



JUSTITSMINISTERIET
CIVILSTYRELSEN

| RETSLÆGERÅDET |

RETSLÆGERÅDETS ÅRSBERETNING

2021

ISBN 978-87-89648-21-7

Udgivet juni 2022

Kun udgivet i elektronisk form

Indhold

FORORD	4
1. UDVALGTE EMNER OG SAGER AF INTERESSE	6
1.1. TEMAMØDE OM MENTALT RETARDERING I RETSPSYKIATRISK SAMMENHÆNG	6
1.2. GRÆNSEOVERSKRIDENDE TERAPIFORLØB OG PSYKISK SKADEVIRKNING?	10
1.3. TESTAMENTE OG DEMENS	16
1.4. DELIR: FORVIRRINGSTILSTANDE AT LIGESTILLE MED PSYKOSE	22
1.5. NYE FARLIGHEDSDEKRETER	30
1.6. DANSKERE DOMFÆLDT I UDLANDET, UDVIST TIL DANMARK	37
1.8. SPØRGSMÅLET OM TILREGNELIGHED VED SINDSSYGDOM	44
1.9. DISSENS I RETSLÆGERÅDET	49
1.10. AUTORISATIONSFRATAGELSE OG VIRKSOMHEDSINDSKRÆNKELSE	55
1.10.1. RETSLÆGERÅDETS ROLLE OG SAMARBEJDSAFTALE	55
1.10.2. SAG OM INDSKRÆNKNING AF AUTORISATION	61
1.11. CRASHTESTS	68
1.12. VEJLEDNING I UDARBEJDELSE AF RETSPSYKIATRISKE ERKLÆRINGER I SAGER VEDRØRENDE ÆNDRING/ OPHÆVELSE AF EN IDØMT SÆRFORANSTALTNING, JF. STRAFFELOVENS § 72	70
2. STATISTIK	75
2.1. ANTAL LÆGEFAGLIGE SAGER MODTAGET OG AFSLUTTET I RETSLÆGERÅDET 2019-2021	75
2.2. SAGSBEHANDLINGSTIDER, ANGIVET I DAGE, I RETSLÆGERÅDET I 2019-2021	75
2.3. OPTIMERET SAGSPROCES I RETSLÆGERÅDET I SOMATISKE SAGER	76
3. FOLKETINGSSPØRGSMÅL STILLET TIL RETSLÆGERÅDET	79
3.1. ANMODNING OM UDTALELSE TIL BRUG FOR BESVARELSEN AF SPØRGSMÅL NR. 533 (ALM. DEL) FRA FOLKETINGETS RETSUDVALG	79
3.2. BIDRAG TIL BESVARELSE AF SUNDHEDSUDVALGETS SPØRGSMÅL NR. 82 (ALM. DEL)	80

4.	RETSLÆGERÅDETS LOVGRUNDLAG OG ORGANISATION	83
4.1.	LOVBESTEMMELSER M.V.	83
4.1.1.	RETSLÆGERÅDETS MEDLEMMER I 2021	87
4.1.2.	BESKIKKEDE SAGKYNDIGE ANVENDT I SAGER AFSLUTTET I 2021	88
4.1.2.1.	BESKIKKEDE EFTER LOV NR. 60 AF 25.03.61 OM RETSLÆGERÅDET § 2, STK. 3:	88
4.1.2.2.	BESKIKKEDE EFTER LOV NR. 60 AF 25.03.61 OM RETSLÆGERÅDET § 3	89
4.1.3.	AD HOC SAGKYNDIGE PÅ SAGER AFSLUTTET I 2021	89
4.1.4.	RETSLÆGERÅDETS SEKRETARIAT 2021	98

Forord

2021 blev året, hvor vi for alvor måtte indrette os efter de vilkår, som COVID-19 pandemien førte med sig. På trods af disse meget varierende vilkår, var det fortsat væsentlig for Retslægerådet at levere en stabil og faglig indsats på højt niveau, omfattende både kvalitetssikring, datasikkerhed, drift og vidensdeling. Dette kommer selvfølgelig ikke uden udfordringer for alle implicerede, og Retslægerådet vil endnu engang takke alle sagkyndige for den fortsat store velvilje og smidighed, som vi har oplevet i det daglige arbejde med sagsbehandlingen.

I forhold til kvalitetssikring, datasikkerhed og nedbringelse af sagsbehandlingstiderne arbejdede vi i 2021 videre med implementering af sagsbehandlingssystemet WorkZone Proces. For de somatiske sager er WorkZone Proces nu fuldt ud implementeret. De psykiatriske sager skal også afvikles via dette system, men da arbejdsgangen adskiller sig lidt fra de somatiske sager, har der været behov for at tilpasse og optimere processerne. Dette arbejde vil vi fortsætte med ind i det nye år.

Digitaliseringsprocesser i både Civilstyrelsen og Domstolsstyrelsen har i årene forud for 2021 medført en ophobning af sager på grund af ressourcekrævende omstillinger af sagsforløb. Retslægerådets sekretariat har løbende haft fokus på sagsbehandlingstiden og antallet af verserende sager. Begge er blevet reduceret betydeligt, på baggrund af et særligt højt antal afsluttede sager i 2021, på trods af de ovenfor nævnte vilkår og uændret tilgang af sager. Også her en stor tak til alle medarbejdere og sagkyndige, som har bidraget til dette.

I forbindelse med autorisationssager har Retslægerådet tidligere oplevet at kunne blive udfordret på tidsfrister, idet den samlede behandling af disse sager også omfatter forløb hos Styrelsen for Patientsikkerhed og Kammeradvokaten. Dette er nu afhjulpet, efter at Retslægerådet har indgået en samarbejdsaftale med disse parter.

Vidensdeling er altafgørende for at sikre en fortsat både høj og konstant kvalitet i Retslægerådets sagsbehandling. Et vigtigt element i vores interne vidensdeling er afholdelse af temamøder. Denne aktivitet var vi tvunget til at sætte på pause i 2020 på grund af COVID-19, og det var derfor med stor glæde, at vi i 2021 igen var i stand til at afholde et temamøde. Emnet var mental retardering i retspsykiatrisk sammenhæng.

Retslægerådet har i flere tidligere årsberetninger gjort opmærksom på udfordringer i kvaliteten af mentalobservationernes vurderinger ved afgrænsningen af mental retardering over for svag begavelse, som ligger til grund for de lægelige anbefalinger til foranstaltninger i straffesager. På temamødet blev indlæg fra flere forskellige parter præsenteret og drøftet. Der var en god deltagelse til mødet, som blev afholdt som et kombineret fysisk møde og webinar.

Retslægerådet har i 2021 måttet sige farvel til professor Annie Vesterby, retsmedicin, professor Troels Staehelin Jensen, neurologi, og professor Torben V. Schroeder, karkirurgi, som medlemmer af rådet. Vi er meget taknemmelige for den indsats, de har gjort for Retslægerådets virke, og for at de for en efterfølgende periode har stillet sig til rådighed som ad hoc-sagkyndige.

I stedet har vi kunnet byde hjertelig velkommen til professor Jytte Banner, retsmedicin, professor Torben Bæk Hansen, ortopædkirurgi, overlæge Thomas Kirkegaard, psykiatri og overlæge Hanne Gottrup, neurologi, som nye medlemmer af Retslægerådet i 2021.

Med disse ord ønsker alle i formandskabet god læselyst til Retslægerådets årsberetning 2021.

Med venlig hilsen

Søren Jacobsen

Formand

1. Udvalgte emner og sager af interesse

1.1. Temamøde om mentalt retardering i retspsykiatrisk sammenhæng

Mental Retardering – en retspsykiatrisk udfordring

/ved Jens Lund dr.med. Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby

I Danmark er der en lang tradition for adskilt forsorg og særlige strafferetlige regler for mentalt retarderede (tidl. benævnt åndssvage). Ved ændring af straffeloven i 1973/75 blev gruppen af mentalt retarderede samlet i straffelovens § 16, således at de i højere grad mentalt retarderede er straffri, efter stk. 1. Mens gruppen af de i lettere grad mentalt retarderede, efter stk. 2, som udgangspunkt ikke pålægges straf, medmindre særlige omstændigheder taler for det. Der savnes præciserede regler for, hvornår sådanne særlige omstændigheder foreligger. Antallet af personer med mental retardering idømt en særforanstaltning har været stigende over en længere årrække og udgør nu ca. 600. For at opnå diagnosen mental retardering er det afgørende, at der foreligger en tilstand, hvor de kognitive- og praktiske færdigheder har været nedsat siden barnealderen. Hvis sådanne problemer er opstået i ungdoms- eller voksenalderen, drejer det sig om demenstilstande. Det er vigtigt, at der ved mentalundersøgelser anvendes opdaterede udgaver af intelligenstagstest.

Intelligenstagstestning af personer med anden sproglig og kulturel baggrund kan være vanskelig at udføre og fortolke. Størstedelen af mentalundersøgelser i sager om personer med mental retardering sendes til udtalelse i Retslægerådet. Gennemgang af disse sager viser betydelige problemer. I 28 % af de fremsendte sager finder Retslægerådet ikke, at den sigtede opfylder diagnosen mental retardering (og derfor ikke er omfattet af § 16), og kun i lidt over en tredjedel af sagerne er Retslægerådet enig i både diagnose og foranstaltningsforslag.

Retslægerådets udtalelser i sager vedr. mentalt retarderede

/ved næstformand for Retslægerådet Overlæge Mette Brandt-Christensen

Retslægerådet har siden 2010 løbende påpeget udfordringer i kvaliteten af mentalerklæringer vedr. mentalt retarderede/psykisk udviklingshæmmede. I 2020 bragte flere medier omtale af emnet, ligesom Rigsadvokaten stillede en række spørgsmål til rådet og iværksatte en undersøgelse og møderække til nærmere belysning af problemstillingen. I møderækken deltog foruden Rigsadvokaten og Retslægerådet også repræsentanter for Statsadvokaterne i København og Viborg, Danske Regioner og Retspsykiatrisk Klinik, Justitsministeriet.

Af undersøgelsen fremgik, at Retslægerådet i 2019 havde afsluttet 369 sager om strafferetlig indplacering, hvoraf mentalerklæringen i 115 sager havde fundet den sigtede mentalt retarderet i lettere grad og anbefalet en særforanstaltning efter straffelovens § 68, 2. pkt. Fra Danske Regioner og Retspsykiatrisk Klinik, Justitsministeriet, som tilsammen varetager udarbejdelse af mentalerklæringer i Danmark, var der samme år afgivet 142 mentalerklæringer, hvor observanden var henført til straffelovens § 16, stk. 2. Således var en meget stor andel af sagerne vedrørende mentalt retarderede forelagt Retslægerådet (over 80 %).

Retslægerådet var uenig med erklæringsskrivende læge i 33 af de 115 sager og returnerede andre 29 sager grundet forskellige mangler, som kunne vedrøre, at den lægelige erklæring var mangelfuld, at akterne ikke indeholdt opdateret lægeerklæring, men udelukkende udtalelse fra Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere eller at anklagemyndigheden havde medsendt sigtelser, som ikke var forelagt den erklæringsskrivende overlæge.

Sammenfattende kunne der ikke påvises mere udtalte kvalitetsforskelle på landsplan i mentalerklæringer vedrørende mentalt retarderede. En overvejelse om forelæggelse for Retslægerådet af alle sager, hvor mentalerklæringen henfører observanden til straffelovens § 16, stk. 2, fandt ikke tilslutning, idet der var enighed om, at forelæggelse altid bør ske i tvivlstilfælde.

Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere i Østjylland

/ved formand for Samrådet Anne Marie Thyrring

Samrådet i Østjylland har indgået aftale med de kommuner, som tidligere var en del af Århus Amt, om at udtale sig på deres vegne i deres egenskab af handlekommune /tilsynsmyndighed for de borgere, som enten har en foranstaltningsdom, eller som er på vej til at få det. Samrådet i Østjylland er sammensat af: en psykiater, en pædagogisk konsulent, en forstander for en boform for fysisk/psykisk handicappede, en repræsentant fra Kriminalforsorgen, en psykolog og en jurist. Samrådet modtager anmodningerne om en udtalelse direkte fra politiet eller fra statsadvokaten og beder herefter tilsynsmyndigheden (borgerens handlekommune) om en udtalelse. Samtidig anmodes tilsynsmyndigheden også om at indhente en udtalelse fra botilbuddet, hvis borgeren bor på et botilbud. Herefter sættes sagen på et møde og behandles, og samrådets formand sender samrådets udtalelse til politiet/statsadvokaten. Samrådets opgave er at afgive vejledende udtalelser til anklagemyndigheden og domstolene om retsfølger over for lovovertrædere med psykisk handicap, for derved at tilgodese den mest hensigtsmæssige sanktion ved en tilbundsående klarlægning af hans/hendes sociale, fysiske og psykiske situation. Samrådets styrke er den tværfaglige sammensætning af samrådet, idet psykiateren og psykologen tilfører perspektiver og vurderinger på de vanskeligheder borgeren har som er medvirkende/årsagen til den kriminelle adfærd. Socialkonsulenten og forstanderen byder ind med de pædagogiske virkemidler, som vurderes nødvendige for at hindre kriminalitet i fremtiden. Kriminalforsorgsmedarbejderen perspektiverer i forhold til det "normale" straffesystem, og juristen rammesætter, hvilke muligheder den sociale lovgivning giver i relation til de forskellige domstyper, idet dommen skal udmøntes under rammerne af den sociale lovgivning. Vurderingen af, om borgeren er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt., § 16, stk. 2, eller § 69 forholder samrådet sig også til, som en del af helhedsvurderingen af sagen, men det er ikke samrådets primære opgave. Det er valget af sanktion og/eller udstrækningen af foranstaltningsdommen. Det er vigtigt at pointere, at Samrådet ikke er tilsynsmyndighed - det er handlekommunen - og Samrådet har intet med tilsynet at gøre. Samrådet har således intet at skulle have sagt i forhold til, hvordan dommen udmøntes og de beslutninger der bliver taget i den relation.

Den konkrete udmøntning af strafferetlige særforanstaltninger for mentalt retarderede – ved forstander Kay Jokil, Kofoedsminde

Kofoedsminde er Danmarks eneste sikrede botilbud for mentalt retarderede mennesker, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet. Kofoedsminde har modtagepligt fra hele landet og drives efter servicelovens § 108. Beboerne er dømt efter straffeloven eller anbragt i henhold til retsplejelovens bestemmelser omkring varetægtssurrogat. Der bor ca. 90 mennesker på Kofoedsmindes i alt 17 afdelinger, og der er ansat omkring 500 medarbejdere. Kerneopgaven er todelt: Vi skal beskytte det omkringliggende samfund og vi skal sikre, at der sker en behandling/udvikling for den enkelte, der sikrer, at beboeren får et bedre liv og ikke begår ny kriminalitet efter endt udskrivning. Kofoedsmindes samlede driftsudgifter i 2021 er på ca. 250.000.000 kr. De sikrede afdelinger er objektivt finansierede (skattebetalt), mens åben afdeling og det interne beskæftigelsestilbud er takstfinansierede (beboerens opholdskommune skal betale den fulde opholdsudgift). Kofoedsminde har aktuelt en række udfordringer:

- Stor og længerevarende overbelægning på det sikrede område
- Behovet for særlige indsatser for pædofilidømte
- Medarbejdernes arbejdsmiljø
- Kompetenceudvikling/rekruttering af medarbejdere
- Manglende dialog imellem myndigheder (Socialtilsyn, Arbejdstilsyn, kommuner m.fl.), der administrerer efter forskellige lovgivninger, der hver især pålægger Kofoedsminde modsatrettede myndighedskrav
- De 2 forskellige finansieringsformer i forbindelse med domstype 2¹ (objektiv, hvis anbringelse foregår på sikret tilbud, og takstbetaling, hvis anbringelse sker i åbent tilbud).

Tilsynet med de strafferetlige særforanstaltninger til mentalt retarderede /ved Nana Kryger la Cour og Malene Christensen

Oplægget indeholdt en gennemgang af de regionale statsadvokaters rolle både før og efter dom til særforanstaltning. Politikredsene skal forelægge spørgsmål om

¹ dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, således at domfældte efter bestemmelse fra kommunen kan overføres til sikret afdeling.

mentalundersøgelse under indlæggelse og påstand om andet end almindelig straf for statsadvokaterne, der blandt andet har fokus på, om der er proportionalitet til mentalundersøgelse under indlæggelse, eller om sanktionsspørgsmålet i en konkret sag skønnes at skulle forelægges for Retslægerådet, f.eks. fordi der er usikkerhed om diagnose, hvis der anbefales anbringelse eller hvis den anbefalede sanktion ikke forekommer at være egnet til at sikre mod recidiv i kriminalitet. Statsadvokaterne fører kontrol med enhver særforanstaltning, efter der er afsagt endelig dom, og skal sikre at foranstaltningen ikke opretholdes i længere tid og i videre omfang end nødvendigt. Statsadvokaten behandler også anbefalinger fra de myndigheder, der fuldbyrder foranstaltningerne, om f.eks. lempelse eller skærpelse af en given foranstaltning samt forlængelse af en eventuel længstetid, på grund af særlige omstændigheder. Det er endvidere i stor udstrækning statsadvokaterne, der meddeler udgange til personer, der er anbragt i medfør af dom.

1.2. Grænseoverskridende terapiforløb og psykisk skadevirkning?

Resumé

En 56-årig kvinde (A) søger sammen med sin ægtefælle (M) bistand hos en psykolog (B), med henblik på parterapi. Terapiforløbet forløber ikke som forventet, og A fremsætter påstand om at have lidt psykisk skade, som følge af psykolog B's behandling af A. Sagens parter foreslår fremsendelse af et spørgetema til Retslægerådet, som omfatter 18 spørgsmål. Retten finder, at to af spørgsmålene vedrører, om sagsøgte B som psykolog har behandlet sagsøger i strid med de etiske principper for nordiske psykologer og ikke angår et lægevidenskabeligt skøn. Disse spørgsmål falder således uden for Retslægerådets kompetence. De øvrige 16 spørgsmål fremsendes til vurdering i Retslægerådet.

Spørgetema og Retslægerådets svar

Sagsøgte påtog sig i 2016 som psykolog at gennemføre et i sagens journaler ikke nærmere udmøntet parterapiforløb for to ægtefæller,

Forløbet fandt ifølge journaloptegnelserne sted i perioden 23. september 2016 til 2. november 2016.

Retslægerådet anmodes i den forbindelse, og på baggrund af sagens bilag og processkrifter, venligst om at udtale sig om følgende:

Spørgsmål 1:

Kan det på baggrund af sagens akter, herunder udtalelse af 29. november 2018 fra As behandler i 2016, klinisk psykolog X, lægges til grund, at psykolog B i sit virke som behandlende psykolog har forårsaget psykisk skadevirkning på A?

Nej. Der foreligger ingen oplysninger hverken af lægelig eller psykologfaglig karakter til belysning af eventuelle psykiske symptomer hos sagsøger opstået under eller efter behandlingsforløbet med parterapi hos sagsøgte, psykolog B, i efteråret 2016.

I bilag 11 anfører psykolog X, som sagsøger konsulterede sideløbende med sagsøgte, psykolog B, at hun havde noteret, at sagsøger var "meget negativt påvirket af det, der foregik hos en parterapeut" (sagsøgte, psykolog B), samt at det havde virket krænkende på sagsøgers integritet.

Udtalelsen er ikke egnet til at belyse eventuelle psykiske symptomer hos sagsøger, og kan ikke lægges til grund for Retslægerådets vurdering af eventuelle psykiske symptomer hos sagsøgte eller en eventuel årsagssammenhæng med behandlingsforløbet hos sagsøgte.

Spørgsmål 2:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 1 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilken skadevirkning der kan konstateres.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 3:

Uanset besvarelsen af spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse, om det på baggrund af sagens akter, herunder udtalelse af 29. november 2018 fra As behandler i 2016,

klinisk psykolog X, kan lægges til grund, at psykolog Bs behandling af A har været egnet til at forårsage psykisk skadevirkning på hende.

Nej, der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er egnet til at forårsage en psykisk skadevirkning på en patient deltagende i parterapi, hvis den behandlende psykolog ikke behørigt forholder sig til oplysninger om, at patienten har været udsat for en voldtægt, siden parret sidst var til parsession hos psykologen.

Spørgsmålet har hypotetisk karakter og lader sig i det konkrete tilfælde ikke besvare.

Spørgsmål 5:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 4 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilke skadevirkninger behandlingen er egnet til at forårsage.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er egnet til at forårsage en psykisk skadevirkning på en patient deltagende i parterapi, hvis den behandlende psykolog udtaler, at: " At sende en af jer 'på porten' er uværdigt. Der er 15 år imellem M og dig og for H vil jeg godt hjælpe med at H har sin far så længe som muligt."

Spørgsmålet har hypotetisk karakter og lader sig i det konkrete tilfælde ikke besvare.

Spørgsmål 7:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 6 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilke skadevirkninger behandlingen er egnet til at forårsage.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er egnet til at forårsage psykisk skadevirkning på en patient deltagende i parterapi, hvis den behandlende psykolog på skrift og uden oplysning om mulighed for uddybning eller hjælp, jf. sagens bilag 3 får at vide: "A, jeg vil ønske for dig at du vil dele det som jeg skriver til dig med din psykolog, så du kan få ryttet ordentligt op i dig selv. Også selvom det kræver hjælp andre steder fremadrettet. Det vigtigste er at få hjælpen."

Spørgsmålet har hypotetisk karakter og lader sig i det konkrete tilfælde ikke besvare.

Spørgsmål 9:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 8 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilke skadevirkninger meddelelsen er egnet til at forårsage.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er egnet til at forårsage psykisk skadevirkning på en patient deltagende i parterapi, hvis den behandlende psykolog ikke reagerer på et traume for mor og søn, når psykologen får at vide, at der mellem to sessioner har været et voldsomt familiedrama, hvor sønnen har afsløret sin far i at lyve omkring alkoholforbrug og H således er blevet bekendt med, at M i 2 år har drukket, selvom han havde lovet ikke at gøre det.

Spørgsmålet har hypotetisk karakter og lader sig i det konkrete tilfælde ikke besvare.

Spørgsmål 11:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 10 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilke skadevirkninger behandlingen er egnet til at forårsage.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er egnet til at forårsage psykisk skadevirkning på en patient deltagende i parterapi, hvis den behandlende psykolog jf. sagens bilag 5 skriver til M med kopi til H "Med hensyn til A så må jeg bare ryste på hovedet når hun leder efter det som er galt i stedet for det som er korrekt og det som fungerer."

Spørgsmålet har hypotetisk karakter og lader sig i det konkrete tilfælde ikke besvare.

Spørgsmål 13:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 12 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilke skadevirkninger behandlingen er egnet til at forårsage.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er egnet til at forårsage psykisk skadevirkning på en patient deltagende i parterapi, at den behandlende psykolog uden mulighed for mundtlig kommunikation herom bl.a. skriver følgende til den ene patient, jf. sagens bilag 3 til 7:

"Stop dog for dramaet og forhastede handlinger".

"Det er jo skingrende tosset, er det ikke A!"

"Og får M til at danse efter din pibe"

"Jeg ser dig gøre præcis det du beskylder M for"

"At du har et behov for at lægge ansvaret uden for dig selv"

"Jeg vil som jeres psykolog ikke være vidne til at M skal være kasterbold i dit/jeres drama"

"At sende en af jer på porten er uværdigt"

"Det er dig som har truet og truet..."

"Stopper for at du laver splitting imellem H og M"

"Har du et problem med virkeligheden A"

"Hvorfor har du og M forskellige opfattelser"

Spørgsmålet har hypotetisk karakter og lader sig i det konkrete tilfælde ikke besvare.

Spørgsmål 15:

Hvis besvarelsen på spørgsmål 14 er bekræftende, bedes det oplyst, hvilke skadevirkninger behandlingen/meddelelserne er egnet til at forårsage.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 16:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Sagens udfald

Retslægerådet udbad sig i forbindelse med besvarelsen af spørgetemaet underretning om sagens endelige udfald. Retten tilkendegav, hvilket udfald en dom i sagen ville få og mæglede forlig mellem sagens parter.

Kommentar

I denne sag kunne Retslægerådet ikke bidrage med en lægefagligt baseret vurdering, som kunne danne grundlag for en besvarelse af de fremsendte spørgsmål. Alle spørgsmålene i denne sag refererer til begrebet psykisk skadevirkning, uden at konkretisere hvilke psykiske symptomer eller lidelser der måtte tænkes på. Det tilkommer ikke Retslægerådet at definere sagens kerne, og Retslægerådet kan alene på den baggrund ikke besvare spørgetemaet. I spørgetemaet erkender sagens parter desuden, at parterapiforløbet ikke er nærmere udmøntet, og Retslægerådet finder ikke dokumentation for en psykiatrisk speciallægevurdering af sagsøger. Retslægerådet har således ikke de lægelige oplysninger om sagsøgers psykiske tilstand, som er nødvendige for at kunne udtale sig om eventuelle årsagssammenhænge. Retslægerådet opfordrer således fortsat til, at spørgsmål til Retslægerådet er klart og

entydigt formuleret, med henblik på en lægefaglig baseret vurdering, på baggrund af relevante lægefaglige oplysninger og undersøgelser.

1.3. Testamente og demens

Resumé

Sagen vedrører, om et testamente af 29. september 2016 og en kodiciel af 27. oktober 2016, der tilgodeser familien, skal tilsidesættes, med den virkning at en større arv efter X, i medfør af et tidligere testamente af 5. november 2014, tilfalder den indstævnte fond. Begge testamenter var påtegnet af notaren.

Baggrund

Sagen drejer sig om nu afdøde X's grad af demens sygdom og dennes potentielle indflydelse på økonomiske beslutninger vedrørende udfærdigelse af testamente.

X er en nu afdød højt uddannet 87-årig, som i 2014 som 85-årig opretter et testamente, hvor en større arv ønskes at skulle tilfalde en fond. I 2014, i forbindelse med kørekort attest, er det oplyst, at synet netop opfylder kravene til kørekort, men da der er problemer med at anbringe visere på en urskive, foretages der MMSE (mini mental status) med score 29/30. I foråret 2016 pådrager X sig brud af begge håndled, og der rejses mistanke om demens i rehabiliteringsforløbet. X påbegynder udredning for demens i august 2016, hvor MMSE er faldet til 20/30, Addenbrooks Cognitive Examination (ACE) er 42/98, IADL-FAQ (ADL funktions score) er 29/30. Supplerende undersøgelser, med bl.a. MR-PET-skanning og EEG-undersøgelse, medfører, at diagnosen mixed demens (Alzheimers + Vaskulær demens) stilles i efteråret 2016, hvor der anføres at være tale om fremskreden demens i henhold til X's tidligere funktionsniveau. I december 2016 får X et stroke, med infarkt i højre pandelap, og X bor herefter i plejebolig, og det anføres, at X fremtræder svær dement. X afgår ved døden i maj 2017.

Sagen er først behandlet i byretten, hvorefter sagen blev anket og efterfølgende behandlet i Landsretten.

Landsretten fandt ikke, at testamentet af 29. september 2016 og kodicil af 7. oktober 2016 var udtryk for X's frie beslutning, men at det var fremkaldt ved påvirkning af X og udnyttelse af X's svagelighedstilstand.

Begge testamentariske bestemmelser vurderedes ugyldige, jf. arvelovens § 75, hvor en testamentarisk bestemmelse er ugyldig, hvis den må antages at være fremkaldt ved tvang, svig eller anden utilbørlig påvirkning, herunder ved misbrug af testators manglende dømmekraft, svagelighedstilstand eller afhængighed. Landsretten stadfæstede derfor byrettens dom. Domstolene fulgte således i den aktuelle sag Retslægerådets vurdering.

Sagen blev forelagt Retslægerådet i 2020, hvor rådet i sin udtalelse af 11. marts 2021 besvarede det stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om det ud fra de foreliggende oplysninger om X kan konkluderes, at X henholdsvis den 29. september 2016 og den 27. oktober 2016 som følge af svær demens manglede evne til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele.

Afdøde er en 87-årig kvinde, (akademisk red.) uddannet xxxxx, som i forbindelse med bilateral håndledsfraktur (*brud af begge håndled, red.*) i april 2016 fremstår med kognitive udfordringer. Afdøde er tidligere kendt med svært nedsat syn på grund af AMD (*kronisk sygdom i øjenbaggrunden, red.*) (i en sådan grad siden 2016, at det berettiger til optagelse i Dansk Blindesamfund, jf. bilag 40, visus højre øje 0.05 20-11-2015, visus venstre øje 0,16 d. 1-3-2016), har hjerteflimmer og forhøjet blodtryk. Den 8. december 2014 er anført MMSE 29/30 i journal fra egen læge. Afdøde vurderes i forbindelse med rehabilitering efter bilateral håndledsfraktur 26. april 2016 af ergoterapeut. MMSE er anført til 17/30. Det anføres, at afdøde kan klæde sig på, men skal opfordres til at frisere sig. Afdøde skal selvstændigt brygge kaffe og smøre to ostemadder. Der anføres store problemer med kaffebrygningen, der spørges flere gange om hjælp, leder uhensigtsmæssigt længe efter kaffen og filtre, hælder vand på

til 2 kopper og bønner på til 5. Da afdøde skal smøre ostemadderne er hun meget længe om at åbne posen og ender med at flå den op. Leder længe efter en brødkniv, ønsker ikke at færdiggøre aktiviteten. Fremstår ikke orienteret omkring sin sygdomshistorie og er meget fortørnet over, at hun skal have gips på frem til den 20. maj 2016. Det anføres, at afdøde fortæller relevant omkring sit liv. I forbindelse med skadens opståen den 9. april 2016, er der fremført, at afdøde fremstår dement, spørger om det samme igen og igen, og er ikke i stand til at indse egen problemstilling. Konklusionen er i april 2016, at der anbefales udredning af de kognitive vanskeligheder.

Den 11. juli 2016 er der hjemmebesøg ved geriater, hvor afdøde afviser at fejle noget, men at der måske er noget med hukommelsen. Afviser kontroller på hospital eller hos egen læge. Det fremgår, at afdøde ikke de seneste måneder er mødt op til de regelmæssige kontroller på øjenafdelingen. Lejligheder beskrives ryddelig og pæn, afdøde fremtrådte ren og pæn, ingen lugt. Talen er præget af en del "floskelvendinger" og muligvis er der også enkelte ord omskrivninger. Den 3. oktober 2016 besøger geriateren igen afdøde, som ikke genkender hende. Talen beskrives floskelpræget og ordfattigt.

Der foretages udredning på Hukommelsesklinikken, (Demensudredningsenhed red.) xxxxx hospital med første besøg den 15. august 2016. Der anføres hukommelsesproblemer siden 2014, men afdøde forestod selv på daværende tidspunkt møder med en advokat og oprettelse af en fond. Der beskrives især et skred siden håndledsfraktur i april 2016, hvor der beskrives forværring af hukommelsesproblemerne og vanskelighed ved at klare sig i hjemmet. Er afhængig af hjælp til indkøb, tilberedning af mad, økonomiske forhold og afdøde gik ikke uledsaget ud af hjemmet. Afdøde var da i eget hjem med hjemmehjælp x 2 daglig og fik maden udefra. Fik på daværende tidspunkt tradolan 50 mg maks. x 3/døgn (stærk smertestillende medicin). Objektivt vurderes afdøde hukommelsessvækket med headturningstegn. Ved de kognitive tests er der påvirkning af hukommelse, ordmobilisering, benævnelse og visuospatialt, men det anføres, at der skal tages højde for afdødes svært nedsatte syn. Afdøde vurderes med manglende overblik og nedsat indsigt i egne vanskeligheder. Kognitiv test viser MMSE (Minimal Mental State

Examination): 20/30, ACE (Addenbrookes Cognitive Examination): 42/98 og funktionsscore IADL 29/30. Det anføres, at synet er nedsat så afdøde ikke kan læse skriften på testene, men at orienterings syn er bevaret. Efter udredning med PET-MR stilles diagnosen blandingsdemens – Alzheimers demens og vaskulær demens 28. september 2016 og afdøde tilbydes behandling med demensmedicin. Afdøde indlægges i december 2016 med svaghed i venstre arm og hængende mundvig. CT-skanning af hjernen viser et frisk infarkt i pandelappen på højre side. Ved kontrol i Hukommelsesklinikken, Rigshospitalet 27. januar 2017 beskrives der yderligere progression i tilstanden efter apopleksien i december 2016. Afdøde er i plejebolig, har sonde til ernæring. MMSE 12/30. Ved denne kontrol anføres der, at nu afdøde fremtrådte svær dement, mod at afdøde i august (2016) fremtrådte moderat dement.

Ud fra ovenstående vurderer Retslægerådet, at afdøde henholdsvis den 29. september 2016 og 27. oktober 2016 i henhold til ICD-10 kriterierne for sværhedsgrad af demens havde demens i moderat til svær grad. Afdøde beskrives med hukommelsesproblemer, nedsat overblik og nedsat indsigt i egen kognitive svækkelse og nedsat dømmekraft. Sproget var floskel præget og med benævnelsesproblemer. I tillæg hertil var synet svært nedsat, således at afdøde ikke var i stand til at læse. Det er Retslægerådets vurdering ud fra ovennævnte, at det er yderst tvivlsomt, at afdøde den 29. september 2016 og 27. oktober 2016 var i stand til at råde fornuftsmæssigt.

Kommentar:

I den aktuelle sag bliver Retslægerådet anmodet om at vurdere, hvorvidt afdødes demens og dermed kognitive funktion var påvirket i en sådan grad, at afdøde ikke var i stand til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele.

Demens er et syndrom og ikke en sygdom. Mere end 200 sygdomme kan medføre demens. Den hyppigste årsag til demens er Alzheimers sygdom efterfulgt af mixed demens (Alzheimers + vaskulær årsag) og vaskulær demens.

I kriterierne for demens (ICD-10) indgår svækkelse af hukommelse og herudover svækkelse af mindst et andet kognitivt domæne (opmærksomhed og forarbejdningshastighed, frontal-eksekutiv funktion, indlæring og sprog, visuokonstruktive-perceptuelle færdigheder, praksis-gnosis-kropsskema, social kognition). Der skal være

tale om et funktionsfald i forhold til tidligere funktion, og der må ikke være tegn på delir. ICD-10 er i mange henseende forældet i forhold til demensdiagnose, idet hukommelse ikke nødvendigvis er svækket i starten ved visse former for demens, f.eks. frontotemporal demens. Derfor anvendes der i tiltagende grad de diagnostiske kriterier for demens udarbejdet af NIA-AA ((National Institute on Aging (NIA) og Alzheimer's Association (AA), 2011). Ved disse kriterier for demens skal følgende 5 kriterier opfyldes:

- 1) Symptomerne skal påvirke evnen til at fungere arbejdsmæssig eller udføre vante aktiviteter
- 2) Tilstanden udgør en forringelse i forhold til tidligere funktionsniveau
- 3) Symptomerne kan ikke forklares af delir eller psykiatrisk sygdom
- 4) Den kognitive svækkelse er blevet påvist og diagnosticeret ved anamnesticke oplysninger fra patienten og en informant med godt kendskab til vedkommende samt en objektiv kognitiv vurdering, i form af kognitiv tests eller en neuropsykologisk undersøgelse
- 5) Den kognitive eller adfærdsmæssige forringelse involverer mindst to af følgende domæner:
 - a) Svækket evne til at tilegne sig og huske nye oplysninger
 - b) Svækket dømmekraft, overblik og evne til at løse komplekse opgaver
 - c) Svækkede visuelt-rumlige færdigheder
 - d) Svækkede sproglige færdigheder
 - e) Ændringer i personlighed, adfærd eller situationsfornemmelse.

Demens inddeles i flere grader afhængig af, hvor udbredte symptomerne er, og hvor svær den kognitive svækkelse er. Ved demens i let grad er der tale om, at den kognitive svækkelse medfører et fortsat selvstændigt funktionsniveau. Man kan ofte klare sig selv fint i hverdagen, mens komplekse opgaver, som f.eks. at tage offentlig transport og anvende ny teknologi kan være et problem. Basale ADL (Almindelig Daglig Levevis) funktioner er intakte. Ved demens i moderat grad er der tiltagende behov for hjælp i hverdagen og begyndende påvirkning af basale ADL-funktioner. Ved svær demens er man afhængig af hjælp hele døgnet, og både instrumentelle og basale ADL-funktioner er nu bortfaldet.

Vurdering af demens og demens grad er grundlæggende en klinisk vurdering, der bør foretages af en erfaren kliniker, på baggrund af den individuelle patients situation og en beskrivelse af patientens daglige livsførelse indhentet fra både patienten og en informant med godt kendskab til pågældende, suppleret med kognitive tests, ADL-funktion og oftest supplerende laboratorieundersøgelser, ud over en strukturel skanning, f.eks. supplerende PET-skanning, eller undersøgelse af rygmarvsvæske.

Diskussion:

Vurdering af demens og især demens grad kan være vanskelig, hvis sagen er dårligt belyst i sagsakterne. Det er vigtigt, at der fremgår oplysninger om såvel tidligere funktionsniveau og uddannelse, resultater af kognitive tests med specificering af påvirkede domæner og en vurdering af funktionsniveau i dagligdagen, ligesom oplysning fra en informant, som kender vedkommende.

Den aktuelle sag var velbelyst i sagsakterne. Der foreligger oplysninger om såvel funktionsniveau og kognitiv test fra indgåelse af første testamente i 2014, hvor afdøde klarede sig selv i egen bolig, selv arrangerede møder med advokat, og hvor der er anført MMSE 29/30. Afdøde havde nedsat syn i 2014, men ikke i en sådan grad, at kørekort ikke kunne opretholdes. Der er anført progression i synsnedsættelsen, således at afdødes syn var nedsat i en sådan grad, at optagelse i Dansk Blindesamfund var berettiget i marts 2016.

I forbindelse med håndledsbrud i april 2016 beskrives der i rehabiliteringsforløbet MMSE 17/30, problemer med egenomsorg, begyndende vanskeligheder med dagligdagsopgaver (afdøde kunne f.eks. ikke afstemme bønner til kaffebrygning og havde behov for hjælp til at brygge kaffe), gentagelse af spørgsmål og nedsat indsigt i egne vanskeligheder. Det fremgår, at afdøde isolerede sig mere og ikke mødte til kontroller på sygehus, herunder øjenlægekontrol. Der blev startet demensudredning i august 2016, hvor MMSE er anført til 20/30, ACE 42/98 og IADL 29/30. Der var påvirkning af flere kognitive domæner, og der var stort fald i funktionsniveau, med behov for besøg af hjemmeplejen flere gange dagligt, forenelig med demens i moderat til svær grad. En supplerende PET-MR viser forandringer, således at diagnosen mixed demens blev stillet i september 2016. Der tilkom et stroke, med infarkt i højre

frontallap, i december 2016 og yderligere hastigt aftagende kognitiv funktion, med seneste MMSE 12/30 og behov for plejebolig.

Den aktuelle sag var således belyst tilstrækkeligt i sagsakterne til, at Retslægerådet kunne udtale sig om demensgrad og vurderede det som værende yderst tvivlsomt, at afdøde var i stand til at råde fornuftsmæssigt på tiden for oprettelse af testamentet og den tilhørende kodicil.²

1.4. Delir: Forvirringstilstande at ligestille med psykose

Resume

Når et menneske er bevidsthedsplumret, det vil sige, at bevidstheden ikke er klar, bruges klinisk begrebet "delir" om tilstanden. Et andet udtryk er "akut organisk psykosyndrom". Sidstnævnte betegnelse hentyder til, at årsagen er en kendt sygelig påvirkning af hjernen. Det kan være som følge af slag mod hovedet, epileptiske anfald, abstinenssymptomer efter alkoholoverforbrug eller infektioner som lungebetændelse eller blærebetændelse, som kan give iltmangel til hjernen eller giftstoffer fra bakterier, som forstyrrer hjernens funktion. For eksempel kan en tyfusinfektion give en sådan "tågetilstand" (fra græsk typhos = tåge). Ikke få patienter, som vågner efter en narkose, er i en periode urolige og uden klar bevidsthed, hvor de kan foretage uhensigtsmæssige handlinger. Tilstanden er hyppig på hospitalernes akutte sengeafdelinger. Retspsykiatrisk beskrives disse tilstande traditionelt som tilstande ligestillet med sindssygdom, selvom disse tilstande er oplagt psykotiske. Problemstillingen diskuteres fint i Kramp et al (Retspsykiatri, GadJura, København 1996, s. 69 ff.). De tre nedenstående sager, hvor Retslægerådet blev anmodet om udtalelse, illustrerer denne.

Sag 1:

E er en 32-årig mand, der, efter et faldtraume i beruset tilstand i hjemmet, blev indbragt i bevidstløs tilstand til hospital og, grundet kraniebrud og blødninger i

² Se endvidere Retslægerådets årsberetning 2011, side 77, om testamentehabilitet.

hjernen, blev akut opereret på neurokirurgisk afdeling. Efter operationen var E i koma i 10 dage, hvor der er beskrevet udvikling af en delirøs konfusionstilstand, karakteriseret ved forvirring, motorisk uro, ejendommelig, tidvis uhæmmet adfærd og hukommelsestab. Han var sengeflygtig og forsøgte at springe ud ad vinduet og havde derfor behov for fast vagt. Under forløbet var der tilsyn fra psykiatrisk afdeling, som gav anbefalinger til behandling af tilstanden efter sædvanlige retningslinjer. I en nattevagt blev E seksuelt nærgående over for sygeplejersken, der fik afværget et par gange. Efter nogle timer, da E var kravlet op over sengegærdet, hvor han sad fast med sit urinkateter, for at komme på toilettet, pressede han efterfølgende sygeplejersken op mod væggen og befamlede hende. Hun prøvede uden held at råbe om hjælp og at gøre sig fri. E tog bukserne ned og prøvede at føre hendes hånd ned mod sit lem. På et tidspunkt blev han uopmærksom, og hun fik gjort sig fri. Han fulgte efter hende ud af badeværelset, hvor han fik besked på at gå i seng, hvad han så gjorde. E blev efter yderligere 5 dage overført til rehabiliteringscenter og var da stadig konfus og desorienteret med hukommelsestab. Ved udskrivelse derfra efter 4 måneder var der bedring, men behov for fortsat træning af adfærd og kognitive funktioner. Efter yderligere 3 måneder var E dog stadig sygemeldt.

Den forurettede sygeplejerske ønskede initialt ikke, "at der skulle efterforskes", da "pt. tydeligvis er syg". Tre måneder senere blev hun afhørt, da hun havde fået alvorlige psykiske mén og ønskede erstatning.

Sagen blev forelagt for Retslægerådet, som på baggrund af lægeerklæring og sagens akter udtalte, at:

"E har ingen forhistorie med psykisk sygdom og har hverken før eller efter haft kontakt til psykiatrisk afdeling. E er ikke tidligere straffet. Den delirøse tilstand var udtryk for en så udtalt hjernepåvirkning, at E uden tvivl befandt sig i en sindssygelig tilstand på baggrund af hjerneorganisk påvirkning, som viste sig efter opvågningen fra det neurokirurgiske indgreb, og som var forårsaget af hjernetraumatet. Den delirøse tilstand klingede af i løbet af nogle uger.

Efter Retslægerådets opfattelse er E herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han har ikke behov for psykiatrisk behandling og risikoen for ny ligeartet kriminalitet må

anses for særdeles beskeden. Såfremt han findes skyldig i det nu påsigtede, er der efter Retslægerådets opfattelse således ikke behov for at pege på nogen særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt.”

Anklagemyndigheden standsede herefter efterforskningen med begrundelsen at:

”sagen ikke vil kunne føre til, at De kan straffes for overgrebet. Deres personlige oplysninger har været forelagt Retslægerådet der har konkluderet, at De på gerningstidspunktet var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, som følge af det traume De havde været udsat for. Der er ikke behov for fremtidig psykiatrisk behandling og risikoen for ny lige artet kriminalitet må anses for at være særdeles beskeden. Det fremgår af straffelovens § 16, stk. 1, at personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. På den baggrund indstilles efterforskningen i sagen”.

Sag 2:

B var en 40-årig mand, tidligere intravenøst stofmisbrugende, men han havde efter det oplyste været uden stofmisbrug i 2 år og i flere år i substitutionsbehandling ved misbrugscenter, hvor han modtog Suboxone 8/2 2 stk. og Quetiapin 50 mg dagligt. Der er endvidere oplysninger om forudgående misbrug af anabole steroider, og han led af kronisk leverbetændelse og var tilknyttet infektionsmedicinsk afdeling til kontrol.

B blev indlagt på skadestuen på grund af en byld i den ene balle, men forlod skadestuen. Nogle dage efter ville hans egen læge indlægge ham akut på grund af samme byld, hvilket han nægtede, hvorefter han fik antibiotika og gik hjem. Han blev dog dagen efter igen indlagt, med henblik på operation af bylden.

B var i narkose i 35 minutter. Det fremgår ikke præcis, hvornår han blev ekstuberet, muligvis på grund af urolighed i den tidlige opvågningsfase. Under opvågningen satte B sig pludselig op og rev droppet ud af sin højre arm, hoppede ud af sin seng og løb rundt på operationsstuen, hvorefter han fik trængt en sygeplejerske op i et hjørne og slog hende i ansigtet. Sygeplejersken har forklaret, at B var ophidset i opvågningsfasen.

Hospitalspersonalet havde forklaret, at B var misbruger, og at personalet tidligere havde oplevet urolighed i opvågningsfasen efter narkose hos patienter, der er misbrugere/tidligere misbrugere. Den forurettede sygeplejerske oplyste

efterfølgende, at B virkede nervøs og irriteret, før han blev lagt i narkose, og verbalt havde virket så irriteret på personalet, at man valgte at efterkomme hans forlangende om, hvordan et tæppe skulle lægges tilrette, fordi man blot kunne rette det til, når han var bedøvet.

B blev efterfølgende sigtet for overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, der omhandler vold mod nogen i offentlig tjeneste, ved at have slået sygeplejersken i ansigtet en gang med knyttet hånd.

Ved afhøring forklarede B, at han ikke vidste, hvorfor han var på operationsstuen. Han følte sig klemt og mast fast i sengen, og at han var et fanget dyr. Han mente, at der var nogen, som havde holdt fast på hans hals. Han kunne ikke huske, at han havde slået sygeplejersken. Han mente heller ikke, at der var nogen, som havde forsøgt at tale ham til ro. Han nægtede forholdet, men ville gerne erkende i retten.

Det fremgår af lægejournalen, at B året forinden blev henvist til psykiatrisk hospital, på grund af en mistanke om posttraumatisk syndrom (PTSD), men at han efterfølgende ikke har opsøgt psykiatrisk hjælp.

På denne baggrund blev Retslægerådet anmodet om en udtalelse om, hvorvidt tiltalte B på det angivne tidspunkt for den påsigtede vold kunne antages at have været påvirket af medicin og i så fald i hvilken grad, samt om tiltalte på det angivne tidspunkt for den påsigtede vold kunne antages at have været sindssyg eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, eventuelt forbigående, på grund af narkosen. Hvis tiltalte kunne antages at have været forbigående sindssyg eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, ønskedes Retslægerådets vurdering af, hvor længe den forbigående tilstand kunne antages at have varet.

Retslægerådet udtalte sammenfattende at:

”B efter Retslægerådets opfattelse i mest udtalt grad var påvirket af de lægemidler, som var indgivet i forbindelse med operationen, idet et forudgående misbrug af anabole steroider vil kunne øge tilbøjelighed til aggressiv adfærd.”

Vedrørende spørgsmålet om sindssygdom svarede Retslægerådet at:

”efter Retslægerådets opfattelse havde B på tidspunktet for det påsigtede befundet sig i en forvirringstilstand af postoperativt delir, som kan ligestilles med sindssygdom, formentlig betinget af narkose og eventuelt tillige den tilgrundliggende akutte infektion og behandlingen deraf.”

Retten fandt B skyldig i overensstemmelse med anklageskriftet, men fandt efter overlægens og Retslægerådets erklæringer, at B på gerningstidspunktet havde befundet sig i en forbigående tilstand, som må sidestilles med sindssygdom. Retten udtalte:

”Tiltalte straffes derfor ikke, jf. straffelovens § 16, stk. 1. Da foranstaltning i medfør af straffelovens § 68 ikke kan anbefales som mere formålstjenlig end straf, frifindes tiltalte for straf”.

Sag 3:

M var en 66-årig mand, kendt med epilepsi. Han havde tidligere kun haft krampeanfald om natten under søvn, men havde 2 år i forvejen været involveret i trafikulykker, som formentlig var forårsaget af epileptiske anfald under kørsel. Han var sidst set i neurologisk ambulatorium, med henblik på medicinjustering, 1 måned før tvangsindlæggelsen. Det fremgår ud fra journalnotat i neurologisk ambulatorium, at der var dårlig compliance. M fulgtes fortsat af ambulatoriet for sin epileptiske lidelse. M havde ikke tidligere haft kontakt med psykiatrien.

En dag bankede M på hos naboen, som han umotiveret slog 2 gange i ansigtet ved munden med knyttet hånd for efterfølgende at presse døren op ind til entréen, hvor naboen fik tildelt yderligere 2 knytnæveslag i hovedet. Efterfølgende forsatte M hen ad gaden, hvor han tilsyneladende ganske umotiveret overfaldt tilfældige personer. Da han passerede en kvinde med en hund, sparkede han ligeledes ganske umotiveret hunden så voldsomt, at denne blev slynget ind i hækken.

Ved politiets henvendelse til M var han meget ophidset og truede politiet med klø. Truslen om klø kom noget vrøvlende og usammenhængende, men blev udtalt samtidig med, at han gik frem mod en af politibetjentene og slog denne flere gange med knyttede hænder. Det blev forsøgt at tale M til ro, men da det var uden virkning, blev

han eksponeret med peberspray og endte derefter med at blive lagt i håndjern. Han blev efterfølgende bragt til politistationen, hvor han blev saneret for peberspray, tilset af en vagtlæge og tvangsindlagt på røde papirer (farlighedsindikation) på psykiatrisk afdeling.

M kom roligt med politiet til psykiatrisk afdeling, hvor der blev givet beroligende medicin (5 mg Stesolid), som han modtog frivilligt.

Tyve minutter efter kastede M skoldhed kaffe i hovedet på sygeplejersken. Politiet tilkaldtes, og ved deres ankomst sad M på bordet på sin sengestue, der var kaffe overalt, men M var nu rolig. Han modtog yderligere beroligende medicin (tablet Stesolid 5 mg samt tablet Serenase 5 mg) frivilligt.

To timer senere truede M på ny personalet med at give dem en på hovedet og gik ind på stuen til en anden patient. Da han korrigeredes, virkede det som om, at det gik op for ham, at han var et forkert sted. M blev under indlæggelsen set ryste på hænder og arme og slog derefter uprovokeret på væggen. Pårørende (bror) kontaktes og bekræftede, at M havde været i habituel (sædvanlig) tilstand dagen før, men virkede konfus om morgenen, da broderen havde talt med ham i telefonen. Han havde aldrig tidligere opført sig på den beskrevne måde og var ikke kendt med uadadreagerende adfærd. Broderen angav, at M's personlighed var meget ændret. M var heller ikke kendt med stofmisbrug eller alkoholoverforbrug.

Selv kunne M ikke erindre, hvad der var sket. Han kunne ikke fortælle, om han havde haft krampeanfald. Ved ankomsten til psykiatrisk afdeling var han hverken orienteret i tid, sted eller egne data og udtrykte blot, at han havde været dum. Han mente, at han tog sin medicin mod epilepsi som foreskrevet. Han havde en forestilling om, at hans mor var gået med ham hjem, og at "de" fortalte ham, at han skulle slå dem ihjel. Han følte sig ikke som sig selv og havde en brændende fornemmelse i nakken og kæben. Han gentog, at det brændte i halsen og kæben, og at han så farver for sig. Dagen efter overflyttedes han til medicinsk afdeling, hvor han behandlede for lungebetændelse (pneumoni) og blodpropper i begge lunger (lungeemboli). M fremstod deprimeret, men ikke længere med psykotiske symptomer. Han blev flyttet tilbage til psykiatrisk afdeling og blev udskrevet nogle uger senere. Han blev sat i behandling med blodfortyndende medicin, udover fortsat medicinering mod epilepsi.

Ved afhøringen 2 uger senere kunne M erkende sigtelsen delvist, men kunne i store træk ikke huske hele hændelsen, han kunne dog vedstå at have været på stedet på angivne tidspunkt. Han kunne huske at have kastet en sten efter en forbigående bil, men ikke de øvrige forhold.

Retslægerådet blev spurgt, om sigtedes tilstand fandtes omfattet af straffelovens § 16 eller § 69 og om, hvorvidt Retslægerådet kunne anbefale anvendelse af en særforanstaltning i henhold til straffelovens § 68, 2. pkt.

Retslægerådet udtalte på baggrund af den retspsykiatriske erklæring og øvrige sagens akter, at:

”M ikke er sindssyg, men at han har været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede forhold. Han var da ikke påvirket af alkohol eller rusmidler. M lider af epilepsi og er i medicinsk behandling herfor. Det kan ikke udelukkes, at han har befundet sig i en af denne lidelse udløst psykisk abnorm tilstand på tidspunktet for det påsigtede, men det er mest sandsynligt, at den forbigående psykotiske tilstand skyldes akut opståede sygdomme i lungerne i form af lungebetændelse og blodpropper i lungerne.

Overlægen vurderede ud fra det personfremmede hændelsesforløb i relation til aktuelle sigtelser og beskrivelse af M's psykiske tilstand ved indlæggelse, hvor han var i en tilstand med bevidsthedsplumring samt efterfølgende påvisning af lungelidelser på medicinsk afdeling, at han har befundet sig i en af somatisk sygdom delirøs (sindssygelig) tilstand. Det er uklart, om M havde overholdt behandling med antiepileptisk medicin. Overlægen vurderer yderligere, at M nu er velbehandlet for de sygdomme, der udløste delirtilstanden. Retslægerådet finder herefter, at M er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt han findes skyldig kan rådet ikke anbefale foranstaltning efter straffeloven § 68, 2. pkt. M er behandlet for de somatiske sygdomme, der mest sandsynligt udløste den sindssygelige tilstand. Retslægerådet kan dog anbefale, at M øger sin kontakthypighed med epilepsiambulatorie for at sikre sufficient antiepileptisk behandling”.

Efterfølgende gav statsadvokaten M tiltalefrafald. Begrundelsen for afgørelsen var, at:

”der foreligger særligt formildende omstændigheder, og at almene hensyn efter min opfattelse ikke kræver, at jeg går videre med straffesagen. Jeg har især lagt vægt på, at du blev fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, på gerningstidspunktet samt at Retslægerådet finder, at der ikke kan anbefales en foranstaltning, idet du er behandlet for de somatiske sygdomme, der mest sandsynligt udløste den sindssygelige tilstand”.

Kommentar:

De 2 første sager adskiller sig fra den sidste, idet de er foregået i tilslutning til hospitalsbehandling. De forurettede sundhedspersoner ønskede at anmelde voldsepisoderne, samtidig med at det erkendtes, at patienterne havde været i en akut forvirringstilstand (delir) og ”tydeligvis var syg”. Over en årrække er antallet af anmeldelser for vold og trusler mod offentligt ansatte steget betydeligt, også fra ansatte i sundhedssektoren. Der er i forlængelse heraf set en stigning i antallet af strafferetlige særforanstaltninger for denne type lovovertrædelser. Det falder uden for denne artikels fokus at forsøge at komme med forslag til mulige årsager til de observerede stigninger, men uklarhed om regler for arbejdsskadeerstatning efter udsættelse for vold eller trusler i embedes medfør er påpeget, både i myndighedsrapporter, patientforeninger og faglige organisationer. I sag 3 er M’s adfærd farlig og går ud over en række personer, både private og offentligt ansatte. Lignende tilfælde med konfusion i forbindelse med epileptiske anfald og hypoglykæmiske tilstande er diskuteret i Retslægerådets årsberetning 2010 (s. 45). Disse tilstande beskrives traditionelt i retspsykiatrien som ”tilstande ligestillet med sindssygdom”, selvom disse tilstande er oplagt psykotiske. Det skyldes primært, at de er af forbigående og flygtig natur, idet bevidstheden genvinder sin klarhed med den somatiske tilstands helbredelse.

1.5. Nye farlighedsdekreter

Farlighedsdekret

Farlighedsdekret i medfør af § 40 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Psykiatriloven) udstedes af Justitsministeriet, som inden endelig stillingtagen hører Retslægerådet. Lovteksten³ lyder:

"I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren eller den, ministeren bemyndiger dertil, bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland".

Begrebet "farlighedsdekret" anvendes ikke i lovteksten, men har vundet indpas såvel i psykiatrien som i Justitsministeriet.

Udstedelse af farlighedsdekret er en administrativ beslutning, som med indførelse af Psykiatriloven i 1989 blev tilknyttet en efterfølgende obligatorisk domstolsprøvelse. Af kommentarerne til loven fremgår, at der skal være tale om ekstraordinært farlige personer, som vedvarende udgør en "mere kvalificeret og konkret farlighed rettet mod andres liv eller legeme", i form af manddrab, voldtægt, legemsbeskadigelse, eller forsøg på eller trusler herom.

Skønmæssigt modtager Retslægerådet mellem 0 og 2 forespørgsler årligt fra Justitsministeriet i sager, hvor en psykiatrisk afdeling eller en institution under Kriminalforsorgen anmoder om farlighedsdekret. Retslægerådet behandler alle sager med anmodning om farlighedsdekret indenfor 5 søgnedage, grundet den principielt hastende karakter, og Justitsministeriet træffer vanligvis meget hurtigt afgørelse efterfølgende. Hvis farlighedsdekret udstedes, er tiden til reel overførsel til Sikringsafdelingen erfaringsmæssigt dog meget variabel.

³ Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., LBK nr. 185 af 01/02/2022

I 2019-2020 modtog Retslægerådet samlet 3 anmodninger fra Justitsministeriet om udtalelse i sager om farlighedsdekret, to var fra psykiatrien og en fra Kriminalforsorgen. I alle sager anbefalede farlighedsdekret.

I 2021 modtog Retslægerådet 5 anmodninger om en udtalelse om farlighedsdekret, alle var fra psykiatrien. I 4 af sagerne anbefalede farlighedsdekret, og i et tilfælde kunne det ikke anbefales.

Nedenfor refereres i hovedtræk fra de 5 sager, som Retslægerådet modtog i 2021, herunder rådets udtalelse og Justitsministeriets endelige afgørelse.

Sag 1:

A var en 50-årig mand, som i mere end 15 år havde været lidende af sindssygdom i svær grad (skizofreni). Han havde siden tidlig ungdom misbrugt rusmidler, især hash, og havde siden 25-årsalderen været indlagt flere år på psykiatrisk afdeling i medfør af dom til anbringelse. Herunder var han anbragt et år på Sikringsafdelingen på baggrund af farlighedsdekret. Behandling med det sædvanligvis meget effektive antipsykotisk virkende lægemiddel Clozapin (Leponex) medførte bedring af såvel den sindssygelige tilstand som den beskrevne farlighed. Endelig domsophævelse fandt sted efter 10 år, hvorefter A ophørte med at følge den anbefalede psykiatriske behandling. Han fik hurtigt tilbagefald til såvel sindssygdom som farlighed, og Justitsministeriet udstedte for 2. gang farlighedsdekret. A var herunder anbragt på Sikringsafdelingen frem til 2006. Han havde da modtaget ny behandlingsdom og fulgte behandlingen med Clozapin efter udskrivelse samt i en årrække også efter domsophævelse. I 2018 opstod tilsyneladende forbigående leveringsvanskeligheder af Clozapin, hvorved A kom helt ud af denne behandling og efterfølgende ikke ønskede optrapning til tidligere dosis. Misbrug af alkohol og hash tog til, og A's psykiske tilstand forværredes afgørende. A blev fundet bevidstløs i hjemmet og indbragt til psykiatrisk afdeling i svært sindssygelig, bevidsthedsplumret og hørelsehallucineret tilstand, hvor han udøvede vold, trusler og hærværk og blev bæltefikseret. Han modtog behandling med elektrostimulation, og den medikamentelle behandling med Leponex intensiveredes. A var indlagt i 1,5 år, hvorunder hans tilstand langsomt stabiliseredes og udskrivelse overvejedes, da han helt uforudsigeligt foretog voldsomt et personangreb og slog en

medarbejder ned. Han var herefter bæltefikseret, og behandlingen med elektrostimulation blev på ny forsøgt, nu uden afgørende bedring. Måling af blodkoncentration af Leponex viste højt niveau, hvilket underbyggede den kliniske opfattelse af, at A havde indtaget medicinen som ordineret. Afdelingen foranstaltede, at A blev skærmet mod for mange ydre påvirkninger, og man ansatte sikkerhedsvagt fra eksternt firma for at beskytte personale og medpatienter mod overfald fra A. De følgende måneder indtrådte en relativ bedring i A's tilstand. Fire måneder senere ændredes hans tilstand pludseligt igen, og han foretog på ny personoverfald og blev bæltefikseret. Der var ikke mistanke om medicinsvigt, indtagelse af rusmidler eller ændringer i A's daglige fastlagte rutiner, og overlægen anmodede nu Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som fandt, at A var sindssyg, lidende af skizofreni, og trods intensiv behandling som beskrevet, herunder med fast vagt, antipsykotisk virkende medicin og elektrostimulation, vedvarende udsatte andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, og anbefalede farlighedsdekret.

Efter en gennemgang af sagen traf Justitsministeriet afgørelse om overførsel af A til Sikringsafdelingen, i medfør af psykiatrilovens § 40, stk. 1.

Sag 2:

B var en 33-årig mand, der var kommet til Danmark som flygtning, og som 19-årig blev diagnosticeret med skizofreni. Han havde intet forbrug af rusmidler. B havde ikke været i stand til at klare sig selv siden tidlig ungdom og boede nu på bosted og oppebar førtidspension. Under hele sygdomsforløbet var han vedvarende psykotisk (sindssyg), med fremtrædende vrangforestillinger, som ansporede til voldelige overfald, som han var helt uden modforestillinger til. Han foretog hyppigt uvarslede fysiske angreb på personalemedlemmer og medpatienter. B havde siden 2014 været undergivet dom til psykiatrisk behandling, men på trods af intensiv behandling med flere antipsykotisk virkende lægemidler på samme tid, herunder Leponex, havde der ikke været dæmpning af de psykotiske symptomer, og forekomsten af umotiverede personangreb var tiltaget i hyppighed og farlighed. En del år henne i det psykiatriske sygdomsforløb fik B ved meget grundig udredning påvist uspecificeret neurodegenerativ sygdom, som

mest sandsynligt var forårsaget af neuroinfektion i barndommen. B havde de senere år især rettet uvarslede overfald mod kvinder, hvorunder han udviste udtalt aggressivitet. Hverken indlæggelse i specialiseret socialpsykiatrisk enhed eller retspsykiatrisk afdeling havde kunnet dæmpe den personfarlige adfærd, og forekomsten af umotiverede angreb havde taget til i hyppighed og farlighed. Overlægen anmodede på denne baggrund Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som fandt, at B i en årrække havde været præget af sindssygdom i svær grad, med blandt andet kontaktaflukket, hallucinationer og vrangforestillinger. Rådet fandt tillige, at B, trods langvarige indlæggelser og flerstofs antipsykotisk medicinering, vedvarende udsatte andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, og anbefalede farlighedsdekret.

Efter en gennemgang af sagen traf Justitsministeriet afgørelse om overførsel af B til Sikringsafdelingen, i medfør af psykiatrilovens § 40, stk. 1.

Sag 3:

C var en 43-årig mand, som siden tidlig ungdom havde haft et omfattende, blandet rusmiddelmisbrug og igennem 20 år havde været diagnosticeret med skizofreni. Der havde været talrige indlæggelser på psykiatriske afdelinger, heraf flere langvarige, uden afgørende bedring af den psykiske tilstand. To år efter sygdomsdebut modtog C første gang dom til psykiatrisk behandling, og de følgende 20 år modtog han yderligere 3 behandlingsdomme for personfarlig kriminalitet. C boede på bosted og oppebar førtidspension. C havde siden tidlig ungdom haft hashmisbrug, suppleret med andre euforiserende stoffer og alkohol. I årene før anmodning om farlighedsdekret var hans psykiske tilstand yderligere forværret, der var medicinsvigt, og han foretog alvorligt selvmordsforsøg. Behandling med flere slags psykofarmaka og elektrostimulation havde ikke ført til afgørende bedring. Under en 1,5 år varende indlæggelse i lukket almenpsykiatrisk afdeling afviste C at genoptage behandling med antipsykotisk virkende medicin. Beslutning om tvangsbehandling hermed blev to gange tilsidesat af det Psykiatriske Patientklagenævn. Efter et alvorligt overfald på behandlingsansvarlig overlæge overflyttedes C til retspsykiatrisk afdeling, hvor der indledtes

tvangsbehandling med to antipsykotisk virkende lægemidler i depotform. Der blev behandlet med elektrostimulation (ECT), som førte til bedring, men måtte standses grundet C's afvisning. Supplerende medikamentel behandling med Clozapin medførte initial bedring, men blev indstillet efter 1,5 måned, da C afviste at fortsætte. I stedet påbegyndtes behandling med stemningsstabiliserende medicin. C led af lungesygdommen KOL, hvorfor det var nødvendigt at være meget tilbageholdende med at behandle med beroligende medicin (benzodiazepiner). Han var uændret svært sindssyg og foretog på ny overfald på personalemedlemmer, foruden dødstrusler, hærværk og alvorlig selvskade. Overlægen anmodede på denne baggrund Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som fandt, at C var kronisk sindssyg lidende af skizofreni, og i en længere periode under indlæggelsen i almenpsykiatrien havde modtaget utilstrækkelig behandling. Trods efterfølgende iværksættelse og opretholdelse af intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin og elektrostimulation under længerevarende indlæggelse i retspsykiatrisk afdeling, frembød C fortsat uberegnelig og yderst personfarlig adfærd. Rådet fandt, at C vedvarende udsatte andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, og anbefalede farlighedsdekret.

Efter en gennemgang af sagen traf Justitsministeriet afgørelse om overførsel af B til Sikringsafdelingen, i medfør af psykiatrilovens § 40, stk. 1.

Sag 4:

D var en 37-årig mand, der var kommet til Danmark som flygtning, og som 23-årig blev diagnosticeret med skizofreni, blandt andet karakteriseret ved hallucinationer og vrangforestillinger. Han havde desuden et mangeårigt stort, blandet rusmiddel-misbrug. Han oppebar førtidspension og var blevet boligløs efter opsigelse. I årene 2010-2012 modtog D 3 gange behandlingsdom og havde igennem 8 år været undergivet dom til anbringelse, hvor han havde været indlagt på retspsykiatrisk afdeling. Den psykofarmakologiske behandling havde været vanskelig, fordi D ikke tålte det mest effektive antipsykotisk virkende lægemiddel Leponex, på grund af påvirkning af knoglemarvens funktion. Der var i stedet forsøgt samtidig behandling

med to antipsykotiske depotpræparater i kombination med andre typer psykofarmaka. På trods heraf var D vedvarende psykotisk, og der var registreret flere hundrede tilfælde af trusler og vold inden for de foregående 5 år, hvor der også havde været flere bæltefikseringer. Efter psykotisk motiveret voldeligt overfald på en medpatient, anmodede overlægen Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som fandt, at D var sindssyg og, trods mere end 5 års indlæggelse i retspsykiatrisk afdeling og flerstofs antipsykotisk medicinering, vedvarende udsatte andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Retslægerådet anbefalede farlighedsdekret.

Efter en gennemgang af sagen traf Justitsministeriet bestemmelse om overførsel af D til Sikringsafdelingen, i medfør af psykiatrilovens § 40, stk. 1.

Sag 5:

E var en 31-årig mand, der som 27-årig i forbindelse med mentalobservation blev diagnosticeret som lidende af skizofreni. Han havde siden barndommen været præget af tilpasnings- og adfærdsforstyrrelser og havde i en årrække haft et omfattende, blandet rusmiddelmisbrug. E modtog i forlængelse af mentalobservation dom til psykiatrisk behandling, som blev ophævet efter et par år, da han modtog endnu en behandlingsdom. E havde modtaget behandling med antipsykotisk virkende medicin gennem cirka 5 år, herunder i depotform og i perioder suppleret med Leponex og stemningsstabiliserende medicin. På trods heraf udviste han eskalerende personfarlig adfærd, med betydelig personskade til følge. To år tidligere forsøgt udtræning af behandlingen med antipsykotisk virkende medicin, da der lægeligt var rejst tvivl om diagnosen skizofreni. E's psykiske tilstand forværredes med fornyet fremkomst af sindssygdomssymptomer, og behandling med antipsykotisk virkende medicin blev genindsat. Overlægen vurderede, at der uden effekt var gjort det, der var muligt under de givne rammer for at reducere den farlighed, som D frembød, herunder intensiveret psykiatrisk behandling, indlæggelse på forskellige psykiatriske afdelinger, inklusiv i retspsykiatrien, og afholdenhed fra misbrug. Overlægen anmodede på denne baggrund Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som fandt, at E var sindssyg og blandt andet frembød forfølgelsesvrangforestillinger, tanke- og kontaktforstyrrelser. Rådet vurderede tillige, at E aktuelt udsatte andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Retslægerådet bemærkede, at lægeerklæringen kun summarisk opridsede de hidtidige behandlingsforsøg, kun indeholdt en summarisk oversigt over tidligere psykofarmakologisk behandling og ikke havde medtaget en oversigt over den aktuelle psykofarmakologiske behandling. Efter Retslægerådets opfattelse var det ikke muligt på det foreliggende nærmere at afgøre, om der, under de aktuelle betingelser som indlagt i retspsykiatrisk afdeling, var foretaget tilstrækkeligt intensive behandlingsforsøg af passende varighed, som et mindre indgribende middel til at reducere den beskrevne farlighed hos E end overførsel til Sikringsafdelingen. Retslægerådet kunne således ikke anbefale farlighedsdekret.

Efter en gennemgang af sagen fandt Justitsministeriet ikke tilstrækkeligt grundlag for at imødekomme anmodningen og udstedte ikke farlighedsdekret, idet ministeriet ikke fandt det godtgjort, at betingelserne for at anbringe E i Sikringsafdelingen, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 1, var opfyldt.

Kommentar:

Såvel i den ovenstående sag 5 som i flertallet af tidligere sager, hvor Retslægerådet ikke har kunnet anbefale farlighedsdekret, har baggrunden været, at farekriteriet og/eller varighedskriteriet, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 1, ikke har været anset for fuldt ud opfyldt.

Ved Retslægerådets vurdering i udtalelser om farlighedsdekret er en grundig lægelig erklæring afgørende, da Justitsministeriet ikke medsender andre akter til rådets behandling. Det er afgørende, at erklæringen indeholder en nøje beskrivelse af såvel sindssygdom som den vedvarende farlighed og en oversigt over den hidtidige behandlingsindsats, som er forsøgt til imødegåelse af farligheden. Det vil ofte være relevant at beskrive hele sygdomsforløbet, med vægt på en uddybende beskrivelse af tilstanden og forholdene de sidste 1-2 år. Selve sindssygdommen skal selvsagt være grundigt beskrevet såvel aktuelt som over tid. Det bemærkes her, at den udvidelse af sindssygdomsbegrebet, som psykiatriloven indeholder for langt de fleste tvangs-

foranstaltninger, ved at inkludere "tilstande ligestillet med sindssygdom", ikke gælder for § 40. Det bemærkes tillige, at kun farlighed for andre medregnes i forhold til farlighedsdekret, mens fare for patienten selv må håndteres på andre måder.

Erklæringen bør indeholde konkrete eksempler på den fare, som patienten har frembudt, og de foranstaltninger, som er iværksat til imødegåelse heraf. Forhold som antal og/eller varighed af indlæggelser, psykofarmakologisk behandling (med præparater, doser, varighed, komplans, effekt og evt. bivirkninger) og det samme for så vidt angår ECT, anvendelse af psykiatriloven, non-farmakologiske indsatser, skærmning, etablering af ekstra sikkerhedsforanstaltninger som fast vagt etc., bør nøje gennemgås. Ved en sådan systematisk gennemgang vil der almindeligvis også implicit kunne redegøres for, hvorvidt varighedskriteriet er opfyldt.

Farlighedsdekreter er blandt andet omtalt i Retslægerådets årsberetninger for 1988, 1989, 1990, 2000 og 2019, herunder omtales i årsberetningen for 2000 "Principbetænkning om tvang i psykiatrien" fra 1986, som indeholder en grundig gennemgang af overvejende de juridiske aspekter ved farlighedsdekreter.

1.6. Danskere domfældt i udlandet, udvist til Danmark

I 2020 modtog Retslægerådet anmodning om udtalelse i tre sager, som på forskellig vis vedrørte danske statsborgere, der var domfældt i udlandet.

Alle sager vedrørte mænd, som var fundet skyldige i alvorlig personfarlig kriminalitet, hvor enten domfældte eller det land, som de var blevet dømt i, ønskede overførsel til Danmark. To af de domfældte var vurderet psykotiske på gerningstidspunktet, den tredje var ikke vurderet psykotisk og idømt forvaring.

I alle tilfælde var der tale om domme afsagt i et europæisk land.

Spørgsmålene til Retslægerådet vedrørte en lægelig vurdering af den dømtes psykiske tilstand sammen med en anmodning om rådets anbefaling til de danske myndigheder vedrørende strafferetlig foranstaltning i tilfælde af overførsel til Danmark.

Derudover indeholdt anmodningerne for alle 3 sagers vedkommende spørgsmål om, hvilken sanktion, som Retslægerådet ville have anbefalet, hvis kriminalitet og retssag havde fundet sted i Danmark.

Den pådømte kriminalitet lå for alles vedkommende adskillige år tilbage i tiden. De medfølgende akter omfattede såvel domsudskrifter som retspsykiatriske undersøgelser foretaget før dom og lægelige vurderinger og erklæringer om de dømtes psykiske tilstand under afsoningsforløbet.

I alle 3 sager medsendtes de relevante udenlandske akter enten i autoriseret oversættelse eller på andet skandinavisk sprog, som uden vanskeligheder kunne forstås af Retslægerådets sagkyndige og jurister.

A var en 40-årig mand, som 2 år tidligere var fundet skyldig i forsøg på manddrab på tidligere ægtefælle. Han var vurderet utilregnelig på gerningstidspunktet grundet sindssygdом og dømt til psykiatrisk sygehusbehandling.

Han ønskede selv overførsel til Danmark, og myndighederne i det pågældende land anmodede på hans vegne om overførsel med henblik på fuldbyrdelse af den idømte straf. Rigsadvokaten havde anmodet politiet om at indhente en udtalelse fra den relevante regionale retspsykiatri i Danmark vedrørende A's mentale tilstand på gerningstidspunktet og den sanktion, som man ville have anbefalet i den forbindelse, og havde modtaget en ganske kort udtalelse herfra.

Efterfølgende anmodede statsadvokaten om, at spørgsmålet om strafegnethed på gerningstidspunktet og anbefalet sanktion blev forelagt for Retslægerådet.

Af Retslægerådets udtalelse fremgår blandt andet, at A var født og opvokset i Danmark. Han havde siden barndommen haft tilbøjelighed til konfliktfyldte relationer og ofte følt sig misforstået.

A havde angivelig allerede i barndommen indledt et hashmisbrug og fra 21-års-alderen periodisk tillige misbrugt kokain og flere andre rusmidler, samt oparbejdet en stor gæld ved spil på internettet.

A og forurettede mødte hinanden, mens A arbejdede i hustruens hjemland, og blev gift, da A var 27 år gammel. Et par år efter blev deres eneste barn født, og de boede

sammen de følgende år, uden at A lærte sig sproget eller etablerede sociale relationer uden for familien.

A arbejdede inden for IT-området, hvor han tilbagevendende havde konflikter i forhold til sine foresatte, og der var beskrevet ustabil indsats og flere sygeperioder. A blev, efter en skriftlig advarsel for usaglig opførsel, opsagt omkring 2015 og havde det følgende år kortere tidsbegrænsede ansættelser og havde ikke siden været i beskæftigelse.

Siden 25 års-alderen havde A i perioder modtaget psykiatrisk behandling, både i Danmark og i hustruens hjemland.

I et år, måske mere, forud for det pådømte, havde A boet i Danmark, hvor han havde modtaget psykiatrisk behandling under diagnoserne skizotypisk sindslidelse (en variant af skizofreni uden sindssygelige symptomer), depression og mulig personlighedsforstyrrelse. Han havde truet sundhedspersonalet og blev beskrevet som ansvarsfralæggende og bortforklarende, idet han anså, at samfundet og politikerne var ansvarlige for hans situation.

A var få dage før det pådømte rejst tilbage til ægtefællens hjemland, hvor han opsøgte hende og få dage senere overfaldt hende.

Dagen efter blev A lægeundersøgt i arresten. Han fremstod usoigneret, med usammenhængende tale, og sindssygelig tilstand kunne ikke udelukkes, hvorfor der blev iværksat overførsel til psykiatrisk fængselsafdeling. Den følgende tid blev A vurderet psykotisk med en række sindssygelige symptomer, og behandling med antipsykotisk virkende medicin blev påbegyndt.

Af konklusion på den retspsykiatriske undersøgelse fremgik, at A ansås at lide af sindssygdommen skizoaffektiv psykose, hvor depressive symptomer var mest fremtrædende. Han havde, forud for det pådømte, gennem flere uger indtaget rusmidler, som dog ikke vurderedes at have været baggrunden for den psykotiske tilstand. Han blev beskrevet som normalt begavet.

Konklusionen på Retslægerådets udtalelse lyder:

”Efter Retslægerådets opfattelse må A herefter anses for at have været omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, på tidspunktet for det pådømte. Der foreligger ikke lægelige akter med beskrivelse af A's aktuelle psykiske tilstand, herunder heller ikke en vurdering af, om den nærliggende farlighed for andre, som han frembød på tidspunktet for det pådømte, er ændret.

På denne baggrund ville Retslægerådet på domstidspunktet have anbefalet dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.”

Ved byrettens afgørelse af 4. juni 2021 blev betingelserne for overførsel af A til Danmark med henblik på fuldbyrdelse af dom afsagt den 5. februar 2019 fundet opfyldt, og retten besluttede, at A skulle anbringes i psykiatrisk afdeling uden fastsættelse af længstetid.

B var en 36-årig mand, som 2 år tidligere for forsøg på manddrab var idømt 7 års fængsel, idet han i stedet for fængsel skulle underkastes institutionsbehandling. Han ønskede selv overførsel til Danmark.

Sagen blev forelagt for Retslægerådet af anklagemyndigheden, og i de fremsendte akter indgik desuden en omfattende udtalelse fra den relevante regionale retspsykiatri, som var indhentet kort forinden.

Af Retslægerådets udtalelse fremgår blandt andet, at B var født og opvokset i Danmark og havde gennemført grundskole. Han havde haft arbejde inden for forskellige typer ufaglært beskæftigelse, hvoraf en del var på vikarbureauer. Faderen, som omkom ved en trafikulykke, da B var 22 år gammel, havde indtil da angivelig afleveret og hentet B på job hver dag.

Familien bemærkede de følgende år en ændring hos B, med sporadisk omtale af forfølgelse af ”gotiske bikere”, ligesom B indimellem talte uforståeligt med sig selv. Han var tilsyneladende i stand til at opretholde kontakt med arbejdsmarkedet.

Naboer havde klaget over natlig larm fra B i form af skrig og råb.

B havde ikke haft kontakt til psykiatrisk behandling i Danmark, selvom familien skulle have foreslået det.

Da B var 28 år, forlod han Danmark, tilsyneladende uden forudgående planlægning, kørende i et familiemedlems bil uden dettes vidende.

Kort forinden havde B i Danmark modtaget dagbøder for at have forvoldt skader på ejendom samt for overtrædelse af knivloven og lov om euforiserende stoffer. Der var hos ham konfiskeret 3 knive.

B kørte ifølge sine oplysninger til den retspsykiatriske undersøgelse (dateret 21. november 2017), ned gennem Europa, sov i bilen og spiste meget lidt. Han havde hverken medbragt mobiltelefon eller penge. Han standsede lidt tilfældigt i en større by, fordi han så et skilt dertil på motorvejen, og solgte bilen for at skaffe penge.

Et halvt år efter at B havde forladt Danmark, blev han anholdt for forsætlig vold mod en brandmand, som ydede ham hjælp. Det antoges, at B var beruset, og han blev tilbageholdt i et døgn. Han havde hverken pas eller andre identifikationspapirer. Han havde en dolk på sig og oplyste ved afhøring, at han var på vej sydpå. 3 år senere blev han anholdt i det omtalte sydeuropæiske land, for beruselse på offentlig vej.

Der foreligger ikke oplysninger om, hvorledes B havde klaret sig i de mellemliggende 3 år. Han blev nu sigtet for forsøg på manddrab i det land, hvor han tidligere var antruffet.

Den retspsykiatriske undersøgelse fandt sted 4 år efter det påsigtede forhold, hvor det vurderedes, at B på det påsigtede tidspunkt havde lidt af en skizotypisk sindslidelse, som var at ligestille med alvorlig psykisk forstyrrelse i moderat grad. B oplyste desuden om et mangeårige hashmisbrug.

B frembød ved mentalundersøgelsen forstyrret, desorganiseret tænkning, affladet kontakt, en privat forestillingsverden og vage forestillinger om forfølgelse, hvorved han samlet vurderedes psykotisk (sindssyg).

Risikoen for fremtidig personfarlig kriminalitet vurderedes at kunne reduceres ved anbringelse af B i lukket institution og med behandling med psykofarmakologiske lægemidler.

I en senere psykiatrisk rapport af 28. september 2018 blev forløbet efter domfældelse beskrevet; der var indledt psykoterapeutisk samtaleforløb, som foregik på engelsk, men ikke medikamentel behandling. Familiemedlemmer havde bidraget med

oplysninger til klarlægning af B's tilstand og forhold frem til, at han forlod Danmark. Af familien blev B beskrevet som rigid, i nogen grad bedrevende, selvovervurderende med en belærende attitude, f.eks. også i forhold til overordnede.

Ved den kliniske vurdering fremstod B under samtaleforløbet spontan, affektflad og sløvet.

Konklusionen på Retslægerådets udtalelse lyder:

”Efter Retslægerådets opfattelse må B med overvejende sandsynlighed antages at have været sindssyg på tidspunktet for det pådømte, ligesom han også i tiden efter anholdelse og domfældelse har frembudt symptomer forenelige med en alvorlig sindslidelse, uden at det med sikkerhed kan vurderes, om der aktuelt er tale om en sindssygelig tilstand.”

I en dansk kontekst ville B således skulle henføres til den i straffelovens § 16, stk. 1, omtalte personkreds. Retslægerådets anbefaling ville i en dansk kontekst, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., til imødegåelse af en formentlig betydelig, af hans psykiske tilstand afhængig, risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, have været dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Ved Landsrettens dom af 21. september 2021 blev sanktionen i den udenlandske dom tilpasset, således at B dømtes til anbringelse i psykiatrisk afdeling uden fastsættelse af længstetid. Landsretten vurderede, at der ikke herved ville ske en skærpelse af den sanktion, som B var blevet idømt i udlandet.

C var en 57-årig mand, der 17 år tidligere for drab, voldtægt og røveri var idømt forvaring, som i det pågældende land var tidsbestemt. Han var endvidere udvisningsdømt (til Danmark).

C var ikke vurderet sindssyg på gerningstidstiden eller under afsoning.

C's ansøgninger om prøveløsladelse var blevet afvist af myndighederne; i tilfælde af prøveløsladelse ville han skulle udvises til Danmark, hvor myndighederne i det land, hvor han var domfældt, ikke havde hjemmel til at føre tilsyn med vilkårsoverholdelse eller til genindsættelse ved vilkårsmisligholdelse.

Retslægerrådet blev anmodet om en udtalelse forud for anklagemyndighedens indbringelse af sagen for retten med henblik på at få den udenlandske dom omsat til en dansk dom.

Retslægerrådet blev endvidere anmodet om en udtalelse om, hvilken sanktion rådet ville have anbefalet, såfremt sagen havde været forelagt forud for domstidspunktet.

Af de fremsendte akter fremgik, at C var født og opvokset i Danmark, og havde arbejdet en del i udlandet, både inden for og uden for Europa. Han havde 3 børn fra tidligere samlivsforhold.

C havde gennem en årrække haft et stort alkoholmisbrug og havde oparbejdet gæld.

C var ved mentalundersøgelsen ikke fundet sindssyg, men personlighedsmæssigt stærkt afvigende med aggressive og sadistiske træk samt udtalte antisociale, narcissistiske og skizoide træk. Under afsoningen var han beskrevet som personlighedsmæssigt rigid, overdrevent optaget af overholdelse af alle slags regler og fuldstændig uden evne til at nuancere eller modulere sin vrede ved regelbrud uanset karakteren deraf. Han mente sig under hele forløbet uskyldigt dømt.

Under afsoningen havde C tilsyneladende fundet sig til rette i den fast strukturerede dagligdag i fængslet og gennemført kortere udgange uden anmærkninger.

Efter afsendelse af Retslægerrådets udtalelse har anklagemyndigheden oplyst rådet om, at anmodningen om strafoverførsel fra det land, hvor C afsonede, er trukket tilbage.

Da der således ikke er afsagt dom, er Retslægerrådets konklusion og besvarelse af anklagemyndighedens spørgetema er derfor ikke medtaget.

Kommentar:

Overførsel af danskere domfældt i udlandet reguleres i en række love og konventioner, herunder lov om international fuldbyrdelse af straf og den Europæiske konvention om straffedømmes internationale retsvirkninger.

Der er ikke tidligere registreret tilfælde, hvor Retslægerrådet er anmodet om udtalelse i sådanne sager.

Der er således tale om en usædvanlig og ikke-tidligere set sagstype, hvor Retslægerådet fandt det relevant at afgive udtalelse, herunder også til de dele af spørgemålerne, som måtte anses for delvis hypotetiske.

1.8. Spørgsmålet om tilregnelighed ved sindssygdom

A er en nu 45-årig mand, der flere gange er mentalundersøgt og ved den første mentalundersøgelse i 2009 ikke blev fundet sindssyg. I årene op til den anden mentalundersøgelse blev han flere gange indlagt og fundet psykotisk, hvilket de første år blev vurderet rusmiddeludløst. Omkring 2016 blev han diagnosticeret lidende af skizofreni, og ved mentalundersøgelse i 2017 blev han fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 og blev idømt 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. I forløbet af den psykiatriske særforanstaltning sigtes han for (narko)kriminalitet, ved overtrædelse af straffelovens § 191, og den behandlingsansvarlige overlæge anmodes om udtalelse. Denne anfægter ikke skizofrenidiagnosen, men udtaler, at kriminaliteten som A er sigtet for ikke vurderes "udført på baggrund af en psykotisk tilstand". Udtalelsen fører til, at der rejses tiltale med påstand om straf.

B er en nu 30-årig mand, der ligeledes flere gange er mentalundersøgt og ved alle mentalundersøgelser fra 2007 og fremefter fundet omfattet af straffelovens §16, stk. 1. Ved den første mentalundersøgelse fandt man, at der var tale om misbrugsudløst psykose, men ved de senere undersøgelser vurderes tilstanden forenelig med paranoid

skizofreni. Han idømmes i 2008 den første behandlingsdom (C4⁴), som har længstetid på 5 år, og idømmes i 2012 og 2019 tidsubegrænsede særforanstaltninger (B2⁵).

I 2020 sigtes B på ny for flere forhold af berigelseskriminalitet. Den behandlingsansvarlige overlæge anmodes nu om specifik stillingtagen til spørgsmålet om utilregnelighed. B har ikke haft åbenlyst psykotiske symptomer i 2 år og overlægen finder i sin udtalelse, at B uændret er lidende af skizofreni, men velbehandlet uden såkaldt produktivt psykotiske symptomer og anbefaler 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.

Begge sager gennemgås mere detaljeret nedenfor

A er en nu 45-årig mand, der i 2018 for overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, blev dømt til psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, som omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Der blev ikke fastsat længstetid for foranstaltningen.

Han er, ifølge de retspsykiatriske erklæringer, opvokset under trygge sociale forhold med søskende og samlevende forældre, der blev skilt, da han var 10 år. Som 14-årig påbegyndte han et hashmisbrug, blev involveret i kriminalitet og anbragt i plejefamilie. Han har siden ungdommen haft et omfattende blandingsmisbrug.

Skolegangen var præget af flere skoleskift samt adfærds- og indlæringsvanskeligheder, og han har ikke taget afgangseksamen og har ingen uddannelse. Han er vurderet normalt begavet.

Indtil 30-årsalderen modtog han kontanthjælp, men havde herefter ufaglært håndværksarbejde i en årrække. A er enlig og har ingen børn.

⁴ dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse (Rigsadvokatmeddelelsen - Psykisk afvigende kriminelle 1.1.2022)

⁵ 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 (Rigsadvokatmeddelelsen - Psykisk afvigende kriminelle 1.1.2022)

Af sagens akter fremgår som nævnt indledningsvis, at han flere gange er mentalundersøgt. Ved den første retspsykiatriske undersøgelse i 2009 blev han ikke fundet sindssyg, men præget af personlighedsforstyrrelse og rusmiddelmisbrug. I 2017 blev han igen undersøgt og fundet sindssyg og omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

A har endvidere før 2017 modtaget en række ubetingede fængselsdomme.

I årene op til fornyet mentalundersøgelse i 2017 havde A flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling med sindssygelige tilstande, som gennem de første år blev vurderet udløst af rusmiddelmisbrug. Omkring 2016 blev han diagnosticeret lidende af skizofreni.

A blev efter at være idømt særforanstaltning tilknyttet et opsøgende retspsykiatrisk team og måtte flere gange indlægges med forværrede psykotiske symptomer, i form af hallucinationer på alle sanser og vrangforestillinger samt en enkelt gang trusler mod personale på bostedet.

A havde misbrug af centralstimulerende stoffer, blandt andet kokain, og der var mistanke om køb og salg af stoffer på bostedet.

A blev også i forløbet indlagt længerevarende på regionens såkaldte "Særlige Pladser", med henblik på optimering af behandling, begrænsning af misbrug samt rehabilitering. Under denne indlæggelse rejstes også mistanke om, at A solgte misbrugsstoffer, og han blev overflyttet herfra til en regional retspsykiatrisk afdeling, hvor han blev beskrevet uden produktivt psykotiske symptomer. Han blev behandlet med blandt andet antipsykotisk virkende medicin i form af tabletter Zyprexa 30 mg i døgnet, tabletter Truxal 50 mg ved behov samt opioidsstitutionsbehandling i form af Metadon 25 mg i døgnet.

Med baggrund i sigtelse for overtrædelse af straffelovens § 191 anmodes der i sommeren 2019 om udtalelse fra den behandlingsansvarlige overlæge.

Denne beskriver A's forløb og tilstand og anfører blandt andet, at A "er kendt med diagnosen paranoid skizofreni og har flere gange været beskrevet med psykotiske symptomer". A "tilhører således med sikkerhed personkredsen beskrevet i straffelovens § 16, stk. 1". Det fremhæves, at der gentagne gange i sygehistorien er set kriminel adfærd som følge af gennembrud af psykotiske symptomer.

I forbindelse med den aktuelle påsigtede kriminalitet er A imidlertid ikke beskrevet med psykotiske symptomer, og den behandlingsansvarlige overlæge vurderer A velbehandlet. Han vurderer afslutningsvist, at den aktuelle foranstaltning ikke har kunnet afholde A fra kriminalitet og tilføjer:

”Kriminaliteten, som A er sigtet, for vurderes ikke udført på baggrund af en psykotisk tilstand, og undertegnede er således meget tvivlende over for, om en skærpelse af den nuværende psykiatriske foranstaltning eller iværksættelse af en ny psykiatriske foranstaltning vil kunne forhindre ny og ligeartet kriminalitet fremadrettet.”

Der indstilles herefter til tiltalefrafald fra specialanklager ved politiet, da A ca. 1,5 år forinden er idømt tidsubegrænset behandlingsdom (B2), hvilket med baggrund i den lægelige udtalelse afføder protest hos anklageren ved statsadvokaten. Anklageren ved statsadvokaten henviser til den lægelige udtalelse og anmoder om, at der rejses tiltale med påstand om almindelig straf. Det pointeres, at den eksisterende særforanstaltning ikke bør ophæves i samme forbindelse, og der henvises til lignende sag fra 2019, hvor en foranstaltningsdømt patient, som var medtiltalt, trods bestående psykisk sygdom af den i § 16 nævnte art, blev idømt fængselsstraf. Denne sag har ikke været forelagt Retslægerådet og er derfor ikke omtalt i Retslægerådets årsberetning.

Der rejses herefter tiltale med påstand om almindelig straf.

Sagen indbringes for Retslægerådet, som finder A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Det anbefales, såfremt han findes skyldig i det påsigtede, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs §68, 2. pkt., at han idømmes dom til behandling på psykiatriske afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Sagen behandles i byretten, og af dombogsudskriftet fremgår blandt andet, at anklageren begrunder sin påstand med, at den aktuelle kriminalitet ikke synes at have sammenhæng med tiltaltes sindssygdom og påpeger, at tilregnelighed er en juridisk vurdering. Forsvareren har henvist til Retslægerådets klare udtalelse og tilkendegivet, ”at det [var] meningsløst at idømme en almindelig straf sideløbende med en behandlingsdom”.

Retten finder, med henvisning til Retslægerådets erklæring, at A på gerningstidspunktet har været utilregnelig på grund af sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles med sindssygdom. A straffes derfor ikke, jf. straffelovens § 16, stk. 1. Da der allerede foreligger en behandlingsdom, i forbindelse med hvilken der i medfør af straffelovens § 68 a, stk. 1, ikke er fastsat længstetid, finder byretten det mest formålstjenligt, ”at det har sit forblivende med den allerede idømte behandlingsdom, og at der derfor ikke fastsættes nogen ny behandlingsdom i forbindelse med den aktuelle sag. Det har således sit forblivende med [byrets]dom af 24. januar 2018.”

Kommentar:

Domstolene vurderer sjældent, at sigtede, som ved den psykiatriske vurdering beskrives sindssyge på gerningstiden, er tilregnelige.

Jf. straffelovens § 16, stk. 1 findes man i Danmark straffri, hvis man på gerningstidspunktet var utilregnelig på grund af sindssygdom (eller mental retardering i højere grad) eller en tilstand ligestillet hermed.

Retspsykiaterens opgave er at vurdere den psykiske tilstand, mens retten tager stilling til tilregnelighedsspørgsmålet (se også s. 53 ff. og 71 ff. i Retslægerådets årsberetning fra 2010).

I den refererede sag vedrørende A, var A utvivlsomt sindssyg, lidende af skizofreni, hvilket blandt andet fremgår af den seneste lægelige udtalelse, men A vurderedes på gerningstidspunktet velbehandlet og uden psykotiske symptomer.

Det er imidlertid ganske atypisk, at den behandlingsansvarlige overlæge i sin udtalelse vurderer kausalitet og beskriver, at den påsigtede kriminalitet ikke vurderes udført på baggrund af en psykotisk tilstand, hvorfor anklageren i naturlig forlængelse heraf påstår tiltalte idømt en almindelig straf.

I dansk retspsykiatri har man ud fra en lægelig synsvinkel traditionelt fastholdt, at man ikke kan vurdere årsagssammenhæng hos gerningsmænd med en bestående sindssygdom, ej heller i perioder med velbehandlet sygdom, da udgangspunktet er, at alle dele af psyken influeres af sindssygdommen.

Sagens påstande demonstrerer forskellige juridiske synsvinkler, herunder efterfølgende potentielle problemer med afsoning og samtidig psykiatrisk særforanstaltning.

1.9. Dissens i Retslægerådet

Om Retslægerådets dissens i sag vedr. narkotikakriminalitet hos kvinde med psykiatrisk anamnese

NN er en 27-årig kvinde, med en særdeles belastet opvækst og langvarig psykiatrisk anamnese (sygehistorier) omfattende cannabismisbrug, selvskade og selvmordsforsøg. Desuden lider hun af PTSD og i perioder også bulimi. Hun har aldrig været konstateret husende sindssygelige symptomer.

Aktuelt er hun sigtet for medvirken til grov narkokriminalitet. Der er blandt de mentalobserverende læger og i diverse erklæringer ikke tvivl om, at hun kan henføres til straffelovens § 69. Heri er Retslægerådet enig. Med hensyn til eventuel idømmelse af psykiatrisk foranstaltning vurderer Retslægerådet sagen i to omgange. Første gang kan man ikke pege på en sådan foranstaltning, mens der i anden omgang er dissens, idet to af de sagkyndige finder, at NN i den mellemliggende tid har rettet sig, således at psykiatrisk behandling er formålstjenlig til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet. I Byretten idømmes hun imidlertid en fængselsstraf, men i Landsretten modtager hun dom til ambulat psykiatrisk behandling i overensstemmelse med flertallet af de sagkyndige i Retslægerådet.

Baggrund

NN er disponeret til bipolar lidelse (tidligere betegnet maniodepressiv sindslidelse). Moderen har haft intravenøst misbrug og faderen et alkoholmisbrug og posttraumatisk belastningsreaktion. Forældrene afbrød deres samlivsforhold, inden NN var et år gammel. Hun er vokset op hos sin far frem til 7-årsalderen og havde i en årrække ikke kontakt med sin biologiske mor. Under opholdet hos faderen var hun udsat for vold og omsorgssvigt. Fra 7 til 8-årsalderen opholdt hun sig hos moderen, hvor forholdene også var ustabile og præget af omsorgssvigt. Hun blev derefter anbragt på institution fra 8 til 13-årsalderen. Modtog undervisning her frem til 13. år. Fra 13 til 16-årsalderen, da hun kom i plejefamilie, modtog hun undervisning i almindelig skole. NN oplevede sig i plejefamilien seksuelt krænket af plejefaderen og

kom i 16-årsalderen til en akut-plejefamilie, hvorefter hun blev placeret i ungdomsbolig, hvorfra hun gennemførte 9. og 10. klasses afgangseksamen. Hun gennemførte derefter social- og sundhedshjælperuddannelsen og var herefter ansat i forskellige vikariater som social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen. De seneste to år har hun ikke været i beskæftigelse. Hun har haft samlivsforhold med flere voldelige og grænseoverskridende mænd, men har de senere år været alene-boende. Dog har hun fra sommeren 2019 været samlevende med en jævnaldrende mand, der er medsigtet i den aktuelle sag. Hun er tidligere straffet for vold.

Tidligere og nuværende psykisk sygdom

Psykiatrisk blev NN som 11-årig udredt for ADHD og var i en årrække i behandling derfor. Hun oplevede dog ikke forværring, da hun ophørte med dette i 2013. Hun har i årevis haft cannabisafhængighed og har flere gange været indlagt og behandlet for PTSD-symptomer. Hun har periodevis haft spiseforstyrrelsen bulimi, har taget flere overdoser medicin og har udvist selvskade ved at tilføje sig snitlæsioner i hånden. Hun har haft periodevis selvmordstanker og har også været indlagt efter selvmordsforsøg.

I forbindelse med aktuelle sigtelse blev NN overført fra arresten til varetægtsfængsling i surrogat på psykiatrisk afdeling. Hun har på intet tidspunkt oplevet psykotiske symptomer, og hun beskriver ikke forekomst af tydelige depressive eller maniforme faser.

Ved aktuelle mentalobservation findes NN, i lighed med tidligere, uden tegn på psykose. Hun vurderes at være præget af emotionelt ustabile impulsive personlighedstræk og er i vedvarende forhøjet angstberedskab frembydende omfattende symptomer relateret til posttraumatisk belastningsreaktion.

Mentalerklæring af 2. juni 2020 fra Psykiatrisk afdeling konkluderer overlæge 1:

"Observanden er ved denne undersøgelse ikke fundet at være sindssyg, ligesom observanden ikke har været sindssyg på tidspunktet for de påsigtede handlinger. Observanden er ikke mentalt retarderet i hverken lettere eller højere grad.

Observanden er ikke omfattet af den i straffelovens § 16, stk. 1, eller stk. 2. Observanden findes at være omfattet af den i straffelovens § 69 beskrevne personkreds.

Såfremt observanden findes at være skyldig i forhold til det påsigtede, vil jeg pege på, at observanden kan idømmes at undergive sig ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.”

Retslægerådet udtalte herefter følgende i responsum af 14. december 2020:

"...at NN ikke er sindssyg, og at hun ikke antages at have været sindssyg på tidspunkterne for det nu påsigtede. Det er ikke oplyst, om NN da var påvirket af rusmidler. Hun er begavet indenfor normalområdet. Hun lider ikke af epilepsi.

... Efter Retslægerådets opfattelse er NN omfattet af straffelovens § 69. Såfremt hun findes skyldig i det påsigtede, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet, end straf.

På grund af NN personlighedsforstyrrelse og angstproblematik skal anbefales, at eventuelt afsoning indledes i Herstedvester Fængsel.

Ved betinget dom, kombinationsdom eller prøveløsladelse anbefales tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om at underkaste sig lægeligt ledet behandling mod misbrug efter tilsynsmyndighedens skøn.”

Efter at NN har været indlagt i varetægtssurrogat på Psykiatrisk Afdeling i omkring 6 måneder afgives en ny erklæring af overlægen på den pågældende afdeling efter begæring af statsadvokaten:

Ny psykiatrisk erklæring af 4. maj 2021 ved overlæge 2:

Patienten blev overflyttet til afdelingen den 18. november 2019 fra anden psykiatrisk afdeling, hvortil hun var blevet indlagt på grund af forværrede angstsymptomer og konkrete selvmordsplaner i arresten.

Under indlæggelsen bekræftes diagnoserne PTSD, personlighedsforstyrrelse samt cannabisafhængighedssyndrom. Under indlæggelsen bedres hendes tilstand med hensyn til angstsymptomer, nattesøvn og andre symptomer. Hun begynder desuden at lægge planer for fremtiden med hensyn til uddannelse, job og bolig.

Overlægen konkluderer i erklæringen:

”Undertegnede vurderer, at patienten ikke er omfattet af straffelovens §16. Undertegnede vurderer, at patienten er omfattet af straffelovens § 69. Såfremt patienten findes skyldig, vil undertegnede anbefale, at patienten, jf. straffelovens § 68, som mere formålstjenlig til forebyggelse af ny kriminalitet end straf, idømmes at undergive sig ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således, at Kriminalforsorgen sammen med overlæge kan træffe bestemmelse om indlæggelse. Forløbet under aktuelle indlæggelse viser klart og tydeligt, at patienten profiterer af psykiatrisk behandling, som ikke kun lindrer hendes symptomer, men først og fremmest giver hende håb om og mod på at kæmpe for at få et nyt, bedre liv efter udskrivelsen, et liv uden vold, stoffer og kriminalitet, således den har kriminalitetsforebyggende virkning. Til gengæld er undertegnede alvorligt bekymret for, at patientens psykiske tilstand vil forværres betydeligt, såfremt hun idømmes fængselsstraf. Det ville være voldsomt retraumatiserende for patienten og ville hermed medføre, at al den bedring og udvikling, patienten har opnået under aktuelle indlæggelse, ville blive spildt, og der ville opstå en betydelig risiko for, at patienten igen ville forsøge at tage sit liv”.

Retslægerådet har i fornyet respons af 28. maj 2021 udtalt følgende:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af de tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring af 2. juni 2020 ved overlæge nummer et, og udtalelse af 4. maj 2021 ved overlæge nummer to, samt med henvisning til

Retslægerådets udtalelse af 14. december 2020, udtale, at Retslægerådet uændret finder, at NN ikke er sindssyg og heller ikke var det på tidspunktet for det nu påsigtede.

Det fremgår, at hun har været langvarigt indlagt i varetægtssurrogat på Psykiatrisk Afdeling, hvor der efterhånden synes at være indtrådt en vis stabilisering af hendes psykiske tilstand. Efter den aktuelle lægelige vurdering vil denne stabilisering kunne understøttes ved fortsat intensiv psykiatrisk behandling, hvorunder også kriminalitetsforebyggende tiltag vil kunne tilgodeses.

Efter Retslægerådets opfattelse er NN herefter omfattet af straffelovens § 69.

Der er herefter ikke enighed blandt de sagkyndige.

To sagkyndige udtaler herefter:

På baggrund af de supplerende lægelige oplysninger, skal disse voterende, såfremt NN findes skyldig i det påsigtede, jf. § 68, 2. pkt., ikke udtale sig afgørende imod, at hun som mere formålstjenlig foranstaltning end straf til imødegåelse af risikoen for ligeartet kriminalitet, modtager dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

En sagkyndige udtaler herefter:

Denne voterende lægger vægt på, at NN talrige gange tidligere har modtaget psykiatrisk behandling både ambulans og under indlæggelse uden, at dette har medført en blivende stabilisering af den psykiske tilstand. Hun er hver gang ret hurtigt recideret med misbrug og uligevægtig adfærd. Det vurderes derfor ikke, at en særforanstaltning kan forventes at være mere formålstjenlig end straf, til forebyggelse af risikoen for ny kriminalitet. Denne voterende fastholder derfor Retslægerådets udtalelse af 14. december 2020 således, at denne voterende imidlertid ikke kan pege på foranstaltninger, såfremt hun findes skyldig i det påsigtede, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet, end straf.”

Dom ved byretten, 12. januar 2021:

”For overtrædelse af straffelovens § 191, stk. 2, jf. stk. 1, 2. pkt., jf. lov om euforiserende stoffer § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 4, samt § 1, stk. 3, jf. bekendtgørelse om euforiserende stoffer § 27, stk. 2, jf. § 3, jf. bilag 1, liste B, nr. 16, og nr. 43 samt liste A, nr. 1, og nr. 3, ved den 10. september 2019 ca. kl. 18.00 i forening med MM at have været i besiddelse af 3,003 kg. amfetamin, 303,7 gram hash, ½ joint, 1,2 gram kokain og 2 gram heroin samt ved samme dato ca. kl. 21.30 på de tiltaltes bopæl, i forening at have været i besiddelse af 110,2 gram hash og 39,5 gram heroin, i det væsentlige med henblik på videreoverdragelse til et større antal personer eller mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder.

Tiltalte NN er ved rettens kendelse af 14. april 2020 fundet skyldig i sagens forhold 1.

Efter sagens karakter og de i øvrigt foreliggende oplysninger finder retten det ikke formålstjenligt i stedet for straf at træffe bestemmelse om foranstaltninger som nævnt i straffelovens § 68, 2. pkt.

Straffen fastsættes til efter straffelovens § 191, stk. 2, jf. stk. 1, 2. pkt., jf. lov om euforiserende stoffer § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 4, samt § 1, stk. 3, jf. bekendtgørelse om euforiserende stoffer § 27, stk. 2, jf. § 3, jf. bilag 1, liste B, nr. 16, og nr. 43, samt liste A, nr. 1, og nr. 3.

To af rettens medlemmer stemmer for en ubetinget fængselsstraf på 4 år 6 måneder.

Et af rettens medlemmer stemmer for en ubetinget fængselsstraf på 5 år.

Der afsiges dom efter stemmeflertallet.”

Landsretten, 1. juni 2021:

”Under hensyn til indholdet af de retspsykiatriske erklæringer og flertallet i Retslægerådets seneste udtalelse af 28. maj 2021, sammenholdt med tiltaltes forklaring om sine personlige forhold, finder landsretten, uanset forholdets grove karakter, at det er formålstjenligt i stedet for idømmelse af almindelig straf at idømme ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af

Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse, jf. straffelovens § 69.

Længstetiden for foranstaltningen fastsættes til 5 år, og længstetiden for ophold i institution fastsættes til 1 år, jf. straffelovens § 69 a, stk. 1.”

Kommentar:

Sagen illustrerer, hvor vanskeligt det kan være at afgøre det formålstjenlige i, om en person, der er fundet omfattet af straffelovens § 69, skal idømmes straf eller en psykiatrisk foranstaltning. Under indtryk af skildringen af den bedring, der var opnået under indlæggelsen i surrogat på psykiatrisk afdeling, skiftede 2 af Retslægerådets medlemmer mening, mens tredjesagkyndige fastholdt det oprindelige votum. NN blev idømt almindelig straf i byretten, men Landsretten valgte at følge den sidste erklæring samt flertallet af de sagkyndige i Retslægerådet.

Fremtiden må vise, om dette var den mest formålstjenlige foranstaltning.

1.10. Autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkelse

1.10.1. Retslægerådets rolle og samarbejdsaftale

Styrelsen for Patientsikkerhed træffer afgørelser om midlertidige autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkning. De midlertidige fratagelser/indskrænkninger bortfalder, hvis styrelsen ikke inden for to år har anlagt en sag om permanent autorisationsfrakendelse eller virksomhedsindskrænkning ved domstolene. Det er en betingelse for sagsanlæg, at Styrelsen for Patientsikkerhed indhenter en udtalelse fra Retslægerådet og giver den berørte sundhedsperson lejlighed til at komme med en udtalelse i sagen.

Lovgrundlaget for Retslægerådets virke i forbindelse med sager forelagt af Styrelsen for Patientsikkerhed fremgår af Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed "Autorisationsloven".

Uddrag af autorisationsloven LBK nr. 731 af 08/07/2019

Formål:

§ 1. Lovens formål er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende virksomhedsområde kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter.

Stk. 2. En autorisation efter denne lov giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel, jf. afsnit II.

Stk. 3. For læger, tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, osteopater, jordemødre, kliniske tandteknikere, kontaktlinseoptikere, optometriste, og tandplejere samt behandlerfarmaceuter forbeholdes den autoriserede endvidere ret til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed, jf. afsnit II.

I lovens § 7 og § 8 defineres de områder der forelægges Retslægerådet. Det drejer sig om fratagelse af autorisation og indskrænkning af virksomhedsområde.

Fratagelse af autorisation:

§ 7. En autoriseret sundhedsperson kan fratages autorisationen efter § 11, hvis den pågældende må antages at være til fare for patientsikkerheden på grund af

- 1) en fysisk tilstand, der gør den pågældende uegnet til udøvelse af erhvervet,
- 2) sygdom eller misbrug af rusmidler el.lign., der midlertidigt eller varigt gør den pågældende uegnet til udøvelse af erhvervet, eller
- 3) grov forsømmelighed ved udøvelse af erhvervet.

Indskrænkning af virksomhedsområde:

§ 8. En autoriseret sundhedspersons virksomhedsområde kan indskrænkes efter § 11, hvis den pågældende må antages at være til fare for patientsikkerheden på et eller flere faglige områder på grund af alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed.

Proceduren for fratagelse af autorisation eller indskrænkning af virksomhedsområde:

§ 11. Styrelsen for Patientsikkerhed anlægger retssag om fratagelse af autorisation efter §§ 7 og 7 a eller om indskrænkning af en autoriseret sundhedspersons virksomhedsområde efter § 8 i den borgerlige retsplejes former.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed skal, inden sag anlægges efter stk. 1, indhente en skriftlig erklæring fra Retslægerådet. Styrelsen for Patientsikkerhed skal, inden sag anlægges, endvidere opfordre sundhedspersonen til at udtale sig skriftligt eller afgive en mundtlig redegørelse i et møde, hvori også Retslægerådet deltager.

Stk. 3. Det kan i en dom om fratagelse af autorisation eller indskrænkning af virksomhedsområde fastsættes, at anke ikke har opsættende virkning.

Bortfald af afgørelser om midlertidig autorisationsfratagelse eller indskrænkning af virksomhedsområde.

§ 11 a. Afgørelser truffet af Styrelsen for Patientsikkerhed efter § 9, stk. 1-3, bortfalder, senest 2 år efter at styrelsen har truffet afgørelse, medmindre styrelsen forinden har anlagt retssag, jf. § 11, stk. 1.

Hvis en sundhedsperson handler fagligt kritisabelt og dermed bringer sine patienter i fare, indleder Styrelsen for Patientsikkerhed en faglig sag mod denne. Styrelsen for Patientsikkerhed undersøger sagen og vedtager en passende reaktion for at sikre patienternes sikkerhed i forhold til de faglige problemer, som sundhedspersonen har. En faglig sag kan medføre en række mindre indgribende sanktioner, men i yderste tilfælde kan det også medføre, at styrelsen fratager sundhedspersonen autorisationen helt eller indskrænker en sundhedspersons virksomhedsområde. Styrelsen for Patientsikkerhed træffer midlertidige afgørelser om autorisationsfratagelser og virksomhedsindskrænkning. Afgørelsen bortfalder hvis styrelsen ikke inden for to år har anlagt en sag om permanent autorisationsfratagelse eller virksomhedsindskrænkning ved domstolene.

Autorisation

En autorisation giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel, f.eks. læge, tandlæge, jordemoder, sygeplejerske mv. En sundhedsperson kan fratages autorisationen, hvis det vurderes, at der foreligger en begrundet mistanke om, at

sundhedspersonen er til fare for patientsikkerheden på grund af grov forsømmelighed ved udøvelse af hvervet.

Virksomhedsområde

En sundhedspersons virksomhedsområde er en række bestemte opgaver, som kun en bestemt faggruppe må udøve, f.eks. gennembrud af hud eller behandling med receptpligtige lægemidler. En sundhedspersons virksomhedsområde kan indskrænkes, hvor der er begrundet mistanke om, at sundhedspersonen er til fare for patientsikkerheden på et eller flere faglige områder på grund af alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed.

Ny retspraksis og samarbejdsaftale

Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelser om autorisationsfratagelse eller virksomhedsindskrænkning er midlertidige med en gyldighedsperiode på to år. Hvis styrelsen har anlagt en retssag om permanent autorisationsfrakendelse eller virksomhedsindskrænkning inden udløb af to års fristen for den midlertidige afgørelse, gælder den midlertidige afgørelse frem til retssagens afgørelse. Anlægges sagen derimod for sent, dvs. efter fristen på to år, bortfalder den midlertidige afgørelse om autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkning. Det kan derfor have store konsekvenser, hvis en sag om permanent autorisationsfrakendelse eller virksomhedsindskrænkning ikke bliver anlagt i tide.

Det følger af § 11, stk. 2 i lov om autorisation af sundhedspersonale, at der til brug for en retssag om permanent autorisationsfrakendelse eller virksomhedsindskrænkning skal indhentes udtalelse fra Retslægerådet og foretages en høring af den pågældende sundhedsperson. Det fulgte af den tidligere praksis, at udtalelsen fra Retslægerådet og høring af sundhedspersonen kunne foretages efter, at sagen var anlagt ved en domstol. Men ved Østre Landsrets dom af 9. november 2018, blev det slået fast, at Styrelsen for Patientsikkerhed skal have indhentet en udtalelse fra Retslægerådet samt have givet den berørte sundhedsperson lejlighed til at komme med en udtalelse i sagen, inden der kan anlægges en sag ved domstolene. Ved Østre Landsrets dom af 8.

oktober 2021 er det desuden fastslået, at der efter autorisationslovens § 11, stk. 2, alene kan stilles krav om, at den berørte sundhedsperson opfordres til at udtale sig skriftligt eller mundtligt inden sagsanlæg, men ikke kan stilles krav om, at evt. møde med Retslægerådet er afholdt forinden sagsanlægget. Disse domme har i praksis betydet, at Styrelsen for Patientsikkerhed har været nødsaget til at omlægge deres sagsbehandlingsproces for at sikre, at der er tid til at indhente en udtalelse fra Retslægerådet samt til eventuelt at foretage en tilbudt høring af sundhedspersonen inden for to års fristen således, at den midlertidige afgørelse fortsat har gyldighed under retssagen. Dommen i 2018 fik direkte konsekvens for i alt 19 konkrete sager, hvor sanktionerne udløb.

Den nye praksis medførte et behov for klarere tidsfrister og en større indbyrdes gennemsigtighed om sagernes håndtering og proces. Dette for at sikre en smidigere og sufficient sagsbehandling inden for to års fristen så sanktionen stod ved magt under retssagen. På den baggrund blev der i 2019 med ikrafttrædelse den 15. oktober 2019 indgået en samarbejdsaftale mellem Styrelsen for Patientsikkerhed, Kammeradvokaten og Retslægerådet om procedurer og kommunikation i forbindelse med sagsanlæg om permanent autorisationsfrakendelse og virksomhedsindskrænkning. Målsætningen med aftalen var at sikre den gode og effektive proces. Dette er nødvendigt både af hensyn til patientsikkerheden og retssikkerheden for de implicerede sundhedspersoner.

Aftalen i praksis i Retslægerådet

Antallet af autorisationssager, som er blevet forelagt Retslægerådet i medfør af § 11, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersonale steg i årene forud for samarbejdsaftalens indgåelse. Fra at afgive udtalelse i under en håndfuld sager på årsplan fik Retslægerådet i en periode forelagt op til mere end 30 sager årligt.

I sager om autorisation og virksomhedsindskrænkelse medvirker der 3-4 sagkyndige fra forskellige specialer for at belyse sagen bedst muligt. Der skal ofte tages stilling til 15-25 journaler vedrørende berørte patienter. Sagerne er derfor omfattende og arbejdstunge for de sagkyndige. Der kan tillige i disse sager forekomme habilitetsudfordringer i forbindelse med udpegningen af sagkyndige, hvilket også kan

påvirke sagsbehandlingstiden hos Retslægerådet. Som altid er det Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Det er således rådets opgave at foretage en lægevidenskabelig vurdering af det forelagte materiale, som kan danne grundlag for Styrelsen for Patientsikkerheds videre arbejde og beslutning.

Det dengang stigende antal sager og sagernes særlige art foranledigede, at sagerne efter indgåelsen af samarbejdsaftalen har fået sin egen sagskategori i Retslægerådet, og at de hastebehandles. Med hastebehandlingen er det målet, at sagerne kan besvares indenfor 3-6 måneder.

Som led i samarbejdet blev der fra Retslægerådets side udfærdiget en vejledning til forelæggelse af sager vedrørende fratagelse af autorisation eller virksomhedsindskrænkelse for Retslægerådet. Formålet er at sikre, at de fremsendte anmodninger er fuldstændige og indeholder det rette materiale. Når Retslægerådet har modtaget sagerne, følges de tæt med påmindelser til de sagkyndige på selvstændige sagslister, og hver måned føres der statistik over fristernes overholdelse, antallet af verserende sager, og hvor i sagsbehandlingsforløbet de befinder sig.

Samarbejdsaftalen har medført, at Kammeradvokaten ved sagens forelæggelse nu oplyser Retslægerådet, hvornår autorisationen er midlertidig frakendt af Styrelsen for Patientsikkerhed, dvs. hvilket tidspunkt 2 års fristen regnes fra, samt angiver en frist til Retslægerådet for afgivelse af udtalelse. På den måde er Retslægerådet også opmærksom på, hvornår to års fristen udløber samt hvornår, der skal gives besked til Kammeradvokaten, hvis sagen kræver yderligere sagsbehandlingstid. Dette bidrager til gennemsigtighed i sagsprocessen.

Derudover modtager Retslægerådet nu sagerne væsentligt tidligere i processen, da det er aftalt, at sagen forelægges for Retslægerådet snarest muligt efter, at der er foretaget en midlertidig fratagelse af autorisation eller virksomhedsindskrænkelse. Dette er afgørende for at sikre, at rådets udtalelse kan afgives inden for fristen, og at der samtidig er mulighed for, at der kan afholdes et møde med den pågældende sundhedsperson inden for fristen.

Statistik

Retslægerådet har i 2021 overholdt alle Kammeradvokatens frister.

1.10.2. Sag om indskrænkning af autorisation

Resumé

Retslægerådet bidrager i sager hvor Styrelsen for Patientsikkerhed skal træffe afgørelse om autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkning. Nedenstående er et eksempel, hvor en læge er blevet indberettet til Styrelsen for Patientsikkerhed. Kolleger gav udtryk for at lægens lægefaglige kompetencer var mangelfulde. Styrelsen pålagde den pågældende læge en midlertidig virksomhedsindskrænkning. Kammeradvokaten fremsendte på vegne af Styrelsen for Patientsikkerhed en række spørgsmål til Retslægerådet med henblik på, at sagen skulle forelægges for en domstol.

Baggrund

Læge A har modtaget diplom for medicinsk uddannelse fra udenlandsk universitet. Efterfølgende bestod læge A tentamen på Københavns Universitet og fik udstedt varig autorisation som læge samt tilladelse til selvstændigt virke. Læge A har efterfølgende haft en lang række forskellige ansættelser, 15 i alt. Styrelsen for Patientsikkerhed modtog i 2018 en indberetning, hvoraf det fremgik, at læge A's lægefaglige kompetencer opfattedes som mangelfulde af de lægelige kollegaer, blandt andet med henvisning til manglende eller mangelfulde undersøgelser af patienter og mangelfuld journalføring. Den indberettende læge oplyste i den forbindelse en række behandlingstilfælde, hvor læge A efter hans/hendes opfattelse havde handlet fagligt kritisabelt.

På vegne af Styrelsen for Patientsikkerhed fremsendte Kammeradvokaten 5 spørgsmål til Retslægerådet. Grundlaget for Retslægerådets vurdering omfattede i alt 51 sider (19 bilag) indeholdende bekymringsskrivelser, diverse udtalelser, høringsvar,

samtalereferater og anden dokumentation, men desværre havde det ikke været muligt for Styrelsen for Patientsikkerhed at fremskaffe de i sagen omtalte patientjournaler.

Spørgetemaet blev besvaret som følger:

Spørgsmål 1:

På baggrund af de i indberetningen nævnte patientcases (bilag 11) og mødereferatet af xx.xx.2018 bedes Retslægerådet vurdere, om læge A's behandling af patienterne levede op til almindeligt anerkendt lægefaglig standard?

Hvis behandlingerne ikke levede op til almindeligt anerkendte faglige standarder, bedes Retslægerådet redegøre for afvigelserne.

Bilag 11 er indberetning fra Regionslæge B angående læge A faglige virksomhed på samme sygehus i xx.xx.2018. Regionslægen B har observeret "betydelig faglig inkompetence" hos A og giver en lang række eksempler herpå såvel i forbindelse med patientbehandlingen, journalføring og sproglige vanskeligheder. Der er ikke journalmateriale tilgængeligt i sagen, men kun ultrakorte gengivelser af læge A's håndtering af patienterne fremsat af en enkelt kollega. I mødereferatet af xx.xx.2018 (bilag 13) er A afvisende overfor regionslæge B's angivelser.

Retslægerådet finder ikke det fremlagte materiale tilfredsstillende som grundlag for bedømmelse af, hvorvidt A's behandling af patienterne levede op til anerkendt lægefaglig standard.

Hvis alene regionslæge B's påstande lægges til grund har læge A behandling af patienterne ikke levet op til anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 1.1:

I forlængelse af ovenstående bedes Retslægerådet på baggrund af sagens bilag vurdere, om det er i overensstemmelse med en almindeligt anerkendt lægefaglig standard:

- a. *At læge A, i forbindelse med behandlingen af en 49-årig mand med ansigtslammelse den x. måned 2018 på XX-Regionssygehus, var ude af stand til at foretage en neurologisk undersøgelse samt var ude af stand til at vurdere, om der var tale om en central eller perifer parese, jf. bilag 11 og bilag 13.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

- b. *At læge A, i forbindelse med behandlingen af en 75-årig kvinde, der havde spyttet blod, og som havde været lidt forkølet, men uden feber, den x. måned 2018 på X Regionssygehus, undlod at lade patienten udrede for tuberkulose, jf. bilag 11 og bilag 13.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

- c. *At A, i forbindelse med behandlingen af en 83-årig kvinde med ødemer i den ene underekstremitet den x. måned 2018 på X Regionssygehus, godkendte væsketal med kalium på 3,1 mmol/l, behandlede patienten med Furix og ikke udskrev Kaleorid samt ikke lagde en plan for kontrol eller opfølgning, jf. bilag 1 og 13.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

- d. *At A, i forbindelse med behandlingen af en 40-årig kvinde med frisk blødning fra rectum, hvor der ikke sås hæmorider, den x. måned 2018 på X Regionssygehus, ikke bestilte nogen nærmere undersøgelse, jf. bilag 11 og 13.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes på baggrund af sagens bilag, herunder de patientcases der fremgår af indberetning af x- måned 2018 (bilag 11) og referat af x.måned 2018 (bilag

13) samt udtalelserne fra Radiologisk Afdeling (bilag 14), Karkirurgisk Afdeling (bilag 15) og Kirurgisk Afdeling (bilag 17), hvoraf det bl.a. fremgår, at læge A mangler basal lægefaglig viden, interesse og engagement, vurdere, om A faglige niveau lever op til, hvad der kan forventes af en selvstændigt virkende læge i Danmark?

A var ansat på Radiologisk Afdeling, X Sygehus, x. måned 2013 til x. måned 2014. Overlæge C anfører, efter at have rådført med afdelingens øvrige overlæger (bilag 14), at specielt A's evne til at kende egne begrænsninger var problematisk og endvidere, at kollegerne fandt store faglige mangler hos A. Ledende overlæge D, Karkirurgisk Afdeling, X Sygehus beskriver (bilag 15), at A under en kort ansættelse i 2013 afslørede mangel på basale medicinske kompetencer og manglende selverkendelse. Han blev derfor meget hurtigt efter sin ansættelse frataget selvstændigt ansvar for patientbehandlingen. Overlæge E (bilag 17) anfører om A's ansættelse på kirurgisk afdeling, X Sygehus fra x måned 2016 til x måned 2018, at den overordnede vurdering var, at A ikke havde formået at tilegne sig de mest basale kirurgiske færdigheder efter 2 introduktionsstillinger. I en evaluering fra x måned 2017 er der 4 seniorlæger i afdelingen, som giver tilfredsstillende til meget tilfredsstillende evaluering og 4 andre personaler, som giver pæne udmeldinger. Hertil føjer sig indberetningen fra X Sygehus fra 2018 nævnt ovenfor.

På baggrund af de indsamlede oplysninger fra ansættelsesstederne er der samlet set indikationer på, at A ikke lever op til, hvad der kan forventes fagligt af en læge med ret til selvstændig virke, om end udmeldingerne ikke er fuldt konsistente.

I benægtende tilfælde bedes Retslægerådet oplyse, på hvilke området A's faglige niveau vurderes at være under det forventelige.

Der synes at være tale om generelle problemer med A's faglige niveau samt manglende læring trods ekstra tiltag fra de afdelinger, hvor A har haft ansættelse.

Spørgsmål 2.1:

I forlængelse af spørgsmål 2 bedes Retslægerådet på baggrund af sagens bilag vurdere, om det giver anledning til betænkeligheder vedrørende A's lægefaglige niveau:

- a. At A ved samtalen i Styrelsen for Patientsikkerhed ikke kunne svare korrekt på de tre cases, han blev forelagt, herunder at han svarede usikkert på, hvordan han ville undersøge patienter med hævelse i underekstremiteterne og ikke kunne redegøre for alle relevante differentialdiagnoser, jf. (bilag 13).*

Beskrivelsen af prøverne i referatet er overfladiske og kan ikke anvendes til at vurdere A's lægefaglige niveau.

- b. At A undlod at konferere med sin bagvagt i forbindelse med radiologisk bistand på X Sygehus til trods for påbud fra lederen herom, jf. (bilag 10).*

Om end A fejltolkede undersøgelsen og burde have søgt bistand hos bagvagten, kan den enkeltstående episode ikke anvendes til vurdering af A's generelle lægefaglige niveau, men må ses i sammenhæng med de øvrige oplysninger i sagen. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.

Spørgsmål 2.2:

Retslægerådet bedes i forlængelse af spørgsmål 2.1.b oplyse, hvilket formål det har eller kan have, at en mindre erfaren læge konfererer med en bagvagt, inden der bestilles radiologisk bistand (i form af CT-scanning)?

Spørgsmålet er irrelevant i forhold til A, der var ansat på radiologisk afdeling, der udførte undersøgelsen og ikke rekvirerede denne. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 2.1b.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om det giver anledning til betænkeligheder vedrørende en læges faglige niveau, at der foreligger udtalelser som de i bilag, 14, 15 og 17 fremlagte fra danske sygehusafdelinger i forskellige regioner, med forskellige specialer, hvoraf det fremgår, at der er konstateret alvorlige mangler ved A's virke som læge samt manglende evne til at kende egne faglige begrænsninger?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.

Spørgsmål 4:

På baggrund af sagens bilag, herunder indberetning af 14. september 2018 (bilag 11) og udtalelse af x. måned 2018 fra Region X (bilag 14), hvoraf det fremgår, at A har begrænsede dansksproglige kompetencer og opfattes som svær at forstå af patienter samt svær at kommunikere med for kollegaer, bedes Retslægerådet oplyse, om dette er egnet til at påvirke det lægefaglige arbejde, herunder i forbindelse med patientbehandling?

Retslægerådet bedes i forlængelse heraf oplyse, hvori en sådan påvirkning kunne bestå.

Kommunikation er et vigtigt element i funktion af lægerollen og indgår som et af de 7 lægeroller, man som læge skal beherske, herunder kommunikation på individniveau, organisationsniveau samt på samfunds niveau. Retslægerådet tager ikke stilling til individuelle sundhedspersoners sproglige kompetence.

Spørgsmål 5:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger om A's faglighed?

Nej.

Styrelsen for patientsikkerhed indskrænkede læge A's virksomhedsområde og anlagde efterfølgende sag med påstand om at læge A's virksomhedsområde som læge indskrænkes således, at han fratages retten til selvstændigt virke og kun må virke som læge under supervision af en læge med ret til selvstændigt virke.

Der er efterfølgende afsagt dom hvor retten gav styrelsen medhold med begrundelsen at læge A havde taget bekræftende til genmæle.

Kommentar

Retslægerådet mulighed for at besvare de fremsendte spørgsmål er som altid helt afhængig af det materiale der forelægges. I sagerne fra Styrelsen for Patientsikkerhed kan typen af dokumentation variere. Ud over journaler, speciallægeerklæringer og lignende indgår også referater fra styrelsens samtaler med den pågældende, indberetninger fra kolleger eller andre samt styrelsens rapporter fra virksomhedsbesøg. Det er derfor afgørende at Retslægerådet holder sig for øje, at rådets opgave er at afgive lægevidenskabelige skøn. Netop balancen i disse sager mellem den juridiske og lægevidenskabelige vinkel er hårfin. Dette forhold afspejler sig også i den beskrevne sag, hvor de sagkyndige er forsigtige i deres svarformuleringer. Grundlaget for bedømmelsen var endvidere begrænset af, at det ikke havde været muligt at fremskaffe samtlige ønskede hospitalsjournaler. Problemstillingen i aktuelle sag var relativ enkel og blev bekræftet af læge A. Men disse sager kan være skæbnesvangre for den berørte sundhedsperson. En indskrænkning af virksomhedsområde eller i værste fald fratagelse af autorisation er afgørende for sundhedspersonens fremtidige faglige virke. Det er derfor vigtigt at disse sager vurderes grundigt og så hurtigt som muligt. Dette af hensyn til både patientsikkerheden og sundhedspersonens retssikkerhed. Det er netop på den baggrund, at der for nylig er indgået en aftale mellem Styrelsen for Patientsikkerhed, Kammeradvokaten og retslægerådet, der sikrer optimal behandling af disse sager (se ovenstående afsnit om *Retslægerådets rolle og samarbejdsaftale* i sager om autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkelse).

1.11. Crashtests

Baggrund

Ved DR-udsendelsen Kontant – En ulykke kommer sjældent alene - den 3. marts 2022, blev det af underdirektøren for brancheforeningen Forsikring & Pension fremført, at Retslægerådet gør brug af DanCrash-rapporter og indhenter disse til brug for Rådets udtalelser. Dette er ikke faktisk korrekt, hvorfor Retslægerådet skal berigtige dette udsagn og oplyse om, at det følger af § 1 i lov om Retslægeråd, at det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Det er således myndigheden, der forelægger og oplyser sagen for Retslægerådet.

Retslægerådet indhenter ikke crash-tests eller lignende tekniske undersøgelser.

Retslægerådet modtager ofte tekniske analyser og rapporter som en del af akterne i de fremsendte sager samt spørgsmål, som omhandler vurdering af årsagssammenhæng på baggrund af disse oplysninger. Spørgsmål og oplysninger af denne art undlader Retslægerådet at besvare, idet Retslægerådets vurderinger hviler på et lægefagligt grundlag. Da Retslægerådets sagkundskab er sammensat efter dets opgave, ligger tekniske analyser af biluheld, vurderinger af hastighedsændringer, herunder crash-tests og lignende tekniske undersøgelser uden for Retslægerådets sagkundskab.

Nedenfor fremføres eksempler på spørgsmål af ovennævnte karakter, som Retslægerådet har måttet undlade at besvare.

Spørgsmål A:

Det fremgår af skønsrapporten fra X, at den hastighedsændring, som Y's køretøj blev udsat for ved kollisionen med vejskiltet/vejskiltene ved færdselsuheldet den XX.XX.XXXX udgjorde 9,6 km/t.

I skønsrapporten fra X og den tilhørende animation (bilag C) fremgår det videre, at den skadesmekanisme, som Y blev udsat for i forbindelse med færdselsuheldet den XX.XX.XXXX ifølge X bestod i, at hans hoved blev bøjet forover, mens hans krop blev

fastholdt i sædet. Der var derimod (ifølge X) ikke tale om en klassisk piskesmældsskades-mekanisme (hvor skadelidtes halshvirvelsøjle bliver presset bagover, mens overkroppen fortsætter ved den ved belastningen igangsatte bevægelse fremad samtidig med en udstrækning af længdeakslen).

Retslægerådet bedes oplyse om en hastighedsændring på 9,6 km/t og en skadesmekanisme som beskrevet af X i skønsrapporten generelt er egnet til at medføre de gener, som fremgår af de lægelige akter vedrørende Y i den initiale fase efter færdselsuheldet den XX.XX.XXXX.

Retslægerådets svar:

En specifik tolkning af tekniske analyser af færdselsuheld ligger uden for Retslægerådets sagkundskab, som alene er baseret på de lægefaglige forhold. Betydningen af traumets sværhedsgrad for senere udvikling af gener efter forvriddningsskade i nakken kan ikke præcist fastlægges. Der er ikke en klar sammenhæng mellem traumets sværhedsgrad og de efterfølgende symptomer.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, hvori skadesmekanismen ved færdselsuheldet den XX.XX.XXXX efter Retslægerådets opfattelse bestod.

Retslægerådets svar:

Akut belastning og forvriddning af nakken.

Spørgsmål C:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4 i skønsrapporten fra X.

Retslægerådet bedes oplyse, om rådet er enig med X i, at den kvantitativt største påvirkning som Y's krop blev udsat for i forbindelse med færdselsuheldet den

XX.XX.XXXX var da hans krops fremadrettede bevægelse i forlængelse af kollisionen med vejskiltet/vejskiltene blev stoppet af sikkerhedsselen.

Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om Retslægerådet er enig i, at ovennævnte påvirkning af kroppen kan sammenlignes med et fald bagover på en madras.

Retslægerådets svar:

En specifik tolkning af tekniske analyser af færdselsuheld ligger uden for Retslægerådets sagkundskab, som alene er baseret på de lægelige forhold. Spørgsmålet om fald på madras er for upræcist til at det lader sig besvare.

Kommentar

Retslægerådet frafalder besvarelse af spørgsmål A og spørgsmål C, da besvarelse af disse spørgsmål forudsætter faglige kompetencer som Retslægerådet ikke besidder. Spørgsmål B kan Retslægerådet besvare på baggrund af lægelige oplysninger fra skadestuen på ulykkesdagen.

Retslægerådets vurderinger er således afhængige af lægefagligt relevante oplysninger, som tidsmæssigt er frembragt og dokumenteret i så tæt relation til de tilspurgte forhold som muligt. Retslægerådet vil på denne baggrund ofte kunne afgive skøn i henhold til § 1 i lov om Retslægeråd, men ikke på baggrund af de omtalte crash-tests eller andre lignende tekniske undersøgelser.

1.12. Vejledning i udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer i sager vedrørende ændring/ ophævelse af en idømt særforanstaltning, jf. straffelovens § 72

I Retslægerådets årsberetning for 1994 blev bragt en vejledning om, hvad lægeerklæringen i sager om foranstaltningsændring jf. straffelovens § 72 burde indeholde. Vejledningen var møntet på overlæger med behandlingsansvar for retspsykiatriske patienter undergivet foranstaltninger efter straffelovens § 68-69.

Baggrunden for udarbejdelse af vejledningen var, at Retslægerådet i forelagte sager vedrørende foranstaltningsændringer jævnligt havde måttet anmode om supplerende lægeerklæring, fordi det fremsendte materiale var ufuldstændigt i forhold til den ønskede vurdering.

Vejledningen af 1994 kan stadig bruges som skabelon for den grundige lægeerklæring, som bør udfærdiges i sager om foranstaltningsændring. Retslægerådet har imidlertid fundet behov for en opdatering, dels fordi mange læger ikke nødvendigvis kender rådets årsberetning fra 1994, dels fordi der i den psykiatriske praksis og behandling er sket en betydelig udvikling siden 1994 og endelig fordi, der også i Retslægerådets opfattelse af, hvilke oplysninger lægeerklæringen bør indeholde, er sket en udvikling. Endvidere er der også fundet behov for, at vejledningen specifikt adresserer sager vedrørende foranstaltningsdømte udviklingshæmmede, hvor kommunen er tilsynsmyndighed, og hvor der som udgangspunkt ikke er tilknyttet lægeligt tilsyn med ansvar for varetagelse af foranstaltningen.

På rådets hjemmeside er en vejledning til anklagemyndigheden om digital fremsendelse af sager med oversigt over, hvilke akter der skal medsendes.

Retslægerådet returnerer stadig jævnligt sager om foranstaltningsændringer på grund af ufuldstændigt materiale, hvor det typisk er lægeerklæringen, som mangler relevante oplysninger.

Sager om foranstaltningsændring for gruppen af dømte udviklingshæmmede (mentalt retarderede) fremsendes ofte med udtalelse fra Samrådet for domfældte udviklingshæmmede og eventuelt fra tilsynsmyndigheden, men uden lægeerklæring. Dette fører til uhensigtsmæssig forsinkelse af sagen, da en udtalelse fra Retslægerådet tillige fordrer, at der fremsendes en opdateret psykiatrisk lægeerklæring.

Denne opdatering bygger videre på vejledningen fra 1994.

1. Lægeerklæringen bør være fokuseret på at sammenfatte oplysningerne, anført for de nedenstående punkter, med henblik på at tilvejebringe overblik over forløbet af særforanstaltningen.
2. I de her omtalte sager vil der ofte foreligge tidligere responsa fra Retslægerådet vedrørende anvendelse eller ændring af en idømt særforanstaltning. I disse tilfælde kan den aktuelle erklæring i beskrivelsen af

behandlingsforløbet koncentrere sig om forløbet siden rådets seneste udtalelse. Hvis sagen vedrørende den aktuelle særforanstaltning ikke tidligere har været forelagt Retslægerådet, bør erklæringen indeholde en samlet beskrivelse af sygehistorien m.v., jf. det nedenfor anførte.

3. Såfremt den idømte foranstaltning ikke anbefales ændret / ophævet, kan lægeerklæringen efter omstændighederne være mere kortfattet.
4. En lægeerklæring til ændring / ophævelse af en foranstaltning bør indeholde:
 - a. et selvstændigt punkt i indledningen med oversigt over tidligere kriminalitet, især evt. tidligere idømte særforanstaltninger, det aktuelt pådømte og typen af gældende særforanstaltning. Oplysning om evt. tidligere eller aktuelt udstedt farlighedsdekret, jf. § 40 i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien bør ligeledes anføres under dette punkt.
 - b. Oplysning om eventuel ny kriminalitet under aktuelle behandlingsforløb, med angivelse af dato, lovovertrædelse, sanktion (f.eks. tiltalefrafald meddelt (dato) for (lovovertrædelse) af (juridisk myndighed) den (dato)).
 - c. Hvis patienten har været undergivet strafferetlig særforanstaltning(er) tidligere, medtages en beskrivelse af forløbet af denne / disse.
 - d. en kortfattet social anamnese, med vægt på de aktuelle forhold, og hvis udskrivelse muliggøres / planlægges, hvilke sociale forhold der forinden forudsættes etableret. Herunder opdaterede oplysninger om forsørgelsesgrundlag, bolig, social støtte, netværk m.v.
 - e. oplysninger om patientens legemlige helbredstilstand, med vægt på aktuelle forhold.
 - f. en psykiatrisk anamnese med fokuseret gennemgang af sygdomsforløb, som frem til tiden op til det pådømte ofte kan gøres kort, med grundigere beskrivelse af tiden efter.
 - g. En samlet gennemgang af behandlingsforløbet under aktuelle særforanstaltning. Ved indlæggelser beskrives årsager til indlæggelse, behandling under indlæggelse, evt. tvangsforanstaltninger, varighed, udskrivningsdiagnose og videre plan ved udskrivelse. Gentagne

- indlæggelser under stort set samme kliniske billede kan eventuelt slås sammen. På samme måde gennemgås ambulante behandlingsforløb.
- h. Rusmiddelmisbrug beskrives under selvstændigt punkt, med vægt på de seneste 1-2 år.
 - i. Ved psykofarmakologisk behandling anføres alle aktuelt ordinerede præparater, dosis, administrationsmåde, effekt, bivirkninger og patientens holdning til behandlingen. Hvis der har været betydende ændringer eller udfordringer i den psykofarmalogiske behandling under behandlingsforløbet kan dette med fordel anføres og baggrund kort beskrives.
 - j. Aktuel psykisk status, vurdering af aktuel psykopatologi, diagnostiske overvejelser og klinisk vurdering.
 - k. Patientens eget syn på den pådømte kriminalitet.
 - l. Beskrivelse af den aktuelle behandlingsplan, med angivelse af patientens holdning og forståelse deraf under behandlingsforløbet.
 - m. Beskrivelse af plan / behov for fortsat psykiatrisk behandling i tilfælde af foranstaltningsændring, med angivelse af patientens holdning, forståelse og accept deraf. I tilfælde af ændring til særforanstaltning, der muliggør udskrivelse, beskrives plan for den ambulante behandling. I tilfælde af ophævelse af særforanstaltning bør der udover beskrivelse af plan /behov for fortsat psykiatrisk behandling, anføres status for basale sociale forhold, som bolig, forsørgelse og social støtte.
 - n. Et motiveret forslag til ændring / ophævelse af den idømte foranstaltning, herunder en lægelig vurdering af risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet, og hvis relevant tillige for kriminalitet af anden type end den aktuelt pådømte.

Det følger af forvaltningslovens bestemmelser, at Retslægerådet i behandling af en strafferetlig sag som udgangspunkt ikke kan anvende dokumenter m.v. fra en eventuel tidligere civilretlig sag. Det følger heraf, at for eksempel lægeerklæringer, retslægerådsudtalelser m.v. vedrørende f.eks. frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien ikke indgår i rådets behandling af en sag vedrørende ændring/ophævelse

af en idømt særforanstaltning. Såfremt der i erklæringen henvises til dokumenter fra en civilretlig sag, skal kopi af disse dokumenter medsendes.

Retslægerådets forretningsorden FNO nr. 97 af 20/04/1961 blev ændret i 2001 til BEK nr. 1068 af 17/12/2001. Den tidligere § 4, der beskrev rådets forhandling med erklæringsskrivende læge, blev erstattet af nuværende § 7, nr. 2 ("korrespondancesager").

Med baggrund i meget få tilbagemeldinger i korrespondancesager fra erklæringsskrivende læge er Retslægerådet ophørt med disse ved udgangen af 2021.

2. Statistik

2.1. Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2019-2021

Sagstyper	2019		2020		2021	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet
31. Psykiatrisager	461	499	427	570	597	516
32. Færdselssager	104	82	74	107	69	84
33. Kastration, kønsskifte og avlingstid	14	12	4	4	4	7
34. Somatiske sager	1132	732	921	1019	899	1879
35. Aldersbestemmelse	29	26	5	11	2	6
Samlet modtaget/afsluttet	1740	1351	1431	1711	1571	2492

2.2. Sagsbehandlingstider, angivet i dage, i Retslægerådet 2019-2021

Sagsbehandlingstider (dage)	2019	2020	2021
	<i>Brutto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Brutto</i>
Psykiatrisager	38	43	40
Færdselssager	104	174	93
Avlingstid og kastration	55	143	146
Somatiske sager	288	345	333
Aldersbestemmelse	159	168	145

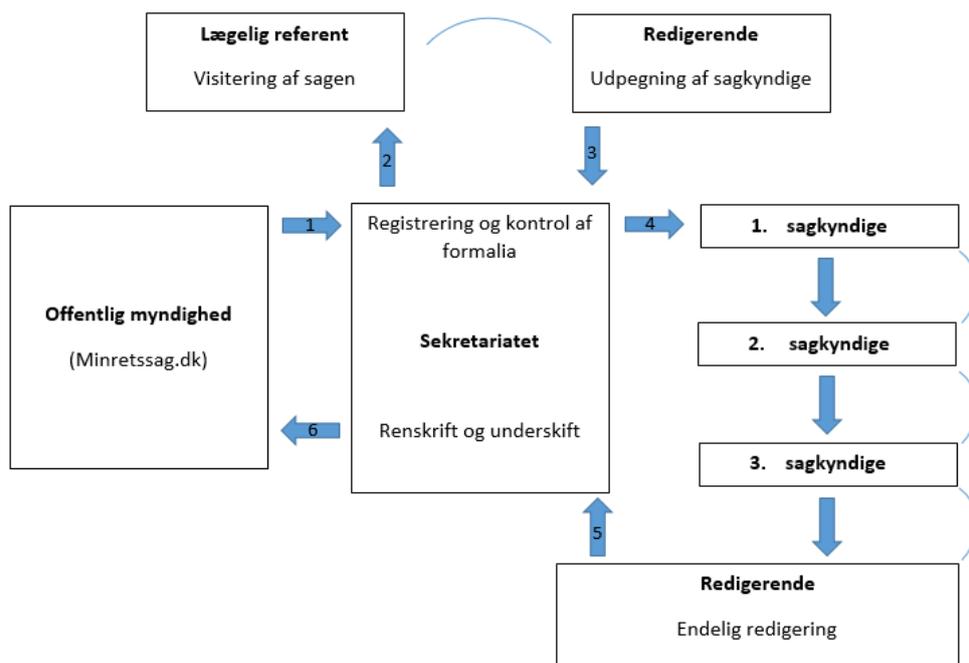
Det bemærkes, at Datamaterialet er dannet på baggrund af korrekt registrerede sager i journalsystemet. Data som ikke opfylder kriterierne for korrekt registrering er således ikke med.

Endvidere bemærkes, at sagsbehandlingstiderne i tidligere årsberetninger har været angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Imidlertid er tallene oven for nu optalt som gennemsnitsværdier. Der vil således ikke umiddelbart være overensstemmelse med tidligere årsberetningers optælling for de pågældende år.

I øvrigt bemærkes, at 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.

2.3. Optimeret sagsproces i Retslægerådet i somatiske sager

Sagsbehandlingen i Retslægerådet foregår overvejende digitalt. Retslægerådet er overgået til at sagsbehandle i WorkZone Proces, hvormed det nu er muligt at sende sagerne direkte mellem de sagkyndige. Inden Retslægerådet overgik til at sagsbehandle i WorkZone Proces, var der typisk oftest mindst 14 frem/tilbagesendelser fra anmodningen kom ind fra den offentlige myndighed, til sagen var færdigbehandlet og blev sendt tilbage til myndigheden. Efter at sagsbehandlingssystemet er overgået til WorkZone Proces, er sagens fremsendelser/tilbagesendelser blevet skåret ned fra 14 til 6, som illustreret nedenfor.



Som illustreret ovenfor starter sagsgangen med, at Retslægerådets sekretariat får en advisering fra Minretssag.dk om, at der er forelagt en sag for rådet.

Retslægerådets sekretariat henter herefter sagen og sender den ud til den lægelige referent og et rådsmedlem, som visiterer sagen og vurderer, om sagen er sufficient oplyst. Er dette tilfældet, udpeger rådsmedlemmet de sagkyndige i sagen, hvorefter sagen sendes til 1. sagkyndige.

1. sagkyndige afgiver resposum og videresender herefter til 2. og 3. sagkyndige, der ligeledes voterer og eventuelt kommer med tilføjelser. Sagen går derefter tilbage til rådsmedlemmet, der udfærdiger udtalelsen på baggrund af de sagkyndiges svar og kommentarer. Rådsmedlemmet sender herefter udtalelsen til sekretariatet, hvor der ved renskrivning af Retslægerådets udtalelse foretages kvalitetskontrol i samarbejde med det redigerende rådsmedlem. Endelig sendes udtalelsen til www.minretssag.dk og sagen er således færdigbehandlet.

Sagsbehandlingsprocessen har således 6 sagsbehandlingskridt forudsat, at sagen er sufficient oplyst. Det forekommer dog tilfælde, som medfører at en sag får flere sagsbehandlingskridt, for eksempel ved at der ved forelæggelsen af sagen mangler

materiale, eller hvor der tilkommer supplerende spørgsmål under sagens behandling i Retslægerådet.

3. Folketingsspørgsmål stillet til Retslægerådet

Retslægerådet har i 2021 bidraget til besvarelse af følgende to folketingsspørgsmål.

3.1. Anmodning om udtalelse til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 533 (Alm. del) fra Folketingets Retsudvalg

Departementet har ved e-mail af 19. januar 2021 anmodet Civilstyrelsen om en udtalelse til brug for besvarelsen af Folketingets Retsudvalgs spørgsmål nr. 533 (Alm. del).

Spørgsmål:

”Vil ministeren redegøre for, hvor lang sagsbehandlingstiderne er i Retslægerådet, herunder hvad regeringen vil gøre for at nedsætte sagsbehandlingstiderne?”

Civilstyrelsens bidrag:

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid for Retslægerådets sager var ved udgangen af 2020 på 226 dage. Ved udgangen af 2019 var sagsbehandlingstiden 172 dage og ved udgangen af 2018 var sagsbehandlingen 143 dage i gennemsnit, jfr. tabel 1 nedenfor.

Tabel 1: Gennemsnitlig sagsbehandlingstid i Retslægerådet

	2018	2019	2020
Sagsbehandlingstid (dage)	143	172	226

Der har gennem flere år været en utilfredsstillende lang gennemsnitlig sagsbehandlingstid i Retslægerådets sager. Den lange sagsbehandlingstid kan navnlig

tilskrives, at sagerne er blevet sendt med fysisk post mellem sekretariatet og de 3-4 sagkyndige og formand eller næstformand, som medvirker ved hver sags behandling.

Digitalisering af sagerne blev påbegyndt i 2018 og har vist sig at være mere udfordrende end forventet blandt andet på grund af kravene til elektronisk forsendelse af følsomme personoplysninger. Først med overgangen til Statens It som it-leverandør for Civilstyrelsen er det i sommeren 2020 lykkedes at etablere en sikker, velfungerende og økonomisk acceptabel løsning med virtuelle it-arbejdspladser til alle de sagkyndige i Retslægerådet. Den nye løsning betyder, at sagerne kan sendes direkte mellem de voterende sagkyndige uden om sekretariatet.

Det er Civilstyrelsens vurdering, at der nu er fundet den rette løsning til digital sagsbehandling af Retslægerådets sager, og at den positive effekt af denne sammen med optimering af sagsbehandlingsprocessen i øvrigt på sigt vil reducere den gennemsnitlige sagsbehandlingstid. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid vil imidlertid stige i en overgangsperiode som resultat af, at Retslægerådet afslutter en mængde sager, der har en meget høj liggetid.

For at styrke fokus på sagsbehandlingstiden er der opstillet et mål i Civilstyrelsens mål- og resultatplan for 2021 for den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Retslægerådets sager. Ved udgangen af 2021 må den gennemsnitlige sagsbehandlingstid således maksimalt være på 150 dage.

Civilstyrelsen skal afslutningsvis bemærke, at der er små tegn på, at Covid-19 pandemiens store belastning på sundhedsvæsenet også begynder at have en negativ betydning for den kapacitet Retslægerådets sagkyndige har i forhold til arbejdet med Retslægerådets sager. Civilstyrelsen følger situationen nøje sammen med Retslægerådets formandskab.

3.2. Bidrag til besvarelse af Sundhedsudvalgets spørgsmål nr. 82 (alm. del)

Justitsministeriet anmodede ved e-mail af 2. november 2021 Retslægerådet om bidrag til brug for besvarelse af Folketingets Sundhedsudvalgs spørgsmål nr. 82 (alm del).

Problemstillingen omhandlede den psykiatriske indplacering i forbindelse med en straffesag, hvor den tiltalte var diagnosticeret med den psykiatriske diagnose infantil autisme.

Spørgsmål nr. 82:

”Hvad er ministerens holdning til problemstillingen beskrevet i SUU alm. del – bilag 34, og kan ministeren oplyse, om det er en problemstilling som ministeren vil gøre noget ved?”

Svar:

Retslægerådet kan indledningsvis oplyse, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, jf. § 1 i lov om Retslægerådet (lov nr. 60 af 25. marts 1961).

I sager omhandlende persongruppen omtalt i Rigsadvokatmeddelelsen ”Psyisk afvigende kriminelle” påser anklagemyndigheden, at en idømt foranstaltning ikke opretholdes i længere tid og videre omfang end nødvendigt, jf. straffelovens § 72, stk. 1. Denne typer sager kan anklagemyndigheden forelægge for Retslægerådet.

I sager om foranstaltningsændringer udtaler Retslægerådet sig på baggrund af anklagemyndighedens anmodning, de stillede spørgsmål samt de medfølgende sagsakter, herunder alle lægelige erklæringer og udtalelser.

Anklagemyndighedens spørgsmål i denne sagstype vedrører sædvanligvis, om det findes påkrævet for at forebygge yderligere lovovertrædelser, at den dømte fortsat er undergivet den idømte foranstaltning, eller om den kan ophæves eller bør ændres i medfør af straffelovens § 72, stk. 1.

På baggrund af de fremsendte akter foretager Retslægerådet en selvstændig og konkret lægefaglig vurdering af den dømtes psykiske tilstand og udarbejder en udtalelse til brug for rettens behandling. Udtalelsens anbefaling udformes som udgangspunkt med brug af formuleringerne anført i Rigsadvokatmeddelelsen, der beskriver to hovedkategorier af strafferetlige foranstaltninger, som udmøntes i regionerne (i psykiatrien) og kommunerne.

Anklagemyndighedens anmodning angår sædvanligvis lempelse til en mindre indgribende foranstaltning inden for samme hovedkategori, om end skærpelse også er en mulighed.

I sager, hvor en foranstaltningsdømt er fundet skyldig i personfarlig kriminalitet, vurderer Retslægerådet særligt, om den dømte udgør en fortsat potentiel farlighed for omgivelserne. Denne farlighedsvurdering indgår med betydelig vægt i rådets anbefaling af, hvorvidt den idømte foranstaltning kan ændres. Retslægerådet vil i disse tilfælde også lægge vægt på, hvad der konkret anses for formålstjenligt i forhold til imødegåelse af risikoen for ny ligeartet kriminalitet.

Hvis Retslægerådets sagkyndige i den konkrete sag ikke er enige i den erklæringsgivende læges vurdering, vil rådet som udgangspunkt anmode om den erklæringsgivende læges bemærkninger til den udtalelse, som rådet påtænker at afgive.

Besvarelse af et generelt spørgsmål om, hvorvidt en konkret foranstaltning "giver mening" eller er "hensigtsmæssig" ligger som udgangspunkt uden for Retslægerådets kompetenceområde.

For en beskrivelse af rådets anbefalinger i sager om personer med henholdsvis mental retardering, svag begavelse (sinkestadium) og/eller autisme henvises til Justitsministeriets besvarelse af 21. april 2020 af spørgsmål nr. 589 (Alm. del) fra Folketingets Retsudvalg.

Der kan desuden henvises til Retslægerådets Årsberetninger for 2019 og 2020.

4. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

4.1. 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 Retslægerrådet

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

§ 1. Retslægerrådet 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.

4.1.1. Retslægerådets medlemmer i 2021

Professor, overlæge, dr.med.
Søren Jacobsen
Rigshospitalet,
Højt Specialiseret Reumatologi
Formand

Overlæge, ph.d.
Mette Brandt-Christensen
Region Hovedstadens Psykiatri,
Retspsykiatrisk afdeling R, Psykiatrisk
Center Sct. Hans
Næstformand

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

Overlæge, ph.d.
Camilla Bock
Psykiatrien i Region Sjælland,
Sikringen, Retspsykiatrien Slagelse

Overlæge, dr.med.
Henrik Steen Andersen
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center København,
Militærpsykiatrisk Ambulatorium

Professor, dr.med.
Raben Rosenberg
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center Amager

Professor, overlæge, dr. med.
Poul Videbech
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center Glostrup

Professor, overlæge, dr.med.
Martin Balslev Jørgensen
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center København

Overlæge
Thomas Kirkegaard
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center København

Professor, ph.d.
Jytte Banner
Københavns Universitet,
Retspatologisk Afdeling

Overlæge, ph.d.
Hanne Gottrup
Aarhus Universitetshospital,
Neurologisk Klinik

Professor, ledende overlæge, ph.d.
Torben Bæk Hansen
Regionshospitalet Gødstrup,
Ortopædkirurgisk Afdeling

Udtrådt i 2021

Professor, dr.med.
Annie Vesterby
Aarhus Universitet,
Institut for Retsmedicin,
Retspatologisk afdeling

Professor, dr.med
Troels Staehelin Jensen
Aarhus Universitetshospital,
Neurologisk Afdeling

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

4.1.2. Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2021

4.1.2.1. *Beskikkede efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet § 2, stk. 3:*

Professor
Egon Stenager
Region Syddanmark
(neurologi)

Speciallæge
Jens Otto Lund
(alkohol)

Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital
Institut for Klinisk Medicin
(alkohol og farmakologi)

Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Klinisk farmakologisk Afdeling
(alkohol og farmakologi)

Professor, dr.med.
Henrik S. Thomsen
Herlev Gentofte Hospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Professor, speciallæge
John Sahl Andersen
Københavns Universitet
(almen medicin)

Overlæge
Inge Rita Fugl
Region Nordjylland
(arbejdsmedicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Afdeling
(alkohol og farmakologi)

Overlæge, dr.med.
Jan Pødenphant
Gentofte Hospital
Reumatologisk Ambulatorium
(reumatologi)

Overlæge
Kim Schantz
Hvidovre Hospital,
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædkirurgi)

Speciallæge
Jens Georg Hansen
Region Nordjylland
(almen medicin)

Speciallæge, ph.d.
Kurt Rasmussen
Region Midtjylland
(arbejdsmedicin)

Professor, dr.med.
Jens Henrik Sahl Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicin
(alkohol)

Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital,
Klinisk Fysiologisk og
nuklearmedicinsk afdeling
(alkohol)

Professor, overlæge, ph.d., dr. med.
Michael Bjørn Russell
Region Hovedstaden
(neurologi)

Lektor, speciallæge, ph.d.
Mikkel Holm Vendelbo
Region Midtjylland
(alkohol og medicin)

Professor, overlæge, dr. med
Søren Møller
Hvidovre Hospital
Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed,
Klinisk fysiologisk-nuklearmedicin
(alkohol)

Professor, dr.odont.
Palle Holmstrup
Københavns Universitet,
Odontologisk Institut
Afdeling for Parodontologi
(odontologi)

4.1.2.2. *Beskikkede efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet § 3*

Ledende overlæge
Lisa Maria Bang
Holbæk Sygehus
Gynækologisk og Obstetrisk
Afdeling
I sager om autorisationsforhold

4.1.3. Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2021

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende på sager afsluttet i 2021

Neuropsykolog, cand. psych.
Anders Gade
(neuropsykologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Kristian Møller Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk Afdeling
(onkologi)

Anne Vollmer-Larsen
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
(psykiatri)

Overlæge, klinisk lektor, ph.d.
Anne Estmann Christensen
H.C. Andersens Børne og Ungehospital
Odense Universitetshospital
(pædiatri)

Afdelingslæge, ph.d.
Arnar Ástráðsson
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)

Ledende overlæge, klinisk lektor, ph.d.
Astrid Højgaard
Aalborg Universitetshospital
(Gynækologi/obstetrik)

Professor, overlæge
Axel Forman
Aarhus Universitetshospital
(Gynækologi/obstetrik)

Professor, overlæge, ph.d.
Bent Laursen Ejlertsen
Rigshospitalet
Danish Breast Cancer Cooperative
Group
(onkologi)

Overlæge
Birgitte Pernille Leicht
(ortopædkirurgi)

Overlæge, dr.med.
Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X
(radiologi)

Specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
(odontologi og kæbekirurgi)

Professor, dr.med.
Bjarne Møller-Madsen
Aarhus universitetshospital
Institut for Klinisk Medicin
(ortopædkirurgi)

Professor, dr.med.
Bjørn Richelsen
Aarhus Universitetshospital
Medicinsk Endokrinologisk afd.
(endokrinologi)

Professor
Bo Feldt Rasmussen
Rigshospitalet
Nefrologisk Afdeling
(nefrologi)

Overlæge
Bodil Moltesen
Herlev Hospital
Center for Socialpædiatri – Arkaden
(socialpædiatri)

Overlæge
Bodil Brandt
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling RT, Afsnit
2152
(Thoraxkirurgi)

Ledende overlæge, klinisk lektor, ph.d.
Charlotte Søndergaard
Herning Regionshospital
Børn og Unge, Hospitalsenheden
(pædiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Christian Krarup
Rigshospitalet
Neurofysiologisk Klinik, Neurocentret
(neurofysiologi)

Speciallæge, dr.med., ph.d.
Christian Avnstorp
Hudklinikken
(dermatologi/venereologi)

Ledende overlæge, ph.d.
Dorte Sestoft
Retspsykiatrisk Klinik
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Christian von Buchwald
Rigshospitalet
Øre-, næse-, halskirurgisk og
Audiologisk Klinik
(oto-rhino-laryngologi)

Professor
Egon Stenager
(neurologi)

Speciallæge, dr.med.
Else Kirstine Tønnesen
(anæstesiologi)

Professor, overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd.
(oto-rhino-laryngologi)

Direktør, speciallæge
Freddy Lippert
Region Hovedstadens Akutberedskab
(anæstesiologi)

Overlæge
Christian Martin Møller
Center for Rygkirurgi/CAPIO CFR
(neurokirurgi)

Professor, dr.med.
Gorm Boje Jensen
(kardiologi)

Overlæge
Christina Kinnander
Herlev Hospital
Afdeling for Røntgen og Skanning
(radiologi)

Overlæge, ph.d.
Gorm Burckhard von Oettingen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling NK
(neurokirurgi - tumorkirurgi,
børneneurokirurgi)

Overlæge Claus Verner Jensen
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik X
(radiologi)

Speciallæge, dr.med.
Gudrun Boysen
(neurologi)

Overlæge, ph.d.
Connie Palle
CFR Hospitaler
(gynækologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Gundhild Waldemar
Rigshospitalet
Neurologisk Klinik
(neurologi)

Overlæge
Cæcilie Böck Buhmann
(psykiatri)

Ledende overlæge, dr.med.
Hans Dieperink
Nefrologisk afdeling
Odense Universitetshospital
(nefrologi)

Overlæge
Hans Jørgen Nepper-Rasmussen
(radiologi)

Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
Gentofte Hospital
Allergiklinikken
(allergologi)

Ledende overlæge, ph.d.
Helle Lastrup
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling
(reumatologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Instituttet
(reumatologi)

Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Rigshospitalet
Videncenter for Reumatologi og
Ryg sygdomme
(reumatologi)

Overlæge
Henrik Lajer
(gynækologi/obstetrik)

Overlæge, dr.med.
Henrik C. Juul Nyholm
Herlev Hospital
Gynækologisk-obstetrisk Afdeling
(gynækologi/obstetrik)

Ledende overlæge, ph.d.
Henrik Flyger
Herlev Hospital
Brystkirurgisk afdeling
(mammakirurgi)

Professor, dr.med.
Henrik S. Thomsen
Herlev/Gentofte Hospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Ledende overlæge, screeningschef
Ilse Merete Munk Vejborg
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik,
Mammografiscreeningsprogrammet i
Region Hovedstaden
(radiologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Ismail Gøgenur
(mave-tarm kirurgi)

Overlæge
Jakob Christensen
Rigshospitalet
Neurologisk Afdeling
(neurologi)

Overlæge, dr.med.
Jan Fallingborg
Aalborg Universitetshospital
Afdeling for Medicinske Mave-
Tarmsygdomme
(gastroenterologi)

Overlæge
Jane Frølund Thomsen
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling
(arbejds-/miljømedicin)

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
(psykiatri)

Overlæge, dr.med., klinisk lektor
Jens Benn Sørensen
Rigshospitalet
Onkologisk Afdeling
(onkologi)

Professor, ledende overlæge
Jens Christian Hedemann Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)

Professor
Jens Otto Lunde Jørgensen
(endokrinologi)

Professor
Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og miljømedicinsk afdeling
(arbejdsmedicin)

Neuropsykolog, cand.psych
Jens Østergaard Riis
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisuk og neurologisk
Afdeling
(neuropsykologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Jeppe Hagstrup Christensen
Aarhus Universitetshospital
Nyremedicinsk Afdeling
(nefrologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædkirurgi)

Sektionsleder, overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling
(thoraxkirurgi)

Professor, overlæge, ph.d.
Johan Hviid Andersen
(arbejdsmedicin)

Professor, speciallæge
John Sahl Andersen
(almen medicin)

Professor, overlæge, ph.d.
Jørgen Rungby
Bispebjerg Hospital
(endokrinologi)

Speciallæge, dr.med.
Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

Overlæge
Karin Kastberg Petersen
Aarhus Universitetshospital
Billeddiagnostisk Afd., Hjerter-Lunge-
Kar-Kvinde-Barn Cen.
(radiologi)

Overlæge
Karin Kirstine Lassen
Odense Universitetshospital
(pædiatri)

Speciallæge
Katalin Kiss
Rigshospitalet
Patologiafdelingen
(patologi)

Overlæge, dr.med.
Katja Vogt
(patologi)

Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Lægelig direktør
Kim Brixen
Odense Universitetshospital
(endokrinologi)

Overlæge
Kjeld Dons
CPH Privathospital
(neurokirurgi)

Ledende overlæge, ph.d.
Klaus Børch
Hvidovre Hospital
Børne- og ungeafdelingen
(pædiatri)

Overlæge, ph.d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet
(ortopædkirurgi)

Overlæge
Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædkirurgi)

Professor, dr.med.
Lars Nannestad Jørgensen
Bispebjerg Hospital
Abdominalcenter
(mave-tarm kirurgi)

Overlæge
Lars Peter Skovgaard Larsen
Aarhus Universitetshospital
Røntgen og Skanning
(radiologi – abdominal)

Overlæge
Leif Hovgaard Sørensen
Aarhus universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling
(radiologi)

Lektor, ph.d.
Lene Baad-Hansen
Aarhus Universitet
(odontologi)

Overlæge
Lene Bak
Odense Universitetshospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Statsobducent, professor
Lene Warner Thorup Boel
Aarhus Universitet
Institut for Retsmedicin
(retsmedicin)

Overlæge, ph.d.
Line Hartvig Cleemann
Rigshospitalet
Institut for Klinisk Medicin
(pædiatri)

Professor
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling
(plastikkirurgi)

Ledende overlæge, dr.med.
Lise Korbo
Bispebjerg Hospital
Neurologisk Afdeling
(neurologi)

Overlæge, ph.d.
Lise Loft Nagel
Aarhus Universitetshospital
Røntgen og Skanning
(radiologi)

Overlæge
Lykke Pedersen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(psykiatri)

Speciallæge, dr.med.
Martin Peter Iversen
Rigshospitalet
(lungemedicin og allergologi)

Centerchefsyrgeplejerske
Mette Marie Friis Hansen
Rigshospitalet
(pædiatri)

Chefjordemoder
Mette Simonsen

Overlæge
Michael Bille
Gentofte Hospital
(oto-rhino-laryngologi/audiologi)

Professor, overlæge, ph.d.
Michael Rindom Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
M51 Idrætskirurgisk Enhed
(ortopædkirurgi)

Professor, Overlæge
Mogens Vyberg
(patologi)

Ledende overlæge, dr.med.
Morten Bagge Hansen
Rigshospitalet
(klinisk immunologi)

Overlæge
Morten Helvind
Rigshospitalet
(thoraxkirugi)

Overlæge, dr.med.
Nanna Hurwitz Eller
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling
(arbejds- /miljømedicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk Afdeling A
(mave-tarm kirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ulbjerg
Aarhus Universitetshospital
Afdeling for kvindesygdomme
(gynækologi/obstetrik)

Overlæge, klinisk lektor, ph.d.
Niels hjort
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling
(neurologi)

Overlæge, dr.med.
Niels Erik Ebbenhøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling
(arbejdsmedicin)

Overlæge
Ole Fedders
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
(neurokirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Peter Christensen
Aarhus Universitetshospital
Klinik for bækkenbundslidelser
(mave-tarm kirurgi)

Klinikchef, overlæge, dr.med.
Ole Hamberg
Rigshospitalet
Hepatologisk Klinik
(hepatologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Peter Damm
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik
(obstetrik)

Overlæge, dr.med.
Ole Andersen
(aldersvurderinger og pædiatri)

Overlæge, dr.med.
Peter Bjerre Toft
(oftalmologi)

Overlæge
Ole Hilberg
Vejle Sygehus
Medicinsk Afdeling
(lungemedicin)

Vicestatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Ole Haagen Nielsen
Herlev Hospital
Gastroenheden Medicinsk Sektion
(gastroenterologi)

Statsobducent, ph.d.
Peter Mygind Leth
Statsobducenturet for Syddanmark
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin + patologisk anatomi og histologi)

Professor, overlæge
Olfred Hansen
Onkologisk Afdeling
Odense Universitetshospital
(onkologi)

Overlæge René Tyranski Nielsen
Capio CFR
(neurokirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Palle Toft
Odense Universitetshospital
Anæstesiologisk – Intensiv Afdeling V
(anæstesiologi)

Vicestatsobducent
Steen Holger Hansen
Retsmedicinsk Institut
Retspatologisk afdeling
(retsmedicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Per Klausen Fink
Aarhus Universitetshospital
Funktionelle lidelser
(psykiatri)

Overlæge, dr.med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædkirurgi)

Professor, overtandlæge, ph.d.
Sven Erik Nørholt
Aarhus universitetshospital
Afdeling for tand-, mund- og
kæbekirurgi
(odontologi)

Professor
Søren Hillerup
Rigshospitalet
HovedOrtoCentret
Afdeling for Kæbekirurgi
(odontologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Søren Overgaard
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædkirurgi)

Overlæge, dr.med.
Søren Solgaard
Herlev og Gentofte Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)

Professor, dr.med.
Søren Hein Sindrup
Klinisk Institut
(neurologi)

Overlæge, lektor
Søren Eiskjær
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Therese Ovesen
Regionshospital Holstebro
Institut for Klinisk Medicin
(oto-rhino-laryngologi)

Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Capio CFR A/S
(ortopædkirurgi)

Overlæge
Thomas Bo Jensen
Ortoklinik
(plastikkirurgi)

Overlæge
Tina Obbekjær
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling NK
(neurokirurgi)

Lægefaglig Direktør
Tina Gram Larsen
Aalborg Universitetshospital
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Toke Bek
Aarhus Universitetshospital
(oftamologi)

Overlæge
Tom Sehested
(neurokirurgi)

Overlæge
Torsten Warrer
Krise- og Katastrofe psykiatrisk Center
Militærpsykiatrisk ambulatorium
(psykiatri)

Klinisk lektor, overlæge, dr.med.
Tove Holst Filtenborg Tvedskov
Rigshospitalet
Brystkirurgisk afdeling
(mammakirurgi)

Overlæge
Trine Stavngaard
Rigshospitalet
(radiologi)

Overlæge, ph.d.
Walter Bjørn Nielsen
Holbæk Sygehus
Kardiologisk Afdeling
(kardiologi)

Overlæge, dr.med.
Troels Mørk Hansen
(reumatologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Øjvind Lidegaard
Rigshospitalet
Gynækologisk klinik
(gynækologi/obstetrik)

Overtandlæge
Ulla Pallesen
Odontologisk Institut
(odontologi)

Overlæge, ph.d.
Vibeke Andrée Larsen
Rigshospitalet
Neurologisk afsnit
(neurologi)

4.1.4. Retslægerådets sekretariat 2021

Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.civilstyrelsen.dk/sagsomraader/retslaegeraadet/

Juridiske medarbejdere i 2021

Sekretariatschef Eva Aaen

Souschef Sanne Hjorth Henriksen

Souschef (barselsvikariat) Jesper Kjerulf Christensen

Fuldmægtig Mette Vejlgård Tofting

Fuldmægtig Pernille Borup Jensen

Fuldmægtig Julie Birch Skiffard

Stud.jur. Anne-Gerd Bejrholm

Stud.jur. Cecilie Larsen

Lægelige sekretærer i 2021

Overlæge Christina Jacobsen (16 timer ugentlig)

Professor, ph.d., Niels Lynnerup (16 timer ugentlig)

Overlæge Lars Tue Sørensen (16 timer ugentlig)

Overlæge Lars Willy Andersen (16 timer ugentlig)

Vikar for de lægelige sekretærer

Speciallæge, ph.d., Marianne Cathrine Rohde

Overlæge Henrik Nielsen

Administrativt personale i 2021

Kontorfuldmægtig Diana Worm

Kontorfuldmægtig Louise Kirk Abel

Assistent Lotte Sørensen

Overassistent Lotte Harbo Poulsen

Kontorfuldmægtig Dorthe Vestergaard Nielsen

Overassistent Sissel Maagard Nielsen

Studentervedhjælper Marco Alexander Charles Worm

Assistent Jette Pedersen

Kontorfuldmægtig Pia Malling Larsen

Kontorfuldmægtig Fia Tind