009: De sidste 25 år har rådet behandlet 48.990 sager eller omkring 2.000 sager om året. Mod slutningen af perioden er antallet af sager faldende, blandt andet på grund af ændret lovgivning, for eksempel udlændingeloven, lov om patientforsikring, patientskadeankenævn og lægemiddelskadeankenævn, lov om forsikring mod arbejdsskader og patientklagenævnet. Dette og den medicinske udvikling har haft konsekvenser for hvilke sager, der forelægges Retslægerådet. For eksempel kan Retslægerådet konstatere, at indførelsen af DNA-analyser har medført en radikal nedgang i antallet af D-sager (avlingstidsbedømmelser) forelagt i faderskabssager (fra 2002 til 2008: fra 188 til 57 sager). I rådets H-sager (sager vedrørende vurdering af alder på grundlag af oplysninger om personens legemlige udvikling, herunder om vækstzoner i knogler/tænder) var der i årene 2002 til 2008 en stor nedgang i sagsantallet fra 265 til 29 sager. Dette er efter Retslægerådets opfattelse en følge af en ændring af kriterierne for familiesammenføring for flygtninge/indvandrere. Resultatet er blevet, at de sager, der nu forelægges, er langt mere komplicerede og arbejdskrævende end tidligere kendt. Den største sagskategori er blevet sager, der vedrører forsikringsforhold, hvor rådet anmodes om at svare på en række spørgsmål, om en bestemt helbredstilstand kan være en følge af en skade eller en ulykke, ligesom spørgsmål, der vedrører erstatning eller pensionsudbetaling bliver forelagt rådet. Problemstillingerne i disse E-sager er ofte parallelle, idet der ønskes en vurdering af, om tilstanden helt eller delvist kan anses for at være en følge af en arbejdsproces, en nedslidning under et mangeårigt arbejdsforhold eller en ulykke. Sager med klager over medicinalpersoner er reduceret noget i antal, men er også blevet mere komplekse, idet de spørgsmål, der nu forelægges, ofte indgår i retssager, hvor afgørelser truffet i Patientskadeankenævn eller Patientklagenævn påklages ved domstolene.

Nedenfor følger en mere detaljeret redegørelse for de sagstyper, der aktuelt udgør ryggraden i Retslægerådets virksomhed.

2.2 Erstatningssager

Udviklingen især i de sidste 15 år har medført, at sager, der vedrører arbejdsskader, ulykker, erstatning eller pension, bliver forelagt rådet i stigende grad. Disse erstatningssager er nu den største enkeltkategori, som Retslægerådet behandler. Tidsmæssigt begyndte sagsantallet at vokse fra 1992, hvor en række lovinitiativer trådte i kraft, herunder lov om patientforsikring med oprettelse af Patientskadeankenævn og Lægemiddelskadeankenævn, og lov om forsikring mod følger af arbejdsskader. Dette sammen med den almindelige samfundsudvikling har medført, at man i tiltagende grad indbringer sager om invaliditet, pension, arbejdsbelastning og ulykke for domstolene, når en forudgående behandling i systemet har ført til en afgørelse, man finder utilstrækkelig. En behandling ved domstolene vil ofte medføre, at der stilles en række spørgsmål til Retslægerådet. Retslægerådet kan dog også blive involveret i en tidligere fase ved, at Patientskadeankenævn eller Arbejdsskadestyrelse selvstændigt fremsender spørgetemaer. I 1992 behandledes i alt 84 erstatningssager i Retslægerådet, et tal, der svarer nogenlunde til de 3 forudgående år (90, 68 og 77 sager respektive). Siden er sagerne som anført steget støt med et foreløbigt maksimum i 2008, hvor 785 sager blev behandlet, og udviklingen har næppe toppet. Sagskategorien er uden sammenligning den mest arbejdskrævende af alle de kategorier af sager, rådet behandler, og det er næsten altid nødvendigt at indhente et meget stort materiale af forudgående sagsakter fra offentlige myndigheder, alt journalmateriale fra hospitaler og praktiserende læger dækkende perioder før, under og efter den aktuelle ulykke eller arbejdsbelastning samt speciallægeerklæringer og al relevant billeddiagnostik. Ved behandling af arbejdsskader vil det næsten altid være nødvendigt, at der foreligger udførlige arbejdsbeskrivelser eller videooptagelser af arbejdsprocessen, som rådet kan tage udgangspunkt i.

Det er ikke nyt for Retslægerådet at blive inddraget i forsikrings- og erstatningssager, men antallet af sager har aldrig været så dominerende som nu. Første gang, erstatningssager omtales i Retslægerådets årsberetning, er i 1917, hvor man behandlede 5 sådanne sager. Herefter har rådet i de første 50 år hvert år behandlet et mindre antal sager indbragt af Finans- eller Justitsministeriet, politimestre, auditører og især af Direktoratet for Ulykkesforsikringen. Landsret og Byret har også ved enkelte lejligheder direkte stillet spørgsmål til Retslægerådet. Den nuværende praksis, hvor advokater med rettens tilladelse udarbejder spørgetemaer, som indsendes til Retslægerådet, synes startet noget senere, og et sådant tilfælde er omtalt i årsberetningen i 1957. Sagstallene herefter synes at have været konstant med 50-100 sager årligt indtil 1992.

Nogle eksempler fra tidligere kan illustrere hvilke sagsgrupper, der er blevet behandlet under Retslægerådets levetid. Direktoratet for Ulykkesforsikring spørger således i 1937, om der skal ydes erstatning til en sygeplejeelev, der havde fået lungetuberkulose efter at have passeret en patient med tuberkulose i urinvejene, som havde negative dyrkningssvar for tuberkelbaciller. Rådet mente ja, og at dyrkningerne var for få. Samme år spørger Direktoratet, om erstatning skal ydes i henhold til ulykkesforsikringsloven til en ansat, hvis død i tilslutning til arbejde måske skyldtes, at hans hjerte var blevet overanstrengt under et forgæves forsøg på at starte en automobil. Rådet mente nej,

fordi det ansås, at den ansatte ville være død alligevel inden for en nær fremtid, da hans hjerte var meget dårligt. Til gengæld mente rådet, at erstatning var berettiget til en togfører, der døde af meningitis et år efter et svært ulykkestilfælde, hvor han var blevet klemmt mod en perronkant og havde fået kraniebrud og hjertekontusion. Rådet fandt, at følgerne af læsionerne var sådan, at han var særligt disponeret for hjernebetændelse i forløbet af banale næse- og luftvejsinfektioner.

De erstatningssager, rådet nu involveres i, adskiller sig fra ovenstående blandt andet derved, at de stammer fra retssager, hvor borgeren har indbragt myndigheders eller forsikringsselskabers afgørelse for en domstol, der har tilladt, at en række konkrete spørgsmål om de medicinske eller farmaceutiske sammenhænge indbringes for Retslægerådet. Et meget stort antal af sagerne vedrører belastningsrelaterede skader i bevægeapparatet, sammenhængen mellem tungt arbejde og lændesmerter, følger efter ulykkestilfælde med piskesnertraume, sager med toksikologiske eller miljømedicinske problemstillinger der vedrører mulige skader efter opløsningsmidler, asbest, mangan, skimmelsvampe og andre påvirkninger fra det kemiske arbejdsmiljø. Antallet af stressrelaterede lidelser er i tiltagende udstrækning blevet anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen de senere år, en udvikling der også smitter af på Retslægerådet.

I mange af de erstatningssager, der forelægges rådet, er der ingen påviselige strukturelle forandringer, der kan henføres til skaden, eller henførelse er vanskelig, fordi aldersforandringer med degeneration af bruske og sener kan være svære at differentiere fra forandringer, der er udløst eller præmaturligt fremkaldt af arbejdsforholdet. De såkaldte whiplash-sager kan tages som eksempel for den første kategori. Her optræder en række symptomer, såsom nakkesmerter, nedsat bevægelighed i nakken, smerter i hovedet, ryg, arme, følelsesforstyrrelser, nedsat kraft i armene, svimmelhed, syns- og høreforstyrrelser, hukommelsesbesvær, koncentrations- og indprentningsbesvær, øget træthed og depressionstendens uden påviselige objektive forandringer, og de tilskrives en skadepåvirkning (piskesnerlæsion), hvor man ved acceleration/decelerationpåvirkning udsætter halshvirvelsøjlen for bagudbøjning og samtidig udstrækning i længdeaksen. Mange af de nævnte symptomer er uspecifikke og ses også ved andre tilstande med kroniske smerter. Bedømmelsen kan således være vanskelig.

Ved arbejdsskadesager kan afgrænsning overfor Arbejdsskadestyrelsen give anledning til overvejelser. I Arbejdsskadesager er der en praksis, der går tilbage til den første ulykkesforsikringslov fra 1898. Arbejdsskadestyrelsen (tidligere Sikringsstyrelsen, Direktoratet for Ulykkesforsikringen m.fl.) træffer afgørelser med klageadgang til den Sociale Ankestyrelse i medfør af arbejdssikringsloven, men afgiver også vejledende udtalelser om fastsættelse af mén-grad og erhvervsevnetabsprocent. Det er således Arbejdsskadestyrelsen, der fastslår, om noget er en arbejdsskade, det vil sige en ulykke eller erhvervssygdom, der er en følge af arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen tager her stilling til erhvervsevne og mén og til hvilke beløb, der skal udbetales. Efter erstatningsansvarslovens § 10 afgiver Arbejdsskadestyrelsen herudover vejledende udtalelser om fastsættelse af méngrader og erhvervsevnetabsprocent. Retslægerådets kompetence fremgår af loven og har principielt været gældende siden 1909. Retslægerådet træffer således ikke afgørelse, og det tilkommer ikke Retslægerådet at udtale sig om forhold,

der hører under andre myndigheder. Tre landsretsdomme fra 2004 bekræfter, at det er Retslægerådet, der er den øverste lægelige sagkundskab, når det drejer sig om lægefaglige udtalelser, herunder særligt bedømmelse af årsagssammenhæng, og at det hører under Retslægerådets kompetence at afgive udtalelser om dette. Det tilkommer ikke Retslægerådet at udtale sig om méngrader og andre forhold, der henhører under Arbejdsskadestyrelsen. (Vestre Landsret: Domme af 05.05.2004, 01.07.2004 og 11.10.2004). Der er således en tydelig kompetenceafgrænsning, og i arbejdsskadesager involveres rådet først, når der er uenighed om årsagssammenhænge eller lignende.

2.3 Retspsykiatriske sager

Af de ca. 250.000 sager, Retslægerådet har behandlet de sidste 100 år, udgør de retspsykiatriske sager en af de største enkeltgrupper, formentlig kun overgået af alkoholsagerne. Det drejer sig dels om den sagstype, der tidligere blev klassificeret som ”tilregnelighedssager”, det vil sige strafferetspsykiatriske sager, dels om gruppen ”farlighed for den offentlige sikkerhed”, der såvel omfattede psykisk syge eller afvigende kriminelle, der måtte antages at være ”farlige”, som tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse af sindssyge. Hertil kommer tidligere tiders mange sager om kirurgisk kastration på psykiatrisk indikation – i dag erstattet af ganske få sager om behandling med kønsdriftdæmpende medicin. Endelig er der sager om tilladelse til at indgå ægteskab (denne sagstype er med ændret lovgivning forsvundet), testament- og aftalehabilitet og lignende, samt erstatning, pension mv. på grund af psykisk lidelse – en sagstype, som har været kraftigt stigende de seneste 15-20 år. Afgrænsningen mellem psykiatriske og somatiske sager kan være vanskelig, idet der i ikke helt få tilfælde, og igen stigende gennem de sidste 15-20 år, deltager såvel psykiatere som somatikere i sagsbehandlingen.

Denne fremstilling af retspsykiatrien i Retslægerådet vil fokusere på de ”klassiske” retspsykiatriske sager, det vil sige strafferetspsykiatri samt tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse af civile psykiatriske patienter. Årsberetningerne indeholder mange hundrede sager, ofte med gengivelse af et omfattende – eller meget omfattende – erklæringsmateriale. Der må derfor blive tale om punktnedslag over årene, men med en lidt mere fyldig omtale af rådets første år samt af landssvigersagerne og sager om patologiske rustilstande (se afsnit 4.3 og 4.5).

2.31 De juridiske rammer.

De retspsykiatriske opgaver bestemmes i højere grad af den eksisterende lovgivning end mange af rådets somatiske sagstyper. Strafferetspsykiatrisk arbejdede rådet fra 1909 til 1933 med straffeloven af 1866. Her hedder det i § 38 ”Straffrie ere Handlinger, som foretages af Personer, der ere afsindige” ...[eller mentalt retarderede]. I stedet for straf kunne retten træffe bestemmelse om ”sikkerhedsforanstaltninger”, som omfattede hele skalaen fra tilsyn til – med dagens betegnelse – en anbringelsesdom.

Hertil havde 1866-loven en bestemmelse (§ 39) om, at retten kunne idømme en lavere straf for personer som ikke i ...”Gjerningens Øieblik [har] været i besiddelse af den Tilregnelighed, der findes hos Voxne og sjælssunde Personer”. Altså en bestemmelse om ”nedsat tilregnelighed”. De citerede bestemmelser prægede naturligvis rådets formuleringer.

Straffeloven fra 1866 blev erstattet af straffeloven af 1930 (som trådte i kraft i 1933). Reglen om, at sindssyge og mentalt retarderede er straffri, blev opretholdt (den nu-gældende § 16), men bestemmelsen om den nedsatte tilregnelighed udgik. I stedet indførtes en række mere eller mindre tidsbestemte ”forbedringsstraffe” – forvaring, særfængsel, ungdomsfængsel, drankeranstalt mv. – beregnet for forskellige kategorier

af ikke-psykotiske kriminelle (§ 17). Spørgsmålet var, om en person var ”strafegnet” – et begreb som især blandt jurister har overlevet til i dag – med tidens standardformulering udtrykt således ...”ikke uegnet til påvirkning gennem almindelig straf”. Var den kriminelle ”uegnet”, kunne Retslægerådet anbefale en af ”forbedringsstraffene” eller eventuelt en psykiatrisk særforanstaltning.

Ved straffelovsreformen i 1973/75 blev ”forbedringsstraffene” afskaffet, ligesom § 17 blev afskaffet og erstattet af den nugældende § 69. § 16 har – bortset fra en sproglig modernisering – i det væsentlige været uændret siden 1933.

Danmark fik først i 1938, med Sindssygeloven af 13. april 1938, en lov om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af sindssyge patienter. Indtil da var disse spørgsmål – og altså Retslægerådets udtalelser – reguleret af nogle regulativer for statshospitalerne. Tvangstilbageholdelser skulle indberettes til ”overøvrigheden”, som kunne være Justitsministeriet eller patientens hjemsovn, og disse myndigheder spurgte så Retslægerådet. I visse tilfælde skulle politiet spørges om eventuel udskrivning af en tvangsindlagt patient. I 1934 trådte ”Lov om Foranstaltninger vedrørende Åndssvage” i kraft og i 1938 altså sindssygeloven. Der blev herved tilvejebragt hjemmel for i givet fald at udøve tvang over for disse patientkategorier, og Retslægerådets formuleringer bærer selvsagt præg af lovgivningen. 1938-loven blev i 1989 erstattet af den nugældende psykiatrilov, hvilket betød et kraftigt fald i antallet af sager om tvang i psykiatrien, som blev forelagt Retslægerådet. Tidligere blev patienternes klager over tvang indbragt for domstolene, som så spurgte Retslægerådet. Nu indbringes klager til de psykiatriske patientklagenævne, som selv vurderer sagerne og træffer afgørelse. Patientklagenævnenes afgørelser kan indbringes for domstolene, som så spørger rådet, men det sker sjældent.

2.32 De psykiatriske rammer

Den psykiatriske teori og terminologi har selvsagt også ændret sig gennem de 100 år. Emil Kraepelin beskrev i 1899 skizofreni, som han benævnte dementia præcox, og afgrænsede denne sygdom fra den manio-depressive psykose, i dag benævnt bipolar affektiv sindslidelse. Eugen Bleuler foreslog i 1911 betegnelsen dementia præcox erstattet af skizofreni. Før Kraepelin anvendtes ofte forskellige variationer af betegnelsen ”demens” for i hvert fald nogle af de skizofrene tilstande, og den betegnelse ses da også i nogle af sagerne fra rådets første år, hvor den kliniske beskrivelse i erklæringen entydigt peger på en skizofreni. Den kraepelinske klassifikation og terminologi blev hurtigt kendt og anvendt. I 1909 diagnosticerede den kendte ”nervelæge” Daniel Jacobsen på Frederiksberg Hospital således en midaldrende kvindelig brandstifter som manio-depressiv (årsberetningen 1909-10, s.20ff) – hvad hun dog efter en moderne opfattelse næppe har været, men psykotisk var hun. I det hele taget gælder, at uanset terminologi er der en slående ensartethed i vurderingen psykotisk/ikke-psykotisk gennem alle 100 år – de psykopatologiske tilstande, Retslægerådet for 100 år siden afgrænsede som psykotiske, vil meget ofte også i dag blive kaldt psykotiske.

Det samme kan man næppe sige om de mentalt retarderede, eller åndssvage som det hedder i årsberetningerne helt frem til 1990'erne. Tidligere tiders fattigdom, mangelfulde skolegang og ofte brutale opvækstvilkår medførte, at måske lidt svagt begavede kunne være "funktionelle" åndssvage, hvorfor rådet tilrådede en foranstaltning under særforsorgen. Det skal bemærkes, at den terminologi og stavemåde, der anvendes i de refererede sager, også vil blive anvendt her, altså for eksempel "aandsvag" og ikke "mentalt retarderet".

Der kan være større forståelsesmæssige problemer med de ikke-psykotiske tilstande. Den franske psykiater Benedict-Augustin Morel fremsatte i 1857 degenerationsteorien, som i de følgende årtier blev kendt og i større eller mindre grad accepteret og videreudviklet af den tids psykiatere. I meget kort og forenklet form gik degenerationsteorien ud på, at for eksempel en lidt nervøs konstitution, uheldige karaktertræk, et overforbrug af alkohol, eller hvad det nu kunne være, blev nedarvet og forstærket og således ramte næste slægtsled endnu hårdere (jf. f.eks. Herman Bangs "Håbløse slægter"). De første, diskrete tegn på "degeneration" kunne for eksempel skyldes sygdom hos moderen under graviditeten eller dårlige opvækstforhold. Erhvervede "defekter" for eksempel på grund af hovedtraumer, fattigdom eller dårligt selskab hos et allerede degenereret individ blev ligeledes nedarvet og forstærkede altså "degenerationen". Slutstenen var, at efterkommerne endte som de mest syge og afvigende ("degenererede") patienter på asylerne. Degenerationen manifesterede sig ligeledes somatisk i form af for eksempel sammenvoksede øjenbryn, lav pande, særlige øreformer, næsens og læbernes form samt meget andet. Også for 100 år siden blev der foretaget somatiske undersøgelser i forbindelse med en mentalundersøgelse, og i årsberetningerne ses gennem mange år sager, hvor disse "objektive" somatiske degenerationstegn er beskrevet. Allerede i begyndelsen af 1900-tallet opgav psykiatrien degenerationsteorien, men betegnelsen "degeneration" eller et "degenereret individ" overlevede helt op til anden verdenskrig som synonym for, hvad vi i dag ville diagnosticere som en karakterafviger.

Betegnelsen "psykopat" optræder helt fra 1909, men betød ligeledes helt op til anden verdenskrig nærmest en personlighedsforstyrrelse – med dagens ICD-10-terminologi en F60-69-tilstand, det vil sige en tilstand spændende fra en dyssocial til en dependent personlighedsforstyrrelse. Neurotiske og – som det hedder i dag – somatiforme tilstande kunne også være omfattet af betegnelsen "psykopat". Psykiatere og også Retslægerådet anvendte i mange år betegnelsen "degenereret psykopat" – hvilket i dag lyder som et skældsord – men som altså i mangt og meget svarer til nutidens ICD-10 diagnose dyssocial personlighedsforstyrrelse. Denne tilstand karakteriseres blandt andet ved "Grov ligegyldighed for andres følelser", "manglende ansvarsfølelse og respekt for sociale normer og forpligtigelser" samt "lav frustrationstolerance og aggressionstærkel". Hvordan vil man om 100 år se på den beskrivelse?

Synet på årsagerne til de psykiske lidelser og sygdomme har naturligvis også ændret sig over de 100 år. Degenerationsteorien var fremherskende i rådets første år, senere – især i 1940'erne og -50'erne – var psykogenesen i fokus med begrebet de psykogene psykoser, det vil sige sindssygdomme betinget af sjælelig belastning. Den moderne diagnostik i form af ICD-10 er "ateoretisk", det vil sige beskrivende, men uden at

indeholde hypoteser om årsagsforhold (de organiske tilstande undtaget). Tidens fremherskende opfattelse har selvsagt præget mentalerklæringernes form og indhold – i degenerationsteoriens dage blev der lagt megen vægt på arvemæssige forhold, hovedtraumer, opvækstforhold mv. De psykogene psykoser blev forsøgt ”forklaret” med sjælelig konstitution i kombination med psykiske traumer, osv. Det skal dog samtidig fremhæves, at den grundige psykopatologiske beskrivelse hele vejen igennem har været det bærende element i de (gode) retspsykiatriske erklæringer, præcis som tilfældet er i dag.

I de første mange år var det med forbogstaver ofte angivet, hvem der havde udarbejdet en mentalerklæring, og det kan være nemt at ”dechifrere” ophavsmanden. I de første år var ”overlæge F.K.” fra Nykøbing Sjælland selvsagt Frode Krarup, en af de psykiatere, der i 1908 grundlagde Dansk Psykiatrisk Selskab. I 1930’erne ses, at ”overlæge ved Københavns Kommunehospital, dr.med. W”, senere professor ved Rigshospitalets psykiatriske afdeling, udarbejdede flere erklæringer. Det er August Wimmer, Danmarks første ordinære professor i psykiatri, uhyre lærd og meget stringent. Wimmer havde en stor videnskabelig produktion, der også omfatter en række tidsskriftartikler om retspsykiatriske emner – tilsammen nærmest et retspsykiatrisk kompendium.

”Professor ved Rigshospitalets psykiatriske afdeling, dr.med. h.c. H H” er naturligvis Wimmers efterfølger, Hjalmar Helweg, dansk psykiatris store humanist. Helweg blev dr.med. honoris causa (”æresdoktor”) på sine tre patografier om henholdsvis N.F.S. Grundtvig, Søren Kierkegaard og H.C. Andersen, og skrev i 1939 den første danske retspsykiatriske lærebog – ”Retspsykiatri”. Hjalmar Helweg var i mange år næstformand i Retslægerådet og i øvrigt en af de åndelige fædre bag ”Sindssygeloven” i 1938.

Fra midten af 1940’erne ses flere erklæringer udarbejdet af ”Professor, dr.med. E.S., Risskov” – Erik Strömngren, helt fra dengang og i mange år frem dansk psykiatris ubestridte førstemand og også internationalt anerkendt som en af psykiatriens helt store klinikere og forskere.

Overlæge, dr.med. Max Schmidt – ”M.S., Speciallæge i psykiatri ved Københavns Politi” – var allerede i sin samtid en kontroversiel skikkelse. Han var utvivlsomt en dygtig psykiater, men i betydeligt omfang subjektiv og moralsk fordømmende. Hans meget lange mentalerklæringer – som i modsætning til andre erklæringer ofte i noget forkortet form gengives i rådets årsberetninger – kunne indeholde yderst detaljerede, men ganske overflødige oplysninger om observandens seksuelle forhold, og hans beskrivelse af observanderne med en righoldig anvendelse af adjektiver som ”slesk”, ”parasitær” og ”løgnagtig” gav ofte anledning til kritik. Det fremgår imidlertid også af årsberetningernes erklæringer, at andre psykiatere lå på linje med Max Schmidt om end i mere moderat form.

Årsberetningernes op mod tusinde mentalerklæringer og andre retspsykiatriske erklæringer, hvoraf nogle er udarbejdet af dansk psykiatris store navne, udgør således samlet en væsentlig kilde til belysning af ikke blot retspsykiatri men også almen klinisk psykiatri gennem 100 år.

2.33 Sagerne

I det følgende er de refererede sager grupperet under forskellige overskrifter, men denne inddeling er naturligvis arbitrær, idet mange sager med lige så stor ret kunne være anbragt under andre overskrifter, og er kun foretaget for at bringe et vist overblik over materialet. Personer sigtet for grov personfarlig kriminalitet – dvs. brandstiftelse, sædelighedskriminalitet samt drab og vold – er i alle 100 år blevet mentalundersøgt, og en række sager er samlet under disse overskrifter. Hertil er en række andre temaer, som illustrerer særlige grupper, sagstyper eller Retslægerådets retspsykiatriske funktion og opgaver, søgt belyst.

Et tilbageblik kan nemt blive bedrevidende, men Retslægerådets virksomhed gennem de 100 år må ses og om muligt vurderes ud fra samtidens forudsætninger og ikke gennem nutidens briller i bagklogskabens klare lys.

2.331 Brandstiftere. Den første sag i Retslægerådets første årsberetning omhandler en brandstiftelse, og det gør de følgende 15-20 sager også. Det er næppe noget tilfælde – sager om brandstiftelse optræder meget hyppigt i de første mange år.

Denne første sag (årsberetning 1909-1910, s.1ff) vedrører en ca. 29-årig møller, der var sigtet for forsøg på brandstiftelse af Valsemøllen i Esbjerg. Hans opvækstforhold havde været velordnede, han havde fået en god opdragelse og undervisning, og i 17-årsalderen fik han plads på en gård for at ”uddanne sig i Møllerhåndværket”. Han arbejdede i de følgende år på forskellige møller, herunder også i Malmø og Hamburg, for at dygtiggøre sig. I 1908 fik han ansættelse ved Esbjerg Valsemølle. Han havde som barn og ung haft forskellige sygdomme ”i lettere Grad” såsom mæslinger, difteri, giftfeber og ansigtsrosen (dvs. hudtuberkulose). Ikke just gængse sygdomme i dag. Den somatiske undersøgelse konstaterer lakonisk: ”Venstre Skulder er noget hængende (Vægt af Melsække)”. Det anføres også: ”Øjenbrynene fint sammenløbende. I øvrigt ingen Degenerationstegn.” Observanden havde aldrig frembudt tegn på psykisk sygdom. Han er beskrevet som noget pralende og lidt stor i slaget, men i øvrigt venlig og hjælpsom samt kvik og velbegavet. Han havde ”nydt [alkohol] til måde”, men i Esbjerg var han blevet ”forfalden til Drik”, og i beruset tilstand havde han forsøgt at brænde møllen af ved at hælde petroleum ud over nogle høvlspåner, som han så satte ild til. Han kunne ikke forklare sin handling ud over beruselse.

Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens meget korte konklusion, hvor det blot hedder, at observanden ikke var sindssyg, ...”da han begik den omspurgte forbrydelse”. Sproget og tiden er anderledes, men i sin essens ser Retslægerådet den samme type sager i dag.

Det gælder ikke mindre sag nummer to, der omhandler en sindssyg kvinde, der med flere bål bestående af brænde, halm og lyng havde forsøgt at brænde huset af. Distriktslæge Borch's korte erklæring lyder (i årsberetningens uddrag): ”Parcellist L. Kj's Hustru har i Løbet af det sidste Aar konsulteret mig et Par Gange, da hun led af Søvnløshed og Nedtrykthed. Disse Symptomer har først vist sig, medens hun var svanger

med sit nu syv Maaneder gamle Barn, men er tiltagne efter Barnets Fødsel. Hendes for flere Aar siden afdøde Fader led periodevis af Sindssygdøm. ...Hun lider utvivlsomt af Sindssygdøm (Melancholia), og da hun er hallucineret paa Hørelsen, vil det kunne befrygtes, at hun vil foretage sig Handlinger, der er farlige for hende selv og for hendes Omgivelser, hvorfor det tilraades, at hun hurtigst mulig indlægges til Observation paa en Sindssygeanstalt.”

Retslægerådet fandt ingen grund til, at hun skulle indlægges til ”observation”, men anbefalede kraftigt, at hun snarest muligt blev indlagt til ”behandling”.

Herefter følger en sag om en 21-årig mand, der tidligere tre gange havde foretaget ildspåsættelse. Efter første ildspåsættelse blev han anbragt på Flakkebjerg Opdragelsesanstalt, men her satte han ild på stalden, hvorfor han blev straffet med otte måneders ”Forbedringshusarbejde”. Efter løsladelsen brændte han en gård ned og blev dømt til seks års forbedringshusarbejde. Kort efter løsladelsen satte han igen ild på en gård, og nu blev han mentalundersøgt. Distriktslægen i Ribe skrev blandt andet: ”Han [dvs. observanden] har levet blandt en Fattiggaards sædvanlige blandede og formentlig ikke sondrede Befolkning af fattige og andre som Følge af Vagabondage eller tidligere Straffe til Fattiggaarden henviste Personer”. Distriktslægen fandt ikke observanden sindssyg, men ”sløv og træg” samt ...”konsekvent udviklet efter sin Herkomst (Afstamning) og sit Milieu”. Man aner degenerationsteorien. Distriktslægen anbefalede indlæggelse til mentalundersøgelse, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig. Sagen omtales ikke yderligere.

I en af sagerne nævnes muligheden af en patologisk rus – et spørgsmål som jævnligt helt frem til nutiden dukker op – men rådet afviste, at en beruset brandstifter, der i øvrigt er beskrevet som en ret upåfaldende person, havde befundet sig i en sådan abnormtilstand. (Se i øvrigt afsnit 4.5).

Den følgende sag handler også om alkoholmisbrug, men denne gang om en 43-årig kronisk alkoholist, der efter mange års misbrug havde udviklet en psykotisk tilstand. Mentalerklæringer indeholdt dengang som nu lidt om somatiske sygdomme i slægten, men sygdomspanoramaet har unægtelig ændret sig over de 100 år. I denne sag, hvor de omtalte somatiske sygdomme ikke adskiller sig fra mange andre sager, nævnes, at observandens moder var død i barselsseng, en søster og en broder var henholdsvis 22 og 23 år gamle døde af ”galoperende svindsot”, en onkel var død af ”brystsygge”, en kusine havde været på (tuberkulose)sanatorium, og observandens eget barn var seks måneder gammelt afgået ved døden på grund af ”tuberkulose i lungerne”. Sådan var tilværelsen nu engang, og det er ikke forhold, som normalt blev nærmere omtalt i erklæringerne, og som altså heller ikke blev tillagt nogen betydning. Observanden i denne sag havde fra 13-års-alderen drukket alkohol i stigende mængder (alkoholmisbrug fra 13-års-alderen ses også i dag). Han havde været gift, men efter tre års ægteskab forlod hustruen ham med parrets (levende) børn. Han truede med selvmord og skrev ”afskedsbrev” til hustruen, hvor han for eksempel anførte ...”det er din Skyld alt sammen ...savner min lille Dreng...” mv. Heller ikke atypisk i dag. Han udviklede efterhånden vrangforestillinger om blandt andet hustruen og hendes familie. Han var

hertil i perioder hørelsesshallucineret. Han måtte sælge hus og indbo for at skaffe sig penge til alkohol, og i beruset tilstand satte han så ild til sin (tidligere) bolig. Retslægerådet udtalte i overensstemmelse med erklæringen, at observanden ...”lider af alkoholisk Sløvsind med Vrangforestillinger og Hallucinationer. Han maa derfor ikke blot betragtes som havende været Sindssyg i Gerningens Øjeblik, men ogsaa anses for til stadighed at være det.” Psykotisk var han, men hvad han fejlede er mere usikkert. Diagnosen ”alkoholisk Sløvsind med Vrangforestillinger og Hallucinationer” svarer ikke til nogen nutidsdiagnose, men skizofreni med et komplicerende alkoholmisbrug er en mulighed. Afgørelsen er ikke anført.

Malermester H's hustru havde i en psykotisk tilstand sat ild til en beboelsesejendom på Frederiksberg, og Daniel Jakobsen diagnosticerede hende som manio-depressiv, jf. tidligere. Hun havde i øvrigt ved politiforhør tilstået flere tidligere tilfælde af ildpåsættelse i ejendommen, men Daniel Jakobsen understregede i erklæringen, at observanden ...”atter og atter med Præg af stor Troværdighed” forklarede, at hun kun havde tilstået disse forhold af frygt for politiet. Heller ikke dengang var alle erklæringer lige objektive og neutrale. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringen og anbefalede ”indlæggelse”.

Flere sager – blandt andet vedrørende ”jydeskrædderen” og ”Store Mads” – omhandler landarbejdere, der mere eller mindre var ”forfaldne til drik”, men i ingen af tilfældene kunne rådet anbefale anvendelse af særforanstaltninger, om end ”nedsat tilgængelighed” nævnes et par gange.

Mentalt retarderede optræder hyppigt. ”Arrestantinden” Cathrine J led af ...”aandsvagthed i endog ret betydelig Grad med Tilbøjelighed til sjælelige Ligevægtsforstyrrelser og forbryderiske Impulser”. Hun havde levet en noget vild tilværelse og været idømt flere almindelige straffe, da hun først satte ild på Tikøb Sindssygeanstalt, hvorved kvindeafdelingen nedbrændte, så forsøgte hun at sætte ild til Aaker Fattiggård, og endelig satte hun ild til en gård, der nedbrændte. Retslægerådet fandt, at det måtte ...”anses for givet, at hun, som uansvarlig i de af hende begaaede Forbrydelser er ganske uegnet til Straf og kun egnet til at tages i Forvaring”. Mon ikke Retslægerådet også i dag ville have anbefalet en dom til ”anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap?”

En interessant sag i denne lange serie vedrører en ca. 53-årig mand, der var sigtet for forsøg på at brænde sit eget hus af. Af erklæring fra Distriktslægen i Lemvig fremgår blandt andet, at observanden havde været en dygtig og velanskrevet, om end noget hidsig og opfarende mand, der blandt andet havde været formand for ”Kystsikringsarbejdet på Thyborøntangen”. Han blev imidlertid syg, idet han fik ”anæmi”, og han havde været indlagt på ”det kgl. Frederiks Hospital” i 1907 og 1908, men nogen behandling var ikke mulig. Han var nu så svag, at han næsten konstant var sengeliggende. Under sin lange sygdomsperiode havde han udviklet vrangforestillinger om hustruens utroskab, af distriktslægen resumeret således ...”Medens han angaaende Konens forhold kan fortælle helt usandsynlige Oplevelser og giver meget skruede Forklaringer paa ganske almindelige Tildragelser, er hans Dømmekraft om andre Ting

meget sund og naturlig.” I kort form ikke nogen dårlig beskrivelse af en jalousiforrykthed. Distriktslægen mente, at observanden hertil var noget dement, og at han var en ”dødssyg mand” uden udsigt til helbredelse og hertil ”i aandelig Henseende” svækket af sin legemlige Sygdom. Lægen fandt, at observanden ikke var ...”i Besiddelse af den samme Tilregnelighed som et voksent, legemlig og sjælelig sundt Menneske”. Distriktslægen kunne ikke alene sin psykiatri, han kunne også sin retspsykiatri, om end det måske havde været mere korrekt at henføre tilstanden til § 38 i den dagældende straffelov og ikke til § 39. Det tog Retslægerådet ikke stilling til, men konstaterede blot, at han led af ...”Sløvsind med Vrangforestillinger”. Sagens afgørelse er ikke oplyst. Ud fra en nutidig synsvinkel kunne observanden have lidt af pernicios anæmi, idet denne sygdom kan ledsages af paranoide psykoser.

Den følgende sag kunne – hvad angår psykopatologi – være fra i dag. Observanden var en 18-årig ung mand, søn af en ”sagfører” i Kolding. Han var sigtet for og havde erkendt sig skyldig i ...”Ildspaesættelse samt i at have blandet Strychnin i en Saltbeholdning, som Apotekets Personale benyttede til Maden”. Mentalerklæringen blev udarbejdet af overlæge Helweg, Middelfart (ikke at forveksle med rådets mangeårige næstformand professor Hjalmar Helweg). Den meget lange erklæring beskriver, at observanden havde været et naturligt barn, som især havde leget med dukketeater og lignende. I puberteten spejlede han sig ofte, mens han grimasserede. Skolen beskrev ham som noget umoden og måske opmærksomhedssøgende og selvcenteret. Han tog realeksamen med et middel resultat og blev så ”Apotekerdiscipel” – ikke af interesse, men fordi forældrene mente, at noget skulle han lave. Han blev hurtigt utilfreds med forholdene, idet han blandt andet mente, at hans vagtværelse var for dårligt, at en af de ansatte drak, og at en anden var sjusket med sit arbejde. Men mest af alt fik han en tilsyneladende helt grundløs opfattelse af, at apotekeren var efter ham. Observanden ville derfor væk fra apoteket, men han kunne ikke finde ud af at sige op. Han fik så nogle tågede, ikke helt indfølelige forestillinger om at skade apotekeren, så denne fik andet at tænke på end observanden. Observanden satte derfor ild til loftet, men der skete ikke noget særligt. Herpå kom han stryknin i de saltkar, apotekets personale benyttede ved måltiderne. Han forestillede sig, at dette ville medføre en sådan skandale, at hans forældre ville tage ham væk fra apoteket. Der blev sandelig også stort postyr, og en af de øvrige ansatte blev sigtet i sagen, men forældrene reagerede ikke, som observanden havde formodet. Så anstiftede han igen en brand, og nu blev han anholdt. Helweg beskriver, at observanden kunne have, hvad han (Helweg) kaldte ”Taagetilstande ad hysteriform art”, hvor observanden kortvarigt udviste lidt bizar adfærd. Hans tankegang var undertiden – med et moderne udtryk – privatpræget og ikke helt indfølelig, men uden grove formelle forstyrrelser. Han var ikke hallucineret, men havde måske – igen med et moderne udtryk – mikropsykotiske episoder. Helweg fandt også, at observandens psykiske tilstand var forværret siden anholdelsen og konkluderede, at om end observanden ikke var ”egentlig sindssyg”, befandt han sig dog ...”saa nær på Grænsen af det patologiske, at det maa anses for højst betænkeligt at underkaste ham yderligere Arrestophold, endsige Fængselsstraf”. Det tilsluttede Retslægerådet sig med nogle temmelig tågede vendinger – som står i skarp kontrast til Helwegs ordrige, men præcise psykopatologiske beskrivelse. Denne beskrivelse tillader også en nutidig diagnose – skizotypi eller debuterende skizofreni, og brandstiftelse

foretages også i dag af unge med denne diagnose. Dagens retspsykiatere ville forhåbentlig også som Helweg anbefale, at denne unge mand blev – eller forblev – indlagt på en psykiatrisk afdeling. Det ville Retslægerådet i hvert fald også.

Diagnosen er lige så oplagt i den følgende sag. En 24-årig tidligere ustraffet ugift mand blev i forbindelse med en sigtelse for brandstiftelse mentalundersøgt af kreds-lægen i Varde. Moderen havde hængt sig under en depression. Observanden havde overtaget forældregården, som han drev med stor flid, men uden større interesse. Han var lidt indesluttet, men vellidt på egnen. I en depressiv tilstand satte han ild på gården, som nedbrændte. Han kunne egentlig ikke rigtig forklare hvorfor, udover at han så kunne slippe for at være landmand. Han oplyste, at han tidligere havde haft perioder med let forstemning. Ved mentalundersøgelsen var han stillestående, hæm-met, han talte med ...”langsom sagte monoton stemme”. Retslægerådet tilsluttede sig, at observanden led af en manio-depressiv psykose, og at han havde været (psykotisk) depressiv på gerningstidspunktet, samt anbefalede en anbringelsesdom. Det blev også resultatet. Godt et halvt år efter dommen anbefalede overlægen, at observanden blev udskrevet med tilsyn. Han havde de første måneder af indlæggelsen været ...”udtalt deprimeret, hæm-met og selvbebrejdende ..., og hans Nattesøvn var mindre god.” Nu var han rask. Retslægerådet tiltrådte og manden blev udskrevet.

De refererede sager om brandstiftelse er alle fra rådets første år, men uafhængig af ændrede sociale forhold har diagnoserne været stort set ens gennem de 100 år.

2.332 Sædelighedskriminalitet. Sædelighedskriminalitet optræder hyppigt og ensartet i alle årsberetninger – incest og pædofili har ikke ændret sig igennem 100 år. Men en sag fra rådets første årsberetning (1909-10, s.162ff.) adskiller sig i hvert fald kvantitativt fra, hvad man ser i dag.

En ca. 53-årig mand havde været indlagt til mentalundersøgelse, og Retslægerådet fik forelagt sagen med spørgsmålet om ...”den paagældende som farlig for den offentlige Sikkerhed bør tages i forvaring”. Observanden blev 18-år-gammel, i 1876, idømt ...”Fængsel paa Vand og Brød i 5 x 5 Dage” for at have forsøgt at voldtage en 11-årig pige, han tilfældigt havde mødt. Herefter blev han de følgende år frem til 1904 dømt seks gange for ”uterlig behandling” af piger i alderen fra 6 til 14 år – de fleste under 10 år – i form af, at han gned ...”sit mandlige Lem mellem [deres] Laar til Sædafgang”. I nogle af sagerne var han uterlig over for to piger. I 1890 blev han dømt for ...”voldelig [at have] befølt en eneboende 47-årig svagelig nervøs Kvindes Kønssdele”. Herudover var han flere gange dømt for blandt andet ”Betleri”. Straffene var blevet stadig mere strenge – fra fængsel på vand og brød i få dage til fire års tugthus. Efter at have udstået den sidste straf (de fire år idømt i 1906), blev han på Justitsministeriets foranledning indlagt til en ”farlighedsvurdering”.

Observandens barndomshjem var fattigt. Faderen var røgter og hængte sig, da observandens moder døde, fordi han følte sig ensom og frygtede at komme på fattiggården. To af observandens fire søskende døde som små, de to andre skulle som voksne være upåfaldende. Da observanden var et år gammel skulle han ...”være falden i heftig Sygdom” ledsaget af hyppige ”Krampeslag”. Han blev ikke set af en læge, og hvad han

fejlede vides ikke. Men efterfølgende var han ...”langt tilbage for andre Børn baade i legemlig og aandelig Henseende” – 7 år gammel blev han stadig madet med ske. Han fik stort set ingen skolegang og blev først konfirmeret 18 år gammel (”efter Moderens Forbøn”) efter at have gået til konfirmationsundervisning i ”2 Halvaar”. Han havde som ung af og til lidt arbejde, men i mange år havde han vagabonderet, når han ikke opholdt sig ...”i Arrester, Strafanstalter, Arbejdsanstalter og Fattiggaarde”. Legemlig var han rask, og han misbrugte ikke alkohol, om end han 26-27 år gammel havde drukket rigeligt.

Observanden var i forbindelse med de mange tidligere sager blevet undersøgt af forskellige læger, der ret samstemmende havde fundet ham dårligt begavet. I en dom er anført, at observanden ...”nærmest maa henregnes til Taabernes Klasse”. Han tilhørte derfor gruppen med nedsat tilregnelighed, og de første straffe havde været ret milde. I forbindelse med den tredje dom udtalte Højesteret imidlertid, at § 39 (altså nedsat tilregnelighed) ikke ”findes anvendelig”, og så var det afgjort. Observanden forklarede kriminaliteten med, at han havde en stærk kønsdrift, men at han ...”ikke havde kunnet faa Kæresteforhold med voksne Kvinder”. Han mente, at de mange uterlighedsforhold var ganske harmløse med den begrundelse, at han ...”kun [har] søgt kønslig Tilfredsstillelse med Berøring af Genitalia ext. og Friktioner uden Immisio Penis”. Under indlæggelsen bar han præg af ...”at have gennemgået en vis Dressur”, han var således ...”høflig, medgørlig, skikkelig og godmodig”. Hans evner til praktisk arbejde var imidlertid begrænsede, han kunne stort set ikke læse og slet ikke skrive eller regne. Hans almene viden var såre begrænset. Han frembød ingen sindssygdomssymptomer, men blev vurderet som ”aandsvag”. Overlægen anfører dog i et slags diskussionsafsnit, at observanden formentlig pådrog sig en hjerneskade ved sygdommen i et års alderen, og var han blevet inddraget under åndssvageforsorgen allerede som barn, og altså modtaget støtte og oplæring, kunne han måske have udviklet sig anderledes. Med andre ord – var observanden en uuddannet, forsømt sinke, eller var han åndssvag i lettere grad? Overlægen anbefalede ”en Aandssvageanstalt”, det gjorde Retslægerådet også. Det havde rådet – med et andet ordvalg – nok også gjort i dag, forudsat at observanden faktisk var åndssvag.

Hvad der springer mest i øjnene i denne og i mange andre uterlighedssager fra den tid, er det noget mildere syn – og dermed lavere strafammer – på denne kriminalitetsform. Ligger vi i dag under for en form for ”moralisk panik”?

I årsberetningen 1917 (s.37ff) omtales en lidt usædvanlig sag. En 72-årig mand og hans 27-årige datter var sigtet for ...”i ca. de sidste 10 Aar at have plejet legemlig Omgang med hinanden”. Begge blev indlagt til mentalundersøgelse. Faderen var en fattig skrædder fra Ribe, der tidligere havde været gift. Hustruen var død, og det var fire af de fem børn, parret fik, også. I sit andet ægteskab fik skrædderen ti børn, det ene døde. Observanden havde som barn haft ”kramper” og havde i en periode drukket rigeligt, men han havde nu i mange år været afholdsmand. Han vedgik, hvad hustruen bekræftede, at han havde en ”stærk kønsdrift”, men han benægtede at have haft egentligt samleje med datteren, som han angav talte usandt, men han havde haft sædafgang mellem hendes lår. Datteren var ikke ”virgo”, og observanden mente, hun havde haft ”Tant” med Byens ”Dragoner”. Han havde et stort ”Vandbrok” som van-skeliggjorde (umuliggjorde?) egentligt samleje. Han fandtes – efter beskrivelsen – i

hvert fald middelsvært dement, måske med lette følger efter en lille hjerneblødning. Datteren havde haft polio ca. et år gammel, og hun havde stadig en let højresidig hemiparese. Hertil havde hun ...”Foranderlige Anæsthesier og Analgesier af suggestiv Type” (altså hysteriske symptomer). Hun havde været ”elev” på ”Samfundet for Vanføre”, men var blevet sendt hjem, fordi hendes ”aandelige Evner” var for dårlige til, at hun kunne få udbytte af undervisningen. På den anden side havde hun klaret sig nogenlunde i skolen, og ”...Tandlæge J.s Hustru, hos hvem Arrestantinden har haft Plads 3 Gange”, oplyste, at observanden havde passet sit arbejde tilfredsstillende, men at hun var yderst fantasifuld – af moderen benævnt ”løgnagtig”. Det iagttog man også under indlæggelsen. Hun hævdede, at faderen havde krævet samleje med hende op til flere gange om ugen, når moderen var nattevagt på ”Aandssvageanstalten”. Datteren benægtede kraftigt, at hun havde haft seksuelle forhold til andre. Observanden fandtes ...”aandelig defekt i intellektuel Henseende” – men altså ikke åndssvag, hvad hun efter beskrivelsen heller ikke har været – samt ”afstumpet” i ”moralisk Henseende”, og hendes tilstand blev opfattet som en følge efter børnelammelsen. Retslægerådets udtalelse er ret overraskende – rådet anbefalede, ...”at [de] ikke sættes under Tiltale for den Forbrydelse, hvori de har tilstaaet sig skyldig”. Det har vist aldrig været rådets opgave at anbefale et tiltalefrafald. Men de ”fritages” begge for tiltale, hvorefter det hedder ...”Datteren vil være at anbringe paa en Aandssvageanstalt”. Uanset hvad ville man i dag vel sige, at det nærmest var at rette smed for bager. Begrundelsen for denne anbringelse fremgår ikke, men det var i hvert fald ikke Retslægerådets ide (se i øvrigt afsnit 2.336).

Ganske mange mandlige sædelighedskriminelle blev kastreret, således også en 26-årig mand, der adskillige gange var dømt ...”for uterlig Behandling af voksne Kvinder i Jernbanetog” (årsberetningen 1937, s.163ff). Efter en handelsuddannelse arbejdede observanden som repræsentant, hvor han rejste rundt i tog. Som 17-18-årig forsøgte han sig med samleje med prostituerede, men han havde ofte svært ved at gennemføre samlejet, og senere var han impotent. Han udviklede så ...”som Speciale at beføle Damer i Kupeen samtidig med at han masturberede”. ”Jagten efter adæquate Sexualobjekter” gjorde, at han blot kørte videre med toget og ikke stod af ved den by, han som repræsentant skulle besøge. Hans økonomi kom derfor i uføre, og han var også dømt for blandt andet hotelbedrageri. Sagen er omtalt under ”kastrationssager”, idet manden selv ansøgte om at blive kastreret, hvilket Retslægerådet støttede. Han blev kastreret, og i en efterfølgende note er anført, at han ikke mere begik kriminalitet, og at han passede sit arbejde tilfredsstillende.

Der er desværre ikke foretaget gode videnskabelige undersøgelser af effekten af kastration, hvad angår de mange, der, som manden i denne sag, blev kastrerede efter mindre alvorlig sædelighedskriminalitet. En efterundersøgelse af kastrerede, der havde været dømt for meget alvorlig overfaldsvoldtægt, viste nærmest forbavsende god effekt, såvel hvad angår kriminelt recidiv, som hvad angår psykisk helbredstilstand. Det samme gælder i øvrigt effekten af behandling med kønsdriftdæmpende medicin.

En af talløse sager (årsberetningen 1938, s.153ff) omhandler en 19-årig, tidligere ustraffet ugift mand, der var sigtet for ...”Sædelighedsforbrydelser overfor nogle Smaadren-

ge og Smaapiger”. Sigtede blev mentalobserveret af kredslægen, og af erklæringen fremgår, at observanden – efter at have opgivet at tage præliminæreksamen på grund af dovenskab – kom i handelslære, hvor han klarede sig godt. Han boede hos forældrene og havde altid været psykisk og somatisk rask. Han misbrugte ikke alkohol. Flere havde bemærket, at han var glad for børn og børn for ham. Da han var 12-13 år gammel, lærte han gensidig onani af skolekammerater, og 16 år gammel begyndte han angiveligt at gå med (mange) store piger og voksne kvinder, som han også havde samleje med. (Oplysningerne virker ikke helt pålidelige – man kan godt få mere indtryk af pubertetsfantasier end af realiteter). Fra 17-års-alderen begyndte han at føle sig seksuelt tiltrukket af mindreårige. Han befølte flere 8-10 års piger, forsøgte samleje med en 6 års pige og analt samleje med to drenge på 11 og 12 år. Ved mentalobservationen fandtes observanden noget umoden, overfladisk og ”forkælet”, men uden symptomer på mere alvorlig psykisk lidelse. Kredslægen foreslog anvendelse af ungdomsfængsel, men det var Retslægerådet ...”af Hensyn til de andre Fanger” betænkelig ved. Observanden blev idømt fængsel i et år.

En karakteristisk sagstype, som også ses i dag, er omtalt i årsberetningen 1941 (s.3ff). En tidligere i det væsentlige ustraffet, socialt veltilpasset, ældre gift mand var sigtet for ...”uterlighed overfor 4 Pigebørn paa 13-14 Aar”. Han havde befølt pigerne, vist dem ”uterlige Billeder” og fået dem ...”til at manipulere hans Membrum”. Han havde dårligt hjerte og forhøjet blodtryk, og havde ...”følt Coitus saa anstrengende, at han har maattet afstaa fra det.” De påsigtede forhold var seksuelle surrogathandlinger. Han mente, at pigerne havde ”moret sig over Billederne”, og at de i øvrigt havde ...”Forstaaelse af sligt”. Det hører man også i dag. Han var måske lettere dement. Retslægerådet mente, at hans ganske alvorlige hjertesygdom ville forværres, hvis han skulle afsone. Observanden blev idømt fængsel i fire måneder betinget med tilsyn. Det skal tilføjes, at med dagens viden er der næppe grund til at antage, at afsoning vil forværre en iskæmisk hjertesygdom (årsberetningen 2001-2002, s.79ff).

Sædelighedskriminalitet begås også af psykotiske (årsberetningen 1941, s.59ff). En 30-årig ugift mand, habituelt noget tavs og indesluttet, var sigtet for blufærdighedskrænkelser, idet han havde tvunget en 19-årig pige til med en kæp at ...”slaa ham over Sædet”. Han havde været fysisk og psykisk rask, men havde ændret sig de seneste år før kriminaliteten, blandt andet talte han med sig selv. Ved mentalundersøgelsen nægtede observanden sig skyldig med en begrundelse, som er et lærestykke på formelle tankeforstyrrelser – han var ”vidnebar hvorved skal forstaas frugtbar”. Han forklarede i øvrigt, at hans forældre ikke var hans forældre, men at Fritjof Nansen var hans fader, hans stedmoder en fransk prinsesse. Han angav, at han havde været løjtnant i den indiske hær, og at han snart ville blive hentet af ”1.000 indiske Flyvemaskiner” til den ”indiske Kejser-Trone”. Han mente også at have besiddelser i Afrika og at have ”Ørken-Ret” – det vil sige ret til at udføre minedrift. Han havde meldt masser af grupvækkende forbrydelser til politiet og ønskede at klage over, at politiet intet havde foretaget i den anledning. Han var stiltfærdig – om end ”erotisk” over for sygeplejerskerne – under indlæggelsen til mentalundersøgelse. Det var ikke muligt at finde beskæftigelse til ham. Det skal bemærkes, at neurologisk undersøgelse og WR viste, at dementia paralytika var udelukket. Retslægerådet udtalte, at observanden led af

...”Ungdomssløvsind med Vrangforestillinger (Dementia paranoides)” og anbefalede en behandlingsforanstaltning, hvilket også blev resultatet. Ingen vil være i tvivl om, at observanden led af skizofreni – psykopatologien er den samme, som den altid har været – men det er lidt pudsigt, at rådet endnu i 1941 anvendte betegnelsen ”Dementia”.

En bizar form for sædelighedskriminalitet, begået af en skizofren mand, er omtalt i årsberetningen 2003-2005, s.129ff. Han var blandt andet sigtet for adskillige tilfælde af anden kønslig omgængelse end samleje begået i S-tog i aften- og nattetimerne. De påsigtede forhold var ret ensartede og er beskrevet således ...”at have skaffet sig anden kønslig omgængelse end samleje med en kvinde, der var meget beruset og sov og befandt sig i en tilstand, i hvilken hun var ude af stand til at modsætte sig handlingen, idet tiltalte, der onanerede, tog hendes sko af og på rangerområdet på C S-station spredte hendes ben, og med en saks klippede hendes strømpebukser og trusser i stykker ved skridtet og belurede hendes kønsorganer, hvorefter tiltalte førte flere fingre op i hendes kønsdel og bevægede dem frem og tilbage, alt imedens tiltalte fortsat onanerede, hvorefter tiltalte, da toget kørte mod Kbh. H, stod af på D S-station og efterlod kvinden i toget. I nogle af de øvrige forhold forsøgte han yderligere at bedøve de sovende kvinder ved at placere vatrondeller, gennemvædet med trichloræthylen, på deres tøj lige under ansigtet samt på askebægrene. Det var ikke i alle tilfælde, at NN fik skåret strømper og trusser i stykker, for eksempel fordi kvinderne vågnede og forlod toget. Han blev anholdt i forbindelse med det syvende forhold, idet togpersonalet iagttog og tilbageholdt ham”. Han var hertil sigtet for tyveri af damesko (i S-tog), for at have kørt i S-tog 100 gange uden billet, for at have beholdt genstande, han havde fundet i S-tog osv.

Observanden havde fra barndommen haft psykiske vanskeligheder – han havde for eksempel haft vaskeritualet, nervøse hjernesymptomer, usikker kønsidentitet mv. Han havde levet i to parforhold, hvor han imidlertid havde vanskeligheder med initiativ og lyst til seksuelt samkvem, og han kunne beskrive, at han oplevede sig afbrudt i væsentlige tankerækker, når samleveren lagde op til samleje. Ved mentalundersøgelsen fandtes observandens tankegang forskruet og privatpræget. Han var konverteret til katolicismen og mente, han kunne være en profet på grund af alle de trængsler, han havde gennemlevet. Han kunne også opleve sig som ”besat”. Han havde, hvad han selv betegnede som ”tvangstanker” om voldtægtsscener. Han fulgte jævnlige efter andre mennesker, fordi de udstrålede en særlig ”stemning”, ligesom han havde oplevet tankehørighed og måske også vage hørelshallucinationer. Samlet konkluderede overlægen, at observanden led af skizofreni, hvilket var i overensstemmelse med resultatet af en psykologisk undersøgelse. Retslægerådet var enig og fandt som overlægen observanden omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, samt anbefalede en anbringelsesdom, hvilket også blev resultatet.

Sædelighedskriminalitet kan også ses i helt andre sammenhænge.

I 30’erne og 40’erne fik Retslægerådet flere gange forelagt spørgsmålet om psykoanalytisk behandling foretaget af lægpersoner, således også i 1943 (s.9ff.) En 42-årig mand var sigtet for blufærdighedskrænkelser mv. i forbindelse med psykoanalytisk behand-

ling. Han havde efter studentereksamen læst medicin i et års tid, så blev han uddannet som operasanger og sangpædagog blandt andet i Italien. Han havde i en årrække haft eget operakompagni i Tyskland, været professor i sang ved et musikkonservatorium i Rusland, og var nu tilbage i København, hvor han ernærede sig som sangpædagog og psykoanalytiker. Han havde selv gennemgået psykoanalytisk behandling, som havde haft en nærmest mirakuløs effekt på hans allehånde – nøje beskrevne – seksuelle problemer, hans afhængighed af hustruen og hendes dominans mv. Han fandt ikke en sandhed, men ”Sandheden” under behandlingen og udviklede efterfølgende nærmest en ny verdensanskuelse – ”Psykoiden” – som indebar, at ...”Den gængse Moral er ...i Uoverensstemmelse ...med opsummerende fytogenetiske Erfaringer”. Hans psykoanalytiske behandling inkluderede, at ...”væsentlig yngre og unge Mennesker” onanerede i hans påsyn, hertil ...”Arrangement af Symbolsk Coitus” i afklædt tilstand, og meget andet. Han blev anmeldt af en ung kvinde, der havde følt sig forulempet af hans adfærd. Manden blev mentalundersøgt af professor Hjalmar Helweg, der i en lang, men spændende erklæring konkluderede, at observanden var velbegavet, en ”logisk Debattør”, men et ”Kunstnertemperament”, som blandt andet var følsom med tilbøjelighed til at lade sig ”henrive” af følelsesmæssige indtryk. Under de åbenbart mange samtaler, Helweg havde med observanden, erkendte denne, at han i begejstring for sin behandling havde været for ukritisk, nærmest eksalteret, og at han var gået over stregen. Observanden benægtede ethvert seksuelt motiv til sin behandlingspraksis og mente, at det var helt uden betydning, at han ville skilles for at gifte sig med en af de kvinder, han havde haft i behandling, og som var blevet gravid med ham.

Retslægerådet fik forelagt sagen som en kvaksalverisag og udtalte blandt andet, at de anvendte ”behandlingsmetoder” næppe var skadelige for sjælssunde personer, men kunne være det for mennesker, der ikke kunne tåle en sådan sjælelig belastning, og observanden havde ikke faglige forudsætninger for at vurdere dette. På et supplerende spørgsmål udtalte rådet, at den anvendte metode heller ikke ville være hverken ...”berettiget eller forsvarlig, saafremt den udførtes af en Læge eller en fuldt kvalificeret Psykoanalytiker”. Retslægerådet ville have udtalt det samme i dag. Manden blev idømt fængsel i fire måneder.

Det er sjældent, at kvinder begår sædeligheds kriminalitet, men det ses. En 36-årig kvinde var sigtet for ”uterlighed overfor 10-16 års pigeboern” (årsberetningen 1946, s.50ff). Hun var født og opvokset under velordnede forhold, men hun havde svært ved at klare sig i skolen, hvorfor hun gik i en ”værneskole”, indtil hun 14 år gammel fik ”forskellige pladser”. Hun blev gift 19 år gammel, parret havde på undersøgelsestidspunktet tre halvvoxsne børn. Ægteskabet havde været tiltagende disharmonisk, ikke mindst seksuelt, og begge havde haft ”extramatrimonielle” forhold. Parret havde imidlertid besluttet at forblive sammen for børnenes skyld. Hun havde arbejde i årene inden anholdelsen og gik oftere og oftere med arbejdskollegerne på værtshus, hvorved hun havde udviklet et vist overforbrug af alkohol. Observanden var sigtet for i to perioder, 1934-36, hun var da omkring 26 år gammel, og 1940-43, ca. 33 år gammel, at have befølt og manipuleret forskellige halvstore pigers kønsorganer, undertiden ret brutalt. Observanden erkendte sig delvis skyldig og forklarede blandt andet: ”Observanden undskylder sig med, at hun i ingen af tilfældene mener at have forledt pigebørnene. I det ene tilfælde havde pigebarnet angiveligt demonstreret, at hun var ved

at blive voksen, i det andet tilfælde skulle pigebarnet have beklaget sig over, at hun ikke havde haft forbindelse med mænd”. En (bort)forklaring, som ikke er ualmindelig blandt dagens – mandlige – sædelighedskriminelle.

Hun forklarede også, at ”pigebørnene” efterhånden opfordrede hende til de seksuelle handlinger, hvis baggrund hun i øvrigt ikke kunne forklare ...”det var ligesom, det sådan kom af sig selv”. Hun følte sig ikke seksuelt tiltrukket af kvinder eller store piger, og hun beskrev ”med største begejstring” et forhold til en mand, hvor hun havde opnået fuld seksuel tilfredsstillelse, hvad hun aldrig havde oplevet ved samleje med ægtefællen. I forbindelse med mentalobservationen blev der (naturligvis – der må være noget galt med hormonerne, når kvinder begår sædelighedskriminalitet) foretaget forskellige hormonanalyser af blandt andet gonadotropiner og østrogener, ligesom observanden også blev undersøgt af en intern mediciner, som samlet konkluderede, at observanden ikke frembød ...”tegn på nogen organisk lidelse”.

Observanden var sinke, ordblind og uuddannet. Hun kunne ikke den lille tabel, kendte ikke dronningens navn og mente, at Sjælland var Danmarks hovedstad. Hendes IQ blev ved anvendelse af Binet-Simon målt til 72, men det fremhæves, at hendes ordblindhed kunne påvirke resultatet i nedadgående retning. Hun blev vurderet som ”uvederhæftig i sine angivelser” samt ”primitiv”, men samtidig er også anført at ...”sikre psykopatiske karakterejendommeligheder har ikke været iagttaget”. Mentalundersøgelsen konkluderede, at observanden ...”sandsynligvis [er] biseksuelt indstillet og i udpræget grad hyperseksuel”. Det synes at være en noget vidtløftig konklusion, og Retslægerådet udtalte da også – udover at observanden hverken var sindssyg eller åndssvag, men sinke – blot, at hun ikke kunne ...”antages at være udtalt seksuelt abnorm”, men måske præget af ...”et lettere bisexuelt anlæg, hvilket har medført, at hun under særlige omstændigheder og til dels under alkoholpåvirkning har hengivet sig til homoseksuelle uterlighedshandlinger”. Retslægerådet ville heller ikke i dag kaste sig ud i en vurdering af hyperseksualitet, selv om diagnosen findes, og næppe heller have omtalt de rent spekulative overvejelser om biseksualitet. Observanden blev fundet ...”ikke absolut uegnet til påvirkning gennem straf” og idømt et års fængsel.

Tidligere tiders – få – sager om ekshibitionisme ses ikke mere og synet på, hvad der er afvigende seksuel adfærd, har ændret sig gennem 100 år. De fleste sager om sædelighedskriminalitet, rådet har behandlet, har imidlertid i både 1909 og i 2009 været opfattet som lovovertrædelser. Men som antydning kan man godt få indtryk af, at samfundets reaktion på mange former for sædelighedskriminalitet er strengere nu end for 100 år siden.

2.333 Vold og drab. Fra Retslægerådets første år har vold og drab været en fast bestanddel af de refererede sager. Mange minder om hinanden, og mange svarer til, hvad rådet ser i dag, selv om mangt og meget var anderledes for 100 år siden.

I rådets første årsberetning (1909-10, s.108ff) omtales en sag, hvor den 26-årige ”Ferdinand D.K.” var sigtet for at have skåret halsen over på en 21-årig separeret kvinde. Han kontaktede en politibetjent, fik ”et Anfald af Ligfald”, og da han angiveligt kom til sig selv, sagde han grædende, at han havde dræbt kvinden. Det troede betjenten ikke

rigtig på, men da tilkaldt assistance fandt liget, blev "Ferdinand", som i mellemtiden var stukket af, eftersøgt, anholdt og efterfølgende indlagt til mentalundersøgelse på "sindssygeanstalten ved Viborg", hvor overlæge Geill, senere i en periode formand for Retslægerådet, afgav erklæring. Observanden havde fra barndommen været doven og noget adfærdsforstyrret. Han havde været i lære både som snedker og skorstensfejer, men ikke gennemført, og han havde også været idømt ... "Fængsel paa sædvanlig Fængkost i 5 Maaneder". Tre år før aktuelle sigtelse blev han frifundet for et drabsforsøg, hvor han – ved et uheld – havde skudt en 14-årig pige i underlivet med en revolver. Efterfølgende skaffede "Fængselshjælpen" ham en stilling. Senere blev han ansat som hotelkarl, den dræbte kvinde var ansat samme sted. Observanden forklarede drabet med, at kvinden ville have ham til at sove sammen med sig, hvad han ikke ønskede. Observanden fandtes hverken sindssyg eller åndssvag, men i udtalt grad "hysterisk". Erklæringen beskriver nøje, hvorledes observanden havde foretaget adskillige dramatiske selvmordsforsøg – for eksempel ved at lægge sig på togskiner – idet han også var sikker på, at der var mennesker omkring ham. Han havde flere forskellige typer af "Ligfald" – fra at han blev fundet bevidstløs i en kælder, til at han som soldat var sprunget ud af et vindue på kasernens første sal, og ... "kun iført det blotte Linned var løbet henad Gaden udstødende Raab om, at Morderen var efter ham". Også under indlæggelsen til mentalundersøgelse havde han "Ligfald", foretog (dramatiske) selvmordsforsøg og angav ind imellem at høre stemmer, for eksempel at den dræbte kvinde kaldte på ham. Geill beskriver observanden som blandt andet ... "et i høj Grad uligevægtigt Individ med ringe udviklet Følelsesliv, med hurtigt skiftende Stemning, irriteret og paavirkelig for selv svage psykiske Indtryk, ... med heftige Udslag i hysteriske Anfald og Selvmordsforsøg, som ved hans med Hysterien følgende Egoisme faar et vist forlorent Præg". I konklusionen hedder det blandt andet, at observanden ... "er et paa Grund af Hysteri udtalt psykisk abnormt Individ, hvis Modstandsevne mod forbryderiske Impulser er langt svagere end det normale Menneskes".

Retslægerådet tilsluttede sig diagnosen – det havde rådet også gjort i dag – tog ikke stilling til "Modstandsevnen" – hvad rådet vel egentlig burde have gjort – og anbefalede "Forvaring" med den begrundelse, at observanden ved afsoning af en almindelig straf "efter al Sandsynlighed" ville udvikle "en udpræget Sindssygdom". Det ville rådet næppe mene i dag, men på den anden side synes observanden personlighedsmæssigt så forstyrret, at en psykiatrisk særforanstaltning kunne overvejes. Afgørelsen fremgår ikke.

Den næste sag er speciel derved, at den omhandler en sigtelse for ... "Mishandling af Patienter paa Sct. Hans Hospital" (årsberetningen 1909-10, s.105ff). Observanden, en 24-årig ugift mand, havde som barn været "stridig og uregerlig". Han drak ... "en Del Spiritus", og når han var beruset, tyranniserede han forældrene, som var bange for ham. Han var som soldat i 1905 indlagt på "Kommunehospitalets 6te Afd." (den psykiatriske afdeling) efter et voldsomt krampeanfald. Afdelingen fandt det overvejende sandsynligt, at det drejede sig om "et svært Hysterisk Anfald". Observanden fik 4. januar 1908 ansættelse som "Opsyn" på Sct. Hans Hospital, men blev afskediget 1. marts samme år efter at være kommet beruset tilbage til hospitalet og smadret inventaret i sit værelse. Året efter, 1909, blev observanden så – i første omgang i form af et anonymt brev – beskyldt for at have slået patienterne.

Observanden forklarede herom i retten: ”Foreholdt dette [sigtelserne] forklarer sigtede, at han i den Tid, han gjorde Tjeneste paa St. Hans Hosp., var ansat paa Kurhusets 3. Afdeling, hvor han om Dagen var Opsyn paa en urolig Stue. Dennes Dør skulde holdes aflaaet, og han var saaledes alene med indtil 15 Patienter, af hvilke mange var i høj Grad uregerlige. Nogle af dem var urenlige og forrettede deres Nødtørft paa Gulvet, og enkelte af dem var rene Dyr, der fortærede deres egne Ekskrementer og drak Spyttekummernes Indhold. Han skulde hjælpe disse Patienter med Paaklædning og Afklædning og vaage over dem om Dagen, og naar han skulde værges sig selv mod deres Angreb og forhindre, at de gjorde hinanden Fortræd, var det ofte nødvendigt at anvende Magt. Han indrømmer, at han ofte har skubbet til Patienterne, blandt andet for at forhindre dem i at træde i deres egne Ekskrementer, han har ligeledes jævnligen givet dem Lussinger, og erindrer godt, at han engang har slaaet en Patient over Benene med et Kesteskaft, fordi han havde lavet Griseri paa Gulvet”. Hospitalets overlæge mente ikke, at observanden – bortset fra hændelsen der førte til, at han blev afskediget – havde ... ”gjort sig ufordelagtig bemærket” og skulle observanden have ... ”forset sig mod enkelte Patienter, har han dog ikke tilføjet dem nogen nævneværdig Skade ...”. Retslægerrådet fandt, at observanden var ... ”et medfødt degenereret, noget imbecilt Individ med stærkt fremtrædende Affekter”, som af den grund ... ”i mindre Grad end det normale Menneske er i Stand til at øve Selvbeherskelse”. Altså nedsat tilregnelighed. Afgørelsen er ikke anført.

Observandens forklaring om forholdene på ”Kurhusets 3. Afdeling” er naturligvis subjektiv og et forsvar, men beskriver alligevel forholdene på de mest urolige afdelinger for 100 år siden. Hospitalets overlæge kommenterer da heller ikke beskrivelsen som overdreven eller forkert, og han synes nærmest at bagatellisere sigtelserne – patienterne led jo ikke nogen nævneværdig overlast. Man kunne forestille sig dagens medie- og politikkerreaktion på en sådan sag, som da også er medtaget for at vise, at noget er der trods alt sket de sidste 100 år.

Det modsatte, vold mod personalet på psykiatriske afdelinger, har altid fundet sted, men at et personalemedlem ligefrem bliver dræbt, hører heldigvis til sjældenhederne (årsberetningen 1917, s.29ff). En 30-årig mand var sigtet for det såkaldte ”Pilehusmord” (på ”Nykøbing S. Sindssygehospital”). Observanden havde fra barndommen været udtalt adfærdsforstyret, og en tidligere mentalerklæring havde diagnosticeret ham som ... ”et stærkt psykopatisk degenereret Individ”. Under en fængselsstraf havde han udviklet, hvad der blev opfattet som forbigående hallucinationer og vrangforestillinger, hvorfor han blev indlagt på et sindssygehospital. Han blev angiveligt rask, tilbageflyttet til afsoning, blev igen psykotisk, indlagt på et andet hospital og derfra udskrevet. Man antog, at hans ”psykopatisk degenererede Konstitution” disponerede til udvikling af forbigående psykotiske episoder, i tilsvarende sager ofte benævnt ”fængselspsykoser”, som er et temmelig uklart begreb. Afsoningsforholdene især i langvarig isolation kunne være barske og måske give anledning til ”akutte og forbigående” (som det hedder i dag) psykotiske tilstande. Undertiden kan man få indtryk af svære hysteriske reaktioner og endelig – og måske oftest – om de første symptomer på skizofreni. Observanden var igen blevet sigtet for tyverier mv., og han ønskede selv en dom til ”Forvaring” (hvilket i denne sammenhæng betyder anbringelse) på et psykiatrisk

hospital. En fornyet mentalerklæring konkluderede som de tidligere, men anbefalede dog psykiatrisk ”Forvaring”, hvilket også blev resultatet.

Nogle måneder senere dræbte observanden en plejeassistent ved med stor kraft at ”hugge” ham med kniv i venstre side af brystkassen. Plejeassistenten døde nogle dage senere af knivstikket, som blandt andet havde læderet lungen og ”gennemboret Mellemgulvet”. Sagen gav naturligt nok anledning til flere erklæringer om hændelsesforløbet, om den lægelige behandling af plejeren, om resultatet af obduktionen og om observanden. Han havde blandt andet været noget kværulerende samt efter beskrivelsen præget af vrangforestillinger af storhedskarakter. Da han imidlertid var ”fredelig”, var han blevet flyttet til ”en relativ fri Afdeling”. En lørdag aften ville han opsøge ”Borgmesteren”, hvorfor hospitalet bestemte, at han skulle flyttes til en ”Afdeling med et strengere Tilsyn”. Så blev observanden svært ophidset, og med en ”Skomagerkniv”, som han havde tilegnet sig og gemt, huggede han ud efter plejeassistenten, som – beskyttet af et tæppe – sammen med to andre ville overmande ham. Observanden blev efterfølgende anbragt i arresten, hvor kredslægen i flere udtalelser beskrev, hvorledes observanden blev florid psykotisk, svært hallucineret, angst og urolig samt præget af omfattende vrangforestillinger. Retslægerådet anbefalede dom til anbringelse på ”Sikringsanstalten”, om end Justitsministeriet havde fremført, at observanden selv havde påpeget, at opholdet der (altså i Nykøbing Sjælland) ...”ville blive meget ubehageligt for ham paa Grund af de Minder, Stedet rummer”.

Tilsvarende sygehistorier, heldigvis uden en sådan tragisk udgang, kendes også i dag med pendlen mellem fængsler og psykiatriske afdelinger. (se f.eks. afsnit 2.340).

Barnedrab optræder jævnligt gennem årsberetningerne, formentlig fordi den sagstype altid er blevet forelagt Retslægerådet. Årsberetningen 2000 (s.91ff) beskriver en sag, hvor en ung ugift kvinde dræbte sit barn umiddelbart efter fødslen. Hun var opvokset i et ø-samfund under velordnede forhold og havde altid været fysisk og psykisk rask. Hun havde haft nogle kæresteforhold, men aldrig været samlevende. Efter afslutningen af et forhold til en mand opdagede hun, at hun var gravid, men hun undlod at orientere andre om graviditeten, ligesom hun ikke kontaktede læge eller jordemoder. Ca. en måned før forventet termin (beregnet efterfølgende) fødte hun en nat, efter at hun aftenen forinden havde været til en sammenkomst, hvor hun af de øvrige blev beskrevet som upåfaldende, i sin habitualtilstand. Efter fødslen, som fandt sted på hendes værelse, hørte hun barnet klynke, hvorefter hun dræbte barnet og anbragte liget i en plastiksæk sammen med de blodige lagner. Sækken lod hun forblive i sit værelse. Hun sygemeldte sig nogle dage og genoptog herefter sin vante tilværelse, herunder sit arbejde. Da plastiksækken med barneliget blev fundet, blev hun varetægtsfængslet og surrogatanbragt på en psykiatrisk afdeling, hvor hun også blev mentalundersøgt. Hun fandtes helt uden psykotiske symptomer og normalt begavet. Personlighedsmæssigt fandtes hun lettere umoden og måske lidt konfliktsky, men overlægen fandt hende ikke omfattet af straffelovens (dagældende) § 69, stk. 1, og kunne altså heller ikke pege på en særforanstaltning.

Retslægerådet fandt imidlertid, at hun på fødselstidspunktet og i en periode forud herfor havde befundet sig i en dissociativ tilstand, det vil sige en tilstand hvor dele af

bevidstheden (her graviditet og fødsel) er fortrængt og/eller fraspaltet. I en kommentar beskriver rådet nærmere de dissociative tilstande. Rådet ville ikke udelukke, at hun måtte opfattes som omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men var det ikke tilfældet, var hun efter rådets opfattelse utvivlsomt omfattet af den dagældende § 69, stk. 1. Uanset den diagnostiske usikkerhed anbefalede rådet dom til psykiatrisk behandling mv., hvilket også blev resultatet.

En sådan sag forekommer i dag særegen og speciel, og den blev da også medtaget i en "moderne" årsberetning. Men sådan har det ikke altid været. Årsberetningerne for de første 30-40 år af rådets levetid rummer masser af sager om – oftest – ugifte kvinder, der dræbte deres barn efter fødslen (jf. Erik Henningsens billede "Barnemordet"). Langt de fleste sager omtales i et selvstændigt kapitel i årsberetningerne, "Fødsel i Dølgemaal", og omhandler især retsmedicinske spørgsmål – var barnet levende ved fødslen, var det fuldbårent mv. Der er imidlertid også ofte korte udtalelser om kvinderne, hvor man får et levende indtryk af, at de vilkår, tilværelsen dengang rummede for en fattig, ugift kvinde med et "uægte" barn – en betegnelse rådet dog holdt sig for god til at anvende – kunne være motivet for drabet. Men der er også sager, hvor rådet tog stilling til, om en dissociativ tilstand, som ovenfor beskrevet, kunne have foreligget.

I årsberetningen 1929 (s.126f.) er således omtalt en sag, hvor Retslægerådet blev spurgt om der var ... "Holdepunkt for en Antagelse af, at den for Barnemord tiltalte J.E.L.s mentale Tilst. i Gerningsøjeblikket skulle have været anderledes end enhver anden ugift fødendes under samme Forhold". Observanden havde præliminæreksamen og havde arbejde. Hun var fysisk og psykisk rask bortset fra en medfødt højresidig hofte-skade som medførte, at hun haltede. Hun havde 18 år gammel født en dreng, som var anbragt hos forældrene. Hun blev 20 år gammel gravid igen, men sagde det ikke til andre end den mand, hun mente, var fader til barnet (hun havde haft samleje med flere mænd). Hun vågnede en nat og vidste, hun var ved at føde, men hun tilkaldte ikke hjælp, fordi hun "skammede sig". Hun fødte barnet i sengen med dynen over sig. Allerede under fødslen havde hun besluttet sig for at dræbe barnet, og efter at moderkagen var kommet, stod hun op og kvalte det levendefødte barn med bånd fra et forklæde. Hun pakkede liget ind i gamle klude og gemte det i klædeskabet, hvorefter hun forsøgte at rengøre sengetøjet. Hun gik på arbejde kl. 6 næste morgen og var efter beskrivelsen helt upåfaldende de følgende dage. Liget blev fundet seks dage efter fødslen. Observanden blev så indlagt på det lokale (somatiske) sygehus, hvor hun også var upåfaldende. Retslægerådet besvarede det stillede spørgsmål (om observandens psykiske tilstand ved fødslen afveg fra andre ugifte mødres) benægtende, og observanden blev idømt "Forb.-husarbejde i 2 Aar", men løsladt et lille års tid senere og benådet for reststraffen.

I 1948 (årsberetningen s.37ff) fik Retslægerådet i en sag om "Uforsvarlig omg. V. barnefødsel" stillet de samme spørgsmål – en ung kvindes psykiske tilstand "under og umiddelbart efter fødslen".

Observanden var opvokset under gode forhold. Efter konfirmationen tjente hun på landet, og efter et kort ophold i hjemmet kom hun i maj 1947 på "husmandsskole".

Hun fik ...”fra alle sider et godt skudsmål”. Hun havde i slutningen af marts måned af en læge fået at vide, at hun var gravid i 3. måned og regnede derfor med, at hun skulle føde i oktober, det vil sige efter at opholdet på højskolen var afsluttet med udgangen af august måned. Hun omtalte ikke graviditeten til andre, men formodede, at moderen havde bemærket graviditeten, hvad moderen også havde. Moderen sagde imidlertid heller ikke noget til observanden. Observanden deltog i al undervisning – også gymnastik – på skolen, hvor hun gik med korset. Hun traf overhovedet ingen forberedelser til fødslen. En nat i midten af august vågnede observanden med smerter i underlivet, gik på toilettet, som var beliggende i gården, gik tilbage til sit værelse, som hun delte med en anden, gik igen tilbage til toilettet og fødte så – til sin store forbløffelse – ned i toiletkummen. Hun rev navlestrengen over og bar barnet, som hun troede var dødt, ud i skolens have. Barnet begyndte imidlertid at klynke, hvorefter hun lagde det under en busk og stoppede græs og blade i munden på det og gik i seng.

Barnet – en dreng – blev fundet i live nogle timer senere og overlevede. Skolens forstander var straks klar over, hvem moderen var. En tilkaldt læge fandt observanden bleg, blødende og apatisk i sengen – placenta var nemlig ikke afgået. Efter ”expression af placenta og ergometrininj.” stoppede blødningen, hvorefter moder og barn blev indlagt på det stedlige sygehus. Ca. et døgn efter indlæggelsen blev observanden rigtig klar over, hvad der var sket, og hun var på samme tid grædende over sin handlemåde og lykkelig for barnet. Hun angav selv, at hele forløbet stod som i en tåge for hende. Hun vidste nogenlunde, hvad hun havde foretaget sig, men hun kunne ikke genkende sig nogen følelser, hverken hvad angik selve fødslen, barnet eller om sig selv, da hun lå blødende i sengen. Ved mentalundersøgelsen fandtes hun ganske upåfaldende. Overlægen konkluderede blandt andet, ”Hendes handlinger må antages at være foregået uden normal bevidsthed frembragt af både legemlig og psykisk chokvirkning. Hendes normale bevidsthed skønnes først at være indtruffet 1 a 2 døgn efter fødslen”.

Retslægerådet tilsluttede sig og angav blandt andet ...”hendes handlemåde må betegnes som en confusionsreaktion”. Rådet diskuterede – som rådet gjorde det i 2000 – om tilstanden måtte ligestilles med sindssygdом eller nærmere måtte henføres til de ”forbigående uligevægtstilstande.” Sagen sluttede uden tiltale.

Der er imidlertid også andre sagstyper om drab af børn. En 37-årig gift diakon var sigtet for – og erkendte – at have dræbt sine to sønner på 4 og 8 år (årsberetningen 1950, s.71ff). Observanden var opvokset i ”små kår” som den yngste af fem søskende. Faderen var forsvundet fra hjemmet omkring tidspunktet for observandens fødsel. Moderen opretholdt hjemmet, men var ”nervøs og svagelig”. Hun blev ca. 52 år gammel indlagt på et sindssygehospital, hvor man stillede diagnosen ”Dementia præcox simplex” (i dag benævnt schizophrenia simplex), og efterfølgende kunne hun ikke ”klare sig selv”. Observanden havde gennemført almindelig (dvs. syv års) skolegang, hvor han klarede sig fint. Efter nogle år med landbrugsarbejde gennemførte han en diakonuddannelse, hvorefter han i godt ti år var ansat på et sindssygehospital, hvor alle, inklusive patienterne, gav ham det bedste faglige skudsmål – flittig, dygtig, samvittighedsfuld mv. Han blev imidlertid også beskrevet som indelukket og alvorlig, en mand som tænkte dybt over tingene. Han traf sin hustru på hospitalet, og i 1946 købte parret et hvile- og plejehjem for 15 ”pensionærer”, som de siden drev.

Observanden havde tidligere i det væsentlige været rask. I 1944 var han blevet slået i hovedet af en patient på sindssygehospitalet. Han var sygemeldt nogle dage og havde efterfølgende tendens til svimmelhed og hovedpine, hvilket dog svandt efter et par måneder. Observanden beskrev sig selv som meget ”tung” i det, fåmælt, indesluttet og med vanskeligheder ved at etablere kontakt med andre mennesker. Han benægtede at være nærtagende, men han ”spekulerede over tingene”. Han var altid rolig og fattet. Han var, ligesom hustruen, religiøs, men uden at hans religiøsitet på nogen måde var – som det hedder – ”overdreven”. Han drak aldrig alkohol. Ægteskabet beskrives, også af hustruen, som stort set harmonisk. Hun var livlig og udadvendt og kunne i irritation stikke børnene en lussing, hvad observanden var meget imod, og han skulle gentagne gange have forsøgt at tale med hustruen herom, men forgæves.

Observanden mente ikke selv, at han nogensinde havde frembudt tegn på en psykisk lidelse. I tiden lige før han skrev under på at købe plejehjemmet, blev han imidlertid af andre opfattet som ”deprimeret”, hvad han selv benægtede. Han havde været bekymret for økonomien og for, at hustruen skulle få for meget at lave samt mere diffust frygtet for fremtiden, hvis det gik galt. Under sagen kom det frem, at han et par dage efter købet havde forsøgt at kvæle hustruen, men dette var ikke blevet anmeldt. Han forklarede ved mentalundersøgelsen om denne begivenhed, at han igen nogle dage havde overvejet at ”redde” hustruen og i øvrigt også børnene fra en usikker fremtid ved at berøve dem livet. Selve kvælningsforsøget var dog en pludselig indskydelse i tilslutning til et samleje. Hændelsen blev som anført ikke anmeldt, men på hustruens forlangende lovede observanden at tale med hospitalets overlæge om begivenhederne. Det gjorde han også – men uden at omtale kvælningsforsøget. Det fandt observanden ingen grund til, idet han havde indset, at hans bekymringer havde været ”overdimensionerede”.

Observanden var som anført nu sigtet for at have dræbt sine to sønner ved kvælning. Han havde et par dage før drabene følt sig utilpas, nærmest forkølet og febril. Natten før han kvalte børnene, fik han en ”underlig støj i hovedet”, som en snurren eller en susen, men der var ikke tale om stemmer. Om morgenen hørte han et ”frygteligt spektakel”, og han oplevede en stærk angst for, at der skulle ske børnene noget. Herefter stod begivenhederne i en tåge for ham. Han blev umiddelbart efter drabene indlagt på Middelfart Sindssygehospital, hvor han var ”bortgemt”, uinteresseret i omgivelserne og klagede over ”spektakel” i hovedet. To dage efter hørte han ...”ligesom ...et knald inde i hovedet”, hvorefter han blev sig selv, hvilket også blev iagttaget på hospitalet. Observanden gav ved mentalundersøgelsen udtryk for, at han på drabs-tidspunktet havde befundet sig i en organisk betinget sindssygdomstilstand, måske en ”byld på hjernen”, med henvisning til de forudgående somatiske symptomer. Han kunne derfor ikke føle nogen ”skyld”, men han sørgede over tabet af sine børn.

Mentalerklæringen vidner om, at man forsøgte at forklare kriminaliteten såvel ”biologisk” som ”psykologisk”, hvilket er typisk for den tids mentalundersøgelser. Den første erklæring blev udarbejdet af overlægen på Middelfart Sindssygehospital, men da dette hospital ikke havde mulighed for hverken at foretage eeg eller ”hjernepustning” (PEG), fik observanden foretaget en supplerende undersøgelse under indlæggelse på Rigshospitalets psykiatriske afdeling. Eeg, neurologisk undersøgelse samt øjen- og øreundersøgelse var normale. Luftencefalografi (”røntgenfoto-grafering af hjernen efter

luftindblæsning” – dengang var de mentalobserverende psykiatere mere flinke end i dag til at oversætte medicinske fagudtryk til dansk) viste blandt andet rigelig luft på hjernens overflade, men i øvrigt intet abnormt. (Det fremgår af andre af tidens erklæringer, at man meget vel vidste, at dette ikke nødvendigvis var udtryk for noget abnormt). De somatiske undersøgelser gav altså ikke grundlag for antagelsen af en organisk psykotisk tilstand. Så overvejede man også, om observanden kunne have haft en ”psykogen psykose”. Hans tilværelse inklusive mulige psykiske traumer og hans psykiske tilstand i månederne op til drabene blev søgt kortlagt i alle detaljer. Observanden selv havde imidlertid ikke meget at sige, dels fordi han habituelt var indelukket og ”blufærdig” og ikke brød sig om, eller ikke evnede, at tale om sig selv, dels fordi han var overbevist om rigtigheden af sin egen diagnose, en kortvarig organisk betinget psykotisk tilstand. Ud fra en formodning om, at observanden kunne have ”fortrængt” væsentlige begivenheder forud for og under drabene, foreslog Righospitalets læger ham derfor, at han skulle ...”lade sig underkaste amytaalbehandling”, det vil sige narkoanalyse. Denne procedure er i erklæringen beskrevet således: ”Ved amytaalbehandling indgives gennem indsprøjtning i en blodåre et farmakologisk veldefineret stof – amytalnatrium – hvorved den behandlede hensættes i en følelse af frigjorthed og veltilpashed, ofte ledsaget af nogen opstemthed; det bliver da gerne muligt at opnå god følelsesmæssig kontakt med den behandlede, og ofte lader sig ældre, ”glemt” erindringsstof reproducere”. Narkoanalyse med anvendelse af forskellige (læge)midler var et produkt af anden verdenskrig, hvor metoden blev anvendt dels som ”sandhedsserum” ved afhøring af krigsfanger, dels i behandlingen af soldater med for eksempel ”shell-shock”. Narkoanalysen ”afslørede”, at der måske var visse ægteskabelige problemer, og at observanden i månederne før kriminaliteten havde haft mange spekulationer om ægteskabets beståen. Dette tog han imidlertid kraftigt afstand fra ved efterfølgende samtaler. Han kunne også under narkoanalysen berette lidt mere detaljeret om drabene, men uden nye, væsentlige oplysninger.

Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, hvorefter observanden ikke var sindssyg ”nu”, og at han var normalt begavet. Personlighedsmæssigt blev han vurderet som ”skizoid”. Herefter hedder det: ”Den påsigtede drabshandling må opfattes som en sjælelig afspændingsreaktion, fremkaldt ved en personlig konfliktsituation, der gennem nogen tid havde hensat ham i stærk sjælelig spænding. Det må antages, at han på det pågældende tidspunkt har haft en forbigående legemlig sygdom af ikke nærmere afklaret natur, og at den derved fremkaldte indisponerethed har nedsat hans modstandsevne over for opdukkede impulser. Sigtedes tilstand på gerningstidspunktet afviger så stærkt fra det normale, at den må ligestilles med sindssygdom. Han må findes uegnet til påvirkning gennem straf. Under hensyn til hans psykopatiske konstitution [altså personlighedsforstyrrelse] og til, at han een gang tidligere i en lignende spændingstilstand har reageret med tilløb til drab, må det skønnes, at faren for nye, ligeartede handlinger ikke er helt ringe, og det må derfor tilrådes, at han anbringes i psykopathforvaringsanstalten”. Det blev også resultatet.

Årsagen til, at denne sag er gennemgået mere omfattende end mange andre, er dels, at den er usædvanlig – men det er mange af de sager, rådet ser – dels og især, at den er så tidstypisk. Helweg havde beskrevet de abnorme enkeltreaktioner i sin ”Retspsykiatri”

fra 1939, og "afspændingsreaktioner" var en af de abnorme enkeltreaktioner. Disse tilstande blev normalt ikke opfattet som psykotiske, men her dog som en "ligestillet" tilstand. Det ville Retslægerrådet ikke have udtalt i dag, ligesom rådet ikke ville udtale, at en afvigende kriminel handling, uafhængig af hvor afvigende den end måtte være, i sig selv er udtryk for en sindssygdom. Man kan også tvivle på, om rådet egentlig mente en "ligestillet" tilstand, idet rådet anbefalede anvendelse af "psykopathforvaring" og ikke en psykiatrisk særforanstaltning. De psykogene psykoser var i 1950'erne en veletableret diagnose i Danmark og resten af Skandinavien, men med et vågent øje på mulige organiske faktorer. Narkoanalyse blev forsøgt anvendt, selv om der er indlysende retssikkerhedsmæssige problemer ved denne procedure – hvad stiller man op med en sigtet, der nægter sig skyldig, men som erkender under narkoanalyse? Mentalobservationskommissionen behandlede i sin betænkning fra 1956 spørgsmålet om anvendelse af narkoanalyse, og om end flertallet principielt ikke ville afvise anvendelsen – det ville mindretallet – var det med så mange forbehold, at denne undersøgelsesform ophørte. Endelig kan nævnes, at rådet medtog kvælningsforsøget af hustruen i sine præmisser. Da der ikke var nogen "sag", havde rådet i dag nok været forsigtig med at omtale denne hændelse, om end den på den anden side er svær at se bort fra ved vurdering af observandens "farlighed".

Hvordan ville Retslægerrådet vurdere sagen i dag? Formuleringen af udtalelsen ville være anderledes, men såvel de "biologiske" som de "psykologiske" forhold ville formentlig indgå i præmisserne. Diagnostisk kunne en mulighed være en skizotypisk sindslidelse, hvilket er en tilstand på grænsen mellem § 16, stk. 1 og § 69. Ved skizotypiske sindslidelser kan der ses kortvarige, såkaldte "mikropsykotiske" episoder, og det kan overvejes, om observanden havde befundet sig i en såkaldt tilstand på gernings-tidspunktet – "spektaklet" i hovedet. En sådan tilstand ville i dag blive henført under § 16, stk. 1. Men rådet kunne måske også følge erklæringen, og diagnosticere observanden som "skizoid", det vil sige omfattet af § 69. I det tilfælde ville rådet næppe anbefale en psykiatrisk særforanstaltning, men at "eventuel afsoning indledes på Anstalten ved Herstedvester." Så alt i alt – diagnosen ville være lige så usikker i dag som for ca. 50 år siden, og foranstaltningsforslaget kunne i praksis blive det samme.

Den følgende sag omhandler også de psykogene psykoser. En 23-årig mand var sigtet for drab og tre drabsforsøg. Han havde først slået sin søster, så en sygeplejerske, en "husmedhjælper" og endelig sin sengeliggende moder (som døde) i hovedet med en økse. Herefter forsøgte han at brænde huset af (årsberetningen 1941, s.23ff). Manden blev mentalundersøgt under indlæggelse på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, hvor professor Hjalmar Helweg afgav erklæring. Observanden var opvokset som nummer seks af seks søskende i et middelstandshjem, som var stærkt religiøst præget, men religiøsiteten var ..."stærkt formelt præget og [har] i væsentlig mindre Grad haft Indflydelse på Aand og Tankegang". Faderen var død, da observanden var 20 år gammel, moderen var permanent sengeliggende på grund af en gigtsygdom. Observanden havde studentereksamen, var begyndt et arkitektstudium, skiftede til litteratur- og kunsthistorie for så at komme i "Handelslære", hvor han også gik på handelsskole. Han boede fortsat i hjemmet. Observanden havde været præget af hjemmets religiøse indstilling, men under indtryk af en lidt ældre søster, som meget kraftigt havde sat sig op mod hjemmets "aandsødelæggende Atmosfære", havde han – nok

noget halvhjertet – forsøgt at frigøre sig. Han gik ud med kammerater og ...”pralede særlig paa det erotiske Omraade”, men indtrykket var, at det var pralerier. Han blev forlovet med ...”en flink og fornuftig ung Pige”, og indledte også et seksuelt forhold til hende, om end hun oplevede, at han gik ...”udover sit Væsens naturlige Grænses”. Observanden begik de kriminelle handlinger 14 dage efter, han første gang havde haft samleje med veninden. I dagene før kriminaliteten var han noget usamlet, han meldte sig ud af handelsskolen og løb – uvist hvorfor – på skjorter en hel nat. Hans bekendte mente, at han havde en ”aandelig krise”.

På dagen for – som det hedder – ”Ugeringen”, havde han tændt stearinlys i sit værelse og hængt religiøse symboler op. Hans storesøster kom ind i værelset, hvorefter han pludselig fik den tanke, at han burde slå hende ihjel. Så slog han hende i hovedet med en økse, og da sygeplejersken kom til hjælp, slog han hende i hovedet. Han gik så ind i moderens værelse, hvor han huggede ”Husmedhjælperen” i hovedet med øksen, for så til sidst at hugge den sengeliggende skrigende moder i hovedet. Efter at have forsøgt at anstifte brand i husets kælder, forlod han huset med et par skjorter. Han opsøgte en bekendt, som ikke var hjemme, men han foreslog vennens søster, at hun tog med ham til udlandet på skjorter. Herefter opsøgte han nogle bekendte, hvor han var ”ganske forstyrret”. Han knuste blandt andet et stueur, med den bemærkning, at ...”den gamle Tid var ødelagt”. Han blev så anholdt, opførte sig ”højest besynderligt” i retten og løb nøgen og råbende rundt i fængselscellen. Herefter blev han indlagt på en psykiatrisk afdeling. Her var han urolig, men også smilende, han skrev meningsløse digte med banale rim, som han deklamerede med stor patos, ligesom han fremsagde skriftsteder. Han var hertil talende med løse associationer, opstemt og totalt uberørt af kriminaliteten. Han var formentlig ikke hallucineret.

Der var ingen tvivl om, at observanden var psykotisk og havde været det på gernings-tidspunktet. Men hvad fejlede han? Skizofreni fandtes mindre sandsynligt, en mani var en mulighed, men en psykogen psykose, betinget af observandens opgør med hjemmets værdier og holdninger, fandtes mest sandsynligt. Hele erklæringen er bygget op for at beskrive den tiltagende ”indre Spænding”, observanden måtte antages at have gennemlevet ved det brud med hjemmet, som han inspireret af søsteren havde gennemlevet, indtil han tabte... ”Herredømmet over sig selv”. Argumentationen virker i dag søgt, næsten spekulativ i et forsøg på at ”forklare” årsagen (psykogenesen) til den psykotiske tilstand. Den form for argumentation ses også i dag, for eksempel i visse sager vedrørende påstået posttraumatisk stressreaktion (PTSD), hvor betegnelsen ”posttraumatisk” indebærer, at årsagen udelukkende er af ”psykogen” karakter. Helweg var måske også selv i tvivl – han nævner i hvert fald muligheden af en ”psykogen udløst” mani. En manisk tilstand er måske mest sandsynlig, om end det er korrekt, når Helweg skriver, at den form for kriminalitet er yderst sjælden for maniske patienter. Men symptombeskrivelsen passer også med en debuterende skizofreni. Retslægerådet fandt observanden ...”rimeligvis lidende af en psykogen (af sjælelige Aarsager fremkaldt) Sindssygdøm”, og nævner hverken skizofreni eller mani.

I 1950’erne blev de første moderne psykofarmaka introduceret. Rådet udtalte (i en skilsmissegang, årsberetningen 1956, s.32), at den medikamentelle behandling med blandt andet ”Largactil” (klorpromazin) kunne bedre skizofreni, men bedringen var

”symptomatisk”, og der fandtes endnu ikke behandlingsformer, som kunne medføre ”varig helbredelse”. Det gælder stadig. En sag fra samme år (side 24ff.) illustrerer den kun ”symptomatiske” bedring. En 24-årig skizofren ung mand dræbte sin far med ”et kvælertag”. Observanden blev umiddelbart efter tvangsindlagt og senere mentalundersøgt. Observanden var fra 4-års-alderen opvokset med faderen, idet moderen da var blevet indlagt på Sct. Hans Hospital som kronisk sindssyg efter at have forsøgt at dræbe observandens fader. Observanden havde fra barndommen udvist adfærdsstyrrelser, han havde været anbragt uden for hjemmet, han kom aldrig i gang med en uddannelse, og 22 år gammel blev han indlagt på en psykiatrisk afdeling med alle symptomer på skizofreni – for eksempel bizarre legemlige vrangforestillinger i form af, at ...”rygraden vældede op i hovedet”, eller at faderen var ”fanden”. Han var læn-gerevarende indlagt, men fik så Largactil, og over det følgende halve år fik observanden det væsentligt bedre, hvorfor han blev udskrevet til faderen. Tre måneder senere dræbte han faderen. Drabet var begrundet i omfattende, bizarre vrangforestillinger om faderen. Såvel den mentalobserverende overlæge som Retslægerådet stillede diagnosen skizofreni og anbefalede en anbringelsesdom. Det gør rådet også i dag i denne sagstype, som går igen i alle 100 år – psykofarmaka eller ej.

2.334 Kvinder og kriminalitet. Kvinder begår sjældent kriminalitet, men de (få) kvindelige kriminelle er som gruppe psykisk mere afvigende end gruppen af kriminelle mænd. Dette afspejler sig også i rådets årsberetninger, hvor mange sager beskriver ganske svært afvigende kvinder, således som det også fremgår af dette afsnit.

Tidligere tiders retspsykiatere – og Retslægerådet – forsøgte ofte at ”forklare” eller ”forstå” kriminaliteten, og tidligere var seksualitet, menstruation og graviditet ofte en ”forklaring” på kvinders kriminalitet, såvel brandstiftelse som ”kleptomani”. En 18-årig gymnasieelev var sigtet for en række butikstyverier (årsberetningen 1940, s.25ff). Retslægerådet anbefalede indlæggelse til mentalundersøgelse, men accepterede, at indlæggelsen først fandt sted, efter at kvinden, som gik i 3.g, havde taget studenterek-samen. I erklæringen hedder det, at tyverierne havde været ”...impulsive Befrielses-handlinger...under Menstruationsfasen og den som Følge heraf tilstedeværende lette sjælelige Abnormtilstand”. Overlægen fandt også, at denne abnormtilstand ...”bør sidestilles med egentlig Sindssygdøm” og anbefalede, at observanden forblev indlagt ...”indtil der måtte være skaffet hende en egnet Plads med Bopæl uden for hendes Hjem”, og at hun hertil kom under tilsyn. Retslægerådet tilsluttede sig. Det havde rådet ikke gjort i dag.

En 27-årig ugift kvinde var sigtet for bedrageri (årsberetningen 1941, s.21ff). Hun blev mentalundersøgt af en amtslæge, der fandt hende på alle måder fysisk og psykisk rask. Et mislykket parforhold havde påvirket ...”hendes Nervesystem og Sindsligevægt”. Hun var blevet gravid, hvad hun skjulte for sine pårørende, hvorfor hun havde fået økonomiske problemer og begået bedrageri. Amtslægen var imidlertid overbevist om, at der kun var tale om et ”Laan”, og at kriminalitet lå observanden fjernt, hvorfor ...”Graviditetstilstanden og dens psykiske Indflydelse [måtte] tillægges en særlig og væsentlig Betydning”. Hertil fandt lægen, at kriminaliteten allerede havde medført ”den største Straf”, idet observanden havde mistet stilling og karriere, og at ”Repres-

sionsforanstaltninger” kun ville være skadelige og i øvrigt ...”være et haardt Slag for hendes gamle Forældre.” Som tidligere nævnt – ikke alle mentalerklæringer er lige objektive og neutrale. Retslægerådet ville ikke udelukke, at graviditeten havde ...”medført nogen sjælelig Uligevægt og Usikkerhed”, og fandt ikke observanden ”egnet til påvirkning gennem Straf”. Tiltalen blev frafaldet.

En 20-årig kvinde var sigtet for flere tyverier (årsberetningen 1937, s.55ff). Den første erklæring var udarbejdet af en ”nervelæge”, der gjorde meget ud af, at observanden to år gammel havde haft ”Spansk syge,” og at hun efter at have været normalt menstrueret fik blødningsforstyrrelser. Observanden havde stjålet genstande og penge, men hun havde ...”paa Kleptomans Vis gemt dem hen”. Hun havde følt ...”en Slags Drift til at tilegne sig Værdigenstandene”, men hun benægtede, at tyverierne havde været ledsaget af ”nogen sexuel Fornemmelse”, som hun – pointeres det - udmærket kendte. Samlet fandt ”nervelægen”, at diagnosen var ...”Encephalitis subthalamica hos et Individ i Vækstperioden”. Observanden blev så undersøgt af ”Speciallægen i Psykiatri ved Københavns Politi”, der ikke fandt tegn på encephalitis, men helt uden præmisser anførte, at ...”helt udelukke en sexuel Oprindelse til Tyverierne kan man vist ikke”. Det strammede Retslægerådet til, at Kleptomani ...”er for en væsentlig Del at henhøre til de i en Aarrække tilstedeværende Forstyrrelser paa det kønsudviklingsmæssige Omraade”, om end andre ”Momenter” ikke kunne udelukkes. Præmenstruel dysfori og utilpashed under graviditet er velkendt, men anses i dag ikke for abnormtilstande omfattet af hverken straffelovens § 69 eller § 16.

Den her beskrevne ”klassiske” kleptomani – især begået af kvinder – er i øvrigt en af de kriminalitetsformer, som rådet stort set ikke ser i dag. Årsagen kan naturligvis være, at denne sagstype ikke nu sendes til mentalundersøgelse, men da de ses nu og da, kunne forklaringen også være, at hyppigheden er aftaget.

I 1938 (s.59ff.) blev en tidligere ustraffet, ugift, yngre kvinde sigtet for drabsforsøg. Hun blev indlagt til mentalundersøgelse, og af erklæringen fremgår blandt andet, at hun var opvokset i en velhavende og velfungerende familie, hvor farfaderen havde været ...”en meget anset mand”. Hun fik privatundervisning i hjemmet, indtil hun kom i gymnasiets mellemskole, men hun havde svært ved at følge med og fik en dårlig mellemskoleeksamen. Man ...”lod hende nu komme ud af Skolen”, og i de følgende år var hun blandt andet ”i Huset” hos en Tante, et Aars tid hos...”en Præstefamilie paa Landet”, ”i Huset” hos en faster mv. afbrudt af ophold i hjemmet. Observanden blev på den ene side beskrevet som flittig, sød og venlig samt ...”især overmaade kærlig overfor Dyr”, men også som ...”mærkelig, malproper og uordentlig med sin Person”. Hun ...”drev det vistnok til at forrette sin Afføring i sin Stue, hvor hun bagefter syntes at have tørret Hænderne i Gardinerne”. Efter at have modtaget undervisning i sprog og kunsthåndværk blev hun ”Elev” på en frugtplantage, hvor hun ”forguede” en (kvindelig) arbejdsleder. Hun blev sagt op, fordi hun var ”for trættende” og fik ansættelse på en ny frugtplantage. Efter nogle måneder her blev observanden sigtet for at have forsøgt at dræbe husets ”Frue” ved at slå hende i hovedet med en barneseng. Fruen overlevede uden særlige mén. Observanden, som formentlig igen stod til at blive afskediget, tilstod først og forklarede, at hun var listet ind i soveværelset for at

se på de sovende børn, og da forurettede vågnede, slog observanden hende i hovedet med barnesengen for at undgå at blive opdaget. Senere trak hun tilståelsen tilbage og angav, at en ung mand, som hun kendte, måtte være gerningsmanden. Hun havde tidligere tilstået for at dække over, at hun (vistnok) kom sammen med ham. Hun angav dog også, at forholdet var blevet afbrudt, fordi hun ikke ville opfylde ...”hans seksuelle Krav”. Hun var opvokset på en stor gård og havde som helt ung været sværmerisk forlovet i en af gårdens forvaltere, hvis hat hun gemte i lang tid. Hun havde også været forlovet, men forholdet var blevet afbrudt på grund af hendes ...”seksuelle Kølighed”. Hun havde 21 år gammel på familiens foranledning været indlagt fire måneder på ”Filadelfia”, hvor man stillede diagnosen ”Degeneratio psychopatica”. Den diagnose stillede man også ved mentalobservationen. Somatisk er observanden beskrevet som kraftig og en ...”velnæret Person af pyknisk Type”. Hun havde let skægvekst og kraftig behåring af ekstremiteterne. Pubesbehåringen var ...”ikke af helt feminin Type. I øvrigt finder ingen fremtrædende Degenerationstegn udover tilhæftede Øreflipper ...”. Overlægen anbefalede ”Anbringelse i Psykopatanstalt”.

Retslægerådet tiltrådte diagnosen og tilføjede så ...”Forsaavidt hun befindes skyldig i det paasigtede Forhold er derigennem godtgjort, at hendes psykopatiske Impulsivitet kan føre til alvorlige Forbrydelser ...” og i så tilfælde anbefalede rådet også ”Psykopatforvaring”. Observanden blev fundet skyldig, men ...”idømt Fængsel i 8 Mdr. (-142 D.)”. Fradraget – små fem måneder – er formentlig for tiden som indlagt mentalobservand. En nutidig mentalundersøgelse havde nok fokuseret lidt mere på de mulige dyskrine forstyrrelser, observanden frembød. På den anden side havde disse undersøgelser næppe påvirket konklusionen, som i dag ville være, at rådet ...”såfremt hun findes skyldig, ikke kan pege på foranstaltninger jf. straffelovens § 68, 2. pkt. , som mere formålstjenlige end straf”. Som det fremgår, er forbeholdet (eller frasen) ”såfremt skyldig” ikke af ny dato.

I modsætning til tidligere forsøger Retslægerådet som udgangspunkt i dag ikke at ”forstå” eller ”forklare” kriminalitet – og slet ikke seksualitet, menstruation eller graviditet som ”forklaring” på, at kvinder begår lovovertrædelser.

2.335 Stofmisbrug. Stofmisbrug, som vi kender det i dag, ses ikke i de gamle sager, men medicinmisbrug var ikke helt ualmindeligt. En 36-årig mand var sigtet for uterlighed mod to drenge (årsberetningen 1928, s.76f.). Han var tidligere dømt for blandt andet tyveri og havde også været sigtet for uterlighed mod drenge. Observanden havde ”nogle Aar” haft et betydeligt misbrug af morfin (”ca. 400 g Tinct. thebaica benzoica dagligt”), og Retslægerådet blev spurgt om en mulig sammenhæng mellem observandens medicinmisbrug og ”Kønsdrift”. Observanden havde tidligere været indlagt på Sct. Hans Hospital på grund af misbruget og var nu under ...”stadig Lægebehandling og Lægetilsyn” med langsom afvænnning. Retslægerådet udtalte, at observanden var homoseksuel, men at der ikke var nogen sammenhæng mellem hans misbrug og hans ”Kønsdrift”. Den opfattelse har ikke ændret sig.

Det klassiske morfinmisbrug blandt medicinalpersonale ses naturligvis også.

En ca. 35-årig tidligere sygeplejerske var sigtet for tyverier og bedrageri (årsberetningen 1938, s.105ff.). Af kredslægens erklæring fremgår, at observanden var opvokset under gode forhold, hun frembød intet i barndom og ungdom, klarede sig godt i skolen og blev uddannet sygeplejerske. Efter forskellige ansættelsesforhold flyttede hun til København, hvor hun fik ansættelse i en privatklinik. Hun passede sit arbejde upåklageligt i fem år, men begyndte så at misbruge morfin måske – hedder det i erklæringen – samtidig med, at hun havde et forhold til en gift mand. Det skal her bemærkes, at et tidsmæssigt sammenfald ikke er det samme som et årsagsmæssigt sammenfald. Den form for fejlslutninger ses også i dagens retspsykiatriske erklæringer. Observanden blev afskediget og af familien indlagt på et sindssygehospital til afvænnning. Hun blev udskrevet et halvt år senere, men recidiverede hurtigt til morfinmisbruget, hvorfor hun forsøgte at suicidere ved at springe i havnen. Efterfølgende havde hun ansættelsesforhold som ”Husbestyrerinde”, hvor hun så begik kriminaliteten for at skaffe sig penge ...”til Betaling af Morfinrecepter ...og Betaling af Morfinen”. Kontrollen med ordination af afhængighedsskabende lægemidler var ikke, hvad den er i dag. Under opholdet i arresten gjorde hun ...”et særdeles ynkeligt Indtryk og har bestandigt plaget for at faa Morfin”, hvad hun så også fik. Hun havde såmænd også en absces på venstre lår efter at have sprøjtet sig. Kredslægen fandt, at observandens ”kroniske Morfinisme” var at ligestille med Sindssygdom, men det mente Retslægerådet ikke. Hun var præget af den ”for kronisk Morfinisme karakteristiske almindelige sjælelig Svækkelse, specielt ogsaa paa det moralske Område”: Rådet anbefalede, at hun blev indlagt på et sindssygehospital til afvænnning, og det blev også resultatet. Sådan var det bestemt ikke gået i dag.

Amfetaminmisbrug – og en heraf betinget paranoid psykose? – fremgår af en sag fra 1939 (s.81ff). En habituelt noget ”hysterisk”, tidligere ustraffet gift kvinde var sigtet for blandt andet at have fremsat uberettigede klager og for at have fremsat trusler og injurier over for politiet (politimesteren). Erklæringen beskriver omfattende og detaljeret, at hun havde følt sig forfulgt og forulempet af en bestemt mand, og at hun gentagne gange havde meldt ham til politiet. Politimesteren havde ligeså mange gange meddelt, at politiet ikke ville foretage sig noget i anledning af anmeldelserne, og i klager til statsadvokaten, Rigsadvokaten og Justitsministeriet fremførte observanden med stadig større styrke, at politimesteren var ”i Lommen” på den pågældende mand. Ved mentalundersøgelsen konkluderedes, at observanden led af en paranoid psykose. Det fremgår imidlertid også, at hun igennem et årstid havde haft et stadig større (mis)brug af ”blandede Pulvere” (et magistrelt præparat, som indeholdt koffein, acetylsalicylsyre, fenacetin og acetanilid) og af ”Mecodrin-Tabletter” (som indeholdt 5 mg amfetaminsulfat pr. tablet) op til 50 tabletter på en uge¹. Betydningen af dette misbrug diskuteres hverken i erklæringen eller af Retslægerådet, som end ikke nævner det, men med en nutidig viden er det nærliggende at overveje, om observanden kunne have lidt af en af amfetaminmisbrug udløst paranoid psykose. Retslægerådet udtalte i øvrigt, at tvangsmæssige foranstaltninger over for paranoidt psykotiske patienter ...”har en uheldig Virkning” – hvilket også er god latin i dag – og anbefalede, at man forsøgte at bremse hendes adfærd gennem ...”et kraftigt Tilhold”. Det fremgår, at anklagemyndigheden undlod tiltale.

¹ Tak til forhenværende apoteker lic.pharm. Verner Andersen og professor dr.pharm. Poul R. Kruse for oplysninger om indholdet i henholdsvis ”blandede pulvere” og Mecodrin

2.336 Mentalt retarderede. Mentalt retarderede – eller åndssvage som det hed i årsberetningerne indtil for få år siden – udgjorde en stor gruppe i de første mange år. Flere sager om formodede åndssvage er gengivet, se for eksempel afsnit 6.3, og som det fremgår, kan man efter en moderne opfattelse tvivle på, at de pågældende faktisk var åndssvage. Flere sager peger på, at det har drejet sig om sinker eller måske blot tungt begavede, som har været uuddannede, understimulerede, syge, fattige, forsømte eller fordrukne, og som derfor har fungeret intellektuelt dårligt. Det drejede sig ofte om et forarmet landproletariat, der fristede en kummerlig tilværelse. Anbringelse på en åndssvageanstalt, som Retslægerådet ofte anbefalede i denne type sager, kunne således i rådets selvforståelse også opfattes som en hjælpende social og pædagogisk foranstaltning. Men det var omdiskuteret.

En sag fra årsberetningen 1939 (s.33ff.) – hvor rådet måske ikke har brilleret – omhandler en 19-årig ung mand, som var sigtet for ...”at have sat Ild paa sin Husbonds Gaard”. Han blev mentalundersøgt af en kredslæge, som blandt andet anførte, at observanden havde været ”en god Dreng”, der græd, hvis han lavede gale streger. Han havde haft svært ved at følge med i skolen, og efter konfirmationen blev han hjemme hos forældrene et års tid, fordi han var ”for spinkel” til at passe en plads. Han var så ansat på forskellige gårde, hvor han havde svært ved at klare arbejdet, som heller ikke interesserede ham. Han satte ild på den gård, hvor han var ansat, for at slippe for arbejdet. Observanden rørte ikke alkohol, og kredslægen mente at kunne udelukke ”seksuelle Motiver” til Brandstiftelsen. Kredslægen gennemførte en omfattende intelligencetest og konkluderede så, at observanden måtte ...”betegnes som et svagt begavet Individ (Sinke), aandeligt og legemligt barnligt uudviklet ...”. Kredslægen fandt ikke observanden uegnet til påvirkning gennem almindelig straf. Retslægerådet anførte i en korrespondance med kredslægen, at rådet ville være ”tilbøjelig” til at vurdere observanden som åndssvag i lettere grad og anbefale inddragelse under åndssvageforsorg. Men det var kredslægen ikke enig i – det var måske ønskeligt med en ”Sinkeforsorg”, men han måtte ...”anse det for uheldigt af Opportunitetshensyn at ville svække Begrebet Aandsvaghed for meget”. Det var svært for Retslægerådet at sidde overhørigt, hvorfor rådet anbefalede ...”Observation på en Aandssvageanstalt”. Herfra konkluderede overlægen, at observanden vel var (højerestående) sinke, pubertetspræget og noget umoden, men i øvrigt venlig, omgængelig og upåfaldende. Overlægen fandt også, at placering på en lille arbejdsplads med et tilsyn ville være den rigtige sanktion – almindelig straf ville kun være skadelig. Det måtte Retslægerådet acceptere, men dog med en bemærkning om, at observanden var ...”noget psykopatisk præget” og muligvis ”milieubeskadiget”. Det var der nu ikke meget belæg for i mentalerklæringen. Observanden blev idømt fængsel i 10 måneder.

Som nævnt i afsnit 6.3 blev rådet i 1943 kritiseret for sin vurdering af sager vedrørende muligt lettere åndssvage. En udtalelse i en konkret sag i årsberetningen 1950 (s.11ff.) kan formentlig ses som et svar på denne kritik. En knap 20-årig ung mand var sigtet for tyveri. Han havde tidligere fået tiltalefrafald mod at undergive sig børneværnsforsorg for uterlighed over for en 6-årig pige. Han blev igen mentalundersøgt, og i lighed med tidligere fundet umoden og overfladisk med et ”puerilt” tankeindhold – han læste ”Kriminalhistorier” og ville være ”Boxer og Væddeløbscyklist”. IQ var – afhængig

af undersøgelsesmetode – 74 eller 79. Erklæringen konkluderede: ”Spørgsmålet om inddragelse under Aandssvageforsorg må være afhængig af om man mener, at Unge, der er Grænsetilfælde til Aandssvageforsorg, bør inddrages under Aandssvageforsorg eller ej”.

Herefter udtalte Retslægerådet: ”X er efter det oplyste ikke Sindssyg, men Aandssvag i lettere Grad, idet han intellektuel er placeret på Grænsen mellem Aandssvage og Sinker. Han er dertil præget af Puberteten, idet han er overfladisk, impulsiv, barnlig, psykisk i høj Grad umoden ude af stand til at vurdere Følgerne af at udføre en pludselig taget Beslutning. Det er rimeligt at vente, at han vil falde til Ro og da vise en højere Intelligenskvotient. Dette kan imidlertid ikke ventes at forløbe uden mere eller mindre alvorlige Vanskeligheder, med mindre han inddrages under Aandssvageforsorg, hvor man vil kunne tage sig af ham og under betryggende Forhold uddanne ham i overensstemmelse med hans Evner. Den lægelige-pædagogiske Behandling, Aandssvagevæsenet alene er i stand til at give saadanne svagt begavede Unge, fører oftest til en psykisk Stabilisering, hvorefter de intellektuelle Evner bedre kan udnyttes. Dette at man senere finder en I.Q., eventuelt ikke så lidt over Aandssvaghedsgrænsen, siger derfor ikke, at Inddragen under Aandssvageforsorg har beroet på en forkert Bedømmelse, men er et udtryk for, at Aandssvagevæsenet har været i stand til at give disse unge den rigtige Behandling, der fører til hel eller delvis Resocialisering. Han er herefter uegnet til Påvirkning gennem Straf, og da nye Lovovertrædelser kan ventes, må det anbefales, at inddrage ham under Aandssvageforsorgen”.

Sagens afgørelse blev et hverken eller – tiltalefrafald mod forbliven ...”under børneforsorg, således at han ved børneforsorgens foranstaltning søges inddraget under åndssvageforsorg”. Denne afgørelse kan vel ses som et tegn på, at tiden var ved at rinde ud for Retslægerådets opfattelse, hvilket også afspejler sig i årsberetningerne for de følgende år. Det er selvsagt lidt ironisk, at man i særfor sorgen i disse år er begyndt at anvende betegnelsen ”sent udviklede” om denne gruppe, og at nogle af disse ”sent udviklede” kriminelle igen undergives foranstaltninger for mentalt retarderede.

Vurderingen af personer, intelligensmæssigt placeret lavt i sinkegruppen på grænsen til debilområdet, kan være vanskelig. Straffelovens § 16, stk. 2 omhandler de i lettere grad mentalt retarderede, det vil sige debile, samt tilstande ...”som ganske må ligestilles med mental retardering”. Rådets praksis, hvad angår disse ”ligestillede” tilstande, er at inkludere personer placeret lavt i sinkegruppen, som hertil har et yderligere, funktionshæmmende handicap, for eksempel. svært nedsat hørelse eller syn, men efter en konkret vurdering eventuelt også en udtalt personlighedsforstyrrelse.

2.337 De organiske psykosyndromer. De organiske psykosyndromer inddeles i de kroniske og akutte organiske psykosyndromer. De kroniske omfatter vedvarende hjerneskader fra de lettere og betydningsløse demenstilstande over de moderate – i retspsykiatrien benævnt en ”svækkelse af åndseverne” og henført til straffelovens § 69 – til en ”sløvelse af åndseverne”, omfattet af § 16, stk. 1, som er de udtalte demenstilstande. Symptomatologien kan naturligvis være forskellig, afhængig af om, der for ek-

sempel er tale om Alzheimers sygdom, en traumatisk hjerneskade eller følger efter en blodprop i hjernen. Tidligere tiders årsberetninger indeholder kun få sager af denne type, måske fordi dødeligheden ved alvorlige organiske hjernelidelser uanset årsag var højere end i dag, måske fordi disse patienter ofte var institutionsanbragte og dermed afskåret fra kriminalitet, eller måske fordi man ikke anmeldte patienternes ofte mindre alvorlige (volds)kriminalitet.

Rådets årsberetninger fra 1987 og frem indeholder imidlertid flere sager af denne type. Det beror på en konkret vurdering af det organiske psykosyndroms sværhedsgrad og symptomatologi, om tilstanden henføres til § 69 eller til § 16, stk. 1., eventuelt som en "ligestillet tilstand".

Årsberetningen 2000 (s. 81ff.) indeholder således en sag om en 42-årig fraskilt mand, der var sigtet og blev dømt for 17 tilfælde af tyveri af vin. Han blev ambulantly undersøgt, hvor han fandtes svært dement. Han var opvokset under gode forhold, havde arbejdet som bankassistent, været gift og havde to børn. Ca. fire år før aktuelle var han imidlertid blevet afskediget på grund af et meget svært alkoholmisbrug, der – uvist af hvilken grund – var startet få år tidligere. Ægteskabet blev opløst, han var i en periode hjemløs, men boede nu i beskyttet bolig i et plejecenter. Han havde inden for få år flere gange været indlagt på psykiatriske afdelinger til afrusning og behandling af en af alkoholmisbrug betinget akut hjerneskade (Wernickes encefalopati), ligesom han havde været på forskellige behandlingsinstitutioner for alkoholmisbrugere, men var blevet sendt hjem, fordi han drak uhæmmet. Han havde også været indlagt på somatiske afdelinger med blandt andet faldtraumer og dårlig lever. Han klarede sig kun i den beskyttede bolig, fordi hans moder ydede ham massiv støtte. Hun ledsagede ham også til mentalundersøgelsen, hvor han fandtes kronisk medtaget, præget af selvforsømmelse (miseriespræget), ukritisk og vedholdende af tankegang. Han bagatelliserede sit misbrug, og han var indimellem konfabulerende. Ved psykologisk test fandtes han ligeledes svært intellektuelt reduceret. Han var ikke hallucineret, og han husede ikke vrangforestillinger.

Overlægen fandt observanden "svært dementielt reduceret" og henførte tilstanden til straffelovens (dåværende) § 69, stk. 1, samt anbefalede en dom til psykiatrisk behandling mv. Retslægerådet fandt imidlertid, at observanden var intellektuelt reduceret (dement) i så svær grad, at han var sindssyg eller befandt sig i en hermed ligestillet tilstand, og at han således var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Rådet anbefalede dom til ambulantly psykiatrisk behandling, således at overlægen kunne træffe bestemmelse om indlæggelse. Retten tilsluttede sig såvel § 16, stk. 1, som rådets sanktionsforslag.

En tilsvarende sagstype, men med en ganske anden symptomatologi, er omtalt i årsberetningen 2007 (s.61ff). En 36-årig mand var sigtet for at have truet og slået ud efter en ansat på et offentligt kontor (overtrædelse af straffelovens § 119). Han var 31 år gammel blevet invalideret af en stor blodprop i venstre side af hjernen (et mediainfarkt). Den heraf følgende hjerneskade viste sig blandt andet i form af, at observanden havde store problemer med skriftlig og især mundtlig kommunikation. Han var hertil i et vist omfang hukommelsessvækket samt præget af letvakt aggressivitet. Han var

tilkendt pension og boede i egen lejlighed. På grund af småproblemer med udbetaling af pensionen truede han og slog ud efter en medarbejder i den lokale borgerservice. Ved mentalundersøgelsen fandtes observanden omfattet af § 69, men Retslægerådet udtalte: "Ved en samlet vurdering finder Retslægerådet, at om end K [sigtede] 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". Rådet anbefalede dom til ambulans psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen og indlæggelsesmulighed. Observanden døde, før der faldt dom i sagen.

De akutte organiske psykosyndromer omhandler forbigående bevidsthedsforstyrrelse betinget af somatiske sygdomme af hvad art, det end måtte være. Når den udløsende somatiske sygdom behandles eller spontant normaliseres, normaliseres den psykiske tilstand også. Formelt er de akutte organiske psykosyndromer psykotiske tilstande, men deres særlige karakter har medført, at de anses for prototypen på de (med sindssygdom) "ligestillede" tilstande. For lavt (eller for højt) blodsukker kan medføre et akut organisk psykosyndrom, og trafikulykker forårsaget af sukkersygepatienter med lavt blodsukker udgør i dag et helt særligt problem, som er nærmere omtalt i afsnit 4.4.

Men diabetessager går langt tilbage i tiden. Retslægerådet fik i 1937 forelagt en sag med spørgsmålet om, hvorvidt en 34-årig kvinde havde været "utilregnelig", da hun på cykel kørte imod en lastbil. Hun kom selv til skade, og lastbilen blev "stærkt beskadiget", fordi chaufføren søgte at undgå ulykken (årsberetningen 1937, s.76ff). Efter ulykken blev kvinden indlagt, og det fremgår af hospitalsjournalen, at hun ved indlæggelsen var ved bevidsthed, men "fortumlet", og at hun intet huskede om ulykkestilfældet. Der var ... "Antydning af Acetonelugt i Udaandingsluften, og Urinen viste kraftig Acetonreaktion og stærk Sukkerreaktion. Blodsukker 0.225%". Hun blev behandlet med insulin og udskrevet i velbefindende blandt andet under diagnosen diabetes mellitus og coma incipiens (truende diabetisk koma). Hendes syn var blevet hastigt dårligere i perioden før ulykken, hvilket, bemærkede rådet, kunne skyldes sukkersygen, og ved ulykken havde hun også pådraget sig et hovedtraume, som måske kunne forklare hendes "fortumlethed" ved indlæggelsen. Men såfremt synsnedsettelsen og hovedtraumet kunne udelukkes som årsag til hendes adfærd og tilstand – hvilket rådet fandt mest sandsynligt – måtte sukkersygen antages at have medført en sådan "Sløvelse", at kvinden var "utilregnelig". I dag udtaler rådet sig aldrig om "utilregnelighed" – det er rettens opgave – men rådet ville utvivlsomt have fundet, at der var tale om en "ligestillet" tilstand. Sagen blev "henlagt" på grund af kvindens "mentale Tilstand".

Denne sag omhandlede altså et for højt, og ikke et for lavt blodsukker. Det må antages, men det fremgår ikke af sagen, at kvinden har haft en udiagnosticeret og dermed ubehandlet sukkersyge, hvilket de gennem uger tiltagende øjensymptomer tyder på. Et højt blodsukker medfører, at også sukkerkoncentrationen i øjets linser øges med heraf følgende osmotisk betingede trykændringer, hvilket selvsagt giver synsforstyrrelser. Men uanset om der var tale om en ubehandlet eller dårlig reguleret diabetes, kan et

diabetisk koma føre til et akut organisk psykosyndrom med blandt andet udtalte bevidsthedsforstyrrelser, således at tilstanden – med dagens terminologi – må ”ligestilles med sindssygdom”. Det samme var altså tilfældet for godt 70 år siden.

Hypoglykæmi – eller som det blev kaldt ”insulinforgiftning” – ses også. I en sag fra 1941 (s.49ff) var en 31-årig mand sigtet for at have stjålet en halv flaske whisky, og spørgsmålet var, om han havde ”handlet uden Bevidsthed”? Han havde i mange år haft diabetes og var i behandling med ”10 Enheder Insulin mane og 8 Enheder retard vesp”. Han havde flere gange været indlagt med ”Insulinforgiftning”. Han misbrugte alkohol og havde været beruset, da han stjal whisky’en. Han kunne ikke huske tyveriet, men opdagede flasken da han kom hjem, og han vidste ikke rigtigt, hvordan han havde fået den. Embedslægen, der havde udarbejdet erklæringen, fandt, at kombinationen af sukkersyge og alkoholpåvirkning formentlig havde hensat observanden i en ”Taagetilstand”. Retslægerådet ville ikke udelukke, at ...”den forenede Virkning af Indtagelsen af Spirituosa og Insulinpaavirkningen kan have sat ham ude af Stand til at erkende Rækkevidden af sine Handlinger i Gerningsøjeblikket”, idet ”Insulinforgiftning” hyppigt medfører ”Sløvelse af Bevidstheden”. Det havde rådet formentlig også sagt i dag.

De ”ligestillede” tilstande kan imidlertid også have en hel anden årsag. En 37-årig mand blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for vold mod en ambulanceredder (årsberetningen 2007, s.65ff). Observanden havde altid været psykisk fuldstændig rask, han var gift, arbejdede som håndværker og var på alle måder socialt velfungerende. Efter en julefrokost, hvor han havde drukket noget, men uden at være svært beruset, blev han på åben gade overfaldet og blandt andet slået i hovedet med en flaske. Forbipasserende tilkaldte en ambulance, og da observanden blev anbragt på en bære, slog og sparkede han en redder. Observanden kunne huske alt, indtil han blev overfaldet, men intet om det påsigtede forhold. Han henvendte sig efterfølgende selv på en skadestue, hvor man påviste betydelige følger – blandt andet et ”blåt øje” – efter overfaldet. Ved neurologisk undersøgelse inklusive hjerneskaning blev intet abnormt påvist, men neurologen konkluderede, at observanden havde pådraget sig en svær hjernerystelse ved overfaldet. Ved mentalundersøgelsen var observanden fuldt restitueret, og han fandtes psykisk rask. I overensstemmelse med overlægen fandt Retslægerådet, at observanden på tidspunktet for det påsigtede forhold havde befundet sig i en af hovedtraumet betinget ”ligestillet” tilstand, og at han således var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Da han nu var rask, kunne hverken overlægen eller Retslægerådet pege på foranstaltninger jf. § 68, 2. pkt. som formålstjenlige. Observanden blev efterfølgende frikendt.

2.338 Epilepsi. Epilepsi, eller i hvert fald krampeanfald, optræder med forbløfende hyppighed i sager helt frem til 1940’erne, således som det også fremgår af flere af de sager, der er omtalt under andre sagsgrupper. Men var der tale om epilepsi i moderne forstand? De gamle ”nervelæger” kendte udmærket hysteriske kramper. Flere sager fra årsberetningen 1911 vedrører denne diagnose. Den første (s.1ff.) vedrører en gift kvinde, der som barn havde haft nogle krampelignende anfald. Hun var gravid,

og under en sammenkomst følte hun sig lidt dårligt tilpas, gik ud, fødte og druknede barnet under isen på en lille sø. Efterfølgende blev hun indlagt, hvor hun i ”ca. 2½ Time” havde anfald, hvor ...”hun holdt Øjnene tillukkede og rystede let over hele Kroppen og havde krampeagtige Trækninger i højre Arm og Ben med hurtige smaa Ryk (kloniske Kramper). Hun syntes ikke at være ganske reaktionsløs under disse Anfald”. Erklæringen konkluderer imidlertid, at hun ikke var ”Epileptiker”.

En lærer var sigtet for uterlighed mod flere drenge – han havde ...”befølt dem i Skrævet” , drevet gensidig masturbation osv. (s.35ff.). Han nægtede sig skyldig, men blev idømt ...”18 Maaneders Forbedringshusarbejde”. Da han hørte dommen, fik han et krampeanfald og lå to dage uden at kunne tale eller tage næring til sig. Ved en mentalundersøgelse blev det oplyst, at observanden 6 år gammel havde haft ...”Skarlagensfeber med paafølgende Nyre- og ”Hjernebetændelse”. Siden havde han haft tendens til besvimelsesanfald ...”navnlig i Varme og ved Sindsbevægelser”. Det noteres, at han under indlæggelsen, hvor han hverken fandtes sindssyg eller åndssvag, ikke havde anfald af nogen art. I konklusionen anføres – indirekte – at observanden var homoseksuel, men eventuel epilepsi nævnes ikke med et ord.

Den sidste sag fra denne årsberetning hører til de mere barokke. En 26-årig mand, der havde levet et omflakkende liv, og som tidligere havde været idømt ...”Vand og Brød i 15 dage” for tyveri, var igen sigtet for tyveri. Han havde fra barndommen haft nogle anfald, hvor han ...”henfaldt i en Døs” i et til to døgn og ikke kunne vækkes. Han havde i arresten nogle lignende anfald, dog ...”fortrinsvis ... efter Modgang eller deprimerende Paavirkning”. Da et med ”megen Dygtighed” planlagt flugtforsøg blev opdaget, ...”faldt han ... i den sædvanlige Dvale”. På et tidspunkt lå han i syv døgn ”sovende hen” med blandt andet rytmiske bevægelser af armene. Neurologisk undersøgelse viste intet abnormt. Han reagerede ikke på stik, men når man åbnede øjnene sås, at ...”ved truende Bevægelser foran disse fremkommer Reaktion i Øjenlaagene Gang på Gang”. Endelig ...”ses han at have ladet Vandet paa den ind mod Væggen vendende Side af Briksen mellem Sengefjælen og Voksdugsmadrassen, saaledes at kun en ringe Del af Lagenet dermed er blevet vaadt, og Urinen er løbet langs Sengens indvendige Side ned paa Gulvet”. Ingen mente, han havde epilepsi.

I en sag fra 1939 (s.1ff) var en ca. 35-årig kvinde sigtet for at have dræbt sin somatisk syge mand – hun havde hældt svovlsyre ned i halsen på ham, da han lå og sov med åben mund. Barndomshjemmet havde været forarmet, faderen var ...”Neurastheniker og fordrukken”. Observanden selv blev beskrevet som ...”løsagtig, svinagtig og ganske uegnet som Børne-opdragelseske”. Et barn fra et tidligere ægteskab var blevet fjernet fra hjemmet, efter tre år gammel at have været indlagt på grund af vanrøgt (og måske mishandling). Observanden havde ti år gammel fået en sten hovedet, og siden da havde hun haft tendens til besvimelsesanfald, men ingen kramper, af ca. en halv times varighed. Under indlæggelsen til mentalundersøgelse fik hun ...”et ”Anfald”: trillede rundt på Gulvet, dog uden at slaa sig”. Anfaldet ...”saa meget ”lavet” ud”. Retslægerrådet udtalte da også, at hun havde ...”Tilbøjelighed til hysteriske Reaktio-ner”. Hun blev idømt livsvarigt fængsel.

Årsberetningerne de første 30-40 år indeholder masser af den slags anfaldsbeskrivelser, men også masser af sager, hvor anfaldsbeskrivelserne kan tyde på egentlig epilepsi. Det følgende er et par eksempler på så at sige ”anerkendt” epilepsi (årsberetningen 1917, s.14ff.).

En 37-årig tidligere ustraffet ”Tjenestekarl” kom beruset tilbage til gården, hvor han fik en ”Reprimande” af proprietæren. Observanden hentede så en kniv, gik tilbage til gården og overfaldt ”fuldkommen rasende” proprietæren, men blev overmandet af et par ”Forvaltere”. Efter at være bundet blev han ”blaa i Ansigtet”, lå bevidstløs et øjeblik, men kom så til sig selv. Observanden huskede ikke rigtigt hændelsesforløbet. En læge attesterede, at observanden havde ”epileptiske Krampeanfald”, hvilket Retslægerådet tiltrådte med en bemærkning om, at observanden havde ...”handlet under Indflydelse af et forbigaaende, epileptisk Sindssygdomsanfald”. Observanden blev ikke sigtet med henvisning til den dagældende straffelovs § 38.

Den næste sag omhandler en 35-årig tidligere ustraffet mand, der var sigtet for tyveri, som han angiveligt ikke rigtig kunne huske. Observandens søster samt hans barn og måske også en broder skulle lide af epilepsi. Observanden havde haft krampeanfald som barn, og 12 år gammel faldt han på isen, slog nakken, men uden tegn på kraniebrud og var efterfølgende bevidstløs et par timer. Da han ikke kunne huske, at han faldt, antog kredslægen, som skrev erklæringen, at observanden var faldet på grund af et epileptisk anfald. Senere i livet havde observanden angiveligt haft i hvert fald enkelte krampeanfald. Efter at være anholdt i aktuelle sag fik observanden et ”hæftigt Krampeanfald”, overværet af arrestforvareren. Kredslægen tilså observanden umiddelbart efter, og han (observanden) var da rød i hovedet og ikke orienteret i tid og sted. Observanden er beskrevet som habituelt indesluttet, ordknap, tung i det, spekulerende – altså præget af de karaktertræk, man tidligere fandt karakteristiske for den epileptiske psyke. Observanden drak ikke og havde ingen andre sygdomme.

Under den objektive undersøgelse er anført ...”Lige oven paa Issen har han en øm Plet, ca. 2-krone-stor; selv energisk Tryk paa den giver dog ikke noget epileptisk Anfald. Hans Ekstremiteter, til Knæ- og Albueled er Sæde for en betydelig Nedsættelse af Føleevnen for Lokalisation og Smerte”. Observanden fandtes hertil kun jævnt begavet. Med henvisning til observandens amnesi for tyveriet turde kredslægen ikke udelukke, at observanden havde handlet ”uden Bevidsthed” på grund af epilepsi. Det fandt Retslægerådet nu ikke belæg for, men rådet fandt, at observanden på grund af epilepsi var omfattet af § 39 (”nedsat tilregnelighed”). Observanden blev med henvisning til § 39 (kun?) ...”anset med Fængsel paa sædvanlig Fangekost i 40 Dage”.

Det er naturligvis ikke muligt i dag at vurdere, om de to mænd faktisk led af epilepsi, men de viser, hvad Retslægerådet anerkendte som ”rigtig” epilepsi.

Eeg kom her til landet i løbet af 1930’erne og blev almindelig i klinikken i begyndelsen af 1940’erne. Professor, dr.med. Erik Strömngren, Risskov – hvem ellers? – beskriver undersøgelsen i en sag, omtalt i årsberetningen 1945, s.27ff (som dog ikke handler om epilepsi). En 51-årig fængselsbetjent var sigtet for seksuel betonet adfærd – forsøg på at

kysse mv. – over for indsatte. Han havde altid været fysisk og psykisk rask samt socialt velfungerende. Han havde 3-4 år før de påsigtede forhold (blev opdaget) pådraget sig et hovedtraume, hvor han havde været bevidstløs og noget forstummet. Han blev ikke indlagt eller set af læge. Efterfølgende havde han haft tendens til hovedpine og svimmelhed. Han mente sig også psykisk ændret, blandt andet med tendens til hukommelsesbesvær, ligesom han ikke altid fortalte sandheden om sin gøren og laden, uden at denne dog på nogen måde var påfaldende. Seksuelt var han uerfaren og ”naiv”. Han var gift, parret havde et barn, men det seksuelle samliv var nærmest ophørt. Observanden benægtede at være homoseksuel.

Under indlæggelsen til mentalundersøgelse fandtes han normalt begavet og ikke dement. Hertil er anført, at han skrev breve til familien ...”af et meget højstemt og sentimentalt Indhold, præget af Anger og Ruelse, men dog mere af Beklagelse over den haarde Skæbne, han har været udsat for”.

Strömngren konkluderede i et længere diskussionsafsnit, hvor flere diagnoser blev overvejet, at det var mest sandsynligt, at observanden led af ...”en aldersbetinget eller traumatisk Sindslidelse, som har bragt et hidtil slumrende homoseksuel Anlæg til Aktivitet”. Tilstanden blev betegnet som ”en lettere Sindssygdom”. Det tilsluttede Retslægerådet sig og anbefalede som Erik Strömngren et tilsyn. Uanset hvad, ville rådet i dag aldrig opfatte en måske lettere hjerneskadet som en ”lettere Sindssygdom”, men formentlig henføre observanden til straffelovens § 69.

Observanden blev herefter – som sindssyg – frifundet for straf såvel ved under- som ved landsretten, men dømt til at undergives et tilsyn. Anklagemyndigheden ankede til Højesteret. I en supplerende erklæring anførte Strömngren, at hospitalet nu havde fået installeret et eeg-apparat, og at observanden havde indvilliget i at få foretaget eeg – som Strömngren grundigt forklarede, hvad var – ligesom Strömngren anførte, at foreligger der ...”bestemte Forandringer i den registrerede Kurve, kan man med Sikkerhed sige, at vedk. Pt har en organisk Hjernelidelse, hvorimod Mangel af saadanne Forandringer ikke udelukker en organisk Lidelse”. Observandens eeg viste ”med sikkerhed”, at han havde en organisk hjernelidelse med ...”Beskadigelse af Hjernebarken, især i højre Side af Hjernens Issedel”. Herefter stadfæstede Højesteret landsrettens dom.

Senere forskning har vist, at Strömngrens vurdering af eeg-fund ikke er helt korrekt – mange mindre abnorme eeg-fund kan være klinisk betydningsløse. Men eeg blev nærmest en standardundersøgelse ved mentalundersøgelser og var det i mange år, ikke mindst i forbindelse med sager om brandstiftelse. Nu foretages eeg (næsten) kun, når der er klinisk indikation for denne undersøgelse – men sammenhængen mellem brandstiftelse og epilepsi ligger stadig i baghovedet hos mange psykiatere, der udfærdiger mentalerklæringer.

Indførelsen af eeg havde måske en anden effekt – antallet af sager om mulig epilepsi begyndte at falde, og de er nu nærmest forsvundet. Af samtlige sager, omtalt i årsberetningerne fra 1988 til nu, omhandler kun én en epileptiker – som var sigtet for brandstiftelse (årsberetningen 1988, s.100ff).

Endelig skal omtales en sag, hvor Retslægerrådet med stor sandsynlighed havde udtalt sig anderledes i dag end i 1936 (s.38ff.). Sagen omhandler en mand, der var sigtet for at have besvangret sin veludviklede 14-årige svigerinde i en epileptisk tågetilstand. Observanden havde fra 8-9-års-alderen haft anfald, som indledtes med et skrig af et par minutters varighed med bevidsthedstab og undertiden urinafgang, men ingen kramper. Anfaldshyppigheden var fra flere dagligt til med måneders mellemrum. Med årene havde anfaldene ændret karakter. Hustruen oplyste, at anfaldene nu optrådte ca. en gang om måneden, hvor observanden blev bleg, forvirret, løb omkring, talte uforståeligt, fik trækninger i arme og ben, men han blev ikke bevidstløs og faldt ikke om. Anfaldene kunne optræde såvel om dagen som om natten, og ved de natlige anfald blev observanden også ”erotisk”. Observanden kunne ikke erkende sig skyldig, idet han angav, at samlejet med svigerinden havde fundet sted under et sådant natligt anfald, og at han intet huskede om det passerede. Under indlæggelsen havde observanden tre temmelig forskellige anfald. To gange var han kortvarigt ”fraværende” og mumlede nogle ord eller dunkede med hånden mod sengekanten. Det tredje svarede mere til de af hustruen beskrevne anfald, idet det dog bemærkes, at observanden ikke var ”erotisk” over for sygeplejersken, der lagde ham i seng. Der blev ikke taget eeg, men neurologisk undersøgelse var normal, og psykisk er han beskrevet som stort set upåfaldende.

Retslægerrådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, hvorefter observanden havde befundet sig i en epileptisk tågetilstand, da han havde fuldbyrdet samleje med den mindreårige svigerinde. Det havde Retslægerrådet næppe ment i dag, om end en postiktal konfusion næppe helt kan udelukkes.

Som anført ser Retslægerrådet i dag stort set ingen sager med epilepsi og kun ganske få med hysteriske anfald. Det er selvsagt ikke muligt i dag at afgøre, om patienter med epilepsi hyppigere begik kriminalitet for 100 år siden end i dag, eller om der trods alt har været tale om funktionelle anfald, der i dag er erstattet af andre – med et moderne udtryk – somatoforme tilstande. Forbedret behandling af epilepsi kan også have spillet en rolle. Fenobarbital blev indført som behandling af epilepsi i 1912, men blev først mere almindelig i 1930’erne. Da (volds)kriminalitet især begås i den postiktale fase, vil forbedret behandling – og altså færre generaliserede tonisk-kloniske krampeanfald (grand mal anfald) – selvsagt nedsætte risikoen for disse kriminalitetsformer begået i tilslutning til epileptiske anfald.

Årsagen til, at epilepsi stort set ikke mere optræder i retspsykiatrien lader sig formentlig ikke afklare, men ved læsning af de gamle sager kan man godt forstå tidligere tiders – nu forladte – opfattelse af en sammenhæng mellem epilepsi og kriminalitet, især brandstiftelse².

2.339 Farlighed. Hvad er ”farlighed”? Årsberetningen 1912 (s.137ff) omhandler dette stadigt debatterede spørgsmål. Retslægerrådet fik forelagt en sag af et sogneråd, som spurgte, om en mand, der talrige gange var dømt for tyveri og hæleri, var ... ”farlig for den offentlige Sikkerhed?”

² Tak til overlæge Jesper Erdal for værdifulde kommentarer til dette afsnit.

Under sine mange fængselsophold var han flere gange behandlet for syfilis, men han led ikke af dementia paralytica. Han blev indlagt til observation efter at have udvist tiltagende aparte adfærd under afsoninger, og han fandtes da også sindssyg, præget af en ”betydelig aandelig Sløvelse” (men egentlig dement synes manden ikke at have været). Overlægen fandt observanden ...”farlig for den offentlige Sikkerhed”. Men det gjorde Retslægerrådet ikke – rådet udtalte, at observanden var ...”en Person, der paa fri Fod vil repræsentere en Fare for fremtidige Ejendomsindgreb; men det vilde dog efter Raadets skøn være at give Farlighedsbegrebet en for vid Udstrækning, hvis man betegnede ham som den, der i al Almindelighed truede den offentlige Sikkerhed”. Retslægerrådets skøn ville være det samme i dag.

Man kan få indtryk af, at Sognerådet så ikke ville betale for observandens indlæggelse og derfor korresponderede med overlægen, der i stærke vendinger fastholdt sit synspunkt og ...”benytter derfor Lejligheden til at fralægge mig ethvert Ansvar for de Følger, hans [observandens] Anbringelse uden for Hospitalet eventuelt maatte medføre”. Retslægerrådet angav herefter lakonisk, ...”at det i Sagen senere oplyste ikke giver Raadet Anledning til at ændre sin Udtalelse af 20/7 d.A.” Den formulering anvender rådet såmænd også i dag.

Spørgsmålet om en sammenhæng mellem antallet af psykiatriske sengepladser og – eventuelt farlig – kriminalitet begået af psykisk syge var også tidligere et kontroversielt emne. En 38-årig gift kvinde satte ild på gården, så alle tre længer nedbrændte (årsberetningen 1911, s.57ff). Hun havde på grund af psykotiske symptomer været indlagt på det lokale sygehus, men kunne ikke blive indlagt på et sindssygehospital på grund af pladsmangel. Hun blev anbragt hos noget familie, men var for syg til at være der, og vendte stadig svært syg tilbage til hjemmet. Efter brandstiftelsen blev kvinden først indsat i arresten og herefter flyttet til det lokale sygehus. Hun var svært psykotisk – hun hørte stemmer fra himlen, mumlende salmer, isolerede sig, udviste bizar adfærd ved pludselig at rive sit tøj i stykker osv. osv. Retslægerrådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, hvorefter kvinden var sindssyg, og derfor ikke kunne ...”anses for tilregnelig og ansvarlig for sine Handlinger”. Rådet tilføjede, at hun var ...”farlig for sine Omgivelser” og derfor ...”snarest [burde] indlægges til Behandling i en Sindssygeanstalt”. Som nogle i dag siger – en dom til psykiatrisk behandling er ikke blot en dom over patienten, men i lige så høj grad over den psykiatriske afdeling, som dømmes til at behandle patienten.

Som tidligere anført har Retslægerrådet indtil de seneste år behandlet talløse sager om tvang i psykiatrien. En sag fra 1909 (årsberetningen 1909-10, s.189) er typisk for de første år. Den indledes således:

”Under 22. November 1909 udbeder Justitsministeriet sig Retslægeraadets Ytringer meddelte i Anledning af en fra Indenrigsministeriet modtaget Skrivelse med Bilag, hvori sidstnævnte Ministerium – forinden videre foretages angaaende Spørgsmålet om Udredelse af Udgifterne ved den i Andst Sogn den 14. August 1871 fødte, sindssyge Gjertrud M. R.s Ophold paa Sindssygeanstalten ved Middelfart – udbeder sig en Udtalelse fra Justitsministeriet om, hvorvidt den paagældende maa anses som farlig for den offentlige Sikkerhed.”

Dagens kancellisprog er ikke, hvad det har været.

Retslægerådet kunne ikke udtale sig på grundlag af det fremsendte materiale – heller ikke ualmindeligt i dag – og anmodede om en mere fyldestgørende overlægeerklæring. Af den fremgik, at patienten var blevet indlagt i 1904 med en ”akut Melankoli”, hvor hun var ...”stærkt agiteret, angstfuld og hallucineret”, ligesom hun havde selvmordsforestillinger. Hun faldt til ro, men i løbet af det følgende år udviklede tilstanden sig til en ”tydelig Demens” (altså skizofreni). Retslægerådet udtalte, at patienten ...”trænger til fortsat Ophold i en Sindssygeanstalt”, men der var ingen ...”Holdepunkter for den Antagelse, at hun er eller har været farlig for den offentlige Sikkerhed”:

Det er velkendt, at mennesker med paranoide psykoser kan være farlige. Sådan var det også for 100 år siden (årsberetningen 1911, s.141f.). En ca. 50-årig døv skomager havde forfølgelsesforestillinger, blandt andet mente han, at der var udsat en dusør på kr. 40.000 (vi er i 1911) til den, der ”undliver ham”. Han truede med ...”at tage sig selv til Rette”, idet politiet ikke ville hjælpe ham. Da han anskaffede sig ”en 6-løbet Revolver” for at skyde ”Komplottets Medlemmer”, især borgmesteren, fandt distriktslægen og Retslægerådet, at skomageren ...”snarest bør indlægges i en Sindssygeanstalt til Behandling”.

Sindssygeloven vedrørte sindssyges hospitalsophold, men ”sindssygdom” blev fortolket bredt (årsberetningen 1941, s.77ff). En 52-årig ”meget ubegavet Psykopat” blev ”i Analogi med Lov om sindssyge Personers Hospitalsophold” tvangstilbageholdt med henblik på at blive overført til Sct. Hans Hospital. Kvinden havde været indlagt flere gange tidligere, misbrugte ”narkotiske Midler”, var underernæret og miserierpræget, men ville udskrives. Det fandt hospitalet ”uforsvarligt”, idet hun så ville ...”hjemfalde til yderligere Vanrøgt”, som kunne blive ...”farlig for hende selv.” Retslægerådet tilsluttede sig og det gjorde Justitsministeriet også.

I samme årsberetning (s.78ff) omtales to patienter med dementia paralytica (syfilitisk sindssygdom), som begge var svært demente, hjælpeløse samt præget af forstyrrende adfærd. Om begge er (korrekt) anført, at de ikke kunne helbredes, men begge blev tilbageholdt på ulempekriteriet, hvad såvel Retslægerådet som Justitsministeriet tiltrådte.

Tvangstilbageholdelse kunne i tidligere tider være på en noget anden indikation end i dag. En mand med ”Dementia simplex” (skizofreni) blev overflyttet til psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital fra Øresundshospitalet, hvor han var blevet indlagt på grund af lungetuberkulose (Øresundshospitalet var et tuberkulosehospital). Der kunne han imidlertid ikke rummes på grund af af sin afvigende adfærd, hvorfor han blev indlagt på den psykiatriske afdeling, der ville overføre ham til tuberkuloseafdelingen på Sct. Hans Hospital. Det ønskede patienten imidlertid ikke, hvorfor han blev tvangstilbageholdt med henblik på at blive tvangsoverflyttet. Afdelingen angav, at hans psykiske sygdom ikke i sig selv kunne begrunde tvangsansværelsen, men han kunne slet ikke samarbejde om tuberkulosebehandlingen, og hans dobbeltsidige, åbne lungetuberkulose med ...”Baciller i Opspyttet” gjorde, at han var til ”betydelig Fare” for andre og for sig selv. Det må siges at være en korrekt ”farlighedsvurdering”. Retslægerådet var enig og Justitsministeriet tiltrådte tvangsansværelsen (årsberetningen 1942, s.83f.).

Anorexia nervosa, som i sine mest udtalte former kan være en ”tilstand ganske ligestillet med sindssygdom”, har også tidligere været begrundelse for tvangstilbageholdelse (årsberetningen 1957, s.83ff). En 19-årig ugift ”student” var for anden gang indlagt på en psykiatrisk afdeling på grund af vægttab – han var 168 cm høj og vejede 30 kg. Han havde altid været noget sær, men havde taget en fin studentereksamen. Han kunne imidlertid slet ikke klare ”et frit studium”. Han var uden sygdomserkendelse, kværulerende og ...”kontrær over for alt, hvad der foretages med ham i retning af behandlingsforsøg”. Overlægen mente, at udskrivning ville medføre, at der var ...”den største fare for, at han i nærmeste fremtid ville dø af afkræftelse”. Patienten ønskede sig udskrevet, blev tilbageholdt, ønskede at klage, trak så klagen tilbage og så fremdeles. Overlægen mente det mest korrekt – og behandlingsmæssigt bedst – at sagen blev afgjort. Retslægerådet anbefalede – som rådet ville have gjort i dag – at patienten blev tvangstilbageholdt, hvad Justitsministeriet tiltrådte.

Farligheds- eller risikovurderinger omhandler også spørgsmålet om forsvarligheden af at ophæve en idømt foranstaltning (årsberetningen 1911, s.151ff). En nu 30-årig gift, tidligere ustraffet kvinde havde i 1909 dræbt sine ”2 Smaabørn” ved at få dem til at drikke en morfinopløsning. Hun var på drabstidspunktet gravid i 3. måned. Efterfølgende forsøgte hun at suicidere. Af mentalerklæringen fremgår, at hun var et stemningsmenneske, at hun havde været noget depressiv med vage selvmordsimpulser under de to tidligere graviditeter, og at hun havde udviklet en ”Melankoli” under den aktuelle graviditet. Hun var gået i stå, lå på sengen, hørte vage bankelyde, og efter flere dages overvejelser besluttede hun at suicidere. Hun ville tage børnene med i døden for at ”frelse” dem for at vokse op på institution eller i plejefamilie. Under den efterfølgende indlæggelse til mentalundersøgelse var hun hæmmet, ind mellem angst, havde søvnforstyrrelser, men fik det efterhånden noget bedre. Konklusionen var klar – observanden havde været sindssyg på gerningstidspunktet. Hun blev fundet skyldig, men straffri på grund af sindssygdom og dømt til anbringelse (på Sct. Hans Hospital). I skrivelse fra 1910 anfører overlægen, at observandens tilstand gik i retning af det lidt ”letlevende”, for eksempel var hun ”muntert pludrende”, når veninder var på besøg. En hypomani? I skrivelse fra foråret 1911 anføres, at hun var rask, men med en naturlig ...”noget mørk Karakter ved Mindet om, hvad der er sket”. I efteråret 1911 hedder det, at der i fire måneder ikke har ...”været noget patologisk (sygeligt) ved hendes Sindstilstand at bemærke”. Overlægen anbefalede foranstaltningen ophævet, Retslægerådet tiltrådte og Justitsministeriet ophævede så ”Sikkerhedsforanstaltningen”, hvorefter kvinden blev udskrevet.

Den følgende sag handler også om ”farlighedsvurderinger”, men af en hel anden type, hvortil kommer, at den er psykopatologisk interessant. En 30-årig portefuillesvend (dvs. han fremstillede dokumentmapper og andre mindre brugsgenstande i læder) var sigtet for manddrab (årsberetningen 1959, s.13ff). Sagen præsenteres som følger: ”X dræbte sin forlovede ved skud på åben gade. Efter langvarig mentalobservation på statshospitalet forelagdes sagen for Retslægerådet, der udtalte, at X var sindssyg på drabstidspunktet og stadig frembød symptomer på sindssygdom på tidspunktet for forelæggelsen for rådet; desuden anførtes, at der var risiko for uberegnelige eventuelt desperate handlinger, og det anbefales, at X blev anbragt på statshospital. Ved Østre

Landsret idømtes X fængsel i 8 år. Efter 11 måneders fængselsophold suiciderede X". Observanden blev først mentalundersøgt ambulant, så under indlæggelse på Sikringsanstalten. Han var opvokset under små, men gode forhold. Han havde været et nemt, men genert og lidt tilbageholdende barn. Han klarede sig pænt i skolen, men måtte gå 6. klasse om på grund af manglende flid. Så tog han sig sammen og fik flidspræmie, da han afsluttede skolegangen. Han havde mange kammerater, han var søspejder, byggede radioapparater og havde andre fritidsinteresser. Observanden ville gerne i lære i "radiobranschen", men kunne ikke finde en læreplads, og han blev så tillært svend i et læderfirma, hvor han var i flere år. Han havde eget firma i en periode, herefter forskellige ansættelsesforhold. På drabstidspunktet var han igen ansat på en læderfabrik. Han fik fra alle sider det bedste skudsmål. Han var omhyggelig med sit arbejde, men kunne blive "nervøs", hvis der var travlt. Observanden beskrev sig selv som sparsommelig og økonomisk, arbejdsom og pligtopfyldende, ikke sårbar eller affektretinerende. Han havde altid været i jævnt godt humør. Han var måske lidt reserveret og skeptisk af væsen, men på ingen måde mistroisk. Han drak kun alkohol i moderate mængder. Han havde aldrig frembudt symptomer på psykisk lidelse eller væsentlig legemlig sygdom.

Observanden boede fortsat hos forældrene, da han mødte den kvinde, han to år senere blev forlovet med. Forholdet var fra starten noget problemfyldt, og erklæringerne beskriver detaljeret alle (små)problemerne i den første tid og de efterfølgende større problemer. Observandens forældre mente, at hendes forældre så ned på observanden og hans familie, fordi de ikke var "fine" nok – hendes forældre fandt observanden ... "feminin, mut og indesluttet, samt præget af at lide af mindreværds komplekser". Kvinden var livlig og udadvendt og kunne godt lide at gå ud, han var mere indadvendt og et hjemmemenneske. Observanden fik på et tidspunkt "fladbukke" og begyndte at spekulere på, om hun havde andre forbindelser, hvad hun affærdigede. På et tidspunkt begyndte han imidlertid at følge efter hende om aftenen og om natten for at holde øje med, hvad hun foretog sig, og han ruminerede mere og mere over, om hun var ham utro. Det blev senere klarlagt, at hun kom på "City bar" (står der blot i erklæringen – så vidste alle åbenbart, hvad det betød), og at hun (måske) kom sammen med en amerikansk soldat. Hun blev gravid, ville abortere, hvad observanden var imod, og så hævdede hun forlovelsen.

Observanden reagerede med svære depressive symptomer. Han lå hjemme i sengen, sov ikke og havde selvmordsimpulser. En tilkaldt læge fandt observanden svært deprimeret og foreslog indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, hvad observanden accepterede, men dagen efter ville han alligevel ikke. Et par dage senere opsøgte han den tidligere forlovede på hendes arbejdsplads i frokostpausen. De talte om graviditeten – måske, observanden huskede ikke nøjagtigt hændelsesforløbet. De havde siddet i hans bil, hun løb væk fra bilen, hvorefter ... "det slog klik for mig", og så skød han hende med en medbragt pistol.

Ved den ambulante mentalundersøgelse var observanden fortsat depressiv, så blev han nærmest apatisk, følelsetom og umeddelsom, hvorefter der opstod mistanke om, at han var hallucineret, hvad han umiddelbart benægtede. Under varetægtsopholdet i Vestre Fængsel havde han – angav han selv under den efterfølgende indlæggelse – påtrængende selvmordsimpulser, og under første del af indlæggelsen var han ... "trist,

fåmælt og på vagt, rastløs, dirrende og spændt.” Han faldt efterhånden til ro, blev mere naturlig i sin adfærd, men klagede over vedvarende hovedpine. Det kom frem, at han mente sig påvirket af ”elektroniske stråler”, som kom fra et apparat, der muligvis stod i København. Han kendte ikke baggrunden for denne ”bestråling”, men den var måske et ”led i fremgangsmåden” ved undersøgelsen. Han var afglidende og tilsluttet samt bedrevidende smilende under omtalen af ”bestrålingen”. Han benægtede hallucinationer mv. En psykologisk testning måtte opgives på grund af observandens ...”stereotype og unuancerede afvisninger”. Formelle tankeforstyrrelser mv. er ikke beskrevet. Erklæringen konkluderede, at observanden på gerningstidspunktet havde været sindssyg, idet han havde lidt af en af ydre årsager udløst (sindssygelig) depression (en psykogen depression), og at han fortsat frembød ...”symptomer af sindssygelig natur (påvirkningsfornemmelser)”. Observanden fandtes ”strafuegnet”, og mentalerklæringen anbefalede en dom til anbringelse på sindssygehospital. Det tilsluttede Retslægerådet sig med en bemærkning om, at ...”der er risiko for uberegnelige eventuelt desperate handlinger”. Anklagemyndigheden spurgte så, om rådet hermed tænkte på selvmordsrisiko eller handlinger rettet mod andre mennesker. Rådet svarede, at der ...”er tænkt såvel på risiko for selvmord som for handlinger rettet mod andre.” Observanden blev imidlertid idømt otte års fængsel. Et lille års tid efter dommen begik han som tidligere nævnt selvmord i fængslet.

Retslægerådet ville formentlig have vurderet sagen på samme måde i dag, men ville nok have lagt større vægt på de paranoide symptomer, observanden utvivlsomt frembød. Det kan således overvejes, om han allerede i perioden før drabet var begyndende paranoid. Diagnosen psykogen psykose anvendes ikke mere, men det synes godtgjort, at observanden, efter at forlovelsen var ophævet, men før drabet, var udtalt depressiv, men om han var psykotisk depressiv kan næppe afgøres. Men var han ikke psykotisk på drabstidspunktet, var han det i hvert fald efter, og i så fald ville rådet i dag, i medfør af straffelovens § 73, også have anbefalet en dom til anbringelse, eventuelt ”indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.”

Endelig – de sager, der er refereret i rådets årsberetninger er naturligvis ikke tilfældigt udvalgte. Mon denne sag er medtaget for at vise, at rådet havde ret i sin ”farligheds-vurdering”, og at observanden var ”strafuegnet” og burde have været idømt en psykiatrisk særforanstaltning?

2.340 ”Hvem skal tage sig af dem, ingen vil tage sig af”.

Retslægerådets opgave i retspsykiatriske sager er – som for eksempel påpeget af Ström-gren i 1949 (se afsnit 4.5) – at stille en diagnose og, såfremt det er relevant, at fremsætte et forslag til en lægeligt begrundet foranstaltning. Det er ikke rådets opgave nærmere at tage stilling til, hvem der skal varetage en eventuelt idømt foranstaltning, men i årenes løb er Retslægerådet jævnligt blevet afkrævet udtalelser om dette spørgsmål.

En mand (alderen fremgår ikke) var for grov vold dømt til anbringelse på en åndssvageanstalt. Overlægen anmodede om at få foranstaltningen ophævet, idet manden ikke var mentalt retarderet – ”hans Kundskaber er faa og smaa, men ikke anderledes end

naturligt for en Mand af hans Oprindelse og Oplærelse”. Et ganske fornuftigt synspunkt, der, som tidligere anført, går igen i mange sager vedrørende åndssvage – fattigdom, brutal opdragelse og ingen skolegang medførte selvsagt, at for eksempel sinker fungerede som ”åndssvage”. Overlægen tog i øvrigt også kraftigt afstand fra betegnelsen ”moralisk Aandssvaghed”, som...”saavel i Teori som i Praksis bør ...forlades”. Myndighederne spurgte, hvad man så skulle stille op med manden, hvorefter overlægen anbefalede, at man for eksempel kunne hjælpe ham med at rejse til Canada, hvor han havde en broder. Landsforvisning? Tvangsanbringelsen blev opretholdt.

En sag i årsberetningen 1928 (s.150ff.) omhandler de sociale myndigheders måske forståelige modstand mod at modtage kriminelle. En 68-årig tidligere styrmand var sigtet for uterlighed overfor en 11-årig pige. Han havde tidligere været psykisk rask og socialt velfungerende, ligesom hans seksualliv havde været ganske normalt, såvel under et korterevarende ægteskab som efterfølgende. Gennem de senere år havde han haft svært ved at få erektion. Der kom ofte børn i hans hjem, som han ...”holdt Sjomed”, og angiveligt ved lidt af et tilfælde klædte han på et tidspunkt en pige af, ...”fik da Lyst til at røre ved hendes Genitalia, slikke hende, og siden har det gentaget sig flere Gange”. Observanden fandtes ved mentalundersøgelsen ...”typisk gammelmandsagtigt dement”, ...”hyggeligt smaasnakkende og fatuidt smilende”. Han havde hypertension, var tungtør og havde tremor. Tilstanden blev karakteriseret som ”sidestillet” med sindssygdom, og erklæringen konkluderede, at anbringelse i ”De Gamles By” ville være en passende og tilstrækkelig foranstaltning. Men det så Københavns Magistrat ...”med stor Betænkelighed og Modvilje” på. Magistraten kunne ikke ”i større Omfang” påtage sig at modtage ”saadanne Personer dér”, og slet ikke påtage sig ”noget særligt Tilsyn”. Sagen blev forelagt Retslægerådet flere gange, og rådet endte med at udtale, at kunne der ikke etableres tilsyn og passende ophold, måtte anbringelse på et Statshospital være ...”den eneste mulige Udvej”. Det blev også resultatet.

Det er et gammelt, men evigt aktuelt spørgsmål, hvem der bør varetage behandlingen af mentalt retarderede, der også er psykotiske? I årsberetningen 2000 s.77ff. behandlede Retslægerådet dette spørgsmål med en kort omtale af fire sager. Rådet anbefalede en psykiatrisk særforanstaltning i et par af sagerne, en foranstaltning for mentalt retarderede i de to andre. I en kommentar anførte rådet, at der ikke kunne fastsættes en generel praksis for denne sagstype, men at det hver gang må bero på en konkret vurdering af, hvilket behandlingsbehov der er mest fremtrædende.

Præcis det samme problem fremgår af en sag fra 1936 (s.48f.). En 37-årig mand var som stor dreng blevet anbragt på en åndssvageanstalt. Som ung blev han anbragt i familiepleje, men efter at være fundet skyldig i et voldtægtsforsøg blev han tilbageført til anstalten. Efterfølgende blev han sindssyg med syns- og hørelshallucinationer, råben og voldelige forestillinger. Han blev indstillet til indlæggelse på et sindssygehospital, men dette mente ikke at kunne modtage ham, da han var åndssvag. Overlægen på åndssvageanstalten fandt, at ...”Sagen er af principiel Betydning” og beskrev i stærke vurderinger, at en åndssvageanstalt hverken havde ressourcer eller faciliteter til behandling af sindssyge. Retslægerådet udtalte blandt andet, at manden ...”skønnes at være saa Sindssyg og under en saadan Form, at han efter hans Sindssygdom

– og denne er for Tiden det for ham karakteristiske – ikke Aandssvageheden – efter Raadets Skøn bør optages på et Sindsshosp...”. Direktoratet for Sindssygehospitalet bestemte så, at den pågældende skulle indlægges på sindssygehospitalet, men understregede, at han ville blive udskrevet, eventuelt tilbageført til åndssvageanstalten, når han var færdigbehandlet.

Retslægerådets vurdering dengang var altså præcis den samme, som den er nu. Og præcis som for små 75 år siden ser rådet fortsat sager, hvor de forskellige ”systemer” forsøger at undgå at modtage vanskelige patienter med den begrundelse, at de ikke hører til ”her”, men ”der”.

En ganske tilsvarende problemstilling, om end med en anden diagnose, er omtalt i årsberetningen 1940 (s.6ff). Sagen omhandler en 62-årig mand med en svær epilepsi, som siden barndommen havde været tilknyttet epileptikerhospitalet ”Filadelfia”. Han havde begået alvorlig vold, og Retslægerådet anbefalede, at han blev dømt til anbringelse på en ”Anstalt for Epileptikere”. Det blev han så, men måneder senere sad han stadig i arresten, fordi ”Filadelfia” ikke ville modtage en ”farlig” epileptiker, men anbefalede anbringelse på ”Sikringsanstalten”. Det mente Retslægerådet nu ikke var nødvendigt, men fandt, at han ”foreløbig” kunne anbringes der. Justitsministeriet spurgte, om observanden var ”sindssyg” (formentlig fordi ”Sikringsanstalten” kun modtog meget farlige og sindssyge patienter), hvorefter rådet udtalte, at hans ”epileptiske Karakterforandring” var at ligestille med sindssygdom, hvilket nok er – og var – overdrevent.

Sikringsanstaltens overlæge udtalte et lille års tid senere, at observanden var stiltfærdig, flink og omgængelig, og at han ikke var psykotisk. Overlægen anbefalede overflytning til et epileptikerhospital, Retslægerådet anbringelse på et sindssygehospital. Herefter blandede Direktoratet for Statens Sindssygehospitalet sig med en lang skrivelse, hvor Direktoratet blandt andet fremførte, at de psykiatriske hospitaler var lægelige institutioner, hvis ”medicinske Opgave” var at helbrede eller bedre sindssygdomme, og at ikke-sindssyge, ”voldelige” patienter ødelagde miljøet og skræmte patienter og pårørende væk. Det samme høres i dag.

Det afviste Retslægerådet i stærke vendinger og påpegede blandt andet, at grænsen mellem sindssygdom og andre ”Abnormtilstande” var flydende, at man ikke kunne etablere ”Specialinstitutioner for ...enhver Særart af sjælelig Abnormitet”, og at lægerne på sindssygehospitalet også burde behandle patienter med andre psykiske lidelser end egentlig sindssygdom for at...”erhverve alsidig Erfaring”. Endelig påpegede rådet det ulogiske i, at observanden var blevet modtaget på Sikringsanstalten, som formelt kun modtog sindssyge, men ikke kunne blive indlagt på et ”almindeligt” sindssygehospital – begge institutioner blev drevet af staten.

Observanden blev anbragt på et sindssygehospital.

Såvel tidligere som også i dag kan psykiatriske afdelinger forsøge at undgå selv klart psykotiske patienter, hvis de anses for ”besværlige” eller ”farlige”. En 17-årig gymnasieelev havde dræbt sin moder ved ...”Øksehug i Hovedet og Overskæring af Halsen” (årsberetningen 1937, s.7ff). Efterfølgende flakkede han rundt et par døgn, men vendte så tilbage og opholdt sig i hjemmet med moderens lig i lænestolen i fire døgn, indtil drabet blev opdaget. Han blev anholdt og umiddelbart efter tvangsindlagt på et sindssygehospital, hvor han også blev mentalundersøgt.

Observanden var opvokset som enebarn hos moderen, der levede af pension efter faderen samt af at give engelskundervisning. Flere i observandens familie havde været psykisk syge – faderen havde således været indlagt på sindssygehospital med omfattende legemlige vrangforestillinger, der medførte spisevægning, og trods sondemadning døde han af underernæring. Observanden havde fra barndommen været fysisk lidt klodset, men i øvrigt rask. Han klarede sig fint i skolen og bestod optagelsesprøven til gymnasiet. Her gik det rimeligt det første år, men i 2.g sløjede han af – han kunne ikke tage sig sammen til at læse lektier, han kom for sent, og i timerne faldt han i staver. Han isolerede sig fra kammeraterne, som i tiltagende grad opfattede observanden som en særling. I omgangen med andre mennesker var han sky og kejtet, ligesom nogle havde bemærket, at det var svært at etablere blikkontakt med ham. Han havde også ”St. Veitsdans” – de ”mærkeligste” bevægelser af såvel hoved, krop som hænder. Kort før drabet iagttog naboer, at han gik ...”frem og tilbage langs Verandavæggen med Hænderne på denne”, mens han skar ansigt.

Observanden forklarede selve drabet med, at han forventede en dårlig karakterbog, og han orkede ikke at høre på moderens bebrejdelser. Han fandt i øvrigt moderen ”praktisk og økonomisk”, men han nærede ingen særlige følelser over for hende. Under indlæggelsen var observanden stiltfærdig og efterrettelig, men følelsesmæssigt afladet, initiativsvækket og passiv. Han var ikke hallucineret og sikre vrangforestillinger er ikke beskrevet. Man bemærkede dog af og til lidt aparte bevægelser. I konklusionen nævnes – men forkastes – muligheden af, at observanden led af en begyndende skizofreni, og da observanden frembød lette abnormiteter ved neurologisk undersøgelse, blandt andet en positiv Babinski, konkluderedes lidt tåget, at observanden måske havde en organisk hjernelidelse. Man anbefalede anbringelse på en ”Psykopatanstalt”, altså ikke nogen psykiatrisk særforanstaltning. Retslægerrådet fandt imidlertid, at observanden meget vel kunne lide af en ”Sindssygdom under Udvikling” og anbefalede fortsat indlæggelse. I en kort udtalelse nogle måneder senere oplyste hospitalet, at observandens aparte bevægemønstre var tiltaget, men udtalelsen koncentrerede sig i øvrigt om de mulige – og skiftende – neurologiske fund.

Nu var Retslægerrådet ikke længere i tvivl – observanden led af ”begyndende Ungdomssløvsind”, og rådet anbefalede en anbringelsesdom, hvilket også blev resultatet. En måneds tid senere anmodede hospitalet om, at observanden blev overført til Sikringsanstalten, idet han havde smadret nogle vinduer. Overlægen begrundede anmodningen med, at observanden måske ikke var farlig nu, men kriminaliteten viste, at han kunne blive ”uberegnelig farlig”. Retslægerrådet tiltrådte, og observanden blev overført.

Denne sag kunne ligeså godt være modtaget i Retslægerrådet i dag. En 17-årig gymnasieelev går i stå, lever isoleret, udviser aparte adfærd og begår alvorlig kriminalitet. Han frembyder uomtvistelige såkaldt negative symptomer på en begyndende skizofreni i form af blandt andet initiativsvækkelse og følelsesmæssig tomhed, men mentalerklæringen og den følgende udtalelse fokuserer på nogle mulige organiske symptomer – i dag kunne det være ADHD eller en neurobiologisk udviklingsforstyrrelse – og finder ikke grundlag for at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning. Men Retslægerrådet var ikke i tvivl og ville heller ikke være det i dag – observanden led af en debuterende skizofreni. Efter at observanden så var dømt til anbringelse, ønskede hospitalet at komme

af med ham i form af overførsel til Sikringsafdelingen. Det tiltrådte Retslægerådet, men det ville rådet ikke have gjort i dag, idet betingelserne for overførsel til Sikringsafdelingen (et farlighedsdekret) udover sindssygdom er konkret, aktuel og vedvarende risiko for, at patienten udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Og det var der slet ikke tale om i den refererede sag.

Det samme ses i dag. Årsberetningen 1991 (s.45ff) indeholder to sager om ”uanbringelige” retspsykiatriske patienter, hvoraf den ene skal omtales.

Observanden var en 36-årig mand, der fra 8-års-alderen var blevet institutionsanbragt på grund af adfærdsforstyrrelser. Han begyndte 15 år gammel et omfattende misbrug af euforiserende stoffer, som fortsatte, selv om han fik metadon. Og så var han virkelig kriminel. Men han var også skizofren. Observanden blev 17 år gammel idømt sin første ubetingede frihedsstraf, og i de følgende år gik han ind og ud af fængsler og arresthuse. Han var 15 år gammel første gang indlagt på en psykiatrisk afdeling, men blev hurtigt udskrevet, idet han var et ”uroelement” i afdelingen og havde en dårlig indflydelse på medpatienterne. Da han var 18 år, var han kortvarigt indlagt efter et selvmordsforsøg, og 22 år gammel var han under en afsoning indlagt flere gange i svært psykotisk tilstand – men hver gang blev han på grund af sin afvigende adfærd hurtigt tilbageflyttet til fængslet. Det var starten på en periode på ca. 10 år, hvor observanden pendlede frem og tilbage mellem fængsler og arresthuse, psykiatriske afdelinger og Anstalten ved Herstedvester. Han blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin, som kunne dæmpe, eventuelt helt fjerne, åbenbare psykotiske symptomer som hallucinationer og (tydelige) vrangforestillinger, hvorefter de psykiatriske afdelinger fandt, at observanden var en svært karakterafvigende misbruger med misbrugsbetingede psykotiske episoder og udskrev ham. Han var naturligvis hjemløs og vedvarende kriminel, hvorfor han hurtigt igen blev varetægtsfængslet, og her var han så svært psykotisk. Retslægerådet afgav i denne periode i alt 11 (!) udtalelser om observanden, hvor rådet helt overvejende fastholdt, at observanden var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede anvendelse af psykiatriske særforanstaltninger, medens de behandlingsansvarlige overlæger ligeså vedvarende fastholdt, at han var karakterafviger med stofudløste psykotiske episoder, og at han i hvert fald hverken kunne rummes eller behandles i psykiatrien. På et tidspunkt blev observanden – trods Retslægerådets anbefaling – idømt en almindelig straf, men under den efterfølgende afsoning blev han (igen) udtalt psykotisk med symptomer som for eksempel tanketyveri, forestillinger om at der var indopereret en mikrofon i ham, at han blev påført kønssygdomme osv. Sådan fortsatte det.

Observanden blev på et tidspunkt igen mentalundersøgt, denne gang under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, som ikke tidligere havde haft kontakt med ham. Ved denne undersøgelse startede afdelingen helt forfra og konkluderede så, at observanden led af paranoid skizofreni. Det tilsluttede Retslægerådet sig. Det er væsentligt at påpege, at var denne svært syge mand på et langt tidligere tidspunkt blevet adæquat, konsekvent og langvarigt behandlet, havde såvel hans psykiatriske som kriminelle prognose sandsynligvis været bedre.

Formodet farlighed var også begrundelsen for, at et amt ikke ville modtage en lettere mentalt retarderet 18-årig ung mand (årsberetningen 2006, s.107ff). Han blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for vold, voldtægt, tyverier mv. Observanden stammede fra Afghanistan. Han kom som led i familiesammenføring til Danmark 15 år gammel, men måtte hurtigt fjernes fra hjemmet, fordi han tyranniserede hele familien. Han blev flyttet mellem forskellige institutioner, idet hans adfærd var så afvigende og aggressiv, at institutionerne ikke mente at kunne rumme ham. Han blev vedvarende beskrevet som dårligt begavet, hidsig og aggressiv samt helt uden forståelse for selv de enkleste sociale spilleregler. Han blev også indlagt på en børne-ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor man fandt ham mentalt retarderet i lettere grad.

Hjemstedkommunen havde kort tid før voldtægtsforholdet rettet henvendelse til Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration med en anmodning om bistand, idet ...”det er endog meget svært at skulle tage ansvaret for situationen omkring personen på grund af den frygt politiet, faderen og forvaltningen har for, at han kan lemlæste eller eventuelt dræbe en person, når han bliver taget på fersk gerning”. Ved mentalundersøgelsen, som også omfattede en psykologisk undersøgelse, fandtes observanden mentalt retarderet i lettere grad – det vil sige omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 – men overlægen nævnte dog muligheden af, at observanden var så dårligt fungerende, at han nærmere var mentalt retarderet i middelsvær grad og altså omfattet af § 16, stk. 1. Overlægen anbefalede anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Retslægerådet fandt det ”mest sandsynligt”, at observanden var omfattet af § 16, stk. 2, og anbefalede også en dom til anbringelse.

Sagen gav herefter anledning til flere forelæggelser for Retslægerådet. Amtets samråd udtalte, at observanden ikke var mentalt retarderet, men svært personlighedsforstyrret, at det sociale system ikke havde andre institutioner end Kofoedsminde, der kunne rumme observanden, og at samrådet i øvrigt ville anbefale anvendelse af almindelig straf samt udvisning. En temmelig stor mundfuld, når man tager samrådenes kommissorium – at pege på institutionspladser i konkrete sager – i betragtning. Anklagemyndigheden ville vide, om rådet med betegnelsen ”mest sandsynligt” mente i forhold til sinkestadiet eller i forhold til mental retardering i mere udtalt grad. Anklagemyndigheden ville nedlægge påstand om anbringelse i sikret institution (dvs. Kofoedsminde) og anmode om Retslægerådets mening herom. Under hele dette forløb fastholdt overlægen – som også blev spurgt – og Retslægerådet såvel diagnose som sanktionsforslag.

Observanden blev ved et nævningeting fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 – altså mentalt retarderet i lettere grad – idømt fængsel i to år og tre måneder samt udvist for bestandigt. Begrundelsen for at idømme almindelig straf fremgår ikke. Retslægerådet bemærkede i en kommentar, at ...”Behandlingssystemet må selvsagt indrettes efter klientellet, således at det kan rumme også de svært behandlelige”.

Retslægerådet udtalte i 1940, at samfundet ikke kan etablere ”Specialinstitutioner for enhver Særart af sjælelig Abnormitet”. Det gælder stadig, men tilbage står spørgsmålet – ”hvem skal tage sig af dem, ingen vil tage sig af?”

2.34 Retslægerådets vurderingsgrundlag

Retslægerådets opgave i de retspsykiatriske sager er at foretage et overskøn – kan rådet tiltræde diagnosen og sanktionsforslaget, eventuelt at en allerede idømt foranstaltning ændres eller ophæves? Grundlaget for rådets virke er derfor et tilstrækkeligt og fyldestgørende lægeligt materiale. Det hænder ikke sjældent, at sager fremsendes med et ufuldstændigt erklæringsmateriale, men så returneres sagen med anmodning om supplerende oplysninger. Sådan har det altid været.

En murersvend var i 1910 sigtet for overtrædelse af straffeloven ved at have påført en kvinde en ”venerisk” sygdom (årsberetningen 1909-10, s.234f). Retslægerådet blev spurgt, om sigtede rent faktisk havde lidt af en ”venerisk” Sygdom – selv angav manden, at han havde lidt af en ”kønslig Sygdom”, men han vidste ikke hvilken, og han ...”paastaar at være helbredt herfor”. Rådet tilbagesendte sagen med følgende bemærkning ...”Raadet mener ikke at kunne besvare den i Kontorets Skrivelse stillede Forespørgsel, forinden der er tilvejebragt skriftlig Erklæring fra Distriktslæge A.P. i Svendborg og Sygehuslæge Dr. P sammesteds henholdsvis om den hos Sigtede og Pigen C.L. forefundne Sygdoms Natur, Symptomer og Forløb. Ogsaa vilde det være ønskeligt, om der forelaa en tilsvarende Erklæring fra Læge B. (P.), Absalonsgade, Kbhvn.”. I dag ville kancellisproget være anderledes, men indholdet det samme. Da det ønskede materiale var tilvejebragt, kunne rådet udtale, at sigtede havde været ...”beheftet med venerisk Smitte”.

Et andet eksempel: En 46-årig mand var sigtet for trusler mod ”det sociale Udvalgs Medlemmer”, herunder at have truet med kniv (årsberetningen 1937, s.35ff). Amtslægen mente, at observanden måtte have en organisk hjernelidelse, der også påvirkede sigtedes psykiske tilstand og fandt, at indlæggelse til mentalundersøgelse var påkrævet. Det mente Retslægerådet også, men det gjorde landsretten ikke – begæringen om indlæggelse blev ikke taget til følge. Anklagemyndigheden anmodede så Retslægerådet om alligevel at afgive udtalelse, men det afviste rådet kategorisk – en mentalundersøgelse var en forudsætning ...”for at afgive en forsvarlig begrundet Udt.” Det havde rådet også udtalt i dag. Manden blev idømt 60 dages fængsel betinget.

Erklæringer til brug ved rådets stillingtagen til en eventuel ændring eller ophævelse af en idømt særforanstaltning er ofte utilstrækkelige, og rådet har derfor udarbejdet en vejledning om, hvad disse erklæringer bør indeholde (årsberetningen 1994, s.107f). Denne vejledning har afhjulpet, men desværre ikke fjernet problemet, og Retslægerådet må stadig returnere mange sager med ufuldstændigt erklæringsmateriale.

Det sker jævnligt, at en erklæring er brugbar, men at Retslægerådet når frem til en anden konklusion end overlægen. I disse tilfælde ”korresponderer” rådet med den erklæringskrivende overlæge. I dag er praksis, at rådet sender den udtalelse, rådet ”er sindet” at afgive til overlægen og anmoder om dennes kommentar. Overlægen kan så uddybe sine argumenter, hvorefter sagen igen behandles af rådets voterende. Tidligere havde ”korrespondancen” mere karakter af en brevveksling, hvilket fremgår

af flere af de tidligere refererede sager, mest markant i form af korrespondancen med professor Erik Strömngren om den patologiske rus (afsnit 4.5).

Den følgende sag er bemærkelsesværdig derved, at den erklæringsskrivende overlæge stillede en absolut forkert diagnose og tilmed fastholdt denne forkerte diagnose. Observanden var en 43-årig ”Skatteopkræver og Pantefoged” i et lille sogn, der var sigtet for at have tilegnet sig 6.000 kr. – måske på grund af rod i regnskaberne, måske på grund af ”villet Uredelighed”. Han blev først undersøgt af kredslægen, der fandt, at observanden kunne lide af ”Dementia paralytica” (syfilitisk sindssygdom) og anbefalede ”Lægebehandling”. Observanden blev så indlagt til mentalundersøgelse (årsberetningen 1936, s.20ff). Observanden havde – formentlig – medfødt syfilis. Faderen havde haft syfilis og havde ...”tillige været fordrukken”. Observanden var svagelig som barn, og 6 år gammel fik han en dobbeltsidig (formentlig syfilitisk) hornhindebetændelse, som gjorde ham blind i flere uger. Han blev behandlet med ”Smørekure” og fik synet igen. Da han var 15 år recidiverede øjensygdommen, hvorefter han i fire år var på et blindeinstitut i Kiel, hvor han igen blev behandlet med ”smørekure”, men det ene øje måtte fjernes.

Han klarede sig pænt i skolen og blev på blindeinstituttet uddannet som børstebinder. Efterfølgende havde han forskellige arbejdsforhold, blandt andet (hans egen betegnelse) som ”Reservejustitsvagtmester”, det vil sige vikar for den lokale arrestforvarer. Han blev så sognets skatteopkræver og pantefoged, kasserer for blindesamfundets lokalafdeling, retsbetjent mv. Han var gift, parret havde et barn og økonomien var i orden.

Observanden blev beskrevet som for eksempel flittig, pålidelig og bestemt, men også venlig samt afholdt. Han kunne dog være noget ”stor paa det”, og han havde antydning, at det i realiteten var ham, der tog sig af sognets skatteforhold, og at politimesteren, dommeren og andre fine folk var hans nære venner. Under indlæggelsen til mentalundersøgelse var han ligeledes venlig, hjælpsom og imødekommende, men også præget af sit ...”konstant elskværdige, overhøflige, affable Væsen”. Han talte i ”Formularsprog” og stod ret ved sengen, når han blev tiltalt. Medpatienterne kaldte ham ”betjenten”, og det var han ikke utilfreds med. Han erkendte – måske – regnskabsrod, men han nægtede sig absolut skyldig i enhver form for kriminalitet. Under omtalen af de påsigtede forhold kunne han blive opkørt, stædig og stejl – ”en Pantefoged har sine egne Rettigheder”.

Observanden frembød absolut ingen psykotiske symptomer. Han var måske lidt glemsom, og han bar præg af ”Overfladiskhed og Forjaskethed”. Ved somatisk undersøgelse blev intet sikkert abnormt påvist, men pupillen på venstre øje reagerede hverken for lys eller akkomodation (højre øje var fjernet). Der var ...”lidt Stavelssensublen ved Prøveordene”. ”Syfilitreaktionerne saavel i Blod som Spinalvædske” var negative. Overlægen konkluderede imidlertid, at observanden var sindssyg, idet han led af ”Dementia paralytica” (syfilitisk sindssygdom). Det kunne Retslægerådet imidlertid ikke tiltræde, hvorfor rådet korresponderede med overlægen med følgende skrivelse: ”Idet man hoslagt tilbagesender Sagen vedrørende X., om hvem De har afgivet Obserkl., skal R. R. tillade sig at bemærke, at man ikke har kunnet føle sig overbevist om Rigtigheden af den stillede Diagnose, Dementia paralytica, idet de forefundne psykiske Symptomer er meget lidet udprægede og karakteristiske, og somatiske Symptomer

næsten ikke forefindes; navnlig mangler alle humorale Symptomer. R. R. vil være mere tilbøjelig til at mene, at det drejer sig om visse, formentlig i denne Sammenhæng ret irrelevante Rester af en medfødt Syfilis, og at der altsaa ikke nu kan siges at foreligge nogen Sindssygdom. Gaar man ud fra denne Opfattelse, maa Synet paa Obs. Strafegnethed ogsaa ændres. R. R. ville sætte Pris paa, om De vilde tage denne Mulighed under Overvejelse og snarest belejligt meddele R. R. Deres opfattelse.”

Overlægen fastholdt imidlertid sin opfattelse og henviste blandt andet til, at observanden som barn havde fået antisyfilitisk behandling, hvilket – efter overlægens opfattelse – kunne forklare ”de humorale Forhold” (dvs. mangel på syfilitisk reaktion i såvel rygmærsvæske som blod). Overlægen ville dog gå med til at modificere sin diagnose til ”Dementia (paralytica?)”. Retslægerrådet fastholdt imidlertid også og tilbageviste meget direkte, at observanden overhovedet kunne lide af Dementia paralytica. Observanden var måske ”aandelig noget underlødigt”, men han fejlede i øvrigt ikke noget og var ”strafegnet”.

Rigsadvokaten undlod at rejse tiltale på grund af bevisets stilling – og efter at observanden havde tilbagebetalt kr. 3.000.

Det er heldigvis sjældent, at en konklusion er fagligt så forkert, som tilfældet var i denne sag. Men det ses. Rådet er ligefrem blevet anmodet om at udtale sig om kvaliteten af en navngivet overlæges mentalerklæringer (årsberetningen 1994, s.61ff). Rådet udtalte, at såvel den psykiatriske beskrivelse som den retspsykiatriske klassifikation var (for) ringe.

Retslægerrådets nugældende forretningsorden indeholder i § 7, stk 1 en bestemmelse om, at rådet kan lade ...”den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige ”. En tilsvarende bestemmelse fandtes også i den tidligere forretningsorden. Denne mulighed anvendes kun sjældent, idet rådet som udgangspunkt indhenter en supplerende eller ny erklæring, såfremt sagen ikke er tilstrækkelig oplyst, men det hænder, at en sag er så kompliceret, og en mentalerklæring så ufyldstgørende, at den sigtede undersøges af en af rådets psykiatere.

Årsberetningen 1989 (s.68ff) indeholder en sådan kompliceret sag. En 44-årig kvinde var sigtet for at have sat ild til sin lejlighed og herved at have dræbt sin 6-årige søn, som hun havde bedøvet med beroligende medicin (et benzodiazepinpræparat). Hun var selv blevet forbrændt og blev derfor indlagt på en brandsårsafdeling, hvor hun blev tilset af flere psykiatere. Herefter var hun i næsten et halvt år indlagt til mentalobservation, hvorefter hun blev flyttet til Vestre Fængsel, hvor hun også blev tilset af psykiater. Nogle fandt hende sindssyg, lidende af en paranoid psykose, andre mente, hun var svært personlighedsforstyrret, blandt andet dramatiserende og opmærksomhedssøgende, og at hun på flagrende og springende vis fortalte ofte helt usandsynlige historier med sig selv som centrum (”pseudologia phantastica”). Den meget omfattende mentalerklæring konkluderede nærmest, at enten var observanden sindssyg, eller også var hun det ikke. Observandens mange og lange forklaringer skal ikke nærmere refereres, men hun, der var opvokset i et velordnet og ret velhavende miljø, angav for eksempel, at hun havde været udsat for incest som barn, og at faderen havde været nazist under krigen. Der var absolut ikke holdepunkter for nogen af delene. Hun havde

været gift tre gange, de sidste to gange med indiske sikh'er. Hun berettede om, at hun havde været udsat for tortur i indiske bjerglandsbyer, at hun havde overværet rituelle handlinger, der viste, at hun selv skulle myrdes, at faderen og hendes sidste ægtefælle – fader til den 6-årige søn – konspirerede osv. osv. Hun kunne det ene øjeblik tale grædende om den afdøde søn, som, angav hun, var blevet myrdet af en hemmelig organisation af sikh'er efter at være iført en rituel beklædning, for det næste øjeblik at være kølig, upåvirket, nærmest ”klinisk” i sin beskrivelse. Hun blev af alle vurderet som velbegavet.

Sagen blev fremsendt til Retslægerådet med det anførte meget omfattende erklæringsmateriale, men rådet så sig ikke i stand til at afgive udtalelse og anbefalede derfor i medfør af forretningsordenen, at kvinden blev indlagt til fornyet undersøgelse hos et af rådets medlemmer. Her fandtes hun sindssyg, lidende af en paranoid psykose, og erklæringen anbefalede en behandlingsdom. Retslægerådet tilsluttede sig – med antydningen af et forbehold – diagnosen, men anbefalede en anbringelsesdom, og det blev også resultatet.

Det er indlysende, at en sådan procedure er tids- og ressourcekrævende, ligesom den kan forlænge en eventuel varetægtsperiode, men rådet finder fortsat – og som i 1937 – at et tilstrækkeligt erklæringsmateriale er en forudsætning ...”for at afgive en forsvarlig begrundet Udt.”.

Endelig skal nævnes, at sager kan være så komplicerede, at rådet anmodes om at give fremmøde i retten. Dette spørgsmål er nærmere omtalt i afsnit 3.2, som imidlertid omhandler civile sager. Det sker overmåde sjældent – eller så godt som aldrig – at rådet anmodes om at møde i retten i retspsykiatriske sager. Men det er sket i en sag, hvor en mand fra det bedre borgerskab var sigtet for sædelighedskriminalitet. Sagen verserede længe, gav anledning til flere mentalundersøgelser og voldte Retslægerådet store problemer. En 47-årig bankdirektør var sigtet for ...”voldtægt i flere tilfælde over for sine husassistenter, endvidere uterlighed over for såvel voksne kvinder som mindreårige, samt for at have stået i forhold til en 13 års pige” (årsberetningen 1950, s.23ff).

Observandens opvækstforhold var upåfaldende, og efter en bankuddannelse var han ansat som ”bankassistent” i en årrække. Han blev gift 36 år gammel, parret fik to børn, og ægteskabet beskrives som harmonisk, også seksuelt. Han havde tidligere været psykisk rask. Observanden var habituelt optimistisk, præget af ”fremdrift”, måske også lidt stor i slaget. Da han var ca. 40 år gammel, grundlagde han sin egen bank blandt andet ved at overtale kunder fra den bank, hvor han var ansat, til at være med til at etablere den nye. Banken gik godt, og observanden blev hurtigt ret velhavende med en tilsvarende omgangskreds af byens spidser. Men samtidig begyndte han at misbruge alkohol, hvad han ikke havde gjort tidligere. Han udviklede hurtigt et i perioder massivt misbrug med morgendrikke, black out og ”inability to stop”. Sideløbende misbrugte han også morfin og kokain, især for at komme til hæfterne efter en længerevarende drikketur. Og endelig udviste han en tiltagende promiskuøs adfærd, hvor han på ”tvivlsomme” restauranter traf hel- og halvprostituerede, han havde samleje med en ”vens” hustru, medens dennes 16-årige søster så på. Han brugte sin sociale og økonomiske ”overlegenhed” til at gøre indtryk på de piger, han var uterlig overfor. Observanden nægtede sig skyldig blandt andet med den begrundelse,

at ...”han jo kunne få, hvem han ville”. Han havde, angav han, ikke blot haft forhold til ...”husassistenterne og de mere eller mindre prostituerede”, han havde også haft ”fine” forbindelser. Det var nærmest ”justitsmord” at beskyldte ham for samleje med en 13-årig pige, han var jo ikke ”pervers”.

Observanden blev først mentalundersøgt af en amtslæge, der efter at have udelukket syfilis (og altså dementia paralytica) kort og godt fandt, at observanden var karakterafviger og alkoholmisbruger samt ”strafegnet”. Retslægerådet anbefalede imidlertid mentalundersøgelse under indlæggelse, og ved denne fandtes observanden ...”præget af en utvivlsomt tiltagende ”dementiv” adfærd og væremåde”. Han var kritikløs i sin adfærd, han øste for eksempel mad fra egen tallerken over på medpatienternes, pralende, var vedholdende af tankegang (persevererende), indblandende og midtpunktsøgende, i perioder ”nærmest hypoman”. Observanden havde livet igennem pådraget sig tre, efter beskrivelsen ikke særligt alvorlige hovedtraumer. Det blev imidlertid grundigt overvejet, om disse hovedtraumer kunne være årsag til observandens tilstand og adfærd. Han fik derfor foretaget eeg, som var normalt, samt hjernepustning (PEG), som viste hjernesvind (atrofia cerebri diffusa), men med en tilføjelse om ”mangelfuld teknik”. Ikke desto mindre hedder det i erklæringens konklusion uden forbehold, at observandens ...”tiltagende karakterforandring og moralske deroute med den hæmningsløse seksuelle – og økonomiske adfærd” skyldes ...”en alvorlig, utvivlsomt fremadskridende hjernelidelse”, forårsaget af hovedtraumerne og misbruget, og at denne tilstand måtte ”ligestilles med sindssygdom”. Dette tilsluttede Retslægerådet sig (lidt for rutinepræget?) og anbefalede, at observanden blev ”anbragt” på et sindssygehospital.

Ved den efterfølgende retssag svarede nævningene imidlertid nej til, at observanden havde været utilregnelig på grund af sindssygdom, hvorefter de juridiske dommere bestemte, at sagen skulle gå om ved et nyt nævningeting. Landsretspræsidenten henstillede derefter, at der blev foretaget en fornyet, ”fuldstændig” mentalundersøgelse. Anklagemyndigheden spurgte Retslægerådet, som anbefalede en ny undersøgelse blandt andet med den begrundelse, at en ny hjernepustning kunne vise yderligere hjerneforandringer, hvilket ville understøtte diagnosen. Men sådan gik det ikke. Observanden blev indlagt på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, der udarbejdede en særdeles omfattende erklæring med en detaljeret gennemgang af observandens livshistorie, alkoholmisbrug, hovedtraumer, seksualliv mv. Noget afgørende nyt kom imidlertid ikke frem. Derimod var observandens adfærd ganske anderledes. Han var helt upåfaldende af adfærd, fuldstændig orienteret og i neutralt stemningsleje. Han kunne være præget af en let taletrang og tendens til at posere og prale, men afdelingen fandt, at der var tale om ...”et påtaget klovneagtigt væsen”, hvilket observanden bekræftede – han kaldte det ”drengagtigt”. Han mente, at der dels var tale om en adfærd, han havde tillagt sig under ...”den årelange soldeperiode”, dels ”et skjold”, han brugte for at dække over alle de ”ulykker”, der var overgået ham. Ved et omfattende somatisk undersøgelsesprogram inklusive eeg og PEG blev intet abnormt påvist. En længere konklusion kan koges ned til, at observanden i perioden for de påsigtede forhold havde befundet sig i ...”en tilstand af svækkelse af åndsevnerne” på grund af misbruget og – måske – hovedtraumerne. Men han frembød ikke tegn på nogen organisk hjernelidelse. Hans ”strafegnethed” fandtes ”tvivlsom”.

Ved Retslægerådets behandling af sagen deltog både Hjalmar Helweg og – som særlig sagkyndig – professor i radiologi ved Rigshospitalet Flemming Møller – inhabilitet var ikke noget stort spørgsmål dengang. Rådet havde fået stillet alle røntgenbillederne til rådighed og mente, at begge PEG-undersøgelserne viste ...”en moderat atrofisk hjerneaffektion”, og at de langvarige hospitalsophold (til mentalobservationer) havde medført en væsentlig bedring af observandens psykiske tilstand, således at han nu var ...”i alt væsentligt helbredt”, men at han havde været i en af misbruget og hovedtraumerne ”ligestillet” tilstand. Sagen blev dog kompliceret af, at det efterfølgende var oplyst, at observanden i arresten havde udviklet en ”sindssygelig reaktion” med selvmordstrusler, af rådet benævnt en ”fængselspsykose”. Det fik dog ikke rådet til at ændre sin udtalelse, men man tilrådede dog, at observanden eventuelt kunne (tvangs) indlægges. Det blev han også, men rådet fastholdt sin udtalelse blandt andet med den begrundelse, at simulation ikke kunne udelukkes.

Det kan næppe undre, at anklagemyndigheden anmodede om, at et medlem ...”ville give møde i retten under sagens behandling”. Rådet udtalte herom: ”I anledning af hr. statsadvokatens skrivelse af 23. november 1950, hvori der rejses spørgsmål om, hvorvidt Retslægeraadet vil kunne give møde under sagens behandling for nævningetinget den 20. december 1950, skal man bemærke, at Raadet principielt må nære afgørende betænkeligheder ved at lade sig repræsentere under retssager og derfor som altovervejende hovedregel ikke indlader sig herpå. I den foreliggende sag kan Raadet imidlertid tiltræde, at der foreligger sådanne særlige momenter, at det må anses for hensigtsmæssigt, om der ved den pågældende lejlighed er en sagkyndig tilstede der kan besvare sagens psykiatriske side. Raadet kan derfor tiltræde den i skrivelsen foreslåede ordning, hvorefter overlæge Dickmeiss, der overfor statsadvokaten har erklæret sig villig hertil, giver møde på Raadets vegne.”

Hvad Dickmeiss forklarede i retten fremgår ikke, men han har ikke haft nogen let opgave. Sagen endte – temmelig overraskende må man sige – med, at observanden hverken blev fundet sindssyg (omfattet af § 16) eller på anden måde psykisk afvigende (§ 17) og idømt fængsel i 3 år og 6 måneder.

Hvad fejlede observanden? Psykisk rask og upåfaldende var han i hvert fald ikke. En nærliggende tanke er en affektiv sindslidelse (manio-depressiv psykose) med først en mani med et ledsagende alkoholmisbrug, så en neutral fase (indlæggelsen på Rigshospitalet) og endelig en depression (i arresten). Den manio-depressive psykose var imidlertid velkendt i 1950'erne, og ingen har efter det anførte overvejet denne diagnose, selv om observanden i den anden mentalerklæring er beskrevet som ”hypoman”. En organisk hjernelidelse synes usandsynlig henset til observandens adfærd og tilstand under indlæggelsen på Rigshospitalet. Tilbage er amtslægens diagnose – men det er sjældent, at en habituelt helt upåfaldende mand debuterer med et så svært misbrug og en så afvigende adfærd efter 40-årsalderen. Så måske er en organisk hjernelidelse alligevel en overvejelse værd. Det ligger klart, at observanden havde et omfattende misbrug, og det er muligt, at misbruget kan have medført en organisk hjerneskade, en ”svækkelsestilstand”, som rådet imidlertid i dag næppe ville have rubriceret som en ”ligestillet” tilstand.

Derimod er rådets holdning til at møde i retten nok modereret, men ikke afgørende ændret fra dengang, jf. afsnit 3.2.

2.35 Afslutning

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. De retspsykiatriske sager omfatter ofte grundige mentalerklæringer og kan betragtes som omfattende kasuistikker, undertiden udarbejdet af tidens mest fremtrædende psykiatere. Sammen med Retslægerådets overskøn tegner disse mange hundrede sygehistorier et overordnet billede af psykiatrisk teori og klinik samt retspsykiatrisk tankegang og praksis gennem 100 år. Selv de mest omfattende årsberetninger indeholder imidlertid kun en brøkdel af de sager, Retslægerådet har behandlet, og yderligere er de refererede sager naturligvis udvalgt, fordi rådet har fundet, at de var særligt interessante, ikke fordi de nødvendigvis var repræsentative. Rådets årsberetninger kan derfor ikke anvendes til "epidemiologiske" analyser af udviklingstendenser, hverken hvad angår diagnoser eller kriminalitet. Men det er alligevel tankevækkende, at helt fra 1909 er andelen af kvinder – og især psykotiske kvinder – høj blandt personer sigtet for brandstiftelse. Moderne forskning viser det samme – andelen af kvindelige (psykotiske) brandstiftere er høj sammenlignet med andelen af kvinder, der begår anden form for kriminalitet.

Årsberetningerne viser også, at de forskellige psykotiske tilstande, som vi kender dem i dag – skizofreni, mani-depressiv psykose (bipolar affektiv sindslidelse), de organiske psykoser mv. – har eksisteret med uændret symptomatologi i 100 år uafhængig af de omfattende ændringer, der i denne periode er sket i samfundet. Det samme gælder de svært personlighedsforstyrrede, der ligeledes – og det er måske mere forbavsende – optræder med uændret symptomatologi gennem alle årene. Og de (bort)forklaringer sædelighedskriminelle gennem tiden har givet om, at børnene selv var interesserede i sex, og at de seksuelle handlinger var både ret uskyldige og uskadelige, har heller ikke ændret sig. Noget andet er, at sæderne under tidligere tiders officielle "victorianske" overflade ikke altid var lige bornerte.

Noget har naturligvis også ændret sig, men det er faktisk ikke så meget. Dementia paralytica (syfilitisk sindssygdom) er af gode grunde næsten forsvundet, og epilepsi – eller i hvert fald krampeanfald – er blevet en sjældenhed i et retspsykiatrisk klientel, uden at årsagen ligger lysende for. De mentalt retarderede – eller var der ofte tale om sinker? – optræder i dag ikke med tilnærmelsesvis samme hyppighed som i rådets første mange år. Det er nærliggende at antage, at årsagen er samfundets forbedrede sociale forhold. Noget andet er, at for hundrede år siden måtte tilværelsen på en åndssvageanstalt for nogle af disse mennesker have været mere human end de livsvilkår, de i øvrigt måtte friste.

Straffeloven af 1933 var præget af en tro på, at mange kriminelle kunne – og skulle – behandles. Denne behandlingsoptimisme såvel blandt læger og jurister som i samfundet som helhed afspejlede sig naturligvis i Retslægerådets vurderinger. Helt frem til 1960'erne blev ganske mange med ikke-psykotiske lidelser – og undertiden også nogle med udtalte personlighedsforstyrrelser – idømt psykiatriske særforanstaltninger. Om det var godt eller skidt vides ikke – det er nemlig aldrig blevet undersøgt. Men det kan i hvert fald konstateres, at i modsætning til tidligere omfatter retspsykiatri i dag næsten udelukkende den tunge psykosepsykiatri.

Kriminalitetsmønstret med megen bizar og voldelig, personfarlig kriminalitet afspejler måske blot, hvad Retslægerådet har valgt at bringe i årsberetningerne, men viser dog, at disse kriminalitetsformer har eksisteret uændret i 100 år. Og med alle de begrænsninger, der ligger i et selekteret materiale om ”enkeltpersoner”, ses uændret associationen mellem forskellige psykotiske tilstande og forskellige former for kriminalitet – den svært endogen deprimerede kvinde, der dræber sine børn, eller den affektflade, autistiske skizofrene patient, der begår et uforklarligt drab.

Der er naturligvis retslægerådsudtalelser fra tidligere tider, som i dag forekommer naive, uheldige eller måske endog forkerte, men overordnet synes Retslægerådet igennem alle 100 år at have anlagt de bedste lægevidenskabelige skøn, som tiden tillod, og således løftet opgaven som ”den højeste sagkundskab” så godt som muligt.

2.4 Faderskabssager

Faderskabssager, paternitetsager, avlingstidsbestemmelser er betegnelser for den opgave, Retslægerådet har haft gennem de sidste 100 år med at fastlægge undfangelsestidspunktet for et barn med det formål at få identificeret faderen. I figur 1 ses et udsnit af lov af 27. maj 1908 om børn født uden for ægteskab, der udgjorde lovgrundlaget for behandlingen af faderskabssager i Retslægerådet.

15de Juni.

574

1908.

Nr. 130.
27de
Maj.

LOV

indeholdende

Bestemmelser om Børn udenfor Ægteskab og disses Forældre.*)

Vi Frederik den Ottende, af Guds Naade Konge til Danmark,
de Venders og Goters, Hertug til Slesvig, Holsten, Stormarn, Ditmarsken,
Lauenborg og Oldenburg,

Gøre nitterligt: Rigsdagen har vedtaget og Vi ved Vort Samtykke stadfæstet følgende Lov:

Kapitel 5.

Lovens Træden i Kraft.

§ 21.

Denne Lov træder i Kraft den 1. Juli 1908, fra hvilket Tidspunkt Lov af 3. April 1900 om Underholdsbidrag til Børn, der ere avlede udenfor Ægteskab, bortfalder. Loven er anvendelig ogsaa med Hensyn til de forinden dens Ikrafttræden begrundede Bidragsforpligtelser. Forandring i stedfundne Fastsættelser af Underholdsbidrag til Børn sker dog kun med fremtidig Virkning, og uden at Forpligtelse til Forndbetaling indtræder. Krav efter § 1, 4de Stykke, og § 2 kunne ikke rejses, saafremt de i § 20 ommeldte Tidsfrister ere forløbne. Afsoning i Henhold til § 19 med Fængsel paa sædvanlig Fangekost og Tvangsarbejde finder kun Sted med Hensyn til Bidrag, der forfalde, efter at Loven er traadt i Kraft. Bestemmelsen i § 12 finder kun Anvendelse med Hensyn til Fødsler, der finde Sted, efter at Loven er traadt i Kraft. For Anvendelsen af Lovens § 15, 2det Stykke, jfr. § 1, 7de Stykke, er det Forudsætningen, at Dødsfaldet er indtraadt efter Lovens Ikrafttræden.

Hvorefter alle vedkommende sig have at rette.

Givet paa Amalienborg, den 27de Maj 1908.

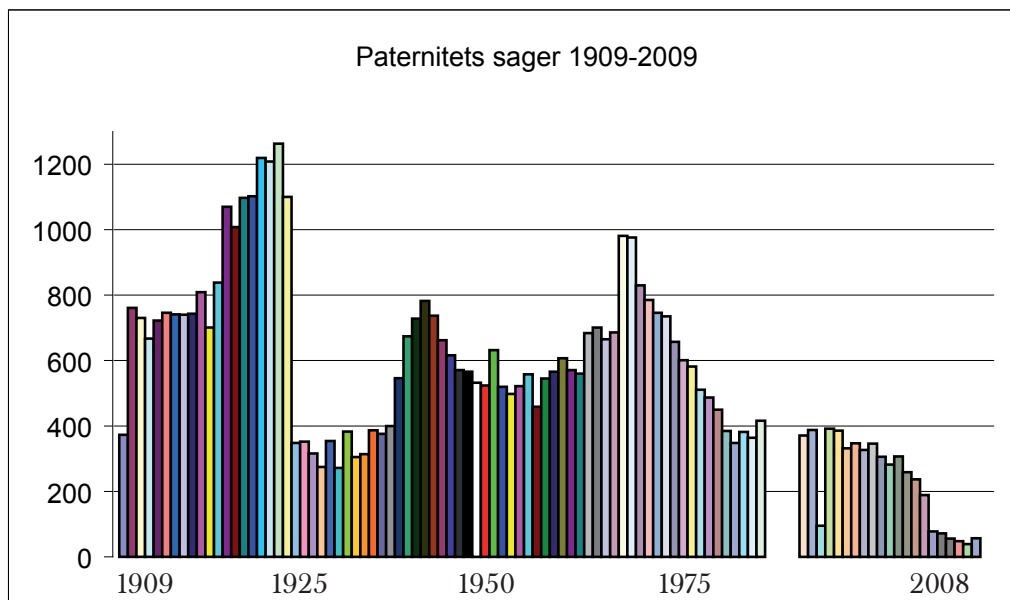
Under Vor Kongelige Haand og Segl.

Frederik R.

(L. S.)

Alberti.

Opgaven har varieret i omfang (figur 2) og specificitet. Der var således i begyndelsen af det sidste årtusinde et ganske højt antal faderskabssager per år, og de tekniske muligheder for at udpege faderen var forbundet med betydelig vanskelighed og stor unøjagtighed. Specielt fordi det juridiske system gerne ville have præcist dateret det samleje, der førte til befrugtningen. I løbet af de forløbne 100 år er antallet af sager faldet betragteligt, ligesom vi i dag råder over helt specifikke metoder til at identificere den biologiske far. De følgende eksempler fra Retslægerådets årsberetninger vil illustrere den betagende forskningsmæssige udvikling, der har gjort dagens avlingstidsbestemmelser til en relativt enkel molekylærbiologisk analyse.



Figur 2. Avlingstidsbestemmelser i Retslægerådets første 100 år. Antallet har varieret betydeligt over tid. Det drastiske fald omkring 1925 skyldes, at embedslægerne overtog en stor del af dette arbejde.

2.41 Avlingstidspunkt bestemt ud fra fødselsvægt og graviditetsvarighed

I den efterfølgende artikel fra årsberetningen i 1916 fremgår det med al tydelighed, at Retslægerådets medlemmer følte sig på løst grundlag, når de skulle foretage vurderingen af avlingstidspunktet. Artiklen indeholder ligeledes en smuk forudsigelse om dagens retsgenetiske muligheder, idet der står: ”Moderne Undersøgelser lader vel skimte en fjern Mulighed for, at visse organiske Egenskaber nedarves efter saa konstante Love, at der ad denne Vej kan tænkes tilvejebragt Bevis for et Barns Afstamning fra en bestemt Mand eller Mulighed for at udelukke sammes Paternitet. Men det er Raadets Opfattelse, at de antydede Undersøgelser ikke i en overskuelig Fremtid kan forventes at ville blive modne til retsmedicinsk Anvendelse” – der gik mindre end 100 år.

2.411 I årsberetningen fra 1915: Under 12/3 1916 (formentlig 1915) har Raadet tilskrevet Justitsministeriet saaledes:

”I Skrivelse af 7/1 d. A. har Justitsministeriet ved at fremsende nogle Eksemplarer af et i Ministeriet udarbejdet Forslag til Lov om Børn udenfor Ægteskab, udbedt sig en Udtalelse fra Retslægeraadet med Hensyn til Bestemmelserne i Forslagets §§ 7-9 og 17. Forud for den ønskedes Udtalelse har Raadet imidlertid ment det formaalstjenligt at fremsætte nogle almindelige Bemærkninger om det retsmedicinske Grundlag for det saakaldte Paternitetspørgsmål.

Ved Bedømmelsen af Paternitetsbeviset maa det for det første erindres, at Samleje og Befrugtning ikke er samtidige. Der kan ligge Dage til Uger mellem det Samleje, der fører til Befrugtning, og Besvangringen.

Og ligesom Tidspunktet for Befrugtningen kun tilnærmelsesvis lader sig fastslaa, saaledes har de ydre Tegn, efter hvilke man søger at komme til Kundskab om, hvor længe et Barn har været i Moders Liv, ikke nogen absolut Værdi. Intet af de sædvanlige saakaldte fuldbaarenhedstegn afgiver Sikkerhed for, at Barnet ikke kan være født noget for tidligt. Der bestaar intet konstant Forhold mellem Svangerskabstiden og Barnets Udviklingsgrad. Den Vækst Fosteret undergaar i Moders Liv, influeres snart ved hæmmende, snart ved fremmende Indflydelser.

Følgen er: Vi kender ikke Middelvarigheden af et Svangerskab, der ender med Fødslen af et tilsyneladende fuldbaarent Barn, det vil sige et saadant, der viser ydre Tegn til at være rettidig født. Vi ved end ikke med Sikkerhed indenfor hvilke Tidspunkter et levendefødt Barn tidligst og senest kan være avlet. Og Gennemsnitstallene gælder i alt Fald ikke for Enkelt-Tilfældene.

Da Svangerskabets virkelige Varighed ikke kan bestemmes nøjagtig, og da Afgørelsen af, om Barnet er Fuldbaarent, er skønsmæssig, kan det ikke undre, at de Sagkyndige er uenige med Hensyn til de Beregninger, der skal lægges til Grund for Paternitsagerne. I disse stilles der Retslægen Spørgsmål enten om, indenfor hvilket Tidsrum et Barn kan være avlet, eller om hvorvidt det kan være avlet paa dette eller hint nærmere angivne Tidspunkt. Nogle opstiller nu, for saa vidt Talen er om fuldbaarne Børn af Gennemsnitsstørrelse, Svangerskabstid, der naar fra 240 til 310 Dage; andre finder dette Spillerum for stort og er utilbøjelige til for Børn som de nævnte at antage en kortere Svangerskabstid end 250 Dage, hvorhos de tillige rykker den øverste Grænse ned til 300 Dage. Nogle foretager for meget store Børns Vedkommende en Forskydning, som bringer Grænserne til at ligge imellem 250 og 320 Dage; andre gør gældende, at de sikkert konstaterede Tilfælde af overtidigt Svangerskab er saa exceptionelle, at der praktisk talt kan ses bort fra dem. Som Eksempel paa den raadende Usikkerhed med Hensyn til nederste Grænse skal anføres, at en saa erfaren Retslæge som Strassmann, der er Professor i Retsmedicin ved Berliner Universitet, i sin sidste Offentliggørelse vedrørende Spørgsmaalet, udtaler sig saaledes ”Det tidspunkt, paa hvilket Livsfrugten tidligst frembyder Tegn til Modenhed maa sættes til 230 Dage”. Foye og Vogt (Kristiana Fødselsstiftelse) mener endog at have set en endnu kortere Svangerskabstid for fuldbaarne Børn (220 Dage).

Det er klart, at naar det lægevidenskabelige Grundlag for den hidtidige Afgørelse af Paternitetsager er saa usikkert, maa der tilstræbes en principiel Ændring. Den gældende Retspraksis hviler paa falske Forudsætninger. Det juridiske Paternitetsbevis maa

for en naturvidenskabelig Betragtning staa som en Fiktion. Biologisk set har det uden for Ægteskab fødte Barn ingen beviselig Fader; ingen Mand kan med Rette dømmes til at være det. En anden Ting er, at den, der har indlagt sig i kønsligt Samkvem uden for Ægteskab, som Alimentant paadrager sig økonomiske Forpligtelser overfor den paagældende Moder. Dette Krav til den mulige Barnefader kan Samfundet ikke frfalde; men det illusoriske Paternitetsbevis bør opgives til Fordel for det Princip, der f. Eks. i Norge er optaget og forfægtet fra lægevidenskabelig Side, og efter hvilket det er Samlejet, der bliver den retsstiftende Kendsgerning.

For saa vidt altsaa Lovgivningen tilsigter i videst muligt Omfang at faa den virkelige Paternitet fastslaaet kan Lægevidenskaben ikke være behjælpelig med at efterspore denne. Det at udpege Fædre er ikke nogen lægelig Opgave; i Lægevidenskaben gælder egentlig ikke andre faste Regler end denne: Pater semper incertus.

Fremdeles fremgaar det af det foran udviklede, at det er umuligt for Lægen at besvare Spørgsmaalet om, hvem af flere fremdragne Personer der er nærmest til at være Fader. Der kan lægevidenskabeligt ikke tales om "usædvanlige Tidsfrister" i den Forstand, som den nu gældende Lovgivning synes at forudsætte, og der kan derfor ikke hentes lægevidenskabelig Støtte for den Hjemmel, der tillader Retten at se bort fra en usandsynlig Paternitet, naar der findes en, der anses for sandsynligere. Lægen kan højst udtale sig om Mulighedsgrader, ikke om Sandsynlighedsgrader. Foreligger der et Barn, der er saaledes udviklet, at det svarer til, hvad der almindelig kræves af Fuldbaarenhed, er der lige saa stor Mulighed for at Barnets intrauterine Tilværelse har varet 280 Dage, som for en Varighed af 260 Dage. Og er der her to forskellige Faderskaber at vælge imellem, kan intet Menneske sige, hvilket af dem der har størst Sandsynlighed for sig. Den Læge, der fordrister sig til at træffe denne Afgørelse, vover sig udenfor sin Videnskabs Erfaring.

At ethvert Paternitetsbevis maa anses for illusorisk fremgaar yderligere af følgende naturvidenskabelige Kendsgerninger og Erfaringer. Medens Samleje, Svangerskab og Fødsel saa godt som uden Undtagelse efterlader Forandringer i Moderens Legeme, gælder der ikke noget tilsvarende for Faderskabet. Ad denne Vej lader der sig ikke føre noget medicinsk Paternitetsbevis. Lægevidenskaben har ikke til sin Raadighed noget Undersøgelingsmiddel eller nogen sikker Erfaring, der tillader den i det konkrete Tilfælde at sige om en Mand, at han er Fader.

Moderne Undersøgelser lader vel skimte en fjern Mulighed for, at visse organiske Egenskaber nedarves efter saa konstante Love, at der ad denne Vej kan tænkes tilvejebragt Bevis for et Barns Afstamning fra en bestemt Mand eller Mulighed for at udelukke sammes Paternitet. Men det er Raadets Opfattelse, at de antydede Undersøgelser ikke i en overskuelig fremtid kan forventes at ville blive modne til retsmedicinsk Anvendelse.

For saa vidt Retslæren, med Opgivelse af de positive Paternitetsbestemmelse, vælger den Udvej ved et Eksklusionsbevis at afgøre, hvem der ikke kan være Fader til et omspurgt Barn, behøver det ikke at paavises, at denne negative Bestemmelse af Barnefaderen er behæftet med al den samme Usikkerhed, paa hvilken Opmærksomheden er henledt i det foregaaende.

Hvor Talen er om Børn, der viser nogenlunde paalidelige Tegn til Fuldbaarenhed, vil Lægen endnu ikke føle Opgaven som helt uløselig, selv om netop den nyere Tids Undersøgelser har vist, at den Betydning, som kan tillægges Maal og Vægt for

Barnets Udviklingsgrad, er ringere end tidligere antaget. Men for ufuldbaarne Børns Vedkommende maa det ihvert Fald betegnes som ugørligt in concreto at angive bestemte Undfangelsesterminer. Skønnet om, hvor meget for tidligt et Barn er født, er nemlig meget vanskeligt og vilkaarligt. Naar det derfor i herhen hørende Sager forlanges opgivet, inden for hvilke Tidsgrænser et ufuldbaarent Barn kan være avlet, eller indenfor hvilke Grænser Undfangelsen er udelukket, er det korrekteste Standpunkt, at Lægen afviser Spørgsmaalet som ubesvarligt. Da imidlertid Retten herved sættes i Forlegenhed, idet den berøves Grundlaget for Partseden, tvinges Lægerne paa dette Punkt ind på Kompromiser, f. Eks. saaledes, at de vel indlader sig paa at svare, men holder sig til et meget stort Spillerum for Avlingstiden. Men det mest konsekvente er som sagt at hævde sit: Ultra posse – (ultra posse nemo obligatur = ingen er forpligtet udover sin kunnen).

Som det vil ses, gentager sig i Paternitetslæren, hvad der møder Retsmedicinen paa forskellige andre Omraader. Domstolen har Brug for skarpt afgrænsede Terminer, naar de skal bringe Lovene til Anvendelse uden Vilkaarlighed; Lægerne fra deres Side staar overfor en umulig Opgave, naar der kræves et bestemt Ja eller Nej, eller en angivelse af faste Grænser, hvor saadanne ikke findes i Naturen. Den Ulempe, at Dommeren ikke kan faa Svar paa, hvad han spørger om, skyldes ikke nogen Obstruktion fra Lægernes Side; deres Holdning er dikteret af Nødvendigheden, saa sandt de ikke bør udtale andet, end hvad der er videnskabelig Sikkerhed for.

Naar der da spørges, hvorledes den Lovgivning, der skal ligge til Grund for Paternitetssagernes Afgørelse, rettelig bør formes, så er der allerede fra Lægevidenskabelig Side givet bestemt Anvisning herpaa. Det var et af de sidste Livstegn, det kgl. Sundhedskollegium gav, at det (i Skrivelse til Justitsministeriet af 25/3 1907, Aarsberetning 1907, S. 32) fremsatte et motiveret Forslag til en tilfredsstillende Ordning. Kollegiet var med sin 100-aarige Erfaring og efter talrige, indgaaende Overvejelser af Spørgsmaalet havnet i den Erkendelse, at det hidtidige Grundlag for Afgørelsen af Paternitetssager var i betænkelig Grad upaalideligt. Og dertil kom, at de Sagkyndiges Skøn som Regel maa bygges paa mere eller mindre løse Angivelser fra andre, navnlig paa Jordemødrenes Oplysninger. Under disse Omstændigheder var det Kollegiets Opfattelse, at det vilde være det retteste, om Loven fastslog en almindelig Undfangelsestid med absolut meget vide Grænser, saaledes at der ikke blev taget Hensyn til Barnets Udviklingsgrad i det konkrete Tilfælde. Efter denne Ordning skulde altsaa Lægerne én Gang for alle være Juristerne behjælpelige med at fastsætte de for alle Tilfælde gældende Frister, hvorimod den enkelte Paternitetssag ikke længere skulde forelægges Lægen til Afgørelse.

Nærmere bestemmer Forslaget Tidsfristen paa følgende Maade: ”Pligten til at yde Underholdsbidrag til et udenfor Ægteskab født Barn paahviler den eller de Mænd, der overbevises om at have haft Samleje med Moderen i Tidsrummet for 197 til 320 Dage (begge inkl.) forud for Barnets Fødsel”.

Dette Kollegiets Forslag synes beklageligvis at være forbleven upaaagtet, Ligesom der i det hele ikke ses at have været følt Trang til lægekyndig Medvirkning ved Udarbejdelsen af Lov af 27. Maj 1908, saaledes har man navnlig heller ikke taget Hensyn til Sundhedskollegiets nævnte Henvendelse. Følgen er bleven, at da Retslægeraadet begyndte sin Virksomhed, stilledes det overfor de samme Vanskeligheder, som Kollegiet

havde kæmpet med. Også R. R. har i de forløbne Aar ført vidtløftige Forhandlinger om Spørgsmaalet, til dels i Forbindelse med Københavns Kriminal- og Politiret. Og der er vel tilvejebragt en *modus vivendi*, der tillader en nogenlunde forsvarlig Praksis. Men den gældende Ordning føles dog bestandig som stærkt utilfredsstillende.

Raadet mener derfor at burde benytte Lejligheden til at genoptage det af Sundhedskollegiet indgivne Forslag og kan fuldt ud slutte sig til dette. Det er vel Raadet bekendt, at der fra juridisk Side næres Betænkeligheder ved en saadan Retsregel. Det har været udtalt, at hvis man undgaar uretmæssige Krav, maa Lovens Avlingstid ikke udstrækkes en eneste Dag længere end nødvendigt for at beskytte det paagældende Barns Interesser. En udenlandsk juridisk Forfatter gaar endog saa vidt i sin Frygt for at se nederste Grænse for lavt ansat, at han fordrer den i Loven fastslaaede Avlingstid for et ved Fødselen "bevislig" fuldbaarent Barn indskrænket til tiden fra den 275. til den 300. Dag inkl., medens der for ufuldbaarne Børn efter hans Mening overhovedet ikke bør sættes nogen lovbunden Avlingstid, men Tilfældene altid afgøres ad det frie Bevis' Vej. Dette Standpunkt maa dog fra lægevidenskabelig Side betegnes som ganske uholdbart. Det er forstaaeligt, at Loven ikke kan undvære den fra Romerretten nedarvede Forskrift om en absolut og nøje fixeret Tid som Præsumption for Faderskabet. Men at indskrænke Spillerummet for Avlingstiden for fuldbaarne Børn saa stærkt som antydnet, vil være i afgjort Strid med vore biologiske Erfaringer. Og hvad de ufuldbaarne Børn angaar, ses det ikke rettere, end at i alt Fald de 28 Uger (196 Dage), der danner Grænsen for Levedygtigheden, maa kunne angive et naturligt Udgangspunkt for Beregningen.

Raadet maa altsaa indtrængende tilraade, at det nu, da der forestaar en Ændring af Loven om Børn udenfor Ægteskab, tages under Overvejelse, om Tiden ikke maatte være inde for det foran omhandlede Principskifte. Dette betegner i Virkeligheden den eneste Vej ud af et Uføre, der er lige besværligt for Jurister og Læger, og som i Længden vil føles som utaaeligt.

Næst efter at oplyse, at Systemændringen er bleven stærkt anbefalet af den norske retsmedicinske Kommission (Aarsb. 1913), skal Raadet navnlig minde om, hvorledes Princippet er godkendt i Bürg. Gesetzb. d. deutsch. Reiches. Efter bestemmelserne i denne Lovs § 1717 er Undfangelsestidens Grænser nedadtil noget videre (181 Dage), opadtil noget stærkere indsnævrede (302 Dage) end ovenfor foreslaaet. Den tilsvarende østrigske Lov har 181-300 Dage, ligeledes Frankrig og Schweiz. Af Grunde, som det her vilde føre for vidt at anføre, maa Raadet dog bestemt formene, at Sundhedskollegiets Forslag nærmest træffer det rette.

Det skal endnu tilføjes, at Retsmedicineren, Prof. Key Åberg i Stockholm indtager et Standpunkt, der staar i Modstrid med det foran forfægtede. I en i 1912 offentliggjort Piece udtaler han sig imod Indførelsen af en paa absolut Maade fastslaaet Avlingstid og formener, at Paternitetsstridigheder bedst afgøres som hidtil ad det frie Bevis' Vej".

Fra 1928 blev der benyttet en statistisk metode udarbejdet af professor E. Hauch (medlem af Retslægerådet). Hans beregningsmodel blev forfinet i 1966 på grundlag af en svensk undersøgelse af svangerskabslængden foretaget af retsmedicineren Bertil Falconer og gynækologen Lars Engström. Undersøgelsen er enestående i sit omfang, idet den blev baseret på alle børn født i Sverige i perioden 01.07.1956 til den 30.06.1957 i alt 92.348 børn. I den statistiske model indgik kun kvinder uden kroniske sygdomme,

med forudgående regelmæssig menstruation og med normalt forløbende svangerskab med et foster, i alt 58.984 børn. Fordelingen af fødselsvægt og fødselslængde blev fastlagt og relateret til svangerskabets varighed. Der blev fundet en klar sammenhæng, men for børn med en fødselsvægt under 1800 gram er antallet af observationer få og avlingstidspunktet dermed også med en tilsvarende meget stor usikkerhed. Denne metode er fortsat grundlaget for de ganske få faderskabssager, der i dag behandles af Retslægerådet, eksempelvis for at indsnævre antallet af mulige fædre, der skal have foretaget en retsgenetisk undersøgelse.

2.42 Kan sygdom og prævention udelukke faderskab – 1919 og 1922?

Spørgetemaerne var i dette århundredes begyndelse af meget forskellig karakter, som det fremgår af nedenstående sager fra 1919 og 1922.

”Den 4/1 1919 fremsender Aalborg Birk og Fleskum Herred en Paternitetssag med Forespørgsel om Barnets Avlingstid samt om Indklagede N.C.J.F.P. efter det foreliggende maa antages udelukket fra overhovedet at kunne celebrere Coitus.

Indklagede indrømmer i 1½ Aar talrige Gange at have plejet kønslig Omgang med Klagerinden, men han benægter at kunne være Fader til Barnet, idet han hævder, at Samlejerne ikke har været fuldbyrdede.

Overlæge Shar afgivet følgende Erklæring af 26/11 1918: Fhv. Restauratør N.C.J.F.P. havde i 1914 en Sygdom i Kønsdelene, for hvilken jeg indlagde ham på herværende Kommunehospital. Sygdommen var en gangrænøs Chanker (venerisk sår forbundet med koldbrand), og der udviklede sig yderligere en Absces (byld), der nødvendigjorde flere Incisioner. Resultatet blev, at en stor Del af Lemmet (penis) gik tabt, saa at det nu maa kaldes rudimentært. Der er for mig ingen Tvivl om, at han med dette forkrøblede Organ ikke er i Stand til at udøve et befrugtende Samleje.

Overlæge E.C. har afgivet følgende Erklæring af 12/12 1918: Hr. Restauratør N.C.P. har ligget her på Hospitalet fra 25/3 til 27/5 1914 for Phlegmone Penis udgaet fra et Ulcus venereum. Phlegmonen strakte sig et godt Stykke op ad Abdomen. Der blev straks gjort Incisioner paa Dorsum Penis, det viste sig, at begge Corpora Carver-nosa laa som løse, fuldstændig nekrotiske, graagrønne Pøser i Bunden af den enorme Absceshule, med Pincet kunde man fjerne de nekrotiske Legemer, der kun endnu hængte fast ved Symfysen ved enkelte Strengene. Senere gjordes plastisk Operation, og der resterer nu kun af Penis et 2½ cm langt Rudiment, hvori Erektion ikke er mulig. Da manden desuden er meget svær, maa det anses for udelukket, at han kan celebrere Coitus.

25/1 1919 udtaler Raadet: Idet man gaar ud fra, at det i Sagen omhandlede den 9/9 1917 fødte Barn har vejet 9 Pund (4500 G) ved Fødslen, maa det anses for at have været fuldt udviklet og kan da være avlet i Tiden fra Begyndelsen af November 1916 til i begyndelsen af Januar 1917. Selvom det efter det foreliggende maa anses for udelukket, at Indklagede kan fuldbyrde Samleje paa regelret Maade, kan det ikke benægtes, at han kan befrugte en Kvinde, forudsat at der finder Sædafgang Sted lige i hendes Kønsaabning eller endog paa de nærmest tilgrænsende Dele”.

Spørgsmål om effektiviteten af prævention blev også forelagt Retslægerådet. Den 9/3 1922 udbeder Politimesteren i Storeheddinge m.v. i en Paternitetssag M.L.S. ktr. A. P.N. m. fl. sig Raadets Udtalelse om det under Sagen ommeldte d. 5/12 1921 fødte Pigebarns Avlingstid samt om det kan antages, at det, at nogle af de Personer, der har haft Samleje med Barnemoderen omkring den Tid, da Barnet maa antages avlet, har forklaret, at de under Samlejet brugte ”franske Artikler” – deres Forklaringers Rigtighed forudsat - kan være en afgørende Hindring for, at Barnemoderen kan være blevet besvangret ved et saadant Samleje. Barnets Vægt: 4000 gr., Længde 55 ctm.

22/3 1922 udtaler Raadet, at det i Sagen omhandlede, den 5/12 1921 fødte Barn kan være avlet i Tiden fra Begyndelsen af Februar 1921 til Begyndelsen af April s. A., samt at Brugen af præventive Midler ved Samlejet, saaledes som i Sagen forklaret, ikke er nogen afgørende Hindring for, at Besvangring kan finde Sted ved Samlejet.

2.43 Analyse af fingeraftryk som del af antropologisk undersøgelse – 1924

Med tiden blev der afprøvet forskellige teknikker til at give en mere nøjagtig vurdering af, hvem der kunne være faderen. En overgang havde man store forventninger til fingeraftryksanalyser, der indgik som en del af et sæt af mulige antropologiske undersøgelser. Undersøgelserne vedrørte fortrinsvist morfologiske egenskaber, herunder specielt egenskaber som finger- og håndfladeaftryk, øjenfarve, regnbuehindestruktur, forskellige fysiognomiske træk for hvilke arvegangen var belyst gennem et arvebiologisk erfaringsmateriale. Der var flere problemer med disse analyser, dels kunne de tidligst udføres, når barnet var mindst to år gammel, dels var analysen af de enkelte træk vanskelig og arvegangen usikker. Metoden fik derfor aldrig afgørende betydning for Retslægerådets arbejde, men indgik i en årrække som et element i vurderingen i de enkelte sager. De følgende artikler i rådets årsberetninger giver eksempler på disse analyser.

2.431 Erklæring fra 1924. Centralbureauet til Identifikation har afgivet følgende Erklæring af 9/5 1924 til Københavns Politis 6. Afdeling:

”I Anledning af den ærede Afdelings Skrivelse af 30. f. M. (Journal Nr. 98/1924) har man optaget Fingeraftryk af Barnet L., Moderen H., samt de 2 Sagsøgte L. og H.

Barnet har Slyngemønstre i alle ti Fingre, Slyngerne, hvoraf 2 stærkt nærmer sig Buemønstre, indeholder gennemgaaende en Del under Middeltal af Linier mellem Delta og Kerneparti.

Moderen har Slyngemønstre i højre Mellem-, Ring- og Lillefinger, mens hun i højre Tommel- og Pegefinger samt i venstre Tommelfinger har Buemønstre.

Slyngemønstrene har under Middeltal af Linier mellem Delta og Kerneparti.

Barnets Aftryk viser saaledes god Overensstemmelse med Moderens Aftryk.

H. har Slyngemønstre i højre Tommel-, Ring- og Lillefinger samt i venstre Tommelfinger, medens han i de øvrige Fingre har Buemønstre, hvoraf Lillefingeraftrykket stærkt nærmer sig til et Slyngemønster. Slyngemønstrene har en Del under Middeltal af Linier mellem Delta og Kerneparti.

Barnets og H.s Aftryk viser saaledes, ligesom Barnets og Moderens og for øvrigt som H.s og Moderens, god Overensstemmelse.

L. har Slyngemønstre i samtlige højre Haands Fingre samt i venstre Pege- og Lillefinger, medens han i de øvrige Fingre har Hvirvelmønstre. Saavel hans Slynge- og Hvirvelmønstre har over Middeltal af Linjer mellem Delta og Kernepartiet. Mellem Barnets og L.s Aftryk findes der saaledes stor Uoverensstemmelse”.

”Ifølge Henvendelse fra Københavns Politis 4. Afdeling til Arvelighedsforskeren, Professor W.J. har denne i Forening med Dr. med. H.A. afgivet følgende Erklæring af 25/8 1924:

Foranlediget ved Deres Skrivelse af 20/5 1924 (Paternit, Journal 102/1924) samt i Henhold til senere førte Telefonsamtaler, har undertegnede i Forening underkastet de i den paagældende Sag implicerede Personer en sammenlignende Undersøgelse, for om muligt at konstatere saadanne Ligheder mellem Barnet (f. 25/12 1918) og Mændene H. og L., som eventuelt kunde være til Støtte for Dommeren med Hensyn til Sagens Afgørelse.

Undersøgelsen foretoges den 19. ds. Moderen var mødt med Barnet, og de to nævnte Mænd fik af den tilstedeværende Politibetjent Frk. B. hver et Nummer, saaledes at vi ikke forud vidste, hvem der var H. og hvem L. – idet de foreliggende Fotografier ikke benyttedes førend ved Opgørelse af Undersøgelsens Resultater. Vi har saaledes ved Undersøgelsen været upaavirkede af de i Sagens Akter foreliggende Oplysninger om de to Mænd. Vi skal først bemærke, at Moderens Træk ikke frembyder Lighed med Barnets, dog at Øjenfarven var meget nær den samme. Desto større Vægt mener vi, at der maa lægges paa udpegede Ligheder mellem Barnet og den ene eller anden af Mændene. Og det særlige Forhold, at Barnet her er betydelig ældre end Børn plejer at være i Paternitessager, hvorfor dets Træk er mere udformede end ellers ved saadanne Sager, giver ogsaa Lighedspunkter større Vægt.

Barnet er i det hele velskabt, dog er venstre Testikel ikke endnu nedsteget. Han har lyseblaa Øjne, yderst svagt om overhovedet pigmenterede (ligesom Moderen). Han har i højre Skulderregion Karuregelmæssigheder, hvortil intet tilsvarende findes hos de to Mænd. Hovedformen er nærmest langskallet og han har ”høj Gane”, Ørerne frembyder ikke særlige Kendetegn ud over, at de er store og fremstaaende; Øreflippen er ikke tilvokset. Underansigtet har tydelig fremtrædende Profil, en karakteristisk Form ved det noget tilbagetrukne Hageparti og Læbestillingen. Han frembyder ingen medfødte Deformiteter af nogen Art.

H. har lyseblaa Øjne, der er ganske svagt pigmenterede. Hovedformen er nærmest langstrakt, og han har ”høj Gane”. Ørerne frembyder ikke særlige Kendetegn, dog er de store og høje, men ikke synderlig fremtrædende, Øreflippen er ”tilvokset”. Hans Underansigt har – tydelig fremtrædende i Profil – en karakteristisk Form, idet Hagepartiet er trukket noget tilbage, derimod maskeres Læbestillingen af et tæt Overskæg. Der findes ikke medfødte Deformiteter af nogen Art.

Af det ovenstaaende fremgaar det, at der mellem Barnet og H. findes visse karakteristiske Ligheder ved Ansigtet, særlig Øjnenes Farve og Underansigtets Bygning, samt ved den høje Gane og de store Ører. Og yderligere maa vi fremhæve, hvad der ogsaa fremgaar af de tagne Fotografier, at der findes en umiskendelig ”almindelig Lighed” mellem Barnet og H.

Omend der saaledes er visse udprægede, karakteristiske Lighedspunkter mellem Barnet og H., medens intet saadant er Tilfældet m. H. t. L., og omend man i betragtning af Barnets forholdsvis betydelige Alder maa tillægge Lighedspunkterne ret stærk Vægt, kan dog intet Kendetegn fremhæves som fuldgyldigt Bevis for, at H. er Fader til Barnet. Vi tager dog ikke Betænkning at udtale, at der efter vort bedste Skøn maa siges at være stor Sandsynlighed for, at dette kan være Tilfældet. Og for saa vidt, der kun er Tale om, at en af de to Mænd kan være Fader til Barnet, er der ganske overvejende Sandsynlighed for, at det maa være H.

I henhold til de 2 Sagsøgtes Begæring anmoder nu Retten om Raadets Erklæring om, hvorvidt der bør regnes med, at H. og kun han er Faderen til Barnet, eller der bør regnes med, at saavel H. som L. kan være Barnets Fader og derfor begge maa alimentere. 7/10 1924 udtaler Raadet, at efter de foreliggende Oplysninger er der intet til Hinder for, at saavel H. som L. kan være Fader til Barnet”.

2.432 Erklæring fra 1937. De antropologiske undersøgelser krævede særlig ekspertise. Forstander J.B. udt. i Erkl. af 26/4 37:

”I anledning af Skrivelse af 17. ds. med hoslagt tilbagefølgende Fingeraftryk af tre Personer kan jeg oplyse, at jeg har foretaget Undersøgelse og Bedømmelse af de omhandlede Fingeraftryk.

Moderen har i højre Pegefinger en ejendommelig sammensat Figur, der nærmer sig stærkt til et Dobbelslyngemønster i højre Tommel-, Mellem- samt i venstre Tommel-, Pege- og Mellemfinger har hun Buemønstre, og i begge Ring- og Lillefingre har hun Ulnarslyngemønstre.

Barnet har i højre Pegefinger et Dobbelslyngemønster, som i meget høj Grad ligner Moderens ejendommelige højre Pegefingeraftryk. I venstre Pege- og Mellemfingre har det ligeledes Dobbelslyngemønstre, i begge Ringfingre har det ret cirkelrunde Hvirvelmønstre, i begge Tommel- og Lillefingre har det Ulnarslyngemønstre og i højre Mellemfinger har det ligesom Moderen et Buemønster. Barnets og Moderens Aftryk viser saaledes med hensyn til Figurerne paa flere Omraader Overensstemmelser.

X. har i højre Ringfinger et langstrakt Hvirvelmønster (Barnets to Hvirvelmønstre er ret cirkelrunde), i venstre Pegefinger har han et højt Teltbuemønster og i alle de øvrige Fingre har han Ulnarslyngemønstre. Med Hensyn til Fingermønstrene viser X.s og Barnets Fingeraftryk paa de fleste Omraader ret store Uoverensstemmelser.

Det højeste Linieantal i Hvirvel- og Dobbelslyngemønstrene og Linieantallet i Slyngemønstrene udgør for

Moderen i højre 51 og i venstre 34 = 85

Barnet - 51 og - 76 = 127

X. - 96 og - 57 = 153

Efter den af Professor K.B. i Oslo givne Fremstilling af hendes Arvelighedshypothese viser Aftrykkene en kvantitativ Værdi som følger:

Moderen:

Højeste Linieantal: 22 = vv

højre Radial: 22 - 0 = 22 = RR

venstre Radial: (19 - 0 = 19)
 højre Ulnar: (22 - 20 = 2)
 venstre Ulnar: 19 - 15 = 4 = uu

Barnet:

Højeste Linieantal: 24 = vv
 højre Radial: 16 - 0 = 16 = RR
 venstre Radial: (24 - 12 = 12)
 højre Ulnar: (16 - 13 = 3)
 venstre Ulnar: 24 - 12 = 12 = UU

X:

Højeste Linieantal: 26 = vv
 højre Radial: 26 - 13 = 13
 venstre Radial: (24 - 0 = 24) = RR
 højre Ulnar: (26 - 16 = 10)
 venstre Ulnar: 24 - 7 = 17 = UU

Moderen	vv	RR	uu
Barnet	vv	RR	UU
X.	vv	RR	UU

Tallene, der angiver de anførte Værdier, udgør for

Moderen	22 (vv)	22 (RR)	4 (uu)
Barnet	24 (vv)	16 (RR)	12 (UU)
X.	26 (vv)	24 (RR)	17 (UU)

Her viser Barnets og X.s Fingeraftryk største Overensstemmelse. Det henstilles, at min foranstaaende Bedømmelse forelægges R. R. til Udt.

18/5 37 udtalte Retslægeraadet (S., H., W.): Undersøgelsen af Fingeraftrykkene giver ingen Vejledning af Værdi om, hvorvidt X. kan være Fader til Barnet. Statsadv. i Sønderborg har under 24/5 27 resolveret, at der ikke vil være videre at foretage i Sagen for det offentliges Vedkommende paa Grund af Bevisets Stilling".

2.44 Antropologisk undersøgelse som et sikkert værktøj – et eksempel fra 1927

De antropologiske undersøgelser kunne dog i enkelte tilfælde føre til et klart svar: "2/8 1927 forespørger Civildomm. i Aarhus, hvorvidt en i Sagen inddragen person af Neger-racen, i Henh. til en foreliggende Lægeerklæring, kan antages ikke at kunne være Fader til det omhandlede Barn. I Sagen er inddraget en Neger (J.T.), som erkender at have haft samleje med Barnemoderen indenfor den af R.R. angivne Avlingstid, men som erklærer ikke at kunne være Fader til Barnet, da dette ikke frembyder Tegn på Neger-Racepræg. Læge H.N. i Aarhus har afgivet følg. Erkl. af 8/1 1927:

Efter en af mig i Dag foretagen Undersøgelse af Barnet K.E.J., f. 2/1 1927 som Søn af I.K.J., maa Barnet erklæres som værende ren Hvid, og Undersøgelsen viser, at der ikke findes mindste Tegn paa, at Barnet er en Mulat. I dette tilfælde maa en Negers Paternitet absolut bestrides.

18/8 1927 udt. R R., at der intet er til Hinder for, at en Neger kan være Fader til et Barn, som ikke frembyder Tegn paa at tilhøre Negerracen.

27/4 1928 fremsendes Sagen paany, nu fra Vestre Landsrets IV Afd., der forespørger, om noget af det i Sagen senere fremkomne, derunder særlig den af Prof. Dr. O.T. d. 23/4 1928 afgivne Erkl., maatte give R. R. Anledning til en yderligere Udtalelse. Prof., Dr. O.T.s Erkl. af 23/4 1928 er saalydende: Ved en den 23/4 1928 foretaget indgaaende Undersøgelse af Deres Klient Hr. T. samt af Pigen I.K.J. og hendes ca. 1 ¼ Aar gamle Barn (Dreng) har jeg konstateret: Hr. T. er med Hensyn til Hudfarve, Regnbuehinden, Haarets Kvalitet, Kraniets og Ansigtets Bygning saa udpræget Neger, at i hvert Fald nogle af de i Betragtning kommende Arveanlæg maa være renracet (homozygot) repræsenteret. Det er under disse Omstændigheder ganske udelukket, at han kan være Fader til det bemeldte Drengbarn, der er ganske lys af Hud, Haar og Øjne (blaa). Et eller flere af Hr. T.s specielle Raceanlæg maatte - paa Grund af deres efter Fremtoninger at dømmes homozygote Tilstedeværelse - nødvendigvis have præget hans eventuelle Afkom med en hvid (specielt nordisk Kvinde); Moderen, I.K.J., er af udpræget nordisk Type.

Det skal i denne Forbindelse bemærkes, at Hr. T. - efter hvad der meddeles - har faaet 3 Børn med 3 forskellige danske ugifte Kvinder. Personligt har jeg haft Lejlighed til at se den ca. 7 aarige E.T., der angivelig er en Datter af T. med en ugift dansk Pige. Barnet E. er ganske umiskendelig Mulat (kruset sort Uldhaar, flad Næse, fremstaaende Læber, gulbrun Hud, mørkbrune Øjne), hvad hun under de angivne Omstændigheder ogsaa maatte være. Hr. T. skal endvidere efter eget Sigende have faaet en Søn, nu ca. 17 Aar (antagelig i N. S.) samt en i 2aars Alderen afdød Søn, begge udtalte Mulatter. Jeg har ikke haft Lejlighed til at se nogle af Mødrene.

I sit nuværende Ægteskab med en dansk Kvinde er T. efter sit Udsagn barnløs.

Blodtypen har jeg personlig bestemt for 1) T., 2) Pigen I.K.J. og 3) det bemeldte Drengbarn (1 ¼ Aar). Blodtypen er for alle tre Personer - som angivet allerede af læge H.N., Aabyhøj - III (B). Drengen kan saaledes have arvet sin Blodtypeegenskab fra Moderen, og undersøgelsen kan paa dette punkt ikke oplyse noget af Betydning for Sagen.

Som Konklusion af samtlige Data nærer jeg ingen Betænkelighed ved at udtale, at det biologisk er ganske udenfor Mulighedens Grænse, at det omtalte Drengbarn, Søn af I.K.J., kan være avlet af T.

30/5 1928 udtalte Retslægeraadet: Ved Sagens 1ste Forelæggelse for R. R. var denne ufuldstændig oplyst, særlig forelaa der ingen Undersøgelse af Negeren T., hvorfor Betegnelsen Neger i R. R.s Skrivelse af 18/8 1927 netop - som formodet af Prof. O.T. - er at opfatte som den gængse Samlebetegnelse for mere eller mindre racerene Negre; i denne Forbindelse skal R. R. beklage, at der ved en kontormæssig Fejl er faldet Citationstegn omkring Ordet Neger bort.

Efter de nu fremkomne Oplysninger, særlig de foreliggende Undersøgelser af Parternes Racepræg, skal man udtale, at T. herefter maa antages at være saa raceren Neger, at han ikke kan antages at være Fader til det omhandlede racerene hvide Barn”.

2.45 Blodtypeanalyser

I tyverne begynder metoderne at blive mere avancerede og den første sag, hvor man har anvendt blodtypeanalyse, dukker op i 1926. Det må betegnes som et vendepunkt i disse sager.

2.451 Erklæring fra 1926. 2/12 1926 udbeder Østre Landsrets 5. Afdeling i Paternitetssagen I.C.M.J. mod H.G.J. og R.V.J. sig R.R.s Udtalelse om indenfor hvilke Tidsgrænser, det paagældende Barn kan være avlet.

Endvidere udbeder man sig en Udtalelse om, hvorvidt en fra Prof. O.T. modtagen Erklæring om Resultatet af Blodprøver fra Barnet, Moderen og 2 mulige Fædre giver R.R. Anledning til nogen Udtalelse.

Prof., Dr. med. O.T., Universitets Institut for alm. Pathologi, har afgivet følgende Erklæring af 19/11 1925 til Overretssagfører O.F.:

”I Anledning af deres telefoniske Forespørgsel om, hvorvidt det er muligt gennem Undersøgelse af Blodet at afgøre, om et givet Barn kan være Afkom af to bestemte Forældre, skal jeg oplyse, at det i et vist Antal Tilfælde (ca. 20 pCt.) er muligt gennem Blodprøven at fastslaa, at Barnet ikke kan være avlet af en bestemt Mand, naar den angivne Moders Maternitet kan anses for uomtvistelig. I ca. 80 pCt. vil Undersøgelsen overhovedet ikke kunne give Oplysning. Jeg undlader ikke at fremhæve, at Prøvens Udfald aldrig kan fastslaa, at en bestemt udpeget Mand er Fader til det omspurgte Barn. Værdien af Undersøgelsen ligger i det negative; man kan udelukke (i ca. 20 pCt. af Tilfældene) en bestemt Mand som Barnefader, men ikke fastslaa, hvem der er Barnefaderen.

Jeg skal endelig bemærke, at Prøven er indført mange Steder i Udlandet som Hjælpe middel til Afgørelse af Paternitetssager, og at Instituttet her gerne skal foretage Prøven, hvis Forberedelse (Blodtagning) ikke vil paaføre den paagældende nogen legemlig Smerte eller anden Fortræd.

Prof. Dr. med. O.T. har yderligere afgivet følgende Erklæring af 27/11 1926 til Østre Landsrets 5. Afdl.:

D.D. har jeg personlig udtaget Blodprøver af 4 Personer, der af Retten er udpeget mig som 1-2) Ægteparret J., 3) et af Fru J. født ca. 1½ Aar gl. Barn, 4) en Mand ved Navn J. Hensigten var at prøve, om der gennem Konstatering af de nævnte Personers Blodtype var Mulighed for at afgøre, hvorvidt Ægtemanden kunde være Fader til det omtalte Barn, i benægtende Tilfælde, hvorvidt den omtalte Mand, J., kunde være Barnefaderen.

Efter Undersøgelens Resultat skal jeg udtale, at der i det foreliggende Tilfælde ikke er nogen Mulighed for gennem Undersøgelsen af Blodet at afgøre andet, end at begge de nævnte Mænd kan være Faderen.

Jeg skal til nærmere Forstaaelse af Blodprøvens Natur oplyse følgende: Ethvert Menneske repræsenterer en af 4 Blodtyper, kaldet I, II, III og IV. Hyppigheden af de enkelte Typer er meget forskellig, idet ca. 45 pCt. af Mennesker i Danmark er af I-Typen, ca. 40 pCt. af II-Typen, 10-12 pCt. af III-Typen og 3-5 pCt. af IV-Typen.

Den enkelte Persons Type beror paa bestemte arvelige Faktoreres Tilstedeværelse og er uforanderlig den samme hele Livet igennem.

Det er derfor muligt i et vist Antal Tilfælde at afgøre, naar "Lovene" for Arven er kendt, om et givet Barn kan være Afkom af to bestemte Forældre, resp. naar Moderen sikkert er kendt, om en bestemt Mand kan være Fader til et bestemt Barn.

I det foreliggende Tilfælde fandtes:

Ægtemanden J.	at være af Type	I,
Barnets Moder	" " " "	II,
Barnet	" " " "	II,
Manden J.	" " " "	II.

Barnet kan have arvet den Ejendommelighed, der frembringer II-Typen, fra Moderen alene, idet I-Typens Arvefaktorer dækkes (domineres) af II-Typens.

Som Eksempler, der oplyser nærmere, hvad det drejer sig om, skal jeg anføre:

Er begge Forældrene af Type I, maa ethvert af deres Børn ogsaa blive af I-Typen

Er en af forældrene af Type II, den anden Type I, kan afkommet blive enten af Type I eller II, men aldrig III eller IV.

Er begge Forældrene af Type III, kan Afkommet blive enten I eller III.

Er en af Forældrene Type II, den anden Type III, kan Afkommet blive saavel af I-, II-, III- som IV-Typen.

I Tilfælde af at en af Forældrene er af IV-Typen kan intet sikkert siges om Afkommet, da Arveforholdet her endnu er Genstand for Diskussion.

Jeg skal endelig tilføje, at Undersøgelsen af de 4 Personer (Ægteparret J., Barnet og J.) af mig er foretaget saa fuldstændigt som muligt, d.v.s. ved Undersøgelse af hver af de paagældendes Blodlegemer overfor alle 4 Typers Blodvædske (Serum) og ved Undersøgelse af hver af de paagældendes Serum overfor Blodlegemer af alle 4 Typer. Samtlige sammenhørende Prøver viste fuld Overensstemmelse indbyrdes.

30/12 1927 udtaler R.R., at det i Sagen omhandlede den 26/3 1925 fødte Barn kan være avlet i Tiden fra Midten af Maj 1924 til Midten af August s. A., forudsat at Barnet var fuldt udviklet eller næsten fuldt udviklet ved Fødslen. R. R. skal dernæst udtale, at man kan slutte sig til den af Prof., Dr. med. O.T. i Sagen afgivne Erklæring, hvorefter Blodgruppeundersøgelsen maa give til Resultat, at begge de to Sagsøgte i dette Tilfælde har Mulighed for at være Fader til Barnet (fra et biologisk Synspunkt)".

I de følgende årtier skete der en rivende udvikling inden for blod- og serumtypebestemmelserne og fastlæggelsen af faderskabet kunne foretages med større og større statistisk sandsynlighed.

2.452 Erklæring fra 1963. I en faderskabssag udtalte Retslægerådet sig om sikkerheden ved faderskabsudelukkelse efter Gc-systemet.

”X fødte den 11.3.1963 et barn uden for ægteskab. Der var udlagt 2 mænd som faderskabsmuligheder, Y og Z. Ved blodtypebestemmelsen på Københavns Universitets retsmedicinske Institut havde man fundet følgende typefordeling:

Barnemoderen: A1MS+ C+CW-D+E-c+P+K-Fya+ Lea- Hp 2-1 Gc 1-1.

Barnet : A1MS+ C+CW-D+E-c-P-K-Fya+ Lea- Hp 2-1 Gc 2-1

Y : A1MNS+C+CW-D+E-c-P-K-Fya- Lea- Hp 2-2 Gc 2-2.

Z : OMNS- C+CW-D+E+c+P+K- Fya-Lea- Hp 2-2 Gc 1-1.

Sidstnævnte var således udelukket ifølge Gc-systemet. Det blodtypestatistiske indeks for Y fandtes til 21,4, således at den blodtypestatistiske vurdering i væsentlig grad talte for hans faderskab. Instituttet havde i sin erklæring med hensyn til sikkerheden ved udelukkelsen henvist til Retslægerådet, og dommeren sendte den 7.8.1963 sagen til rådet med forespørgsel om sikkerheden af den påviste faderskabsudelukkelse ved Gc-systemet”.

Retslægerådet udtalte den 9.9.1963: ”Gc-systemet, der opdagedes i 1959, er et system af arvelige faktorer inden for de såkaldte alfa2-globiner i blodvæsken (serum). Faktorer påvises ved en såkaldt immunelektroforetisk undersøgelse, og der kendes inden for systemet 3 forskellige typer betegnet henholdsvis Gc 1-1, Gc 2-1 og Gc 2-2. Systemets arvegang er fundet at være betinget af 2 sideordnede arveanlæg Gc 1 og Gc 2. Arvegangen, der efter det foreliggende er vidtgående uafhængig af milieu, er sikret ved såvel familiematerialer som ved moder-barn-undersøgelser. Der foreligger i øjeblikket i Danmark undersøgelse af 185 familier med 423 børn samt 820 moder-barn-par, og der er i dette materiale ikke konstateret nogen undtagelse af den forventede arvegang. Uanset at resultater af udenlandske undersøgelser ikke uden videre kan overføres på danske forhold, kan det tilføjes, at udenlandske materialer tilsammen omfatter 382 familier med 1046 børn og 1452 moder-barn-par, og at der heller ikke i disse materialer er påvist nogen undtagelse. Efter rådets skøn må sikkerheden af en faderskabsudelukkelse efter Gc-systemet herefter antages at være af en størrelsesorden mellem 99 %-99,9 %. I sagens behandling har professorerne Brandstrup og Gormsen samt afdelingsleder dr.med. Henningsen deltaget”.

I et retsmøde den 11.9.1963 blev sagen mod Z hævet, og Y anerkendte faderskabet.

2.46 De retsgenetiske undersøgelser

I dag er lovgrundlaget for faderskabssager fastlagt i Børneloven af 2001 samt bekendtgørelse af 13. juni 2002 vedrørende retsgenetiske undersøgelser i faderskabssager. Spådommen, der blev beskrevet i Retslægerådets årsberetning 1916, er således gået i opfyldelse:

”Moderne Undersøgelser lader vel skimte en fjern Mulighed for, at visse organiske Egenskaber nedarves efter saa konstante Love, at der ad denne Vej kan tænkes tilvejebragt Bevis for et Barns Afstamning fra en bestemt Mand eller Mulighed for at udelukke sammes Paternitet. Men det er Raadets Opfattelse, at de antydede Undersøgelser ikke i en overskuelig fremtid kan forventes at ville blive modne til retsmedicinsk Anvendelse”.

2.5 Lægefejl

Ingen læger behersker hele spektret af medicinske sygdomme, og læger må især i forløbet efter embedseksamen afgrænse sig til et snævrere medicinsk område. Når viden og færdigheder skal anvendes i den enkelte patients tjeneste, bliver der behov for kombinationsevne og samarbejdsevne, ligesom der ofte vil være et valg mellem flere medicinske muligheder. Det er således reglen mere end undtagelsen, at de forhåndenværende oplysninger kan give mulighed for at drage mere end en konklusion. Den gode dømmekraft vil så vise sig ved, at man vælger det, der indebærer det bedste resultat for patienten, herunder at man erkender det, hvis beslutningsgrundlaget er ufuldstændigt.

Når man betragter omfanget og antallet af de beslutninger, der skal tages gennem et professionelt liv, er det indlysende, at ikke alle beslutninger vil vise sig at være rigtige. Udfaldet af den givne beslutning vil derfor undertiden blive et forløb, der ikke for patienten var det bedst opnåelige. Fejl forekommer og vil sammen med misforståelser, utilsigtede hændelser og uhensigtsmæssige systemer give anledning til uheldige forløb.

Uheldige forløb kan give anledning til klagesager. Det fremgår af Retslægerådets årsberetninger, at rådet, siden dets oprettelse, årligt har behandlet klager over læger, tandlæger og andet medicinalpersonale, men først i nyere tid er antallet af disse klager blevet af et væsentligt omfang. Hertil kommer, at der også er dannet mange foreninger til varetagelse af patientrettigheder, og der er oprettet særlige institutioner som Patientklagenævnet, Patientforsikringsforeningen og Patientskadeankenævnet til varetagelse af patientklager.

Det kan synes, at klager er tilfældige. Det er ofte ikke fejltagelsens alvor eller karakter, der bestemmer, hvornår der klages. Det er heller ikke ualmindeligt, på trods af udbygningen af klagemuligheder og appelinstanter, at en klager, der ikke får medhold, er blevet så påvirket af forløbet, at klageren fortsat føler sig utilfredsstillet og forsøger alternative veje gennem retsvæsenet eller gennem medierne. Retslige afgørelser involverer næsten altid en kontakt med Retslægerådet, og afgørelserne træffes efter endevenden af sagens kendsgerninger således, at sagen kan afgøres på en saglig baggrund. Dette forløb vil dog ofte holde sagen levende hos klageren og den indklagede gennem et langt tidsrum, og kan alene derved, uanset udfaldet, blive yderligere traumatiserende.

2.51 Klager over medicinalpersoner.

Fra sin start har rådet årligt behandlet et lille antal klager over medicinalpersoner. Langt de fleste klager vedrører læger, men der er enkelte sager vedrørende tandlægevirkosomhed, sygeplejevirkosomhed, jordemodervirkosomhed og apotekervæsen. Generelt har antallet af sager været få, og de har udgjort en meget lille del af Retslægerådets arbejde indtil nyere tid. Til trods for dette har det gennem årene været sager af denne

type, der især har påkaldt sig offentlighedens opmærksomhed, og det kan derfor være rimeligt her at give en lidt mere uddybende omtale af disse sager, der gennem årene har været rubriceret under forskellige overskrifter, så som ”lægelige kunstfejl”, ”fejl begået af medicinalpersonale” og i de seneste årtier er kategorien omdøbt til ”klager over medicinalpersonale”.

I perioden 1909 – 1934 behandlede Retslægerådet nogle få sager om lægefejl næsten hvert år. Typiske emner var afgivelse af uberettigede erklæringer, misbrug af medicin, pligtforsømmelser, problemer med dødsattester og undladelse af ligsyn, men et tilbagevendende emne var dødsfald efter narkose med kloroform eller ved munddrydning og tandbehandling, hvor benstumper og tænder røg ned i svælget og endte i luftvejene.

I perioden 1935-1960 var sagsantallet fortsat beskedent, i gennemsnit omkring 25 sager per år, og typiske emner var fortsat dødsfald i narkose, dødsfald efter tandbehandling i narkose og nu også forbrændinger efter røntgenbestråling, diatermi, varme omslag og tilsvarende. Andre typiske emner var fejldiagnoser, fejlinjektioner og set med nutidens øjne en kontroversiel behandling af psykotiske patienter med insulindøsekur i hjemmet uden overvågning. Bedøvelse var fortsat en kilde til flere sager på grund af dødsfald (opkastning i narkose, indsprøjtning af curare, indsprøjtning af lokal- anæstetika og kloroform).

Perioden 1960-1984 er mindre velbeskrevet i Retslægerådets årsberetninger, da de som tidligere omtalt ikke blev udgivet i størstedelen af perioden (fra 1969 - 1987). Røntgenforbrændinger eventuelt med sen debut mange år senere, narkosedødsfald på grund af eksplosioner i narkoseapparater og andre apparatfejl, gav fortsat anledning til klager. Klagerens antal var nu tiltaget fra omkring 22 sager årligt i periodens første del til omkring 80.

I perioden 1984-2009 er antallet af klagesager steget meget fra knapt 3 % til omkring 10 % af samtlige sager i perioden 1991-2001. De seneste 7-8 år er sagsantallet dog for nedadgående. Den umiddelbare virkning af klagevejledninger, lovgivning om patienters retsstilling, Patientklagenævn, Patientforsikring og Patientskadeankenævn synes at have været, at antallet af klager, i hvert fald for en periode, tiltog meget. Reglerne er nu samlede i lovbekendtgørelse nr. 24 af 2009-01-21 om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Mangelfuld information og ønske om erstatning er, i modsætning til tidligere, blevet udgangspunkt for mange af sagerne. Patienter har ret til at vide alt, hvad der er relevant, både for sygdommen og det sandsynlige forløb. Mange patientklager beror på manglende, insufficient eller for patienten uforståelig information, ligesom det kan knibe med at efterleve, at patienter i forbindelse med tilbud om undersøgelse, behandling og pleje har krav på at blive informeret således, at de kan tage stilling og give samtykke til behandling. Lov om patienters retsstilling blev oprindeligt indført ved lov nr. 482 i 1998. Reglerne er nu videreført i lov nr. 95 i 2008 ”Sundhedsloven”, der trådte i kraft den 1. april 2009 og indebærer, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der er omfattet af andre bestemmelser

(f.eks. psykiatriloven, inhabile, mindreårige, og situationer, hvor øjeblikkelig handling er påkrævet, og hvor patienten midlertidigt er ude af stand til at tage stilling). Et samtykke kan foreligge mundtligt eller skriftligt, eller det kan efter omstændighederne være stiltiende. En forudsætning er, at det fremgår af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet. Stiltiende samtykke er kun gyldigt, hvis det er utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet enighed om behandling. I sagens natur kan der ikke være tale om en så vidtgående information, at patient og læge er ligestillet med hensyn til viden. Det er derfor et dilemma, hvor omfattende information skal være for at være tilfredsstillende. Det må vurderes i hvert tilfælde i forhold til, hvor hyppigt komplikationer forekommer, og hvor alvorlige de er. Nogle følgetilstande er jævnligt forekommende, for eksempel efter kirurgiske indgreb, og det er da vigtigt, at man forud får kontrolleret, at patientens opfattelse af situationens alvor er korrekt, og forventningerne til operationsresultatet er realistiske. Eksempelvis vil brud med knusning af ledflader medføre funktionsindskrænkning og langtidsfølger uanset behandlingen, men patienterne vil ofte have en helt anden forestilling, for eksempel baseret på mediernes fejlagtige omtale af ekspres opheling af komplicerede knoglebrud hos fremtrædende sportsstjerner og andre notabiliteter. Mange skuffelser, klagesager og efterfølgende frustrationer beror på, at den forudgående information har været utilstrækkelig, og på, at patienter ikke har forstået, hvad sygdom og behandling indebærer.

2.52 Typer af lægefejsager.

Sagerne kan groft sagt opdeles i sager, hvor der klages over forkert behandling (herunder forvekslinger, unndladelser eller mangelfulde undersøgelser) og forkert diagnose. Den førstnævnte klageårsag er langt den hyppigste. De spørgsmål Retslægerrådet forsøger at vurdere i forbindelse med sådanne sager er følgende:

- 1) Var undersøgelsen/behandlingen velindiceret (velbegrundet).
- 2) Blev undersøgelsen/behandlingen udført lege artis af en tilstrækkelig erfaren læge, der var i stand til at følge almindelig anerkendt praksis.
- 3) Hvis der opstod komplikationer i forbindelse med undersøgelsen/behandlingen, blev disse komplikationer så konstateret hurtigt og i overensstemmelse med anerkendt praksis.
- 4) Blev komplikationerne behandlet korrekt?

I forbindelse med klager over forkert diagnose rejser der sig følgende spørgsmål:

- 1) Blev undersøgelsen gennemført lege artis (efter reglerne)?
- 2) Var den stillede diagnose rimelig på basis af de foreliggende præmisser?
- 3) Var behandlingen korrekt?
- 4) Burde en anden behandling eller eventuel indlæggelse have været bragt i anvendelse?

Dette er de centrale spørgsmål i de fleste klagesager, men den enkelte sags særlige karakter kan naturligvis bevirke, at andre problemstillinger skal vurderes, ligesom rådet efter bedste evne vil forsøge at besvare de konkrete spørgsmål, der er stillede.

Lægefejsager vedrørende vagtlæger vil typisk blive forelagt Retslægerådet af Sundhedsstyrelsen. Styrelsens standardspørgsmål er, om den pågældende læge har begået fejl eller udvist manglende omhu eller forsømmelighed i forbindelse med vagtlægens kontakt med den pågældende patient. Undertiden ønsker Sundhedsstyrelsen også Retslægerådets vurdering af, om en eventuel fejl opfattes som grov. Ved vurderingen af disse andre sager om manglende diagnostik lægger Retslægerådet vægt på følgende forhold:

Har den pågældende læge forsøgt at fremskaffe de relevante oplysninger om sygehistorien?

Har lægen foretaget en korrekt, relevant klinisk undersøgelse?

Har lægen til trods herfor overset kliniske fund, som efter Retslægerådets vurdering må have været til stede på undersøgelsestidspunktet?

Må dette i så fald antages at være sket enten på grund af manglende dygtighed hos den pågældende læge, eller fordi den kliniske undersøgelse må antages at være forhastet eller overfladisk?

Har lægen på grundlag af sygehistorien og de kliniske fund iværksat de korrekte foranstaltninger, herunder adækvat behandling og eventuel indlæggelse samt aftale om nyt lægetilsyn?

Har lægen vægret sig ved at tilse patienten til trods for anmodning fra patient og pårørende, og til trods for, at anmodningen efter Retslægerådets vurdering har været velbegrundet?

Det må medgives, at de oplysninger, der forelægges Retslægerådet til bedømmelse af ovennævnte forhold, ofte er så mangelfulde, at spørgsmålene kun kan besvares med betydelige reservationer. Ikke sjældent kan der være gået lang tid siden det pågældende sygebesøg, hvorfor lægen ikke kan huske de relevante detaljer. Lægens optegnelser i forbindelse med et sådant sygebesøg kan være utilstrækkelige, så spørgsmålene ikke kan besvares. Endvidere er der ikke sjældent uoverensstemmelser mellem de pårørendes oplysninger om lægens kliniske undersøgelse og lægens egen redegørelse. Dette kan naturligvis skyldes, at det er svært for de pårørende at vurdere kvaliteten af en rutineret læges kliniske undersøgelse. Det kan imidlertid også dreje sig om relevante undersøgelser, som lægen fejlagtigt ikke har foretaget, for eksempel måling af legemstemperatur eller en relevant stetoskopisk undersøgelse af lungerne. Særligt belastende for lægen er det, efter Retslægerådets opfattelse, såfremt lægen har afslået anmodning om et tilsyn, til trods for at dette måtte anses for lægeligt velbegrundet.

2.53 Retslægerådets sprogbrug.

Generelt gælder, at rådets konklusioner i lægefejsager ofte kan være en af følgende: Ingen fejl, hændeligt uheld, lægeligt fejlskøn eller lægeligt fejl.

Ved hændeligt uheld forstås, at lægen efter de givne kriterier har handlet korrekt, men at slutresultatet af en eller anden grund, som altså ikke kan tilskrives lægens handle-måde, er blevet dårligere end sædvanligt. Det ringere resultat kan for eksempel være

en følge af biologiske variationer, hvis forekomst altid må tages med i betragtningerne, men som man ikke altid kan gardere sig imod.

Et lægeligt fejlskøn foreligger, når lægen ud fra de foreliggende præmisser og en adækvat undersøgelse har mulighed for at drage mere end én konklusion, med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, og hvor først forløbet senere viser, at den af lægen truffe beslutning ikke var det optimale i det konkrete tilfælde, og at beslutningen således var ”forkert”. I sådanne tilfælde har lægen ikke begået en faglig fejl, men hans handling har på den ene eller anden måde haft en uheldig indflydelse på patientbehandlingens endelige resultat.

Ved ”fejl” forstås i virkeligheden mange ting. Det kan dreje sig om, at lægen ud fra nogle foreliggende præmisser har stillet en diagnose, som præmisserne ikke lagde op til, men der kan også være tale om, at lægen har handlet imod almindeligt anerkendte principper for lægevirksomhed. I sådanne tilfælde, hvor Retslægerådet finder den lægelige adfærd kritisabel, kan anvendelsen af ord som fejl give anledning til visse vanskeligheder. Retslægerådets vurderinger er jo alene lægevidenskabelige, og ved anvendelsen af ordet ”fejl” kan dette have en vis betydning i erstatningssager, idet Retslægerådets anvendelse af ordet lægger op til, at lægen har begået en culpøs handling.

Retslægerådet søger at undgå anvendelsen af en terminologi med ord som manglende omhu og samvittighedsfuldhed eller forsømmelse eller skødesløshed, da dette meget let kan henlede opmærksomheden på det strafansvar, som er omtalt i den gamle lægelovs § 6 eller § 18. Spørgsmålene kan undertiden øge vanskelighederne, idet det forekommer, at de indeholder en anmodning om vurdering af et sagsforløb i forhold til lægelovens eller straffelovens paragraffer eller i forhold til anerkendt juridisk terminologi. Endvidere anvender nogle spørgerne en teknik, som indirekte antyder, at der er begået en lægelig fejl i den aktuelle sag. For eksempel sluttes en lang række konkrete spørgsmål vedrørende handlingsforløbet af med et sidste spørgsmål, som kan lyde: ”Er der derudover efter Retslægerådets opfattelse begået lægelige fejl”. Spørgeren indicerer herved indirekte, at nogle af de foranstillede spørgsmål må være besvaret således, at der er postuleret en lægelig fejl. En anden spørgeteknik med snedige spørgsmål går ud på, at spørgeren til grund for besvarelsen af spørgsmålet fastlægger en lang række præmisser, som ikke foreligger i sagens akter.

En anden vanskelighed, der kan forekomme i forbindelse med rådets behandling af behandlingsklager, kan være, at den lægelige adfærd, som ønskes vurderet, ligger meget langt tilbage i tiden. Der forekommer mange sager, som har været så lang tid undervejs, at undersøgelses- og behandlingsmetoder i den forløbne tid er blevet totalt ændret. Dette medfører, at den skadelidtes sygdom med meget stor sandsynlighed ville have fået et andet og gunstigere forløb, hvis behandlingen var foregået på nuværende tidspunkt. Retslægerådet må være opmærksom på dette forhold og skal forsøge at vurdere den lægelige adfærd ud fra, hvad der var almindeligt anerkendt praksis på det aktuelle undersøgelses- eller behandlingstidspunkt.

2.54 Ændrede bedømmelser af lægefejl.

Fremskridt inden for lægevidenskaben kan medføre, at Retslægerådets vurdering med tiden ændres. Som eksempel skal omtales 2 meget velkendte, men dog sjældne operationskomplikationer, hvor kvaliteten af behandlingen gennem årene har ændret sig, og hvor Retslægerådet i overensstemmelse med en ændret opfattelse inden for kirurgien har foretaget en stramning i vurderingen således, at rådet fra at betragte komplikationerne som hændelige uheld, nu er af den opfattelse, at det normalt vil være udtryk for fejl, hvis de indtræder. Det drejer sig om utilsigtede læsioner af galdeveje og urinledere.

Galdevejslæsioner. Galdegangslæsioner under simple operationer for galdesten er relativt sjældne komplikationer, der i mange tilfælde medfører alvorlige følger. Galdegange kan ikke erstattes af andre væv, og skrumpninger, betændelse og skrumpeliver er sandsynlige senfølger. Hvis læsionen er sket, er det vigtigt, at galdegangsrekonstruktionen foretages af særligt erfarne kirurger. Galdegangslæsioner ses formentlig i 0,2 % af de galdestensoperationer, hvor bugvæggen åbnes på traditionel vis og lidt hyppigere ved de kikkertkirurgiske indgreb. Retslægerådet har i mange år været inddraget i nogle få sådanne sager årligt, og har herved – og ved afholdelse af møder og ved artikler i fagblade og årsberetning – bidraget til opfattelsen af, hvordan fremgangsmåden ved disse operationer skal være. Behandlingen af klager er nu næsten overgået til Patientklagenævn og Patientforsikring, og kun i særlige tilfælde og ved uenighed bliver Retslægerådet inddraget, eventuelt i forbindelse med retssager.

Der kan være mange årsager til, at galdevejene læderes. Der er mange anatomiske variationer i forløbet af galdegange og pulsårer, og der kan være akutte og kroniske betændelsesforandringer kombineret med stensygdом, som kan medføre, at operationsfeltet er meget vanskeligt. De fleste læsioner opstår imidlertid ved såkaldte ukomplicerede galdestensoperationer, hvor der ikke er andre forklarende momenter end, at kirurgen ikke nøje har fulgt anerkendte fremgangsmåder. Ved åben galdestensoperation gælder således, at pulsåren til galdeblæren skal være frilagt, og det retvinklede indløb mellem galdeblæregangen og hovedgaldegangen skal være fridissekeret før nogle strukturer må deles. Sædvanligvis kontrolleres anatomien yderligere ved direkte røntgenfoto-grafering på operationsbordet.

Ved kikkertoperationen skal fremgangsmåden være anderledes, idet man ved indgreb skal holde sig væk fra og undlade dissektion i området, hvor galdeblæregangen indløber i hovedgaldegangen. Dissektionen skal her foregå i et plan, der ligger længere til højre, hvor det er overgangen mellem galdeblæren og galdeblæregangen, der skal frilægges. Galdevejslæsioner kan næppe fuldstændigt undgås på grund af de mange anatomiske variationer i regionen og situationer, hvor der er betændelsesforandret eller cancerinfiltreret væv. Men ved almindelige ukomplicerede galdestensoperationer er det Retslægerådets opfattelse, at læsioner kan undgås ved omhyggelig kirurgi, der udføres i overensstemmelse med de alment anerkendte retningslinier. Det er selvfølgelig væsentligt, at kirurgen er tilstrækkeligt kompetent, så han kan udføre de nødvendige dissektioner.

Urinlederlæsioner ved fjernelse af livmoderen. Ved større kirurgiske indgreb i bækkenet er urinlederne udsat for at blive læderet. Det drejer sig især om canceroperationer, jo flere betændelsesforandringer eller cancerinfiltrationer, der er i vævene, desto større er risikoen for skader. Ved fjernelse af livmoderen er det kritiske sted få cm fra indmundingen af urinlederen i blæren. Her forløber urinlederen meget tæt på livmoderens nederste del, og da den ikke er synlig, kan den blive delvist eller helt underbundet som led i behandling af utilsigtet blødning, eller den kan beskadiges ved en delvis eller total overskæring.

Traditionelt har gynækologer ved operation for godartede sygdomme ikke frilagt og derved visualiseret forløbet af urinlederen, da man har anset denne dissektion for at være så vanskelig, at det i sig selv ville være mere farligt at frilægge end at fjerne livmoderen ved at holde sig meget tæt på livmoderens væg under friklippingen.

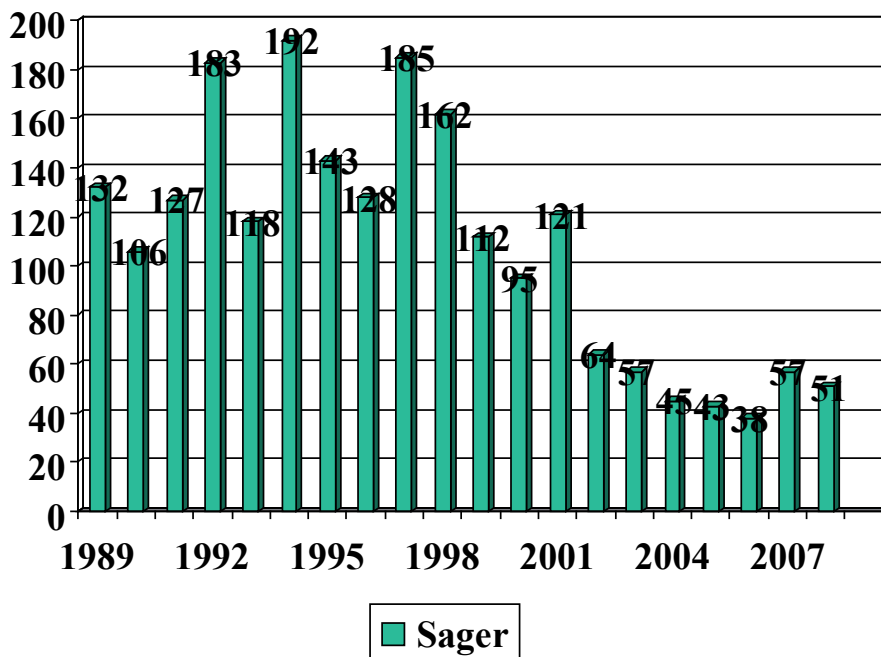
Gennem en årrække var det Retslægerådets vurdering, at urinlederlæsion i tilslutning til fjernelse af livmoderen i almindelighed ville være at betragte som et hændeligt uheld, medmindre særlige forhold gjorde sig gældende, eller der ligefrem kunne påvises fejl ved operationen. Ubehandlet fører urinlederskader til en lang række komplikationer, hvoraf nogle kan være direkte livstruende. Erkendes en urinlederlæsion under operation og behandles den omgående ved tilkaldelse af en kirurg med urologisk baggrund bliver forløbet oftest komplikationsfrit. Med udviklingen af det urologiske speciale er der gennem de sidste 25 år uddannet en række kirurger, der har stor erfaring i disse operationer. Samtidigt har meget få gynækologer opnået en sådan erfaring. Hovedpunkterne i Retslægerådets vurdering af urinlederlæsioner i tilslutning til fjernelse af livmoderen er nu blevet følgende:

- 1) Urinlederlæsioner efter ukompliceret fjernelse af livmoderen udført efter alment anerkendt praksis af en kompetent operatør vil være meget sjælden og kan oftest betragtes som et hændeligt uheld.
- 2) Ved fjernelse af livmoderen, hvor operationen er kompliceret med blødning, der kræver gennemstikning eller dissektion i det farlige område, kræves det, at man sikrer sig, at urinlederne er intakte, for eksempel ved kikkertundersøgelse af blæren og oplægning af rør i urinlederne, fotograferinger eller på anden vis.
- 3) Hvis forløbet efter fjernelse af livmoderen er kompliceret, må muligheden for en urinlederlæsion hurtigt indgå i de diagnostiske overvejelser og udløse specifikke undersøgelser.
- 4) De gynækologiske afdelinger må benytte rådgivning og assistance fra urologer i diagnostik og behandling af urinvejskomplikationer, der opstår i tilslutning til de gynækologiske operationer.

Rådet har meddelt disse synspunkter i sin årsberetning således, at de er kendte af de ansvarlige chefer for gynækologiske/urologiske afdelinger samt af læger under uddannelse.

Ovenstående er eksempler på konkrete områder, hvor Retslægerådet gennem årene har justeret sin praksis i overensstemmelse med fagenes udvikling. I modsætning til, hvad der var tilfældet i de første 75 år af rådets historie, er de klager, der forelægges rådet, oftest led i erstatningssager, hvor rådet også bliver stillet overfor en række kon-

krete spørgsmål, der har udgangspunkt i den konkrete situation. Enkelte lægefejsager forelægges dog også af Sundhedsstyrelsen som led i behandling af sager om autorisationsfratagelse og har en mere almen formulering.



Man kunne tro, at dannelsen af særlige institutioner til behandling af klager over medicinalpersoner umiddelbart havde ført til en reduktion af klagesager, der blev forelagt Retslægerådet. Forholdet var imidlertid det modsatte, og antallet af sager, der blev forelagt Retslægerådet, steg kraftigt i årene efter oprettelsen af Patientforsikring og Patientklagenævn. Denne udvikling synes vendt. Histogrammet viser det årlige antal sager med klager over læger fra 1989 til 2008. Som det fremgår, er faldet på det sidste så stort, at lægefejsager igen er kommet ned på en relativ andel på 3 % af de sager, Retslægerådet får forelagt.

2.6 Sager om fratagelse af autorisation

I Danmark er retten til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed knyttet til, at man via Sundhedsstyrelsen har opnået tilladelse, og autorisation forudsætter, at man har gennemført en nærmere fastlagt uddannelse. Sundhedspersonale, der er omfattet af disse regler, er blandt andet læger, tandlæger, farmaceuter, jordemødre, sygeplejersker og fysioterapeuter. For læger gælder, at autorisationen meddeles den, der har bestået dansk lægevidenskabelig embedseksamen, og som overfor et lægevidenskabeligt fakultet har aflagt lægeløftet. Lægeløftet må dog opfattes som en ren etisk appel, der ikke har nogen juridiske konsekvenser. Der har gennem tiden ikke været noget værdighedskrav knyttet til autorisation, men den forudsætter, at man ikke anses for ”uskikket til at udøve virksomheden på grund af sindssygdom eller sjælelig svækkelse eller på grund af misbrug af bedøvende midler og stærke drikke”. I Danmark har udformningen af loven gennem tiden varieret på nogle punkter, men hovedlinien har været uændret, og sager om sundhedspersoners fortabelse eller generhvervelse af retten til at praktisere har været forelagt Retslægerådet siden rådets oprettelse. I de første årtier af rådets levetid var spørgsmålet om fortabelsen af jus practicandi næsten udelukkende koblet til mistanke om misbrug af morfin, kokain eller alkohol. Fokus for rådets behandling har uændret gennem tiden været hensynet til sikkerheden for de patienter, der er blevet taget i behandling, og til retssikkerheden for de sundhedspersoner, det har drejet sig om. I overensstemmelse med sidste punkt har de faglige organisationer udpeget bestemte fagpersoner, der er blevet inddraget i rådets kreds af sagkyndige, således at en af disse fagpersoner kan indgå i det faglige kollegium, der nedsættes i hver enkelt sag om fratagelse af autorisation.

Den nugældende lov om autorisation af sundhedspersoner (lovbkg. 2008-12-17 nr. 1350) præciserer i lovens § 6, at en autoriseret sundhedsperson kan fratages autorisationen, såfremt udøveren må antages at være til fare for andre mennesker på grund af en fysisk tilstand, der gør den pågældende uegnet til udøvelse af hvervet, eller sygdom eller misbrug af rusmidler eller lignende, der bevirker, at udøveren varigt eller med mellemrum befinder sig i en mangelfuld sjælstilstand.

Lovens § 7 fastslår, at autorisation ligeledes kan fratages, hvis en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af erhvervet må anses for at være til fare for andre mennesker på grund af grov forsømmelighed. Inden for denne paragraf falder gentagne tilfælde af kritisk faglig virksomhed, der udover egentlige fejlbehandlinger også kan omfatte mangelfuld journalføring, mangelfuld patientinformation og mangelfuld overholdelse af påbud udstedt af Sundhedsstyrelsen.

Proceduren for fratagelse af autorisation er ens for begge typer af sager. Hvis Sundhedsstyrelsen finder, at en autorisation skal fratages efter § 6 eller § 7, eller at virksomheden for en autoriseret sundhedsperson skal begrænses, skal Sundhedsstyrelsen afgive en indstilling til Sundhedsministeren, og inden indstilling om fratagelse af en autorisation afgives, skal styrelsen indhente en udtalelse fra Retslægerådet. Sundhedspersonen skal inviteres til at udtale sig skriftligt, eller til at afgive en mundtlig redegørelse ved et møde, hvor Retslægerådet også deltager. Det er efterfølgende op til den pågældende

sundhedsperson at beslutte, om sagen skal afgøres af Sundhedsministeren, eller om den ønskes afgjort ved dom. I givet fald indbringes sagen for domstolene af Sundhedsministeren. I forbindelse med en sådan udvikling er det forventeligt, at der vil blive stillet yderligere spørgsmål fra sagens parter til Retslægerådet. Sundhedsstyrelsen er ikke forpligtet til at indhente en udtalelse fra Retslægerådet i tilfælde, hvor det drejer sig om faglige påbud. Her er det overladt til styrelsen at beslutte, om de ønsker at høre Retslægerådet eller ej.

Antallet af sager om fratagelse af autorisation, der når frem til Retslægerådet, har gennem alle årene været lille. Skønsmæssigt har rådet behandlet fra 0-2 sager årligt siden dets oprettelse. De første mange år af rådets eksistens vedrørte sagerne næsten udelukkende misbrug af morfin, kokain eller alkohol, hvorimod sagerne i nyere tid i større udstrækning vedrører kritisabel faglig virksomhed med manglende overholdelse af påbud. Da en autoriseret sundhedsperson overfor Sundhedsstyrelsen kan fraskrive sig autorisationen frivilligt og eventuelt generhverve den, når de omstændigheder, der begrundede fraskrivelsen, ikke længere er til stede, er det nærliggende at tro, at mange sager afgøres på denne måde, og således ikke når frem til Retslægerådet. I overensstemmelse hermed har der siden 1909 kun været afholdt 19 af de ovenfor omtalte møder, hvor sundhedspersonen mundtligt redegør for sagen på et møde, hvor også Retslægerådet deltager.

Opgaven for Retslægerådet i forbindelse med autorisationssager er som i andre sager at afgive lægevidenskabelige skøn, og rådet vil søge at undgå at udtale sig om den juridiske afgørelse. Desuden ville det være u hensigtsmæssigt, hvis der under en sags videre behandling i retssystemet måtte blive stillet spørgsmål til Retslægerådet, og rådet i forvejen havde udtalt sig direkte om autorisationsfratagelse. Det, rådet skal forholde sig til i de fleste sager, er, om den pågældende sundhedsperson må anses for at være til fare for sine patienter i forbindelse med sin faglige virksomhed. Stillingtagen hertil forudsætter sædvanligvis et spørgetema med nogle konkrete påpegede forhold, og at sagen fagligt er godt dokumenteret. Retslægerådets arbejde med disse sager adskiller sig i princippet således ikke fra det arbejde, rådet har med de øvrige sager, der forelægges.

Anderledes er det jævnlige i sager om inddragelse af autorisation på grund af manglende overholdelse af påbud. Rådet meddeler ofte i sit svar en forståelse for, at manglende overholdelse af velbegrundende påbud har konsekvenser, men det vil naturligvis være ønskeligt, om man i sådanne sager fremsender konkrete spørgsmål og sagsakter til rådet, så man har mulighed for en egentlig stillingtagen. For nærmere omtale af disse forhold kan henvises til årsberetningen 2007, hvor problemstillingen er diskuteret. Denne årsberetning omtaler en sag, hvor en speciallæge i psykiatri havde fået pålagt at føre journal over de patienter, han havde i behandling. Hans praksis var lille, og patienterne blev fulgt gennem meget lang tid. En embedslæge anførte senere, at der ikke var foretaget nogen form for journalføring i det kvartal, der fulgte efter påbuddets udstedelse, og at journalføringen også herefter var yderst utilfredsstillende og på ingen måde i overensstemmelse med cirkulæret om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser. Retslægerådet udtalte: ”Speciallæger i psykiatri arbejder under de samme forudsætninger som andre læger. Der skal således foreligge en journal med

sygehistorie og 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 de 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 om speciallægens journalføring fremgår, at der hverken findes korrekt datering for notaterne eller identificerbare data vedrørende patienter, ligesom noterne er yderst mangelfulde, for eksempel hvad angår beskrivelse af den givne behandling eller af patientens psykiske tilstand. Retslægerådet finder således, at speciallægens journalføring også efter påbuddet har været yderst mangelfuld og kritisabel”.

Retslægerådet har ikke udtalt sig specifikt om forsømmelsens betydning med hensyn til fare for patienterne. Det er rådets opfattelse, at konkrete spørgsmål om journalføring og informeret samtykke ofte er forbundet med en sådan grad af juridisk vurdering, at rådet vil overlade fortolkningen af forholdet til andre myndigheder.

Autorisationssager kan også udspringe af konflikter i lokalsamfundet, hvilket kan illustreres af en sag fra en lille købstad, startet af den lokale politimester og omtalt i Retslægerådets årsberetning fra 1938. Her anmoder Sundhedsstyrelsen om en udtalelse vedrørende læge X's egnethed til fortsat at praktisere. Styrelsen skriver: ”Læge X har i løbet af de sidste Aar har haft adskillige Konflikter med en Række forskellige Mennesker, optræder ofte i særdeles ophidset Sindstilstand, skriver talrige lange, injurierende Skrivelser og Klager over forskellige Myndigheder, navnlig Politimesteren i X-købing, hvem han har haft Konflikter med vedrørende Tvangsindlæggelse af nogle Patienter, Amtsråd og Amtsvejvæsen med flere”.

Politimesteren i X-købing udtalte i skrivelse af 23.12.1937: ”Engang i Foråret blev Døren til Statspolitiets Kontor revet op af Læge X, der uden Indledning eller nærmere Forklaring råbte til Kriminalassistent S: ”Er det lovligt, når en Mand jager mig ud af sin Gård med en Høtyv?”. Kriminalassistenten spurgte, under hvilke nærmere omstændigheder dette var sket, hvortil lægen forbitret svarede, at der aldeles ikke var tale om nærmere omstændigheder, han ville kun have svar på sit spørgsmål, om det var lovligt eller ej, og da der blev svaret, at man ikke kunne udtale sig, huggede han døren i og gik. Læge X's Automobilkørsel har flere Gange medført Advarsler fra Sognefogeden, da den stundom er aldeles uforsvarlig. Efter sigende skal Læge X jævnligt udtale sig nedsættende overfor sine Patienter, om den behandling de har fået på Byens og Amtets Sygehus, ja endog have bevæget enkelte til at indfinde sig hos Overlægen med Besværinger over fejlagtig og skadende Behandling. Alt det foreliggende kunne tyde på, at læge X er om end ikke sindssyg, så dog så nervesvækket, at hans Virksomhed kunne frembyde fare for hans Medmennesker, jævnfør Lov nr. 72 af 14.03.1934, § 5, og en Undersøgelse af hans Forhold er derfor påkrævet”.

Kredslægen i X-købing skrev 03.01.38 blandt andet: ”Det er mig bekendt, at læge X for en Aarrække siden har været behandlet på ”Filadelfia”, og at man der anså ham for Psykopat med paranoigent Temperament” og ”Det er mig ikke bekendt, at han har begået lægelige Kunstfejl, og der foreligger ikke Klager fra hans Patienter.”

Retslægerådet udtalte, at det foreliggende materiale efter rådets formening ikke synes at give anledning til nogen reaktion mod læge X. Der foreligger ingen lægelige kunstfejl, og der er ingen holdepunkter for sindssygdom eller anden sjælelig forstyrrelse. For så vidt der foreligger misligheder af økonomisk art i forhold til sygekassen, giver denne sag formentlig ikke grundlag for fratagelse af jus practicandi efter lægeloven. Der foretoges ikke videre i sagen.

Der er næppe tvivl om, at læge X havde givet anledning til megen misnøje i lokalsamfundet, og at han ikke havde fulgt vanlige accepterede normer for sin adfærd. Der er imidlertid ikke knyttet noget værdighedskriterium til autorisationen, og det er vigtigt også at sikre sundhedspersoners retssikkerhed som understreget af Retslægerådets udtalelse.

2.7 Sager med påvirkning af alkohol og medicin

I det følgende omtales behandlingen af alkohol- og medicinsager, herunder sammenhængen mellem lovgivning og antal forelagte sager for Retslægerådet. Det er en sagsgruppe, der gennem rådets tilværelse har udgjort en vekslende del af rådets arbejde, men hvor de enkelte rådsudtalelser givet har haft en stor og ofte afgørende betydning i sagerne, der for langt hovedparten har været straffesager. Det drejer sig om ”B-, M- og L-sagerne”, der har med vurderingen af færdselssager forbundet med spiritusindtagelse, medicinindtagelse (herunder euforiserende stoffer), arbejde under visse forhold samt førere af motordrevne køretøjer med visse sygdomme.

2.71 Sammenhængen mellem antallet af sager og lovgivningen

Mange forhold har indflydelse på antallet af sager, der forelægges Retslægerådet. Ny udvikling på det lægevidenskabelige område, ny lovgivning, indførelse eller ændring af administrative vejledninger, ny retspraksis mv. kan give anledning til opståen af nye sagstyper eller en ændring i antallet af bestemte typer sager. I det følgende kommenteres stigning og fald i antallet af færdselssager, hvor indtagelse af alkohol og medicin/euforiserende stoffer ønskes vurderet af rådet. Det bemærkes, at betragtningerne vil være forbundet med et vist skøn. Efterfølgende vil rådets sagsbehandling blive gennemgået

For så vidt angår sagerne vedrørende færdselssager, forbundet med spiritusindtagelse, bemærkes det, at der i krigsårene 1940-45 kun blev forelagt få sager – givet fordi kørsel med bil i den periode, blandt andet på grund af den knappe adgang til benzin, var meget begrænset. Efter krigen fortsatte den stigning i antallet af sager, der allerede var påbegyndt inden krigen, voldsomt. Endvidere kan det ses, at der i tiden mellem 1968 og 1988 er sket en meget radikal ændring af sagsantallet (fra 3774 til 504). Der kan næppe være tvivl om, at det blandt andet er indførelsen af faste promillegrænser, der har afstedkommet dette. I færdselsloven af 1955 var kriteriet efter den relevante bestemmelse, om føreren havde ”nydt spiritus i et sådant omfang, at han var ude af stand til at føre køretøjet på betryggende måde”. Efterhånden blev det dog i praksis alkoholpromillen, der blev afgørende, dog således, at det var den promille, der måtte antages at have været under selve kørslen, der skulle lægges til grund. I færdselsloven af 1976 (trådt i kraft den 01.07.76 for så vidt angår spirituskørsel) blev der indført faste promillegrænser. Den gamle bestemmelse blev dog bibeholdt som alternativ bestemmelse, idet den blandt andet var relevant, når det ikke var lykkedes politiet at få udtaget en blodprøve – for eksempel hos flugtbilister – her er det i dag fortsat muligt gennem en anden bevisførelse at dømme for spirituskørsel. Bestemmelsen med promillegrænsen (§ 53, stk. 1) fik i 1976-loven følgende formulering: ”For spirituskørsel straffes den, som fører eller forsøger at føre et motordrevet køretøj efter at have indtaget spiritus i et sådant omfang, at alkoholkoncentrationen i blodet under eller efter kørslen overstiger 1,20 ‰” (promillekørsel ved 0,81 ‰ (fra 1997 0,51 ‰)) til 1,20 ‰ – lovens § 53, stk. 3). Herefter var det i de fleste sager om spiritus-/promillekørsel muligt at føre sagerne til domfældelse på grundlag af den udtagne blodprøve. Det blev da også i administrative bestemmelser fra Rigsadvokaten (og senere fra justitsministeriet) fremhævet, at

det efter indførelsen af de nye regler som udgangspunkt kun var i sager, hvor der var særlig anledning til det, især hvor sigtede angav at have indtaget spiritus efter kørslen, at sagen skulle forelægges Retslægerådet. Der kan næppe være tvivl om, at denne færdselslovsændring med tilhørende administrativ vejledning er årsagen til det drastiske fald i forelæggelse af sager for rådet.

I 2009 indføres der efter ændring af færdselsloven mulighed for at domfælde for spirituskørsel alene på grundlag af en udåndingsprøve, foretaget af politiet. Det bliver interessant at se, hvilke konsekvenser, det får for forelæggelsen af spiritussager for Retslægerådet.

Det skal endelig bemærkes vedrørende sagsgruppen ”motorførere påvirket af medicin/euforiserende stoffer”, at der er sket et drastisk fald af forelagte sager for rådet fra 2007 til 2008 (fra 131 til 38 sager). Der kan ikke være tvivl om, at dette fald skyldes en ændring af færdselslovens § 54, stk. 1, trådt i kraft 01.07.07, der lyder: ”Et motordrevet køretøj må ikke føres eller forsøges ført af nogen, hvis blod under eller efter kørslen indeholder bevidsthedspåvirkende stoffer, som efter regler fastsat af justitsministeren er klassificeret som farlige for færdselssikkerheden. Denne bestemmelse finder dog ikke anvendelse for stoffer, som den pågældende har indtaget i henhold til og i overensstemmelse med en lovlige recept.” Denne indførelse af en ”nulgrænse” for visse stoffer må anses at have lettet bevisbyrden i en sådan grad i disse sager, at der ikke længere er det samme behov for at få Retslægerådets mere konkrete skøn i sagerne.

2.72 Sagsbehandlingen i Retslægerådet

Retslægerådets opgave har i spiritus- og medicinsager været at vejlede anklagemyndigheden om en sigtets påvirkethed på et nærmere angivet gerningstidspunkt. Langt den overvejende del af spiritussagerne har vedrørt overtrædelse af færdselsloven, hvorfor der i det følgende først og fremmest vil blive omtalt sagsbehandling i relation til denne lov.

I den periode, hvor færdselsloven af 1955 og færdselslove forud for denne var gældende, omfattede forelæggelsen for Retslægerådet rutinemæssigt følgende spørgsmål

- 1) Kan den afgivne forklaring om sigtedes alkoholforbrug være rigtig?
- 2) Må i benægtende fald forbruget antages at være noget større, væsentlig større eller langt større?
- 3) Må sigtede på det angivne tidspunkt antages at have været påvirket af spiritus og da i hvilken grad?

Siden 1932, hvor Widmark offentliggjorde sine studier, har man haft nøje kendskab til alkohols fordeling og omsætning i legemet. Widmark angav normalværdier og variationsbredde herfor, og disse værdier anvendes fortsat ved Retslægerådets vurdering af spiritussager. Lovmæssigheden af alkohols fordeling og omsætning (forbrænding) i organismen muliggør beregning af den mængde alkohol, som en sigtet må have indtaget, når man kender blodalkoholkoncentrationen på et givet tidspunkt, den tid der er

gået efter alkoholindtagelsens påbegyndelse samt den sigtedes køn, højde og legemsvægt. Ved at sammenholde dette beregnede konsum med den sigtedes oplysninger er Retslægerådet i stand til at besvare de to første spørgsmål.

Besvarelsen af det tredje spørgsmål byggede i begyndelsen i høj grad på vurdering af resultatet af en klinisk lægeundersøgelse (spiritusprøve), hvor Retslægerådet på basis af en standardiseret lægeundersøgelse kunne vurdere, om en sigtet på tidspunktet for lægeundersøgelsen kunne anses for spirituspåvirket og i bekræftende fald graden heraf. Imidlertid måtte denne undersøgelse jo altid være foretaget kortere eller længere tid efter den påsigtede gerning, og Retslægerådet benyttede efterhånden i stigende grad en beregning af den blodalkoholkoncentration, som man måtte antage havde været på gerningstidspunktet. Det forhold, at blodalkoholkoncentrationen falder med en konstant hastighed, gør, at man let kan regne sig tilbage til den blodalkoholkoncentration, der har været på et tidligere tidspunkt. Dette kunne man sammenholde med den erfaring, man havde fra et større materiale, hvor man samtidigt havde foretaget spiritusprøve (lægeundersøgelse) og udtaget en blodprøve. Den aktuelle lægeundersøgelse kunne derved understøttes, men samtidig måtte man erkende, at bedømmelsen er usikker, og selv ved en blodalkoholkoncentration på 1,50 ‰ vil cirka 20 % af de undersøgte være uden tegn på spirituspåvirkning ved en klinisk undersøgelse.

Retslægerådet vurderede et meget stort antal sager på dette grundlag, og som anført foran medførte ændringen af færdselsloven i 1976 en klar ændring i Rådets arbejde. Indførelsen af faste promillegrænser medførte, at det uanset den kliniske tilstand var strafbart at have ført eller forsøgt at føre motorkøretøj, såfremt blodalkoholkoncentrationen under eller efter kørslen oversteg 0,80 ‰. Strafadmålingen gradueres efter blodalkoholkoncentrationens størrelse og specielt grænserne 1,20 og 2,00 ‰ havde interesse – i nogen grad svarende til den kliniske prøves inddeling i let, middelsvær og svær grad af spirituspåvirkethed. Da en blodprøve ifølge sagens natur altid måtte være taget kortere eller længere tid efter kørslen, blev tilbageregning fra blodprøvetidspunkt til kørselstidspunkt vigtig, specielt når resultatet af blodprøven lå i nærheden af grænseværdier. En sigtet skulle ikke kunne drage fordel af, at der var gået lang tid mellem forseelsen og blodprøvetidspunktet.

I det faste spørgetema ved forelæggelse af sager for Retslægerådet blev spørgsmål 3 naturligt erstattet med ”3) Må det antages, at alkoholkoncentrationen i sigtedes blod, som følge af spiritusindtagelse inden kørslen, under eller efter kørslen har oversteget: 0,80 ‰, 1,20 ‰, 1,50 ‰, 2,00 ‰, 2,50 ‰?”

Spørgsmålet, om sigtede havde været påvirket af spiritus og i hvilken grad, blev opretholdt, ligesom spørgsmålene blev suppleret med spørgsmål om medicin- eller narkotikamisbrugs indflydelse på en sigtets grad af påvirkethed.

Tilbageregningen er i langt de fleste tilfælde simpel at udføre og i henhold til Rigsadvokatens og senere Justitsministeriets cirkulærer lagt i hænderne på politiet under en sags forberedelse. Selv om det strafbare område for spirituskørsel ved færdselslovændringen af 1998 blev udvidet til at omfatte blodalkoholkoncentration ned til 0,51 ‰, er der som nævnt sket et meget drastisk fald i antallet af sager, der forelægges Retslægerådet.

Blodalkoholkoncentrationens forløb umiddelbart efter indtagelsen af alkohol er individuelt varierende og afhænger blandt andet af, om der foreligger samtidig fødeindtagelse og af den indtagne alkohols type (øl, vin, spirituosa). Efter 2 timer kan man imidlertid regne alkoholoftagelsen og -fordelingen for afsluttet, og i de følgende timer kan man regne med, at blodalkoholkoncentrationen aftager med en fast værdi pr. time. Retslægerådet udfører som konsekvens heraf aldrig tilbageregning til et tidspunkt, der ligger tidligere end 2 timer efter afslutningen af den alkoholindtagelse, som forårsager en strafbar promille under eller efter kørslen.

Dette er naturligvis i den sigtedes favør, og dette princip er gennemgående i Retslægerådets behandling af alkoholsagerne, der vedrører færdselslov, straffelov, luftfartslov og søfartslov. Med kendskab til variationen i alkoholomsætning anvender Retslægerådet ved alle beregninger de værdier, som stiller den sigtede mest gunstigt. Ved beregningerne anvendes således altid den retskemiske bestemmelse af blodalkoholkoncentrationen med fradrag af analyseusikkerheden, og ved tilbageregning anvendes et tillæg i blodalkoholkoncentration på 0,10 ‰ per time (middelværdien er i et større materiale 0,15 ‰ per time med variationsbredden 0,10-0,20 ‰ per time). Sandsynligheden for, at der begås sigtede uret ved bedømmelse af alkoholsager, er derfor overordentlig ringe.

2.73 Sagstyper

2.731 Sager, hvor der foreligger oplysning om alkoholindtagelse efter gerningstidspunktet men inden blodprøvetagning. I disse tilfælde, hvor det ofte er kompliceret at foretage den sædvanlige tilbageregning til gerningstidspunktet, foretages fradrag i den beregnede blodalkoholkoncentration med den promille, som et opgivet efterindtag må antages at have medført. I disse sager er det vigtigt, at tilbageregningen er på sikker grund. Der regnes kun tilbage til et tidspunkt, der ligger 2 timer efter afslutningen af alkoholindtagelsen forud for den påsigtede gerning, og den blodprøve, der skal lægges til grund for beregningerne, skal være taget cirka 2 timer efter den efterfølgende alkoholindtagelses afslutning. Derved søger man at sikre sig mod for høje skøn over blodalkoholkoncentrationen på gerningstidspunktet.

Dette er langt den hyppigste type af alkoholsager, som i dag forelægges Retslægerådet. Tidligere var det hyppigt forekommende, at blodprøven blev taget for tidligt, forståeligt nok, når man betænker, at blodprøven i forbindelse med de simple sager, hvor sigtede er taget ”på hjulene”, bør tages hurtigst muligt. Det er Retslægerådets opfattelse, at blodprøverne i dag helt overvejende tages med respekt for tidsinterval-lerne, således at Retslægerådet kan foretage tilbageregning og korrektion for efterindtag uden forbehold. I de situationer, hvor oplysning om efterindtag først fremkommer flere dage efter anholdelsen, kan man naturligvis ikke efterfølgende tage en blodprøve under overholdelse af korrekte tidsperioder. Retslægerådet prøver i disse tilfælde at vurdere, om der kan foreligge forhold, der gør en overvurdering af blodalkoholkoncentrationen på gerningstidspunktet nærliggende. I så tilfælde gøres et ekstra fradrag i sigtedes favør.

Ofte er anklagemyndigheden interesseret i, om Retslægerådet kan fordele et beregnet alkoholkonsum "over tid", hvor det selvfølgelig er fordeling før og efter gerningstidspunktet, der har interesse. Det kan man naturligvis ikke, en given blodalkoholkoncentration og det deraf beregnede alkoholkonsum kan ikke fordeles på tidligere eller senere indtagne alkoholiske drikke.

En relativt hyppig erfaring ved behandling af denne type sager er den, at Retslægerådet ved beregning af promille på gerningstidspunktet efter fradrag af den promille, som et efterindtag kan beregnes at ville medføre, kommer til det resultat, at blodalkoholkoncentrationen bliver negativ, det vil sige, at den målte blodalkoholkoncentration + beregnet fald i blodalkoholkoncentration efter kørslen er mindre end det fradrag, som et angivet efterindtag vil medføre. I disse tilfælde må Retslægerådet angive, at efterindtaget ikke kan have haft det angivne omfang, og undlade at fremkomme med en vurdering af blodalkoholkoncentrationen på gerningstidspunktet.

2.732 Sager hvor der ikke foreligger blodprøve. Manglende værdi af urinprøver i alkoholsager. Undertiden har det ikke været muligt for den undersøgende læge at opnå blodprøve til bestemmelse af blodalkoholkoncentrationen, hvorfor der kun foreligger en urinprøve til bedømmelsen. Urinalkoholkoncentrationen er på urinens dannelsesstidspunkt cirka 35 % større end den samtidige blodalkoholkoncentration. Da urinen dannes over et længere tidsrum, som oftest ikke er kendt, og den dannede urin opblandes i urinblæren, vil det ikke være muligt at beregne blodalkoholkoncentrationen på et nærmere bestemt tidspunkt. I disse situationer vil det forbedre Retslægerådets mulighed for at vurdere blodalkoholkoncentrationen, såfremt der foretages urinopsamling over en kort, kendt tidsperiode – men stadig består der en væsentlig usikkerhed på grund af ukendskab til blæretømningens fuldstændighed og dermed risiko for opblanding med urin dannet i en forudgående periode. Når en sådan kontrolleret urinopsamling ikke foreligger, må Retslægerådet i reglen afstå fra at udtale sig om blodalkoholkoncentrationen (se Retslægerådets årsberetning 2000, side 37-39).

I visse civile sager, blandt andet rederiers rutinekontrol af skibsførere, er der ikke hjemmel til at udtage en blodprøve. Kontrollen foretages ofte ved stikprøvekontrol af personellets urinalkoholkoncentration ved ankomst til havn. I disse tilfælde kan Retslægerådet kun udtale, at blodalkoholkoncentrationen på et eller andet forudgående tidspunkt har oversteget den værdi, som man - ud fra urinalkoholkoncentrationen efter korrektion for forskelligt tørstofindhold i urin og blod og anvendelse af sikkerhedsgrænser - kan beregne. I en konkret sag fandt Retslægerådet ved sådanne beregninger, at blodalkoholkoncentrationen på et eller andet tidspunkt havde oversteget det pågældende rederis grænse (0,40 ‰), og den pågældende skibsfører blev ved en efterfølgende dom anset for at være retmæssigt afskediget.

2.733 Vurdering af påvirkethed hos afdøde. Ved trafikulykker med dødelig udgang rejses ofte spørgsmålet, om en trafikdræbt fører havde været alkoholpåvirket, blandt andet på grund af muligt erstatningsansvar og forsikringsselskabers pligt til at udrede kaskoforsikringer. Det er velkendt, at der ved nedbrydningsprocesser i lig kan dannes alkohol ved gæring af sukkerstoffer, som fremmes af bakterier og svampe. Længere tid efter dødens indtræden er der beskrevet blodalkoholkoncentration på op til 1,90 ‰, selv om det med sikkerhed var udelukket, at afdøde inden dødens indtræden havde indtaget alkohol.

Blodprøvetagning volder sjældent problemer. Den overvejende holdning i retsmedicinsk litteratur er, at blodprøven skal tages i ekstremitetsblodårer, idet nedbrydnings- og gæringsprocesser starter senere her end i kropshulens blodårer. Større sikkerhed kan opnås ved udtagelse af øjets kammervæske, og bedømmelsen kan suppleres med bestemmelse af urinalkoholkoncentrationen, selv om vurdering af sidstnævnte som anført skal foretages med stor forsigtighed. Det er Retslægerådets holdning, at der de første 24 timer efter dødens indtræden ikke sker nogen betydende alkoholdannelse i liget, med mindre dette har ligget ved høj temperatur og deraf betinget hurtigt indsettende nedbrydningsprocesser. Dette vil sjældent være tilfældet ved trafikofre, som hurtigt bliver bragt til et retsmedicinsk institut, hvor liget opbevares i et kølerum. Men er der gået længere tid, inden liget bliver fundet og frigjort fra motorkøretøjet, må en blodprøve vurderes med stor forsigtighed.

De sager, som Retslægerådet får forelagt, er ofte komplicerede. Trafikofret er måske ikke afgået ved døden i umiddelbar tilslutning til ulykken og har været intensivt behandlet af ambulancelæge og det modtagende hospital. Ofret kan have haft et større blodtab og være behandlet med blodtransfusion og tilførsel af store væskemængder, inden blodprøve til bestemmelse af blodalkoholkoncentration udtages. Vurderingen af blodalkoholkoncentration på ulykkestidspunktet bliver usikker på grund af tab af alkoholholdigt blod og fortynding med alkoholfrie infusionsvæsker. I disse tilfælde er det meget vigtigt, at Retslægerådet får præcise oplysninger om behandling og offerets kliniske tilstand inden dødens indtræden, således at et rimeligt skøn over forholdene på ulykkestidspunktet kan afgives.

2.74 Retslægerådets vurdering, når der foreligger flere blodprøver

Dette problem forekommer i to forskellige situationer. Hvis der foreligger 2 prøver taget på forskelligt tidspunkt efter den sigtedes anholdelse, anvender Retslægerådet ved bedømmelsen den prøve, der er taget tættest på gerningstidspunktet, med mindre der er tale om indtagelse af alkohol efter den påsigtede gerning. I sidstnævnte tilfælde anvendes den prøve, der er udtaget under iagttagelse af reglen om, at blodalkoholkoncentrationen først kan vurderes sikkert, når opsugning og fordeling af den senest indtagne alkohol har fundet sted, det vil sige 2 timer efter indtagelsens afslutning.

I en del sager vedrørende overtrædelse af færdselsloven eller andre særlove anfører sigtede og forsvarer tvivl om resultatet af en blodprøve og anmoder om kontrolana-

lyse. En sådan kan gennemføres i op til et år efter prøvens udtagelse. Resultatet heraf vil i reglen ligge lidt lavere end resultatet af den først udførte analyse, hvilket er forklaret ved en beskeden fordampning af alkohol fra den resterende blodprøve, og som ikke giver grundlag for tilsidesættelse af det først fundne resultat. Retskemisk Institut kommenterer dette i sit analysesvar, og Retslægerådet lægger i så tilfælde den først foretagne prøve til grund for en eventuel tilbageregning. En sigtet skal ikke kunne drage fordel af den gentagne prøve i forhold til andre sigtede, som kun har fået udført én prøve. Denne problemstilling er først og fremmest aktuel, når det første prøveresultat er nær ved de grænseværdier, som færdselslovens regler for sanktionsfastsættelse angiver (0,50 ‰, 0,80 ‰, 1,20 ‰ etc.). Ved større forskelle mellem de to blodprøvesvar, eller såfremt der af andre grunde er tvivl om det første blodprøvesvar (identitet af prøven, kontaminering, analysesvarets udformning), vil Retskemisk Institut naturligvis kontrollere hele proceduren. Retslægerådet vil så betragte det andet analysesvar som det korrekte.

I øvrigt søger Retslægerådet i sager, hvor der er udtaget flere blodprøver uden begrundelse, at foretage beregninger ud fra begge blodprøver, hvis dette er muligt, og i så fald anføre begge resultater. Det er naturligvis domstolene, der skal tage stilling til, hvilket prøveresultat, der skal indgå i en doms præmisser.

2.75 Civile sager

I civile sager ønsker retten undertiden Retslægerådets udtalelse i forbindelse med en tvist mellem en forsikringstager og et forsikringsselskab. Et forsikringsselskab kan i henhold til policens betingelser være fritaget for at yde erstatning i henhold til en ulykkesforsikring eller et motorkøretøjs kaskoforsikring, såfremt den skadelidte var spirituspåvirket. Der kan derfor være ønske om at fastsætte forsikringstagerens blodalkoholkoncentration på ulykkestidspunktet. Blandt forsikringskyndige jurister er der delte meninger om hvilket tilbageregningsprincip, der skal anvendes. Nogle mener, at man bør anvende samme regnemetode som ved bedømmelse af færdsels- og strafefelovsovertrædelser, altså anvendelse af mindsteværdier, som stiller forsikringstageren gunstigst og med næsten 100 % sikkerhed udelukker en urigtig domfældelse. Argumentet herfor er det, at forsikringstageren er den svage part over for det store forsikringsselskab. Andre anfører, at der i civile sager er tale om to ligestillede parter, og at man derfor bør anvende de mest sandsynlige middelværdier for såvel blodalkoholkoncentration og promillefald per time. Retslægerådet kan selvfølgelig ikke have nogen mening herom, og ved bedømmelsen foretager man i disse sager beregninger efter begge principper, med mindre det direkte i spørgetemaet er klargjort, hvad retten eller advokaterne ønsker vurderet.

Retslægerådets opgave ved disse sager er principielt ikke forskellig fra arbejdet med trafikksager, når der foreligger blodprøve fra den forulykkede. Det vil næsten altid være tilfældet med færdselssager, men i enkelte tilfælde er der ikke udtaget blodprøver i forbindelse med ulykkestilfældet. Retslægerådet bliver i sådanne sager undertiden anmodet om at give et skøn over den forulykkedes blodalkoholkoncentration på ulyk-

ketidspunktet ud fra oplysning om den forulykkedes eller sigtedes køn, højde, vægt, angiven alkoholindtagelse og tidsrummet for denne. Der kan på grundlag af personens vægt og køn og indtagen alkoholmængde beregnes en forventet blodalkoholkoncentration, og denne korrigeres så ved fremadregning til ulykkestidspunktet. Ved færdselslovovertrædelse anvender man nu det maksimale promillefald (0,20 ‰ pr. time), igen for at give den sigtede ”the benefit of the doubt”. I de civile sager foretager Retslægerådet beregningerne med såvel anvendelse af middelværdi for promillefald (0,15 ‰ pr. time) som det maksimale promillefald, således at såvel en middelværdi som en minimumsværdi for den forulykkede persons blodalkoholkoncentration kan angives.

2.76 Skøn over påvirkethed ud fra oplysninger om alkoholindtagelse

Det forekommer også, at anklagemyndigheden eller forsvareren i forbindelse med en straffelovsovertrædelse ønsker vurderet, i hvilken grad en sigtet har været spirituspåvirket på gerningstidspunktet, enten ud fra en målt blodalkoholkoncentration eller ud fra en beregnet blodalkoholkoncentration på grundlag af angiven alkoholindtagelse. Dette kan kun gøres med et groft skøn, som bygger på et større materiale, som i 1956 og 1962 blev opgjort på grundlag af Retslægerådets forelagte sager med såvel klinisk lægeundersøgelse som blodprøvetagning. Det blev heri vist, at ved en blodalkoholkoncentration på 0,80 ‰ var 45 % af de undersøgte ikke klinisk påvirkede, og selv ved en blodalkoholkoncentration på 2,00 ‰ var der fortsat næsten 5 %, som ikke fandtes klinisk påvirkede. Der var så stor spredning af påvirkethedsgrad på de enkelte promilleniveauer, at det ikke er muligt at udtale sig om en formodet grad af påvirkning.

2.77 Indånding af alkoholdampe mv.

Ved nogle sager om færdselslovovertrædelse påberåber den sigtede sig, at han forud for gerningen havde arbejdet med alkoholholdige væsker eller væsker med stoffer, der kunne forhindre normal omsætning af alkohol i legemet. En blodalkoholkoncentration kunne måske helt eller delvist forklares ved indånding af dampe fra de pågældende væsker. I langt de fleste sager af denne type kan Retslægerådet tilbagevise en sådan forklaring. Selv med maksimalt tolerabel alkoholkoncentration i indåndingsluften kan der maksimalt optages cirka 10 g alkohol per time gennem lungerne. Ved normal forbrænding af alkohol vil der derfor kunne ophobes cirka 3 g alkohol i legemet per time, og i de tilfælde, hvor indåndingsluften indeholder mindre alkohol, vil forbrændingen normalt holde trit med optagelsen gennem lungerne. Hvis der imidlertid sideløbende indtages alkoholholdige drikke, kan der blive tale om, at hele den indåndede alkoholmængde ophobes og bidrager til en promille højere end forventet ud fra den ”almindelige” alkoholindtagelse.

Til brug for bedømmelsen i disse sager har Retslægerådet brug for en nøjagtig angivelse af de arbejdsforhold, der har foreligget. Det drejer sig om angivelse af rumstørrelse, ventilationsforhold, anvendelse af åndedrætsværn, mængde og art af de anvendte væsker, tidsrum for ekspositionen og samtidig indtagelse af alkoholholdige drikke. Selv

når de for sigtede mest gunstige forhold tages i betragtning, kan denne form for utilsigtet alkoholindtagelse i næsten alle tilfælde tilbagevises. Der kendes en række stoffer, som kan konkurrere med alkohol ved organismens forbrænding og dermed forsinke forbrændingen af alkohol. For at dette i en aktuel sag skal kunne have betydning, må der i reglen foreligge en svær forgiftning med disse konkurrerende stoffer. Dette foreligger meget sjældent, og Retslægerådet kan i de aktuelle sager oftest tilbagevise en sådan mistanke.

2.78 Alkohol og medicin

Denne gruppe sager forelægges oftest ved trafikksager, hvor den sigtede har fået påvist en forhøjet blodalkoholkoncentration, men samtidig er i en medicinsk behandling. Den sigtede eller dennes forsvarer vil undertiden påberåbe sig, at den påviste promille er blevet højere end forventet ud fra en angiven, forudgående alkoholindtagelse, og at dette skyldes den indtagne medicin. Adskillige medikamenter (det smertestillende acetylsalicylsyre, mavesårsmedicinen cimetidin og det blodtryksnedsættende middel verapamil) har ud fra nogle undersøgelser været tillagt en sådan effekt. Imidlertid har det ved gentagne videnskabelige undersøgelser ikke vist sig muligt at genfinde resultaterne. Retslægerådet har været bragt i den uheldige, men uundgåelige situation, at man - trods imødekommende udtalelser i begyndelsen - ved senere forelagte sager har måttet afvise en sådan sammenhæng. I skrivende stund er Retslægerådet ikke bekendt med medikamenter, der i betydende omfang har indflydelse på alkohols omsætning.

Ovenstående må ikke sammenblandes med det forhold, at en række medikamenter forstærker den sløvende (berusende) effekt af alkohol ved samtidig indtagelse. Det gælder for en række beroligende midler, men også stærkt virkende smertestillende midler og midler mod allergi har denne effekt. Offentligheden advares herimod ved trekant-mærkning af emballagen eller ved anførsel i den vedlagte produktinformation.

2.79 Medicinpåvirkning. Vurderingen før og nu

Ved trafikksager, hvor sigtede fremtræder påvirket, uden at der kan påvises en forhøjet promille ved anvendelse af udåndingsalkometer, kan der foreligge påvirkning med narkotiske, euforiserende stoffer eller medicin med sløvende effekt på centralnervesystemet. Ved undersøgelse af en blod- og urinprøve kan retskemikerne påvise sådanne stoffer eller medikamenter, men indtil færdselslovændringen i 2007 har det alene været en klinisk lægeundersøgelse inklusive skriftprøver, som Retslægerådet har kunnet lægge til grund for vurderingen af en sigtets påvirkethed. Skøn over en sigtets påvirkethed alene på grundlag af prøveresultaterne kan Retslægerådet ikke give - dertil er den individuelle variation alt for stor, blandt andet på grund af forskellig grad af tilvænning til medikamentet.

Disse sager må nu forventes i langt ringere grad at blive forelagt Retslægerådet, idet det efter færdselslovændringen i 2007 er blevet strafbart at føre eller forsøge at føre

motorkøretøj, såfremt man har mængder af narkotiske eller euforiserende stoffer, samt ikke-lægeordineret sløvende medicin i blodet, dersom koncentrationen overstiger minimumsgrænser fastsat af Justitsministeren i samarbejde med retskemikere og farmakologer. Denne objektive bedømmelsesmåde vil lette anklagemyndighedens arbejde, og Retslægerådet skal fremover forventelig kun i få tilfælde vurdere lægeerklæringer på basis af en klinisk prøve.

Undertiden bliver Retslægerådet bedt om at fordele en påvirkethed på alkohol og medicin/narkotika i sager, hvor der foreligger "strafbare" mængder af begge grupper i den sigtedes blod. Med den usikkerhed, som der for begge gruppers vedkommende foreligger med henblik på angivelse af graden af påvirkethed, kan Retslægerådet naturligvis ikke gøre dette.

2.8 Aldersbestemmelser

Hvornår er der brug for at foretage en aldersbestemmelse? Tidligere drejede det sig især om børn adopteret fra udlandet med ukendt kronologisk alder. I de senere år har Udlændingestyrelsen ønsket aldersvurdering af personer, der opholder sig i udlandet og søger om opholdstilladelse i Danmark. Specielt har det drejet sig om stillingtagen til, om en asylansøger på ansøgningstidspunktet var over eller under 18 år gammel. I 2002 blev grænsen nedsat til 15 år.

Formålet med denne artikel er at give en kortfattet fremstilling af den biologiske aldersbestemmelse som en helhedsvurdering hvilende på en række biologiske forhold, der muliggør et rimeligt aldersskøn i tilfælde af, at den kronologiske alder er ukendt eller upålidelig. Mere detaljerede fremstillinger med beskrivelser af aldersbestemmelsernes metodologiske, statistiske og legale aspekter kan findes i Retslægerådets årsberetninger.

2.81 Hvilke undersøgelser indgår

I begyndelsen af 1970-erne henvendte professor ved Retsmedicinsk Institut Harald Gormsen sig til Rigshospitalets pædiatriske afdeling. Der var behov for en metode til aldersbestemmelse af børn, hvis kronologiske alder var ukendt. Det drejede sig om børn til adoption. Ud fra litteraturen og erfaringen udarbejdedes nedennævnte forslag. Punkt 7 er senere tilføjet.

1. Måling af højde og vægt.
2. Vurdering af pubertetsudvikling efter Tanners stadier.
3. Røntgenbillede af venstre hånd og håndled til knoglealderbestemmelse.
4. Røntgenbillede af tandsæt til vurdering af tandalder.
5. Alle tilgængelige mål af højde, vægt og hovedomfang med henblik bestemmelse af tilvæksthastigheden.
6. Oplysninger om motorisk og mental udvikling, verbal og non-verbal.
7. For ansøgere mellem 16 og 20 år røntgenfotos af bækken og hofter samt kraveben.

Kan man overhovedet bestemme alderen på en person, hvis kronologiske alder man ikke kender?

Svaret er, at man ikke kan gøre det med sikkerhed, men med en vis statistisk sandsynlighed. Så længe en person er i vækst gennemgår han/hun en udvikling. Den fysiske udvikling af børn med samme kronologiske alder og køn varierer betydeligt. Den biologiske variation er mindst for de laveste aldre, stiger omkring puberteten og aftager derefter.

For forskellige befolkningsgrupper kender man for hvert køn og kronologiske alder den gennemsnitlige højde. Spredningen i højde er særlig stor for drenge omkring puberteten.

Højden alene er ikke noget særlig godt mål til vurdering af den kronologiske alder,

da man ikke kender den individuelle sluthøjde. Man kender den gennemsnitlige alder for pubertetstegnenes udvikling hos piger og drenge. Aldersfordelingen er for hvert tegn som i en klokkeformet kurve. For børn med samme kronologiske alder er spredningen i mental udvikling ligeledes fordelt som i Gauss' klokkeformede kurve.

Knogleudviklingen gennemgår for hver knogle en række stadier og når et slutpunkt, når alle vækstlinier (epifyselinier) er vokset sammen. Udviklingen i håndens og håndrodens knogler har vist sig at være repræsentativ for hele skelettets udvikling. Vurderingen af knoglealderen foretages af to pædiatere, træned i knoglealderbestemmelse, ved sammenligning af røntgenbillede af hånd og håndled med standarderne i Greulich & Pyle's atlas, som er udarbejdet på grundlag af longitudinelle undersøgelser af velstillede amerikanske børn i 1930'erne. For pigernes vedkommende er aldersmaksimum 17 år og for drenge 19 år.

Når det drejer sig om vurdering af aldersangivelsen på 16 år eller derover vurderes røntgenbilleder af bækken og nøgleben, idet epifyserne i bækkenet lukker i 20-årsalderen og i nøglebenet fra og med det 22. år.

Tandudviklingens stadier er på samme måde beskrevet ved gennemsnit og spredning. Spredningen er større end ved knoglealder. Vurderingen foretages af odontolog.

2.82 Konklusionen i den enkelte aldersbestemmelse

I helhedsvurderingen indgår alle de målte parametre. Knogleudviklingen fremhæves, og der anvendes en sikkerhedsmargin på plus/minus 12 måneder. Når spørgsmålet drejer sig om stillingtagen til, hvorvidt en ansøger på ansøgningstidspunktet er over eller under en given aldersgrænse – før 18 nu 15 år - skal vurderingen overstige grænsen med mindst 12 måneder før dette findes sandsynligt.

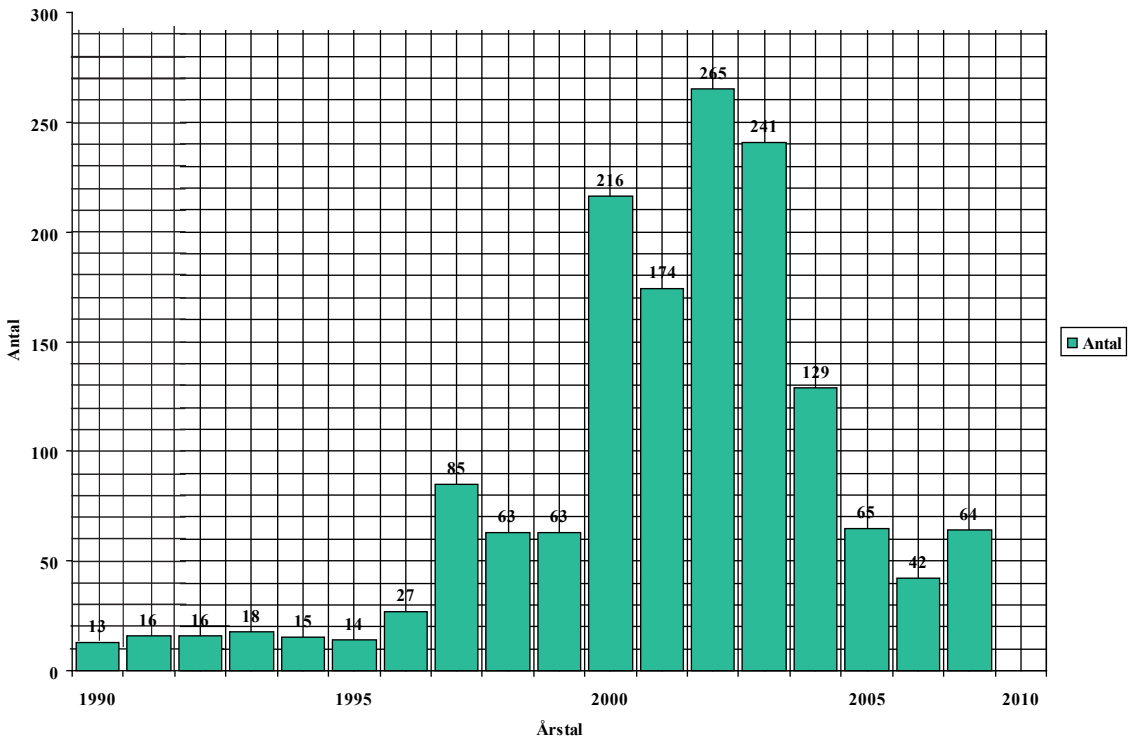
2.83 Forhold der kan påvirke knogleudviklingen

Fejllærning og lav socio-økonomisk status vil kunne påvirke knogleudviklingen ved at hæmme den. Det vil medføre, at børn opvokset med fejllærning vil kunne blive bedømt yngre end de er. Børn med visse sjældne endokrinologiske sygdomme vil kunne blive bedømt ældre end de er. Forskelle i knogleudvikling hos forskellige befolkningsgrupper beror i højere grad på forskelle i socio-økonomiske forhold end i etniske.

2.84 Antallet af aldersbestemmelser

Retslægerådet foretog i årene indtil 1995 under 20 aldersbestemmelser om året, derefter steg det årlige antal til 265 i 1999. Siden 2004 har det årlige antal været under 100. Faldet skyldes blandt andet ændringen i aldersgrænsen fra 18 til 15 år. Figuren viser antallet af aldersvurderinger for de enkelte år fra 1990 til 2009.

RR Aldersbestemmelser - start form. ca. 1970



2.85 Specielle aldersbestemmelser

Enkelte aldersbestemmelser har været foretaget i anledning af ønske om indgåelse af ægteskab eller opnåelse af kørekort. Andre aldersbestemmelser har været foretaget på unge kriminelle af hensyn til vurdering af den kriminelle lavalder.

Endelig har aldersvurderinger været foretaget, hvis forældre eller adoptivforældre har ønsket deres barns fødselsdato ændret med baggrund i barnets højdevækst og/eller mentale udvikling. For nogle børns vedkommende har henvendelsen været foretaget på foranledning af barnets skole.

3.0 Sagsbehandlingen

3.1 Vurderingsgrundlag i civile sager

I nogle af de sager, der forelægges Retslægerådet vedrørende civile søgsmål, typisk erstatningsspørgsmål i forbindelse med arbejdsskader/arbejdsmedicinske sygdomme, er der en markant diskrepans imellem de spørgsmål, der ønskes besvarede, og de præmisser der forelægges rådet. Rådet kan være nødt til at udbede sig supplerende oplysninger. I andre tilfælde afgiver rådet et svar med en række forbehold betinget af de utilstrækkelige oplysninger. Endvidere har spørgsmålene til rådet undertiden mere karakter af et ønske om en regulær sammenfatning/sagsgennemgang end en egentlig vurdering. En sådan sagsgennemgang påhviler de parter, der stiller spørgsmål til rådet. Endelig er nogle af spørgsmålene så upræcise, at rådet selv må definere de forudsætninger, der ligger til grund for besvarelsen.

Eksempler på uhensigtsmæssige spørgsmål af de ovenfor anførte typer er beskrevet (a-h) og kommenteret nedenfor:

- a. ”Hvori består de subjektive symptomer?”
- b. ”Er der overensstemmelse mellem de subjektive symptomer og de objektive fund?”

Det er ikke i spørgsmålene præciseret, hvilket tidspunkt i det aktuelle sygdomsforløb spørgsmålet sigter til. Ofte er der tale om et årelangt sygdomsforløb, hvor der i sagens akter foreligger mere eller mindre detaljerede lægeerklæringer, som kun delvist giver oplysninger af relevans for det pågældende sygdomsforløb. Endvidere sker det ofte, at oplysningerne stammer fra forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet. Det påhviler sagens parter klart at præcisere, hvilke tidspunkter der er tale om og samtidig at tilvejebringe en klar beskrivelse af de subjektive symptomer og de objektive fund, der ønskes bedømt.

- c. ”Der ønskes en beskrivelse af sygdomsforløbet hos sagsøger”.
- d. ”Der ønskes en beskrivelse af det typiske sygdomsforløb”.

Det er ikke Retslægerådets opgave, ud fra de foreliggende sagsakter, at give en beskrivelse af hverken det konkrete sygdomsforløb hos sagsøger eller det typiske sygdomsforløb i al almindelighed. Det påhviler sagsparterne selv at fremskaffe disse oplysninger. For så vidt angår den generelle beskrivelse af sygdomsforløbet eller en opregning af karakteristiske sygdomsmanifestationer, vil Retslægerådet som regel henvise til gængse lærebøger/håndbøger inden for det pågældende område.

- e. ”Er de beskrevne symptomer og objektive fund årsag til sagsøgers sygdommeldinger?”

Disse forhold er ofte så dårligt belyste i de foreliggende sagsakter, at rådet må opgive at besvare dem. For det første præciseres det ikke i spørgsmålene klart, hvilke sygemeldinger det rent konkret drejer sig om. For det andet foreligger der som regel ikke oplysninger om de lægelige fund/diagnoser, der ligger til grund for de pågældende sygemeldinger

- f. "Finder Retslægerrådet på grundlag af det foreliggende, at der er forekommet en forværring i tilstanden, således at skadelidte fra at have været arbejdsdygtig bedømmes til at være berettiget til førtidspension?"

Retslægerrådet påtager sig ikke at bedømme graden af arbejdsnedsættelse i relation til pensionssager.

- g. "Anser Retslægerrådet det for sandsynligt, at de hos sagsøger beskrevne symptomer og objektive fund ville have været til stede på nuværende tidspunkt såfremt den pågældende arbejdsskade ikke var indtruffet?"

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

- h. "Retslægerrådet bedes angive på hvilket tidspunkt sagsøgers tilstand må anses for stationær".

Retslægerrådet påtager sig ikke at vurdere stationære tidspunkter for sygelige tilstande.

3.11 Sammenfattende kommentarer. Det påhviler de instanser, der forelægger sager til bedømmelse i Retslægerrådet, at sikre, at Retslægerrådets bedømmelsesgrundlag er så fyldigt som muligt, og at de stillede spørgsmål er entydige og præcise. Retslægerrådet påtager sig ikke selv at indhente supplerende materiale, men kan pege på mangler i det foreliggende bedømmelsesgrundlag. I tilfælde af sådanne mangler kan Retslægerrådet enten afgive svar med forbehold betinget af det utilstrækkelige bedømmelsesgrundlag eller efterlyse oplysninger med deraf følgende forsinkelse af sagsbehandlingen.

Undertiden forekommer der i de lægelige sagsakter, herunder journalmaterialet fra hospitaler, meget kategoriske udtalelser om årsagssammenhænge mellem sygdomsmanifestationer og forskellige udefra kommende påvirkninger til trods for et utilstrækkeligt belæg og manglende dokumentation for sådanne sammenhænge.

I en sag vedrørende udsættelse for organiske opløsningsmidler og hjerneskade var det således anført i et udskrivningskort fra en specialafdeling, at der fandtes "klare holdpunkter for, at patientens demens (svækkelse af åndsevnerne) var udviklet i forbindelse med udsættelse for organiske opløsningsmidler i arbejdet". Ved en gennemgang af de foreliggende sagsakter, herunder detaljerede arbejdsmedicinske oplysninger, kon-

kluderede Retslægerrådet, at det var usandsynligt, at de i sagen beskrevne symptomer var forårsaget af organiske opløsningsmidler. Tilsvarende er der i retssager, anlagt af patienter med blodpropper i hjernen opstået i forbindelse med brugen af P-piller, i et udskrivningskort anført, at “der er tale om en typisk P-pille komplikation”. Kategoriske og unuancerede udtalelser og konklusioner af den nævnte karakter, uden at de nødvendige præmisser for konklusionen er til stede, kan have flere u hensigtsmæssige virkninger: Udtalelserne giver patienterne den opfattelse, at årsagssammenhængen er uomtvistelig. Advokater, som fører patienternes sager i erstatningsmæssig henseende, bliver vildledte for så vidt angår sandsynligheden af en årsagssammenhæng. Endelig kan udtalelserne påvirke nyhedsmedierne med risiko for misinformation af befolkningen.

Læger skal på bedst mulige måde søge at belyse årsagssammenhænge mellem patienters symptomer og sygdomme, og på dette grundlag behandle og om muligt forebygge sygdomsmanifestationer. Dette gælder også i skriftlige tilkendegivelser om patienters sygdomsforløb, hvad enten der er tale om lægebrev, attester eller erklæringer. Kategoriske udtalelser på utilstrækkeligt grundlag om årsagssammenhænge vil kunne være til skade for patienterne.

3.2 Retslægerådets fremmøde i retten

Retslægerådet modtager undertiden en anmodning om fremmøde i retten med henblik på at forklare og uddybe de svar, rådet har afgivet. Efter Højesterets utrykte kendelse af 3. januar 1996 i sag 467/95 skal dette dog have undtagelsens karakter. Ønsket om rådets fremmøde i retten er forståeligt, og kan utvivlsomt i nogle tilfælde bidrage væsentligt til at klargøre rådets udtalelse. Imidlertid har rådets erfaringer vist, at der hersker nogen uklarhed om rådets vilkår og forudsætninger for fremmøde i retten.

Det er Retslægerådet selv der afgør, hvem af de voterende der i givet fald skal møde i retten i de enkelte sager. Undertiden er der fra sagens juridiske parter fremsat ønske om konkrete personer. I nogle tilfælde har rådet, på grund af de voterendes forskellige ekspertområder, fundet det hensigtsmæssigt at lade sig repræsentere ved to af de tre eller flere voterende. I disse tilfælde skal de to fremmødte naturligvis sidde samtidigt i vidneskranken. Utvivlsomt på grund af en misforståelse er det nogle gange sket, at rådets repræsentanter er tilsagt på to forskellige tidspunkter. Misforståelsen skyldes antageligt, at Retslægerådets repræsentanter er opfattede som vidner i traditionel forstand, hvilket ikke er tilfældet.

Et kardinalt problem er karakteren af de spørgsmål, der stilles til rådets repræsentanter. Forud for et tilsagn om fremmøde i retten præciserer Retslægerådet altid, at der ikke kan stilles nye spørgsmål til rådet. Der kan alene stilles spørgsmål, som har til formål at forklare rådets allerede afgivne svar, idet der jo ikke er tale om, at rådet foretager en ny sagsbehandling i retten. Denne forudsætning kan stille betydelige krav til de fremmødte repræsentanters årvågenhed, idet der kan være et naturligt ønske hos sagens juridiske parter om at stille supplerende spørgsmål. Samtidig har rådets afvisning at svare på nye spørgsmål ofte givet anledning til forbavelse, undertiden irritation hos de involverede advokater. Retslægerådets sagsbehandling sker som hovedregel altid ved en skriftlig votering mellem tre eller flere voterende. Herved sikres den bedst mulige sagsbehandling. Hvis dette ikke respekteres i forbindelse med rådets fremmøde i retten, for eksempel ved at retten tillader supplerende spørgsmål til rådets fremmødte repræsentanter, vil rådets sagsbehandling blive svækket.

Et andet centralt område er parternes ønske om at benytte rådets fremmødte repræsentanter enkeltvis som sagkyndige eksperter. Dette er således sket i forbindelse med rådets fremmøde i samme sag, først i byretten og herefter i landsretten. Forsvaret havde ønsket, at den ene af de fremmødte repræsentanter blev afhørt som sagkyndigt vidne, efter at der var stillet spørgsmål til de to rådsrepræsentanter. Baggrunden herfor var, at advokaten anså den pågældende ekspert for den mest kompetente inden for det aktuelle fagområde, hvilket skulle komme hans klient til gode. Trods rådets protest blev ønsket imødekommet af dommeren. Den anden af rådets repræsentanter blev herefter anmodet om at forlade lokalet, hvorefter den tilbageblevne blev afhørt som sagkyndigt vidne. Ved sagens behandling i landsretten blev de samme rådsrepræsentanter anmodet om at give møde. Også her ønskede forsvareren at stille en lang række nye spørgsmål til den ene af rådets voterende, men nu som sagkyndigt vidne, uafhængigt af den pågældendes medvirken i rådets behandling. Også denne gang protesterede Retslægerådet mod fremgangsmåden. Om end retsformanden havde for-

ståelse for rådets standpunkt, besluttede retsformanden at afhøringen kunne finde sted med henvisning til, at dette var sket ved byretten. Ved begge instanser var karakteren af de supplerende spørgsmål til det sagkyndige vidne af ganske samme karakter, som de spørgsmål der var stillet til Retslægerådet.

Retslægerådet udpeger i hvert enkelt tilfælde de eksperter, rådet anser for bedst kvalificerede til at behandle en sag. Undertiden vil der i forløbet af en sagsbehandling blive stillet nye spørgsmål til rådet. Såfremt én af rådets voterende i forløbet af en sag er blevet afhørt som sagkyndigt vidne, kan dette indebære, at den pågældende bliver inhabil i rådets fortsatte sagsbehandling. Endvidere kan nogle af de sagkyndiges svar måske synes at afvige noget fra den udtalelse, de voterende i fællesskab er nået frem til. Selvom det er naturligt, at en advokat ønsker at sikre sig den bedst mulige ekspertise som sagkyndigt vidne, og det derfor kan være nærliggende at vælge Retslægerådets voterende, bør denne fremgangsmåde ikke finde sted. Det vil altid være muligt for advokaterne til eget brug at pege på andre eksperter, end de af Retslægerådet anvendte.

Det sker af og til, at advokaterne under en sags behandling fremlægger videnskabelige artikler og monografier for rådets fremmødte repræsentanter med et ønske om at få oplyst, dels om de pågældende arbejder er rådets repræsentanter bekendt, og dels hvorledes rådets repræsentanter vurderer de pågældende arbejder. Denne fremgangsmåde er ikke anvendelig. For det første vil en sådan fremlægning i realiteten have karakter af nye spørgsmål til rådet, for det andet er det ikke muligt på stående fod at tage stilling til et ikke tidligere fremlagt videnskabeligt materiale.

Retslægerådets fremmøde i retten kan være et hensigtsmæssigt supplement til rådets skriftligt afgivne udtalelser. Rådets forudsætninger må imidlertid respekteres.

Retslægerådets fremmøde i retten er omtalt i Betænkning om Retslægerådet (betænkning nr. 1196/1990, side 91ff) og i tidligere årsberetninger (1998, side 31 og 1992, side 21).

3.3 Sagsbehandlingstiderne

Retslægerrådet har hele tiden opmærksomheden rettet mod vigtigheden af, at rådets sagsbehandlingstider er så korte som mulige under hensyntagen til, at kvaliteten af rådets udtalelser bevares.

Retslægerrådet har derfor, ligesom alle andre offentlige myndigheder, i en lang periode fokuseret på en nedbringelse af sagsbehandlingstiden inden for de enkelte sagskategorier. Rådet har blandt andet foretaget adskillige ændringer af rådets interne arbejdsgange, ligesom rådet ved henvendelse til Domstolsstyrelsen har fået indlagt en standardretsbog i domstolens sagsbehandlingssystemer til brug i forbindelse med forelæggelse af sager for rådet. Endelig har rådet fået etableret sin egen hjemmeside, og det er rådets håb, at de omhandlede tiltag på sigt vil få den ønskede effekt på sagsbehandlingstiden, særligt for så vidt angår behandlingen af E-sagerne, der er rådets mest ressourcekrævende sager.

Retslægerrådet er dog fortsat opmærksom på, at der må tages hensyn til den forventede sagsbehandlingstid for den enkelte sagkyndige, således at sagkyndige i særligt belastede situationer ikke får tildelt sager – eventuelt må returnere disse med henblik på overdragelse af opgaven til en anden. Rådet er også opmærksomt på, at de sagkyndige opfatter arbejdet som en nødvendig opgave, og rådet vil nødtigt forskertse denne velvilje.

Der er for rådet ingen tvivl om, at kendskabet i dag hos myndigheder, advokater m.v. til, hvad der stilles af krav til en forelæggelse af en sag for rådet, er øget betragteligt i de seneste år. Det kan blandt andet ses af, at en større og større del af de forelagte sager er tilrettelagt med rådets vejledning i hånden. Det ses endvidere, at mange domstole henviser til rådets vejledninger i retsbøgerne. Der har løbende været en mindre forbedring af kvaliteten af forelæggelser for rådet i E-sager, men det kniber fortsat for en del advokatkontorer, der normalt fremsender sagerne på vegne af den forelæggende myndighed, at efterleve ønsket om en sufficient fremsendelse af sagen i første omgang.

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 rådets håb, at den vedvarende påpegning af dette forhold kan føre til forbedringer.

Hvis man sammenholder antallet af sager behandlet i Retslægerrådet i perioden fra 2002 til 2008 med sagsbehandlingstiden i dage, brutto/netto, for de enkelte sagskategorier i samme periode kan det umiddelbart ud fra tabel 1 konstateres, at A- og E-sagerne udgør de to største sagskategorier, og der er ingen tvivl om, at det også er disse to sagskategorier, der fremover vil udgøre den væsentligste del af rådets arbejde.

Tabel 1: Antal af forskellige typer af sager behandlet i Retslægerådet i perioden fra 2002 til 2008

Årstal	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
A. Psykiatriske sager	516	509	484	501	511	438	439
B. Færdselssager med alkohol/medicinindtagelse	197	155	167	146	208	131	118
C- Sterilisation og kastration m.v.	11	11	9	6	8	4	3
D. Faderskabssager	189	78	72	56	48	39	57
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	569	657	652	735	789	776	785
H. Sager vedrørende aldersbestemmelse	231	241	129	65	42	64	29
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse m.v.	9	22	13	10	8	2	3
M. Færdselssager med medicinindtagelse.	146	133	136	129	153	131	38

Tabel 2: Sagsbehandlingstiden (brutto/netto) ved forskellige typer af sager i perioden 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
A.	28/27	27/27	31/30	31/30	28/27	28/28	28/28
B.	35/35	28/28	32/31	32/31	36/36	48/48	55/54
C.	99/99	97/97	70/70	176/176	109/106	132/132	64/64
D.	19/19	17/17	22/22	30/30	23/23	21/21	21/21
E.	114/84	123/89	145/91	153/97	150/91	146/94	136/92
H.	75/71	66/63	77/75	53/51	44/44	56/52	72/72
L.	42/36	37/35	49/38	57/38	46/42	40/40	24/24
M.	39/39	37/35	37/36	46/42	43/32	56/54	55/55

Sagsbehandlingstiderne er i tabel 2 angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Ved "brutto" inkluderes den tid, der er gået med at gøre det muligt for rådet at behandle sagen (manglende oplysninger, tilladelser mv.). Ved "netto" forstås sagsbehandlingstiden, beregnet fra det tidspunkt, hvor sagen er klar til behandling.

Det kan umiddelbart konstateres, at brutto/netto sagsbehandlingstiden for A-sagerne har været konstant i hele perioden, og at sagerne som altovervejende hovedregel er sufficente allerede i forbindelse med fremsendelsen, mens det også umiddelbart kan konstateres, at dette langt fra er tilfældet for så vidt angår de mere ressourcetunge E-sager, hvor rådet ofte må anvende en hel del unødvendige ressourcer på skriftveksling med den hørende myndighed med henblik på, at sagen kan gøres klar til behandling af rådet.

Der er således fortsat behov for at have fokus på sagsbehandlingstiderne, og Retslægerådet har derfor i samarbejde med Justitsministeriets departement planer om at foretage et moderniseringsprojekt, hvor mulighederne for nedbringelse af rådets sagsbehandlingstider ved forenkling og digitalisering af arbejdsgange skal belyses.

4.0 Udvalgte sager og emner

4.1 Fosterfordrivelser

Fosterfordrivelser eller illegale aborter er et sagsområde, som optager en del plads i Retslægerådets første årsberetninger. Antallet og detaljeringsgraden af de omtalte sager afspejler i høj grad udviklingen i samfundet og den aktuelle lovgivning. Frem til 1866 havde straffen for abort været dødsstraf. Ved Retslægerådets start fremgik det juridiske grundlag af straffelovens kap. 22, § 245: ”Kvinde, der ved fordrivende Midler eller paa anden Maade dræber det Foster, hvormed hun er svanger, eller medvirker hertil, straffes for Fosterfordrivelse med Fængsel indtil 3 Aar.

Gjør nogen anden end Moderen sig skyldig i Fosterfordrivelse eller i Medvirken hertil, straffes han med Fængsel indtil 6 Aar. Har han handlet uden Moderens Samtykke, anvendes Fængsel i mindst 2 Aar, men med 6 Aar indtil paa Livstid, saafremt hun som følge af Forbrydelsen omkommer”.

Den første abortlov trådte i kraft i 1939. Den legale abort blev indført i Danmark ved lov i 1973 og her meddeltes tilladelse til abort for kvinder over 18 år frem til udgangen af 12. svangerskabsuge regnet fra sidste menstruations første dag. Inden vi nåede så langt, skulle de danske kvinder så grueligt meget igennem.

Den første årsberetning i 1910 indeholder en detaljeret beskrivelse af en sag, som var karakteristisk for de fosterfordrivelsessager, som Retslægerådet behandlede i dette og de mange efterfølgende år.

4.11 Fatal illegal abort omtalt i årsberetningen fra 1910.

Sag (602 104-1910). ”Idet Københavns Kriminal – og Politirets 3. Kriminalkammer under 25. Marts 1910 fremsender Akterne i en ved Kammeret verserende Under-søgelse i Anledning af, at den i Flensborg i Oktober Maaned f. A. afdøde Frøken P. formodes at have gjort Forsøg paa Fosterfordrivelse, udbeder Kamret sig en Udtalelse fra Retslægeraadet med Hensyn til følgende Punkter:

- 1) Lader det sig efter de fremkomne Oplysninger – bl.a. Kandidat L.s Forklaring – bestemme, eller kan der dog opstilles nogen Formodning om, hvad Indholdet har været af den Flaske, afdøde har vist Frøken M. og Hr. og Fru L., hvis det forudsættes, at dette har været samme Flaske? I bekræftende Fald udbedes en Udtalelse om Indholdets Betydning som fosterfordrivende Middel.
- 2) a) Kan Safran eller Enebærdræber anses som fosterfordrivende?
b) Har Sprit og Eddike nogen Betydning i saa Henseende?
- 3) Kan det efter det foreliggende anses godtgjort, at Fosteret har været befængt med Syfilis? og vil – i bekræftende Fald – det dermed være godtgjort, at også Moderen har haft Syfilis?
- 4) Hvad maa efter det oplyste anses at være den antagelige Grund til Aborten?
- 5) Giver det oplyste, idet der herved bortses fra de af Dr. Mensinga anførte Grunde af ”psykologisk Art” noget Holdepunkt for den Antagelse, at Aborten har været af kriminel Natur?

- 6) I bekræftende Fald: er der da Grund til at tro, at Aborten skyldes Indtagelse af Medikamenter eller Indførelse af Instrumenter og lader der sig noget udtale med Hensyn til, om den til Fosterets Fordrivelse sigtende Virksomhed er begyndt forinden Frøken P.s Ankomst til Flensborg?
- 7) Hvad er den antagelige Grund til Frøken P.s Død?
- 8) Er der – hvis kriminel Abort formodes – Grund til at antage, at hendes Død staar i Forbindelse hermed?
- 9) Lader saavel Aborten som Frøken P.s Død sig forklare som en Følge af Fosterets Syfilis?

I august 1909 følte Frøken P. sig besvangret. Den 8. Oktober 1909 rejste hun sammen med sigtede B., hvem hun i længere Tid havde staaet i Forhold til, til Flensborg, hvor hun en af de følgende Dage aborterede. Hun afgik ved Døden i Tilslutning til Aborten under Omstændigheder, som lod formode, at Aborten var af kriminel Oprindelse. Der blev derfor paa Dødsstedet indledet kriminel Undersøgelse.

Et Vidne forklarer (Politirapport af 24. November 1909), at c. 1 Maaned før hun rejste til Flensborg, begyndte Frøken P. at klage over Smerter i Ryggen. Hun var dog aldrig sengeliggende. Det var Meningen, at Vidnet skulde have forladt sin Plads hos Frøken P. den 8. Oktober 1909, men denne bad hende om at blive Maaneden ud, da hun skulde rejse til Flensborg til en klog Kone. Afdøde sagde, at det kunde hænde, at det kun varede et Par Dage, men det kunde ogsaa gerne være, at det kunde vare 14 Dage eller en Maaned. Det eneste, hun har købt af medicin til Afdøde, er nogle Enebærdraber, men hun har ikke set, at Afdøde har taget af dem.

En Veninde af afdøde forklarer, at Afdøde en Gang i August 1909 meddelte hende, at hun var bange for, at hun var i Omstændigheder. Omtrent 2-2½ Maaned efter fortalte afdøde hende, at hun af sigtede B. havde faaet en Flaske Draaber, som skulde kunne fordrive Fosteret. Hun sagde, at B. havde sagt til hende, at hun skulde tage 3 Draaber i Vand 4 Gange daglig, og at hun ikke maatte komme til Lyset med dem. Hun viste hende Flasken, der var uden Etiket, og som indeholdt en grøn Væske. Hun har en Gang set, at afdøde har indtaget en Dosis af Draaberne. – Ved en anden Lejlighed saa hun, at Afdøde indtog en Dosis Safran i Brændevin, men hun kastede det straks op igen sammen med ufordøjet Mad. Nogen tid før Afdøde og sigtede B. rejste til Flensborg betroede Afdøde hende, at B. havde fortalt hende, at der i Flensboerg boede en Dame, som gav sig af med at befri besvangrede Kvinder for Fostrene, og de var da blevne enige om at tage ned til hende.

Sigtede B., der er 42 Aar gammel, meddeler, at han stiftede Bekendtskab med afdøde i Februar 1909, og at de senere stod i kønsligt Forhold til hinanden. Sidste Gang han havde Samleje med hende var den 12.-13. Juli 1909 under en Rejse til Hamborg. Han var klar over, at hun ogsaa stod i Forhold til andre. – I Begyndelsen af August begyndte hun at tale om, at hendes Menstruation var udebleven, og at hun vistnok var frugtsommelig. En Dag i Begyndelsen af September Maaned sagde hun til ham, at han skulde gaa hen og købe Safran til hende. Sigtede købte Safran for 2 Kr. til hende, men angiver, at han var af den Formening, at det var ganske uvirksomt som fosterfordrivende Mittel. Da Afdøde imidlertid vedblev at plage ham med, at hun vilde af med Fosteret, bestemte han sig en Dag til at lade, som om han gik ind paa hendes Ide. Han

tog en Medicinflaske uden Etikette, i hvilken der havde været Glycerin og fyldte den omtrent med Sprit, idet han samtidig tilsatte 1-2 Thesefulde Eddike. Flasken gav han afdøde med den Besked, at hun maatte være forsigtig og kun tage 3 Draaber et Par Gange i Døgnet. Draabernes Farve var ganske klar. Han mener det var i Slutningen af September, han gav hende Draaberne. Hun var paa dette Tidspunkt kommen til at se daarlig ud, havde Opkastninger og klagede over Smerter. Paa hans Spørgsmaal, om hun mente, at det var Fødselsveer – hun havde sagt, at hun tidligere havde aborteret og tænkte sig Muligheden af, at det kunde ske igen – svarede hun, at det vidste hun ikke. Han opfordrede hende til at lade sig indlægge paa et Hospital, hvad hun afslog. Hun vilde Syd paa, og da hun en Dag foreslog ham at lade hende rejse til Flensborg, gik han ind paa hendes Forslag. Sigtede hævder, at Maalet med Rejsen var at faa hende under Lægebehandling.

Den 8. Oktober fulgte han hende til Flensborg. Paa Rejsen klagede hun over stærke Smerter, men det lykkedes dog at gennemføre den. Den 9. Oktober Kl. 8 Morgen ankom de til Byen og efter at have lejet Logi til afdøde paa et Hotel Garni, tilbragte de Dagen sammen paa forskellige Steder i Byen. Samme Aften rejste Sigtede tilbage her til Byen. 2-3 Dage efter sin Hjemkomst fik han et Brev fra hende, hvori hun skrev, at hun havde været hos Dr. Mensinga, der havde beordret hende til Sengs, idet han samtidig havde sagt, at en Abort var forestaaende, men da Fødselsvejene var meget lukkede, maatte Forløsningen ske ved Doktorens Hjælp med Tang, hvilket dog først kunde ske næste Dag. Et Par Dage efter fik han et nyt Brev, hvori hun skrev, at nu havde Doktoren taget Fosteret med Tang, og at hun haabede snart at komme op og hjem. Da hendes Tilstand senere forværredes, rejste sigtede den 20. eller 21. Oktober derved. Han gik til Dr. Mensinga, der udtalte, at han havde forløst hende, at Fosteret havde været dødt og formentlig kun havde levet nogle faa Uger efter Undfangelsen, da det var befængt med Syfilis. Den 25. Oktober modtog han Telegram om, at hun var død. Samme Nat rejste han igen til Flensborg. I samtalen med Ejerinden af det omtalte Hotel meddelte denne, at Afdøde havde haft Besøg af en tilsløret Dame nogle Dage før hun døde, og at Afdøde havde angivet, at det var hendes Svigerinde, der besøgte hende på Gennemrejse.

Sigtede erklærer, at han ikke har nogen Anelse om, hvem denne Dame er eller i hvilken Anledning, hun har besøgt Afdøde.

Kandidat L., i hvis Hjem afdøde af og til kom, forklarer, at hun en Dag i Slutningen af September Maaned viste ham en lille Flaske, og bad ham se paa den og sige hende, hvad dens Indhold var. Den indeholdt en klar, noget grønlig Væske, farvet omtrent som Absinth. Den havde en balsamagtig (granagtig) Lugt. Han kendte de Omstændigheder, hvori afdøde befandt sig, og var klar over, at hun vilde benytte Draaberne som fosterfordrivende Middel. Efter Lugten var det ganske tydeligt, at det ikke kunde være en Blanding af Eddike og Sprit.

Under 16. December 1909 meddeler V. Steins analytiskkemiske Laboratorium Resultatet af Undersøgelsen af forskellige Genstande, der var fundne i afdødes Lejlighed her i Byen.

”Nr. 1. En 50 Cm³ Medicinflaske med Rester af en blaa Etikette, der viser, at dens Indhold har været bestemt til udvortes Brug, og at den efter al Sandsynlighed er eksperderet efter Recept fra Gl. Torvs Apotek. Flaskens Indhold var meget ringe, men efter

Væskens Lugt, Udseende og Reaktion at dømme har den bestaaet af en Karbolopløsning (Lysol, Kreolin o.l.).

Nr. 2. Indholdet i denne Flaske var saa ubetydeligt, at det kun var muligt at anstille en Prøve for Lugten. Denne tydede nærmest paa, at væsken har indeholdt eller bestaaet, af en eller maaske en Blanding af flere æteriske Olier, men der lod sig ikke spore nogen særlig karakteristisk Lugt, som kunne antyde en bestemt æterisk Olie. Lugten pegede dog nærmest i Retning af Enebær-, Rosmarin- eller Lavendelolie.

Nr. 3. Paa Benklæderne og forneden paa Chemisens Forside fandtes udbredt gulagtige Pletter, hvori paavistes talrige Epithelceller, og som derfor maa antages at hidrøre fra Urin og (eller) Slim. Ved Chemisens nederste Kant fandtes desuden to smaa, runde, graasorte Pletter, hvis Oprindelse ikke kunde paavises".

Prof. E. Pontoppidan udtaler under 27. December 1909 paa Forespørgsel fra Kriminal- og Politiretten: "De medfølgende Recepter (paa Kreolin) refererer sig antageligt til en Frøken N.N. (Navn etc. ikke opgivet), som konsulterede mig den 9., 10. September og 10. Oktober 1908. Hun led af en Urethritis af dubiøs, næppe smitsom Oprindelse, og behandlede med de foreskrevne Kreolinudskylninger. Udskreves rask".

Den i Flensborg foretagne Obduktion af Afdøde har blandt andet givet følgende Resultat:

Ydre Undersøgelse.

Liget af en 30 Aaar kvindelig Person i god Ernæringstilstand og af kraftig legemsbygning.....

Indre Undersøgelse.

Ved Aabningen af Bughulen løber nogen smudsig, grønlig, tyk, stinkende væske ud. Af Bughulen udtømmes c. ½ Liter af denne Væske. Nederst i Bughulen befinder sig herefter endnu c. 100 cm. grøn, tykt Pus. Foroven i Livmoderen, noget til venstre og bagtil, ses en lille Aabning af Størrelse som et Knappenaalshoved, af hvilken der ved et stærkt Tryk strømmer meget af dette Pus ud. Denne Aabning er sandsynligvis fremkommen ved, at Sammenvoksningerne mellem Tyktarmen og Livmoderen under Sektionen er bleven løsnede ved Frilæggelsen af Livmoderen. Det brede Moderbaand og Æggestokken på venstre Side er sammenvoksede med Tarmen. Tarmens Overflade er kun lidt glinsende og viser fine, hvide traadede Belægninger... Skedens Slimhinde er fast og graa; I forreste og bageste Lakunar findes intet Saar. Den ydre Modermund er noget blaalig farvet og tværstillet. Livmoderen er indvendig beklædt med en smudsig, brunsort, blød hinde. Den højre Æggestok indeholder en stor Mængde Pus. Den venstre Æggeleder er fingertyk og fyldt med Pus. De brede Moderbaand er meget tykke og faste, af graahvid Farve. Ogsaa i den venstre Æggestok findes Pusansamlinger.

De obducerende afgiver deres foreløbige Skøn som følger:

- 1) Døden er foraarsaget ved Blodforgiftning (Sepsis)
- 2) Blodforgiftningen er en Følge af et Gennembrud af Pus fra Kønslidene ind i Bughulen.
- 3) Spor af ydre Vold er ikke forefunden".

Kvindelægen Dr. Mensinga afgiver den 9. November 1909 i den kgl. Amtret i Flensborg følgende Forklaring: ”Afdøde kom den 11. Oktober syg under min Behandling. Hun sagde, at hun den 10. Oktober på Gennemrejse fra Berlin til København var ankommen hertil sammen med sin angivne Ægtefælle, var taget ind på Hotel Garni og havde maattet afbryde sin Rejse paa Grund af Sygdom. Hendes Mand var rejst videre paa Grund af Forretninger. At disse Opgivelser ikke var rigtige, har jeg efter hendes Død faaet at vide af Hr. B. i København; denne Herre havde ved et tidligere Besøg kaldt sig P. overfor mig. Afdøde er i øvrigt ogsaa allerede den 9. Oktober kommen hertil, hvad jeg tror, jeg har faaet at vide af Fru St.

Jeg har den Opfattelse, at Døden er indtraadt som Følge af en kriminel Abort. Den umiddelbare Dødsarsag har ganske vist været Blodforgiftning. Jeg forklarer altsaa ikke denne saaledes som den mig bekendte Obduktionsprotokol, som en Indvirkning af Sygdomskim fra det syfilitiske Foster, men som Følge af en Infektion, der er fremkaldt ved Indførelse af urene Instrumenter. Thi allerede i Begyndelsesperioden af Aborten var Feber til Stede og alligevel Livmoderen fuldstændig lukket og en meget stærk foetid Stank tydelig at mærke ud fra Skeden. Som jeg senere har faaet at vide af B., har de begge allerede før Haderslev villet afbryde Rejsen paa Grund af stærke Veer, men er saa alligevel rejste til Flensborg. Alt dette er Tegn paa, at Aborten var indledet allerede i København.

Hr. B. har fortalt mig, at afdøde har været Skøge i Chicago. For c. 11 Aar siden skal hun have været hans Kæreste i København en kort Tid. Obduktionsfundet ved den venstre Æggeleder og de brede Moderbaand taler for, at afdøde allerede tidligere, altsaa muligvis i Chicago-Tiden kan have været gonorrhøisk inficeret. Det kunde tænkes, at den indtraadte Blodforgiftning hænger sammen med denne gamle Proces; om det end synes mig usandsynligt.

Efter hendes Død har jeg foreholdt B., at efter min Mening maa Infektionen føres tilbage til et voldeligt Indgreb. Jeg bemærker, at den ogsaa kan være hidført allerede ved det syfilitisk dekomponerede Foster alene. B. forsikrede mig, at han intet havde at gøre med den Sag. Han var Fader til 5 raske Børn og gift, havde aldrig haft Syfilis og havde ikke i de sidste 11 Aar staaet i Forbindelse med afdøde. Nu havde han taget sig af hende udelukkende af Medlidenhed, især da han tidligere endogsaa havde villet ægte hende.

At Fru St. har jeg hørt, at omtrent den 5. Sygedag havde en tilsløret Dame, efter Opgivende en Svigerinde, besøgt afdøde. Dette Besøg sætter jeg i Forbindelse med, at B., efter hvad han fortalte mig, havde givet afdøde 150 Mk., men efter hendes Død altsaa blot havde fundet 70 Mk. tilbage hos hende omendskønt hun i Mellemtiden ingen Lejlighed havde haft til at give noget ud. Heller ikke til Fru St. havde hun betalt noget. Det kunne jo tænkes, at denne Dame havde haft at gøre med Fosterfordrivelsen og hentet sine Penge hos hende. Fosteret var c. 3 Maaneder gammelt. Af Sygeplejersken har jeg hørt, at aføde er kommen med den Udtalelse: ”Hvad har dog den slemme Kone gjort ved mig”. – Hun havde sagt det hen for sig paa dansk.

Under 24. Februar 1910 forklarer Dr. Mensinga yderligere; ”... For det første konstaterede jeg Svangerskab i c. 4 Maaned, dernæst Salpingo-Oophoritis, mangelfuld Hjærtevirksomhed, der tydede paa et svækket Hjærte, og en kronisk Tyktarmskatarrh. Ved den bimanuelle Undersøgelse konstaterede jeg Uterus kontraheret, hvilket jeg ikke

saa sjældent har fundet ved Undersøgelse af Svangre. Det Totalindtryk, som Patienten gjorde tydede paa en alvorligere Sygdom. Om Beskaffenheden af Fosteret kunde jeg først ikke danne mig nogen Mening, da det befandt sig i den lukkede Livmoder... Livmoderen udtømte sig i 2 Gange, jeg tror den 13. og 15. Oktober. Den 12. Oktober fandt jeg ved indre Undersøgelse i den ydre Modermund et haardt, lille, langagtigt Legeme, hvilket jeg hjemme konstaterede var en fra Bløddelene afløst Fodknokkel. Derved var fastslaaet, at Fosteret i længere Tid havde været macereret. Sandsynlighedsdiagnose som Følge deraf var "syfilitisk Foster". Patienten havde den 12. lidt Feber. Ved Udtømmelsen af Livmoderen, som jeg forsøgte den følgende Dag, uddrog jeg Fosterets med lidt mørkebrune, meget bløde Bløddele overvoksede Hvirvelsøjle og nogle Ryg- og Hovedknogler. I øvrigt forefandtes intet af Fosteret. Placenta var fast adhærent og ikke til at løsne. Først 2 Dage senere kunde jeg fjerne Placenta stykkevis, efter at i Mellemtiden nogle svage Veer havde virket".

Angaaende Spørgsmaalet om Abortens eventuelle Indledning i København bemærker Dr. Mensinga:

" Det er en Kendsgerning, at en Abort kan trække sig ud over Dage og Uger, at der efter Dage med kraftige Veer følger Dage, hvor Veerne fuldstændig udebliver. Jeg maa fastholde min Opfattelse, fordi der allerede tidlig, medens Uterus endnu var fuldkommen tillukket, var Feber tilstede. Det er for mig i videnskabelig Henseende Hovedgrunden for min Antagelse. Som yderligere Grunde af psykologisk Art kommer de mange Usandheder, som saavel Hr. B. som afdøde er fremkomne med overfor mig. Hvorfor disse Løgne? Han maa dog som en verdenserfaren Mand vide, at Kaldshemmeligheder er Lægen hellige. Der var noget, der skulde skjules for mig"....

Den 30. April 1910 udtaler Retslægeraadet med Hensyn til Kamrets Spørgsmaal:

ad Punkt 1: Nej

ad Punkt 2a: Hverken Safran eller Enebærdræber kan i og for sig anses for fosterfordrivende, men de kan i store eller hyppigt givne Doser indvirke skadeligt paa den paagældende og – hvis hun er frugtsommelig – angribende paa Fosteret.

ad Punkt 2b: Nej

ad Punkt 3: Nej

ad Punkt 4: Muligt Sygdom i Livmoderen og de i Moderbaandene, Æggestokkene og Æggelederen konstaterede sygelige Forandringer; men Oplysningerne er for mangelfulde til, at Muligheden af andre medvirkende Momenter med Sikkerhed kan udelukkes.

Ad Punkt 5: Der er en Del Omstændigheder, der kunde tyde i Retningen af, at Aborten er kunstig fremkaldt, men der skønnes ikke at være tilvejebragt Bevis for, at dette har været Tilfældet.

ad Punkt 6: De nævnte Omstændigheder synes nærmest at give Rum for en Formodning om, at Aborten kunde skyldes mekaniske Midler, muligvis Anvendelse af Instrumenter. At en saadan eventuel Indvirkning skulde være paabegyndt forinden afdødes Ankomst til Flensborg, er der efter Raadets Skøn ikke Holdepunkter for at antage.

ad Punkt 7: Det maa i Overensstemmelse med den legale Obduktions Konklusion antages, at Frk. P. er Død som Følge af Blodforgiftning.

ad Punkt 8: Da det maa antages, at Frk. P. er død af en fra Livmoderen og dennes Na-boorganer udgaaende Infektion, maa det, hvis det godtgøres, at den stedfundne Abort er kunstig fremkaldt betragtes som sandsynligt, at hendes Død staar i Forbindelse med de til Abortens Fremkaldelse anvendte Indgreb eller Midler, navnlig hvis disse har været af mekanisk Art.

Ad Punkt 9: se Besvarelse ad Punkt 3”.

4.12 Fosterfordrivende midler

I begyndelsen af 1900-tallet var der mange muligheder for hjælp, som blandt andet dette tilbud, der er omtalt i en sag fra 1910:

”Arrestanten indrømmer at have indlagt efterfølgende skrivelse som Billet på Avertissementer, der indrykkedes i Blade af Kvinder og uden Hensyn til, hvad Avertissementet drejede sig om, idet han gik ud fra, at mange Kvinder havde Menstruationsvanskeligheder:

Hvad enhver Kvinde bør vide!!! Tag imod et godt Raad - førend det er for sent - Menstruationsforstyrrelser - .

Hvor mange lider ikke af Følgerne for hele Livet, fordi Menstruationen ophørte, og der ikke i Tide blev gjort, hvad der burde lgøres: - med andre Ord - De generede Dem for at gaa til en Læge! Lad Dem derfor ikke dysse i Søvn, saasnart De mærker den mindste Forstyrrelse, men hav Midlet i Haanden til straks at bekæmpe samme. - (Menstruationen skal under normale Forhold indfinde sig her 28. Dag)

Jeg byder Dem herved ad denne Vej en enestaaende Lejlighed til at faa Recepten i Hænde, da jeg ikke annoncerer i Bladene. Midlet virker aldeles rationelt, og driver Menstruationen frem på en mild og behagelig Maade uden Forstyrrelser i det daglige Arbejde. Da man selv tilbereder Midlet, er al Humbug udelukket. Uskadeligheden garanteret!!!

Recepten sendes kun mod forud Indsendelse af Beløbet 3 Kroner i Frimærker (5 og 10 Øres Mærker) til Dr. med. Henry Lamon. Adresse poste restante. ---- København K. - Bemærk! Der modtages kun Frimærker som Betaling, og Forsendelsen sker diskret i lukket forsegleet Konvolut. Som Indleveringssted for Poste restante Breve opgaves Købmagergades Posthus (eller Sølvtorvets Kiosk).

Naar der saa fra Kvinder indløb Svar paa Billetten Tilligemed 3 Kroner i Frimærker, var Arrestantens næste Skridt at afsende følgende Recept:

"Copenhagen d.....19...

Hermed Recepten:Kamillethe 20 Øre } sammenblandes
Safran10 - }

Man køber hver Del for sig og foretager selv Blandingen. Morgen - Middag - Aften tilberedes og nydes en Kontorkop meget stærk og varm The af denne Blanding. Fra 1-3 Dage indfinder Menstruationen sig”.

Arrestanten har hørt, at Safran skulde være fosterfordrivende, men han siger, at han ikke troede, at det havde saadan Virkning, naar det blev blandet med Kamillethe, men da var uskadeligt. Han har selv forfattet Skrivelsen og Recepten og underskrevet den førstnævnte med Navnet "Dr. med. Henry Lamon".

Fængselslæge Riis, der blev gjort bekendt med Indholdet af den ovennævnte Recept, forklarer, at Safran er et fosterfordrivelsesmiddel, og saavidt ham bekendt er der ingen Læge, der ordinerer dette Middel for almindelige Menstruationsforstyrrelser. Hvorvidt en Kvinde, hvis hun indtager det Kvantum af Midlet, som nævntes i Recepten, hermed vil kunne fordrive sit Foster, kan Fængselslægen ikke udtale sig om.

Den 14. Februar 1910 udtaler Retslægeraadet, at selv om Safran hører til de Stoffer, som der tillægges fosterfordrivende Egenskaber, maa det regnes til de mindre virksomme og vilde i alt Fald i den foreskrevne Blanding og Kvantitet næppe kunne have nogen saadan Virkning.

4.121 Fosterfordrivende midler indtaget gennem munden. Retslægerådet var af den opfattelse, at der ikke eksisterede noget sikkert virkende abortfremkaldende middel, der kunne indtages per os. Det fremgår imidlertid af årsberetningerne, at der er et utal af midler, der har været anvendt til dette formål (tabel 1, figur 1 og figur 3). Midlerne omfattede forskellige kategorier og virkningsmekanismer. Nogle midler var rene organgifte, for eksempel fosfor og stryknin, og fremkaldte en alvorlig generel forgiftning. Andre midler som ergotin skulle have en særlig virkning på livmoderen ved at fremkalde muskelsammentrækninger og dermed abort. Medikamenter, der medførte en voldsom akut gastroenterit blev også forsøgt, ligesom visse alkaloider som morfin samt kloroform og jodkalium kunne passere placenta og give en direkte forgiftning af fosteret.

Tabel 1 Fosterfordrivende midler citeret fra Retslægerådets årsrapporter 1910-2007

Midler indtaget per os

Safran eventuelt sammen med vin.

Enebærdråber.

Sprit og eddike.

Blodrensende dråber.

Grøn sæbe rullet ind i papir, for at det ikke skal smage.

Blanding af grøn sæbe, kulsur kalk og sand samt blade fra sevenbom (juniperus sabin) eller thuja

Kviksølv, grøn sæbe på brød.

Haarlemmer olie (4 dele terpentinline, 1 del svovl og 3 dele enebærolie), hasselurt og vand

1/2 flaske petroleum og 1/2 flaske cognac.

En kop brændevin eller sprit, hvori der har ligget rustne søm.

Ingefærafkog med whisky eller rom.

Kininpulver.

Sølverglød (krystaller af blyoxid).

Gær.
Petroleum.
Blegevand.
Kamferdråber.
Opiumsdråber.
Indtagelse af terpentintabletter.
Enebærdråber, løgdråber og moderdråber.
Indtagelse af ølglas fyldt med amerikansk olie og 10 kinin-piller eller en hel flaske varm portvin og 25 kinin-piller, eventuelt i forbindelse med skiftevis kolde og varme bade, formentlig siddebade.
Udtræk af sevenbomplanter, enebærpulver og potaske.
200 gram blymønje.
40 Easton-tabletter, indeholdende kinin og stryknin, dosis svarer til 60 mg. stryknin.

Et af de mest almindelige abortmidler var ergotin, som blev udvundet af *secale cornutum* (meldrøjen), et produkt af svampen *claviceps purpurea*. Denne gift medførte kvalme, opkastninger, tørhed i halsen, mave-tarmsmerter, langsom puls, højt blodtryk, til slut delir, kramper og coma ved gentagne store doser. Man mente også, at stoffet medførte en vis stimulation af livmoderens muskelsammentrækninger.

Et andet meget anvendt middel var æteriske olier fra nåletræet *juniperus sabina* (sevenbom). Sevenbom virkede stærkt lokalt irriterende, fremkaldte en toksisk gastroenterit med smerter, opkastninger og diaré, og toksisk nefrit (nyrebetændelse) med albuminuri og dysuri. Dertil kom almen træthed, undertiden kramper og coma, hvorunder døden kunne indtræde. På forgiftningens højdepunkt kunne aborten indtræde, men virkningen blev vurderet som højst usikker.

Barlind (*taxus baccata*) og de forskellige thuja-arter indeholder tilsvarende æteriske olier med samme virkningsmønster.

Listen omfatter også de mere uskyldige midler som stærk kaffe, kamillethe, blanding af portvin, madeira, akvavit tilsat eddike o.a.. Brækmidler og afføringsmidler som aloe og kviksølv-salte, salicylsyre og boraks blev også anvendt. Blysalte, arsenik og fosfor hører til de mere giftige midler. Specielt de to sidstnævnte var anvendte og farlige på grund af den alvorlige generelle forgiftning, som ofte medførte døden.

Fantasiaen var stor, når det drejede sig om at indtage disse medikamenter:

”I løbet af de første måneder har hun også efter arrestantens råd indtaget kviksølv, som de skaffede sig ved indkøb af 5-6 store badetermometre. Kviksølvet smurte hun med en kniv ud i et tyndt lag på rugbrød, som hun derefter spiste”.

Kombinationsbehandlinger kunne være: ”Tvekulsurt natron udrørt i eddike eventuelt suppleret med 15 dråber enebærolie og indtaget sammen med et glas varm rødvin eventuelt kombineret med et bad på 33 grader R eller Celsius med ophold i badet på en halv time” eller ”Hun fik tre pulver af ramoli sabinae på 1 gram, som hun indtog på én gang samtidig med, at hun anbragte fødderne i varmt vand”.



Figur 1

Medicin konfiskeret i forbindelse med retssager mod illegale fosterfordrivesklinikker. Genstandene stammer fra det tidligere kriminalhistoriske museum og er venligst stillet til rådighed af Medicinsk Museion, Københavns Universitet.

4.122 Udvendige mekaniske midler havde til formål at fremkalde abort ved irritation af uterus eller læsion af fosteret. Mange af disse metoder krævede, at der var en hjælper til stede. De professionelle fosterfordrivere holdt sig ofte til en af disse metoder, som de selv anså for hurtigst og mest sikre. Stærk massage af underlivet, varme vanddampe på genitalia, vaginale udskylninger, langvarige varme bade havde alle til formål at fremkalde sammentrækninger i livmoderen og dermed abort. De professionelle anvendte ofte det såkaldte hindestik eller blærestik med eller uden efterfølgende udskrabning af uterus. Blærestikket blev udført med et spidst instrument som en uterinsonde, spids saks, strikkepind, hattenål, spids træflis, gaasepen eller andet. På den måde afgik fostervandet, og som regel var det nok til at fremkalde en abort. Det er klart, at i uøvede hænder var der stor risiko for læsioner og infektion.

4.123 Indsprøjtning af medikamenter i uterus ved hjælp af en uterinsprøjte (figur 2) eller et kateter blev også anvendt. Det omfattede blandt andet tempereret vand indeholdende jod-kalium, sæbevand, borsyre, eddike, karbolvand, kreolin o.a.



Figur 2. Uterinsprøjte konfiskeret i forbindelse med retssag mod illegal fosterfordrivesklinik. Sprøjten stammer fra det tidligere kriminalhistoriske museum og er venligst stillet til rådighed af Medicinsk Museion, Københavns Universitet.

4.13 Illegale aborter udført af læger

De illegale aborter eller fosterfordrivelser førte som omtalt tidligere til meget alvorlige straffe. Frem til 1866 havde straffen for abort været dødsstraf. Straffen blev dog sjældent brugt, og den i stedet idømte fængselsstraf blev langsomt formindsket i praksis. Da strafeloven blev revideret i 1930, var straffen nedsat til to års fængsel eller hæfte. Optakten til lempelserne var i Danmark, som i den øvrige del af den vestlige verden, præget af hidsige diskussioner. Nogle læger valgte at foretage aborter på kvinderne, frem for at overlade det til kvaksalvere. Nogle fik fængselsstraffe, men dommene viste, at nævningenes holdning til spørgsmålet var en anden end den officielle. Det førte til den første abortlov i 1939, og fra 1956 blev det muligt at opnå tilladelse til abort af sociale grunde. Der skulle dog stadig søges om tilladelse. Mange fik afslag og var nødt til at søge til kvaksalvere eller læger, der foretog indgrebet trods forbud. I denne periode optrådte både kvaksalvere og læger derfor i de sager, der blev forelagt Retslægerådet.



Fig 3 Se figur 1 for beskrivelse.

4.131 Illegal abort udført af læge. Fra Retslægerådets årsberetning 1942. 939 26/5 42. – Kbh.s Pol.s 8. U.K. – Læge X., f. 1897 sigtes for at have foretaget et svangerskabsafbrydende Indgreb hos Fru Z., 30 Aar gl., som d. 28/4 42 afgik ved Døden paa Frederiksberg Hosp og Y., f. 1/11 21, sigtes for at have ladet Læge X. foretage et svangerskabsafbrydende Indgreb paa hende. Desuden mistænkes, at Læge X. har gjort sig skyldig i flere andre forsøg på svangerskabsafbrydelse.

I sagen ønskede man R.R.s besvarelse af følgende spørgsmål:

- A. a. 1) Viser Fundene ved Obduktionen af Z., at der er foretaget et svangerskabsafbrydende Indgreb på hende eller
- 2) gør de det sandsynligt eller
- 3) udelukker de, at noget saadant kan have fundet Sted?
- b. Under Forudsætning af, at Spm. A. a. 3) besvares benægtende og under Forudsætning af, at der har fundet et Indgreb Sted d. 15. eller 16/4 42 - - kan der da siges noget om, af hvilken Art det paagældende Indgreb har været og - i bekræftende Fald - dets Farlighed?
- c. Kan det tænkes, at Aborten har fundet Sted Natten mellem 20. og 21/4 42 eller maa det antages, at det, der da blev udstødt, blot har været Blodklumper og Aborten er sket tidligere?
- d. Under Forudsætning af, at det svangerskabsafbrydende Indgreb d. 15. eller

16/4 42 er foretaget af Arrestanten --- har Arrestantens efterfølgende Under-søgelse og Efterbehandling, der ifølge Forklaringerne maa antages at have indskrænket sig til et Besøg d. 22/4-42 paa Afdødes

Bopæl og en Telefonsamtale d. 27/4 42 om Aftenen, hvorunder Arrestanten gav Tilladelse til, at afdøde fik 20 Opiumsdraaber, været lægeligt forsvarlige, saafremt man lægger 1)

Arrestantens Forklaring (Rapp. E., Pag. 20-21 og K., Pag. 4-5) eller 2)

Afdødes Søster, Fru Æ.s Forklaring, (Rapp. K., Pag. 2 og 6) til Grund?

- e. Maa det efter de foreliggende Omstændigheder antages, at den svære akute Betændelse af Kønsgorganerne og Bughinden, der ifølge Obduktionserkl. er Dødsårsagen, er opstaaet som

Følge af det svangerskabsafbrydende Indgreb?

- f. Under Forudsætning af, at Indgrebet ikke er foretaget af Arrestanten, og at han ikke har været

bekendt med, at et saadant var foretaget. - - Har Arrestantens Behandling af afdøde fra 22/4 42 (Besøget) til 28/4 42 været forsvarlig, naar man lægger 1) Arrestantens Forklaring og 2) Søsteren, Fru. Æ.s Forklaring om Besøget til Grund?

- B. Kan det antages, at Ovexininjektioner – eventuelt i visse Tider af Svangerskabet og i visse Doser – kan virke svangerskabsafbrydende? Er - i bekræftende Fald – de af Arrestanten foretagne, i Rapporten J., Pag. 2-6 omhandlede Ovexbehandlinger af en saadan Art, at de maa antages at være foretaget i svangerskabsafbrydende Hensigt?

Fru Z., 30 Aar, blev d. 28/4 42 Kl. 10 indlagt paa Frb. Hosp. For Underlivstilfælde. Hun angav selv, at Menstruationen sidst havde været til Stede d. 25/4 42. Hun var meget daarlig med Symptomer på Bughindebetændelse og døde samme Dag Kl. 14,50. Den 29/4 foretog man Hosp.obduktion paa Frb. Hosp., og herunder viste det sig, at der var Tale om en inficeret Abort og en svær Bughindebetændelse med Byld bag Livmoderen. Der foranstaltedes derfor d. 30/4 42 lovmæssig Obduktion paa R. I (Retsmedicinsk Institut).

I Obduktionserkl. af 30/4 42 anføres:

Ved den paa Frb. Hosp. D. 29/4 42 foretagne Obduktion er Livmoderen fundet forstørret og af et Udseende, som svarer til en nylig afløbet Abort i ca. 3. Md.

Der er paavist en stærk, akut Betændelse i Livmoderhulen og i begge Æggeledere, stærkest venstre, hvorfra Betændelsen har bredt sig til Bughinden, hvorved er opstaaet Bylder bag Livmoderen og omkring venstre Æggestok samt en svær universel Bughindebetændelse. Der er ikke fundet Tegn på ældre Betændelser i Æggestokke eller Æggeledere. I øvrigt er ikke fundet Tegn på Sygdom. Der er ikke fundet Mærker efter instrumentelle Indgreb på Kønsgorganerne, men dette udelukker dog ikke, at saadanne Indgreb kan have fundet sted, og en svær akut Betændelse af Kønsgorganerne med paafølgende Bughindebetændelse ses ikke sjældent som Følge af saadanne Indgreb. Der er i det hele ikke fundet Tegn på Vold. Dødsårsagen er den paaviste svære, akute Betændelse af Kønsgorganerne og Bughinden.

Ved de foretagne Afhøringer oplyste Frk. Ø., at Afdøde i Febr. eller Marts 1942 havde fortalt, at hun var i Omstændigheder, og at hun gerne ville have det fjernet, og at en Dame hun kendte havde faaet en Indsprøjtning hos Læge X., hvilket havde hjulpet. Omkring d. 11/4 fortalte Afdøde, at hun en af de nærmeste Dage, d.v.s. d. 15. eller 16/4 skulde op hos Arrestanten, læge X., for at faa foretaget et Indgreb. Den 17. eller d. 18/4 ringede afdøde til hende og fortalte, at det var foretaget, og hun var meget træt.

En logerende hos Afdøde har fortalt, at Afdøde i Febr. 1942 var gravid og meget deprimeret, og omkring 1/4 talte hun om, at hun gerne vilde have Fosteret fjernet. Afdøde blev syg d. 17/4 og havde Opkastninger. Den 19/4 ringede den logerende til Læge X., fordi Afdøde var syg og havde Blødninger, og Læge X. sagde, at de maatte faa fat i en anden Læge. Den 20/4 var Afdøde stadig daarlig med Opkastning og Blødning, og om Natten lidt før Kl. 24, kom der en stærk Blødning, hvorved der afgik en Klump, saa stor som en Haand. Det siges videre i Retsbogudskriften, at den logerende hjalp hende på W. C. og fjernede Fosteret. Afdøde var lettet over, at det var overstaaet, men i de følgende Dage fortsatte Opkastningerne og Blødningerne, og den logerende ringede til Læge X., antagelig den 21., og han har senere hørt, at Læge X. havde været der d. 22. Afdøde fortalte, at Indgrebet var foretaget et Sted paa N.gade, hun sagde ikke, at det var Læge X., der havde gjort det, men den logerende fik af hele Situationen det Indtryk, at det var ham, da han altid blev tilkaldt. Den 27/4 talte Afdøde om, at hun havde Tyktarmssmerter. Den logerende havde nogle Opiumsdraaber og ringede til Læge X., om de maatte give Afdøde dem, hvad de fik Lov til. Næste Dag var Afdøde meget syg og ringede til Læge X., der ikke lod til at kunne komme med det samme. Den logerende er ikke klar over, hvorledes Afdøde kom paa Hosp., men efter at Afdøde var død paa Hosp., ringede han til Læge X. og fortalte det og han spurgte ogsaa, om Bughindebetændelsen kunde staa i Forbindelse med Indgrebet, hvortil Læge X. svarede absolut Nej. Han siger ogsaa, at Læge X. under en af Samtalerne har sagt, at der var 2 Vidner i denne Sag, Afdøde og ham selv, og han vilde pure nægte, hvis der kom en Sag ud af det. Han skal ogsaa have sagt, at hvis han og Vidnerne var enige om, hvad der skulde siges, kunde man ikke gøre ham noget.

Afdødes Søster har forklaret, at hun kom ind til Afdøde d. 22/4 ved 10½-Tiden. Afdøde fortalte, at hun havde faaet foretaget et Indgreb, og at Lægen kom snart. Lægen kom ved 11½-Tiden og var der et Kvarters Tid. Han foretog ingen Undersøgelse af Afdøde, men gav hende Lov til at faa nogle Kultabletter. Han skrev ikke Recept paa noget. Han sad inde ved Afdødes Seng og røg.

Læge X. har angaaende Behandlingen af Afdøde forklaret, at Afdøde konsulterede ham d. 7/4 42, og han kendte da intet som helst til hende. Hun fortalte, at hun ½ Aar forinden have haft en Abort, og at hendes Blødninger siden den Tid havde været uregelmæssige. Lægen tog en Blodprøve af hende, som viste 82 og gav hende Recept paa Idotonicum. Nogen Tid senere blev Lægen ringet op, vist nok af Afdødes logerende, der bad Lægen om at se ud til Afdøde, da hun var sløj. Samme Dag eller muligt næste Dag tog han ud til Afdøde, som sagde, at hun havde haft en kraftig, uregelmæssig Blødning, men ikke havde Feber og i øvrigt befandt sig vel. Han undersøgte ikke Afdøde nærmere under Hensyn til, at hun angav at have kraftige Blødninger, men han foreslog Hospitalsindlæggelse, hvad Afdøde dog ikke ønskede, hvorfor han gav Re-

cept paa Secale. Den 27/4 telefonerede den logerende og sagde, at Afdøde havde stærke Mavesmerter, og om de maatte give hende nogle Opiumsdraaber. Lægen spurgte, om Afdøde havde Feber, Opkastning eller Diarrhoe, men den logerende besvarede disse Spm. benægtende, hvorfor Lægen udtalte, at saa maatte hun gerne faa 20 Draaber, og de skulde ringe, hvis der var noget særligt. Næste Morgen telefonerede den logerende og fortalte, at Afdøde havde sovet godt om Natten, men nu atter til Morgen havde faaet stærke Smerter, og om Lægen ikke vilde komme ud at se til hende, hvad han lovede. Han tog derud ved 10-11-Tiden, men der var da ingen, der lukkede op. Senere paa Dagen fik han at vide, at Pt. var død. Lægen har bestemt benægtet at have foretaget noget Indgreb hos Afdøde. Han nægter ogsaa at have haft nogen Forestilling om, at andre skulde have foretaget et Indgreb.

Ad B. Ved Gennemgang af Arr.s Patientkartothek er udtaget forskellige Tilfælde, hvor der er Mistanke om, at Arr. har gjort sig skyldig i Forsøg paa Svangerskabsafbrydelse. Det drejer sig om Tilfælde, hvor Kvinder har søgt Arr. fordi Menstruationen var udeblevet, og hvor Arr. har givet store Indsprøjtninger af Ovex. Følgende Tilfælde kan nævnes:

1. Paa Kortet anføres: 16/3 39, voldtaget for ca. 10 Dage siden i Norge. Menses forventet i Dag, men ikke kommet igennem. Ovex $\frac{1}{2}$ Mill. Arr. Erkl. om dette Tilfælde, at han for at berolige gav den nævnte Injektion, og at Menstruationen kom 2 Dg. senere, og at han mener, at det udelukkende skyldes Nervøsitet, at Menstruationen var udeblevet.
2. 28/11 41. Mener sig gravid, + ved Unders. Ovex (Abort paa K.H. 1939). Arr. hævder, at han undersøgte Pt., men ikke fandt Tegn paa Graviditet.
3. Drejer sig om en Kvinde, som havde Menopause. Ved Expl. fandtes Uterus let forøget, retroverteret, let Blødn. Inj. Ovex 100.000, hvilket gentoges, hvorefter Blødningen fortsatte, og et par Mdr. efter noteres Uterus naturlig. Han mener, at Grunden til Menopausen var en Underlivslidelse.
4. 27-aarig Kvinde, Menopause $\frac{1}{2}$ Snes Dg. Der anføres: ved intet om Svigten af Forholdsregler. Der gives Ovex 10.000, 3 Dg. Senere noteres: ingen Virkning, hvorfor Massage + Ovex. Arr. siger, at han slet ikke regnede med, at Kvinden var gravid.
5. Kvinde, f. 1908. Der noteres: 1936 gentagne Gange ment sig gravid med standset Menses i op til 1 Md. Er hver Gang gaaet i Gang paa en enkelt eller 2 Injektioner af Unden (50.000). Bruger Pessar. Iøvrigt rask. 10/2. 37. Atter Menostase med Kvalme de sidste Dage. Igen præservative Midler den sidste 1 Md. Unden 10.000. $\frac{1}{3}$ ingen Menses + Kvalme, Utilpashed. Af Regningsblanketten fremgaar, at der er givet Udeninjektion 10/2 - 11/2 - 12/2 og 3/3. Arr. erkl. at paagældende hørte til de Kvinder, der var angst for at blive gravide og var bange, hvis Menses ikke indtraadte til nøjagtig Tid, men han har aldrig regnet med, at hun var gravid.
6. En kvinde, som behandles for forskellige Symptomer, som Træthed, Irritabilitet o.l. med bl.a. Mecodrin (amfetamin). Har ogsaa faaet Ovex i Tabletter, angiveligt paa Grund af nedadgaaende Sexualefølelse. Der noteres 23/10 Graviditetsangst - 10.000 Ovex. Arr. Siger, at han i Begyndelsen gav Ovex for at

kvikke hende op og støtte hendes Sexualfølelse, men senere har han givet hende det, fordi hun, der for et Aars Tid siden blev skilt fra sin Mand, har været nervøs for at blive gravid.

7. Endelig foreligger der en Pt., Y., mod hvem der ogsaa er indledet Unders. i Anl. af Forsøg på Svangerskabsafbrydelse. Om hende foreligger oplyst, at hun har konsulteret Læge X. d. 4/8 41, hvem hun fortalte, at hun sidst havde haft Menstruation 20/6 41, og at hun var bange for at være gravid. Han tog en Urinprøve, som sendtes til Seruminstitutet, der svarede, at Prøven gav positiv Friedmanreaktion. Hun var paany hos ham 8/8 41 og blev gjort bekendt med Prøvens Resultat. Hun bad ham saa om, han ikke vilde hjælpe hende, men det nægtede han at gaa med til. Den 30/8 blev Læge X. kaldt til Pt., som laa i Sengen paa Bopælen og blødte. Hun fortalte, at hun havde været paa Landet og var faldet med sin Cykle. Lægen kunde se, at hun havde aborteret og spurgte hende, om hun i Anledning af Svangerskabet var gaaet til nogen, og hun svarede hertil, at hun havde været hos en ældre Læge, men nærmere blev der ikke talt herom.

Pt. siger, at hun var begyndt at bløde, efter at hun var faldet med Cyklen, hun gik til Arr., som foretog et Indgreb på hende. Hun blev ihvert Fald undersøgt, og Arr. førte et Instrument op i hendes Underliv. Hun fik Besked om, at hun skulde ligge i Sengen i 8 Dg., men Lægen sagde ikke noget om, hvorledes hun skulde forholde sig. Hun laa hjemme og blev behandlet af Familiens Hus læge. Pt. vil hævde, at hun ikke troede hun var gravid, fordi hun havde blødt et Stykke Tid, og mener, der gik 3 uger fra hun var hos Læge A., til hun gik til Arr., men hun kan ikke give nogen fyldestgørende Forklaring paa, hvorfor hun gik til Arr. i Stedet for at gaa til sin sædvanlige Læge, Dr. A. Hun erkl., at hun ikke har faaet Indsprøjtninger under nogen Form.

Arr. har forklaret, at han ikke kan huske hvad Pt. har oplyst til ham om Menses, og at han ikke mener, at han har foretaget Exploration, og at han ikke husker, om han fandt Tegn paa Grav. Han siger, at han gav hende Ovex, sikkert 10.000 Enheder et Par Gange. Da der var gaaet nogen Tid, opsøgte Pt. ham igen og fortalte, at Menstruationen var kommet.

18/6 42 udtalte Retslægeraadet (H., K., S.):

Ad Spm. A.

- a. 1. Nej.
2. De ved Obduktionen fundne voldsomme akute Betændelsesforandringer uden Tegn til Betændelsesforandringer af ældre Dato giver stærk Mistanke om, at svangerskabsafbrydende Indgreb er foretaget.
3. Nej.
- b. Hvis Indgreb er foretaget, har det formodentlig drejet sig om Indførelsen af Instrument gennem Moderhalsen (Bougie, Kateter, Sprøjtespids med Indsprøjtning af Vædske i Livmoderen el. lign.) Indgrebets Farlighed vil i saa Fald afhænge af Instrumentets Art, den Kyndighed hvormed det anvendes, og de Omstændigheder, hvorunder Indgrebet foregaar.

- c. Efter Vidnet B.s Udtalelser er det sandsynligst, at Aborten har fundet Sted Natten mellem d. 20. og 21/4, og det maa da antages, at de Blødninger, der har været til stede Dagen forud, har været Forløbere for denne.
- d. Pt. døde d. 28/4 med de ved Obduktionen paaviste svære Betændelsesforandringer i Livmoderen, dennes Omgivelser og Bughinden. Det er sandsynligst, at en omhyggelig Undersøgelse i dette Tilfælde d. 22/4 vilde have kunnet give Mistanke om, at noget alvorligt var paa Færde. Det siges, at Pt. ingen Feber havde; det er ikke oplyst, om Temperaturen var maalt, og hvad den var; der er heller ikke oplyst noget om Kontrol af Temperaturen i de flg. Dage. Undersøgelsen har ifølge det i Rapporterne oplyste været meget lidt indgaaende. Særlig hvis der forud har været foretaget Indgreb, vilde nøje Undersøgelser have været paakrævet, og der burde have været insisteret paa Hospitalsindlæggelse, særlig da Forholdene paa Bopælen var lidet egnede for Pasning af en alvorligt syg Person. Da Hospitalsindlæggelse ikke fandt Sted, burde nøje Obs. i Hjemmet være sket med regelmæssigt Lægetilsyn, Kontrol af Temperaturen, Puls, Blødning, nøjere fortsat Undersøgelse af Underliv udvendig, eventuelt – trods Blødning – ogsaa indvendigt. Hvad enten man lægger Arr.s eller Afdødes Søster Forklaring til Grund, kan man ikke sige, at Arr.s Undersøgelse og Behandling har været læge ligt forsvarlig.
- e. Som nævnt under a2 maa der være stærk Mistanke om, at et svangerskabsafbrydende Indgreb er foretaget; hvis dette er sket, maa det anses for at være Aarsagen til den ved Obduktionen fundne svære, akute Betændelse af Kønsganerne og Bughinden.
- f. Sml. Svar ad. d.

Ad Spm. B.

Der er ingen sikre Erfaringer med Hensyn til Ovexpræparaternes eventuelle Evne til at fremkalde Abort hos Mennesket; men efter vort nuværende Kendskab hertil og efter Analogi fra Dyreforsøg kan det dog næppe antages, at en Dosering, som i den foreliggende Sag omtalte, skulde kunne have denne Virkning, selvom det vel ikke kan udelukkes.

De fra Arr.s Kartotheek stammende Oplysninger er saa sparsomme, ufuldstændige og usikre, at R. R. ikke med nogenlunde Sikkerhed kan udtale sig om, hvor vidt Ovexbehandlingerne maa antages at være foretaget i svangerskabsafbrydende Øjemed; men efter det foreliggende er der dog Grund til at formode, at Ovexbehandlingen i de fleste af de frem dragne Tilfælde har været foretaget i denne Hensigt".

I slutningen af 1950'erne og i årene derefter rejste en del kvinder til udlandet blandt andet Polen og England, hvor der var fri abort. I Polen gjaldt det kun for landets egne borgere, men det lykkedes alligevel mange danske kvinder at få en abort der. Den ændrede praksis og befolkningens krav om legal abort førte til, at legal abort før 12. svangerskabsuge blev indført i 1973. Denne udvikling afspejler sig helt klart i Retslægerådets årsberetninger, idet antallet af sager falder jævnt frem til 1952, hvor den sidste illegale abort omtales i årsberetningen. Gennemgangen af de mange sager i retslægerådets årsberetninger vedrørende fosterfordrivelse giver et godt udgangspunkt for at påskønne adgangen til fri abort.

4.2 Kasperek-sagen – et justitsmord?

Agnes Kasperek blev født i 1899 af fattige forældre i Polen. Da hun var 18 år gammel – i 1917 – indtrådte hun i en katolsk nonneorden og aflagde klosterløftet i 1923. Fra 1921 arbejdede hun som sygeplejerske på søsterordenens hospital i København (Sct. Josephs Hospital).

I 1936 blev Agnes Kasperek fundet skyldig i legemskrænkelser (vold mod sagesløs) efter den dagældende straffelovs § 244, stk. 1-3, ved 12. april 1936 at have forsøgt at forgifte vicepriorinden, Søster Y, samt for fire dage senere at have forsøgt at forgifte priorinden, Søster Z. Hertil blev hun fundet skyldig i tyveri fra hospitalet ved i perioden 1933-36 at have tilegnet sig forskelligt linned mv., samt i bedrageri og ulovlig omgang med hittegods ved blandt andet at have tilegnet sig nogle pengebeløb. Hun blev idømt 6 måneders fængsel ved byretten, Østre Landsret skærpede i oktober 1936 straffen til 1 års fængsel. Hun ansøgte om tilladelse til at få sagen indbragt for Højesteret, men det blev afslået. Hun afsonede herefter straffen.

I 1941 henvendte Agnes Kasperek – ved sin advokat, en højesteretssagfører – sig til Den Særlige Klageret og anmodede om, at sagen blev genoptaget, idet hun mente sig uskyldigt dømt, men det afslog Klageretten i juli 1942. Ved klagerettens behandling af anmodningen blev Retslægerådet hørt to gange.

Sagen vakte betydelig opsigt såvel i pressen som i lægeverdenen med adskillige artikler i Ugeskrift for Læger. Rigsadvokaten forelagde så Retslægerådet en række nye spørgsmål, som rådet besvarede med to erklæringer. Herefter behandlede Den Særlige Klageret igen sagen og bestemte, at den skulle genoptages. Ved sagens fornyede behandling ved Østre Landsret i februar 1944 blev rådet igen anmodet om en udtalelse. Sagen endte med, at Agnes Kasperek blev frikendt for legemsangreb og for flere af de øvrige forhold.

Sagen, hvis lægelige kernepunkt var, om de forurettede var blevet forgiftede med Skopolamin, gav som anført anledning til en heftig polemik og også kraftige angreb på Retslægerådet. Denne fremstilling bygger på artikler fra dagspressen og en helt udsædvanlig omfattende (81 sider) gennemgang af sagen i årsberetningen 1944 (s. 141 ff).

For overblikkets skyld skal sagens hovedpersoner præsenteres:

Agnes Kasperek

Vicepriorinden, Søster Y og Priorinden, Søster Z – de to forurettede

Dermatologen, professor, dr.med. Svend Lomholt

Professor i intern medicin "EM" er dr.med. Eggert Møller.

Overlæge ved Kommunehospitalets neurologiske afdeling, dr.med. Knud H. Krabbe, en kendt og anerkendt neurolog.

Der optræder flere andre læger i sagen, men deres indlæg er af perifer betydning, eller – som rådet anfører – ”af mere udpræget polemisk Karakter...”.

Retslægerådets voterende bestod af professor i farmakologi dr.med. Knud O. Møller, professor i øjensygdomme dr.med. Henning K.T. Rønne, rådets formand, professor i retsmedicin dr.med. Knud Sand, rådets næstformand, professor i psykiatri, dr.med., h.c. Hjalmar Helweg, og overlæge Jens Chr. Smith (psykiater) samt – ved de senere forelæggelser – professor i intern medicin dr.med. Erik Warburg.

Sagen har en prolog, som næppe er uden betydning for de stærke følelser, den efterfølgende gav anledning til. Agnes Kasperek havde under sit arbejde pådraget sig håndeksem, som – efter hospitalets røntgenlæge havde standset behandlingerne – fortsat blev behandlet af nonnerne med røntgenstråler på sygehusets røntgenafdeling. Hun pådrog sig så svære røntgenforbrændinger, at hun efterfølgende blev erklæret 100 % invalid. Hun anlagde så erstatningssag mod hospitalet. Sagen blev afsluttet med forlig, hvor Agnes Kasperek blev tilkendt en ”betydelig erstatning”. Retslægerådet blev i 1937 hørt i sagen, men rådets udtalelse om røntgenforbrændingerne er ikke gengivet. Lomholt anfører i et af sine indlæg, at han havde gjort ...”yderst pinlige Erfaringer med hensyn til Ordenssamfundets Oprigtighed og Paalidelighed”, og står hans beskrivelse til troende, har ”Ordenssamfundet” sandelig anvendt ufine metoder og på alle måder forsøgt at undgå at betale erstatning samt intimideret Agnes Kasperek. Det er veldokumenteret, at forholdet mellem de to ledende nonner og Agnes Kasperek var anspændt, blandt andet på grund af røntgenforbrændingerne.

Den første hændelse fandt sted 12. april 1936 om aftenen, hvor Søster Y drak et glas vin og næste morgen blev ”angrebet af et heftigt ildebefindende”. Fire dage senere drak Søster Z kaffe tidligt om morgenen og ved den efterfølgende morgenmesse fik også hun et ”ejendommeligt ildebefindende”, som varede op mod et døgn. De to hændelser blev opfattet som forgiftningstilfælde, og Agnes Kasperek, der nægtede sig skyldig, blev som anført fundet skyldig og dømt. Der forelå forskellige lægelige udtalelser, blandt andet fra Knud Krabbe, som pegede på en skopolaminforgiftning. Men sagen blev i øvrigt bedømt på grundlag af vidneudsagn fra hospitalets ledelse og øvrige ansatte. Retslægerådet blev ikke anmodet om en udtalelse vedrørende sagens medicinske/toksikologiske aspekter, men alene om en retspsykiatrisk vurdering – som ikke er gengivet – og en vurdering af Agnes Kasparks ”strafegnethed” på grund af røntgenforbrændingerne. Efterfølgende, i 1939, afgav rådet som tidligere nævnt udtalelse i erstatningssagen. Heller ikke udtalelsen om ”strafegnethed” eller udtalelsen i erstatningssagen er gengivet.

Ved sagens første behandling i Klageretten blev det oplyst, at Søster Y led af migræne og tidligere havde haft anfald af utilpashed efter indtagelse af fede eller krydrede spiser og forsvareren mente, at det beskrevne anfald var et sådant tilfælde. Det skal allerede her anføres, at Søster Y hurtigt forsvinder ud af sagen, og at Retslægerådet senere (6. september 1943) udtalte, at hendes sygdomsbillede var så ufyldstgørende beskrevet, at rådet ikke kunne udtale sig nærmere, men at symptomerne ikke mindede om en skopolaminforgiftning. Det var helt anderledes med priorinden, Søster Z. Hun havde

som anført drukket kaffe tidligt om morgenen – og ikke bemærket, at kaffen smagte bittert eller anderledes, et udsagn hun senere ændrede – hvorefter hun ca. kl. 6.30 gik til morgenmesse. Her udviklede hun et anfald, hvor hun blev stiv i kroppen samt i arme og ben. Hun følte dødsangst og havde fornemmelser, som om hun skulle synke sammen. Da messen var forbi, fik hun gjort tegn til andre nonner i kirken og blev bragt op på sit værelse. Man forsøgte at give hende noget medicin fra et glas, men det var umuligt at åbne munden, hvorfor hun næppe fik mere end et par dråber af medicinen. Hun kunne næppe støtte på benene, og hun var uklar, rodende og formentlig periodisk synshallucineret. Uden nogen form for behandling fik hun det bedre i løbet af dagen, og næste morgen var hun igen nogenlunde frisk.

Priorinden blev godt to timer efter anfaldets start, ved otte-tiden, tilset af to af hospitalets overlæger, hvor den ene i en erklæring blandt andet oplyste, at ...”Pupillerne var snarest lidt dilaterede”. Det udsagn, som efterfølgende blev centralt i vurderingen af Z’s tilstand, forsøgte han senere at skrive sig ud af, se nedenfor. Knud Krabbe blev tilkaldt, da man mistænkte en (atypisk) hjerneblødning. Krabbe tilså Z om eftermiddagen og fandt maksimalt dilaterede, lysstive pupiller og mistænkte på grundlag af det samlede sygdomsbillede en skopolaminforgiftning.

Agnes Kasperek blev som tidligere nævnt dømt på indicier – blandt andet et udsagn fra priorinden om, at hun havde hørt Agnes Kasperek sige, ”Ma mère, De maa ikke blive syg, De maa ikke dø, for saadan var det ikke ment” – og afsonede et års fængsel. Efterfølgende ansøgte hun så om at få sagen genoptaget.

Klageretten fremsendte sagen til Retslægerådet første gang 5. december 1941 med 15 spørgsmål, hvoraf de første 13 – hedder det – ”maa staa paa Forsvarerens egen regning”, idet anklagemyndigheden ikke kunne godkende formuleringen. Alle 15 spørgsmål omhandler mulige symptomer ved skopolaminforgiftning, og spørgetemaet kan vel koges ned til forsvarerens spørgsmål 13 – ”Maa det anses for uden for enhver Tvivl, at Søster Z d. 16/4 36 har været Genstand for en Skopolaminforgiftning?” og anklagemyndighedens følgende spørgsmål – ”Maa det anses for overvejende sandsynligt, at ...”? Gennemgangen af sagen i årsberetningen er ejendommelig. Den starter – ukommenteret - med uddrag af afhøringer af en række nonner om begivenhederne, da priorinden fik sit anfald – ikke mindst, men ikke kun om pupilforholdene – og denne lange række af vidneudsagn giver rådets udtalelse karakter af efterforskning. Så gengives, som praksis var dengang, de i sagen foreliggende erklæringer fra byrettens behandling af sagen i 1936, blandt andet af Krabbe, og endelig en aktuel erklæring fra 1940 af Lomholt, som havde behandlet Agnes Kasperek under hendes indlæggelse på Finseninstitutet for røntgenforbrændinger. Denne erklæring indeholder en omfattende gennemgang af Agnes Kaspereks utvivlsomt ulykkelige skæbne – røntgenforbrændingerne, konflikterne i ordenssamfundet, hendes umulige situation i det katolske miljø, hvor hun gik under tilnavnet ”giftmordersken”, hendes svære sociale situation mv. Hertil betvivlede Lomholt kraftigt, men med ret vage argumenter, diagnosen skopolaminforgiftning.

Retslægerrådet indleder sin egentlige besvarelse – efter nonnernes vidneudsagn og de lægelige erklæringer - med en lang gennemgang af sagens omstændigheder, resultatet af de lægelige og sygeplejemæssige undersøgelser af Z mv., men også oplysninger om, at der for eksempel manglede morfin og skopolamin i medicinskabet. Sådanne oplysninger kan være af betydning for bevisvurderingen, men har intet med den lægelige bedømmelse af gøre. Over mange, mange sider behandler rådet så de stillede spørgsmål med en detaljeret gennemgang og vurdering af priorindens symptomer, som samlet fandtes forenelige med en skopolaminforgiftning. Forsvarerens spørgsmål 13 besvares med, at man aldrig med sikkerhed kan stille en forgiftningsdiagnose med et bestemt stof, med mindre det er sikkert oplyst, at personen har indtaget stoffet, eller at det er påvist i maveindhold, urin eller lignende. Anklagemyndighedens spørgsmål besvarede rådet med ”ja” – og gentog argumenterne for dette synspunkt.

Sagen blev genfremsendt i juni 1942, idet hospitalets overlæge nu var blevet usikker på, om han overhovedet havde set dilaterede pupiller hos priorinden. Retslægerrådet fastholdt sit synspunkt, og Klageretten afviste, at sagen skulle genoptages. Men så eksploderede den.

”I Skr. af 20/2 43 anmoder Rigsadv. paa Foranledning af Justitsmin. R.R. om en fornyet Udt. i Sagen.” Nu var der åbenbart gået politik i sagen, siden Justitsministeriet blandede sig. Lomholt havde efter Klagerettens kendelse udgivet to skrifter – ”De to Giftattentater – var hun skyldig?” og ”Knuden strammes – De to Giftattentater i ny Belysning”, ligesom der havde været flere artikler i Ugeskrift for Læger samt en omfattende pressepolemik. Rådet behandlede henvendelsen ved ”møder” (der må altså have været flere), og henstillede så, at både priorinden og vicepriorinden i medfør af (den dagældende) lov om Retslægerrådet blev indlagt på Rigshospitalet til nærmere undersøgelse hos professor Erik Warburg! Den nævnte bestemmelse, som i dag findes i rådets forretningsorden, omhandler den, sagen vedrører, normalt for eksempel en mentalobservand, som et af rådets medlemmer reobserverer, men her var det altså de forurettede, Retslægerrådet ønskede undersøgt. Rådet begrundede blandt andet sin henstilling med, at det i nogle af de talrige indlæg om sagen var anført, at Z kunne have haft et tilfælde af ”encephalopatia hypertensiva” (forhøjet blodtryk med hjernepåvirkning).

De to ledende nonner blev indlagt, og efterfølgende afgav rådet på grundlag af hospitalsjournalen, Lomholts to udgivelser og hele det øvrige materiale, inklusive artikler i Ugeskrift for Læger, en meget – endog meget – omfattende udtalelse med en lang række bilag i form af blandt andet en redegørelse fra en professor i farmakologi, omtale af flere udenlandske kasuistikker, oversigtsartikler, teoretiske arbejder mv. Punkt for punkt tilbageviste rådet Lomholts og andres argumenter imod en skopolaminforgiftning og konkluderede som tidligere – Z's symptomer stemte bedst med en skopolaminforgiftning.

Sagen blev igen behandlet af Den Særlige Klageret, som nu bestemte, at den skulle gå om, og 30. marts 1944 fik rådet igen fremsendt sagen, nu fra Østre Landsret, hvor den blev behandlet. Landsretten henviste til nye erklæringer i sagen, disse erklæringer er også gengivet.

Professor Eggert Møller havde udarbejdet en omfattende erklæring – nærmest i form af en oversigtsartikel – hvor han forsøgte at vise, at priorindens symptomer med overvejende sandsynlighed skyldtes ”Encephalopathia hypertensiva”. Det bragte Knud H. Krabbe på banen, som fuldstændig afviste EM’s argumenter. Krabbe gav dog EM ret på et punkt, idet han anførte: ”Prof E.M. erklærer, at hans Kendskab til Skopolaminforgiftning kun er teoretisk og ikke særlig omfattende. Deri har han utvivlsomt fuldstændig ret”.

Rådet afgav igen en længere udtalelse – men væsentlig kortere end de forrige – denne gang især om diagnosen encephalitis hypertensiva. EM havde i sit indlæg strøet om sig med referencer, det gjorde rådet, hvor Warburg nu deltog i behandlingen af sagen, også.

Udtalelsen afsluttes konkluderende med følgende udsagn: ”Raadet maa herefter være af den Anskuelse, at de efter det foreligg. hos Priorinden paaviste Symptomer med langt overvejende Sandsynlighed lader sig forklare gennem Antagelsen af, at hun den 16/4 36 har været under Paavirkning af Skopolamin (el. Atropin).”

Efterfølgende afgav Eggert Møller endnu en udtalelse, hvor han fastholdt sit synspunkt og blandt andet forklarede pupilfundene med en påvirkning af to hjernecentre (af betydning for øjnene), der ligger tæt ved hinanden. Han henviste også til en undersøgelse, Sven Lomholt sammen med en anden læge havde publiceret i Ugeskrift for Læger om indgift gennem munden af skopolamin til fem raske forsøgspersoner.

Krabbe svarede igen og bemærkede blandt andet: ”Prof. E.M. Udt. om Pupilcentrene tyder paa, at han er temmelig uvidende om Opbygningen af Centrene for det tredje Par Hjernenerver (Øjenmuskelnervene)”. Videre at ... ”Prof Lomholt og ... [den anden læge] (hvis neurologiske og experimentel-farmakologiske Kvalifikationer foreløbig er mig ukendte) ...”.

Disse erklæringer blev ikke forelagt Retslægerådet, men de er alligevel medtaget i årsberetningen.

Af Østre Landsrets dombog fremgår, at Agnes Kasperek blev frifundet for anklagen vedrørende Søster Y med henvisning til Retslægerådets udtalelse. Herefter hedder det:

”Med hensyn til Forhold V. Forholdet overfor Priorinden Z., bemærkes ang. Spm. om, hvorvidt det hende den 16/4 36 overgaaede Sygdomstilfælde skyldes en Skopolaminforgiftning el. anden Aarsag, at Landsretten i Overensstemmelse med R.R.s Erkl. af 6/9 43, der fastholdtes i Skr. af 25/4 44, antager, at det er yderligt usandsynligt, at Sygdomsbilledet som et Hele kan skyldes Encephalopathia hypertensiva. Naar dernæst R.R., som det udtrykkes i Skr. af 25/4 44, finder, at de efter det foreligg. hos Priorinden paaviste Symptomer med langt overvejende Sandsynlighed lader sig forklare gennem Antagelsen af, at hun den 17/4 36 har været under Paavirkning af Skopolamin el. Atropin, kan Retten ogsaa slutte sig hertil, men mener dog ikke at kunne bortse fra, at der er en vis Usikkerhed til Stede, særlig hidrørende fra den under Sagen fornyede

Behandling fremdragne Omstændighed, at de to Sygeplejersker og Overl. R.H. som anført har forklaret henholdsvis, at Pupillerne var unaturligt store, og at Pupillerne – noget senere – var snarest lidt dilaterede, hvilke Forklaringer som af R.R. udt. ”kun daarligt stemmer overens, da det næppe er tænkeligt, at en midlertidig Afsvækkelse af Dilatationen skulde indtræde paa et Tidspunkt, hvor Skopolaminvirkningen iøvrigt var bestaaende”. Selv om det, som af R.R. i Skr. af 25/4 44 udt., kunde synes naturligt at gaa ud fra, at Dilatationen kan være undgaaet en enkelt Undersøgers Opmærksomhed, finder retten ikke fornødent Grundlag for at gøre dette, og herigennem fastslaa, at den omspurgte Svingning i Dilatationen i Virkeligheden ikke har foreligget. Naar dertil kommer, at et enkelt af de Indicier, Byretsdommen paaberaaber sig, X.s [Agnes Kasparek] uvilkaarlige Løben efter Nicordamin, efter det nu foreligg. maa lades ude af Betragtning, og at et andet, Tiltaltes Udt. i Kirken, som tidl. anført efter det nu oplyste ikke tør lægges til Grund med Sikkerhed, findes der ogsaa med Hensyn til det heromhandlede Forhold at foreligge en saadan Usikkerhed i Beviset, at Tiltalte bør frifindes.

Den af Tiltalte i Medfør af Strfl.s § 285, Stk. 1, jfr. §§ 276 og 278 og 285, Stk. 2, jfr. § 277 forskyldte Straf [straffen for berigelseskriminaliteten] bestemmes til Fængsel i 80 Dage, hvoraf 10 Dage anses for udstaaet i Medfør af Strfl.s § 86.

Med Hensyn til den paastaaede Erstatning for Varetægtsfængsel bemærkes, at Lovens Betingelser for Erstatning efter de i Sagen tilvejebragte Bevisligheder ikke skønnes at foreligge.

For den af Tiltalte – udover fornævnte Fængselsstraf – udstaaede Straf vil der i Medfør af Retsplejelovens § 1018 b, Stk. 3 være at tillægge hende en Erstatning paa 4000 Kr., der udredes af det Offentlige.

Tiltalte har selv sørget for sit Forsvar.

Thi kendes for Ret:

V.L.s Dom af 29/10 36 ophæves.

Tiltalte X bør for Tiltalen for Vold mod sagesløs Person fri at være. Den af hende iøvrigt forskyldte Straf fastsættes til Fængsel i 80 Dage, hvoraf fragaar 10 Dage for Varetægtsfængsel. Straffen er afsonet.

For udstaaet Straf udover forannævnte tillægges der Tiltalte en Erstatning paa 4000 Kr., der udredes af det Offentlige.

Tiltalte bør være uberettiget til Erstatning for Varetægtsfængsel.”

Retslægerådets vurdering af diagnosen – skopolaminforgiftning – synes stadig sandsynlig, men rådet var måske selv med til at skabe usikkerhed om denne diagnose med de meget lange udtalelser, hvor hver detalje blev vendt og drejet, hvilket selvsagt giver

mulighed for at enhver detalje også kan anskues fra en lidt anden synsvinkel - og dermed skabe usikkerhed om rådets samlede vurdering. Men debatten både i medierne og i lægefaglige kredse var intens, og de forskellige debattører gik, som også ovenfor beskrevet, direkte til stålet. Lomholt anførte for eksempel, at den politiadvokat, "Hr. Lotinga", der behandlede sagen, var "katolsk Konvertit", og at han var "meget hovmesterende og brutaliserende" over for Agnes Kasperek - så kan enhver tænke sit. Rådet kan derfor have følt sig presset til de - synes det - unødigt lange udtalelser. Hertil kommer, at rådet i sin behandling af sagen helt unødvendigt gik ind i en diskussion af forskellige lægeerklæringer og foretog en form for "bevisvurdering".

Fra lægelig side blev det kritiseret, at de sagkyndige, der voterede i sagen, alle var teoretikere, men den kritik var i hvert fald uberettiget - Rønne, Helweg, Smith og senere også Warburg var klinisk arbejdende. Det blev også kritiseret, at Retslægerådet nægtede at udtale sig såvel til pressen som til læger, som forespurgte til de rent lægevidenskabelige forhold i sagen. Rådet har nu aldrig kommenteret konkrete sager, og gør det heller ikke i dag.

Sagsbehandlingstiden blev også kritiseret - og den var lang, halve år. Endelig skal nævnes, at det i pressen blev anført, at rådets udtalelser var på ca. 200 sider - hvilket måske er overdrevent - og så var der nok noget "uldent" i sagen.

Det synes, som om retten anerkendte rådets synspunkter, men da det ikke med 100 % sikkerhed kunne fastslås, at priorinden var blevet forgiftet med skopolamin, og da andet bevismateriale blev mere usikkert, valgte retten at frifinde under henvisning til usikkerheden i bevisets stilling. Rådet fik nogle skrammer, men beholdt vel nogenlunde skindet på næsen.

Noget andet er, at man kan forestille sig, hvorledes stemningen har været i det lille akademisk-lægelige miljø i København i de år.

4.3 Retslægerådet og retsopgøret efter krigen

Retsopgøret efter 2. verdenskrig fylder temmelig meget blandt andet de retspsykiatriske sager i årsberetningerne i årene efter krigen, og stillede yderligere rådet over for det specielle problem, at dødsstraf kunne være en mulighed. Allerede årsberetningen for 1945 indeholder nogle ”småsager”, for eksempel en 18-årig ung mand, ufaglært, men af ”pæn” familie, der var sigtet for i 1944 af eventyrlyst at have meldt sig til Waffen-SS (s.62 ff). Han havde i 1943 pådraget sig et – efter beskrivelsen ikke særlig alvorligt – hovedtraume, men udviklede efterfølgende hovedpine og krampeanfald. Efter et par indlæggelser på psykiatrisk afdeling blev han indlagt på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling, der – anføres det – ved operation stillede diagnosen kronisk Hjernebetændelse (Arachnoiditis basalis chronica). Efter indlæggelsen fik den unge mand det bedre. Han blev mentalundersøgt af overlæge, dr.med. Max Schmidt, der konkluderede, at observanden havde ændret sig karakterologisk som følge af sygdommen, således at han nu var ”uligevægtig, fantasifuld, eventyrlysten og selvraadig”. Han fandtes dog ikke ”ganske uegnet til at underkastes Straf”.

Det var rådet nu ikke enig i, og efter en korrespondance med Max Schmidt udtalte rådet blandt andet, at observanden ikke var sindssyg eller åndssvag, ... ”men en lidt småt begavet, pubertetspræget Person” som ... ”næppe [kan] siges at være egnet til Paavirkning gennem Straf”. Rådet fandt, at et tilsyn ”i og for sig” ville være tilstrækkeligt. Rigsadvokaten resolverede, at der ikke skulle rejses tiltale.

I en anden sag (s.74 ff) var en mand – ”aandssvag i middel grad” (IQ=44) – sigtet for at have ”gjort uniformeret Vagtjeneste”. Han var allerede i 1944 blevet inddraget under Aandssvageforsorgen på grund af tyverier, og rådet anbefalede i forbindelse med aktuelle sigtelse, at denne foranstaltning blev opretholdt, hvilket også blev resultatet.

En tredje sag (s.87ff) omhandler en ca. 40-årig ugift mand, tidligere ustraffet, der var sigtet for at have været tysk soldat. Han havde i 1941 af ”Eventyrlyst” meldt sig som tysk soldat, men blev hjemsendt efter en lægeundersøgelse. Han meldte sig så igen i 1944. Begge gange havde han alene haft ”Rengøringstjeneste i en [tysk] Kaserne”. Han blev mentalundersøgt under indlæggelse på Risskov, og erklæringen blev udarbejdet af professor Erik Strömngren. Observanden havde fra barndommen haft krampeanfald, og trods et normalt eeg – af Strömngren ”oversat” til ”Registrering af Hjernebarkens elektriske Aktivitet”, en vending der også anvendes i dagens mentalerklæringer – og nogen usikkerhed om anfaldstype og -hyppighed, konkluderede Strömngren, at observanden led af epilepsi. Fra skolen blev oplyst, at observanden var ... ”under middel baade med Begavelse, Flid og Dygtighed”. Han blev beskrevet som noget barnlig og umoden med tendens til at fortælle ”Skrøner”, ligesom han kunne være ... ”pirrelig og vanskelig omgængelig og altid let fornærmelig”. Samlet fandt Strömngren, at observanden var personlighedsmæssigt afvigende, og at han ... ”dels paa Grund af sine Karakterforandringer og dels på Grund af sin Underlødighed aldrig [har] kunnet klare sig i Livet”. Observanden blev imidlertid fundet ”strafegnet”. Retslægerådet tiltrådte diagnoserne, men var ”tilbøjelig” til at finde Observanden ”strafuegnet”. Rådet kor-

responderede med Strömgren, der noget forbeholdent tilsluttede sig rådets vurdering. Rådet udtalte herefter, at risikoen for nye lovovertrædelser var ringe og anbefalede ...”et Tilsyn. Men findes Internering paakrævet, hører han nærmest hjemme i en Epileptikeranstalt”. Observanden blev imidlertid fundet ”strafegnet” af retten og idømt seks års fængsel med fortabelse af de borgerlige rettigheder.

En psykopatologisk interessant sag (s.109ff) omhandler en midaldrende, gift mand, tidligere skotøjsfabrikant, der straks efter besættelsen havde tilsluttet sig en nazistisk organisation, så meldte han sig ud for at tilmelde sig en anden, hvorefter han skiftede til en tredje. Han havde meldt sig til SS og blev i 1943 sendt til Tyskland. I mellemtiden var han imidlertid blevet lidenskabeligt optaget af katolicismen, hvorfor han ikke ville aflægge ed til Hitler. Observanden blev så sendt tilbage, opgav al politisk virksomhed, tabte interessen for den katolske tro, forsøgte at tage studentereksamen, men opgav og tog arbejde som gartner. Han havde allerede i 1941 trukket sig ud af skotøjsfabrikken på grund af samarbejdsproblemer med sine søskende, som var medejere. I januar 1945 udviklede han forestillinger om, at hustruen var ham utro, og på hendes foranledning blev han indlagt på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, hvor han blev opfattet som lidende af en skizoid personlighedsforstyrrelse. Efter krigen blev han sigtet for forskellige former for landsskadelig virksomhed og igen indlagt på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, nu til mentalundersøgelse. Professor Hjalmer Helweg skrev selv erklæringen, som imidlertid var ret indholdsløs – observanden nægtede nemlig at medvirke med bemærkningen ”Jeg ønsker ikke at udtale mig”. Han kunne tale lidt om vind og vejr, men nærmede samtalen sig personlige forhold kom standardsvaret – ”jeg ønsker ikke at udtale mig”. Han sagde intet spontant, men sad på en ubekvem stol ved siden af sengen og læste med stor alvor ”Gøngehøvdingen”. Under sidste del af den to måneder varende indlæggelse sad han blot i den ubekvemme stol og så frem for sig. Helweg bemærker, at observanden ikke virkede hallucineret, og at hans bevægelser var upåfaldende (underforstået at observanden ikke havde katatone symptomer).

Helweg kom ikke frem til nogen endelig diagnose, men fandt at observanden habituelt var ”fanatisk” med den begrundelse, at han ...”ensidigt og indbildt kaster sig over en bestemt Idé, fastholder den længe, hvorpaa den taber sig uden rationel Afvikling”. Hertil fandtes observanden habituelt ”skizoid”. Helweg konkluderede, at observanden aktuelt var ved at udvikle en skizofreni eller havde udviklet en forbigående psykotisk eller psykoselignende reaktion. Det tilsluttede Retslægerådet sig – hvilket rådet formentlig også havde gjort i dag – og pegede som Helweg på anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning. Retten fandt imidlertid ikke observanden sindssyg, men omfattet af den dagældende straffelovs § 17 (på visse måder svarende til den nugældende § 69). Han blev imidlertid ikke straffet – men umyndiggjort i formueretlig henseende og fik beskikket en værge. Baggrunden for dette set med dagens øjne uforståelige resultat fremgår ikke.

Allerede i 1946 strammer det til – af 11 refererede mentalobservationssager er de seks landssvigtersager. Den første (s.1ff) omhandler en 26-årig mand, der var opvokset under lidt rodede, men socialt velstillede forhold. Han var doven i skolen, som han forlod i 2.g for at blive ”landvæsenselev”. Han havde allerede i 1941 meldt sig til Frikorps Danmark, senere – og frem til kapitulationen – gjorde han tjeneste i Waf-

fen SS. Mentalerklæringen – som i sin helhed er gengivet – beskriver ret detaljeret, at observanden deltog i hårde kampe på østfronten. I februar 1944 blev han ramt af en granatsplint i højre side af issen. Han blev opereret på et feltlazaret, var langvarigt syg, men i december 1944 var han stort set restitueret, bortset fra en forstyrrelse af legemsbevidstheden (autoskopiske og dyssomatognotiske oplevelser). Han blev kommanderet tilbage til København, hvor han blandt andet arbejdede for Hipo. Han var sigtet for – og erkendte – blandt andet mishandling af en tilfangetagen mand samt drab af en fængselsbetjent og to kemigrafer, som han regnede med havde angivet nazister til modstandsbevægelsen. I erklæringen hedder det blandt andet: "Under samtalerne var observanden høflig, utvungen af væsen, ganske upåvirket af situationen, svarede prompte, ret kortfattet, militærisk på spørgsmålene, søgte på ingen måde at undskylde sig eller bortforklare, fandt selv situationen ganske naturlig og ligetil. Observanden var selvsikker, men ikke arrogant". Han fastholdt under samtalerne sin nazistiske indstilling og antisemitisme. Han var ganske klar over, at han risikerede dødsstraf. Observanden fandtes velbegavet og uden sikre "psykopatiske træk", men forrået og følelsesmæssigt afstumpet på grund af krigstjeneste og – måske – hovedtraumet. Retslægerådet tiltrådte erklæringen, herunder at observanden var ..."egnet til at underkastes straf". Standardformuleringen var "ikke uegnet til påvirkning gennem almindelig straf" – men den formulering var jo uanvendelig ved en forventet dødsstraf.

Afslutningsvis hedder det da også: "X blev ved Københavns byrets dom idømt livsstraf, hvilken dom blev stadfæstet af Højesteret og i juni 1947 eksekveret."

Den næste sag i årsberetningen omhandler en kriminel, svært karakterafvigende mand, der havde været "uniformeret og bevæbnet vagtmand". Han blev idømt fængsel i 1 år og 4 måneder.

Den tredje (s.12ff) vedrører en ca. 25-årig mand, der 16-17 år gammel havde været langvarigt indlagt med en tuberkuløs ryghvirvellidelse (spondylitis tub. vert. thor. VI et VII), som havde medført svær deformitet af rygsøjlen ("pukkelryggethed"), hvorfor han var tilkendt invaliderente. Hans svære handicap havde medført, at han var sky og selvusikker, ofte deprimeret med vage selvmordstanker. Han blev i december 1943 anholdt af Gestapo for illegal virksomhed og ved tortur aftvunget tilståelse. På grund af sin invaliditet mente han ikke at kunne udholde "de tyske afhøringsmetoder", hvorfor han spontant angav navnene på flere modstandsfolk, og under en efterfølgende korterevarende (tysk) fængsling forsøgte han at lokke navne på modstandsfolk ud af andre fængslede. Da han i marts 1944 blev løsladt, henvendte han sig selv til det danske politi og ..."meddelte alt om sin virksomhed". Senere flygtede han til Sverige. Efter krigen blev han anholdt og sigtet. Han blev først mentalundersøgt af kredslægen, så under indlæggelse på Augustenborg, hvorfra der foreligger en meget omfattende erklæring, der især omhandler en detaljeret gennemgang af observandens tilstand og adfærd i perioden for de påsigtede forhold. Dette forekommer imidlertid velbegrundet i netop denne sag, idet den erklæringsskrivende overlæge overvejede, om denne fysisk svage og invalide mand da havde befundet sig i en sådan psykisk abnormtilstand, at han var "strafuegnet". Ved mentalundersøgelsen fandtes han i det væsentlige psykisk upåfaldende, men han viste ..."oprigtig anger over sine handlinger".

Retslægerådet udtalte blandt andet: "En sådan sjælelig uligevægtstilstand af svæ-

reste art ville under de da [dvs. i perioden for de påsigtede forhold] foreliggende omstændigheder og under hensyn også til sigtedes legemlige invaliditet være fuldtud antagelig". Rådet fandt samlet observanden "uegnet til påvirkning gennem straf", og fandt ikke "særlige foranstaltninger" påkrævet. Sagen blev afsluttet uden tiltale.

Til de mindre sager hører også en ca. 60-årig kvinde, som blandt andet var sigtet for at have forsøgt at bestikke en dansk grænsevagt til at lade to tyske flygtninge komme over grænsen til Tyskland (årsberetningen 1946, s.24.ff). Hun tilhørte det tyske mindretal i Sønderjylland, hvor hun boede i en mindre landsby. Hun havde været gift med en for mange år siden afdød tysk marineofficer, med hvem hun havde tre børn, som hun ikke kunne med, især forholdet til den ældste datter var anspændt. Observanden var "fanatisk" tyskorienteret, men tilsluttede sig "Ludendorff's teorier", hvorefter frimurerne var skyld i krigen og de egentlige krigsforbrydere. Hun mente også, at Hitler havde forrådt partiet ved at sælge det til jesuitterne.

Observanden blev af naboer i landsbyen beskrevet ..."en særling og en smule forrykt, ondskabsfuld, indladende og uomgængelig". I arresten måtte hun i en periode – af hensyn til medfangerne (!) – anbringes i enecelle, og da hun blev indlagt til mentalundersøgelse, måtte hun anbringes på en afdeling for kroniske patienter... "som var mindre modtagelige for hendes snak og foretagsomhed". Ganske malende, men bestemt også overbevisende beskrives hun som fanatisk, selvovertroende og selvrefererende med en særdeles subjektiv opfattelsesmåde, hertil måske præget af en begyndende svækkelse af åndsevnerne, men hun var ikke sindssyg. Såvel overlægen som Retslægerrådet fandt en tilsynsforanstaltning tilstrækkelig. Hun blev idømt fængsel i 60 dage, som var udstået med varetægtsfængslingen.

En godt 30-årig mand var sigtet for stikkervirksomhed (s.30ff). Han havde en kranie-deformitet, "tårnkranium" (Dyssynostosis cranii, Oxycephali), og på grund af hovedpine havde han to gange – i foråret og efteråret 1939 – fået anlagt et borehul under indlæggelse på neurokirurgisk afdeling, men uden bedring af hovedpinen. Erklæringen har ikke meget positivt at sige om ham – han lå i stigende grad sin moder ..."til byrde til trods for hendes fattigdom", han var "slesk og utiltalende", spillede kort og billard, betalte ikke børnepenge, havde tidligere begået kriminalitet, havde i en periode måske været alfons – men han drak ikke. Han plaprede ud med alt om alle over for Gestapo mod ringe betaling, men da hans oplysninger ofte var forkerte, endte han med at blive sendt i koncentrationslejr. Her stjal han fra de øvrige, endog ..."røde-korspakke til en syg kammerat". Og endelig – "Det anføres som betegnende for ham, at han var en fast Gæst ved Lejrens Bordel, hvad ingen af de andre Skandinavere med en smule Agtelse for sig selv nogensinde kunne finde på". Retslægerrådet betegnede ham som "moralisk afstumpet" – hvad rådet formentlig også ville have gjort i dag, om end med anvendelse af ICD-10 sprog – og fandt ham ikke ..."uegnet til påvirkningen gennem straf under sædvanlige former". Observanden blev idømt fem års fængsel.

Set med nutidens lægeetiske regler er proceduren ved en mentalundersøgelse af en ca. 43-årig mand, sigtet for blandt andet stikkervirksomhed, næppe acceptabel. (Årsberetningen 1946, s.44ff). Observanden var opvokset under gode og velordnede forhold, men havde livet igennem haft svært ved at klare sig. Han magtede ikke at gennemføre

en uddannelse, han var ofte arbejdsløs, men etablerede sig så som ostehandler og holdt netop skindet på næsen. Han havde ingen psykiatrisk anamnese. Han havde i 1937 meldt sig ind i D.N.S.A.P. og havde på grund af sin stikkervirksomhed været for- søgt likvideret af modstandsbevægelsen. Han blev arresteret og var i arresten råbende, ”talte i vildelse” mv., hvorfor han blev indlagt på et sindssygehospital, hvor han dog ikke fandtes sindssyg, og han blev tilbageført til arresthuset. Her udviste han igen den samme adfærd og blev genindlagt. Han gik rundt ”som en søvngænger” – i hvert fald når han ikke mente sig iagttaget. Han skrev små, nærmest uforståelige breve, og alle henvendelser blev besvaret med ”det ved jeg ikke”. Men han talte med medpatienterne. Det var klart opfattelsen, at han simulerede. I observandens nærvær bestemte man så, at han den følgende dag skulle have foretaget lumbalpunktur (”rygmarvsprøve”) og eventuelt have elektrochokbehandling, sidstnævnte med den begrundelse, at en medpatient var kommet sig hurtigt under denne behandling. Næste dag blev der gjort klar til lumbalpunktur, ligesom observanden hørte ...”chokapparatet blive kørt rundt mellem stuerne”, og så ...”oplod han pludselig sin røst”. Han protesterede kraftigt og angav som forklaring på sin adfærd, at han ikke kunne lide den fungerende overlæge, men gerne ville tale med afdelingslægen. Det gjorde han så og fandtes hverken sindssyg eller åndssvag, men kun jævnt begavet. Hertil blev han vurderet som ”karakter- svag”, ligesom det blev konkluderet ...”at han med ikke ringe held [havde] simuleret sindssyg”.

Retslægerådet kommenterede ikke afdelingens (tomme?) trusler om lumbalpunktur og elektrochok, men tilsluttede sig blot erklæringens konklusion og fandt observanden ”strafegnet”. Han blev idømt et års fængsel.

Det bør måske tilføjes, at havde afdelingen haft mistanke om, at observanden be- fandt sig i en (psykotisk) hysterisk tilstand, kunne ECT (som det hedder i dag) have været indiceret, men det var altså ikke tilfældet. Det fremgår, at observanden efterfølgende talte meget med afdelingslægen, der fik observanden overbevist om, at han (observanden) ikke risikerede dødsstraf, men at han ikke kunne undgå en dom, som han skulle indstille sig på at få overstået. Afdelingslægen var også observanden behjælpelig med at løse forskellige praktiske og økonomiske problemer. Men allige- vel.

En måske mere komisk end tragisk sag omhandler en 56-årig kaptajn i hæren, der var sigtet for at have indmeldt sig i D.N.S.A.P. i 1941, han udmeldte sig et års tid efter (s.57ff). Den første lægeerklæring blev udarbejdet af kaptajnens svigersøn, der beklage- gede, at han (svigersønnen) først i 1944 havde diagnosticeret, at svigerfaderen led af en sygdom i skjoldbruskkirtlen (mb. Basedow), men svigersønnen havde altid opfattet sin svigerfader ...”som et nervøst kolerisk, altid sygdomskværulerende familiemedlem...”. Kaptajnen blev så indlagt hos Hjalmar Helweg, som i en kort erklæring bekræftede Basedow-diagnosen samt beskrev, at observanden havde fået det meget bedre efter at være blevet opereret. Helweg fandt, at stofskiftesygdommen havde medført ...”en betydelig svækkelse af hans [observandens] sjælelige ligevægt”, hvilket sammen med arbejdsmæssig belastning havde gjort ham ”uoverlagt og affektbetonet” [det han ind- meldte sig i D.N.S.A.P.] Det tilsluttede rådet sig, og sagen blev sluttet.

Den første sag i årsberetningen fra 1947 vedrører en 20-årig ugift journalist, der for stikkervirksomhed ved byretten var dømt til døden, ved landsretten blev dommen ændret til livsvarigt fængsel, og sagen var nu anket til Højesteret (s.1ff). Erklæringsmateriale er omfattende – små 25 tætskrevne sider. Max Schmidt havde skrevet to erklæringer, en kort erklæring, der konkluderede, at observanden var karakterafviger, så en væsentlig mere omfattende erklæring, der konkluderede det samme. Kvaliteten af den erklæring blev der imidlertid rejst tvivl om, hvorfor observanden – under hensyn til at sagen kunne ende med dødsstraf – blev indlagt på Kommunehospitalets psykiatriske afdeling til fornyet undersøgelse. Afdelingens overlæge, dr.med. Paul Reiter var meget længe om at afgive erklæring – der er intet nyt under solen – hvilket han forklarede med sagens komplekse karakter. Set med nutidens øjne synes sagen psykiatrisk set dog ikke at adskille sig så meget fra tidens øvrige, ”almindelige” sager. Observanden var opdraget hos morforeldrene, idet faderen hurtigt var forsvundet ud af ægteskabet, og moderen var død af tuberkulose, da observanden var 7 år gammel. Han var noget adfærdsforstyret i skolen, men klarede sig fagligt pænt, og efter at have haft et par korterevarende ansættelsesforhold kom han ind som journalistelev ved et dagblad. Han blev involveret i illegal bladvirksomhed, men angav gruppen til Gestapo, som skød en af dem ved ”Røde Port” i Dyrehaven. Paul Reiter var psykodynamisk orienteret, og enhver detalje i observandens liv blev vendt, drejet og analyseret – for eksempel at den et år ældre kæreste ”formentlig” var en erstatning for den afdøde moder. Omtalen af begivenhederne ved ”Røde Port” fylder mange sider, og har med nutidens øjne mere karakter af efterforskning end af psykiatrisk undersøgelse. På trods heraf fandt Reiter, at der var flere forhold, der burde belyses nærmere. Observanden fik også foretaget en psykologisk test (rorschach) og ”grafologisk analyse”. Med rig anvendelse af den tids beskrivende adjektiver – for eksempel ”følelseskold”, ”psykoinfantil”, ”selvhævdende”, ”uden skruper” samt ”beregående, fej og forsigtig” – diagnosticerede Reiter observanden som en ”skizoid psykopathtype”, hvad Retslægerådet tilsluttede sig. I dag ville rådet formentlig have beskrevet observanden som personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet selvcentreret, umoden samt præget af tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne og af manglende evne til at indleve sig i andre menneskers følelser og behov. Rådets diagnose i dag? – formentlig dyssocial og/eller skizoid personlighedsforstyrrelse. Reiter fandt, at observanden var ”uberegnelig farlig for retssikkerheden”, men at han ikke var ”ganske strafuegnet”. Retslægerådet tilsluttede sig og fandt ”strafegnetheden tvivlsom”. Rådet tilføjede imidlertid, at det ikke kunne antages, ...”at selv en langvarig fængselsstraf vil have nogen korrigerende virkning på ham, og eventuelle foranstaltninger bør derfor tage sigte på at sikre samfundet imod ham”. Igen undgik rådet at udtale sig om dødsstraffen – livsvarigt fængsel ville jo også ”sikre samfundet mod ham”.

Højesteret idømte livsstraf, som blev eksekveret.

I januar 1948 modtog Retslægerådet en sag med følgende spørgsmål (årsberetning 1948, s.1ff): ”Sigtedes ment. tils. m.v., herunder navnlig om i hvilket omfang de foreliggende oplysninger om tiltaltes forfrysninger af kønsdelene og operation i anledning heraf har fremkaldt tiltaltes sadistiske tilbøjeligheder. Endvidere ønskes det lægelige syn på, hvorvidt tiltalte, når han kommer i den af ham erkendte extasetilstand, er i stand til at begrænse voldshandlingerne.”

Sagen omhandler en yngre mand, der ved byretten var dømt til døden for blandt andet mishandling af frihedskæmpere. Sagen var anket til landsretten. Observanden havde tidligt under krigen meldt sig til Waffen SS, og han havde i flere år været ved østfronten. I 1942 pådrog han sig i en skyttegrav forfrysninger af penis, han blev indlagt og fik fjernet forhuden, men pådrog sig i øvrigt ikke varige skader. Han kom i 1944 tilbage til Danmark, hvor han deltog i tortur af fanger. Han oplevede da, at han fik erektion og eventuelt sædafgang, når han torterede modstandsfolk, hvilket – hvis han ikke blev standset af tyskerne – kunne få ham til at slå endnu mere. Han mente selv, at forfrysningerne af hans kønsorganer kunne være en del af baggrunden for disse forhold.

Observanden blev mentalundersøgt af Max Schmidt, der her fik lejlighed til over mange sider at udpensle observandens seksualliv i alle detaljer. Max Schmidt talte også med observandens hustru, en ”ret lidenskabelig anlagt”... ”wienerinde” af god familie og heller ikke her holdt han sig tilbage. Hun må have gjort indtryk på ham, idet han beskrev hustruen som ...”smuk, ret kultiveret, afgjort velbegavet, ærlig og pålidelig i sine oplysninger, og [hun] holdt overordentlig meget af observanden”. Det skal her bemærkes, at Retslægerådet flere år senere udtalte sig særdeles kritisk om Max Schmidts erklæringer, som rådet blandt andet fandt unødigt omfangsrige og detaljerede, for eksempel hvad angår seksuelle forhold.

Det korte af det lange er, at observanden var normalt begavet og ikke sindssyg, men han havde utvivlsomt sadistiske tendenser, som var helt uden relation til forfrysningerne. Retslægerådet udtalte, at observanden var i ...”lettere grad psykopatisk præget”, hvilket i denne sammenhæng nærmest har betydet ”neurotisk”, idet han også er vurderet som habituel følsom og nærtagende, men også noget holdningsløs. Hertil havde observanden udviklet en ...”seksualneurotisk tilstand med sadistisk pervertering af kønsdriften”, og rådet kunne ikke ”antage”, at forfrysningerne havde fremkaldt denne ”seksualneurose”. Rådet gled af på spørgsmålet om den seksuelle ophidselsestilstand under forhørerne, men angav, at ...”sexuelt betonede ophidselsestilstande i almindelighed og ganske særligt sådanne tilstande hos perverterede individer af den heromhandlede neurotiske art sædvanligvis unddrager sig viljemæssig og fornuftsmæssig beherskelse.”

Observanden blev dømt til døden, men benådet og straffen ændret til livsvarigt fængsel.

Den sidste landssvigersag, der skal omtales, drejer sig om en ca. 50-årig mand, der ved underretten var idømt livsstraf for ”Forbrydelse mod menneskeheden”. Han havde appelleret til landsretten. (Årsberetning 1950, s.58ff).

Observanden var født og opvokset i Sønderjylland som nummer tre af ni søskende under fattige og følelseskolde forhold. Forældrene stammede begge fra Tyskland, og familien tilhørte det tyske mindretal. Moderen døde, da observanden var 11 år gammel, hvorefter han ”blev sat i tjeneste” hos en kirketjener, hvor han boede, indtil han efter konfirmationen havde ”almindelige tjenestepladser på landet”. Han blev i 1915 indkaldt til den tyske hær og deltog i første verdenskrig, men uden at blive såret, ligesom han selv oplyste, at hans deltagelse i krigen ikke havde ...”gjort noget større indtryk på ham i psykisk henseende”. Han vendte tilbage til landbruget, men efter en columnafraktur i 1930 havde han svært ved at klare fysisk krævende arbejde, hvorfor

han havde andre, lettere former for beskæftigelse. Han havde fået tre børn med tre forskellige kvinder, før han i 1935 blev gift. Hustruen og observanden selv beskrev ægteskabet som godt. Hustruen oplyste, hvad han også selv erkendte, at han kunne være noget hidsig. Men han havde aldrig slået hverken hende eller datteren. Han havde aldrig frembrudt symptomer på psykisk sygdom, endsiges modtaget psykiatrisk behandling. Han mente selv, at han efter et hovedtraume i 1938 var blevet mere irriteret og havde fået hukommelsesproblemer.

Observanden havde allerede før krigen været "ivrig nazist", og i 1942 meldte han sig til Waffen SS, angiveligt fordi han var arbejdsløs. Han blev "fortsat" til tjeneste i de tyske koncentrationslejre. Den brutalitet, han her udviste over for KZ-fangerne, omtales grundigt i erklæringen, blandt andet således:

"De forbrydelser, obs. nu er sigtet for, har fundet sted i lejrene i Hannoverstöcken, Fallersleben og Wöbbelin. Obs. har mishandlet de i lejrene indsatte fanger på en måde, der vidner om en usædvanlig råhed, ja grusomhed og bestialitet. Han har dagligt i vid udstrækning dels selv, dels ladet andre slå fangerne med knytnæve, kæppe, stokke og pisk, og han blev ved med at slå, indtil ryggen og sædet sad i blodigt kød. Adskillige fanger er døde som følge af mishandlingerne. En hyppig "forseelse" var, at fangerne for at supplere deres utilstrækkelige fangedragt overfor den hårde vinterkulde stoppede papir fra brugte cementsække under tøjet eller om fødderne. Når obs. opdagede dette, straffede han dem brutalt ved at slå og piske fangerne til blods. Som eksempel på obs.s brutalitet kan anføres, at obs. engang tildelte en fange, der på grund af afkræftelse havde vanskeligt ved at gå og derfor kom for sent til appellen, et kraftigt slag med sin stok i hovedet, således at vedkommende faldt bevidstløs om og var død, inden appellens afslutning. En anden fange, der engang manglede ved appellen, lod obs. eftersøge, hvorefter fangen på grund af sin afkræftede tilstand måtte køres i trillebør til appellen. Da obs. så ham, for han løs på ham, slog ham med en knippel, medens han lå på trillebøren, overhældte ham med koldt vand, skønt det var streng frost, væltede trillebøren, slog og sparkede ham, medens han lå på jorden, indtil han mistede bevidstheden og næste dag afgik ved døden. Som et tredje eksempel kan nævnes en fransk ca. 70-årig oberst, som obs. på særlig raffineret måde forfulgte med prygl og mishandling såvel under arbejdet som på appelpladsen, indtil obersten til sidst døde som følge af mishandlingerne. Obs. indfandt sig ofte på reviret, hvor han pryglede løs på de syge fanger og efter eget forgodtbefindende udskrev dem til arbejde."

Observanden erkendte det påsigtede, men undskyldte sig blandt andet med, at lejrlæderen havde truet ham med, at han ville blive sendt til Neuengamme, hvis han ikke fik fangerne til at arbejde mere. Han blev mentalundersøgt under indlæggelse på Augustenborg af overlæge Paul Dickmeiss, senere mangeårigt medlem af Retslægerådet. Observanden blev ved mentalundersøgelsen fundet jævnt begavet, men ikke "egentlig psykisk abnorm" og altså heller ikke præget af følger efter det nævnte hovedtraume. I et diskussionsafsnit anfører Dickmeiss herefter: "Medens han i et ordnet samfund ikke har adskilt sig væsentligt fra gennemsnitsbefolkningen, har han, som den åndelige småmand han er, slet ikke kunnet tage forandringen til koncentrationslejrenes ganske abnorme forhold set fra et samfundsmæssigt og medmenneskeligt synspunkt. Han har her pludselig fået en fuldstændig uindskrænket magt over en flok medmennesker, der har været komplet værgeløse overfor ham, og hans dybt primitive tendenser for vold og brutalitet, der antageligt er forholdsvist alment menneskelige,

har fået frit afløb, uden at han på grund af sin primitivitet, dårlige begavelse, manglende kultur og medfødte tilbøjelighed for hidsighed har formået at etablere hæmninger overfor dem.”

Retslægerrådet gik ikke ind på Dickmeiss' tankevækkende overvejelser – hvilket heller ikke var rådets opgave, og heller ikke ville være det i dag – men tilsluttede sig blot erklæringens konklusion, at observanden var strafegnet.

Livsstraffen blev stadfæstet af såvel landsretten som Højesteret. Vi er nu fremme i 1950, hvor idømte livsstraffe stort set ikke mere blev eksekveret. Dommen blev da også ved kongelig resolution ændret til livsvarigt fængsel.

Retsopgøret efter krigen kan give anledning til mange juridiske og moralske overvejelser, som det ikke var Retslægerrådets opgave at tage stilling til – rådet afgav – og afgiver – alene ”lægevidenskabelige skøn”. Rådet måtte imidlertid se i øjnene, at dødsstraf i nogle sager var en mulighed. Det er her søgt beskrevet, hvorledes rådet behandlede disse sager og i øvrigt også mindre landssvigersager. Enhver må så fælde sin egen dom over rådets praksis i en turbulent tid.

4.4 Trafikulykker med lavt blodsukker

Hjernens stofskifte beror på ilt og sukker (glukose), og glukose er det eneste, hjernen kan bruge som energikilde. Blodets indhold af glukose bliver således afgørende for hjernens funktion. Blodsukkerindholdet i blodet er nøje reguleret. Om morgenen, inden man indtager føde, ligger blodsukkeret i plasma mellem 3,7 og 5,7 mmol/l, og hos normale personer stiger blodsukkeret et par mmol efter fødeindtagelse, noget afhængigt af, hvad man spiser. Dette udløser en række stofskifteprocesser, der styret af insulin fra bugspytkirtlen fører til, at sukkerforbrændingen øges og blodsukkeret falder mod det normale fasteområde. Når blodsukkeret er for lavt, bliver man træt, sulten, og samtidigt starter en række stofskifteprocesser, der fører til produktion af glukose. Det ultimative formål er, at det normale blodsukkerniveau genopstår. Et meget lavt blodsukker er ikke foreneligt med livets opretholdelse.

Faldende blodsukker vil udløse symptomer, når blodsukkerfaldet bliver udtalt. Symptomerne afhænger af hastigheden, hvormed blodsukkeret falder. Symptomerne på et hurtigt faldende blodsukker ligner dem, der er karakteristisk for et stressrespons fra binyrerne, hvor øget sekretion af binyrebarkhormon og adrenalin udløser en række symptomer. Det drejer sig især om rysten, sitren, angst, hjertebanken, hurtig hjerterytme og puls, sveden med klam, bleg hud og sult. Ubehandlet går tilstanden over i en bevidsthedssvækkelse med kramper og coma. Et blodsukkerfald kan også udvikle sig langsomt. Hvis det fortsætter ned til niveauet omkring 20-50 % af fasteværdien udvikles symptomer på sukkermangel i hjernen (neuroglykopeni), og man kan iagttage en uvarslet påvirkning af hjernens funktion. Disse uvarslede symptomer kan variere meget, men ofte er evnen til at foretage fornuftige handlinger det første offer. Desuden ses forskellige grader af bevidsthedsplumring eller bevidsthedssvækkelse. Den ramte person kan reagere på tiltale, men uden at omgivelserne fornemmer, at de opnår en egentlig kontakt. Tilstanden kan være præget af en udtalt forvirring og af mærkelig opførsel med råben og bizarre handlinger. Man taler om automathandlinger og omtåget bevidsthed (bevidsthedsplumring). Der kan være ledsagende synsforstyrrelser, og efterhånden dominerer søvnigheden, der stiger til totalt tab af bevidstheden. Neuroglykopenien udvikler sig således snigende, fornuften tabes først, og man kan forblive i en tågetilstand gennem meget lang tid, uden at bevidstheden mistes helt, hvis blodsukkerfaldet ikke når i bund nær den kritiske og dødelige grænse.

Lave blodsukkerkoncentrationer (hypoglykæmi) kendes ikke hos raske, voksne personer, når man ser bort fra ekstreme situationer med svære fysiske anstrengelser og langvarig faste eller underernæring. Ved enkelte sygdomme kan man dog se symptomgivende hypoglykæmi, men for alle praktiske formåls skyld er hypoglykæmi hos voksne kun noget, man møder hos patienter, der tager insulin som led i behandling af sukkersyge. Årsagerne hertil er flere:

For det første kommer den sukkersyges insulin ikke fra en styret afgift fra organismen selv, men fra et insulindepot, der indsprøjtes under huden, og organismen kan ikke ændre på den mængde insulin, der nu engang er blevet sprøjtet ind. Der kan derfor sent i forløbet efter et måltid komme en ubalance mellem den tilstedeværende insulinmængde og sukkerindholdet i blodet.

For det andet er modregulationen ved et faldende blodsukker afhængigt af to hormoner, der afgives som svar på det faldende blodsukker. Det drejer sig om glukagon og adrenalin. Hormonet glukagon, der fører til øget glukosefrigivelse, fungerer dårligt hos sukkersygepatienter, der er langt mere afhængige af adrenalinsekretionen end raske. Gentagne tilfælde af lavt blodsukker vil tendere til at reducere dette adrenalinrespons, der dog hos nogle kan normaliseres ved en bedre sygdomskontrol med færre insulin-tilfælde. Hos patienter, der har haft sukkersyge i mange år ses en mere permanent beskadigelse af adrenalinregulationen, så adrenalinsekretionen ikke stiger ved faldende blodsukker. Disse patienter har ofte svære anfald af hypoglykæmi.

For det tredje vil fysisk aktivitet tendere til at give et lavere blodsukker hos sukkersygepatienter end normale. Det skyldes, at frisætningen af insulin efter indsprøjtning under huden ikke som hos raske kan nedreguleres, når blodsukkeret begynder at falde. Afgiften fortsætter, uanset behovet, og patienter med sukkersyge skal tage mindre insulin, hvis de skal i gang med en større fysisk anstrengelse, da den i sig selv vil forbruge sukker, eller alternativt skal de have ekstra mad i forbindelse med anstrengelsen. For det fjerde vil faste, ligesom indtagelse af større mængder alkohol, have den effekt, at der kun er et lille depot af glykogen i leveren til rådighed for frisættelse af glukose ved faldende blodsukker. Overspring af måltider, faste eller indtagelse af større mængder af alkohol disponerer altså til hypoglykæmi hos sukkersygepatienter, der er i insulinbehandling.

For lavt blodsukker (hypoglykæmi) er en almindelig komplikation til insulinbehandling. Som beskrevet ledsages blodsukkerfald gerne af advarselssymptomer, og den enkelte patient kan, hvis ordentligt vejledt, identificere symptomerne og rettidigt tage de nødvendige forholdsregler ved at spise kulhydrat. Man taler om, at patienten kan føle det begyndende blodsukkerfald, og omtaler tilstanden som insulinføling. I de første år efter starten af en insulinbehandling gælder det, at næsten alle patienter vil opleve insulinføling lejlighedsvist, men efter et årelangt forløb svækkes symptomerne ofte. Hypoglykæmi, der kræver hjælp fra andre mennesker, kaldes insulin-tilfælde. Hos de fleste med bevaret funktion af det indre (autonome) nervesystem vil hypoglykæmi udløse et stresshormonrespons, og der vil komme tegn på den øgede adrenalinsekretion, som beskrevet ovenfor. Hos nogle patienter udebliver disse adrenalinbetingede symptomer imidlertid således, at der udvikles neuroglykopeni med uvarslet påvirkning af hjernen.

Sygdomserkendelse, viden om årsagerne til hypoglykæmitilfælde samt omhu i sin egen behandling af sukkersygen, er det vigtigste forsvar mod den hjernepåvirkning, der kan indtræde som en bivirkning til insulinbehandling. Alle patienter skal således forstå principperne i kostregulering og vide, at man under insulinbehandling ikke skal springe måltider over, at tidligere insulin-tilfælde øger risikoen for efterfølgende nye insulin-tilfælde, at alkoholindtagelse og fysisk aktivitet har betydning for blodsukkeret, og at blodsukkerniveauet også kan påvirkes af lokale forhold, der interfererer med optagelsen af insulin fra underhuden (den omgivne temperatur, fysiske påvirkninger, tobaksrygning, fortykkelse af fedtvævet i underhuden på grund af for hyppig anvendelse af samme injektionssted). Disse lokale forhold kan medføre en uforudsigelig virkning af det indsprøjtede insulin, der i nogle tilfælde kan blive frigivet uventet hurtigt med kraftig virkning til følge.

Langt hovedparten af de sager om hypoglykæmi, der forelægges Retslægerådet omhandler insulinbehandlede patienter, der har været involveret i færdselsuheld. Man forventer, at alle trafikanter handler fornuftsmæssigt, men i situationer, hvor dette ikke synes at have været tilfældet, kan det mistænkes, at føreren af motorkøretøjet har befundet sig i en hypoglykæmisk tågetilstand.

Psykiatrisk er hypoglykæmiske tågetilstande et akut organisk psykosyndrom, og retspsykiatrisk er der tale om en tilstand "ligestillet" med sindssygdом. Straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. lyder: "Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdом, eller tilstande, der må ligestilles dermed, straffes ikke". En diabetespatient, der i en hypoglykæmisk tågetilstand har forårsaget et trafikuheld, vil således være straffri, såfremt han af retten også findes "utilregnelig". Psykisk syge, omfattet af § 16, stk. 1, bliver normalt idømt en psykiatrisk særforanstaltning, men det er der naturligvis ikke grundlag for, når sagen vedrører en psykisk rask diabetiker. Udover færdselssager har rådet enkelte gange også været inddraget i andre sager, herunder drabssager, hvor gerningsmanden har påstået straffrihed under henvisning til, at lovovertrædelsen var sket i en tågetilstand fremkaldt af hypoglykæmi – altså en med sindssygdом "ligestillet tilstand".

I denne sagstype stilles der hyppigt en række spørgsmål om sukkersygen, og hvordan den har været reguleret, samt om den sigtede måtte have befundet sig i en psykisk abnormtilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådets udtalelse udarbejdes i et samarbejde mellem diabetologer og psykiatere og er således et eksempel på, hvorledes rådet ved behandlingen af en sag fra starten kan inddrage sagkyndige fra flere lægelige specialer, som kan anlægge en helhedsvurdering på hele sagsforløbet.

Det skal endelig nævnes, at det af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. fremgår, at straf under særlige omstændigheder kan pålægges, såfremt en gerningsmand som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler befandt sig i en forbigående sindssygelig – eller hermed ligestillet – tilstand. Bestemmelsen omfatter især de patologiske rustilstande (se afsnit 4.5), men er undertiden også anvendt i andre sammenhænge. Straf kan eventuelt også pålægges for handlinger, foretaget inden den hypoglykæmiske tågetilstand indtræder, for eksempel for overtrædelse af færdselslovens § 54, stk. 2 (tilfælde, hvor føreren af et motordrevet køretøj på grund af sygdom, svækkelse m.v. er ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde) under forudsætning af, at der er rejst tiltale herfor.

Som anført er det færdselssager, der helt har domineret Retslægerådets virksomhed i diabetes-sager, og rådet afgiver hvert år flere udtalelser i forbindelse med trafikuheld fremkaldt af insulinbehandlede sukkersygepatienter. En række af disse sager har været omtalt i rådets årsberetninger, således 1996, 1997, 2001-2002, 2003-2005 og for en detaljeret gennemgang må henvises hertil. Nedenfor følger en kortfattet gengivelse af nogle udvalgte sager fra de sidste 10 år, der illustrerer de faktiske forløb og myndighedernes noget varierende behandling.

Sag 1. En 69-årig pensionist med sukkersyge gennem 3 år blev behandlet med langsomt virkende insulin. Han overholdt doseringen, men havde en gang tidligere været

udsat for et insulintilfælde. Nu var han kørt udover vejsiden og 10 m ind på et græsareal, hvor han igen startede motoren og forsøgte at køre fra stedet. Der blev umiddelbart efter episoden udtaget blod til alkoholundersøgelse, promillen var 0,31. Han havde ingen erindring om det passerede. Der blev ikke foretaget glukosemåling, men den undersøgende læge mente, at han var hypoglykæmisk og gav ham noget sodavand og en plade chokolade, hvorefter manden kom til sig selv. Retslægerådet lagde vægt på dette og på, at han blev indlagt til kontrol på medicinsk afdeling, hvor man konstaterede, at hans insulindosis var for stor og kunne reduceres til to tredjedele. Det fremgik videre, at han aftenen før ulykkestilfældet havde indtaget en del spiritus, men at han ikke i nogen forstand var spirituspåvirket under hændelsen. Retslægerådet fandt det sandsynligt, at uheldet var forårsaget af hypoglykæmi.

Retten frifandt med følgende bemærkninger: ”Efter de lægelige udtalelser, herunder også Retslægerådets erklæring, lægger retten til grund, at insulintilfældet er indtrådt pludseligt og uden forvarsler for tiltalte. Det lægges ligeledes til grund, at tiltalte, ud fra det oplyste om det hidtidige sygdomsforløb, ikke har haft grund til at indse, at der var fare forbundet med kørslen. Det foreliggende om spiritusindtagelse dagen før og det oplyste om søvn og indtagelse af føde giver heller ikke grundlag for at statuere, at tiltalte har udvist uagtsomhed forud for kørslen. Herefter, og da tiltalte efter Retslægerådets erklæring, som retten ikke finder anledning til at tilsidesætte, har befundet sig i en tilstand af utilregnelighed, omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. frifindes tiltalte for straf. Tiltalte frifindes ligeledes for anklagemyndighedens påstand om betinget frakendelse af førerretten”.

Sag 2. En 62-årig mand, der i en årrække havde lidt af insulinkrævende sukkersyge, var en morgen årsag til en færdselsulykke, da han i sin bil med stor fart kørte i den forkerte side af vejen. Ved ulykken omkom 2 personer, og føreren pådrog sig selv svære kvæstelser. Han var fastklemmt i bilen og blev af vidner beskrevet som vrøvlende. Han var bevidstløs ved indlæggelsen på sygehus, hvor hans blodsukker var meget lavt (0,8 mmol/l) og han fik sprøjtet en sukkeropløsning ind i blodårerne, hvorefter han vågnede op og var fuldstændigt samlet. Blodprøver udtaget godt en time efter ulykken viste en alkoholpromille $> 0,80$, men ikke over 1,20. Han havde i en årrække lidt af insulinkrævende sukkersyge, om morgenen havde han indtaget sin sædvanlige dosis morgeninsulin, men han havde undladt at spise morgenmad. Forud for kørslen havde han indtaget alkohol. Retslægerådet fandt, at der kunne være en sammenhæng mellem sukkersyge, alkoholindtagelsen og overspringelse af et måltid således, at alkoholindtagelsen kunne have medvirket til hypoglykæmien, der var så udtalt, at det må anses for godtgjort, at han befandt sig i en hypoglykæmisk tågetilstand. Han blev fundet skyldig og byretten fandt, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men med henvisning til samme bestemmelse 3. pkt. blev han idømt fængsel i 6 måneder. Landsretten stadfæstede byretsdommen, formentlig med den begrundelse, at der var en årsagssammenhæng mellem indtagelse af alkohol og den senere hypoglykæmiske tågetilstand, og at denne tilstand derfor så at sige var selvforskyldt. Efterfølgende blev sagen behandlet af Højesteret, der blandt andet frifandt tiltalte for overtrædelse af straffelovens § 241 om uagtsomt manddrab ved en delt afgørelse (4 mod 1) og således ikke fandt grundlag for at fastslå, at den sindssygelignende tilstand var en sådan følge af en alkoholindtagelse, at den var omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt. Et mindretal fandt

dog dette tilstrækkeligt godtgjort og stemte for stadfæstelse af Landsrettens dom. For promillekørsel idømte Højesteret tiltalte en bøde på 6.000 kr. efter færdselslovens § 117, stk. 3 jvf. § 53, stk. 3 og frakendte tiltalte betinget retten til at føre motordrevet køretøj i 3 år.

Sag 3. En 44-årig lastbilschauffør, der havde haft sukkersyge, siden han var 2 år, blev sigtet for to gange med et halvt års mellemrum at have overtrådt færdselsloven ved at have ført en lastbil med tilkoblet sættevogn, skønt han på grund af sukkersyge befandt sig i en sådan tilstand, at han var ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde. Ved det første tilfælde påkørte han en port og noget beplantning, hvorefter han forlod gerningsstedet uden at underrette skadelidte eller ordensmagten. Et halvt år senere påkørte han en varebil, der holdt for rødt lys, hvorefter han fortsatte kørslen med en hastighed på ikke under 80 km/timen, om end der var hastighedsbegrænsning på 40 km/timen, og i et venstresving fortsatte han ligeud over et stengærde og påkørte en ejendom. I begge tilfælde blev han bragt til et hospital, hvor der påvist lavede blodsukkerværdier. Retslægerådet udtalte, at han efter 40 år med sukkersyge havde mistet evnen til med sikkerhed at kunne føle lave blodsukkerværdier, og at han i begge tilfælde befandt sig i en tilstand med hypoglykæmisk bevidsthedsforstyrrelse, der må anses for ligestillet med sindssygdom. Han blev fundet skyldig efter anklageskriftet, men frifundet for straf, herunder frifundet for frakendelsen af førerretten med henvisning til, at han begge gange havde befundet sig i en tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Sag 4. En 23-årig mand med insulinbehandlet sukkersyge fra 17-års-alderen var kl. 16.40 skyld i et færdselsuheld, idet han med en varevogn påkørte en cyklist, der efterfølgende døde af sine kvæstelser. Sagen blev forelagt rådet som en spiritussag, men rådet fandt, at blodets alkoholkoncentration under kørslen ikke havde været over 0,5 promille, og at der i øvrigt ikke var holdepunkter for at antage, at han havde været mere end let påvirket af narkotikaindtagelse (amfetamin) under kørslen. Retslægerådet udtalte videre, at tilstanden ved anholdelsen kl. 16.50 og ved påbegyndelsen af lægeundersøgelsen 1 time senere samt en blodsukkerkoncentration på 1,7 mmol/l gjorde det meget sandsynligt, at kørslen havde fundet sted i en hypoglykæmisk tilstand. Nærmere udredning viste, at sukkersygen havde været dårligt reguleret og dårligt passeret med manglende fremmøde til kontrol trods svingende blodsukker. Hans livsførelse var uregelmæssig, og han havde gentagne gange været indbragt til skadestue efter at være fundet ukontaktbar i hjemmet eller på gaden med lavt blodsukker. Han havde desuden et vist misbrug af hash og amfetamin og fandtes lidende af en personlighedsforstyrrelse med isolationstendens, manglende selvtillid, tristhed og passivitet. Efterfølgende blev rådet spurgt, om der var behov for en psykiatrisk særforanstaltning, idet han havde ændret adfærd og havde undladt at passe sin behandling trods gentagne hypoglykæmitilfælde med bevidstløshed. Rådet anbefalede en dom til psykiatrisk behandling, hvilket også blev resultatet.

Sag 5. En 19-årig erhvervschauffør med insulinkrævende sukkersyge fra 7-års-alderen påkørte med sin lastbil over en længere vejstrækning 3 andre køretøjer, hvorved en person afgik ved døden, og en anden person blev svært kvæstet. Hans insulindosis var blevet øget 2 uger før ulykken, og på ulykkesdagen havde han ikke indtaget sit vanlige

formiddagsmåltid. Ved ankomsten til hospitalet havde han lavt blodsukker, men han vågnede op efter glukoseindsprøjtning og var klar og samlet. Det fremgik, at han tidligere i livet havde haft enkelte insulintilfælde, men at han i hvert fald ved en del af disse havde haft advarselssymptomer. Retslægerådet fik forelagt sagen med anmodning om at besvare en række spørgsmål vedrørende forsvarligheden i at bevare retten til at føre motordrevet køretøj. Rådet blev ikke anmodet om at udtale sig om den psykiske tilstand på gerningstidspunktet. Efterfølgende traf anklagemyndigheden bestemmelse om påtaleundladelse i medfør af retsplejelovens § 721, stk. 1, nr. 2, der lyder: ”Påtale i en sag kan helt eller delvist opgives i tilfælde, hvor videre forfølgning i øvrigt ikke kan ventes at føre til, at sigtede findes skyldig.” Så vidt rådet er orienteret har Sundhedsstyrelsen ikke fundet anledning til at ændre sin oprindelige indstilling, hvor det anbefales, at NN kunne erhverve kørekort til erhverv for 1 år ad gangen. Retslægerådets voterende afgav en delt udtalelse, idet 2 af 4 udfra en samlet betragtning fandt, at det var sandsynligt, at chaufføren i fremtiden ville kunne opdage og reagere på et blodsukkerfald. De 2 øvrige voterende anså, at man ikke havde nogen sikkerhed herfor, og at reaktionen var uforudsigelig.

Sag 6. En 40-årig insulinbehandlet diabetiker, der sent om aftenen efter en lang arbejdsdag, som fører af en personbil, kørte 3-4 gange rundt i den forkerte retning i en rundkørsel og i forbindelse hermed påkørte en sættevogn. Blodsukkeret ved ankomsten til sygehuset var 1,6 mmol/l. Ved ankomsten var han ikke vågen, men han vågnede op og blev klar og samlet efter indsprøjtning af glukose i årerne. Han oplyste til politiet, at han lige var startet efter en uges ferie, at han havde været på arbejde om dagen og efterfølgende indtil kl. ca. 21.30 havde hjulpet en ven. Herefter havde han drukket en light sodavand og var kørt fra stedet. Et vidne oplyste, at sigtede havde været noget fraværende og omtåget, og at han derfor havde tilbudt at køre sigtede hjem. Dette afslog sigtede. Vidnet ændrede senere forklaring og anførte, at sigtede nok var lidt omtåget, men ikke fraværende, og at han ikke havde tilbudt at køre ham hjem. Retslægerådet fandt, at han på tidspunktet for det påsigtede forhold befandt sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og at han således var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Politimesteren besluttede at undlade at påtale, fordi videre forfølgning ikke kunne forventes at føre til, at man ville kende ham skyldig og pålægge en straf.

Sag 7. En 57-årig mand forulykkede på vejen hjem fra et møde om aften. Han var kørt ud i et beplantet område, hvor bilen endte på venstre side således, at han var fastklemmt. Ved ulykken brækkede han kraveben, ribben og bækken og fik en sammenfalden lunge. Blodsukkeret var lavt ved indlæggelsen med værdier på 2,4 mmol/l. Retslægerådet blev inddraget på grund af et civilt søgsmål, idet forsikringsselskabet afviste at yde en erstatning for den beskadigede bil, som i henhold til betingelserne ikke skulle udbetales ved følger til sygdommen. Retslægerådet udtalte, at hypoglykæmi på grund af sukkersygen måtte anses som årsagen til, at han forulykkede. Byretten meddelte efterfølgende, at sagen blev frafaldet af sagsøger.

Sag 8. 67-årig mand med sukkersyge i 45 år påkørte et midterautoværn, skiftede vognbane flere gange, overskred spærrelinier og efterkom ikke politiets anvisninger om at standse på trods af både lys- og lydsignaler. Han angav, at han havde følt blodsukkeret

på vej ned, da han ramte autoværnet, men han mente, han kunne køre videre til en rastepads, som han bedømte til at ligge 4-5 km længere fremme. Under den fortsatte kørsel passerede han dog rastepadsen uden at bemærke det. Da han endeligt blev stoppet, var han forvirret med usammenhængende tale. Af sygehusjournalen fremgik, at der to år tidligere havde været et svært insulinshock med kramper og bevidstløshed og også et forudgående tilfælde af lignende art nogle dage før. Desuden fremgik, at han nogle gange havde taget dobbelt insulinosis ved en fejltagelse, og at der havde været et svært insulintilfælde under en flyrejse, hvor han efterfølgende havde været indlagt på hospital. Han var også sigtet for overtrædelse af straffelovens § 163 om urigtige oplysninger om helbredsmæssige forhold, idet han i blanket til erhvervelse af kørekort havde skrevet nej til spørgsmålet, om han havde lidt af svimmelhed, besvimelser eller krampeanfald indenfor de sidste 5 år. Som svar på spørgsmål fra politimesteren udtalte Retslægerådet, at den 67-årige havde haft adskillige episoder med insulintilfælde og insulinshock, hvor han ikke nåede at reagere med at indtage sukker. I forbindelse med ulykken var det sandsynligt, at han på grund af manglende evne til at føle advarsels-symptomer havde fået et insulintilfælde med lavt blodsukker. Efterfølgende meddelte politimesteren, at man i medfør af retsplejelovens § 721, stk. 1, nr. 2, havde besluttet at opgive tiltale for overtrædelse af såvel færdselsloven som straffeloven. Begrundelsen var, at videre forfølgning ikke kunne forventes at føre til, at den 67-årige ville blive fundet skyldig til straf. Han fik udstedt nyt kørekort med en gyldighedsperiode på 2 år.

Sag 9. En 54-årig mand med insulinkrævende sukkersyge gennem 22 år påkørte autoværn og slingrede ud og ind mellem bilerne på motorvejen nord for København. En medtrafikant fulgte føreren af bilen på afstand og alarmerede politiet. To politibiler kom til stede, og den ene kørte op på siden af køretøjet og forsøgte at bringe kørslen til standsning. Det lykkedes ikke at etablere nogen egentlig kontakt, og politibilen måtte bremse op og lægge sig bag ved det slingrende køretøj, der ud for lufthavnen fortsatte lige ud gennem en rundkørsel, hvorved vognen hoppede 2 meter op i luften og forulykkede. De legemlige skader var begrænsede. En blodsukkermåling viste en meget lav værdi på 1,3 mmol glukose/l plasma. Forud for kørslen havde den forulykkede spillet golf i knap 4 timer, herunder foretog han en måling af sit blodsukker. Hans sukkersyge var stramt reguleret med 4 daglige indsprøjtninger af insulin. Målingen viste et blodsukker på 14 mmol/liter og den blev foretaget i slutningen af golfunden. Efter spillet indtog han ½ l fadøl af almindelig styrke, hvorefter han tog en mindre dosis hurtigt virkende insulin, uden forinden at have målt sit blodsukker, da han havde brugt den sidste måle-stix. Han følte sig veltilpas, men han var dog sulten og ville køre ind på en tankstation ved motorvejen for at få lidt mad. Han overså frakørslen og kan kun erindre, at han kørte længe i første gear og mistede afstand til de forankørende. Herefter husker han ikke noget.

Retslægerådet udtalte, at der havde været tale om insulinshock under bilkørslen, at den indtagne mængde alkohol havde været begrænset og derfor ikke havde medvirket til udvikling af insulinshock, at det var sandsynligt, at den forudgående fysiske aktivitet havde bidraget til udviklingen af lavt blodsukker, og at det forhold, at han undlod at spise, da han var sulten, også havde medvirket. Efter det oplyste havde blodsukkeret været stramt reguleret, men velbehandlet og behandlingsregimet havde været kontrolleret på hospital hvert halve år. Sagen er endnu ikke afgjort ved domstolene.

Sag 10. En 40-årig erhvervschauffør med insulinkrævende sukkersyge gennem 17 år kørte, på trods af ubetinget vigepligt, lige ud i et vejkryds og torpederede en skolebus med sin lastbil. Hans sukkersyge var stramt reguleret med 4 daglige indsprøjtninger af insulin. Ved ulykken var der 14 tilskadekomne, men ingen dræbte. Chaufføren blev slynget ud af bilen og var bevidstløs, men han vågnede hurtigt op efter indsprøjtning af glukose i en blodåre. Han havde ikke målt blodsukkeret før kørslen, men han havde nogen timer forud herfor spist morgenmad og taget sin vanlige insulindosis. Han huskede ikke den sidste del af køreturen.

Han havde aldrig tidligere haft hypoglykæmitilfælde, og han angav, at han altid havde haft god følingserkendelse ved faldende blodsukker. Retslægerådet udtalte, at han befandt sig i en tilstand af hypoglykæmisk chok på kørselstidspunktet. Direkte adspurgt udtalte rådet, at en sådan tilstand er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Sagen er endnu ikke afgjort ved domstolene.

4.41 Sammenfatning

I Danmark findes der skønsmæssigt 20-25.000 patienter med insulinkrævende sukkersyge. Den hyppigste komplikation til behandlingen er, at blodsukkeret falder til for lave værdier (hypoglykæmi), der nogle gange medfører, at der udvikles en hypoglykæmisk tågetilstand. De første par år efter starten af en insulinbehandling kan næsten alle patienter registrere eventuelle blodsukkerfald, og de kan imødegå dem ved at spise. Den enkelte patient har ofte sit eget karakteristiske sæt af symptomer, men problemet er, at de kan ændres over tid. Med årene svækkes symptomerne sædvanligvis, og omkring halvdelen vil efter lang tids sygdom udvikle en episodisk eller permanent svækkelse, eventuelt et totalt bortfald af alle advarselssymptomer. Dette bortfald er alvorligt, idet sådanne patienter har stor risiko for at udvikle hypoglykæmi med tågetilstand eller bevidstløshed med heraf følgende mulighed for at forårsage svære skader, også på tredjemand.

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

I nogle af de sager, Retslægerådet har behandlet, opgav politimesteren påtale i sagen, fordi det antoges, at videre forfølgning ikke kunne forventes at føre til straf. Retslægerådet er opmærksom på, at dette formentlig også sker i en del andre sager. Hvor mange sådanne sager, der forekommer årligt, er rådet ikke bekendt med, ligesom der efter rådets opfattelse ikke foreligger pålidelige undersøgelser af, hvor hyppigt insulinbehandlede diabetikere er involveret i uheld i trafikken. De refererede sager illustre-

rer, at samfundet indrømmer insulinbehandlede sukkersygepatienter en meget stor margin med hensyn til eget ansvar for trafikulykker, der opstår som konsekvens af forkert livsførelse og mangelfuld kontrol af blodsukkeret. Rådet har tidligere understreget, at det ikke vil kommentere de juridiske afgørelser, men især pege på behovet for forebyggelse. Som det fremgår, er der tale om en meget stor gruppe af mennesker, der under særlige omstændigheder vil udgøre en væsentlig risiko for at forårsage skade på sig selv eller andre i trafikken. De to sidst omtalte sager afspejler en mulig uheldig konsekvens af nyere behandlingsform, hvor man tilstræber en meget stram regulering af blodsukkeret. Ved denne behandling giver man hyppige insulinsprøjter døgnet igennem for til stadighed at holde blodsukkerniveauet nær det normale. Håbet er, at man med denne behandling nedsætter risikoen for, at der med årene udvikles diabetiske senkomplikationer fra blodkar og nervesystem. Det er imidlertid næsten givet, at dette vil øge risikoen for, at blodsukkeret kan blive for lavt, og et sådant behandlingsregime uden obligatorisk blodsuktermåling forekommer ikke tilrådeligt hos patienter med mangeårig insulinkrævende diabetes, der har et stort eller erhvervsmæssigt behov for at færdes i trafikken.

4.5 Patologisk rus

Den patologiske – eller abnorme – alkoholrus har været et stadigt diskussionspunkt i Retslægerådets 100 års historie. Den patologiske rus blev formentlig første gang beskrevet af den tyske psykiater Krafft-Ebing i 1875. Her i landet skrev distriktslæge Nikolaj Flindt i 1886 den første danske lærebog i psykiatri, som rådets første formand, professor dr.med. Knud B. Pontoppidan, i øvrigt anmeldte mere end forbeholdent. Men det var den lærebog, der var, og Nikolaj Flindt bruger mange sider til at beskrive og klassificere en række forskellige rustilstande og deres ”forensiske” betydning. Det er derfor forventeligt, at spørgsmålet om mulige patologiske rustilstande optræder ret hyppigt i rådets første år. Alle efterfølgende danske og udenlandske lærebøger har imidlertid også omtalt disse tilstande – nogle med betydelig skepsis, andre mere positivt, og Retslægerådet præsenteres da også hvert år for sager, hvor spørgsmålet om en patologisk rus er rejst.

De patologiske rustilstande var tidligere inkluderet i begrebet ”handlet uden bevidsthed”, men har nu sin egen bestemmelse i straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., som lyder: ”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.”

En patologisk rus er altså en forbigående sindssygdomstilstand, der som udgangspunkt medfører straffrihed. De ”særlige omstændigheder”, der kan medføre, at straf alligevel pålægges, er gentagelsestilfælde – ved en person, at vedkommende kan reagere ”patologisk” ved indtagelse af alkohol (eller andre rusmidler), kan den pågældende straffes, såfremt han igen indtager alkohol og reagerer ”patologisk”. De patologiske rustilstandes retspsykiatriske og juridiske aspekter er nærmere omtalt i Gottlieb P et al: Rustilstande og (u)tilregnelighed. Juristen 2008;90:177-87.

Lad det være sagt straks – Retslægerådet har gennem alle 100 år anlagt en forsigtig – nogle vil måske sige restriktiv – praksis, hvad angår diagnosen patologisk rus.

Allerede i rådets første årsberetning (1909-1910, s.70ff.) omtales denne sagstype. En tidligere for småtyverier straffet 35-årig ”Tjenestekarl” – det havde han været fra 9-årsalderen – havde stjålet et par støvler. I forbindelse med et af de tidligere tyverier var manden blevet mentalundersøgt af ”Distriktslæge Kaarsberg”, der havde fundet, at Observanden havde befundet sig i en ”abnorm Rus”. Sagen havde været forelagt ”Det Kgl. Sundhedskollegium”, der havde udtalt, at observanden havde handlet ...”uden klar Bevidsthed”. Observanden blev igen undersøgt af Kaarsberg i anledning af den nye sag, og distriktslægen diagnosticerede igen en ”abnorm Rus”, blandt andet med den begrundelse, at observandens ...”Personlighedsforhold til Kriminaliteten er ikke den almindelige Tyvs”. Altså den personlighedsfremmede adfærd, som også i dag kan indgå som et argument for diagnosen (se også nedenfor). Men Retslægerådet kunne ”ikke fuldt ud tiltræde” erklæringen. Rådet fandt, at observanden var et noget ...”imbecilt, legemlig og aandelig forkommet Individ”, som beruset eller ikke ...”har de degenereredes Tilbøjelighed til at handle rent impulsivt paa pludseligt opdukkede

Indskydelser ...". Afgørelsen fremgår ikke. Efter beskrivelsen havde rådet også i dag afvist diagnosen, og man kan måske sige, at rådet allerede dengang anlagde et mere "moderne" syn på den patologiske rus, end Det Kgl. Sundhedskollegium havde gjort.

Årsberetningen for 1928 indeholder to sager om patologisk rus. I den første (s.135f.) forkastede Retslægerådet diagnosen, i den anden sag (s. 139ff.) anerkendte rådet diagnosen.

Den første sag drejede sig om en 34-årig mand, tidligere blandt andet straffet med ... "Fængsel paa Vand og Brød i 4x5 dage", der nu var sigtet for tyveri. Han havde forinden tyveriet drukket ... "en Flaske Brændevin samt noget mere Spiritus", og han angav ... "intetsomhelst at kunne erindre om det passerede". Han blev mentalundersøgt af kredslægen, der hverken fandt observanden åndssvag eller sindssyg, men præget af alkoholens ... "kroniske Giftvirkning", og en ikke nærmere beskrevet mavesygdom. Kredslægen nævner ikke betegnelsen patologisk rus, men konkluderede blot, at observandens angivelse af intet at kunne huske kunne være korrekt. Politimesteren opfattede åbenbart dette som et vink med en vognstang og fremsendte sagen til rådet med spørgsmålet om en patologisk rus. Det afviste Retslægerådet, hvilket rådet også ville have gjort i dag.

Den anden sag er mindre oplagt. En 25-årig tidligere ustraffet mand var sigtet for tyveri. Han oplyste selv, at han havde været "stærkt beruset", da han foretog tyveriet, som han intet huskede om. Han blev mentalundersøgt af amtslægen, der fandt observanden jævnt begavet og uden psykotiske symptomer. Personlighedsmæssigt var han lidt barnlig med ... "et hypokondert Anstrøg", idet han helt uden grund var bange for at lide af tuberkulose. Amtslægen nævner, at observanden havde haft nogle anfald, der kunne minde om epilepsi, men tog i øvrigt ikke stilling til epilepsidiagnosen. Observanden benægtede ethvert alkoholmisbrug.

Observanden var om eftermiddagen før nattens tyveri begyndt at drikke, han havde intet spist, og amtslægen formodede, at observanden var ... "fortsat med at tulle Øl, Snapse og Bittere til kl. ca. 2 om Natten". Hvor meget observanden reelt havde drukket kunne imidlertid ikke klarlægges. Det sidste, observanden selv lidt tåget kunne huske, var, at han havde forladt en beværtning, det næste at han uvist af hvilken grund befandt sig i toget til Aalborg. Kl. 5 om morgenen havde han i Randers købt billet til Aalborg, og han var blevet billetteret i toget. Hverken billetsælgeren eller togbetjenten havde fundet observanden beruset eller på anden måde påfaldende. Observanden havde ingen relationer til Aalborg, og da han ankom, henvendte han sig til en præst og angav, at han havde foretaget sig noget ulovligt, men han vidste ikke, hvad det var. Han havde dog en vag, fragmentarisk erindring om at have stået med ... "den kriminelle Pengekasse i Hånden".

Amtslægen fandt, at den karakteristiske amnesi i kombination med observandens mulige "epileptiske Anlæg", den manglende fødeindtagelse og ikke mindst hans upåfaldende adfærd på jernbanestationen og i toget "i høj Grad" sandsynliggjorde diagnosen patologisk rus. Retslægerådet tiltrådte blot erklæringen. Tiltale blev frafaldet.

Den personlighedsfremmede adfærd kunne have været nævnt blandt præmisserne for en patologisk rus, men diagnosen står og falder i høj grad med, om man vil tro på observandens egne oplysninger om amnesi.

Amtslægen fandt observanden troværdig, og lægges dette til grund – men det er dybest set rettens, ikke lægens afgørelse (se senere) – sammen med observandens upåfaldende adfærd i toget, ville Retslægerådet formentlig også i dag have konkluderet, at en eller anden form for patologisk rustilstand var sandsynlig.

I 1935 (s.121ff.) anerkendte Retslægerådet ligeledes en patologisk rus. En 24-årig ugift ”Kusk” ved dagrenovationen havde foretaget ildspåsættelse med nogle aviser og noget brænde i et ”Vaskehus” i baggården til nogle beboelsesejendomme. Han havde et par år tidligere pådraget sig et hovedtraume med utvivlsom hjernerystelse. Han drak måske lidt rigeligt. Han havde ikke sovet 36 timer før ildspåsættelsen, idet han havde været ”til Bal” hele natten, hvor han mente at have drukket ca. 10 genstande. Han gik direkte på arbejde, som han passede upåklageligt. Om eftermiddagen gik han på café, fik lidt at drikke, og så huskede han ikke, hvad han havde foretaget sig. Han var gået ind i gården, hvor flere havde set ham gå ind i vaskehuset. Så hentede han noget papir i skraldespandene, gik igen ind i vaskehuset og kom ud efter 10-15 minutter. Herefter gik han op af ejendommens køkkentrappe og bankede på døren til et par lejligheder, hvor han sagde, at kedlen i vaskehuset var gået i stykker. Så gik han igen ned i gården. Han blev efterfølgende undersøgt på Retsmedicinsk Institut, hvor han ikke fandtes klinisk alkoholpåvirket, men ved undersøgelse a.m. Widmark fandtes 1.49 ‰ alkohol i blodet, 1,97 ‰ i urinen. Der fandtes heller ingen ”Sædlegemer” – det var jo brandstiftelse, og så undersøgte man rutinemæssigt for seksuelle motiver.

Manden blev ...”fremstillet til Undersøgelse hos prof. Wimmer” (der deltog i sagens behandling i Retslægerådet), men resultatet af denne undersøgelse er ikke anført.

Retslægerådet udtalte ...”Det kan efter det oplyste med ikke ringe Grad af Sandsynlighed antages, at X. under sit Brandstiftelsesforsøg har handlet i en forbigaaende sindssyg Tilstand, en alkoholisk Taagetilstand (patologisk Rus), fremkaldt ved Spiritusnydelse, Søvnmangel, ringe Fødeoptagelse og muligvis en vis, fra Hovedlæsionen i 1933 hidrørende øget Modtagelighed for og ændret Reaktion på Alkohol.”

Her omtales flere af de klassiske elementer for en patologisk rus – hovedtraumerne, søvnmangel, personlighedsfremmed adfærd og amnesi.

Retslægerådet havde formentlig også i dag vurderet sagen, der endte med tiltalefråfald, på samme måde.

Den følgende sag er klassisk – og sjælden. En 21-årig ung mand var sigtet for tyveri (årsberetningen 1947, s.52ff). Han var opvokset under velordnede og harmoniske forhold, havde studentereksamen og arbejdede som journalist. Han var ugift og boede stadig hjemme. En aften havde han med en kammerat drukket (dansk) vermouth og portvin samt en øl eller to. Han kunne huske hele hændelsesforløbet, indtil han forlod

vennen og gik ud i en kold aften. Herefter havde han kun nogle vage erindringslaker om, hvad der skete, indtil han blev anholdt. Han var gået mod sit hjem, men var så brudt ind i et hus, hvor han tog et sølvcigaretetui og et kongemærke samt skrev ”rend mig i røven” på et postkort, der lå i huset. Han var også oppe på første sal, hvor husets søn, en 12-årig dreng, vågnede og tilkaldte forældrene, der var på besøg i en nærliggende villa. Den unge mand blev anholdt uden for huset og taget med til politistationen. Klinisk fandtes han ”lettere påvirket” med en blodalkoholkoncentration på 1,66 ‰ (2.33 ‰ i urinen).

Observanden blev indlagt til mentalundersøgelse på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, hvor han fandtes psykisk rask og upåfaldende. Han misbrugte ikke alkohol, men han kunne feste med sine venner.

Professor Hjalmar Helweg, der skrev erklæringen, konkluderede, at observanden formentlig havde befundet sig i en patologisk rustilstand på trods af, at alkoholindtagelsen var ”ret betydelig”. Helweg tilføjede, at afgørelsen om en patologisk rustilstand måtte ...”væsentlig bero på, om man vil anse hans fremstilling for troværdig” (jf. tidligere). En sådan bemærkning vil dagens retspsykiatere og Retslægerådet også medtage for at markere, at bevisvurderinger er rettens – ikke lægernes – opgave. Retslægerådet tilsluttede sig Helwegs konklusion med den tilføjelse, at den påsigtede handling også var i strid med observandens ”handlingsvaner”.

Observanden fik meddelt tiltalefrafald.

Retslægerådet ville også i dag have karakteriseret tilstanden som psykotisk, men formentlig nærmere som en ”alkoholbetinget akut og forbigående sindssygelig rustilstand” frem for en klassisk patologisk rus, jf. årsberetningen 2007, s.53ff.

I 1949 gerådede Retslægerådet i et voldsomt verbalt skænderi med professor Erik Strömngren i Risskov om de patologiske rustilstande (årsberetningen 1949, s.38ff.). En ca. 45-årig ugift landarbejder var sigtet for og havde tilstået i alt 24 forhold af dels ildspåsættelse, hvor han havde sat ild til halmstakke, skovbunden, kiosker mv., dels krænkelse af gravfreden ved at vælte gravsten på kirkegårde. Kriminaliteten havde fundet sted i afgrænsede perioder - november 1944, februar 1945, sommeren 1947 og sommeren 1948. Han havde foretaget op til seks kriminelle handlinger på en enkelt nat.

Manden blev først mentalundersøgt af kredslægen, der stillede diagnosen patologisk rus. Det var Retslægerådet skeptisk over for og anbefalede indlæggelse til fornyet mentalundersøgelse. Det blev på Risskov, og Strömngren udarbejdede en omfattende erklæring, som ligeledes mundede ud i diagnosen patologisk rustilstand.

Observanden var født under fattige forhold på landet, hvor hjemmet blev domineret af en brutal og noget drikfældig fader, der tidligere var blevet behandlet med ”malarialkur” for dementia paralytica (syfilitisk sindssygdom). Efter en uregelmæssig skolegang blev observanden landarbejder. I en arbejdsløshedperiode havde han ophold på År-

hus fattiggård og 1941-43 arbejdede han i Tyskland. Han beskrives helt overvejende som dygtig til sit arbejde, flittig og selvstændig. Han var noget indelukket og knyttede sig ikke til andre mennesker. Han havde haft forskellige pigebekendtskaber og kom omkring 1947 mere fast sammen med en husassistent, men relationen var i hvert fald fra observandens side mest af seksuel karakter. Strömrgren gør ret meget ud af observandens seksualliv, idet han (observanden) tilsyneladende ikke havde sat ild på eller skændet gravsteder, når han havde et seksuelt forhold. Strömrgren endte dog med at forkaste denne sammenhæng.

Observanden havde fra ungdommen drukket sig beruset med et par ugers mellemrum, men efter opholdet i Tyskland – hvor alle drak rigeligt hver dag – tiltog hans alkoholforbrug, således at han drak sig beruset flere gange om ugen. Han drak alene på omegnens udskænkingssteder, og på vej hjem på cykel foretog han de kriminelle handlinger. Han angav mere eller mindre amnesi for sin adfærd. Spørgsmålet om amnesi blev et stridspunkt mellem Retslægerådet og Strömrgren, idet Strömrgren mente, at årsagen til, at observanden kunne huske ret mange detaljer, var, at han under afhøringer så mange gange var blevet fortalt, hvad der var foregået, mens Retslægerådet fandt, at politirapporterne viste, at observanden faktisk kunne huske ganske meget om de påsigtede forhold.

Strömrgren gør meget ud af at dokumentere, at kriminaliteten var fuldstændig personlighedsfremmed. Endelig nævner han, at observanden kunne cykle hjem – han var altså ikke så beruset, at han havde motoriske forstyrrelser – og at han måtte antages at have en hjerneskade. Det kunne være en ”alkoholisk encephalopathi”, men da observanden i december 1947 til januar 1948 havde været indlagt med diagnosen ”meningitis lymfocytaria primaria” – og i 1937 havde ligget otte dage i sengen med hovedpine og ledsmerter – mente Strömrgren, at observanden eventuelt kunne have en recidiverende, kronisk meningit. En sådan hjerneskade ville disponere til patologiske rustilstande.

Observanden fandtes under indlæggelsen normalt begavet, helt uden psykotiske symptomer, venlig og imødekommende, men nok noget overfladisk og uengageret samt følelsesmæssigt forbavsende uberørt af sin situation. Han virkede ikke dement.

Strömrgren konkluderede herefter: ”Selv om tilfældet muligvis ikke falder ind under begrebet ”patologisk rus” i dettes (af nogle psykiatere anvendte) allersnævreste forstand, mener man dog at burde betegne observandens alkoholreaktion i de senere år som abnorm i en grad, der ikke principielt kan adskilles fra patologisk rus”.

Men Retslægerådet var ikke enig og anførte i en korrespondance med Strömrgren blandt andet at ... ”Uagtet Raadet ikke vil bestride, at der foruden den egentlige, svære patologiske rus findes mindre stærkt udtalte afvigelser fra det sædvanlige rusbillede, må Raadet dog finde, at det i retspsykiatrien er nødvendigt at afgrænse begrebet ret snævert og må nære stor betænkelighed ved at opfatte de heromhandlende tilfælde som patologisk rus”. Herefter argumenterede rådet for sit synspunkt i den konkrete sag.

Så fór Strömrgren i blækhuset og indleder en lang skrivelse med følgende svada: "Når Raadet anerkender, at der foruden den egentlige svære patologiske rus findes mindre udtalte afvigelser fra det sædvanlige rusbillede, men derefter udtaler, at "at det for retspsykiatrien er nødvendigt at afgrænse begrebet ret snævert", må jeg beklage, at jeg står ganske fremmed over for denne tankegang, idet det er mig umuligt at forstå berettigelsen af at ændre et sygdomsbegreb, fordi det skal anvendes i retspsykiatrien. Det skal indrømmes, at differentialdiagnosen mellem fysiologisk og patologisk rus er en af de vanskeligste diagnostiske opgaver i psykiatrien; men det må for retspsykiateren desuagtet være det ufravigelige mål i det konkrete tilfælde at søge at afgøre, om dette falder i den ene eller den anden gruppe, og det forekommer mig lægeligt og videnskabeligt uholdbart at søge at gøre sig opgaven lettere ved at forskyde grænsen mellem de to grupper til et sted, hvor den er lettere at reproducere. Opgavens vanskelighed vil derfor blandt andet give sig udslag i, at man i mange tilfælde må ytre sig med et vist forbehold og med en vis nærmere angiven sandsynlighed; men den diagnose, man angiver, må nødvendigvis være den, man anser for sandsynligst. At finde en anden skillelinie end den lægeligt sandsynligvis rigtige kan aldrig blive en lægelig opgave; hvis juristerne ønsker at etablere en anden grænse, må det blive deres sag, uden at det derfor på forhånd kan siges at være indlysende, om forskydningen bør ske i retning af en indsnævring eller af en udvidelse af begrebet patologisk rus".

Strömrgren gentog og uddybede så sine argumenter i den konkrete sag, og fremhævede som det mest tungtvejende, at observanden frem til 1944 talrige gange havde været beruset uden at have ... "vist destruktive eller pyromane tendenser" (hvilket selvsagt ikke er noget argument).

Men Retslægerådet fastholdt og fandt det ikke ... "godtgjort, at det drejer sig om udtalte tilfælde af pathologisk rus". Rådet anbefalede anbringelse i "psykopathforvaring", hvilket også blev resultatet, blandt andet med den begrundelse, at ... "den formodede, men ikke sikkert påviste hjernelidelse, der kunne tænkes at betinge hans noget ændrede reaktion på alkohol, ikke er tilgængelig for nogen specifik lægelig behandling".

Erik Strömrgren har ret i sine principielle overvejelser om retspsykiaterens opgave – at stille den mest korrekte diagnose – ligesom det er korrekt, at der ikke findes en særlig retspsykiatrisk diagnostik. Retslægerådet udtrykte sig måske lidt uheldigt ved at anføre, at den patologiske rus "i retspsykiatrien" måtte afgrænses snævert. Men på den anden side synes Strömrgren langt ude på glidebanen, når han med undertiden temmelig søgte argumenter ville diagnosticere 24 tilfælde af brandstiftelse og krænkelse af gravfreden, begået af en alkoholmisbruger over et tidsrum af flere år, som patologisk rustilstande – så skulle megen kriminalitet begået af alkoholister eller berusede rubriceres som foretaget i en abnorm rus. Den abnorme rus er – og har helt fra Krafft-Ebings tid været – en enkeltstående tidsbegrænset psykotisk reaktion på en måske kun begrænset alkoholindtagelse, ikke gentagne handlinger, hvor uforståelige de end måtte være, foretaget af berusede mennesker. Det er faktisk lidt uforståeligt, at Erik Strömrgren, klassisk skolet og højt begavet som han var, gik så galt i byen i denne sag.

Det er interessant, at rådet nævner, at der findes andre ”abnorme” rustilstande end den klassisk patologiske rus, hvilket peger frem mod – eller nærmere er i overensstemmelse med – Retslægerådets nugældende opfattelse (se senere).

En sag fra 1956 (s.33ff.) er (tilsyneladende) kompliceret, og man kan få indtryk af, at Retslægerådet forsøgte både at blæse og have mel i munden.

En 28-årig fenrik var i 1952 og igen i 1955 idømt henholdsvis 8 og 20 dages vagtarrest for begge gange at have optrådt beruset på kasernen og i uniform. Senere i 1955 havde han igen været (lettere?) beruset og lavet hærværk i messen. Han oplyste, at han ikke tålte alkohol særlig godt, han følte sig hurtigt beruset. Han huskede angiveligt intet om episoden. Den militære overlæge skrev en kort, rosende udtalelse om fenrikken og konkluderede, at der havde været tale om en patologisk rus. Dette tiltrådte Retslægerådet uden forbehold, blandt andet også med den begrundelse, at observanden som barn havde pådraget sig en hjernerystelse, og at tidligere hovedtraumer disponerede til ”nedsat alkoholtolerance” (men det er noget andet en en patologisk rus).

Året efter var den gal igen. Observanden havde været på ”Bakken” med en bekendt og havde angiveligt drukket otte til 13 øl. På vej hjem lagde han sig til at sove i ventesalen på en jernbanestation, og da personalet vækkede ham og anmodede ham om at forlade området, blev han ”grov i munden” og trængte igen ind på stationens område. Politiet blev tilkaldt, og efter et ophold på politistationen blev han anbragt i ”arresten i kastellet”, hvor han virkede upåvirket. Han angav total amnesi for forløbet, fra han lagde sig til at sove på jernbanestationen til han ankom til politistationen. Denne gang blev han mentalundersøgt af en embedslæge, der meget nøje beskrev, at observanden ikke frembød symptomer på afhængighed af alkohol, at han ikke tålte ret store mængder alkohol, men ”dårlig vane og slendrian” samt måske et dårligt ægteskab havde medført, at han i perioder havde tendens til at ”gå ud” med (militære) bekendte. Observanden frembød ingen tegn på psykisk lidelse, og kredslægen fandt blandt andet med henvisning til Retslægerådets tidligere udtalelse, at observanden på gerningstiden havde befundet sig i en patologisk rus.

Det mente Retslægerådet nu ikke – ”det passerede” kunne ”forklares” ved almindelig beruselse. Men rådet havde jo tidligere diagnosticeret en patologisk rustilstand, og med nogle vage og spekulative argumenter fandt Retslægerådet så, at observanden, da han blev vækket, nok havde befundet sig i en ”alkoholisk søvndrukkenhedstilstand” (citationstegnene er sat af rådet), hvorfor rådet var ... ”mest tilbøjeligt til at antage”, at observanden alligevel havde befundet sig i en abnorm rus og således havde handlet ”uden bevidsthed” (som det dengang hed i straffelovens § 17).

Fenrikken blev afskediget og sagen frafaldet.

Problemet er formentlig, at Retslægerådet første gang sagde patologisk rus på et ufuldstændigt grundlag – i dag ville rådet have anmodet om en mentalerklæring – og så havde svært ved at se bort fra dette, da den næste sag dukkede op. ”Søvndrukkenhedstilstande” (somnambulisme) kendes i retspsykiatrien som sindssygelige (eller ligestil-

lede) tilstande, men en ”alkoholisk søvndrukkenhedstilstand” virker meget hjemme-strikket – den optræder end ikke hos Nikolaj Flindt.

Som beskrevet lader diagnosen patologisk rus sig let afvise i nogle sager. Det gælder også en sag fra 1959 (s.49ff.), hvor en forsvarer rejste spørgsmålet. En 26-årig arbejdsmand var idømt tre måneders fængsel for vold mod en overbetjent. Observanden havde anket til landsretten med påstand om frifindelse med den begrundelse, at han havde indtaget largactiltabletter, samt at han havde handlet ”uden bevidsthed” på grund af alkoholindtagelse. Han havde tidligere været indlagt på psykiatriske hospita-ler på grund af alkoholmisbrug, og han havde været svært beruset, da han sparkede overbetjenten.

Retslægerådet besvarede en række spørgsmål om det nye lægemiddel largactil (klor-promazin) og udtalte kort vedrørende observandens påstand om en abnorm rustil-stand, at der ikke var holdepunkter for, at observanden ...”på tidspunktet for den pådømte handling skulle have befundet sig i en sådan sygelig rustilstand, at han har handlet uden bevidsthed. Derimod lader såvel hans hele adfærd som også den påstå-ede glemsel for enkeltstående episoder i handlingsforløbet sig tvangfrit forklare ud fra en tilstand, der kan sidestilles med almindelig spirituspåvirkning”.

Kort og godt – der var absolut intet grundlag for antagelsen af en patologisk rus i de lægelige akter.

Som nævnt udgav Retslægerådet ikke egentlige årsberetninger i perioden 1969 til 1987. Den nye serie fra 1988 indeholder flere sager om patologiske rustilstande. Her skal især nævnes en mere teoretisk artikel i årsberetningen 1995 (s.81ff), hvor rådet afgrænsede den ”klassiske” patologiske rus fra de mere atypiske, men stadig abnorme (sindssygelige) rustilstande (jf, afsnit 4.5) samt tre sager (årsberetningen 2007, s.53ff.), hvor de mentalundersøgende overlæger havde stillet diagnosen patologisk rus, men hvor Retslægerådet – helt i overensstemmelse med praksis de sidste 100 år – afviste diagnosen i de to. Den ene drejede sig om en 38-årig mand med tendens til depres-sion, hvorfor han et par gange kortvarigt havde været indlagt på psykiatriske afdelin-ger blandt andet i forbindelse med et selvmordsforsøg. Han havde måske tendens til et overforbrug af alkohol. I svært beruset tilstand slog, sparkede og truede han sin sam-lever. Han blev umiddelbart efter voldsepisoden indlagt på en psykiatrisk afdeling. Han havde amnesi for voldudøvelsen, som han stillede sig helt uforstående overfor, idet han habituelt bestemt ikke var hverken aggressiv eller voldelig. På basis af den personlighedsfremmede adfærd og amnesien stillede overlægen diagnosen patologisk rus, men Retslægerådet fandt, at der havde været tale om en ”almindelig” svær beru-selse med et alkoholisk ”black-out”. Observanden fandtes omfattet af straffelovens § 69 på grund af en udtalt personlighedsforstyrrelse med tendens til depression. Rådet anbefalede af den grund en dom til ambulans psykiatrisk behandling mv., men retten idømte en behandlingsdom.

Den anden sag er lang og kompliceret, men omhandler en mand, som rådet vurde-rede til at være kronisk psykotisk. Han havde i beruset tilstand fremsat trusler. Ved

mentalundersøgelsen var han i behandling med en stor dosis antipsykotisk virkende medicin (Zyprexa 40 mg daglig) og fandtes her ikke sikkert psykotisk. Overlægen fandt, at observanden var i udtalt grad personlighedsforstyrret og måske i perioder psykotisk på grund af misbrug. Havde han været psykotisk på gerningstidspunktet, mente overlægen at måtte henføre denne tilstand til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., og overlægen fandt yderligere, at der forelå sådanne særlige omstændigheder, at straf kunne anvendes. Retslægerådet fandt som anført observanden kronisk psykotisk, det vil sige omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., og anbefalede en psykiatrisk særforanstaltning, hvilket også blev resultatet.

Den sidste sag omhandler en 32-årig gift, psykisk rask og socialt velfungerende mand. Han var nu sigtet for drabsforsøg. Han havde været ude med nogle venner, hvor han havde drukket ca. 10 genstande. På hjemvejen gik han ind på en bar, hvor han pludselig følte sig truet – situationen mindede ham om et overfald, han år tilbage havde oplevet i udlandet. Han anmodede servitricen om at ringe ”112”, hvad hun slet ikke kunne se nogen grund til. Observanden tog en kniv i baren og løb så ud af lokalet samtidig med, at han stak en helt tilfældig person med kniven, idet observanden opfattede forurettede som en forfølger. Observanden kunne huske, at han blev bange, men havde i øvrigt kun fragmentarisk erindring om begivenhederne. Retslægerådet fandt, at han havde været sindssyg på gerningstidspunktet, hvorfor han var omfattet af § 16, stk. 1, 1. pkt., og at det havde drejet sig om en akut, forbigående sindssygdom udløst af alkoholindtagelse, jf. § 16, stk. 1, 3. pkt. Rådet anbefalede en dom til ambulante behandling mv., hvilket også blev resultatet.

Konklusion: Retslægerådet har i 100 år anerkendt eksistensen af såvel den ”klassiske” patologiske rus som af andre akutte, forbigående sindssygdomme udløst af alkohol. I alle 100 år har de diagnostiske kriterier uændret været de samme med en restriktiv praksis. Det er egentlig ganske forbausende.

4.6 Sagen om Mozart Lindberg

Retslægerrådet anonymiserer i dag de sager, der omtales i årsberetningerne, og af diskretionshensyn udelades eventuelt sager, der – for eksempel på grund af forbrydelsens karakter – vil være genkendelige. Også tidligere blev sagerne til en vis grad anonymiserede, men en sag fra årsberetningen 1940 (s.59ff) er umiddelbar genkendelig – det drejer sig om storforbryderen Mozart Lindberg, der i 1938 havde lokket ”Y”, som var sognepræsten i Gram, men det fremgår ikke af årsberetningen, bort fra hjemmet og herefter bundet ham og anbragt ham i en kasse på en lastbil, formentlig for at presse penge af ham. Den sag, og dermed Mozart Lindberg, er en klassiker i dansk kriminalhistorie og er derfor medtaget.

Sagen præsenteres således i årsberetningen: ”X. født 1881, er tidl. Straffet således: 1897 Tyveri, 20 Rottingslag. 1898 Bedrageri, 20 Rottingslag. 1901 2 Indbrudstyverier og nogle Cykeltyverier, 3 Aars Forbedringshus. 1903 Forsøg paa Mord og Røveri, 10 års Tugthus. 1920 Tyveri (Canada). Udvisning og Fængsel. 1921 Forsøg paa Røveri, Vold m.m., 16 Aars Tugthus.”

Ca. en måned efter at være løsladt fra de 16 års tugthus kidnappede Mozart Lindberg så ”Y”, men blev anholdt få timer efter.

Han blev (igen) mentalundersøgt, denne gang af kredslægen i Haderslev. Observanden var ud af en ganske velhavende familie. Han havde altid været fysisk rask, og han havde intet misbrug. Han klarede sig almindeligt i skolen, hvor han dog var ...”stædig og ofte viste Lyst til at optræde og vække Sensation”. Videre hedder det ...”Ude i Livet har han aldrig kunnet klare sig. Familien har altid maattet støtte, og den har gjort det med endog betydelige Summer.”

Observanden startede som nævnt tidlig en kriminel karriere, som var karakteriseret ved en omfattende, men helt urealistisk og vidtløftig planlægning, og han blev hurtigt pågrebet. Han var ved tidligere undersøgelser blevet beskrevet som selvovervurderende med ...”en stærk Tro paa egne Evner og Muligheder”. Han var hertil ”Egensindig” og ”urokkelig stædig”, en enspænder som aldrig knyttede sig til andre mennesker, som han så ned på. I en tidligere erklæring blev han beskrevet således ...”for indbildsk og fin til at udføre groft Arbejde, og for dum og ukyndig til at klare intellektuelt Arbejde”. Under sine første afsoninger havde han undertiden forsøgt at simulere sindssyg, men der havde aldrig været mistanke om, at han skulle være psykotisk.

Den nu påsigtede kriminalitet var – med kredslægens ord – ”sat i Scene paa en fuldstændig operette-agtig Maade”. Politiet havde overvåget ham, siden han var løsladt efter de 16 år, da man var overbevist om, at han hurtigt ville recidivere, og det vidste han. Men han forsøgte på ingen måde at skjule sine spor. Ved hjælp af hjemmelavede dokumenter, der blandt andet viste, at han var ”Politichef indenfor et internationalt Politi”, havde han engageret nogle ikke alt for kløgtige unge mænd som hjælpere. Han havde også anskaffet en lastbil og sat en aflåselig trækasse med bord og stol på ladet. Observanden lokkede så præsten ind i en anden bil, bandt ham og placerede ham i

trækassen. Han blev såmænd anholdt få timer senere i præstegården, hvor han ”forhandlede” med præstens hustru.

Observanden forklarede, at formålet med hele affæren havde været at gøre opmærksom på, at han var blevet uskyldigt dømt for de mange tidligere forbrydelser, hvilket han med rivende tungfærdighed og uden hensyn til objektive kendsgerninger forsøgte at overbevise kredslægen om. Observanden havde dog planer på sig, der viste, at han også havde planlagt at bortføre biskoppen i Ribe og en bankdirektør i Esbjerg med henblik på at få udbetalt 185.000 kr. i løsepenge. Observanden kaldte sin anholdelse ”et Uheld”, og han understregede over for kredslægen, at han ville fortsætte med at agere på en sådan måde, at der blev skabt opmærksomhed om hans person og de mange justitsmord, han havde været ude for. Kredslægen noterede også, at observanden hurtigt kunne skifte forklaring, således at han til stadighed beskrev sig selv i det bedst mulige lys. Observandens fremstilling savnede således ...”en fuld og fast Overbevisning”, som præger ”den forryktes Opbygning”, hvilket er en ganske korrekt vurdering og præcis beskrivelse.

Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion og fandt, at observanden var ...”en udpræget Psykopat af den fantastiske, mytomane og amoralske Type”. Rådet fandt også, at ...”det med næsten fuldstændig Sikkerhed kan ventes”, at observanden på fri fod ville begå ny kriminalitet, eventuelt ”de allerfarligste”. Rådet anbefalede derfor ”sikkerhedsforvaring”. Observanden blev dømt til anbringelse (”sikkerhedsforvaring”) i psykopatforvaringsanstalt, det vil sige Anstalten ved Herstedvester.

Et par år efter ansøgte Lindberg om ophævelse af ”sikkerhedsforanstaltningen”, hvorfor sagen igen blev forelagt Retslægerådet, nu med en erklæring fra anstaltens overlæge. Erklæringen indeholder for så vidt intet nyt – Mozart Lindberg hævdede fortsat ...”at han uskyldigt har afsonet i det mindste 32 Aars Tugthus- og Fængselsstraf”. Han frembød fortsat intet psykotisk, men ...”Han spiller som tidligere hele Tiden en mere eller mindre vellykket Komædie som Hovedperson i et af ham selv fantaseret Drama, uden at man kan faa Øje paa nogen som helst virkelig Følelse eller ægte Menneskelighed hos ham.” Behandling var ikke mulig og sikkerhedshensyn var det afgørende. Retslægerådet udtalte blandt andet ...” at den paagældendes Farlighed er saa stor, at Løsladelse paa det mest indtrængende maa fraraades.” Så kan det vist ikke siges stærkere. Retslægerådet havde formentlig ment det samme i dag.

Mozart Lindbergs ansøgning om ændring af foranstaltning blev – ligesom en ansøgning om udgange og om at få sagen indbragt for den særlige klageret – afslået.

Mozart Lindberg var utvivlsomt en udtalt karakterafviger, som beskrevet i samtiden, men hans person og hans liv var alligevel så aparte, at man kan få den tanke, at han (også) fejlede noget andet. Men det gjorde han nok ikke.

5.0 Seminarer og internatmøder

Med henblik på en bredere og mere alsidig belysning af Retslægerådets funktion og præmisser for rådets udtalelser, har rådet i årenes løb afholdt en række konferencer. Deltagere i konferencerne har omfattet Retslægerådets medlemmer og sagkyndige, repræsentanter for domstolene, advokatstanden, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Den Almindelige Danske Lægeforening. Som eksempel på konferencerne skal nævnes konferencen om lægeansvar omtalt i Retslægerådets årsberetning 1997.

5.1 Konferencen om lægeansvar og lægefejl

Konferencen blev afholdt den 16.11.1998. Deltagerne i konferencen var Retslægerådets medlemmer, repræsentanter fra dommerstanden, anklagemyndigheden, advokatstanden, den Almindelige Danske Lægeforening, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Konferencen startede med flere indlæg som baggrund for den efterfølgende diskussion.

Repræsentanten for dommerstanden understregede indledningsvist, at Retslægerådet betragtes som den højeste lægelige autoritet og det mest sagkyndige organ, vi har her i landet vedrørende alle lægelige og medicinske spørgsmål. Retslægerådet bør derfor ikke involveres i nogen sag før alle oplysninger er samlede og kan forelægges i en form, som hverken efterlader tvivl eller huller. Har man først fået et svar fra Retslægerådet, så er det sin sag at vende tilbage. Spørgsmålene til Retslægerådet skal derfor være relevante og rigtigt formulerede, ellers får retten måske ikke de rigtige svar.

I forhold til lægestanden har rådet til opgave at være norm og opinionsdanner med hensyn til fastlæggelse af undergrænsen for acceptabel faglig standard ved at afgøre, hvornår der er begået lægefejl. Retslægerådet skal begrunde og forklare sine afgørelser og gøre dem forståelige for lægestanden. På lidt længere sigt må det også være Retslægerådets opgave at ændre lægers nuværende meget negative holdning til en ansvarsnorm.

I forhold til den juridiske verden skal Retslægerådet fremtræde med den autoritet, som de voterende lægers kompetence gør velbegrundet, men tillige med den uvildighed og neutralitet i forhold til sagens parter, som en lægelig højesteret bør være forlenet med. Kun derved kan Retslægerådet bevare og stedse skabe den tillid i omverdenen, som er nødvendig, ikke mindst fordi mange af aftagerne af rådets udtalelser og erklæringer er ude af stand til at efterprøve erklæringernes faglige lodighed. Retslægerådet må frem for alt ikke få ry for – være sig med rette eller urette – at varetage lægestandens interesser ved at være lægernes forsvarer. De seminarer, som Retslægerådet har inviteret til, med deltagelse af blandt andet jurister, er eksempler på tillidsskabende foranstaltninger. Retslægerådet har herved vist mod til åbenhed, og vilje til at lytte til de råd og den kritik som måtte fremkomme.

Ikke sjældent modtager Retslægerådet i lægeansvarssager spørgetemaer, som rummer et stort antal spørgsmål, der til dels kan forekomme overflødige. Tilsvarende savnes undertiden spørgsmål, som forekommer at være meget relevante for den pågældende sag. Det kan være nærliggende at spørge, hvorfor retten godkender de dårlige og misforståede spørgsmål. Det er imidlertid ikke kompetence retten savner, men lægelig sagkundskab. Først når retten ser Retslægerådets svar, kan det gå op for dommeren, at spørgsmålene kunne være formulerede anderledes. Selv om retten gerne ville bidrage til at gøre spørgsmålene bedre, er det måske ikke muligt. Den part, hvis spørgsmål retten vil søge at korrigere, ville givetvis protestere og indbringe en eventuel kendelse for en højere instans. En løsning kunne måske være, at de advokater, som formulerer spørgsmålene allierer sig med en læge som rådgiver. Dette kunne være et initiativ fra Retslægerådets side.

Anklagemyndighedens repræsentant understregede, at anklagemyndigheden i sager vedrørende fejl begået af medicinalpersoner har brug for at vide, om den pågældende har udvist grovere eller gentagne forsømmelser eller skødesløshed. Til bedømmelse heraf må anklagemyndigheden vide, hvad der er god lægelig skik, idet dette danner baggrunden for bedømmelsen af afvigelsen fra god lægeskik. Disse sager kan ikke afgøres uden Retslægerådets bistand, da anklagemyndigheden ikke har den fornødne ekspertise til at vurdere spørgsmålene. Det er anklagemyndighedens erfaring, at de sagkyndige, parterne selv vælger, ofte vil være tilbøjelige til at identificere sig med parten. Sådanne udtalelser vil derfor normalt ikke være anvendelige.

I straffesager er det anklagemyndigheden der, efter drøftelse med forsvareren, formulerer spørgsmål til Retslægerådet. Anklagemyndighedens repræsentant kunne ønske, at Retslægerådet i udtalelserne graduerede beskrivelserne af eventuelt begåede fejl, og understregede værdien af spørgsmålet “Giver sagen i øvrigt rådet anledning til bemærkninger”. Ved anvendelsen af dette spørgsmål kan der i et vist omfang rådes bod på, at spørgsmålene ikke har været helt fyldestgørende.

Det sker i nogle sager, at der bliver indhentet en “second opinion”. Anklagemyndighedens repræsentant var modstander heraf, idet en sådan “second opinion” ofte vil være ensidigt indhentet, og derfor ikke kan bruges i sagen.

Sundhedsstyrelsens repræsentant redegjorde for Sundhedsstyrelsens rolle i relation til lægeansvar. Han henviste til lov om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse § 2 og § 4 samt til lægelovens § 17. For så vidt angår de såkaldte kliniske retningslinjers retslige status var det hans opfattelse, at de cirkulærer, vejledninger og retningslinjer som udgår fra Sundhedsstyrelsen, afhængig af deres karakter, må opfattes som væsentligt mere juridisk bindende for lægerne end de videnskabelige selskabers klaringsrapporter og de enkelte afdelingers retningslinjer og instrukser.

Udgangspunktet for ansvarsbedømmelse er lægelovens § 6. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en centerchef, klinikchef eller tilsvarende, alt efter stillingsbeskrivelsen, har det overordnede faglige ansvar for de undersøgelser og behandlinger, der foregår inden for det pågældende område. Vedkommende skal og kan uddelegere opgaverne,

men vil have ansvaret for, at de, der får opgaverne, er kvalificeret til at påtage sig dem, og at der foreligger nødvendige instrukser. Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse kan overlæger m.fl. gøres ansvarlige efter lægeloven for fejl begået af yngre læger, såfremt fejlen skyldes, at den overordnede læge har forsømt at sikre sig, at den yngre læge var kvalificeret til at påtage sig opgaven eller ikke var i stand til dette på grund af manglende instrukser mv.

I sager om lægefejl vil Sundhedsstyrelsen stadig skulle behandle konkrete sager, der bliver indbragt af embedslægeinstitutionerne, det vil sige, hvor der ikke foreligger en patientklage. Finder Sundhedsstyrelsen fejl, vil sagen blive sendt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der afgør klager over læger. Sundhedsstyrelsen arbejder med at udvikle et tilsyn med systemet, det vil sige de omstændigheder, der førte til, at en eventuel fejl kunne finde sted, og i den sammenhæng vil Sundhedsstyrelsen prioritere opgaven med at påse, at sygehusafdelingerne har kvalitetssikret deres virksomhed og implementeret gældende lovgivning, cirkulærer mv.

Repræsentanten fra Patientklagenævnet oplyste, at Patientklagenævnet afgør sagerne på baggrund af et lægefagligt skøn. Når Patientklagenævnet vælger at bede Retslægerådet om at udtale sig, frem for at bede nogle af de mange sagkyndige, Patientklagenævnet anvender, skyldes det gerne, at sagen er vanskelig eller af principiel karakter, hvorfor der er brug for en vurdering fra den højeste ekspertise. Når Patientklagenævnet træffer afgørelse, graduerer nævnet afgørelsen. Nævnet tager således stilling til, om der er tale om en overtrædelse af lægelovens § 6, eller nævnet kan bede anklagemyndigheden undersøge mulighederne for at rejse tiltale efter lægelovens § 18.

Diskussion. Med udgangspunkt i forannævnte oplæg blev emnet for temamødet diskuteret. Diskussionen kom især til at dreje sig om følgende:

Hvorledes sikres Retslægerådets status og autoritet – også med henblik på Retslægerådets to ansigter mod henholdsvis lægestanden og den juridiske verden? Adskillige var inde på, at det her var vigtigt med åbenhed, for eksempel ved at afholde møder, som det omhandlede og at udbrede kendskabet til Retslægerådets virksomhed gennem diverse tidsskrifter. Der var også enighed om betydningen af, at præmisserne for rådets udtalelser er så fyldige og så forståelige som muligt. Dette ville dels gøres rådets udtalelser mere anvendelige, og dels hindre mytedannelser om rådets virksomhed.

Retslægerådets anvendelse af betegnelsen fejl blev også drøftet. Der var enighed om, at Retslægerådet sætter en faglig standard. Såfremt denne standard er overtrådt, foreligger der en fejl, men ikke nødvendigvis en fejl i ansvarspådragende forstand, jf. lægeloven og straffeloven. Retslægerådets anvendelse af ordet ”fejl” indebærer således ikke, at der nødvendigvis foreligger en strafbar handling.

En landsdommer understregede, at Retslægerådet skal undgå et troværdighedsproblem, som kan opstå, hvis rådet anvender lovens ord. Dette kan opfattes som udtryk for, at Retslægerådet foregriber en afgørelse. Rådet skal endvidere være opmærksom

på, at rådet ikke kommer til at svare forkert på spørgsmål, fordi spørgsmålene er formulerede forkert eller de mest relevante spørgsmål ikke er stillede.

Andre temaer, der blev diskuteret, var muligheden af at anvende Retslægerådets ad hoc sagkyndige til rådgivning i forbindelse med formuleringen af spørgsmål til Retslægerådet og rådets eventuelle fremmøde i retten. For et mere udførligt referat af diskussionen henvises til Retslægerådets årsberetning 1997.

6.0 Kritik af Retslægerrådet

Med udgangspunkt i den højeste medicinske sagkundskab vil rådets vurderinger fremstå som tungtvejende for de beslutninger, offentlige myndigheder måtte tage. Skuffelsen hos den part, hvis synspunkter ikke bliver efterkommet, kan være stor og medføre en kritik af det skøn, Retslægerrådet har udfoldet og efter omstændighederne nære en opfattelse af, at Retslægerrådet har en besluttende rolle. Svarende hertil kan man se overskrifter i aviser, hvor konkrete retssager refereres, og hvor man fremhæver, at Retslægerrådet er blevet underkendt. Sådanne overskrifter beror på misforståelser. Det er ikke Retslægerrådet, der fører retssager. Rådet afgiver medicinske skøn, og det har ingen afgørelseskompetence. En faglig underkendelse af Retslægerrådets skøn er næsten aldrig forekommet, hvilket er medvirkende til, at rådet har bevaret sin troværdighed og formentlig hovedårsagen til, at det nu kan fejre 100 års jubilæum. Dette er ikke ensbetydende med, at der ikke fra forskellig side har været fremsendt kritiske bemærkninger om Retslægerrådets behandling af enkelte sager og om Retslægerrådet. Det er dog den almindelige opfattelse, at læger og jurister generelt ser positivt på rådet, blandt andet fordi rådets udtalelser vurderes som uvildige. Der har været kritikpunkter vedrørende enkeltsager, men en generel kritik af rådet og dets funktion høres sjældent.

Den kritik, der er blevet fremført gennem årenes løb, kan beskrives som værende en kritik af selve rådets opbygning og eksistens, en kritik af rådets arbejdsform og en kritik af konkrete vurderinger i enkeltsager.

6.1 Rådets eksistens

Denne kritik er ofte fremført i dagspressen og fagtidsskrifter under iøjnefaldende overskrifter:

”Psykiatriens selvbestaldede dommere. Retslægerrådet opfører sig ensidigt, bagstræberisk og har gjort sig til en domstol” eller ”Retslægerrådet er ikke noget uafhængigt, lægevidenskabeligt organ, (men) håndplukket af Justitsministeriet. Det behøver selvfølgelig ikke at betyde, at de enkelte medlemmers integritet på nogen måde kan anfægtes, eller at de afgiver udtalelser i strid med deres faglige samvittighed...., men det betyder ikke desto mindre, at rådet ikke er uafhængigt, og at Justitsministeriet uden videre kan undgå uønskede personer som medlem af rådet.”

”Der foreligger få undersøgelser om Retslægerrådets lægefaglige vurderinger af patienters klager over læger. Der har såvel fra juridisk som fra lægelig side været rejst kritik, specielt at Retslægerrådet ikke i tilstrækkelig grad har forholdt sig kritisk til kollegaernes arbejde”.

Andre dele af den kritiske debat har efterlyst en modernisering af rådet således: At man i større udstrækning undersøger personer og ikke baserer sagsbehandlingen på dokumenter, at Retslægerådets medlemmer og sagkyndige hyppigere bliver afhørt ved fremmøde i retten, at medlemskredsen i Retslægerådet bliver udvidet med lægmænd, at Retslægerådet tilstræber udtalelser med dissens frem for udtalelser, der giver udtryk for, hvad alle de sagkyndige er enige om, at Retslægerådets møder bliver ledet af en jurist uden stemmeret, at patienter får repræsentation i rådet, og at rådet bliver anvendt også som uddannelsesinstitution ved, at også yngre læger bliver tilknyttet. Som det fremgår, har flere af disse spørgsmål været overvejet af de udvalg m.m., der i årenes løb har været nedsat om Retslægerådet, men uden at man har fundet anledning til at ændre rådets struktur eller arbejdsform.

Da et af Retslægerådets medlemmer, overlæge Joseph Welner, i 1988 også bidrog til kritikken, udløste det et svar fra højesteretsdommer Poul Høeg. Overlæge Welner anførte, at hans mangeårige erfaring havde vist ham, at domstolene næsten altid fulgte Retslægerådets udtalelser: "Derfor har rådet en magt og en kompetence, som i dansk retspraksis er meget vidtrækkende. Jeg tror, at det på en måde passer juristerne meget godt, fordi de psykiatriske erklæringer, i reglen forstærket ved rådets bekræftelse, letter et samvittighedsfuldt retssystem for nogle tunge byrder." Han fandt, at eksperter fremmøde i retten ville give langt bedre mulighed for at vurdere sagen og foreslog, at der blev nedsat et "hårdtarbejdende udvalg", der skulle finde ud af, hvilke ændringer i retspsykiatrien der var mulige og tilrådelige. Efterfølgende afviste højesteretsdommer Poul Høeg, at domstolene i psykiatriske sager reelt overlod den dømmende myndighed til Retslægerådet. Han fandt det rigtigt at lade sagsbehandlingen bygge på uvildige sagkyndiges erklæringer frem for at indføre amerikanske tilstande, hvor hver part i en sag kan indkalde egne ekspertvidner. Poul Høeg anførte videre, at han var overbevist om, at: "Vores system giver en mere redelig belysning af en sag. Man bør huske, at der i enhver retssag er mange andre punkter end lige de fagvidenskabelige at tage stilling til". Han var videre imod at gøre lægfolk til medlemmer af rådet: "Det eneste, man opnår ved at gøre lægfolk til et væsentligt element i Retslægerådet, er, at advokater holder op med at indhente erklæringer fra rådet. Den uvildige lægevidenskabelige vurdering vil forsvinde."

Kritikerne var særligt aktive i 1980'erne, og med henvisning til den debat, der var foregået vedrørende grundlaget for Retslægerådets virksomhed, nedsatte justitsministeren i 1988 et udvalg med følgende kommissorium: "...at gennemgå de gældende lovgiver og administrative bestemmelser med henblik på en samlet revision af regelgrundlaget for Retslægerådets virksomhed. Udvalget anmodes om i forbindelse hermed at udarbejde udkast til nye lovbestemmelser og eventuelle administrative regler". Udvalget afgav betænkning i 1990 (Betænkning nr. 1196). Som tidligere omtalt førte udvalgsarbejdet ikke til lovændringer, men til forskellige ændringer i Retslægerådets forretningsorden. I fortsættelse af udvalgets arbejde forstummede meget af kritikken, men enkelte debattører er dog fortsat aktive. Interessen har nu mest koncentreret sig om Retslægerådets arbejdsform med fokus på, om man kan gøre svarene bedre og sagsbehandlingen hurtigere.

6.2 Rådets arbejdsform

Arbejdsformen er beskrevet i betænkningen om Retslægerrådet. Udvalget overvejede blandt andet en øget anvendelse af mundtlig behandling af sagerne, men udvalgets flertal, hvortil også Lægeforeningens repræsentant tilsluttede sig, var imidlertid af den opfattelse, at der er betydelige fordele ved den skriftlige votering. På den baggrund fandt flertallet ikke grundlag for at foreslå ændringer af den skriftlige arbejdsform.

En ændret procedure ved sagsbehandlingen, der indebar, at de voterende indledningsvist ikke blev bekendt med de øvrige voteringer, er jævnlige blevet foreslået fra flere sider, men ville have flere alvorlige ulemper. Når rådet benytter et stort antal sagkyndige, er det netop for at sikre den bedst mulige ekspertise i en sag. Dette indebærer ofte, at de voterende må repræsentere forskellige ekspertområder. Et kendskab til den enkeltes eksperts votum kan være en forudsætning for, at de øvrige voterende kan vurdere sagen. Eksempelvis vil det være væsentligt for efterfølgende fagspecialister at have en bedømmelse af mikroskopifund som et udgangspunkt. Rent praktisk vil en "stjerneudsendelse" af sagerne også nødvendiggøre, at sagerne rundsendes blandt de voterende mindst 2 gange for at afklare, om der er forskellige synspunkter blandt de voterende. Dette ville i sig selv medføre en forlængelse af sagsbehandlingstiden i forhold til den nuværende. Retslægerrådets sagsbehandling adskiller sig i øvrigt på dette punkt ikke fra votering ved domstolene, idet det af Retsplejelovens § 214 fremgår, at der ved de kollegiale retter skal foregå en rådslagning, og en efterfølgende afstemning, hvorved de dommere, der har medvirket ved sagens afgørelse, bliver bekendt med de øvrige dommers votum, og herunder kan tilslutte sig en tidligere voterendes opfattelse.

Selvom den kritiske debat omkring Retslægerrådet i nogen grad forstummede efter udgivelsen af Betænkning nr. 1196 fra 1990, har der fortsat været røster, der har talt for en modernisering især af rådets arbejdsgang. Dette har givet anledning til en høring i Lægeforeningen i 1996, og kort tid herefter til et møde, hvor justitsministeren, folketingets retsudvalg og § 71 udvalg besøgte rådet. Sidst har rådet 13.05.05 afholdt et møde med repræsentanter fra Advokatrådet og Lægeforeningen for uformelt at drøfte nogle mulige fordomme omkring Retslægerrådets sagsbehandling. Fra Advokatrådet deltog advokaterne Steen Bech og Søren Kjær Jensen samt juridisk konsulent Rasmus Møller Madsen. Fra Den Almindelige Danske Lægeforening deltog overlæge Kim Solstad og kontorchef Niels Michelsen. Fra Retslægerrådet deltog formandskabet og rådets sekretariatsleder. Mødet er refereret i årsberetningen for 2005, men her skal fremhæves nogle diskussionspunkter, som kan have en mere generel interesse. Ved mødet gjorde advokaterne opmærksom på, at rådet af mange blev betragtet som en sammenspist enhed uden tilstrækkelig åbenhed. Man pegede på muligheden af at rådføre sig med de videnskabelige selskaber, når rådet skulle have udpeget sagkyndige. Fra Retslægerådets side gjorde man opmærksom på, at udpegningen af Retslægerådets medlemmer og af de særligt sagkyndige, der beskikkes i henhold til lov om Retslægerrådet § 2, stk. 3, foregår efter offentligt stillingsopslag og bedømmelse ved et udvalg, hvori også de lægevidenskabelige fakulteter er repræsenteret. Beskikkelse sker normalt for 6 år ad gangen, og der er ikke formelt nogen grænse for antallet af genbeskikkelser. Det vigtigste for rådet er, at det er de bedst kvalificerede, der bliver tilknyttet rådet, og at

en begrænsning af beskikkelsens varighed kan være til hinder herfor. Hertil kommer, at erfaring med rådets mange arbejdsopgaver er af stor betydning for, at rådet kan fungere. Advokaterne pegede herefter på, at det kunne være de mange ”ad hoc beskikkelser”, som set ude fra kunne være problematiske. Rådet forklarede, at man hvert år anvendte omkring 150 ad hoc sagkyndige, fordelt over en lang række ekspertområder. Disse bliver udpeget af formandskabet til de enkelte sager, afhængigt af disses karakter. Det ville næppe være muligt eller hensigtsmæssigt at rådføre sig med de videnskabelige selskaber herom, og det er vigtigt, at udpegningen af voterende kan ske hurtigt. Udfindelsen af de ad hoc sagkyndige sker gennem formandskabet via kendskabet til den lægevidenskabelige verden.

Fra Lægeforeningen nævnte man, at der inden for et område kunne være ”flere skoler”. Dette kunne formentlig give problemer i relation til udpegning af voterende. Fra rådets side anførtes, at man var meget opmærksom på, at ikke alt er evidensbaseret, og at det var almindeligt, at der kunne være forskellige faglige præferencer. Dette havde dog hidtil ikke været svært for rådet at håndtere, når der var tale om anerkendte ”skoler”. Rådets udgangspunkt i alle sager om lægefejl er, om der er handlet i overensstemmelse med en alment anerkendt praksis, uanset om den enkelte voterende eventuelt ville have handlet anderledes i den konkrete sag. Blandt andet derfor anså rådet det for vigtigt, at de voterende er kyndige med et overblik over deres fag, og at alle er orienterede om dette udgangspunkt og om Retslægerådets sprogbrug. Formandskabets redigering af rådets svar sikrer yderligere, at udgangspunktet bliver fastholdt.

Et andet emne til diskussion var, hvorfor rådet ikke vil vurdere, om en behandling er i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Svaret var, at begrebet specialiststandard efter rådets opfattelse ikke er et veldefineret, lægevidenskabeligt begreb, men en politisk/juridisk konstruktion, indført med Patientforsikringsloven. Rådet forholder sig til, om en behandling er i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard og kan eventuelt tage stilling til, om der er tale om hædeligt uheld, lægeligt fejlskøn eller fejl (se afsnit 2.53). Det er vigtigt for rådet at undgå at træffe afgørelserne, idet dette er op til de myndigheder, der forelægger sagerne. Rådet anvender derfor ikke lovens formuleringer i sine svar for at undgå misforståelser.

Spørgsmålet om rådets voteringsform blev drøftet også ved dette møde. Resultaterne er hidtil blevet, at den nuværende voteringsform, efter rådets opfattelse, er den mest praktiske og giver det mest korrekte resultat. I overensstemmelse hermed bliver der til den enkelte sag udpeget voterende, der kan belyse samtlige sagens lægelige aspekter. Der er altid tale om 3, undertiden flere sagkyndige, der ofte kommer fra hvert sit lægelige område. Endvidere er der ofte tale om, at nogle sagkyndige ikke har mulighed for at afgive et relevant votum, før de har kendskab til andre sagkyndiges vurderinger, for eksempel radiologens, patologens, neurofysiologens, arbejdsmedicinerens, farmakologens, audiologens, psykiaterens vurdering af materialet. De civile sager bliver derfor sendt ud i stjerneform. Herved ved rådet altid, hvor sagen fysisk befinder sig, og der er mulighed for undervejs, efter de sagkyndiges eventuelle anbefaling, at indhente yderligere nødvendigt materiale, eller eventuelt implicere yderligere sagkyndige fra andre specialer. Det er rådets opfattelse, at sagligheden i sagsbehandlingen bliver styrket ved

den praksis, rådet anvender, idet det så at sige i næsten alle sager er nødvendigt med viden fra flere områder.

Ydermere drøftedes en række andre spørgsmål, blandt andet om adgang til egen læges journaler, om rådets behandling af strafferetspsykiatriske sager, om rækkefølgen af de afgivne vota under Retslægerådets behandling af sagerne og om forbedring af rådets mulighed for umiddelbart at behandle civile retssager. For nærmere belysning henvises til Retslægerådets årsberetning 2005.

6.3 Eksempler på kritik af rådets skøn

Som indledningsvist fremhævet, har der gennem årene ved enkelte lejligheder været diskussion af de faglige udtalelser, Retslægerådet har fremsat. Et sådant eksempel er Kasperek-sagen, nævnt andetsteds i dette jubilæumsskrift. Her skal yderligere omtales en kritik, som formand Knud Sand følte sig foranlediget til at imødegå i en kronik i Politiken i 1943.

Det drejede sig blandt andet om sager, hvor Retslægerådet på basis af lægelige erklæringer havde bedømt nogle personer til at være åndssvage og havde foreslået dem inddraget under Åndssvageforsorgen.

Den første person var en 25-årig mand, som havde begået forskellige mindre lovovertrædelser, blandt andet tyverier. På basis af en lægelig erklæring, som udtrykte tvivl om, hvorvidt den pågældende var sinke eller lettere åndssvag, fandt Retslægerådet, at den pågældende var åndssvag, og han blev anbragt på en åndssvageanstalt. Her viste det sig, at han ikke var åndssvag, men at han havde en IQ på 90. Han blev udskrevet fra Åndssvageforsorgen og afsønde sin fængselsstraf.

Den anden person var en 22-årig kvinde, som Retslægerådet - ligeledes på basis af en usikker lægeerklæring - foreslog, blev anbragt under Åndssvageforsorgen. Der var hun i 1½ år, hvorefter hun blev udskrevet efter at have accepteret en sterilisationsoperation. Ved fornyet undersøgelse viste det sig, at den pågældende ikke var åndssvag, og at hun, som i mellemtiden var blevet solidt gift, anlagde sag mod Åndssvagevæsenet og krævede en erstatning for uberettiget sterilisation. Hendes sag blev ført ved Landsretten, men kvinden fik ingen erstatning.

Retslægerådets daværende formand kommenterede de 2 sager med, at netop ophold på åndssvageinstitutioner var en god behandling for sådanne personer, som derved kunne bedre sig så betydeligt, at de kunne udskrives fra forsorgen. I bagklogskabens lys må man vist medgive, at rådets udtalelser her ikke har været flatterende. Man må imidlertid også medgive, at fortidens mere brutale opvækstvilkår kan have haft den konsekvens, at personer, der var lidt svagere begavet kunne fremtræde som "funktionelle" åndssvage, og derfor til en vis grad acceptere, at rådet har kunnet fejlvurdere. Se i øvrigt afsnit 2.336.

I en tredje sag, hvor Retslægerådet blev stærkt kritiseret, drejede det sig om en person, som havde kørt bil i alkoholpåvirket tilstand. Den kliniske undersøgelse, som blev

foretaget af en erfaren politilæge, viste, at manden ikke frembød kliniske tegn på alkoholpåvirkethed. Sagen kom senere i Retslægerådet, og på dette tidspunkt havde man et resultat af blodanalysen, som viste en alkoholpromille på 1,46 promille. Retslægerådet erklærede herved, at den pågældende måtte antages at have været påvirket på kørselstidspunktet, og han blev dømt herefter (30 dages hæfte). Også denne sag bevirkede voldsom kritik af Retslægerådet, og kritikken gik som sædvanlig på, at Retslægerådet jo ikke - modsat politilægen - havde set den pågældende på det aktuelle tidspunkt. Det skal erindres, at denne hændelse fandt sted i 1943, på et tidspunkt, hvor man endnu ikke havde indført en promillegrænse i Danmark. Set i bagklogskabens klare lys må man sige, at kritikken af Retslægerådet i denne sag var uberettiget.

Et mere vægtigt indlæg fremkom i Ugeskrift for Retsvæsen (november 1943), hvor en byretsdommer, som tidligere havde været juridisk sekretær i Retslægerådet, gør opmærksom på det ejendommelige forhold, at alle Retslægerådets erklæringer indtil videre var enstemmige, selvom der i lov og forretningsorden for Retslægerådet er anført, at i afgørelser med dissens skal alle synspunkter fremgå. Byretsdommeren peger på, at selv højesteretsafgørelser ofte træffes med dissens, således at afgørelsen er en flertalsafgørelse. Byretsdommeren påpeger - med rette - at det vil styrke tilliden til Retslægerådet, såfremt det ind imellem fremgik, at der var afvigende holdninger blandt de sagkyndige i en given sag. Denne kritik afspejler sig i Retslægerådets nuværende forretningsorden, hvor det i § 8, stk.4 fremgår: "Hvis der ikke er enighed om besvarelsen af de stillede spørgsmål, skal dette fremgå af rådets svar". Rådets praksis er da også blevet at tilskynde til afgivelse af dissenterende svar, når sådanne forhold foreligger.

7.0 Fremtidens Retslægeråd

7.1 Retslægerådets fundament

Ved lov nr. 43 af 13. marts 1908 blev der nedsat en kommission til ”at forberede en omordning af statens civile sundhedsvæsen og til at fremkomme med forslag i saa henseende”. Det resulterede i ”Betænkning angaaende ordningen af sundhedsvæsenets centralstyrelse” udgivet i 1909. Heri står der blandt andet:

”Naar man skal have et øverste Raad for retsmedicinske Erklæringer, har det forekommet Kommissionen af største Vigtighed, at et saadant Raad er saa uafhængigt og uangribeligt som muligt. Uafhængigt af Administrationen, saa at det frit kan udtale sine Anskuelser uden Bihensyn, og saa uangribeligt som muligt i saglig Forstand, saa at dets Erklæringer har al den Autoritet, som kan skaffes. Kommission foreslaar i Henhold hertil, at der oprettes et fra Sundhedsstyrelsen adskilt særligt Retslægeraad, bestaaende af forskellige Specialister”.

Dette er fortsat det grundlæggende fundament for Retslægerådets arbejde. Det vil derfor være helt afgørende, at rådet i de kommende år sikrer, at den faglige del af sagsbehandlingen fortsat varetages af landets højeste lægelige ekspertise.

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, hvilket medfører, at alle sager, der forelægges rådet til udtalelse, fremsendes via offentlige myndigheder, og at sagerne som følge heraf er undergivet de regler i blandt andet forvaltningsloven, offentlighedsloven, persondataloven, retsplejeloven og sundhedsloven, der gælder for videregivelse af personfølsomme oplysninger til andre myndigheder som led i den enkelte sags behandling i rådet.

I forbindelse med den hørende myndigheds forelæggelse af sagen for rådet fremsendes alt materiale på skriftligt grundlag, herunder ofte røntgenbilleder i original version, CT- og MR-skanninger på CD-rom og i visse typer af sager særlige optagelser lagret på DVD. Hvis det skriftlige materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, meddeler rådet den hørende myndighed, hvilke yderligere oplysninger, der vil være af betydning herfor.

Rådet tilkendegiver samtidig om disse oplysninger skønnes mest hensigtsmæssigt at kunne tilvejebringes

- ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse, hvilket typisk sker i forbindelse med behandlingen af civile sager forelagt via domstolene,
- 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, hvilket typisk sker i forbindelse med behandlingen af sager, der forelægges rådet via anklagemyndigheden med anmodning om en udtalelse om sigtedes/tiltaltes mentale tilstand/sanktionsvalget eller

- ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige, hvilket absolut har undtagelsens karakter.

Det bemærkes særligt i den forbindelse, at rådet ikke af egen drift selv indhenter yderligere materiale til brug for sagens behandling, og at rådet således er undergivet parternes forhandlingsmaksime eller den hørende myndigheds officialmaksime alt afhængig af, hvilken type sag der forelægges rådet til udtalelse.

I forbindelse med sagernes modtagelse i rådets sekretariat kontrolleres det, om sagen er omfattet af rådets kompetence herunder, om de civile sager er forelagt i overensstemmelse med vejledningen vedrørende forelæggelse af civile sager for rådet, og endelig om spørgsmålene til rådet er udarbejdet i overensstemmelse med de retningslinier, rådet har opstillet på baggrund af betænkning nr. 1196 om Retslægerådet fra 1990 side 131 ff.

Der forestår således ofte en omfattende og tidskrævende skriftveksling mellem rådets sekretariat og den hørende offentlige myndighed, før sagen kan fordeles til rådets formandskab med henblik på udpegning af i almindelighed 3 voterende i sagen, der enten er medlemmer af rådet eller fungerer som sagkyndige for rådet.

Når formanden har udpeget de voterende, fordeles sagen på det foreliggende skriftlige grundlag via rådets sekretariat med postforsendelse på skift til de enkelte voterende i sagen, hvorefter der på baggrund af de voterendes vota/votum udfærdiges en samlet udtalelse, der altid skal være ledsaget af en begrundelse.

Rådets udtalelse returneres herefter sammen med alt det skriftlige forelagte materiale til den hørende myndighed.

Der foregår således under den nuværende sagsbehandlingsprocedure i rådets sekretariat en meget omfattende og tidskrævende forsendelse af sagen mellem rådets sekretariat og de voterende, ofte flere gange blandt de voterende, før rådets udtalelse foreligger klar til afsendelse. Det forekommer derfor naturligt at overveje mulighederne for at indføre fuldstændig digital sagsbehandling af de sager, der forelægges rådet til udtalelse, hvilket forudsætter, at de hørende offentlige myndigheder er i stand til at fremsende samtlige relevante oplysninger digitalt til rådet i forbindelse med forelæggelse af sagen for rådet.

En eventuel implementering af fuldstændig digital sagsbehandling af sagerne i rådet vil medføre kortere sagsbehandlingstider, særligt for så vidt angår behandlingen af de civile sager, der for tiden beslaglægger den væsentligste del af rådets arbejdskraft.

7.2 Digital sagsbehandling

Retslægerrådet overvejer muligheden for på længere sigt at foreslå, at de hørende offentlige myndigheder via rådets hjemmeside selv foretager den indledende digitale anmeldelse af sagen, og i den forbindelse giver de nødvendige stamoplysninger til rådet i nogle nærmere afgrænsede afkrydsningsfelter, der blandt andet bør omfatte spørgsmål om, hvilken offentlig myndighed, der forelægger sagen, myndighedens journalnummer, vedrører sagen enkeltpersoners retsforhold eller har den umiddelbart betydning herfor, er spørgetemaet godkendt af retten, og er sagen i øvrigt forelagt i overensstemmelse med rådets retningslinier for forelæggelse af civile sager for rådet mv.

Hvis den hørende myndighed ikke foretager den nødvendige afkrydsning af de enkle og indledende formelle afkrydsningsfelter, kunne konsekvensen være, at sagen digitalt blev afvist fra behandling i rådet på det foreliggende grundlag, idet den ikke umiddelbart ses at opfylde de formelle betingelser for forelæggelse af sagen for rådet. Dette kunne måske også medvirke til, at sagerne, allerede i forbindelse med den første forelæggelse for rådet, var mere sufficente end i dag, hvor rådet i meget væsentligt omfang er nødt til at efterspørge yderligere materiale, før sagen, ofte efter flere måneder, er klar til fordeling blandt de voterende.

Såfremt de formelle betingelser for forelæggelse af sagen for rådet er opfyldt, kan sagen umiddelbart herefter journaliseres i journalsystemet på baggrund af den hørende myndigheds stamoplysninger, som kan genbruges i forbindelse med oprettelse og journalisering af sagen og samtidig anvendes i forbindelse med en eventuel korrespondance med myndigheden. Herefter kan sagen umiddelbart videresendes digitalt til en af rådets lægelige sekretærer, der forbereder den lægelige side af sagen og herunder blandt andet har behov for genbrug af den medsendte digitale bilagsfortegnelse i forbindelse med udfærdigelse af rådets interne digitale referat- og voteringsark. Herefter foretages der en juridisk vurdering af sagen i rådets sekretariat, før den digitalt fremsendes til formanden med henblik på udpegning af voterende i sagen.

Når formanden har udpeget de voterende i sagen, vil det i princippet herefter være muligt med det samme at fordele sagen digitalt til samtlige de voterende, der skal afgive udtalelse i sagen, således at de voterendes vota/votum skrives direkte ind på det i sagen forud indlagte digitale voteringsark med henblik på direkte digital overførsel til rådets udtalelse, når denne er godkendt af formanden og de voterende i sagen.

Når sagen er færdigbehandlet af de voterende og formanden, fordeles sagen digitalt til renskrivning af udtalelsen i rådets sekretariat, der som følge af myndighedens digitale fremsendelse af spørgetema/temaer, og de voterendes direkte digitale svar på spørgsmålene i voteringsarket, umiddelbart hurtigt kan sammenfatte rådets endelige udtalelse, der herefter kan sendes digitalt sammen med de forelagte digitale akter direkte til den hørende offentlige myndighed. Den hørende offentlige myndighed vil som følge heraf samtidig have direkte mulighed for digitalt at indarbejde rådets udta-

lelse i myndighedens afgørelse, i det omfang der er behov herfor, hvilket særligt har betydning for domstolenes afgørelser, både for så vidt angår afgørelser i de civile sager og i straffesagerne.

Forudsætningen for en fremtidig indførelse af fuldstændig digitaliseret sagsbehandling af de sager der forelægges Retslægerådet til udtalelse er, at den hørende myndighed er i stand til at fremsende samtlige relevante og nødvendige oplysninger til brug for sagens behandling digitalt, idet der i modsat fald ikke kan forventes nogen tidsbesparelse i forbindelse med sagernes behandling i rådet.

Det er samtidig vigtigt at understrege, at overvejelser om indførelse af en fuldstændig digitaliseret sagsbehandling af sagerne, der meget gerne skulle medføre en hurtigere og mere effektiv sagsbehandling, under ingen omstændigheder må medføre en forringelse af kvaliteten af rådets udtalelser, der fortsat skal være af den allerhøjeste kvalitet.