

Retslægerådets
årsberetning
2010

ISBN 87-89648-14-5
Udgivet april 2011
Jespersen Tryk+Digital

Indholdsfortegnelse:

Forord	5
I. Udvalgte emner og sager af interesse	7
Ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet med spørgsmål om funktionsevne	7
Sag vedrørende færdselsuheld med eksempler på uhensigtsmæssige ukonkrete spørgsmål, herunder spørgsmål om funktionsevne	11
Kroniske smerter hos fører af personbil efter påkørsel bagfra – er der en sammenhæng?	15
Retslægerådet var ikke forpligtet til at afgive udtalelse i en erstatningssag, idet sagen ikke vedrørte ”enkeltpersoners retsforhold”.....	19
Bevarelse af autorisation som læge trods manglende overholdelse af påbud ..	25
En sag om mulig lægefejl i forbindelse med operation	35
Besvarelse af spørgsmål nr. 420-422 fra Folketingets Retsudvalg	39
Epileptisk konfusionstilstand – en tilstand ligestillet med sindssygdom	45
Folie á deux - ? Men ingen behandling	49
Sindssyg mand ikke fundet utilregnelig – to gange	53
Ophævelse af en foranstaltningsdom – et problem for patienten?	63
Den abnorme enkeltreaktion	67
Vurdering af sindssygdom ved moderat til svær depression	71
Psykotiske symptomer og sindssygdom	77
Mental retardering	81
II. Statistik	89
Sager behandlet i Retslægerådet 2010	89
Modtagne og afsluttede sager	92
Sagsbehandlingstider.....	93
III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation	95
Lovbestemmelser m.v.	95
Retslægerådets medlemmer 2010	98
Sagkyndige anvendt i 2010	99
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2010	100
Retslægerådets sekretariat 2010	111

Forord

Retslægerådets årsberetning for 2010 offentliggøres i år relativt hurtigt efter årsskiftet. Det er en naturlig konsekvens af den handlingsplan som fremgår af rådets årsberetning for 2009, side 7 ff., der ligger på rådets hjemmeside www.retslaegeraadet.dk. Her peges på to indsatsområder for rådets videre arbejde: kommunikation og kvalitetssikring.

Kommunikation.

En større åbenhed om rådets arbejde er en af de målsætninger, som rådet har sat sig. Formandskabet har fulgt denne målsætning op ved at deltage i møder med Ankestyrelsen, Patientskadeankenævnet, Advokaternes Forening for Erstatnings- og Forsikringsret, Forsikringsakademiet, Arbejdsskadestyrelsen og program for Law and Justice i forbindelse med besøg af dommere fra Uganda. Rådet har mødt stor påskønnelse i forbindelse med informationen om rådets arbejde, ligesom formandskabet på den anden side har fået bedre indsigt i de forventninger, der er til rådets udtalelser. Drøftelserne har omfattet habilitet, generelle og hypotetiske spørgsmål, begrebet ”overvejende sandsynligt” og meget andet.

De sagkyndiges habilitet er helt afgørende for rådets troværdighed. Angivelsen af de enkelte sagkyndiges eventuelle interessekonflikter på rådets hjemmeside og den konkrete dokumentation af habilitet i de enkelte sager, har mødt stor anerkendelse.

Kvalitetssikring er en anden af rådets vedtagne målsætninger. Professor Troels Staehelin Jensen er primus motor i et kvalitetssikringsprojekt, der omhandler både en lægefaglig og en juridisk vurdering af 100 sager med angivet skader i nakken. Aktuelt er projektplanen til orientering og eventuelle kommentarer hos relevante interessenter. Rådet planlægger, at undersøgelsen kan finde sted i løbet af 2011, og når der er opnået erfaringer fra dette projekt, vil det være nærliggende at foretage tilsvarende audits på andre områder.

En systematisk gennemgang af Retslægerådets udtalelser og sagernes resultat i de somatiske sager har aldrig fundet sted. Det har vist sig, at rådet kun i begrænset omfang orienteres om de enkelte sagers afgørelse. Retslægerådet har derfor indhentet samtlige domme i et helt års produktion af de somatiske E-sager. Resultatet af denne undersøgelse vil formentlig give rådet det ønskede overblik over, i hvilket omfang sagerne bliver hævet, forligt eller resulterer i en dom, samt hvilket udfald sagerne har fået. Dette initiativ kan forhåbentlig også medføre, at rådet fremover vil få tilsendt domsudskrifter mv., således at de sagkyndige i langt højere grad end nu bliver gjort bekendt med resultatet af sagernes udfald.

Sagsbehandlingstider

Det kan konstateres, at rådet i 2010 har afsluttet flere sager, end der er modtaget, hvilket blandt andet skyldes, at antallet af sager ”på ventehylde” er reduceret markant. For så vidt angår sagsbehandlingstiderne er disse nu tilbage på samme niveau som tidligere, hvilket må siges at være meget tilfredsstillende. Faldet i antallet af modtagne sager skyldes primært en nedgang i modtagne psykiatriske (A) og somatiske (E) sager, hvor der tilsvarende afsluttes flere, end der for tiden modtages.

Rådets mål er fortsat en yderligere reduktion af sagsbehandlingstiden. Dels forsøger rådet løbende at få de forelæggende myndigheder/advokater til at fremsende sagerne med samtlige dokumenter således, at sagsbehandlingen kan påbegyndes umiddelbart – her er der flere måneder at hente - dels kommunikerer rådet i højere grad end tidligere via mail. Det er fortsat de sikkerhedsmæssige aspekter, der er det største problem i relation til sikker mailkommunikation mellem sekretariatet og rådets sagkyndige.

Temamøder

Regelmæssige temamøder er ligeledes indeholdt i rådets kommende satsningsområder. I slutningen af marts 2011 afholdt rådet temamødet ”Hvidbog om risikofaktorer knyttet til fysisk tungt arbejde” og i efteråret vil emnet være det retspsykiatriske område. Rådet finder det vigtigt med disse emnebaserede møder, hvor der er mulighed for at drøfte den faglige substans og om muligt på dette grundlag udarbejde et statusnotat, som til orientering også kan bringes i årsberetningen.

Økonomi

Retslægerådet er ikke stillet anderledes end andre offentlige institutioner og således også underlagt et sparekrav, som blandt andet har medført en reduktion af medarbejderstaben i rådets sekretariat. Rådet forsøger alligevel i budgettet for 2011 at sikre gennemførelsen af planlagte aktiviteter. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt for rådet at vurdere økonomien for 2012 og frem.

Årsberetningen for 2010 indeholder i lighed med tidligere en række sager som kan have almen interesse. Principielle problemstillinger som spørgsmål vedrørende funktionsevne, kroniske smerter efter trafikulykke og udtalelser vedrørende ”enkeltpersoners retsforhold” er nogle af de E-sager der er valgt ud. De psykiatriske sager spænder vidt og sætter blandt andet fokus på sindssygdomsbegrebet, som er helt centralt i retspsykiatrien, afgrænsningen af mental retardering, som ligeledes er af afgørende betydning, samt de få sindssyge, der idømmes ubetingede frihedsstraffe.

Bent Ottesen

I. Udvalgte emner og sager af interesse

Ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet med spørgsmål om funktionsevne

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

Retslægerådet anmodes meget ofte om en vurdering af en årsagssammenhæng mellem en persons tilstand og en begivenhed/hændelse og i denne sammenhæng om en eller eventuelt flere tidligere hændelsers og sygdommes betydning for Retslægerådets vurdering.

En forudsætning for, at Retslægerådet kan svare på sådanne spørgsmål, er, at "tilstanden", der spørges til, er konkretiseret som for eksempel: "Kan de hos A angivne smerter i højre hoft og den påviste bevægelsesindskrænkning være en følge af den hændelse, A var udsat for den xx...". Spørgsmålet skal ledsages af oplysninger om relevante aktuelle og forudbestående sygdomme.

Det er naturligvis også en forudsætning, at begivenheden/hændelsen er velbeskrevet for at kunne tage stilling til en eventuel årsagssammenhæng.

Det følgende er eksempler på brede og ukonkrete formulerede spørgsmål, hvor der spørges om årsagssammenhæng mellem en række diffuse, ikke

tidsmæssigt angivne tilstande i relation til en årstalsangiven, men ikke en beskrevet ulykke.

Eksempel: *"Retslægerådet anmodes om at redegøre for, om det i sagens akter beskrevne symptomkompleks/højresidige skuldersmerter, smerter i hånden, nakkesmerter forårsaget af slidgigt, fodsmerter, psykiske problemer og bestående hovedpinetendens siden arbejdsulykken i 1994, er forårsaget af uheldet den 10. august 2000"*.

Konkrete, præcise spørgsmål kan besvares konkret, præcist og fyldestgørende, mens ukonkrete og upræcise bredt formulerede spørgsmål er vanskelige og ofte umulige at give tilfredsstillende svar på.

Eksempel: *"Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers tilstand, som den senest er beskrevet i det lægelige materiale i sagen, er forårsaget – helt eller delvist – af uheldet den 10. august 2000"*.

Til dette spørgsmål var Retslægerådet henvist til at svare "begrebsindholdet i sagsøgers tilstand, som den senest

er beskrevet i det lægelige materiale, er så vidtfnvendende, at det er uklart og derfor vanskeligt kan besvares af Retslægerådet”.

Eksempel: *”Retslægerådet bedes oplyse om A’s helbredsmæssige, personlige og/eller sociale forhold før og efter færdselsuheldet den 31. maj 2002 har fort til yderligere gener, der erfaringsmæssigt yderligere eller i sig selv er egnet til at kompromittere den skadelidtes helbredstilstand?”.*

Retslægerådet var henvist til at svare følgende: ”Retslægerådet finder spørgsmålet uklart”.

Retslægerådets svar er i tilfælde som disse næppe til stor hjælp for domstolene, som skal afgøre uenigheder i sager om årsagssammenhænge og senfølger efter en begivenhed.

Spørgsmål om funktionsevne, for eksempel: *”.. er sagsøgers funktionsevne nedsat som følge af den varige lidelse/gene, han pådrog sig ved hændelsen den xx..”* er andre eksempler på ukonkrete spørgsmål, som ofte ikke lader sig besvare. Funktionsevne er således ikke et entydigt defineret begreb, men må blandt andet ses i sammenhæng med vedkommendes alder, køn, daglige gøremål, arbejdsmæssig formåen mv. Forudsætningen for at kunne give et lægefagligt begrundet svar er, at funktionsevne såvel defineres i forhold til en given helbredstilstand som i forhold til en konkret, defineret og velbeskrevet opgave, og selv i en sådan situation kan det være vanskeligt at give et entydigt svar om en persons funktionsevne

alene på grundlag af de lægelige journaler, som forelægges Retslægerådet. Dertil kommer, at spørgsmål om funktionsevne i efterforløbet af en hændelse ofte dækker over erhvervs- eller arbejdsevnetab mv., hvilket det ikke er Retslægerådets opgave at svare på, idet spørgsmål om arbejdsevne (mén) ligger hos anden offentlig myndighed.

Følgende er eksempler på spørgsmål forelagt Retslægerådet om funktionsevne og Retslægerådets svar herpå:

Spørgsmål 9: *”Retslægerådet anmodes om at redegøre for, om de gener, som Retslægerådet finder, er en følge af uheldet ud fra en lægelig vurdering, kan medføre en – som beskrevet i sagens akter – væsentligt nedsat funktionsevne” mv. og endeligt ”Retslægerådet anmodes med andre ord om at tage stilling til, ud fra en ren lægelig betragtning, om det er rimeligt at antage, at sagsøgers nedsatte funktionsevne kan forklares ved uheldets varige følger”.*

Retslægerådets svar: ”Funktionsevne er ikke en veldefineret medicinsk størrelse, og kan som begreb ikke umiddelbart gøres til genstand for en medicinsk konstatering; man kan heller ikke ud fra en ren lægelig betragtning udtale sig om denne evnes kvantitative aspekter”.

Og et andet eksempel:

Spørgsmål 6: *”Retslægerådet bedes oplyse, om der efter Retslægerådets vurdering foreligger varige gener, der kan henføres til færdselsuheldet dd xx, som ud fra en lægelig vurdering kan forklare en varig nedsat erhversevne? Således ønskes oplyst, om A’s*

funktionsniveau, således som det er beskrevet i det lægelige materiale, kan føres tilbage til de varige gener, A måtte være påført uheldet den xx”.

Retslægerådets svar: ”Funktionsniveau er ikke en generelt entydig og veldefineret medicinsk størrelse. Retslægerådet udtaler sig ikke om arbejds- og erhvervsevne, og Retslægerådet kan vanskeligt udtale sig om funktionsmæssige begrænsninger i et medicinsk perspektiv uden en konkretisering af, hvilken funktion der må være tale om, og hvori begrænsningen måtte bestå”.

Det er således ikke muligt for Retslægerådet at foretage en lægefaglig vurdering af en persons funktionsevne på et ukonkret og upræcist beskrevet grundlag. En konkret vurdering af funktionsevne – konkret såvel hvad angår funktionshæmmende lidelse(r),

som hvad angår arbejdsmæssig funktion - må om muligt foretages af de behandlende læger.

Retslægerådets opgave kan så – som i mange andre sagstyper – være at foretage et overskøn af de lægelige dokumenter.

Retslægerådet vil derfor som hovedregel være henvist til at anvende for eksempel følgende formulering eller en formulering, der kan sidestilles hermed:

”Retslægerådet er ikke i stand til at besvare det stillede spørgsmål; funktionsevne er således ikke et veldefineret medicinsk begreb og kan ikke gøres til genstand for en lægefaglig vurdering uden en konkretisering af hvilken funktion, der måtte være tale om, og hvori begrænsningen måtte bestå”.

Sag vedrørende færdselsuheld med eksempler på uhensigtsmæssige ukonkrete spørgsmål, herunder spørgsmål om funktionsevne

*Denne sag drejer sig om en færdselssag, hvor A som fører af en personbil har været involveret i 3 af hinanden uafhængige færdselsulykker. Retslægerådet blev anmodet om en vurdering af de skader, A pådrog sig ved hvert af disse uheld, dels akutte skader, dels senfølger og en vurdering af, hvilken betydning eventuelle skader og senfølger har haft for A's funktionsevne.
(50E/E3-03454-2009)*

Sagen blev forelagt Retslægerådet med følgende spørgsmål:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader/gener sagsøger pådrog sig ved uheldet den 1. maj 1996, 9. oktober 2000 og 31. maj 2002?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ifølge de foreliggende journaloplysninger har sagsøger ved hver af de nævnte begivenheder pådraget sig forstuvning af halshvirvelsøjlen, også benævnt nakkedistorsion.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om de skader/gener, sagsøger pådrog sig ved uheldet den 1. maj 1996, 9. oktober 2000 og 31. maj 2002, har påført ham varige gener?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar, således at varige skader/gener henføres til hvert uheld.

Der har været tale om tre adskilte traumer. I henhold til speciallægeerklæringerne havde sagsøger efter første traume 01.05.96 i årene efter betydelige gener af fysisk og psykisk natur med hovedpiner, nakkesmerter, træthæd, koncentrationssvækkelse m.v. Disse symptomer syntes i nogen grad at være remitteret, idet sagsøger kunne tage en uddannelse, arbejde ret fysisk belastende med rørlægning, boreplatformsarbejde m.v.

Tre dage efter uheldet 09.10.00 har den praktiserende læge noteret klager over hovedpine, stivhed i nakken og svimmelhed. Objektivt fandtes muskelømhed og bevægeindskrænkning. Lægen anbefalede fortsat fysioterapi. Hændelsen synes ikke at have givet anledning til yderligere undersøgelse eller behandling og er ikke omtalt i speciallægeerklæringen fra oktober 2003.

Ved speciallægeundersøgelse foretaget 22.10.03 er noteret selvrapporterede helbredsklager bestående i hovedpine, tinnitus samt ryg- og skuldersmerter

foruden aftagende nakkesmerter. Det er Retslægerådets opfattelse, at symptombeskrivelsen igen er forenelig med følger efter såkaldt nakkedistorsion (Retslægerådets årsberetning for 2008; s. 11-12), og at hændelsen 31.05.02 har været en i det mindste medvirkende årsag; langvarige eller kroniske smertetilstande antages at have multifaktorielle årsager, hvori kan indgå legemlige, psykologiske og socialmedicinske forhold. Retslægerådet kan ikke vægte sådanne enkeltfaktorer selvstændige betydning – og i det konkrete tilfælde heller ikke afveje den eventuelle selvstændige betydning af de forudgående hændelser.

Retslægerådet kan ikke prognosticere symptomernes varighed ud over den periode, hvor de har været genstand for undersøgelse.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om der – som sagen foreligger oplyst for Retslægerådet – består en sammenhæng mellem den af sagsøger beskrevne helbredsmæssige tilstand og færdselsuheldet den 31. maj 2002?

Retslægerådet bedes således oplyse, om sagsøgers tilstand, som denne er beskrevet i det lægelige materiale, er forårsaget – helt eller delvist – af færdselsuheldet den 31. maj 2002 og/eller af andre forhold, herunder uheldene den 1. maj 1996 og den 9. oktober 2000?

Retslægerådet bedes i forbindelse hermed oplyse, om der er relevante brosymptomer herfor i forbindelse med uheldet den 31. maj 2002?

Der henvises til svar på spørgsmål 2. Begrebet brosymptomer er ikke noget veldefineret medicinsk begreb, og spørgsmålet om forekomst af ”relevante brosymptomer” kan ikke gøres til genstand for en medicinsk konstatering. Retslægerådet kan ikke komme det nærmere.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om det kan antages, at følgerne efter færdselsuheldet den 31. maj 2002 har bidraget til den af sagsøger beskrevne helbredsmæssige tilstand alene og/eller i kombination med forudbestående eller efterfølgende helbredsmæssige forhold, herunder uheldene den 1. maj 1996 og 9. oktober 2000?

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvori denne sammenhæng består samt angive graden af sandsynlighed herfor.

Der henvises til svar på spørgsmål 2.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers helbredsmæssige, personlige og/eller sociale forhold før og efter færdselsuheldet den 31. maj 2002 har ført til yderligere gener, der erfaringsmæssigt yderligere eller i sig selv er egnet til at kompromittere den skadelidtes helbredstilstand?

Retslægerådet bedes om muligt angive graden af sandsynlighed.

Retslægerådet finder spørgsmålet uklart.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om der efter rådets vurdering foreligger varige gener, der kan henføres til færdselsuheldet den 31. maj 2002, som ud fra en lægelige vurdering kan forklare en varig nedsat erhvervsevne? Således ønskes oplysning, om sagsøgers funktionsniveau, som det er beskrevet i det lægelige materiale, kan føres tilbage til de varige gener, sagsøger måtte være påført ved uheldet den 31. maj 2002?

Det bemærkes særskilt, at Retslægerådet ikke anmodes om at tage stilling til graden af nedsat arbejdsevne, men udelukkende om de af sagsøger beskrevne begrænsninger i funktionsniveau både på det fysiske og til dels på det psykiske plan kan forklares ud fra de skader og varige gener, som alene kan henføres til uheldet den 31. maj 2002?

Funktionsniveau er ikke en generelt entydigt og veldefineret medicinsk størrelse. Retslægerådet udtaler sig ikke om arbejds- og erhvervsevne; og Retslægerådet kan vanskeligt udtale sig om funktionsmæssige begrænsninger i et medicinsk perspektiv uden en konkretisering af, hvilke funktioner der måtte være tale om, og hvori begrænsningen måtte bestå.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers helbredstilstand er forværret, herunder om der er sket en uforudset forværring i tiden efter uheldet den 31. maj 2002?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar, herunder angive hvori forværringen består, samt oplyse, hvornår forværringen eller den uforudsete forværring er sket? Således ønskes

oplyst en dato for, hvornår der eventuelt er indtrådt en forværring eller en uforudset forværring?

Retslægerådet bedes i forbindelse med ovenstående oplyse, om de varige skader/gener, sagsøger pådrog sig ved færdselsuheldet den 31. maj 2002 kan forværres over tid og i bekræftende fald oplyse, om dette er sket?

Den seneste omtale af følger efter begivenheden 31.05.02 findes i erklæringen fra speciallægeundersøgelse foretaget 22.10.03, det vil sige omtrent halvandet år senere.

I den praktiserende læges journal findes enkelte, summariske notater om problemstillingen fra årene 2002-2003, men ikke senere.

Sagsøgers helbredstilstand er ikke i det foreliggende materiale beskrevet med metoder, der tillader en medicinsk kvalificeret, kvantitativ bedømmelse af variation over tid. De kvalitative forhold er som foran beskrevet.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om en eventuel forværring eller uforudset forværring af sagsøgers helbredstilstand er udtryk for, at der er sket en forværring af de gener/skader, han pådrog sig ved uheldet den 31. maj 2002, eller om der er tale om en forværring af andre varige gener/skader, der ikke kan henføres til dette uheld, men andre forhold, herunder uheldet den 1. maj 1996 eller uheldet den 9. oktober 2000?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar, herunder angive hvori forværringen eller den uforudsete forværring består samt angive graden af sandsynlighed for, at en forværring/uforudset forværring af helbredstilstanden kan henføres til de varige skader/gener, sagsøger pådrog sig ved færdselsuheldet den 31. maj 2002?

Der henvises til svar på spørgsmål 7.

Spørgsmål 9:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Kommentar:

Ovennævnte sag illustrerer uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet ved at forelægge en lang række ukonkrete spørgsmål, som er vanskelige for rådet at svare præcist på til skade for parterne og retten, og som kan give anledning til forlænget sagsbehandlingstid.

Retslægerådet anmodes om at gennemgå et omfattende materiale af lægelige akter for selv at udfinde, hvilke

skader, der kan være tale om og efterfølgende at vurdere følgerne hertil. Spørgsmål, hvor der spørges til ”helbredsmæssige tilstand” og relationen til en eller flere begivenheder og eventuel udvikling over tid, er så upræcise og bredt formulerede, at de ikke kan besvares meningsfuldt. Den helbredsmæssige tilstand er således uklar, ikke veldefineret og lader sig ikke entydigt beskrive uden angivelse af, hvilken sygelig tilstand, der er tale om, hvorfor det heller ikke er muligt at beskrive en udvikling over tid. Den forelæggende myndighed, herunder sagens parter, bør derfor forud for forelæggelsen sikre sig og gøre sig klart, hvilke konkrete påpegede forhold/skader rådet skal foretage en vurdering af, herunder en konkret påpeget skade og denne skades betydning for en konkret påpeget fysisk funktion.

Spørgetemaet i den her refererede sag indeholder også spørgsmål om erhvervsevne/tab, hvilket Retslægerådet generelt ikke udtaler sig om, idet dette henhører under Arbejdsskadestyrelsen.

Kroniske smerter hos fører af personbil efter påkørsel bagfra – er der en sammenhæng?

I juli 2002 blev A, en 44-årig kvinde, påkørt bagfra som fører af bil. A sad med hovedet drejet mod højre, da hun blev ramt af bilen. Hun var ikke bevidstløs i tilslutning til uheldet, men udviklede samme dag hovedpine og henvendte sig dagen efter ulykken på skadestuen, hvor der ikke konstateredes brud på halshvirvelsøjlen. A forsøgte at arbejde få dage efter ulykken, men kunne ikke på grund af hovedpine. Ca. 1 år efter ulykken forværredes tilstanden, efter at A snublede over en kantsten. Der optrådte herefter nye symptomer med føleforstyrrelser samt smerter, og A har siden udviklet, hvad der betegnes som et kronisk smertesyndrom med vedvarende hovedpine, afbrudt nattesøvn, hukommelsesproblemer, og A har måttet opgive en række sociale aktiviteter. A har daglige klager over smerter i nakke, hoved, skuldre og ryg, og der er påvist indskrænket bevægelighed i nakken og muskulær ømhed. Forsikrings-selskabet har erkendt erstatningspligten, men har bestridt erstatningens størrelse, og A har derfor lagt sag an mod forsikrings-selskabet. (50E/E3-01667-2007)

I forbindelse med sagen fik Retslægerådet forelagt følgende spørgsmål:

”Spørgsmål A

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader A efter rådets opfattelse pådrog sig ved færdselsuheldet i 2002.

A har i overensstemmelse med konklusionen i speciallægeerklæringen af 11.11.03 formentlig pådraget sig en forvridning af halshvirvelsøjlen. Efterfølgende har A udviklet en kronisk smertetilstand (eller et whiplash-syndrom).

Spørgsmål B

Retslægerådet bedes oplyse, om de skader, A pådrog sig ved færdselsuheldet i 2002, har påført hende varige gener.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Gener efter forvridninger er sædvanligvis forbigående, men har i A's tilfælde formentlig givet anledning til muskelspænding og bevægeindskrænkning i halshvirvelsøjlen. Varigheden af en kronisk smertetilstand (whiplash syndrom) er udover nogle få år uvis.

Spørgsmål C

Retslægerådet bedes oplyse, om A's tilstand, som denne senest er beskrevet i det lægelige materiale i sagen, er forårsaget – helt eller delvist – af færdselsuheldet i 2002 og/eller af andre forhold

I det omfang Retslægerådet vurderer, at A's tilstand helt eller delvist er forårsaget af andre forhold end færdselsuheldet i 2002, bedes disse om muligt nærmere beskrevet.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar, herunder om muligt angive graden af sandsynlighed.

Forvridningen af halshvirvelsøjlen er forårsaget af færdselsuheldet i 2002. Årsagerne til kroniske smertetilstande (whiplash syndrom) er mange og komplekse, hvorfor det i A's tilfælde er vanskeligt at udtale sig om årsagen.

Spørgsmål D

Retslægerådet bedes oplyse om A's funktionsniveau, som dette senest er beskrevet i det lægelige materiale i sagen, kan føres tilbage til de varige gener, hun måtte være påført ved færdselsuheldet i 2002.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

A's svækkede funktionsniveau er muligvis betinget af den kroniske smertetilstand (whiplash syndrom). Denne tilstands relation til færdselsuheldet er som anført under spørgsmål C usikker.

Spørgsmål E

Er der efter Retslægerådets opfattelse holdpunkter, herunder objektive, for at fastslå, at A's gener udelukkende eller i det væsentligste kan henføres til færdselsuheldet i 2002.

Det bedes herunder oplyst, om det er sandsynligt, overvejende sandsynligt eller sikkert, at A's nuværende gener er opstået som følge af færdselsuheldet.

Retslægerådet bedes i tilknytning hertil oplyse, om der er årsagssammenhæng mellem færdselsuheldet i 2002 og de af skadelidte A's beskrevne gener og reducerede funktionsniveau, såfremt det lægges til grund, at der

har været tale om et lavenergitraume (ringe påkørselshastighed med ringe materielle skader), herunder der ikke har været tale om et traume af en styrke, som normalt forventes ved et whiplash syndrom.

Ved besvarelsen af dette spørgsmål bedes Retslægerådet tage hensyn til bilinspektions skønserklæring.

Fraset muskelspændinger med indskrænket bevægelighed i halshvirvelsøjlen er der ingen objektive lægelige tegn eller laboratorieundersøgelses svar, som kan henføre A's gener til færdselsuheldet. Dette udsagn er uafhængigt af, om A pådrog sig et lav- eller højenergitraume.

Spørgsmål F

Retslægerådet bedes oplyse, om der eksisterer data der belyser ved hvilken hastighedsændring (lavenergi- contra højenergitraumer ved påkørsel bagfra), der er risiko for at der opstår personskade på personer der befinder sig i det køretøj, der påkøres bagfra.

Det ønskes samtidigt oplyst om Retslægerådet ved sin bedømmelse af årsagssammenhæng mellem det færdselsuheld A var involveret i og de i dag beskrevne gener tillægger styrken af det traume A var udsat for betydning.

Generelt må det formodes, at whiplash traumets intensitet har betydning for det subjektive klagebillede, hvis klagerne skal tilskrives den fysiske påvirkning. Der foreligger imidlertid ikke undersøgelser, som på overbevisende måde demonstrerer en sådan sammenhæng.

Spørgsmål G

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 1

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke gener eller sygdomstilstande rådet mener, at rekvirenten har pådraget sig efter ulykken den 3. juli 2002?

Se svaret på spørgsmål A.

Spørgsmål 2

Retslægerådet bedes oplyse, om rekvirenten forud for ulykken har lidt af nogle af disse gener eller sygdomstilstande.

Der er i de foreliggende lægelige akter ingen oplysninger om nakke-, skulder-, hoved-, armgener, lydoverfølsomhed eller hukommelsesbesvær forud for færdselsuheldet.

Spørgsmål 3

Retslægerådet bedes oplyse, om rekvirenten har lidt af andre sygdomme forud for ulykken den 3. juli 2003 af betydning for rekvirentens nuværende lidelser?

Rekvirenten har ifølge de foreliggende lægelige akter ikke lidt af sygdomme, forud for ulykken, af betydning for den nuværende tilstand.

Spørgsmål 4

Retslægerådet bedes oplyse, om ulykken efter rådets opfattelse kan have medført den sygdomstilstand, som rekvirenten har i dag – altså om der er årsagssammenhæng mellem rekvirentens lidelser og ulykken.

Sammenhæng mellem rekvirentens nuværende tilstand og færdselsuheldet i 2002 er usikker.

Spørgsmål 5

Retslægerådet bedes oplyse om sagen i øvrigt giver anledning til bemærkninger.

Nej”.

Sagen blev efterfølgende på ny forelagt Retslægerådet med følgende supplerende spørgsmål:

”Spørgsmål H:

På baggrund af skønserklæringerne af 10. marts 2006 samt 22. november 2006 med dertilhørende CD-ROM samt på baggrund af fremsendt DVD fra ”SPRI of SD” bedes Retslægerådet oplyse, om materialet, herunder det på CD-Rommen og DVD en indeholdte materiale, giver Retslægerådet anledning til at ændre på nogen del af rådets besvarelse af spørgsmål A-G samt 1-5.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Oplysningerne om de materielle skaders omfang og de fysiske kropspåvirkninger tillader kun i begrænset omfang en udtalelse om en eventuel sammenhæng med en efterfølgende kronisk smertetilstand (whiplash-syndrom). De forelagte skønserklæringer, CD-rom og DVD, giver derfor ikke Retslægerådet anledning til at ændre sin besvarelse af spørgsmålene A-G og 1-5”.

Østre Landsret frifandt forsikrings-selskabet, idet landsretten ikke fandt tilstrækkeligt grundlag til at fastslå, at påkørslen i 2002 kunne have givet

anledning til gener af forbigående karakter, og at der derfor ikke kunne være tale om et varigt mén eller erstatning for erhvervsevnetab. Sagen blev efterfølgende anket af A til Højesteret, hvor der ikke var enighed blandt de 5 dommere, idet 3 dommere stemte for at stadfæste landsrettens dom, mens 2 dommere stemte for at følge A's påstand. I begrundelsen for at stadfæste dommen anførte flertallet, at de symptomer, som A havde udviklet, var uspecifikke og hyppigt forekommende i den almindelige befolkning, og at årsagerne til kroniske smertetilstande ofte er komplekse. Retslægerådet havde i svarene på spørgsmål C og D anført, at sammenhængen mellem nuværende tilstand og færdselsuheldet måtte anses for usikkert. Imod dette synspunkt udtalte mindretallet, at A havde udviklet en kronisk smertetilstand, at A tidligere havde været fuldstændig arbejdsdygtig og rask på uheldstidspunktet, men nu havde udviklet en kronisk smertetilstand eller såkaldt whiplash syndrom. Mindretallet mente ikke, at den usikkerhed, som Retslægerådet havde givet udtryk for i svaret på spørgsmål

C, kunne tages til indtægt for ikke at anerkende A's påstand om årsagssammenhæng.

Kommentar

Retslægerådet bliver ofte anmodet om at anføre graden af sandsynlighed mellem en specifik traumatisk begivenhed og efterfølgende symptomer – i denne sag påkørsel bagfra og opståelse af efterfølgende smerter i bevægeapparatet m.v.. Det er ofte forbundet med usikkerhed at fastslå en sådan årsagssammenhæng, og det fremgår sædvanligvis også af de svar, som Retslægerådet afgiver. Der er i disse tilfælde tale om et lægefagligt skøn, som baserer sig på det forhold, at kroniske smertetilstande er multifaktorielt betingede, og det kan i en række tilfælde være vanskeligt at fastslå en entydig årsagssammenhæng mellem en specifik begivenhed og de efterfølgende symptomer.

Sagen illustrerer også, at den usikkerhed, som Retslægerådet har givet udtryk for i sit svar, også afspejler sig i domstolenes præmisser ved sagens afgørelse.

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

Det kan undertiden være usikkert om en sag vedrører enkeltpersoners retsforhold, og dermed er omfattet af Retslægerådets kompetence. Hertil kommer, at Højesteret tidligere har præciseret, at udfaldet af sagen skal have en umiddelbar betydning for enkeltpersoners retsforhold. I nærværende sag havde et anpartsselskab anlagt sag mod et forsikringselskab vedrørende erstatning, da NN var arbejdsudygtig i en periode efter et uheld i forbindelse med skiløb. Usikkerheden bestod i, at NN var eneanpartshaver og eneste praktiserende kiropraktor i selskabet. Retslægerådet afviste at behandle sagen. Byretten nåede imidlertid frem til, at sagen havde umiddelbar betydning for NN og pålagde Retslægerådet at afgive udtalelse. Retslægerådet påkærede afgørelsen. Østre Landsret var enig med rådet og fandt, at der var tale om en sag mellem to selskaber, og selvom NN var den eneste, der havde en økonomisk interesse i udfaldet, var der tale om, at udfaldet af retssagen havde en afledt og ikke en umiddelbar betydning for NNs retsforhold. (J.nr. 50E/E3-03882-2010)

Den omhandlede sag blev i første omgang forelagt Retslægerådet ved fremsendelsesskrivelse af 16. februar 2010 vedlagt rettens godkendelse og med anmodning om at besvare det af retten godkendte spørgetema.

Retslægerådet fandt imidlertid ikke umiddelbart grundlag for at besvare spørgetemaet på det foreliggende grundlag og anførte følgende begrundelse herfor i skrivelse af 23. februar 2010:

”Ved skrivelse af 16. februar 2010 har De på baggrund af retsbogen af 11. januar 2010 fra byretten forelagt ovennævnte sag for Retslægerådet.

I den forbindelse meddeles det herved, at det fremgår af § 1 i Lov om Retslægerådet, at det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Da parterne i nærværende sag er to selskaber, og da det ikke umiddelbart klart fremgår, at sagen har betydning for enkeltpersoners retsforhold, må Retslægerådet som udgangspunkt afstå fra at fremkomme med en udtalelse i sagen.

Spørgsmålet om, hvilken begrænsning der ligger i begrebet ”sager om enkeltpersoners retsforhold”, har

været omtvistet. Østre Landsret har i en kendelse, optaget i Ugeskrift for Retsvæsen 2003, side 2469, taget stilling til spørgsmålet. I kendelsen er det anført, at udtrykket ”sager om enkeltpersoners retsforhold” er ensbetydende med, at den omhandlede sag skal have betydning for en part i sagen, der er en enkeltperson, eller i det mindste, at sagens udfald vil have betydning for retsforholdene for en enkeltperson, der ikke er part i sagen.

Højesteret har i en kendelse af 18. april 2006, gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 2006, s. 2068, truffet afgørelse i en lignende sag. Med afgørelsen stadfæstede Østre Landsrets kendelse af den 3. december 2004. Det blev i kendelsen blandt andet anført, at det forhold, at A (den enkeltperson, der tidligere havde været part i sagen) efter de foreliggende oplysninger ville kunne gøre krav på 500.000 kroner af forsikringssummen efter den i sagen omhandlede police, ikke medførte, at udfaldet af retssagen havde umiddelbar betydning for A's retsforhold.

Inden Retslægerådet tager endelig stilling til, om hvorvidt sagen er omfattet af Retslægerådets kompetence, skal rådet herved venligst anmode om rettens og parternes stillingtagen hertil inden 3 uger fra dato”.

Ved skrivelse af 12. marts 2010 meddelte byretten, at rådets skrivelse af 23. februar 2010 havde været forelagt parternes advokater, og at retten på den baggrund tilsluttede sig parternes

opfattelse af, at sagen omhandlede enkeltpersoners retsforhold.

Retslægerådet fastholdt imidlertid sin opfattelse af, at sagen ikke vedrørte enkeltpersoners retsforhold og efter skriftveksling mellem parterne, blev der den 23. september 2010 af byretten afsagt sålydende kendelse:

”Det fremgår, at retssagen er anlagt af KKR ApS mod C. Forsikring A/S og vedrører spørgsmålet om i hvilken periode, sagsøgeren har været berettiget til at oppebære erstatning, samt hvor stor en erstatning sagsøgeren i denne periode er berettiget til. Det afgørende herfor er på hvilket tidspunkt og i hvilket omfang NN, som er eneanpartshaver i sagsøgeren og eneste praktiserende kiropraktor i virksomheden, var i stand til at genoptage arbejdet efter et uheld i forbindelse med skiløb, hvor han beskadigede sit knæ.

Af policen for sagsøgerens sygedriftstabsforsikring (bilag 6) fremgår, at forsikringen omfatter NN og dækker driftstab som følge af sygdom eller ulykkestilfælde. Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringstageren er sagsøgeren, men forsikrede er den person, på hvis helbred forsikringen er tegnet, dvs. NN.

Parterne har været enige om sagens forelæggelse for Retslægerådet og har udarbejdet et fælles spørgetema, som med rettens tilladelse blev sendt til Retslægerådet.

Ved skrivelse af 14. april 2010 fandt Retslægerådet ikke at kunne behandle den forelagte sag, idet rådet blandt andet udtalte:

”.....

Retslægerådet skal i den anledning oplyse, at rådet fortsat er af den opfattelse, at sagen falder uden for rådets forretningsområde, som det er fastlagt i lov om Retslægerådet, § 1. Dette skyldes, at dommens resultat i juridisk forstand kun ”umiddelbart” får betydning for de to selskaber. At en ”enkeltperson” via sit ejerskab (her 100 %) har et aktiv, hvis værdi vil være afhængig af sagens udfald, kan ikke have betydning for vurderingen af dette. Det har alene som indirekte (i modsætning til ”umiddelbar”) virkning, at sagens udfald har betydning for enkeltpersonen, forudsat denne ved den endelige domsafsigelse fortsat ejer anparterne i selskabet. Ethvert selskabs deltagelse/inddragelse i en retssag vil som udgangspunkt have betydning for ejerne (inklusive ”enkeltpersoner”) af selskabet, uanset om de ejer 1, 10 eller 100 % af selskabet, men dette forhold kan ikke i sig selv være afgørende for vurderingen, da dette reelt vil betyde, at der ikke er nogen begrænsning for rådets kompetence i relation til selskaber i formuleringen ”sager om enkeltpersoners retsforhold”, jf. lov om Retslægerådet, § 1.

Denne opfattelse støttes efter Retslægerådets opfattelse i formuleringen i den af Højesteret stadfæstede landsretskendelse, jf. U 2006. 2068: ”Det forhold, at A efter appellants oplysninger vil

kunne gøre krav på 500.000 kr. af forsikringssummen efter den i sagen omhandlede police, medfører imidlertid ikke, at udfaldet af retssagen har umiddelbar betydning for A’s retsforhold”.

Det forhold, at nærværende sags spørgsmål vedrører en enkeltpersons (NNs) helbredsmæssige forhold, ændrer ikke ved foranstående. At de stillede spørgsmål skal vedrøre en persons helbredsmæssige forhold fremgår allerede af, at det er Retslægerådets opgave at ”afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn”, jf. lov om Retslægerådet, § 1. Det bemærkes, at de stillede spørgsmål i den i U 2006.2068 nævnte sag også vedrørte en ”enkeltperson”. Dette forhold ændrede ikke ved, at Retslægerådet ikke skulle behandle sagen.

.....”

Efter fremkommelsen af sagsøgt processkrift afgav Retslægerådet en supplerende udtalelse, hvoraf fremgår:

”.....skal Retslægerådet herved meddele, at Retslægerådet ikke har afvist at behandle den omhandlede sag alene med den begrundelse, at en ”enkeltperson” ikke optræder som sagsøger eller sagsøgt i sagen.

Retslægerådet har i skrivelse af 23. februar 2010 blandt andet anført: ”Da parterne i nærværende sag er to selskaber, og da det ikke umiddelbart klart fremgår, at sagen har betydning for enkeltpersoners retsforhold, må Retslægerådet som udgangspunkt afstå

fra at fremkomme med en udtalelse i sagen”, hvilket ligeledes fremgår af indledningen i rådets skrivelse af 14. april 2010.
....”

Byrettens kendelse:

NN er eneanpartshaver og eneste praktiserende kiropraktor i sagsøgeren. Der er i denne sag således en høj grad af identifikation mellem sagsøgeren og NN. Udbetaling af erstatning i denne sag er alene afhængig af NNs begrænsning i erhvervsevnen, og erstatningen vil i givet fald alene komme NN til gavn. Som følge heraf vil sagens udfald have umiddelbar betydning – være bestemmende – for NN som enkeltperson og dermed være omfattet af ordlyden ”enkeltpersoners retsforhold”, jf. § 1, i lov om retslægerådet, jf. § 10 i den oprindelige lov om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse, ”... som ere bestemmende for enkelte Personers Retsforhold.”, hvorfor bestemmes:

Det pålægges Retslægerådet at afgive udtalelse i sagen”.

Retslægerådet kærede byrettens afgørelse til Østre Landsret og nedlagde påstand om, at Retslægerådet ikke tilpligtes at afgive udtalelse i sagen, idet rådet fortsat var af den opfattelse, at sagen faldt uden for rådets forretningsområde, som det er fastlagt i § 1 i lov om Retslægerådet.

Østre Landsret afsagde den 22. december 2010 sålydende kendelse:

”Sagen vedrører retsforholdet mellem KKR ApS og C. Forsikring A/S. Selv om NN er eneanpartshaver i KKR ApS og er den eneste person, som har en – afledet – økonomisk interesse i sagen, betyder dette ikke, at udfaldet af retssagen har umiddelbar betydning for NNs retsforhold, jf. herved Højesterets kendelse i U 2006.2068 H.

Landsretten finder derfor ikke grundlag for at pålægge Retslægerådet at afgive udtalelse i sagen, hvorfor bestemmes:

Det pålægges ikke Retslægerådet at afgive udtalelse i sagen”.

Kommentar:

Østre Landsret har med afgørelsen stadfæstet den praksis, Retslægerådet har fulgt i en lang årrække og som senest blev stadfæstet ved Højesterets kendelse i U 2006.2068 H, som landsretten også fandt grundlag for at henvise til i nærværende sag.

Retslægerådet vil således også fremover - uanset parterne er enige om, at sagen vedrører enkeltpersoners retsforhold – følge denne praksis således, at udtrykket ”sager om enkeltpersoners retsforhold” er ensbetydende med, at den pågældende sag skal have betydning for en part i sagen, der er enkeltperson, eller i det mindste, at sagens udfald vil have umiddelbar – og ikke en afledet – betydning for retsforholdet for en enkeltperson, der ikke er part i sagen. Det bemærkes i den forbindelse, at Retslægerådet i tilfælde af, at retten stiller spørgsmål til Retslægerådet i

forbindelse med en verserende sag, hvor en enkeltperson ikke er part i sagen, som udgangspunkt ikke umiddelbart på baggrund af de fremsendte sagsakter selv har mulighed for at tage stilling til, om sagen i øvrigt vil kunne få umiddelbar betydning for enkeltpersoners retsforhold. Retslægerådet vil i en sådan situation fremover meddele retten, og dermed sagens parter, en frist til nærmere at redegøre herfor, således som det også er sket i nærværende sag, medmindre rådet umiddelbart ved modtagelsen af sagen kan konstatere, at sagen ikke har umiddelbar betyd-

ning for enkeltpersons retsforhold, idet dette vil medføre, at sagen vil blive returneret umiddelbart til den hørende myndighed. Det vil herefter være den forelæggende myndighed/sagens parter advokater, der eventuelt overfor Retslægerådet kan påpege forhold, der dokumenterer en umiddelbar betydning for en enkeltpersons retsforhold, hvorefter Retslægerådet på ny vil tage stilling til, om betingelserne i § 1 i Lov om Retslægerådet er opfyldt på det tidspunkt, hvor sagen forelægges til udtalelse.

Bevarelse af autorisation som læge trods manglende overholdelse af påbud

En speciallæge i ortopædisk kirurgi blev i 2004 af Sundhedsstyrelsen påbudt at føre journal over sin faglige virksomhed i overensstemmelse med gældende regler, forud for operationer at få en attesteret godkendelse af indikation og metoder fra klinikkens leder og løbende at afrapportere ved indsendelse af journaler til embedslægen. Baggrunden var, at der ved to lejligheder var udtalt en alvorlig kritik af hans operative behandling fra Patientklagenævnet. Retslægerådet blev hørt i den ene af sagerne og tilsluttede sig kritikken. Speciallægen accepterede påbuddet ved et møde i Sundhedsstyrelsen, men overholdt ikke de aftalte kontrolforanstaltninger. Sundhedsstyrelsen anmodede herefter i medfør af den dagældende bestemmelse i centralstyrelseslovens § 6, stk. 2, Retslægerådet om en udtalelse, og rådet svarede, at manglende overholdelse af de givne påbud ville kunne indebære fare for patienter og henviste til den konkrete vurdering, rådet havde foretaget i den ene af de to klagesager. Efter en høring af speciallægen indstillede Sundhedsstyrelsen til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at speciallægen blev frataget autorisation til at udøve al lægelig virksomhed. Ministeriet fik ikke medhold ved landsretten, der frifandt speciallægen. Også ved behandlingen i landsretten blev der stillet spørgsmål til Retslægerådet. Højesteret fandt efterfølgende, at påbuddet var at anse som et lempeligere alternativ til en delvis indskrænkning af speciallægens virksomhedsområde, at Retslægerådets erklæring i sagen ikke omfattede det efterfølgende journalmateriale, som indgik i myndighedernes vurdering, og at en tilsidesættelse af påbuddet derfor ikke kunne føre til, at speciallægen blev frataget retten til at udøve al lægegerning. Højesteret stadfæstede således landsrettens dom (dissens 3/2). (j.nr. E 11889)

Retslægerådet har udtalt sig flere gange vedrørende speciallæge O.

I forbindelse med Patientklagenævnets behandling 2001- 2003 af en klage fra en patient, der mente sig forkert opereret af speciallægen, besvarede Retslægerådet 09.07.02 et spørgetema med følgende 6 spørgsmål.

”Spørgsmål 1:

Var det en fejl, at speciallæge O den 1. februar 2001 fandt indikation for at tilbyde NN behandling i form af laminectomi på venstre L4/L5 niveau?

Patienten fik den 01.02.01 foretaget laminectomi i lænden L4. I forløbet ligger forud en gennemgang af to uafhængige speciallæger, som ikke beskriver forandringer, der kan afhjælpes med laminectomi. Billeddiagnostik forud for indgrebet viser ikke forandringer, der normalt kan afhjælpes med det pågældende indgreb. Operatøren har ikke foretaget en objektiv gennemgang, der berettiger indikationsstillingen, og ud fra de symptomangivelser og objektive fund, der er angivet af de ovenfor

angivne speciallæger, findes indgrebet ikke indiceret. Retslægerådet finder derfor ikke, at der var indikation for at tilbyde NN det pågældende indgreb.

Spørgsmål 2:

Var det en fejl, at speciallæge O den 1. februar 2001 fandt indikation for at tilbyde NN denervation affacetled bilateralt på TH 10 til L2 niveau?

Facetledsdenervation er vidtgående forladt, og kan ikke anses for en standard behandlingsform. De af patienten angivne gener forud for indgrebet var smerter i højre femur gående op i hofte, ubehagelig fornemmelse i venstre ben og strammende fornemmelser samt styringsbesvær. Der var ikke sikre objektive forandringer. På baggrund af dette finder Retslægerådet det ikke dokumenteret, at der var indikation for operation på T10-L2 niveau, og finder samlet ikke, at indgrebet var berettiget.

Spørgsmål 3:

Var det en fejl, at speciallæge O den 1. februar 2001 fandt indikation for at tilbyde NN en decompression af nervus cutaneus interthoracalis bilateralt?

Dekompression af de nævnte nerver er ikke en internationalt accepteret lægefaglig behandlingsform af uspecifikke smertetilstande som her angivet. Der findes ikke ud fra beskrivelser af patientens symptomer og fund, angivet af to uafhængige speciallæger forud for indgrebet, forandringer, som ifølge Retslægerådets opfattelse kan afgive indikation for det pågældende indgreb. Retslægerådet anser det derfor ikke

for lægefagligt korrekt at tilbyde det pågældende indgreb.

Spørgsmål 4:

Er indgrebene anført under punkt 2 og 3 anerkendte behandlingsmetoder?

Se svar på spørgsmål 2 og 3.

Spørgsmål 5:

Blev operationen den 1. februar 2001 udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt standard?

Indgrebet er ikke ud fra de givne oplysninger velindiceret. Operationsbeskrivelsen er ufyldstgørende, og det er derfor vanskeligt at bedømme den tekniske standard af indgrebet. Retslægerådet skønner imidlertid ikke, at indgrebet, som det fremstår beskrevet, lever op til nutidig lægefaglig teknisk proceduremæssig standard.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej, idet det skal præciseres, at spørgsmålene 1, 2 og 3 besvares bekræftende”.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere O for hans behandling af NN jf. lægelovens § 6. Nævnet fandt, at speciallæge O ikke havde levet op til normen for almindeligt anerkendt faglig standard ved sin behandling af NN påklinikken den 1. februar 2001.

I november 2004 fremsendte Sundhedsstyrelsen en anmodning om en

udtalelse fra Retslægerådet i anledning af en autorisationssag mod O under henvisning til den dagældende lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, § 6, stk.2. Da rådet ikke fandt det klart, hvad der ønskedes en udtalelse om, anmodede rådet om en konkretisering af, hvilke lægelige forhold Sundhedsstyrelsen ønskede, at Retslægerådet skulle vurdere og udtale sig om. Sundhedsstyrelsen fremsendte herefter et præciseret spørgetema den 13.12.04, og Retslægerådet besvarede spørgetemaet ved rådets udtalelse af 28.01.05 som følger:

”Med tilbagesendelse af sagen vedrørende O, skal Retslægerådet udtale, at det forhold, at speciallægen ikke har overholdt de af Sundhedsstyrelsen givne påbud, vil kunne indebære en fare for patienter, jf. herved blandt andet rådets udtalelse af 09.07.02 til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i en sag vedrørende NN”.

Efter en høring af speciallæge O indstillede Sundhedsstyrelsen 11.05.05 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at speciallæge O blev frataget sin autorisation som læge, fordi han ikke havde overholdt Sundhedsstyrelsens påbud. Man henviste her til embedslægens redegørelse og til Retslægerådets udtalelse nævnt ovenfor. Ministeriet bad derefter Kammeradvokaten om at indlede sag ved landsretten om fratagelse af O's autorisation i medfør af den dagældende bestemmelse i Centralstyrelseslovens § 5a, stk. 5, jf. § 6, stk.3.

Under sagens behandling i Vestre Landsret blev der stillet Retslægerådet en række spørgsmål fra Kammeradvokaten (spørgsmål A-C) og fra O's advokat (spørgsmål 1-4 med mange underspørgsmål). Retslægerådet fandt anledning til nogle præciserende bemærkninger og svarede 14.03.08 således:

”Indledningsvist skal anføres, at Retslægerådet har forstået sagen således: På baggrund af to afgørelser i Patientklagenævnet (17.03.03 og 11.12.01), hvoraf førstnævnte sag havde været forelagt Retslægerådet (E-11899, NN, udtalelse af 09.07.02) fandt Sundhedsstyrelsen det nødvendigt at udstede påbud til speciallæge O, fordi der var udtalt alvorlig kritik. Sundhedsstyrelsens påbud blev meddelt 20.01.04 og indebar, at speciallæge O skulle føre ordnet journal, og at operationsindikationer (begrundelse for operationer) altid skulle konfereres med en anden speciallæge forud for et operativt indgreb. Denne anden speciallæge skulle med sin underskrift tilkendegive, at han var enig i indikation og fremgangsmåde. Desuden skulle der efterfølgende indsendes redegørelser til embedslægen efter operation. Retslægerådet har forstået, at speciallæge O ikke har overholdt påbuddet, og at Sundhedsstyrelsen herefter på denne baggrund har taget skridt til at begrænse eller inddrage speciallæge O's autorisation. Som krævet i lovgivningen blev dette meddelt Retslægerådet med anmodning om en udtalelse.

Retslægerådets rolle i sager om inddragelse af autorisation på grund af manglende overholdelse af påbud er mindre klar. Sædvanligvis meddeler rådet i sit svar en generel forståelse for, at manglende overholdelse af påbud har konsekvenser, når der ikke er fremsendt sagsakter med konkrete spørgsmål. I den foreliggende sag havde Retslægerådet imidlertid tidligere taget stilling til speciallæge O's operationsmetoder i forbindelse med sagen E-11899. Som det fremgår, fandt Retslægerådet, at såvel operationsindikation som de anvendte operationsmetoder var fejlagtige. Denne alvorlige kritik er baggrund for rådets stillingtagen. Efter disse indledende bemærkninger skal rådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål A:

Retslægerådet anmodes om at uddybe besvarelsen af 28.01.05 (bilag 16) og herunder at oplyse, om den skal forstås således, at der primært henvises til Sundhedsstyrelsens påbud af 20. januar 2004 (bilag 10), hvor det er påbudt sagsøgte at føre ordnede optegnelser i henhold til gældende regler herfor, herunder at foretage beskrivelse af indikationen for det påtænkte indgreb, gennemgå eventuel foreliggende billeddiagnostisk materiale og beskrive den planlagte teknik/fremgangsmåde ved operationen, og at henvisningen til rådets udtalelse af 09. juli 2002 således er sekundær.

Sundhedsstyrelsens påbud har, efter Retslægerådets opfattelse, været begrundet i hensyn til patienters sikkerhed, jævnfør det ovenfor anførte.

Spørgsmål B:

Såfremt spørgsmål A besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet ligeledes om at meddele, om det uændret er Retslægerådets opfattelse, at overtrædelse af det meddelte påbud vil kunne indebære en fare for patienter.

Spørgsmålet er vanskeligt at besvare, når indholdet af speciallæge O's fremtidige faglige virksomhed ikke er beskrevet. Hvis virksomheden fortsætter uændret fra tidligere, er svaret bekræftende.

Spørgsmål C:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 1:

Det fremgår af Retslægerådets udtalelse af 28.01.05 jf. sagens bilag 16 at Retslægerådet vurderer, at sagsøgte manglende overholdelse af det af Sundhedsstyrelsens afgivne påbud af 20.01.04 jf. bilag 10, vil kunne indebære fare for patienter.

Retslægerådet henviser blandt andet til Retslægerådets udtalelse af 09.07.2002 (rådets E 11889) til Sundhedsstyrelsens Patientankenævns i en sag NN.

Retslægerådet bedes konkret angive og oplyse om vurderingen alene er foretaget med baggrund i sagen vedrørende rådets udtalelse af 09.07.2002 vedrørende behandlingen af NN eller om der foreligger andre lægefaglige forhold eller forhold i øvrigt der ligger til grund for Retslægerådets vurdering.

I bekræftende fald at der foreligger andre sager/lægelige forhold end sagen vedrørende NN der ligger til grund for Retslægerådets vurdering af 28.01.05, bedes Retslægerådet angive hvilke sager der i så fald er tale om.

Der henvises til det indledningsvist anførte og til svaret på spørgsmål A.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes nærmere beskrive og redegøre for på hvilke konkrete punkter med henvisning til den/de relevante sager der begrundes, at sagsøgte manglende overholdelse af det af Sundhedsstyrelsen givne påbud vil kunne indebære en fare på patienter.

Der henvises til det indledningsvist anførte.

Spørgsmål 3:

Såfremt det er Retslægerådets opfattelse at Retslægerådets besvarelse af 28.01.2005 enten alene, i det væsentlige eller også bygger på Retslægerådets udtalelse af 09.07.2002 bedes Retslægerådet besvare følgende spørgsmål vedrørende Retslægerådets udtalelse af 09.07.2002.

Ad spørgsmål 3.1.a)

Retslægerådet bedes oplyse og beskrive hvilke objektive og subjektive fund der skal foreligge hos en patient for at et operativt indgreb i form af laminectomi på venstre L4/L5 niveau antages at være indiceret.

Spørgsmålet har en almen karakter, og der henvises til lægefaglig litteratur om emnet. Der kan dog svares, at indgrebet kun bør foretages ved tegn på nerve-

indeklemning af 5. nerverod i venstre ben, med radikulære udfald, det vil sige pareser, sensoriske udfald eller smerter svarende til rodens forløb. Smerter i ryg er ikke en indikation/begrundelse.

Ad spørgsmål 3.2.a)

Det fremgår af Retslægerådets bevarelse af spørgsmål 2 at facetledsdenervering er vidtgående forladt, og kan ikke anses for standard behandlingsform.

Ad spørgsmål 3.2.b)

Retslægerådet bedes oplyse årsagen til at facetledsdenervering vidtgående er forladt, herunder om dette skyldes manglende erfaring i anvendelsen eller metoden har vist sig at være uvirksom.

Ad spørgsmål 3.2.a og 3.2.b:

Det er Retslægerådet bekendt, at facetledsdenervering blev forsøgt som behandling af lændesmerter på Neurokirurgisk afdeling Rigshospitalet for 20-30 år siden, men at man opgav denne behandling, formentlig på grund af utilfredsstillende effekt.

Ad spørgsmål 3.2.c)

Retslægerådet bedes beskrive hvorledes metoden foretages samt oplyse hvor ofte og i hvilke tilfælde man stadig anvender facetledsdenervering, herunder om metoden Retslægerådet bekendt anvendes internationalt.

I den aktuelle sag er det ikke nærmere beskrevet, hvorledes denervationen er foretaget, bortset fra, at det er sket ved åben kirurgi, altså ved at facetledene er frilagt, således at man kunne se dem, og at der derefter er skrabet på

dem med et skarpt instrument. Denne metode må betegnes som usædvanlig og belastende for patienten. Den metode, som ellers beskrives, indebærer en koagulation af nerverne til facetteleddet gennem en probe eller kanyle, som indføres røntgenvejledt. Denne metode anvendes fortsat på nogle klinikker flere steder i verden, men kan ikke betegnes som en fremtrædende behandling af lændesmerter. Anvendelsen af metoden forudsætter en omhyggelig vurdering af den enkelte patients chancer for et godt resultat, specielt en blokering af nerverne med lokalbedøvelse, som skal have effekt, hvis denervationen skal foretages.

Ad spørgsmål 3.2.d)

Det fremgår af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn jf. bilag 4 side 3.1 fremgår at TH 10-12 blev overskåret med skarp rougine (facetledsdenervation) bedes Retslægerådet oplyse om der ved facetledsdenervation foretages overskæring eller afskrabning af nerver.

Hensigten med indgrebet har været at destruere de nerver, som forsyner facetteleddene ved at skrabe på disse. Der er ingen mulighed for at kontrollere, om det er lykkedes.

Ad spørgsmål 3.2.e)

Det fremgår i sagen at NN i 1999 blev opereret for discusprolaps. Retslægerådet bedes oplyse om en uhelbredt discusprolaps i ryg kan medføre eller har været medvirkende årsag til eller fremskynde facetteleds syndrom.

Facetteledssyndrom er ikke nogen velbeskrevet entydig diagnose med klar

sygdomsbeskrivelse eller patogenetisk årsag. En prolaps kan ikke forårsage en facetteledelse, men sygdom i diskus og facetteleddene kan være en del af samme degenerative lidelse i lænden. Retslægerådet skal bemærke, at der ikke forelå en uhelbredt discusprolaps.

Ad spørgsmål 3.2.f)

Retslægerådet bedes oplyse og beskrive hvilke forhold – objektive og subjektive fund - der skal foreligge hos en patient for at det antages at der er indikation for operative indgreb i form af facetledsdenervation.

Der er ikke, efter de voterendes skøn, klare indikationer for dette indgreb. De klinikker, som beskæftiger sig med facetledsdenervation, behandler patienter med kroniske rygsmerter, som forsvinder ved blokade af facetteleddene.

Ad spørgsmål 3.3.a)

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 at dekompression af nervus cutaneus interthoracalis bilateralt ikke er en international accepteret lægefaglig behandling af uspecifikke smertetilstande.

Retslægerådet bedes oplyse og beskrive hvilke forhold -objektive og subjektive fund der skal foreligge hos en patient for at det antages at det er lægefaglig korrekt at tilbyde det pågældende indgreb.

Det pågældende indgreb er uhyre sjældent udført, og der ligger ikke faste og klare retningslinier for indikationsstilling. Det er teoretisk oplagt, at et indgreb mod en enkeltstående nerve i thoraxvæggen forudsætter en klinisk og gerne billeddiagnostisk dokumenteret påvisning af indeklemning af den

relevante nerve. Det skal bemærkes, at navnet ikke følger almindelig nomenklatur, men Retslægerådet har svaret ud fra den antagelse, at der er tale om en intercostalnerve.

Ad spørgsmål 5.a)

Retslægerådet bedes nærmere redegøre for og beskrive på hvilke punkter den af sagsøgte foretagne operationsbeskrivelse er ufyldstgørende.

Retslægerådet bedes oplyse hvor lang tid der går fra operative indgreb som foretaget af sagsøgte overfor NN den 01.02.2001 og indtil der kan opnås klarhed over resultatet af operationen.

Der foreligger ingen beskrivelse af patoanatomiske fund ved operationen eller nærmere beskrivelse af operationens forløb, endsige proceduren ved udførelsen. Spørgsmål af denne karakter kan kun besvares ved standardindgreb. Da den udførte operation er enestående, kan spørgsmålet ikke besvares.

Spørgsmål 4:

Såfremt det lægges til grund at sagsøgte afstår fra at udføre facetledsoperationer bedes Retslægerådet oplyse hvorvidt Retslægerådet fastholder sin vurdering af 28.01.2005 jf. bilag 16.

Retslægerådets konkrete kritik i sagen E 11889 vedrørte også andet end facetledsoperationer og rådet mener således, at et påbud som beskrevet er begrundet i hensyn til patientsikkerheden”.

Landsrettens afgørelse:

Landsretten lagde til grund, at Patientklagenævnet i to tilfælde berettiget havde udtalt kritik, og at Retslægerådet, der havde afgivet udtalelse til brug for sagen mod NN desuden efterfølgende havde udtalt, at der i denne sag var tale om en alvorlig kritik. Landsretten udtalte endvidere, at den fandt det godtgjort, at der var udvist alvorlig eller gentagen kritisabel adfærd. På den baggrund fandt landsretten, at betingelserne for at udstede det givne påbud var opfyldt.

Videre fandt landsretten det efter bevisførelsen godtgjort, at O fortsatte med at operere efter meddelelsen af påbuddet uden at efterleve vilkårene heri om kontrol med indikationsgrundlag og operationsmetode. Endvidere fandtes det godtgjort, at O's journalføring fortsat var mangelfuld, ligesom han undlod løbende at indsende journalmaterialet. Da Retslægerådet havde udtalt, at det ville kunne indebære en fare for patienter, hvis O uændret fortsatte med den virksomhed, der havde givet anledning til påbuddet, anså landsretten det for godtgjort, at det var påkrævet, at denne virksomhed blev bragt til ophør.

Landsretten anførte videre, at den dagældende bestemmelse i Centralstyrelseslovens § 5 a, stk. 5, hvorefter en sundhedsperson kan fratages autorisationen, hvis vedkommende ikke efterkommer et påbud efter stk. 3, 1. pkt., må imidlertid i overensstemmelse med det almindelige forvaltningsretlige proportionalitetsprincip forstås således, at der, hvis et påbud ikke efterleves, skal foretages en konkret vurdering af, om der er behov for en autorisations-

fratagelse, eller om en indskrænkning af virksomhedsområdet er tilstrækkelig for at opnå det ønskede resultat.

Landsretten fandt det ikke godtgjort, at det var nødvendigt at fratage O's autorisation som læge for at bringe den virksomhed, som påbuddet omfattede, til ophør. Det bemærkedes herved, at den omstændighed, at O undlod at efterkomme påbuddet, som alene indebar en delvis indskrænkning i hans virksomhed som læge, ikke i sig selv godtgjorde, at der var behov for, at han blev afskåret fra at udøve al lægegerning. Idet der i øvrigt ikke var fremkommet oplysninger, der godtgjorde nødvendigheden heraf, tog landsretten O's påstand om frifindelse overfor påstanden om frakendelse af al autorisation til følge.

Ministeriet blev dømt til at betale sagens omkostninger for landsretten med i alt 60.000 kr. til O.

Højesterets afgørelse og begrundelse:

Højesteret stadfæstede landsrettens dom, dog med dissens fra to ud af fem dommere.

Tre af Højesterets dommere lagde blandt andet til grund, at Sundhedsstyrelsen som følge af de to afgørelser fra Patientklagenævnet overvejede at foretage en indskrænkning af O's virksomhedsområde i medfør af den dagældende bestemmelse i § 5 a, stk. 3, 2. pkt. i loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse, men ikke at fratage O retten til at udøve al lægegerning. Styrelsen valgte imidlertid alene det lempeligere alternativ at udstede påbuddet af 20. januar 2004.

Den gennemgang af O's journaloptegnelser for tiden 20. januar 2004 til 15. juni 2006, som Sundhedsstyrelsen havde foretaget, var af 12. april 2007. Journaloptegnelserne og Sundhedsstyrelsens kritik heraf indgik således ikke i det materiale, som dannede grundlag for den erklæring af 28. januar 2005, som Retslægerådet havde afgivet til brug for fratagelsessagen i medfør af lovens § 6, stk. 2.

Efter flertallets opfattelse angik Retslægerådets bevarelse af spørgsmålene til brug for landsrettens behandling i det væsentlige betydningen af O's tilsidesættelse af påbuddene vedrørende hans udøvelse af operationsvirksomhed.

Henset hertil og i øvrigt af de grunde, der var anført af landsretten, tiltrådte flertallet, at der ikke som følge af O's tilsidesættelse af påbuddet af 20. januar 2004, der efter i det væsentlige må anses at angå kirurgiske indgreb og journalførelse i forbindelse hermed, var grundlag for at fratage ham retten til at udøve al lægegerning.

Mindretallet fandt blandt andet, at forelæggelsen for Retslægerådet havde omfattet hele sagen, herunder O's negligering af det meddelte påbud, og at sagen om autorisationsfratagelse nok så meget var begrundet i dette forhold. Da O ved sin vedholdende negligering af det meddelte påbud havde misligholdt den særlige status, der fulgte af hans autorisation som læge, og da forholdet samtidigt udgjorde en alvorlig hindring for tilsynsmyndighederne i deres arbejde med at varetage hensynet til patientsikkerheden, fandtes det be-

rettiget at fratage O retten til at udøve al lægegerning jf. den dagældende bestemmelse i loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 a, stk.5. Mindretallet stemte derfor for at tage Indenrigs- og Sundhedsministeriets påstand til følge.

Afgørelsen blev truffet efter stemmeflertallet, og ministeriet blev dømt til at betale sagens omkostninger for Højesteret med 20.000 kr. til O.

Kommentar:

En autoriseret sundhedsperson kan blandt andet fratages sin autorisation, såfremt den pågældende må antages at være til fare for andre mennesker på grund af udvist grov forsømmelighed ved udøvelsen af hvervet, ikke vil give de nødvendige oplysninger for vurderingen heraf eller ikke vil efterkomme påbud fra Sundhedsstyrelsen om at ændre den kritisable virksomhed. Påbud om ændringer kan fremkomme som led i en gensidig aftale mellem Sundhedsstyrelsen og sundhedspersonen. Finder Sundhedsstyrelsen, at autorisationen skal fratages eller virksomheden indskrænkes, afgiver Styrelsen en indstilling til Indenrigs- og sundhedsministeren om det. Forinden skal Sundhedsstyrelsen indhente en skriftlig erklæring fra Retslægerådet, og sundhedspersonen skal inden 14 dage erklære, om sagen ønskes afgjort ved dom, eller om den kan afgøres af ministeren. Hvis en sådan erklæring ikke fremkommer indbringes sagen for domstolene.

Retslægerådet skal således i disse sager - om muligt - udtale sig. Udtalelsen

må vedrøre, om sundhedspersonen i sin virksomhed har været til fare for patienterne. Rådet bør ikke udtale sig direkte om selve den juridiske afgørelse, da afgørelsen alene hviler hos domstolene. Dette er i overensstemmelse med, at Retslægerådet ikke udtaler sig direkte om beslutninger, der beror hos andre myndigheder, idet Rådets opgave alene er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Hertil kommer, at det ville være overordentligt uhensigtsmæssigt, hvis der i forløbet af den juridiske proces blev stillet nye spørgsmål til Retslægerådet, som allerede på et forudgående tidspunkt havde givet en mening til kende om autorisationsfratagelsen.

I autorisationssager henvender Sundhedsstyrelsen sig sædvanligvis til Retslægerådet med en kortfattet anmodning om en udtalelse. Hvis der med henvendelsen følger lægelige sagsakter, der gør det muligt for Retslægerådet at vurdere den faglige virksomhed, er rådet i overensstemmelse med sædvanlig praksis i stand til at afgive et lægevidenskabeligt skøn over eventuelle farer for patienterne jf. det ovenfor anførte. Retslægerådets rolle i sager om inddragelse af autorisation på grund af manglende overholdelse af påbud er dog ofte vanskelig at udfylde, som det også omtales i rådets indledende bemærkninger til spørgetemaet fra Vestre Landsret. Uklarheden fremkommer især ved, at Sundhedsstyrelsen ikke ledsager sin anmodning om en udtalelse med konkrete spørgsmål og ikke fremsender journaler eller andet materiale, der gør

det muligt at svare specifikt. I den beskrevne sag anmodede Retslægerrådet om en konkretisering, men i Styrelsens efterfølgende præcisering nævntes kun, at man ønskede vurderet om virksomheden var til fare for patienterne. Der var ingen ledsagende sagsakter fra den periode, hvor O havde ageret uden at overholde det, han havde aftalt med Sundhedsstyrelsen. Retslægerrådet havde dog som omtalt noget kendskab til O's operative virksomhed fra en tidligere periode, hvor rådet i forbindelse med en klagesag havde besvaret spørgsmål fra Patientklagenævnet. Rådet måtte således til dels basere sin besvarelse på forhold, der lå forud for det udstedte påbud.

Dette har utvivlsomt haft en stor betydning og har gjort sagsbehandlingen vanskeligere i alle led. Det fremgår, at domstolene tillægger Retslægerrådets erklæring stor vægt, og Højesteret fremhæver direkte, at ”den gennemgang af O's journaloptegnelser for tiden 20. januar 2004 til 15. juni 2006, som Sundhedsstyrelsen har foretaget, er af 12. april 2007. Journaloptegnelserne og Sundhedsstyrelsens kritik heraf indgår således ikke i det materiale, som danner grundlag for den erklæring af 28. januar 2005, som Retslægerrådet har afgivet til brug for fratagelsessagen i medfør af lovens § 6, stk. 2”. Videre udtrykkes,

at det er Højesterets opfattelse, at rådets udtalelser til brug for landsrettens behandling i det væsentlige vedrører O's operative virksomhed.

På den baggrund kan det næppe overraske, at domstolene ikke fandt det godtgjort, at det var nødvendigt at frakende O retten til at udøve alle former for lægegering for at bringe den virksomhed, som påbuddet omfattede, til ophør. Som sagen var anlagt, havde domstolene ikke mulighed for at træffe bestemmelse om en delvis virksomhedsindskrænkning, og O frifandtes i det hele. Forløbet illustrerer, at det havde været at foretrække at inddrage Retslægerrådet i vurderingen af det lægelige materiale, der var lagt til grund for Sundhedsstyrelsens indstilling.

Det bør derfor fremover overvejes, om det ikke findes mest hensigtsmæssigt at stille konkrete spørgsmål til Retslægerrådet i alle autorisationssager, også i sager, der alene vedrører spørgsmål om manglende overholdelse af påbud, og samtidigt at fremsende samtlige de lægelige akter, som er lagt til grund for myndighedens afgørelse.

Disse overvejelser er helt i tråd med kommentarerne i artiklen ”Ukonkrete spørgsmål til Retslægerrådet” s.7 ff. i denne årsberetning, og der henvises til den for en yderligere diskussion.

En sag om mulig lægefejl i forbindelse med operation

En 56 årig kvinde blev i juli 2007 opereret for et bugvægsbrok med laparoskopisk teknik (kikkertoperation). Operationen forløb glat ligesom den første periode efter operationen. 1½ måned senere blev hun indlagt igen på grund af smerter nedadtil i maven. Sygdomsbilledet blev tolket som blærebetændelse og relevant behandling startet. På grund af vedvarende smerter blev hun genindlagt 1 uge senere, og da en CT-scanning viste luft i bughulen, blev hun opereret akut. Det viste sig, at der var gået hul på tyktarmen to steder med deraf følgende svær bughindebetændelse. Det meste af tyktarmen blev fjernet (subtotal kolektomi), og tarmen blev lagt frem som stomi. Det efterfølgende forløb var kompliceret med blodforgiftning (sepsis), og hun måtte gennemgå adskillige operationer før betændelsen var nedkæmpet og sårene helede. På opfordring af de behandlende læger blev sagen indbragt for Patientforsikringen, der afviste, at kvinden var berettiget til erstatning ifølge loven. Denne afgørelse blev anket til Patientskadeankenævnet, der tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. (j.nr. 50E/E1-04063-2010). Sagen er ikke afgjort ved domstolene.

I forbindelse med en efterfølgende sag anlagt mod Patientskadeankenævnet blev der stillet følgende 5 spørgsmål til Retslægerådet:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om operationen af sagsøger den 3. juli 2007 blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Operationen 03.07.07 blev udført i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer. Der blev anvendt korrekt teknik til etablering af pneumoperitoneum og anlæggelse af operationsporte. Brokket blev korrekt frilagt, og anlæggelse af net er udført korrekt.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det efterfølgende behandlingsforløb, herunder i forbindelse med undersøgelserne på Regionshospitalet Randers den 13. august 2007 og 19.-21. august 2007 er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer.

Retslægerådet bedes herunder oplyse, hvorvidt der på baggrund af disse undersøgelser samt sagsøgers klager var indikation for at iværksætte behandling og/eller eventuelt yderligere undersøgelser på et tidligere tidspunkt end ved det operative indgreb den 21. august 2007, og i givet fald beskrive hvilke.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ved indlæggelserne 13.08.07 og 19.08.07 – 21.08.07 blev sagsøger un-

dersøgt og behandlet efter almindeligt anerkendte retningslinjer. 13.08.07 var der ikke tegn til alvorlig komplikation. Sygdomsbilledet kunne forklares ud fra en blærebetændelse. Væsentligste oplysning er, at der ikke var tegn til irritation af bughinden (peritoneal reaktion). 19.08.07 blev der foretaget CT-scanning af abdomen. Denne viste ikke tegn til alvorlig komplikation, men kun svær forstoppelse. Der blev iværksat relevant behandling af dette.

Spørgsmål 3:

Er sagsøgerens tarmperforation en følge af:

- *Operationen den 3. juli 2007*
- *Behandlingsforløbet efter operationen den 3. juli 2007*
- *Svær obstipation i forbindelse med divertikel-sygdom i tarmen*
- *Spontanskade*
- *Andre forhold*

Retslægerådet bedes angive graden af sandsynlighed (om muligt angivet i procent).

Retslægerådet bedes begrunde svaret. Hvis der er tvivl om årsagssammenhængen, bedes Retslægerådet forklare og begrunde, hvori denne tvivl består.

Det er helt usandsynligt, at tarmperforationerne var en følge af operationen 03.07.07. Hvis tarmen var blevet beskadiget ved operationen, ville der have været to muligheder: 1. Umiddelbar perforation med deraf følgende bughindebetændelse. Dette ville have givet symptomer inden for det første døgn efter operationen. 2. Tildækket perforation. Dette ville enten ingen

symptomer have givet eller ville have resulteret i abscesdannelse (byld). Symptomer fra denne ville have vist sig inden for den første uge. I dette tilfælde gik der 48 dage fra den laparoskopiske operation, til der opstod perforation af tarmen. Der var ikke tegn til absces ved operationen 21.08.07, hvor tarmperforationen blev påvist.

Det faktum, at tarmen var perforeret to forskellige steder, taler også imod, at der var tale om læsioner opstået i forbindelse med den primære operation 03.07.07. Tarmperforationerne er således opstået af årsag, som ikke er relateret til operationen 03.07.07. Det må anses for mest sandsynligt, at perforationerne opstod som følge af svær obstipation, muligvis i forbindelse med divertikelsygdom. En anden mulig forklaring er, at der er opstået iskæmi (dårlig blodforsyning) af colon (tyktarmen) og deraf følgende perforationer.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt sagsøgers sygdomsforløb efter henholdsvis operationen den 3. juli 2007 og operationen den 21. august 2007 har været sædvanlige.

Retslægerådet bedes herunder oplyse, hvorvidt en sygdom af de pågældende arter, henholdsvis bugvægssvækelse og tarmperforation, samt operationerne herfor indebærer en risiko for, at patienten får de følger, sagsøger har fået blandt andet i form fjernelse af tyktarm og af permanent stomi. Retslægerådet bedes om muligt angive, hvor ofte disse følger indtræder.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Forløbene efter begge operationer har ikke været usædvanlige. De to forløb må opfattes som værende uafhængige af hinanden. Perforation af tyktarmen og deraf følgende svær bughindebetændelse er en tilstand, som er forbundet med stor dødelighed (cirka 20 %). De patienter, som overlever, vil altid få en stomi. Hos langt de fleste (>90 %), hvor det meste af tyktarmen er fjernet, vil stomien være permanent (blivende).

Spørgsmål 5:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej”.

Kommentar:

Der ydes erstatning i henhold til Patientforsikringen, hvis en skade med overvejende sandsynlighed er indtrådt som en komplikation til undersøgelse eller behandling, og komplikationen er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.

Det centrale element i den konkrete sag var, om tarmperforationen var en følge af brokoperationen. Lægerne fra den afdeling, der behandlede brokret, havde foreslået, at man gav dem skylden for forløbet. Retslægerådet var enig med både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet i, at der ikke var tale om en komplikation til den laparoskopiske brokoperation. Den blev foretaget 48 dage før tyktarmsperforationen indtrådte, som derfor måtte opfattes som en selvstændig sygdom.

Læger skal på opfordring kunne rådgive om mulige klageveje mv. Klagesager

kan imidlertid være meget belastende, og vil ofte fastholde de involverede i et langt forløb, der i sig selv kan forværre tilstanden. Det må derfor vurderes i den aktuelle sammenhæng, om lægen skal tage initiativ og af egen drift opfordre en patient til at klage.

Den lægelige rådgivning må under alle omstændigheder være professionel og uhildet. Man kan ikke lade sit gode hjerte løbe af med sig og mod bedre vidende postulere eller attestere sammenhænge eller sygdomme, der ikke eksisterer for at skaffe økonomisk erstatning. Dette ville i givet fald kunne indebære en konflikt med både autorisationsloven (§ 17 m.fl.) og straffeloven (§ 163 m.fl.).

Den lægelige rådgivning i denne sag er ikke nærmere efterforsket ifølge sagsakterne. Man må tro, at der alene er tale om en uprofessionel indsats, hvor man af et rent hjerte har troet på en mulig sammenhæng mellem brokoperationen og de senere tyktarmslidelser og formentlig derfor har foreslået patienten at klage.

Fra den 1. januar 2011 er der med oprettelsen af Patientombuddet skabt en ny samlet adgang for patienter, som ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen. Patientombuddet behandler også klager over tilsidesættelse af patientrettigheder og klager over Patientforsikringens afgørelser om erstatning.

Med etableringen af Patientombuddet styrkes patienternes retsstilling med

en udvidet og lettere klageadgang og en øget læring af fejl. Som noget nyt får patienter, der klager, også tilbud om en dialog med regionen, ligesom det er muligt at klage over et helt behandlingsforløb og ikke kun over

en specifik sundhedsfaglig behandler. Der kan henvises til hjemmesiden *www.patientombuddet.dk*, der åbnede 26. december 2010, med henblik på yderligere informationer.

Besvarelse af spørgsmål nr. 420-422 fra Folketingets Retsudvalg

I forbindelse med besvarelse af spørgsmål 420-422 fra Folketingets Retsudvalg har Justitsministeriet indhentet udtalelser fra Retslægerådet og Rigsadvokaten, og Justitsministeriet har på baggrund af disse udtalelser besvaret de stillede spørgsmål som følger.

”Spørgsmål nr. 420 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):

”Er ministeren enig i udtalelser fra flere psykiatere fra retspsykiatrien, i artiklen: Retspsykiatrien skal kunne videregående raske kriminelle, fra Altinget fra den 2. december 2010?”

Svar:

I en artikel offentliggjort på hjemmesiden Altinget.dk den 2. december 2010 er to overlæger citeret for at sige, at nogle kriminelle bliver erklæret for psykisk syge og idømt behandlings- eller forvaringsdom, uden at de er psykisk syge, og at kriminelle i nogle tilfælde forsøger at opnå en behandlingsdom ved at optræde som sindssyge.

Ifølge artiklen mener den ene overlæge, at loven bør ændres, således at personer, der viser sig fejlagtigt at være vurderet til at være sindssyge, får konverteret deres behandlingsdom til en almindelig fængselsstraf.

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet følgende udtalelse fra Retslægerådet, hvortil der henvises:

”Det fremgår af straffelovens § 16, stk. 1, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Som hovedregel vil de pågældende i stedet blive idømt en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens § 68.

Som det fremgår, er betingelserne for straffrihed, at retten finder en sigtet utilregnelig på grund af sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand på gerningstidspunktet. Det følger heraf, at der kan være personer, der var sindssyge på gerningstidspunktet, men efterfølgende ikke er sindssyge. Det kan f.eks. dreje sig om personer, der lider af en stemningssindssygdom (bipolar affektiv sindslidelse, tidligere benævnt manio-depressiv psykose), og som var enten (sindssygeligt) opstemte (maniske) eller (sindssygeligt) depressive på gerningstidspunktet, men som på grund af psykiatrisk behandling fremtræder uden psykotiske symptomer på det tidspunkt, hvor en foranstaltningsdom skal fuldbyrdes. Der findes også andre former for forbigående sindssygdom, herunder psykoser betinget af et misbrug af euforiserende stoffer. Disse personer kan ligeledes fremstå uden

sindssygdomssymptomer på det tidspunkt, straffen skal fuldbyrdes.

Det er Retslægerådets erfaring, at det undertiden opfattes som en fejl, at retspsykiatriske patienter med disse forbigående sindssygdomme er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, men denne opfattelse er som anført ikke korrekt. Rådet skal tilføje, at de beskrevne personer som absolut hovedregel fortsat har brug for psykiatrisk behandling.

En anden gruppe retspsykiatriske patienter, der undertiden fejlagtigt opfattes som "raske", er f.eks. retspsykiatriske patienter, der lider af skizofreni, og som får det væsentligt bedre under psykiatrisk behandling. De pågældende kan så eventuelt udvise en karakterafvigende adfærd, hvorefter den psykiatriske diagnose fejlagtigt ændres fra skizofreni til en personlighedsforstyrrelse. De pågældende er umiddelbart fortsat psykisk syge om end ikke åbenlyst psykotiske under den givne behandling, som disse retspsykiatriske patienter utvivlsomt fortsat har behov for.

Retslægerådet er bekendt med enkelte tilfælde, hvor en sigtet efter egne oplysninger har simuleret sindssyg ved en mentalundersøgelse for herved at blive idømt en psykiatrisk særforanstaltning. I nogle tilfælde har de pågældende faktisk været sindssyge, men har ikke ønsket at blive diagnosticeret som psykisk syge, og i de tilfælde, hvor der kunne være tale om egentlig simulation, er det Retslægerådets opfattelse, at de mentalobserverende psykiatere

er opmærksomme på denne mulighed, hvilket rådet også er.

Retslægerådet er således ikke enig i de udtalelser, overlæge Niels Ljungberg og overlæge Henrik Day Poulsen har fremsat, idet det er rådets opfattelse, at overlægernes synspunkter bygger på et forkert grundlag. Det skal tilføjes, at rådet i forvejen var bekendt med de fremførte synspunkter. Overlæge Niels Ljungberg fremsatte således i et indlæg i Ugeskrift for Læger sin opfattelse, som Retslægerådet efter anmodning fra Ugeskriftets redaktion kommenterede og tog afstand fra. Efterfølgende har rådets synspunkter fået opbakning fra en række danske retspsykiatere."

"Spørgsmål nr. 421 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):

"Hvordan kan man sikre, at de såkaldte "raske" kriminelle, der fejlagtigt har fået en behandlingsdom i stedet får konverteret deres behandlingsdom til en almindelige fængselsstraf? Ministeren bedes i den forbindelse redegøre for mulige retssikkerhedsmæssige overvejelser i den forbindelse."

Svar:

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet udtalelser fra Rigsadvokaten og Retslægerådet.

Rigsadvokaten har oplyst følgende:

"1. Indledningsvis kan jeg om behandlingen af sager vedrørende psykisk afvigende kriminelle mere generelt

oplyse, at det følger af straffelovens § 16, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Hvis en tiltalt frifindes for straf, kan retten i medfør af straffelovens § 68 i stedet træffe afgørelse om anvendelse af andre foranstaltninger, der findes formålstjenlige for at forebygge yderligere lovovertrædelser.

Tilsvarende kan retten i stedet for at idømme straf fastsætte andre foranstaltninger, hvis gerningsmanden på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, og som ikke er omfattet af § 16, jf. herved straffelovens § 69.

Hvis en foranstaltning efter §§ 68 eller 69 medfører, at den dømte skal anbringes i institution, eller hvis foranstaltningen giver mulighed herfor, fastsættes en længstetid for foranstaltningen, jf. herved straffelovens §§ 68 a og 69 a. Er den dømte fundet skyldig i alvorlig personfarlig kriminalitet, fastsættes der i almindelighed ikke en længstetid. Anklagemyndigheden er dog i disse tilfælde forpligtet til at indbringe spørgsmålet om ændring eller endelig ophævelse af foranstaltningen for retten 5 år efter afgørelsen.

Det følger endvidere af straffelovens § 72, stk. 1, at anklagemyndigheden skal påse, at en foranstaltning efter §§ 68 eller 69 ikke opretholdes i længere tid og i videre omfang end nødven-

digt. En anmodning om ændring eller ophævelse af en foranstaltning skal af anklagemyndigheden indbringes for retten. Anmodning om ændring eller ophævelse af foranstaltningen kan endvidere fremsættes af den dømte, bistandsværgeren, institutionens ledelse eller kriminalforsorgen, jf. straffelovens § 72, stk. 2.

Rigsadvokaten har i rigsadvokatmeddelelse nr. 5/2007 fastsat retningslinjer for anklagemyndighedens behandling af sager vedrørende psykisk afvigende kriminelle.

I afsnit 4.1 i den nævnte meddelelse er der redegjort nærmere for betingelserne for at iværksætte en mentalundersøgelse. Det fremgår heraf bl.a., at den sigtede skal underkastes en mentalundersøgelse, når dette har betydning for sagens afgørelse, jf. retsplejelovens § 809, stk. 1. Dette vil navnlig være tilfældet, hvis der er tale om en sigtelse for alvorlig personfarlig kriminalitet, herunder f.eks. drab, grov vold eller voldtægt, samt i sager, hvor den sigtede tidligere har modtaget psykiatrisk behandling, eller hvor der i øvrigt kan være grund til at formode, at sigtede er sindssyg.

Det følger endvidere af afsnit 6 i meddelelsen, at mentalundersøgelsen i visse tilfælde skal forelægges for Retslægerådet, herunder bl.a. i tilfælde, hvor sigtelsen angår personfarlig kriminalitet, og den sigtede ifølge mentalerklæringen er sindssyg eller mentalt retarderet.

Når anklagemyndigheden i straffesager nedlægger påstand om, at en tiltalt skal idømmes en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69, sker dette derfor som det helt klare udgangspunkt på baggrund af en mentalerklæring og i en række tilfælde tillige efter forelæggelse for Retslægerådet. Det er således en lægelig afgørelse, om gerningsmanden har været sindssyg på gerningstidspunktet.

2. I de artikler, der er henvist til i spørgsmål nr. 420 fra Folketingets Retsudvalg, er det anført, at raske kriminelle fejlagtigt skulle være dømt til psykiatrisk behandling, herunder at raske kriminelle i visse tilfælde skulle "snyde sig" til en behandlingsdom ved at optræde som sindssyge.

Hertil skal jeg indledningsvis bemærke, at en person, der idømmes en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69, som nævnt ovenfor som altovervejende hovedregel vil være mentalundersøgt, ligesom mentalerklæringen i mange tilfælde vil have været forelagt Retslægerådet inden sagens afgørelse i retten. På den baggrund vil der efter Rigsadvokatens opfattelse efter afsigelse af en foranstaltningsdom efter straffelovens §§ 68 eller 69 som det klare udgangspunkt ikke opstå spørgsmål om, hvorvidt den domfældte på gerningstidspunktet har været omfattet af personkredsen i de nævnte bestemmelser (sindssyg mv.). Ud fra de foreliggende oplysninger må sådanne sager anses for at forekomme meget sjældent, jf. herved mit bidrag til besvarelsen af spørgsmål nr. 422 fra

Folketingets Retsudvalg og Retslægerådets udtalelse vedrørende spørgsmål nr. 420 fra Folketingets Retsudvalg.

Hvis der efter en endelig foranstaltningsdom – f.eks. i forbindelse med oplysninger om, at den domfældte skulle have simuleret sindssyg under mentalundersøgelsen – alligevel måtte opstå en særlig begrundet tvivl om den lægelig vurdering i sagen, vil den regionale statsadvokat, som fører kontrol med idømte foranstaltninger, kunne indhente supplerende lægelige udtalelser i sagen. Det vil kunne dreje sig om en udtalelse fra den behandlingsansvarlige overlæge og afhængig af omstændighederne og oplysningerne i sagen eventuelt yderligere psykiatriske erklæringer, herunder en yderligere mentalundersøgelse, ligesom der kan opstå spørgsmål om på ny at forelægge sagen for Retslægerådet.

Sagen kan i givet fald indbringes for retten efter straffelovens § 72, hvorefter retten kan ændre eller ophæve en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69.

Det antages dog, at straffelovens § 72 ikke giver mulighed for at ændre den idømte foranstaltning til en straf (bøde eller fængsel), hvis det f.eks. måtte vise sig, at det er lykkedes den dømte at simulere sindssyg under mentalundersøgelsen, jf. Vagn Greve m.fl.: *Kommenteret straffelov – almindelig del* (9. udgave, 2009), s. 394.

Skulle en sådan situation opstå, kan det afhængig af de konkrete omstæn-

digheder i sagen efter Rigsadvokatens opfattelse overvejes at søge straffesagen genoptaget efter reglerne i retsplejelovens § 976. Det følger således af denne bestemmelse, at der i en sag, hvor den tiltalte er blevet frifundet, kan ske genoptagelse, når en række nærmere angivne betingelser er opfyldt. Afgørelse om genoptagelse træffes af Den Særlige Klageret.

Det bemærkes, at det er uafklaret i den juridiske teori, om retsplejelovens § 976 kan anvendes i sager, hvor den tiltalte oprindelig er blevet frifundet på grund af utilregnelighed efter straffelovens § 16 (om sindssyge mv.) og i stedet idømt en foranstaltning efter § 68, men hvor det senere viser sig, at den pågældende ikke var omfattet af straffelovens § 16 og burde have været idømt en straf. Rigsadvokaten er endvidere ikke bekendt med retsafgørelser, der tager stilling til spørgsmålet.

Som anført ovenfor må det antages, at der yderst sjældent vil kunne opstå spørgsmål om at ændre en allerede idømt foranstaltningsdom til en straf (bøde eller fængsel). Skulle en sådan situation imidlertid opstå, er det min opfattelse, at anklagemyndigheden afhængig af omstændighederne i sagen må søge den genoptaget ved Den Særlige Klageret. Det er i sidste ende Den Særlige Klagerets afgørelse, om der i den givne situation kan ske genoptagelse. På den anførte baggrund er der således efter Rigsadvokatens opfattelse ikke grundlag for på nuværende tidspunkt at overveje særlige regler på området.”

Retslægerådet har oplyst følgende:

”Af de grunde, der er redegjort for i besvarelsen af spørgsmål 420, finder Retslægerådet ikke, at der bør indføres bestemmelser om, at kriminelle, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, skal kunne få ændret den idømte psykiatriske særforanstaltning til en (fængsels)straf. De gældende bestemmelser om, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdом, ikke straffes – som i princippet har været gældende siden straffeloven af 1866 – er efter Retslægerådets opfattelse i fuld overensstemmelse med den lægelige opfattelse af sindssygdommenes karakter, hvor den svigtende realitetssans, og herved evnen til at handle fornuftsmæssigt, er det centrale kriterium.”

Justitsministeriet kan henholde sig til det, som Retslægerådet og Rigsadvokaten har oplyst”.

”Spørgsmål nr. 422 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):

”Hvor mange tilfælde er der tale om årligt, hvor det kan antages, at nogen fejlagtigt er blevet dømt til behandling i stedet for fængselsstraf. Hvis der ikke foreligger tal herfor, vil ministeren da foranledige en undersøgelse af omfanget?”

Svar:

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet udtalelser fra Rigsadvokaten og Retslægerådet.

Rigsadvokaten har oplyst følgende:

”Jeg har til brug for mit bidrag til besvarelse af spørgsmålet anmodet de regionale statsadvokater, som fører kontrol med idømte foranstaltninger, jf. straffelovens §§ 68 eller 69, om en udtalelse om, hvorvidt statsadvokaterne er bekendt med sager, hvor den tiltalte er idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69, og hvor det efterfølgende har vist sig, at den pågældende ikke er og heller ikke på gerningstidspunktet har været sindssyg mv., herunder sager hvor det har vist sig, at den pågældende har simuleret sindssyg i forbindelse med mentalundersøgelsen.

Fire af seks regionale statsadvokater har oplyst, at de ikke umiddelbart er bekendt med sådanne sager.

De øvrige to statsadvokater har oplyst, at der ved hvert af disse embeder i øjeblikket verserer en sag, hvor en foranstaltningsdømt efter endelig dom har gjort gældende, at vedkommende har ”spillet sindssyg” under mentalundersøgelsen. Den ene af disse sager har været forelagt for Retslægerådet, der har anmodet om, at der indhentes yderligere oplysninger om domfældtes psykiske tilstand. I den anden sag overvejer statsadvokaten i øjeblikket, i hvilket omfang der skal indhentes yderligere lægelige oplysninger om domfældtes psykiske tilstand. Rigsadvokaten vil løbende følge disse sager.”

Retslægerådet har oplyst følgende:

”Medlemmer af Retslægerådets psykiatriske afdeling er jævnligt i dialog med retspsykiatere, forsvarsadvokater og anklagemyndigheden ved f.eks. møder og kurser. Baseret på erfaringer herfra er det rådets opfattelse, at der er enkelte, der forsøger at simulere sindssygdom ved en mentalundersøgelse, men at undersøgelsen ofte konkluderer, at de pågældende ikke er sindssyge. Set over en længere årrække kan erfarne retspsykiatere genkalde sig en enkelt retspsykiatrisk patient, måske to, som eventuelt har simuleret sindssygdom, hvilket ikke nødvendigvis betyder, at de ikke har behov for psykiatrisk behandling. Da antallet er så begrænset, er der efter Retslægerådets opfattelse ikke behov for en undersøgelse af spørgsmålet om simulation, som i givet fald skulle være særdeles omfattende og langvarig – og hermed også kostbar – for at være retvisende.

Retslægerådet skal påpege, at den bedste måde at sikre, at kriminelle ikke fejlagtigt idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, vil være, at sikre kvaliteten af mentalundersøgelserne, idet disse ligger til grund for domstolens idømmelse af foranstaltningsdomme.”

Epileptisk konfusionstilstand – en tilstand ligestillet med sindssygdom

C er en 64-årig mand, der blev fundet skyldig i overtrædelse af færdselsloven og i forbindelse hermed uagtsomt manddrab efter straffeloven. Han led af epilepsi og nedlagde påstand om frifindelse med den begrundelse, at han havde handlet i en epileptisk konfusionstilstand. Selv kunne han intet huske om færdselsulykken. Vidner forklarede, at C med høj hastighed og uden forsøg på at bremse eller undvige var kørt ind i en bil, der holdt stille i et lyskryds. Retslægerådet udtalte blandt andet, at såfremt C havde haft et epileptisk anfald på gernings-tidspunktet, havde han befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og han var så omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Andre ligestillede tilstande er blandt andet visse tilfælde af insulinshock og urotilstande i forbindelse med hovedtraumer. Retten fandt, at C havde befundet sig i en epileptisk tilstand og fandt ham derfor omfattet af § 16, stk. 1, det vil sige straffri. C blev ikke idømt nogen foranstaltningsdom, men fradømt førerretten i fem år, fordi han havde overtrådt et kørselsforbud. (J.nr. 50E/E9-03958-2010).

C er en 64-årig tidligere ustraffet mand, der var sigtet – og senere blev dømt – for overtrædelse af færdselsloven samt uagtsomt manddrab efter straffeloven. Han havde en tidlig morgen på vej til arbejde med stor hastighed påkørt en bil, der holdt stille i et lyskryds for at dreje til venstre. C's bil blev slynget over vejbanen og ramte en modkørende motorcyklist, der blev dræbt på stedet. Selv pådrog C sig forskellige skader, blandt andet læsion af ansigtet. Af sagens akter fremgår, at C ca. 18 år gammel havde pådraget sig et hovedtraume, men han havde i øvrigt i det væsentlige været legemligt rask. Han havde aldrig frembudt tegn på psykisk lidelse. Han misbrugte ikke rusmidler, og han havde fast arbejde.

C, der led af epilepsi, nedlagde påstand om frifindelse.

Der forelå i sagen en erklæring fra praktiserende speciallæge i neurologi, hvoraf blandt andet fremgik, at C i formentlig tre til fire år havde haft nogle anfaldsfænomener, hvor han havde virket fjern og ukontaktbar, ligesom han pludselig kunne opdage, at han befandt sig steder, han ikke kunne huske, hvorledes han var kommet til. Registrering af hjernens elektriske aktivitet (eeg) var svært abnormt (og multifokalt paroxystisk). En senere hjernescanning (MR-scanning) viste forandringer i venstre tindingelap foreneligt med et år efter en tidligere blodprop. Forandringerne kunne dog også være følger efter det hovedtraume, C havde pådraget sig som 18-årig.

Speciallægen fandt, at C led af epilepsi med komplekse partielle anfald, hvorefter C blev sat i behandling med

antiepileptisk virkende medicin (tablet Lamotrigin 50 + 100 mg dagligt). C blev hertil instrueret om, at han ikke måtte føre bil, mens han blev undersøgt for epilepsi, og under alle omstændigheder gjaldt kørselsforbuddet mindst seks måneder efter det sidste registrerede anfald.

Nogle måneder efter, at C var påbegyndt undersøgelsesprogrammet hos neurologen, var han involveret i ovennævnte færdselsuheld. C angav i retten, at han intet huskede om hændelsesforløbet. Blodprøvekontrol havde vist, at C tog den antiepileptiske virkende medicin som ordineret, men han var ikke sikker på, at havde taget morgenmedicinen, før han kørte på arbejde på ulykkesdagen, og at den manglende medicinindtagelse måske kunne være årsagen til, at han havde fået et epileptisk anfald. Han begrundede blandt andet dette med, at han efter færdselsulykken med sikkerhed en dag havde glemt at tage medicinen, hvorefter han havde fået et anfald.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, hvor såvel neurologer som psykiatere deltog i sagsbehandlingen. Rådet besvarede de stillede spørgsmål som følger:

”Spørgsmål 1:

Er der risiko for epileptisk anfald, hvis en person med epilepsi dagen før har glemt at indtage morgen eller aften doseringen af anviste medicin, i dette tilfælde Lamictal?

Det er velkendt, at lider man af epilepsi og er i forebyggende behandling med medicin, vil manglende indtagelse af

morgen- eller aftendosering øge risikoen for efterfølgende anfald. Dette gælder også i det pågældende tilfælde for lægemidlet Lamictal.

Spørgsmål 2:

Såfremt pågældende får et anfald, mens pågældende fører bil, kan anfaldet så være af en karakter, at pågældende fortsat fører bilen uden at registrere færdslen og omgivelserne i øvrigt?

I sagens bilag 24 er anført, at pågældende var under udredning for epilepsi forud for ulykken, at der var anfaldsepisoder med fjernhed og ukontaktbarhed. En undersøgelse af de elektriske hjernebølger (eeg) var forenelig med epilepsi.

Retslægerådet finder, at det vil være meget usædvanligt, at pågældende var i stand til at føre bil uden at registrere færdslen og omgivelserne i øvrigt under et anfald.

Spørgsmål 3:

Kan denne tilstand som den pågældende befinder sig i, karakteriseres som sindssygd eller en tilstand, der må ligestilles hermed?

Såfremt den pågældende havde et epileptisk anfald, befandt han sig i en tilstand, som må ligestilles med sindssyge.”

C blev fundet skyldig efter anklageskriftet, men – fremgår det af dombogen – retten fandt ...”det bevist, at tiltalte på uheldstidspunktet var ramt af et epileptisk anfald, der må ligestilles med sindssyge. Som følge heraf frifindes tiltalte for straf, jf. straffelovens § 16, stk.

1. Der var tale om et sygdomsanfald, og retten finder derfor ikke grundlag for at iværksætte foranstaltninger efter straffelovens § 68.”

C fik frakendt førerretten ubetinget i fem år, idet han havde kørt bil på trods af, at han af neurologen havde fået kørselsforbud.

Det skal endelig nævnes, at dommen blev afsagt godt to år efter færdselsulykken, og C oplyste ved retsmødet, at han ca. et halvt år tidligere som nattevagt i forbindelse med søvngængerier var faldet ud af et vindue på 2. sal og var kommet voldsomt til skade.

Kommentar:

Epileptiske konfusionstilstande henføres i retspsykiatrien på linje med svære hypoglykæmiske tilstande (”insulinshock”, se bl.a. Retslægerådets årsberetning 2003-2005, s. 105 ff.) til ”tilstande ligestillet med sindssygd”. Der er selvsagt ikke tale om sindssygdomme i almindelig betydning, men om organisk betingede forstyrrelser af hjernens funktion af en sådan sværhedsgrad, at de pågældende så at sige handler ”uden bevidsthed”. Urotilstande i forbindelse med hovedtraumer kan ligeledes være ”ligestillede” tilstande (årsberetningen 2007, s. 65 ff.). Blandt de ikke organisk betingede forbigående psykiske abnormtilstande, der eventuelt kan være ligestillet med sindssygd, kan efter omstændighederne være de dissociative tilstande (årsberetningen 2009, s. 83 ff.).

I den her omtalte sag fandt retten det efter en omfattende bevisførelse, der blandt andet omfattede vidner, der havde set C med høj fart og uden forsøg på at bremse eller undvige påkøre den holdende bil, det godtgjort, at C på gerningstidspunktet havde befundet sig i en af epilepsi betinget abnorm tilstand, ligestillet med sindssygd, og han fandtes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet var ikke blevet spurgt om en eventuel anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, såfremt C kunne henføres til straffelovens § 16, stk. 1, men retten fandt i lighed med mange sager om hypoglykæmi C straffri og fandt ikke grundlag for at idømme en psykiatrisk særforanstaltning. Da C havde overtrådt et kørselsforbud fik han frakendt førerretten for en periode af fem år. Om epilepsi i retspsykiatrien se i øvrigt Retslægerådets jubilæumsbog, ”Retslægerådet 1909-2009, s. 62 ff.

Som nævnt faldt C i forbindelse med søvngængerier et par år efter ulykkestilfældet ud af et vindue fra 2. sal og pådrog sig svære kvæstelser. Det kan naturligvis overvejes, om der var tale om egentligt søvngængerier eller om et nyt epileptisk anfald. Det skal dog nævnes, at søvngængerier – somnambulisme – efter omstændighederne ligeledes kan være en tilstand ligestillet med sindssygd.

Folie á deux - ? Men ingen behandling

En nu 46-årig kvinde (KA), der siden 1990 har været kæreste og i perioder samboende med skizofren mand, blev tvangsindlagt i såvel 1993 som i 2009. Hun var begge gange ved indlæggelsen præget af svære sindssygdomssymptomer. Begge gange blev kæresten også tvangsindlagt.

I 1993 var der mistanke om folie á deux (fællespsykose, hvor en sindssyg inducerer sindssygdomssymptomer i en nært knyttet person). Retslægerådet fandt, at begge tvangsindlæggelser og efterfølgende tvangstilbageholdelser psykiatrisk set var velmotiverede.

Retten fandt derimod i 1993 frihedsberøvelsen ulovlig. I 2009 fandt Retslægerådet, at diagnosen var en kronisk sindssygdom med vrangforestillinger. Retten fandt denne frihedsberøvelse lovlig. KA blev hverken behandlet medikamentelt i 1993 eller i 2009. KA har således været ubehandlet sindssyg i en årrække trods to tvangsindlæggelser med 16 års mellemrum. (10A/A3-02325-2010 og A 33 362).

KA er en 46-årig kvinde, der er opvokset som den yngste af fire søskende. Hun har flyttet og skiftet skole mange gange og ikke gennemført 9. klasses afgangsprøve. Hun har boet alene i lejlighed eller hyppigt opholdt sig i sin skizofrene vens lejlighed. Hun har overvejende modtaget bistandshjælp eller sygedagpenge, indtil hun i 1997 fik tilkendt pension.

I 1993 blev såvel KA som vennen tvangsindlagt. Retslægerådet fik sagen forelagt og anførte i sin udtalelse, at KA:

”...ikke synes at have været psykiatrisk behandlet tidligere. Hun har i de senere år klaret sig med bistandshjælp og sygedagpenge, aktuelt på grund af dårlig ryg. Hun har indtil 1990 haft kontakt til en søster, men efter 1990 ikke haft familiære kontakter, men opholdt sig mest i sin nye vens lejlighed. Fra dette lejlighedskompleks's øvrige beboere

har der været flere henvendelser til politi og læger, idet man fra boligforeningens side fandt KA og vennen skiftevis truende og isolerende sig, præget af bizar adfærd. Vennen er angiveligt sindslidende og netop indlagt i psykiatrisk afdeling.

Ved tvangsindlæggelsen xx.xx.93 og efterfølgende tvangstilbageholdelser fra xx.xx.93 og frem beskrives hun som sindssyg, præget af vrangforestillinger af forfølgelsesart i forhold til samlevers familie, hospitalets læger og behandler-systemet som helhed. Herudover har hun været skrigende, motorisk urolig, usamlet af tankegang, præget af livlig associeren og lange talestrømme. I løbet af indlæggelsen er hun faldet mere til ro, hun har ikke endnu været behandlet med antipsykotisk medicin (som hun har modsat sig), men kontakten til samlever er blevet begrænset. Det er Retslægerådets opfattelse, at de sindssygelige symptomer kan være

led i en "folie á deux" psykose (fællespsykose, hvor en sindssyg, der er nært knyttet en anden person inducerer sindssygdomssymptomer i denne), men det kan ikke udelukkes, at det drejer sig om en skizofrenilignende psykose af anden art.

Sammenfattende finder Retslægerrådet, at KA er sindssyg, og det ville have været uforvarligt ikke at tvangsindlægge – henholdsvis tvangstilbageholde hende – med henblik på behandling, idet udsigten til helbredelse eller afgørende bedring ellers ville have været væsentlig forringet".

Under indlæggelsen blev KA ikke behandlet med antipsykotisk virkende medicin, som hun modsatte sig, men kontakten til vennen blev begrænset, og man forsøgte at etablere kontakt til socialvæsenet og familien. KA klagede over tvangsindlæggelsen til retten (ifølge den daværende psykiatrilov var retten første klageinstans), og retten fandt såvel tvangsindlæggelse som tvangstilbageholdelse ulovlig, idet retten blandt andet udtalte:

"...under hensyn til, at hendes tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse efter de fremkomne oplysninger synes at være forårsaget til dels af hendes ven NN's adfærd, til at hun ikke under sin indlæggelse har modtaget medikamentel behandling for psykisk sygdom, samt til det oplyste om hendes adfærd før og under indlæggelsen og det oplyste om formålet med hendes indlæggelse, findes det ikke fuldt tilstrækkeligt godtgjort, at tvangsindlæggelsen og tvangstilbageholdelsen har

været påkrævet af helbredshensyn, hvorfor såvel tvangsindlæggelsen som tvangstilbageholdelsen findes at have været ulovlige".

Frihedsberøvelsen blev herefter ophævet, og KA forlangte sig udskrevet, hvad hun blev.

KA var ikke efterfølgende i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Hun og vennen var flyttet til en anden by og havde hver sin lejlighed i samme opgang. Der var, som tidligere, tilsvarende problemer med de øvrige beboere i opgangen, og i 2009 blev såvel KA som vennen igen tvangsindlagt. Sagen blev, da patienten klagede over tvangsindlæggelsen, forelagt Retslægerrådet, som udtalte:

"...ved den aktuelle tvangsindlæggelse xx.xx.09 og den efterfølgende tvangstilbageholdelse, som ophævedes xx.xx.09, hvorefter KA xx.xx.09 blev udskrevet, har hun været præget af sindssygdomssymptomer i form af forfølgelsesvrangforestillinger, storhedsvrangforestillinger samt talepres, indforstået privat tankegang og uden sygdomsindsigt. Hun har dertil igennem årene klaget over talrige rygproblemer og søgt alternative behandlinger.

Under indlæggelsen fastholdt KA, og vendte til stadighed tilbage til vrangforestillingen om, at tidligere samlevers moder med fråde om munden havde fastholdt hende og siddet på ryggen af hende og brugt en rystepudser på hendes ryg.

Under indlæggelsen fremtrådte KA ikke forpint, men overvejende livlig

og veloplagt. Man afstod fra at beslutte behandling med medicin ved tvang. Diagnostisk har der været overvejelser om, at hendes sindssygdom skulle dreje sig om en fællespsykose mellem to (folie á deux).

Retslægerrådet finder, ud fra det foreliggende materiale, at diagnosen helt overvejende sandsynligt er paranoid psykose (kronisk sindssygdom med vrangforestillinger). Sindssygdommen synes at have bestået i alle tilfælde i 17 år.

Retslægerrådet finder herefter, at KA er sindssyg, og at det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge og senere tvangstilbageholde hende med henblik på behandling, idet udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers ville have været væsentligt forringet”.

Det psykiatriske patientklagenævn (første ankeinstans efter ændring af psykiatriloven indført 1999) godkendte beslutningen om tvangsindlæggelse. KA indbragte sagen for retten, som fandt den tre uger varende frihedsberøvelse lovlig. KA blev tilbudt, men ønskede ikke medicin, og der blev ikke besluttet tvangsbehandling.

KA havde på daværende tidspunkt opsagt sit lejemål, var flyttet til en anden by og havde skiftet læge. Det var uvist, om vennen var flyttet med.

Kommentar:

Folie á deux er en diagnose, der har rødder langt tilbage i tiden, men i dag beskrives den kun sjældent. I sin klassiske form drejer det sig om en

primært sindssyg – oftest svært paranoid – person, der lever sammen med en kun jævnt begavet ægtefælle, som efterhånden overtager den primært sindssyges vrangforestillinger. Parret lever ofte socialt isoleret – netop på grund af vrangforestillinger – hvilket også var tilfældet for det her beskrevne par. Et vigtigt element i behandlingen er at skille parret ad og efterfølgende realitetskorrigerende den af de to, der har inducerede vrangforestillinger. I dag kan behandling med antipsykotisk virkende medicin naturligvis også være et væsentligt element i behandlingen.

Den afdeling, KA var indlagt på i 1993, valgte at undlade (tvangs)behandling, da symptomerne mindskedes, om end de ikke forsvandt fuldstændig under den 5 uger lange indlæggelse.

16 år efter viste det sig, at parret havde genoptaget kontakten kort efter KA's udskrivelse, og ved den ca. tre uger varende indlæggelse undlod man igen (tvangs)behandling og udskrev. Måske lod lægerne sig påvirke af den tidligere retsafgørelse, hvor første tvangsindlæggelse i 1993 blev kendt ulovmedholdelig? Denne afgørelse er lægeligt set uforståelig. Retten begrundede som anført blandt andet sin afgørelse med, at KA ikke havde modtaget antipsykotisk virkende medicin under indlæggelsen, men drejede det sig om en folie á deux, kunne adskillelse af parret, etablering af nye sociale kontakter mv. vise sig at være den nødvendige og tilstrækkelige behandling.

Retslægerrådet finder, at behandling med antipsykotisk virkende medicin

burde have været gennemført ved anden tvangsindlæggelse, også ved tvang, selvom medicinsk behandling af vrangforestillinger erfaringsmæssigt ikke altid kan bedre en paranoid psykotisk tilstand afgørende (se f.eks. rådets årsberetning 2009, s. 61 ff.).

Retslægerådet blev i 2009 af retten spurgt, hvorledes det ville være gået, såfremt KA ikke var blevet tvangsindlagt. Retslægerådet besvarede ikke spørgsmålet, som er hypotetisk. Retslægerådet kan konstatere, at en langvarigt

sindssyg person ikke har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem fraset to indlæggelser på fem og tre uger med 16 års mellemrum.

Retslægerådet finder, at indlæggelser af få ugers varighed uden iværksat efterbehandling (som KA modsatte sig, da hun ikke havde sygdomserkendelse) næppe har indflydelse på sygdomsforløbet, hvis det drejer sig som kroniske sindssygdomme, uanset om psykosen er en induceret fællespsykose eller en paranoid psykose.

Sindssyg mand ikke fundet utilregnelig – to gange

A er en nu 32-årig mand af anden etnisk herkomst end dansk. Han blev i anledning af en sigtelse for handel med euforiserende stoffer mentalundersøgt og fundet sindssyg, lidende af skizofreni – en diagnose, der allerede var stillet under en indlæggelse på psykiatrisk afdeling før sigtelsen. A blev således fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og efterfølgende idømt en behandlingsdom. Små to år senere blev han igen varetægtsfængslet, nu sigtet for blandt andet indsmugling af ikke under tre kilo heroin. Han blev igen mentalobserveret, igen fundet skizofren og overlægen anbefalede en anbringelsesdom. A var blevet surrogatanbragt på en retspsykiatrisk afdeling, som i en kort udtalelse angav, at behandlingen fuldt forsvarligt kunne varetages i medfør af en behandlingsdom. Det tilsluttede Retslægerådet sig. A blev imidlertid ved byretten som stadfæstet af landsretten idømt syv års fængsel med den begrundelse, at han ikke var utilregnelig. A påbegyndte så afsoning i en af kriminalforsorgens institutioner, men han måtte efter få dage tilbageflyttes til den retspsykiatriske afdeling – han var for syg til at være i et fængsel. Efterfølgende blev han varetægtsfængslet, denne gang sammen med to andre sigtet for handel med euforiserende stoffer på blandt andet den psykiatriske afdeling. Efter få dage i et arresthus blev han igen tilbageflyttet til samme afdeling – han var fortsat for syg til at opholde sig i en af kriminalforsorgens institutioner. Herefter blev A mentalobserveret for tredje gang. Han havde vedvarende været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, men da der havde været rejst mistanke om, at A simulerede sindssygdom, besluttede afdelingen at ophøre med medicin under observationsperioden. Tre måneder senere måtte behandlingen imidlertid genoptages, idet A var blevet udtalt sindssyg med blandt andet lugthallucinationer, giffrygt og omfattende vrangforestillinger af blandt andet forfølgelseskarakter. Mentalerklæringen konkluderede som tidligere erklæringer, at A lider af skizofreni, er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede en behandlingsdom. Dette tilsluttede Retslægerådet sig. Retten fandt, at A utvivlsomt var sindssyg, men han blev igen fundet tilregnelig og idømt fængsel i ti måneder. Ironisk nok blev en medgerningsmand, der ligeledes led af skizofreni, fundet utilregnelig og idømt en anbringelsesdom. (J.nr. 10A/A1-01850-2009;10A/A1-02545-2010)

A er en nu 32-årig mand, der første gang blev mentalundersøgt i 2006, 28 år gammel, under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling i anledning af en sigtelse for omfattende handel med euforiserende stoffer (overtrædelse af

straffelovens § 191). Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A er af anden etnisk oprindelse end dansk, men han har boet her i landet, siden han var 2 år gammel. Han er den ældste af seks søskende, alle hans søskende har

klaret sig socialt godt og er velintegreret i det danske samfund. A beskrev selv, at han havde haft visse problemer i hjemmet og i skolen, han skiftede skole et par gange, men han gennemførte 10. klasse med afgangsprøve. Efterfølgende tog han med besvær en højere handelsseksamen, men han måtte gå et år om. Han påbegyndte så en akademisk uddannelse, men han opgav hurtigt og etablerede sig i stedet med en vin- og tobakshandel. I de sidste par år før mentalundersøgelsen havde A haft svært ved at passe forretningen, hvorfor han blev hjulpet af familien. A havde som ung i en periode misbrugt hash, men dette misbrug var ophørt, og han benægtede på noget tidspunkt at have misbrugt andre euforiserende stoffer. Han havde haft et par samlivsforhold, der "ikke rigtig har sagt mig noget".

A havde tidligere modtaget en række bøder for overtrædelse af færdselsloven og en korterevarende frihedsstraf for vold. Efter at have været sigtet for blandt andet forsøg på manddrab – sigtelsen blev frafaldet – fandt A selv, at han havde fået det psykisk dårligt, hvorfor han 25 år gammel af egen læge blev henvist til praktiserende psykiater. Psykiateren vurderede, at A var ved at udvikle en psykotisk tilstand og anbefalede indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. A var herefter indlagt i en måned, hvor han blandt andet fandtes præget af hørelses- og lugthallucinationer, vrangforestillinger af forfølgelseskarakter samt formelle forstyrrelser af tænkningen. Han blev udskrevet til fortsat ambulante behandling.

A var blevet varetægtsfængslet i forbindelse med sigtelsen for handel med euforiserende stoffer. Under varetægtsfængslingen fandtes han utvetydigt sindssyg, hvorfor han blev indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor han ligeledes blev mentalundersøgt. A fandtes også under denne indlæggelse sindssyg, blandt andet præget af tankeforstyrrelser, vrangforestillinger af forfølgelses- og storhedskarakter, styringsoplevelser samt hallucinationer på flere sanser. Hertil fandtes han præget af såkaldt negative symptomer (på skizofreni), det vil sige initiativsvækkelse, inaktivitet, glædesløshed, kontaktsvaghed mv. Mentalerklæringen konkluderede, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede dom til behandling på psykiatrisk afdeling mv. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der tilsluttede sig erklæringens konklusion. A blev efterfølgende fundet skyldig og idømt en behandlingsdom.

Under indlæggelsen til mentalundersøgelse var A blevet sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin (tabl. Zyprexa 25-30 mg dagligt), hvilket havde bedret hans psykiske tilstand. Efter dommen blev han overflyttet til anden psykiatrisk afdeling, hvor den medikamentelle behandling blev fortsat. Han blev herefter udskrevet til fortsat ambulante behandling, som han nogenlunde passede. Det var vurderingen, at han ikke frembød åbenbare sindssygdomssymptomer, om end han indimellem klagede over lugthallucinationer, ligesom han fandtes socialt nogenlunde velfungerende, idet han

fortsat arbejdede i sin forretning. Det fremgår dog, at familien i tiltagende grad hjalp ham.

I 2008, 30 år gammel, blev A igen anholdt og varetægtsfængslet sigtet for i forening med andre at have medvirket til indsmugling af ikke under godt tre kilo heroin, salg af euforiserende stoffer mv. Under indsættelsen fandtes A igen sindssyg, hvorfor han blev overflyttet til en psykiatrisk afdeling og ambulantly undersøgt. Det fremgik af sagen, at der ved ransagning af A's hjem var fundet store mængder zyprexatabletter (det præparat, han blev behandlet med), hvorfor der var mistanke om, at han ikke havde taget den ordinerede medicin.

Ved den fornyede mentalundersøgelse, hvor A utvivlsomt var i behandling med antipsykotisk virkende medicin, fandtes han fortsat i udtalt grad sindssyg, lidende af skizofreni. Han havde hørelses- og lugthallucinationer, han lugtede "råddenskab", han oplevede budskaber til sig i tv, og han mente, at politiet havde lagt "elektroniske molekyler" i hans mad, således at politiet kunne opspore ham. Mentalerklæringen konkluderede som den tidligere, at A var sindssyg, han led af skizofreni, og han var således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Mentalerklæringen anbefalede dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Efter mentalerklæringen var afgivet, blev der indhentet en supplerende udtalelse fra den psykiatriske afdeling, hvor A var surrogatanbragt. Af denne fremgik, at den nu langvarige medikamentelle behandling havde

bedret hans psykiske tilstand, men han fandtes fortsat lidende af paranoid skizofreni. Overlægen mente, at A ville kunne fastholdes i behandling ved idømmelse af en behandlingsdom.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

"Der er oplysninger om, at A siden 2005 har haft psykiske symptomer forenelige med en skizofrenilidelse. De består i vrangagtige sansoplevelser, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Han har været indlagt på psykiatrisk afdeling flere gange, ligesom han har modtaget behandling i distriktspsykiatri. Antipsykotisk virkende medikamentel behandling har ikke ganske kunnet holde ham symptomfri, idet der dog også har været mistanke om medicinsvigt. Tilstanden synes dog aktuelt stabiliseret. Han modtog i 2006 dom til psykiatrisk behandling.

A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse. Da han har behov for tæt opfølgning vil en hensigtsmæssig mulighed være tilknytning til særligt retspsykiatrisk opsøgende psykiaterteam."

Da rådet anbefalede en behandlingsdom, mens den mentalobserverende overlæge havde anbefalet en anbringelsesdom, blev rådets påtænkte udtalelse fremsendt til overlægen, der fastholdt sit sanktionsforslag med den begrundelse, at ”en dom til behandling realistisk [ikke] vil kunne forhindre A i på ny at begå kriminalitet.”

Under byrettens behandling af sagen blev overlægen på den psykiatriske afdeling, hvor A var surrogatanbragt, og som havde afgivet en kort udtalelse i sagen, afhørt om blandt andet sygdommen skizofreni, medikamentel behandling mv. Overlægen fandt, at det ikke ville være ”hensigtsmæssigt” at placere en sindssyg person i et fængsel.

A blev fundet skyldig, men idømt fængsel i syv år. I udskriftet af dombogen hedder det blandt andet:

”Retten må på den ene side lægge vægt på, at tiltalte forud for gerningstidspunktet drev selvstændig virksomhed og således må antages at have været i stand til at foretage økonomiske og forretningsmæssige dispositioner. Retten må videre lægge vægt på forklaringen afgivet af [kriminalforsorgens tilsynsførende] om tilsynsperioden og på, at tiltalte ved tilsynssamtale dagen før gerningstidspunktet, jf. erklæringen af 12. november 2008 fra Psykiatrisk [afdeling], fandtes samlet, relevant og apsykotisk. Retten må endelig lægge vægt på, at den forbrydelse, som retten i forhold 4 har fundet tiltalte skyldig i, har krævet en nærmere planlægning, herunder ifølge de foreliggende teleop-

lysninger med adskillige kontakter til andre medvirkende.

Retten må på den anden side lægge vægt på, at der har været et omfattende medicinsvigt, idet der fundet et betydeligt lager af ubrugt medicin hos tiltalte, at der ikke foreligger oplysninger i øvrigt om tiltaltes adfærd på gerningstidspunktet og på, at der er tale om et enkeltstående forhold.

Efter en samlet afvejning finder retten, at der ikke findes grundlag for at antage, at der har været en sådan forbindelse mellem tiltaltes sindssygdom og den begåede kriminalitet, at tiltalte på gerningstidspunktet kan anses for at have været utilregnelig, hvorfor han samlet ikke er omfattet af straffelovens § 16”.

A ankede dommen, som blev stadfæstet af landsretten med følgende begrundelse:

”Fire voterende finder af de af byretten anførte grunde, at der ikke foreligger holdepunkter for at antage, at der har været en sådan forbindelse mellem tiltalte A's sindssygdom og den begåede kriminalitet, at han kan anses for at have været utilregnelig. Han er derfor ikke straffri efter straffelovens § 16, stk. 1.

To voterende finder, at der har været en sådan forbindelse mellem tiltaltes sindssygdom og den begåede kriminalitet, at tiltalte må anses for at have været utilregnelig.

Efter stemmeafgivningen anses tiltalte A ikke for at have været utilregnelig, og han er derfor ikke straffri efter straffelovens § 16, stk. 1.”

Otte dage efter landsrettens dom blev A afhentet fra den psykiatriske afdeling med henblik på at påbegynde afsoning. Tolv dage senere blev han imidlertid tilbageført til den psykiatriske afdeling, idet han var fundet for syg til at opholde sig i et fængsel. Han var indlagt i ca. to måneder, hvorefter han igen blev varetægtsfængslet (i arresthus), nu sammen med to andre sigtet for handel med kokain og/eller heroin under indlæggelsen på den psykiatriske afdeling. Efter et par dage blev han returneret på grund af psykisk sygdom. Afdelingen udarbejdede herefter en supplerende mentalerklæring. A havde på det tidspunkt været indlagt ca. halvandet år på afdelingen afbrudt af ovennævnte ganske korte perioder, hvor han var tilbageført til kriminalforsorgens institutioner. Han havde i hele denne periode været i behandling med antipsykotisk virkende medicin med smelttablet Zyprexa 30 mg dagligt – en tabletform, der umuliggør at snyde med medicinindtagelsen. Han havde under store dele af indlæggelsen været veltilpasset. Han klagede indimellem over kliklyde i ørerne samt lugthallucinationer, men han var primært præget af såkaldt negative symptomer, det vil sige blandt andet apati og initiativløshed. Afdelingen besluttede herefter at foretage medicinfri observation af A, dels fordi der havde været mistanke om, at han i lange perioder havde undladt at tage den ordinerede medicin, dels fordi

der havde været rejst mistanke om, at A simulerede sindssygdom.

Den medicinfri observation er begrundet således i erklæringen:

”Fra xx.xx.xx blev det besluttet at holde pause med Zyprexa. Medicinpausen blev iværksat med A’s informerede samtykke.

Formålet var at observere A uden behandling med antipsykotisk virkende medicin ud fra en antagelse om, at såfremt han tålte dette uden fremkomst af psykotiske symptomer, ville overførsel til afsoning i fængsel, i overensstemmelse med landsrettens afgørelse, kunne forsøges. Muligheden for nøje at observere udviklingen i den psykiske tilstand uden medicin under indlæggelse i lukket retspsykiatrisk afdeling med minimale frihedsrettigheder udgør et optimalt vurderingsgrundlag med en unik mulighed for indgriben, hvis der måtte vise sig behov derfor. Da der erfaringsmæssigt kan gå op til et år efter ophør med antipsykotisk virkende medicin, før psykotiske symptomer viser sig, ville en observationsperiode af minimum 3-6 måneders varighed være påkrævet. Bidragende til ønsket om en medicinfri observationsperiode var endvidere, at fundet af større mængder uåbnede medicin-pakker (Zyprexa) på A’s bopæl ved varetægtsfængsling i 2008 havde rejst en mistanke om, at han havde undladt at tage medicinen som foreskrevet uden at blive psykotisk heraf. Det skal her tilføjes, at A’s søster efterfølgende ved samtaler med læge og plejepersonale ved Retspsykiatrisk

[afdeling] har oplyst, at A ganske rigtigt indtog den udleverede medicin (Zyprexa) ustabil i den omhandlede periode, idet familien tydeligt kunne mærke på hans psykiske tilstand, om han tog medicinen eller ej. Når han ikke havde taget medicin et stykke tid, blev han mentalt fraværende og opfarende, ude af stand til at overholde aftaler eller deltage i pasning af familiens forretningsvirksomhed. Når han tog medicin, ofte efter påmindelse eller pres fra familien, var han mere ”samlet” psykisk, mindre opfarende og bedre fungerende i det daglige.”

Den første måned under den medicin-frie observation var A især præget af spiseproblemer, idet han spiste mindre og tabte i vægt, men han frembød ikke åbenbare psykotiske symptomer. Den følgende måneds tid begyndte han imidlertid at udvikle sindssygdomssymptomer, for eksempel talte han om, at maden i fængslet havde indeholdt ”elektromagnetiske molekyler”, at politiet havde en særlig plan med ham mv. Herefter udviklede A udtalte sindssygdomssymptomer. Han mente sig således overvåget af såvel politiet som den russiske efterretningstjeneste, idet han havde været skyld i Sovjetunionens sammenbrud. Afdelingens røgalarm og elektriske installationer opfattede han som overvågningsudstyr rettet specielt imod ham, og han var nu åbenbart spisevægrenet med den begrundelse, at der var ”elektromagnetiske molekyler” i maden, som gjorde ham syg. Han isolerede sig, var præget af dårlig blikkontakt og udviste i det hele tiltagende

aparte adfærd. Efter tre måneders medicinfri observation blev det fundet lægeligt uforsvarligt at fortsætte uden medicin, hvorfor behandlingen – efter A’s nølende samtykke – med Zyprexa blev genoptaget.

Mentalerklæringen konkluderede, at A ikke havde simuleret sindssygdom, og at han som tidligere fundet led af skizofreni. Man fandt, at ophold i et fængsel ville medføre en nærliggende risiko for et ”decideret psykotisk sammenbrud”, og overlægen anbefalede igen en dom til behandling mv.

Også denne erklæring blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

”På grund af mistanke om mulig simulation, er der i forbindelse med den aktuelle mentalundersøgelse foretaget aftrapning af behandling med anti-psykotisk virkende medicin. Under den medicinfri observation skete der en gradvis forværring af A’s psykiske tilstand, med fremkomst af utvetydige sindssygdomssymptomer. A lider af skizofreni.

Retslægerådet finder A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig, skal rådet anbefale, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.”

Sagen blev behandlet ved byretten med deltagelse af nævninge. A blev fundet skyldig og idømt ti måneders fængsel. Af dombogen fremgår blandt andet: ”Retten lægger efter de lægelige oplysninger til grund, at A er og på gerningstidspunktet var sindssyg. Spørgsmålet om, hvorvidt tiltalte er straffri efter straffelovens § 16, afhænger således af, om tiltalte var utilregnelig på gerningstidspunktet.

Der er afgivet 9 stemmer for, at der ikke foreligger holdepunkter for at antage, at der har været en sådan forbindelse mellem tiltaltes sindssygdom og den begåede kriminalitet, at tiltalte må anses for at have været utilregnelig.

Der er afgivet 1 stemme for, at tiltalte på gerningstidspunktet har været utilregnelig.

Flertallet har lagt vægt på udtalelsen af ... 2009 fra Retspsykiatrisk [afdeling], hvorefter tiltaltes tilstand i den forudgående periode, som svarer til gerningstidspunktet, var stabil, at han fremtrådte psykisk velbehandlet, og at der ikke havde været mistanke om medicinsvigt. Flertallet har endvidere lagt vægt på tiltaltes rolle i forholdet, der har krævet en vis nærmere planlægning og koordinering, herunder økonomiske dispositioner.

Mindretallet finder efter de foreliggende oplysninger ikke grundlag for [at] fastslå, at tiltalte på gerningstidspunktet har været tilregnelig.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet, og tiltalte anses således ikke for at have været utilregnelig, og han er derfor ikke straffri efter straffelovens § 16, stk. 1.

Der er afgivet 10 stemmer for at fastsætte straffen til fængsel i 10 måneder.

Retten har herved lagt vægt på, at gerningen blev udført af flere i forening samt på arten og mængden af det stof, som blev overdraget til personer, der var indlagt på Retspsykiatrisk [afdeling]. Retten har herudover lagt vægt på, at forholdet blev begået få måneder efter, at tiltalte ved ... Byrets dom af ... 2009 var idømt en straf af fængsel i 7 år for ligeartet kriminalitet.”

Det skal tilføjes, at en af de medsigtede ligeledes var af anden etnisk herkomst end dansk og ligeledes tidligere havde været idømt flere ubetingede frihedsstraffe for blandt andet vold og handel med euforiserende stoffer. Han var i forbindelse med en tidligere mentalobservation fundet sindssyg, lidende af skizofreni, hvorfor han for alvorlig narkokriminalitet (overtrædelse af straffelovens § 191, stk. 2, jf. stk. 1, 1. pkt.) blev idømt en behandlingsdom. Skizofrenidiagnosen blev efterfølgende bekræftet af den behandlingsansvarlige overlæge. Han blev i aktuelle sag igen fundet sindssyg samt skyldig i samme omfang som A og hertil dømt for vold (straffelovens § 245). Denne medsigtede blev fundet utilregnelig og idømt en anbringelsesdom.

Kommentar:

To kriterier skal være opfyldt, for at en gerningsmand findes straffri, jf. straffelovens § 16 – den pågældende skal have været sindssyg (eller mentalt retarderet) på gerningstidspunktet og af den grund findes utilregnelig. Retspsykiaterens opgave er at diagnosticere den psykiske abnormtilstand, hvorefter retten tager stilling til utilregnelighedsspørgsmålet (se også s. 71 ff. i denne årsberetning). I den her refererede sag var A utvivlsomt svært sindssyg, hvilket blandt andet fremgår af den seneste mentalerklæring, hvor medicinfri observation medførte, at A udviklede blandt andet omfattende vrangforestillinger om maden, hvorfor han nærmest ophørte med at spise med et ledsagende betydeligt vægttab – ubehandlet altså en potentielt livstruende tilstand. A blev imidlertid to gange med ca. et års mellemrum fundet tilregnelig og første gang af byretten som stadfæstet af landsretten idømt først syv års fængsel og anden gang af byretten idømt ti måneders fængsel. Domstolene anerkendte sindssygdomsdiagnosen, men lagde begge gange vægt på, at den kriminalitet, A blev fundet skyldig i, havde ...”krævet en vis nærmere planlægning og koordinering, herunder økonomiske dispositioner”. Hertil er nævnt, at A’s psykiske tilstand i perioderne for de pådømte forhold havde været ”stabil” og – i den første sag – at der havde været en vis mistanke om simulation. Den mistanke blev grundigt afkræftet ved den efterfølgende mentalundersøgelse.

Mennesker med skizofreni vil, især når de er nogenlunde velbehandlede, være i stand til at planlægge og handle rationelt i mange af livets forhold, herunder formentlig også planlægge kriminalitet. Ud fra en lægelig synsvinkel må man imidlertid fastholde, at en bestående sindssygdom med eller uden åbenbare psykotiske symptomer som for eksempel hallucinationer eller vrangforestillinger medfører en sådan brist af realitetstestningen, at det bliver futilt at tale om for eksempel en mulig sammenhæng mellem sygdommen og kriminaliteten. En sådan årsagssammenhæng lægger op til begrebet ”partiel psykose”, hvor en del af personligheden antages at være sindssyg og en anden del ikke er det. Det begreb er aldrig anerkendt i dansk retspsykiatri.

Der har altid været (få) sager, hvor sindssyge er blevet idømt almindelige frihedsstraffe, og de sager, rådet er bekendt med, har altid voldt store problemer. I 1959 blev en paranoid psykotisk mand for drab idømt otte års fængsel, han begik selvmord i fængslet et lille års tid efter dommen (Retslægerådet 1909-2009, s. 69 ff.). Jubilæumsbogen beskriver ligeledes en skizofren mand, der gennem flere år pendlede frem og tilbage mellem psykiatrien og kriminalforsorgens institutioner (s. 75), hvilket i hvert fald ikke bedrede hans psykiske helbredstilstand. I den her beskrevne sag opholdt A sig i korte perioder i fængsler eller arresthuse, men var for syg til at rummes der og måtte tilbage-

føres til en psykiatrisk afdeling. Det kan frygtes, at også A kommer til at pendle frem og tilbage mellem psykiatrien og kriminalforsorgen.

Da A blev mentalundersøgt anden gang (i 2008), anbefalede overlægen en anbringelsesdom og fastholdt sit sanktionsforslag i en korrespondance med Retslægerådet, som anbefalede en behandlingsdom, med den begrundelse, at "en dom til behandling realistisk [ikke] vil kunne forhindre A i på ny at begå kriminalitet." Set i bagklogskabens klare lys havde overlægen ret, og det kan overvejes, om anvendelse af

en mere indgribende foranstaltning på et tidligt tidspunkt ville have medført et mere gunstigt forløb for A, der nu kan se frem til adskillige års frihedsberøvelse med ledsagende risiko for, at hans psykiske helbredstilstand i hvert fald ikke forbedres.

Endelig – ud fra en lægelig betragtning er det ironisk, at en ligeledes skizofren medgerningsmand med en psykiatrisk og kriminel forhistorie, der stort set svarer til A's, blev fundet utilregnelig og idømt en anbringelsesdom.

Ophævelse af en foranstaltningsdom – et problem for patienten?

B udviklede i en relativ høj alder skizofreni, og i en utvetydig psykotisk tilstand dræbte han sin tidligere hustru og et af parrets to børn samt forsøgte at dræbe det andet barn. Han blev idømt en anbringelsesdom og fik det under en seks år varende indlæggelse markant bedre. Foranstaltningen blev ændret til en behandlingsdom, men B forblev indlagt, indtil han kunne udskrives til velordnede sociale forhold. Han passede den ambulante behandling punktligt og kunne trappes helt ud af behandling med antipsykotisk virkende medicin. B's psykiske tilstand forblev uændret god og stabil, hans sociale forhold var velordnede, han havde intet misbrug, og små 10 år efter domfældelsen kunne såvel den behandlingsansvarlige overlæge som Retslægerådet anbefale foranstaltningen ophævet. Men B selv ønskede ikke foranstaltningen ophævet, da han var glad for den støtte, foranstaltningen indebar, og B's bistandsværgere protesterede kraftigt mod en ophævelse blandt andet med den begrundelse, at foranstaltningsdommen sikrede, at B modtog psykiatrisk behandling og ved behov kunne indlægges, hvilket efter bistandsværgens opfattelse var særlig vigtigt i B's tilfælde, anamnesen taget i betragtning, men dette ville ikke altid være tilfældet, såfremt foranstaltningen blev ophævet, hvad den imidlertid blev (10A/A2-02388-2010).

B var 55 år, da han blev tiltalt, og senere dømt, for at have dræbt sin tidligere ægtefælle, parrets 4-årige datter samt dømt for drabsforsøg af deres 2-årige datter. Af mentalerklæringen, udarbejdet i anledning af sagen, fremgik blandt andet, at B var født og opvokset i Mellemøsten under velordnede forhold. Han havde flere yngre hel- og halvsøskende, som alle havde klaret sig godt. Han kom til Danmark 20 år gammel og blev velintegreret i det danske samfund, hvor han i en årrække havde forskellige ansættelsesforhold, som han passede. Han blev gift første gang ret ung, ægteskabet var arrangeret, og det blev opløst efter nogle år. Efterfølgende var han kortvarigt gift med en dansk kvinde, hvorefter han nogle år før dra-

bene blev gift med en væsentligt yngre kvinde fra sit hjemland. B havde to nu voksne børn fra sit første ægteskab og to små børn fra sit tredje.

B havde forskellige legemlige sygdomme, blandt andet en gigtlidelse, sukkersyge og leverbetændelse, men i hvert fald de seneste år før mentalundersøgelsen, havde han udviklet forestillinger vedrørende disse sygdomme, som utvivlsomt havde karakter af vrangforestillinger.

B's tredje ægteskab blev opløst, formentlig fordi han efterhånden havde ændret sig psykisk. Ved mentalundersøgelsen var B utvivlsomt sindssyg. Han kunne ikke forklare drabene, udover

at en stemme havde beordret ham til i bil at køre ind i den tidligere hustru og de to børn. Det fremgik, at der var problemer med samværet, og at B også husede vrangforestillinger vedrørende socialforvaltningen.

B fandtes ved mentalundersøgelsen sindssyg, med overvejende sandsynlighed lidende af skizofreni og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Overlægen anbefalede en anbringelsesdom. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der tilsluttede sig erklæringens konklusion, herunder foranstaltningsforslaget.

De følgende år var B anbragt på en Retspsykiatrisk afdeling. Han blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin, og hans psykiske helbredstilstand blev hurtigt væsentligt forbedret. Han frembød ingen åbenbare sindssygdomssymptomer. Han var veltilpasset i afdelingen, og han overholdt alle aftaler om frihedsgoder, efterhånden som disse blev bevilliget.

Foranstaltningen blev opretholdt i seks år, hvorefter den efter anbefaling fra såvel den behandlingsansvarlige overlæge som Retslægerådet blev ændret til en behandlingsdom. B forblev indlagt i et lille års tid, indtil han blev udskrevet til velordnede sociale forhold. Han var på dette tidspunkt trappet helt ud af antipsykotisk virkende medicin, men modtog medikamentel behandling for sine forskellige legemlige sygdomme, og han frembød ingen psykotiske symptomer, men blev fortsat vurderet som noget skrøbeligt med tendens til at

gå så meget op i sine legemlige symptomer, at det nærmede sig hypokondre vrangforestillinger.

Små 10 år efter domfældelsen anbefalede den behandlingsansvarlige overlæge i en grundig erklæring, at foranstaltningen blev ophævet. Af erklæringen fremgår blandt andet, at B boede alene i en toværelses lejlighed. Han var glad for boligen, og han havde kontakt med familien. Der havde i perioder været problemer i forholdet til den ældste datter, der havde forældremyndigheden over sin væsentligt yngre halvsøstre (forurettede i sagen). Forholdet var imidlertid nu godt. B fungerede hertil som besøgsven.

Psykiatrisk havde tilstanden været god og stabil i flere år. B havde intet misbrug. Han var ikke – og havde ikke i flere år – været i behandling med antipsykotisk virkende medicin. Han passede punktligt behandlingen af de legemlige sygdomme. B blev af overlægen vurderet som lidt stereotyp samt ”stiv og stejl” (”rigid”) samt lidt konkret af tankegang, men der blev ikke bemærket egentlige formelle tankeforstyrrelser, ligesom han ikke frembød åbenbare sindssygdomssymptomer. Han var uændret optaget af sine legemlige sygdomme (”somatiserende”), men uden at frembyde egentlige legemlige vrangforestillinger. Han var motiveret for at fortsætte psykiatrisk behandling, såfremt foranstaltningen blev ophævet, men han angav selv, at han faktisk ikke var interesseret i nogen ændring, idet han havde ...”været glad for den støtte og omsorg samt hjælp til praktiske

problemer, han har fået igennem de sidste år”.

Bistandsværgen udtalte sig – kraftigt – imod, at foranstaltningen blev ophævet og anførte i en skrivelse blandt andet, at foranstaltningsdommen ”er en god sikkerhedsforanstaltning, der garanterer hurtig, adækvat psykiatrisk hjælp, når behovet opstår. Den idømte kriminalitets karakter taget i betragtning må det siges at være både i samfundets og i B’s egen interesse. Jeg lægger særlig vægt på, at B selv udtaler, at han for tiden ikke selv har noget ønske om foranstaltningsens ophævelse.

Både som bistandsværge og som socialrådgiver i andre typer af sager har jeg efterhånden for ofte erfaret, at klienter, der ønsker at blive indlagt på psykiatrisk afdeling, fordi de mener, at de er i nød og har behov for behandling/ beskyttelse, bliver afvist af psykiatrisk skadestue/modtagelse med bemærkning om, at man ikke er noget hotel. Det må aldrig ske, at B bliver afvist af psykiatrisk skadestue/modtagelse, når han selv mener, at han er i knibe. Det at have en aktiv foranstaltningsdom gør, at B i almindelig arbejdstid kan trække på en psykiater, der ved akut behov kan få ham indlagt, og hele døgnet en bistandsværge, der kan støtte og mobilisere behandlingssystemet.”

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at B led af skizofreni, at han i medfør af en anbringelsesdom havde været indlagt i seks år, og at foranstaltningen var blevet ændret til en behandlingsdom. Herefter hedder det:

”Siden har han været i ambulans psykiatrisk behandling gennem opsøgende retspsykiatrisk team med stabilt fremmøde til aftalte tidspunkter. Han har ikke fået antipsykotisk virkende medicin gennem flere år. Der har ikke på noget tidspunkt været misbrug eller kriminelt recidiv. Der har ikke været åbenlyse psykotiske symptomer gennem længere tid, om end der har været tendens til at somatisere, ligesom B beskrives som psykisk skrøbelig. B har opnået sygdomserkendelse og erklærer sig motiveret for at fortsætte ambulans psykiatrisk kontrol og behandling. Hans sociale situation er tilfredsstillende med et stabilt, men lille netværk.

B’s bistandsværge har tilsluttet sig vurderingen af, at B’s psykiske tilstand er god og stabil, men har udtrykt bekymring for, om B ved behov vil kunne tilbydes nødvendig støtte og behandling, såfremt den idømte foranstaltning ophæves.

Idet Retslægerådet forudsætter, at B fortsat tilbydes psykiatrisk behandling, og at han vil kunne indlægges ved behov, skal rådet herefter tilslutte sig overlægens anbefaling af, at den idømte foranstaltning ophæves.”

Efterfølgende blev den idømte foranstaltning ophævet. Det nævnes i kendelsen, at bistandsværgen havde anbefalet foranstaltningen opretholdt.

Kommentar:

B, der stammede fra Melleløsten, kom til Danmark som ung og havde i en årrække været velintegreret i det danske samfund. Han udviklede i en

relativ høj alder skizofreni, og i en utvetydig psykotisk tilstand dræbte han sin tidligere hustru og et af parrets to børn samt forsøgte at dræbe det andet. Efterfølgende var han i medfør af en anbringelsesdom indlagt seks år på en psykiatrisk afdeling, hvorunder hans psykiske tilstand blev markant forbedret, således at foranstaltningen kunne ændres til en behandlingsdom.

Den markante bedring kan formentlig dels tilskrives den længerevarende, stabile indlæggelse, dels at sygdommen debuterede i en relativ høj alder, hvilket ofte bedrer prognosen. B passede de følgende år ambulantly behandling punktligt, hans sociale forhold var gode og stabile, og den behandlingsansvarlige overlæge kunne derfor med god grund anbefale foranstaltningsdommen ophævet. Men ironisk nok ønskede B ikke selv foranstaltningen ophævet, han var glad for den støtte, den indebar, ligesom bistandsværgeren protesterede kraftigt, idet han fremhævede, at en idømt foranstaltning sikrer nødvendig behandling og eventuel indlæggelse. Blev foranstaltningen ophævet, kunne

B risikere, såfremt han selv ønskede indlæggelse, at blive afvist med en bemærkning om, at en psykiatrisk afdeling ikke er noget "hotel". Bistandsværgeren påpegede – efter Retslægerådets opfattelse med rette – at mangelfuld behandling specielt for B, anamnesen taget i betragtning, kunne blive katastrofalt.

Samlet set er der tale om et velgennemført behandlingsforløb af en retspsykiatrisk patient – en længerevarende indlæggelse, som afgørende forbedrede B's psykiske helbredstilstand, udskrivning til velordnede sociale forhold og efterfølgende tæt lægelig kontrol. Såvel patienten selv som bistandsværgeren frygtede imidlertid – med rette? – at dette gunstige forløb kunne blive sat over styr, såfremt foranstaltningen blev ophævet. Retslægerådet fandt da også anledning til, som forudsætning for at anbefale foranstaltningen ophævet, at bemærke, at B fortsat kunne tilbydes psykiatrisk behandling og ved behov kunne indlægges. Tiden må vise, om det går sådan.

Den abnorme enkeltreaktion

Sagen vedrører en far, der dræbte sin 13-årige datter, som var under børnepsykiatrisk udredning og muligvis led af begyndende skizofreni. Den mentalobserverende overlæge mente, at faderen havde været kortvarigt sindssyg på gerningstidspunktet, hvilket Retslægerådet var uenig i, om end han utvivlsomt havde handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse. Han blev ved byretten idømt 11 års fængsel. (J.nr. 10A/A1-02685-2010).

A er en midaldrende mand, som ikke er tidligere straffet. Han blev mentalundersøgt i anledning af sigtelse for manddrab. Forurettede var A's 13-årige datter, som gennem flere år havde haft symptomer på psykisk sygdom og netop stod for at påbegynde behandling på ungdomspsykiatrisk afdeling. Til mentalobservationen oplyste A, at datteren i månederne op til drabet havde ændret sig markant og var som to forskellige personer. Hun følte sig styret udefra, nærmest besat af forestillinger om at maltraktere og dræbe familiemedlemmer. Hun græd ofte og tildækkede sit ansigt, for at mennesker "udenfor" ikke skulle se, hvor dårligt hun havde det. Familien havde søgt hjælp hos kommunen og den praktiserende læge, som henviste til ungdomspsykiatrisk vurdering; her fandtes ved undersøgelse 5 uger før drabet indikation for behandling, men ikke for akut indgriben.

A var opvokset under harmoniske forhold hos moderen med tæt kontakt til bedsteforældrene. Han havde ikke kontakt til faderen. Han udviklede sig normalt og var fagligt og socialt velfungerende. Han havde taget en universitetsuddannelse og været selvforsørgende frem til aktuelle.

Der havde været alvorlige problemer i samlivet med A's første hustru, som var

psykisk skrøbelig og moder til forurettede i den aktuelle sag. Efter skilsmisse indledte A nyt samlivsforhold, og parret havde et fælles barn på ca. 1,5 år. A misbrugte ikke rusmidler og havde livet igennem været psykisk rask. Et par år tidligere havde A konsulteret en psykolog i anledning af vanskelighederne med datteren, og han havde i tiden op til aktuelle følt sig belastet af datterens tilstand, som skabte bekymring og frygt i familien.

På dagen for drabet var hele familien hjemme, og A var beskæftiget med istandsættelse af lejligheden. Den foregående uge havde været præget af daglige konflikter med datteren. Der opstod en ny konflikt, og forurettede reagerede voldsomt på A's irettesættelse, klemte bevidst sine fingre i en skabslåge og truede med at skære i "kællingens grimme hud" (underforstået: A's samlever). Situationen eskalerede, og pludselig oplevede A helt kortvarigt at se datteren forvandle sig til en stor gul fugl. Det varede under et sekund, men A følte sig lammet af frygt. Kort efter stak datteren ham med en hobbykniv, og A følte det sortne for øjnene. Han frygtede at miste bevidstheden og for, hvad datteren kunne finde på. For at beskytte familien ville han derfor slå datteren bevidstløs og ramte hende gentagne gange i hovedet

med et tungt stykke værktøj. Indimellem hørte A datterens stemme gentage tidligere fremsatte trusler. A havde aldrig tidligere oplevet noget tilsvarende. Da datteren var bevidstløs og stærkt blødende, forsøgte han forgæves at genoplive hende.

Efter anholdelse blev A overført til psykiatrisk afdeling, hvor mentalobservation fandt sted.

A havde aldrig tidligere reageret voldeligt. Tværtimod blev han beskrevet som tålmodig og overbærende overfor alle, inklusiv datteren.

Ved en meget grundig mentalobservation fandtes A ikke sindssyg, men overlægen fandt, at A måtte antages at have befundet sig i en reaktiv sindssygelig tilstand på gerningstidspunktet, karakteriseret af de beskrevne sanseforstyrrelser. Han huskede forløbet bortset fra få minutter omkring selve drabet. Han beskrev ydermere, at han enkelte gange under indlæggelsen med ugers mellemrum oplevede lignende sanseforstyrrelser. A var derudover krisepræget og tidvis stærkt forpint.

Psykologisk undersøgelse i forbindelse med mentalobservationen fandt A velbevaget uden kognitive vanskeligheder. Der var ikke tegn på en psykotisk eller grænsepsykotisk tilstand. Personlighedsmæssigt var A præget af passive og dependente træk og bar præg af at have været udsat for langvarig stresspåvirkning. Han fandtes imidlertid ikke dybere personlighedsforstyrret.

Retslægerådet anførte i sin udtalelse, at A ikke var sindssyg og efter rådets opfattelse heller ikke havde været det på gerningstidspunktet, men foruret-

tedes (nu afdødes) svært afvigende og truende adfærd havde medført, at A havde handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse. De enkeltstående episoder, hvor A havde oplevet omgivelserne som ændrede, havde været såkaldt dissociative fænomener, som ikke var af sindssygelignende art. A fandtes derfor ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og næppe heller af samme lovs § 69, idet der kun var påvist lettere afvigende karaktertræk. Rådet kunne herefter ikke pege på anden foranstaltning end eventuelt forskyldt straf.

Under den langvarige varetægtsfængsling var A størsteparten af tiden anbragt i surrogat på psykiatrisk afdeling. Forsøg på at tilbageføre ham til arresten efter et halvt år bevirkede psykotisk sammenbrud, hvor A blandt andet skrev på væggene med afføring og blod for at holde "det onde" på afstand. Ved tilbageførsel til psykiatrisk afdeling blev der iværksat behandling med antipsykotisk virkende medicin. Efter knap et års varetægtsfængsling besluttede retten på baggrund af Retslægerådets udtalelse at tilbageføre A til arresthus, hvor hans tilstand hurtigt forværredes. Han fik atter påtrængende tanker om "det onde", der kun kunne holdes væk af farlige handlinger, og foretog gentagne gange ildspåsættelse i cellen. Ved tilbageførsel til psykiatrisk afdeling faldt han hurtigt til ro.

Den mentalobserverende overlæge, som også varetog behandlingen under A's indlæggelse, anførte et år efter drabet, få uger efter tilbageflytning til

psykiatrisk afdeling fra arresten, i en erklæring til statsadvokaten blandt andet følgende: ”Uden at man altså klart kan karakterisere patientens forestillinger om ”det onde” som en vrangforestilling, må man alligevel vurdere, at han forud for tilbageflytning hertil i arresten var psykotisk, da disse forestillinger for patienten er helt personlighedsfremmede, og da sammenhæng mellem tanker og handlinger savner indfølelig logik, men hvor handlingerne efter beskrivelsen er udført tvangsmæssigt, selvom patienten havde en klar, fornuftsmæssig distance til handlingen”. Videre, at A var ”særdeles følsom for pres og belastninger”, at det endnu var ”for tidligt at vurdere, hvorvidt (han) vil kunne gennemføre afsoning under normale forhold”, og at A aktuelt var så belastet af den forestående retssag, at yderligere belastning ”med overvejende sandsynlighed igen vil forværre den psykiske tilstand i retning af psykotisk tilbagefald”.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at A efter rådets opfattelse fortsat var præget af belastningssymptomer. Videre hedder det: ”De symptomer, A aktuelt frembyder, har en sådan sværhedsgrad, at han bør have ophold på en psykiatrisk afdeling.

Retslægerådet finder, at beslutningen om ophævelse af surrogatanbringelse og senere tidspunktet for overførsel til eventuel afsoning bør hvile på en lægefaglig vurdering.”

Kommentar:

I det aktuelle tilfælde foreligger på gerningstidspunktet en tilstand med kortvarigt tab af integrationen mellem sanseindtryk og identitetsbevidsthed, hvilket Retslægerådet betegnede som en dissociativ tilstand, og den mental-observerende overlæge betegnede en reaktiv sindssygelig tilstand. I klassisk retspsykiatrisk forstand vil man snarere tale om ”den abnorme enkeltreaktion”. Vurderingen af, om der var tale om en sindssygelig tilstand eller ej, var afgørende for, hvilken foranstaltning, der skulle anbefales overfor retten. At A efterfølgende befandt sig i en skrøbelig og psykisk ustabil tilstand ændrer ikke ved, at hans tilstand på gerningstidspunktet efter Retslægerådets opfattelse var af ikke-sindssygelig art.

En dissociativ tilstand er karakteriseret ved helt eller delvist tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sanseoplevelser, følelsesliv og beherskelsen af den legemlige motorik. Symptomerne udvikler sig ofte i tæt relation til psykologisk belastning og kan optræde pludseligt. Tilstanden anskues som et kontinuum, der eventuelt kan antage sindssygelig karakter, men de fleste tilfælde er ikke-sindssygelige.

Der henvises til Retslægerådets årsberetninger for 2000, s. 91 ff., og for 2008, s. 53 ff., samt denne årsberetning s.71 ff. Den abnorme enkeltreaktion er beskrevet af Hjalmar Helweg i første udgave af hans lærebog i retspsykiatri fra 1939. Den defineres som ”en isoleret abnorm handling hos en i øvrigt normal per-

son". Udtrykket har været anvendt om personlighedsfremmede kortslutnings- eller panikreaktioner, der kan opleves som en "psykisk indespærring", som finder afløb i en meningsløs, voldelig handling. Det antages, at karakterneurotiske tilstande med antiaggressive træk disponerer for den abnorme enkeltreaktion. Tilstanden er vanskelig at afgrænse i forhold til andre affektreaktioner, og begrebet anvendes kun sjældent. Konventionelt betragtes den abnorme enkeltreaktion almindeligvis

ikke som sindssygelig eller ligestillet hermed, og heri ligger den særlige strafferetspsykiatriske betydning – en neurotisk, antiaggressiv person, der under voldsomt subjektivt pres pludselig foretager alvorlig voldskriminalitet, ofte drab, kan som udgangspunkt ikke findes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, uanset hvor personfremmed handlingen end måtte forekomme.

Der henvises til Retslægerådets årsberetninger for 1989, s. 106ff., og for 1993, s. 79ff.

Vurdering af sindssygdom ved moderat til svær depression

A er en 45-årig ikke tidligere straffet mand. Han er nu sigtet for at have dræbt sine to børn. Efterfølgende forsøgte han at tage sit eget liv, hvilket blev hindret, da han blev fundet og behandlet. I månederne op til det påsigtede havde han været i behandling for depression af moderat til svær grad, men uden sindssygelige symptomer. Efter det påsigtede udviklede han sindssygelige symptomer i form af vrangforestillinger og blev overflyttet til psykiatrisk afdeling. Retslægerådet fandt det ikke godtgjort, at han havde været sindssyg på gerningstidspunktet, men han var sindssyg på undersøgelsestidspunktet. Rådet anbefalede derfor dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, subsidiært anbringelse indtil eventuel straf måtte kunne fuldbyrdes. Ved et nævningeting blev A fundet skyldig efter anklageskriftet og flertallet fandt – på trods af Retslægerådets udtalelse – at han på drabstidspunktet havde befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og at han af den grund havde været utilregnelig. A blev derfor fundet straffri, men dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling (j.nr. 10A/A1-02502-2010).

A var 45 år, da han blev mentalundersøgt på grund af en sigtelse for at have dræbt sine to børn på 9 og 12 år. Af erklæringen fremgår blandt andet, at han var opvokset under trygge forhold, havde en faglig uddannelse, og at han næsten i hele sit voksenliv havde været i arbejde. A havde aldrig haft noget misbrug af rusmidler og havde aldrig før op til aktuelle forløb været i behandling hos hverken psykiater eller psykolog.

A havde været gift i 14 år, og han havde altid opfattet ægteskabet som harmonisk. Der havde været problemer, men A havde indordnet sig hustruen og hendes synspunkter. Hun havde et stort økonomisk forbrug – også større end familiens økonomi tillod – hvorfor A havde optaget flere lån, hvilket i tiltagende grad belastede ham, idet det altid havde været vigtigt for ham

”at have orden i sine sager”. Han var også den, der overvejende tog sig af børnene, blandt andet indrettede han sin arbejdstid efter børnenes behov. Det fremgår af sagens akter, at A blev karakteriseret som venlig, hjælpsom og flittig, men også som ”for god af sig”. Det kom som et chok for ham, da hustruen meddelte, at hun havde fundet en anden og ville skilles. De følgende måneder, hvor parret af praktiske grunde fortsat måtte bo sammen i huset, følte han sig trist og opgivende, og ca. en måned før drabene begyndte A behandling hos en praktiserende psykiater, der vurderede, at A led af en moderat til svær depression. Speciallægen ordinerede behandling med antidepressivt virkende medicin, som A imidlertid ikke tog, da han følte, at allerede samtalen med psykiateren havde hjulpet ham. Små 14 dage før drabet blev han ganske uventet afskediget fra

sit arbejde, efter at han angiveligt ved en fejl havde brugt et mindre beløb, der tilhørte det firma, hvor han var ansat. Han fik det igen dårligere, sov dårligt og angiveligt efter en pludselig indskydelse besluttede han sig for at slå børnene ihjel og begå selvmord, for at de alle kunne "få fred". Efter at have dræbt børnene forsøgte han at begå selvmord ved at stikke sig i mave og bryst samt skære pulsårerne på begge arme over.

A havde, ca. en uge før han dræbte børnene og igen to dage før, været til samtale hos den behandlende psykiater, som beskrev, at A var belastet af sin samlede situation, men der er ikke i journalen beskrevet symptomer på en sindssyg depression eller andre sindssygdomssymptomer.

Efterfølgende udviklede A en utvivlsom psykotisk tilstand med syns- og hørelshallucinationer, uro og vrangforestillinger blandt andet vedrørende de døde børn. Han blev – efter den kirurgiske behandling var afsluttet – overført til en psykiatrisk afdeling, hvor han fortsat fandtes utvetydig sindssyg om end i langsom bedring.

Den mentalobserverende psykiater fandt, at A havde været sindssyg på gerningstidspunktet og således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede "dom til behandling på psykiatrisk afdeling eller under tilsyn heraf, således at overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse."

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at A "...er sindssyg nu, men Retslægerådet finder det ikke godtgjort, at han var sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet.

A har altid været socialt veltilpasset, og han har aldrig tidligere frembudt tegn på psykisk lidelse. Han har aldrig misbrugt rusmidler, og han var efter det oplyste ikke påvirket heraf på tidspunktet for de påsigtede forhold.

A udviklede i efteråret 2009 depressive symptomer i anledning af, at hans hustru ønskede skilsmisse, og i slutningen af december 2009 blev han via sin arbejdsplads henvist til praktiserende psykiater, der fandt ham moderat til svær depressiv, men sindssygdomssymptomer er ikke beskrevet. A fik ordineret behandling med blandt andet antidepressivt virkende medicin, men han indtog ikke den ordinerede behandling, idet han angiveligt havde fået det bedre efter samtale med psykiateren. Han blev bortvist fra sit arbejde i midten af januar 2010. Han var cirka en uge senere, det vil sige cirka en uge før de påsigtede forhold, til samtale med psykiateren, hvor A fandtes belastet af sin samlede situation, men sindssygdomssymptomerne er ikke beskrevet.

Efter de påsigtede forhold har A udviklet en psykotisk tilstand præget af blandt andet hallucinationer og vrangforestillinger om, at de dræbte børn er i live. Han må antages at være endog

særdeles selvmordstruet, når karakteren af hans handlinger står klart for ham. Personlighedsmæssigt er han formentlig blandt andet konfliktsky, idylliserende og præget af manglende evne til på naturlig måde at tilgodese egne berettigede behov og krav ("antiaggressiv"). En sådan personlighedsstruktur kan give anledning til affektophobning og efterfølgende affektreaktioner.

A er herefter efter Retslægerådets opfattelse omfattet af straffelovens § 69. Han er efter de påsigtede forhold, men før dom, kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16, stk. 1 nævnte art, og Retslægerådet skal, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 73, stk. 1, anbefale dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, subsidiært dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes."

Da rådets påtænkte udtalelse afveg fra den mentalobserverende overlæges, korresponderede rådet med overlægen, som imidlertid ikke fremkom med bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse.

A blev fundet skyldig i at have dræbt de to børn. Om sanktionsspørgsmålet hedder det herefter i udskrift af dombogen: "Der er afgivet 6 stemmer for at anse tiltalte for omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, på gerningstidspunktet.

Disse voterende udtaler, at uanset at Retslægerådets erklæring af 21. juli 2010 lægges til grund, da finder disse

voterende, at tiltalte på gerningstidspunktet må anses for at have været i en tilstand, som må ligestilles med sindssygdom, jf. straffelovens § 16, stk. 1. Det lægges herved efter bevisførelsen til grund, at tiltalte i det hele har været en velfungerende familiefar og velfungerende medarbejder, indtil familiesammenbruddet og bortvisningen fra jobbet fandt sted. Det må ligeledes lægges til grund, at tiltalte aldrig har udvist aggressiv adfærd. Den handling, som tiltalte foretog ved at dræbe sine børn, stemmer således efter alle foreliggende oplysninger ikke overens med hans natur og må anses for en helt abnorm enkeltreaktion forårsaget af, at tiltalte på gerningstidspunktet var moderat til svært deprimeret og presset af sin uoverskuelige situation. Tiltalte har derfor på gerningstidspunktet været utilregnelig.

Der er afgivet 6 stemmer for ikke at anse tiltalte for omfattet af straffelovens § 16, stk. på gerningstidspunktet.

Disse voterende udtaler, at tiltalte navnlig efter Retslægerådets erklæring af 21. juli 2010, men også når denne sammenholdes de øvrige lægelige oplysninger, ikke kan anses for at have været utilregnelig på grund af sindssygdom på gerningstidspunktet. Efter de foreliggende oplysninger er der heller ikke det fornødne grundlag for at antage, at der i forbindelse med drabene har været tale om en sådan abnorm enkeltreaktion, at tiltalte, der efter de foreliggende lægelige oplysninger er omfattet af straffelovens § 69, må anses for at have været utilregnelig på gerningstidspunktet på

grund af en tilstand, der må ligestilles med sindssygdом.

I medfør af retsplejelovens § 894, stk. 4, sidste punktum, er retsformandens stemme afgørende, hvorfor tiltalte herefter anses for omfattet af bestemmelsen på gerningstidspunktet og er derfor fri for straf.

A straffes derfor ikke, jf. straffelovens § 16, stk. 1.

Efter de lægelige erklæringer, og da tiltalte efter Retslægerådets erklæring nu er sindssyg, stemmer samtlige voterende for, at tiltalte skal anbringes på psykiatrisk afdeling, da mindre indgribende foranstaltninger ikke findes tilstrækkelige, jf. straffelovens § 68.

Samtlige voterende stemmer for, at der under hensyn til arten af den pådømte kriminalitet ikke fastsættes længstetid for den idømte foranstaltning, jf. straffelovens § 68a, stk. 2.”

Kommentar:

A havde utvivlsomt været svært belastet i perioden før gerningstidspunktet, men det afgørende spørgsmål i sagen var, om A havde været sindssygeligt deprimeret. A blev i ugerne før drabene flere gange set af speciallæge i psykiatri, der fandt A moderat til svær depressiv, men psykotiske symptomer er ikke beskrevet.

Diagnostisk skelnes der mellem let og moderat depression samt svær depression med og uden psykotiske symptomer. Hvis der foreligger psy-

kotiske symptomer, er depression per definition svær. I nogle tilfælde kan en svær depression imidlertid være præget af en samlet set så læderet realitetstestning, at man vil vurdere, at personen er sindssyg, selv om der ikke foreligger åbenbare psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger. Retslægerådet fandt ikke, at der i aktuelle sag forelå præmisser for dette, idet Retslægerådet måtte lægge vægt på, at der ikke op til det påsigtede var beskrevet sindssygdомssymptomer af den praktiserende psykiater, som heller ikke fandt grundlag for at anbefale indlæggelse på en psykiatrisk afdeling f.eks. på grund af selvmordsfare.

Retten fandt med det snævrere mulige flertal, at A på gerningstidspunktet havde befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdом, og at han havde været utilregnelig. Han fandtes derfor omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og blev – med samtlige stemmer, da han nu var sindssyg – idømt en anbringelsesdom. (Om den abnorme enkeltreaktion, som nævnes i dommen, se s.67 ff. i denne årsberetning).

Det sker, om end sjældent, at retten finder en sindssyg person tilregnelig og idømmer almindelig straf (se s.53 ff.), hvilket er forventeligt, idet tilregnelighedsbegrebet i straffelovens § 16 – som er et juridisk, ikke et lægeligt anliggende, - tilsiger at lade retten afgøre, om en person, der er fundet skyldig i en forbrydelse, skal være straffri. Det er imidlertid uhyre sjældent, at retten omvendt finder en skyldig person omfattet af § 16, såfremt vedkommende

lægeligt – herunder i sidste ende af Retslægerådet – ikke er fundet sindssyg eller i en hermed ligestillet tilstand. (De mentalt retarderede udgør en særlig gruppe, som er nærmere omtalt s.81 ff.).

Retslægerådets årsberetninger siden 1988 indeholder kun en enkelt sag, der kan minde om den her refererede. Rådet udtalte om en ung, hjerneskadet mand, at han ...”ikke med sikkerhed [kan] henføres til straffelovens § 16, stk. 1, men vil under alle omstændigheder være omfattet af samme lovs [doværende] § 69, stk. 1.” Retten fandt ham imidlertid ...”utilregnelig på grund af en tilstand, der må ligestilles med sinds-

sygdom”, og idømte ham en anbringelsesdom efter at han var fundet skyldig i drab (Årsberetningen 1994, s. 73 ff.).

Afslutningsvis skal nævnes, at forudsætningen for, at man ud fra en lægelig betragtning kan karakterisere en given psykopatologisk tilstand på et gerningstidspunkt som sindssygelig eller ligestillet hermed, er, at personen har frembudt alment accepterede psykiske symptomer forenelige hermed, hvorimod selv den mest bizarre eller uforståelige adfærd ikke i sig selv kan tages til indtægt for en bestående psykisk sygdom (Årsberetningen 1994, s. 65 ff.).

Psykotiske symptomer og sindssygd

A er en 35-årig mand med en lang kriminel karriere og et årelangt blandet misbrug af rusmidler. Han var nu sigtet for forsøg på manddrab. A havde ikke tidligere modtaget psykiatrisk behandling. Han havde gennem flere år i perioder været hørelshallucineret, et symptom som muligvis var en følge af hans misbrug. På trods heraf fandt den mentalobserverende overlæge ikke, at A var sindssyg, idet hørelshallucinationerne blev tilskrevet en formodet skrøbelig personlighed. Da han imidlertid frembød psykotiske symptomer, fandt Retslægerådet det sandsynligt, at han var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 (j.nr. 10A/A1-02472-2010).

A er en nu 35-årig mand med en lang kriminel karriere herunder flere ubetingede domme blandt andet for vold og trusler. Han blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for forsøg på manddrab. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A havde haft en belastet opvækst præget af vold og misbrug. Han havde siden den tidligste ungdom haft et massivt misbrug af forskellige rusmidler, således havde han siden 11-års-alderen røget hash dagligt, og i perioder havde han drukket op til 40 genstande dagligt, ligesom han også i perioder har taget amfetamin og kokain. Han havde i en periode været tilknyttet et misbrugsbehandlingscenter, men kontakten var ophørt, uden at han rigtigt kunne redegøre hvorfor.

Af erklæringen fremgår videre, at A havde haft såvel faglige som sociale problemer i skolen, men han havde gennemført 10. klasse afgangsprøve om end med dårligt resultat i flere fag. Han havde ingen uddannelse og havde på undersøgelsestidspunktet gennem flere år været uden kontakt med arbejdsmarkedet. Han havde været i flere aktive-

ringsforløb, men var stoppet på grund af manglende interesse og fremmøde. A havde haft nogle samlivsforhold og i forbindelse med ophævelse af to af disse samlivsforhold, havde han foretaget selvmordsforsøg. A boede nu alene stort set uden kontakt til andre mennesker. A var sigtet for drabsforsøg over for sin husvært – en mand han havde et udmærket, men på ingen måde et tæt forhold til. A huskede angiveligt intet om hændelsesforløbet, da han havde været meget svært beruset.

A oplyste ...”at han i en årrække, måske 10-15 år, har hørt stemmer indeni hovedet. Det er hans egen stemme og indimellem en damestemme, som er ham ukendt. Stemmerne taler til ham og siger, at han skal gøre sig selv eller andre fortræd. De har aldrig talt om ham. Han hører ikke stemmer konstant, men nok dagligt, og det er især, når han er ked af det eller aggressiv. Han har for nogen tid siden kontaktet egen læge i den anledning, og lægen har givet ham nogle øvelser for at holde stemmerne væk. Det drejer sig om, at han skal sige til stemmerne, at de skal

lade ham være, og at han ikke har brug for den diskussion nu. Tillige har han fået behandling med beroligende medicin Truxal 25 mg x 2. Han synes, at det har "taget toppen" af stemmerne."

Det fremgår, at A ca. 10 år før undersøgelsen havde skilt køleskab, komfur mv. ad, fordi han var overbevist om, at der var installeret overvågningsudstyr i hans lejlighed. A kunne fortsat indimellem have en oplevelse af at føle sig forfulgt på gaden, uden at han vidste, hvem der skulle forfølge ham.

A havde aldrig modtaget psykiatrisk behandling, men godt to år før aktuelle mentalundersøgelse var han blevet undersøgt af speciallæge i psykiatri efter anmodning fra en socialforvaltning. Speciallægen fandt, at A var præget af en personlighedsforstyrrelse (dyssocial personlighedsstruktur), afhængighed af rusmidler og en psykotisk tilstand som følge af misbruget.

Mentalerklæringen konkluderede blandt andet:

"Personlighedsmæssigt er A afvigende, umoden og skrøbelig. Han kan i ringe grad bearbejde, modulere og omforme såvel tankemæssigt som følelsesmæssigt materiale og handler derfor typisk impulsivt og unuanceret. Han er samtidig tilbøjelig til at være selvovervurderende. Hans evne til og interesse for at sætte sig ind i andre menneskers tanker og følelser er begrænset.

A har kun ringe erkendelse af misbrugets skadelige virkning.

A beskriver, at han hører stemmer, der taler til ham, og han beskriver en form for anfald. A er grundigt udredt herfor med undersøgelse af hjernens elektriske svingninger, CT-skanning af hjernen og psykologisk testning, og der findes ikke noget organisk grundlag for disse oplevelser, som således må antages at kunne tilskrives en tilbøjelighed til at dissociere som et led i hans skrøbelige personlighed.

A tilhører den personkreds, som omtales i straffelovens § 69. I fald han kendes skyldig, kan ikke peges på foranstaltninger i henhold til samme lovs § 68 som mere formålstjenlige end straf. I forbindelse med eventuelt prøveløsladelse skal anbefales et vilkår om lægelig ledet behandling mod stof- og alkoholmisbrug."

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte, at A ... "muligvis er sindssyg og muligvis var sindssyg på tidspunktet for den påsigtede handling. Selvom han på tidspunktet for den påsigtede handling var påvirket af alkohol, er der ikke holdepunkt for at antage, at der har foreligget en såkaldt abnorm rustilstand. Han er begavet i den nedre del af normalområdet.

A har haft en noget belastet opvækst med en alkoholmisbrugende og voldelig far. Han er ikke i arbejde og har gennem mange år modtaget kontanthjælp. A har siden ungdommen haft et blandet misbrug af cannabis, centralstimulerende stoffer og alkohol. I de senere år har han i lange perioder drukket 20-40 genstande dagligt.

A har ikke modtaget psykiatrisk behandling, men han er vurderet af speciallæge i psykiatri i 2007, som konkluderer, at han er afhængig af multiple rusmidler, og at hans misbrug har medført en psykotisk tilstand præget af hørehallucinationer. Det vurderes desuden, at han har en forstyrret personlighedsstruktur.

Ved den retspsykiatriske undersøgelse i forbindelse med aktuelle sigtelse beskriver A psykotiske symptomer i form af lejlighedsvis hørehallucinationer. Han giver ikke udtryk for sindssygelige tanker eller forestillinger i øvrigt. Han fremtræder personlighedsmæssigt afvigende og beskrives som umoden, skrøbelig, impulsiv og unuanceret.

Retslægerådet finder herefter, at A på grund af hørehallucinationer, udviklet efter langvarigt misbrug, muligvis er sindssyg og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Skulle dette ikke være tilfældet, at han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Uagtet den diagnostiske usikkerhed finder Retslægerådet, at det, såfremt han findes skyldig, vil være mere formålstjenligt, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., end eventuelt forskyldt straf, at idømme dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.”

Da der var uenighed mellem den erklæringsskrivende overlæge og Rets-

lægerådet, blev den udtalelse, rådet var sindet at afgive, forelagt overlægen (”korrespondance”), som imidlertid ikke fremkom med bemærkninger til rådets udtalelse.

A blev efterfølgende fundet skyldig i vold af særlig rå, brutal og farlig karakter i gentagelsestilfælde.

Retten fandt, at A på gerningstidspunktet havde befundet sig i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, det vil sige, at A tilhørte den i straffelovens § 69 beskrevne personkreds. Det blev fundet mere formålstjenligt end straf at idømme ham en foranstaltning efter straffelovens § 68, 2. pkt., og A blev dømt til psykiatrisk behandling mv., som foreslået af Retslægerådet. Foranstaltningen var på grund af karakteren af det påsigtede uden længstetid.

Kommentar:

Moderne forskning viser, at nogle mennesker kan opleve hørelsesshallucinationer uden at være egentlig psykisk syge. En sådan sag er omtalt i Retslægerådets årsberetning 1995, s. 47 ff. Omvendt kan mennesker være ”sindssyge” – og altså omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 – uden at frembyde åbenbare sindssygdomssymptomer som f.eks. hallucinationer eller vrangforestillinger (årsberetningen 2009, s. 69 ff.). I den her refererede sag havde A gennem mange år haft intermitterende, men hyppige hørelsesshallucinationer. Han havde efter det oplyste hertil for år tilbage frembudt utvivlsomme vrang-

forestillinger, og han kunne fortsat huse vage forfølgelsesforestillinger, men det er ikke klart beskrevet, om disse forestillinger havde karakter af vrangforestillinger, eller nærmere måtte opfattes som selvhenførende forestillinger hos en personlighedsmæssigt skrøbelig, misbrugende mand.

Den mentalobserverende overlæge fandt ikke A "sindssyg" på trods af tilstedeværelsen af et "psykotisk" symptom, men forklarede hørelsehallucinationerne som "en tilbøjelighed til at dissociere som et led i hans skrøbelige personlighed". De dissociative tilstande er nærmere omtalt i rådets årsberetninger 2000 (s. 91 ff.) og 2009 (s. 83 ff.), og her skal blot anføres, at den beskrevne psykopatologiske tilstand hos A efter rådets opfattelse ikke kan henføres til de dissociative tilstande. Rådet fandt det mest sandsynligt, at der var tale om en følgetilstand til hans svære misbrug,

eventuelt en såkaldt alkoholhallucination, det vil sige hørelsehallucinationer betinget af et langvarigt svært alkoholmisbrug. En sådan tilstand vil som udgangspunkt være omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men der kan være tilfælde, hvor alkoholmisbrugeren har fuld indsigt i, at hallucinationerne er betinget af misbruget og også fuld indsigt i, at hallucinationerne er sygelige fænomener, som den pågældende negligerer, hvorfor tilstanden eventuelt nærmere må henføres til § 69. Disse forhold blev ikke klart beskrevet i erklæringen, hvorfor rådet kun kunne anføre, at A "muligvis" var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men uanset den diagnostiske usikkerhed – og altså uanset om A var omfattet af § 16, stk. 1 eller af § 69 – fandt rådet under alle omstændigheder uforbeholdent at kunne anbefale en foranstaltningsdom.

Mental retardering

Straffelovens § 16 omfatter, udover de sindssyge, også mennesker der er mentalt retarderede. Personer der på gerningstiden var utilregnelige på grund af mental retardering i højere grad (IQ 49 og derunder) er straffri efter § 16, stk. 1. Sigtede, der er mentalt retarderede i lettere grad (IQ 50-69) og hermed ligestillede, straffes kun, hvis særlige forhold taler derfor (§ 16, stk. 2).

En række sager, der har været forelagt Retslægerådet inden for de seneste år, har vist, at afgrænsning af gruppen, og valg af særforanstaltning, ofte volder vanskeligheder. Efter en generel gennemgang af indholdet af den lægelige diagnose mental retardering, beskrives et udvalg af sager, med det formål at belyse valg og indhold af særforanstaltninger (j.nr. A1-2499; A1-2450; A1-2421 og A1-2422).

Intelligenstestning

I WHO's diagnoseliste ICD 10 (international klassifikation af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser) defineres mental retardering som en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som viser sig i barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, det vil sige de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder. Graden af mental retardering bedømmes sædvanligvis ud fra en standardiseret intelligenstest, suppleret med social tilpasningsskala og klinisk vurdering.

I Danmark anvendes ved intelligenstestning af voksne den såkaldte WAIS III test. Denne prøve er grundlagt af den amerikanske psykolog David Wechsler. Testen udføres sædvanligvis af en psykolog, men der er ikke krav om formaliseret uddannelse og godkendelse af de psykologer, der anvender testen. Den nu anvendte tredje version af prøven er på væsentlige områder

bedre end de tidligere udgaver. Således udregnes efter scoring af de 14 delprøver (7 verbale og 7 performance delprøver) en total intelligenskvotient, IQ, samt verbal- og performance IQ. Herudover meddeles som noget nyt en IQ for områderne 1) sproglig forståelse, 2) perceptuel organisering, 3) arbejds-hukommelse og 4) forarbejdningshastighed. Alle IQ angivelser er forsynet med 5 % sikkerhedsgrenser på grund af prøvens usikkerhed.

WAIS III er udarbejdet til brug i USA. Før anvendelse i et andet land skal der udføres en såkaldt validering, hvor en større, repræsentativt udvalgt gruppe af landets indbyggere undersøges med testen. Ved denne validering udarbejdes et såkaldt aldersstandardiseret normsæt. Imidlertid har det vist sig, at det danske normsæt til WAIS III ikke fungerer ved beskrivelse af intelligensen hos svagt begavede. Problemet er opstået, fordi valideringsgruppen ikke var repræsentativt udvalgt. Resultatet er, at intelligensen fastsættes for lavt

(hyppigt mere end 10 IQ Point), med den risiko, at en sigtet fejlagtigt vurderes som mentalt retarderet (og eventuelt idømmes en særforanstaltning efter § 68). Uagtet at dette problem er vel-dokumenteret, har det forlag, der har udgivet WAIS III, ikke taget skridt til udarbejdelse af et nyt normsæt. Rettighederne til WAIS III i Danmark er overgået til et andet firma, og da man afventer lancering af en 4. version af WAIS testen, kan det ikke forventes, at problemerne med WAIS III vil blive rettet op ved udarbejdelse af et nyt dansk normsæt. Ved intelligenstagning med WAIS III i forbindelse med mentalundersøgelse, anbefales det derfor, på denne baggrund, at anvende de amerikanske normer.

Matrice for diagnosticering af mental retardering

Ved diagnosticering af mental retardering i forbindelse med mentalundersøgelse anbefaler Retslægerådet følgende fremgangsmåde:

- Der skal gennemføres en psykologisk testning, foretaget af en psykolog, der er trænet i brugen af WAIS testen.
- Psykologen tester med WAIS III og meddeler i sin rapport de ”7 IQér” med 5 % sikkerhedsgrænser, både efter danske og amerikanske referencetabeller, samt råscore for hver enkelt delprøve.
- Psykologen beskriver detaljeret observandens forudsætninger, adfærd og motivation ved testens gennemførelse. Disse forhold påvirker i betydelig grad resultatet

af testen og er derfor af betydning ved vurdering af undersøgelsens validitet.

- Den undersøgende læge bør fremskaffe oplysninger (helst både skriftlige og mundtlige) fra andre (skole, institution, sociale myndigheder, forældre mv.), om observandens udvikling og intellektuelle funktionsniveau i barne- og ungdomsårene, samt aktuelt.
- I mentalerklæringen beskrives, detaljeret og med konkrete eksempler, observandens funktionsniveau ved læsning/skrivning, talforståelse samt evnen til at administrere egen praktisk tilværelse (dvs. penge, mad, hygiejne, tøjvask, indkøb, bolig mv.). Yderligere vurderes evnen til omtanke, planlægning, kontakt og generel viden.
- Samlet beskrivelse af funktion i barne/ungdomsårene.
- Afgørelsen af, om en person er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 (eller er mentalt retarderet i højere grad, § 16, stk. 1), sker ud fra en samlet vurdering af resultatet af intelligenstagning, indhentede oplysninger og klinisk undersøgelse. De faktorer, der indgår i vurderingen, beskrives og diskuteres i erklæringen.
- IQ angivet efter amerikanske ”normer” er mest retvisende.
- At en observand scorer lavt ved intelligenstagning som voksen betyder ikke nødvendigvis, at personen er mentalt retarderet. Det skal dokumenteres, at dette har været tilfældet fra barnealderen. Intellektuel reduktion

opstået efter barnealderen er definitionsmæssigt udtryk for demens og kan typisk udvikles ved misbrug, kranietraumer og psykiske lidelser som for eksempel skizofreni mv.

Særforanstaltninger ved mental retardering

I Rigsadvokatmeddelelse nr. 5 fra 2007 findes anført de særforanstaltninger, der skal anvendes ved mental retardering. Ordlyden følges nøje, idet individuelle formuleringer medfører uklarhed vedrørende ansvar og kompetence i forbindelse med særforanstaltningens gennemførelse.

Hvis en mentalt retarderet samtidig er sindssyg, afgør den kliniske tilstand valget af særforanstaltning (Årsberetningen 2000, s. 77 ff.). Kreative formuleringer, med for eksempel vilkår om psykiatrisk behandling i forbindelse med dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykisk handicap, skal undgås. Enten vælges en særforanstaltning for personer, der er sindssyge eller i en tilstand ligestillet hermed, eller en særforanstaltning for mentalt retarderede.

Afgørelsen af, hvilken af de fem mulige typer af særforanstaltninger (for mentalt retarderede) der anbefales (fra anbringelse i sikret institution til tilsyn uden anbringelsesmulighed), afhænger af den kliniske tilstand, især vurderingen af risikoen for ny kriminalitet. For en detaljeret beskrivelse af indholdet af de enkelte særforanstaltninger henvises til "Sigtede og domfældte udviklings-

hæmmede under kommunalt tilsyn" 2. udgave (kan rekvireres gratis via www.ndu.dk), idet det dog bemærkes, at denne publikation ikke er udarbejdet af en offentlig myndighed, men af et videnscenter.

Ved gennemgangen af sanktionsmulighederne ved de enkelte særforanstaltninger er det værd at bemærke, at dom til anbringelse medfører ophold i en åben institution med døgndækning. Udgangscirkulæret er gældende for den anbringelsesdømte (domstyperne 1-3), og dermed er der også mulighed for at tilbageholde den dømte på institutionen imod hans vilje. Dette er ikke tilfældet ved dom til tilsyn med mulighed for anbringelse i institution (type 4), det vil sige, at selvom foranstaltningen giver tilsynsmyndigheden mulighed for administrativt at anbringe personen i en institution med døgndækning, tolkes lovgivningen i praksis på den måde, at personalet ikke kan forhindre den dømte i at gå igen, med mindre hans funktionsniveau er så nedsat, at personen er omfattet af magtanvendelsesreglerne i serviceloven.

Dom til anbringelse i sikret afdeling (domstyperne 1 og 2) kan udelukkende foregå i en af de 32 sikrede pladser på institutionen Kofoedsminde på Lolland. Kofoedsminde modtager kun personer der er fyldt 18 år, og der er derfor ingen sikrede anbringelsesmuligheder for mentalt retarderede under 18 år.

Sag 1

A er en 42-årig mand, der er sigtet for vold mod tjenestemand efter straffelo-

vens § 119, ved, på den institution han boede, at have tildelt et personalemedlem et kraftigt knyttnæveslag i baghovedet. A er opvokset under belastede forhold. Hans skolegang har været begrænset, og han har ikke gennemført nogen uddannelse, men alligevel har A tidligere været socialt velfungerende og ernæret sig ved forskelligt arbejde, blandt andet som selvstændig glarmester. Omkring 25-års-alderen påbegyndte han et misbrug af hash, og samtidig udviklede han symptomer på psykisk lidelse. Hans sociale funktionsevne aftog betydeligt, og efter langvarige indlæggelser i psykiatriske afdelinger under diagnosen skizofreni blev A placeret på en døgninstitution, hvor han blev behandlet med store doser antipsykotisk virkende medicin.

A blev mentalundersøgt under indlæggelse i psykiatrisk afdeling. Der blev ikke foretaget intelligenstag ved mentalundersøgelsen. Der refereres en tidligere udredning med neuropsykologisk testning. Fra denne undersøgelse citeres det i mentalerklæringen: "En vurdering af A's primære begavelse må bero på et kvalificeret estimat, eftersom han kun i et mindre omfang har kunnet medvirke til formel neuropsykologisk testning. På baggrund af skolegang, indtryk og præstationen på enkelte WAIS-delprøver skønnes A begavelsesmæssigt at placere sig i den lave ende af –muligvis lige under– normalområdet. Der findes således kognitive ressourcer, særligt indenfor det sproglige domæne. A har dog en ressource indenfor de rumlige funktioner, og han

klarer sig indenfor normalområdet i enkelte tests, som er af mere praktisk karakter. Det må således forventes, at A primært har sine ressourcer indenfor det praktiske område."

Den mentalundersøgende læge anfører i erklæringen: "I de følgende år fungerede han som ufaglært glarmester og senere på et savværk. Han har boet for sig selv indtil for ca. 3 år siden og angiveligt fungeret på et rimeligt niveau frem til han var i starten af ca. 31. – På grund af tiltagende misbrug fra observanden var ca. 30 år gammel, var observanden ifølge broderen udsat for social deroute, og han flyttede fra eget hus, på grund af tvangsauktion, til en mindre lejlighed. Ifølge broderen blev observanden opsagt fra adskillige lejemål og seneste lejemål var svært misligholdt ved fraflytningen. For ca. 3 år siden flyttede han til et bofællesskab. Dette tilbud kom i stand via længerevarende indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Han blev indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af tiltagende angst for at opholde sig i egen lejlighed". Ved indlæggelsen i forbindelse med mentalundersøgelse beskrives A som udtalt regredieret, med nærmest ophævet evne til egenomsorg.

Det anføres i erklæringen sammenfattende: "- Den direkte intelligenstag placerer observanden lige under normalområdet (IQ mindre end 90). Testen er dog forbundet med betydelig usikkerhed, da observanden ikke har villet deltage i store dele af testen. – På baggrund af ovenstående må man samlet konkludere, at observanden, på

trods af intellektuelle evner, der placerer ham over en IQ på 70, globalt set fungerer på et niveau svarende til en lettere mental reduktion (IQ mindre end 70). –”

I erklæringen konkluderes, at A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Der anbefales tilsynsdom med mulighed for anbringelse (type 4 dom), og derudover anbefaler den observerende overlæge, at dommen suppleres med vilkår om ”tilknytning til psykiatrien for at sikre kontinuerlig stemningsstabiliserende behandling”.

Retslægerådet var ikke enig i erklæringens konklusion, idet A ikke opfyldte de diagnostiske kriterier for mental retardering. Rådet udtalte blandt andet: ”- I den retspsykiatriske erklæring beskrives A med forestillinger, der har karakter af vrangforestillinger, udtalt regression samt betydeligt nedsat funktionsevne. Den diagnostiske placering er ikke endeligt afklaret, men Retslægerådet vurderer, at A mest sandsynligt er lidende af skizofreni. - ” A vurderes at være sindssyg, omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der anbefales dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen således, at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse”.

Ved dom af 12.11.2010 fulgte retten Retslægerådets forslag til særforanstaltning.

Kommentar:

I denne sag er stort set alt gået galt.

Intelligenstestningen er svært mangelfuld. Den refererede konklusion på testningen er modsætningsfyldt og uanvendelig. Det overses, at diagnosen mental retardering kræver, at funktionsniveauet har været nedsat allerede i barnealderen. Mentalerklæringens forslag til særforanstaltning er individuelt udformet og egnet til at skabe forvirring om ansvar og kompetence.

Sag 2

B er en 17-årig ung mand, der var sigtet for to tilfælde af ildspåsættelse efter straffelovens § 181, begået 2 år forud for afgivelse af mentalerklæringen. B lider af infantil autisme, det vil sige såkaldt gennemgribende udviklingsforstyrrelse med kontaktsvaghed, sprogforstyrrelse og tilbøjelighed til vanepreget adfærd og tænkemåde. Han er samtidig mentalt retarderet i lettere grad, og også med symptomer som de ses ved ADHD (forstyrrelse af opmærksomhed og koncentrationsevne).

Hverken ved mentalundersøgelsen eller tidligere er der foretaget en egentlig intelligenstest med beskrivelse af IQ. Der er indhentet relevante oplysninger fra forældre, skole og institutioner, der overbevisende beskriver, at funktionsniveauet siden barnealderen har været nedsat svarende til mental retardering i lettere grad. Den mentalundersøgende læge fandt B omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og anbefalede: ”Såfremt observanden findes skyldig i de påsigtede forhold, skal det anbefales, for at imødegå recidiv til ligartet kriminalitet, at han efter rettens bestemmelse tager ophold i egnet hjem eller institution for

personer med vidtgående psykisk handicaps og varig nedsat funktionsevne.”

Retslægerådet udtalte 07.05.2010:...”at B ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tiden for det påsigtede. B er mentalt retarderet i lettere grad eller i en tilstand ligestillet hermed. B er disponeret for psykisk sygdom, og han har fra barnealderen været præget af en såkaldt gennemgribende udviklingsforstyrrelse med kontaktbesvær, sprogforstyrrelse og afvigende adfærd. Han er hertil præget af nedsat begavelse og af tilbøjelighed til impulsivitet og acting out adfærd. Begavnelsesniveauet er ikke fastlagt eksakt ved psykologisk testning. Efter det påsigtede er B blevet anbragt på en institution, hvor den pædagogiske indsats er mere struktureret og grænsesættende, og da der samtidig er påbegyndt medicinsk behandling mod ADHD, er hans psykiske tilstand efter det oplyste væsentligt stabiliseret.

Retslægerådet finder B omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af risikoen for ny ligartet kriminalitet, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til tilsyn af kommunen, således at domfældte efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde, og således at tilsynsmyndigheden kan træffe bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller anden egnet institution.

Kommentar:

Mentalerklæringens anbefaling af særforanstaltning følger ikke rigsadvokatmeddelelsen. Det er tydeligt, at den valgte formulering er uklar og med stor sandsynlighed vil medføre forvirring om indholdet, især vedrørende muligheden for tilbageholdelse og tildeling af frihedsrettigheder.

Når der ved en mentalundersøgelse er mistanke om mental retardering, bør der altid udføres en intelligenstag med præcis beskrivelse af IQ. Testen behøver ikke at blive gentaget, hvis der foreligger en brugbar, nyere intelligenstag. Det har karakter af en undtagelse, når Retslægerådet accepterede at afgive udtalelse i den konkrete sag på trods af fraværet af intelligenstag.

Sag 3 og 4

Tvillingerne C og D er 16-årige unge mænd, der i samme sag var sigtet for vold mod tjenestemand og forsøg på manddrab. Brødrene er født og opvokset på Grønland, hvor også de påsigtede handlinger er foretaget. Brødrene blev mentalundersøgt under indlæggelse i retspsykiatrisk afdeling i Danmark.

I mentalerklæringerne beskrives C og D som præget af infantil autisme og samtidig mental retardering. Opvæksten beskrives som turbulent og præget af omsorgssvigt og voldelige overgreb. De blev tidligt anbragt på institutioner og i familieplejer, afbrudt af flere hjemgivelser. Under institutionsophold er brødrene fundet præget af svær forstyrrelse af evnen til kommunikation

og socialt samspil, umodenhed og tung begavelse. Hertil har der været alvorlige adfærdsforstyrrelser, hvor de i forening har udøvet hærværk samt vold og chikane mod andre børn. De to brødre beskrives ret ens, og i erklæringerne peges på den samme type særforanstaltning til begge. Derfor er der i det følgende udelukkende refereret vedrørende C.

I konklusionen vedrørende C anføres det: "...at han ikke kan klare sig på egen hånd og har brug for langvarig placering i egnet specialinstitution, der kan tilgodese hans særlige behov.

Herefter er C fundet omfattet af den daværende grønlandske kriminallovs § 113, stk. 1. Han vurderes ikke aktuelt at frembyde nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed og vurderes ikke at være omfattet af Kriminallovens § 102. Såfremt han findes skyldig i den påsigtede kriminalitet, anbefales som mere formålstjenlig foranstaltning end almindelig straf til forebyggelse af en betydelig, men dog afhængig af fremtidig bomæssig placering og støtte, risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, dom til anbringelse på institution for personer med vidtgående psykisk handicap i Danmark på ubestemt tid."

Retslægerrådet var enig i den diagnostiske og retlige placering af C og D, men

skærpede forslaget til særforanstaltning. Vedrørende C udtalte Retslægerrådet: "- Der vurderes at være en betydelig risiko for nye personfarlige handlinger, og Retslægerrådet skal derfor anbefale, og Retslægerrådet skal derfor anbefale, jf. den nugældende grønlandske kriminallovs § 157, at C, såfremt han findes skyldig i det påsigtede, dømmes til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap i Danmark på ubestemt tid, således at domfældte efter tilsynsmyndighedens bestemmelse indtil han fylder 18 år kan overføres til lukket institution for unge i Danmark, og efter det fyldte 18. til sikret afdeling (Kofødsminde)."

Kommentar:

Ved almindelig dom til anbringelse vil den domfældte få ophold i en åben institution. Den dømte kan fysisk tilbageholdes af personalet, men den åbne dør giver alligevel let mulighed for undvigelse. Når en sigtet med mental retardering vurderes at være impulsiv og personfarlig, skal det overvejes at anbefale mulighed for administrativ overflytning til sikret institution, eller direkte anbringelse i sikret institution. Det er et problem, at der ikke i Danmark findes sikrede pladser for udviklingshæmmede under 18 år. Derfor fandt Retslægerrådet det nødvendigt at anbefale mulighed for overførsel til almindelig lukket institution for unge indtil det fyldte 18. år.

II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerådet 2010

A. Psykiatriske sager	450
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	74
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	7
D. Faderskabssager	42
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	755
F. Administrative sager mv.	91
H. Aldersbestemmelser	33
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	2
M. Færdselssager med medicinindtagelse	34
I ALT	1488

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	286
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	7
Ændring i strafferetlig foranstaltning	92
Ophævelse af farlighedsdekret	9
Overførsel til Sikringsafdelingen	4
Umyndiggørelser	0
Benådning	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	51
I ALT	450

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	45
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	29
Diverse	0
I ALT	74

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	6
Ændring af navn/CPR-nr.	0
Diverse	1
I ALT	7

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	80
Arbejdsskader/ulykker	324
Erstatning, pensionssager m.v.	305
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	22
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	24
I ALT	755

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	1
Færdselssager vedrørende dampe	1
Diverse	0
I ALT	2

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	33
Færdselssager vedrørende sygdom	0
Diverse	1
I ALT	34

Antal sager modtaget i Retslægerådet 2010 (og 2008-09)

Sagstype	2008	2009	2010
A. Psykiatriske sager	439	523	450
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	118	84	74
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	3	4	7
D. Faderskabssager	57	42	42
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	785	786	755
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	29	49	33
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	3	2	2
M. Færdselssager med medicinindtagelse	38	28	34
I ALT	1472	1518	1397

Antal sager afsluttet i Retslægerådet 2010 (og 2008-09)

Sagstype	2008	2009	2010
A. Psykiatriske sager	416	496	467
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	119	84	77
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	4	1	8
D. Faderskabssager	48	35	35
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	783	761	848
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	28	35	33
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	2	4	1
M. Færdselssager med medicinindtagelse	40	31	34
I ALT	1440	1447	1503

Sagsbehandlingstid i Retslægerrådet 2010 (og 2006-09)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>
A	28	27	28	28	28	28	31	31	29	28
B	36	36	48	48	55	54	55	55	30	30
C	109	106	132	132	64	64	101	101	115	115
D	23	23	21	21	21	21	36	36	15	15
E	150	91	146	94	136	92	163	110	147	90
H	44	44	56	52	72	72	90	90	76	76
L	46	42	40	40	24	24	119	119	51	51
M	43	32	56	54	55	55	78	78	52	52

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

III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet

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

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse,

2) ved at rådet forhandler med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører, eller

3) ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Retslægerådets medlemmer 2010

Ledende overlæge
Helle Aggernæs
Psykiatrisk Center Amager

Overlæge, dr.med.
Henrik Steen Andersen
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Overlæge, ph.d.
Mette Brandt-Christensen
Retspsykiatrisk Center Glostrup
Fra 01.03.10

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

Ledende overlæge
Peter Kramp
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
Næstformand

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

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

Professor, overlæge, dr.med.
Torben V. Schroeder
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik

Overlæge, ph.d.
Dorte Sestoft
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik

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

Sagkyndige anvendt i 2010

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

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

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

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

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

Speciallæge
Ludvig Dittmann
Frørup
(almen medicin)

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

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

Overlæge, ph.d.
Hanne Merethe Lindegaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C

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

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

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

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

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

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

Læge
Ulla Davidsen
Charlottenlund

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

Ad hoc sagkyndige anvendt i 2010

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

1. Klinikchef

Karen Vitting Andersen
Rigshospitalet
Pædiatrisk Klinik

2. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling

3. Afdelingslæge, dr.med.

Ole Andersen
Værløse
(pædiatri)

4. Overlæge

Ture Andersen
Odense Universitetshospital
Audiologisk afd.

5. Overtandlæge, dr. odont

Jens Andreasen
Rigshospitalet
Afd. for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

6. Overlæge

Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X

7. Professor, ledende overlæge, dr.med.

Toke Bek
Risskov
(oftamologi)

8. Overlæge, dr. med

Morten Birket-Smith
Bispebjerg Hospital
Liasonpsykiatrisk Enhed

9. Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Institutet
(reumatologi)

10. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik

11. Professor, overlæge, dr.med.

Gudrun Boysen
Bispebjerg Hospital
Neurologisk afdeling N

12. Klinikchef, dr. med.

Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik NK, 2092

13. Professor, overlæge, dr.med.

Christian Buchwald
HovedOrtoCentret, Rigshospitalet
Øre-, næse-, halsklinik, 2071

14. Overlæge, dr.med.

Jesper Bælum
Odense Universitetshospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling

15. Ledende overlæge

Thorkil Christensen
Ålborg Sygehus Syd
Radiologisk afdeling

16. Overlæge, dr.med.
Peer Christiansen
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling
17. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
18. Professor, overlæge, dr. med
Benny Dahl
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Afdeling U
19. Overlæge, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed
20. Overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling
21. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen
22. Klinikchef
Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
23. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Gentofte
(radiologi)
24. Overlæge
Suzan Dyve
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK
25. Overlæge, dr. med
Martin Døssing
Frederikssund Sygehus
Medicinsk afdeling
26. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbehøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.
27. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ehlers
Århus Kommunehospital
Øjenafdelingen
28. Overlæge
Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
29. Ledende overlæge
Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)
30. Overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Psykiatrisk Center Rigshospitalet
31. Ledende overlæge
Ulrich Fredberg
Silkeborg Centralsygehus
Medicinsk afdeling
(reumatologi)

32. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk
afd. (alkohol- og medicinpåvirkethed)
33. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
34. Overlæge, dr.med.
Ole V. Gadeberg
Vejle Sygehus
Medicinsk Afdeling
35. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Garne
Aalborg Sygehus
Mammakirurgisk Klinik
36. Overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F
37. Overlæge Peter Gottlieb
Vanløse
Retspsykiatri
38. Professor, statsobd., dr.med.
Markil Gregersen
Retsmedicinsk Institut Århus
39. Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
Rigshospitalet
Neonataliklinikken
40. Overlæge, dr.med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afd. U
41. Lektor, speciallæge
Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
42. Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Århus Universitetshospital, Århus
Sygehus
Rygsektoren E3, ortopædkirurgisk
afd. E
43. Overlæge
Steen Holger Hansen
Retsmedicinsk Institut København
44. Overlæge, klinikleder
Torben Bæk Hansen
Regionshospitalet i Holstebro
Ortopædkirurgisk afdeling
45. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
46. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen

47. Overlæge, ph. d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet
Børnesektionen, Ortopædkirurgisk
Klinik
48. Professor, overlæge, dr.med.
Vibeke Hjortdal
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd. T
49. Statsobducent, professor, dr. med.,
MPA
Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)
50. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
51. Ledende overlæge
Astrid Højgaard
Regionhospital Randers
Jysk Sexologisk Klinik
52. Overlæge
Niels Ove Illum
Odense Universitetshospital
Børneafdeling H
53. Overlæge, dr. med.
Jakob Ingerslev
Skejby Sygehus
Fertilitetsklinikken, Gyn-obstetrisk
afdeling Y
54. Overlæge
Tune Ipsen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. Ø
55. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Århus Universitet
Tandlægeskolen
56. Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
57. Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk klinik
58. Overlæge, dr.med.
Steffen Jacobsen
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afd.
59. Klinikchef, dr. med
Søren Jacobsen
Rigshospitalet
Reumatologisk klinik
60. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.
61. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F

62. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion
63. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling
64. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling
65. Ledende overlæge, dr. med.
Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik
66. Overlæge
Leif Panduro Jensen
Gentofte Hospital
Karkirurgisk afd. B
67. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk sek.
68. Chefsykolog
Agnete Jønsson
Rigshospitalet
Neurocenteret
69. Neuropsykologisk fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for Demens
70. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
71. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk patofysiologi
72. Overlæge, dr. med.
Johnny Keller
Århus Kommunehospital
Ortopædkirurgisk afdeling E
73. Klinikchef, dr.med.
Jørgen Kirkegaard
Rigshospitalet
Øre-, næse- og halskirurgisk klinik
74. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut
75. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
76. Overlæge, ph.d.
Henrik Kolstad
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
77. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling NK

78. Adm.overlæge, professor, dr.med.
Knud Kragballe
Århus Sygehus
Dermatologisk afd. D
79. Professor, overlæge, dr.med.
Christian Krarup
Rigshospitalet
Neurofysiologisk afdeling
80. Professor, dr. odont., ph.d.
Sven Kreiborg
Panum Institut
Odontologisk Institut, Afd. f. Pædo-
donti
81. Overlæge, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
82. Overlæge, ph.d.
Anette Kærgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik
83. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afd. M
84. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen
Aalborg
(hæmatologi)
85. Overlæge, dr.med.
Henning Laursen
Rigshospitalet
Neuropatologisk Lab. 6301
86. Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion
87. Vicesstatsobducent, ph.d.
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-
jylland
Retsmedicinsk Institut
88. Klinikchef
Anne Lindhardt
Psykiatrisk Center Bispebjerg
89. Professor, afdelingsleder, dr.med.
Kristian Linnet
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling
90. Overlæge
Freddy Lippert
Rigshospitalet
Traumecentret
(anæstesiologi)
91. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund
Hellerup
(ortopædkirurgi)
92. Professor, ph. d.
Jytte Banner Lundemose
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
93. Overlæge Jens Otto Lund
Gentofte Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling (alkohol- og medicinpåvirkethed)

94. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi
95. Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340
96. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
97. Professor, overlæge, dr.med.
Torkil Menné
Gentofte Hospital
Dermatologisk afdeling K
98. Overlæge, dr.med.
Hans Henrik Mogensen
Gentofte
(reumatologi)
99. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E
100. Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)
101. Overlæge, dr.med.
Mogens Møller
Odense Universitetshospital
Kardiologisk afd. B
102. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jacob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiaafdeling 4132
103. Professor, overlæge, dr.med.
Hans von der Maase
Rigshospitalet
Onkologisk Klinik
104. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling
105. Adm. overtandlæge, specialtand-
læge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.
106. Overlæge
Carsten Juul Nielsen
Glostrup Hospital
Neurokirurgisk afdeling
107. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicinsk afdeling
108. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
109. Professor, overlæge, dr.med.
Lisbeth Nilas
Hvidovre Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.

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

111. Overlæge, dr.med.
Henrik C. Juul Nyholm
Glostrup Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.

112. Klinikchef, dr. med.
Jesper Nørregaard
Nordsjællands Hospital Hørsholm
Reumatologisk Klinik

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

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

115. Overlæge, ph.d.
Katrine Pagsberg
Børne- og ungdomspsykiatrisk Center
Bispebjerg

116. Overlæge
Connie Palle
Herlev Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afdeling

117. Overtandlæge
Ulla Pallesen
Tandlægeskolen
Afd. for Tandsygdomme

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

119. Professor, overlæge, dr. med.
Court Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afd. C

120. Cand. psyk., neuropsykolog
Jette Stokholm Pedersen
Rigshospitalet
Hukommelsesklinikken, afsnit 6243

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

122. Overlæge, dr. med.
Michael Mørk Petersen
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afd. U 2162

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

124. Overlæge, dr.med.
Sten Petersen
Skejby Sygehus
Børneafdelingen

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

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

127. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afd. A

128. Overlæge
Alice Rasmussen
Rigshospitalet
Psykiatrisk klinik

129. Sektionsleder, overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk afdeling RT afsnit
2152

130. Professor, overlæge, dr. med.
Bertil Romner
Rigshospitalet
Afsnit NK 2092
(neurokirurgi)

131. Ledende overlæge, professor,
dr.med.
Raben Rosenberg
Århus Universitetshospital Risskov
Center for Psykiatrisk Forskning

132. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

133. Overlæge, dr.med.
Kåre M. Sander
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik RT

134. Professor, overlæge, dr.med
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S

135. Professor, dr. odont., ph.d.
Søren Schou
Tandlægeskolen, Aarhus Universitet
Afdeling for Kæbekirurgi og Oral
Patologi

136. Professor, dr.med.
Jørn Simonsen
Frederiksberg
(retsmedicin)

137. Professor, overlæge, dr.med.
Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling

138. Professor, overlæge, dr. med.
Peter Skinhøj
Rigshospitalet
Epidemiafdeling M

139. Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Hvidovre Hospital
Reumatologisk Klinik

140. Professor, dr. med
Gunhild Lange Skovgaard
3200 Helsingø
(dermatologi-venerologi)

141. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
142. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk farmakologisk enhed
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
143. Professor, dr.med.
Flemming Stadil
Charlottenlund
144. Overlæge, ph.d.
Susanne Wulff Svendsen
Århus Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik
145. Overlæge, sektorchef
Jens Ole Søjbjerg
OPA Ortopædisk Privathospital Aarhus
146. Overlæge, lektor, dr.med.
Christian Hjort Sørensen
Gentofte Hospital
Øre-, næse- og halsafd. E
147. Overlæge, dr. med.
Jens Benn Sørensen
Rigshospitalet
Onkologisk afdeling - 5073
148. Professor, ledende overlæge,
ph.d., dr. med.
Jens Christian Hedeman Sørensen
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK
149. Ledende overlæge, ph.d.
Jens Lykke Sørensen
Roskilde Sygehus
Plastikkirurgisk afd.
150. Overlæge
Keld Sørensen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afd. B
151. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling P
152. Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
153. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling
154. Overlæge, dr.med.
Henrik Klem Thomsen
Herlev Hospital
Patologisk-anatomisk institut
155. Statsobducent, professor, dr.med.
Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
156. Overlæge, dr.med.
Karsten Thomsen
Privathospitalet Hamlet
Center for Ryglidelser

157. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

158. Overtandlæge, ph.d.
Jens Thorn
Centralsygehuset i Esbjerg

159. Overlæge, dr. med.
John Thygesen
Rigshospitalet
Øjenklinikken

160. Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Muskeloskeletal sektion, Radiologisk
afd.

161. Overlæge, lektor, ph. d.
Hans Tromborg
Odense Universitetshospital
Håndkirurgisk afsnit, Ortopædkirur-
gisk afdeling O

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

163. Overlæge, dr. med.
Anders Tøttrup
Århus Sygehus
Kirurgisk afd. P

164. Overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Sygehus Nord
Patologisk Institut

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

166. Professor, overlæge, dr.med
Steen Walther
Odense
(urologi)

167. Overlæge, dr. med.
André Wettergren
Rigshospitalet
Kirurgisk afd. C-2122

168. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus Ølgaard
Rigshospitalet
Nefrologisk klinik P

Retslægerådets sekretariat 2010

Blegdamsvej 6, 2200 København N

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

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

Medicinske sekretærer

Overlæge, Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

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

Overlæge, dr.med., ph.d. Jimmy Collemorten (12 timer ugentlig)

Læge, Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen

Overassistent Vibeke Lund Larsen