

**Retslægerådets
årsberetning
2001-2002**

ISBN 87-89648-07-2
Udgivet 2004

Jespersen Offset ApS

2

Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
Lovbestemmelser m.v	7
Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet	8
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet	9
Retslægerådets medlemmer 2001	12
Retslægerådets medlemmer 2002	13
Sagkyndige anvendt i 2001	14
Sagkyndige anvendt i 2002	26
Retslægerådets sekretariat 2001	38
Retslægerådets sekretariat 2002	39
II. Statistik	40
A: Sager behandlet i Retslægerådet 2001	40
B: Sager behandlet i Retslægerådet 2002	43
III. Udvalgte sager af interesse	47
Forelæggelse af civile sager for Retslægerådet	47
Vurdering af alderen hos børn, unge og voksne	53
Retslægerådets kompetence i medfør af lov om retslægerådet, § 1, - „sager om enkeltpersoners retsforhold“	57
Mangelfuld aseptik ved blokadebehandling	61
Mangelfuld observation efter blindtarmsoperation	67
Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning	71
Afslag på benådning ved iskæmisk hjertesygdom	79
Insulintilfælde og kørekort	83
Hypoglykæmiske tågetilstande i trafikken - tilstande ligestillet med sindssygdom	91
Den grundige psykopatologiske beskrivelse - basis for de retspsykiatriske vurderinger	103

Længstetider for idømte foranstaltninger	107
Selvmondsrisiko - retningslinier for observation	113
Tvangsbehandling med ECT	119
Manglende behandling trods behandlingsdom i udlandet	123
Utilstrækkelig behandling af skizofren mand, idømt en psykiatrisk særforanstaltning	127
Skizotypi og strafferetlig placering	133

Forord

Retslægerrådet har valgt at lade denne årsberetning omfatte årene 2001 og 2002. Rådet redegør i beretningen for nogle forhold af interesse for myndigheder, advokater og andre, der forelægger sager for rådet, og for nogle afsluttede sager, hvor problemstillingerne kan have en generel interesse.

Tendensen i rådets virksomhed i 2001 og 2002 var den samme som i de foregående år. Antallet af behandlede sager var 1.838 og 1.868 og stort set uændret fra tidligere, men den relative mængde af de forskellige sagskategorier ændrer sig blandt andet med en stigning i de civile sager, der vedrører enkeltpersoners retsforhold, herunder særligt de ressourcekrævende sagstyper, der vedrører arbejdsskader/ulykker og erstatning eller pension, og et moderat fald i psykiatrisagerne.

Antallet af civile sager inklusive aldersbestemmelser er vokset gennem de sidste 10 år fra 267 og 323 i 1991 og 1992 til 747 og 800 i 2001 og 2002. Aldersvurderingerne registreres nu som et særligt sagsområde, og retningslinierne for forelæggelse og for rådets vurderinger er omtalt i denne årsberetning.

De civile sager vedrørende erstatnings- og pensionsforhold er særligt ressourcekrævende, idet de dels er omfangsrige, dels fremsendes de sjældent i en sufficient ordnet eller fuldstændig form. Retslægerrådet kan næsten aldrig umiddelbart efter modtagelsen påbegynde behandlingen af disse sager, men må forbehandle sagen i sekretariatet og herefter bede om for eksempel billedmateriale, nye læselige eller fuldstændige fotokopier eller andet supplerende materiale. Under sekretariatets behandling konstateres jævnligt, at manglerne er indlysende. I de fleste tilfælde kunne omhu ved fremsendelsen således reducere sagsbehandlingstiden og rådets arbejde med sagerne meget væsentligt. Da en sådan reduktion vil være i alles interesse, rummer denne årsberetning nogle generelle retningslinier for behandlingen af civile sager. Vi håber, at det vil resultere i, at sagsbehandlingen i en stigende del af sagerne bliver lettere og hurtigere i de kommende år, og at fremtidige forelæggelser vil leve op til det beskrevne niveau.

Beretningen rummer desuden en række enkeltsager, som må formodes at have en bredere generel interesse. Af de temaer, der er behandlet, skal her fremhæves trafikksager, hvor insulinbehandlede patienter med lavt blodsukker har forårsaget alvorlige trafikuheld på grund af bevidsthedssvækkelse. Retslægerrådet har behandlet flere alvorlige sager igennem de senere år, og med denne beretning lægges op til nærmere overvejelser i de relevante foreninger, selskaber og myndigheder med henblik på eventuelle justeringer af fremtidige vilkår for kørekort.

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet

I medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsætter justitsministeriet følgende regler om rådets virksomhed.

§ 1. En sag behandles i almindelighed af 3 medlemmer eller sagkyndige. Formanden bestemmer, i hvilken afdeling en sag skal behandles, og hvilke medlemmer og sagkyndige, der skal deltage i behandlingen.

Stk. 2. Et medlem eller en sagkyndig, der har afgivet erklæring i en sag før dens forelæggelse for rådet, kan ikke deltage i rådets behandling af sagen, medmindre formanden under hensyn til sagens beskaffenhed finder det påkrævet.

§ 2. Til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apotekervæsenet § 19 nævnte sager tilkalder rådet en praktiserende læge, tandlæge, jordemoder, sygeplejerske, hospitalslaborant, fysioterapeut, apoteker eller apotekermedhjælper. Tilkaldelsen sker blandt de personer, justitsministeren beskikker i medfør af § 3 i lov om Retslægerådet.

§ 3. Sagerne behandles skriftligt. Mundtlig behandling finder dog sted, hvis formanden, vedkommende næstformand eller et medlem eller en sagkyndig, der har deltaget i den skriftlige behandling af sagen, finder det ønskeligt.

§ 4. Såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse, skal rådet forhandle med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i

øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører. Sådant forhandling skal altid finde sted i tilfælde, hvor der er væsentlig uoverensstemmelse mellem en i embeds medfør afgivet lægeerklæring og rådets bedømmelse af sagen.

§ 5. Såfremt det materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give et tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, og et sådant grundlag ikke kan tilvejebringes på anden mere hensigtsmæssig måde, lader rådet den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

§ 6. Rådets erklæringer skal være ledsaget af grunde. Frembyder sagens bedømmelse tvivl, skal der redegøres herfor.

Stk. 2. Er de, der deltager i en sags behandling, ikke enige i bedømmelsen, skal de forskellige opfattelser fremgå af rådets erklæring.

Stk. 3. Har der fundet forhandling sted efter reglen i § 4, skal udfaldet af forhandlingen angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparter af skrivelserne vedlægges.

Stk. 4. I erklæringen angives, hvem der har deltaget i sagens behandling.

§ 7. Efter hvert kalenderårs udløb afgiver rådet beretning til justitsministeren om sin virksomhed i det foregående år. Beretningen offentliggøres.

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet

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

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

Stk. 3. I rådets erklæringer angives,

hvem der har deltaget i sagens behandling.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stk. 2. Begrundelsen skal om fornødent indeholde en kort redegørelse for de oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, som er tillagt væsentlig betydning for erklæringen.

I det omfang erklæringen beror på et skøn, skal begrundelsen angive de hovedhensyn, der har været bestemmende for skønsudøvelsen.

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

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

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

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

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

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

Retslægerådets organisation

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

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

Retslægerådets medlemmer 2001

Overlæge Helle Aggernæs
Amager Hospital
Psykiatrisk Afdeling
(psykiatri)

Klinikchef Anne Lindhardt
Rigshospitalet
Psykiatrisk Klinik
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Galbo
Københavns Universitet
Panum Institutet
Medicinsk-Fysiologisk Institut
(medicin)

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

Overlæge, dr.med. Birte Yding
Glentthøj
Bispebjerg Hospital
Psykiatrisk afdeling E
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Bent Ottesen
Hvidovre Hospital
Gynækologisk Obstetrisk afdeling
(gynækologi - obstetrik)

Overlæge Peter Gottlieb
Frederiksberg Hospital
Distriktpsykiatrisk Center Vest
(psykiatri)

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Stadil
Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling C
næstformand
(kirurgi)

Adm. overlæge Peter Kramp
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
næstformand
(psykiatri)

Retslægerådets medlemmer 2002

Overlæge Helle Aggernæs
Amager Hospital
Psykiatrisk Afdeling
(psykiatri)

Klinikchef Anne Lindhardt
Rigshospitalet
Psykiatrisk Klinik
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Galbo
Københavns Universitet
Panum Institutet
Medicinsk-Fysiologisk Institut
(medicin)
(orlov fra 01.04.02)

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

Overlæge, dr.med. Birte Yding
Glenthøj
Bispebjerg Hospital
Psykiatrisk afdeling E
(psykiatri)
(indtil 31.07.02)

Professor, overlæge, dr.med.
Bent Ottesen
Hvidovre Hospital
Gynækologisk Obstetriske afdeling
(gynækologi - obstetrik)

Overlæge Peter Gottlieb
Frederiksberg Hospital
Distrikpsykiatrisk Center Vest
(psykiatri)

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Stadil
Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling C
næstformand
(kirurgi)

Adm. overlæge Peter Kramp
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
næstformand
(psykiatri)

Sagkyndige anvendt i 2001

1. Overlæge, dr.med.
Hans Adserballe
Risskov
(psykiatri)
2. Overlæge, dr.med.
Steen Ahrons
Odense Universitetshospital
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
3. Overlæge, dr.med.
Bjarne Alsbjørn
H:S Rigshospitalet
Plastiskkirurgisk afdeling
4. Overlæge, dr.med.
Else Andersen
Hillerød Sygehus
Børneafdelingen
5. Overlæge
Henrik Steen Andersen
H:S Rigshospitalet
Psykiatrisk afdeling O
6. Speciallæge, dr.med.
Kjeld Skou Andersen
Virum
(ortopædkirurgi)
7. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling
8. Overlæge, dr.med.
Lars Ib Andersen
Odense Universitetshospital
Thoraxkirurgisk afdeling
9. Overlæge, dr.med.
Paul Lehm Andersen
Skejby Sygehus
Infektionsmedicinsk afdeling
10. Overlæge, dr.med.
Jørgen G. Berthelsen
Hillerød Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
11. Overlæge, dr.med.
Morten Birket-Smith
H:S Bispebjerg
Liaisonpsykiatrisk Enhed
12. Professor, overlæge, dr.med.
Per Kærgaard Bjerre
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
13. Professor, overlæge, dr.med.
Finn T. Black
Skejby Sygehus
Infektionsmedicinsk afdeling
14. Professor, overlæge, dr.med.
Mogens Blichert-Toft
H:S Rigshospitalet
Endokrin.- og mammakirurgisk klinik
15. Overlæge Marie Bojsen-Møller
Århus Kommunehospital
Neuropatologisk afdeling
16. Professor, dr.med.
Jens Peter Bonde
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik

17. Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen
H:S Bispebjerg
Neurologisk afdeling
18. Professor, overlæge, dr.med.
Poul Bretlau
H:S Rigshospitalet
Øre-, næse-, halsklinikken
19. Chefpsykolog Birgitte Brun
Sct. Hans Hospital
Klinisk psykologisk afdeling
20. Neuropsykolog Peter Bruhn
Hillerød Sygehus
Psykiatrisk afdeling
21. Overlæge, dr.med.
Flemming Burcharth
KAS Herlev
Kirurgisk afdeling
(parenkymkirurgi)
22. Professor, overlæge, dr.med.
Cody Eric Bünger
Århus Kommunehospital
Kirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)
23. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Juel Christensen
KAS Herlev
Medicinsk-endokrinologisk afdeling
24. Overlæge, dr.med.
Steen Bach Christensen
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
25. Overlæge Per Prætorius Clausen
Centralsygehuset i Næstved
Patologisk afdeling
26. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
27. Professor, overlæge, dr.med.
Ronald Dahl
Århus Kommunehospital
Lungemedicinsk afdeling
28. Professor, overlæge, dr.med.
Mogens Dam
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling
29. Overlæge Otto Davidsen
Odense Universitetshospital
Lungemedicinsk afdeling
30. Professor, overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
H:S Rigshospitalet
Lungemedicinsk klinik
31. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
KAS Gentofte
Røntgenafdelingen
32. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Helsingør Sygehus
Røntgenafdelingen
33. Overlæge
Ole Ejner Drachmann
KAS Glostrup
Klinisk immunologisk afd. og blod-
bank
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

Retslægerådets organisation

34. Overlæge, dr.med.
K. T. Drzewiecki
H:S Rigshospitalet
Plastikkirurgisk afdeling
35. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Egund
Århus Kommunehospital
Røntgendiagnostisk afdeling R
36. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ehlers
Århus Kommunehospital
Øjenafdeling J
37. Overlæge Jørgen Eriksen
H:S Rigshospitalet
Tværfagligt Smertecenter
(anæstesiologi)
38. Overlæge Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
39. Overlæge, dr.med.
Bo Feldt-Rasmussen
H:S Rigshospitalet
Nefrologisk afdeling
40. Overlæge Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)
41. Overlæge, dr.med.
Anders Fischer
KAS Gentofte
Kirurgisk afdeling
(parenkymkirurgi)
42. Oversygeplejerske
Vibeke Freilev
H:S Bispebjerg
Psykiatrisk afdeling
43. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
H:S Rigshospitalet
Neurologisk afdeling
44. Overlæge, dr.med.
Ole Vestergård Gadeberg
Vejle Sygehus
Medicinsk afdeling
(hæmatologi)
45. Overlæge, dr.med.
Jes Gerlach
Sct. Hans Hospital
Afdeling P
46. Overlæge
Vibeke Vejlsgaard Goldschmidt
Hillerød Sygehus
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling
47. Psykolog
Pia Graglia
H:S Rigshospitalet
Psykiatrisk afdeling
48. Professor, dr.med.
Markil Gregersen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
49. Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
H:S Rigshospitalet
Neonataalklinikken

50. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg
H:S Rigshospitalet
Arbejdsmedicinsk Klinik
51. Lektor, lic.med.
Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
52. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbe Hansen
KAS Herlev
Medicinsk hæmatologisk afdeling
53. Overlæge Sven Erik Hansen
H:S Bispebjerg
Reumatologisk klinik
54. Overlæge, dr.med.
Troels Mørk Hansen
KAS Herlev
Medicinsk afdeling
(reumatologi)
55. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
H:S Rigshospitalet
Medicinsk afdeling B
(kardiologi)
56. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
H:S Hvidovre
Klinisk Fysiologisk-Nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
57. Overlæge, dr.med. Ib Hessov
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling L
(parenkymkirurgi)
58. Professor, dr.odont.
Erik Hjørtting-Hansen
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
59. Professor, dr.odont.
Palle Holmstrup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen, Afd. for parodonto-
logi
(Udpeget efter lov om Retslægerådet,
§ 2, stk. 3)
60. Professor, dr.med.
Jens Juul Holst
Københavns Universitet
Medicinsk Fysiologisk Institut
61. Overlæge, dr.med. Per Holstein
H:S Bispebjerg
Thorax- og karkirurgisk afdeling
62. Overlæge, dr.med. Thomas Horn
KAS Herlev
Patologisk-Anatomisk Institut
63. Overlæge, dr.med. Per Hübbe
H:S Bispebjerg
Neuromedicinsk afdeling
64. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
H:S Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
65. Overlæge, dr.med.
Jakob Ingerslev
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling
66. Overlæge
Peter Iversen
H:S Rigshospitalet
Urologisk klinik

67. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afdeling
68. Speciallæge, dr.med.
Bjarne Hamilton Jakobsen
Speciallægeklinik
(kirurgi)
69. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling
70. Overlæge Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk afdeling
71. Overlæge, dr.med.
Erik Gert Jensen,
Sønderborg Sygehus,
Ortopædkirurgisk afdeling
72. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
H:S Hvidovre
Kardiologisk afdeling
73. Speciallæge, dr.med.
Hans-Eric Jensen
Speciallægeklinik
(kirurgi)
74. Overlæge Jørn Jensen
Århus Amtssygehus
Ortopædkirurgisk afdeling
75. Overlæge, dr.med.
Karl Erik Jensen
H:S Rigshospitalet
Radiologisk klinik
76. Overlæge Tim Toftgaard Jensen
H:S Hvidovre
Ortopædkirurgisk afdeling
77. Professor, overlæge, dr.med.
Troels Staehelin Jensen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling
78. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afd., Reumatologisk sek.
79. Chefspsykolog Agnete Jønsson
H:S Rigshospitalet
Neurocenteret
80. Professor, overlæge, dr.med.
Karsten Ejsing Jørgensen
Odense Universitetshospital
Øre- næse og halsafdelingen
81. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital
Børneafdelingen
82. Institutchef, dr.med.
Jens Peter Kampmann
Lægemiddelstyrelsen
Inst. for Rationel Farmakologi
83. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
H:S Hvidovre
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling
84. Professor, overlæge, dr.med.
Preben Kirkegaard
H:S Rigshospitalet
Kirurgisk-Gastroenterologisk klinik

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

86. Administrerende overlæge
Hanne Kjeldsen
Århus Kommunehospital
Plastikkirurgisk afdeling

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

88. Oversygeplejerske
Gitte Kozakewitsch
H:S Hvidovre
Reumatologisk afdeling
(sygeplejeforhold)

89. Overlæge, dr.med.
Christen Krag
KAS Herlev
Plastikkirurgisk afdeling

90. Professor, overlæge, dr.med.
Per Kragh-Sørensen
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling

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

92. Lektor Birgitte Kringsholm
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut

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

94. Professor, overlæge, dr.med.
Ole Kronborg
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afdeling A

95. Overlæge
Christian Kruse-Larsen
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling

96. Overlæge, dr.med.
Lars Køber
KAS Gentofte
Kardiologisk afdeling

97. Overlæge, dr.med.
Claus Falck Larsen
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik

98. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen
Aalborg Sygehus Syd
Medicinsk afdeling
(hæmatologi)

99. Overlæge, dr.med.
Henning Laursen
H:S Rigshospitalet
Neuropatologisk Lab. PA

100. Professor, dr.med.
Ib Lorenzen
Farum
(medicin)

101. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afdeling

Retslægerådets organisation

102. Overlæge Jens Otto Lund
KAS Gentofte
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed. afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
103. Overlæge, dr.med.
Kjeld Lyngborg
H:S Frederiksberg
Kardiologisk afdeling
104. Professor, dr.med.
Carl Erik Mabeck
Århus Universitet
Institut for Almen Medicin
105. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
H:S Hvidovre
Klinik for endokrinologi
106. Overlæge, dr.med.
Flemming Find Madsen
H:S Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling
107. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Rask Madsen
KAS Herlev
Gastromedicinsk afdeling
108. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
H:S Rigshospitalet
Medicinsk afdeling
(allergologi)
109. Cheflæge, dr.med.
Thomas R. Mandrup-Poulsen
Steno Diabetes Center
Medicinsk-endokrinologisk afdeling
110. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet
111. Professor, overlæge, dr.med.
Torkil Menné
KAS Gentofte
Dermatologisk afdeling
112. Overlæge, dr.med.
Hans-Henrik Meyhoff
Hillerød Sygehus
Organkirurgisk afdeling
113. Overlæge, dr.med.
Sigurd Mikkelsen
KAS Glostrup
Arbejdsmedicinsk klinik
114. Professor, overlæge, dr.med.
C. E. Mogensen
Århus Kommunehospital
Medicinsk afdeling
(endokrinologi)
115. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensen
H:S Rigshospitalet
Anæstesiaafdelingen
116. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdelingen
117. Overlæge Claus Mosdal
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling

118. Overlæge, dr.med.
Henning Mouridsen
H:S Rigshospitalet
Onkologisk afdeling

119. Professor, dr.med.
Thorkild Mygind
Privatpraksis
(radiologi)

120. Overlæge, dr.med.
Mogens Møller
Odense Universitetshospital
Kardiologisk afdeling

121. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling

122. Adm. overtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
Ålborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk afdeling

123. Overlæge
Carsten Juul Nielsen
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling

124. Tandlæge Gert Nielsen
Århus

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

126. Overlæge, dr.med.
Steen Levin Nielsen
KAS Herlev
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

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

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

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

130. Professor, overlæge, dr.med.
William Paaske
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling

131. Professor, overlæge, dr.med.
Agnete Parving
H:S Bispebjerg
Audiologisk afdeling

132. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Kildeberg Paulsen
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling

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

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

135. Overlæge, dr.med.
Knud Erik Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afdeling
136. Overlæge Birgit Peitersen
H:S Hvidovre
Børneafdelingen
137. Overlæge, dr.med.
Erik Peitersen
H:S Rigshospitalet
Øre-næse-halsklinikken
138. Lektor, specialtandlæge, M.S.
Jens Kølsen Petersen
Århus Universitet
Tandlægeskolen
139. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
H:S Frederiksberg
Øjenafdelingen
140. Overlæge
Jørgen Pless
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgisk afdeling
141. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
H:S Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
142. Professor, dr.med.
Jan U. Prause
H:S Rigshospitalet
Øjenpatologisk Institut
143. Overlæge, dr.med.
Fritz E. Rank
H:S Rigshospitalet
Patologisk afdeling
144. Neuropsykolog
Jens Østergård Riis
Ålborg Sygehus
Neurologisk afdeling
145. Overlæge, dr.med.
Jarl Rosenørn
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling
146. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Rovsing
H:S Hvidovre
Røntgenafdelingen
147. Overlæge, dr.med. Kåre M. Sander
H:S Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik
148. Professor, overlæge, dr.med
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastro- enterologisk afdeling
149. Overlæge Kaare Schmidt
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling
150. Docent, dr. odont.
Ib Sewerin
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
151. Professor, overlæge, dr.med.
Anne Katrin Sjølie
Odense Universitetshospital
Øjenafdelingen
152. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Skinhøj
H:S Rigshospitalet
Epidemiafdelingen

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

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

155. Overlæge, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

156. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
KAS Gentofte
Klinisk Farmakologisk enhed
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

157. Overlæge, dr.med.
Stig Sonne-Holm
H:S Hvidovre
Ortopædkirurgisk afdeling

158. Speciallæge, dr.med.
Frank Steensgaard-Hansen
Vipperød
(kardiologi)

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

160. Overlæge, dr.med.
Svend Strandgaard
KAS Herlev
Nefrologisk afdeling

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

162. Overlæge, dr.med.
Jens Benn Sørensen
H:S Rigshospitalet
Onkologisk klinik

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

164. Lektor, dr.med.
Sven Asger Sørensen
Københavns Universitet
Afd. for Medicinsk Genetik

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

166. Overlæge Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

167. Speciallæge, dr.med.
Ole Thage
Hellerup
(neuromedicin)

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

169. Overlæge, dr.med.
Henrik Klem Thomsen
H:S Bispebjerg
Patologisk afdeling

Retslægerådets organisation

170. Overlæge, dr.med.
Jens Thomsen
KAS Gentofte
Øre-næse-halsafdelingen
171. Professor Jørgen Lange
Thomsen
Odense Universitet
Retsmedicinsk Institut
172. Overlæge, dr.med.
P.E. Bloch Thomsen
KAS Gentofte
Kardiologisk afdeling
173. Overlæge Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling
174. Overlæge
John Thygesen
H:S Rigshospitalet
Øjenklinikken
175. Professor, overlæge, dr.med.
Mirko Tos
KAS Gentofte
Øre-, næse- og halsafdelingen
176. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afd.
177. Professor, overlæge, dr.med.
Else K. Tønnesen
Århus Kommunehospital
Anæstesiologisk afdeling
178. Overlæge, dr.med.
Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
179. Speciallæge Niels Valentin
Fredensborg
(anæstesiologi)
180. Vicestatsobducent, dr.med.
Annie Vesterby
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
181. Overlæge, dr.med.
Søren Vesterhauge
H:S Rigshospitalet
Øre-næse-halsafdelingen
182. Overlæge, dr.med.
Kaj Viskum
KAS Gentofte
Lungemedicinsk afdeling
183. Overlæge
Sven Viskum
Aalborg Sygehus Nord
Arbejdsmedicinsk Klinik
184. Overlæge, dr.med.
Bo Voldby
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling
185. Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Waldemar
H:S Rigshospitalet
Neuromedicinsk afdeling
186. Professor, overlæge, dr.med.
Steen Walter
Odense Universitetshospital
Urologisk afdeling
187. Overlæge
Jens Mørch Wæhrens
KAS Glostrup
Retspsykiatrisk Center

188. Professor Bengt Öwall
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
Afdeling for protetik

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

Speciallæge i fysiurgi og rehabilitering
Kjeld Christensen
Køge

med henblik på behandling af auto-
risationsforhold.

Sagkyndige anvendt i 2002

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

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

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

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

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

Speciallæge
Ludvig Dittmann
Kastrup
(almen medicin)

Overlæge
Kjeld Dons
H:S Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
(neurokirurgi)

Overlæge
Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Speciallæge
Hans Kallerup
Kolding
(almen medicin)

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

Professor, dr.med.
Carl Erik Mabeck
Århus Universitet
Institut for Almen Medicin
(almen medicin)

Overlæge
Carsten Juul Nielsen
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)

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

Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson
H:S Rigshospitalet
Neuromedicinsk afdeling
(neurologi)

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

Overlæge
Henrik Skjødt
H:S Hvidovre
Reumatologisk Klinik
(reumatologi/fysiurgi)

Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Per Hove Thomsen
Børne- og ungdomspsykiatrisk Hospi-
tal i Risskov
(børne- og ungdomspsykiatri)

Overlæge, dr.med.
Per Thorvaldsen
KAS Gentofte
Neurologisk afdeling
(neurologi)

**Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Rets-
lægerådet, § 3, har Justitsministe-
riet beskikket:**

Speciallæge i fysiurgi og rehabilitering
Kjeld Christensen
Køge

med henblik på behandling af autori-
sationsforhold.

Ad hoc sagkyndige anvendt i 2002

1. Overlæge, dr.med.
Steen Ahrons
Odense Universitetshospital
Gynækologisk obstetrisk afdeling D

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

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

Retslægerådets organisation

4. Overlæge, dr.med.
Jens Thorup Andersen
Amtssygehuset i Roskilde
Organkirurgisk afd.
(urologi)
5. Speciallæge, dr.med.
Kjeld Skou Andersen
Virum
(ortopædkirurgi)
6. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling
7. Overlæge, dr.med.
Lars Ib Andersen
Odense Universitetshospital
Thoraxkirurgisk afdeling C
8. Overlæge, dr.med.
Jørgen G. Berthelsen
Hillerød Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
9. Overlæge, dr.med.
Morten Birket-Smith
H:S Bispebjerg
Liaisonpsykiatrisk Enhed
10. Professor, overlæge, dr.med.
Finn T. Black
Marselisborg Hospital
Medicinsk-epidemisk afdeling A
11. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Bonde
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
12. Overlæge, dr.med.
Flemming Burcharth
KAS Herlev
Kirurgisk afdeling
(parenkymkirurgi)
13. Professor, overlæge, dr.med.
Cody Eric Bünger
Århus Kommunehospital
Kirurgisk afdeling E
(ortopædkirurgi)
14. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Juel Christensen
KAS Herlev
Medicinsk- endokrinologisk afdeling
15. Overlæge
Per Prætorius Clausen
Centralsygehuset i Næstved
Patologisk afdeling
16. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
17. Professor, overlæge, dr.med.
Ronald Dahl
Århus Kommunehospital
Lungemedicinsk afdeling B
18. Overlæge
Otto Davidsen
Odense Universitetshospital
Lungemedicinsk afdeling
19. Professor, overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
H:S Rigshospitalet, Hjertecenteret
Lungemedicinsk klinik

20. Overlæge
Karen-Lise Dirksen
KAS Gentofte
Røntgenafdelingen

21. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Helsingør Sygehus
Røntgenafdelingen

22. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ehlers
Århus Kommunehospital
Øjenafdeling J

23. Overlæge Jørgen Eriksen
H:S Rigshospitalet
Tværfagligt smertecenter
(anæstesiologi)

24. Lektor, lic.pharm.
Søren Felby
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)

25. Overlæge, dr.med.
Bo Feldt-Rasmussen
H:S Rigshospitalet
Nefrologisk afdeling

26. Overlæge Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)

27. Overlæge, dr.med. Anders Fischer
KAS Gentofte
Kirurgisk afdeling
(parenkymkirurgi)

28. Overlæge, dr.med.
Cai Frimodt-Møller
KAS Gentofte
Kirurgisk afd. H

29. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
H:S Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N 6131

30. Professor, dr.med.
Markil Gregersen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut

31. Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
H:S Rigshospitalet
Neonataalklinikken

32. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg
H:S Rigshospitalet
Arbejdsmedicinsk Klinik

33. Professor, dr.pharm.
Vagn N. Hanlos
H:S Rigshospitalet
Apoteket

34. Overlæge, dr.med.
Hanne Sand Hansen
H:S Rigshospitalet
Onkologisk Klinik

35. Overlæge Sven Erik Hansen
H:S Bispebjerg
Reumatologisk klinik

36. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
H:S Rigshospitalet
Medicinsk afdeling B
(kardiologi)

Retslægerådets organisation

37. Overlæge Hans T. Henriksen
Sankt Lukas Stiftelsen
(anæstesiologi)
38. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
H:S Hvidovre
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed. af-
deling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
39. Overlæge, dr.med.
Ib Hessov
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling L
(parenkymkirurgi)
40. Professor, dr.odont.
Erik Hjørting-Hansen
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
41. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
42. Afdelingstandlæge, ph.d.
Betty Holm
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk afd.
43. Overlæge, dr.med.
Per Holstein
H:S Bispebjerg
Thorax- og karkirurgisk afdeling L
44. Overlæge, dr.med.
Per Hübbe
H:S Bispebjerg
Neuromedicinsk afdeling
45. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
H:S Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
46. Overlæge, dr.med.
Jakob Ingerslev
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling
47. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Århus Universitet
Tandlægeskolen
48. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afdeling
49. Speciallæge, dr.med.
Bjarne Hamilton Jakobsen
Frederiksberg
Speciallægeklinik
(kirurgi)
50. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
51. Overlæge Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk afdeling K
52. Overlæge, dr.med.
Erik Gert Jensen
Sønderborg Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
53. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
H:S Hvidovre
Kardiologisk afdeling

54. Overlæge
Jørn Jensen
Århus Amtssygehus
Ortopædkirurgisk afdeling E

55. Overlæge, dr.med.
Karl Erik Jensen
H:S Rigshospitalet
Radiologisk klinik

56. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.

57. Chefspsykolog Agnete Jønsson
H:S Rigshospitalet
Neurocenteret

58. Professor, overlæge, dr.med.
Karsten Ejsing Jørgensen
Odense Universitetshospital
Øre-, næse- og halsafdeling F

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

60. Institutchef, dr.med.
Jens Peter Kampmann
Lægemiddelstyrelsen
Inst. for Rationel Farmakologi

61. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
H:S Hvidovre
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling

62. Bioanalytiker Jørgen Kipshede
H:S Bispebjerg
Klinisk Biokemisk afd.

63. Professor, overlæge, dr.med.
Preben Kirkegaard
H:S Rigshospitalet
Kirurgisk-gastroenterologisk klinik

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

65. Administrerende overlæge
Hanne Kjeldsen
Århus Kommunehospital
Plastikkirurgisk afdeling

66. Overlæge, dr.med.
Christen Krag
KAS Herlev
Plastikkirurgisk afdeling V

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

68. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jørgen Kvist Kristensen
H:S Rigshospitalet
Urologisk Klinik D

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

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

Retslægerådets organisation

71. Professor, overlæge, dr.med.
Ole Kronborg
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afdeling A
(gastrokirurgi)
72. Overlæge
Christian Kruse-Larsen
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling
73. Overlæge, dr.med.
Claus Falck Larsen
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
74. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen
Aalborg Sygehus Syd
Medicinsk-hæmatologisk afd. B
75. Overlæge, dr.med.
Henning Laursen
H:S Rigshospitalet
Neuropatologisk Lab. PA
76. Overlæge Freddy Lippert
H:S Rigshospitalet
Traumecentret
(anæstesiologi)
77. Professor, dr.med.
Ib Lorenzen
Farum
(medicin)
78. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund
H:S Rigshospitalet
Ortopæd-kirurgisk afdeling U
79. Overlæge Jens Otto Lund
KAS Gentofte
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed. af-
deling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
80. Overlæge, dr.med.
Kjeld Lyngborg
H:S Frederiksberg
Kardiologisk afdeling
81. Overlæge, dr.med.
Peter Lyngdorff
Gentofte
(urologi)
82. Overlæge, dr.med.
Hans Løkkegaard
KAS Herlev
Nefrologisk afd. B
83. Professor, overlæge, dr.med.
Hans von der Maase
Århus Kommunehospital
Onkologisk afd. D
84. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
H:S Hvidovre
Klinik for endokrinologi
85. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Rask Madsen
KAS Herlev
Gastromedicinsk afdeling
86. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
H:S Rigshospitalet
Allergi-klinikken

87. Cheflæge, dr.med.
Thomas R. Mandrup-Poulsen
Steno Diabetes Center
Medicinsk-endokrinologisk afdeling
88. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet
89. Professor, overlæge, dr.med.
Torkil Menné
KAS Gentofte
Dermatologisk afdeling K
90. Overlæge, dr.med.
Sigurd Mikkelsen
KAS Glostrup
Arbejdsmedicinsk klinik
91. Professor, overlæge, dr.med.
C. E. Mogensen
Århus Kommunehospital
Medicinsk afdeling
(endokrinologi)
92. Overlæge, dr.med.
Hans Henning Mogensen
Hørsholm Sygehus
Reumatologisk Klinik
93. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensen
H:S Rigshospitalet
Anæstesiaafdeling AN
94. Overlæge Claus Mosdal
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling GS
95. Professor, dr.med.
Thorkild Mygind
Privatpraksis
(radiologi)
96. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jacob Trier Møller
H:S Rigshospitalet
Anæstesiaafdelingen
97. Overlæge
Jens Henrik Nehen
Aalborg Sygehus Syd
Øjenafdelingen
98. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling
99. Adm. overtandlæge,
specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk afd.
100. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
H:S Hvidovre
Infektionsmedicinsk afdeling
101. Vicesstatsobducent, dr.med.
Nils Højgaard Nielsen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
102. Overlæge, dr.med.
Steen Levin Nielsen
KAS Herlev
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
103. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B

Retslægerådets organisation

104. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
KAS Herlev
Kirurgisk afd. H
(urologi)
105. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Olesen
KAS Glostrup
Neurologisk afdeling N
106. Professor, overlæge, dr.med.
Agnete Parving
H:S Bispebjerg
Audiologisk afdeling
107. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Kildeberg Paulsen
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T
(thoraxkirurgi)
108. Overlæge Birgit Peitersen
H:S Hvidovre
Børneafdelingen
109. Overlæge, dr.med.
Erik Peitersen
H:S Rigshospitalet
Øre-næse-halsklinikken
110. Lektor, specialtandlæge, M.S.
Jens Kølsen Petersen
Århus Universitet
Tandlægeskolen
Afd. for oral kirurgi
111. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
H:S Frederiksberg
Øjenafdelingen
112. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
H:S Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
113. Professor, overlæge, dr.med.
Jan U. Prause
H:S Rigshospitalet
Øjenpatologisk Institut
114. Overlæge, dr.med.
Fritz E. Rank
H:S Rigshospitalet
Patologisk afdeling
115. Neuropsykolog
Jens Østergård Riis
Ålborg Sygehus
Neurologisk afdeling
116. Overlæge Niels Rohr
Odense Universitetshospital
Thorax-karkirurgisk afd. T
117. Overlæge Lene Rørdam
H:S Bispebjerg
Klinisk-fysiologisk & nuclearmed. afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
118. Overlæge, dr.med.
Jarl Rosenørn
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling
119. Overlæge, dr.med.
Kåre M. Sander
H:S Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik RT
120. Professor, overlæge, dr.med.
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastro-enterologisk afdeling S

121. Praktiserende læge
Poul Schiøler
Lægehuset
Glamsbjerg
(almen medicin)

122. Overlæge
Kaare Schmidt
KAS Glostrup
Neurokirurgisk afdeling N

123. Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder
H:S Rigshospitalet
Karkirurgisk afdeling RK

124. Professor, overlæge, dr.med.
Anne Katrin Sjølie
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E

125. Professor, overlæge, dr.med.
Niels E. Skakkebæk
H:S Rigshospitalet
Afd. for vækst og reproduktion

126. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Skinhøj
H:S Rigshospitalet
Epidemiafdelingen

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

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

129. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
KAS Gentofte
Klinisk Farmakologisk enhed
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

130. Overlæge, dr.med.
Stig Sonne-Holm
H:S Hvidovre
Ortopædkirurgisk afdeling

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

132. Overlæge, dr.med.
Svend Strandgaard
KAS Herlev
Nefrologisk afdeling B

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

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

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

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

137. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling
138. Overlæge, dr.med.
Henrik Klem Thomsen
H:S Bispebjerg
Patologisk afdeling
139. Overlæge Jens Chr. Thomsen
KAS Gentofte
Øre-, næse- og halsafdeling E
140. Professor Jørgen Lange
Thomsen
Odense Universitet
Retsmedicinsk Institut
141. Overlæge, dr.med.
P.E. Bloch Thomsen
KAS Gentofte,
Kardiologisk afdeling P
142. Overlæge Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling
143. Overtandlæge, ph.d.
Jens Thorn
Esbjerg Centralsygehus
144. Overlæge, dr.med.
John Thygesen
H:S Rigshospitalet
Øjenklinikken
145. Professor, overlæge, dr.med.
Mirko Tos
KAS Gentofte
Øre-, næse- og halsafdeling E
146. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold
H:S Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afdeling
147. Overlæge, dr.med.
Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
148. Speciallæge Niels Valentin
Fredensborg
(anæstesiologi)
149. Overlæge, dr.med.
Jørgen Vestbo
H:S Hvidovre
Klinik for lungemedicin og allergi
150. Vicesstatsobducent, dr.med.
Annie Vesterby
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
151. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Vilstrup
Århus Kommunehospital
Medicinsk afd. V
152. Overlæge, dr.med.
Kaj Viskum
KAS Gentofte
Lungemedicinsk afdeling Y
153. Overlæge
Sven Viskum
Aalborg Sygehus Nord
Arbejdsmedicinsk Klinik
154. Overlæge, dr.med.
Bo Voldby
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling GS

Retslægerådets organisation

155. Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Waldemar
H:S Rigshospitalet
Neuromedicinsk afdeling N

156. Overtandlæge
Niels Worsaae
Ålborg Sygehus syd

157. Chefpsykolog
Gunilla Øberg
København Ø

158. Overlæge, dr.med.
Klaus Ølgaard
H:S Rigshospitalet
Nefrologisk klinik

Retslægerådets sekretariat 2001

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

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen
Fuldmægtig, cand.jur. Marianne Kristensen (til 28.02.01)
Fuldmægtig, cand.jur. Dorthe Langelund (fra 01.03.01)

Medicinske sekretærer

Lektor, speciallæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)
Lektor Peter Theilade (12 timer ugentlig)
Læge Klaus Poulsen (12 timer ugentlig) til 31.07.01
Speciallæge Mette Lind Holm (12 timer ugentlig) fra 01.08.01

Sekretærer

Afdelingsleder Evy Ekholm
Overassistent Annelise Gersby Jacobsen.
Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)
Overassistent Dorte Nielsen

Retslægerådets sekretariat 2002

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

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen
Fuldmægtig, cand.jur. Dorte Langelund Schaarup (til 26.07.02)
Fuldmægtig, cand.jur. Inge-Merete Feilberg (fra 05.08.02)

Medicinske sekretærer

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

Sekretærer

Afdelingsleder Evy Ekholm
Overassistent Annelise Gersby Jacobsen
Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)
Overassistent Dorte Nielsen (til 31.05.02)
Overassistent Helle Traun Hansen (fra 01.07.02)

II. Statistik

A: Sager behandlet i Retslægerrådet 2001

A. Psykiatriske sager	519
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	225
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.	9
D. Faderskabssager	237
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	747
F. Administrative sager m.v.	169
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	14
M. Færdselssager med medicinindtagelse	87
I ALT	2007

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	271
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	26
Ændring i strafferetlig foranstaltning	175
Ophævelse af farlighedsdekret	6
Overførsel til sikringsanstalten	8
Umyndiggørelser	0
Benådning	2
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	31
I ALT	519

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	121
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	104
I ALT	225

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	6
Ændring af navn/cpr.nr.	3
I ALT	9

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	121
Arbejdsskader/ulykker	186
Erstatning, pensionssager m.v.	219
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	27
Aldersbestemmelse	174
Ikke-psykiatriske benådningssager	1
Diverse	19
I ALT	747

B: Sager behandlet i Retslægerådet 2002

A. Psykiatriske sager	516
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	197
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr.	11
D. Faderskabssager	189
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	569
F. Administrative sager m.v.	122
H. Aldersbestemmelse (fra 01.04.02)	231
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	9
M. Færdselssager med medicinindtagelse	146
I ALT	1990

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	317
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	15
Ændring i strafferetlig foranstaltning.....	136
Ophævelse af farlighedsdekret	5
Overførsel til sikringsanstalten	6
Umyndiggørelser	2
Benådning	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	34
I ALT	516

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	96
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	101
I ALT	197

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

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

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	64
Arbejdsskader/ulykker	160
Erstatning, pensionssager m.v.	254
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	37
Aldersbestemmelse (Pr. 01.04.02: H-sager)	34
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	20
I ALT	569

III. Udvalgte sager af interesse

Forelæggelse af civile sager for Retslægerådet

Der er i offentligheden ofte sat fokus på sagsbehandlingstiden hos de offentlige myndigheder, herunder også Retslægerådet. Rådet er naturligvis opmærksom herpå og vurderer løbende, hvorledes sagsbehandlingstiden i rådets regi kan holdes nede, idet det dog samtidigt er afgørende for rådet, at dets udtalelser ikke kvalitativt lider herunder.

I det følgende vil nogle problemområder vedrørende myndigheders forelæggelse af sager for Retslægerådet blive omtalt. Det er Retslægerådets opfattelse, at der vil være mulighed for en nedsættelse af den samlede sagsbehandlingstid hos rådet, såfremt de forelæggende myndigheder og de advokater, der har med disse sager at gøre, vil være mere opmærksomme på disse forhold.

Der er i artiklen taget udgangspunkt i specielt det stigende antal civile retssager, der forelægges for rådet. Der vil dog givetvis kunne drages paralleller til andre sagsområder.

Straks efter modtagelsen af en sag i Retslægerådet igangsættes en forbehandling af sagen, hvorunder der foretages en lægelig og juridisk gennemgang af det fremsendte sagsmateriale, herunder de stillede spørgsmål m.v.

Her konstateres det ofte, at sagen på modtagelsestidspunktet ikke er hensigtsmæssigt ordnet, idet der for eksempel kan være problemer med de fremsendte akters fremtræden og omfang, formelle mangler omkring spørgsmålenes godkendelse af retten, spørgsmålenes formulering og lignende. Nogle af disse problemstillinger gennemgås i det følgende.

Det fremsendte materiales stand

Det hænder ofte, at sagens akter er fremsendt uden hæftning af de enkelte bilag eller omvendt hæftet som ét bilag, at der er flere eksemplarer af samme bilag, at fotokopier ikke er læselige, at to bilag er kopieret sammen på ét ark, at nogle bilag ikke er komplette – mangler for eksempel de lige sider. Endvidere hænder det, at der ikke er foretaget bilagering af sagens dokumenter eller dele heraf.

En sådan fremsendelse vil i sig selv kunne give anledning til, at Retslægerådet må tilbagesende sagens akter med anmodning om, at de må blive ordnet på en mere hensigtsmæssig måde.

For at sagsbehandlingen kan gennemføres, må det tilstræbes, at skriftligt materiale, specielt de lægelige akter:

- 1) er bilageret kronologisk efter datering,
- 2) er sammenhæftede hver for sig og adskilt fra andet materiale
- 3) fremsendes i ét eksemplar uden dubletter
- 4) bilageres entydigt (herunder underbilag)
- 5) er læselige og komplette, samt at
- 6) bilagering opretholdes ved en eventuel senere genfremsendelse.

Består et bilag af et meget stort antal sider, for eksempel en hospitalsjournal, vil bilaget eventuelt kunne samles i et plastomslag.

Det er ønskeligt, at lægeligt materiale er adskilt fra det øvrige sagsmateriale.

Det bemærkes, at Retslægerådet ikke selv indhenter oplysninger til brug for sagsbehandlingen. Såfremt rådet ikke finder det forelagte materiale tilstrækkeligt, vil rådet opfordre den forelæggende myndighed til at indhente yderligere materiale til brug for rådets sagsbehandling. Der kan i den forbindelse henvises til artiklen i Retslægerådets årsberetning 1996, side 41ff: "Behandling af civile sager".

Det vil naturligvis være en fordel for den samlede sagsbehandlingstid og for rådet, såfremt alt relevant materiale bliver medsendt i forbindelse med den umiddelbare forelæggelse af sagen. Som eksempler på helt nødvendigt materiale kan peges på det bilags- og billedmateriale, der direkte er henvist til i spørgetemaet. Da rådets sagkyndige foretager en selvstændig vurde-

ring af det fremsendte materiale, herunder billedmateriale, er det vigtigt, at alt tilgængeligt materiale, herunder billedmateriale, der er relevant for den forelagte sag, medsendes. Måtte for eksempel billedmateriale være destrueret eller bortkommet, bør rådet have oplysning herom samt til erstatning herfor have tilsendt beskrivelser af billedmaterialet.

Som tidligere nævnt vil Retslægerådet, såfremt rådet ikke finder det medsendte materiale tilstrækkeligt, opfordre den forelæggende myndighed til at indhente supplerende materiale. Dette sker som udgangspunkt, inden de sagkyndige ser på sagen. Sagsbehandlingen sættes således i bero indtil modtagelse af det omhandlede materiale eller oplysning om, at det ikke kan eller vil blive stillet til rådets disposition. Hvis materialet ikke måtte blive fremsendt inden en af Retslægerådet fastsat frist, selv om der fortsat arbejdes med at fremskaffe sådant materiale, bør rådet orienteres herom. Retslægerådet skal anmode om, at det ønskede materiale altid fremsendes samlet og med oplysning om, at yderligere materiale ikke vil fremkomme. Såfremt materialet helt undtagelsesvist - og med en konkret begrundelse - fremsendes ad flere gange, bør det fremgå, at der vil fremkomme yderligere materiale, indtil det tidspunkt, hvor det sidste materiale fremsendes. Det bemærkes, at fremsendelse af ønsket materiale fra forskellige (advokater, hospitaler m.v.) ikke alene kan gøre det uoverskueligt for Retslægerådet, hvornår alt materiale er modtaget, men det kan også bevirke, at

sagens parter reelt ikke er bekendt med, hvad der er fremsendt til rådet. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det naturligvis vil være meget uhenigtsmæssigt for rådets sagsbehandling - og dermed også for sagsbehandlings-tiden - såfremt der fremsendes yderligere materiale til Retslægerådet, efter at den egentlige sagsbehandling hos rådets medlemmer/sagkyndige er påbegyndt.

Den offentlige myndigheds godkendelse af de stillede spørgsmål

Forelæggelse af sager for Retslægerådet kan ifølge lov om Retslægerådet, § 1, alene ske ved "en offentlig myndighed". Dette betyder, at der med den forelagte sag skal følge dokumentation for den offentlige myndigheds godkendelse af sagens forelæggelse - i de her omtalte sager rettens godkendelse. Er dette forhold ikke bragt på plads, vil sagsbehandlingen også her blive udskudt, indtil afklaring heraf er sket. Dette forudsætter, at rådet må tage kontakt til retten eller en af sagens parter advokater. Det skal i den forbindelse fremhæves, at det er vigtigt for rådet, at det klart fremgår af den fremsendte sag, hvilket spørgetema eller hvilke spørgetemaer, der er godkendt af retten. Det bør således fremgå, hvor mange spørgetemaer, der ønskes besvaret af Retslægerådet, og disse spørgetemaer bør være så klart definerede, at der ikke hersker tvivl herom. Det bemærkes, at der i sagsakter ofte findes udkast til spørgetemaer, der senere under retssagens forberedelse er frafaldet. En henvisning i retsbogen til, at "spørgsmålene" er godkendt, vil således ikke altid være

entydig. Det kan ligeledes forekomme, at en tidligere retsbog, hvor et spørgetema er godkendt, ikke er medsendt sagens akter. Retslægerådet vil således sætte pris på, at der i forbindelse med en forelæggelse er fuldstændig klarhed over, hvilke spørgsmål, der er godkendt af retten.

Antallet og karakteren af de stillede spørgsmål har betydning for rådets sagsbehandlingstid. I betænkning om Retslægerådet nr. 1196/1990, side 131ff. er opregnet en række krav til de spørgsmål, der kan stilles. Idet der henvises hertil, kan det kort opregnes, at de spørgsmål, der stilles til rådet, skal være konkrete, klare, neutrale, relevante og omfattet af Retslægerådet kompetence. Der kan endvidere henvises til følgende artikler i Retslægerådets årsberetning, hvor retningslinier om spørgsmålsstilling er anført:

Rådets årsberetning 1992, side 23ff. (Retslægerådet vurderingsgrundlag i sager vedr. civile spørgsmål), årsberetningen 1996, side 41ff. (behandling af civile sager) og årsberetningen 2000, side 33ff. (forhold Retslægerådet ikke udtaler sig om).

Specifikation af faktiske forhold

På trods af, hvad der fremgår af betænkning om Retslægerådet og af det, der har været fremført i forskellige artikler i rådets årsberetninger i de senere år, må rådet konstatere, at der i civile sager jævnligt - og ofte af de samme advokatkontorer - spørges meget bredt og ud over, hvad rådet normalt kan påtage sig at svare på.

Retslægerådet kan spørges om konkret påpegede forhold, men rådet kan ikke påtage sig at referere eller bekræfte, hvad der står at læse i de fremsendte papirer, at udarbejde resumeer af sagsakterne eller at foretage generelle helbreds vurderinger ud fra fremsendte aktstykker. Rådet kan heller ikke påtage sig ud fra sådanne aktstykker at udvælge, hvad det er, rådet efterfølgende vil lægge til grund for besvarelsen af de følgende ikke-præciserede spørgetemaer. Det er ikke Retslægerådets opgave selv at definere spørgsmålene og selv at udfinde de præmisser, der skal lægges til grund for besvarelsen. Dette ville jo også indebære den mulighed, at Retslægerådet overser noget, eller ikke vægter forholdene på samme måde som parterne, og derved fratager parterne rådigheden over sagen. Konkretiseringen af, hvilke lægevidenskabelige spørgsmål, sagen drejer sig om, er parternes ansvar, ikke Retslægerådets.

I en lang række sager beder man uden Retslægerådet oplyse, hvilke skader sagsøger efter rådets opfattelse har pådraget sig ved en arbejdsulykke eller et færdselsuheld på en angiven dato, uden at uheldet er nærmere omtalt i de fremsendte papirer. Man forudsætter her en synskhed, som rådet ikke besidder. På samme måde spørges Retslægerådet jævnligt om, hvad en given undersøgelse har vist, eksempelvis en røntgenfotoafregning, uden at røntgenbilledet er fremsendt.

Opmærksomheden skal henledes på, at de faktiske forhold, som det ønskes, at Retslægerådet baserer sin udtalelse

på, enten bør fremgå direkte af spørgsmålet eller af et særskilt bilag. Der kan ikke blot henvises til "sagens akter" eller "de af sagsøger påberåbte lidelser". Denne problematik har i de senere år særligt gjort sig gældende i det stigende antal sager vedrørende arbejdsrelaterede lidelser. Der er i disse sager ofte uenighed mellem sagsøger og sagsøgte om, hvilke arbejdsforhold, der skal lægges til grund ved rådets behandling af sagen. Da det ikke er rådets opgave at foretage en bevisvurdering, må det i sådanne sager klart angives og specificeres, hvilke (ofte alternative) arbejdsforhold, der ønskes lagt til grund ved rådets udtalelse. Dette kan oftest bedst ske ved udfærdigelse af alternative arbejdsbeskrivelser på særskilte bilag.

I civile sager vil uordnede eller insufficiante fremsendelser sædvanligvis resultere i, at sagen returneres. Dette indebærer imidlertid en unødvendig forsinkelse og en væsentlig arbejdsbelastning af Retslægerådet, der er nødt til at gennemgå sagen for at kunne overskue, hvad der er fremsendt og hvilke mangler, der kan konstateres.

En sådan gennemgang med konstatering af mangler i det lægelige materiale kan være naturlig i enkelte sager af stor kompleksitet, men er ofte ubegrundet og kan være en bekvemmelighed, der udnyttes. Retslægerådet må imidlertid afvise en funktion som sekretariat for advokatkontorer. Rådet kan ikke påtage sig det ansvar, der er forbundet hermed, og har ikke de nødvendige ressourcer. Hvis fremsendelsen således ikke er præget af omhu,

kan Retslægerådet i stigende grad være nødt til at returnere sagerne til en fornyet fremsendelse uden egentlig forbehandling i rådet.

I civile sager er det reglen mere end undtagelsen, at der stilles spørgsmål, der ikke kan besvares ud fra det fremsendte og sparsomme lægelige materiale. Det er rådets opfattelse, at man i de allerfleste sager ved nærmere omtanke let kunne have fremsendt røntgenbilleder, kopi af hospitalsjournaler eller af journal fra praktiserende læge, der dækkede det relevante åremål, så sagen var sufficient ved første fremsendelse. Dette ville have en meget betydelig virkning på sagsbehandlingstiden og ville således være i alles interesse. Det kan oplyses, at den gennemsnitlige tid, der går med rådets indhentelse af supplerende materiale på grund af mangler ved fremsendelsen i civile sager, udgør godt 30 dage.

Sagens stand ved tilbagesendelsen

Det hænder, at rådet – i forbindelse med forelæggelse af civile retssager – bliver anmodet om, at sagen tilbagesendes i samme stand, hvori den er

modtaget. Det skal i den forbindelse bemærkes, at rådets praksis er, at de lægelige bilag udtages af sagens akter og samles til brug for rådets behandling af sagen hos medlemmerne/de sagkyndige. Ved tilbagesendelsen af sagen lægger rådet ikke bilagene ”på plads”, dels fordi det er ressourcekrævende, dels fordi det kunne være vanskeligt og derved betænkeligt, hvis der skete en fejl. Har hvert enkelt bilag fået særskilt bilagsnummer og er hæftet sammen ved modtagelsen i rådet, vil der næppe for den forelæggende myndighed/ret være problemer med at få ordnet sagen igen. Har de enkelte bilag derimod ikke fået særskilte bilagsnumre og måske endog været hæftet sammen med sagens øvrige bilag, kan der naturligvis være et problem. Dette vil dog kunne undgås, såfremt hvert enkelt bilag er hæftet for sig og forsynet med bilagsnummer, jf. ovenfor. Såfremt rådets praksis skulle ændres og bilagene lægges som ved modtagelsen, ville behovet for tilbagesendelse af sagerne med anmodning om, at disse bliver ordnet, blive langt større end nu. Retslægerådet håber derfor på forståelse for rådets praksis.

Vurdering af alderen hos børn, unge og voksne

På Justitsministeriets foranledning påbegyndte Retslægerådet for cirka 30 år siden foretagelse af aldersvurderinger. Det drejede sig i de første år især om aldersvurdering af børn adopteret fra udlandet, hos hvem fødselsdatoen var usikker. I de senere år har Udlændingestyrelsen ønsket aldersvurderinger af personer, der opholder sig i udlandet og søger opholdstilladelse i Danmark (familiesammenføring). Specielt bliver Retslægerådet anmodet om at tage stilling til, om en asylansøger på tidspunktet, da ansøgningen blev indgivet, var over eller under 18 år.

Retslægerådet behandlede i 2002 265 sager og i 2003 241 sager om aldersvurdering, hvoraf langt de fleste drejede sig om ansøgninger i forbindelse med familiesammenføring. Hver sag vurderes af 3 sagkyndige, hvoraf 1 er tandlæge.

Retslægerådet anbefaler rekvirering af oplysninger til brug ved aldersbestemmelse

Retslægerådet anmoder normalt om røntgenfotos af hånd og håndled, kraveben, hoftelid og bækken samt tandsæt (ortopantomogram) foruden oplysning om ansøgerens højde, vægt og kønsudvikling.

Rådet har i brev af 26.02.04 til Udlændingestyrelsen oplyst, at det alene er nødvendigt at medsende røntgenfotos

af kraveben, bækken og hofter, når det drejer sig om ansøgere, der påberåber sig en alder mellem 16 og 20 år. Såfremt ansøgerne angiver en alder uden for dette interval, finder Retslægerådet det ikke nødvendigt med dette materiale, ikke mindst på grund af hensynet til ikke unødigt at udsætte ansøgere for strålerisiko. Det skal bemærkes, at Retslægerådet fortsat skal anmode om røntgenfotos af hånd og håndled og tandsæt (ortopantomogram) for alle aldre.

For de adopterede og herboende børn og unges vedkommende indhentes så vidt muligt alle tilgængelige mål af højde, vægt og kranieomfang med henblik på bedømmelse af tilvæksthastigheden. Endvidere indhentes oplysninger om motorisk, verbal og non-verbal udvikling.

Baggrund for knoglealdersbestemmelse

Siden påvisningen af røntgenstråler i 1895 har det været muligt at studere knogleudviklingen på levende individer. Hos det nyfødte barn består røknoglerne kun af forbenet materiale svarende til midterpartiet (diafysen). Knogleenderne (epifyserne) består af brusk. Forbeningen af epifyserne i røknoglerne foregår i hele barndommen og ungdommen. Sidste fase i knogleudviklingen består i lukning af epifyselinierne (sammenvoksning af diafysen

med epifysen). Knogleudviklingen foregår efter ganske bestemte mønstre, der er videnskabeligt dokumenterede og beskrevet statistisk. Knogleudviklingen har således vist sig at være et graderet og anvendeligt mål til vurdering af den biologiske alder.

Håndens og håndleddets knogler er i gennemsnit færdigudviklet i 17-års alderen hos piger og i 19-års alderen hos drenge. Bækkenets knogler færdigudvikles senere, tidligst i 20-års alderen for begge køns vedkommende. Kravebenets knogler er færdigudviklede endnu senere, tidligst i 22-års alderen for begge køns vedkommende.

Variationen i udviklingen

Den fysiske udvikling, som afspejler sig i knogleudvikling, tandudvikling, højdevækst og kønsudvikling, varierer meget, knogleudviklingen dog relativt mindst. Variationen er mindst i de yngre aldersklasser, men den tiltager gradvist og når et maksimum omkring puberteten. Derefter aftager variationen. Variationen i for eksempel længdevæksten er så stor, at en 14 år gammel dreng kan være mellem 145 og 180 cm høj og alligevel være normal, og en dreng, der er 150 cm høj, kan være mellem 10 og 15 år gammel og dog befinde sig inden for de normale grænser.

Etnicitet og sociale forhold

Videnskabelige undersøgelser viser ingen etnisk betingede forskelle mellem forskellige etniske grupper, mens sociale forhold spiller en betydelig rolle.

54

Den samlede aldersvurdering

I den samlede vurdering af alderen indgår foruden Retslægerådets egen bedømmelse af de medsendte røntgenbilleder af knogler og tænder de beskrevne oplysninger om vægt, højde, kønsudvikling og helbredstilstand. I aldersvurderingen vægtes knoglealderbestemmelsen højest og højere end tandalderbestemmelsen, idet variationen ved tandalderbestemmelsen er større end ved knoglealderbestemmelsen.

I den medfølgende beskrivelse af kønsudviklingen anvendes "Tanner stadier 1-5", der er arbitrære mål for udviklingen.

Billedmateriale af Tanner stadier er af Retslægerådet stillet til rådighed for de instanser, som ikke førhen måtte have benyttet denne internationalt anerkendte måde at beskrive kønsudviklingen på.

Når spørgsmålet drejer sig om stillingtagen til, hvorvidt en ansøger måtte være over eller under 18 år på ansøgningstidspunktet, anvendes som udgangspunkt følgende regel: Hvis den samlede knoglealder afviger mindre end 12 måneder fra 18 år på ansøgningstidspunktet, formuleres svaret således. "Det er ikke muligt med rimelig sikkerhed at afgøre, om ansøgeren på ansøgningstidspunktet var over eller under 18 år". Hvis afvigelsen på ansøgningstidspunktet er 12 måneder eller derover er formuleringen: " Det er sandsynligt, at ansøgeren på ansøgningstidspunktet var over/ under 18 år." Da ansøgningstidspunktet ikke falder sammen med tidspunktet for røntgenfotograferingen, må tidsrummet mellem ansøgningstidspunktet

Vurdering af alderen hos børn, unge og voksne

og røntgenfotograferingen fratrækkes ved bedømmelsen af knoglealderen på ansøgningstidspunktet.

Ved aldersvurdering af herboende børn og unge, hos hvem det er muligt at få mere detaljerede oplysninger om

væksthastighed, motorisk og psykisk udvikling samt om forholdet til de andre børn, ansøgeren måtte omgås i en institution, tages der hensyn til disse mere detaljerede informationer.

Retslægerådets kompetence i medfør af lov om retslægerådet, § 1, – ”sager om enkeltpersoners retsforhold”

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 1, er det Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Der forelægges af og til sager for rådet, hvor spørgsmålene nok er af lægevidenskabelig eller farmaceutisk karakter, men hvor ingen af sagens parter ses at være ”enkeltpersoner”, og hvor sagen ej heller ses at have umiddelbar betydning for enkeltpersoners retsforhold. Det er rådets praksis i sådanne tilfælde at afvise at behandle sagerne med udgangspunkt i en fortolkning af § 1 i lov om Retslægerådet. I den nedenfor nærmere beskrevne sag var dette tilfældet i en civil retssag, anlagt af Nyborg Kommune mod Tryg-Baltica Forsikring A/S. Sagen vedrørte et krav på godt 60.000 kr. med renter, som kommunen havde udbetalt i sygedagpenge til en person, der havde været indblandet i et færdselsuheld, hvor forsikringsselskabet Tryg-Baltica havde været ansvarsforsikrer for den bilist, der havde forvoldt færdselsuheldet. Retslægerådet afviste at behandle sagen, da ingen af sagens parter var en ”enkeltperson”. Retten afsagde imidlertid kendelse om, at Retslægerådet skulle besvare forespørgslen i sagen, idet den verserende sag vedrørte spørgsmålet om en enkeltpersons helbredstilstand, og at det i denne forbindelse måtte være uden betydning, hvilke parter sagen blev ført imellem. Kendelsen blev af Retslægerådet påkæret til Østre Landsret med påstand om, at kendelsen blev ophævet. Østre Landsret fulgte rådets påstand og ophævede kendelsen. Rådets praksis vedrørende forståelsen af lov om Retslægerådet, § 1, opretholdes således. (E 12649)

Med brev af xx.xx.xx fra Retten i Ballerup blev en sag forelagt for Retslægerådet med spørgsmål af lægevidenskabelig karakter vedrørende gener/skader, NN havde pådraget sig ved et færdselsuheld i 1998. Sagen var anlagt af Nyborg

Kommune mod Tryg Forsikring. Om baggrunden for sagsanlægget kan følgende oplyses:
NN blev den xx.xx.98 påkørt i sin bil af en forsikringstager hos Tryg-Baltica Forsikring A/S. Umiddelbart efter ulykken genoptog NN sit arbejde som

Retslægerådets kompetence i medfør af lov om retslægerådet, § 1

lærling. I xx.xx.99 blev NN sygemeldt, blandt andet som følge af smerter i nakken, og modtog sygedagpenge fra Nyborg Kommune i perioden august 1999 – maj 2000. Nyborg Kommune anmeldte et regreskrav for udbetalte sygedagpenge over for Tryg-Baltica Forsikring, som blev afvist af forsikrings-selskabet, blandt andet på grund af, at der ikke efter forsikrings-selskabets opfattelse var årsagssammenhæng mellem trafikuheldet og skaderne hos NN, og fordi skaden af Arbejdsskadestyrelsen var vurderet til at være stationær i januar 1999.

Ved brev af 12.03.03 afviste Retslægerådet at behandle sagen under henvisning til lov om Retslægerådet, § 1. Rådet udtalte følgende:

”Ifølge lov om Retslægerådet, § 1, er det Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Da parterne i nærværende sag er en offentlig myndighed og et selskab, opfylder sagen efter Retslægerådets opfattelse ikke betingelserne i ovennævnte lov, hvorfor Retslægerådet må afstå fra at fremkomme med en udtalelse.”

Ved kendelse af 09.04.03 besluttede Retten i Ballerup, at Retslægerådet skulle besvare forespørgslen i sagen. Fra kendelsen kan citeres:

”Efter rettens opfattelse vedrører den verserende sag spørgsmålet om NN’s helbredstilstand. Det er i den forbin-

delse uden betydning, hvilke parter sagen føres mellem. Da spørgsmålet om NN’s helbredstilstand er af væsentlig betydning for sagen, og da spørgsmålene til Retslægerådet vedrører denne, falder forespørgslen efter rettens opfattelse indenfor rammerne af lov om Retslægerådet, § 1, hvorfor bestemmes: Retslægerådet skal besvare forespørgslen i sagen.”

Da indholdet af den afsagte kendelse stred imod Retslægerådets praksis, hvorefter rådet afviste at behandle sager, hvor ingen af sagens parter var ”enkeltperson”, og hvor der ej heller forelå oplysninger, hvorefter sagens udfald måtte påregnes at få umiddelbare konsekvenser for ”en enkeltpersons retsforhold”, blev kendelsen påkæret til Østre Landsret med påstand om, at kendelsen blev ophævet.

Retslægerådet gjorde til støtte for påstanden om ophævelse gældende, at rådet med rette havde afvist at besvare de spørgsmål om NN’s helbredstilstand, som Nyborg Kommune og Tryg-Baltica Forsikring A/S havde stillet i den verserende retssag om regres for sygedagpenge, idet denne retssag hverken vedrørte eller havde betydning for NN’s retsforhold.

Den enkeltperson, hvis helbredstilstand er genstand for Retslægerådets udtalelse, er normalt part i sagen. I alle tilfælde må man dog kræve, at Retslægerådets udtalelse har konkret retlig betydning for personen. Retslægerådets virksomhedsområde har siden oprettelsen i 1909 været begrænset til sager om enkeltpersoners retsforhold. Siden har der ikke været

tvivl om, at det kun drejer sig om sager, som har betydning for den, som erklæringen faktisk vedrører. Allerede efter Betænkning angående ordningen af Sundhedsvæsenets Centralstyrelse fra 1909 var det Retslægerådets virksomhed at afgive retslægeerklæringer til domstolene, som havde "... *den allerstørste betydning for de pågældende individer* ...". § 10 i lov nr. 111 af 30. april 1909 om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse fik herefter det indhold, at skønnet skulle være "... *bestemmende for enkelte personers retsforhold*". Retslægerådets virksomhed blev siden reguleret i lov nr. 131 af 16.04.35 om Retslægerådet, hvor man i § 1 fastholdt, at Retslægerådet havde til opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn, som er "... *bestemmende for enkeltpersoners retsforhold...*". Efter den gældende lov om Retslægerådet, jf. lov nr. 60 af 25.03.61, har Retslægerådet efter § 1 stadig til opgave "... *at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold...*". Der findes hverken i forarbejderne til 1935-loven eller i den gældende lov fortolkningsbidrag, som kan støtte nogen anden forståelse af "enkeltpersoners retsforhold", end den, som fremgår af betænkningen fra 1909. Senest fastholdt udvalget i betænkning nr. 1196/1990 om Retslægerådet, som ikke førte til lovændring, at Retslægerådets opgave i konkrete sager er begrænset til sager om enkeltpersoners retsforhold.

Retslægerådet gjorde gældende, at der i den omhandlede sag hverken var oplyst omstændigheder, der tydede

på, endsige førte til, at NN havde retlig interesse i sagen mellem Nyborg Kommune og Tryg-Baltica Forsikring A/S, eller at sagen i øvrigt havde eller ville få konkret betydning for NN. Sagen drejede sig kun om, hvorvidt Nyborg Kommune kunne gennemføre et regreskrav mod Tryg-Baltica Forsikring A/S for de sygedagpenge, man havde udbetalt til NN. Udfaldet af sagen ville hverken føre til, at NN skulle tilbagebetale nogen del af de allerede udbetalte sygedagpenge, eller føre til et krav om yderligere sygedagpenge. Udfaldet ville heller ikke føre til, at NN ville kunne kræve andre erstatningsposter dækket. Det forhold, at Nyborg Kommunes ret til regres mod Tryg-Baltica Forsikring A/S var afledt af NN's krav mod Tryg-Baltica Forsikring A/S på erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, jf. UfR 2002.2683 H, kunne ikke føre til et andet resultat. NN's krav på ydelser i anledning af tilskadekomsten var upåvirket af regresretten.

Advokaterne for parterne i den omhandlede civile retssag anførte i forbindelse med kæremålet især følgende:

"Afgørende må herefter være, (1) om Retslægerådets udtalelse vedrører lægevidenskabelige eller farmaceutiske forhold, (2) om udtalelsen har betydning for bevisbedømmelsen og således ikke er overflødig, men relevant for sagen, og (3) om udtalelsen (a) vedrører en enkeltperson, hvis forhold (direkte eller indirekte) er til bedømmelse under retssagen, uanset om den pågældende er part eller ej, og (b)

enkeltpersonens forhold regulerer forholdet mellem retssagens parter (det vil sige er afgørende for sagens udfald).”

Det bemærkes, at kæremålet – efter sagens karakter – blev behandlet mundtligt i landsretten.

Østre Landsret ophævede den påkærede kendelse, idet landsretten anførte følgende:

”I lov om Retslægerådet er rådets kompetence angivet som ”sager om enkeltpersoners retsforhold”. Den retssag, som verserer mellem de indkærede, vedrører retsforholdet mellem Nyborg Kommune og Tryg-Baltica Forsikring A/S. Efter de foreliggende oplysninger har udfaldet af retssagen ikke umiddelbar betydning for NN’s retlige forhold. Det forhold, at parterne finder, at NN’s helbredsmæssige forhold er af betydning for afgørelsen af deres retstvist, og den omstændighed, at rådets besvarelse af spørgsmål muligvis vil kunne påberåbes i anden retstvist, kan ikke medføre, at søgsmålet mellem de indkærede har en sådan karakter, at Retslægerådet kan pålægges at udtale sig i sagen.

Kærendes påstand tages derfor til følge som nedenfor bestemt.

Den påkærede kendelse ophæves, således at det ikke pålægges kærende, Retslægerådet, at besvare de spørgsmål, som de indkærede, Nyborg Kommune og Tryg-Baltica Forsikring A/S, har ønsket stillet.”

Kommentar:

Som anført var problemstillingen ikke helt ny for Retslægerådet. Rådet har tidligere afvist sager af lignende karakter. Der skal i den forbindelse henvises til artiklen i Retslægerådets årsberetning for 2000, side 33ff.: ”Forhold Retslægerådet ikke udtaler sig om”, specielt side 36. Det var imidlertid første gang, at spørgsmålet om fortolkningen af lov om Retslægerådet, § 1, vedrørende betydningen af angivelsen ”om enkeltpersoners retsforhold” blev behandlet i forbindelse med en retssag, hvor Retslægerådet var part som kærende. Ud over betydningen af, at Retslægerådet følger de afgrænsninger af rådets kompetence, der er fastsat i lovgivningen, har spørgsmålet naturligvis også betydning for antallet af sager, der kunne tænkes at blive forelagt for Retslægerådet, og dermed for kravet til rådets ressourcer.

Det bemærkes, at sagen er omtalt i Ugeskrift for Retsvæsen 2003, s. 2469Ø.

Mangelfuld aseptik ved blokadebehandling.

52-årig kvinde, der henvendte sig til sin læge på grund af smerter og ømhed på indsiden af venstre knæ. Lægen lagde en blokade med binyrebarkhormon og lokalbedøvelse svarende til ledbånd i ledkapslen. Lægen anvendte en steril engangssprøjte og steril engangskanyle, men desinficerede ikke huden før indstikket. Dagen efter fik patienten smerter på indsiden af knæet og feber. Tilkaldt vagtlæge opfattede symptomerne som influenza. Da der stadig var smerter i knæet, ordinerede egen læge Feldensalve. 5 dage senere blev patienten vurderet af ortopædkirurg, da smerterne forværredes. Han startede behandling med Pondocillin. Efter yderligere 5 dage henvendte patienten sig på skadestue, hvor der blev foretaget knæpunktur. Dyrkning viste ingen bakterier. Patienten blev fulgt i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvorfra hun blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling godt 2 uger efter debut af symptomerne. Her blev der foretaget et indsnit på indsiden af knæet med udtømmelse af rigelige mængder pus. Man påbegyndte behandling med Diclosil. En uge senere fandtes imidlertid ansamling inden i knæleddet. Det blev åbnet, og der blev udtømt rigelige mængder pus. Dyrkning viste vækst af staphylococcus aureus. Opheling skete langsomt, men blev kompliceret med fisteldannelse og adhærencer (åben forbindelse og sammenvoksninger) i knæleddet. Sagen har været indbragt for Patientklagenævnet, der fandt, at den praktiserende læge havde overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, ved ikke at have foretaget desinfektion forud for blokaden. (E 9053)

Symptomerne debuterede i forbindelse med juletravlhed, hvor kvinden arbejdede som ekspedient og udviklede smerter samt ømhed i venstre knæregion. Ved undersøgelse hos egen læge lokaliseredes smerterne svarende til tilhæftningen af mediale kollaterale ligament (ledbånd). Der var ingen traumer og ingen tegn til knæskade eller betændelse i selve knæleddet. Som ved en tidligere lejlighed året før med tilsvarende symptomer i

det andet knæ gav egen læge en injektion af steroid med 1 ml Diprospan blandet med 1/2 ml Xylocain (lokalbedøvende middel) 20 mg/ml svarende til det mest smertende punkt, der var beliggende uden for leddet. Der blev anvendt sterile engangssprøjter og kanyler. Xylocainen kom fra et allerede åbnet hætteglas (tidspunktet for åbningen fremgår ikke) og Diprospanen kom fra et nyt hætteglas. Såvidt egen læge erindrede, blev hu-

Mangelfuld aseptik ved blokadebehandling

den svarende til injektionsstedet ikke afsprittet. Omfanget af øvrige aseptiske procedure med forudgående håndvask, brug af handsker, afdækning og lignende er ikke oplyst. Dagen efter fik patienten almene influenzasymptomer med temperatur på 40°, men der var ikke speciel rødme eller hævelse i knæområdet. 5 dage efter henviste egen læge til akut undersøgelse hos en speciallæge i ortopædkirurgi under mistanke om infektion omkring indsiden af venstre knæ. Patienten kunne næsten ikke gå eller støtte på det venstre ben. Der var hævelse af knæet med rødme, varme og irritation medialt og også antydning af begyndende væskedannelse i knæet, der kunne tyde på lidelse inden i leddet. Hun blev sat i behandling med Pondocillin 500 mg x 3 og tilrådet aflastning og fortsat behandling med Ibuprofen og lokal Felden (smertestillende giftmedicin). Ifølge egen læges journal aftog hævelsen af knæet, men da der stadig var nogen rødme 10 dage efter den primære behandling, blev patienten henvist til røntgenundersøgelse, som viste normale forhold. Fra røntgenafdelingen blev patienten henvist til skadestuen på X sygehus. Det anførtes der, at der stadig var smerter og rødme, især medialt. Ved den objektive undersøgelse fandtes en lille ansamling, hævelse, rødme og smerter svarende til distale mediale kollaterale ligaments tilhæftning. Ved knæpunktur blev der udhentet godt 1 ml lidt blodig, men ellers klar ledvæske. Akut mikroskopi viste mange leukocytter, men ingen bakterier og ved dyrkning påvistes ikke bakterier. CRP (infektionsparameter i blod) var mindre end 10 og temperaturen var 37,3°.

Der blev aftalt en ambulant kontrol, og 14 dage efter den primære behandling blev patienten indlagt fra ambulatoriet til nærmere diagnostik og eksploration på medialsiden af knæet, fordi man mistænkte en absces (byld). Der var da rødme og varme svarende til en 8,5 cm stor pastøs fortykkelse på indsiden af venstre knæ. Desuden en mindre ansamling i leddet. Knæet bevægedes 0/40 grader. Patienten var fortsat i behandling med Pondocillin og Ibu-metin. Ved incision blev der udtømt pus fra en absces og man påbegyndte Lucopeninbehandling intravenøst. Dyrkning viste vækst af staphylococcus aureus. 4 dage senere blev der foretaget sekundær suturering af kaviteten (sammensyning), som er beskrevet som pæn. Forud herfor fandt man en anelse af ansamling i knæet og ømhed ved palpation af bursa suprapatellaris (slimsæk). Patienten havde da været behandlet med Lucopenin og Diclosil siden incisionen af abscessen. Nu var CRP steget til 182, knæet var spændt, varmt og ømt med anslag af patella (hævelse under knæskallen). Man åbnede og udtømte 80 ml purulent ledvæske og etablerede skylledrænage. Lucopenindosis øges til 1 g x 4. Efterfølgende dyrkningssvar viste staphylococcus aureus følsomme for Lucopenin. Inflammationstegnene aftog herefter og 1 måned efter den primære behandling var patienten afebril. Den intravenøse behandling blev afsluttet kort efter, men man fortsatte med tabl. Diclosil 500 mg x 3. I efterforløbet igennem det følgende år blev patienten behandlet for fistler, der ikke havde forbindelse til knæleddet, samt for bevægelsesindskrænkning, smerter og

andre følger efter ledbetændelsen. Der blev påvist staphylococcus aureus i dyrkning fra den ekstraartikulære byld cirka 2 uger efter den primære behandling og fra ledvæske og biopsi fra selve knæleddet cirka 3 uger efter den primære behandling. De foreliggende undersøgelser påviste penicillinresistens.

Patienten lagde efterfølgende sag an mod den behandlende praktiserende læge med krav om erstatning. Sagen blev forligt efter udtalelser fra Retslægerådet og fra Arbejdsskadestyrelsen, således at sagsøgte betalte 270.000 kr. med tillæg af renter og sagsomkostningerne.

Retslægerådet fik forelagt følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om læge NN handlede lægefagligt korrekt ved at anlægge en blokade den 14. januar 1992.

Det var efter Retslægerådets skøn indikation for at anlægge en blokade den 14.01.93.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes beskrive proceduren i almen praksis ved anlæggelse af blokade udenfor led.

Blokaden bør anlægges under sterile kauteler, det vil sige, at huden desinficeres ved afvaskning med jodspiritus eller klorhexidin-spiritus 2 gange, at der anvendes steril afdækning, og at behandlende læge anvender sterile handsker.

Spørgsmål 3:

Er det lægefagligt korrekt ikke at foretage desinfektion eller afspritning af huden, der anlægges en

3.1: ikke-intraartikulær blokade på inder-siden af venstre knæ?

Nej.

3.2: En intraartikulær blokade på venstre knæ?

Nej.

Spørgsmål 4:

Hvis det kan lægges til grund, at læge NN anvendte lokalbedøvelsesstoffet Xylocain fra et tidligere brudt hætteglas, ville dette da have været lægefagligt korrekt?

Det var lægefagligt korrekt at anvende et tidligere brudt hætteglas under forudsætning af, at hætteglasset var brudt samme dag og håndteret sterilt.

Spørgsmål 5:

Såfremt det lægges til grund, at infektionen med gule stafylokokker opstod i januar 1993, bedes Retslægerådet oplyse om læge NN burde have henvist sagsøger til speciallæge tidligere end den 20. januar 1993?

Efter Retslægerådets opfattelse burde læge NN have henvist sagsøger til speciallægeundersøgelse allerede den 18.01.93, hvor patienten fortsat havde smerter i venstre knæ og temperaturforhøjelse („influenza“).

Spørgsmål 6:

Såfremt der lægges til grund, at infektionen med gule stafylokokker opstod i januar

Mangelfuld aseptik ved blokadebehandling

1993, bedes Retslægerådet oplyse, om speciallægen i så fald kunne have stillet diagnosen den 21. januar 1993.

Efter det oplyste blev sagsøger undersøgt hos speciallæge i ortopædi den 20.01.93, og ikke som anført i spørgsmålet den 21.01.93. Det er Retslægerådets opfattelse, at der på baggrund af de foreliggende oplysninger og resultaterne af den kliniske undersøgelse burde have været foretaget punktur af venstre knæled med henblik på at skaffe ledvæske til undersøgelse for bakterier, og et eksplorativt operativt indgreb kunne have været overvejet.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om speciallægens behandling den 21. januar 1993 var i overensstemmelse med almindelig gældende lægepraksis.

Efter det oplyste blev sagsøger undersøgt hos speciallæge i ortopædi den 20.01.93, og ikke som anført i spørgsmålet den 21.01.93. Ved konsultationen den 20.01.93 var der smerter i venstre knæ, udtalte vanskeligheder ved at gå og støtte, oplysninger om tidligere temperaturstigning til 40^o, antydning af væskeansamling i venstre knæled samt rødme, varme og hævelse svarende til indstiksstedet for den tidligere blokade på knæets indside. På denne baggrund burde speciallægen få mistanke om infektion i knæleddet, have foretaget punktur af leddet, subsidiært foranlediget indlæggelse af patienten på sygehus X. Endvidere var mistanken om infektion med penicillinresistente stafylokokker så stor, at der burde være iværksat antibiotisk be-

handling i overensstemmelse hermed. På dette grundlag finder Retslægerådet, at speciallægens behandling den 20.01.93 ikke var i overensstemmelse med almindeligt gældende lægepraksis.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om en CRP på 10, som blev konstateret den 27. januar 1993, er et udtryk for infektion i knæets ledhule eller en mindre infektion uden for knæleddet.

En normal koncentration af C-reaktivt protein i serum den 25.01.93 er ikke karakteristisk for en infektion i knæleddet eller knæleddets omgivelser. Måleresultatet må imidlertid vurderes under hensyntagen til forudgående antibiotisk behandling og lokalinjektion af binyrebarkhormon den 14.01.93.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøger havde infektion i knæets ledhule før indlæggelsen på hospitalet.

Der henvises til svaret på spørgsmål 6.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår en adækvat behandling startede.

Den 02.02.93.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, om de konstaterede bakterier var følsomme for ampicillin.

Nej.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om spredningen af betændelse fra ydersiden af knæet til knæets ledhule kunne være opstået ved operationen den 2. februar 1993 eller den 5. februar 1993.

Retslægerådet kan ikke udelukke, at spredningen af betændelsen fra ydersiden af knæet til ledhulen kan være opstået både ved operationen den 02.02.93 og ved operationen den 05.03.93, eventuelt ved spredning via blodbanen. Tidspunktet for infektionens debut i knæets ledhule kan ikke fastslås præcist.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ved den sekundære sutur den 5. februar 1993 var infektion i knæets ledhule.

Der var ømhed af venstre knæs ledlinie og en anelse ansamling i knæet ved klinisk undersøgelse i forbindelse med sekundær sutur den 05.02.93. Dette tiltog til den efterfølgende dag, hvor infektionen blev fastslået ved udtømmning af ledvæske. Det kan ikke fastslås, om der var infektion i venstre knæ den 05.02.93. Der henvises i øvrigt til svaret på spørgsmål 12.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om den nuværende funktionsnedsættelse i venstre knæ er en følge af:

- a) betændelse uden for knæets ledhule*
- b) betændelse i knæets ledhule*

Funktionsnedsættelsen, således om den foreligger beskrevet den 17.11.93 efter forudgående atroskopi den

06.11.93 og i speciallægeundersøgelse dateret 10.12.96, er en følge af betændelsen i knæets ledhule.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om og i givet fald med hvilken grad af sandsynlighed den udvendige betændelse på indersiden af venstre knæ kan være en følge af den af læge NN anlagte blokade den 14. januar 1993.

Det er overvejende sandsynligt, at den udvendige betændelse på indersiden af venstre knæ er en følge af den anlagte blokade den 14.01.93.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, om og i givet fald med hvilken grad af sandsynlighed infektionen i knæets ledhule kan være en følge af den af læge NN anlagte blokade den 14. januar 1993.

Det er overvejende sandsynligt, at infektionen i knæets ledhule er opstået som en følge af betændelsen umiddelbart uden for ledhulen. Der henvises til svar på spørgsmål 15.

Spørgsmål 17:

Retslægerådet bedes oplyse, om det fremsendte materiale giver anledning til yderligere kommentarer.

Nej.

Kommentar:

Den primære blokade blev anlagt efter en klinisk undersøgelse, der tydede på, at smerterne skyldtes en irritation i sene eller slimsæk ved knæets indvendige side. Der synes ikke at have været kontraindikation for denne behandling, som tidligere havde vist sig

Mangelfuld aseptik ved blokadebehandling

virksom hos patienten på det andet knæ. Det er således Retslægerådets opfattelse, at en blokadebehandling var velbegrunderet og i overensstemmelse med alment anerkendte retningslinier. De almindelige retningslinier for kirurgisk aseptik i forbindelse med blokadebehandlingen blev imidlertid ikke fulgt, og Retslægerådet er af den opfattelse, at dette har ført til pusdannelsen i selve knæleddet. Det er rådets opfattelse, at der allerede før indlæggelsen på sygehuset forelå betændelse i knæleddet, og at den kunne have været behandlet tidligere end sket, uanset at symptomerne til dels blev maskeret af den iværksatte behandling med antibiotika.

Rådet ser lejlighedsvis sager, hvor man har afvejet fra almindelige retningslinier for beskyttelse mod postoperative betændelser, også i forbindelse med simple behandlinger som små lokale biopsier eller blokadebehandlinger. Eksogen forurening

truer ved enhver operation, og aseptisk teknik er en nødvendig forudsætning for at undgå infektion. Den bakterielle forurening stammer i alt væsentligt fra de tilstedeværende persons hudoverflader, og desinfektion af rengjort hud med passende desinfektionsmiddel påført med sterile tamponer bør forudgå alle invasive procedurer inklusive blokadebehandlinger. Desinfektionen bør udføres mindst 2 gange, og overfladen skal være tør efter hver gang. Som desinfektionsmiddel anbefales jodspiritus (2,5 %) eller klorhexidin-spiritus (0,5 %). I forbindelse med blokader og lignende bør anvendes steril afdækning og behandlende læge bør anvende sterile handsker og instrumenter. Selv om infektion efter en punktur som i dette tilfælde, hvor huden ikke er desinficeret, formentlig vil være ualmindelig, kan den forebygges ved, at reglerne overholdes. Som det fremgår, kan konsekvenserne være betydelige.

Mangelfuld observation efter blindtarmsoperation

61-årig mand, der 25.03.97 blev indlagt på en kirurgisk afdeling efter at have haft diffuse mavesmerter i 1 døgn. Smerterne var efterhånden trukket ned i højre del af maven og ved indlæggelsen var der temperaturforhøjelse til 39,5°. Han var ved indlæggelsen upåvirket og ikke forpint. Man konkluderede, at han havde en akut blindtarmsbetændelse, og mellem kl. 15.30 og 16 blev han tilset af overlæge, der besluttede, at han skulle opereres akut. Pga. travlhed blev operationen først gennemført kl. 21.10. Man fandt en svært betændt blindtarm med en perforation ved basis og en mindre byld i omgivelserne. Peritoneum blev skyllet, man anlagde dræn og startede antibiotikabehandling. Den 27.03.97 var der stadig ikke gået luft fra tarmen, der havde været 3 galdefarvede opkastninger og 750 ml blodig væske i drænet. I løbet af dagen afgik lidt luft fra tarmen. Situationen var uændret 28.03 med lidt luftafgang, men ingen afføring. 30.03 tilkom diffuse mavesmerter, der blev anlagt sonde til mavesækken, hvor man ophentede over 3 liter. Patienten var nu sengeliggende, klam, svedende, utilpas ved opret stilling og meget træt. Der var fortsat stor produktion fra mavesonden, og da man noterede en ringe urinproduktion blev der lagt blærekateter den 31.03, hvor maven blev fundet spændt og diffus øm. Der stod 100 ml urin i blæren. Man ordinerede fuldkost, mobilisering og såfremt temperaturen fortsat holdt sig over 39° i løbet af dagen, ville man foretage ultralydsscanning med henblik på en byld i bughulen. Ved middagstid mistede patienten bevidstheden i forbindelse med, at han sad på bækkenstol. Han kastede brunlig væske op og man konstaterede hjertestop. Genoplivningen var uden effekt. Obduktionserklæringen viste reaktive forandringer i operationsfeltet, ingen bylder eller betændelse. Der var trombose i leverens portåre og svære forkalkningsforandringer med forsnævring af hjertets kranspulsåre. Dødsårsagen antoges at være akut hjertesvigt hos en overvægtig mand med postoperativ væskemangel. Forløbet blev indklaget for Patientklagenævnet, der stillede en række spørgsmål til Retslægerådet og herefter fandt, at 3 af de læger, der var involveret i observation af patienten i døgnene fra den 28. - 31.03.97 havde overtrådt lægelovens § 6. (E 9825)

Ved indlæggelsen havde patienten haft symptomer igennem 1 døgn med en temperatur på 39,5. Han var ikke alment påvirket eller forpint, men der

Mangelfuld observation efter blindtarmsoperation

var objektive tegn på appendicitis acuta (blindtarmsbetændelse), herunder lokaliseret slibømhed. Det, at der var temperatur over 39°, kunne tyde på, at det drejede sig om perforeret appendicitis. Han blev vurderet 2-3 timer efter ankomsten af overlæge, som var enig i indikation for akut operation, men blev først opereret mere end 7,5 time efter indlæggelsen.

De første par døgn efter operationen var patienten relativt upåvirket, men der kom ingen tarmfunktion, højst en smule luftafgang. Fra 27.03 var der opkastninger og begyndende udspiling af abdomen, den 29.03 var der igen opkastninger og fra 30.03 tillige diffuse mavesmerter og temperaturstigning. Man lagde duodenalsonde og aspirerede 600 ml ventrikelsekret. Aspiratet steg til 2,5 liter 30.03 og det havde en kaffegrumslignende farve. Først 30.03 og gentaget 31.03 blev der taget P-hæmoglobin og elektrolytter, der viste tegn på isotonisk dehydrering (væskemangel), og betydeligt nedsat nyrefunktion. Mellem 30. og 31.03 observeredes ingen urinproduktion og 31.03 blev der anlagt blærekateter, hvor der kun blev udtømt 100 ml urin. Man konstaterede, at abdomen nu var spændt med diffus ømhed. Væskeordinationerne havde indtil 29.03 bestået i tynde væsker per os. 29.03 blev der givet 1 liter saltvand intravenøst og 30.03 blev der givet 2 liter isoton glukose og 2 liter saltvand intravenøst.

Sagen drejede sig i hovedsagen om, i hvilken udstrækning den postoperative væskebehandling havde været sufficient. Der forelå ikke noget væskeregnskab, og en række væske-

ordinationsskemaer syntes at være bortkommet. Blodprøver taget kl. 07.30 den 30.03.97 viste, at P-hæmoglobin var steget fra 9,2 den 25.03.97 til 10,8, uanset at patienten var opereret i mellemtiden. P-kreatininen var 330, carbamid 31,8. På baggrund af blodprøverne blev der på dagen ordineret 4 liter væske intravenøst, hvilket stort set svarede til mængden af aspirat fra ventriklen i det kommende døgn. Patienten seponerede selv sin sonde 31.03.97 og den blev ikke genudlagt.

Retslægerådet fik forelagt følgende spørgsmål af Patientklagenævnet:

Spørgsmål 1:

Burde patienten have været opereret akut for blindtarmsbetændelse, da diagnosen var stillet (var det lægeligt forsvarligt at udsætte operationen)?

Patienten blev indlagt den 25.03.97 på Sygehus X efter symptomer på mulig blindtarmsbetændelse gennem 1 døgn. Efter undersøgelser og journalskrivning blev han gjort operationsklar og kørt til observation på en sengeafdeling mistænkt for blindtarmsbetændelse. Dette i overensstemmelse med vanlig praksis, hvis operation ikke forekommer øjeblikkeligt nødvendigt. Han blev tilset af overlæge NN mellem kl. 15.30 og 16.00 Overlægen var enig, idet han fandt patienten alment upåvirket, men højfebril med blød mave og en lokaliseret reaktion, der kunne tyde på begyndende bughindebetændelse i et mindre område. Han besluttede, at der skulle foretages akut operation. Operationen finder sted kl. ca. 21.00

Retslægerrådet finder, at patienten burde have været opereret på et tidligere tidspunkt end det skete. Forsinkelse fra kl. 16.00 til 21.00 øgede muligheden for komplikationer. Forsinkelsen har dog næppe haft betydning for det videre forløb.

Spørgsmål 2:

Burde lægerne på organkirurgisk afdeling, X Centralsygehus, have iværksat yderligere undersøgelse og behandling af NN i det postoperative forløb, herunder

- a) *Burde der have været undersøgt postoperative væsketal og blodprocent tidligere og mere regelmæssigt?*
- b) *Burde patienten have haft væsketerapi tidligere i forløbet?*
- c) *Burde der have været ført væskeskema i hele forløbet hos denne patient?*
- d) *Burde der den 29. marts 1997 samtidig med drop og sonde have været anlagt blærekateter?*
- e) *Burde væsketal for den 30. marts 1997 have været kontrolleret akut samme dag?*
- f) *Burde tilstanden have været undersøgt tidligere med ultralydsundersøgelse af abdomen incl. lever og blære?*

Ad spørgsmål 2a:

Ja. Det er sædvanligvis unødigt at registrere og måle væske- og elektrolytbalancen, herunder blodprocent efter blindtarmsoperationer. Forløbet udviklede sig imidlertid ikke normalt, og dette burde have været erkendt, i hvert fald den 29.03.97 om aftenen, hvor der var diffuse mavesmerter, hurtig puls og udspilet mave. Der havde desuden været opkastninger. Der burde fra dette

tidspunkt have været iværksat akut måling af væske og elektrolytbalance med en nøje efterfølgende observation af de relevante parametre. Undladelse heraf må betragtes som en lægelig fejl.

Ad spørgsmål 2b:

Ja. Patienten udviklede en svær væskemangel og elektrolytubalance pga. upåagtede tab fra dræn, opkastninger og væskesekvestring (indre væsketab) til tarm og bughule. Der var kliniske tegn herpå i form af hikke, opkastninger og manglende tarmfunktion med en klar sygelig forlængelse af den periode, hvor tarmen normalt er lammet efter en operation. Retslægerrådet anser det for utilfredsstillende, at væskebehandlingen ikke blev givet tidligere end det skete 29.03.97, men kan ikke anse det for en lægelig fejl, da tarmene hos nogle patienter kan være langsomme til at gå i gang.

Ad spørgsmål 2c:

Nej. Det er sædvanligvis unødigt med væskeskemaer efter en blindtarmsoperation.

Ad spørgsmål 2d:

Ja. Undladelse af registrering af diuresen (urinproduktionen) fra 29.03.97 anser Retslægerrådet for en lægelig fejl. Rådet noterer, at blærekateter først blev lagt 31.03.97.

Ad spørgsmål 2e:

Ja. Patienten var svært medtaget, og det var vigtigt at kontrollere, om nyrefunktionspåvirkningen var effektivt behandlet gennem de iværksatte foranstaltninger. Undladelse heraf vil rådet betragte som en lægelig fejl.

Mangelfuld observation efter blindtarmsoperation

Ad spørgsmål 2f:
Nej.

Retslægerådet har ikke yderligere bemærkninger.

Kommentar:

Patienten havde ved indlæggelsen kliniske tegn på en perforeret blindtarmsbetændelse, og operation burde have været fremskyndet. En forsinkelse fra kl. 16 til kl. 21 på operationsdøgnet øgede muligheden for komplikationer. Patienten var imidlertid adækvat opereret og antibiotikabehandlet, og der blev ikke i efterforløbet diagnosticeret bylde-dannelse i bughulen. En perforeret blindtarm har dog utvivlsomt givet anledning til en postoperativ paralytisk ileus, der sekundært medførte svær væskemangel og elektrolytubalance på grund af insufficient væskeindgift og store og upåagtede tab fra dræn, fra opkastninger og fra indre væskeophobning i tarm og bughule. Der var kliniske tegn herpå allerede tidligt i det postoperative forløb med hikke, opkastninger og manglende tarmfunktion med en klar sygelig forlængelse af den periode, hvor tarmen normalt er lammet efter en operation.

Retslægerådet vil ikke anse det for en fejl, at man ikke rutinemæssigt fører væskebalance postoperativt hos patienter, der opereres for blindtarmsbetændelse, selv om dette kan være anbefalelsesværdigt. Det er imidlertid klart, at når forløbet ikke udvikler sig normalt, må man reagere og intensivere den postoperative observation, på linie med hvad man rutinemæssigt gør ved større operationer. I dette forløb reagerede man så sent, at patienten nåede at udvikle svær nyrefunktionsnedsættelse på grund af dehydrering og elektrolytubalance, hvilket må formodes at have medvirket til udviklingen af det akutte hjertesvigt, eventuelt betinget af pludseligt opstået hjerterytmeforstyrrelse i et forstørret hjerte hos en overvægtig mand med væskemangel. Man må også antage, at dehydreringstilstanden har medvirket til udviklingen af en aflukning af leverens portåre, hvor man ved autopsi fandt en frisk blodprop.

Patientklagenævnets afgørelser var i tråd med Retslægerådets udtalelser, men det fremgik ikke af afgørelsen, at Retslægerådet havde været inddraget.

Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning

57-årig mand blev indbragt med ambulance på skadestue 16.05.94 kl. 20.20, efter at han i løbet af dagen i tiltagende grad havde følt sig ved siden af sig selv med svimmelhed, kvalme og flere opkastninger. Hustruen angav, at han var sløv. På skadestuen opfattede man tilstanden som gastroenteritis (diare). Patienten blev hjemsendt kl. 00.35. I løbet af det næste døgn tiltog symptomerne med udvikling af talebesvær og højresidig kraftnedsættelse. Egen læge blev kontaktet, men ser først manden 18.05.94, hvor han blev indlagt akut på neurologisk afdeling. CT 24.05.94 viste lille infarkt i venstre hjernestamme. Han blev udskrevet til ambulans kontrol 06.06.94 med nedsat finmotorik af højre hånd og forskellige lette til middelsvære indlærings- og hukommelsesvanskeligheder, diskret koncentrationssvigt og svingende abstraktionsevne. Patientforsikringsforeningen afviste i først omgang et krav om erstatning i brev af 19.01.96. Afgørelsen blev påklaget til Patientskadeankenævnet, og Patientforsikringsforeningen ændrede opfattelse og tildelte 22.11.96 erstatning for mén, men ikke for tabt arbejdsfortjeneste. Baggrunden herfor var, at man nu, blandt andet i lys af en erklæring fra en neurolog udarbejdet til sagsøgers advokat, fandt, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes i forbindelse med henvendelsen i skadestuen 16.05.95, hvor han ville have mistænkt en cerebro-vaskulær årsag (sygdom i hjernens blodkar) og indlagt til nærmere observation. Man fandt imidlertid ikke grundlag for at antage, at sygeforløbet ville have været anderledes, såfremt en sådan akut indlæggelse var blevet effektueret. Afgørelsen blev appelleret til Patientskadeankenævnet, der tiltrådte Patientforsikringsforeningens afgørelse. Patientskadeankenævnets afgørelse blev efterfølgende prøvet for Landsretten, som frifandt Patientskadeankenævnet i dom af 14.12.00 (dommerstemmerne 2:1), mens Højesteret i dom af 02.05.02 gav sagsøgeren medhold og tilkendte ham en erstatning på 519.901 kr. uanset en Retslægerådsudtalelse om, at det var muligt, men ikke overvejende sandsynligt, at mandens symptomer på længere sigt var blevet bedret noget, såfremt blodfortyndende behandling var blevet iværksat på et tidligere tidspunkt (E10274).

Sagen omhandler en 57-årig mand, der udvikler apopleksi med diskrete, men progredierende neurologiske udfald i løbet af et par døgn (stroke in

Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning

progression). Symptomerne fremtrådte ikke som typiske for en blodprop, og hverken skadestuelæger eller ambulancefolk havde mistanke om cerebrovaskulær sygdom (sygdom i hjernens kar). Af skadesedlen fremgår blandt andet følgende „Startede i morges med at føle sig lidt ved siden af sig selv og have ildebefindende. Her til aften svimmelhed og kvalme. Pt. har kastet op 2 gange i skadestuen. Ikke blodtilblandet. Objektivt: Vågen, klar, fuldt orienteret (er dog lidt sløv ifølge hustru).“ Diagnose: gastroenteritis obs. pro. Man tilråder hvile og fornyet henvendelse, hvis symptomerne progredierer.

En retrospektiv vurdering udarbejdet af neurologisk specialist efter anmodning fra sagsøgerens advokat anfører imidlertid følgende: „Som det fremgår af skadesedlen, har skadelægen ikke haft mistanke om apopleksi. Når man imidlertid sammenholder de beskrevne symptomer 1) kvalme, svimmelhed, opkastning, 2) hustruens oplysninger om at patienten (der er en iøvrigt rask, relativt ung, særdeles aktiv person) er sløv, 3) patientens egen beskrivelse (vanskelighed med at bevæge sig, talebesvær, var uklar, skal støttes ud af skadestuen), 4) den efterfølgende undersøgelse foretaget på neuromedicinsk afdeling (18.05.94) af såvel forvagt som bagvagt, er det efter min vurdering overvejende sandsynligt, at en erfaren neurolog ville have fået mistanke om apopleksi og således have indlagt patienten til observation herfor.“

Dette synspunkt blev accepteret af Patientforsikringsforeningen, som i

breve af 18.07.96 og 22.11.96 ændrede deres primære afgørelse og nu gav udtryk for, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes ved henvendelsen i skadestuen 16.05.94, ved at indlægge patienten til observation (omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1).

I journalen er yderligere anført for den 18.05.94, at „patienten er interesseret i profylaktiske foranstaltninger, hvorfor rp. Acetylsalicylsyre 150 mg dgl.“

Ved sin afgørelse lagde Patientforsikringsforeningen vægt på, at man ikke fandt grundlag for at antage, at skaden var et resultat af den forsinkede diagnose, men at den skyldtes grundsygdommen. Da man imidlertid anså, at den fejltagte forsinkelse var omfattet af patientforsikringsloven, udbetaltes en erstatning for svie og smerte, samt for varigt mén på kr. 37.500 + renter. Der blev imidlertid ikke ydet erstatning for tab af erhvervsevne.

Manden klagede over Patientforsikringens afgørelse og krævede erstatning for tab af erhvervsevne med knap 500.000 kr. og for tabt arbejdsfortjeneste med 60.000 kr. Da Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringsforeningens afgørelse, blev der anlagt sag ved Landsretten, der frifandt Patientskadeankenævnet med dommerstemmerne 2:1 (dom af 14.12.00). Sagen blev appelleret til Højesteret, som gav sagsøgeren medhold og tilkendte en mererstatning for erhvervsevnetab på kr. 520.000.

I forbindelse med sagens behandling ved Landsretten blev der stillet føl-

Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning

gende spørgsmål til Retslægerådet:

Spørgsmål 1:

Det fremgår af Patientforsikringens afgørelse af den 18. juli 1996, at NN anses for at være påført en efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, erstatningsberettigende skade, idet Patientforsikringen fandt, at optimal behandling ville have tilsagt, at han var blevet indlagt til observation den 16. maj 1994, og at man ved observationen havde bemærket den forværring af hans tilstand, der indtrådte kort efter udskrivelsen, og dermed iværksat relevant behandling på et tidligere tidspunkt. Retslægerådet bedes udtale sig om, hvorvidt en erfaren specialist i erkendelse af en begyndende blodpropsdannelse i hjernen den 16. maj 1994 ville have påbegyndt medicinsk behandling (blodfortyndende behandling) straks, NN's alder taget i betragtning.

Svar:

Såkaldt blodfortyndende medicin kan dels gennemføres i form af antikoagulationsbehandling, hvor selve blodets koagulationsevne hæmmes og dels i form af antitrombocytbehandling, hvor blodpladernes sammenklumpning og tilhæftning til karvæggen hæmmes. Begge disse behandlingsformer anvendes undertiden hos patienter med akut apopleksi, hvor symptomerne forværres over de første timer og døgn, og hvor årsagen må tilskrives en blodprop i hjernen eller dens tilførende kar. Antikoagulationsbehandling anses oftest for noget mere effektiv end antitrombocytbehandling, men til gengæld er der også flere komplikationer forbundne med antikoagulationsbehandling, og behandlingen er sværere

at styre. Der er dog langt fra enighed om værdien af disse behandlingsformer ved akut apopleksi med progredierende symptomer, og der findes ingen større kontrollerede kliniske undersøgelser, som kan give et svar herpå. Derfor er det heller ikke alle neurologiske afdelinger, som anvender disse behandlingsformer ved apopleksi med progredierende symptomer.

Med sagens akter findes der ingen information om, hvad der var gængs behandling på neurologisk afdeling på Sygehus X i maj 1994. Retslægerådet formoder dog, at både antikoagulationsbehandling og antitrombocytbehandling (acetylsalicylsyre, aspirin, magnyl) undertiden blev anvendt.

Hvad angår NNs symptomer ved henvendelse på skadestuen på sygehus X den 16.05.94 ville en erfaren specialist næppe have påbegyndt nogen form for „blodfortyndende medicin“, medmindre en egentlig og grundig neurologisk undersøgelse havde afsløret symptomer, som ikke var iagttaget i forbindelse med den mere hurtige gennemgang på skadestuen.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares benægtende, bedes Retslægerådet udtale sig om, hvorvidt en erfaren specialist, der ved observation konstaterede den forværring af NNs tilstand, som indtrådte kort efter udskrivelsen, ville have påbegyndt blodfortyndende behandling af NN.

Svar:

En erfaren neurologisk specialist ville efter at have konstateret forværringen af NN's symptomer have fulgt de ret-

Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning

ningslinier, som vedkommende eller den afdeling, hvortil vedkommende var tilknyttet, brugte: Antikoagulationsbehandling, antitrombocytbehandling eller ingen behandling.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes på baggrund af de foreliggende oplysninger i sagen udtale sig om, hvorvidt NN's sygdomsforløb med overvejende sandsynlighed ville have været bedre, såfremt NN var blevet indlagt til observation den 16. maj 1994, og en medicinsk behandling var blevet påbegyndt tidligere end sket.

Det bedes herunder oplyst, om de følger af sagsogers grundsygdom, som blev konstateret ved den neurologiske undersøgelse den 17. marts 1995 (stationærtidspunktet) med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået helt eller delvist ved en på daværende tidspunkt iværksat korrekt behandling af sagsogers sygdom.

Svar:

Som nævnt i indledningen af besvarelsen af spørgsmål 1 er der ikke almindelig enighed om værdien af behandling hverken med antikoagulation eller med antitrombocytmedicin ved apopleksi med tiltagende symptomer. Når der ikke er almindelig enighed om behandlingens værdi, skyldes det som nævnt, at der ikke findes større kontrollerede kliniske undersøgelser, der underbygger den, og at det er vanskeligt at vurdere effekten i de mindre ikke-kontrollerede undersøgelser, som er publiceret i litteraturen.

På denne baggrund finder Retslægerådet, at det er muligt, men ikke over-

vejende sandsynligt, at NN's symptomer på længere sigt var bedret noget, såfremt man på et tidligt tidspunkt havde påbegyndt antikoagulations- eller antitrombocytbehandling. Det skal bemærkes, at der senere under indlæggelsen på sygehus X, blev givet antitrombocytbehandling med acetylsalicylsyre (aspirin, magnyl).

Spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet nærmere redegøre for graden af reduktion af skaden, idet der ønskes en stillingtagen til méngrad og procentsats for nedsat erhvervsevne som følge af patientskaden (merskaden).

Svar:

Retslægerådet vurderer ikke mén og erhvervsdygtighed.

Spørgsmål 5:

Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende, bedes det ligeledes oplyst, hvorvidt NN ville have været i stand til at genoptage sit arbejde.

Svar:

Retslægerådet vurderer ikke mén og erhvervsdygtighed.

Højesteret udtalte, at optimal behandling ville have tilsagt, at manden var blevet indlagt på sygehuset til observation 16.05.94, at man under en sådan observation ville have bemærket den forværring af hans tilstand, der indtrådte kort efter udskrivelsen natten mellem 16. og 17.05.94, og sygehuset dermed ville have iværksat relevant behandling på et tidligere tidspunkt.

Retslægerådet havde udtalt, at det var muligt, men ikke overvejende sandsynligt, at mandens symptomer på længere sigt var bedret noget, såfremt blodfortyndende behandling var blevet iværksat på et tidligere tidspunkt. Uanset denne erklæring fandt Højesteret, at der forelå en situation omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, det vil sige, at det i patientforsikringslovens forstand er overvejende sandsynligt, at den skade, der er overgået manden, i et vist omfang ville være undgået, hvis han var blevet undergivet den nævnte optimale behandling, og at manden ville blive dårligere stillet i henseende til vurderingen af årsagssammenhæng mellem fejl og skade, end tilfældet var før patientforsikringslovens indførelse, hvis der ikke blev statueret årsagssammenhæng.

Kommentar:

Sagen fandt sin endelige afslutning ved Højesteret. Ved Landsretten fri fandtes sagsøgte, Patientskadeankenævnet, med dommerstemmerne 2:1. Ved Højesteret derimod blev Patientskadeankenævnet dømt til at anerkende, at NN var berettiget til en yderligere erstatning for erhvervsevnetab på 520.000 kr. samt til at betale sagens omkostninger.

Sagens udfald har givet anledning til en del overvejelser hos Retslægerådet, såvel hvad angår tolkning af dommen, som med hensyn til de konsekvenser, den måtte få for fremtidig patientbehandling.

Hvad angår tolkning af dommen kan man anlægge 2 anskuelser: A)

Højesteretsdommen går primært på det forkerte i, at de initiale symptomer bliver negligeret og ikke fører til indlæggelse og observation. Den anden anskuelse B) går på, at erstatningen primært blev givet på grund af, at der ikke på et tidligere tidspunkt var blevet iværksat blodfortyndende eller trombocythæmmende behandling, og spørgsmålet om en tidligere indlæggelse har primært interesse i forbindelse med iværksættelsen af en blodfortyndende behandling.

Lægges anskuelserne A) til grund for tolkningen af dommen, giver den ikke anledning til yderligere kommentarer fra Retslægerådets side. I den forbindelse skal det bemærkes, at Retslægerådet ikke har fået stillet spørgsmål om NN skulle have været indlagt på et tidligere tidspunkt, og om undladelse heraf var en fejl.

Lægges derimod anskuelse B) til grund for tolkning af højesteretsdommen, giver den anledning til mange overvejelser. Med Retslægerådets besvarelse af de stillede spørgsmål kan det siges, at højesteretsdommen går imod Retslægerådets opfattelse. Det forhold, at en dom ikke svarer til Retslægerådets opfattelse, er der intet nyt i og intet forkert i. Retslægerådets opgave er netop at afgive lægevidenskabelige skøn, og ikke tage stilling til sagens juridiske sammenhæng.

Vurderingen af konsekvenserne af den aktuelle sag er imidlertid kompleks. Behandling med blodfortyndende medicin (antikoagulation) har således altid været kontroversiel, og mange har ment, at risici og kompli-

Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning

kationer ved en sådan behandling overskyggede den mulige gevinst. Kontrollerede kliniske undersøgelser har heller ikke kunnet dokumentere nogen effekt af blodfortyndende behandling ved akut apopleksi med forværring af symptomerne (stroke in progression). Blodfortyndende medicin har da heller ikke været gængs udbredt standardbehandling ved akut apopleksi med fremadskridende symptomer, men er undertiden blevet anvendt, hvor man har haft en speciel mistanke om, at der for eksempel kunne foreligge tilfælde med gentagne nyopståede blodpropper.

I 1994 var blodfortyndende behandling (antikoagulation) ikke standardbehandling ved apopleksi i udvikling på sygehus X, men blev kun brugt undtagelsesvist (oplysninger, der ikke blev indhentet i forbindelse med domsafsigelsen, men noget, som Retslægerådet efterfølgende har undersøgt. I Retslægerådets tidligere svar er anført, at dette forhold var ubelyst). Siden 1994 er brugen af blodfortyndende medicin (antikoagulation) ved akut apopleksi ved tiltagende symptomer om noget blevet endnu mere restriktiv. Dette gælder ikke behandling med trombocyt hæmmere. Af sygehus X journal fremgår, at acetylsalicylsyre behandling blev ordineret 18.05.94.

Med højesteretsdommen kan man derfor stille spørgsmålet, om enhver person, som får en apopleksi, hvor symptomerne tiltager inden for det næste døgn, er berettiget til erstatning, såfremt der ikke gives blodfortyndende

de medicin (antikoagulation). Hvis dette skulle være tilfældet, skal behandlingsprincipperne af akut apopleksi måske revideres de fleste steder i Danmark, og mange læger ville blive nødsagede til at iværksætte en ressourcekrævende antikoagulationsbehandling, som de ikke mener, har en gavnlig effekt. Hvis antikoagulation bliver mere udbredt, vil der også komme komplikationer, og man kunne gå videre og stille spørgsmålet om, hvilken erstatning sådanne patienter med komplikationer skulle have. Uanset de mulige fortolkninger af dommen har Retslægerådet fundet det relevant at resumere sagen og omtale status for den akutte medicinske behandling af apopleksi i udvikling. Retslægerådet skal samtidig foreslå, at betegnelsen blodfortyndende behandling ikke fremtidigt anvendes i lignende sager uden en nærmere specifikation. Betegnelsen dækker almindeligvis over antikoagulationsbehandling, men det er en mindre velvalgt fordanskning, da behandlingen sjældent indebærer, at blodet bliver fortyndet. Det er også et indtryk fra denne og andre sager, at betegnelsen undertiden synes at blive anvendt med en skiftende betydning.

Ved akut behandling af apopleksi i udvikling har man gennem de sidste 10 år forsøgt forskellige behandlingsmetoder, dels blodfortynding (antikoagulationsbehandling med heparin, marcoumar og lignende), blodpladehæmning (hæmning af trombocyttaggregationen med acetylsalicylsyre, dipyridamol o.a.) eller blodpropopløsende behandling. Som

Undladelse af akut behandling af apopleksi udløste erstatning

omtalt ovenfor, har det vist sig, at antikoagulationsbehandling ikke har nogen påviselig virkning ved almindelige tilfælde af apopleksi i udvikling. Medicinsk set er denne behandling således ikke begrundet. Blodpladehæmmende behandling givet inden for de første 48 timer har en lille, men sikker virkning ved at forebygge 10 % af de tilbagefald, der ellers ville opstå. Tidsfaktoren er tilsyneladende ikke kritisk, idet undersøgelser tyder på, at behandling inden for de første 48 timer synes tilstrækkelig til at opnå effekten. Med blodpropopløsende behandling (trombolyse) er det anderledes. Trombolysebehandling ved akut apopleksi har på mange måder vist sig lovende, og er nu ved at blive indført. Denne behandling skal ske inden for de første 3-4 timer - ellers er det for sent og potentielt farligt. Om

forsinkelser af denne behandling kan udløse erstatning, må vel bero på en juridisk vurdering af de konkrete forhold, herunder om behandling overhovedet er mulig på det sted, hvor patienten primært bliver behandlet. Det må vel også i nogen grad bero på den præcedens, der fremgår af den her refererede sag, hvor man behandler spørgsmålet om erstatning for udeldelse af at iværksætte en behandling med en tvivlsom og hypotetisk effekt. Om der skal udbetales erstatning herfor må forblive et juridisk problem, men afgørelserne kan få betydning for, om man kommer hen i „defensive medicin“, det vil sige medicinsk behandling, som ikke primært styres af, hvad der er gavnligt for patienten, men af, hvad der er holdbart ved en domstol.

Afslag på benådning ved iskæmisk hjertesygdom

NN er en 71-årig mand, som i 1996 blev idømt 4 års fængsel pga. økonomisk kriminalitet. NN har en kronisk hjertesygdom, og søger benådning pga. alder og sygdom. Han fremsender lægeerklæringer fra speciallæger i kardiologi og i almen medicin, der fremfører, at strafafsoningen må frarådes, da sygdomsbilledet endnu ikke er afklaret, og da afsoning kan medføre en forværring af hans kroniske hjertesygdom, i værste fald hans død. I modsætning hertil vurderer Kriminalforsorgens lægelige konsulent, at NN's udståelse af idømt straf ikke i sig selv vil medføre risiko for alvorlig yderligere helbredsforværring, såfremt NN anvises at påbegynde afsoningen ved Vestre Hospital, og i øvrigt der følge tilrådet lægelig behandling. På grund af de modstridende erklæringer anmoder Justitsministeriet 13.06.00 Retslægerådet om en udtalelse. Rådet finder ikke holdepunkter for, at afsoningen af den idømte fængselsstraf vil medføre risiko for alvorlig helbredsforringelse, og benådningsansøgningen afslås. Forsøg på fornyet forelæggelse for Retslægerådet afvises af Justitsministeriet, og i skrivelse af 30.08.01 meddeles, at NN snarest vil modtage en indkaldelse til udståelsen af straffen på Københavns Fængsler, Vestre Hospital. (E 10973)

Sagen vedrører en 71-årig mand, som ifølge fremsendte lægeerklæringer og journalnotater fra kardiologisk afdeling X sygehus, har haft iskæmisk hjertesygdom siden september 1996. Sygdommen startede med smerter i brystet (angina pectoris), og symptomerne forværredes i en sådan grad, at han januar 1997 fik foretaget ballonudvidelse af en forsnævring på venstre kranspulsåre (LAD) og indlægelse af en stent. Han blev genindlagt på samme afdeling december 1997 på grund af fornyede symptomer. Røntgenundersøgelse med koronararteriografi viste nu svær 2-kars sygdom med forsnævring af kranspulsårerne LAD og Cx. Han fik herefter foreta-

get en koronar by pass operation april 1998 (single vene til Cx og Lima til LAD). Ved ambulat kontrol i maj 1998 fremgik det, at NN før operationen havde normal venstre ventrikelpumpefunktion (EF), og at der i forbindelse med operationen udvikledes et non-Q-tak myokardieinfarkt samt et venstresidigt grenblok. NN havde også betydelig hyperkolesterolemie og blev derfor sat i behandling med kolesterolsænkende medicin. Han fik endvidere beta-blokkere (Selo-Zok 100 mg dgl.) og hjertemagnyl (150 mg dgl.) Et ½ år senere fik NN på ny smerter i brystet (stabil angina pectoris). Han blev dog afsluttet fra den kardiologiske afdeling i marts 1999 til videre

Afslag på benådning ved iskæmisk hjertesygdom

kontrol hos kardiologisk speciallæge. I februar 2000 blev han genindlagt på den kardiologiske afdeling under mistanke om blodprop i hjertet, hvad der blev afkræftet. Diagnosen var stabil angina pectoris, og behandlingen blev suppleret med et protraheret nitroglycerin præparat (tabl. Imdur 60 mg dagl.) og han blev sat i ACE-behandling, formentlig på grund af nedsat hjertepumpefunktion. Nyt arbejds-ekg var ikke konklusivt for iskæmi. Arbejdspræstationen var 75 % af forventet niveau. I ambulant notat fra den kardiologiske afdeling maj 2000 blev NN betegnet som medicinsk velbehandlet, måske med „diskret mistanke om fortsat iskæmi“, og den medicinske behandling blev fortsat. Der blev ikke beskrevet åndenød i hvile, blodtrykket var normalt, der var normal hjerte- og lungestetoskopi, kolesterol var normaliseret, og der blev ikke beskrevet andre symptomer.

NN blev i 1996 idømt 4 års fængsel for økonomisk kriminalitet. I erklæringer, der ledsagede en benådningssøgning, frarådede to speciallæger i kardiologi og en speciallæge i almen medicin fængselsstrafsoning med den begrundelse, at NN's iskæmiske hjertesygdom havde vist progression i perioden juni 98 - september 99, objektiviseret ved nye angina pectoris anfald og aftagende pumpefunktion af hjertet (vurderet af praktiserende kardiolog ved hjælp af ekkokardiografi, hvor EF var nedsat til 45-50 % juni 1998, og yderligere aftaget til 30-35 % september 1999), og endvidere at der var tilkommet nedsat diastolisk funktion. Speciallægerne

anfører yderligere, at den påtænkte fængselsdom vil medføre et psykisk stress, som utvivlsomt vil forværre den nuværende tilstand og accelerere den i forvejen dårlige prognose.

I tre lægeerklæringer anføres som yderligere begrundelser for at fraråde strafsoning, at NN's sygdomsbillede langt fra er afklaret, hvilket dog ikke synes i overensstemmelse med sagens akter, idet NN ifølge journalnotaterne fra den kardiologiske afdeling har kronisk, iskæmisk hjertesygdom, et hjertesvigt af lettere grad, som er velbehandlet, og en velbehandlet stabil angina pectoris. En nedsat pumpefunktion bedømt ved ekkokardiografi er behæftet med betydelig usikkerhed.

På grund af de forskellige lægelige erklæringer i sagen anmodede Justitsministeriet Retslægerådet om en udtalelse.

Retslægerådets udtalelse:

”På grundlag af de foreliggende sagsakter må NN's helbredstilstand, for så vidt angår hans hjertelidelse, betragtes som afklaret. Der foreligger en lettere kronisk, stabil angina pectoris (brystsmertter betinget af åreforkalkning i hjertets kranspulsårer) samt et lettere hjertesvigt.

I de seneste ambulante notater fra hjerteafdelingen på sygehus X, journalnotater (datoerne 25.02.00 og 26.05.00), er patienten beskrevet som „velbefindende og daglig aktiv“, og konkluderet at have „velbehandlet iskæmisk hjertesygdom bortset fra diskret mistanke om fortsat iskæmi“. NN har gennemgået en efter det oplyste

vellykket og ukompliceret koronar by pass operation april 1998. Patienten er ikke kontrolkoronararteriograferet efter operationen, da indikation for dette er vurderet som tvivlsom, og patienten angives ikke at have ønsket denne undersøgelse. Ud fra det oplyste må det formodes, at de indopererede omkørsler (grafter) er velfungerende. Hvad angår fremtidsudsigterne, prognosen, er det af betydning, at patienten har fået indopereret en arteriegraft (såkaldt LIMA graft) til hjertets forvæg. En velfungerende LIMA graft vides at bedre prognosen afgørende, hvad angår overlevelse, da disse grafter meget sjældent bliver sæde for åreforkalkning inden 10-15 år efter operationen. Det er i journalen anført, at NN har haft 1-2 myokardieinfarkter (blodpropper) tidligere. Dette er udokumenteret, og synes baseret på påvisning af lettere forhøjelse af „koronarenzymerne“ efter by-pass operationen, hvor det anføres, at NN har haft et såkaldt non-Q-taks infarkt peri- eller postoperativt. Det er almindeligt accepteret, at diagnosen myokardieinfarkt peri-postoperativt ikke kan stilles på de anførte præmisser, og det ukomplicerede forløb taler imod et betydende myokardieinfarkt.

Hvad angår prognosen, må denne vurderes som rimelig inden for de nærmeste år, men naturligvis dårligere end for en alderssvarende person uden iskæmisk hjertesygdom. NN er optimalt medicinsk og kirurgisk behandlet, og hans prognose og fremtidige risiko for nye hjerteanfald må opfattes som bedre end prognosen for

en patient med samme grad af iskæmisk hjertesygdom, der ikke havde gennemgået en by-pass operation.

Ved vurdering har Retslægerådet endvidere lagt vægt på en rapport, offentliggjort af American Heart Association's Committee on Stress, Strain and Heart Disease. *Circulation* 1977;55:825 A-835A, hvoraf det fremgår, at der ikke findes videnskabelige undersøgelser, der viser, at protraheret psykologisk, emotionelt fremkaldt stress medfører en accelerering af iskæmisk hjertesygdom, men muligheden for en forværring i individuelle tilfælde kan ikke udelukkes. I større kardiologiske lærebøger henvises fortsat til rapporten.

På det foreliggende grundlag finder Retslægerådet ikke holdepunkter for, at afsoningen af den idømte fængselsstraf vil medføre risiko for alvorlig helbredsforringelse hos NN, såfremt afsoningen påbegyndes ved Vestre Hospital, og NN følger den tilrådede lægelige observation, undersøgelse og behandling.”

Kommentar:

Ovenstående problemstilling er flere gange dukket op i benådningssager. Som det fremgår, er det Retslægerådets vurdering, at der med hensyn til et fængselsopholds indflydelse ikke findes holdepunkter for at postulere nogen større risiko for forværring eller ændring af en iskæmisk hjertelidelse som følge af en strafafsoning, ej heller selvom dette skulle være psykologisk belastende.

Insulintilfælde og kørekort

Retslægerådet har afgivet udtalelser til politimesteren i X-købing i 2 kørekortsager, hvor erhvervschauffører under insulintilfælde havde forårsaget alvorlige trafikuheld. Kernepunktet i spørgetemaerne vedrørte chaufførernes evne til fremtidigt at opleve symptomer og herefter kunne reagere på et faldende blodsukker. (Se også "Hypoglykæmiske tilstande i trafikken – tilstande ligestillet med sindssygdom", side: 91ff.)

Sag nr. 1 vedrørte en 19-årig chauffør med førstegangsvarslet insulintilfælde, der i øvrigt syntes velforklaret ved nylig dosisøgning af insulin og overspring af et måltid. Han havde haft sukkersyge i 13 år. Da der tidligere havde været varselssymptomer ved blodsukkerfald, fandt 2 af de voterende ud fra en samlet betragtning, at det var sandsynligt, at chaufføren også 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 således måtte anses for uforudsigelig. (E 10051)

Sag nr. 2 vedrørte en chauffør, der havde haft sukkersyge i 42 år og nu inden for 1 år havde haft 2 væsentlige trafikuheld pga. uvarslede insulintilfælde. Retslægerådet udtalte, at risikoen for uvarslet insulintilfælde var høj i sag nr. 2. (E 10121/E 10512)

Sundhedsstyrelsen behandlede de 2 sager på samme måde. Efter indhentning af erklæringer fra de behandlende læger anbefalede styrelsen kørekort til erhverv for 1 år på vanlige sukkersygevilkår i begge tilfælde. I sag nr. 2 blev spørgsmålet om frakendelse af førerretten behandlet af retten i X-købing, blandt andet efter fremlæggelse af udtalelserne fra Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet. Domsmandsretten fandt som omtalt andetsteds i årsberetningen (side: 94ff.), at tiltalte havde været påvirket af insulintilfælde, således omfattet af straffelovens § 16 stk. 1 og dermed straffri. Desuden frikendte retten for en påstand om frakendelse af førerretten. I sag nr. 1 meddelte politimesteren, at man havde besluttet at opgive påtale mod chaufføren, da alle foreløbige oplysninger pegede på, at han havde fået et insulinshock og således ikke havde været bevidst om sin kørsel. Med hensyn til kørekortet fulgte politimesteren Sundhedsstyrelsens udtalelse.

Sag nr. 1:

Den første sag vedrører en 19-årig

erhvervschauffør, der havde fået insulinkrævende sukkersyge i 7-års al-

deren. Sukkersygen var velreguleret med 4 insulindoser dagligt (Actrapid 10 + 12 + 16 IE og Insulatard 31 IE til natten). På grund af lidt høje blodsukkerværdier om morgenen blev Insulatard dosis øget til 36 IE. 2 uger efter justeringen af dosis påkørte han over en længere vejstrækning med sin lastbil 3 andre køretøjer, hvorved 1 person afgik ved døden og en anden blev svært kvæstet. På ulykkesdagen er det anført, at han ikke indtog sit vanlige formiddagsmåltid. Han havde efterfølgende ingen erindring om uheldet, men ved ankomsten til hospitalet var han bleg, konfus og havde lavt blodsukker. Efter indsprøjtning af glukose vågnede han op af tågetilstanden og var klar og orienteret. Af erklæring og lægejournaler fremgår lidt vekslende, at han tidligere i livet havde haft enkelte insulintilfælde, men at han havde kunnet fornemme i hvert fald en del af de lave blodsukre på grund af advarselssymptomer. Han pådrog sig ikke væsentlig skade i forbindelse med trafikuheldet. Efter uheldet har spørgsmålet om NN's helbredsmæssige egnethed til fortsat at bevare førerretten til motordrevet køretøj været forelagt Sundhedsstyrelsen. Styrelsen har henvist til en erklæring fra behandlende læge, hvoraf fremgår, at der ud over det nævnte insulinshock ikke har været tilfælde med lav blodsukkerkoncentration siden 13-års alderen. Styrelsen har derfor ikke fundet anledning til at ændre sin oprindelige indstilling, hvor det anbefales, at NN kunne erhverve kørekort til kategori C (erhverv) for 1 år af gangen.

Politimesteren havde stillet følgende spørgsmål til Retslægerådet:

Spørgsmål 1:

Sandsynligheden/risikoen for at NN fremover medens han fører motordrevet køretøj vil få insulinshock. Det forudsættes at NN ikke misrøgter sin sygdom, men medicinerer sig korrekt, går til læge og følger dennes råd og anvisninger. I besvarelsen bedes taget højde for følgende situationer:

- a. At NN kører erhvervsmæssigt.
- b. At NN ikke kører erhvervsmæssigt.

NN har svækkede varsler på lavt blodsukker, idet NN ikke forud for det aktuelle ulykkestilfælde fik symptomer på for lavt blodsukker. De svagere varsler vil øge NN's risiko for at få tilfælde med lavt blodsukker, som kræver hjælp fra andre (insulintilfælde), eller hvor bevidsthed mistes (insulinshock). NN vil ved tæt kontrol i diabetes ambulatorium kunne rådgives med henblik på at nedsætte risikoen for insulintilfælde/insulinshock. En sådan rådgivning vil typisk omfatte daglig måling af blodsukkeret, specielt forud for kørsel i motorkøretøjer, overholdelse af mellemmåltider, yderligere reduktion i insulin-dosis m.m. Retslægerådet kan dog ikke udelukke, at der atter kan indtræde et insulinshock under kørsel.

Spørgsmål 2:

Under de i spørgsmål 1 angivne forudsætninger bedes oplyst hvorvidt NN's sukker-syge i forbindelse med hans aldersmæssige udvikling - p.t. 19 år vil blive forværret eller blive forbedret?

NN's sukkersyge kan forværres på den måde, at han udvikler komplikationer. Der kan også udvikles den komplikation, at han ikke så let erkender lavt blodsukker eller insulinføling eller insulinshock.

Spørgsmål 3:

Vil NN for han får insulinshock få et varsel, således at han kan nå at reagere/tage højde for et sådant?

Der er ikke enighed blandt de voterende.

2 af de voterende finder, at det ikke kan udelukkes, men vil være uforudsigeligt, hvorvidt NN vil få varslers forud for insulinshock. Selv om man vil kunne vurdere en patients stresshormonrespons på blodsukkerfald fremkaldt i et hospitalslaboratorium, er der imidlertid i litteraturen ingen holdepunkter for, at en sådan test i tilfælde af, at den er normal, med sikkerhed kan garantere, at patienten får varslers/og omvendt, hvis stresshormonresponsen er påvirket, at patienten i så tilfælde ikke vil få varslers forud for et meget lavt blodsukker.

De 2 andre voterende finder, at det er overvejende sandsynligt, at NN, for han får insulinshock, vil kunne reagere på dette eller tage højde for dette. Begrundelsen herfor er, at insulinshocket under kørslen formentlig var udløst af en for stram blodsukkerregulering (for stor insulindosering), og at NN i andre sammenhænge har reageret med varslings symptomer. Imidlertid kan det ikke udelukkes, at et lignende tilfælde opstår igen.

I besvarelsen gjorde Retslægerådet indledningsvist opmærksom på, at det har været uden betydning for rådets besvarelse af spørgsmålene, om den pågældende kører erhvervsmæssigt eller ikke-erhvervsmæssigt.

Sag nr. 2

Sagen vedrører XX, der er 44 år og har haft sukkersyge, siden han var 2 år gammel. Han har kørt lastbil i en årrække. I april måned kørte han ind i en mur med sit lastvognstog og blev indbragt til skadestuen i X-købing. Blodsukkeret var lidt under normalen, han havde hukommelsestab for episoden, og man må antage, at han under uheldet var påvirket af et insulin-tilfælde. I september måned forårsagede han igen materiel skade med sit lastvognstog, og han påkørte en varebil, der holdt for rødt lys, og fortsatte kørslen med en hastighed af ikke under 80 km/timen, om end der var hastighedsbegrænsning på 40 km i timen, for så i et venstresving at fortsætte lige ud og påkøre en ejendom. (Sagen er også omtalt side 94ff.) Han ankom til skadestuen i X-købing, hvor han ved ankomsten fremstod lettere shockeret og konfus. Blodsukkeret 1 time senere var 2,1 mmol/l. Han blev behandlet med glukose og indlagt til observation, men udskrevet dagen efter. Efter erklæring fra egen læge suppleret med udtalelser fra behandlende hospitalsafdeling anbefalede Sundhedsstyrelsen generhvervelse af kørekort til kategori C (erhverv), D og E for 1 år og kørekort til kategori B generhvervet for 2 år efter gældende regler vedrørende insulinbehandlet sukker-

syge. Efter sagens behandling i Retslægerådet har Sundhedsstyrelsen genvurderet anbefalingen, men har ikke fundet anledning til at ændre udtalelsen. Sundhedsstyrelsen anfører blandt andet, at det er oplyst over for styrelsen, at den insulinkrævende sukkersyge er yderst stramt reguleret, og at der sædvanligvis er varslings-symptomer. Endvidere anfører styrelsen, at enhver insulinbehandlet diabetiker på et eller andet tidspunkt kan udvikle tilfælde med fald i blod-sukkerkoncentrationen med deraf følgende risiko for, at chaufføren ikke kan føre motorkøretøj på betryggende måde. Forekomsten af ulykkestilfælde hos insulinbehandlede diabetikere er ikke øget i forhold til befolkningen i samme alder uden sukkersyge.

Anklagemyndigheden nedlagde efterfølgende påstand om ubetinget førerretsfrakendelse ved retten i X-købing, hvor domsmandsretten efter en samlet bedømmelse af sagens oplysninger ikke fandt det bevist, at tiltalte havde ført lastvogn med sættevogn på særlig hensynsløs måde, jf. færdselslovens § 126, stk. 2, nr. 1. Retten frifandt derfor for den nedlagte påstand om frakendelse af førerretten, ligesom retten fandt, at XX havde befundet sig i en tilstand, der er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og således var straffri. De retspsykiatriske aspekter er omtalt andetsteds i årsberetningen.

Politimesteren havde stillet en række spørgsmål til Retslægerådet ved 2 fremsendelser.

Ved den 1. fremsendelse stilledes følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Sandsynligheden/risikoen for at XX fremover medens han fører motordrevet køretøj vil få insulinshock. Det forudsættes, at XX ikke misrøgter sin sygdom, men medicinerer sig korrekt, går til læge og følger dennes råd og anvisninger. I besvarelsen bedes taget højde for følgende situationer:

- a) XX kører erhvervmæssigt
- b) XX ikke kører erhvervmæssigt.

Det er Retslægerådets vurdering, at denne patient har en høj risiko for uvarslet insulintilfælde. Begrundelsen herfor er følgende forhold:

- 42 år varende diabetes medførende bortfald af de varslings-symptomer, som knytter sig til det hormonelle stressrespons,
- patientens stramme diabetesregulation,
- det forhold, at patienten tidligere har haft insulintilfælde for bundet med ulykke,
- patientens svingende blodsukkerregulation, som varierer mellem 2 og 20, og at patienten øjensynlig har manglende varslings-symptomer (hypoglycemic unawareness).

Vedrørende underspørgsmålene a) og b) vurderes risikoen lige stor.

Spørgsmål 2:

Under de i spørgsmål 1 angivne forudsætninger bedes oplyst hvorvidt XX's sukkersyge i forbindelse med hans aldersmæssige

udvikling - p.t. 43 år - vil blive forværret eller forbedret.

XX har efter 42 års varende diabetes ingen tegn på senkomplikationer og specielt ingen øget udskillelse af æggehviteprotein i urinen, hvorfor hans risiko for sen-diabetiske komplikationer skønnes minimal. Derimod er der en risiko for, at hans manglende varselssymptomer forværres, idet alvoren af disse problemer ofte er proportional med diabetes varigheden. Imidlertid vil tæt diabeteskontrol med meget hyppige blodsukkermålinger forud og i forbindelse med bilkørsel, samt omhyggelige forsøg på at undgå blodsukre under 3,5 i en længere periode (for eksempel 3 måneder) muligvis kunne bedre hans varselssymptomer.

Spørgsmål 3:

Vil XX, før han får et insulinshock, få et varsel, således at han kan nå at reagere/ tage højde for et sådant.

Der henvises til svarene på spørgsmål 1 og 2.

Indledningsvist har rådet bemærket, at en så præcis vurdering af sandsynlighedsgraden som angivet i spørgetemaet ikke findes muligt.

Efterfølgende har politimesteren i forbindelse med sagens behandling ved retten i X-købing, efter samråd med forsvarsadvokaten fremsendt følgende supplerende spørgsmål.

Supplerende spørgsmål 1:

Må det antages, at tiltalte den ca.

kl. 20.30 under sin kørsel ved X-købing kommunes parkeringskælder var påvirket af et uvarslet insulinshock? og at det ikke var ham bevidst?

Ifølge ledsagende sygejournal havde XX efter 42 års diabetes mistet evnen til med sikkerhed at kunne føle lave blodsukkerværdier. 40 minutter efter uheldet målt et blodsukker på 4,1 mmol/l. På denne baggrund og idet XX havde hukommelsestab for episoden, må det antages, at han den xx var påvirket af et insulintilfælde, og at man må antage, at han ikke var bevidst om det lave blodsukker.

Supplerende spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares med ja ønskes følgende besvaret:

Må det antages, at dette insulinshock har bevirket, at tiltalte XX i tidsrummet af ca. 30-40 minutter frem til, at han blev stoppet af X-købing politi ikke var bevidst om sin kørsel.

På samme baggrund må det antages, at XX 30-40 minutter frem ikke har været bevidst om sin kørsel.

Supplerende spørgsmål 3:

Må det antages, at tiltalte XX den ca. kl. 14.45 under kørsel af motorvej, ringvej og ...vej var påvirket af et uvarslet insulinshock? og at dette ikke var ham bevidst?

Ved uheldet blev der efterfølgende målt et blodsukker på 2,1 mmol/l. Med samme begrundelse som ovenfor må det antages, at XX var påvirket af et lavt blodsukker „insulintilfælde“, som han ikke var i stand til

at erkende og med samme forklaring som ovenfor ikke var bevidst om.

Supplerende spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 3 besvares med et ja ønskes følgende besvaret:

Må det antages, at dette insulinshock har bevirket, at tiltalte XX i et tidsrum på 30-40 minutter fra ca. kl. 14.30 til ca. kl. 15.00 frem til politiets ankomst til ... ikke var bevidst om sin kørsel.

Af samme grund må det antages, at XX ikke har været bevidst om sin kørsel i det efterfølgende tidsrum på 30-40 minutter og måske længere.

Supplerende spørgsmål 5:

Har tiltalte XX's tilstand under supplerende spørgsmål 2 og 4 nævnte tidsrum været af en sådan karakter, at han må antages at være omfattet af den persongruppe, der er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1?

XX befandt sig på de 2 anførte tidspunkter i en tilstand karakteriseret ved en af lavt blodsukker betinget bevidsthedsforstyrrelse, det vil sige en tilstand ligestillet med sindssygdom. Han er således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Kommentar:

For lavt blodsukker (hypoglykæmi) er en almindelig komplikation til insulinbehandling af patienter med sukkersyge. Blodsukkerfald ledsages gerne af advarselssymptomer (insulinføling), og den enkelte patient kan identificere symptomerne og rettidigt tage de nødvendige forholdsregler ved at spise hurtigt resorberbart kulhydrat. I de

første år efter starten af en insulinbehandling gælder det, at næsten alle lejlighedsvist vil opleve tilløb til insulinføling, men efter et årelangt forløb svækkes symptomerne ofte om end ikke altid.

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 kommer tegn på kredsløbspåvirkning svarende til en øget adrenalinsekretion. Det drejer sig om rysten, sitren, sveden, bleghed, angst, sultfølelse, hurtig puls efterhånden gående over i forskellige grader af bevidsthedspåvirkning med bevidstløshed og kramper (insulinshock) på grund af det manglende glukosetilbud til hjernen. Hos nogle personer udebliver disse kredsløbssymptomer imidlertid, og hjernen påvirkes uden varsler. Disse uvarslede symptomer fra hjernen, hvis stofskifte udelukkende beror på sukkermolekyler, kan variere en del, men der er ofte tale om forskellige grader af koncentrationstab, forvirring, mærkelig opførsel med præg af automathandlinger og omtåget bevidsthed (tågetilstand), synsforstyrrelser og søvnighed stigende til totalt bevidsthedstab. Tilstanden kan udvikle sig snigende, og man kan forblive i en tågetilstand igennem lang tid, uden at bevidstheden mistes helt.

Advarselssymptomer (insulinføling), sygdomserkendelse og en viden om årsagerne til og risikoen for hypoglykæmitilfælde er det vigtigste forsvar mod den hjernepåvirkning,

der kan indtræde som en bivirkning til insulinbehandling af sukkersyge. Det er et mål, at patienterne bliver i stand til at handle rationelt. Alle patienter skal således vide, at kostregulering er vigtig, at man under insulinbehandling ikke skal springe måltider over, at alkoholindtagelse øger risikoen for hypoglykæmi, fordi modregulationen ved et begyndende blodsukkerfald påvirkes, at risikoen for hypoglykæmi øges efter dosisøgning af insulin, og at fysisk aktivitet har betydning for blodsukkeret.

En sag om hypoglykæmi efter forudgående alkoholindtagelse er omtalt side: 92ff. i denne årsberetning. Af omtalen fremgår, at det efter forholdene kan blive ansvarspådragende, hvis man ikke følger de anerkendte forholdsregler (alkohol). Domstolens praksis kan dog variere. I en tidligere årsberetning fra 1997 omtales en sag (E 8882), hvor trafikuheld under hypoglykæmi hos en insulinbehandlet diabetiker var sket efter forudgående indtagelse af en del spiritus aftenen før uheldet. Alkoholpromillen om morgenen efter trafikuheldene måltes til 0,31. Her fandt retten ikke, at der havde foreligget omstændigheder, hvor tiltalte burde have indset, at der var fare forbundet med kørslen, selvom der også her var en sandsynlig årsagsforbindelse mellem alkoholindtagelse og den senere hypoglykæmiske tilstand. Han blev således frifundet fra straf i henhold til § 16, stk. 1 og frifundet for frakendelsen af førerretten.

I de 2 sager, der er omtalt ovenfor, blev retten til erhvervsmæssigt kørekort ligeledes bevaret, uanset Retslægerådets udtalelser. I sag nr. 1 var der en vis støtte herfor, idet 2 af de sagkyndige nok anså, at det var uforudsigeligt, om NN ville få advarselssymptomer forud for et blodsukkerfald, mens de 2 andre sagkyndige anså dette for overvejende sandsynligt. I sag nr. 2 var der imidlertid ikke nogen sådan støtte, de sagkyndige var enige og udtalte, at der var høj risiko for uvarslet insulintilfælde. Sundhedsstyrelsen anbefalede imidlertid genudlevering af erhvervsmæssigt kørekort i begge tilfælde, formentlig fordi nye erklæringer fra de behandlende læger omtalte varselssymptomer, og fordi styrelsen ikke fandt det påvist, at insulinkrævende diabetikere hyppigere var involveret i trafikuheld end den øvrige befolkning.

Varselssymptomer er subjektive oplevelser hos den involverede, som selvfølgelig kan have en personlig interesse i en konkret afgørelse. Pålideligheden af oplysninger herom kan af denne, men også af andre grunde være svært at vurdere. Det må ligeledes anføres, at en manglende statistisk påvisning ikke godtgør, at en forskel ikke findes, og naturligvis heller ikke kan være et argument for at undlade en konkret vurdering, eventuelt med mere detaljerede undersøgelser.

Med udgangspunkt i de sager, der er beskrevet i denne årsberetning, og i de bemærkninger, der er faldet undervejs fra de sagkyndige, der har været involverede i sagsbehandlingen, fin-

Insulintilfælde og kørekort

der rådet, at der kan være behov for en samlet drøftelse af praksis, herunder af mulighederne for individuel bedømmelse af risikoen for uvarslet hypoglykæmianfald via laboratorieundersøgelser og af en mere vidtgående individuel klausulering, som for eksempel kunne indebære, at kørekort blev genudleveret på betingelse af, at risikofaktorer blev modificeret. Rådet kan også pege på nyere rapporter om behandling med henblik på generhvervelse af modregulationsevnen, som i en del tilfælde synes mulig. Der

kan eventuelt også være behov for en drøftelse af, om insulinbehandlede diabetikere skal føre tunge køretøjer, og i givet fald på hvilke betingelser.

Med udgangspunkt i forslag fra de sagkyndige skal rådet således opfordre Dansk Endokrinologisk Selskab, Diabetesforeningen, Sundhedsstyrelsen og andre relevante parter til at overveje disse spørgsmål, blandt andet med henblik på modificerbare risikofaktorer.

Hypoglykæmiske tågetilstande i trafikken – tilstande ligestillet med sindssygdom

Retslægerådet har de seneste år behandlet flere sager vedrørende sukkersygepatienter, som i en hypoglykæmisk tågetilstand ("insulinshock") har forårsaget alvorlige færdselsulykker. Her omtales de retspsykiatriske aspekter i fire sager med fire forskellige afgørelser. Spørgsmålet om kørekort behandles side 83.ff. i denne årsberetning.

Den første sag vedrører en 62-årig mand, der i alkoholpåvirket tilstand (promillekørsel) forårsagede en færdselsulykke, hvorved to mennesker blev dræbt. Han havde en insulinkrævende sukkersyge, og på tidspunktet for færdselsulykken befandt han sig i en hypoglykæmisk tågetilstand, det vil sige en tilstand ligestillet med sindssygdom. A var således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet udtalte blandt andet, at alkoholindtagelse kunne være en medvirkende årsag til udviklingen af hypoglykæmien. A blev fundet skyldig, og byretten tiltrådte, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men med henvisning til samme bestemmelse, 3. pkt., blev han idømt fængsel i seks måneder. Landsretten stadfæstede byretsdommen, formentlig blandt andet med den begrundelse, at der var en årsagssammenhæng mellem indtagelsen af alkohol og den senere hypoglykæmiske tågetilstand, og at denne tilstand derfor så at sige var selvforskyldt. (E 12029)

Den næste sag omhandler en chauffør, der to gange med et halvt års mellemrum i en hypoglykæmisk tågetilstand (uden forudgående alkoholindtagelse) kørte galt med en lastvogn tilkoblet en sættevogn. Retslægerådet udtalte, at han i begge tilfælde havde befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han blev fundet skyldig, men frifundet for straf, herunder også frifundet for frakendelse af førerretten. (E 10512)

Den tredje sag vedrører en 33-årig mand, der var årsag til en færdselsulykke, hvor en cyklist blev dræbt. Sagen blev først forelagt rådet som en sag vedrørende spirituspåvirkethed. I sit svar påpegede rådet, at den sigtede, som ikke var alkoholpåvirket, formentlig havde befundet sig i en hypoglykæmisk tågetilstand på gerningstidspunktet, hvilket afstedkom en række supplerende spørgsmål. Efterføl-

Hypoglykæmiske tågetilstande i trafikken

gende blev rådet anmodet om en udtalelse om, hvorvidt der var behov for anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, idet han havde ændret adfærd og havde undladt at passe sin behandling trods gentagne hypoglykæmitilfælde med bevidstløshed. På grundlag af en herefter foretaget mentalundersøgelse anbefalede rådet en dom til psykiatrisk behandling m.v., hvilket også blev resultatet. (M 2474; E 10952; A 39433)

Afslutningsvis nævnes kort en fjerde sag, hvor en ung lastbilchauffør i en hypoglykæmisk tågetilstand forårsagede et trafikdrab. I den sag traf anklagemyndigheden bestemmelse om påtaleundladelse. (E 10051)

Sag 1

Den første sag drejer sig om en 62-årig mand, A, der var sigtet for spirituskørsel efter færdselslovens § 53, stk. 2, mv. samt for overtrædelse af straffelovens § 241, uagtsomt manddrab. A var en morgen årsag til en færdselsulykke, hvorved to personer afgik ved døden. A selv pådrog sig svære kvæstelser.

Umiddelbart før færdselsulykken havde flere vidner set, at bilen med stor fart kørte i den forkerte side af vejbanen. Efter færdselsuheldet sad A fastklemt i bilen, og han blev af vidner beskrevet som vrøvlende. Han var bevidstløs ved indlæggelsen på sygehus. En blodprøve udtaget godt en time efter ulykken blev af Retslægerådet bedømt til at være ensbetydende med en alkoholpromille større end 0.80 promille, men ikke over 1.20 promille på kørselstidspunktet.

A havde i en årrække lidt af insulinkrævende sukkersyge. Om morgenen havde han indtaget sin sædvanlige

dosis morgeninsulin, men han havde undladt at spise morgenmad. Ved indlæggelsen efter færdselsulykken havde han meget lavt blodsukker (0,8 mmol/l), og han fik sprøjtet en sukkeropløsning ind i blodårerne, hvorefter han vågnede op og var fuldstændig samlet. Han blev herefter bedøvet med henblik på behandling af de skader, han havde pådraget sig.

Sagen blev forelagt Retslægerådet med tre spørgsmål vedrørende dels A's sukkersyge, dels hans påvirkethed af alkohol og endelig hans psykiske tilstand på gerningstidspunktet.

"Spørgsmål 1:

På ovennævnte baggrund (det vil sige sagens akter, Retslægerådets bemærkning) skal jeg anmode Retslægerådet om at vurdere, om sigtede på kørselstidspunktet befandt sig i hypoglykæmisk shock?

Det er overvejende sandsynligt, at sigtede i perioden op til bilulykken har været under indflydelse af hypoglykæmi. Derfor taler, at sigtede

forud for kørslen havde indtaget alkohol, og alkohol kan blokere for leverens mulighed for at frigøre det sukker, som er bundet til andre substanser i legemet, i tilfælde af faldende blodsukker (hypoglykæmi), at han under kørslen selv mærkede, at han begyndte at få det dårligt, at han havde lavt blodsukker ved indlæggelsen, samt at hans bevidsthedstilstand normaliseredes af sukkerindgift.

Hypoglykæmien har ikke medført bevidstløshed og kramper (hypoglykæmisk shock), som det ultimativt kan ses, men tilstanden må antages at have udviklet sig til en såkaldt tågetilstand.

Spørgsmål 2:

Endvidere bedes Retslægerådet udtale sig om, hvorvidt sigtede på kørselstidspunktet befandt sig i en tilstand som omhandlet af færdselslovens § 53 eller § 54?

På basis af den foreliggende analyse af blodprøve udtaget 1 time og 20 minutter efter ulykken må det antages, at sigtedes blodalkoholkoncentration på kørselstidspunktet har været større end 0,80 ‰, men ikke over 1,20 ‰.

Da der ikke foreligger regelret klinisk undersøgelse med henblik på spirituspåvirkethed, er Retslægerådet ikke i stand til at vurdere, i hvilken grad sigtede har været påvirket af alkohol.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes vurdere, om sigtedes tilstand i givet fald er omfattet af straffelovens § 69?

Retslægerådet kan ikke med sikkerhed udtale sig om, hvorvidt sigtede er omfattet af straffelovens § 69. Under kørslen befandt han sig i en tilstand præget af sygdom og svækkelse samt alkoholindtagelse. Som anført i besvarelsen af spørgsmål 1 må det antages, at han på tidspunktet for den påsigtede trafikulykke befandt sig i en af hypoglykæmi udløst tågetilstand, en tilstand præget af svækket og ændret bevidsthedsintensitet. En tilstand af hypoglykæmisk tågetilstand må ligestilles med sindssygdom, og sigtede var således med overvejende sandsynlighed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, på tidspunktet for trafikulykken.

Det skal bemærkes, at der ikke ud fra det foreliggende er grundlag for at antage, at han befandt sig i en af alkohol fremkaldt abnorm rustilstand.”

Efterfølgende blev Retslægerådet anmodet om en udtalelse om ...”hvorvidt der kunne være en sammenhæng mellem sigtedes sukkersyge, alkoholindtagelsen og tågetilstanden?”

Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

”Med tilbagesendelse af sagen vedrørende A skal Retslægerådet ved besvarelse af Politimesterens skrivelse af03 indledningsvis henvise til rådets udtalelse af02. Som det fremgår af denne udtalelse (besvarelse af spørgsmål 1), finder Retslægerådet, at alkohol begrænser leverens mulighed for at frigøre bundet sukker, som det normalt skal ske i tilfælde af faldende blodsukker (hypoglykæmi). Som hovedregel drejer det sig om sukker, der

Hypoglykæmiske tågetilstande i trafikken

er bundet som glykogen i leveren. Det er således rådets opfattelse, at der kan være en sammenhæng mellem sukkersygen og alkoholindtagelsen, således at alkoholindtagelsen kan have medvirket til udvikling af den af sukkersygen betingede hypoglykæmiske tilstand. Det lader sig ikke afgøre, om også andre faktorer har medvirket. Denne tilstand medførte efterfølgende (besvarelsen af spørgsmål 3), at han udviklede en tågetilstand. Retslægerådet finder således, at der kunne være en sammenhæng mellem alkoholindtagelsen, sukkersygen og tågetilstanden.”

A blev ved byretten fundet skyldig i spirituskørsel efter færdselslovens § 53, stk. 2, mv. samt i uagtsomt manddrab og idømt fængsel i seks måneder samt frakendt førerretten for et tidsrum af fem år. I dommens præmisser hedder det blandt andet:

”Retslægerådet har oplyst, at en hypoglykæmisk tågetilstand må ligestilles med sindssygdom, og at tiltalte således med overvejende sandsynlighed var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, på ulykkestidspunktet.

I betragtning af forseelsens art og af, at tiltalte allerede i 1990 fik stillet diagnosen sukkersyge, at han løbende er gået til kontrol for sin sygdom og derfor har været eller burde have været bekendt med de risici, sygdommen indebar for insulinshock og dermed tilstandens betydning for og indflydelse på hans evne til at føre en bil, at han tidligere har oplevet insulinføling, at han på fastende hjerte tog sin bil

på ulykkesdagen for at køre ind til byen for at forrette et ærinde, og at han aftenen forinden havde drukket spiritus i et sådant omfang, at han om morgenen kl. 9.42 fortsat havde en alkoholkoncentration i blodet på 0,81 ‰, finder domsmandsretten, at disse omstændigheder begrundet, at tiltalte skal pålægges straf, jfr. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.”

Dommen blev stadfæstet af landsretten. I landsrettens begrundelse hedder det blandt andet:

”Det fremgår af Retslægerådets besvarelser af henholdsvis02 og03, at alkohol begrænser leverens muligheder for at frigive sukker, som det normalt skal ske i tilfælde af faldende blodsukker. Herefter, og da det efter indholdet af politirapporten af ...02 må lægges til grund, at tiltalte under kørslen følte sig utilpas, og i øvrigt af de grunde, der er anført af byretten, tiltrædes det at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, at tiltalte bør pålægges straf, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.”

Sag 2

Den anden sag drejer sig om en 44-årig lastbilchauffør, B, der havde haft sukkersyge, siden han var 2 år gammel. Han var sigtet for to tilfælde af overtrædelse af færdselslovens § 3, stk. 1 mv., 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 blandt andet en port og noget beplantning, hvorefter han forlod gerningsstedet uden at underrette skadelidte eller politiet. Et halvt år senere påkørte B – igen med lastbilen tilkoblet sættevogn – en varebil, der holdt for rødt lys, hvorefter han fortsatte kørslen med en hastighed af ikke under 80 km/t, om end der var hastighedsbegrænsning på 40 km/t, for så i et venstresving at fortsætte lige ud over et stengærde og påkøre en ejendom. B blev i begge tilfælde efterfølgende bragt til et hospital, hvor der påvist lave blodsukkerværdier. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at B ...”efter 42 års diabetes (havde) mistet evnen til med sikkerhed at kunne føle lave blodsukkerværdier”, og at han i begge tilfælde var ”påvirket af et insulin-tilfælde, og ... ikke var bevidst om det lave blodsukker”. Rådet udtalte endvidere, at han i begge tilfælde havde befundet sig ...”i en tilstand karakteriseret ved en af lavt blodsukker betinget bevidsthedsforstyrrelse, det vil sige en tilstand ligestillet med sindssygdom. Han er således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.”

B blev fundet skyldig efter anklageskriftet, men han blev frifundet for straf, herunder frifundet for frakendelse af førerretten med henvisning til, at han begge gange havde befundet sig i en tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. (Sagen er også omtalt side: 85ff).

Sag 3

Den tredje sag vedrører en 33-årig

mand, C, der havde haft sukkersyge, siden han var 17 år gammel. Han havde i en hypoglykæmisk tilstand i en varevogn påkørt en cyklist, der efterfølgende døde af sine kvæstelser. C var nu sigtet for overtrædelse af færdselslovens § 3 og § 54 samt straffelovens § 241 (uagtsomt manddrab). Han var hertil sigtet for at have ført varebilen uden at have erhvervet kørekort, for at have ført varebilen, selv om den ikke var i forsvarlig stand samt endelig for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer § 3, stk. 1 mv., ved at have været i besiddelse af ca. 0,5 gram amfetamin til eget brug.

Sagen blev oprindeligt forelagt Retslægerådet som en sag vedrørende spirituspåvirkethed. Rådet udtalte, at C's blodalkoholkoncentration under kørslen ikke havde været over 0,50 ‰, og at der ikke var holdepunkter for, at han havde været mere end let påvirket af narkotikaindtagelse (amfetamin) under kørslen. C havde forud for kørslen indtaget en gigttablet, som Retslægerådet skønnede ikke havde haft indflydelse på tilstanden. Afslutningsvis i rådets udtalelse hedder det: ”Retslægerådet kan oplyse, at beskrivelsen af sigtedes tilstand ved anholdelsen00 kl. 16.50 og tilstanden ved påbegyndelsen af lægeundersøgelsen (en time senere) og den efterfølgende delvise normalisering af tilstanden - i forbindelse med de foreliggende blodprøver - er fuldt foreneligt med et insulin-tilfælde (insulinshock) hos en sukkersygepatient, formentlig udløst af uhensigtsmæssigt insulindosering i forbindelse med uvant arbejde.

Efterfølgende stillede anklagemyndigheden en række supplerende spørgsmål vedrørende C's sukkersyge. Spørgsmålene og Retslægerådets svar lyder som følger:

"Spørgsmål 1:

Er det muligt at udtale sig om, hvornår insulinilfældet (insulinshocket) er indtruffet?

Det samlede forløb sandsynliggør, at sigtedes adfærd den xx.xx.00 mellem kl. ca. 16 og ca. 17 har skyldtes lavt blodsukker (hypoglykæmi). Svarende hertil måles der kl. 17.50, hvor patienten i øvrigt skulle have haft det bedre, et blodsukker på 1,7 mmol/l. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af de første spørgsmål. Det har ikke drejet sig om et insulinshock med bevidstløshed og kramper. Det har antageligt drejet sig om et forstadie til det egentlige insulinshock. Det sandsynlige er, at blodsukkeret gradvist er faldet til så lave værdier, at sukkeret ikke længere har været til rådighed for hjernen som brændstof. Tærskelværdien for et sådant blodsukker er forskellig fra individ til individ. Det er heller ikke en "on/off" tærskel. Ved diverse tests kan man måle et gradvist tab af hjernefunktion ved sådanne lave blodsukre lige fra vanskeligt registrerbare ændringer til bevidstløshed, som anført.

Konklusion:

Forældrene opfattede ham som normal kl. ca. 16. Kl. 16.40 fandt kørslen, der førte til ulykken, sted. Den grænseværdi for blodsukkeret, der har gjort ham ude af stand til at føre bilen, er indtrådt i dette tidsinterval, forment-

lig omkring k. 16.40.

Spørgsmål 2:

Kan en sukkersygepatient normalt mærke, når et insulinilfælde er under udvikling?

De fleste sukkersygepatienter kan mærke dette. De får fysiske symptomer, som de sædvanligvis kan genkende, og de kan sædvanligvis reagere på disse (sukkerindtagelse, fødeindtagelse), før blodsukkerværdierne bliver så lave, at tærskelværdien for hjernefunktionen er nået.

Spørgsmål 3:

Såfremt spørgsmål 2 besvares bekræftende, er der i så fald normalt tid til at reagere, f.eks. ved indtagelse af insulin, sukker og lignende, eventuelt standse en vogn, inden anfaldet udvikler sig?

Ja, der er sædvanligvis tid til dette, jf. ovenstående.

Spørgsmål 4:

Kan en person, som kl. ca. 16.00 ikke frembyder tegn på et insulinilfælde, i løbet af ca. ½ time udvikle et insulinilfælde i en sådan grad, at han intet erindrer om en kørsel kl. ca. 16.30 til kl. ca. 16.40?

Ifølge ovenstående besvarelser er et sådant forløb muligt, specielt hvis personen ikke har mærket de forudgående fysiske tegn eller ikke har reageret på disse, hvis de var til stede.

Spørgsmål 5:

Kan sigtedes forklaring om, at han intet erindrer fra kl. ca. 16.00 til kl. ca. 17.00 være rigtig?

Ja, forklaringen kan være rigtig. Det er typisk for et insulintilfælde, som det her beskrevne, at man intet erindrer fra kort før episoden, og indtil situationen er normaliseret.

Spørgsmål 6:

Giver sagen herefter Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Nej.”

Retslægerådet fik herefter på ny forelagt sagen, nu med anmodning om en udtalelse vedrørende C's psykiske tilstand på gerningstidspunktet, herunder en udtalelse om, hvorvidt der kunne være behov for anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, såfremt C fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet kunne ikke besvare de stillede spørgsmål på grundlag af det foreliggende materiale og anmodede om, at C blev mentalundersøgt. Overlæge X afgav erklæring i februar 2002, hvor det i konklusionen hedder:

”C har på tidspunktet for den retspsykiatriske undersøgelse ikke været sindssyg. Observanden er ved den retspsykiatriske undersøgelse fundet at være normalt begavet og ikke dement. Han har symptomer på en personlighedsforstyrrelse, formentlig aggraveret af hans mangeårige sukkersyge, med manglende følelse af at slå til, præget af en opgivende holdning med mangel på engagement og manglende sociale aktiviteter, og fungerer dårligt i sociale sammenhæng med manglende omhu for egne vilkår, herunder behandling af hans sukkersyge.

Forud for gerningstidspunktet har observanden befundet sig i en tilstand, der er betinget af mangelfuld udvikling og forstyrrelse af de psykiske funktioner og tilhører derfor den personkreds, der falder ind under straffelovens § 69, stk. 1, men man kan ikke pege på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere hensigtsmæssige end straf.

På tidspunktet for den påsigtede handling må det, når man lægger lægeudtalelser, de foranstaltede laboratorieundersøgelser samt Retslægerådets udtalelse til grund, antages, at observanden har befundet sig i en tilstand af en sådan beskaffenhed, at den er henhørende under straffelovens § 16, stk. 1.”

På grundlag af mentalerklæringen udtalte Retslægerådet, at C ... ”ikke er sindssyg, men kan antages at have befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom på tiden for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet.

C har fra 17-års alderen lidt af dårligt reguleret, insulinkrævende sukkersyge. Det fremgår af sagens akter, at han indtog den ordinerede insulin, men ikke mødte til jævnlig kontrol til trods for svingende blodsukker, eventuelt relateret til uregelmæssig livsførelse. Han har gentagne gange været bragt til den somatiske skadestue efter at være fundet ukontaktbar i hjemmet eller på gaden med baggrund i lavt blodsukker. Ved flere lejligheder har han været bevidstløs, ligesom der har været observeret kramper. Han har haft et vist misbrug af hash og amfetamin og vurderedes i lettere grad at

have været påvirket af sidstnævnte på tiden for de påsigtede handlinger. Han har amnesi for hændelsesforløbet i forbindelse med den påsigtede kriminalitet. Det samlede forløb sandsynliggør, at han på daværende tidspunkt, på grund af lavt blodsukker, befandt sig i en tilstand, der må sidestilles med sindssygdom.

C beskrives som psykisk upåfaldende, indtil han 17 år gammel udviklede sukkersyge. Han har i tiltagende grad været præget af mangel på selvtillid og har haft tilbøjelighed til at isolere sig. Hertil kommer, at han har været præget af træthed og mangel på engagement. Ved den aktuelle undersøgelse fremtrådte han uden psykotiske symptomer, men lettere selvforsømt, trist og passiv.

Retslægerådet finder, at C med baggrund i forstyrrelserne i personligheden er omfattet af straffelovens § 69. Hertil kommer, at han på tiden for de påsigtede handlinger befandt sig i en tilstand, der må sidestilles med sindssygdom, og som derfor er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet skal, såfremt han findes skyldig, i henhold til samme lovs § 68, 2. pkt., som mest formålstjenlig foranstaltning til forebyggelse af kriminalitet ligeartet med den påsigtede, anbefale dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med sygehuset eller afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.”

Da den udtalelse, rådet var sindet at afgive, afveg fra overlægens konklusion, blev rådets udtalelse forelagt overlægen, der efterfølgende blandt andet anførte: ”Jeg anser ikke, at en psykiatrisk behandlingsdom vil være i stand til at forandre C’s evne til at varetage egenomsorg bedre og herunder sikre en mere sufficient og regelret behandling af hans sukkersyge henset til arten af hans personlighedsforstyrrelse. Hvad angår selve tilstanden, han var i på tidspunktet for den påsigtede handling, som sidestilles med sindssygdom, vil jeg i spørgsmålet om foranstaltninger henvise til u.1977.889 v, som blev stadfæstet i Vestre Landsrets dom 27. juli 1977. Jeg mener ikke, at C’s manglende omhu og varetagelse af behandling af sin sygdom, som førte til overtrædelse af færdselslovens § 54 vil være mere hensigtsmæssigt behandlet ved en foranstaltning frem for straf.”

Som det fremgår, syntes overlægen at anbefale straf anvendt over for en person omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, første punktum, hvilket efter rådets opfattelse er lægeligt ukorrekt. Rådet fastholdt da også sin udtalelse.

Efterfølgende blev C dømt ”til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med sygehuset eller afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.”

Sag 4

For fuldstændighedens skyld skal den sidste sag (som også er omtalt side 83 ff.) kort nævnes.

Den vedrører en 19-årig mand, D, der som fører af en lastbil over en længere strækning forårsagede tre færdselsuheld, hvorved én person afgik ved døden, og en anden blev kvæstet. Det faktiske hændelsesforløb var fuldt klarlagt, og der var således ingen tvivl om, at D havde ført lastbilen m.v. D har siden barndommen lidt af sukkersyge, og på tidspunktet for færdselsulykken befandt han sig i en tilstand af svær hypoglykæmi. Retslægerådet fik forelagt sagen med anmodning om at besvare en række spørgsmål vedrørende C's helbredsmæssige egnethed til fortsat at bevare førerretten, men rådet blev ikke anmodet om at udtale sig om C's psykiske tilstand på gernings-tidspunktet. Efterfølgende traf anklagemyndigheden bestemmelse om påtaleundladelse i medfør af retsplejelovens § 721, stk. 1, nr. 2. (Den nævnte bestemmelse 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 ...".)

Kommentar:

Den første sag var kompliceret, og den blev fra starten behandlet af sagkyndige i sukkersyge og alkohol samt psykiater. Før udtalelse kunne afgives, anmodede rådet om supplerende materiale, blandt andet med henblik på en nærmere vurdering af karakteren af A's sukkersyge. A havde på ulykkestidspunktet et meget lavt blodsuk-

ker, hvilket eventuelt kunne skyldes, at han ikke havde spist morgenmad. Han havde taget sin sædvanlige insulinlindosis. Et faldende blodsukker vil normalt medføre, at organismen danner sukker eller frigør det sukker, som er bundet i vævene, det drejer sig overvejende om sukker, der er bundet som glykogen i leveren. Alkohol begrænser imidlertid leverens mulighed for dette, og alkoholpåvirkningen må antages at have været en medvirkende årsag til, at A's blodsukker faldt så kraftigt, at han udviklede en hypoglykæmisk tågetilstand. En sådan tilstand præges af forstyrrelser af bevidstheden, såvel i form af en nedsættelse af graden af "vågenhed", hvilket kan ende med bevidstløshed, som i form af en forvrænget opfattelse af sansindtryk ("konfusion"). Årsagen er - som det fremgår af rådets udtalelse i den tredje refererede sag - at hjerne-cellerne alene kan forbrænde sukker, og når sukkerkoncentrationen i blodet falder under en kritisk grænse, kan hjerne-cellerne ikke opretholde et normalt funktionsniveau. De hypoglykæmiske tågetilstande henregnes til tilstande ligestillet med sindssygdom, idet disse tilstande ligeså indgribende som sindssygdommene påvirker personens dømmekraft og muligheden for at vurdere konsekvenserne af en given handling. Se også omtalen af insulinlindosis og kørekort andetsteds i denne årsberetning (side: 83ff).

Retslægerådet vurderede, at A ikke havde befundet sig i en såkaldt abnorm rustilstand - straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. Denne bestemmelse 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." Selv meget svær beruselse (eller påvirkning af andre rusmidler) henregnes ikke til sindssygdomme eller de hermed ligestillede tilstande. En abnorm - eller patologisk - rustilstand karakteriseres ved, at en person efter indtagelse af en beskeden mængde alkohol (eller eventuelt andet rusmiddel) udvikler en kortvarig sindssygdom eller sindssygdomslignende tilstand. (De patologiske rustilstande er nærmere behandlet i Retslægerådets årsberetning 1995, side 81ff.).

Som det fremgår af § 16, stk. 1, 3. pkt., "kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor". Den gængse fortolkning af denne del af bestemmelsen er, at såfremt en person, der tidligere har udviklet en abnorm rustilstand, igen indtager det pågældende rusmiddel (i praksis alkohol) og igen udvikler en abnorm rustilstand, kan den pågældende idømmes en almindelig straf. Begrundelsen er, at personen kendte til risikoen for at udvikle en abnorm rus, og det er således "selvforskyldt", at den pågældende igen udvikler en patologisk rustilstand.

Såvel byretten som landsretten anerkendte, at A på tidspunktet for færdselsulykken havde befundet sig i en hypoglykæmisk tågetilstand, men begge instanser fandt, at A's tilstand måtte henføres til straffelovens § 16,

stk. 1, 3. pkt., og begge idømte herefter A en almindelig straf, fængsel i seks måneder, som er normalreaktionen ved promille-/spirituskørsel med uagtsomt manddrab. Denne fortolkning af § 16, stk. 1, 3. pkt., er usædvanlig og ligger langt fra den patologiske rus, som er det traditionelle anvendelsesområde. Landsretten fremhæver, at A fortsatte med at køre bil, selv om han "føjte sig utilpas", det vil sige havde symptomer på begyndende hypoglykæmi. Hertil fremgår det, at det var en væsentlig præmis for landsrettens afgørelse, "at alkohol begrænser leverens muligheder for at frigøre sukker", hvilket formentlig må forstås således, at retten har fundet, at der var en årsagsforbindelse imellem indtagelsen af alkohol og den senere hypoglykæmiske tågetilstand. Som anført hedder det i § 16, stk. 1, 3. pkt., at straf kan pålægges, når "særlige omstændigheder taler derfor", og det er således muligt, at landsretten har fundet, at den hypoglykæmiske tågetilstand så at sige var "selvforskyldt". (En usædvanlig fortolkning af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., er ligeledes omtalt i rådets årsberetning 2000, s. 63ff.)

Den næste sag omhandlede alene hypoglykæmiske tågetilstande, B var ikke alkoholpåvirket. Også B blev fundet skyldig samt omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men han blev frifundet for straf, om end han to gange med et halvt års mellemrum kørte i en hypoglykæmisk tågetilstand. Der skete ingen personskade, men det er dog ikke ganske ufarligt for eksempel at køre 80 km/t med en lastbil med til-

koblet sættevogn, hvor der er hastighedsbegrænsning på 40 km/t. Se også Retslægerådets årsberetning 1997, s. 61ff., som omtaler en sag, hvor en ældre mand kørte galt (uden personskade) i en hypoglykæmisk tilstand. Han blev, som B, frifundet for straf, herunder frifundet for frakendelse af førerretten.

Den tredje sag startede som en spiritussag. Disse sager forelægges Retslægerådet i form af en standardskrivelse, hvor en række oplysninger vedrørende alkoholindtagelse m.v. er anført. I sin besvarelse af standardskrivelsens spørgsmål 6 ("Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?") henledte rådet opmærksomheden på, at C formentlig havde befundet sig i en hypoglykæmisk tilstand på tidspunktet for færdselsulykken. Dette gav anledning til en række supplerende spørgsmål fra anklagemyndigheden, som efterfølgende anmodede Retslægerådet om at tage stilling til, hvorvidt anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning kunne være formålstjenlig. Efter at sukkersygen var debuteret, var C blevet efterladende, han isolerede sig, og han passede ikke behandlingen, hvilket havde medført talrige tilfælde af svær hypoglykæmi, hvor han var blevet indbragt til somatisk skadestue. Han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., og hermed efter en lægelig vurdering straffri. Rådet anbefalede anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning blandt andet ud fra den betragtning, at psykiatrisk behandling kunne bidrage til, at C passede sukkersygen bedre, hvilket ville nedsætte risikoen

for, at han igen udviklede hypoglykæmiske tågetilstande, og hermed nedsætte risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet.

I den fjerde sag traf anklagemyndigheden bestemmelse om påtaleundladelse i medfør af retsplejelovens § 721, stk. 1, nr. 2, om end der også i denne sag var tale om et trafikdrab. En medvirkende årsag hertil kan være, at sagerne vedrørende B og D var fra samme politikreds, og sagen vedrørende D lå tidsmæssigt kun kort tid efter sagen vedrørende B. Det var indiskutabelt, at D på gerningstidspunktet havde befundet sig en hypoglykæmisk tågetilstand, og resultatet i sagen vedrørende B kan have været udslagsgivende for anklagemyndighedens beslutning.

Retslægerådet fandt, at A, B og C på gerningstidspunkterne havde befundet sig i den samme psykopatologiske tilstand, en af hypoglykæmi betinget sindssygelig tågetilstand, og i alle tre sager redegjorde rådet for de lægelige præmisser herfor. Det vidt forskellige resultat i de tre (fire) sager beror formentlig på deres forskelligartede karakter. A havde indtaget alkohol, og indtagelse af alkohol eller andre rusmidler er en forudsætning for, at straf kan pålægges i medfør af straffelovens § 16, stk. 1, 3. punktum.

B – og formentlig også D – var så vidt vides psykisk raske og socialt velfungerende, mens C havde udviklet en psykisk abnormtilstand, som var en medvirkende årsag til, at han jævnlige udviklede hypoglykæmi. Under alle omstændigheder er det tankevæk-

Hypoglykæmiske tågetilstande i trafikken

kende, at den samme psykopatologiske tilstand – en hypoglykæmisk tågetilstand, det vil sige en tilstand ligestillet med sindssygdhed – kan føre til så forskellige afgørelser.

Retslægerådet har under udarbejdelse

af denne årsberetning behandlet yderligere to sager vedrørende sukkersygepatienter, som i en hypoglykæmisk tågetilstand har været involveret i trafikulykker. Disse sager vil blive omtalt i den følgende årsberetning.

Den grundige psykopatologiske beskrivelse – basis for de retspsykiatriske vurderinger

En overlæge anbefalede, at en patient fik ophævet en idømt psykiatrisk særforanstaltning. Patienten var fundet skyldig i brandstiftelse og i medfør af straffelovens § 16, stk. 1, dømt til ambulat psykiatrisk behandling mv. Patienten havde ophold på et psykiatrisk plejehjem, hvor han var veltilpasset og ønskede at forblive. Han havde igennem flere år været i intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin, og han frembød nu ikke åbenbare sindssygdomssymptomer som for eksempel hallucinationer eller vrangforestillinger. Han havde tidligere mange gange været indlagt på psykiatriske afdelinger, hvor der havde været usikkerhed om diagnosen, men en mentalundersøgelse havde konkluderet, at han formentlig led af skizofreni. I erklæringen vedrørende ophævelse af foranstaltningen anførte overlægen, at patienten ikke var psykotisk. Retslægerådet kunne anbefale foranstaltningen ophævet, men rådet undlod at tage stilling til diagnosen, idet det jævnligt ses, at en langvarig intensiv medikamentel behandling medfører, at åbenbare psykotiske symptomer svækkes eller eventuelt helt forsvinder, mens såkaldt negative symptomer som for eksempel initiativsvækkelse og følelsesmæssig afblegning består. Hertil kommer, at potentialet til på ny at udvikle produktive sindssygdomssymptomer fortsat er til stede. Rådet skal således påpege vigtigheden af, at erklæringer, der forelægges rådet, indeholder en grundig psykopatologisk vurdering, ligesom det skal fremhæves, at retspsykiatriske vurderinger bør bygge på hele sygehistorien. (A 38965)

NT er en 38-årig mand, der for nogle år siden for brandstiftelse var blevet dømt til ambulat psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om indlæggelse. Sagen blev forelagt Retslægerådet i anledning af, at den behandlingsansvarlige overlæge havde indstillet, at den idømte foranstaltning blev ophævet.

Samlet fremgår, at NT første gang blev indlagt på en psykiatrisk afdeling 25 år gammel. I de følgende ti år var han indlagt i alt 24 gange på forskellige psykiatriske afdelinger. Der har været usikkerhed om diagnosen, men NT er under flere af indlæggelserne beskrevet som utvetydigt sindssyg. I anledning af sigtelsen for brandstiftelse blev han mentalobserveret og fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han formentlig led af skizofreni.

Allerede før domfældelsen for brandstiftelse var han flyttet ind på et psykiatrisk plejehjem, og erklæringen vedrørende en eventuel ophævelse af den idømte foranstaltning indeholdt en ret detaljeret gennemgang af, hvorledes NT under opholdet langsomt havde fået det bedre. Et tidligere alkoholmisbrug var bragt under kontrol, og NT var blevet venlig og omgængelig i hverdagen. Der havde på intet tidspunkt været tale om kriminelt recidiv eller tilløb til ligeartet kriminalitet. NT var motiveret for fortsat psykiatrisk behandling, herunder medikamentel behandling, ligesom han ønskede at forblive på det psykiatriske plejehjem.

Det fremgår videre af erklæringen, at NT var i intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin (Cisordinoldepot 200 mg hver 14. dag samt tablet Risperdal 3 mg dagligt). Den behandlingsansvarlige overlæge anførte, at den medikamentelle behandling formentlig langsomt kunne reduceres en del.

Erklæringen konkluderede, at NT ikke havde "nogen psykotisk personlighed", men måtte diagnosticeres som præget af en "uspecifik personlighedsforstyrrelse". Overlægen anbefalede den idømte foranstaltning ophævet.

Den oprindelige mentalerklæring havde ikke været forelagt Retslægerådet, men på basis af sagens akter, herunder den tidligere mentalerklæring og den aktuelle erklæring, udtalte Retslægerådet blandt andet, at "...NT siden 1988 adskillige gange har været

indlagt i psykiatrisk afdeling. Han har diagnostisk været opfattet som præget af personlighedsforstyrrelse og misbrug, men har også i perioder frembudt egentlige sindssygdomssymptomer, herunder påvirkningsfølelser. Under forløbet af den idømte foranstaltning har han ikke været indlagt, og han har under intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin ej heller frembudt produktive sindssygdomssymptomer. Han har i det væsentlige kunnet kontrollere sit alkoholmisbrug, og der foreligger ikke oplysninger tydende på kriminelt recidiv. Den psykiske og sociale tilstand synes således stabiliseret under behandlingsforløbet. Han oplever fortsat undertiden indre uro, angst og søvnbesvær, men har ikke fremtrådt følelsesmæssigt ustabil i samme grad som tidligere. Han har profiteret af den sociale og pædagogiske støtte i den institution, hvor han bor.

I lyset af den indtrådte stabilisering af den psykiske tilstand og den sociale situation kan Retslægerådet tilslutte sig den behandlende overlæges anbefaling af, at den idømte foranstaltning ophæves."

Efterfølgende blev den idømte foranstaltning ophævet.

Kommentar:

Den retspsykiatriske vurdering er for så vidt ganske enkel. Under forløbet af en idømt psykiatrisk særforanstaltning indtræder en stabil bedring af den dømtes psykiske tilstand og sociale situation. Der er intet kriminelt recidiv, og han er motiveret for fortsat

psykiatrisk behandling. Det var på den baggrund ikke vanskeligt for rådet at anbefale den idømte foranstaltning ophævet.

Som det fremgår, undlod Retslægerådet i sin udtalelse at tage stilling til karakteren af NT's psykiske lidelse. Rådet udtalte alene, at han "...under intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin ej heller (har) frembudt produktive sindssygdomssymptomer." (Produktive sindssygdomssymptomer omfatter for eksempel hallucinationer, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser mv.). NT havde under hele opholdet på det psykiatriske plejehjem været i intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin, og en sådan intensiv, regelmæssig og langvarig behandling vil som hovedregel medføre, at de "produktive sindssygdomssymptomer" træder i baggrunden og eventuelt helt forsvinder. De såkaldt negative symptomer ved skizofreni, det vil for eksempel sige kompromitteret følelsesmæssig kontakt ("autisme"), tvivlrådighed ("ambivalens"), initiativsvækkelse mv., påvirkes derimod i mindre grad af medikamentel antipsykotisk virkende behandling. I den konkrete sag forelå ingen psykopatologisk vurdering af, hvorvidt NT var præget af negative symptomer, men på trods heraf fandt rådet det af de ovennævnte grunde forsvarligt at afgive udtalelse.

Retslægerådet ser imidlertid jævnligt sager, herunder ikke mindst sager vedrørende ændringer eller ophævelse af

en idømt foranstaltning, hvor det anføres, at patienten under behandling med antipsykotisk virkende medicin ikke frembyder åbenbare produktive sindssygdomssymptomer, hvorefter det konkluderes, at den pågældende ikke er sindssyg. Rådet må jævnligt returnere disse sager med anmodning om en uddybende psykopatologisk og dermed diagnostisk vurdering. Begrundelsen er, at oplysningen om, at den pågældende patient ikke aktuelt er produktivt psykotisk, ikke er tilstrækkelige til at vurdere risikoen for tilbagefald, for eksempel i tilfælde af en foranstaltningsophævelse og efterfølgende afvisning af fortsat behandling.

Det skal understreges, at en velmotiveret medikamentel behandling ikke skal ophøre hverken i forbindelse med en mentalundersøgelse eller i forbindelse med vurderingen af, hvorvidt det er forsvarligt, at en idømt foranstaltning ophæves. Men det er ligeså væsentligt at være opmærksom på, at en diagnostisk – og dermed også retspsykiatrisk – vurdering ikke blot kan basere sig på, at en psykisk syg person under intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin ikke aktuelt frembyder produktive sindssygdomssymptomer. (Se også Retslægerådets årsberetning, 1994, side 61ff. om kvaliteten af retspsykiatriske erklæringer og samme årsberetning side 107f. om vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende ændring/ophævelse af en idømt særforanstaltning, jf. straffelovens § 72).

Længstetider for idømte foranstaltninger

En 43-årig skizofren mand fik ophævet en idømt psykiatrisk særforanstaltning begrundet i proportionalitetsmæssige hensyn. Efterfølgende ophørte han som forventeligt med al psykiatrisk behandling. Otte måneder efter foranstaltningen var ophævet, begik han et psykotisk betinget, potentielt livstruende overfald. Han blev igen idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Retten fastsatte ingen længstetid, blandt andet med den begrundelse, at kriminaliteten var begået, efter at den tidligere foranstaltning var ophævet. Hos psykotiske personer er kriminelt recidiv en utilsigtet, men forventelig følge, når proportionalitetsprincippet generelt er blevet forstærket på bekostning af en konkret psykopatologisk vurdering. (A 38972)

KV er en 43-årig, ugift skizofren mand, som blev sigtet og senere dømt for legemsangreb af særlig farlig karakter (straffelovens § 245, stk. 1). Af sagens akter fremgår blandt andet, at KV på et "værested" for psykisk syge helt umotiveret havde overfaldet forurettede og væltet ham omkuld. Videre hedder det: "Forurettede oplyste, at han blev overfaldet af KV, der havde tildelt ham flere knivstik. Han (forurettede) oplyste, at KV havde stukket ud efter hans hals, men han havde værget for sig, hvorved han blev snittet på underarmene samt lår. KV havde råbt: "Jeg slår dig ihjel" og "du skal dø". Forurettede oplyste, at han var sikker på, at KV havde til hensigt at slå ham ihjel. KV havde oplyst, at forurettede skulle give ham hans (KV's) "indre organer" tilbage, og at forurettede havde dem i sin rygsæk. På et tidspunkt holdt KV kniven op mod forurettedes strube, hvilket fik forurettede til at udlevere sin taske til KV,

der gennemrodede denne. Umiddelbart herefter ankom politiet til stedet." Rygsækken var sprættet op, og forurettede var blevet tildelt flere stik- og snitlæsioner. Nogle underarmslæsioner blev vurderet som afværgelæsioner.

KV er opvokset i en større søskendeflok på en stor landbrugsejendom under gode sociale og familiemæssige forhold. Han forsøgte som ung at tage en højere uddannelse, men han måtte opgive på grund af sin psykiske sygdom, og han blev 1987 tilkendt pension. Han havde som helt ung et korterelevende samlivsforhold, men han har i øvrigt boet alene bortset fra kortere perioder, hvor han har boet hos forældrene.

KV's psykiske sygdom debuterede omkring 1980, han var da 20 år gammel. Han blev tiltagende passiv, indesluttet og grublende. Han havde i perioder kontakt med et distrikts-

psykiatrisk center, hvor han blandt andet fandtes høreseshallucineret, der var formelle forstyrrelser af tænkningen, og han husede vrangforestillinger af mystisk religiøs karakter.

I 1991 havde han ophold hos nogle familiemedlemmer. Under opholdet følte han sig irriteret på de pågældende, hvorfor han ville smadre en bil med en økse. Da han blev forhindret heri, satte han i stedet ild til en lade. Han blev herefter for første gang indlagt på en psykiatrisk afdeling, og der blev udfærdiget en mentalerklæring. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der november 1991 blandt andet udtalte, at KV... ”findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og Retslægerådet skal, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen og hospitalet under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.”

KV blev efterfølgende dømt til psykiatrisk behandling m.v. som foreslået af rådet.

KV blev i anledning af den aktuelle sigtelse igen mentalundersøgt, og overlæge OM afgav erklæring marts 2001. Af denne erklæring fremgår blandt andet, at den i 1991 idømte foranstaltning var blevet ophævet i marts 2000 med følgende begrundelse: ”Efter de foreliggende lægelige oplysninger, sammenholdt med andragerens for-

klaring under retsmødet, må det lægges til grund, at andrageren ikke, hvis foranstaltningen ophæves, vil fortsætte den igangværende medicinske behandling. Fra lægelig side har det ikke kunnet anbefales at ophæve foranstaltningen. Foranstaltningen har imidlertid nu været opretholdt i mere end 8 år, hvilket tidsrum står i åbenbart misforhold til længden af den straf, som den begåede kriminalitet må antages at kunne have udløst. Uanset at en opretholdelse på grundlag af de lægelige skøn må anses for formålstjenlig for at forebygge ny kriminalitet, findes begæringen om ophævelse af foranstaltningen herefter at måtte tages til følge. Thi bestemmes: KV's begæring om ophævelse af den 1991 idømte foranstaltning tages til følge.”

Af erklæringen fremgår i øvrigt, at KV var indlagt cirka seks måneder i 1991, hvorefter han blev udskrevet til behandling ved et distriktpspsykiatrisk center. Han udeblev imidlertid jævnligt fra behandlingen, og han var i medfør af den idømte foranstaltning langvarigt indlagt i 1994 og igen i 1996-1997, ligesom han senere i 1997 kortvarigt var indlagt i medfør af foranstaltningen. Han er under samtlige indlæggelser beskrevet som i udtalt grad sindssyg, blandt andet høreseshallucineret, præget af omfattende, systematiserede, bizarre vrangforestillinger og undertiden aggressiv adfærd. Der blev i perioder klaget af naboer og andre over hans truende og aggressive adfærd.

Også i perioden frem til ophævelsen af den idømte foranstaltning udeblev

han jævnlige fra den ambulante behandling, og efter at foranstaltningen var blevet ophævet, ophørte han med al behandling. Han havde således ikke modtaget nogen form for behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin, i en periode på otte måneder op til den aktuelle kriminalitet.

KV blev indlagt umiddelbart efter overfaldet, og han er beskrevet som i udtalt grad sindssyg. Under første del af indlæggelsen var han i den grad præget af formelle forstyrrelser af tænkningen, blandt andet i form af ordnydannelser (neologismer), betydningsglidninger og uindfølelige associationer, at hans sproglige fremstilling ofte var helt uforståelig ("ordsalat"). Han isolerede sig fra personale og medpatienter, sad eller lå iført overtøj i et hjørne af afdelingen, hvor han også sov. Han mente, der var indopereret en sender i hans mave, og på et tidspunkt snoede han ståltråd – som en antenne – så stramt om en finger, at der var risiko for, at blodforsyningen til fingeren blev stoppet. Hans hygiejne var meget dårlig og hans kostvaner aparte. Han følte sig påvirket af robotter, hvorfor han fastgjorde stannioler til panden, ligesom han var forpint af at kunne mærke stråling fra en bombe placeret i byen.

KV blev sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin givet i depotform (Trilafon 108 mg/uge), og hans psykiske tilstand blev langsomt noget bedre, men han var fortsat uden sygdomserkendelse, og han mente sig uretmæssigt anholdt.

I mentalerklæringens afsluttende diskussion anfører overlægen blandt andet: "Som det fremgår, har KV tidligere haft en behandlingsdom. Det var under denne periode meget svært at få ham til at overholde retningslinjerne for behandlingen, men det lykkedes dog så nogenlunde under konstant henvisning til, at dommen krævede det." ... "Det vil være på sin plads at overveje, om den påsigtede kriminalitet, såfremt han dømmes skyldig, bør udløse en anbringelsesdom. Overfor dette kan man sætte, at KV jo helt tydeligt, ud fra de hidtidige erfaringer, får det bedre på iværksat antipsykotisk behandling, således som det har været tilfældet under den tidligere behandlingsdom, og således som det også er tilfældet under den igangværende indlæggelse. Man kan således mene, at det vil være forsvarligt, at han igen får en behandlingsdom. Den forøvede kriminalitet er foretaget i en situation, hvor han var uden nødvendig antipsykotisk medicinering."

Erklæringen konkluderer, at KV lider af paranoid skizofreni, er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefaler en behandlingsdom.

Retslægerådet tilsluttede sig mentalerklæringens konklusion og udtalte blandt andet at "KV har været psykisk syg siden sin tidlige ungdom, og han har i perioden fra december 1991 til marts 2000 i medfør af dom været undergivet psykiatrisk behandling med blandt andet antipsykotisk virkende medicin. Han har tre gange, senest i 1997, været indlagt i medfør af den idømte foranstaltning, blandt

andet fordi han var ophørt med nødvendig medicinsk behandling. Efter at den tidligere foranstaltning blev ophævet i marts 2000, har han ikke været motiveret for behandling med antipsykotisk virkende medicin. Han har haft et vist alkoholmisbrug. Der er intet oplyst om, at han var påvirket på tidspunktet for det påsigtede forhold.

Under den aktuelle indlæggelse til mentalobservation er KV fundet i udtalt grad sindssyg, blandt andet præget af bizarre vrangforestillinger, påvirkningsfornemmelser, hørelseshallucinationer og privat, uindfølelig tankegang. Behandling med antipsykotisk virkende medicin har kun i nogen grad bedret hans tilstand, og han har efter rådets opfattelse behov for længerevarende indlæggelse på psykiatrisk afdeling.”

Retslægerådet anbefalede ligeledes en behandlingsdom.

KV blev fundet skyldig efter anklageskriftet og dømt til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende m.v. I domsudskriften hedder det blandt andet: ”Der fastsættes ikke en længstetid for foranstaltningen, jf. straffelovens § 68a, stk. 2. Retten finder, at tiltalte er fundet skyldig i en alvorlig voldsforbrydelse, idet han med kniv har påført ...(forurettede) adskillige læsioner, der måtte sys. Retten har ved vurdering af, om der skulle fastsættes en længstetid endvidere lagt vægt på, at forholdet er begået, efter at en tidligere foranstaltning, som tiltalte var idømt, er ophævet.”

Kommentar:

Denne sag illustrerer en utilsigtet, men ud fra en lægelig betragtning forventelig følge af lovændringen 1. juli 2000, hvor proportionalitetsprincippet generelt blev forstærket på bekostning af en konkret psykopatologisk vurdering. (Se blandt andet rådets årsberetning 2000, s. 119ff.)

KV var svært psykisk syg, han havde ingen sygdomserkendelse, og han var ikke behandlingsmotiveret.

Det var imidlertid muligt nogenlunde at gennemføre den nødvendige behandling i medfør af en særforanstaltning idømt i 1991 for en ganske alvorlig forbrydelse. Denne foranstaltning blev ophævet alene med den begrundelse, at den havde ...”været opretholdt i mere end 8 år, hvilket tidsrum står i åbenbart misforhold til længden af den straf, som den begåede kriminalitet må antages at kunne have udløst.” Retten var således klar over, ...”at andrageren ikke, hvis foranstaltningen ophæves, vil fortsætte den igangværende medicinske behandling.”

Det gik som forventet – KV ophørte med enhver form for psykiatrisk behandling, og efter at have været ubehandlet i cirka otte måneder foretog han et psykotisk betinget, potentielt livstruende overfald på en fremmed person. Han blev indlagt umiddelbart efter overfaldet, og hans kliniske tilstand var fuldt ud foreneligt med en svær, ubehandlet skizofreni. Der blev under indlæggelsen iværksat behandling med antipsykotisk virkende me-

Længstetider for idømte foranstaltninger

dicin, hvilket KV accepterede, selv om han på grund af manglende sygdoms-erkendelse ikke forstod nødvendigheden heraf.

Den samlede behandling bedrede kun i nogen grad KV's psykiske tilstand, hvilket er i overensstemmelse med den kliniske erfaring, at jo længere tid en skizofren patient har været ubehandlet, jo længere tid går der, før iværksat behandling har effekt. Dette er baggrunden for bemærkningen i rådets udtalelse om, at KV har ...”behov for længerevarende indlæggelse i psykiatrisk afdeling.”

KV blev igen dømt til psykiatrisk behandling m.v., og retten fastsatte ingen længstetid, blandt andet med den eksplicite begrundelse, ...”at forholdet er begået efter, at en tidligere foranstaltning, som tiltalte var idømt, er ophævet.”

Såvel af hensyn til andre mennesker som af hensyn til KV selv må man håbe, at rettens begrundelse, sammenholdt med den klinisk-psykiatriske vurdering, til den tid vil indgå i afvejningen, når KV igen søger om at få foranstaltningen ophævet.

Selvordsrisiko – retningslinier for observation

L blev 44 år gammel indlagt i psykiatrisk afdeling, idet han igennem længere tid havde været nedtrykt og dagen før indlæggelsen foretaget et selvmordsforsøg. Ved indlæggelsen fandtes han deprimeret og med selvmordsrisiko, hvorfor indlæggelsen skete i lukket afdeling og med ordination af tæt observation. Efter 2 døgn indlæggelse fandtes L død ved selvmord, foretaget ved hængning på et aflåst toilet. Dødsfaldet blev af den psykiatriske afdeling anmeldt til Patientforsikringen, der afgjorde, at dødsfaldet ikke var omfattet af lov om patientforsikring, hvorfor de efterlodte ikke var berettiget til erstatning efter denne lov. Patientskadenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse.

De efterlodte anlagde herefter sag imod Patientskadeankenævnet med den begrundelse, at det af afdelingen førte tilsyn med L havde været utilstrækkeligt. Østre Landsret fandt det ikke godtgjort, at det førte tilsyn havde været utilstrækkeligt, og frifandt derfor Patientskadeankenævnet for erstatningspligt. I forbindelse med anke til Højesteret udtalte Retslægerådet sig generelt om retningslinier for observation af selvmordstruede patienter, og Retslægerådet fandt ikke, at der i den konkrete sag var handlet lægefagligt uforsvarligt. Højesteret stadfæstede Landsrettens dom. (A 39156)

I 1995 blev den da 44 år gamle L indlagt i psykiatrisk afdeling, idet han igennem længere tid havde været nedtrykt og dagen forud for indlæggelsen havde foretaget et alvorligt selvmordsforsøg. L havde tidligere været socialt veltilpasset, men han havde i mange år periodisk misbrugt alkohol. Han havde seks måneder forud for den aktuelle indlæggelse kortvarigt været indlagt i psykiatrisk afdeling med henblik på behandling af misbruget. Under den første indlæggelse fandtes han apsykotisk, og der var ikke oplysninger om forudgående psykisk sygdom.

Ved den aktuelle indlæggelse oplyste L blandt andet, at han det sidste halve års tid var blevet tiltagende depressiv, og at han havde udviklet stadig mere påtrængende selvmordsforestillinger. Dagen før indlæggelsen havde han besluttet at begå selvmord ved indtagelse af store mængder alkohol og medicin, men han var blevet forhindret af sin tidligere hustru. Dagen efter indlæggelsen er det i hospitalsjournalen blandt andet anført, at ”pt. har i afd. fremtrådt depressiv. Han har sovet i nat. Han har spist og drukket, om end sparsomt. Han bekræfter læn-

gerevarende depressive klager med selvforringende tanker, energiforladthed, håbløshed og påtrængende suicidale impulser. Han har umiddelbart inden indlæggelsen haft et alvorligt suicidalforsøg. Han benægter døgnvariation. Der har været indsovnings- og gennemsovningsbesvær, men ikke tidlig morgenopvågning. Han har ikke været hypokondert optaget. Han har følt sig mere angst og anspændt med fysiologiske ledsagesymptomer. Appetitten har været dårlig, og han mener at have tabt sig 3-4 kg i løbet af de sidste måneder." L blev fundet "vågen, klar og orienteret, fremtræder klart depressivt med nedsat psykomotorik. Der er nedsat selvfølelse, men ikke vrangforestillinger. Han fremtræder ikke angst eller affektpræget. Han svarer kortfattet og siger stort set intet spontant. Tankeindholdet er klart depressivt. Suicidalfare kan ikke udelukkes." Lægen konkluderede: "Middelsvær depression med nyligt alvorligt suicidalforsøg. Pt. bør observeres et par dage endnu, men skal givetvis snart påbegynde en antidepressiv behandling, formentlig med Prothiaden. Han scorer i dag 29 på Hamilton depressionsskalaen (det vil sige en middelsvær til svær depressiv tilstand - rådets bemærkning). Han skal observeres tæt for suicidalfare." Dagen efter fandtes L på et aflåst toilet hængende med sin livrem fastspændt om halsen. Der blev forgæves foretaget forsøg på genoplivning.

De efterladte anlagde efterfølgende sag mod Patientskadeankenævnet, der havde tiltrådt Patientforsikringens afgørelse, hvorefter betingelserne for at yde erstatning efter Patientforsikrings-

lovens § 3, stk. 2, ikke var opfyldt. Landsretten frifandt Patientskadeankenævnet med følgende bemærkninger:

"Efter bevisførelsen må det antages, at der den ...1995 på plejepersonalets morgenmøde blev udpeget en kontaktperson for L, hvilket var i overensstemmelse med afdelingens sædvanlige praksis. Det findes ikke godtgjort, at der gik mindst 40 minutter, fra L sidst blev set i live, til han blev fundet på toilettet. Det må i stedet lægges til grund, at han i sædvanligt og normalt tilstrækkeligt omfang blev observeret på afdelingen af personalet, herunder af sin kontaktperson. Den omstændighed, at han havde beholdt eller fået genudleveret sin livrem, kan ikke føre til andet resultat. Det må endvidere lægges til grund, at det skyldes den sædvanlige prioritering af de enkelte patienter, at der ikke var holdt stuegang for L inden det tidspunkt, da han blev fundet død.

Det findes herefter ikke godtgjort, at det førte tilsyn har været utilstrækkeligt.

Betingelserne i patientforsikringslovens § 3, stk. 2, for at yde erstatning er således ikke opfyldt."

Sagen blev anket til Højesteret, og i forbindelse med Højesterets behandling af sagen besvarede Retslægerådet følgende spørgsmål:

"Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt der inden for hospitalsvæsenet eksisterer faste procedurer, instrukser eller retningslinier

for, i hvilket omfang selvmordstruende psykiatriske patienter skal holdes under opsyn, når de er indlagt på en psykiatrisk lukket afdeling.

Hospitalsvæsenet har ikke fælles instrukser eller retningslinier for observationer af selvmordstruede patienter på lukket, psykiatrisk afdeling. Området er reguleret lokalt af de enkelte psykiatriske hospitaler eller afdelinger.

Spørgsmål 2:

Er det af appellindstævnte fremlagte materiale helt eller delvist relevant i nærværende sag? Hvis ja – hvad er relevant af det fremlagte?

Retslægerådet finder, at afgivelse af en generel vurdering af materialets relevans ligger uden for rådets område.

Spørgsmål 3:

Er den fremgangsmåde, som afdeling X's læger og plejepersonale har fulgt, i relation til L i overensstemmelse med de eventuelt gældende procedurer, instrukser og retningslinier, jf. spørgsmål 1, samt i overensstemmelse med den i faget i øvrigt gældende standard for selvmordstruende patienter?

Retslægerådet skal udtale, at der af de fremsendte bilag, særligt kopi af journal og sygeplejekardex, ses at være foretaget en relevant lægelig vurdering af L's psykiske tilstand med fortløbende beskrivelse af sygdomssymptomer, behandlingsplan og ordinationer, samt at den lægelige vurdering og ordination er blevet videregivet til plejepersonalet.

Spørgsmål 4:

Kan X hospitals procedure, instrukser eller retningslinier for opsyn med selvmordstruende personer i øvrigt anses for at være i overensstemmelse med almindeligt gældende normer inden for hospitalsvæsenet for, hvorledes selvmordstruende patienter skal holdes under opsyn?

Der ses ikke i X hospitals instruksbog at være regler, som specifikt omhandler opsyn med selvmordstruede patienter, men sikkerhedsreglerne tager særligt sigte på at forebygge og undgå adfærd som selvmordsrisiko, jfr. professor Y's skrivelse til advokat G. Disse regler skønnes at være i overensstemmelse med almindeligt gældende normer.

Spørgsmål 5:

Har lægerne og plejepersonalet i tilstrækkeligt omfang holdt L under opsyn, når der særligt henses til, at han var indlagt på grund af suicidalfare, at der var givet instruks om tæt observation af ham på grund af suicidalfare, og der var tale om en forud ubekendt depressiv patient?

Da der ikke er ført detaljerede optegnelser vedrørende omfang og tidspunkter for observation, kan spørgsmålet ikke besvares.

Spørgsmål 6:

Hvad forstås der ved, at en patient skal holdes under tæt observation?

Begrebet "tæt observation" har ingen almen psykiatrisk mening, men må defineres på det enkelte behandlingssted. Rådet må således henvise til den i sagen foreliggende udtalelse af

xx.xx.96 fra den behandlingsansvarlige overlæge.

Spørgsmål 7:

Er det sædvanligt, at der føres optegnelser over de tidspunkter, der foretages observation på og/eller iagttagelserne herved, når en patient er sat under tæt observation?

Det er ikke sædvanligt, systematisk at føre optegnelser over de tidspunkter, hvorpå der foretages observation, ligesom det heller ikke er formålstjenligt at nedskrive enhver iagttagelse. Det er derimod hensigtsmæssigt, at personalet nedskriver og videre-rapporterer betydningsfulde iagttagelser, som for eksempel ændringer i tilstanden samt tidspunktet herfor.

Spørgsmål 8:

Burde der have været ordineret fast vagt for L, når der særligt henses til, at der var givet instruks om, at han skulle holdes under tæt observation for suicidalfare?

Den modtagende læge vurderede, at L var selvmordstruet og motiverede ham for indlæggelse på lukket afsnit og ordinerede observation for selvmordsfare. Lægen, der tilså L dagen efter, ordinerede tæt observation. Ingen af lægerne fandt efter deres vurdering anledning til at ordinere fast vagt. Efter rådets mening var der ud fra beskrivelsen af L ikke sikkert grundlag for at ordinere fast vagt.

Spørgsmål 9:

Burde lægerne eller plejepersonalet have frataget L hans læderbælte, når der særligt henses til, at der var givet instruks om, at han skulle holdes under tæt observation for suicidalfare?

Fjernelse af livrem eller andre beklædningsgenstande tilhørende en patient i suicidalrisiko beror på et konkret skøn og indgår ikke umiddelbart som et element i den ordinerede tætte observation. Retslægerådet finder ikke, at der ud fra den foreliggende beskrivelse af L's psykiske tilstand og adfærd har været en nærliggende baggrund for at fratage L hans læderbælte.”

Højesteret stadfæstede landsretsdømmen med følgende bemærkninger:

”L begik ved brug af sin livrem selvmord på toilettet på X hospitals lukkede afdeling, hvor han frivilligt var indlagt. Der var ordineret tæt observation af ham, fordi der var risiko for, at han ville forsøge at begå selvmord.

Efter politirapporten, sammenholdt med politiassistentens udtalelse, må det lægges til grund, at L sidst er set i live af personalet ..., det vil sige kun 15 minutter før han blev fundet død.

Efter bevisførelsen, herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8 og 9, er der ikke grundlag for at anse det for ansvarspådragende, at der ikke var ordineret fast vagt og dermed konstant observation af L. Det samme gælder personalets bedømmelse af, at det ikke var nødvendigt at fratage ham livremmen. Det findes endvidere ikke uforsvarligt, at L uanset den ordinerede tætte observation var alene på toilettet.

Højesteret tiltræder herefter, at der ikke er udvist ansvarspådragende ad-

færd i form af mangelfuldt tilsyn. Betingelserne i patientforsikringslovens § 3, stk. 2, for at yde erstatning er således ikke opfyldt, og Højesteret stadfæster derfor dommen.”

Kommentar:

Retslægerådet har i årsberetningen for 1997, s. 67ff., behandlet en tilsvarende sag – en nyindlagt patient begik dagen efter indlæggelsen selvmord ved at hænge sig i sin livrem. I den tidligere sag fandt Retslægerådet det kritiskabelt, at en nyindlagt, sindssyg patient, der havde givet udtryk for påtrængende selvmordsforestillinger, var uden tilsyn i 40 minutter. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn afgjorde sagen ved at udtale, at et medlem af plejepersonalet ikke havde udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med tilsynet af patienten.

I den her refererede sag kunne rådet ikke tage stilling til, hvorvidt observationen af L havde været tilstrækkelig, idet der ikke var ført detaljerede optegnelser herom (spørgsmål 5). På den anden side angav rådet også (spørgsmål 7), at alene betydningsfulde iagttagelser bør nedskrives og videre rapporteres. Højesteret fastslog, at der kun var gået 15 minutter fra L var set i live, til han blev fundet død, hvilket ikke fandtes ansvarspådragende. Med

henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9 fandt Højesteret det heller ikke ansvarspådragende, at L ikke var blevet frataget sin livrem.

Den sag, der er refereret i årsberetningen for 1997, indeholder blandt andet Retslægerådets bemærkninger om vurderingen af suicidaltruede patienter, indlagt på en psykiatrisk afdeling, til hvilke der henvises. Her skal blot gentages, at risikoen aldrig helt kan undgås, og at det må bero på en konkret vurdering, hvor tæt en selvmordsfarlig patient skal overvåges, og i hvilket omfang patienten for eksempel skal fratages livrem.

Selvord begået af patienter indlagt på en psykiatrisk afdeling er sjældent forekommende, men når det sker, bør det altid give anledning til en grundig gennemgang af alle praktiske procedurer vedrørende pleje, samarbejde og observation af selvmordstruede patienter. Der kan næppe udarbejdes nationale retningslinjer herfor, hertil er de psykiatriske afdelinger for forskellige, men det vil efter Retslægerådets opfattelse være hensigtsmæssigt, såfremt enhver psykiatrisk afdeling for eksempel udarbejder nøje retningslinjer for, hvad et begreb som ”tæt observation” dækker, hvilke og hvor hyppigt observationer skal nedskrives, hvilke observationer, der skal videregives, m.v.

Tvangsbehandling med ECT

Sagen drejer sig om en cirka 60-årig kvinde, der gennem de sidste 30 år havde været indlagt over 100 gange på grund af en stemnings-sindssygdom (bipolær affektiv sindslidelse, tidligere benævnt manio-depressiv psykose). Aktuelt var hun blevet flyttet til en specialafdeling efter i to år kontinuerligt at have været indlagt med en svær depression, som ikke havde responderet på behandling. Efter en nøje gennemgang af sygehistorien besluttede overlægen på specialafdelingen at behandle patienten med elektro-stimulationsbehandling (ECT), som er effektiv, skånsom og uden nævneværdige bivirkninger. Patienten kunne på grund af sin svære psykotiske tilstand ikke tage stilling til behandlingen, hvorfor sagen blev forelagt det lokale patientklagenævn. Nævnet kunne i første omgang ikke godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling med ECT. Overlægen udarbejdede en supplerende erklæring, og Patientklagenævnet indhentede en udtalelse fra Retslægerådet, som anbefalede tvangsbehandling med ECT. Efter en fornyet gennemgang af sagen godkendte nævnet overlægens beslutning. (A 39008)

Af sagens akter fremgår, at NN er født i 1940. Hendes søster og yderligere to niecer lider som hun af en affektiv sindslidelse. NN's ydre livsforløb har været nogenlunde upåfaldende. Hun er uddannet inden for handel og har arbejdet som ekspeditrice, indtil hun som ret ung blev gift. Hendes første barn døde 6 måneder gammel af astma. Hun har siden fået 3 børn, der nu alle er voksne. Ægtefællen har drevet detailforretning. NN har aldrig misbrugt hverken alkohol eller euforiserende stoffer. Hun har ikke haft væsentlige somatiske sygdomme.

NN var første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1969, og siden har hun været indlagt omkring 100 gange,

hver gang under diagnosen bipolær affektiv sindslidelse (stemningssindssygdom, tidligere benævnt manio-depressiv psykose). Hun har været behandlet med ældre såvel som med nyere antipsykotisk og antidepressivt virkende præparater, foruden med stemningsstabiliserende midler og elektrostimulationsbehandling (ECT) - det sidste både i behandlingsserier ved depressioner og i perioder som forebyggende behandling. En enkelt gang er behandling med binyrebarkhormon forsøgt. Effekten af de forskellige behandlinger var utilfredsstillende, og sygdomsfaserne blev hyppigere og hyppigere. Siden starten af 1990'erne havde NN overvejende, om end i varierende sværhedsgrad, fremtrådt depressiv.

I en oversigt over behandlingerne igennem årene 1970-2000 blev afsluttende anført, at man i lange perioder ligeledes havde ”forsøgt at observere patienten medicinfri og med psykoterapi, uden at dette har ført til en forbedring af hendes tilstand”. Det blev hertil konkluderet, at der formentlig havde været en vis effekt af ECT, og at den seneste behandlingsserie på 10 behandlinger i år 2000 muligvis havde været for kortvarig.

Efter to års konstant ophold på lukket afsnit blev NN i begyndelsen af 2001 overflyttet til specialafdeling, idet behandlingsmulighederne lokalt fandtes at være udtømte. NN lod sig frivilligt overflytte, men var efter flytningen præget af udtalt negative forventninger, og hun kunne ikke motiveres til nogen form for behandling eller anden aktivitet. Hun spiste og drak nogenlunde sufficient, om end tidvist noget sparsomt, men foretog sig i lange perioder ikke andet end at ligge på sin seng. I andre perioder vandrede hun rastløst på gangen, højlydt råbende, idet hun virkede anspændt, angst og forpint. Hun blev - efter i 5 uger at have afvist at gå i bad - badet med brug af tvang. Objektivt blev hun beskrevet som vågen og klar, men hun svarede ikke på spørgsmål, hvorfor det ikke var muligt sikkert at vurdere, om hun var orienteret i tid og sted. Det var dog indtrykket, at hun var klar over, at hun befandt sig på en psykiatrisk afdeling. Hendes stemningsleje var forsænket, hun var mimikfattig, og tankeindholdet forekom depressivt. Kontakten var læderet, emotionelt som formelt.

NN forsøgte motiveret for behandling med medicin, men afviste dette under enhver form. Ved enkelte lejligheder blev medicin givet ved tvang i beroligende øjemed. Effekten heraf var kortvarig.

Efter en gennemgang af sygehistorien (anamnesen) skønnede afdelingen, at der ville være bedst udsigt til bedring ved fornyet behandling med ECT, og da NN ikke vurderedes at kunne eller ville give samtykke hertil, besluttede overlægen at tvangsbehandle med ECT. I henhold til psykiatriloven blev denne beslutning indbragt for det lokale patientklagenævn.

Nævnet vurderede efter et møde på NN's stue i afdelingen, at betingelserne for tvangsbehandling med ECT ikke var opfyldt, idet begrundelsen for afslaget var mindste middels princip. Nævnet fandt det ”ikke tilstrækkelig godtgjort, at der i de tidligere behandlingsforløb har været tilstrækkelig kontrol og opfølgning af den medicinske behandling til, at man kan udelukke effekt af medicinsk behandling”.

Den behandlende overlæge fremsendte herefter en uddybende kommentar, hvori bemærkedes, at NN burde behandles med enten antidepressivt virkende medicin eller ECT, idet behandling med antipsykotisk virkende eller beroligende medicin for hende måtte opfattes som kun af palliativ karakter (det vil sige forbigående lindring). Hvis der skulle behandles medikamentelt ved tvang, var der kun mulighed for injektion med de såkaldte tricykliske midler, hvilken anvendelse var behæftet med større ri-

siko, især for hjertet, end ECT. Alternativt kunne ved injektion behandles med antipsykotisk virkende midler, hvilken behandling imidlertid ikke vurderedes at have nogen særlig mulighed for at være effektiv.

Patientklagenævnet forelagde herefter sagen for Retslægerådet med anmodning om en udtalelse om kriterierne for anvendelse af ECT-behandling.

Rådet konkluderede, at ”NN er sindssyg, lidende af svær og behandlingskrævende depression. Det ville være uforsvarligt ikke at behandle hende, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet.

NN’s tilstand bør behandles enten medikamentelt med antidepressiva eller med ECT. Tidligere behandling har vist, at ECT-behandling hos NN er mere effektiv end medikamentel behandling. Under de givne omstændigheder kan NN ikke indtage medikamentel behandling peroralt (det vil sige gennem munden) ved tvang. Til indsprøjtning findes af antidepressiva kun sådanne, der er behæftet med betydelige bivirkninger, tilgængelige. Da det i øvrigt i vidtgående grad er ufarligt at behandle med ECT, også selvom det foregår med tvang, skal Retslægerådet udtale, at denne behandling i den givne situation må anses som den, der efter rådets opfattelse i videst muligt omfang opfylder kriteriet for mindste middels princip”.

Patientklagenævnet holdt atter møde i sagen på NN’s stue. Efter forelæg-

gelse af de lægelige udtalelser blev hun atter tilbudt behandling ved ECT, hvortil hun blot bad om, ”at der blev gjort noget ved de mørke rum”. Nævnet fandt efter fornyet gennemgang af sagen, at betingelserne for ECT var opfyldt.

Kommentar:

Det sker kun sjældent, at de lokale psykiatriske patientklagenævn eller Sundhedsvæsenets Patientklagenævn anmoder Retslægerådet om en udtalelse i psykiatrilovsager. I de lokale nævn deltager som oftest en psykiater, idet psykiatriloven om sammensætningen ud over en formand dog kun angiver ...”to medlemmer. Medlemmerne beskikkes af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer”. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn benytter sine egne psykiatriske konsulenter.

Sagen omhandler en patient med en meget svær, sindssygelig (endogen) depression, som på grund af sin udtalte psykotiske tilstand havde svært ved at formulere, hvad hun egentlig mente. Såvel den behandlingsansvarlige overlæge som det lokale nævn valgte at tolke patientens uklare formuleringer, som at hun nægtede at lade sig behandle. Man kan sige, at tvivlen er kommet ”juraen” til gode, om end dette medførte, at en svært forpint, sindssyg patient måtte gennem to møder i nævnet med ledsagende forsinkelse af påbegyndelse af en behandling, hun tidligere havde accepteret.

Tvangsbehandling med ECT

ECT-behandling – kaldet ”elektrochok” - er forbundet med mange myter og fordomme, jævnfør filmen ”Gøgereden”. ECT er imidlertid en særdeles effektiv behandling ved svære, psykotiske depressioner og bør i nogle tilfælde være den behandlingsform, der først tilbydes patienten, blandt andet fordi bedringen ofte indtræder tidligere end ved medikamentel behandling. ECT-behandling er også skånsom, den kan for eksempel anvendes ved behandling af ældre mennesker med hjerteproblemer, som kan have svært ved at tåle medikamentel antidepressivt virkende behandling. Bivirkningerne ved ECT-behandling er moderate hukommelsesforstyrrelser, som svinder i løbet af få uger til få måneder. For fuldstændighedens skyld skal nævnes, at akut ECT-behandling kan være livreddende ved svære delirøse tilstande.

Manglende behandling trods behandlingsdom i udlandet

En cirka 30-årig mand, A, dræbte en ham ukendt ældre dame, som han opfattede som et "monster", der ville slå ham ihjel. Han var 7 måneder tidligere kendt skyldig i tyveri, men problemer med at få ham til at møde til ambulante mentalundersøgelse havde forsinket mentalobservationen. 10 måneder tidligere var han ved retten i Helsingborg idømt "retspsykiatrisk behandling under indlæggelse" på grund af narkotikasmugling. Efterfølgende var han indlagt en måned i Sverige, men undveg og returnerede til Danmark, der ikke var orienteret om den svenske dom eller om hans undvigelse.

Retslægerådet fandt, at A var sindssyg, og anbefalede dom til anbringelse på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland, hvilket også blev resultatet. (A 39079)

A er opvokset i en sjællandsk provinsby som den ældste af to brødre. Faderen var selvstændig håndværksmester og moderen overvejende hjemmegående. Han frembød ingen problemer i barndommen, og han gennemførte 10. klasse og herefter EFG uden sociale eller faglige vanskeligheder. Efterfølgende havde han uaglært arbejde, men gennemførte højere handelsskoleeksamen. Han var derefter arbejdsløs to år, hvorefter han havde ansættelse som telefonsælger et par år, indtil han endeligt ophørte med at arbejde i 1997.

Fra 18-års alderen havde han misbrugt alkohol, som siden blev suppleret med hash og efterfølgende andre euforiserende stoffer. Han havde i en periode, hvor han var telefonsælger, et kæresteforhold, som ophørte i cirka 1996.

Fra starten af 1990'erne boede han i en kælderlejlighed i en af faderens

ejendomme. Han kom i stigende grad i et modsætningsforhold til familien. Han levede efterhånden en marginaliseret tilværelse med få venner, som også var misbrugende. Det meste af hans tid gik angiveligt med enten at beruse sig, med at spille om penge eller med at skrive på et værk om magi.

A var indlagt i psykiatrisk afdeling i X sygehus fra xx.xx.97 – xx.xx.97. Det fremgår, at han ved indlæggelsen var åbenlyst sindssyg med vrangforestillinger og dertil svært desorienteret samt hallucineret på hørelsen. Han behandlede med antipsykotisk virkende medicin (cisordinol 12 mg i døgnet), men ønskede sig udskrevet og blev kortvarigt tvangstilbageholdt. Da tilstanden bedredes, og han fandtes apsykotisk, blev han udskrevet. Han var ikke motiveret for ambulante efterbehandling. Såvel faderen, sagsbe-

handleren i hans hjemkommune som hans egen læge oplyste til Kriminalforsorgens personundersøger i 1998, at de ikke fandt A psykisk rask. Egen læge mente, at A var begyndende skizofren, men periodisk i stand til at gebærde sig som en "næsten normal person" og til andre tider som "et helt andet menneske". I denne periode henvendte forældrene sig gentagne gange sig til politiet eller den psykiatriske afdeling, men det medførte ikke, at A blev tvangsindlagt i behandlingsøjemed.

xx.xx.98 blev A idømt tre måneders betinget fængsel for underslæb mod det firma, som han havde været sælger for. Han blev endvidere undergivet tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om lægeligt godkendt behandling mod misbrug af narkotika og lignende stoffer samt vilkår om ambulant psykiatrisk behandling, alt efter Kriminalforsorgens nærmere bestemmelser (han synes dog hverken at have været i psykiatrisk behandling eller i behandling mod misbrug i medfør af dommen).

Godt et år efter ovennævnte dom bragte A to kufferter fra Danmark til Sverige. Han blev arresteret af de svenske myndigheder og sigtet for narkotikasmugling, idet en kuffert indeholdt ca. 20 kg kath. Ved den retspsykiatriske undersøgelse i Sverige fandtes han svært psykotisk, formentlig lidende af en paranoid skizofreni, og han blev xx.xx.00 ved en domstol i Sverige idømt retspsykiatrisk behandling under indlæggelse. Efterfølgende var han indlagt cirka en måned, hvor

han undveg fra afdelingen og returnerede til Danmark. Der blev ikke givet besked fra Sverige til Danmark om, at de svenske myndigheder fandt, at A fortsat skulle behandles, selv om der havde været overvejelser om at overflytte behandlingsdommen til dansk regi. Han genoptog sin marginaliserede tilværelse i sin hjemby og blev xx.06.00 kendt skyldig i tyverier samt overtrædelse af færdselsloven. Da man fandt ham psykisk påfaldende, blev det besluttet at foretage en ambulant mentalundersøgelse inden afsigelse af dom. På grund af endog meget store problemer med at få A til at møde til de ambulante samtaler, inklusive ambulant psykologisk undersøgelse, blev mentalundersøgelsen først færdiggjort syv måneder senere, lige efter at A havde begået den aktuelle kriminalitet – et drab.

Konklusionen af den ambulante mentalundersøgelse var, at A var sindssyg, formentlig lidende af paranoid skizofreni, og dermed omfattet af straffelovens § 16 stk. 1.

Otte måneder efter at være undvejet fra en psykiatrisk afdeling i Sverige og syv måneder efter at være kendt skyldig i tyverier i Danmark, tog A fra sin hjemby til København med henblik på at samle flasker, idet han var sulten og ikke havde penge. Han flakkede rundt på må og få, men fik så den idé, at han ville besøge nogle af de mange kvinder, som han mente at have børn med. Han gik ind i et tilfældigt hus, som han siden forlod for herefter at gå ind i ofrets hus, hvor døren var ulåst. Han mente at være et magisk sted og lagde sig på gulvet. Da

han rejste sig for at gå ud i køkkenet, var indehaveren (en ældre kvinde) til stede. Han opfattede hende som en slags uhyre, som han måtte kæmpe mod, fordi han ellers ikke ville overleve. Han slog hende herefter ihjel med en kniv og forlod huset for at fortsætte med at lede efter formodede tidligere kærestes og formodede børn. Han blev kort efter anholdt, og det fremgår, at han efter drabet også havde været inde i et andet hus.

A blev herefter indlagt til mentalobservation i Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland. Det konstateredes, at A var svært psykotisk med et omfattende system af vrangforestillinger, idet han dog én til to timer ad gangen var i stand til at simulere rask (dissimulere). Behandling med et såkaldt atypisk antipsykotisk virkende præparat (Leponex) havde ikke afgørende bedret hans tilstand. Konklusionen var, at han var kronisk sindssyg, formentlig lidende af paranoid skizofreni, og det blev anbefalet, at han blev anbragt i Sikringsafdelingen.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som kunne tiltræde den mentalobserverende overlæges erklæring, og som afgav følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af fremsendte akter med flere retspsykiatriske erklæringer, herunder mentalobservationserklæring af xx.xx.01 fra overlæge B, Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, Retspsykiatrisk afdeling, udtale, at A er sindssyg og var sindssyg på tiderne for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet.

A har gennemført uddannelse og har været i arbejde midt i 1990'erne, men har siden levet en marginaliseret tilværelse. Han har i mange år misbrugt alkohol og hash. Han har været kortvarigt indlagt i psykiatrisk afdeling i 1997, hvor han behandlede med antipsykotisk virkende medicin på grund af sindssygdomssymptomer. I forsommeren 2000 har han været indlagt under diagnosen skizofreni i psykiatrisk afdeling i Sverige i medfør af en retslig foranstaltning, men han undveg og returnerede til Danmark.

Ved den aktuelle observation, der er foregået under indlæggelse i Sikringsafdelingen, findes han udtalt sindssyg præget af vrangforestillinger af storheds- og forfølgelseskarakter, forstyrret tænkning og manglende sygdomsindsigt. Han lider af skizofreni.

Retslægerådet finder herefter A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Under henvisning til, at han trods længevarende behandling med et kraftigt, såkaldt atypisk antipsykotisk virkende præparat fortsat frembyder udtalte sindssygdomssymptomer, at han er helt uden sygdomsindsigt eller i øvrigt indsigt i sin situation, og under hensyn til hans psykotisk betingede opfattelse af den påsigtede handling, finder Retslægerådet, at der må antages at foreligge en ikke ubetydelig risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet. Retslægerådet skal derfor, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale, at han dømmes til anbringelse på Sikringsafdelingen, der er knyttet til Psykiatri-

hospitalet i Nykøbing Sjælland.”

Retten afsagde dom i overensstemmelse med Retslægerådets anbefaling, og A har efterfølgende haft ophold i Sikringsafdelingen, hvor han fortsat vurderes farlig, men med mindre udtalte åbentlyse sindssygdomssymptomer end ved indlæggelsen. Han er nu underlagt et meget struktureret regime og tager frivilligt antipsykotisk virkende medicin.

Kommentar:

Sagen belyser et muligt forløb af en ubehandlet kronisk sindssygdom. A havde i en årrække levet marginaliseret med sporadisk kontakt til en psykiatrisk afdeling, egen læge og sagsbehandler. Familien ønskede ham behandlet, men det professionelle system fandt ikke grundlag herfor. Måske fordi han øjensynlig var i stand til at dissimulere (simulere rask) i kortere perioder, måske fordi hele hans adfærd og tilstand blev vurderet som betinget af hans misbrug, således at den bagved liggende psykiske sygdom blev overset. Han modtog således ikke nødvendigvis psykiatrisk behandling – heller ikke da han som led i en betin-

get dom med tilsyn af Kriminalforsorgen fik fastsat vilkår om en sådan behandling.

Herudover belyser sagen også det problem, at samarbejdet landene imellem om de psykiatriske særforanstaltninger er dårligt udbygget, selv mellem de nordiske lande. A var i Sverige blevet idømt en psykiatrisk særforanstaltning, efter at han ved en mentalundersøgelse var fundet sindssyg. Han undveg fra hospitalet, men de danske myndigheder blev ikke underrettet om hverken dommen, indlæggelsen i Sverige eller hans undvigelse. Tilbage i Danmark blev han dømt for nogle tyverier. Det blev besluttet, at han skulle mentalundersøges med henblik på sanktionsfastsættelsen, men undersøgelsen trak ud, fordi han ikke mødte op. Han kunne være blevet indlagt i medfør af den svenske foranstaltning eller tvangsindlagt i medfør af psykiatriloven. Men intet skete. Forløbet kulminerede med et tragisk drab på en af A tilfældigt udvalgt og ham ubekendt person, som han følte sig angrebet af, og som han inkorporerede i sit paranoide system.

Utilstrækkelig behandling af skizofren mand, idømt en psykiatrisk særforanstaltning

NN er en 36-årig mand, som siden 17-års alderen har frembudt alvorlige sindssygdomssymptoner i form af vrangforestillinger, hørelseshallucinationer og påvirkningsfølelser. Han har været indlagt talrige gange i psykiatrisk afdeling og kun været begrænset motiveret for medikamentel behandling på grund af manglende sygdomserkendelse. Han blev i 1991 dømt til ambulante psykiatriske behandlinger med mulighed for indlæggelse efter sigtelser for vold. Behandlingen blev kun gennemført sporadisk og sommeren 1995 blev han sigtet for forsøg på manddrab efter overfald på moder og hendes samlever, og i 1996 blev han idømt anbringelse i Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet, Nykøbing Sjælland. I 1998 blev dommen ændret til anbringelse i hospital for sindslidende og i 1999 ændret til behandling på hospital for sindslidende med tilsyn under udskrivning. Efterfølgende fik han ophold på socialpsykiatrisk institution, hvor han kun yderst sjældent blev tilset af psykiater.

Retten fulgte i 2002 og i 2003 Retslægerådets indstilling om at opretholde den idømte foranstaltning. Rådet har blandt andet begrundet sine anbefalinger med, at NN har behov for mere intensiv psykiatrisk behandling. (A 39356)

NN er opvokset som den yngste af 4 søskende i et hjem præget af faderens alkoholmisbrug, og faderen begik selvmord, kort efter at moderen endeligt havde forladt ham med NN. NN har gennemført 10 års skolegang på forskellige skoler herunder et par år i en Tvind-skole. Han var herefter ude at sejle, men blev sendt hjem, formentlig på grund af sindssygdomssymptomer. Han har stort set ikke haft egen bopæl i ungdomsårene, men flyttede i en periode fra den provinsby, hvor moderen boede, til den anden

ende af landet for at "slippe for moderen". Det lykkedes ham ikke at etablere sig i egen bolig eller arbejdsforhold i den nye by, hvorfor han vendte tilbage. Han har ikke i større udstrækning haft misbrug, men engang røget lidt hash.

Han blev i 1990 sigtet for vold og efterfølgende dømt til ambulante psykiatriske behandlinger med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse. Patienten passede dog hverken tilsynet ved Kriminalforsorgen eller

den ambulante behandling, hvor han jævnlige udeblev. Der blev ikke foranstaltet indlæggelse i henhold til dommen, og 06.06.95 anbefaler den behandlende overlæge i en erklæring, at den ambulante behandlingsdom blev ophævet, idet formålet skulle være at bedre behandlingsalliancen med NN. NN blev ved de sporadiske kontakter fortsat vurderet til at være svært sindssyg, præget af blandt andet forfølgelsesforestillinger. Kort efter at erklæringen var udarbejdet, foretog NN et alvorligt overfald på moderen og dennes samlever, som han opsøgte med en kraftig luftpistol, økse, køkkenkniv og lægtehammer med henblik på at udøve skade på moderen og slå hende ihjel. Han blev i forbindelse hermed indlagt og senere overflyttet til Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet Nykøbing Sjælland, hvor der 07.01.96 blev afgivet mentalobservationserklæring, som anbefalede dom til anbringelse i Sikringsafdelingen.

Retslægerådet kunne tilslutte sig erklæringens konklusion og anbefalede dom til anbringelse i Sikringsafdelingen. Der blev afsagt dom i overensstemmelse hermed. Efter langvarig medikamentel behandling blev NN's tilstand noget stabiliseret, og sindssygdomssymptomerne aftog, om end han fortsat fandtes periodisk hørelshallucineret samt til stadighed optaget af vrangforestillinger om, at der blev skudt på ham, og at han blev forfulgt. Sikringsafdelingen anbefalede i 1998, at dommen blev ændret til anbringelse i hospital for sindslidende, og RR udtalte i den anledning følgende:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet med henvisning til tidligere responsa senest af 14.05.97 og på grundlag af lægeerklæringer....udtale at NN fremdeles lider af skizofreni. Hans produktive sindssygelige symptomer i form af vrangforestillinger og hallucinationer er trådt tilbage under behandlingen med Leponex, et antipsykotisk virkende medikament af såkaldt ”atypisk” art. Denne behandling medfører epilepsi-lignende bivirkninger, som imidlertid er velbehandlet med antiepileptisk medicin, Deprakine. Forsøg på dosis-reduktion medfører tilbagefald af åbenbare sindssygdomssymptomer. NN er fortsat præget af såkaldt negative symptomer på skizofreni blandt andet initiativsvækkelse og kompromitteret følelsesmæssig kontakt til andre mennesker (”autisme”), men han har ikke udvist aggressiv eller personfarlig adfærd siden placeringen på Sikringsafdelingen. Rådet kan tilslutte sig ...’s anbefaling af, at den nuværende sanktion ændres til dom til anbringelse i hospital for sindslidende.”

Efterfølgende blev foranstaltningen ændret til en anbringelsesdom, og NN blev overflyttet til Amtshospitalets retspsykiatriske afdeling. Senere anbefalede den behandlende overlæge foranstaltningen ændret til dom til behandling i hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen og overlægen under udskrivning, således at der af overlægen i forbindelse med Kriminalforsorgen ville kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse. Ved kendelse i august 1999 blev foranstaltningen ændret som foreslået. Retslægerådet blev ikke hørt i denne sag.

Senere samme år blev NN overflyttet til regional psykiatrisk afdeling fra Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland. NN var stadig præget af sin svære kroniske sindssygdom og ønskede dommen ophævet, hvilket den behandlende overlæge anbefalede i erklæring af 27.06.00. Retslægerådet udtalte efterfølgende, at rådet ikke kunne anbefale ændring (det vil sige ophævelse) med blandt andet følgende begrundelse:

”...man har forsøgt at udsluse ham specielt med hjemmebesøg, men han har ikke ønsket udskrivning eller overnatning uden for hospital, idet det er angstvækkende for ham. Han er indstillet til længerevarende ophold på socialpsykiatrisk døgninstitution, hvad han selv ønsker. I afdelingen er han fortsat præget af let vakt angst og vrangforestillinger. Der er ikke oplysninger om misbrug eller recidiv af personfarlig kriminalitet. Under indtryk af den uændrede dårlige psykiske tilstand samt den forestående flytning finder Retslægerådet, at det endnu er for tidligt at ophæve den idømte særforanstaltning.”

NN fik efterfølgende ophold på en socialpsykiatrisk døgninstitution. I efteråret 2001 ønskede han igen foranstaltningen ophævet, hvorfor den behandlende overlæge udfærdigede en erklæring, hvoraf det blandt andet fremgik, at NN uændret var psykotisk, og at han fortsat var i behandling med Leponex 300 mg dgl. samt Zyprexa 20 mg dgl. (begge antipsykotisk virkende præparater), som han havde modtaget igennem flere år. Den

behandlende overlæge anbefalede foranstaltningen opretholdt. Retslægerådet tilsluttede sig denne konklusion, hvilket også blev resultatet. NN ankede ikke byrettens kendelse.

I begyndelsen af året 2002 ønskede NN igen sin behandlingsdom ophævet. Han boede uændret på den socialpsykiatriske døgninstitution. Det fremgår af den behandlende overlæges erklæring, at den medikamentelle behandling var ændret, idet behandlingen med det atypiske præparat Leponex var ophørt, og behandlingen med det nyere antipsykotisk virkende præparat Zyprexa var øget fra 20 til 40 mg dagligt. Den behandlende overlæge kunne ikke anbefale, at foranstaltningen blev ophævet. Retslægerådet udtalte blandt andet:

”...., at NN – efter et årelangt ophold i Amtshospitalet, Nykøbing Sjælland indledningsvist på Sikringsafdelingen – har været indlagt på X sygehus fra 27.09.99 – 13.02.01, hvor han flyttede på døgninstitution. Han har siden opholdt sig på denne institution, hvor han synes at have fundet sig til rette og fremtræder rolig, om end han selv ønsker at flytte til et andet sted med færre beboere og mere personale, idet han mener, at der bliver skudt på ham. Han har, siden sidste udtalelse blev afgivet fra Retslægerådet, været til samtale med psykiater 25.01.02, 19.03.02 og 04.02.03. Ved den sidste samtale fremtrådte han åbenlyst psykotisk, præget af vrangforestillinger og hørelshallucinationer og urealistisk ønske om at ville behandles med antidepressivt virkende medicin på

grund af hallucinationerne. Han ønskede ikke øgning i den antipsykotiske medikamentelle behandling, som har bestået uændret i tabletform. Han synes således ikke at have sygdomserkendelse. Han har tidligere, i perioder hvor han ikke har været medikamentelt behandlet, på et sindssygeligt grundlag udviklet personfarlig voldelig adfærd. Retslægerådet finder på baggrund af ovenstående, at NN i allerhøjeste grad har behov for intensiv psykiatrisk behandling med grundige, hyppige vurderinger. Retslægerådet kan således ikke anbefale den idømte foranstaltning ophævet.”

Byretten bestemte, at behandlingsdommen ikke skulle ændres, og afgørelsen blev ikke kæret.

Kommentar:

Såvel de juridiske myndigheder som samfundet som sådan har selvsagt en forventning om, at det psykiatriske behandlingssystem på ansvarlig vis varetager en idømt særforanstaltning. Såvel ved en dom til behandling som ved en dom til ambulantly behandling m.v. har den behandlingsansvarlige overlæge pligt til at påse, at den dømte rent faktisk følger behandlingen, ligesom overlægen er forpligtet til at reagere, såfremt den retspsykiatriske patient unddrager sig behandlingen. Behandlingens intensitet afhænger af den kliniske tilstand, men som hovedregel bør en retspsykiatrisk patient i ambulantly behandling ses af læge mindst en gang om måneden. Såfremt patientens psykiske tilstand er god og stabil, kan hyppigheden af de ambulante konsultationer nedsættes, hvilket nøje

bør begrundes i patientens journal. Kravet om regelmæssig ambulantly kontakt er begrundet i, at forværring af en patients psykopatologiske tilstand kan medføre risiko for kriminelt recidiv, herunder risiko for personfarlig kriminalitet. Såfremt en retspsykiatrisk patient udebliver fra en ambulantly konsultation, bør overlægen konkret overveje – og anføre i journalen – hvorledes der skal reageres, herunder hvorvidt indlæggelse i medførelse af den idømte foranstaltning bør finde sted. Retslægerådet finder anledning til at bemærke, at indlæggelse af en retspsykiatrisk patient med en dom til behandling eller en dom til ambulantly behandling med mulighed for indlæggelse kan – og eventuelt skal – finde sted, uden at psykiatrilovens kriterier for tvangsindlæggelse er opfyldte.

Den her refererede sag omhandler en svært syg skizofren patient, der blev psykisk syg som 17-18-årig. Nogle år efter sygdommens debut blev han for vold dømt til ambulantly psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse. Patienten passede ikke behandlingen, hvilket den behandlingsansvarlige afdeling stort set ikke reagerede på. På grund af patientens mange udeblivelser og manglende behandlingsmotivation anbefalede afdelingen til sidst, at foranstaltningen blev ophævet. Kort efter – og før sagen var behandlet i retten – foretog patienten et potentielt livstruende overfald mod moderen, som indtog en central plads i NN's omfattende system af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Da han ved den efterfølgende mentalundersøgelse fandtes i udtalt grad

Utilstrækkelig behandling af skizofren mand

psykotisk, farlig og fortsat ikke behandlingsmotiveret, anbefalede Retslægerådet i overensstemmelse med mentalerklæringens konklusion, at NN blev dømt til anbringelse på Sikringsafdelingen.

I de følgende år var NN først anbragt på Sikringsafdelingen. Efter en ændring af den idømte foranstaltning blev han flyttet til en retspsykiatrisk afdeling, og efter yderligere ændring af foranstaltningen til en dom til behandling m.v. blev han flyttet til almen psykiatrisk afdeling. Kort efter fik han ophold i en socialpsykiatrisk institution, og efterfølgende blev de am-

bulante konsultationer stadig mere sjældne, på trods af at patienten fortsat var præget af åbenlyse sindssygdomssymptomer, herunder vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Dette er baggrunden for, at Retslægerådet i den seneste udtalelse fandt anledning til eksplicit at bemærke, at patienten igennem godt et år kun var set af læge tre gange, ligesom Retslægerådet i sin begrundelse for ikke at kunne anbefale en ophævelse af den idømte foranstaltning anførte, at NN ... ”i allerhøjeste grad har behov for intensiv psykiatrisk behandling med grundige, hyppige vurderinger”.

Skizotypi og strafferetlig placering

A blev mentalundersøgt første gang i 1992, 25 år gammel, på grund af en sigtelse for hærværk. Det fremgår af erklæringen, at han fra barn havde været aparte og socialt isoleret. Han havde været henvist til børnepsykiater syv og ni år gammel. Ved mentalobservationen fandtes han præget af dårlig følelsesmæssig kontakt, i udtalt grad selvhønførende og med akavede bevægelser. Ved den psykologiske test fandtes han "grænsepsykotisk". Erklæringen konkluderede, at A formentlig var ved at udvikle en skizofren sindssygdom, og han fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Ti år senere, i 2002, blev A igen mentalundersøgt, nu blandt andet sigtet for vold. Grundlæggende var hans psykiske tilstand og sociale frihed uændret. Den psykologiske test fandt, at A led af "skizotypi", det vil sige en principielt ikke-sindssygelig tilstand med skizofrenilignende symptomer. Disse symptomer kan dog i perioder være af psykotisk sværhedsgrad. Diagnosen skizotypisk sindslidelse blev indført i 1994, da Danmark overgik fra WHO's diagnosesystem ICD-8 til ICD-10. Erklæringen konkluderede, som erklæringen i 1992, at A led af en symptomfattig form for skizofreni, og at han uændret var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet fandt, blandt andet begrundet i at A's tilstand ikke var forværret gennem årene, at A led af en skizotypisk sindslidelse, men også at han var sindssyg og dermed omfattet af § 16, stk. 1. Den tidligere diagnose "grænsepsykose" er nu delt i to grupper, de skizotypiske sindslidelser og visse former for svære personlighedsforstyrrelser. De sidstnævnte tilstande vil Retslægerådet som absolut udgangspunkt henføre til straffelovens § 69, mens det vil bero på en konkret vurdering af sværhedsgraden af en skizotypisk sindslidelse, hvorvidt denne tilstand henføres til § 16 eller § 69. (A 39528)

Ved mentalundersøgelse i 1992 af den da 25 år gamle A oplyste moderen, at A var blevet født 1 måned for tidligt og havde vejjet 2500 g, men udover lettere gulsot intet særligt havde frembudt. Fra barnealderen skulle der holdes tæt øje med ham, og han havde

aldrig, ej heller som voksen, været i stand til at samarbejde med andre. Moderen klagede over, at A ikke tog hensyn til andre, virkede selvoptaget og egoistisk og gav hende skylden for alt.

7 år gammel blev A på grund af adfærdsproblemer og ufrivillig afføring henvist til børnepsykiater, der beskrev A som trist og træg, motorisk som sprogligt. 9 år gammel blev han atter henvist, nu på grund af aparte kontakt, voldelig adfærd over for pigerne i skolen, koncentrationsvanskeligheder og manglende motivation. Han var endnu ikke helt renlig. Børnepsykiateren anbefalede ophold på et behandlingshjem, hvilket familien dog modsatte sig. Efter 10. klasse forsøgte han forskellige efteruddannelser, senest HF enkeltfag.

Siden 18-års alderen var A flere gange blevet dømt for hærværk, hvilket han forklarede var motiveret i hans ønske om at få kommunen til at anbringe ham på en bestemt socialpædagogisk døgninstitution. Ved psykiatrisk vurdering, da han var i begyndelsen af tyverne, fandtes han grænsepsykotisk, præget af indadvendthed og manglende kontakt. Ved psykologisk undersøgelse påvistes normal begavelse, men vanskelighed ved at forstå andre og en noget privat præget tankegang. Den realitetsstyrede facade fandtes i risiko for at vige for en begyndende psykotisk opfattelsesmåde. Der var formelle tankeforstyrrelser og private associationer. Efter de ovennævnte undersøgelser fik A i 1991 ophold på den institution, han havde ønsket. Efter 5 måneder anførtes, at han med sin aparte og usunde livsstil og sin tendens til affektudbrud var velanbragt på institutionen.

Baggrunden for mentalobservationen var endnu en sigtelse for hærværk, som

A nægtede at have begået, idet han angav kun at kunne huske, at der havde været en episode med en buschauffør, som havde behandlet ham uretfærdigt.

Om sin opvækst oplyste A, at hans fader havde anvendt korporlig afstraffelse, hvilket A fandt rimeligt, idet han udlagde dette som tegn på, at faderen havde vist ham en særlig interesse. A var uvenner med sin eneste broder, som han mente flyttede eller fjernede hans ting. Til gengæld smadrede A broderens stereoanlæg. A var i skolen ensom og uden kammerater, måske, medgav han, fordi han var anderledes og for eksempel kunne sidde inde i klassen med overtøjet på. Han forklarede sine skift af uddannelser som gentagne forsøg på at komme ud af sin sociale isolation. Han ønskede kontakt med det modsatte køn, og han havde kysset en pige tre gange, men han var helt uden seksuel erfaring. Han var meget interesseret i computer- og videoudstyr, som han blandt andet brugte til at føre bog over alt, hvad han foretog sig, og til at optage ting, der eksploderede eller på anden måde gik i stykker, for eksempel legoklodser i fald fra stor højde. Han var tilbøjelig til at vende op og ned på nat og dag. Han benægtede hallucinationer, vrangforestillinger og tro på tankeoverføring. Han var positiv i sin omtale af sin socialrådgiver og psykiater i Kriminalforsorgen.

Ved den psykologiske testning ved mentalundersøgelsen bekræftedes, at A var normalt begavet. Realitetstestningen var lettere usikker, der var lette brist i logikken, han opfattede

omverdenen som truende, og han var meget sensitiv med dårlig affektforvaltning. Samlet fandtes så mange psykopatologisk suspekte træk, at han blev opfattet som grænsepsykotisk. Klinisk psykiatrisk blev han vurderet umoden og forstyrret i den emotionelle kontakt. Han var præget af privat og konkret tænkning og udtalt tilbøjelig til selvhenhøring. Hans fysiske fremtoning var præget af en noget bizar holdning og akavede bevægelser.

Det konkluderedes i mentalerklæringen, at A var sindssyg, overvejende sandsynligt lidende af begyndende skizofreni. Der anbefaledes dom til ambulat psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om indlæggelse. Retslægerådet fulgte mentalundersøgelsens konklusion, og retten dømte ham som anbefalet.

Et år senere, i 1993, udtalte den behandlende overlæge, at A stadig var præget af isolation, sindssygelig kontaktforstyrrelse og forstyrret tankegang. Han havde i et tilfælde skubbet til en sagesløs cyklist, efter at han i ambulatoriet havde følt sig svigtet i forbindelse med behandlernes feriemeddelelse. Han havde afvist forslag om medikamentel behandling, og der fandtes ikke tvingende grund til at gennemføre en sådan. Det anbefaledes, at foranstaltningen blev opretholdt.

I 1995 var tilstanden ifølge overlægen stort set uændret, idet A, efter at være

påbegyndt skolegang på en teknisk skole, dog måske var blevet lidt mindre socialt isoleret. Man havde uagtet hans egne uddannelsesplaner anbefalet kommunen at rejse sag om førtidspension. Der havde været et tilfælde med gadeuorden, hvor der var optaget politirapport. Man anbefalede atter, at foranstaltningen blev opretholdt. I 1996 oplystes, at A var begyndt på ingeniør-studiet ved DTU og desuden var blevet tilkendt førtidspension. Han havde vanskeligt ved at overskue sit studium, og han boede hos sin mor. Han havde et par gange – ifølge den behandlende overlæge, når han havde svært ved at overskue sin situation – handlet affektpræget og herunder begået butikstyveri. Atter blev foranstaltningen anbefalet opretholdt. Retslægerådet udtalte samme år, at A fortsat måtte antages at lide af skizofreni, og rådet anbefalede i overensstemmelse med overlægens anbefaling opretholdelse af foranstaltningen. Som led i behandlingen havde A i et par år til været til psykologsamtaler, hvor han drøftede sine kontaktvanskeligheder. Samtalerne var foranlediget af uterlig adfærd overfor en mindreårig pige. I det behandlende ambulatorium var den diagnostiske opfattelse vedvarende, at A var autistisk i sin kontakt (det vil sige sindssygeligt kontaktforstyrret), konkret og forstyrret af tankegang og diskret paranoid, men symptomerne syntes dog at være afbleget med årene.

I 1999 blev foranstaltningen ophævet. I perioden 1996-2000 var A nogle gange blevet idømt dagbøder for tyveri, hærværk, blufærdighedskræn-

kelse og besiddelse af børnepornografi.

I 2002 blev A atter mentalundersøgt, idet han nu var sigtet for uberettiget at have trukket nødbremsen på et tog, hvorefter han havde været verbalt truende og slået en togrevisor med en termokande, samt for på en psykiatrisk afdeling havde slået en læge i ansigtet med knyttet hånd, så hun var faldet, hvorefter han havde sparket hende flere gange. Baggrunden for den første sigtelse var, at A ville være sikker på, at toget holdt ved stationen, og at han efter at have trukket nødbremsen ikke følte sig ordentlig behandlet af togrevisoren. Baggrunden for den anden sigtelse var, at lægen havde bortvist A fra en samtalegruppe, som han i flere år havde været glad for at deltage i.

Ved mentalundersøgelsen oplyste A, at han var ophørt på DTU på grund af vanskeligheder ved at omgås de medstuderende. Han var samtidig på grund af sit ønske om at blive mere social blevet medlem af flere klubber, og han havde derved opnået at komme nærmere i kontakt med kvinder. Aktuelt havde han en kæreste, hvis ønske om at flytte sammen han dog ikke kunne imødekomme, fordi han havde brug for at være sig selv, og fordi han ikke ville forlade sin moder. Adspurgt mente A, at han på grund af sin besynderlighed var udsat for chikane fra forskellige side, for eksempel naboer og politi. Han havde dog af hensyn til kæresten fået normal døgnrytme. Han havde intet misbrug, og han brugte ikke medicin.

Ved den psykologiske testning i 2002 fandtes af samme psykolog, som havde testet i 1992, at tilstanden stort set var uændret, idet dog realitetstestningen var blevet en smule mere usikker. A syntes intellektuelt, men ikke emotionelt i stand til at leve sig ind i andres følelser og tanker. Han virkede noget ambivalent med hensyn til sit parforhold, og muligvis rummede han bizarre seksuelle fantasier. Psykologen fandt det alt i alt mest sandsynligt, at der var tale om en skizotypisk sindslidelse. Klinisk psykiatrisk var den formelle kontakt i orden, men den emotionelle i nogen grad læderet. A's opfattelsesmåde var subjektiv, til tider privatpræget, og han var selvhenførende.

Det konkluderedes i mentalerklæringen, at A siden 1992 havde overvundet sin sociale isolation, men fortsat ikke den emotionelle, og den private tankegang tangerede det paranoiforme (det vil sige havde karakter af vrangforestillinger). Det fandtes mest sandsynligt, at han led af en symptomfattig form for skizofreni, hvorfor han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og der anbefalede – ligesom i 1992 - dom til ambulans psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse.

Efterfølgende var de voterende i Retslægerådet enige i diagnosen (det vil sige skizotypi), den strafferetlige placering og den foreslåede foranstaltning. De voterende overvejede, hvorvidt A var sindssyg eller i en tilstand ligestillet med sindssygdom. På grund-

lag af disse overvejelser udtalte rådet blandt andet:

”A er ved tidligere mentalundersøgelse fundet lidende af sindssygdom (begyndende skizofreni), men aktuelt frembyder han ikke helt sikre skizofrenisymptomer. Han beskrives som kontaktforstyrret, med afvigende og privat præget tænkning, og han er selvhønlende. Retslægerrådet finder det mest sandsynligt, at han er lidende af såkaldt skizotypisk sindslidelse (”grænsepsykose”), der præger hans realitetsopfattelse i så omfattende grad, at han vurderes at være sindssyg og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk.1. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, skal rådet anbefale, at han, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., dømmes til ambulans psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således, at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse.”

Retten dømte som anbefalet.

Kommentar:

Danmark overgik i 1994 fra WHO's ”International Classification of Diseases, eight edition” (ICD-8) til ICD-10 (ICD-9 blev sprunget over). ICD-8 indeholdt diagnosen ”grænsepsykose”, som imidlertid havde vist sig uhensigtsmæssig, idet undersøgelser viste, at diagnosen rummede kategorialt forskellige psykopatologiske tilstande. Diagnosen udgik derfor af ICD-10, og hovedparten af de tilstande, som tidligere blev diagnosticerede som ”grænsepsykotiske”, diagnosticeres nu som enten skizotypi el-

ler emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Den sidstnævnte diagnose er klassificeret sammen med de øvrige personlighedsforstyrrelser, mens skizotypi-diagnosen står umiddelbart efter skizofrenidiagnoserne og sammen med for eksempel sindssygdomme domineret af vrangforestillinger (paranoide psykoser) samt akutte forbigående psykoser.

Skizotypi karakteriseres af symptomer, som kan minde om, hvad der ses ved skizofreni, men uden at disse symptomer nødvendigvis har en psykotisk sværhedsgrad. De diagnostiske kriterier for skizotypi indeholder også såkaldte mikropsykotiske episoder, det vil sige kortvarige sindssygelige tilstande, ligesom patienter kan have ”psykosenære oplevelser”. Belastning, stofmisbrug eller hjerneskade såsom demens kan udløse en eventuelt længerevarende psykotisk periode hos en skizotypisk patient, hvor tilstanden kan komme til at ligge tæt på en egentlig skizofreni. Det skal endelig bemærkes, at unge, som er ved at udvikle en skizofren sindssygdom, i prodromalfasen kan blive diagnosticeret med skizotypi, idet de endnu ikke opfylder de formelle kriterier for skizofrenidiagnosen, jf. for eksempel konklusionen af mentalundersøgelsen i 1992. Skizotypi eksisterer imidlertid også som en selvstændig, livslang sygdoms enhed.

Som anført er skizotypi i ICD-10's diagnostiske systematik placeret sammen med skizofreni og andre utvivlsomme psykoser. Disse tilstande samles undertiden i overbegrebet ”det skizofrene spektrum”. På tilsvarende måde ope-

reses med "det affektive spektrum", som omhandler tilstande, der er karakteriseret ved tidsmæssigt afgrænset afvigende stemningsleje. Såvel det skizofrene som det affektive spektrum omfatter således tilstande, der ikke nødvendigvis er sindssygdomme.

De skizotypiske sindslidelser kan være af mere eller mindre udtalt sværhedsgrad, og tilstanden kan således retspsykiatrisk blive klassificeret som såvel en § 69-tilstand som en § 16-tilstand afhængig af en konkret vurdering af især realitetstilpasningen. Det samme er i øvrigt tilfældet for andre diagnostiske kategorier, for eksempel Aspergers syndrom, som er en neuropsykiatrisk udviklingsforstyrrelse karakteriseret af blandt andet udtalte kontaktforstyrrelser samt særinteresser (se Retslægerådets årsberetning 1997, s. 89ff.).

I den konkrete sag vurderede Retslægerådet i 2002, at diagnosen skizotypi var den mest korrekte diagnose, og at A var så præget af sin lidelse, at han var sindssyg og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der fandtes ikke grund til at anvende § 16-betegnelsen "ligestillet med sindssygdom". Dette begreb har tidligere været omtalt i årsberetningerne. Der kan hen-

vises til blandt andet rådets årsberetning 1994 s. 73ff., hvor der er redegjort for forskellen på ligestillingsbegrebet i psykiatriloven og i straffeloven. Eksempler på tilstande ligestillede med sindssygdom er forbigående feberdelirier, hypoglykæmi (se side 91ff.) og eventuelt tilfælde af bevidsthedsspaltning (rådets årsberetning 2000, s. 91). Visse meget udtalte personlighedsforstyrrelser, for eksempel skizoide eller emotionelt ustabile personlighedsstrukturer (sidstnævnte i ICD-8 henført til "grænsepsykoserne") vil eventuelt også – efter en konkret vurdering – kunne karakteriseres som en tilstand "ligestillet med sindssygdom", men hvad angår disse tilstande vil Retslægerådet fortsat anlægge en restriktiv praksis, således at udgangspunktet som absolut hovedregel vil være, at disse tilstande henføres til straffelovens § 69.

Det kan konkluderes, at A, uanset om diagnosen er skizofreni, grænsepsykose eller skizotypi, er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Grænsen mellem psykose og ikke-psykose har – trods indførelse af nye diagnosesystemer – vist sig robust, og må fra et retspsykiatrisk synspunkt generelt fortsat anses velegnet som skillelinje.







