

**Retslægerådets  
årsberetning**

**2013**



**Retslægerådets  
årsberetning  
2013**

ISBN 87-89648-18-8

Udgivet marts 2014

## Indhold

Forord .....	7
I. Udvalgte emner og sager af interesse .....	24
Spørgsmål til Retslægerådet om erhvervsevne/-tab samt generelle ukonkrete spørgsmål om funktionsevne kan ikke forelægges for Retslægerådet.....	24
Forskel i Retslægerådets og Arbejdsskadestyrelsens vurdering af årsagssammenhæng i sag om følger efter trafikuheld. ....	28
Referat fra Retslægerådets temamøde om anvendelse af video- og observationsmateriale i sager der forelægges Retslægerådet tirsdag den 8. oktober 2013 kl. 13.00 på Rigshospitalet.....	39
Referat fra Retslægerådets temamøde om PTSD og belastningsreaktioner tirsdag den 7. november 2013 kl. 13.00 på Rigshospitalet.....	45
Adfærdsforstyrrelser først tolket og behandlet som hyperkinetisk opmærksomhedsforstyrrelse (ADHD) viste sig at være tidlige tegn på udvikling af paranoid skizofreni.....	52
Ondartet, kronisk skizofreni – Patienten indlagt på Sikringsafdelingen i 24 år. ....	57
Seksuel adfærd under søvn, "sexsomnia", en ny diagnose.....	65
Retslægerådet anbefalede tiltagende frihedsgoder til en forvaringsdømt brandstifter efter korrespondance.....	68
Vurdering af intelligens ved psykisk sygdom.....	74
Tungt begavet, men ikke mentalt retarderet - straf eller særforanstaltning? .....	77
Forbigående sindssygelige rustilstande - straffelovens § 16, stk.1, 3. pkt. ....	81
Utilstrækkelig psykopatologisk beskrivelse og vurdering – fornyet mentalundersøgelse med ændret konklusion.....	86
II. Statistik .....	91
Sager behandlet i Retslægerådet 2013 .....	91
Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2013 (og 2011-2012).....	95
Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2013 (og 2011 - 2012) .....	95
Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2013 (og 2009-12).....	96
III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation .....	97
Lovbestemmelser m.v. ....	97
Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet .....	97
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	98
Retslægerådets medlemmer 2013 .....	100
Sagkyndige anvendt i 2013.....	101

Ad hoc sagkyndige anvendt i 2013 .....	104
Retslægerådets sekretariat 2013 .....	120

## Forord

Retslægerådets årsberetning for 2013 foreligger nu for anden gang udelukkende i en elektronisk udgave. Den er forsynet med et register til Retslægerådets årsberetninger for perioden 1998-2011, der er en fortsættelse af et register til rådets årsberetninger for perioden 1988-1997, publiceret i årsberetningen 1997. Opdelingen i tre emnegrupper samt de tre indeksord eller – sætninger, der er knyttet til hver artikel, gør registeret meget anvendeligt. Årsberetningen for 2012 er alene udsendt elektronisk, og er derfor ikke medtaget, idet interesserede med egne søgeord kan finde relevante artikler, det samme gælder årets og fremtidige årsberetninger. Retslægerådet håber, at registeret vil være til gavn for rådets mange samarbejdspartnere.

Retslægerådet afholdt i foråret 2010 et stormøde, hvor rådets strategi for de kommende år blev vedtaget. Alle var enige om at rådets fokus, udover den daglige drift, skulle rettes mod øget kommunikation og kvalitetssikring. Der blev taget godt imod disse initiativer blandt rådets samarbejdspartnere. Formandskabet har således igennem det seneste år bidraget med indlæg om rådets arbejde og problemstillinger på en lang række af møder med advokater, dommere, sagsbehandlere og jurister.

Der er taget flere vigtige initiativer til at kvalitetssikre rådets arbejde. Rådets temamøder udgør en meget vigtig del af dette arbejde. Når rådet identificerer relevante lægefaglige problemstillinger/emner, der har stor betydning for rådets arbejde og funktion, inviterer rådet til temamøde om emnet. Det har fundet sted to gange i 2013, hvor fokus har været rettet mod overvågningsmateriale herunder videooptagelser, som dokumentation i den lægefaglige bedømmelse, og hvor rådets retspsykiatere har været værter ved et møde om PTSD. Referater og konklusioner fra møderne kan læses i den foreliggende årsberetning.

Fra rådets møder med advokater og dommere er det erfaringen, at informationen i rådets årsberetninger i høj grad finder anvendelse i det daglige arbejde hos rådets samarbejdspartnere, og den har senest fundet anvendelse i en kendelse fra Østre Landsret, gengivet i UFR 2483 2013 ØLK, hvor landsretten blandt andet på baggrund af rådets artikler herom, nåede frem til, at spørgsmål om erhvervsevnetab og generelle ukonkrete spørgsmål om funktionsevne ikke kan forelægges for Retslægerådet. Kendelsen er i sin helhed omtalt i aktuelle årsberetning.

I afsnittet om årets sagsstatistik kan det konstateres, at antallet af modtagne sager i 2013 har ændret sig markant på rådets to store sagsområder, idet de retspsykiatriske sager, der tidligere har ligget på

gennemsnitligt ca. 450 sager om året, er faldet til 334 sager i 2013, uden at rådet umiddelbart kan give nogen nærmere forklaring på denne udvikling. For så vidt angår de somatiske E-sager har sagsantallet i perioden frem til 2010 i en årrække stabilt ligget på ca. 775 sager om året, men herefter er det kun gået en vej, og det er en væsentlig stigning i tilgangen af disse sager, der i 2013 udgør i alt 1108 sager svarende til en stigning på 43 %, et sagsantal der er bekymringsvækkende højt.

I årsberetningen for 2013 er der endvidere omtalt en række somatiske E-sager og retspsykiatriske A-sager, der efter rådets opfattelse kan have almen interesse.

Det fremgår af ovenstående, at det på alle måder har været et særdeles travlt år for rådet, de sagkyndige, de lægelige sekretærer og sekretariatet. Samtidig er Retslægerådet flyttet til nye lokaler i Civilstyrelsen, Adelgade 13, København K. Flytningen har dog ikke ændret på rådets uafhængige status.

På formandskabets vegne takker jeg både interne og eksterne samarbejdspartnere for et godt samarbejde i 2013 og ønsker samtidig god læselyst med Årsberetningen for 2013.

Bent Ottesen  
Formand for Retslægerådet



## Register til Retslægerådets årsberetninger 1998-2011

*Dette register er en fortsættelse af et register til rådets årsberetninger for perioden 1988-1997, publiceret i årsberetningen 1997.*

*Alle artikler i årsberetningerne 1998-2011 er medtaget, og materialet er inddelt i tre grupper: "Retsmedicinske sager", "Retspsykiatriske sager – straffeloven, psykiatriloven mv." samt "Mødereferater, generelle udtalelser mv." I registret for 1988-1997 var psykiatrilovssager udskilt som en selvstændig gruppe, men en lovændring har medført, at denne sagstype nu kun sjældent forelægges rådet, hvorfor psykiatrilovssagerne – og enkelte andre civile retspsykiatriske sager – er medtaget under retspsykiatriske sager.*

*Hver artikel er registreret med tre indekssord eller – sætninger, hvilket selvsagt øger omfanget, men forhåbentlig også øger anvendeligheden. Enkelte konkrete sager indeholder også mere generelle betragtninger vedrørende Retslægerådets opgaver og arbejde, og de er derfor også medtaget under "Mødereferater, generelle udtalelser mv."*

*Retslægerådets årsberetninger fra 1988 findes på rådets hjemmeside [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk), hvor de enkelte artikler kan findes.*

*Årsberetningen for 2012 er alene udsendt elektronisk, og er derfor ikke medtaget, idet interesserede med egne søgeord kan finde relevante artikler, hvilket også vil være gældende for nærværende og fremtidige udgaver af rådets årsberetninger.*

<b>Mødereferater, generelle udtalelser mv.</b>	<b>År</b>	<b>Side</b>
Advokatrådet, Lægeforeningen, Retslægerådets funktion	2003-2005	67
Advokatsamfundet, møde, whiplash	2000	27
Afgrænsning, enkeltpersoners retsforhold (Lov om Retslægerådet § 1), Højesteretskendelse	2007	11
Aldersvurdering, groft tilsidesat god advokatskik, intimidering af sagkyndigt vidne	2007	9
Aldersvurdering, familiesammenføring, Retslægerådets vurderinger	2006	45
Aldersvurdering, nyt grundlag, Retslægerådets formulering	2011	29
Aldersvurdering, sandsynlighed, bevismiddel	2003-2005	77
Aldersvurdering, vurderingsgrundlag, etnicitet	2001-2002	53
Alkoholanalyse, blod, urin	2000	37
Andet materiale, forelæggelse af sager, lægeligt materiale	2008	15
Andre sagkyndige, samme spørgetema, habilitetsspørgsmål	2003-2005	73
Arbejdsbetinget skulderlidelse?, videnskabelig evidens, sandsynlighedsvurderinger	2008	21
Arbejdsforhold, ryglidelser, årsagssammenhæng	2009	41
Arbejdsskader, lænde- og rygbesvær, ulykkestilfælde	1998-1999	65
Autorisationsfratagelse, manglende overholdelse af påbud, Retslægerådets		

rolle	2007	49
Bevismiddel, aldersvurdering, sandsynlighed	2003-2005	77
Blod, alkoholanalyse, urin	2000	37
Blodalkoholkoncentration, middelværdi, mindsteværdi	2000	41
Civile sager, sagens lægelige bilag, relevante og konkrete spørgsmål	2001-2002	47
Debat om Retslægerådet, Retslægerådets opgaver, indsatsområder	2009	15
Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, lang sagsbehandlingstid, Retslægerådets sagsbehandlingstid	2006	49
Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, Retslægerådets sagsbehandlingstider, ingen kritik	2008	7
Diagnostik, PTSD, kriterier	2008	13
Domspraksis, Retslægerådet, undersøgelse	2011	7
Domstolene, forelæggelse for Retslægerådet, Retslægerådets opgaver	2003-2005	61
Domstolsafgørelse, Retslægerådets kompetence, enkeltpersoners retsforhold	2010	19
Dødsfald i tilslutning til anholdelse, Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, Retslægerådet foretager ikke juridiske bevisvurderinger	2011	51
Ecstasy/Isd, udenlandske voterende, konkrete/generelle spørgsmål	1998-1999	123
Editionsbegæring, journalmateriale, Højesteretskendelse	2011	33
Enkeltpersoners retsforhold (Lov om Retslægerådet § 1), afgrænsning, Højesteretskendelse	2007	11
Enkeltpersoners retsforhold, Retslægerådets kompetence, domstolsafgørelse	2010	19
Etnicitet, aldersvurdering, vurderingsgrundlag	2001-2002	53
Familiesammenføring, aldersvurdering, Retslægerådets vurderinger	2006	45
Fejlagtige foranstaltningsdomme, simulation, Folketingsspørgsmål	2010	39
Fibromyalgi, whiplash-syndrom, kronisk træthedssyndrom	1998-1999	59
Folketingets ombudsmand, sandsynlighedsvurderinger, Retslægerådets sprogbrug	2008	69
Folketingsspørgsmål, retspsykiatriske sager, Retslægerådets opgaver	2009	29
Folketingsspørgsmål, sagsbehandlingstider, sufficient forelæggelse	2011	19
Folketingsspørgsmål, simulation, fejlagtige foranstaltningsdomme	2010	39
Forelæggelse af civile sager, vejledning, krav til det lægelige materiale	2008	17
Forelæggelse af civile sager, vejledning, udformning af spørgsmål	2008	19
Forelæggelse af sager, lægeligt materiale, andet materiale	2008	15
Forelæggelse for Retslægerådet, domstolene, Retslægerådets opgaver	2003-2005	61
Forkert spørgetema, habilitetssag, landsretsafgørelse	2007	7
Forløb, whiplash-syndromet, årsager	2008	11
Fortolkning, sager om enkeltpersoners retsforhold, landsretskendelse	2001-2002	57
Fremmøde i retten, habilitetsspørgsmål, kvaliteten af Retslægerådets udtalelser	1998-1999	43
Fremmøde i retten, vurdering af lægeerklæringer, manglende begrundelser	2006	53
Funktionsevne, ukonkrete spørgsmål, årsagssammenhæng	2010	7
Groft tilsidesat god advokatskik, intimidering af sagkyndigt vidne, aldersvurdering	2007	9
Habilitetssag, forkert spørgetema, landsretsafgørelse	2007	7
Habilitetsspørgsmål, andre sagkyndige, samme spørgetema	2003-2005	73
Habilitetsspørgsmål, fremmøde i retten, kvaliteten af Retslægerådets udtalelser	1998-1999	43
Habilitetsspørgsmål, Retslægerådets praksis, juridiske afgørelser	2006	31

Hjerteklapfejl, slankemedicin, litteraturreferencer	2008	29
Højesteretskendelse, editionsbegæring, journalmateriale	2011	33
Højesteretskendelse, enkeltpersoners retsforhold (Lov om Retslægerådet § 1), afgrænsning	2007	11
Indsatsområder, Retslægerådets opgaver, debat om Retslægerådet	2009	15
Ingen kritik, Retslægerådets sagsbehandlingstider, Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol	2008	7
Intimidering af sagkyndigt vidne, groft tilsidesat god advokatskik, aldersbestemmelse	2007	9
Invaliditet, læsion af lillefinger, årsagssammenhæng	2009	31
Journalmateriale, editionsbegæring, Højesteretskendelse	2011	33
Juridiske afgørelser, habilitetsspørgsmål, Retslægerådets praksis	2006	31
Juridiske synspunkter, kritik af Retslægerådet, Retslægerådets sprogbrug	2009	7
Konkrete/generelle spørgsmål, udenlandske voterende, ecstasy/lsd	1998-1999	123
Krav til det lægelige materiale, vejledning, forelæggelse af civile sager	2008	17
Kriterier, PTSD, diagnostik	2008	13
Kritik af Retslægerådet, juridiske synspunkter, Retslægerådets sprogbrug	2009	7
Kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, whiplash-syndrom	1998-1999	59
Kvaliteten af Retslægerådets udtalelser, fremmøde i retten, habilitetsspørgsmål	1998-1999	43
Landsretsafgørelse, habilitetssag, forkert spørgetema	2007	7
Landsretskendelse, sager om enkeltpersoners retsforhold, fortolkning	2001-2002	57
Lang sagsbehandlingstid, Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, Retslægerådets sagsbehandling	2006	49
Lille traume, whiplash, Retslægerådets sagkundskab	2007	19
Litteraturreferencer, slankemedicin, hjerteklapfejl	2008	29
Lægefejl, psykopatologisk vurdering, psykoterapeutisk behandling	2000	55
Lægeforeningen, Advokatrådet, Retslægerådets funktion	2003-2005	67
Lægelig vurdering, proportionalitet, strafferetspsykiatriske sager	2000	119
Lægeligt materiale, forelæggelse af sager, andet materiale	2008	15
Lænde- og rygbesvær, arbejdsskader, ulykkestilfælde	1998-1999	65
Læsion af lillefinger, invaliditet, årsagssammenhæng	2009	31
Mange ukonkrete spørgsmål, uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet, resourcespild	2009	37
Manglende begrundelser, vurdering af lægeerklæringer, fremmøde i retten	2006	53
Manglende overholdelse af påbud, autorisationsfratagelse, Retslægerådets rolle	2007	49
Middelværdi, blodalkoholkoncentration, mindsteværdi	2000	41
Mindsteværdi, blodalkoholkoncentration, middelværdi	2000	41
Møde, whiplash, Advokatsamfundet	2000	27
Nyt grundlag, aldersvurdering, Retslægerådets formulering	2011	29
Proportionalitet, strafferetspsykiatriske sager, lægelig vurdering	2000	119
Psykoterapeutisk behandling, psykopatologisk vurdering, lægefejl	2000	55
Psykopatologisk vurdering, psykoterapeutisk behandling, lægefejl	2000	55
Psykopatologiske tilstande, straffelovens § 73, sanktionsforslag	2000	103
PTSD, kriterier, diagnostik	2008	13
Relevante og konkrete spørgsmål, civile sager, sagens lægelige bilag	2001-2002	47
Ressourcespild, mange ukonkrete spørgsmål, uhensigtsmæssig brug af Rets-		

lægerådet	2009	37
Retslægerådet foretager ikke juridiske bevisvurderinger, Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, dødsfald i tilslutning til anholdelse	2011	51
Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, Retslægerådet foretager ikke juridiske bevisvurderinger, dødsfald i tilslutning til anholdelse	2011	51
Retslægerådets funktion, Advokatrådet, Lægeforeningen	2003-2005	67
Retslægerådet, domspraksis, undersøgelse	2011	7
Retslægerådets formulering, aldersvurdering, nyt grundlag	2011	29
Retslægerådets kompetence, enkeltpersoners retsforhold, domstolsafgørelse	2010	19
Retslægerådets opgaver, debat om Retslægerådet, indsatsområder	2009	15
Retslægerådets opgaver, domstolene, forelæggelse for Retslægerådet	2003-2005	61
Retslægerådets opgaver, retspsykiatriske sager, Folketingsspørgsmål	2009	29
Retslægerådets praksis, habilitetsspørgsmål, juridiske afgørelser	2006	31
Retslægerådets praksis, sandsynlighed, årsagssammenhæng	2009	27
Retslægerådets rolle, autorisationsfratagelse, manglende overholdelse af påbud	2007	49
Retslægerådets sagkundskab, lille traume, whiplash	2007	19
Retslægerådets sagsbehandling, lang sagsbehandlingstid, Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol	2006	49
Retslægerådets sagsbehandlingstider, Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, ingen kritik	2008	7
Retslægerådets sprogbrug, juridiske synspunkter, kritik af Retslægerådet	2009	7
Retslægerådets sprogbrug, sandsynlighedsvurderinger, Folketingets ombudsmand	2008	69
Retslægerådets vurderinger, aldersvurderinger, familiesammenføring	2006	45
Retspsykiatriske sager, Retslægerådets opgaver, Folketingsspørgsmål	2009	29
Ryglidelse, arbejdsforhold, årsagssammenhæng	2009	41
Sagens lægelige bilag, civile sager, relevante konkrete spørgsmål	2001-2002	47
Sager om enkeltpersoners retsforhold, fortolkning, landsretskendelse	2001-2002	57
Sagsbehandlingstider, Folketingsspørgsmål, sufficient forelæggelse	2011	19
Samme spørgetema, andre sagkyndige, habilitetsspørgsmål	2003-2005	73
Sandsynlighed, aldersvurdering, bevismiddel	2003-2005	77
Sandsynlighed, årsagssammenhæng, Retslægerådets sprogbrug	2009	27
Sandsynlighedsvurderinger, Folketingets ombudsmand, Retslægerådets praksis	2008	69
Sandsynlighedsvurderinger, videnskabelig evidens, arbejdsbetinget skulderlidelse?	2008	21
Sanktionsforslag, straffelovens § 73, psykopatologiske tilstande	2000	103
Simulation, fejlagtige foranstaltningsdomme, Folketingsspørgsmål	2010	39
Slankemedicin, hjerteklapfejl, litteraturreferencer	2008	29
Straffelovens § 73, psykopatologiske tilstande, sanktionsforslag	2000	103
Strafferetspsykiatriske sager, proportionalitet, lægelig vurdering	2000	119
Sufficient forelæggelse, Folketingsspørgsmål, sagsbehandlingstider	2011	19
Udenlandske voterende, ecstasy/lsd, konkrete/generelle spørgsmål	1998-1999	123
Udformning af spørgsmål, vejledning, forelæggelse af civile sager	2008	19
Uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet, mange ukonkrete spørgsmål, resourcespild	2009	37
Ukonkrete spørgsmål, funktionsevne, årsagssammenhæng	2010	7

Ulykkestilfælde, arbejdsskader, lænde- og rygbesvær	1998-1999	65
Undersøgelse, domspraksis, Retslægerådet	2011	7
Urin, alkoholanalyse, blod	2000	37
Vejledning, krav til det lægelige materiale, forelæggelse af civile sager	2008	17
Vejledning, udformning af spørgsmål, forelæggelse af civile sager	2008	19
Videnskabelig evidens, arbejdsbetinget skulderlidelse?, sandsynlighedsvurderinger	2008	21
Vurdering af lægeerklæringer, manglende begrundelser, fremmøde i retten	2006	53
Vurderingsgrundlag, aldersvurdering, etnicitet	2001-2002	53
Whiplash, lille traume, Retslægerådets sagkundskab	2007	19
Whiplash, møde, Advokatsamfundet	2000	27
Whiplash-syndrom, fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom	1998-1999	59
Whiplash-syndromet, årsager, forløb	2008	11
Årsager, whiplash-syndromet, forløb	2008	11
Årsagssammenhæng, funktionsevne, ukonkrete spørgsmål	2010	7
Årsagssammenhæng, læsion af lillefinger, invaliditet	2009	31
Årsagssammenhæng, Retslægerådets praksis, sandsynlighed	2009	27
Årsagssammenhæng, ryglidelser, arbejdsforhold	2009	41

<b>Retsmedicinske sager</b>	<b>År</b>	<b>Side</b>
Akut behandling, apopleksi, erstatningsspørgsmål	2003-2005	83
Analyseresultater, samspil læge og patient, erstatning afvist	1998-1999	95
Ansvarspådragende, fejladministration af medicin, dødsfald	2003-2005	101
Apopleksi, akut behandling, erstatningsspørgsmål	2003-2005	83
Arbejdsbetinget skulderlidelse?, videnskabelig evidens, sandsynlighedsvurderinger	2008	21
Arbejdsforhold, ryglidelser, årsagssammenhæng	2009	41
Arbejdsskade, PTSD, kriterier	2006	91
Autorisationssag, manglende overholdelse af påbud, ukonkrete spørgsmål	2010	25
Belastende sagsforløb, mulig lægefejl, lægelig rådgivning	2010	35
Blindtarmsoperation, mangelfuld observation, lægefejl	2001-2002	67
Blodalkoholkoncentration, blodprøvetagning, forkert procedure	2006	73
Blodprop i hjernen, undladelse af akut behandling, lægelige synspunkter på Højesteretsdom	2001-2002	71
Blodprøvetagning, forkert procedure, blodalkoholkoncentration	2006	73
Blokadebehandling, mangelfuld aseptik, lægefejl	2001-2002	61
Brystkræft, mangelfuld undersøgelse, erstatning afvist	1998-1999	89
Diagnose, sjældne sygdomme, infektion i halshvirvelsøjlen	2003-2005	93
Dissens, fejl/fejlskøn, forkert diagnose	1998-1999	119
Dødsfald i tilslutning til anholdelse, Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, Retslægerådet foretager ikke juridiske bevisvurderinger	2011	51
Dødsfald, fejladministration af medicin, ansvarspådragende	2003-2005	101
Ecstasy/Lsd, udenlandske voterende, konkrete/generelle spørgsmål	1998-1999	123
Erhvervsevnetab, hovedtraume, psykisk lidelse	2000	45
Erstatning afvist, analyseresultater, samspil læge og patient	1998-1999	95
Erstatning afvist, for mange spørgsmål, knoglebetændelse	1998-1999	101
Erstatning afvist, mangelfuld undersøgelse, brystkræft	1998-1999	89

Erstatning, fejldiagnose, lymfeknudetuberkulose	1998-1999	83
Erstatning, hovedtraume med hjerneskade, organisk skizofrenilignende sindssygdom	2000	51
Erstatningssag, patientskade, kontrolleret klinisk forsøg med insulinpumpe	1998-1999	71
Erstatningsspørgsmål, apopleksi, akut behandling	2003-2005	83
Fejl/fejlskøn, dissens, forkert diagnose	1998-1999	119
Fejl/fejlskøn, Retslægerådets terminologi, specialiststandard	2006	63
Fejladministration af medicin, dødsfald, ansvarspådragende	2003-2005	101
Fejldiagnose, erstatning, lymfeknudetuberkulose	1998-1999	83
For mange spørgsmål, erstatning afvist, knoglebetændelse	1998-1999	101
Forebyggelse, insulinchok, færdselsuheld	2003-2005	105
Forkert diagnose, dissens, fejl/fejlskøn	1998-1999	119
Forkert procedure, blodprøvetagning, blodalkoholkoncentration	2006	73
Funktionsevne, ukonkrete spørgsmål, færdselsuheld	2010	11
Færdselsuheld, insulinchok, forebyggelse	2003-2005	105
Færdselsuheld, ukonkrete spørgsmål, funktionsevne	2010	11
Hjerneabscesser, specialiststandard, vidneindkaldelse	2007	39
Hjerteklapfejl, slankemedicin, Højesteretsdom	2011	41
Hjerteklapfejl, slankemedicin, litteraturreferencer	2008	29
Hovedtraume med hjerneskade, organisk skizofrenilignende sindssygdom, erstatning	2000	51
Hovedtraume, psykisk lidelse, erhvervsevnetab	2000	45
Højesteretsdom, slankemedicin, hjerteklapfejl	2011	41
Infektion i halshvirvelsøjlen, diagnose, sjældne sygdomme	2003-2005	93
Insulinchok, færdselsuheld, forebyggelse	2003-2005	105
Insulintilfælde ("insulinchok"), kørekort, tilstand ligestillet med sindssygdom	2001-2002	91
Iskæmisk hjertesygdom, velbehandlet, afslag på benådning	2001-2002	79
Journaltilførsler, Retslægerådets vurderingsgrundlag, sen diagnose	2006	55
Kiropraktik, Retslægerådet, lægelig afgrænsning	2011	13
Knoglebetændelse, for mange spørgsmål, erstatning afvist	1998-1999	101
Konkrete/generelle spørgsmål, udenlandske voterende, ecstasy/lid	1998-1999	123
Kontrolleret klinisk forsøg med insulinpumpe, patientskade, erstatningssag	1998-1999	71
Kriterier for kønsidentitet, oprindeligt køn, kønsskifte	2006	75
Kriterier, PTSD, arbejdsskade	2006	91
Kronisk tarmsygdom, mange generelle spørgsmål, uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet	2007	25
Kønsskifte, kriterier for kønsidentitet, oprindeligt køn	2006	75
Kørekort, insulintilfælde ("insulinchok"), tilstand ligestillet med sindssygdom	2001-2002	91
Lille traume, whiplash, Retslægerådets sagkundskab	2007	19
Litteraturreferencer, slankemedicin, hjerteklapfejl	2008	29
Lymfeknudetuberkulose, fejldiagnose, erstatning	1998-1999	83
Lægefejl, mangelfuld aseptik, blokadebehandling	2001-2002	61
Lægefejl, mangelfuld observation, blindtarmsoperation	2001-2002	67
Lægelig afgrænsning, kiropraktik, Retslægerådet	2011	13
Lægelig rådgivning, belastende sagsforløb, mulig lægefejl	2010	35
Lægelige synspunkter på Højesteretsdom, blodprop i hjernen, unndladelse af		

akut behandling	2001-2002	71
Mange generelle spørgsmål, uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet, kronisk tarmsygdom	2007	25
Mangelfuld aseptik, blokadebehandling, lægefejl	2001-2002	61
Mangelfuld observation, blindtarmsoperation, lægefejl	2001-2002	67
Mangelfuld undersøgelse, brystkræft, erstatning afvist	1998-1999	89
Manglende overholdelse af påbud, autorisationssag, ukonkrete spørgsmål	2010	25
Medicinindtagelse, sagens oplysning, somnambulisme	2011	111
Modgift, opioidforgiftning, observationsperiode	2003-2005	99
Mulig lægefejl, belastende sagsforløb, lægelig rådgivning	2010	35
Nødvendigt lægeligt materiale, ruskevold, sagsbehandlingstider	2011	25
Observationsperiode, opioidforgiftning, modgift	2003-2005	99
Opioidforgiftning, modgift, observationsperiode	2003-2005	99
Oprindeligt køn, kønsskifte, kriterier for kønsidentitet	2006	75
Organisk skizofrenilignende sindssygdom, hovedtraume med hjerneskade, erstatning	2000	51
Patientskade, erstatningssag, kontrolleret klinisk forsøg med insulinpumpe	1998-1999	71
Postcommotionelt syndrom, sygemelding, stationærtidspunkt	2006	69
Psykisk lidelse, hovedtraume, erhvervsevnetab	2000	45
PTSD, arbejdsskade, kriterier	2006	91
PTSD, videomateriale, upræcise spørgsmål	2006	81
Retslægerådet foretager ikke juridiske bevisvurderinger, Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, dødsfald i tilslutning til anholdelse	2011	51
Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, Retslægerådet foretager ikke juridiske bevisvurderinger, dødsfald i tilslutning til anholdelse	2011	51
Retslægerådet, kiropaktik, lægelig afgrænsning	2011	13
Retslægerådets sagkundskab, lille traume, whiplash	2007	19
Retslægerådets vurderingsgrundlag, journaltilførsler, sen diagnose	2006	55
Ruskevold, nødvendigt lægeligt materiale, sagsbehandlingstider	2011	25
Ryglidelse, arbejdsforhold, årsagssammenhæng	2009	41
Sagens oplysning, medicinindtagelse, somnambulisme	2011	111
Sagsbehandlingstider, ruskevold, nødvendigt lægeligt materiale	2011	25
Samspil læge og patient, analyseresultater, erstatning afvist	1998-1999	95
Sandsynlighedsvurderinger, videnskabelig evidens, arbejdsbetinget skulderlidelse?	2008	21
Sen diagnose, journaltilførsler, Retslægerådets vurderingsgrundlag	2006	55
Sjældne sygdomme, infektion i halshvirvelsøjlen, diagnose	2003-2005	93
Tilstand ligestillet med sindssygdom, insulintilfælde ("insulinchok"), kørekort	2001-2002	91
Slankemedicin, hjerteklapfejl, Højesteretsdom	2011	41
Slankemedicin, hjerteklapfejl, litteraturreferencer	2008	29
Somnambulisme, medicinindtagelse, sagens oplysning	2011	111
Specialiststandard, Retslægerådets terminologi, fejl/fejlskøn	2006	63
Specialiststandard, vidneindkaldelse, hjerneabscesser	2007	39
Stationærtidspunkt, sygemelding, postcommotionelt syndrom	2006	69
Sygemelding, stationærtidspunkt, postcommotionelt syndrom	2006	69
Traume, whiplash, årsagssammenhæng	2010	15
Udenlandske voterende, ecstasy/lsd, konkrete/generelle spørgsmål	1998-1999	123

Uhensigtsmæssig brug af Retslægerrådet, mange generelle spørgsmål, kronisk tarmsygdom	2007	25
Ukonkrete spørgsmål, autorisationssag, manglende overholdelse af påbud	2010	25
Ukonkrete spørgsmål, funktionsevne, færdselsuheld	2010	11
Undladelse af akut behandling, blodprop i hjernen, lægelige synspunkter på Højesteretsdom	2001-2002	71
Upræcise spørgsmål, PTSD, videomateriale	2006	81
Videnskabelig evidens, arbejdsbetinget skulderlidelse?, sandsynlighedsvurderinger	2008	21
Videomateriale, upræcise spørgsmål, PTSD	2006	81
Vidneindkaldelse, specialiststandard, hjerneabscesser	2007	39
Whiplash, lille traume, Retslægerrådets sagkundskab	2007	19
Whiplash, traume, årsagssammenhæng	2010	15
Årsagssammenhæng, ryglidelser, arbejdsforhold	2009	41
Årsagssammenhæng, whiplash, traume	2010	15

<b>Retspsykiatriske sager – straffeloven, psykiatriloven mv.</b>	<b>År</b>	<b>Side</b>
Abnorm enkeltreaktion, affektreaktion, drab	2000	59
Adgang til behandling, ophævelse af foranstaltningsdom, protest fra patienten	2010	63
Affektreaktion, abnorm enkeltreaktion, drab	2000	59
Afgrænsning, den abnorme enkeltreaktion, almindelig straf	2010	67
Afgrænsning, patologisk rus, almindelig straf	2006	97
Afgrænsning, skizotypi, strafferetlig placering (§ 16, stk. 1, eller § 69)	2001-2002	133
Afgrænsning, transitorisk global amnesi, kriterier	2008	39
Afgørende bedring, anbringelsesdom, psykotisk lidelse	2008	63
Afgørende for eventuel straffrihed, sindssyg på gerningstidspunktet, mentalerklæring	2007	73
Aggressiv adfærd, bæltefiksering, retspsykiatrisk patient	2011	107
Aggressiv adfærd, hjerneskode, ligestillet med sindssygdom	2007	61
Akut og tilstandsbetinget versus vedvarende og overhængende fare, farlighedsdekret, psykiatrilovens § 40	2000	95
Alkoholmisbrug, åndelig sløvelse (demens), sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand	2000	81
Almindelig straf, den abnorme enkeltreaktion, afgrænsning	2010	69
Almindelig straf, lettere mentalt retarderet, samrådets opgaver	2006	107
Almindelig straf, patologisk rus, afgrænsning	2006	97
Alvorlige helbredsmæssige følger, frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, lovligheden underkendt	2009	75
Anbringelsesdom, afgørende bedring, psykotisk lidelse	2008	63
Anden alkoholbetinget akut forbigående sindssygelig rustilstand, patologisk alkoholrus, toksisk psykose (euforiserende stoffer)	2007	53
Anvendelsesområde, straffelovens § 73, tredobbelt drab	2008	47
Arbejdsområde, belastning, PTSD, årsagssammenhæng	2011	125
Aspergers Syndrom, spektrumdiagnoser, retspsykiatrisk klassifikation	2003-2005	137
Barnedrab, bevidsthedsspaltning (dissociativ tilstand), retspsykiatrisk placering	2000	91

Barnedrab, født i dølgsmål, dissociativ tilstand	2008	53
Behandling efter anerkendte lægefaglige principper, frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling, tvangsanbringelse på plejehjem	2011	99
Behandling i medfør af foranstaltningsdom, behandlingssvigt, væsentlig bedring	1998-1999	137
Behandlingssvigt, behandling i medfør af foranstaltningsdom, væsentlig bedring	1998-1999	137
Behandlingssvigt, drabsforsøg, farlighedsvurdering	2011	117
Behandlingssystemets svigt, kronisk sindssyge, kriminalitet	1998-1999	155
Bevidsthedsspaltning (dissociativ tilstand), retspsykiatrisk placering, barnedrab	2000	91
Bizar sædelighedskriminalitet, sindssygdomsdiagnosen, sammenhæng	2003-2005	129
Bizarre legemlige vrangforestillinger, ikke anerkendt somatisk lidelse, frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven	2009	61
Bæltefiksering, retspsykiatrisk patient, aggressiv adfærd	2011	107
Den abnorme enkeltreaktion, afgrænsning, almindelig straf	2010	67
Den lægelige vurdering, testamentabilitet, kriterier	2011	77
Depression, sindssygdom?, utilregnelig	2010	71
Diagnostiske kriterier, kortvarig amfetaminpsykose, foranstaltningsdom	2003-2005	151
Dissens, psykosed diagnosen, vedvarende behandling med antipsykotisk virkende medicin	2009	69
Dissimulation, simulation, sindssygdom	2011	93
Dissociativ tilstand, barnedrab, født i dølgsmål	2008	53
Dissociativ tilstand, ligestillet med sindssygdom, foranstaltningsdom	2009	83
Dissociativ tilstand, multipel personlighedsforstyrrelse, simulation?	2009	89
Drab af spædbørn, recidiv, forvaring	2003-2005	145
Drab, affektreaktion, abnorm enkeltreaktion	2000	59
Drab, Sikringsafdelingen, utilstrækkelig varetagelse af foranstaltningsdom	2001-2002	123
Drabsforsøg, behandlingssvigt, farlighedsvurdering	2011	117
Drabsforsøg, utilstrækkelig varetagelse af foranstaltningsdom, Sikringsafdelingen	2001-2002	127
ECT, tvangsbehandling, psykotisk depression	2001-2002	119
Epilepsi, psykiske senfølger, foranstaltningsdom	2008	65
Epileptisk konfusionstilstand, ligestillet med sindssygdom, somnambulisme	2010	45
Farlighedsdekret, psykiatrilovens § 40, vedvarende og overhængende versus akut og tilstandsbetinget fare	2000	95
Farlighedsdekret, særforanstaltning, proportionalitet	2000	131
Farlighedsdekret/særforanstaltning, proportionalitet, lægelig vurdering	2000	131
Farlighedsvurdering, hypotetiske spørgsmål, Retslægerådets vurderingsgrundlag	1998-1999	131
Farlighedsvurdering, proportionalitet, foranstaltningsdom opretholdt	2003-2005	119
Folie a deux, ingen behandling, tvangsindlæggelse	2010	49
Folketingsspørgsmål, retspsykiatriske sager, Retslægerådets opgaver	2009	29
Foranstaltning ophævet mod patientens ønske, vellykket behandlingsforløb efter kritik fra Retslægerådet, proportionalitet,	2000	125
Foranstaltningsdom ikke anbefalet, mulig psykisk udviklingsforstyrrelse, uklar mentalerklæringskonklusion	2007	79
Foranstaltningsdom opretholdt, farlighedsvurdering, proportionalitet	2003-2005	119

Foranstaltningsdom, dissociativ tilstand, ligestillet med sindssygdom	2009	83
Foranstaltningsdom, epilepsi, psykiske senfølger	2008	65
Foranstaltningsdom, kortvarig amfetaminpsykose, diagnostiske kriterier	2003-2005	151
Forfølgelsesforestillinger, jagttegn, kronisk sindssygdom	2008	59
Forvaring, drab af spædbørn, recidiv	2003-2005	145
Frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, ikke anerkendt somatisk lidelse, bizarre legemlige vrangforestillinger	2009	61
Frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, lovligheden underkendt, alvorlige helbredsmæssige følger	2009	75
Frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling, tvangsanbringelse på plejehjem, behandling efter alment anerkendte lægefaglige retningslinier	2011	99
Født i dølgsmål, barnedrab, dissociativ tilstand	2008	53
Gennemgribende udviklingsforstyrrelse, psykiatrisk behandlingsopgave, overlægens kompetence	2009	79
Grundig psykopatologisk beskrivelse, medikamentel behandling, retspsykiatrisk vurdering	2001-2002	103
Grænsetilstande, sindssygdom, rusmiddelmisbrug	2011	83
Helbredt, sindssyg drabsmand, optimal behandling	2003-2005	155
Hjernerystelse, kortvarig konfusionstilstand, ligestillet med sindssygdom	2007	65
Hjerneskode, ligestillet med sindssygdom, aggressiv adfærd	2007	61
Hypotetiske spørgsmål, farlighedsvurderinger, Retslægerådets vurderingsgrundlag	1998-1999	131
Ikke (fysisk) personfarlig kriminalitet, kønsdriftsdæmpende medicin, indikationsområde	2000	85
Ikke anerkendt somatisk lidelse, bizarre legemlige vrangforestillinger, frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven	2009	61
Ikke straffrihed, svampeindtagelse, tilstand ligestillet med sindssygdom	2000	63
Ikke utilregnelig, sindssyg, utilstrækkelig behandling	2010	53
Indtagelse/indgivelse af medicin, patologisk rus, juridisk fortolkning	2008	43
Ingen behandling, folie a deux, tvangslæggelse	2010	49
Insulintilfælde ("insulinchok"), kørekort, tilstand ligestillet med sindssygdom	2001-2002	91
Jagttegn, kronisk sindssygdom, forfølgelsesforestillinger	2008	59
Juridisk fortolkning, indtagelse/indgivelse af medicin, patologisk rus	2008	43
Juridisk/politisk afgørelse, udvisning, psykisk syg kriminel	2006	103
Klinisk skøn, simulation, ufuldstændig undersøgelse	2006	113
Kortvarig amfetaminpsykose, foranstaltningsdom, diagnostiske kriterier	2003-2005	151
Kortvarig konfusionstilstand, ligestillet med sindssygdom, hjernerystelse	2007	65
Kriminelt recidiv, sindssygdom, proportionalitet	2001-2002	107
Kriterier, testamenthabilitet, den lægelige vurdering	2011	77
Kriterier, transitorisk global amnesi, afgrænsning	2008	39
Kronisk sindssygdom, jagttegn, forfølgelsesforestillinger	2008	59
Kronisk sindssyge, behandlingssystemets svigt, kriminalitet	1998-1999	155
Kønsdriftsdæmpende behandling, vellykket forløb, Retslægerådet udtaler sig ikke om eventuel behandlingsændring	2009	53
Kønsdriftsdæmpende medicin, ikke (fysisk) personfarlig kriminalitet, indikationsområde	2000	85
Kørekort, insulintilfælde ("insulinchok"), tilstand ligestillet med sindssyg-		

dom	2001-2002	91
Lettere mentalt retarderet, almindelig straf, samrådets opgaver	2006	107
Ligestillet med sindssygdom, dissociativ tilstand, foranstaltningsdom	2009	83
Ligestillet med sindssygdom, epileptisk konfusionstilstand, somnambulisme	2010	45
Ligestillet med sindssygdom, hjerneskade, aggressiv adfærd	2007	61
Ligestillet med sindssygdom, kortvarig konfusionstilstand, hjernerystelse	2007	65
Lovligheden underkendt, frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, alvorlige helbredsmæssige følger	2009	75
Lægelig vurdering, proportionalitet, farlighedsdekret/særforanstaltning	2000	131
Lægeligt velindiceret, tvangsindlæggelse kendt ulovlig, personlig undersøgelse	2011	105
Medicinindtagelse, sagens oplysning, somnambulisme	2011	111
Medikamentel behandling, retspsykiatrisk vurdering, grundig psykopatologisk beskrivelse	2001-2002	103
Mental retardering, psykologisk test, valg af foranstaltning	2010	81
Mentalerklæring, sindssyg på gerningstidspunktet, afgørende for eventuel straffrihed	2007	73
Mentalt retarderet samt psykisk syg, sanktionsforslag	2000	77
Misbrug, sindssygdom, psykotiske symptomer	2010	79
Mulig psykisk udviklingsforstyrrelse, foranstaltningsdom ikke anbefalet, uklar mentalerklæringskonklusion	2007	81
Multipel personlighedsforstyrrelse, simulation?, dissociativ tilstand	2009	89
Nervøs spisevægring, psykiatriloven, årelang tvangstilbageholdelse	2000	143
Ophævelse af foranstaltningsdom, protest fra patienten, adgang til behandling	2010	63
Optimal behandling, sindssyg drabsmand, helbredt	2003-2005	155
Overførsel til Danmark, sindssyg idømt foranstaltningsdom i Tyskland, regelgrundlaget	2007	69
Overførsel til fængsel, straffelovens § 73, Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål	2011	71
Overlægens kompetence, gennemgribende udviklingsforstyrrelse, psykiatrisk behandlingsopgave	2009	79
Patologisk alkoholrus, anden alkoholbetinget akut og forbigående sindssygelig rustilstand, toksisk psykose (euforiserende stoffer)	2007	53
Patologisk rus ikke til stede, svær beruselse, strafnedsættelse jf. straffelovens § 85 [nu § 82, nr. 7]	2000	71
Patologisk rus, afgrænsning, almindelig straf	2006	97
Patologisk rus, indtagelse/indgivelse af medicin, juridisk fortolkning	2008	43
Personlig undersøgelse, tvangsindlæggelse kendt ulovlig, lægeligt velindiceret	2011	105
Proportionalitet, farlighedsdekret, særforanstaltning, lægelig vurdering	2000	131
Proportionalitet, farlighedsvurdering, foranstaltningsdom opretholdt	2003-2005	119
Proportionalitet, sindssygdom, kriminelt recidiv	2001-2002	107
Proportionalitet, vellykket behandlingsforløb efter kritik fra Retslægerådet, foranstaltning ophævet mod patientens ønske	2000	125
Protest fra patienten, ophævelse af foranstaltningsdom, adgang til behandling	2010	63
Psykiatriloven, nervøs spisevægring, årelang tvangstilbageholdelse	2000	143

Psykiatrilovens § 40, farlighedsdekret, vedvarende og overhængende versus akut og tilstandsbetinget fare	2000	95
Psykiatrisk afdeling, selvmord, retningslinier for observation	2001-2002	113
Psykiatrisk behandlingsopgave, gennemgribende udviklingsforstyrrelse, overlægens kompetence	2009	79
Psykiatrisk patientklagenævn, sindssyg brandstifter, tvangsbehandling afvist	2003-2005	123
Psykisk syg kriminel, udvisning, juridisk/politisk afgørelse	2006	103
Psykisk syg kriminel, udvisning, Retslægerådets vurderingsgrundlag	1998-1999	141
Psykisk syg samt mentalt retarderet, sanktionsforslag	2000	77
Psykiske senfølger, epilepsi, foranstaltningsdom	2008	65
Psykologisk test, mental retardering, valg af foranstaltning	2010	81
Psykosediagnosen, vedvarende behandling med antipsykotisk virkende medicin, dissens	2009	69
Psykotisk depression, tvangsbehandling, ECT	2001-2002	119
Psykotisk lidelse, anbringelsesdom, afgørende bedring	2008	63
Psykotiske symptomer, sindssygdom, misbrug	2010	77
PTSD, arbejdsmæssig belastning, årsagssammenhæng	2011	125
Recidiv, drab af spædbørn, forvaring	2003-2005	145
Regelgrundlaget, overførsel til Danmark, sindssyg idømt foranstaltningsdom i Tyskland	2007	69
Ressourcer, sengepladser, tvangstilbageholdelse	1998-1999	161
Retningslinier for observation, selvmord, psykiatrisk afdeling,	2001-2002	113
Retslægerådet udtaler sig ikke om eventuel behandlingsændring, kønsdrifts-		
dæmpende behandling, vellykket forløb	2009	53
Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål, straffelovens § 73,		
overførsel til fængsel	2011	71
Retslægerådets opgaver, retspsykiatriske sager, Folketingsspørgsmål	2009	29
Retslægerådets skøn, tilsyn af kriminalforsorgen som særforanstaltning, sin-		
ke	1998-1999	145
Retslægerådets vurderingsgrundlag, hypotetiske spørgsmål, farlighedsvurde-		
ringer	1998-1999	131
Retslægerådets vurderingsgrundlag, psykisk syg kriminel, udvisning	1998-1999	141
Retspsykiatrisk klassifikation, Aspergers Syndrom, spektrumdiagnoser	2003-2005	137
Retspsykiatrisk patient, aggressiv adfærd, bæltefiksering	2011	107
Retspsykiatrisk placering, bevidsthedsspaltning (dissociativ tilstand), barne-		
drab	2000	91
Retspsykiatrisk vurdering, medikamentel behandling, grundig psykopatolo-		
gisk beskrivelse	2001-2002	103
Retspsykiatriske sager, Retslægerådets opgaver, Folketingsspørgsmål	2009	29
Rusmiddelmisbrug, sindssygdom, grænsetilstande	2011	83
Sagens oplysning, medicinindtagelse, somnambulisme	2011	111
Sammenhæng, bizar sædelighedskriminalitet, sindssygdomsdiagnosen	2003-2005	129
Sanktionsforslag, mentalt retarderet samt psykisk syg	2000	77
Selvmord, psykiatrisk afdeling, retningslinier for observation	2001-2002	113
Sengepladser, ressourcer, tvangstilbageholdelse	1998-1999	161
Sikringsafdelingen, drabsforsøg, utilstrækkelig varetagelse af foranstalt-		
ningsdom	2001-2002	127
Sikringsafdelingen, utilstrækkelig varetagelse af foranstaltningsdom, drab	2001-2002	123

Simulation, dissimulation, sindssygdom	2011	93
Simulation?, ufuldstændig undersøgelse, klinisk skøn	2006	113
Simulation?, dissociativ tilstand, multipel personlighedsforstyrrelse	2009	89
Sindssyg brandstifter, psykiatrisk patientklagenævn, tvangsbehandling afvist	2003-2005	123
Sindssyg drabsmand, optimal behandling, helbredt	2003-2005	155
Sindssyg idømt foranstaltning i Tyskland, overførsel til Danmark, regelgrundlaget	2007	69
Sindssyg på gerningstidspunktet, afgørende for eventuel straffrihed, mentalerklæring	2007	73
Sindssyg, ikke utilregnelig, utilstrækkelig behandling	2010	53
Sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand, åndelig sløvelse (demens), alkoholmisbrug	2000	81
Sindssygdom, grænsetilstande, rusmiddelmisbrug	2011	83
Sindssygdom, proportionalitet, kriminelt recidiv	2001-2002	107
Sindssygdom, psykotiske symptomer, misbrug	2010	77
Sindssygdom, simulation, dissimulation	2011	93
Sindssygdom?, depression, utilregnelig	2010	71
Sindssygdomsdiagnosen, bizar sædelighedskriminalitet, sammenhæng	2003-2005	129
Sinke, tilsyn af Kriminalforsorgen som særforanstaltning, Retslægerådets skøn	1998-1999	145
Skizotypi, afgrænsning, strafferetlig placering (§ 16, stk. 1, eller § 69)	2001-2002	133
Somnambulisme, ligestillet med sindssygdom, epileptisk konfusionstilstand	2010	45
Somnambulisme, medicinindtagelse, sagens oplysning	2011	111
Spektrumdiagnoser, Aspergers Syndrom, retspsykiatrisk klassifikation	2003-2005	137
Straffelovens § 73, anvendelsesområde, tredobbelt drab	2008	47
Straffelovens § 73, overførsel til fængsel, Retslægerådet udtaler sig kun om lægelige spørgsmål	2011	71
Strafferetlig placering (§ 16, stk. 1, eller § 69), skizotypi, afgrænsning	2001-2002	133
Strafnedsættelse jf. straffelovens § 85 [nu § 82, nr. 7], svær beruselse, patologisk rus ikke til stede,	2000	71
Svampeindtagelse, tilstand ligestillet med sindssygdom, ikke straffrihed	2000	63
Svær beruselse, patologisk rus ikke til stede, strafnedsættelse jf. straffelovens § 85 [nu § 82, nr. 7]	2000	71
Testamentabilitet, den lægelige vurdering, kriterier	2011	77
Tilstand ligestillet med sindssygdom, insulintilfælde ("insulinchok"), kørekort	2001-2002	83
Tilstand ligestillet med sindssygdom, svampeindtagelse, ikke straffrihed	2001-2002	91
Tilstand ligestillet med sindssygdom, svampeindtagelse, ikke straffrihed	2000	63
Tilsyn af kriminalforsorgen som særforanstaltning, Retslægerådets skøn, sinke	1998-1999	145
Toksisk psykose (euforiserende stoffer), patologisk alkoholrus, anden alkoholbetinget akut forbigående sindssygelig rustilstand	2007	53
Transitorisk global amnesi, kriterier, afgrænsning	2008	39
Tredobbelt drab, straffelovens § 73, anvendelsesområde	2008	47
Tvangsanbringelse på plejehjem, frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling, behandling efter alment anerkendte lægefaglige retningslinier	2011	99
Tvangsbehandling afvist, psykiatrisk patientklagenævn, sindssyg brandstifter	2003-2005	123
Tvangsbehandling, ECT, psykotisk depression	2001-2002	119

Tvangsindlæggelse ikke iværksat, vold, under de givne rammer ikke grundlag for kritik	1998-1999	149
Tvangsindlæggelse kendt ulovlig, personlig undersøgelse, lægeligt velindiceret	2011	105
Tvangsindlæggelse, folie a deux, ingen behandling	2010	49
Tvangstilbageholdelse, sengepladser, ressourcer	1998-1999	161
Udvisning, psykisk syg kriminel, juridisk/politisk afgørelse	2006	103
Udvisning, psykisk syg kriminel, Retslægerådets vurderingsgrundlag	1998-1999	141
Ufuldstændig undersøgelse, simulation, klinisk skøn	2006	113
Uklar mentalerklæringskonklusion, mulig psykisk udviklingsforstyrrelse, foranstaltningsdom ikke anbefalet	2007	79
Under de givne rammer ikke grundlag for kritik, tvangsindlæggelse, vold	1998-1999	149
Utilregnelig, depression, sindssygdom?	2010	71
Utilstrækkelig behandling, sindssyg, ikke utilregnelig	2010	53
Utilstrækkelig varetagelse af foranstaltningsdom, drab, Sikringsafdelingen	2001-2002	123
Utilstrækkelig varetagelse af foranstaltningsdom, drabsforsøg, Sikringsafdelingen	2001-2002	127
Valg af foranstaltning, psykologisk test, mental retardering	2010	81
Vedvarende behandling med antipsykotisk virkende medicin, psykosediagnosen, dissens	2009	69
Vedvarende og overhængende versus akut og tilstandsbetinget fare, farlighedsdekret, psykiatrilovens § 40	2000	95
Vellykket behandlingsforløb efter kritik fra Retslægerådet, proportionalitet, foranstaltning ophævet mod patientens ønske	2000	125
Vellykket forløb, kønsdriftsdæmpende behandling, Retslægerådet udtaler sig ikke om eventuel behandlingsændring	2009	53
Vold, tvangsindlæggelse ikke iværksat, under de givne rammer ikke grundlag for kritik	1998-1999	149
Væsentlig bedring, behandling i medfør af foranstaltningsdom, behandlingssvigt	1998-1999	137
Åndelig sløvelse (demens), sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand, alkoholmisbrug	2000	81
Årelang tvangstilbageholdelse, psykiatriloven, nervøs spisevægring	2000	143
Årsagssammenhæng, PTSD, arbejdsmæssig belastning	2011	125

# I. Udvalgte emner og sager af interesse

## **Spørgsmål til Retslægerådet om erhvervsevne/-tab samt generelle ukonkrete spørgsmål om funktionsevne kan ikke forelægges for Retslægerådet**

*I en sag om en arbejdsulykke, hvor Arbejdsskadestyrelsen havde fastsat erhvervsevnetabet til 65 %, bestred arbejdsgiveren Styrelsens udtalelse. I forbindelse hermed ønskede arbejdsgiveren at stille spørgsmål til Retslægerådet. Et af spørgsmålene vedrørte en stillingtagen til A's erhvervsevnetab, der ansås for omfattet af Arbejdsskadestyrelsens kompetence. To andre spørgsmål vedrørte A's generelle funktionsevne og var endvidere ukonkrete. Ingen af spørgsmålene kunne forelægges for Retslægerådet.*

Kendelsen er gengivet i UFR 2483 2013 Ø.L.K. og er sålydende:

“JC A/S mod A

Nykøbing Falster Rets kendelse 11. marts 2013, BS 1-913/2012.

Sagen drejer sig om, hvorvidt sagsøger som følge af en arbejdsulykke den 16. februar 2005 har lidt et erhvervsevnetab og størrelsen af et eventuelt erhvervsevnetab.

Ankestyrelsen har den 22. december 2011 afgjort, at sagsøgers erhvervsevnetab var på 65 % som følge af arbejdsskaden.

Sagsøgte har bestridt, at sagsøger har lidt et erhvervsevnetab som følge af arbejdsulykken, og har gjort gældende, at der foreligger grundlag for at tilsidesætte Ankestyrelsens afgørelse om erhvervsevnetab, herunder størrelsen af dette.

Sagsøgte har begæret sagen forelagt for Retslægerådet i overensstemmelse med spørgetema af 28. september 2012.

Sagsøger har protesteret imod, at det tillades sagsøger at stille spørgsmålene F, H og I, der er sålydende:

»F. Retslægerådet bedes, herunder navnlig ud fra en arbejdsmedicinsk vurdering, skønne, om generne/lidelserne, jf. besvarelsen af spørgsmål F (formentlig A, rådets bem.), i sig selv indebærer, at sagsøger hverken helt eller delvist kan bestride ethvert job inden for ethvert erhverv.

...

H. Såfremt spørgsmål H (formentlig G, rådets bem.) besvares bekræftende, bedes Retslægerådet vurdere, om disse i sig selv er funktionshindrende.

I. Retslægerådet bedes vurdere, om sagsøgers forudbestående/konkurrerende psykiske gener/lidelser i højere grad og/eller delvist kan forklare sagsøger aktuelle helbredstilstand og funktionsnedsettelsen som følge af helbreds-tilstanden.

Retslægerådet bedes i den forbindelse skønne, om sagsøgers forudbestående/konkurrerende psykiske gener/lidelser - uanset ulykken - sandsynligvis ville have medført, at sagsøgers funktionsevne med tiden ville være nedsat, jf. herunder baggrunden for betragtningerne i bilag P.«

Sagsøger har nedlagt påstand om, at det ikke tillades sagsøgte at stille spørgsmålene F, H og I.

Sagsøgte har nedlagt påstand om, at det tillades sagsøgte at stille spørgsmålene F, H og I, subsidiært således at det i spørgsmål H og I tilføjes, at Retslægerådet bedes foretage skønnet ud fra en arbejdsmedicinsk vurdering.

Det fremgår af Retslægerådets årsberetning for 2008, side 19, at Retslægerådet ikke besvarer spørgsmål, der henhører under andre myndigheders kompetence, som for eksempel spørgsmål om méngrad og erhvervsevnetab, der henhører under Arbejdsskadestyrelsen.

Det fremgår videre af Retslægerådets publikation Retslægerådet 1909-2009, side 28, at

»Ved arbejdsskadesager kan afgrænsning overfor Arbejdsskadestyrelsen give anledning til overvejelser. . . . Arbejdsskadestyrelsen tager her stilling til erhvervsevne og mén . . . Retslægerådet træffer således ikke afgørelse, og det tilkommer ikke Retslægerådet at udtale sig om forhold, der hører under andre myndigheder.«

Af Retslægerådets årsberetning for 2010, side 9, fremgår, at det ikke er muligt for Retslægerådet

». . . at foretage en lægefaglig vurdering af en persons funktionsevne på et ukonkret og upræcist beskrevet grundlag. En konkret vurdering

af funktionsevne - konkret såvel hvad angår funktionshæmmende lidelse(r), som hvad angår arbejdsmæssig funktion - må om muligt foretages af de behandlende læger.

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

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

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

Sagsøger har til støtte for sin påstand gjort gældende, at sagsøgtets spørgsmål F, H og I vedrører sagsøgers generelle funktionsniveau og dermed i realiteten er udtryk for et ønske om en vurdering af sagsøgers erhvervsevne, der henhører under Arbejdsskadestyrelsens kompetence, og at Retslægerådet ikke udtaler sig om den generelle funktionsevne. Sagsøgers spørgsmål er derfor at betragte som overflødig bevisførelse, jf. retsplejelovens § 341.

Sagsøgte har til støtte for sin påstand gjort gældende, at det ligger inden for Retslægerådets kompetence at besvare de stillede spørgsmål. Der er tale om spørgsmål af helt konkret karakter, både med angivelse af, hvilke lidelser der konkret ønskes en vurdering på baggrund af, og konkret hvilken slags vurdering der er tale om. Retslægerådet har kompetence til at udtale sig om, hvorvidt der er en årsagssammenhæng mellem de konkrete lidelser fra be-

vægeapparatet og de psykiske lidelser og den konkrete påvirkning af erhvervsevnen. Der er ikke tale om overflødig bevisførelse, da spørgsmålene er til brug for belysning af de helt grundlæggende forhold i sagen.

### **Retten bemærkninger:**

Retslægerådets opgave er ifølge § 1 i lov om Retslægerådet at afgive blandt andet lægevidenskabelige skøn til brug for offentlige myndigheder, herunder domstolene.

Sagsøgtets spørgsmål F vedrører direkte sagsøgers erhvervsevnetab, der må anses for omfattet af Arbejdsskadestyrelsens kompetence og ikke Retslægerådets kompetence.

Spørgsmålene H og I vedrører sagsøgers generelle funktionsniveau, og det må på baggrund af Retslægerådets udtalelser antages, at Retslægerådet ikke vil besvare disse.

Sagsøgers påstand tages derfor til følge.

### **Thi bestemmes:**

Det tillades ikke sagsøgte at stille spørgsmålene F, H og I til Retslægerådet.

Byrettens kendelse blev kæret til Østre Landsret, der den 2. maj 2013 afsagde sålydende kendelse:

- - -

Efter votering afsagdes kendelse:

Landsretten kan tiltræde, at spørgsmål F vedrører en stillingtagen til A's erhvervsevnetab, der må anses for omfattet af Arbejdsskadestyrelsens kompetence.

Landsretten kan endvidere tiltræde, at spørgsmål H og I vedrører A's generelle funktionsevne. Spørgsmålene er endvidere ukonkrete.

Spørgsmålene bør derfor ikke forelægges Retslægerådet.

Landsretten stadfæster herefter byrettens afgørelse.

### **Thi bestemmes:**

Byrettens kendelse stadfæstes.

Jupiter Composit A/S skal i kæremålsomkostninger inden 14 dage betale 2.500 kr. til 3F Fagligt Fælles Forbund som mandatar for A”.

### **Kommentar:**

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Det betyder, at det er retten, som den hørende myndighed og sagens parter, der skal definere sagens genstand, således at Retslægerådet herved får mulighed for at afgive et kvalificeret lægeligt skøn til brug for myndighedens/rettens afgørelse af den foreliggende tvist. Det forudsætter, at spørgsmålene skal være konkrete, det vil sige konkret relateret til enkeltpersoners retsforhold, at de er klare, således at eventuelle misforståelser herved undgås, at de er neutrale, således at der ikke lægges op til, at rådet skal afgøre den foreliggende tvist, men alene afgive et lægeligt skøn til brug for myndighedens/rettens afgørelse af den foreliggende tvist og endelig, at spørgsmålene er relevante og samtidig omfattet af Retslægerådets sagkundskab.

Retslægerådet har i flere artikler, blandt andet i rådets årsberetninger, påpeget nødvendigheden af, at spørgsmålene til rådet udarbejdes i over-

ensstemmelse med rådets vejledninger herom, ligesom rådet senest i artiklen i rådets årsberetning for 2010, s. 7 ff. har redegjort nærmere for de problemstillinger, der generelt opstår, når der stilles ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet i sager om for eksempel funktionsevne. Der er ingen tvivl om, at kvaliteten af Retslægerådets besvarelser hænger nøje sammen med, hvorledes spørgsmålene til rådet er formuleret, og at det således er af væsentlig betydning for rådets arbejde og dets funktion, at spørgsmålene stilles i overensstemmelse med både Betænkning om Retslægerådet samt med rådets vejledninger om spørgsmålenes udformning.

I den konkrete sag var der således på ny forsøgt stillet spørgsmål til Retslægerådet om erhvervsevne/-tab, som Retslægerådet ikke udtaler sig om, idet denne kompetence henhører under Arbejdsskadestyrelsen. Derudover

var der ligeledes forsøgt stillet generelle ukonkrete spørgsmål om funktionsevne, som rådet heller ikke besvarer, jf. artiklen i rådets årsberetning 2010, s. 7 ff..

Det er glædeligt at konstatere, at retten i den konkrete sag henviste til artikler i rådets årsberetninger samt til oplysninger i rådets jubilæumsbog som begrundelse for afgørelsen, hvilket jo netop er et af formålene med udarbejdelse af rådets årsberetninger. Det er Retslægerådets håb, at kendelsen fremadrettet vil blive anvendt af sagens parter og domstolene, inden sagerne sendes til rådet med tilsvarende spørgsmål, hvilket vil lette rådets arbejde ved besvarelsen af det stigende antal sager, der forelægges for rådet. Der henvises i den forbindelse til statistikken over modtagne somatiske E-sager, der viser, at der er sket en stigning på 43 % i denne sagskategori inden for de seneste par år.

## **Forskel i Retslægerådets og Arbejdsskadestyrelsens vurdering af årsagssammenhæng i sag om følger efter trafikuheld.**

*Sagen drejer sig om en 39-årig mand, der den 08.06.08 var involveret i et trafikuheld, idet han som fører af motorcykel kørte ind i siden på en personbil og væltede. Han blev indbragt på skadestuen som traumepatient, hvor alle undersøgelser herunder CT-skanninger fandtes normale, og han blev udskrevet efter nogle timers observation. I efterforløbet var der symptomer fra nakke og begge underben. MR-skanning af begge knæ og nakken var normale. Sagen indeholdt endvidere oplysninger om et voldeligt overfald omkring 1995 samt om traumer med fald efter trafikuheldet.*

*Forsikringsselskabet anerkendte erstatningspligten. Arbejdsskadestyrelsen vurderede, at der var årsagssammenhæng mellem skadelidtes gener og færdselsuheldet og fastsatte skadelidtes méngrad til 12 %, der senere, efter at sagen havde været forelagt Retslægerådet, blev ændret til et varigt mén på mindre end 5 %. Retslægerådet derimod vurderede, at der ikke eller med meget ringe sandsynlighed kunne påvises en årsagssammenhæng mellem skadelidtes gener og færdselsuheldet. Retten lagde Retslægerådets vurdering til grund for afgørelsen. Ved sagens forelæggelse for Retslægerådet blev der stillet for mange og for ukonkrete spørgsmål. (J.nr. 50E/E3-06160-2012).*

Under sagens behandling i retten blev Retslægerådet stillet en lang række spørgsmål, første gang den 01.02.12, hvor rådet besvarede de stillede spørgsmål således:

### **”Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke gener sagsøger led af på tidspunktet umiddelbart forud for overfaldet i august 1996.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Spørgsmålet har resumékarakter og kan ikke besvares af Retslægerådet.

### **Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke skader med deraf følgende varige gener sagsøger blev påført ved overfaldet i august 1996.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Spørgsmålet har resumékarakter, og Retslægerådet kan ikke indestå for en udtømmende besvarelse. I bilag C omtales i notat dateret 05.10.09, at sagsøger ved voldeligt overfald i 1995 pådrog sig brud på næse og ribben. Han var ikke bevidstløs, og der var ingen senfølger. I bilag 30 er i notat dateret 27.10.11 omtalt, at han ved overfaldet brækkede næsen, fik en ansamling i hjernen og var kortvarigt bevidstløs med efterfølgende synsproblemer og angst. Det journalførte er sagsøgers selvrapporterede oplysninger, og Retslægerådet kan ikke bedømme de enkelte notaters gyldighed.

### **Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke gener sagsøger led af på tidspunktet umiddelbart forud for aktuelle færdselsuheld den 8. august 2008.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Spørgsmålet har resumékarakter, og Retslægerådet kan ikke indestå for en udtømmende besvarelse. Forud for færdselsuheldet 08.06.08 (ikke 8/8) var sagsøger i behandling med angstdæmpende medicin, sovemedicin, antidepressiv og smertestillende medicin, herunder morfinpræparater i betydelig dosis. Medicineringen begrundet i angst uro, søvnløshed, depression, smertetilstand i bughulen og generaliserende smerter i muskler og led.

**Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke skader med deraf følgende varige gener sagsøger blev påført ved aktuelle færdselsuheld den 8. august 2008.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Ved den ganske omfattende undersøgelse på hospital umiddelbart efter begivenheden fandt man ingen objektive tegn på tilskadekomst. Den praktiserende læge har på anden dagen noteret fund af hævelse og misfarvning ud for halshvirvelsøjlen – anatomen er upræcist angivet. Lægen har endvidere noteret symptomer tydende på hjerneystelse. Med det forbehold, at Retslægerådet ikke kan indestå for et udtømmende resumé, vil Retslægerådets skøn være, at begivenheden med ringe eller kun ubetydelig sandsynlighed har været selvstændig årsag til varige gener.

**Spørgsmål 5:**

*Såfremt Retslægerådet finder, at der er forud bestående forhold af relevans for sagsøgers udvikling af sit samlede genebillede efter færdselsuheldet den 15. august*

*2008, bedes det oplyst om færdselsuheldet har været den udløsende eller reaktiverende årsag, eller i øvrigt hvilken betydning færdselsuheldet i kombination med øvrige faktorer har haft for sagsøgers gener og væsentlige funktionsbegrænsning, der er konstateret efter færdselsuheldet den 15. august 2008.*

Spørgsmålet indeholder et hypotetisk element og kan ikke besvares nærmere end ved henvisning til svar på spørgsmål 4. Jævnfør foreliggende lægelige akter fandt færdselsuheldet sted den 08.06.08.

**Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke gener sagsøger led af på tidspunktet umiddelbart forud for uheldet (fald på sten) den 15. august 2008.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Der henvises til svar på spørgsmål 3 og 4.

**Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke skader med deraf følgende varige gener sagsøger blev påført ved uheldet (fald på sten) den 15. august 2008.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Sagsøger pådrog sig et sår i panden, hvilket blev syet på skadestuen. Trådene blev fjernet hos den praktiserende læge den 21.08.08. Der er ikke beskrevet senfølger.

**Spørgsmål 8:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke gener sagsøger led af på tidspunktet umiddelbart*

*forud for uheldet (fald fra stige) i januar 2009.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Spørgsmålet har resumékarakter, og Retslægerådet kan ikke indestå for en udtømmende besvarelse. Det lægeordnede medicinforbrug forud for januar 2009 ses at være begrundet med angst, søvnløshed, og depression samt stærke smerter, høfeber og for meget mavesyre.

**Spørgsmål 9:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvilke skader med deraf følgende varige gener sagsøger blev påført ved uheldet (fald fra stige) i januar 2009.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Den praktiserende læge fandt ingen læsioner efter faldet, og der er ikke noget, der tyder på varige traumefølger.

**Spørgsmål 10:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om sagsøger findes at være eller have været afhængig af smertestillende medicin eller haft et overforbrug heraf.*

*Retslægerådet bedes vurdere, om en sådan afhængighed eller et sådant overforbrug findes at have bevirket en midlertidig eller varig forværrelse af allerede bestående gener eller tilkomst af nye gener.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Den praktiserende læge har i foråret 2008 ordineret medicin med begrundelsen: mod opioid afhængighed; det vil sige mod af-

hængighed af stærk smertestillende medicin, såkaldte opiater.

I psykiatrisk speciallægeerklæring fra 19.05.11 benyttes diagnoserne: afhængighedssyndrom af sedativa og hypnotika samt afhængighedssyndrom af multiple psykoaktive stoffer. Diagnoserne peger på et misbrug af såvel lægeordineret medicin som illegale substanser.

Retslægerådet kan ikke påtage sig at redegøre for misbrugets mulige konsekvenser uden en nærmere konkretisering af spørgsmålet.

**Spørgsmål 11:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hvad der lægeligt forårsager sagsøgers i sagens materiale gentagne beskrevne faldtendens.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

I epikrise fra ortopædkirurgisk afdeling fra den 30.12.08 foreligger oplysninger om problemer med begge underekstremiteter. På højre side klager over tilbagevendende hævelse af knæ. På venstre side klager over problemer med stabilitet i ankelledet, der fører til faldtendens. Klinisk konstateres smuttende biceps-sene på højre side og en hård struktur i tarsal-tunellen (anatomisk område ved ankelledet). Det er ikke ortopædkirurgernes vurdering, at de konstaterede fund kan forklare den dårlige gangfunktion og faldtendensen. Efterfølgende er sagsøger undersøgt med MR-scanning af hele rygøjlen på mistanke om påvirkning af rygmarven. En sådan påvirkning eller anden strukturel skade er ikke befundet. I april 2009 er foretaget operation af biceps-senen ved højre knæ og fjernet en lille bindevævsknude (ganglion) ved venstre fod.

Indgrebene har ikke hjulpet synderligt, og sagsøger beskrives i juli 2007 med persistente balanceproblemer og episoder med black-out tilfælde. Samlet må konkluderes, at der ikke er påviselig sygelighed til forklaring af sagsøgers faldtendens.

**Spørgsmål 12:**

*Retslægerådet bedes vurdere, hver der er udløsende årsag til faldtendensen, herunder om faldtendensen skal henføres til aktuelle færdselsuheld den 8. august 2008, eller om den mere sandsynligt skal henføres til et andet/andre forhold.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 4 og 11.

**Spørgsmål 13:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om sagsøger som følge af faldtendensen er pådraget yderligere skader med varige gener til følge.*

*Hvis dette er tilfældet, bedes rådet beskrive disse skader og deraf følgende varige gener.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Der henvises til svar på spørgsmål 7 og 9.

**Spørgsmål 14:**

*Retslægerådet bedes beskrive sagsøgers nuværende gener.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

En beskrivelse af sagsøgers nuværende gener kan ses i bilag 30 og 31; det kræver

ikke Retslægerådets medicinske eller farmaceutiske skøn.

**Spørgsmål 15:**

*Hvis muligt bedes Retslægerådet henføre de i svaret til spørgsmål 13 konstaterede gener enkeltvis til de udløsende forhold, som Retslægerådet måtte vurdere sandsynlige. Rådet bedes angive graden af sandsynlighed (gerne procentuelt).*

*Hvis en gene kan henføres til flere udløsende forhold bedes rådet beskrive, med hvilken procentdel en given gene skal henføres til et givent forhold, samt sandsynligheden (gerne procentuelt) herfor.*

*Eks: Det er Retslægerådets vurdering, at sagsøgers kognitive gener med overvejende grad af sandsynlighed (>50 %) skal henføres til forhold x og forhold y med hver 50 %.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Der henvises til svar på spørgsmål 7 og 9.

**Spørgsmål 16:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om indhentelse af yderligere materiale vil forbedre rådets mulighed for at besvare ovenstående spørgsmål.*

*Rådet bedes begrunde sit svar.*

Nej.

**Spørgsmål 17:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.”

Sagen blev herefter på ny forelagt Retslægerådet med supplerende spørgsmål, der 14.06.12 blev besvaret således:

**”Spørgsmål A:**

*Som Retslægerådet også anfører ved svar på spørgsmål 4, blev der ved undersøgelse hos egen læge dagen efter ulykken konstateret synlige skader i området for halshvirvelsøjlen (columna cervicalis) i form af ”tydeligt hævet”, misfarvning og stort hæmatom.*

*Det fremgår videre, at sagsøger efter ulykken havde lidt af voldsom hovedpine og opkastninger, og blev derfor sat i regi commotio.*

*Det fremgår endelig af journalen fra dagen efter ulykken, at lægen (formentlig pga. commotio problemer) frarådede sagsøger i at gå til kiropraktor i en 14 dages periode for ”at få ordnet nakken”. Diagnosen var tillige ”svær distorsion”.*

*Sagsøger har siden lidt af smerter fra hovedet og nakke og modtager bl.a fortsat behandling på Hovedpineklinikken under diagnosen whiplash og hovedpine syndrom med indsprøjtninger af botox.*

*Det fremgår bl.a. af journalen fra neurologisk afdeling, Hovedpineklinikken, af den 15. januar 2010, at der var bevidstløshed/bevidsthedstab i forbindelse med ulykken. Er Retslægerådet på denne baggrund enig i, at sagsøger ved ulykken den 8. juni 2008 pådrog sig nakketraume/nakkeforvridning og/eller hjernerystelse (commotio)?*

Den praktiserende læge har i sit notat fra 09.06.08 anført, at sagsøger frembød typiske commotiosymptomer. Det kunne tale for en antagelse af, at sagsøger pådrog sig hjernery-

stelse ved begivenheden. Imod denne antagelse taler imidlertid, at der i journalnotaterne fra lægeambulancen og umiddelbart efterfølgende fra traumecentret ikke er gode kliniske holdepunkter for, at sagsøger pådrog sig hjernerystelse – og symptomer på hjernerystelse forventes at manifestere sig umiddelbart og ikke efter latenstid. Derfor finder Retslægerådet det meget lidt sandsynligt, at sagsøger pådrog sig hjernerystelse.

Den praktiserende læge har omtalt en overfladisk læsion et ikke nærmere præciseret sted i nakkeregionen. Det taler for, at sagsøger pådrog sig et traume mod nakkeregionen. Ved undersøgelserne i traumecenteret fandt man ikke tegn på knoglebrud, ledscred eller tilsvarende strukturelle læsioner, hvorfra betegnelsen distorsion – det vil sige forstuvning – forekommer at være en nærliggende og sandsynligvis også retvisende betegnelse for skadefølgerne. Bedømt ud fra den praktiserende læges journal var tilstanden symptomgivende endnu i oktober 2008, men optræder ikke herefter som tydelig konsultationsårsag.

**Spørgsmål B:**

*Er de problemer sagsøger har fra nakke og hovedet forenelige med de følger og lidelser, der sædvanligvis ses ved whiplashsyndrom og/eller følger af hjernerystelse?*

Udtrykket, ”de problemer sagsøger har fra nakke og hovedet”, er meget diffust og de selvrappede helbredsklager, som der er tale om, er varierende angivet til forskellig tid. Symptomerne er uspecifikke og kendes som ledsagefænomener til blandt andet nakkedistorsion/whiplash, følger efter hjernerystelse, andre former for tilskadekomst, kroniske smertetilstande, foruden en bred vifte af legemlig og psykisk sygdom.

**Spørgsmål C:**

*Havde sagsøger i den umiddelbare periode forud for ulykken den 8. juni 2008 gener fra nakke og hoved, som svarer til dem der er opstået efter ulykken?*

Spørgsmålet har i nogen grad resumékarakter, men ud fra en umiddelbar vurdering har konsultationerne hos den praktiserende læge drejet sig om andre forhold end hovedpine og nakkesmerter.

**Spørgsmål D:**

*Hvilken betydning er svar på spørgsmål A-C tillagt ved vurderingen af, i hvilket omfang sagsøgers nuværende klager fra nakke og hoved står i sammenhæng med uheldet den 8. juni 2008?*

Spørgsmålet er uforståeligt og kan ikke besvares.

**Spørgsmål E:**

*Retslægerådet har ved svar på spørgsmål 4 angivet, at ulykke usandsynligt har været "selvstændig" årsag til varige gener.*

*Retslægerådet bedes uddybe dette svar og oplyse, om Retslægerådet finder, at ulykken i kombination med forudbestående forhold hos sagsøger bidrager til varige gener eller har været udløsende årsag.*

Hvis ulykken i kombination med forudbestående forhold forårsagede eller bidrog til varige gener, så ville ulykken være at betragte som en selvstændig årsagsfaktor – hvis effekt det dog i praksis kunne være vanskeligt at vægte. Men i det aktuelle tilfælde skønner Retslægerådet, at begivenheden med ringe eller kun ubetydelig sandsynlighed har været årsag til varige gener.

**Spørgsmål F:**

*Retslægerådet har i forbindelse med blandt andet besvarelse af spørgsmål 3 konstateret, at der var forudbestående forhold, dels i form af følger af et voldeligt overfald i 1995, og dels i form af en forudbestående behandling med angstdæmpende og smertestillende medicin.*

*Til trods for disse forudbestående forhold har sagsøger passet sit arbejde og havde avanceret til en ledende stilling på tidspunktet for uheldet.*

*Er der i sagsøgers lægelige materiale/forhold for tiden frem til uheldet den 8. juni 2008 holdpunkter for at fastslå, at sagsøger ikke fortsat ville have været i stand til at opretholde tilstrækkelig funktionsevne til at passe sit arbejde, hvis uheldet ikke var sket?*

*Besvarelsen bedes begrundet.*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet.

**Spørgsmål G:**

*Sagsøger har efter uheldet udviklet sin nuværende tilstand og funktionsbegrænsning.*

*Vurderer Retslægerådet, at dette er en helt tilfældig omstændighed, eller har uheldet direkte eller indirekte medvirket til udviklingen?*

Der henvises til svar på spørgsmål 4 og E.

**Spørgsmål H:**

*Finder Retslægerådet, at sagsøgers forudbestående forhold ud fra lægelig viden og erfaring ville have udviklet sig til samme gener og begrænsninger som faktisk sket og med omtrentlige samme tidsmæssige debut, selv*

*om sagsøger ikke havde været udsat for ulykken af 8. juni 2008?*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet.

**Spørgsmål I:**

*Vurderer Retslægerådet, at sagsøgers forudbestående fysiske og/eller psykiske forhold/skrøbelighed har disponeret sagsøger for udviklingen af mere vidtgående følger og begrænsninger efter det uheld, som indtraf den 8. juni 2008?*

Ikke blot i relation til datoen 08.06.08, men i relation til en vilkårlig skæringsdato, vil man kunne sige, at både for sagsøger og andre, må man påregne, at en persons forudbestående helbred kan lægge grunden til det efterfølgende helbred.

**Spørgsmål J:**

*Vurderer Retslægerådet, at der er tidsmæssig relevant sammenhæng mellem uheldet af 8. juni 2008 og udviklingen i sagsøgers tilstand, og i så fald hvilken betydning har Retslægerådet tillagt dette?*

Der henvises til svar på spørgsmål 4 og E.

**Spørgsmål K:**

*Sagsøger er på X hospital, jfr. bilag 30, blevet diagnosticeret med Bodily Distress Syndrome, severe – svær somatiseringstilstand.*

*Vurderes tilstanden udviklet eller forværret efter uheldet af 8. juni 2008, og i så fald hvilken, om nogen, komponent udgør uheldet og følgerne (herved tænkes ikke kun på somatiske følger, men også sociale og arbejdsmæssige) heraf?*

Der henvises til svar på spørgsmål 4 og E.

**Spørgsmål 18:**

*Retslægerådet har i sin besvarelse af spørgsmål 4 bl.a. anført følgende: ”...med det forbehold, at Retslægerådet ikke kan indestå for et udtømmende resumé, vil Retslægerådets skøn være, at begivenheden med ringe eller kun ubetydelig sandsynlighed har været selvstændig årsag til varige gener”.*

*I sagens bilag 30 og 31, henholdsvis ”ambulantnotat 31 10 2011” og ”psykologerklæring af 24.10.2011” er sagsøgers helbredstilstand senest beskrevet.*

*Retslægerådet anmodes herefter sammenfattende om at vurdere og redegøre for, i hvilket omfang Retslægerådet finder, at den selvstændige begivenhed den 8. juni 2008, hvor sagsøger på motorcykel påkørte en bil, har forårsaget sagsøgers nuværende helbredsmæssige tilstand og dermed funktionsnedsættelse, helt, delvist eller ikke.*

*Retslægerådet anmodes således om at fremkomme med sin vurdering af, i hvilket omfang Retslægerådet finder, at uheldet den 8. juni 2008 i sig selv har ført til nye og selvstændige varige gener, og i hvilket omfang disse nye og selvstændige varige gener i givet fald har forårsaget sagsøgers nuværende helbredsmæssige tilstand og dermed funktionsnedsættelse.*

*Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar og henvide til, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.*

De helbredsmæssige forhold, som er beskrevet i sagens bilag 30 og 31, kan ikke årsagsforklares ved hændelsen 08.06.08. De be-

skrevne symptomer og fund er uspecifikke i den forstand, at man ikke ud fra deres tilstedeværelse kan drage nogen konklusion vedrørende deres årsag.

**Spørgsmål 19:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.”

Sagen blev herefter på ny forelagt Retslægerådet med yderligere supplerende spørgsmål, der 30.11.12 blev besvaret således:

**”Spørgsmål L:**

*Ved besvarelse af spørgsmål A har Retslægerådet angivet, at det taler imod, at der ved uheldet skete en hjernerystelse, da der ikke er registreret tegn på hjernerystelse ved den umiddelbare undersøgelse i ambulancen og på hospitalet.*

*Retslægerådet bedes oplyse, hvad det almindelige commotio varsel er – hvad er gældende lægelige retningslinjer for den tidsmæssige udstrækning for observation for hjernerystelse?*

Spørgsmålet er generelt.

**Spørgsmål M:**

*A bad selv om at komme hjem og ikke forblive på hospitalet natten over, således at observationen kun udstrakte sig over nogle timer.*

*Er dette tidsrum, jfr. besvarelse af spørgsmål L, tilstrækkeligt til at udelukke, at A ved uheldet havde pådraget sig commotio?*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål A.

**Spørgsmål N:**

*Bl.a., men ikke kun, i anmeldelse af skaden til ulykkesforsikring udfyldt den 12. juni 2008 (bilag 2), er det om traumet oplyst, at A på motorcykel med stor kraft ramte modparten.*

*Det fremgår videre ”hovedet ramte bilens tag, så jeg fik hjernerystelse med opkast i 2 dage”.*

*Opkastninger fremgår også af journal fra egen læge fra dagen efter ulykken. Det fremgår også heraf, at der er kraftig hovedpine.*

*Er det Retslægerådet opfattelse, at traumet, som beskrevet med direkte hovedtraume, har været egnet til at forvolde hjernerystelse, og er de symptomer, som A havde, i hvert fald dagen efter ved undersøgelse hos egen læge med hovedpine og opkastninger forenelige med de gener, der ses efter hjernerystelse?*

*Har det for Retslægerådets svar nogen betydning, om A havde bevidsthedstab i forbindelse med ulykken, således som det bl.a. er angivet i journal fra Hovedpineklinikken.*

Beskrivelsen af begivenheden samt umiddelbare og senere symptomer er meget varierende; der er blandt andet oplysninger om bevidstløshed og det modsatte. Retslægerådet henviser til besvarelse af spørgsmål A og kan i øvrigt bemærke, at der foreligger ingen observationer fra lægeambulancen af bevidsthedspåvirkning, der er ikke noteret umiddelbare symptomer med relation til hovedet, og på hospitalet foretog man akut såkaldt traumescanning – blot ikke af hovedet. Det er efter Retslægerådets opfattelse vægtigt tegn på, at der ikke har været kliniske holdepunkter for hjernerystelse eller mistanke om anden intrakranielt tilskadekomst.

**Spørgsmål O:**

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål A fundet, at A ved uheldet pådrog sig et nakketraume – *distorsio columna cervicalis*, men angiver at denne lidelse ikke i egen læges journal fremtræder som tydelig konsultationsårsag efter oktober 2008.

Skal Retslægerådets svar forstås således, at Retslægerådet mener, at der efter oktober 2008 ikke længere har gjort sig følger af nakkeforvridningen gældende?

Hvis det efter bevisførelsen fastslås, at A i hele perioden, også efter oktober 2008, har haft nakkegener uden periode med symptomfrihed, hvilken betydning har det da for Retslægerådets vurdering af, hvorvidt disse gener skal henføres til ulykken?

Efter oktober 2008 ses nakkegener ikke som konsultationsårsag eller som argument for undersøgelse eller behandling. Hvis det skyldes, at generne har været forbigående, så er dette i god overensstemmelse med det forventelige, idet ni ud af ti personer med nakke-distorsion har forbigående symptomer, mens omkring 10 procent vil have persisterende gener.

**Spørgsmål P:**

Mener Retslægerådet, at A har kroniske smerter/kronisk smertesyndrom?

Selvom årsagen til kroniske smerter er ukendt, herunder hvorfor nogle udvikler det, og at det antages, foruden at skyldes en fysisk skade, også er betinget af psyko-sociale og kulturelle forhold, bedes Retslægerådet oplyse, om kronisk smertesyndrom ofte ses hos patienter der lider af hovedpine og nakke-

smerter efter en nakke-distorsion (*whiplash-syndrom*)?

Taler forholdene i sagen mest for eller mest imod en sammenhæng mellem A smertekompleks og skade/smerter opstået ved uheldet.

Besvarelsen bedes begrundet.

Ifølge bilag 30 har man ved psykiatrisk undersøgelse i 2011 konstateret såkaldt somatiseringstilstand, hvilket er psykiatriens ækvivalent til det kroniske smertesyndrom. Kronisk smertesyndrom er ikke almindeligt hos hovedpinepatienter, men hovedpine er en almindelig del af syndromindholdet ved det kroniske smertesyndrom, som i øvrigt sjældent ses i efterforløbet af nakke-distorsion (cirka 10 procent).

**Spørgsmål Q:**

A lider af kognitive problemer – hukommelses- og koncentrationsbesvær samt psykisk påvirkning.

Ses sådanne gener ofte efter følger af hjernerystelse (*postkommotionelt syndrom*)?

Er der også tale om gener og følger der ses ved *whiplashlæsion/whiplashsyndrom*, om end ikke som en direkte følge, men sekundært til en smertetilstand?

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der taler for, og hvad der taler imod, at de kognitive gener er sekundært til en smertetilstand efter ulykken af 8. juni 2008.

Besvarelsen bedes begrundet.

Efter et år vil 10-15 procent af patienter med følgevirkninger efter hjernerystelse have udviklet et postcommotionelt syndrom, hvori

ofte indgår kognitive symptomer. Men man kan vanskeligt tale om postkommotionelt syndrom i fravær af hjernerystelse og subjektiv kognitiv svækkelse er et almindeligt ledsagefænomen ved smertetilstande.

**Spørgsmål R:**

*Er der efter den 8. juni 2008 tilstået andre uheld, traumer eller sygdomme, der er opstået uafhængig af ulykken den 8. juni 2008, og som mere sandsynligt end ulykken er årsag til sagsøgers gener?*

*Besvarelsen bedes begrundet.*

Sagsøgers gener udgør en bred vifte af helbredsmæssige problemer, som i vid udstrækning kan formodes at have multifaktoriel årsag, og som ikke kan forklares ud fra begivenheden 08.06.08”.

Byretten afsagde dom i sagen den 31. maj 2013 og af præmisserne fremgår blandt andet følgende:

”Ved sagens afgørelse lægges til grund, at sagsøger den 8. juni 2008 var ude for et færdselsuheld under kørsel på motorcykel, idet motorcyklen stødte sammen med en hos sagsøgte forsikret bil, og at sagsøgte har anerkendt erstatningspligten, idet anerkendelsen dog alene gælder tab, der er en kausal og adækvat følge af uheldet. Det lægges videre til grund, at sagsøger umiddelbart efter uheldet blev bragt til X Sygehus, hvor han blev indlagt kl. 13.35, men samme aften kl. 19.30 udskrev sig selv mod givet råd.

Det lægges endvidere til grund, at sagsøger efter færdselsuheldet genoptog arbejdet, men at han var ude af stand til at bestride det arbejde han havde haft som ...chef umiddelbart

forud for uheldet, og at han blev flyttet til en stilling som .....chef, jf. skrivelse af 1. februar 2009, hvilket arbejde han imidlertid heller ikke kunne bestride, hvorefter han den 28. maj 2009 blev opsagt fra arbejdet med fratreden den 30. november 2009.

Det lægges til grund, at sagsøger mange år før det omhandlede uheld, i 1995 eller 1996, var udsat for et voldeligt overgreb under et ferieophold på ....., og at han i 2007 var udsat for en fibersprængning i ryggen og i 2008 på et tidspunkt efter færdselsuheldet var udsat for en faldulykke, som intet havde med færdselsuheldet at gøre.

Efter de af Arbejdsskadestyrelsen og Retslægerådet afgivne erklæringer, kan det konstateres, at der ikke er enighed i afgørelsen af, hvorvidt der er årsagsforbindelse mellem sagsøgers nuværende tilstand og det skete (færdsels) uheld. Efter de af Retslægerådet afgivne erklæringer, herunder især besvarelsen af spørgsmålene 4, E, og 18 lægges til grund, at uheldet den 8. juni 2008 med ringe eller kun ubetydelig sandsynlighed har været selvstændig årsag til varige gener. Det bemærkes, at retten finder, at forskellen i Retslægerådets og Arbejdsskadestyrelsens vurdering af årsagssammenhængen hovedsageligt angår spørgsmålet af lægefaglig karakter, hvor den af Retslægerådet foretagne vurdering, i henhold til retspraksis, jf. bl.a. Højesterets udtalelse i dommen i UFR 2012 2637 H, lægges til grund. Herefter findes sagsøger ikke at have løftet bevisbyrden for, at der er helt eller delvis årsagssammenhæng mellem uheldet den 8. juni 2008 og sagsøgers helbreds- og arbejdsmæssige tilstand.

Det lægges videre til grund, at Arbejdsskadestyrelsen på baggrund af den af Retslægerådet

foretagne vurdering af årsagssammenhængen har udtalt, at det varige mén fastsættes til mindre end 5 % og det varige erhvervsevnetab til mindre end 15 %.

Idet det af sagsøger anførte om, at sagsøgte ved anerkendelse af skaden og udbetaling af 10 % varigt mén uden forbehold, har afgivet en bindende erklæring om at ville anerkende skadens påvirkning af sagsøgers helbredstilstand, og sagsøgers beskrivelse af sin tilstand på uheldsdagen efter udskrivningen fra hospitalet, ikke findes at kunne føre til et andet resultat, findes sagsøger i henhold til det i de ovenstående afsnit anførte, ikke at have krav på yderligere betaling fra sagsøgte, hvorfor sagsøgte frifindes for det af sagsøger under denne sag fremsatte krav.”

**Kommentar:**

Retten fandt det ikke godtgjort, at der var helt eller delvist årsagssammenhæng mellem uheldet den 08.06.08 og skadelidtes helbreds- og arbejdsmæssige tilstand, og som det fremgår, lagde retten i overensstemmelse med retspraksis Retslægerådets skøn til grund for sin afgørelse. Denne praksis stiller store krav til Retslægerådets sagkyndige, og rådet tilstræber da også at anvende den højeste fagkundskab inden for lægevidenskabens mange specialer, subspecialer, ekspertområder m.v.

Andre har imidlertid også et ansvar for, at Retslægerådet fungerer optimalt – nemlig sagens parter, der formulerer de spørgetemaer, som er godkendt af retten, Retslægerådet besvarer i civile sager. Rådet har flere gange tidligere gennemgået de krav, der må stilles til spørgsmål, der fremsendes til Retslægerådet (se for eksempel årsberetningerne 2008, s. 19 ff., 2009, s. 37 ff. og 2010 s. 7 ff.) og påpeget, at for eksempel ukonkrete spørgsmål eller overflødige spørgsmål medfører ressource-spild, lang sagsbehandlingstid samt en unødvendig belastning af rådets sagkyndige, som med rette kan føle, at de spilder tiden med at besvare sådanne spørgsmål. Dette kan i yderste konsekvens medføre, at det kan blive vanskeligt for rådet at formå de bedste eksperter til at deltage i Retslægerådets arbejde.

I den her refererede sag blev der stillet (for) mange spørgsmål, hvoraf adskillige var ukonkrete, hypotetiske eller allerede tidligere besvaret. Retslægerådet skal derfor igen henstille til sagens parter og domstolene, at de ikke blot skyder med spredehagl, men nøje overvejer udformningen af spørgsmålene og herunder sikrer at disse – med en formulering fra Betænkning om Retslægerådet (Betænkning nr.1196 om Retslægerådet) og nærmere beskrevet s. 24 ff. i denne årsberetning – er konkrete, klare, neutrale, relevante samt omfattet af rådets sagkundskab.

**Referat fra Retslægerådets temamøde om anvendelse af video- og observationsmateriale i sager der forelægges Retslægerådet tirsdag den 8. oktober 2013 kl. 13.00 på Rigshospitalet.**

I mødet deltog indlægsholderne:

Retslægerådets formand professor, dr. med. Bent Ottesen

Landsdommer Dorthe Wiisbye, Østre Landsret

Advokat Christina Neugebauer

Overlæge, dr. med. Jan Pødenphant

Sekretariatsleder Henning Hansen

Derudover deltog et antal dommere og advokater, repræsentanter fra Arbejdsskadestyrelsen nuværende og tidligere medlemmer af Retslægerådet, et antal af rådets sagkyndige samt medarbejdere fra rådets sekretariat.

**Baggrund for temamødet**

Erstatningssager, herunder forsikringsselskabers prøvelse af erstatningskrav fra skadelidte personer, udgør en stadig større andel af de sager, som forelægges for Retslægerådet. Over en periode er der konstateret en stigning i antallet af sager, hvor rådet på baggrund af indsendt videoobservationsmateriale af en skadelidt person anmodes om at tage stilling til, hvorvidt den skadelidtes subjektive beskrivelse af sin tilstand ud fra et lægefagligt synspunkt skønnes at stemme overens med objektivt konstaterbare forhold. Temamødet skulle bidrage til at belyse forskellige synspunkter og deres betydning for tilgangen til emnet ved votering for Retslægerådet.

Professor Bent Ottesen bød velkommen til temamødet og redegjorde for baggrunden. En

gennemgang af eksempler på fremsendt materiale og dertil stillede spørgsmål vidner om den store diversitet i anvendelsen af videoobservationsmateriale, og dette afspejlede sig tidligt i rådets stillingtagen, idet besvarelserne i nogle tilfælde har forholdt sig eksplicit til videoptagelsen, mens man i andre tilfælde alene har overladt det til parterne at tolke det observerede. Rådet har ikke fra starten lagt sig fast på en entydig tilgang til videoobservationsmaterialet, men har i takt med vurderingen af det stigende antal sager med den type materiale draget den foreløbige konklusion, at ”det ikke kan udelukkes, at videoobservationsmateriale kan indgå i rådets vurderingsgrundlag”. Parallelt hermed er der defineret en foreløbig ramme for en meningsfyldt og praktisk mulig anvendelse af videoobservationer til vurdering af spørgsmål af lægefaglig karakter.

Der skal være tale om en præcist defineret videosekvens af begrænset varighed med en klart identificeret person, hvor der konkret spørges til en præcist påpeget bevægelse eller aktivitet i situationen. Selv med en veldefineret videosekvens er der mange ubekendte faktorer vedrørende tid og sted, subjektiv oplevelse, eventuelle (oplevelser af) følgevirkninger af aktiviteten, eventuelt medicinforbrug, hyppighed af lignende aktiviteter etc. Spørgsmålene skal være konkrete og relevante, og Bent Ottesen stillede i den forbindelse spørgsmål ved relevansen af den lægefaglige vurdering i sager med eksempelvis en helt åbenlys mangel på sammenhæng mellem det rapporterede og det observerede.

Landsdommer Dorthe Wiisbye slog indledningsvis fast, at indlægget ikke repræsenterede en samlet holdning fra domstolene til spørgsmålet om anvendelse af videoobservationsmateriale i bevisførelsen, herunder i en eventuel forelæggelse for Retslægerådet, idet domstolene er uafhængige. I rettens stillingtagen til fremlæggelsen af videoobservationsmateriale under sagen skelnes der mellem bevisførelse i straffesager om uretmæssigt opnåede erstatningsudbetalinger (forsikringssvindel), hvor der typisk skal sandsynliggøres et forsæt om at overdrive skadevirkninger af en begivenhed samt en forståelse for konsekvensen af dette, og civile sager, hvor den skadelidte f.eks. skal løfte bevisbyrden for graden af gener og årsagssammenhængen med en begivenhed. Brugen af videoobservationer er steget i takt med, at forsikringsudbetalinger afhænger af diagnoser, som hviler på den skadelidtes egen forklaring og kun i begrænset omfang er objektivt konstaterbare. Retten til et privatliv og princippet om fair rettergang, herunder anvendelse af bevismateriale indhentet i strid med de nævnte rettighe-

der, kolliderer i nogen grad hensynet til bevisførelsen, og rettens afvejning af disse hensyn sker fra sag til sag. Hensynet til samfundsinteresser og almenvellet vejer tungere i straffesager end i civile sager, hvorfor ulovligt indhentet materiale, f. eks. på privat grund og uden samtykke, ofte kan tillades fremlagt i straffesager under hensyntagen til forsvarets mulighed for at anfægte og supplere bevisførelsen. I civile sager kan overvågningsmateriale fremlægges efter rettens vurdering og under hensyntagen til blandt andet modpartens mulighed for at stille spørgsmål til materialet. Dorthe Wiisbye gennemgik eksempler på fremlæggelse af videoobservationsmateriale i sager, som også typisk forelægges for Retslægerådet. Eksemplerne illustrerer, at videoobservationer optaget uden samtykke undertiden tillades fremlagt trods påberåbelse af krænkelse af privatlivets fred, og at disse videoobservationer indgår som en del af bevisførelsen på lige fod med øvrigt materiale, herunder Retslægerådets udtalelser. Spørgsmålet om bevisets vægt ved afgørelsen af sagen beror på rettens frie, samlede bevisbedømmelse. På et spørgsmål om, hvorvidt det er lovligt at videooptage personer på gaden, svarede Dorthe Wiisbye, at der ikke findes et generelt forbud mod optagelse af video på offentlig gade, hvilket principielt kan sammenlignes med øjenvidneforklaringer, men at særegen krænkelse kan forekomme under visse omstændigheder. Beskyttelsen af privatlivet er større i eget hus. På et spørgsmål om, hvordan der tages højde for forskellen på en persons generelle tilstand og et øjebliksbillede, svarede Dorthe Wiisbye, at der efter parternes initiativ og tilrettelæggelse af processen kan inddrages vidneforklaringer og øvrige oplysninger vedrørende medicinforbrug etc., samt at enhver konklusion ledsages af sine præmisser. Arbejdsskadestyrelsen (NN) bemærkede, at

øjebliksbilleder er et uklart bedømmelsesgrundlag. Et spørgsmål fra Bent Ottesen om, hvorvidt retten vurderer videoobservationsmateriale før eller efter en forelæggelse for Retslægerådet, gav anledning til en diskussion om kvalificering af bevismateriale, herunder placeringen af ansvaret for, at fremsendt materiale lever op til Retslægerådets generelle krav til forelæggelser for rådet. Christina Neugebauer kom ind på spørgsmålet om fremskudt bevisførelse til belysning af materialet før forelæggelsen for Retslægerådet, og Dorthe Wiisbye bemærkede, at Retslægerådet kunne udfærdige en liste over krav til specifikation af videoobservationsmateriale.

Advokat Christina Neugebauer redegjorde for baggrunden for forsikringssekskabernes anvendelse af videoobservationsmateriale. Der svindles i forsikringsager for milliardbeløb hvert år, og videoovervågningen skal medvirke til at nedbringe antallet af sager, hvor der udbetales erstatninger uretmæssigt. Overvågningen har desuden et præventivt formål. Forsikringssekskaberne efterforsker sager efter et vedtaget kodeks, og kun i et fåtal af sager med en særlig bestyrket mistanke om svindel, hvor øvrige metoder ikke kan belyse sagen tilstrækkeligt, iværksættes overvågning. Overvågning er omkostningstung og benyttes i meget få sager med et atypisk forløb, en ringe eller ingen påvirkning eller ved henvendelse fra ”seriøse vidner”. Foruden overvågning kan der indhentes oplysninger via de sociale medier. Overvågning tilrettelægges på en måde, så tredjemand kan få et fyldestgørende generelt billede af den skadelidtes tilstand, og for at imødegå problemstillingen vedrørende ufuldstændige øjebliksbilleder anmodes den skadelidte gentagne gange om at gøre rede for tilstanden, eventuelt samtidig med at der udarbejdes ny speciallægeerklæring og foretages

yderligere overvågning. I de tilfælde, hvor der ønskes en lægefaglig vurdering fra Retslægerådet af videoobservationer, som åbenlyst er i modstrid med skadelidtes forklaring, er baggrunden den, at Retslægerådets uafhængige udtalelser tillægges overordentlig stor vægt ved rettens afgørelse af sagens lægefaglige spørgsmål. Dorthe Wiisbye tilføjede, at en videoobservation, som ikke har været forelagt for Retslægerådet, kan komme til at stå i modsætning til rådets udtalelse afgivet på øvrige tilgængelige oplysninger i den samme sag, hvorefter der opstår en meget uhensigtsmæssig situation. Henning Hansen bemærkede, at det er op til retten at vurdere bevismaterialet, herunder en afvejning af Retslægerådets lægefaglige skøn over for en åbenlys iagttagelse af en persons færden. Derpå fulgte en diskussion om, hvorvidt den lægefaglige vurdering er nødvendig og relevant, samt hvilket materiale Retslægerådet kan og bør påtage sig at vurdere. Fra advokatside blev det blandt andet påpeget, at Retslægerådet i princippet bør forholde sig til det materiale, som retten tillader forelagt, idet det i civilretten er parterne, som tilrettelægger sagerne. Fra Retslægerådets side blev der stillet spørgsmålstegn ved det rimelige i, at rådets sagkyndige i nogle tilfælde er blevet præsenteret for timelange videoptagelser af personer, hvis forklaringer er blevet draget i tvivl. Sådant materiale er for ufokuseret og kan ikke indgå i en lægefaglig vurdering af et konkret og præcist formuleret spørgsmål. Fra advokatside medgik man, at parternes advokater under tilrettelæggelsen af sagerne skal kvalificere materialet og spørgsmålene til forelæggelsen for Retslægerådet. Christina Neugebauer efterlyste retningslinjer eller en vejledning fra Retslægerådet, eventuelt i rådets årsberetning, til brug for kvalificeringen af den del af bevismaterialet, som udgøres af video-

observationer. Dorthe Wiisbye bemærkede, at videoobservationsmateriale kan sammenlignes med en klinisk undersøgelse, og henledte atter opmærksomheden på, at Retslægerådets uafhængige status uden direkte patientkontakt er adfærdsregulerende og normskabende. Christina Neugebauer konkluderede herefter, at parterne i videst mulige omfang ønsker rådets stillingtagen til alt fremlagt materiale, herunder i de tilfælde, hvor den lægefaglige vurdering virker selvindlysende, idet rådets udtalelser har så stor vægt ved rettens afgørelse af lægefaglige spørgsmål.

Overlæge Jan Pødenphant, reumatologisk sagkyndig for Retslægerådet med speciale i whiplash, redegjorde for den sagkyndige læges synspunkt på anvendelse af videoobservationsmateriale ved votering i forelagte sager. Jan Pødenphant understregede, at en læge i praksis som udgangspunkt tror på patienten og lægger vægt på patientens udsagn. I egenkab af sagkyndig for Retslægerådet skal lægen vurdere sager, hvor der er tvivl om patientens udsagn, og lægen må derfor tilsidesætte det grundlæggende princip om at lytte til patienten. I sager om årsagssammenhæng mellem en skade og rapporterede gener vil det lægelige materiale ofte være fremkommet på grundlag af subjektive klager, og videoobservationen er i nogle tilfælde det eneste objektive materiale i sagen. Det kan diskuteres, om en lægefaglig vurdering er nødvendig i de tilfælde, hvor der er et åbenlyst misforhold mellem de klager, som loyalt er gengivet i speciallægeerklæringer, og de observationer, som er foretaget uden den skadelidtes viden. Dertil kan det påpeges, at faglige vurderinger foretaget af læger i givet fald bør anfægtes af læger for at opnå den fornødne troværdighed, et synspunkt, som også bifaldes af advokaterne. Der er dog en række forbehold

ved brugen af videoobservationer, idet smertetilstande varierer over tid afhængigt af den observeredes sindstilstand, og observationen kan være foretaget på en god dag blandt mange dårlige. Jan Pødenphant berørte også de etiske spørgsmål i forbindelse med videoovervågning, herunder den eskalerende overvågning i samfundet generelt, hensynet til privatlivet og manglende erkendelse af rækkevidden af de sociale mediers informationsmængde. Hvad angår Retslægerådets holdning til inddragelse af videoobservationsmateriale i rådets sagsbehandling, mente Jan Pødenphant, at materialet bør inddrages i vurderingen med forsigtighed og de forbehold, der gør sig gældende. Rådet har et ansvar, og observationerne er nogle gange det eneste objektive materiale i en given sag. Peter Thiis Knudsen supplerede med en retsmedicinsk vinkel på spørgsmålet, idet retsmedicineren trods direkte kontakt observerer og vurderer uafhængigt af patientens egne udsagn. Andre bemærkninger vedrørte øvrige aspekter af lægens forhold til patienten og forskellen på simulanter, hysterikere og indbildt syge.

Henning Hansen slog fast, at Retslægerådets formål er at afgive lægevidenskabelige skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Dette forudsætter, at der stilles konkrete og klare spørgsmål til rådet, og at domstolene og sagens parter tilrettelægger sagerne på en måde, så rådet kan opfylde sit formål om at afgive lægevidenskabelige skøn på grundlag af et konkret afgrænset og præcist defineret relevant lægefagligt materiale. Henning Hansen henviste til Østre Landsrets kendelse af 2. maj 2013, hvoraf det fremgår, at spørgsmål, hvis vurdering ikke er omfattet af rådets kompetence, f.eks. spørgsmål om erhvervsevnetab samt ukonkrete og generelle spørgsmål om funktionsevne ikke

kan forelægges for Retslægerådet. Henning Hansen efterspurgte desuden en forudgående afgrænsning og kvalificering af det videomateriale, som forelægges for Retslægerådet, samt en afklaring af hvordan den lægevidenskabelige relevans defineres, hvis videomaterialet ikke vurderes af retten før forelæggelsen. Dorthe Wiisbye bemærkede, at spørgsmålene omfattes af kravet til parterne om kvalificering og fokusering af bevisførelsen.

Af de afsluttende kommentarer fremgik det, at Retslægerådets kompetence er efterspurgt og højt værdsat. Alternative bevisførelser ville ikke være af samme høje kvalitet, samtidig med at udgifterne ville være mange gange højere. Bent Ottesen kunne afslutningsvis bemærke, at en afgift for forelæggelse for Retslægerådet er under overvejelse i Justitsministeriet.

#### **Kommentar:**

Det har tidligere været således, at rådets lægelige skøn alene blev foretaget på baggrund af de i sagen foreliggende skriftlige lægelige akter samt det foreliggende billeddiagnostiske materiale, men i de senere par år har udviklingen i sagernes karakter medført, at der nu i stigende omfang forelægges video- og observationsmateriale i de enkelte sager til brug for de sagkyndiges vurderinger ved besvarelsen af de stillede spørgsmål.

Det har naturligvis givet rådet anledning til at overveje, hvorvidt video- og observationsmateriale overhovedet kan danne baggrund for afgivelse af et egentligt lægeligt skøn og i bekræftende fald overveje, hvilke krav og betingelser, der bør stilles til et sådant materiale, der dels ses fremskaffet under mange forskellige omstændigheder, og samtidig i muligt omfang skal anvendes som bevis i ver-

serende retssager. Der er fri bevisvurdering i de sager, der forelægges rådet til udtalelse, og det er således op til retten at vurdere, i hvilket omfang og med hvilken vægt videomaterialet kan/skal indgå i rettens samlede bevisvurdering.

Retslægerådets opgave er alene at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og det sker på baggrund af det materiale, som sagens parter med rettens godkendelse fremsender til rådet.

De spørgsmål, som stilles til rådet, skal derfor vedrøre konkrete sager, og spørgsmålene skal være konkrete, klart defineret, neutrale, relevante og omfattet af rådets sagkundskab (se nærmere denne årsberetning s. 24 ff.). Det faktiske grundlag bør så vidt muligt være entydigt fastlagt, når rådet på baggrund af de lægelige akter skal afgive et kvalificeret lægeligt skøn.

Retslægerådet har på baggrund af drøftelserne omkring anvendelsen af videomateriale i de enkelte sager besluttet at stille nøjagtig de samme krav, som der stilles til udformningen af de spørgsmål, der stilles til rådet, til det video- og observationsmateriale, der forelægges rådet i de enkelte sager. Det betyder, at der ved forelæggelsen af sagen skal være tale om konkrete, præcise og klart definerede videosekvenser, der sammen med det foreliggende spørgetema giver Retslægerådet mulighed for på et entydigt fastlagt faktisk grundlag at afgive et kvalificeret lægeligt skøn.

Retslægerådet har endvidere på adskillige temamøder i årets løb givet udtryk for, at i det omfang en nærmere konkretiseret videooptagelse, sammen med det i sagen øvrige fore-

liggende lægelige materiale, kan understøtte en lægefaglig vurdering, kan det ikke udelukkes, at videomaterialet kan indgå i Retslægerådets vurderingsgrundlag.

## **Referat fra Retslægerådets temamøde om PTSD og belastningsreaktioner tirsdag den 7. november 2013 kl. 13.00 på Rigshospitalet.**

I mødet deltog indlægsholderne:

Retslægerådets formand professor, dr. med. Bent Ottesen (velkomst)

Retslægerådets næstformand, klinikchef, ph.d. Mette Brandt-Christen (velkomst)

Medlem af Retslægerådet, overlæge, dr. med. Henrik Steen Andersen

Professor Jens Peter Bonde, arbejdsmedicinsk klinik Bispebjerg Hospital

Professor Ask Elklit, Videnscenter for psykotraumatologi på SDU

Faglig chef Pernille Hershøj og psykiatrisk speciallægekonsulent Jørn Thykjær Mogensen, Arbejdsskadestyrelsen

Derudover deltog et antal dommere og advokater, nuværende og tidligere medlemmer af Retslægerådet, et antal af rådets sagkyndige samt medarbejdere fra rådets sekretariat og øvrige institutioner.

### **Baggrund for temamødet**

PTSD er p.t. den eneste psykiatriske sygdom på Arbejdsskadestyrelsens liste over erstatningsberettigede erhvervssygdomme. Det er en alvorlig og ofte invaliderende lidelse, hvor berettigelsen af ”varighedskriteriet” på 6 måneder for symptomstart i stigende grad debatteres. I takt med ny viden og bedre behandlingsmuligheder er psykiatere og psykologer begyndt at operere med begrebet ”forsinket PTSD” med symptomstart mere end 6 måneder efter den traumatiske begivenhed. Den samme udvikling er ikke set i forsikringsmæssig sammenhæng, ligesom Retslægerådet i det store og hele også har fastholdt varighedskriteriet på 6 måneder for den lægelige diagnose PTSD. På mødet blev den nyeste viden om forskning i diagnostik og behandling af PTSD præsenteret, ligesom Arbejdsskadestyrelsens overvejelser om den forsikringsmedicinske vinkel blev fremlagt.

Klinikchef Mette Brandt-Christensen bød velkommen til temamødet og redegjorde for baggrunden, herunder de to forskellige diagnosesystemer ICD og DSM og forskellen på den kliniske og den forsikringsmedicinske vinkel på spørgsmålet om diagnosticering af PTSD. Professor Bent Ottesen tilføjede, at håndteringen af spørgsmål fra domstolene vedrørende PTSD drøftes løbende, samt at PTSD-diagnosen giver anledning til interne drøftelser i rådet.

Overlæge Henrik Steen Andersen beskrev ganske kort PTSD som en/et exceptionel(t) traume/belastning, som inden (for) 6 måneder forårsager symptomer inden for 3 grupper: genoplevelse, undgåelse og arousal/anspændthed. Henrik Steen Andersen konstaterede, at en forskel på civil og militær PTSD har indflydelse på diagnosens betyd-

ning i forsikrings- og arbejdsskadesager. To diagnosesystemer, begge med komplekse kriterier for tilstedeværelsen af et eller flere beskrevne symptomer i forskellige kombinationer, anvendes i diagnosticeringen af PTSD. Forskningen i PTSD foregår hovedsagelig på grundlag af det amerikanske DSM-system, som indeholder flere symptomer og fortolkningsmuligheder end det mere restriktive ICD-system beskrevet af WHO. DSM-systemet åbner mulighed for at diagnosticere 'forsinket PTSD', hvilket finder anvendelse i det kliniske arbejde med patienterne, men hidtil ikke har været anerkendt i arbejdsskade- og forsikringsammenhæng. Eksistensen af forsinket PTSD diskuteres fortsat, herunder hvorvidt tidlige enkeltsymptomer, 'partiel PTSD', kan understøtte en diagnosticering af PTSD senere end 6 måneder efter påvirkningen. Forsinket PTSD er sjælden, hvis der ikke forud for udviklingen af denne er forekommet tidlige enkeltsymptomer. Militær PTSD adskiller sig ved en markant højere forekomst af tilfælde af forsinket PTSD med tidlige symptomer (38 %) blandt soldater end blandt civile (15 %), hvor diagnosen i højere grad kan stilles inden for 6 måneder svarende til ICD-systemets kriterier, som overvejende anvendes i erstatningssagerne. Det betyder, at der på grund af en restriktiv fortolkning af tidsperspektivet i diagnosticeringen af PTSD findes en betragtelig restgruppe af soldater med PTSD, som ikke opfylder de hidtidige kriterier for anerkendelse af deres PTSD-symptomer som en erhvervs sygdom. Henrik Steen Andersen gennemgik undersøgelser af begivenheders og øvrige omstændigheders indflydelse på udviklingen af PTSD, herunder mulige forklaringer på forskellen på militær og civil PTSD. Det har betydning, i hvilken grad man er forberedt på voldsomme hændelser, samt i hvilken grad hændelser kan opfattes som be-

vidst rettet mod ens person. Helt uventede hændelser har umiddelbart en stor effekt på helt uforberedte personer. Soldater, som er forberedt og uddannet til at håndtere voldsomme hændelser og har valgt det selv, er mere modstandsdygtige i første omgang, men for nogle kan det oplevede påvirke så stærkt, at PTSD'en forsinkes, men udvikles alligevel. Når Retslægerådet skal vurdere spørgsmål vedrørende PTSD, vurderes det oplevede i kombination med øvrige faktorer, herunder personlighed og personens nuværende og tidligere tilstand. Kvaliteten af Retslægerådets udtalelser er afhængig af de forhåndenværende faktuelle oplysninger som tid, sted og en præcis beskrivelse af udløsende traume og symptomer, som ikke blot er en opremsning af diagnosekriterier. Hertil kommer en troværdig beskrivelse af oplysninger om forudgående psykisk tilstand, for eksempel journal fra egen læge. Retslægerådet anlægger generelt en konservativ linje med udgangspunkt i de mere restriktive ICD-kriterier, men Henrik Steen Andersen understregede, at de sager, som forelægges for Retslægerådet, er et fåtal af uklare, kontroversielle sager, hvor traumet og symptombilledet er uklart og "let" og kan forveksles med for eksempel en depressiv tilstand. På et spørgsmål om, hvorvidt en patient kan anmode om en udtalelse fra Retslægerådet, svarede Henrik Steen Andersen, at parterne, når retten er inddraget, kan anmode om en vurdering. Sagerne kommer oftest til Retslægerådet langt henne i deres forløb, og rådet har derfor meget sjældent interesse i at indhente en aktuel speciallægeerklæring. På et spørgsmål om, hvad der kendetegner en god eller en dårlig speciallægeerklæring, svarede Henrik Steen Andersen og Mette Brandt-Christensen samstemmende, at en god speciallægeerklæring beskriver symptomer og giver eksempler, mens en dårlig erklæring op-

remser symptomer hentet fra diagnosesystemet. Fra advokatside blev det bemærket, at Retslægerådets udtalelser tillægges meget stor betydning, og fra Arbejdsskadestyrelsen bemærkede man, at andre tilstande end PTSD kan anerkendes som arbejdsskade. Fra dommerside blev det bemærket, at PTSD forekommer at være en ny 'modediagnose'. Det gav anledning til en diskussion om det, som Henrik Steen Andersen kaldte de stressrelaterede 'kamæleon-syndromer' som for eksempel whiplash, postkommotionelt syndrom, fibromyalgi, PTSD m. fl., som kan være vanskelige at adskille, og hvis eksistens indimellem drages i tvivl, men som har stor betydning for den enkelte og for samfundet i form af udgifter til behandling og tabt arbejdsfortjeneste.

Professor Jens Peter Bonde forsker i arbejdsmedicin og har på foranledning af blandt andre Forsvarsministeriet og Arbejdsskadestyrelsen medvirket til udarbejdelsen af en nyligt udgivet rapport baseret på en undersøgelse af forsinket PTSD. Undersøgelsen blev foretaget af en arbejdsgruppe med forskellige specialer og to eksterne bedømmere, herunder en med et meget kritisk syn på PTSD og en med et 'positivt' syn på PTSD, og opgaven var at afdække, om PTSD kan opstå med forsinkelse, og i så fald med hvor lang forsinkelse - med brosymptomer eller pludseligt - og eventuelt afhængigt af population og traume. Spørgsmålets karakter gav ikke mulighed for at gennemføre randomiserede undersøgelser, som giver største evidens, og forskergruppen foretog ikke egne undersøgelser, men foretog systematisk litteraturgennemgang og metaanalyser over undersøgelser. Et påfaldende fund var, at der blandt soldater ikke var en høj forekomst af PTSD, men at forsinket PTSD forekom betydeligt hyppigere og for eksempel

udgjorde knap 40 % af samtlige PTSD-tilfælde i militære undersøgelser. Blandt andre professionelle grupper var der ligeledes en forholdsvis høj andel af forsinket PTSD blandt de PTSD-diagnosticerede. Studier viser, at der er nogen evidens for, at der ved forsinket PTSD er enkeltsymptomer til stede fra starten - eller omvendt at de, der har symptomer svarende til delsymptomer (subkliniske brosymptomer) på PTSD, har en forhøjet risiko for at udvikle PTSD senere. Jens Peter Bonde tilføjede, at der ikke er data til at belyse, hvor lang tid der går, men at de fleste undersøgelser peger på en periode på 2-3 år. Jo længere tid, der går, jo større er sandsynligheden for, at øvrige forhold spiller ind. Undersøgelserne er ikke kontrollerede, og uspecifikke symptomer er almindelige af mange årsager. Fundene baserer sig på spørgeskemaundersøgelser, som er under dokumenteret stor indflydelse af, hvordan introduktionen til skemaerne er formuleret. Den kritiske eksterne bedømmer, professor Simon Wessely, har påpeget problemet med 'wish-bias' - at forskere finder det, de leder efter. Jens Peter Bonde sluttede af med at opsummere, at der foreligger en moderat evidens for, at PTSD kan udvikles efter 6 måneder, men at der skal have været tegn på det forinden. PTSD udviklet senere - efter flere år - må skyldes andre forhold.

Professor Ask Elklit introducerede en klinisk psykologisk vinkel på PTSD og påpegede, at der findes en afgørende forskel på DSM-systemets og ICD-systemets definition af stressorkriterier. ICD-systemet opererer ifølge Ask Elklit med normative stressorkriterier, hvorimod det i DSM-systemet er den subjektive oplevelse af en belastende oplevelse, der afgør, hvorvidt der er tale om en PTSD-udløsende stressor. Det er den subjektive op-

levelse, som genererer de efterfølgende symptomer, som kan kortlægges ved hjælp af baggrund for traumet, selve traumet, tiden lige efter traumet og personens fortolkninger af traumet. Der findes ikke én konkret model for beskrivelsen af PTSD, idet det er den enkeltes fortolkning, som har betydning for udviklingen af symptomer. Derfor er DSM-kriterierne, som defineres ved hjælp af den subjektive oplevelse af en stressor, at foretrække frem for ICD-systemets normative stressorkriterier. Med udgangspunkt i nyere dansk forskning beskrev Ask Elklit en undersøgelse af PTSD blandt ofre for overgreb, der viser en stor sårbarhed blandt ofrene – også før overgrebet, hvad der understreger sammenhængen mellem personens forudgående psykiske beskaffenhed og sandsynligheden for at udvikle PTSD på baggrund af en traumatisk oplevelse.

Faglig chef Pernille Hershøj og psykiatrisk speciallægekonsulent Jørn Thykjær Mogensen redegjorde på Arbejdsskadestyrelsens vegne for PTSD i forsikringsmedicinsk sammenhæng. Arbejdsskadestyrelsen behandler arbejdsskadesager, erhvervssygdomme, arbejdsulykker samt private erstatningssager, ulykkesforsikringsager, ansøgninger om rettelse til ekstra SU, arbejdsløshedsforsikringsager mv. En anmeldt arbejdsskade afvises eller anerkendes, hvorefter der i anerkendte sager tages stilling til mén, erhvervsevnetab og eventuelle behandlingsudgifter. Arbejdsskader fordeler sig på ulykker og erhvervssygdomme. Ulykker defineres som personskade forårsaget af en hændelse eller en påvirkning, der sker pludseligt eller inden for 5 dage. Erhvervssygdomme findes på en defineret fortegnelse over erhvervssygdomme. Lidelser, som ikke findes på fortegnelsen, kan

efter Arbejdsskadestyrelsens vurdering forelægges for Erhvervssygdomsudvalget. PTSD i ulykkesager, herunder i arbejdsskadesager og private erstatningssager, vurderes efter et sæt kriterier, som udgør et samlet bedømmelsesgrundlag. I disse sager er det ikke et krav, at diagnosen PTSD er stillet. Sagerne vurderes af Arbejdsskadestyrelsen ud fra traumets karakter og egnethed til at give varigt psykisk mén, tidsmæssig og medicinsk sammenhæng, brosymptomer, øvrige/konkurrerende gener samt en psykiatrisk speciallægeerklæring. Skal PTSD anerkendes som en erhvervssygdom, skal der foreligge en diagnose som svarer til erhvervssygdomsfortegnelsens definition på PTSD under fortegnelsens gruppe F, psykisk sygdom. Det kræver, at symptomer på sygdommen opstår inden for 6 måneder efter belastningens ophør, samt at sygdommen er fuldt til stede inden for få år. Tidligere var det et krav, at sygdommen skulle være fuldt til stede og diagnosen stillet inden for 6 måneder efter belastningens ophør. Påvirkningen skal ifølge fortegnelsen være en traumatisk situation eller begivenhed af kortere eller længere varighed af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur. Hvis en anmeldt psykisk erhvervssygdom ikke opfylder erhvervssygdomsfortegnelsens krav, kan den forelægges for erhvervssygdomsudvalget med henblik på anerkendelse som følge af arbejdets særlige art. Sager vedrørende PTSD kan forelægges erhvervssygdomsudvalget, når ikke alle krav opfyldt. Psykiske erhvervssygdomme har været kendt længe, men er tiltaget i hyppighed siden 1990'erne. PTSD har siden 2005 været på erhvervssygdomsfortegnelsen. Bedømmelsen af méngraden efter méntabel-len afhænger af omfanget og intensiteten af de daglige gener, og det tages som udgangspunkt ikke i betragtning, hvordan generne er opstået.

PTSD udløser sjældent meget høje méngrader, det vil sige ménprocentere på mere end 20 %. Andre typer belastningsreaktioner, som ikke opfylder betingelserne for PTSD, forelægges stadig oftere for erhvervssygdomsudvalget. Det giver problemer, hvis symptomerne er mangelfuldt beskrevet. Henrik Steen Andersen bemærkede, at udfordringen har ligheder med Retslægerådets problemstilling vedrørende en fyldestgørende beskrivelse af historik og symptomer. Det er plausibelt, at der har været tidlige symptomer, men der foreligger eventuelt kun sparsom løbende dokumentation for tilstanden og en speciallægeerklæring, som er udarbejdet med 2-3 års forsinkelse. Egen læges journal kan støtte, men begyndende PTSD-symptomer kommer ikke altid til udtryk, idet henvendelser til lægen ofte har udgangspunkt i andre gener. Pernille Hershøj bemærkede, at vurderingen af belastningen er en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde, og Henrik Steen Andersen tilføjede, at det beror på et skøn, hvor stor méngraden er. En høj psykisk méngrad giver ofte en meget reduceret erhvervsevne. Kvaliteten og nytteværdien af speciallægeerklæringerne blev drøftet, og der var enighed om, at kvaliteten er svingende. En god speciallægeerklæring beskriver konkrete eksempler på dagligdags gøremål, men forholder sig så vidt muligt observerende og neutral. Ved udarbejdelse af speciallægeerklæring til Arbejdsskadestyrelsen vil der blive stillet tre speciallæger i forslag, men patienten kan frit vælge en anden speciallæge. Det kan i princippet være den speciallæge, som allerede er den behandlende læge, og der kan derved være tvivl om erklæringens neutrale status. I såvel Retslægerådet som Arbejdsskadestyrelsen medfører det inhabilitet, hvis en sag viser sig at omhandle en patient, som allerede er kendt af den sagkyn-

dige læge. Det blev bemærket, at det ikke nødvendigvis er en sikkerhed for en objektiv vurdering, hvis patienten er ukendt for lægen, der dermed ingen baggrundsviden har om patienten. Pernille Hershøj påpegede afslutningsvis nødvendigheden af at anskueliggøre for den skadelidte, hvad speciallægeundersøgelsen i forbindelse med erklæringsudstedelsen indebærer. Vejledningen af borgeren er en central opgave for myndigheden.

### **Kommentar:**

Retslægerådet har som udgangspunkt forholdt sig til de diagnostiske kriterier, som de er defineret i ICD-systemet, aktuelt ICD-10. Der har i praksis været tre forhold, som har betydet, at Retslægerådet ikke finder, at der er tale om PTSD:

1. *Manglende opfyldelse af det såkaldte stressorkriterie*, det vil sige, at den eller de oplevelser eller begivenheder, som har medført en efterfølgende psykisk reaktion eller lidelse, ikke er tilstrækkeligt alvorlige, kraftige eller belastende, til at PTSD vil kunne opstå. I ICD-10 er ordlyden relateret til stressorkriteriet: ”Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)”. Dette stressorkriterie tilstræber således en vis form for objektiv, udefrakommende vurdering af, at en begivenhed er tilstrækkeligt belastende – ligesom det vil være begivenheder, som ligger udenfor mere almene belastninger som for eksempel arbejdsmæssigt stress, skilsmisse eller ændrede livsomstændigheder. I DSM-systemet, som benyttes i blandt andet Nordamerika og som forskningsmæssigt er den mest benyttede definition på PTSD, opererer man desuden med

et mere subjektivt aspekt af den eller de pågældende belastninger. Hertil kommer, at der i den seneste revision af DSM, DSM-V, er tilføjet, at selv relativt begrænsede belastninger, som gentages et betydeligt antal gange hos især professionelle, kan opfylde stressorkriteriet.

Det skal dog understreges, at netop en klar definition af, hvad der virker tilstrækkeligt belastende til at kunne udløse symptomer som i PTSD, har været meget svært at operationalisere forskningsmæssigt og klinisk.

2. *Utilstrækkelige symptomer i relation til de diagnostiske kriterier.* Det kan både dreje sig om, at ikke alle symptomer er opfyldt – der kræves som udgangspunkt symptomer fra alle tre symptomclusters (genoplevelse, undgåelse og arousal/anspændthed). Ikke sjældent foreligger der typiske genoplevelsessymptomer som mareridt eller flash backs-oplevelser, øget arousal i form af for eksempel søvnproblemer, irritabilitet og forøget reaktivitet – mens der ikke er klare undgåelsessymptomer. Såfremt der i øvrigt er tale om opfyldt stressorkriterie og at den tidsmæssige sammenhæng (se nedenfor) er klar, kunne overvejes en betegnelse som ”partiel PTSD”, om end den formelle diagnose i henhold til ICD-10 vil være ”Belastningsreaktion, uspecificeret”.

I relation til forekomst af de nødvendige symptomer på PTSD må det ligeledes fremhæves, at kvaliteten af det foreliggende materiale er afgørende – i praksis vil det ofte dreje sig om en psykiatrisk speciallægeerklæring, der ikke sjældent er udfærdiget lang tid ef-

ter den(de) belastende begivenhed(er). Det er her vigtigt, at de for diagnosen nødvendige symptomer på troværdig og neutral (”uhildet”) vis er beskrevet. I den sammenhæng kan det nævnes, at der ses eksempler på, at angivelse af bestemte symptomer nærmest er ”kalkuleret” fra diagnose-kriterierne, hvilket mindsker troværdigheden.

3. *Den tidsmæssige sammenhæng,* hvor ICD fordrer, at PTSD skal opstå indenfor 6 måneder efter belastningen. Som det fremgår af referatet fra mødet, kan der stilles spørgsmålstegn ved dette krav, idet et betydeligt antal tilfælde af PTSD tilsyneladende opstår med længere latenstid. Dette gælder i særlig grad for militære populationer, hvor en række faktorer som træning, forberedthed, forskellige former for profylakse tidligt og sent kan udsætte debuten af symptomerne. Hertil kommer, at belastningen ved militær indsats sjældent er enkeltstående, men repeterede begivenheder, eventuelt over ganske lang tid, og i flere perioder, hvilket giver bedre mulighed for at delvis at adaptere sig til belastningerne. Det er ikke usandsynligt, at tilsvarende forhold gør sig gældende i andre professionelle sammenhænge som redningsmandskab, politi og nødhjælpsarbejdere. Det er blandt andet dette forhold, som der i de ovenfor nævnte ændringer i stressorkriteriet i DSM-V, er taget stilling til.

Ud fra den beskrevne litteraturgennemgang vil det være sjældent, at PTSD optræder med længere latenstid end 2-3 år. Dertil kommer, at der ofte vil være visse symptomer, oftest enkeltsymptomer på PTSD, til stede alle-

rede inden det fulde syndrom optræder. Det er således væsentligt, at også sådanne symptomer er beskrevet i dokumentationen for tilstanden.

I praksis foreligger den første dokumentation for hel eller delvis PTSD ofte efter 6 måneder, eventuelt adskillige år efter belastningen. Det vil her være væsentligt, at den givne dokumentation, oftest en speciallægeerklæring, beskriver både den aktuelle tilstand, men også tilstanden i den mellemliggende periode fra belastningen. Dokumentation af symptomer i den tidlige fase efter en belastning foreligger tidvis, for eksempel fra egen læges

journal eller andet lægeligt eller psykologisk materiale, og vil understøtte diagnosen.

Retslægerådet vil fremover i et vist omfang ændre sin praksis i relation til 6-måneders reglen og ikke lægge samme vægt på en strikt opfyldelse af dette kriterium som tidligere. Retslægerådet vil dog lægge vægt på de ovennævnte forhold. Der er aktuelt en lovrevision på vej om netop dette spørgsmål, relateret til især arbejds-skadesager – hvor det forventes, at en ny lov vil harmonere med Retslægerådets ændrede praksis.

## **Adfærdsforstyrrelser først tolket og behandlet som hyperkinetisk opmærksomhedsforstyrrelse (ADHD) viste sig at være tidlige tegn på udvikling af paranoid skizofreni.**

*A er opvokset under svært belastende forhold og blev allerede tvangs fjernet som 2-årig.*

*Allerede fra før-skolealderen frembød A en forstyrret adfærd. Som 15-årig blev han diagnosticeret som lidende af en hyperkinetisk opmærksomhedsforstyrrelse (ADHD), som der påbegyndtes medicinsk behandling mod. A frembød fortsat forstyrret adfærd, og det vurderedes, at han desuden led af en forstyrret personlighedsstruktur. Som 16-årig blev han for første gang dømt for vold. Som 17-årig blev han igen sigtet for personfarlig kriminalitet. I forbindelse med denne sag mentalobserveredes han 2 gange med 6 måneders mellemrum, idet han i forløbet havde udviklet tydelige sindssygdomssymptomer, hvorfor grundlaget for sanktionsforslaget var ændret. Det var nu klart, at A led af paranoid skizofreni, og A blev dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Efter godt et år blev han på grund af tiltagende aggressiv og farlig adfærd overflyttet til Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland. Her stabiliseredes tilstanden, og de aggressive og udadprojicerende træk trådte i baggrunden. (J.nr. 10A/A9-00012-2013).*

A var 17-18 år gammel, da han blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for blandt andet røveri og trusler mod vidner. Der blev i samme sag udarbejdet en supplerende erklæring cirka et halvt år senere, idet A's psykiske tilstand var væsentligt ændret. Samlet fremgår, at A's opvækst var præget af ustabilitet. Begge forældre var misbrugende, og der blev tidligt rejst mistanke om medfødt hjerneskade på grund af moderens alkoholmisbrug under graviditeten (såkaldt føtalt alkoholsyndrom). A blev tvangs fjernet som 2-årig og voksede herefter op på forskellige institutioner og i familiepleje - i alt mindst 16 forskellige steder.

A havde massive indlærings- og adfærdsvanskeligheder. Han blev allerede 7 år gammel diagnosticeret som muligvis lidende af en hyperkinetisk opmærksomhedsforstyrrelse (ADHD). Symptomerne var koncentrationsbesvær, rastløshed, uro og impulsivitet. 11 år

gammel påbegyndte A et betydeligt blandet misbrug primært af hash. Han blev igen 16 år gammel vurderet af speciallæge i psykiatri som lidende af ADHD og dyssociale personlighedstræk, og der påbegyndtes behandling med centralstimulerende midler (medicin mod ADHD). Samtidig fik han sin første dom for vold og berigelseskriminalitet. I månederne efter henvendte han sig flere gange på psykiatrisk modtagelse og blev her vurderet som psykotisk med vrangforestillinger med forfølgelsesindhold, hørehallucinationer og med selvmordstanker. Man mistænkte en hashudløst psykose.

17 år gammel blev han igen sigtet for personfarlig kriminalitet. I den forbindelse blev han mentalobserveret 2 gange i den samme sag. Den første mentalundersøgelse blev foretaget ambulant under varetægtsfængsling i surrogat på en lukket ungdomsinstitution. Ved undersøgelsen fandtes A ikke aktuelt sindssyg, og

overlægen fandt heller ikke, at A havde været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Overlægen vurderede som andre, at de psykotiske symptomer, som A tidligere havde frembudt, havde været forbigående og udløst af A's hashmisbrug. Under mentalundersøgelsen havde A ophold på et lukket ungdomsinstitution, hvor han var afskåret fra hash, og hans tilstand blev efter det anførte væsentligt stabiliseret her, hvorfor overlægen anbefalede anvendelse af ungdomssanktion, jf. straffelovens § 74 a. Det anføres dog også i konklusionen, at "begyndende alvorligere psykopatologi ikke kunne udelukkes", hvorfor overlægen også anbefalede vilkår om psykiatrisk behandling.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der 08.12.10 blandt andet udtalte:

"..... at A ikke er sindssyg og næppe var sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han var da muligvis påvirket af hash og alkohol, men der er ikke holdepunkter for, at en abnorm tilstand udløst heraf har foreligget.

A har haft en svært belastet opvækst og blev, som 2-årig fjernet fra hjemmet og har opholdt sig i ca. 17 plejefamilier og institutioner. Hans skolegang har været sporadisk, og han kan ikke læse undertekster på fjernsyn, men har dog lært at læse og skrive lidt indenfor det sidste år. Siden 11-års-alderen har han haft et stort misbrug af hash og muligvis også andre misbrugsstoffer. I ca. 1999 er der konstateret en hyperkinetisk opmærksomhedsforstyrrelse, men han er først blevet behandlet herfor med medicin for et år siden med nogen virkning. Ved indtagelse af store doser af denne medicin har han hørt stemmer, og behandlingen har ikke været konsekvent gennemført på grund af hans dårlige intellektuelle funktion.

For et år siden har han været indlagt på psykiatrisk afdeling med vrangforestillinger, som mentes udløst af stort hashmisbrug. Sommeren 2010 har han to uger været placeret i psykiatrisk afdeling, som varetægtsfængslet i surrogat, uden at der blev konstateret sindssygdomssymptomer.

Den aktuelle ambulante observation er foretaget under hans ophold på en lukket institution. På denne institution har han været uden hashmisbrug og har profiteret af de strukturede rammer. Han fremtræder aktuelt uden åbenlyse sindssygdomssymptomer, men mistænksom. Tidvis impulsiv med koncentrationsbesvær, dårlig intellektuel funktion og affektlabilitet.

En psykologisk undersøgelse, gennemført for to år siden, viser at han ikke er alderssvarende fungerende, men niveauet er meget svingende. Han vurderes aktuelt at fungere svarende til grænseområdet mellem normalt begavet og mental retardering (debilitas). Han vurderes at have behov for langvarig behandling i struktureret pædagogisk miljø.

Retslægerådet finder herefter A omfattet af straffelovens § 69, idet han lider af en hyperkinetisk forstyrrelse og muligvis en udviklingsforstyrrelse. Denne kan være forårsaget af organisk hjerneskade kombineret med belastet opvækst og mangeårigt hashmisbrug siden tidligste ungdomsår. Han vurderes ikke mentalt retarderet, men hans dårlige intellektuelle funktion skyldes formentlig misbrug og belastet opvækst i barne- og ungdomsår.

Retslægerådet kan ikke pege på foranstaltninger efter samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuel forskyldt straf, til imødegåelse af en formentlig nærliggende

risiko for ny kriminalitet. Især på baggrund af det relativt gunstige forløb under ophold i lukket institution, skal Retslægerådet anbefale anvendelse af ungdomssanktion efter straffelovens § 74 a”.

....

A blev 31.01.11 tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 2, efter at have været voldsomt truende på den institution, hvor han opholdt sig. Under denne indlæggelse blev der udarbejdet en supplerende mentalerklæring. Af erklæringens sammenfattende vurdering fremgår blandt andet:

”Man må derfor konkludere, at den tidligere mistanke om en eventuel ADHD problematik med al overvejende sandsynlighed har været en lang række prodromale symptomer, disse har været til stede i adskillige år og den egentlige sygdomsproces er tydeligvis blev accelereret af observandens massive stofmisbrug, især hash. Observanden kan selv berette om manifesterede psykotiske symptomer på tidspunkterne for den påsigtede kriminalitet, og man må antage, at denne symptomatologi har fyldt en del de sidste 2-3 år. Observandens adfærd i øvrigt, som er beskrevet af uafhængige kilder, underbygger mistanken om en længerevarende bestående og ubehandlet alvorlig psykopatologi. Man må derfor sammenfattende konkludere, at observanden lider af paranoid skizofreni, og denne sygdom har formentlig de sidste 2-3 år haft betydelig indflydelse på observandens adfærd og funktionsniveau”.

Overlægen fandt A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 og anbefalede en behandlingsdom med tilsyn af Kriminalforsorgen.

Denne erklæring blev ligeledes forelagt Retslægerådet, der kunne tilslutte sig diagnosen, men under hensyn til A's svære sygdomsbillede og hans tendens til aggressiv adfærd i

udtalelse 05.07.11 anbefalede en anbringelsesdom. Retslægerådet udtalte blandt andet:

”...., at A er sindssyg og sandsynligvis også har befundet sig i en sindssygelig tilstand i løbet af perioden for de pådømte forhold.

A er begavet svarende til lavt i normalområdet. Han har efter tvangsfjernelse som 2-årig været fortrinsvis på institutioner, sidst i et enkeltmandsprojekt. Her har han været truende og udadreagerende, hvorfor han 31.01.11 blev tvangsindlagt på farlighedskriteriet. A har haft et mangeårigt misbrug af forskellige rusmidler, først og fremmest hash, som forværrer de psykotiske symptomer.

Den aktuelle retspsykiatriske observation er foregået under indlæggelse, hvor han findes præget af forfølgelsesforestillinger, som med nogen virkning behandles med antipsykotisk virkende medicin. Han har dog fortsat været impulsstyret, mistænksom, ukorrigerbar og uden sygdomserkendelse.

Ved revurdering af forløbet og A's psykiske tilstand finder den mentalundersøgende overlæge det sandsynligt, at det mangeartede symptombillede er udtryk for en skizofren sygdomsproces, hvis udvikling er forløbet over flere år.

Efter Retslægerådets opfattelse er A omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Som mest formålstjenlig foranstaltning skal Retslægerådet, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling”.

A blev efterfølgende, knapt 19 år gammel dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Efter 8 måneder var det nødvendigt, på grund af As tiltagende aggressive og personfarlige

adfærd med baggrund i hans sindssygdomssymptomer, at overflytte ham til en retspsykiatrisk afdeling. Her forværredes tilstanden yderligere, og han var jævnlige og længerevarende fikseret med bælte samt hånd- og fodremme. Godt et år efter dommen anmodede overlægen ved den retspsykiatriske afdeling om, at A i medfør af farlighedsdekret i henhold til psykiatrilovens § 40 blev overflyttet til Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland, idet A på grund af sin personfarlige adfærd ikke kunne behandles forsvarligt på en almindelig retspsykiatrisk afdeling.

I overensstemmelse med sædvanlig praksis (se denne årsberetning s. 55 ff.) blev Retslægerådet hørt om sagen og udtalte 21.12.12 blandt andet:

”....., om A udtale, at han er sindssyg, han lider af skizofreni. Han har fra sin tidlige barndom udvist svære adfærdsforstyrrelser med ledsagende aggressiv adfærd. Han har siden januar 2011 flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling i svær psykotisk tilstand, hvor han har frembudt blandt andet vrangforestillinger og hørelsehallucinationer. Han blev 31.10.11 dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Han har gennem det sidste års tid udvist tiltagende aggressiv adfærd, og 02.08.12 blev han overflyttet til retspsykiatrisk afdeling, da han ikke kunne rummes på en almen psykiatrisk afdeling. Trods behandling med store doser antipsykotisk virkende medicin, frembyder han fortsat åbenbare sindssygdomssymptomer ledsaget af voldsom personfarlig adfærd, hvor han slår efter personalet, ligesom han fremsætter trusler på livet. Han har jævnlige og længerevarende været fikseret med bælte samt hånd- og fodremme og er det også aktuelt.

Retslægerådet finder, at A er sindssyg og vedvarende udsætter andres liv eller legeme

for alvorlig og overhængende fare. Da mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige til at modvirke denne fare, skal Retslægerådet anbefale, at han anbringes i Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 1”.

På Sikringsafdelingen fremtrådte det nu tydeligt, at det drejede sig om en ung tidligt skadet mand lidende af paranoid skizofreni.

Otte måneder efter A var overflyttet til Sikringsafdelingen, var tilstanden gradvis ved at stabiliseres, og de dyssoziale træk trådte i baggrunden, hvilket fremgår af Retslægerådets udtalelse i forbindelse med tilladelse til ledsaget udgang i forbindelse med et retsmøde, hvor det i rådets udtalelse af 22.08.13 blandt andet hedder, at A:

”....., uændret er sindssyg, han lider af skizofreni. Under indlæggelsen i Sikringsafdelingen, hvor han blandt andet behandles med antipsykotisk virkende medicin i en høj dosering, er hans psykiske tilstand i nogen grad stabiliseret. Han kan nu opholde sig i fællesskab, og han kan – i modsætning til tidligere – korrigeres af personalet uden at reagere aggressivt. Han samarbejder om den givne behandling, men han er fortsat uden sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse.

Retslægerådet kan herefter anbefale, at A får tilladelse til at deltage i retsmødet den xx. september 2013 i Østre Landsret, således at politiet har ansvar for transport og sikkerhed, og at han hertil ledsages af en kontaktperson fra Sikringsafdelingen”.

#### **Kommentar:**

As tidlige adfærdsforstyrrelser blev primært tolket som udtryk for en kombination af ADHD og en begyndende forstyrrelse af per-

sonlighedsstrukturen. Der påbegyndtes behandling med medicin mod ADHD. Da A første gang blev indlagt i psykotisk tilstand, tolkedes det som en stofudløst psykose.

Forløbet viser, at alvorlig forstyrrelse af adfærden hos unge kan være et tidligt symptom på skizofreni (et såkaldt prodromalsymptom) og kan forveksles med ADHD. Medicinsk behandling mod ADHD kan her forværre tilstanden og eventuelt fremskynde debut af psykotiske symptomer. Det er desuden ikke ualmindeligt, at unge skizofrene meget tidligt før sygdomsdebut udvikler et stort forbrug af hash, hvilket måske kan være et udtryk for, at den unge forsøger at dulme de tidlige symptomer. Misbruget kan forværre de psykotiske symptomer og kan føre til, at den debuterende skizofreni vurderes at være en stofudløst psykose. I den aktuelle sag kompliceres billedet yderligere af, at A er tidligt skadet både på grund af opvækstvilkår, men muligvis også fordi han på grund af sin mors misbrug af alkohol under graviditeten kan have pådraget sig en hjerneskade (såkaldt føtalt alkoholsyndrom), som kan gøre ham særligt psykisk sårbar.

Alle de refererede oplysninger fra for eksempel børne- og ungdomspsykiatere, sociale

myndigheder, institutioner med videre i den i øvrigt grundige erklæring pegede på diagnosen ADHD og eventuelt personlighedsforstyrrelse samt en mulig hjerneskade og et hashmisbrug med heraf betingede kortvarige psykotiske episoder. Den mentalobserverende overlæge var dog opmærksom på, at ”begyndende alvorligere psykopatologi” ikke kunne udelukkes, og den vurdering tilsluttede Retslægerådet sig. Men at der kun skulle gå cirka halvandet år, fra A blev opfattet som lidende af ADHD, til han – trods intensiv behandling – i svær psykotisk tilstand og farlig for andre mennesker blev overflyttet til Sikringsafdelingen, kunne ingen forestille sig (se også s. 57 ff. i denne årsberetning).

Da A kom på Sikringsafdelingen, bedres tilstanden gradvist, adfærden normaliseres, og de tidligere beskrevne psykopatiske træk træder i baggrunden. Hvad der tidligere i forløbet var tolket som dyssociale træk i As personlighedsstruktur er snarere såkaldt ”pseudopsykopati”, det vil sige et symptom på den skizofrene grundlidelse, hvilket stemmer overens med, at As tilstand bedres i takt med effekten af behandlingen mod skizofreni slår fuldt igennem i det strukturerede og misbrugsfri miljø på Sikringsafdelingen.

## **Ondartet, kronisk skizofreni – Patienten indlagt på Sikringsafdelingen i 24 år.**

*A var 20 år gammel, da han blev indlagt til mentalundersøgelse på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland, sigtet for to tilfælde af forsøg på manddrab. Han havde frembudt tegn på psykisk lidelse fra barndommen, og ca. 16 år gammel udviklede han psykotiske symptomer. Han blev med eget samtykke ca. 20 år gammel indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor han helt umotiveret og uvarslet forsøgte at kvæle en medpatient, som var i yderste livsfare. Senere forsøgte han at kvæle en sygeplejerske, men hun slog sig fri.*

*Ved mentalundersøgelsen fandtes A i første række præget af omfattende tankeforstyrrelser, kompromitteret følelsesmæssig kontakt, vrangforestillinger af især hypokonder karakter samt ritualer. Erklæringen konkluderede, at A led af (begyndende) skizofreni, han fandtes derfor omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og blandt andet under henvisning til karakteren af den påsigtede kriminalitet anbefalede overlægen dom til anbringelse på Sikringsafdelingen, men udtrykte også en vis prognostisk optimisme. A selv ønskede dom til anbringelse på Sikringsafdelingen, hvor han befandt sig godt, hvilket også blev resultatet. A fik de første år tilladelse til flere ledsagede udgange, men hans psykiske helbredstilstand blev forværret, han isolerede sig og afviste kontakt med personale og medpatienter. I perioder udviste han voldelig adfærd, blandt andet ved at forsøge at kvæle kvindeligt personale, hvorfor spørgsmålet om udgange i perioder af års varighed ikke var aktuelt. Behandling med såvel medicin som psykoterapi har ikke afgørende kunnet bedre hans sygdom. Gennem de seneste år har A's tilstand været relativ stabil. Han har ikke udvist voldelig adfærd, men har uændret været svært psykotisk, blandt andet huser han omfattende vrangforestillinger af religiøs og seksuel karakter, hans dagligdag er præget af ritualer, og han er uændret kontaktafvisende, hvorfor det ikke er muligt at danne sig et indtryk af hans indre forestillingsverden og hermed af hans eventuelle farlighed. Han ønsker selv at forblive på Sikringsafdelingen, hvor han fortsat – 24 år efter dommen – er indlagt. Retslægerådet har gennem disse mange år behandlet en lang række sager om tilladelse til personaleledsaget udgang til enten hospitalets terræn, til nærmeste omegn, skov og strand eller til Nykøbing Sjælland by og opland samt senest til en længere udflugt. Der redegøres kort for disse forskellige frihedsgoder. (Første j.nr. A30458, seneste j.nr. 10A/A9-00016-2013).*

A var 20 år gammel, da han i 1989 blev indlagt til mentalobservation på Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland, sigtet for to drabsforsøg. Af mentalerklæringen, som blev afgivet 29.09.89, fremgår blandt andet, at A var

opvokset under velordnede forhold som den ældste af to søskende i et middelklassemiljø. Forældrene beskrives som kærlige og omsorgsfulde. Han blev passet af moderen i hjemmet i småbarnealderen, gik så i halv-

dagsbørnehave og startede skolegangen i en kommuneskole. Efter råd fra en psykolog flyttede han fra tredje klasse til en lille privatskole, hvor han gik ca. fire år, hvorefter han efter eget ønske skiftede til en ny kommuneskole. Han startede i gymnasiet ca. 16 år gammel, men ophørte efter et halvt år, da det – angav han selv – var en ”for stor belastning” for ham. Herefter boede han i hjemmet, han var uden nogen form for beskæftigelse og blev underholdt af forældrene. I begyndelsen af 1989 blev han med eget samtykke indlagt på en regional psykiatrisk afdeling.

A havde aldrig haft en veninde, men han havde angiveligt været forelsket – det er uklart om pigen overhovedet kendte hans følelser – og under alle omstændigheder havde A oplevet forelskelsen som ”frustrerende”. Han havde i det væsentlige været legemlig rask, han havde aldrig rørt euforiserende stoffer, og hans alkoholforbrug var minimalt. Han havde enkelte gange i hjemmet pludselig og tilsyneladende uden grund drukket en hel flaske spiritus, hvorfor han måtte køres til udpumpning. Helt fra barnealderen havde A frembudt symptomer og en adfærd, som havde bekymret forældrene. Han ”rokkede”, var tilbøjelig til at slå hovedet i væggen, og han havde mange ritualer, f.eks. omfattende vaskeritualer. Han var velbegavet, han lærte f.eks. sig selv at læse, og kunne i børnehaveklassen læse op for de andre børn. Samtidig havde han mere bizarre særinteresser, f.eks. busruiter, og han kunne hele køreplanen udenad. Han havde sociale problemer i skolen, hvor han blev drillet, og han levede isoleret uden nogen bekendtskabs- endelige vennekreds.

A dyrkede som stor dreng atletik på højt niveau, og efter at have trænet flittigt vandt han 16 år gammel en vigtig konkurrence. Dagen efter blev han – måske som led i den mobning, han var udsat for i skolen – slået i ryg-

gen. Han ophørte straks herefter med at dyrke sport, og han angav efterfølgende generelt, at alle hans problemer startede med dette slag. Han klagede over vedvarende rygsmerter og søgte flere autoriserede og alternative behandlinger, men intet hjalp.

Forældrene forsøgte at motivere A for psykiatrisk behandling, men det ønskede han ikke. I løbet af 1988 spidsede situationen til – A’s adfærd blev tiltagende aparte, blandt andet præget af omfattende ritualer, og han gav udtryk for selvmordsforestillinger, men udviklede også aggressive forestillinger overfor blandt andet lillebroderen, som til sidst var så bange for A, at han (lillebroderen) sov bag låst dør. I begyndelsen af 1989 accepterede A så indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Han angav i forbindelse med mentalundersøgelsen, at han sådan set ikke havde følt sig psykisk syg, men at han trængte til at komme væk fra forældrene, idet de udgjorde en ”blokade” for ham. Han blev indlagt på lukket afdeling, efter et par dage overflyttet til åben afdeling, men han måtte tilbageflyttes til lukket afdeling på grund af trusler overfor medpatienter. Han blev vurderet som blandt andet anspændt, angst, tankeforstyrret, følelsesmæssig tilbagetrukket (”autistisk”) og måske hørelseshallucineret, hvorfor afdelingen påbegyndte behandling med antipsykotisk virkende medicin. Ca. 14 dage efter indlæggelsen forsøgte A en aften at kvæle en medpatient, idet han med begge hænder tog kvælergreb om medpatientens hals og klemte så hårdt, han kunne. Hun var i yderste livsfare, men blev genoplivet. Han forklarede i grundlovsforhøret blandt andet, at han i løbet af dagen havde fået det dårligere, han følte sig desperat og følte, at han måtte gøre et eller andet. Han fik så den tanke, at han ville dræbe medpatienten. Personalet havde ikke bemærket noget påfaldende ved A i løbet af dagen.

A blev flyttet til en mere sikret afdeling, men ca. tre uger senere forsøgte han en formiddag at kvæle en sygeplejerske, som var ved at hælde medicin op. Han kontaktede hende og bad om noget ”nervemedicin”, og han fik en beroligende tablet, men han troede ikke på, at den hjalp – blandt andet på hans dårlige ryg. Han fulgte så efter sygeplejersken, da hun gik rundt med medicinen, og pludselig tog han med begge hænder kvælertag om hendes hals, men hun fik vredet sig løs. A ville ikke afvise, at han et kort øjeblik havde haft tanker om at dræbe hende, blandt andet fordi han oplevede, at man ikke tog ham – f.eks. hvad angår rygsmerter – alvorligt. Efterfølgende blev A overflyttet til Sikringsafdelingen til mentalobservation.

Under første del af indlæggelsen her var A særdeles garderet og afglidende. Han var fikseret i sine forestillinger om rygsmerter, og ved samtale herom blev han anspændt med en så truende attitude, at samtalerne blev afviklet under forhold, hvor han var under opsyn. Den formelle kontakt var præget af, at han med henvisning til sine rygsmerter ønskede at stå op eller gå omkring under samtalerne. Senere blev hans adfærd mere naturlig, han kunne sidde ned, og han begyndte at løbetræne i afdelingens lukkede gård.

Ved samtalerne, hvor han efterhånden koopererede godt, men helt på egne præmisser, talte han uafsladeligt om det gode og det onde, om Gud og Djævlen samt om kærligheden og det evige liv. Han talte om slaget i ryggen og forlovelsen i pigen som begivenheder, der havde vakt et had i ham, som motiverede ham til at tilstræbe at ”leve livet uden at deltage i det”. Forsøgte han – f.eks. ved at gå i gymnasiet – blev han angst og trak sig ud igen. Han (pseudo)filosoferede over forholdet til forældrene. Han betegnede sig selv som en ”søgende person”, der ønskede at få varig kontakt

med kærligheden med det formål at nyttiggøre den over for sig selv og andre. Han prøvede derfor at finde tilbage i sig selv ved at studere sine tidligere drømme, som han havde nedskrevet.

Det første af de påsigtede forhold forklarede A omstændeligt og ikke altid lige indføleligt blandt andet med et skift fra selvhad til en oplevelse af, at han kunne alting – ”jesustiden” – ligesom han omtalte en voldsom ubevidst angst, som pludselig og voldsom blev bevidst for ham, og som hensatte ham i en panik, der udløste drabsforsøget. Under første del af indlæggelsen bagatelliserede han begivenhederne med blandt andet den begrundelse, at han troede på sjælens udødelighed, og var forurettede død, ville sjælen komme i himlen, og det måtte opfattes som positivt. Det andet drabsforsøg bagatelliserede han, om end han ikke ville afvise, at han havde haft drabsintention.

A var ved indlæggelsen på Sikringsafdelingen i behandling med antipsykotisk virkende medicin (serenase), men efter eget ønske ophørte han hermed, og undersøgelsen blev således gennemført, uden at han var i medikamentel behandling. Han var ikke hallucineret, han var i neutralt stemningsleje og efter et par måneders indlæggelse faldt han som anført mere til ro, og etablerede en vis, men overfladisk kontakt til personale og medpatienter.

A blev af den mentalobserverende overlæge blandt andet beskrevet således:

”Der er et udtalt emotionelt præg over observandens udsagn, og man har en ganske god fornemmelse af en følelsesmæssig kontakt, men denne er dog helt på observandens præmisser og hviler på særdeles indforståede udsagn. Mest karakteristisk er fortsat en overordentlig splittethed og vaghed i tankegangen med hurtige indfald, symbolske sammenligninger blandet med bogstavelighed i opfattel-

sen, betydningsforskydninger og privatpræget logik – og en vis undren, hvis han forstår, at man ikke har kunnet følge med i hans redegørelse.....

Indholdsmæssigt cirkulerer observanden vedvarende omkring de skitserede problemer af identitetsmæssig og følelsesmæssig art, hvor han er særlig optaget af sin placering i et kosmisk-religiøst system, set i relation til hans rolle i hjemmet. I forbindelse hermed konstateres en stærkt øget selvfølelse, tangerende det psykotiske selvovervurderende i form af egentlige storhedsforestillinger, men der synes tillige tale om en vis, om end svingende og usikker sygdomsfølelse og – erkendelse. Hypokondre vrangideer omkring ryggen synes dog stadig til stede, men med mindsket intensitet”.

En psykologisk test konkluderede blandt andet, at A befandt sig i .....”en lettere psykotisk tilstand af skizofreniform art. Hvorvidt der er tale om en begyndende skizofreni eller en grænsepsykotisk tilstand tør man ikke på det foreliggende grundlag afgøre”.

A angav siden, at han var yderst tilfreds med opholdet i Sikringsafdelingen, hvor han havde fred og ro til at arbejde med sig selv samt havde mulighed for at træne i den muromkransede have.

Mentalerklæringen konkluderede, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og om end hans tilstand var bedret under indlæggelsen, fandt overlægen, at A’s psykiske tilstand fortsat var så ustabil og uberegnelig – også set i lyset af karakteren af de påsigtede forhold – at anbringelse i Sikringsafdelingen måtte anbefales.

Retslægerådet var ikke i tvivl og udtalte, at A.....”er normalt begavet. Han er sindssyg og må antages at have været det på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Siden barndommen har han frembudt adfærdsforstyrrelser og

kontaktvanskeligheder, og siden pubertetsårene har han i tiltagende grad isoleret sig og efterhånden udviklet vrangforestillinger af hypokonder og megaloman art, tilskyndelser til selvmord og drab, samt angst, modstridende følelser og hallucinationer. Det må antages at dreje sig om skizofreni. Under nuværende anbringelse på Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland er der indtrådt nogen bedring; men han vurderes fortsat som ustabil og uberegnelig.

A må henføres til straffelovens § 16, stk. 1. Ifald han kendes skyldig, skal Rådet anbefale dom til anbringelse på den til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede Sikringsanstalt”.

Af dombogen fremgår, at A erkendte sig skyldig i forsøg på manddrab (forhold 1) og overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1 (vold mod tjenestemand i funktion, forhold 2), og at han yderligere erklærede sig enig i anklagerens sanktionspåstand – anbringelse i Sikringsanstalten (som den hed dengang).

Overlægen havde afsluttet mentalerklæringen med at angive, at det måtte antages, at man ved behandling ..... ”forholdsvis hurtigt vil kunne gøre en lempelse af den foreslåede foranstaltning forsvarlig, f.eks. til anbringelse i almindeligt psykiatrisk hospital”. Men sådan gik det ikke – i dag, 24 år senere, er A fortsat indlagt på Sikringsafdelingen.

Sikringsafdelingens overlæge kan ikke selv give indlagte patienter tilladelse til ophold uden for afdelingen, men skal søge Justitsministeriet om tilladelse, og ministeriet forelægger altid disse sager for Retslægerådet. I 1992 ansøgte Sikringsafdelingen om, at A fik tilladelse til udgang, og på basis af erklæringen fra overlægen udtalte Retslægerådet: ” Han (A) var i starten truende og indelukket, men bedredes langsomt. I juli 1990 indtrådte en forværring i hans tilstand, hvor han to gange

overfaldt et kvindeligt personalemedlem. Siden da har han ikke udvist aggressiv eller voldelig adfærd. Hans kontaktform er ligeledes bedret. Han er dog fortsat sindssyg, bl.a. præget af tvangstanker og tvangshandlinger. Han er ikke i medikamentel antipsykotisk behandling, da man på Sikringsanstalten har erfaring for, at en sådan nærmest forværrer hans aggressive adfærd.

Retslægerådet skal herefter tiltræde hospitalets anbefaling af, at der foreløbig gives tilladelse til en enkeltstående personaleledsaget udgang til hospitalets terræn og nærmeste omegn”.

A fik tilladelse til en enkelt udgang til hospitalets terræn.

I begyndelsen af 1993 ansøgte Sikringsafdelingen om en mere generel tilladelse til udgange til hospitalets terræn. Det fremgår af erklæringen blandt andet, at A i nogle måneder havde isoleret sig og virket affektspændt. Han havde igen fået det bedre, men han afslog ”venligt men bestemt” at genoptage psykoterapeutisk behandling. Han modtog fortsat ikke medikamentel behandling. Afdelingen fandt, at A’s psykiske tilstand generelt var bedret, blandt andet var han mindre præget af ritualer og tvangshandlinger.

Retslægerådet støttede ansøgningen og Justitsministeriet gav tilladelse til fem ledsagede udgange.

A fik i de følgende år langsom tilladelse til mere omfattende personaleledsagede udgange, herunder et familiebesøg i hjembyen, men al udgang ophørte i 2000, da hans psykiske tilstand igen blev forværret. Han overfaldt personalet og måtte i perioder bæltefikseres, ligesom han i lange perioder isolerede sig på

stuen uden kontakt med personale eller medpatienter.

I 2006 ansøgte afdelingen igen om tilladelse til personaleledsaget udgang til hospitalets terræn. I ansøgningen hedder det blandt andet, at A....”har været præget af et svært psykotisk tankeindhold med religiøse vrangforestillinger, bl.a. om at være Jesus, til andre tider blot at sidde og vente på, at Gud træder ind i afsnittet for at befri ham samtidig med, at personalet og de øvrige vil blive slået ihjel. Patienten har været præget af disse fasttømrede religiøse vrangforestillinger som har været ganske ukorrigerbare og også behandlingsrefraktære, idet pågældende nu gennem godt 16 år har været etableret i medikamentel antipsykotisk behandling mod disse symptomer med vekslende præparater og i vekslende dosering med begrænset effekt....

Patienten har tidligere været præget af impulsgennembrud med udadreagerende voldelig adfærd, idet hans vrangforestillinger indimellem også har haft elementer af seksuel karakter”.

Senere hedder det blandt andet: ”Patienten har specielt det seneste år fra foråret 2005 været stabiliseret og har langsomt ophævet sin selv-isolation på egen stue, således at han nu har fuldt fællesskab og deltager i kontakt med afsnittets øvrige patienter og personale uden konflikter.

På grund af patientens svære ambivalens er det vanskeligt at etablere aktiviteter og beskæftigelse i afsnittet med patienten, idet han helst, når han ikke er i fællesskab, opholder sig på egen stue, hørende heavy metal musik. På trods af den vedvarende svære sindslidelse med kronisk psykotisk tankeindhold, vurderes tilstanden værende så stabil, at man som led i de genoptagede miljøterapeutiske tiltag ansøger om personaleledsaget udgang til hospitalets terræn.

Patienten er aktuelt mere præget af vrangforestillinger om at komme til at lide af en ondartet sygdom, som medfører døden. Der er således ikke mistanke om aktuel udadreagerende eller impulsstyret adfærd og på ingen måde mistanke om, at patienten vil foretage flugtforsøg, idet han ønsker at opholde sig uændret i Sikringsafdelingen”.

Endelig fremgår, at A i årenes løb havde modtaget forskellige former for antipsykotisk virkende medicin, og at han aktuelt var i behandling med et depotpræparat (Trilafon dekanooat 216 mg. i.m hver 14 dag). Retslægerådet anbefalede det ansøgte, og Justitsministeriet gav tilladelse.

Efterfølgende fik A også tilladelse til personaleledsagede udgange til nærliggende skov og strand. Men så blev hans psykiske tilstand igen forværret, og i 2011 ansøgte Sikringsafdelingen igen om tilladelse til udgang, startende med udgang til hospitalets terræn. I ansøgningen herom hedder det blandt andet: ”Efterfølgende har patienten været inde i en relativ stabil fase, dog såvel i 2009 som i 2010 haft tilskyndelser om at kvæle kvindeligt personale med baggrund i seksuelle fantasier for på den måde at kunne hjælpe disse kvinder over i en bedre verden. Desuden har han ødelagt sine ejendele såsom stereoanlæg og ure. Han har i fællesskabet været stirrende, især på kvinder. Det har derfor været nødvendigt i flere omgange at isolere patienten på egen stue og i forbindelse med fællesskab har det foregået under konstant overvågning af 2 personaler.

Patienten har i løbet af sommeren 2010 været isoleret på eget værelse, idet han var blevet psykisk ustabil op til at ville kvæle et kvindeligt personalemedlem og tidligere en kvindeligt patient. Efter længerevarende ophold på stuen, er der sket en stabilisering i tilstanden, således at patienten siden tidligt forår 2011

har haft frit fællesskab og fremtræder habituelt kronisk psykotisk.

Patienten skal vedvarende støttes og opfordres til eksempelvis rengøring på stuen, hvad han så kan gennemføre.

Gennem adskillige år har patienten søgt permanent ophold og isolation på egen stue og har ikke ønsket deltagelse i fællesskab med medpatienter og anfører, at han ofte har tanker om at undgå kontakt og helst ser sig låst inde alene på egen stue, ventende på Gud. Det er lykkedes via miljøterapeutisk adfærd at motivere patienten for delvis fællesskab og opholde sig i dagligstuen, men med ganske begrænset verbal kontakt til medpatienter og personale”. Senere hedder det: ”Patienten er præget af ambivalent vægelsind – hvis han har 2 eller flere valgmuligheder kan han ganske længe overveje den ene eller den anden mulighed og slutte med ikke at vælge sig noget, det vil sige med udtalt perpleksitet. Tankegangen er privat og helt uindfølelig. Der er ingen sygdomsindsigt eller –erkendelse. Kontakten formelt er nogenlunde men den emotionelle er svært læderet.

Han er præget af megaloman og religiøse vrangforestillinger om at være Jesus og venter på, at Gud afhenter ham fra Sikringsafdelingen. Han er iklædt store skjorter som ligner kjortler og har ca. 30 cm langt fuldskæg og hår. Stemningsmæssigt fremtræder han neutral og er ikke suicidal.

Patienten har også forskellige seksuelle vrangforestillinger og har desuden en stereotyp rigid ritualiseret adfærd, som styrer hans hverdag, hvor han nu selv styrer personlig hygiejne. Han spiser ikke med i fællesskab, og han har indetider på sin stue, således at man konstant ved, hvornår han er i fællesskabet, som en del af at have fuldt fællesskab”.

A var fortsat i behandling med antipsykotisk virkende medicin givet såvel i depotform som

i tabletform og hertil modtog han beroligende medicin (tablet Rivotril 6 mg i døgnet). Retslægerådet anbefalede og Justitsministeriet gav tilladelse. Udgangene forløb uden problemer, og et lille år efter fik han efter ansøgning tilladelse til personaleledsaget udgang til nærliggende skov og strand for i maj 2013 også at få tilladelse til 10 personaleledsagede udgange til Nykøbing Sjælland by og opland.

Disse forløb uden problemer og i august 2013 ansøgte overlægen så om generel tilladelse til personaleledsagede udgange til alle tre lokaliteter – hospitalets terræn, skov og strand samt Nykøbing Sjælland by og opland. Endvidere ansøgte afdelingen efter A's eget ønske om tilladelse til personaleledsaget besøg i Zoolo-gisk Have med efterfølgende spisning på en navngiven restaurant. Hans psykiske tilstand er beskrevet som stort set uændret, som ovenfor beskrevet, men det var dog lykkedes at motivere A for delvis fællesskab og ophold i dagligstuen, men hans kontakt med personale og medpatienter var begrænset. Retslægerådet anbefalede det ansøgte, hvilket Justitsministeriet efterfølgende gav tilladelse til.

#### **Kommentar:**

Denne sag beskriver et yderst ondartet forløb af skizofreni. A havde formentlig været syg siden barndommen, og omkring 16-årsalderen synes han at være blevet manifest sindssyg. Den helt uberegnelige og uindfølelige kriminalitet må tilskrives hans kaotiske og angstprovokerende psykotiske forestillingsverden, men overlægen, der mentalundersøgte A, gav dog udtryk for et optimistisk syn på prognosen.

A's tilstand blev imidlertid stadig forværret – han udviklede et fasttømret omfattende system af vrangforestillinger, hans adfærd blev i tiltagende grad præget af ritualer, han blev i sjældent set grad præget af selvvalgt social

isolation og manglende følelsesmæssig kontakt med omgivelserne ("autisme"), ligesom hans ambivalens er invaliderende. Hertil kommer, at han i lange perioder har været yderst farlig for andre mennesker blandt andet i form af, at han pludseligt og uforudsigeligt forsøgte at kvæle kvindelige personalemedlemmer. Sygdommen har også vist sig behandlingsrefraktær – Sikringsafdelingen har forsøgt sig med stort set alt, fra medicinfri psykoterapi til forskellige kombinationer af medikamentel behandling sammen med miljøterapi, men intet har kunnet bedre A's psykiske sygdom. Gennem de seneste år er der tilsyneladende sket en vis stabilisering, hvorfor han har fået tildelt stadig flere frihedsgoder, men nogen egentlig bedring er der ikke tale om. Vurderingen af hans farlighed er yderst vanskelig på grund af hans kontakt-aflukkethed, som ikke tillader at få indblik i eller blot indtryk af hans forestillingsverden ud over hans omfattende bizarre vrangforestillinger. Som det fremgår, ønsker A selv at forblive på Sikringsafdelingen, og det må antages, at han forbliver der, indtil han selv ønsker at blive flyttet, og dette i øvrigt ikke er utilrådeligt, idet en "tvangsudskrivning" må frygtes at kunne medføre personfarlige handlinger fra A's side.

Sikringsafdelingen begyndte omkring 1990 at ansøge om tilladelse til, at indlagte patienter fik mulighed for at få personaleledsagede udgange. De praktiske procedurer, herunder Retslægerådets rolle, var i starten lidt uklare, men der har udviklet sig en fast praksis, hvor Sikringsafdelingen fremsender en motiveret ansøgning til Justitsministeriet, som så forelægger sagen for Retslægerådet. Der er tre prototyper – ledsaget udgang til hospitalets terræn, til hospitalets nærmeste omegn, skov og strand samt ledsaget udgang til Nykøbing Sjælland by og opland.

Der startes som udgangspunkt med den første, så den anden og endelig udgang til Nykøbing Sjælland by mv.. Rådets opgave er at vurdere, om udgangen skønnes lægeligt forsvarligt, medens Justitsministeriet, som i forbindelse med udgange af domsanbragte også hører f.eks. politi og anklagemyndigheden, fastsætter vilkår af sikkerhedsmæssig karakter.

Praksis er blandt andet, at Sikringsafdelingen umiddelbart før en konkret udgang skal vurdere om udgang er forsvarlig – patientens

psykiske tilstand kan jo ændre sig over tid – at patienten ledsages af to personalemedlemmer, som skal have en mobiltelefon med (er blevet praksis gennem de senere år), og at alle eventuelle uregelmæssigheder indberettes til politiet og Justitsministeriet. Den samlede procedure og praksis kan synes tung, men den er nødvendig henset til, at kriterierne for ophold i Sikringsafdelingen dels er, at patienten er sindssyg dels er, at patienten er personfarlig.

## **Seksuel adfærd under søvn, ”sexsomnia”, en ny diagnose**

*A var sigtet for sædelighedskriminalitet. Han nægtede sig skyldig med den begrundelse, at han havde handlet i søvne og intet kunne huske. Sagen blev forelagt Retslægerådet med tre spørgsmål om seksuel adfærd under søvn, ”Sexsomnia”. Rådet måtte basere sin udtalelse på den foreliggende videnskabelige litteratur om emnet og konkluderede, at der var stor lighed mellem de symptomer A beskrev, og vidner bekræftede, og ”Sexsomnia”, men afstod fra at fastslå diagnosen, idet denne i høj grad bygger på vidneudsagn, som det er rettens – ikke Retslægerådets – opgave at vurdere. A blev frifundet, idet retten fandt, at han havde manglet forsæt. ”Sexsomnia” er tæt forbundet med søvngængeri – somnambulisme – som er en tilstand ligestillet med sindssygdom og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet overvejede da også at anmode om, at der blev indhentet en mentalerklæring i sagen, men valgte alene at besvare det fremsendte spørgetema. (J. nr. 50E/E9-05941/2012).*

A var 30 år, da han blev sigtet for overtrædelse af straffelovens § 218, stk. 2 (forsøg på at skaffe sig samleje uden for ægteskab med en person, der befinder sig i en tilstand, i hvilken den pågældende er ude af stand til at modsætte sig handlingen) samt blufærdighedskrænkelser (overtrædelse af straffelovens § 232). Han nægtede sig skyldig med den begrundelse, at han havde handlet i søvne.

Af sagens akter fremgår, at A var fysisk og psykisk rask samt socialt veltilpasset og vel fungerende. Han havde som barn lidt af søvngængeri. Han var tidligere ustraffet. Om den aktuelle sag fremgår, at A havde været til en fest, havde fået noget at drikke, men uden at han følte sig egentlig beruset. To piger på 17 år deltog også i festen, og nærmest lidt tilfældigt endte det med, at pigerne, som A havde et overfladisk kendskab til, skulle overnatte hos A. De fik lidt at drikke før de gik til ro – A i sit soveværelse, de to piger i et tilstødende værelse. Ud på natten vågnede de ved, at A kravlede op i sengen hos dem med erigeret penis, som han gned mod den ene piges lænd,

ligesom han pressede sit lem ind imellem hendes ben og foretog samlejebevægelser, uden at han førte penis ind i pigens vagina. Samtidig hermed befølte han den anden pige på hendes inderlår. De kom fri og forlod lejligheden. A havde under hele forløbet haft lukkede øjne, og da de gik, lå han sovende i sengen. A angav efterfølgende, at han intet huskede om forløbet. Efterforskningen viste, hvilket A også selv forklarede, at han tidligere havde foretaget ret forskelligartede seksuelt grænseoverskridende natlige handlinger, som han ikke kunne huske, og i flere tilfælde havde de kvinder, det var gået ud over, haft en oplevelse af, at A ikke var sig selv. Ingen af disse tilfælde var blevet anmeldt – f.eks. havde en af de ”forurettede” været kæreste med A, i andre tilfælde havde man blot gjort lidt grin med det passerede.

Efter de nu påsigtede forhold havde A søgt behandling, og der forelå i sagen blandt andet en erklæring fra en dansk læge, der arbejdede som søvnforsker i Sverige og drev en søvnklinik i Danmark. Erklæringen konkluderede,

at A havde handlet i søvne – i en tilstand af "Sexsomnia".

Anklagemyndigheden forelagde herefter sagen for Retslægerådet med den begrundelse, at der ikke forelå retspraksis i Danmark angående den anførte problemstilling – kunne de påsigtede forhold antages at være foregået i søvne.

Anklagemyndigheden stillede tre spørgsmål, som rådet besvarede som følger.

**"Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes beskrive diagnosen "sexsomnia".*

Sexsomnia er en sjælden, men formodentlig underrapporteret form for parasomnia, det vil sige søvnforstyrrelse. Sexsomnia karakteriseres ved atypisk seksuel adfærd under søvn. Tilstanden forekommer episodisk om natten, i alle faser af søvnen. Den seksuelle adfærd afviger fra det mønster patienten i øvrigt udviser under vågen seksuel adfærd. Patienten har ofte andre former for parasomnia, for eksempel søvngængerier. Der er en overvægt af mænd. De fleste tilfælde debuterer i tidlig ungdom.

Der forekommer alle former for seksuel adfærd fra at tale i søvne med et seksuelt indhold, stønnen, samlejebevægelser, masturbation til fuldført samleje, der som oftest har en anden karakter end frivillige samlejer i vågen tilstand hos det samme par. Mange tilfælde beskrives som værende med den, der tilfældigvis ligger ved siden af, og en del patienter undgår derfor bevidst at sætte sig i situationer, hvor risikoen kan opstå.

Patienter med sexsomnia har amnesi for oplevelser, men kan af og til vågne op under den

seksuelle akt, men har ingen erindring om optakten.

Søvnmangel, afbrudt søvn, stress, alkohol, stoffer og visse typer medicin kan udløse et anfald.

Der er komorbiditet angående epilepsi og andre søvnforstyrrelser, som søvngængerier, spisning i søvne og andre former for komplekse adfærdsmønstre i søvne.

Tilstanden er vanskelig at dokumentere i søvnlaboratorium, og der er i litteraturen kun beskrevet ganske få tilfælde, hvor adfærd kunne genfindes i laboratoriet. Diagnosen hviler derfor på sygehistorien, herunder vidnesbyrd fra patientens partners beskrivelse. Tilstedeværelse af andre søvnforstyrrelser bekræfter mistanken.

I litteraturen anbefales video-PSG (polysomnografi) og EEG samt udelukkelse af demenssygdomme, dissociale tilstande samt epilepsi.

Manglende genkaldelse af anfald udelukker ikke diagnosen.

**Spørgsmål 2:**

*Efter de lægelige oplysninger om A bedes Retslægerådet vurdere, om A må antages, at have diagnosen "sexsomnia".*

Det fremgår af materialet, at den tiltalte har:

- Gentagne episoder med sexsomnia-lignende adfærd
- Har haft en for ham atypisk seksuel adfærd under episoderne
- Tilsyneladende ikke erindrer episoderne
- Haft tilfælde, hvor han "vågner op" under seksuel akt.
- Haft søvngængeriadfærd som barn.
- Har været behandlet for epilepsi,

- Har været exponeret for udløsende faktorer som træthed og alkohol.

På den baggrund vurderer Retslægerådet, at der er stor lighed mellem det symptommønster, der er set hos tiltalte og tidligere beskrevne sygehistorier og litteratur.

### **Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om den episode, der af vidnerne B og C (de forurettede, rådets bemærkning) er beskrevet under forklaringerne for retten, kan være sket under "sexsomnia".*

Retslægerådet skønner, at episoderne kan være sket under en episode af seksomnia".

Ved byrettens efterfølgende dom fandt retten det godtgjort, at A havde handlet som beskrevet i anklageskriftet, men under henvisning til blandt andet Retslægerådets udtalelse fandt retten det ikke godtgjort, at A "...har haft direkte forsæt til at begå de straffelovsovertrædelser, der er omfattet af tiltalen", ligesom retten heller ikke fandt, at de tidligere, ganske forskelligartede tilfælde af seksuel adfærd i søvne, medførte, at A selv skulle være bekendt med, at han kunne begå seksuelle overgreb i søvne, hvorfor retten heller ikke fandt, at A havde en lavere forsætsgrad end direkte forsæt til at begå de anførte lovovertrædelser. A blev herefter frifundet. Dommen blev ikke anket.

### **Kommentar:**

Som det fremgår, er seksuel adfærd under søvne – "Seksomnia" – en ny diagnose, og i overensstemmelse hermed havde kun en af de tre sagkyndige, der behandlede sagen i Retslægerådet, set enkelte tilfælde, der kunne give

mistanke om "Seksomnia". På den baggrund måtte rådets udtalelse i høj grad basere sig på den videnskabelige litteratur om emnet. Denne er resumeret i besvarelsen af spørgsmål 1, og i besvarelsen af spørgsmål 2 nævner rådet A's symptomer og konkluderer, at der er stor lighed mellem dette symptommønster, og hvad der er beskrevet i den videnskabelige litteratur, men uden håndfast at fastslå, at der er tale om "sexsomnia", idet denne diagnose i høj grad bygger på vidneforklaringer, herunder den sigtedes egen forklaring, og vurderingen heraf er rettens, ikke Retslægerådets opgave. Af samme grund gik rådet heller ikke ind i en nærmere vurdering af de i spørgsmål 3 nævnte vidneforklaringer, men anførte blot, at A..."kan have handlet under en episode af "sexsomnia"."

Som det fremgår, er "sexsomnia" forbundet med søvngænger – somnambulisme – en retspsykiatrisk klassiker (Retslægerådets årsberetning 2010, s. 45 ff. og 2011, s. 111 ff.). En søvngænger kan foretage komplicerede handlinger, f.eks. køre bil, og fremtidig forskning må afgøre, om "sexsomnia" er en selvstændig diagnose, eller om en søvngængers seksuelle handlinger må ses på lige fod med anden undertiden bizar adfærd, somnambulisme kan medføre. Somnambulisme er en med sindssygdom ligestillet tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og Retslægerådet overvejede under behandlingen af denne sag, om der burde indhentes en mentalerklæring til vurdering af, om også "sexsomnia" måtte opfattes som en ligestillet tilstand, men valgte at besvare spørgetemaet, som det var fremsendt. Retten frifandt A med den begrundelse, at han havde manglet forsæt, hvilket på sæt og vis svarer til, at en sindssyg af retten findes utilregnelig og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og frifindes for straf.

## **Retslægerådet anbefalede tiltagende frihedsgoder til en forvaringsdømt brandstifter efter korrespondance**

*B blev første gang dømt for brandstiftelse 23 år gammel, og han er siden adskillige gange dømt for ligeartet kriminalitet, herunder brandstiftelse hvor to mennesker omkom. Han blev som ung to gange idømt foranstaltningsdomme, senere forvaring som han efter nogle år blev prøveudskrevet fra. Et lille års tid senere foretog han igen ildspåsættelse og blev igen idømt forvaring. Han er indsat i Anstalten ved Herstedvester, hvor han på alle måder er veltilpasset. Brandstiftelserne ses som udtryk for intrapsyriske konflikter, og B har derfor under indsættelsen modtaget psykoterapi. Den behandlingsansvarlige overlæge indstillede, at B fik tilkendt frihedsgoder i langsom stigende grad. Retslægerådet kunne ikke tiltræde indstillingen, men efter korrespondance, hvor overlægen uddybede og nærmere forklarede sine argumenter, ændrede rådet opfattelse og støttede anbefalingen. Korrespondance er således en mulighed for at påvirke Retslægerådets skøn. (Første j.nr. A25359, seneste j.nr. 10A/A9-03425-2012).*

B var 23 år gammel, da han i 1984 blev sigtet for brandstiftelse og i den anledning blev mentalundersøgt, hvorefter Retslægerådet afgav udtalelse. Efterfølgende er han adskillige gange dømt for brandstiftelse, herunder et tilfælde hvor to mennesker omkom og flere pådrog sig kvæstelser. Han er flere gange blevet mentalundersøgt, og Retslægerådet har i årenes løb afgivet adskillige udtalelser om B. Resumerende fremgår det, at B blev født i Tyskland som barn af en tysk kvinde og en sort amerikansk soldat. Han opholdt sig på et børnehjem, indtil han i to-års-alderen blev adopteret af et dansk ægtepar. Barndomshjemmet var angivelig præget af vold, ligesom B for mange år siden – men ikke efterfølgende - berettede om seksuelle overgreb. Da han var 11 år gammel, blev han børnepsykiatrisk undersøgt og behandlet, diagnosen var tidlig følelsesmæssig forsømmelse (emotional deprivation). Efterfølgende var han anbragt på forskellige institutioner og i familiepleje, indtil han 23 år gammel flyttede i egen bolig. B havde skoleproblemer, men han

har gennemført en håndværksuddannelse og har efter egne oplysninger arbejdet inden for sit fag til kundens og arbejdsgiverens fulde tilfredshed. Han er for år tilbage tilkendt pension, men under indsættelse til forvaring i Anstalten ved Herstedvester har han i en årække arbejdet solidt og stabilt inden for sit fag. Han har tre nu voksne børn fra to tidligere samlivsforhold. Han er nu gift med en tidligere indsat i Anstalten ved Herstedvester, parret har et mindreårigt barn. B er i det væsentlige legemlig rask, han har aldrig misbrugt euforiserende stoffer eller alkohol, men han har ved mange af tilfældene af brandstiftelse været lettere alkoholpåvirket.

B har en lang kriminel karriere. I 1977, 16 år gammel, blev han sigtet for blandt andet hærværk og tyverier, men påtale blev undladt mod hjælpeforanstaltninger efter bistandsloven m.v.. I 1984 blev han dømt for 11 tilfælde af brandstiftelse (overtrædelse af straffelovens § 181). Han blev mentalundersøgt, og med henvisning til blandt andet hans problematiske opvækstvilkår og psykiske uligevægt an-

befalede overlægen en behandlingsdom. Retslægerådet var tvivlende, rådet fandt B ”karakterafvigende, overvejende umoden”, omfattet af straffelovens (dagældende) § 69, stk. 1, (nu § 69), men blandt andet under henvisning til B’s unge alder tiltrådte rådet anbefalingen af en foranstaltningsdom, hvilket også blev resultatet. Der blev tilsyneladende ikke iværksat nogen særlig behandling, idet den behandlingsansvarlige overlæge ikke skønnede, at der forelå noget behandlingsbehov, og dommen blev ophævet efter små to år. Godt et år senere blev B igen dømt for brandstiftelse (§ 181). Han blev i anledning af sagen mentalundersøgt under en langvarig indlæggelse. Overlægen mente, at B havde været psykotisk på gerningstidspunktet, men det var Retslægerådet bestemt ikke enig i – rådet fandt ham blandt andet umoden, sårbar, dependent, mistroisk og afglidende, omfattet af § 69, stk. 1, og rådet kunne ikke anbefale en særforanstaltning. Ved korrespondance fastholdt overlægen sine synspunkter, men uden nye argumenter, hvorfor rådet ikke fandt anledning til at ændre opfattelse. På trods af Retslægerådets udtalelse blev B idømt en behandlingsdom, og ambulat psykoterapeutisk behandling blev det følgende års tid varetaget af den mentalundersøgende overlæge. Af geografiske grunde overgik behandlingsansvaret til en anden psykiatrisk afdeling, men B gav kun fremmøde et par gange, idet han anførte, at han ikke havde yderligere behov for behandling, han havde det fint, hans sociale forhold var gode m.v. Overlægen fandt heller ikke, der var behov for yderligere behandling og Retslægerådet fandt det i udtalelse af 19.04.89 ....”forsvarligt at ophæve den idømte foranstaltning”, hvilket den så blev. I 1991 blev B idømt fængsel i 1 år og 6 måneder igen for blandt andet brandstiftelse (§ 181, stk. 1) og i 1992 blev han for vold af særlig farlig

karakter (overfor sin fraseparerede hustru) idømt fængsel i tre måneder.

I 1993 foretog B igen brandstiftelse, hvorved to mennesker omkom og et større antal pådrog sig røgforgiftning og forskellige læsioner. Han blev igen mentalundersøgt, først ambulant, så under indlæggelse. De grundige erklæringer fandt B i betydelig grand personlighedsmæssigt afvigende, ligesom det explicit er anført, at han ikke var og aldrig havde været sindssyg. B selv mente, han havde haft meget stor gavn af den psykoterapeutiske behandling, han havde modtaget, og mente, han igen burde idømmes en form for behandlingsforanstaltning. Retslægerådet udtalte, at B var personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet ...”selvcenteret, følelsesmæssig garderet og afglidende, præget af manglende følelsesmæssigt engagement i andre mennesker samt tilbøjelighed til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne”. B fandtes omfattet af (den dagældende) § 69, stk. 1, (nu § 69), og Retslægerådet anbefalede i overensstemmelse med mentalerklæringerne forvaring, jf. straffelovens § 70. B blev efterfølgende af landsretten idømt forvaring, hvilket Højesteret stadfæstede 24.03.94.

B blev prøveudskrevet år 2000 på en lang række vilkår, men han blev genindsat i 2002 efter en sigtelse for brandstiftelse – som senere blev frafaldet -, men også med den begrundelse, at han var psykisk uligevægtig. Under indsættelsen i Anstalten ved Herstedvester havde B gennemgået et langvarigt psykoterapeutisk behandlingsforløb, og det var den behandlingsansvarlige overlæges opfattelse, at han havde profiteret af behandlingen, ligesom hans forhold i Anstalten generelt havde været upåklagelige. Han blev derfor – efter sigtelsen for brandstiftelse var frafaldet – senere i 2002 på ny prøveudskrevet på en række vilkår. Året efter – i 2003 – blev han igen

sigtet for brandstiftelse, to tilfælde af overtrædelse af § 180, tre tilfælde af overtrædelse af § 181, stk. 1. Han blev igen mentalundersøgt under indlæggelse, og han blev igen fundet personlighedsmæssigt afvigende, præget af de samme karaktertræk som tidligere, og overlægen anbefalede igen forvaring, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig, hvorefter B i januar 2005 ved landsretten igen blev idømt forvaring.

I 2009 nedlagde B påstand om, at han blev prøveudskrevet fra forvaring, subsidiært at han blev overflyttet til fortsat afsoning i åbent fængsel. Af sagens akter fremgår, at B's forhold i anstalten var upåklagelige, han arbejdede fuldtids ind for sit fag, og ved behov påtog han sig overarbejde. I perioder arbejdede han uden for muren uden opsyn. Han havde ophold i anstaltens personalefri afdeling, og han havde et udmærket forhold til personale og medindsatte. Han havde gået to ledsagede udgange. Herstedvester ved den behandlingsansvarlige overlæge kunne imidlertid ikke anbefale prøveudskrivning, idet forudsætningen herfor – blandt andet set i lyset af forløbet ved prøveudskrivning i forbindelse med den tidligere forvaringsdom – var et langvarigt og forsigtigt udslusningsforløb, og et sådant var endnu ikke påbegyndt. Byretten afviste prøveudskrivning og angav, at afgørelsen af, hvor en indsat skal afsone, træffes af Kriminalforsorgen og ikke er et domstolsanliggende. B ankede til landsretten, der anmodede Retslægerådet om en udtalelse om prøveudskrivning. Rådet tilsluttede sig overlægens opfattelse, og landsretten stadfæstede byrettens kendelse.

I 2012 indstillede Anstalten ved Herstedvester, at B fik tilladelse til uledsagede udgange, og ved et møde med Rigsadvokaten blev det besluttet at forelægge sagen for Retslægerådet. En aktuel erklæring om udgangsspørgs-

målet indeholdt en relevant gennemgang af hele sagen, herunder en beskrivelse af B's forhold i Anstalten, der var uændret gode, jf. ovenstående. Han havde fået tilladelse til månedlige ledsagede udgange til familien, og alle disse var forløbet ukompliceret. Overlægen havde under hele B's aktuelle indsættelse i Anstalten haft regelmæssig psykoterapeutisk kontakt med B, og overlægen vurderede, at B under dette behandlingsforløb i stigende grad havde turde åbne sig og give udtryk for egne meninger og følelser. Videre hedder det "...Et centralt tema har været at gennemgå risikoscenarier henset til, at B tidligere i belastede/pressede situationer har været tilbøjelig til at isolere sig med tristhed og frustration, og den pådømte kriminalitet må ses som en form for afspænding. B har risikofaktorer i form af indestængt vrede, ensomhed og isolation. Han kan genkende de første tegn på stress i form af muskulær uro (som han ikke har haft de sidste år). B har fået sit eget netværk og er tillige meget positivt indstillet overfor at bruge det professionelle netværk".

B havde som tidligere nævnt ikke noget alkoholmisbrug, men han havde været lettere alkoholpåvirket ved brandstiftelserne, og han var angiveligt indstillet på ikke at indtage alkohol, ligesom overlægen betonedede, at et ubetinget alkoholvilkår – herunder behandling med Antabus – ikke "vil blive slækket i rigtig mange år".

B frembød ingen psykotiske eller blot psyko-suspekterede symptomer, og han havde under det lange forløb aldrig modtaget psykofarmakologisk behandling.

Overlægen anbefalede, at B fik tilladelse til først uledsaget dagudgang, så udgang med overnatning og senere almindelig week-end udgang med et ubetinget vilkår om alkoholbehandling.

Således som sagen forelå oplyst, kunne Retslægerådet imidlertid ikke anbefale uledsagede udgange og udtalte blandt andet:

”Ved tidligere mentalundersøgelser er B beskrevet som personlighedsforstyrret, blandt andet subjektiv, ansvarsforflygtigende og følelsesmæssigt overfladisk. Han har under den aktuelle afsoning været i samtalebehandling ved overlægen, som har vurderet, at der kun er en lille risiko for fremtidig vold. Det fremgår imidlertid ikke, om B, der tidligere har nægtet sig skyldig i de seneste pådømte ildspåsættelser, nu erkender disse, hvorfor overlægens opfattelse af, at B har arbejdet med sig selv psykoterapeutisk og er motiveret for fortsat alkoholafholdenhed, må vurderes som lidt usikker.

Retslægerådet kan således på baggrund af B's tidligere kriminalitet og det om hans personlighedsmæssige egenart oplyste ikke på nuværende tidspunkt anbefale overgang til uledsaget udgang”.

Da rådet havde en anden opfattelse end overlægen blev der korresponderet, det vil sige, at rådets påtænkte udtalelse blev fremsendt til overlægen med følgende tilføjelse:

”Inden Retslægerådet afgiver endeligt svar, skal rådet forespørge, om De har bemærkninger hertil. Deres bemærkninger skal være sekretariatet i hænde inden 14 dage fra dato, idet sagen umiddelbart herefter vil blive viderebehandlet”.

Overlægen fremsendte en supplerende erklæring, hvor det blandt andet hedder:

”Forvarede har ikke bare verbalt, men i sine daglige handlinger vist et engagement i og ansvarstagen for medindsatte, arbejdsplads foruden sin familie, sidstnævnte i det omfang den afsoningsmæssige situation muliggør.

Forvarede har i stigende grad evnet at reflektere over andre menneskers situationer. Således blev forvarede sidste år pludselig uprovokeret overfaldet af en medindsat, der tog kværlertag, hvilket selvfølgelig var en angstvækkende oplevelse, men forvarede kunne efterfølgende godt på nuanceret vis reflektere over, hvilke faktorer i den medindsattes afsoningssituation, der kunne have medvirket til, at vedkommende mistede besindelsen. Forvarede deltog gerne i et møde, hvor vedkommende fik mulighed for at give en undskyldning. Ligeledes er han i den personalefri afdeling fra af have været den lidt dominerende og dirigerende blevet mere lydhør og støttende. For et par måneder siden udtrykte forvarede, at han var blevet ”bæret over”, at en medindsat (familiedrabsmand) kunne bruge ham til at dele sin sorg med”.

Yderligere anføres blandt andet:

”Helt centralt i forvaredes udvikling er, at han siden aktuelle fængsling har formået at sætte ord på sin indre grundlæggende konflikt, der stammer fra ildspåsættelse i 1993, hvor to mennesker indebrændte – en helt utilgivelig hændelse, som forvarede selv mente burde have ført til udstødelse og foragt fra netværkets side. Forvarede prøvede det ikke af, men isolerede sig med skammen og kunne tidvis opleve sig selv som eksisterende i en tom boble. Forvarede har aldrig tidligere formået at få talt om dette med sine omgivelser, men kan nu sætte ord på og tale om det med sin familie og øvrige netværk (har en del venner fra sit tidligere liv i ....) .... Forvarede benægter ikke kriminaliteten, men har umådelig svært ved at se sig selv som skadeforvoldende. Han har en svag erindring om den tid, om sin isolation og kan erkende, at det er en utrolig destruktiv måde at blive synlig på”.

Retslægerådet behandlede på ny sagen efter at have modtaget den supplerende erklæring, og på grundlag af det nu oplyste ændrede rådet sin udtalelse som følger:

”Han har under den aktuelle afsoning været i samtalebehandling ved overlægen. Han synes at have profiteret af behandlingen, idet han har udvist tiltagende opmærksomhed og indføling i forhold til andre. Baggrunden for den positive udvikling vurderes af overlægen at være en tiltagende evne til at verbalisere og dele sine tanker frem for at isolere sig. Herunder erkender B, at den tidligere kriminalitet var en destruktiv måde at udtrykke sig på, og han er blevet bedre til at modtage positive tilkendegivelser fra andre.

Retslægerådet skal på grundlag af det beskrevne forløb anbefale, at overlægens anmodning om, at B overgår fra regelmæssig ledsaget udgang til uledsaget udgang med ubetinget vilkår om alkoholistbehandling og vilkår om ikke at opsøge de tidligere gerningssteder imødekommes”.

#### **Kommentar:**

Brandstiftelse uden økonomiske motiver er i dag en sjælden form for kriminalitet (men sådan var det ikke tidligere, se f.eks. jubilæumsbogen ”Retslægerådet 1909-2009), og recidiverende brandstiftelse i et omfang som beskrevet i denne sag er endnu mere sjældent. Brandstiftelse begås relativt hyppigt af kvinder, det vil sige, at blandt de få kvinder, der begår kriminalitet, er andelen af kvinder højere end blandt mænd, men antallet af mandlige brandstiftere er selvsagt større end antallet af kvindelige, idet væsentlig flere mænd end kvinder er kriminelle.

Brandstiftelse begås ligeledes relativt ofte af sindssyge – f.eks. for ved ildspåsættelse at fjerne sporene efter sig for indbildte forfølg-

re – og af mentalt retarderede, som måske oplever, at omgivelserne ikke lytter efter deres ønsker, og som ved at sætte ild på fremtvinger en ændring. Men B er hverken sindssyg eller mentalt retarderet, og her nødes man til at ”forklare” ildspåsættelserne med en personlighedsstruktur, der ved frustration medfører en tiltagende indre spænding, hvor brandstiftelsen så ses som en form for afspændingsreaktion. Der er i årenes løb fremsat adskillige hypoteser bygget på denne mere generelle antagelse, men spørgsmålet er, om man ikke blot bliver ”confused on a higher level”. Brandstiftelse har været opfattet som en form for seksuel lystfølelse, men mere generelt er dette ikke korrekt, ligesom der ikke er grundlag for at antage, at der er en sammenhæng mellem epilepsi og brandstiftelse, om end dette (måske) kan ses i enkeltstående tilfælde.

Det er et markant træk, at B er så veltilpasset og velfungerende under institutionsanbringelser. Spekulativt kan man antage, at på en institution er tilværelsen på mange måder skemalagt, og accepterer man institutionens regler og rammer, kan man leve uden særlige problemer – men næppe uden frustration i mange tilfælde. Overordnet må B antages at have store vanskeligheder med at klare sig uden for institutionelle rammer, og om end han ikke misbruger alkohol, synes selv let alkoholpåvirkning at øge risikoen for at han sætter ild på. Et ubetinget alkoholistvilkår er derfor indlysende.

B har under indsættelsen i Anstalten ved Herstedvester modtaget psykoterapi, hvis formål ikke har været at ændre hans grundlæggende personlighedsstruktur – det lader sig nemlig næppe gøre – men nærmere at bibringe ham indsigt i egne problemer og muligheder, således at han bedre kan bearbejde de vanskeligheder, hans personlighedsmæssige egenart

måtte medføre. Men risikoen for kriminelt recidiv er vanskeligt at vurdere, og det er derfor naturligt, at Anstalten planlægger en langsom og forsigtig udslusning.

Som det fremgår, korresponderede Retslægerådet for mange år siden med en overlæge, der mente, at B havde været psykotisk, hvad rådet ikke mente, og også aktuelt, hvor rådet i første omgang ikke kunne støtte overlægens indstilling om uledsagede udgange, men ændrede opfattelse efter at have modtaget yderligere oplysninger. Korrespondance betyder, at Retslægerådet på grundlag af det for rådet foreliggende materiale, herunder skal der foreligge relevante lægelige dokumenter, f.eks. en mentalerklæring, udarbejder en udtalelse. Såfremt Retslægerådet har en anden opfattelse af f.eks. diagnose, sanktionsforslag, foranstaltningsændring m.v. end den erklæringskrivende overlæge, fremsendes den udtalelse, rådet er sindet at afgive, til overlægen, som således får mulighed for at uddybe sine synspunkter i en supplerende erklæring. Når denne er modtaget, behandles sagen igen af de tre voterende, som medvirkede i første omgang. Sagen returneres til den rekvirerende myndighed bilagt korrespondancen, således at myndigheden får indblik i det fulde grundlag for Retslægerådets skøn. Det hævdes undertiden, at korrespondance nærmest er en tom gestus – altså har rådet først dannet sig en mening, lader denne sig ikke røkke. Som det fremgår korresponderede rådet for år tilbage med en overlæge, som mente, at B havde væ-

ret psykotisk på gerningstidspunktet, hvilket rådet ikke mente. Ved korrespondancen gentog overlægen blot sine synspunkter, men fremkom ikke med uddybende eller supplerende argumenter, hvorfor rådet ikke fandt grundlag for at ændre sin påtænkte udtalelse. Modsat med den seneste korrespondance, hvor overlægen netop uddybede sin erklæring på en sådan måde, at Retslægerådet fandt grundlag for at ændre opfattelse. Korrespondance er således ikke blot en tom gestus, men en mulighed for at uddybe og supplere sine synspunkter. Se også denne årsberetning s. 74 ff. En særlig form for korrespondance er sager, hvor Retslægerådet finder en mentalerklæring så mangelfuld, at rådet ser sig nødsaget til at anmode om en ny erklæring (se denne årsberetning s. 86 ff.) eller – i yderst få tilfælde – finder reobservation ved et af rådets medlemmer påkrævet.

Korrespondance er ikke nogen sjælden foreteelse. Til brug for Rigsadvokaten har Retslægerådet udarbejdet en oversigt for 2012 – baseret på dataudtræk fra rådets journalsystem – over antallet af retspsykiatriske sager, der omhandler sanktionsspørgsmål i straffesager, (det vil sige mentalerklæringer), hvor der er korresponderet. Der blev korresponderet i 73 af 333 sager, det vil sige næsten 22 % af de modtagne sager. Tallene illustrerer den ”kvalitetskontrol” – eller det overskøn – Retslægerådet foretager.

## Vurdering af intelligens ved psykisk sygdom

*Diagnosen mental retardering forudsætter, at intelligensen målt ved en IQ test er 69 eller derunder. Men samtidig er det som bekendt også en forudsætning for denne diagnose, at den begrænsede intellektuelle formåen har været til stede allerede fra den tidlige barnealder. Ved en række psykiske sygdomme forekommer påvirkning af kognitive funktioner, og følgelig vil måling af intelligens hos disse ofte vise en IQ i området for mental retardering, uden at dette har været tilfældet i barnealderen. I mentalerklæringer forelagt Retslægerådet optræder hyppigt den fejlslutning, at en aktuell IQ på 69 eller derunder er ensbetydende med, at patienten er mentalt retarderet, hvorfor observanden uretmæssigt vurderes omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 (mentalt retarderede i lettere grad), eller endog samme lovs § 16, stk. 1, 2. punktum (mentalt retarderede i højere grad). (J.nr. 10A/A1-03430-2012).*

C mentalundersøges 18 år gammel på ungdomspsykiatrisk afdeling efter sigtelse for flere tilfælde af vold mod sin moder og personale på institutioner. I erklæringen konkluderes ”C er herefter fundet sindssyg, og han har været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Han opfylder kriterierne for diagnosen skizofreni. Hans begavelsesniveau er svarende til mental retarderet af lettere grad. Dertil er han beskrevet med udtalte vanskeligheder i forhold til sociale kompetencer (autismespektrum forstyrrelse). Der er ikke oplysninger, som giver mistanke om misbrug eller patologisk rus, hverken generelt eller i forbindelse med tiden omkring aktuelle sigtelser.

Det skal understreges, at C’s adfærd er potentielt personfarlig. Denne farlighed har baggrund i betydelige vanskeligheder i forhold til at aflæse socialt materiale i samvær med andre, men samtidig også i udtalte vrangforestillinger. Erfaringen er, at han i situationer kan være truende og eventuelt handle personfarligt såvel impulsivt som planlagt. Han har i dele af sin opvækst været tilknyttet forskellige

bosteder, idet den pædagogiske opgave har været af et omfang, som kræver specialuddannet døgnbehandling. Dette behov vurderes fortsat at være til stede.

C findes samlet at tilhøre den personkreds, som er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 samt § 16, stk. 2. Såfremt han findes skyldig i den påsigtede kriminalitet, anbefales, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenligt end almindelig straf til forebyggelse af en ikke ubetydelig risiko for ligeartet kriminalitet, 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.

Ikke mindst med baggrund i, at C findes at tilhøre den personkreds, som er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 anbefales dertil vilkår om anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Oplysninger om C’s opvækst og udvikling findes at understrege denne anbefaling. Det vurderes afgørende, at C sikres døgn dækning til sikring

af en pædagogisk ramme samt fastholdelse i psykiatrisk behandling”.

Ved mentalundersøgelsen var gennemført intelligensmåling med prøverne WISC III (intelligenstest til børn) og WAIS III (intelligenstest til voksne, dvs. 18 år og derover). Ved WAIS testen opnår han en IQ på 71 for sproglig forståelse og 89 for perceptuel organisering, medens de tilsvarende tal for WISC testen er 70 og 80. Der er desværre kun udregnet total IQ for WISC prøven (IQ 68). I den kliniske del af mentalerklæringen beskrives en tanke- og forestillingsverden, der ligger langt over det niveau, man finder hos mentalt retarderede. I erklæringen mangler beskrivelse af C's kognitive funktion før udvikling af den psykotiske tilstand.

Retslægerådet udtaler august 2012: ”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af foreliggende akter med retspsykiatrisk erklæring af 17.04.12 og supplerende bemærkninger af 27.08.12 fra overlæge X, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Y, udtale, at C er sindssyg og ligeledes kan antages at have været sindssyg ved tiden for den påsigtede kriminalitet. Han fungerer kognitivt dårligt, men er ikke sikkert mentalt retarderet.

C blev 8 år gammel første gang indlagt på børnepsykiatrisk afdeling og har siden fortsat været i børne- og ungdomspsykiatrisk behandling. Han har frembudt sociale og følelsesmæssige vanskeligheder samt psykotiske symptomer, herunder hallucinationer på syn og hørelse samt vrangforestillinger med angst, aggressivitet og affektive svingninger. Forløbet har været kompliceret af tics og tvangstræk. 12 år gammel blev han tvangsindlagt som sindssyg og farlig efter angreb på andre børn og på personalet, hvoraf der måtte seks

til at holde ham. Senere indlæggelser har ligeledes haft baggrund i uberegnelig og voldelig adfærd. I 2011 er på grundlag af blandt andet de omfattende og bizarre vrangforestillinger, herunder om at være udset til at redde Verden, samt tankeforstyrrelser stillet diagnosen skizofreni. Ved psykologisk testning er fundet forstyrrelse af kognitive funktioner med manglende overblik og fokusering samt tendens til associering og deraf følgende manglende sammenhæng. Hans IQ bestemtes til 68. Dette er efter Retslægerådets vurdering ikke udtryk for nedsat intelligens, men mest sandsynligt et resultat af hans psykotiske tænkning. Under den seneste, længerevarende indlæggelse er C under behandling med antipsykotisk virkende medicin i depotform og i de stabile miljøterapeutiske rammer blevet mere fleksibel og mindre latent aggressiv. Han er vedvarende uden forståelse for sin tilstand og for nytten af medikamentel behandling. Han vurderes at have behov for fortsat institutionsophold. I juni 2012 blev han udskrevet til et specialbosted. Han behandles fortsat ambulant af overlægen, blandt andet med antipsykotisk virkende medicin i depotform. Han beskrives aktuelt som mere reflekterende og samarbejdsindstillet, og han er ikke længere aggressiv.

Retslægerådet finder C omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han lider af skizofreni. Såfremt han findes skyldig, skal som mest formålstjenlig foranstaltning – jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – anbefales, at han dømmes 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”.

**Kommentar:**

Som anført vurderede Retslægerådet ikke, at C opfyldte diagnostiske kriterier for mental retardering. Ved mentalundersøgelse af C blev blandt andet anvendt WAIS III. Som tidligere beskrevet (Retslægerådets årsberetning 2010 s. 81 ff.) er valideringen af denne udgave af den klassiske WAIS test foretaget på en uhensigtsmæssig måde, således at scoring med danske normer ofte vurderer IQ for lavt. Der er siden udarbejdet en ny version; WAIS IV. Et nyt forlag har overtaget rettinghederne for WAIS testen. Dette forlag har tilvejebragt et normsæt baseret på et skandinavisk materiale. Det nye normsæt synes at give en mere retvisende beskrivelse af testpersonens intellektuelle formåen. Retslægerådet anbefaler, at der ved intelligencetestning i forbindelse med mentalundersøgelser alene anvendes WAIS IV.

Ved mentalundersøgelsen blev det lagt til grund, at C både var mentalt retarderet og sindssyg, altså både omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 og § 16, stk. 2. En sådan situation, hvor en observand både er retarderet og psykotisk, forekommer ikke helt sjældent. Det er Retslægerådets opfattelse, at der i sådanne tilfælde bør vælges den særforanstaltning, der bedst tilgodeser det aktuelle behandlings- og

sikkerhedsmæssige behov. Der bør altid vælges en særforanstaltning efter Rigsadvokaten's anbefalinger (RM nr. 5, 2007). I mentalerklæringen er foreslået en "kombinationsdom". Dette frarådes, idet der herved skabes uklarhed om opgavens placering og ansvaret for at fuldbyrde dommen. Såfremt der er behov for ændring af en særforanstaltning, kan dette ske i henhold til straffelovens § 72. Dette sker ved, at den behandlingsansvarlige myndighed (den psykiatriske overlæge eller kommunen) retter henvendelse til anklagemyndigheden med beskrivelse af baggrunden for ønsket om ændring af dommen.

Retslægerådet var umiddelbart sindet at anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Denne vurdering blev forelagt den mentalundersøgende overlæge, der i sit svar beskrev, at C efter hospitalsophold i forbindelse med mentalundersøgelse var overflyttet til specialinstitution, hvor han blandt andet var i behandling med antipsykotisk virkende medicin i depotform. Den psykiske tilstand blev herefter vurderet at være væsentligt stabiliseret, og på baggrund af korrespondancen valgte Retslægerådet at anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling, hvilken dom retten idømte ham april 2013. (Om korrespondance, se denne årsberetning s. 68 ff.).

## **Tungt begavet, men ikke mentalt retarderet - straf eller særforanstaltning?**

*A er en nu 39-årig mand, som i 2007 og igen i 2009 blev dømt til at undergive sig kommunalt tilsyn med mulighed for institutionsanbringelse for trusler og simpel vold. Ved mentalundersøgelsen var han fundet tungt begavet, og omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Sagen blev ikke forelagt for Retslægerådet.*

*I 2012 blev A sigtet for voldtægt. En ny mentalundersøgelse konkluderede, at A var lettere mentalt retarderet og pegede på samme særforanstaltning, som han allerede var underlagt.*

*Ved forelæggelse for Retslægerådet i 2012 blev sagen tilbagesendt med anmodning om en nærmere beskrivelse af grundlaget for diagnosen. En supplerende mentalundersøgelse leverede ikke afgørende nye oplysninger og fastholdt i konklusionen, at A var lettere mentalt retarderet. Ved den klinisk psykologiske undersøgelse, hvor A ikke virkede "decideret dårligt begavet", kunne ikke fastlægges intelligenskvotient (IQ).*

*Retslægerådet fandt herefter ikke holdepunkter for lettere mental retardering og kunne ikke pege på særforanstaltninger som mere formålstjenlige end eventuelt forskyldt straf. A blev efter næsten halvandet års varetægtsfængsling frifundet for anklagen om voldtægt, men idømt 60 dages fængsel for trusler mod fængselsfunktionær.(J. nr. 10A/A1-03521-2012).*

A, som var af anden etnisk herkomst end dansk, havde efter de foreliggende oplysninger haft en tryk opvækst i hjemlandet. Han havde gået i almindelig folkeskole og derefter haft ufaglært arbejde, indtil han i hjemlandet som 18-årig blev idømt 7 års fængsel for manddrab. Der kan meget vel være forekommet overgreb, vold og måske ligefrem tortur under afsoningen, som det forudsættes i flere af de lægelige akter, men A's oplysninger derom var sporadiske. Efter løsladelsen giftede A sig med en herboende kvinde med samme etniske baggrund som han selv og flyttede til Danmark. Parrets eneste barn var svært handicappet fra fødslen, hvilket belastede ægteparret, som en overgang var separeret, men hele tiden var sammen om pasning af sønnen i hjemmet.

A gik på sprogskole og lærte dansk i et vist omfang. Han havde arbejde i rengøringsbranchen indtil 2003, hvor han blev sygemeldt på grund af smerter fra en brækket fod, senere med forskellige andre begrundelser. Fra 2010 har han oppebåret førtidspension og sideløbende hjulpet en bekendt, der ejer en fast-food-restaurant, med madudbringning nogle timer om ugen. Det er indtrykket, at A i den forbindelse har kørt bil, men ingen af de 3 foreliggende mentalerklæringer omtaler, om han har erhvervet kørekort. A har røget hash med jævne mellemrum gennem flere år.

A havde ingen kriminelle forhold i Danmark før 2006, hvor han blev sigtet for trusler mod kommunal sagsbehandler og vold mod butiksansat.

Ved mentalundersøgelse i 2006 konkluderede overlægen:

”A findes præget af dårlig begavelse, og et lavt dagligt funktionsniveau, ringe sproglig formåen samt et højt og belastende stressniveau i form af søvnproblemer, koncentrations- og hukommelsesvanskeligheder, letvakt irritabilitet og en latent aggressiv / mistroisk tendens. A har kun ringe fornemmelse for egne følelser, specielt for egen vrede og for sin måde at virke på i forhold til andre mennesker.

A tilhører den personkreds, som omtales i straffelovens § 16, stk. 2”.

Ved psykologisk undersøgelse med tolkebi-stand var det ikke muligt at foretage en korrekt fastlæggelse af intelligensniveauet, fordi A koopererede dårligt. Hans sproglige formåen på modersmålet svarede til 4. klassestrin, og han var belastet af såvel formodede traumatiske oplevelser under fængselsophold i hjemlandet, som aktuelle familiemæssige problemer, hvilket kunne have ført til forandring af personlighedsstrukturen, og ”samlet set synes As aktuelle funktionsniveau således svarende til mental retardering af lettere grad”.

Denne mentalerklæring blev ikke forelagt Retslægerådet.

A modtog i 2007 dom til kommunalt tilsyn med mulighed for anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap. De følgende år var der flere nye tilfælde af trusler om vold og overfald, førende til ny dom med samme særforanstaltning i 2009. Der blev i anledning af sagen indhentet forskellige sociale udtalelser, men ingen mentalerklæring.

I 2012 blev A varetægtsfængslet og sigtet for voldtægt af en kvinde, som han havde besøgt i

forbindelse med udbringning af mad, og som han i forvejen var bekendt med. Han nægtede sig skyldig.

A blev atter mentalundersøgt (med tolk), og overlægen konkluderede blandt andet:

”A vurderes at have en ringe fornemmelse for egne følelser, specielt egen vrede og for, hvordan hans eventuelle aggressive adfærd virker i forhold til omgivelserne, ligesom han vurderes at have svært ved at aflæse andres signaler og hensigter. Han er præget af ringe sproglig formåen og lavt dagligt funktionsniveau”....

A findes begavet svarende til mental retardering af lettere grad, og er således omfattet af straffelovens § 16, stk. 2”.

Overlægen anbefalede samme særforanstaltning, som A allerede var underlagt.

Retslægerådet fik første gang forelagt sagen med anmodning om en udtalelse i maj 2012 og tilbagesendte sagen med anmodning om uddybende lægelig beskrivelse af grundlaget for diagnosen mental retardering af lettere grad samt et nyt forsøg på psykologisk test med fastlæggelse af intelligensniveau (IQ).

I konklusionen af den psykologiske test foretaget i forbindelse med den supplerende mentalundersøgelse, hedder det blandt andet:

”Klinisk fremtræder observanden ikke decideret dårligt begavet. Han overholder de formelle regler for socialt samspil og forstår også de opgaveinstruktioner, han præsenteres for. Der må dog tages det forbehold, at brugen af tolk kan sløre sproglige vanskeligheder og for eksempel konkret tænkning.

Testningen peger på, at observandens kognitive evner indenfor to af de tre undersøgte domæner befinder sig indenfor området ”anden mental retardering” (sinkeområdet). In-

denfor det tredje undersøgte domæne hører hans præstation indenfor området for mental retardering af lettere grad (debilområdet). På grund af observandens anden etniske baggrund er der ikke foretaget sproglige delprøver, og en samlet IQ kan derfor ikke anføres. Det lader sig ikke med sikkerhed afgøre, hvorvidt observandens kognitive evner mest præcist beskrives som hørende indenfor området anden mental retardering (sinkeområdet) eller mental retardering af lettere grad (debilområdet).

Ifølge observandens egne oplysninger har han fuldført folkeskolen med afgangseksamen, han har (i en periode) haft arbejde på ordinære vilkår i hjemlandet såvel som i Danmark, og han kan i nogen grad læse og skrive dansk. Der er ikke oplysninger om for eksempel kranietraumer, der kunne give mistanke om kognitiv reduktion.

Det er ikke på baggrund af denne undersøgelse muligt hverken at be- eller afkræfte tilstedeværelsen af en PTSD-problematik, men det er ikke umiddelbart vurderingen, at en sådan problematik gør sig gældende”.

Den supplerende mentalundersøgelse fandt imidlertid uændret A mentalt retarderet i lettere grad og konkluderede blandt andet:

”Der har været mistanke om, at A led af en PTSD-problematik. Det har ikke på baggrund af den psykologiske undersøgelse eller undertegnedes undersøgelse af observanden været muligt hverken at be- eller afkræfte dette. Observanden benægter også, at han op til det nu påsigtede har haft symptomer på en sådan problematik. Dog findes godtgjort, at han har tendens til irritabilitet og vredesudbrud. Indtrykket er, at han forsøger at give et billede af sig selv som bedre formående end han reelt er. Ved psykologisk testning findes det igen ikke muligt sikkert at fastslå observandens

præcise begavelsesområde. Tolken karakteriserer As sprogbrug som ”forvirret” og han kan have svært ved at finde de rette ord. Med baggrund i ovenstående vurderes det, at A tilhører den i straffelovens § 16, stk. 2 omhandlende personkreds”.

Overlægen anbefalede i modsætning til den foregående mentalundersøgelse nu dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap uden nærmere begrundelse for denne ændring.

Retslægerådet udtalte herefter blandt andet:

”Ved den aktuelle mentalundersøgelse har A været varetægtsfængslet. Der er ikke fundet tegn på sindssygdom, men A har virket aggressiv med begrænset indsigt i andres tanker og følelser. Han har endvidere følt sig urolig ved fængselsopholdet. Ved psykologisk undersøgelse har det begavelsesmæssige niveau ikke kunnet fastlægges med sikkerhed, men indtrykket er, at A testpsykologisk befinder sig i sinkeområdet, og ved klinisk vurdering ikke fremtræder mentalt retarderet. Efter Retslægerådets opfattelse er A herefter ikke sindssyg, og Retslægerådet finder ikke holdepunkter for antagelsen af, at den beskrevne reduktion af den psykiske funktionstilstand er udtryk for, at A siden barndommen har været mentalt retarderet i lettere grad, sådan som denne tilstand afgrænses lægeligt. Der findes endvidere heller ikke at være holdepunkter for, at han befinder sig i en ligestillet tilstand. Personlighedsmæssigt er A umoden og undvigende og har svært ved at overskue konsekvenserne af sine handlinger. Retslægerådet finder herefter A omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig i det nu påsigtede, kan rådet imidlertid ikke, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., pege på mere formålstjenlige foranstaltninger til imødegåelse af risikoen

for fremtidig kriminalitet end eventuelt forskyldt straf.”

### **Kommentar:**

I den aktuelle sag var A varetægtsfængslet i næsten halvandet år, før sagen blev afgjort i byretten. Vanskelighederne med at fastlægge As begavelsesniveau som nødvendigt grundlag for de lægelige anbefalinger til retten må formodes i et vist omfang at have bidraget til forsinkelsen, men Retslægerådet må selvsagt have de bedst mulige præmisser for rådets udtalelser. Sådan har det altid været – se for eksempel Jubilæumsbogen ”Retslægerådet 1909-2009” side 77 ff.

Tilfælde af mental retardering i højere grad (IQ 49 og derunder) er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Disse sager giver lægeligt ikke afgrænsningsmæssige problemer, og Retslægerådet vil altid anbefale en foranstaltningsdom. Lettere mental retardering (IQ 50-69) er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, hvor det hedder, at disse personer ikke straffes...” medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf”.

Det lægelige udgangspunkt vil være at anbefale en foranstaltningsdom, og det er efter rådets opfattelse en juridisk vurdering, om der foreligger ”særlige omstændigheder”, som taler for at pålægge straf. I en konkret sag (årsberetningen 2006, s. 107 ff.) fandt den mentalobserverende overlæge, at en mentalobservand var omfattet af § 16, stk. 2, men kunne ikke udelukke, at han var mentalt retarderet i middelsvær grad og dermed omfattet af § 16, stk. 1. Retslægerådet tilsluttede sig overlægens vurdering og fandt det mest sandsynligt, at han var omfattet af § 16, stk. 2. Herefter blev rådet spurgt, om rådet med betegnelsen ”mest sandsynligt” mente i forhold til mental retardering i mere udtalt grad eller i

forhold til sinkestadiet – idet den sigtede så eventuelt kunne idømmes almindelig straf.

Der kan opstå vanskeligheder i vurderingen af personer, der intelligensmæssigt er placeret i grænseområdet mellem mentalt retarderet i lettere grad og lavt i sinkeområdet, hvorved bemærkes, at sinkeområdet er en tilstand omfattet af straffelovens § 69. Danmark har ikke en sinkeforsorg, og sinker idømmes som udgangspunkt almindelig straf. Straffelovens § 16, stk. 2 indeholder imidlertid også en bestemmelse om, at tilstande ”som ganske på ligestilles med mental retardering” ikke straffes. Som nærmere omtalt i årsberetningen 2010, s. 81 ff. bygger diagnosen mental retardering ikke alene på personens IQ, men blandt andet også på en klinisk vurdering af den pågældendes samlede funktionsevne. Rådets praksis hvad angår personer, der befinder sig i grænseområdet mod sinkestadiet og lettere mentalt retarderede –eller eventuelt blot lavt i sinkeområdet – er da også at medinddrage eventuelle yderligere fysiske eller psykiske funktionshæmmende handicap – det være sig svært nedsat syn eller hørelse, misdannelser med videre, eller efter omstændighederne en udtalt personlighedsforstyrrelse – i den kliniske vurdering og på grundlag af denne samlede vurdering eventuelt henføre tilstanden til ”en tilstand, der ganske må ligestilles med mental retardering” og herefter anbefale en foranstaltningsdom.

I den ovenfor refererede sag fandt Retslægerådet, at den sigtede formentlig var sinke, men ikke i en sådan grad, at en ”ligestillet” tilstand kom på tale, ligesom der ikke, således som sagen var oplyst, var grundlag for at antage, at han frembød andre funktionshæmmende handicap.

### **Forbigående sindssygelige rustilstande - straffelovens § 16, stk.1, 3. pkt.**

*A overfaldt i en rus opstået efter indtagelse af alkohol og det hallucinogene stof 2C-B en sygeplejerske på skadestuen, hvortil han var blevet indbragt. Tilstanden var præget af bevidsthedsforstyrrelse med sanseforvrængninger, vrangforestillinger og hallucinationer. Efterfølgende havde han hukommelsestab for den seneste del af rusen, herunder for at han havde været aggressiv. Retslægerådet fandt, at der sandsynligvis havde været tale om en tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., og A blev af retten frifundet for straf. Sagen kan belyse såvel det diagnostiske aspekt som de muligheder for retslige sanktioner, der er indeholdt i det tredje punktum i straffelovens § 16, stk.1. (j.nr. 50E/E9-05736-2012).*

A var 21 år, da han i anledning af en sigtelse for vold blev mentalundersøgt. Af erklæringen fremgår blandt andet, at A's barndom var præget af forældrenes skilsmisse og efterfølgende uenighed om, hvor han og hans søskende skulle opholde sig. Hans skolegang blev derfor noget omskiftelig, men han bestod uden vanskelighed folkeskolens afgangseksamen og påbegyndte efterfølgende en uddannelse til mekaniker. Han blev 18 år gammel på grund af hastighedsoverskridelse betinget frakendt førerretten, og i prøvetiden kørte han i alkoholpåvirket tilstand og fik inddraget kørekortet. I tilslutning hertil måtte han finde sig en ny ansættelse, men gennemførte herefter med familiens hjælp sin faglige uddannelse. Han havde altid været legemligt rask, og han havde aldrig søgt eller været henvist til psykiatrisk behandling, men skulle som 6-7 årig i en kort periode have været hos skolepsykolog. Han var glad for fodbold og technomusik og havde et større netværk af kammerater. Han havde haft ét længerevarende kæresteforhold, men var siden atter blevet single. Han blev af sin familie beskrevet som vellidt, arbejdsom og ikke aggressiv, men et nemt offer for dårlige kammerater.

A havde drukket alkohol fra 15-16 års alderen, men kun i sociale sammenhænge, og aldrig i mængder, så han efterfølgende havde fået abstinenssymptomer. Under alkoholpåvirkning blev han veltilpas, opstemt og ikke aggressiv. Han havde siden 17-18 års alderen lejlighedsvis røget hash samt i forbindelse med fester i det såkaldte techno-miljø indtaget centralstimulerende og hallucinogene stoffer. Han blev under indtagelsen af disse stoffer frisk, glad og snakkende, og hans søvnbehov blev nedsat. Han havde særlig erfaring med det hallucinogene stof 2C-B (4-bromo-2,5dimethoxyphenetylamin), hvis virkning minder om lsd's. Efter sniffning af sædvanligvis 0,02 gram blev han afslappet og kærlig, snaksalig og veltilpas, hans musikoplevelse blev mere intens, og han kunne få kortvarige synshallucinationer. Han blandede sædvanligvis ikke alkohol og euforiserende stoffer. I løbet af dagen for det påsigtede drak A omkring 15 fadøl. Han følte sig ikke svært beruset, men dog alkoholpåvirket svarende til den indtagne mængde. Han tog med nogle familiemedlemmer på et marked og drak der mere øl. Han mødte nogle bekendte, som havde indtaget euforiserende stoffer, og ville støde til deres selskab. Han ville derfor tage noget

2C-B, han havde medbragt, men kom – måske på grund af alkoholpåvirkningen – i stedet for de sædvanlige 0,02 gram til at indtage 0,04-0,05 gram. Almindeligvis virkede stoffet efter et kvarter, men nu virkede det allerede efter få minutter, idet han blandt andet følte, at omgivelserne bevægede sig unaturligt omkring ham, og han blev mat og utilpas med hjertebanken og lagde sig på jorden. En af hans pårørende bemærkede, at han havde store pupiller, og sørgede for at en ambulance blev tilkaldt. Inden den kom, følte han, at omgivelserne kørte rundt i en spiral, og han hørte andre menneskers stemmer forvrænget, så han ikke forstod, hvad de sagde. I ambulancen ændredes hans tilstand hele tiden; ind imellem fandt han det fornuftigt, at han blev hjulpet, ind imellem følte det helt unødvendigt. Hans hidtidige liv kørte i brudstykker i hans hoved, og han kunne høre sine venner tale til sig. På et tidspunkt troede han, at han var død, på et andet var han bange for at dø. Han huskede herefter ikke mere, før han forvirret næste dag vågnede op på sygehuset. Efter en kort samtale med en læge blev han sendt hjem. Han erindrede hverken da eller siden, at han skulle have været aggressiv efter ankomsten til sygehuset.

En sygeplejerske på skadestuen oplyste herom, at A ved ankomsten var skiftevis højtråbende og afslappet. Pulsens svingede og var ind imellem oppe på 200. Under anlægning af diverse måleudstyr på ham blev han pludselig aggressiv og overfaldt sygeplejersken ved at skubbe hende ind i væggen og slå hende, så hun efterfølgende fik blå mærker og ømhed og måtte sygemeldes. A behandledes med god effekt på uroen og pulsen med store doser beroligende medicin (benzodiazepin, 90 mg diazepam).

A blev sigtet for vold, og der blev foretaget personundersøgelse, hvori han blev beskrevet som ”en almindelig ung mand”, som dog måske havde følger efter en ustabil opvækst og kun delvis havde forståelse for alvoren af sit fortsatte stofmisbrug. Kriminalforsorgens psykiatriske konsulent fandt ikke grund til mentalundersøgelse, da A syntes ”psykiatrisk velbelyst”. Såfremt retten ville afgøre sagen med en betinget dom, vurderedes at A var egnet til samfundstjeneste, og yderligere at han ville kunne profitere af tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om at undergive sig behandling mod misbrug af euforiserende stoffer, såfremt tilsynsmyndigheden fandt det fornødent.

Inden retssagen besluttede retten imidlertid at spørge Retslægerådet, ”om en person, der i løbet af en periode på omkring 10 timer har indtaget ikke under 10 fadøl af 0,5 liter, og som i slutningen af denne periode indtog 0,04 gram af stoffet 2-CB, vil kunne betragtes som værende omfattet af bestemmelsen i straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.”.

Rådet svarede, at der ikke kunne afgives udtalelse på det foreliggende grundlag, og henstillede, at der blev indhentet en mentalerklæring, som navnlig tog stilling til, om A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

I den herefter indhentede mentalerklæring oplystes om A som allerede beskrevet og desuden, at han, når han var upåvirket af euforiserende stoffer, aldrig havde udvist tegn på psykisk forstyrrelse, og således kun under påvirkning havde været hallucineret og stemningssvingende. Objektivt fandtes han psykisk upåfaldende, og han virkede normalt begavet. Det konkluderedes i erklæringen, at der ved tiden for den påsigtede kriminalitet havde været tale om ”en forventelig forgiftningstilstand med tilhørende ruseffekt” opstå-

et ved indtagelse af alkohol og 2C-B og ikke en såkaldt patologisk rustilstand. Observanden fandtes herefter ikke omfattet af straffelovens § 16. Da han ej heller fandtes omfattet af samme lovs § 69, var der for den mentalobserverende psykiater ikke grundlag for at anbefale anden sanktion end eventuelt forskyldt straf.

Retslægerådet var uenigt, idet der nu svarede på det stillede spørgsmål:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvis på baggrund af tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring dateret xxx ved speciallæge i psykiatri B, udtale, at A ikke er sindssyg nu, men må antages på grund af indtagelse af rusmidler at have været sindssyg ved tiden for det påsigtede. Han er normalt begavet.

A har siden 17-års-alderen eksperimenteret med indtagelse af forskellige rusmidler, herunder også det psykodeliske stof 2C-B. Virkningen heraf har ved gængse doser på 0,02 gram blandt andet været en skærpelse af sansindtryk, uden at der har været tale om sindssygelig sanseforvrængning. A må efter Retslægerådets opfattelse antages gennem et par år at have haft et i lægelig forstand skadeligt forbrug af flere slags rusmidler, som han imidlertid ikke ses at have været afhængig af. Der er ikke rapporteret om forstyrret adfærd eller personlighedsstruktur. A har ikke på noget tidspunkt modtaget psykiatrisk behandling eller søgt misbrugsbehandling.

På tidspunktet for den påsigtede handling befandt A sig i en akut forgiftningstilstand, opstået i umiddelbar tilslutning til indtagelse af en cirka dobbelt så stor mængde af rusmidlet 2C-B, som han var vant til. Derudover havde han i løbet af de foregående omtrent 10 timer indtaget cirka 7,5 liter fadøl. Der foreligger

ikke oplysninger om højde og vægt, men antages en gennemsnitlig forbrænding på 8 gram per time, så vil der efter 10 timer være forbrændt omkring 80 gram alkohol, og altså fortsat være omkring 120 gram alkohol fordelt i organismen. Selv med en kropsvægt på 85 kilo vil der efter 10 timer være tale om en blodalkoholkoncentration på omkring 2 ‰.

A udviklede hurtig puls, store pupiller og uskarpt syn, ligesom han følte sig kraftsløs og alment medtaget. Han oplevede sin bevidsthed spaltet og frygtede at dø. Han blev transporteret til skadestuebehandling i ambulance og husker kun brudstykker derfra og har ingen erindring om de efterfølgende hændelser på skadestuen, hvor hans voldelige adfærd må betegnes som personlighedsfremmed.

Efter Retslægerådets opfattelse er det herefter ganske sandsynligt, at A – såfremt han findes skyldig – er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., idet han ved tiden for det påsigtede befandt sig i en akut og forbigående, sindssygelig rustilstand.

Retslægerådet skal herefter besvare det stillede spørgsmål således:

*”Det ønskes oplyst, om en person, der i løbet af en periode på omkring 10 timer har indtaget ikke under 10 fadøl af 0,5 liter, og som i slutningen af denne periode indtager 0,04 gram af stoffet 2-CB vil kunne betragtes som værende omfattet af bestemmelsen i straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.”*

Spørgsmålet kan ikke besvares generelt. I den konkrete sag henvises til den indledende redegørelse.”

A fandtes ved byretten skyldig i overtrædelse af straffelovens § 119, stk.1, vold mod nogen

hvem det påhviler at handle i medfør af offentlig tjeneste under udførelsen af tjenesten. Efter Retslægerådets udtalelse lagdes til grund, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3 pkt. på gerningstidspunktet, og retten fandt ikke, at der forelå særlige omstændigheder for at pålægge straf, hvorfor A blev frifundet for straf. Idet han fandtes skyldig i tiltalen for vold, bestemte retten, at han skulle betale sagens omkostninger samt betale erstatning til den overfaldne sygeplejerske, ca. kr. 15.000.

### **Kommentar:**

Straffelovens § 16, stk.1, 3. pkt. lyder: "*Bestemt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.*" Bestemmelsen har ofte været refereret i Retslægerådets Årsberetninger, senest beretningerne for 1992, 1995, 2000, 2003-05, 2006, 2007 og 2008. I årsberetningen for 2007 (s. 53 ff.) belystes nogle sager, hvor spørgsmålet om patologisk rus havde været rejst, under henvisning til artiklen "*Rustilstande og (u)tilregnelighed*" (Juristen 2008; 90; 177-87), forfattet af tre daværende medlemmer af Retslægerådets og en højesteretsdommer. Tidligere bestående uklarhed med hensyn til den diagnostiske afgrænsning af hvilke tilstande, der er omfattet af straffelovens § 16, stk.1, 3. pkt., blev med artiklen udredt. Punktet omfatter herefter alle forbigående, sindssygelige rustilstande; det vil sige udover den klassiske, alkoholudløste, patologiske rus også andre forbigående, sindssygelige rustilstande, hvad enten de er udløst af alkohol eller euforiserende stoffer (toksiske psykoser). Ved "forbigående" menes en varighed på 24 timer eller højst 48 timer. Læn-

gerevarende psykotiske tilstande, som antages at været betinget af et misbrug af rusmidler henføres til straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt.

Efter en afgørelse om, at der har foreligget en forbigående, sindssygelig rustilstand, resterer spørgsmålet om den strafferetlige sanktion. Disse tilstande medfører som udgangspunkt straffrihed, men fra lovbemærkningerne til bestemmelsen kan udledes, at der med de "*særlige omstændigheder*", der taler for straf trods sindssygdom på gerningstiden, især er tænkt på om det kan "*bebrejdes*" gerningspersonen, at han "*har indladt sig på spiritusnydelse eller indtagelse af andre rusmidler*", det vil sige, om han burde have vidst, at indtagelsen kunne forårsage en sindssygelig rustilstand.

I den aktuelle sag var der for Retslægerådet, hvad angår det diagnostiske, som var det eneste rådet var blevet spurgt om, ikke tvivl om, at A havde været i en af den kombinerede virkning af alkohol og 2C-B udløst forbigående sindssygelig rustilstand, som for Rådets vurdering "*ganske sandsynligt*" var omfattet af straffelovens § 16, stk.1, 3. pkt. Retten fulgte Retslægerådets diagnostiske vurdering, og fandt derudover ikke, at der forelå særlige omstændigheder for at pålægge straf, men A blev dømt til at betale sagsomkostninger og erstatning.

Sagen om A illustrerer, at det strafferetligt er vanskeligt at respektere begge de to i dansk ret alment accepterede udsagn: (1) "sindssygdom medfører straffrihed", og (2) "påvirkning af rusmidler under udøvelse af kriminalitet medfører ikke straffrihed", når kriminalitet er begået i en kortvarig sindssygelig tilstand, der er forårsaget af påvirkning med rusmidler. Dilemmaet i disse sager er søgt løst med straffelovens § 16, stk.1, 3. pkt. Problemstillingen er dog så kompliceret, at et forsøg på udredning i 2008 blev til en artikel

på 10 sider i ”Juristen”. Det må således påregnes, at strafferetspsykiatriske spørgsmål vedrørende kriminalitet begået i sindssygelige rustilstande også fremover vil finde vej til Retslægerådets Årsberetninger.

Afslutningsvis skal bemærkes, at der i sagens behandling i Retslægerådet deltog såvel psy-

kiatere som kliniske farmakologer og alkoholsagkyndige. Denne sammensætning af sagkyndige illustrerer en væsentlig del af rådets funktion – fra starten kan alle relevante specialer inddrages i sagsbehandlingen, således at Retslægerådets udtalelse omfatter alle sagens lægelige aspekter.

## **Utilstrækkelig psykopatologisk beskrivelse og vurdering – fornyet mentalundersøgelse med ændret konklusion.**

*S er en 45-årig mand fra Somalia, der blev ambulantly undersøgt i anledning af sigtelse for forsøg på indsmugling af khat. Han berettede ved undersøgelsen om langvarige og ganske svære ubehandlede psykotiske symptomer i form af hørelshallucinationer og vrangforestillinger. Den mentalundersøgende overlæge refererede blot disse symptomer, men uden nogen uddybning eller mere grundig psykopatologisk beskrivelse, ligesom der ikke var indhentet oplysninger fra anden side om S's psykiske tilstand og eventuelle behandling.*

*Overlægen anbefalede imidlertid en foranstaltningsdom med den begrundelse, at S kunne være omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.*

*Retslægerådet fandt det ikke muligt at afgive udtalelse på det foreliggende grundlag og anbefalede, at der blev foretaget en fornyet mentalundersøgelse under indlæggelse. Ved denne fornyede undersøgelse benægtede S alle såvel tidligere som aktuelle psykotiske symptomer, ligesom han ikke fandtes sindssyg under indlæggelsen. Overlægen fandt nu S omfattet af straffelovens § 69, men kunne ikke anbefale anvendelsen af en psykiatrisk særforanstaltning, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig. Sagen giver (igen) Retslægerådet anledning til at understrege vigtigheden af den grundige psykopatologiske beskrivelse og vurdering. (j.nr. 10A/A1-03215/2012 og 10A/A1-03480/2012).*

S er en 45-årig mand, som ved byretten var blevet idømt fængsel i syv måneder for forsøg på indsmugling af godt 700 kg khat samt for at have medvirket til at anmelde en strafbar handling, der ikke var begået, til en offentlig myndighed (overtrædelse af straffelovens § 165, jf. § 23).

S ankede dommen til landsretten og i forbindelse med ankesagen blev det bestemt, at S skulle ambulantly mentalundersøges.

Af erklæringen fremgår blandt andet, at S var født og opvokset i Somalia. Han blev som spæd adopteret af familiemedlemmer, og han beskrev en harmonisk opvækst sammen med to jævnaldrende piger, døtre af adoptivforældrene. Han angav, at han havde 12-års skolegang i Somalia. I forbindelse med borgerkrigen i landet så S angiveligt sin adoptivfader

blive likvideret, hvorfor S valgte at flygte, og via kontakt med en biologisk storebroder, som boede her i landet, kom S i 1991 til Danmark. Her fik han først danskundervisning på VUC, så tog han 10. klasse med angiveligt fine karakterer. Herefter gik han på HF et par år, men uden at tage eksamen, ligesom han efterfølgende opgav en laborantuddannelse. Efterfølgende skulle S have tolket for politiet i flere år, men dette ophørte, da han blev fundet i besiddelse af khat. Herefter skal S have haft enkelte kortvarige ansættelsesforhold, blandt andet i form af kommunal aktivering, og har måske forsøgt sig som selvstændig vognmand, men synes i en årrække at have levet af offentlig hjælp.

S blev gift i Somalia, og hustruen kom med parrets to mindreårige børn sammen med an-

dre familiemedlemmer til Danmark ved familiesammenføring i 1993, men parret blev skilt året efter. S synes ikke at have kontakt med børnene, hvoraf en søn skal være rejst tilbage til Somalia.

Efter skilsmissen har S boet rundt omkring i landet, dels hos familiemedlemmer, dels hos skiftende samlevere. På undersøgelsestidspunktet boede han i en et-værelses lejlighed og oppebar kontanthjælp. S var legemlig rask, og han havde aldrig lidt af alvorligere legemlige sygdomme.

S oplyste ved undersøgelsen, at han i 20 år havde misbrugt alkohol. Senere under samme mentalobservation oplyste han, at han kun havde misbrugt alkohol i 10 år, og at han var ophørt med dette for et ½ år siden, men senere angav han, at det var to år siden. S angav også, at han havde brugt khat, siden han var 15 år, og at misbruget var accelereret i forbindelse med retssagen og var steget fra 400-500 g daglig til nu 500-700 g daglig. Han var tidligere idømt en bøde for besiddelse af khat og i Tyskland idømt 10 måneders betinget fængsel for transport af ca. to ton khat. S angav endvidere, at han gennem mange år havde haft koncentrationsproblemer, at han gennem flere år havde hørt stemmer, hvilket i lange perioder havde været dagligt, og at han fremmede steder så efter, om der var opsat mikrofoner eller overvågningskameraer. Han benægtede andre hallucinatoriske oplevelser samt styringsoplevelser. S mente, at han på et tidspunkt havde modtaget antidepressivt virkende medicin. Ved mentalundersøgelsen blev han fundet normalt begavet, latent aggressiv og manipulerende. Han var ikke hallucineret under samtalen, og erklæringen konkluderede samlet, at der ikke var mistanke om, at S skulle lide af skizofreni, depression, kronisk paranoid psykose eller lignende, men at han sandsynligvis periodevis var psykotisk på bag-

grund af misbrug af khat. Overlægen anførte, at det ikke kunne udelukkes, at S havde haft sindssygelignende symptomer i forbindelse med det nu pådømte, hvorfor han fandtes muligvis omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Overlægen anbefalede dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Retslægerrådet fandt det ikke muligt at afgive udtalelse på grundlag af erklæringen. Rådet fandt det for eksempel påfaldende, at S aldrig havde modtaget behandling mod de påståede psykotiske symptomer eller havde været henvist til misbrugsbehandling. Hertil fandt rådet det ikke dokumenteret eller blot sandsynliggjort, at han havde været psykotisk på gerningstidspunktet.

Retslægerrådet tilbagesendt derfor sagen med følgende bemærkning:

”Med tilbagesendelse af akterne vedrørende S skal Retslægerrådet bemærke, at det ikke er muligt at afgive udtalelse på det foreliggende grundlag. Før ny fremsendelse skal rådet anbefale, at der foretages en supplerende mentalundersøgelse under indlæggelse i psykiatrisk afdeling, især med henblik på fremskaffelse af en mere detaljeret beskrivelse af S's psykiske tilstand aktuelt og på tiden for de påsigtede handlinger. Endvidere ønskes undersøgelsen suppleret med psykologisk testing”.

Efterfølgende blev der afsagt kendelse om mentalundersøgelse under indlæggelse, og Retslægerrådet modtog en fornyet erklæring, udarbejdet af samme overlæge, ca. syv måneder senere.

Ved denne anden mentalobservation ændrede S på mange punkter forklaring. Han oplyste for eksempel, at han aldrig havde misbrugt alkohol, at han meget sjældent drak alkohol, og at han aldrig havde drukket sig beruset. Han oplyste også, i modsætning til tidligere, at han det sidste år kun havde tygget khat hver 2.-3. dag og at forbruget disse dage var væsentlig mindre end oplyst ved første mentalobservation. S benægtede ligeledes, at han nogensinde havde hørt stemmer, som ikke var virkelige, eller havde haft overvågningsoplevelser, forfølgelsesforestillinger eller andre psykose tegn. Han forklarede, at de urigtige oplysninger var afgivet i forbindelse med, at han tyggede khat. S havde fået udskrevet medicin mod depression i 2007, men det var uvist, om han havde taget den. Ved den kliniske vurdering fandtes ingen tegn på sindssygdom. Ved den psykologiske testning fandtes S begavet under normalområdet men over området for mental retardering.

Erklæringen konkluderede blandt andet, ....”det findes sandsynligt, at observanden på tidspunktet for det nu pådømte har været misbrugende af khat, men der er ikke mistanke om abnorm rusmiddelreaktion.

Observanden findes i forbindelse med nuværende undersøgelse ikke sindssyg. Muligvis har observanden på tidspunktet for det nu pådømte haft depressive symptomer, men dette er ikke muligt at afgøre, idet observanden ikke er i stand til at give konsistente oplysninger om sin tilstand på tidspunktet for det nu pådømte. Der foreligger ikke oplysninger fra egen læge, der hverken kan bekræfte eller afkræfte dette. Ifølge oplysninger fra egen læge er observanden sat i behandling med antidepressiv medicin den 2.8.07 pga. symptomer på en moderat depression. Obser-

vanden har efterfølgende flere udeblivelser fra praksis og er først set i praksis igen 7.12.10, hvor han henvises til psykiater pga. depressive symptomer i forbindelse med det nu pådømte.

Observanden benægter ethvert sindssygeligt symptom på tidspunktet for det nu pådømte. Om observanden med baggrund i misbrug af khat kan have haft sindssygelige symptomer kan ikke udelukkes, men det findes overvejende sandsynligt, at dette ikke har været tilfældet. Det kan således ikke udelukkes, at observanden er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Observanden er under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69.

Der er i forbindelse med nuværende undersøgelse af observanden ikke fundet holdepunkter for forstyrret tænkning eller tilstedeværelse af formelle tankeforstyrrelser, og observanden frembyder ikke tegn på sindssyge hverken i forbindelse med den psykologiske testning, observationer på afdelingen eller undertegnede samtaler med observanden.

Med baggrund i den fornyede undersøgelse kan der ikke peges på foranstaltninger jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlig end straf med henblik på at forhindre ny kriminalitet”.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

”Ved første mentalundersøgelse oplyste S at være hørelshallucineret gennem flere år. Hallucinationerne var angivelig i lange perioder tilstede dagligt, og nogle gange var de så kraftige, at han råbte højt af dem. S oplyste også, at han følte sig konstant overvåget og på fremmede steder undersøgte, om der var opsat mikrofoner eller overvågningskameraer. I forbindelse med den anden mentalundersøgel-

se fortalte S imidlertid, at han ikke havde været hørelshallucineret og ikke følt sig overvåget, som tidligere anført. Den første udtalelse skyldtes iflg. S, at han havde tygget khat, og derfor ikke var i stand til at afgive rigtige oplysninger. Ved den anden mentalundersøgelse frembyder han ingen tegn på sindssyge.

I forbindelse med mentalundersøgelsen i 2011 oplyste S, at han havde været alkoholmisbruger gennem 20 år, mens han ved mentalundersøgelsen 3. august 2012 tog klart afstand herfra og afviste ethvert misbrug af alkohol. Ved begge mentalundersøgelser har S vedgået et årelangt misbrug af khat.

Retslægerådet finder det herefter sandsynligt, at S på tidspunktet for det nu påsigtede har været påvirket af khat, men der er ikke mistanke om abnorm rusmiddelreaktion eller sindssygdom. Han er omfattet af straffelovens § 69. Retslægerådet kan dog ikke pege på foranstaltninger som mere formålstjenlige end eventuelt forskyldt straf, jf. straffelovens § 68, 2. punktum, med henblik på imødegåelse af risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet”.

Retslægerådet var således enig med den erklæringskrivende læge, hvad angår foranstaltningsforslaget. Efterfølgende stadfæstede landsretten byrettens dom på 7 måneders fængsel.

I landsrettens begrundelse og resultat hedder det blandt andet:

”Den lange tid, der er forløbet (mellem tiltale-rejsning og dom, Retslægerådets bemærkning), giver heller ikke grundlag for at formilde straffen, idet dette forhold overvejende beror på tiltaltes egne forhold”.

### **Kommentar:**

Det sker ikke ofte, at Retslægerådet anmoder om ny mentalerklæring i samme sag. Som nærmere omtalt i artiklen s. 68 ff. i denne årsberetning korresponderer rådet i godt en femtedel af de forelagte sager med den erklæringskrivende overlæge. Årsagen kan være specifikke manglende oplysninger, for eksempel om medicinordination, uenighed om diagnose, sanktionsforslag eller foranstaltningsændring og andet. I enkelte sager er den psykopatologiske beskrivelse og vurdering imidlertid så mangelfuld, at rådet ikke ser sig i stand til at danne sig en mening om for eksempel psykosediagnosen og hermed eventuelt heller ikke kan fremkomme med et lægeligt begrundet sanktionsforslag. Dette var tilfældet i den her refererede sag, hvor S selv beskrev ganske voldsomme psykotiske symptomer, som overlægen blot refererede, men ikke nærmere uddybede med en mere grundig psykopatologisk undersøgelse og beskrivelse. Retslægerådet hæftede sig endvidere ved, at S på trods af de udtalte symptomer tilsyneladende aldrig havde modtaget nogen form for behandling. Såvel spørgsmålet om mulige psykotiske symptomer som spørgsmålet om eventuelt behandling kunne formentlig være i hvert fald delvis afklaret, såfremt der ved den første mentalundersøgelse var indhentet yderligere oplysninger fra de forskellige socialforvaltninger, S må have været i kontakt med. Endelig hæftede rådet sig også ved, at S blev vurderet som ”manipulerende”, og at hans oplysninger om for eksempel misbrug var vekslende, uden at han nærmere kunne forklare årsagen hertil.

Ved den efterfølgende mentalundersøgelse under indlæggelse benægtede S som anført alle psykosesyntomer, tidligere såvel som aktuelt. Hans forklaring om, at han ved den

første undersøgelse havde berettet om de psykotiske symptomer, fordi han havde tygget khat, og derfor ”ikke var til at stole på”, virker noget søgt, og man må mistænke, at han havde simuleret.

Overlægen lod en lille mulighed stå åben for, at S havde været psykotisk på gerningstidspunktet betinget af khattygning stå åben og henførte en sådan mulig tilstand til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., men heller ikke den mulighed fandt Retslægerådet grundlag for at omtale nærmere. (Om straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., se denne årsberetning s. 81 ff.).

Afslutningsvis kan nævnes, at landsretten ikke fandt grundlag for at formilde straffen, selv om der var gået lang tid fra tiltalerejsning til dom, ...”idet dette forhold overvejende beror på tiltaltes egne forhold”, hvilket må formodes blandt andet at omfatte hans angiveligt urigtige oplysninger ved den første mentalundersøgelse. Men en ufuldstændig mentalerklæring bærer formentlig også sin del af skylden. Retslægerådet skal derfor – igen – understrege vigtigheden af grundige mentalerklæringer, herunder især vigtigheden af grundige og fyldestgørende psykopatologiske undersøgelser, beskrivelser og vurderinger.

## II. Statistik

### Sager behandlet i Retslægerådet 2013

A. Psykiatriske sager	334
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	81
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	9
D. Faderskabssager	26
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1108
F. Administrative sager m.v.	68
H. Aldersbestemmelser	36
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	8
M. Færdselssager med medicinindtagelse	34
I ALT	1704

### Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	223
-----------------------------------	-----

Ændring i strafferetlig foranstaltning	62
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	4
Ophævelse af farlighedsdekret	4
Overførsel til Sikringsafdelingen	3
Umyndiggørelser	0
Benådning	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	38
I ALT	334

### **Ad B-sager**

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	45
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	36
Diverse	0
I ALT	81

## **Ad C-sager**

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	7
Ændring af navn/CPR-nr.	0
Diverse	2
I ALT	9

## **Ad E-sager**

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	34
Arbejdsskader/ulykker	352
Erstatning, pensionssager m.v.	633
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	23
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	66
I ALT	1108

## **Ad L-sager**

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	3
Færdselssager vedrørende dampe	4
Diverse	1
I ALT	8

## **Ad M-sager**

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

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

### Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2013 (og 2011-2012)

Sagstype	2011	2012	2013
A. Psykiatriske sager	447	460	334
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	69	67	81
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	7	11	9
D. Faderskabssager	44	26	26
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	905	934	1108
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	19	16	36
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	0	6	8
M. Færdselssager med medicinindtagelse	24	21	34
I ALT	1515	1541	1636

Hertil kommer tillige i alt 68 administrative sager, der er afsluttet i løbet af 2013.

### Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2013 (og 2011 - 2012)

Sagstype	2011	2012	2013
A. Psykiatriske sager	421	447	324
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	66	68	52
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	5	9	10
D. Faderskabssager	38	22	25
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	750	931	900
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	23	17	25
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	1	10	5
M. Færdselssager med medicinindtagelse	21	22	31
I ALT	1325	1526	1372

### Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2013 (og 2009-12)

	2009		2010		2011		2012		2013	
	brutto	netto	brutto	netto	brutto	Netto	Brutto	netto	brutto	netto
<b>A</b>	31	31	29	28	27	26	29	29	35	35
<b>B</b>	55	55	30	30	27	25	35	33	29	28
<b>C</b>	101	101	115	115	124	124	95	95	152	152
<b>D</b>	36	36	15	15	12	9	12	11	18	18
<b>E</b>	163	110	147	90	142	89	145	92	136	105
<b>H</b>	90	90	76	76	58	58	87	84	63	60
<b>L</b>	119	119	51	51	7	7	49	49	30	30
<b>M</b>	78	78	52	52	40	36	59	57	61	51

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

### III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

#### Lovbestemmelser m.v.

#### Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

## Forretningsorden af 17.12.01 for 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 be-

tydning 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, gi-

ver anledning til tvivl, skal der i begrundelsen redegøres nærmere herfor.

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

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

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

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

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

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

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

## Retslægerådets medlemmer 2013

Overlæge, dr.med.

Henrik Steen Andersen

Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Klinikchef, overlæge, ph.d.

Mette Brandt-Christensen

Retspsykiatrisk Center Glostrup

Næstformand

Professor, overlæge, dr.med.

Anders Fink-Jensen

Rigshospitalet

Psykiatrisk afdeling O

Professor, overlæge, dr. med.

Troels Staehelin Jensen

Århus Kommunehospital

Neurologisk afdeling F

Ledende overlæge

Peter Kramp

Indtil 30.04.13

Overlæge, dr.med.

Jens Lund

Aalborg Psykiatriske Sygehus

Professor, centerdirektør, dr.med.

Bent Ottesen

Rigshospitalet

Direktionen Juliane Marie Center

Formand

Professor, overlæge, dr.med.

Torben V. Schroeder

Rigshospitalet

Karkirurgisk Klinik

Ledende overlæge, ph.d. Dorte Sestoft

Justitsministeriet

Retspsykiatrisk Klinik

Professor, statsobducent, dr.med.

Annie Vesterby

Århus Universitet

Retsmedicinsk Institut

Næstformand

Professor, ledende overlæge, dr. med.

Poul Videbech

Aarhus Universitetshospital, Risskov

Center for Psykiatrisk Forskning

Fra 01.05.13

## Sagkyndige anvendt i 2013

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

Professor, overlæge, dr. med., ph.d.

Henning Andersen

Århus Sygehus

Neurologisk afd. F-Neu.Center

Professor, dr. odont.

Palle Holmstrup

Tandlægeskolen

Afdeling for parodontologi

Professor

Johan Hviid Andersen

Regionshospitalet Herning

Arbejdsmedicinsk Klinik

Overlæge, ph.d.

Hanne Merethe Lindegaard

Odense Universitetshospital

Reumatologisk Afdeling C

Speciallæge, ph.d.

John Sahl Andersen

Københavns Universitet

Institut for Folkesundhedsvidenskab

(almen medicin)

Overlæge, dr.med.

Jan Pødenphant

Herlev Hospital

Medicinsk afdeling E

(reumatologi/fysiurgi)

Lektor, speciallæge

Niels Damsbo

Odense

(almen medicin)

Ledende overlæge, ph.d.

Kurt Rasmussen

Regionshospitalet Herning

Arbejdsmedicinsk Klinik

Overlæge, dr.med.

Troels Mørk Hansen

Gentofte Hospital

Medicinsk afdeling C

(reumatologi/fysiurgi)

Klinikchef, overlæge

Egon Stenager

Sydjysk Skleroseklinik

Vejle, Esbjerg, Sønderborg

Overlæge, dr.med.

Per Thorvaldsen

Gentofte Hospital

Neurologisk afdeling

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

Speciallæge Niels Siebuhr

Næstved

med henblik på behandling af sager vedrøren-  
de autorisationsforhold.



## Ad hoc sagkyndige anvendt i 2013

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

1. Overlæge

Helle Aggernæs

Søborg

(retspsykiatri)

2. Klinikchef

Karen Vitting Andersen

Rigshospitalet

Pædiatrisk Klinik

3. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus E. Andersen

Odense Universitetshospital

Dermato-venerologisk afdeling

4. Overlæge, dr.med.

Lars Villy Andersen

Rigshospitalet

Anæstesiologisk Klinik Hjertecenteret

5. Overlæge, dr.med.

Ole Andersen

Værløse

(pædiatri)

6. Overlæge

Birthe Højlund Bech

Rigshospitalet

Radiologisk klinik X

7. Professor, ledende overlæge, dr.med.

Toke Bek

Aarhus Universitetshospital

(oftamologi)

8. Ledende overlæge

Morten Bischoff-Mikkelsen

Odense Universitetshospital

Plastikkirurgisk afdeling Z

9. Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Frederiksberg Hospital

Parker Instituttet

(reumatologi)

10. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Peter Bonde

Bispebjerg Hospital

Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik

11. Professor, overlæge, dr.med.

Gudrun Boysen

Holte

(neurologi)

12. Klinikchef, dr. med.

Jannick Brennum

Rigshospitalet

Neurokirurgisk Klinik NK, 2092

13. Professor, ph. d.

Kim Brixen

Odense Universitetshospital

Endokrinologisk afdeling M

14. Professor, overlæge, dr.med.

Christian Buchwald

HovedOrtoCentret, Rigshospitalet

Øre-, næse-, halsklinik, 2071

15. Professor, overlæge, dr. med.

Cody Bünger

Århus Sygehus

Ortopædkirurgisk afd. E, NBG

16. Overlæge

Hans Erik Bøtker

Århus Universitetshospital, Skejby

Hjertemedicinsk afd. B

17. Overlæge

Peter Brøgger Christensen

Aarhus Universitetshospital

Neurologisk Afdeling F

18. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Sandahl Christiansen

Århus Universitetshospital

Medicinsk Afdeling MEA

19. Overlæge, dr.med.

Peer Christiansen

Århus Amtssygehus

Kirurgisk afdeling

20. Overlæge, dr.med.

Leif Corydon

Vejle Sygehus

Øjenafdelingen

21. Overlæge, dr.med.

Kim P. Dalhoff

Bispebjerg Hospital

Klinisk Farmakologisk Enhed

22. Overlæge, dr. med.

Karen Damgaard

Rigshospitalet

Diagnostisk Radiologisk Klinik

23. Ledende overlæge  
Hans Dieperink  
Odense Universitetshospital  
Nefrologisk afdeling Y

24. Overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen  
Gentofte Hospital  
Lungemedicinsk afdeling

25. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
Gentofte Hospital  
Røntgenafdelingen

26. Klinikchef  
Kjeld Dons  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk Klinik

27. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Gentofte  
(radiologi)

28. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbenhøj  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.

29. Overlæge, dr.med.  
Kristian Emmertsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling B

30. Ledende overlæge  
Ditte Erngaard  
Sygehus Syd, Næstved Sygehus  
Øjenafdelingen

31. Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

32. Klinikchef, professor, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
Rigshospitalet  
Nefrologisk Klinik, Abdominalcentret

33. Ledende overlæge  
Per Klausen Fink  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser  
(psykiatri)

34. Centerchefsysteplejerske, MPA  
Vibeke Freilev  
Rigshospitalet  
Neurocentret

35. Overlæge

Lars Henrik Frich

Odense Universitetshospital

Ortopædkirurgisk Afd

36. Professor, ledende overlæge

Anders Fuglsang Frederiksen

Aarhus Universitetshospital

Neurofysiologisk Afdeling

37. Professor, overlæge, dr.med.

Jørgen Frøkiær

Skejby Sygehus

Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk afd.

(alkohol- og medicinpåvirkethed)

38. Neuropsykolog, lektor

Anders Gade

Rigshospitalet

Neurologisk afdeling N

39. Overlæge, dr.med.

Jens Peter Garne

Aalborg Universitetshospital, Aalborg Sygehus

Mammakirurgisk Afdeling

40. Overlæge

John Gelineck

Århus Universitetshospital

Radiologisk afdeling NBG

41. Overlæge

Christian Godballe

Odense Universitetshospital

Øre-næse-halskirurgisk afd. F

42. Overlæge Peter Gottlieb

Vanløse

(retspsykiatri)

43. Overlæge, ph.d.

Hanne Gottrup

Aarhus Universitetshospital

Neurologisk Afdeling F

44. Overlæge, ph.d.

Henrik Gregersen

Aalborg Sygehus

Hæmatologisk Afdeling

45. Dr. med.

Ismail Gögenur

Søvnforskning

46. Overlæge, dr.med.

Frank Gårskjær

Odense Universitetshospital

Neurokirurgisk afd. U

47. Overlæge

Ebbe Stender Hansen

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Rygsektoren E3, ortopædkirurgisk afd. E

48. Blodbankchef, overlæge, dr.med.

Morten Bagge Hansen

Rigshospitalet

Blodbanken

49. Overlæge

Olfred Hansen

Odense Universitetshospital

Onkologisk Afdeling R

50. Professor, overlæge, klinikleder

Torben Bæk Hansen

Regionshospitalet i Holstebro

Ortopædkirurgisk afdeling

51. Professor, overlæge, dr.med.

Stig Haunsø

Rigshospitalet

Hjertemedicinsk klinik

52. Professor, overlæge, dr.med.

Jens H. Henriksen

Hvidovre Hospital

Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afdeling

(alkohol- og medicinpåvirkethed)

53. Professor, overtandlæge, dr.odont

Søren Hillerup

Rigshospitalet

Afd. for tand-mund- og kæbesygdomme

54. Overlæge, ph.d.

Klaus Hindsø

Rigshospitalet

Ortopædkirurgisk Klinik

55. Professor, overlæge, dr.med.

Vibeke Hjortdal

Skejby Sygehus

Hjerte-lunge-karkirurgisk afd. T

56. Statsobducent, professor, dr. med., MPA

Hans Petter Hougen

Københavns Universitet

Retsmedicinsk Institut

(retspatologi)

57. Professor, overlæge, dr.med.

Niels Høiby

Rigshospitalet

Klinisk mikrobiologisk afdeling

58. Ledende overlæge

Astrid Højgaard

Aalborg Universitetshospital

Sexologisk Klinik, Anæstesi-, Børne- og Kirurgicentret

59. Overlæge

Lisbet Rosenkrantz Hölmich

Herlev Hospital

Plastikkirurgisk Afdeling

60. Overlæge  
Arne Hørlyck  
Aarhus Universitetshospital Skejby  
Institut for Klinisk Medicin - Billeddiagnostisk afd. SKS

61. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd.O, Håndkirurgisk Sektion

62. Professor, dr.med.  
Lars Iversen  
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus  
Dermato-venerologisk Afd. S

63. Overlæge, dr.med.  
Martin Iversen  
Rigshospitalet  
Hjertemedicinsk klinik

64. Professor, overlæge  
Peter Iversen  
Rigshospitalet  
Urologisk Klinik D

65. Overlæge, dr.med.  
Steffen Jacobsen  
Hvidovre Hospital  
Ortopædkirurgisk afd.

66. Professor, dr. med  
Søren Jacobsen  
Rigshospitalet  
Reumatologisk klinik

67. Professor, overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afd.

68. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F

69. Overlæge  
Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk sektion

70. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
Hvidovre Hospital  
Kardiologisk afdeling

71. Ledende overlæge  
Jørn Jensen  
Regionshospitalet Randers  
Ortopædkirurgisk afdeling

72. Ledende overlæge, dr. med.

Kai Jensen

Hillerød Sygehus

Neurologisk Klinik

73. Vicedirektør, speciallæge, MHM

Leif Panduro Jensen

Nordsjællands Hospital Hillerød

(karkirurgi)

74. Overlæge, ph.d.

Ole Kudsk Jensen

Regionshospitalet Silkeborg

Center for Bevægeapparat-lidelser

75. Overtandlæge

Thomas Jensen

Aalborg Universitetshospital, Aalborg Sygehus Syd

Kæbekirurgisk Afd.

76. Neuropsykologisk fagkonsulent

Kasper Jørgensen

Rigshospitalet

Nationalt Videnscenter for Demens

77. Overlæge

Anna Kalhauge

Rigshospitalet

Diagnostisk Center, Diagn.radiologisk Klinik

78. Overlæge, dr.med.

Jens Kamper

Odense Universitetshospital,

Børneafdeling H

79. Professor, overlæge, dr.med.

Henrik Kehlet

Rigshospitalet

Enhed for kirurgisk patofysiologi

80. Overlæge, dr.med.

Henning Kelbæk

Rigshospitalet

Hjertemedicinsk Klinik

81. Overlæge, dr.med.

Johnny Keller

Aarhus Universitetshospital

Ortopædkirurgisk Afdeling E

82. Overlæge, ekstern klinisk lektor

Jens Folke Kiilgaard

Rigshospitalet

Øjenafdelingen

83. Ledende overlæge

Henrik Kiær

Svendborg Sygehus

Patologisk Institut

84. Overlæge, dr.med.

Thomas Kiær  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik

85. Vicesstatsobducent

Peter Thiis Knudsen  
Syddansk Institut  
Retsmedicinsk Institut

86. Professor, overlæge, dr.med.

Hans Jørn Kolmos  
Odense Universitetshospital  
Mikrobiologisk afdeling

87. Overlæge, dr.med.

Michael Kosteljanetz  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

88. Ledende overlæge

Peter Kramp  
(retspsykiatri)

89. Professor, overlæge, dr.med.

Christian Krarup  
Rigshospitalet  
Klinisk Neurofysiologisk Klinik, Neuro-  
centret

90. Professor, ph.d.

Michael Krogsgaard  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling

91. Professor, overlæge, dr.med.

Niels Kroman  
Rigshospitalet  
Mammakirurgisk Afdeling

92. Overlæge

Anders Kruse  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk Klinik

93. Overlæge, ph.d.

Anette Kærgaard  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk klinik

94. Overlæge

Bente Lomholt Langdahl  
Århus Universitetshospital  
Medicinsk Endokrinologisk afdeling

95. Overlæge

Bent Lange  
Aalborg Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk Afdeling

96. Overlæge, ph.d.  
Vibeke Andréé Larsen  
Rigshospitalet  
Neuroradiologisk Afdeling
97. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afd. M
98. Overlæge  
Pernille Leicht  
Rigshospitalet  
Håndkirurgisk Sektion
99. Vicesstatsobducent, ph.d.  
Peter Leth  
Statsobducenturet for Fyn og Sønderjylland  
Retsmedicinsk Institut
100. Professor, overlæge, dr.med.  
Øjvind Lidegaard  
Rigshospitalet  
Gynækologisk klinik
101. Klinikchef  
Anne Lindhardt  
Psykiatrisk Center Bispebjerg
102. Professor, afdelingsleder, dr.med.  
Kristian Linnet  
Københavns Universitet  
Retskemisk afdeling
103. Overlæge  
Jens Otto Lund  
Holbæk Sygehus  
Klinisk fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
104. Ledende overlæge, professor, dr. med  
Henrik Lund-Andersen  
Glostrup Hospital  
Øjenafdelingen
105. Professor, ph.d.  
Jytte Banner Lundemose  
Københavns Universitet  
Retspatologisk Afdeling
106. Klinikchef, overlæge  
Lene Lundvall  
Rigshospitalet  
BørneUngeKlinikken  
(gynækologi)
107. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad  
Hvidovre Hospital  
Klinik for endokrinologi

108. Overlæge  
Erland Magnussen  
Hvidovre Hospital  
MR-afdeling 340

109. Overlæge  
Tove Mathiesen  
Knebel  
(psykiatri)

110. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdeling E

111. Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Jacob Trier Møller  
Rigshospitalet  
Anæstesiaafdeling 4132

112. Overlæge, dr. med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk Afdeling

113. Overlæge  
Hans von der Maase  
Rigshospitalet  
Onkologisk Klinik, afsn 5073, Finsencentret

114. Overlæge  
Lise Loft Nagel  
Århus Universitetshospital  
Radiologisk Afdeling, NBG

115. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling

116. Adm. overtandlæge, specialtandlæge  
Bjarne Neumann-Jensen  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk Afd.

117. Ledende overlæge  
Edith Nielsen  
Århus Universitetshospital  
Neuroradiologisk afdeling

118. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Cosedis Nielsen  
Aarhus Universitetshospital, Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk Afdeling B

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

120. Professor, overlæge, dr.med.

Ole Haagen Nielsen

Herlev Hospital

Gastroenheden Medicinsk Sektion

121. Professor, overlæge, dr.med.

Lisbeth Nilas

Hvidovre Hospital

Gynækologisk-obstetrisk afd.

122. Professor, overlæge, dr.med.

Jørgen Nordling

Herlev Hospital

Kirurgisk afd. H

(urologi)

123. Overlæge, dr.med.

Henrik C. Juul Nyholm

Glostrup Hospital

Gynækologisk-obstetrisk afd.

124. Overtandlæge, ph.d.

Sven Erik Nørholt

Aarhus Universitetshospital

Afd. for tand-, mund- og kæbekirurgi

125. Lektor, Forskningsansvarlig overlæge

Øjvind Omland

Aalborg Sygehus

Arbejdsmedicinsk Klinik

126. Professor, overlæge, dr.med.

Therese Ovesen

Århus Kommunehospital

Øre-, næse- og halsafd. H

127. Professor, overlæge, dr.med.

Olaf B. Paulson

Rigshospitalet

Neurologisk afdeling

128. Professor, dr. med.

Freddy Karup Pedersen

Rigshospitalet

BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret

129. Overlæge

Karin Kastberg Pedersen

Århus Universitetshospital, Skejby

Hjerte-lunge-Kar-Kvinde-Barn Center

(radiologi, børn)

130. Overlæge

Niels Wisbech Pedersen

Åbyhøj

(Ortopædkirurgi)

131. Professor, overlæge, dr. med.

Michael Mørk Petersen

Rigshospitalet

Ortopædkirurgisk afd. U 2162

132. Overlæge, dr.med.

Peter Bernth Petersen  
Frederiksberg Hospital  
Øjenafdelingen

133. Overlæge

Hans Pilegaard  
Aarhus Universitetshospital  
Hjerte-Lunge-Karkirurgisk Afdeling T

134. Professor, overlæge, dr.med.

Henrik Enghusen Poulsen  
Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

135. Professor, overlæge, dr. med.

Niels Qvist  
Odense Universitetshospital  
Kirurgisk afd. A

136. Overlæge

Alice Rasmussen  
Psykiatrisk Center Bispebjerg

137. Forskningsansvarlig overlæge

Sten Rasmussen  
Aalborg Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afdeling, rygkirurgisk sekt.

138. Overlæge

Jesper Ravn  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk Afdeling

139. Neuropsykolog

Jens Østergaard Riis  
Aalborg Universitetshospital  
Neurokirurgisk Afdeling

140. Overlæge, dr.med.

Bent Rosenbaum  
Frederiksberg  
(psykiatri - kønsskifte)

141. Professor, overlæge, dr.med.

Jørgen Rungby  
Aarhus Universitetshospital Aarhus Sygehus  
Medicinsk-Endokrinologisk Afdeling MEA

142. Overlæge, dr.med.

Lene Rørdam  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

143. Overlæge, dr.med.

Kåre M. Sander  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT

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

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

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

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

148. Læge  
Mathias Skjernov  
Psykiatrisk Forskningsenhed  
Roskilde

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

150. Overlæge, dr. med.  
Birgit Guldhammer Skov  
Bispebjerg Hospital  
Patologiafdelingen

151. Professor, overlæge, dr.med.  
Flemming Skovby  
Rigshospitalet  
Klinisk Genetisk Afdeling, Juliane Marie  
Centret

152. Klinikchef, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O

153. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
Gentofte Hospital  
Klinisk farmakologisk enhed  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

154. Overlæge, dr. med.  
Stig Sonne-Holm  
Hvidovre Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling

155. Professor, overlæge, dr.med.  
Torben Steiniche  
Aarhus Universitetshospital,  
Patologi

156. Overlæge, ph.d.

Susanne Wulff Svendsen  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk Klinik

157. Overlæge, dr. med.

Lars Søndergaard  
Rigshospitalet  
Hjertemedicinsk Klinik B

158. Overlæge, dr. med.

Jens Benn Sørensen  
Rigshospitalet  
Onkologisk Afdeling, afsn 5073

159. Professor, ledende overlæge, ph.d., dr.  
med.

Jens Christian Hedemann Sørensen  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK

160. Ledende overlæge, ph.d.

Jens Lykke Sørensen  
Roskilde Sygehus  
Plastikkirurgisk afd.

161. Overlæge

Keld Sørensen  
Aarhus Universitetshospital, Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk Afdeling B

162. Overlæge

Leif Sørensen  
Aarhus Universitetshospital  
Neuroradiologisk Afdeling

163. Overlæge

Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling

164. Ledende overlæge, lektor, dr. med.

Ulrik Tarp  
Aarhus Universitetshospital  
Reumatologisk Afdeling U

165. Statsobducent, professor, dr.med.

Jørgen Lange Thomsen  
Syddansk Universitet  
Retsmedicinsk Institut

166. Overlæge, dr. med.

Karsten Thomsen  
Privathospitalet Hamlet  
Center for Ryglidelser

167. Professor, overlæge, dr. med.

Per Hove Thomsen  
Børne- og ungdomspsykiatrisk Hospital

168. Overlæge  
Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling

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

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

171. Afdelingslæge, dr.med.  
Peter Bjerre Toft  
Rigshospitalet  
Øjenafdelingen

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

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

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

175. Professor, overlæge, dr. med.  
Niels Uldbjerg  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling

176. Speciallæge, dr.med.  
Niels K. Veien  
Aalborg  
(dermatologi)

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

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

179. Overlæge, dr. med.  
Lene Maria Werdelin  
Gentofte  
(neuromedicin)

180. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus Ølgaard

Rigshospitalet

Nefrologisk klinik P

## **Retslægerådets sekretariat 2013**

Adelgade 13, 1304 København K

Tlf. 33 92 33 34 Fax 39 20 45 05

E-mailadresse: [retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk](mailto:retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk)

Hjemmeside: [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk)

### **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

### **Lægelige sekretærer**

Overlæge Christina Jacobsen (12 timer ugentlig)

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

Overlæge, dr.med., ph.d. Jimmy Collemorten (12 timer ugentlig), fratrædt 30.06.13

Overlæge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

Overlæge Kirstine Boisen (12 timer ugentlig) tiltrædt 01.07.13

### **Administrativt personale**

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen, fratrædt 30.06.13

Overassistent Simon Greiff Andreasen, fratrædt 31.01.13

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen, fratrædt 31.03.13

Overassistent Ditte Brøns, fratrædt 14.10.13

Overassistent Jonna Sejer

Overassistent Karina Thougard Jensen, tiltrædt 07.02.13



ISBN 87-89648-18-8