

Retslægerådets
årsberetning
2000

ISBN 87-89648-06-4

Udgivet 2002

Jespersen Offset ApS

Indholdsfortegnelse

Forord	5
I. Retslægerådets organisation	7
Lovbestemmelser m.v.	7
Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet	8
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet	9
Retslægerådets medlemmer 2000	11
Sagkyndige anvendt i 2000	12
Retslægerådets sekretariat 2000	23
II. Statistik	24
Sager behandlet i Retslægerådet 2000	24
III. Udvalgte sager af interesse	27
Referat fra møde i Retslægerådet den 20.02.02 med Advokatsamfundet vedr. Whiplash Associated Disorder (WAD) m.v.	27
Forhold Retslægerådet ikke udtaler sig om	33
Manglende anvendelighed af urinprøve analyseret for alkohol i færdsels sag, hvor blodprøvetagning ikke var mulig på grund af fedme ...	37
Alkoholpromiller i blodet	41
Grad af erhvervsevnetab efter hovedtraumer	45
Skizofrenilignende sindssygdom udviklet som følge af hovedtraume mange år tidligere?	51
Psykopatologisk vurdering skal gå forud for psykoterapeutisk behandling	55
Affektreaktion	59
Tilstand ligestillet med sindssygdom udløst af indtagelse af svampe medførte ikke straffrihed	63
Patologisk rus - ikke til stede	71
Hvilken sanktion skal anbefales over for personer, der begår krimi- nalitet, og som er såvel mentalt retarderede som psykisk syge?	77

Udtalt åndelig svækkelse (sløvelse/demens) efter alkoholmisbrug vurderet som sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand.	81
Behandling med kønsdriftsdæmpende medicin af ikke (fysisk) personfarlig sædelighedskriminel.	85
Bevidsthedsspaltning: Retspsykiatrisk placering?	91
Vedvarende og overhængende versus akut og tilstandsbetinget fare	95
Straffelovens § 73	103
Strafferetspsykiatriske sager - proportionalitet	119
Et vellykket – men tidsbegrænset? – behandlingsforløb i medfør af en særforanstaltning	125
Farlighedsdekret og/eller særforanstaltning - proportionalitet	131
Forvaring – proportionalitet	137
Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	143

Forord

Ved at betragte det samlede antal sager, som Retslægerådet har modtaget til behandling i år 2000, synes der ikke at være sket nogen særlig ændring i forhold til de tidligere år. Ved at gå ind i statistikken viser det sig imidlertid, at der er sket ret betydelige forskydninger mellem de enkelte sagstyper, idet antallet af E-sager, som er særlig ressourcekrævende, fortsat har været stigende, således at antallet af disse sager er steget med 25 % siden foregående år. Inden for gruppen af E-sager er der desuden sket betydelige forskydninger, således er antallet af klager over medicinalpersoner i løbet af de sidste 4 år faldet til det halve, medens antallet af sager, hvor der ønskes kompensation (arbejdsskader/ulykker, erstatningssager, pensionssager m.v.) i samme tidsrum er mere end fordoblet. Det samme gælder i øvrigt sager vedrørende aldersbestemmelse af personer, der søger opholdstilladelse her i landet. Disse ændringer har betydet et øget behov for ressourcer.

Der har endvidere været en tendens til, at det fremsendte materiale i stigende grad har været insufficient, således at Retslægerådet har måttet anmode om fremsendelse af supplerende materiale, for at rådet kunne være i stand til at besvare de stillede spørgsmål. I 2000 forekom denne situation i 32,8 % af E-sagerne. I mange tilfælde er det indlysende lige fra starten, at materialet er utilstrækkeligt, medens det i andre tilfælde først fremgår, når sagsbehandlingen er godt i gang. Under alle omstændigheder betyder fremsendelsen af insufficient materiale en øget arbejdsbyrde, forlængelse af sagsbehandlingstiden og dermed øget ressourceforbrug. Det samme gælder i øvrigt i de tilfælde, hvor der efter sagsbehandlingens begyndelse i rådet eftersendes yderligere materiale, som ønskes medtaget i sagsbehandlingen, eller stilles supplerende spørgsmål. Her må sagens behandling begynde forfra.

Disse forhold bevirker, at Retslægerådet for at kunne fortsætte sit virke må have tilført yderligere ressourcer, hvilket i øjeblikket er under overvejelse.

Retslægerådet har i den forløbne periode fortsat været i dialog med forskellige brugere af Retslægerådets responsa, og på forslag af flere advokater med særlig interesse for Whiplash-læsioner (piskesnertlæsioner) tog Retslægerådet initiativ til afholdelse af et møde med deltagelse af repræsentanter fra Advokatsamfundet, Retslægerådets medlemmer og nogle af de sagkyndige, der deltager i behandlingen af disse sager i Retslægerådsregi. Referatet af mødet er efter godkendelse af mødedeltagerne optaget i nærværende årsberetning (side 27 ff).

Af mere generelle forhold kan også henvises til en beskrivelse af forhold, som Retslægerådet ikke udtaler sig om. Dette afsnit er medtaget i håb om, at det kan

anvendes som vejledning for rådets brugere og dermed i sidste ende effektivisere rådets arbejde (side 33 ff).

Retslægerådet har pr. 01.01.02 fået ny forretningsorden, og selvom denne forretningsorden ikke har været gældende for de sager, som er behandlet i nærværende årsberetning, er den medtaget som information til Retslægerådets brugere.

Endelig indeholder årsberetningen en række enkeltsager - i år overvejende vedrørende retspsykiatri - som på den ene eller anden måde må formodes at have en bredere generel interesse.

I. Retslægerådets organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

§ 2. Rådet består af indtil 12 læger. Det arbejder i 2 afdelinger, af 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 nævn-

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 20.04.61 for Retslægerådet

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

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

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

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

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

§ 4. Såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse, skal rådet forhandle med den læge, der tidli-

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

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

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

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

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

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

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

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet

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

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

hovedhensyn, der har været bestemmende for skønsudøvelsen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Retslægerådets medlemmer 2000

Overlæge, dr.med. Hans Adserballe
Psykiatrisk Hospital i Århus
Afsnit B
(psykiatri)
til 30.06.00

Overlæge Helle Aggernæs
Kommunehospitalet
Psykiatrisk Afdeling
(psykiatri)
fra 01.08.00

Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Galbo
Københavns Universitet
Panum Institutet
Medicinsk-Fysiologisk Institut
(medicin)
fra 01.07.00

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

Overlæge Peter Gottlieb
Bispebjerg Hospital
Psykiatrisk afdeling E
(psykiatri)

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

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

Klinikchef Anne Lindhardt
Rigshospitalet
Psykiatrisk Klinik
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Ib Lorenzen
Hvidovre Hospital
Medicinsk blok
Afsnit for reumatologi
næstformand
(medicin)
til 30.06.00

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

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Stadil
Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling C
næstformand fra 01.07.00
(kirurgi)

Sagkyndige anvendt i 2000

1. Overlæge, dr.med. Steen Ahrons
Odense Universitetshospital
Gynækologisk obstetriske afdeling D
(gynækologi-obstetrik)
2. Overlæge, dr.med. Else Andersen
Hillerød Sygehus
Børneafdeling H
(pædiatri)
3. Overlæge Henrik Steen Andersen
Rigshospitalet, Neurocenteret
Psykiatrisk afdeling O
(psykiatri)
4. Speciallæge, dr.med.
Kjeld Skou Andersen
Virum
(ortopædkirurgi)
5. Overlæge, dr.med.
Lars Ib Andersen
Odense Universitetshospital
Thoraxkirurgisk afdeling C
(kirurgi)
6. Overlæge, dr.med.
Morten Birket-Smith
Bispebjerg Hospital
Psykiatrisk afdeling E
(psykiatri)
7. Professor, overlæge, dr.med.
Finn T. Black
Marselisborg Hospital
Medicinsk-epidemiologisk afdeling A
(medicin)
8. Professor, overlæge, dr.med.
Mogens Blichert-Toft
Rigshospitalet
HovedOrtoCentret
Endokrin.- og mammakirurgisk
klinik
(kirurgi)
9. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Bonde
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
10. Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen
Bispebjerg Hospital
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)
11. Chefpsykolog Birgitte Brun
Sct. Hans Hospital,
Klinisk psykologisk afdeling
(psykologi)
12. Neuropsykolog Peter Bruhn
Hillerød Sygehus
Psykiatrisk afdeling
(neuropsykologi)
13. Overlæge, dr.med.
Flemming Burcharth
Amtssygehuset i Herlev
Kirurgisk afdeling (mave-tarm-
sygdomme)
(kirurgi)
14. Professor, overlæge, dr.med.
Cody Eric Bünger
Århus Kommunehospital
Kirurgisk afdeling E
(ortopædkirurgi)

15. Overlæge
Hanne Rolighed Christensen
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk enhed
(alkohol og medicinpåvirkethed)

16. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Juel Christensen
Amtssygehuset i Herlev
Medicinsk- endokrinologisk afdeling
(medicin)

17. Overlæge, dr.med.
Steen Bach Christensen
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret
Ortopædkirurgisk klinik
(kirurgi)

18. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
(oftalmologi)

19. Professor, overlæge, dr.med.
Ronald Dahl
Århus Kommunehospital
Lungemedicinsk afdeling B
(medicin)

20. Professor, overlæge, dr.med.
Mogens Dam
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
(neuromedicin)

21. Professor, overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Rigshospitalet, Hjertecenteret
Lungemedicinsk klinik
(medicin)

22. Overlæge, dr.med. Sven Dorph
Helsingør Sygehus
Røntgenafdelingen
(radiologi)

23. Overlæge Ole Ejner Drachmann
Amtssygehuset i Glostrup
Klinisk immunologisk afdeling og
blodbank
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

24. Overlæge, dr.med.
K. T. Drzewiecki
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret
Plastikkirurgisk afdeling
(kirurgi)

25. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Egund
Århus Kommunehospital
Røntgendiagnostisk afdeling R
(røntgendiagnostik)

26. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ehlers
Århus Kommunehospital
Øjenafdeling J
(oftalmologi)

27. Overtandlæge Lene Esmark
Frederiksberg Kommunale Tandpleje
(odontologi)

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

29. Overlæge, dr.med.
Bo Feldt-Rasmussen
Rigshospitalet, Abdominalcenteret
Afdeling P
(medicin)

30. Overlæge Per Klausen Fink
Forskningsenh. F. Funkt. Lidelser
(psykiatri)
31. Overlæge, dr.med.
Anders Fischer
Amtssygehuset i Gentofte
Kirurgisk afdeling D
(kirurgi)
32. Overlæge, dr.med.
Cai Frimodt-Møller
Amtssygehuset i Gentofte
Kirurgisk afdeling H
(kirurgi)
33. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N 6131
(neuropsykologi)
34. Overlæge, dr.med. Jes Gerlach
Sct. Hans Hospital
Afdeling P
(psykiatri)
35. Professor, dr.med.
Markil Gregersen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)
36. Overlæge, dr.med. Ole Greisen
Aalborg Sygehus Syd
Øre-, næse- og halsafdeling H
(oto-rhino-lar.)
37. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg
Rigshospitalet, RHIMA Centret
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)
38. Lektor, lic.med.
A. Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retskemi)
39. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbe Hansen
Amtssygehuset i Herlev
Medicinsk hæmatologisk afdeling
(medicin)
40. Overlæge Sven Erik Hansen
Bispebjerg Hospital
Medicinsk Center
Reumatologisk klinik
(medicin)
41. Overlæge, dr.med.
Troels Mørk Hansen
Amtssygehuset i Herlev
Medicinsk afdeling E
(medicin)
42. Oversygeplejerske Jette Hare
Amtssygehuset i Herlev
Medicinsk hæmatologisk afdeling
(sygeplejeforhold)
43. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
Rigshospitalet, Hjertecenteret
Medicinsk afdeling B
(medicin)
44. Klinikchef, dr.med.
Carsten Hendriksen
Hvidovre Hospital
Klinik for geriatri
(geriatri)

45. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.
afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
46. Overlæge, dr.med.
Ib Hessov
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling L
(kirurgi)
47. Professor, dr.odont.
Palle Holmstrup
Tandlægeskolen
Afdelingen for parodontologi
(odontologi)
(Udpeget efter lov om Retslægerådet,
§ 2, stk. 3)
48. Overlæge, dr.med. Per Holstein
Bispebjerg Hospital
Thorax- og karkirurgisk afdeling L
(kirurgi)
49. Overlæge, dr.med.
Thomas Horn
Amtssygehuset i Herlev
Patologisk-Anatomisk Institut
(patologi)
50. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
Rigshospitalet, RHIMA Centret
Klinisk mikrobiologisk afdeling
(mikrobiologi)
51. Overlæge, dr.med.
Hans Jakob Ingerslev
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y
(gynækologi-obstetrik)
52. Overlæge, dr.med.
Jørgen Ingerslev
Skejby Sygehus
Klinisk immunologisk afdeling
(intern medicin)
53. Overlæge Peter Iversen
Abdominalcenteret
Urologisk klinik D
(kirurgi)
54. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afdeling
(onkologi)
55. Speciallæge, dr.med.
Bjarne Hamilton Jakobsen
Frederiksberg
Speciallægeklinik
(kirurgi)
56. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
(neuromedicin)
57. Overlæge Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk afdeling K
(kirurgi)
58. Overlæge, dr.med.
Erik Gert Jensen,
Sønderborg Sygehus,
Ortopædkirurgisk afdeling O
(ortopædkirurgi)
59. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling
(medicin)

60. Speciallæge, dr.med.

Hans-Eric Jensen
København
Speciallægeklinik
(kirurgi)

61. Overlæge Jørn Jensen

Århus Amtssygehus
Ortopædkirurgisk afdeling E
(kirurgi)

62. Overlæge, dr.med.

Karl Erik Jensen
Rigshospitalet
Radiologisk klinik
(radiologi)

63. Overlæge, dr.med.

Kåre M. Sander Jensen
Rigshospitalet, Hjertecenteret
Thoraxkirurgisk klinik RT
(kirurgi)

64. Overlæge Tim Toftgaard Jensen

Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(kirurgi)

65. Professor, overlæge, dr.med.

Troels Staehelin Jensen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
(neuromedicin)

66. Professor, overlæge, dr.med.

Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.
(medicin)

67. Chefpsykolog Agnete Jønsson

Rigshospitalet
Neurocenteret
(neuropsykologi)

68. Professor, overlæge, dr.med.

Karsten Ejsing Jørgensen
Odense Universitetshospital
Øre-næse og halsafdeling F
(Oto-rhino-laryngologi)

69. Lektor, lic.pharm. Elisabeth Kaa

Århus Universitet
Retskemisk afdeling
(kemi)

70. Overlæge, dr.med. Jens Kamper

Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
(pædiatri)

71. Institutchef, dr.med.

Jens Peter Kampmann
Lægemiddelstyrelsen
Inst. f. Rationel Farmakologi
(farmakologi)

72. Professor, overlæge, dr.med.

Henrik Kehlet
Hvidovre Hospital
Kirurgisk-gastroenterologisk afdeling
(kirurgi)

73. Professor, overlæge, dr.med.

Preben Kirkegaard
Rigshospitalet
Abdominalcenteret
Kir. Gastro. Klinik CTX
(kirurgi)

74. Overlæge, dr.med. Thomas Kiær

Rigshospitalet
HovedOrtoCentret
Ortopædkirurgisk klinik
(kirurgi)

75. Administrerende overlæge
Hanne Kjeldsen
Århus Kommunehospital
Plastikkirurgisk afdeling Z
(kirurgi)

76. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
Rigshospitalet, Neurocentret
Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)

77. Oversygeplejerske
Gitte Kozakewitsch
Hvidovre Hospital
Reumatologisk afdeling 225
(sygeplejeforhold)

78. Overlæge, dr.med.
Christen Krag
Amtssygehuset i Herlev
Plastikkirurgisk afdeling V
(kirurgi)

79. Overlæge, dr.med. Erik Krogh
Amtssygehuset i Herlev
Øjenafdelingen
(oftalmologi)

80. Professor, overlæge, dr.med.
Ole Kronborg
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afdeling A
(kirurgi)

81. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Falk Larsen
Amtssygehuset i Herlev
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
(gynækologi-obstetrik)

82. Overlæge, dr.med.
Benedicte Laursen
Aalborg Sygehus Syd
Medicinsk afdeling B
(medicin)

83. Overlæge, dr.med.
Henning Laursen
Rigshospitalet; Laboratoriecentret
Neuropatologisk Lab. PA
(neuropatologi)

84. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret
Ortopæd-kirurgisk afdeling U
(ortopædkirurgi)

85. Overlæge Jens Otto Lund
Amtssygehuset i Gentofte
Klinisk Fysiologisk-nuclearmed.
afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

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

87. Overlæge, dr.med. Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi
(medicin)

88. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Rask Madsen
Amtssygehuset i Herlev
Gastromedicinsk afdeling
(medicin)

89. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
Rigshospitalet, RHIMA Centret
Medicinsk afdeling TA
(medicin)

90. Cheflæge, dr.med.
Thomas R. Mandrup-Poulsen
Steno Diabetes Center
Medicinsk-endokrinologisk afdeling
(medicin)

91. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet
(medicin)

92. Professor, overlæge, dr.med.
Torkil Menné
Amtssygehuset i Gentofte
Dermatologisk afdeling K
(dermato - venerologi)

93. Overlæge, dr.med.
Hans-Henrik Meyhoff
Hillerød Sygehus
Organkirurgisk afdeling A
(kirurgi)

94. Overlæge, dr.med.
Sigurd Mikkelsen
Amtssygehuset i Glostrup
Arbejdsmedicinsk klinik
(arbejdsmedicin)

95. Professor, overlæge, dr.med.
C. E. Mogensen
Århus Kommunehospital
Medicinsk afdeling
(medicin)

96. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensen
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret
Anæstesiaafdeling AN
(anæstesiologi)

97. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E
(oftalmologi)

98. Overlæge Claus Mosdal
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling GS
(neurokirurgi)

99. Overlæge, dr.med.
Henning Mouridsen
Rigshospitalet, Finsencentret
Onkologisk afdeling
(onkologi)

100. Professor, dr.med.
Thorkild Mygind
Røntgenklinikken
København
(radiologi)

101. Overlæge, dr.med.
Mogens Møller
Odense Universitetshospital
Kardiologisk afdeling B
(medicin)

102. Overlæge Jens Henrik Nehen
Aalborg Sygehus Syd
Øjenafdelingen
(oftalmologi)

103. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling
(radiologi)

104. Overlæge Carsten Juul Nielsen
Amtssygehuset i Glostrup
Neurokirurgisk afdeling H
(neurokirurgi)

105. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicinsk afdeling
(medicin)

106. Overlæge, dr.med.
Steen Levin Nielsen
Amtssygehuset i Herlev
Fysiologisk/nuklearmedicinsk afde-
ling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

107. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
(medicin)

108. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Olesen
Amtssygehuset i Glostrup
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)

109. Professor, overlæge, dr.med.
William Paaske
Skejby Sygehus
Hjerte/lunge/karkirurgisk afdeling T
(kirurgi)

110. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Kildeberg Paulsen
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T
(kirurgi)

111. Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson
Rigshospitalet, Neurocentret
Neurologisk afdeling N
(neuromedicin)

112. Professor, overlæge, dr.med.
Court Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afdeling C
(medicin)

113. Overlæge
Jim Thuesen Pedersen
Aalborg Sygehus Syd
Lungemedicinsk afdeling
(medicin)

114. Overlæge Birgit Peitersen
Hvidovre Hospital
Børneafdelingen
(pædiatri)

115. Overlæge, dr.med.
Erik Peitersen
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret
øre-næse-halsklinik
(oto-rhino-laryngologi)

116. Overlæge Jørgen Pless
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgisk afdeling Z
(kirurgi)

117. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
(farmakologi)

118. Overlæge Alan Rabøl
Vejle Sygehus
Klinisk fysiologisk afdeling
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

119. Overlæge, dr.med.

Fritz E. Rank
Rigshospitalet
Patologisk afdeling
(patologi)

120. Neuropsykolog

Jens Østergård Riis
Ålborg Sygehus
Neurologisk afd.
(psykologi)

121. Professor, overlæge, dr.med.

Raben Rosenberg
Psykiatrisk Hospital i Århus
Afdeling for biologisk psykiatri
(psykiatri)

122. Overlæge, dr.med.

Jarl Rosenørn
Amtssygehuset i Glostrup
Neurokirurgisk afdeling H
(neurokirurgi)

123. Professor, overlæge, dr.med.

Hans Rovsing
Hvidovre Hospital
Røntgenafdelingen
(radiologi)

124. Professor, overlæge, dr.med

Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastro- enterologisk afdeling S
(medicin)

125. Praktiserende læge

Poul Schiøler
Lægehuset
Glamsbjerg
(almen medicin)

126. Overlæge Kaare Schmidt

Amtssygehuset i Glostrup
Neurokirurgisk afdeling N
(neurokirurgi)

127. Professor, dr.med. Jens S. Schou

Københavns Universitet
Farmakologisk Institut
(farmakologi)

128. Lektor Søren Schou

Tandlægeskolen
Afdeling for oral kirurgi
(odontologi)

129. Professor, overlæge, dr.med.

Torben V. Schroeder
Rigshospitalet, Abdominalcentret
Karkirurgisk afdeling RK
(kirurgi)

130. Docent, dr. odont. Ib Sewerin

Tandlægeskolen
Afdeling for radiologi
(odontologi)

131. Professor, overlæge, dr.med.

Anne Katrin Sjølie
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E
(oftalmologi)

132. Professor, overlæge, dr.med.

Niels Skakkebæk
Rigshospitalet
Klinik for vækst og reproduktion
(medicin)

133. Professor, overlæge, dr.med.

Peter Skinhøj
Rigshospitalet, RHIMA Centret
Epidemi klinik
(medicin)

134. Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Skovby,
Rigshospitalet
Pædiatrisk afsnit
(pædiatriklinisk genetik)

135. Overlæge, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopæd-kirurgisk afdeling O
(kirurgi)

136. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Amtssygehuset i Gentofte
Klinisk Farmakologisk enhed
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

137. Professor, overlæge, dr.med.
Kristian Stengaard-Pedersen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling
(medicin)

138. Overlæge Niels Stephensen
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)

139. Overlæge, dr.med.
Svend Strandgaard
Amtssygehuset i Herlev
Nefrologisk afdeling B
(medicin)

140. Overlæge, dr.med.
Henning Sørensen
Rigshospitalet, Laboratoriecenteret
Klinisk immunologisk laboratorium
(medicin)

141. Overlæge, dr.med. Jens Benn
Sørensen
Rigshospitalet
Finscenteret, Onkologisk klinik
(medicin)

142. Professor, overlæge, dr.med.
Per Soelberg Sørensen,
Rigshospitalet; Neurocenteret
Neurologisk klinik N
(neuromedicin)

143. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling P
(psykiatri)

144. Overlæge Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling U
(neurokirurgi)

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

146. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling
(medicin)

147. Professor
Jørgen Lange Thomsen
Odense Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

148. Overlæge, dr.med.
P. E. Bloch Thomsen
Amtssygehuset i Gentofte,
Kardiologisk afdeling P
(medicin)

149. Overlæge Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling
(kirurgi)

150. Professor, overlæge, dr.med.
Mirko Tos
Amtssygehuset i Gentofte
Øre-, næse- og halsafdeling E
(oto-rhino-lar.)

151. Overlæge, dr.med.
Erik Tøndevold
Rigshospitalet
HovedOrtoCenteret
Ortopædkirurgisk afdeling
(kirurgi)

152. Professor, overlæge, dr.med.
Else K. Tønnesen
Århus Kommunehospital
Anæstesiologisk afdeling N
(anæstesiologi)

153. Overlæge, dr.med.
Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
(gynækologi-obstetrik)

154. Speciallæge Niels Valentin
Fredensborg
(anæstesiologi)

155. Overlæge, dr.med.
Jørgen Vestbo
Hvidovre Hospital
Klinik for lungemedicin og allergi
(medicin)

156. Vicesstatsobducent, dr.med.
Annie Vesterby
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

157. Overlæge, dr.med. Kaj Viskum
Amtssygehuset i Gentofte
Lungemedicinsk afdeling Y
(medicin)

158. Overlæge Sven Viskum
Aalborg Sygehus Nord
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)

159. Overlæge, dr.med. Bo Voldby
Århus Kommunehospital
Neurokirurgisk afdeling GS
(neurokirurgi)

160. Professor, overlæge, dr.med.
Steen Walter
Odense Universitetshospital
Urologisk afdeling L
(kirurgi)

161. Professor, overlæge, dr.med.
Hans Wolf
Skejby Sygehus
Urologisk afdeling K
(kirurgi)

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

Speciallæge i fysiurgi og rehabilite-
ring,
Kjeld Christensen
Køge

med henblik på behandling af
autorisationsforhold.

Retslægerådets sekretariat 2000

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

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen
Fuldmægtig, cand.jur. Marianne Kristensen

Medicinske sekretærer

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

Sekretærer

Afdelingsleder Inge Løth Walmar.
Overassistent Annelise Gersby Jacobsen.
Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig)
Overassistent Dorte Nielsen

II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerådet 2000

A. Psykiatriske sager	631
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	196
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr	16
D. Faderskabssager	259
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	762
F. Administrative sager m.v.	305
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	20
M. Færdselssager med medicinindtagelse	114
I ALT	2303

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	341
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	27
Ændring i strafferetlig foranstaltning	221
Ophævelse af farlighedsdekret	20
Overførsel til Sikringsafdelingen	6
Umyndiggørelser	0
Benådning	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	15
I ALT	631

Ad B-sager

Sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	109
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	87
I ALT	196

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	15
Ændring af navn/cpr.nr.	1
I ALT	16

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	95
Arbejdsskader/ulykker	191
Erstatning, pensionssager m.v.	201
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	33
Aldersbestemmelse	216
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	26
I ALT	762

III. Udvalgte sager af interesse

Referat fra møde i Retslægerådet den 20.02.02 med Advokatsamfundet vedr. Whiplash Associated Disorder (WAD) m.v.

Retslægerådet afholdt i februar 2002 et møde med repræsentanter for Advokatsamfundet med henblik på drøftelse af problemer omkring forelæggelse af sager vedr. Whiplash Associated Disorder (WAD) o. lign. for Retslægerådet. I mødet deltog Retslægerådets medlemmer, repræsentanter for Advokatsamfundet samt nogle af de sagkyndige, der ofte deltager i behandlingen af sager inden for det omhandlede sygdoms-område. Der henvises til deltagerlisten i slutningen af referatet.

Dagsordenen for mødet var følgende:

- a) **formulering af spørgsmål til Retslægerådet**
- b) **hvilket materiale bør medsendes**
- c) **forudsætningerne for, at Retslægerådet vil kunne give møde ved sagkyndige vidner under retsmøder.**
- d) **eventuelt**

Indledningsvist bød formanden for Retslægerådet, professor Jørn Simonsen, velkommen, idet han samtidig tilkendegav, at deltagerne ikke skulle føle sig bundet til alene at drøfte WAD-sager, da en stor del af problematikken gjorde sig gældende i en lang række tilsvarende sager. Alle synspunkter, der kunne hjælpe med til at forbedre forelæggelsen af de omhandlede sager

for rådet og dermed sagsbehandlingen heraf, skulle være velkomne.

Herefter redegjorde Jørn Simonsen for Retslægerådets organisation, arbejdsopgaver og arbejdsform. Han fremhævede, at Retslægerådet alene afgav lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Retslægerådet træffer ikke afgørelse i sager. Jørn Simonsen henlede endvidere opmærksomheden på rådets nye forretningsorden (bekendtgørelse nr. 1068 af 17. december 2001). Blandt andet henlede han opmærksomheden på, at der nu i dagsordenen var indsat regler om rådets repræsentanters møde i retten. (Se den nye forretningsorden for Retslægerådet, der er optrykt i denne årsberetning side 9 f.)

Endvidere gennemgik Jørn Simonsen det typiske forløb af sagsbehandlingen i en "E-sag" (sag af somatisk karakter i

modsatning til psykiatriske sager), hvorunder whiplash-sagerne henhører.

Jørn Simonsen gennemgik med udgangspunkt i betænkning om Retslægerådet (nr. 1196/1990), side 131ff. kravene til de spørgsmål, der blev forelagt rådet. Spørgsmålene skal være konkrete, klare, neutrale, relevante og omfattet af Retslægerådets sagkundskab. Endvidere ser rådet gerne, at der i forbindelse med forelæggelsen er stillet spørgsmålet: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger". Han oplyste, at E-sags antallet fra 1989 til 2001 var steget til næsten det tredobbelte, så der nu bliver forelagt op imod 800 sager om året. Endvidere er sagerne mere komplicerede, der stilles flere spørgsmål i den enkelte sag, og ikke mindst er antallet af forelæggelser i forbindelse med verserende civile retssager steget.

Jørn Simonsen henledte opmærksomheden på, at der var emner, Retslægerådet ikke tog stilling til:

Erhvervsevnetab, méngrader, uarbejdsdygtighed, stationærtidspunkt (det tidspunkt, hvor det efter en lægelig bedømmelse må antages, at fortsat lægelig behandling ikke vil føre til yderligere bedring af skadelidtes helbredstilstand) og begrundelsen for sygdommeldinger. Baggrunden herfor var, at disse begreber ikke var af rent lægevidenskabelig karakter, idet en række andre ikke-lægelige hensyn, herunder juridiske, indgik i vurderingen.

Spørgsmålet blev rejst, om rådet ville besvare et spørgsmål, der ikke direkte nævnte ordet stationærtidspunktet,

men vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt "der ikke kunne ventes en yderligere blivende væsentlig forbedring i patientens helbredstilstand". Jørn Simonsen svarede hertil, at udgangspunktet var, at rådet ikke kunne indlade sig på spørgsmål, der var knyttet direkte til begrebet stationærtidspunktet. Dette ville - afhængigt af den konkrete sag og sammenhængen med de øvrige spørgsmål - under alle omstændigheder kun kunne blive retrospektivt. Rent lægelige spørgsmål, hvis besvarelse skal indgå som en del af grundlaget for rettens afgørelse af blandt andet stationærtidspunktet, kan naturligvis behandles af rådet.

Emnet "kausalitet"/årsagssammenhæng blev herefter drøftet. Det blev fra advokatside nævnt, at det, der ofte er uenighed om i erstatnings- og forsikringssager, er, om der er årsagssammenhæng mellem den skade, der skal betales erstatning for, og den eller de lidelser, som er grundlaget for den skadelidtes erstatningskrav, særligt for erhvervsevnetab. Den lægelige bedømmelse af årsagssammenhængen var ofte en nødvendig forudsætning for den juridiske bedømmelse af kausalitet.

Fra lægelig side blev det fremhævet, at spørgsmålet om en sammenhæng mellem en begivenhed og en skade ofte er et meget vanskeligt spørgsmål. Der er næsten altid tale om flere konkurrerende årsager, bedømt på lægevidenskabeligt grundlag. Der er således tale om en multifaktoriel vurdering. Den menneskelige forskellighed og biologiske variation spiller her ind. Der var

dog sager, hvor årsagssammenhængen var indlysende, og hvor Retslægerådet ville kunne svare; men i de fleste er årsagssammenhængen uklar lægeligt set af foranstående grunde. Som eksempel kan nævnes spørgsmålet, om en lidelse er arbejdsbetinget eller for eksempel aldersbetinget. Ville samme lidelse ikke være opstået, hvis arbejdet havde været anderledes?

Fra rådets side blev det tilkendegivet, at spørgsmål direkte i relation til "kausalitet" ville blive afvist, idet ordet og dermed spørgsmålet måtte anses for at være af juridisk karakter. Derimod vil Retslægerådet forsøge at svare på rent lægelige spørgsmål, som angår den lægelige årsagssammenhæng mellem den skadelige påvirkning og den skadelidtes lidelse.

Emnet erhvervsevnetab blev berørt. Fra rådets side blev det fremhævet, at dette begreb efter lovgivningen er af delvis økonomisk karakter, af hvilken grund rådet afholdt sig fra at komme ind på en nærmere vurdering heraf. Læger kan ikke vurdere graden af erhvervsevnetab, men kan beskrive lidelser og symptomer.

Der var en del spørgsmål i relation til "hypotetiske spørgsmål". Retslægerådet besvarer som udgangspunkt ikke sådanne spørgsmål, da de ikke opfylder kriterierne for spørgsmålsstilling til Retslægerådet, jævnfør rådets formands indledende bemærkninger. Det blev fra advokatside fremhævet, at der var eksempler på, at rådet havde svaret på hypotetiske spørgsmål, ved at

rådet – med forbehold – havde redegjort for den forventelige udvikling omkring et lægeligt forhold. Dette havde absolut været anvendeligt af retten, og der var i det hele taget stor interesse for, at rådet besvarede denne type spørgsmål.

Det blev under drøftelsen omkring dette begreb bekræftet, at det ofte hændte, at der fra advokatside blev stillet hypotetiske spørgsmål, selvom et afvisende svar må kunne forudses. Fra rådets side blev det tilkendegivet, at dette forhold måtte gøre det forståeligt, at rådet var tilbageholdende med at besvare hypotetiske spørgsmål. Jørn Simonsen erklærede dog, at rådet ville være indforstået med i et vist omfang – selvfølgelig med forbehold – at gå ind i besvarelse af hypotetiske spørgsmål, såfremt dette i den pågældende sag var lægevidenskabeligt muligt og uproblematisk. Der ville dog altid være en lang række hypotetiske spørgsmål, der aldrig ville kunne besvares, og det ville således fortsat være rådets udgangspunkt, at dette ikke ville ske.

En af de fremmødte advokater forespurgte, hvorvidt det ville være ønskeligt, om de spørgetemaer, der blev forelagt Retslægerådet, indledtes med et kort sagsresumé, hvor hovedformålet med forelæggelsen for rådet blev anført. Det blev bemærket, at et sådant sagsresumé forudsætningsvist ville være "neutralt", idet parterne skulle være enige herom.

Hertil var rådets svar, at idéen var udmærket. Det var dog forsat specielt udarbejdelsen af spørgsmålene, der var forbundet med problemer. Udarbejdelse af et resumé som nævnt kunne

dog tvinge advokaterne til at tænke på en mere relevant formulering af spørgsmålene.

Der var herefter enighed om, at det var en god idé, om der som oplæg til spørgetemaerne til Retslægerådet blev tilknyttet et kort neutralt sagsresumé med angivelse af forelæggelsens hovedformål. Det er klart, at advokaterne skulle være enige om dette resumé. Det var endvidere advokaternes ansvar at forberede sagen og spørgsmålene med henblik på forelæggelse for Retslægerådet på den fagligt meste korrekte måde.

Der var en del spørgsmål i relation til WAD-sager. Rådet blev forespurgt, hvorvidt det var læger med særlige specialer, der var bedst egnede til at beskæftige sig med disse sager. Der kunne ikke svares éntydigt herpå. Selvfølgelig er nogle specialer mere relevante end andre. Dog var det - på grund af disse sagers særlige karakter - nok mere personspecifikt end specialespecifikt, hvem der var bedst egnede til at behandle disse sager. Det var ikke så meget uddannelsen i det særlige speciale, der var afgørende, men mere personens interesse i WAD-problematikken. I Retslægerådet deltager normalt neurologer, neurokirurger, ryggspecialister og psykiatere.

Fra rådets sagkyndiges side blev det oplyst, at der ofte savnedes neuropsykologiske undersøgelser i WAD-sagerne. I sager, hvor der forekommer neuropsykologiske undersøgelsesresultater, deltager neuropsykologer i Retslægerådets sagsbehandling. Endvidere blev det spørgsmål rejst, om der ikke

var tale om forskellige ”skoler” blandt lægerne, det vil sige læger med forskellig grundholdning til WAD. Fra rådets side blev tilkendegivet, at der næppe længere var tale om den store lægevidenskabelige forskel i grundholdningen. Det var nok mere i den juridiske/erstatningsretlige verden, at dette var tilfældet.

Men lægevidenskaben ændrer sig hele tiden, og dette gælder selvfølgelig også WAD-området.

Retslægerådet udtaler sig altid på grundlag af den aktuelle lægevidenskab.

Formandsskabet er dog sig bevidst om problematikken i forbindelse med udvælgelsen af sagkyndige til disse sager. Der skal selvfølgelig være ensartethed i rådets udtalelser.

Fra advokatside blev nævnt, at problemet i WAD-sager ofte var 1) spørgsmålet om eventuel forværring af lidelserne gennem tiden og 2) spørgsmålet om årsagssammenhæng mellem hændelse og lidelse, specielt kognitive gener.

Fra lægeside blev det tilkendegivet, at problemet i denne sagstype var de mange afledte symptomer, der ikke lægeligt (objektivt) var påviselige. Sådanne symptomer kunne det være svært på lægevidenskabelig basis at se som overbygning på en ”forstuvning i nakken”.

Det blev endeligt spurgt, om der fandtes undersøgelser vedrørende WAD for så vidt angår virkningen af erstatning, omsorg og forsørgelse i relation til en person med whiplash. Svaret var, at der i relation til ryglidelser var en lang række undersøgelser, der blandt andet kunne søges på ”Medline”.

Konklusionen herfra er, at muligheden for erstatning m.v. ofte har afgørende indflydelse på de pågældendes opfattelse af lidelsernes sværhedsgrad.

Under drøftelserne blev blandt andet nævnt fra rådets side, at rådet som udgangspunkt ikke besvarer generelle spørgsmål. Det blev i den forbindelse fra advokatside nævnt, at besvarelse af generelle spørgsmål samt angivelse af litteraturhenvisninger ofte ville være en stor hjælp for advokaterne og dommerne. Fra rådets side blev svaret, at hvis det generelle spørgsmål havde en naturlig sammenhæng til den konkrete sag, og det kunne besvares ud fra de sagkyndiges paratviden, samt spørgsmålet var overskueligt, ville rådet efter omstændighederne besvare spørgsmålet. Men udgangspunktet var her, at svar på generelle spørgsmål og angivelse af litteraturhenvisninger ikke fandt sted fra rådets side. Baggrunden herfor var blandt andet, at et kort generelt spørgsmål faktisk kunne give anledning til adskillige siders besvarelse, hvis denne skulle være udfyldende og givet på et korrekt lægevidenskabeligt grundlag. Derfor kunne det ikke undgås, at rådet måtte henvise til, at advokaterne måtte kontakte andre lægelige sagkyndige eller anskaffe lærebøger vedrørende det omhandlede lægelige speciale. I den forbindelse blev nævnt, at der ikke var noget til hinder for, at rådet blev spurgt, hvorvidt bestemte symptomer kunne være forenelige med en angivet lidelse.

Der blev fra advokatside forespurgt, hvorvidt der kunne gives en definition

på ordet "funktionsevne". Efter rådets opfattelse var der ikke tale om et éntydigt begreb, men funktionsevnen måtte ses i relation til den konkrete sag. Det er derfor vigtigt, at der ved spørgsmål herom skete en specifikation af, i relation til hvilket arbejde/funktion, der blev tænkt på.

Afslutningsvist blev det fra rådets side henstillet, at der i denne sagstype (samt andre) blev stillet spørgsmål af mere specifik karakter, hvor de relevante lidelser blev konkretiseret i videst muligt omfang. Det var klart, at dette i WAD-sager, hvor symptomkomplekset er omfattende, kan være vanskeligt, men det er ikke desto mindre muligt i et vist omfang (nakke, ryg, hukommelse m.v.).

Endvidere blev det fremhævet, at det var vigtigt fra starten at medsende det nødvendige lægelige materiale, herunder røntgenbilleder.

Fra advokatside blev det betonet, at advokaterne meget gerne så frem til en bedre samarbejdsform, hvor udtalelser fra Retslægerådet indgik som et del-element i retssagernes samlede grundlag for afgørelsen. Det var advokaternes opgave – sammen med retten – at frasortere forkert formulerede spørgsmål. Man så gerne en fælles vejledning til brug for den brede kreds af advokater, der beskæftigede sig med disse sager.

Det blev fra rådets side atter fremhævet, at det var afgørende for rådet, at det ikke skulle blande sig i juridiske spørgsmål i sagerne, men holde sig til

det rent lægevidenskabelige. Det er ikke rådet, men retten, der skal afgøre sagerne.

Det blev aftalt, at mødet skulle resultere i, at der fra rådets side blev udfærdiget et referat, der efter godkendelse fra mødedeltagerne skulle bringes i rådets næste årsberetning.

Deltagerliste

Møde i Retslægerådet den 20.02.02 om WAD m.v.

Fra Advokatsamfundet:

advokat Karsten Høj
advokat Christina Neugebauer
advokat Tina Reissmann
advokat Svend Aage Helsinghoff
advokat Ulrik Rasmussen
advokat Michael Wisbye
advokat Jens Rostock-Jensen
advokat Henrik Nedergaard Thomsen

advokat Søren Kjær Jensen

Rådsmedlemmer:

professor Jørn Simonsen (formand)
professor Flemming Stadil (næstformand)
overlæge Peter Kramp (næstformand)
overlæge Helle Aggernæs
overlæge Birte Glenthøj
klinikchef Anne Lindhardt
overlæge Jens Lund
professor Bent Ottesen

Rådets sagkyndige:

overlæge Morten Birket-Smith
overlæge Thomas Kiær
overlæge Claus Mosdal
professor O. B. Paulson
overlæge Mogens Tange

Fra rådets sekretariat:

sekretariatsleder
Harry Mosekjær Madsen
afdelingsleder Evy Ekholm.

Forhold Retslægerådet ikke udtaler sig om.

Det forekommer ikke sjældent, at Retslægerådet direkte eller mere indirekte bliver anmodet om at vurdere en persons **méngrad** eller **erhvervsevnetab**. Retslægerådet udtaler sig almindeligvis ikke om disse forhold, idet rådet for méngraders vedkommende henviser til Betænkning om Retslægerådet, Betænkning nr. 1196, København 1990, side 36, hvori det er anført: „Méngraden fastsættes af Arbejdsskadestyrelsen på grundlag af skadens medicinske art og omfang og under hensyn til de af arbejdsskaden forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Også hvis der ikke er tale om en arbejdsskade, vil man efter praksis kunne få Arbejdsskadestyrelsens vurdering af méngraden. Det tilkommer således ikke Retslægerådet at udtale sig om méngrader.“ Det fremgår, at fastsættelse af méngrad ikke alene hviler på et lægevidenskabeligt grundlag, men at der også tages hensyn til andre forhold, herunder ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Et givet handicap hos to forskellige personer kan udmærket medføre forskellige méngrader, afhængig af den pågældendes erhverv og øvrige livsførelse.

Når det gælder erhvervsevnetab (uarbejdsdygtighed) er det anført, at en bedømmelse af erhvervsevnetab finder sted på et økonomisk vurderingsgrundlag, jf. lov om arbejdsskadeforsikring, § 32, stk. 1, og lov om erstatningsansvar, § 5, stk. 1.

Ifølge lov om Retslægerådet, § 1, er det Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn i sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold til offentlige myndigheder. I begge de forannævnte forhold er der ikke tale om vurderinger, som alene er baseret på lægevidenskabelige/farmaceutiske forhold, hvorfor det ligger uden for Retslægerådets kompetence at besvare disse spørgsmål. Det kan ikke udelukkes, at der kan være konkrete sager, hvor det vil være så klart, at der er tale om et erhvervsevnetab, at Retslægerådet ikke vil afholde sig fra at konstatere dette, men heller ikke i disse sager kan rådet gå ind på en vurdering af graden af erhvervsevnetabet.

I forbindelse med sygemelding i en periode efter en formodet arbejdsskade eller ulykke bliver Retslægerådet ofte anmodet om at angive **begrundelser for sygemeldingerne**. Meget ofte har den erklæringsudstedende læge ikke angivet årsagen til sygemeldingen, hvilket er i overensstemmelse med de generelle regler herfor, og alene af denne grund, kan Retslægerådet ikke foretage en sådan vurdering. Dertil kommer - som ovenfor anført - at andre forhold end rent lægevidenskabelige indgår i en sådan vurdering, hvorfor disse spørgsmål også af disse årsager falder uden for Retslægerådets kompetenceområde.

I en del tilfælde bliver Retslægerådet anmodet om at udtale sig om **stationærtidspunktet** i sager, hvor en ska-

delidt formodes at have været sygemeldt i længere tid efter en arbejdsulykke eller en anden hændelse. Da vurderingen ofte skal foretages på basis af sygemeldinger, som i mange tilfælde er afgivet, uden at den lægelige begrundelse er anført, må rådet, som jo ikke har undersøgt eller kan påtage sig at undersøge den pågældende, afvise at besvare disse spørgsmål. Det bemærkes endvidere, at Arbejdsskadestyrelsen - ligesom for erhvervsevnetabs og méngraders vedkommende - efter fast praksis afgiver udtalelse om stationærtidspunkter.

I Betænkning om Retslægerådet, Betænkning nr. 1196, København 1990, side 132ff., er det anført, at spørgsmål til Retslægerådet skal være konkrete, klare, neutrale, relevante og omfattet af Retslægerådets sagkundskab. Retslægerådet får meget ofte stillet **hypotetiske spørgsmål**, som ifølge sagens natur ikke har en konkret baggrund og ofte rummer tænkte, dårligt definerede eller uklare elementer, hvorfor Retslægerådet uden nærmere begrundelse almindeligvis afviser at forsøge at besvare disse spørgsmål. Medvirkende til afvisningen har været, at rådet skal afgive skøn på et lægevidenskabeligt grundlag, og at dette ikke er muligt uden præcision af problemstillingerne. Der har i forbindelse med en enkelt konkret straffesag været rejst kritik af Retslægerådets ubegrundede afvisning af besvarelse af hypotetiske spørgsmål, og rådet vil i særlige tilfælde forsøge at give en mere sagkyndig oplysning eller uddybende redegørelse for afvisningen af spørgsmålsbesvarelsen i sådanne tilfælde.

Retslægerådet bliver lejlighedsvis anmodet om at foretage vurdering af én eller flere **videnskabelige hypoteser**. Det tilkommer imidlertid ikke Retslægerådet at udarbejde responsa eller at opkaste sig som dommer i sådanne forhold, blandt andet under henvisning til, at der meget ofte er tale om komplekse og hypotetiske forhold, der som hovedregel falder uden for Retslægerådets kompetence.

Det er i stigende grad et ønske fra spørgerne, at Retslægerådet ledsager sine vurderinger af **litteraturhenvisninger** eller tager stilling til diverse angivne litteraturhenvisninger. Et væsentligt kriterium for at deltage i Retslægerådets voteringer er, at de pågældende sagkyndige er kyndige og aktive inden for deres speciale, og besvarelsenerne er i vidt omfang baseret både på kendskab til litteraturen og i høj grad på personlige erfaringer. Det er endvidere en kendt sag inden for alle videnskaber, at den videnskabelige litteratur er rig på artikler med delvist eller helt modstridende opfattelser, således at det i mange tilfælde vil være muligt, såfremt Retslægerådets vurderinger alene var begrundet med litteraturundersøgelser, at finde artikler, som havde et modstridende indhold. Dette kan i nogen grad skyldes, at synspunkterne vedrørende et særligt lægefagligt område tillige ændrer sig over tid, hvorfor Retslægerådet også i tilfælde, hvor det forhold, der skal vurderes, ligger år tilbage, forsøger at vurdere forholdet ud fra den daværende viden. Det har således absolut undtagelsens karakter, hvis Retslægerådet fremkommer med litteraturhenvisnin-

ger, ligesom rådet ikke tager stilling til litteraturreferencer.

Det forekommer i lægeklagesager, at spørgeren ønsker en **graduering af lægefejl**. Retslægerådet forsøger i disse sager at foretage en vurdering af, om den pågældende læge har handlet i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige principper. Retslægerådet foretager således ikke en graduering af en eventuel fejls sværhedsgrad ud fra det princip, at rådets udtalelser alene skal være lægevidenskabelige og ikke indeholder juridiske vurderinger. Ved vurdering af lægefejl er det først og fremmest lægelovens § 6 og § 18 - men også andre bestemmelser - der lægges til grund for sagens vurdering. Såfremt Retslægerådet udtalte sig om en eventuel fejls sværhedsgrad, kunne rådet meget vel medvirke direkte til, hvilken bestemmelse de juridiske myndigheder ville anvende i forbindelse med en eventuel straffesag. På tilsvarende måde ville en sådan graduering også kunne påvirke afgørelsen i civilretlige sager. Retslægerådet skal hele tiden have for øje ikke at blande sig i juraen, men udelukkende afgive lægevidenskabelige eller farmaceutiske skøn.

I forbindelse med de forannævnte sager bliver rådet ofte spurgt, om en **erfaren specialist** måtte formodes at have handlet anderledes, end det er sket i den aktuelle sag. Begrebet en erfaren specialist er et juridisk/politisk begreb, som er introduceret med indførelsen af Patientforsikringen. Selvom det må erkendes, at erfarne specialister statistisk begår færre fejl end ikke er-

farne læger, er der eksempler på, at også erfarne specialister kan begå fejl, hvorfor Retslægerådet ikke besvarer disse spørgsmål, men foretager en vurdering af, om den lægelige fremgangsmåde/behandling har været i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige principper.

Retslægerådet bliver i nogle tilfælde anmodet om at foretage en vurdering af **andre myndigheders udtalelser**. Det kan dreje sig om udtalelser fra Patientklagenævnet, Patientforsikringen, Arbejdsskadestyrelsen, Sundhedsstyrelsen m.v. Retslægerådet foretager almindeligvis ikke sådanne vurderinger, men foretager en selvstændig lægefaglig vurdering af sagen, såfremt de fremsendte akter gør det muligt. I mange af de nævnte organer deltager foruden læger også jurister og eventuelt lægfolk i vurderingen, og disse organers konklusioner er således ikke baseret på rent lægevidenskabelige forhold. Af denne grund må Retslægerådet, som jo udelukkende skal holde sig til det lægevidenskabelige, afstå fra at vurdere andre organers udtalelser, men foretage en selvstændig bedømmelse.

I de senere år er det blevet mere almindeligt, at Retslægerådet bliver anmodet om at besvare spørgsmål på basis af rådets egne „uddrag“ af **processkrifter m.v.** Det ønskes ofte, at Retslægerådet skal gennemgå sagsakterne og selv vælge de relevante forhold, som rådet derefter skal lade indgå i eller lægge til grund for besvarelse af de stillede spørgsmål. Disse ønsker må Retslægerådet afvise, idet rådet herved i

betydelig grad kunne medvirke til udformningen af de spørgsmål, som Retslægerådet derefter besvarer. Derudover indebærer en sådan fremgangsmåde det uheldige, at rådet kan komme til at lægge vægt på forhold, som de spørgende parter ikke tillægger særlig betydning. Civile sager af denne art returnerer Retslægerådet almindeligvis med anmodning om, at spørgsmålene bliver konkretiseret af spørgerne selv, således at advokaterne bevarer rådhedsretten over sagen.

På det seneste er Retslægerådet blevet anmodet om at besvare spørgsmål i forbindelse med **tvister mellem forsikringsselskaber og offentlige myndigheder**, for eksempel Den Sociale Ankestyrelse, Arbejdsskadestyrelsen m.v. Ingen af parterne er således „enkeltperson“, og sagen ses ikke umiddelbart at have konsekvenser for „enkeltpersons retsforhold“ (jf. lov om Retslægerådet § 1). Der kan være tale om regressager, hvor det involverede forsikringsselskab er blevet gjort erstatningspligtig over for en skadelidt efter en arbejdsskade, et ulykkestilfælde eller lignende, og hvor forsikringsselskabet ønsker at rejse tvivl om det medicinske grundlag for sagens afgørelse. Der kan således dels være tale om en

omplacering eller en nedbringelse af erstatningspligten, såfremt méngrad og erhvervsevnetab kan vurderes lavere, end det er sket i den aktuelle sag. Ændring af disse forhold falder uden for Retslægerådets kompetence. Der kan også være tale om, at en udbetalt ydelse (erstatning, sygedagpenge etc.) ønskes overført fra én myndighed til en anden instans, som følge af en domstolsafgørelse som har placeret tilstanden som en arbejdsskade/arbejdsbetinget tilstand. Den skadelidte person har modtaget compensation og spørgsmålet vedrører udelukkende, hvem der skal hæfte økonomisk for situationen.

Retslægerådet må erkende, at der kan være enkeltpersoner involveret i sådanne sager, men kun indirekte, og ved at udtale sig i disse sager kommer rådet let til at optræde som en slags ankeinstans eller overskride sin kompetence. Retslægerådet ønsker derfor ikke at udtale sig i sådanne sager, som ikke direkte vedrører enkeltpersoners retsforhold.

Udover det foran anførte kan yderligere henvises til Retslægerådets årsberetninger for 1992, side 23ff., og 1996, side 41ff.

Manglende anvendelighed af urinprøve analyseret for alkohol i færdselssag, hvor blodprøvetagning ikke var mulig på grund af fedme

I en færdselssag kunne der ikke tages blodprøve til alkoholanalyse på grund af fedme. Den manglende anvendelighed af en enkeltstående urinprøve illustreres ved den konkrete sag, ved teoretiske overvejelser og den sluttelige opgivelse af påtale (B 71074).

Resumé af sagen

34-årig mand var involveret i trafikuheld xx.03.99, kl. 17.00. Han havde på uheldsdagen fra om morgenen til kl. ca. 16.30 indtaget ca. 10 almindelige pilsnere (total alkoholindtagelse ca. 130 g). Trods adskillige forsøg lykkedes det ikke at udtage blodprøve fra en blodåre på grund af betydelig fedme (højde 168 cm, vægt 112 kg, body mass index 40 kg/m²). En urinprøve afgivet kl. 18.35 viste en mindstekoncentration af alkohol på 2,79 ‰. Der var ingen oplysninger om urinvolumen eller tidspunkt for forudgående vandladning. Af politirapporten fremgik, at alkometer-testen ved anholdelse viste 2,05 ‰.

Beregnes blodkoncentrationen kl. 17.00 ud fra sigtedes oplysninger om alkoholindtagelse og legemsstørrelse fås en middelværdi på 1,27 ‰ med sikkerhedsgrænser på 0,60-1,60 ‰.

Lægges det til grund, at forholdet mellem alkoholkoncentrationen i *nydannet* urin og blod er 1,35 (tallet er over 1,0 på grund af blodets høje indhold af tørstof), og at urindannelsen er foregået i de sidste 2 timer forud for vandladningen, kommer man til en skøn-

net blodkoncentration på 1,66 ‰, men sikkerhedsgrænser kan ikke fastlægges.

På grund af sagens principielle karakter blev den behandlet af alle rådets 7 alkoholsagkyndige.

Et flertal (6 voterende) udtalte:

Det er - da det ikke kan udelukkes, at alkoholkoncentrationen i urinen er betydelig højere end i blodet - ikke muligt ud fra koncentrationen af alkohol i en urinprøve at foretage en beregning, men kun et groft skøn over den samtidige alkoholkoncentration i blodet. Således som sagen herefter foreligger oplyst, lader spørgsmålet sig kun besvare ud fra det om sigtedes spiritusindtagelse anførte. Lægger man sigtedes forklaring om sin spiritusindtagelse til grund, kan alkoholkoncentrationen i hans blod under eller efter kørslen have ligget mellem ca. 0,50 og 1,50 ‰ og har herefter på dette grundlag ikke med sikkerhed oversteget 0,80 ‰.

Flertallet havde ikke yderligere bemærkninger.

En af de voterende udtalte:

Det er ikke muligt ud fra koncentrationen af alkohol i en urinprøve at fore-

tage en beregning, men kun et groft skøn over den samtidige alkoholkoncentration i blodet. Da det ikke kan udelukkes, at alkoholkoncentrationen i urinen er betydelig højere end i blodet, må Retslægerådet indskrænke sig til at skønne, at alkoholkoncentrationen i sigtedes blod under eller efter kørslen har ligget mellem 0,50 og 1,50 ‰, og har herefter ikke med sikkerhed oversteget 1,20 ‰.

Yderligere anførte mindretallet:

På grund af den meget store individuelle variation i forholdet mellem urin-alkoholkoncentration og blodalkoholkoncentration er det ikke muligt for Retslægerådet at beregne koncentrationen i blodet ud fra en enkelt urinprøve. Det ville have forbedret Retslægerådets mulighed for at udføre en sådan beregning, såfremt der havde været opsamling af urin over en periode, det vil sige gentagne urinprøver med angivelse af klokkeslet samt urinvolumen for disse.

Efterfølgende blev sagen afgjort med en påtaleopgivelse i medfør af retsplejelovens § 721, stk. 2, nr. 2 (bevisets stilling).

Kommentar:

På grund af alkohols meget hurtige passage gennem biologiske membraner er vandet i nyrenes rørsystem i ligevægt med blodvandet. I urinblæren foregår ingen alkoholudveksling af betydning. Urinkoncentrationen af alkohol kan således beskrives som et uritmængdevægtet gennemsnit af blodkoncentrationen i den periode, hvor urinen er dannet.

I den matematiske relation mellem blodalkoholkoncentration og urin-alkoholkoncentration indgår - udover blodkoncentrationens tidsmæssige forløb - blodets vandindhold, urinens vandindhold, urindannelseshastigheden og dennes tidsmæssige fordeling. Det er således principielt ikke muligt at udtale sig om blodalkoholkoncentrationen alene ud fra koncentrationen af alkohol i urinen.

To konstruerede eksempler viser, hvor store afvigelser der kan være mellem alkoholkoncentrationen i en blodprøve og ladt urin:

Eksempel 1

Mand (175 cm høj, nøgen vægt 66 kg) har over relativ kort tid indtaget 20 cl stærk spiritus der indeholder 65 g alkohol. 2 timer efter alkoholindtagelsens afslutning måles en blodalkoholkoncentration på 1,30 ‰.

Det antages, at der ved starten af alkoholindtagelsen stod 65 ml urin i blæren, samt at personen er i moderat væskemangel, hvorfor urindannelseshastigheden er 0,3 ml pr. min. Ved yderligere antagelse af sædvanligt blod-tidskoncentrationsforløb vil alkoholkoncentrationen i ladt urin 2 timer efter afslutning af spiritusindtagelsen være 0,40 ‰.

Eksempel 2

Samme person som ovenfor med samme alkoholindtagelse. 7 timer efter alkoholindtagelsens afslutning måles blodalkoholkoncentrationen til 0,40 ‰. Det antages, at personen ikke er i væskemangel initialt, men at indtagelsen af stærk spiritus medfører en urin-

dannelseshastighed de første 2 timer på 2 ml pr. minut, herefter faldende til 0,3 ml pr. minut for i de sidste 2 timer at være 0,1 ml pr. minut.

Alkoholkoncentrationen i ladt urin vil ved antagelse af sædvanlig blodtidskoncentrationsforløb og den anførte urinmængde være 1,47 ‰.

Ovenstående eksempler, hvor blodalkoholkoncentrationen er henholdsvis meget større og meget mindre end alkoholkoncentrationen i ladt urin, er helt i overensstemmelse med de fra litteraturen kendte faktiske forskelle mellem koncentrationen af alkohol i en udtaget blodprøve og i ladt urin.

I det aktuelle tilfælde udtalte flertallet af de voterende sig således *alene ud fra oplysning om sigtedes alkoholindtagelse*, uden at inddrage resultatet af urinalysen. Den ene voterende afgav dissens og baserede udtalelsen *både på oplysning om sigtedes alkoholindtagelse og en vis skelen til urinalysen* ved fastlæggelse af den øvre grænse for blodalkoholkoncentrationen.

Såfremt der udtages flere urinprøver med angivelse af urinmængden og

nøjagtigt klokkeslæt for vandladning, formindskes usikkerheden, men der vil stadig være en betydelig usikkerhed betinget af manglende kendskab til tørstofindhold i blod og urin, restmængde af urin i blæren m.v. Konkret vurdering heraf må foretages i det enkelte tilfælde.

Konklusion

En enkeltstående urinalyse kan ikke lægges til grund i færdselssager.

Såfremt det ikke er muligt at opnå en blodprøve – et problem der muligvis bliver hyppigere i fremtiden på grund af ”fedme-epidemien” – må der tages flere urinprøver med angivelse af vandladningstidspunkt og urinmængde. Selv dette er behæftet med væsentlig større usikkerhed end blodprøvetagning og må vurderes i det enkelte tilfælde. Derudover må det anbefales, at der i sådanne tilfælde udføres en regelret klinisk undersøgelse for alkoholpåvirkethed.

Den manglende værdi af en enkeltstående urinprøve i den aktuelle sag blev illustreret af påtaleopgivelsen.

Alkoholpromiller i blodet

Anvendelse af middelværdier og mindsteværdier

17-årig mand som under indflydelse af alkohol falder ca. 8 meter ned fra en jernbanebro med efterfølgende blødninger i hjernen og forskellige knoglebrud. Indlægges på lokalt sygehus og overflyttes efterfølgende til regionalt hospital. Restitueres efter knoglesømning og genoptræning, hvorefter han skønnes i stand til at gennemføre en planlagt faglig uddannelse. Forsikringsselskabet afviser at udbetale erstatningssummen med henvisning til, at der var tale om selvforskyldt beruselse eller grov uagtsomhed. Spørgsmålene til Retslægerådet drejede sig om analyse af sagsøgers alkoholkoncentration i blodet på ulykkestidspunktet. Ved beregning af alkoholpromillen i blodet er der p.t. 2 forskellige principper: Beregning af **mindsteværdierne**, som anvendes i færdselssager og **middelværdierne**, som typisk anvendes i forsikringsager med den begrundelse, at parterne skal stilles lige. I svarene på de stillede spørgsmål anførte Retslægerådet begge de anvendte beregningsmetoder. Ved dommen blev forsikringsselskabet dømt til at anerkende erstatningspligten. I dommens præmisser henvises der dels til begge de af Retslægerådet anførte beregningsmetoder, og dels til de øvrige omstændigheder omkring faldet. Muligvis blev der lagt særlig vægt på mindsteværdierne. Så længe der eksisterer 2 forskellige beregningsmetoder, vil Retslægerådet efter omstændighederne angive begge beregninger, med mindre spørgsmålenes formulering forhindrer dette (E 10143).

17-årig mand (sagsøger), som under indflydelse af alkohol havde lagt sig til at sove på en jernbanebro. Han havde været sammen med omkring 10 andre unge mennesker, som havde været samlet på jernbanebroen i sommer-natten. De havde haft bål og drukket øl. Kammeraterne forklarede samstemmende, at sagsøger var fuld, da han ca. 3 timer før uheldet havde lagt sig ved bålet og var faldet i søvn. Efter de 3

timer rejste sagsøger sig søvndrukken op. Én af kammeraterne spurgte ham, om han var frisk igen. Han nåede kun lige at svare, at det var han vist ikke, før han pludselig faldt ud over kanten af broen, umiddelbart ved siden af, hvor han havde ligget. Der var intet rækværk på det pågældende sted. Der var helt mørkt på ulykkestidspunktet og kun lys fra bålet på banelegemet. Afgrunden ud for broen var derfor helt

mørk ligesom alle andre omgivelser, når man ikke stod ved bålet.

Faldet fra broen var på ca. 8 meter (lagt til grund ved dommen). Sagsøger var efter faldet bevidstløs og blev bragt til det lokale sygehus, hvorfra han blev overflyttet til regionalt hospital. Der påvist blodninger i hjernen, brud på rygsojlen samt på den ene lårbenshals, som blev behandlet med knoglesømning.

Efter et længerevarende genoptræningsforløb blev sagsøger restitueret, således at han var i stand til at gennemføre en planlagt faglig uddannelse.

Den efterfølgende erstatningssag mod sagsøgers forsikringsselskab angik spørgsmålet, om sagsøger var berettiget til at få udbetalt erstatningssummen, eller om retten hertil var bortfaldet på grund af selvforskyldt beruselse eller grov uagtsomhed.

Spørgsmålene til Retslægerådet drejede sig om analyserne af blodets alkoholindhold hos sagsøger på ulykkestidspunktet.

Spørgsmål til Retslægerådet

1. forelæggelse

Spørgsmål 1:

Det bedes oplyst, hvorvidt behandling af sagsøger samt sagsøgers tilstand i øvrigt kan have påvirket p-ethanolindholdet i blodet.

Sagsøgerens tilstand og den givne behandling kan ikke antages at have haft indflydelse på opslugning, fordeling eller omsætning af alkohol i organismen eller dermed på den påviste blodalkoholkoncentration.

Spørgsmål 2:

På baggrund af oplysningerne om tidspunktet for indtagelsen af den sidste genstand og p-ethanolindholdet i blodet kl. 05.20 den 1995 samt efter almindelige tilbageregningsprincipper, bedes størrelsen af sagsøgers promille på ulykkestidspunktet kl. 02.30 oplyst.

Da forholdet mellem alkoholkoncentrationen i plasma og i blod kan variere, og da plasmaalkoholbestemmelsen er foretaget med en metode, der har større analyseusikkerhed end den normalt anvendte metode til blodalkoholbestemmelse, er det ikke muligt med nogen større sikkerhed at opgive en beregnet værdi for blodalkoholkoncentrationen, som kan lægges til grund for besvarelsen af spørgsmålet.

Spørgsmål 3:

Såfremt fastsættelsen er forbundet med betydelig usikkerhed, bedes Retslægerådet angive sandsynligheden for at sagsøgers promille befandt sig i et af følgende intervaller:

- under 1,2 promille,
- mellem 1,2 og 1,5 promille, eller
- over 1,5 promille.

Lægges den for sagsøgeren som i færdselssager gunstigste beregning til grund, må den herefter beregnede mindsteværdi den yy.yy.95 kl. 02.30 med stor sandsynlighed antages at have været under 1,20 ‰. Sagsøgerens blodalkoholkoncentration på det nævnte tidspunkt må, hvis der ved beregningen i alle led anvendes middelværdier og den målte ethanol analyse-

værdi antages at have været noget eller væsentligt højere, formentlig mellem 1,20 og 1,50 ‰.

2. forelæggelse

Spørgsmål 4:

Under henvisning til svaret til spørgsmål 2, bedes Retslægerådet supplerende oplyse, på hvilket grundlag spørgsmål 3 overhovedet kan besvares, og i øvrigt, hvorvidt Retslægerådet i svaret til spørgsmål 3 alene har foretaget en teknisk tilbageførsel af den fastsatte promille og/eller har svaret hypotetisk på spørgsmålet og/eller hvilke momenter der i øvrigt i besvarelsen.

Beregningerne, til besvarelsen af spørgsmål 3, hviler på fordelingsforholdet for alkohol mellem blod og serum, blodets massefylde og den anvendte metodes analyseusikkerhed i forhold til den normalt anvendte metode til blodalkoholbestemmelse, det vil sige en "teknisk tilbageførsel". Som udgangspunkt for disse beregninger er der i svaret, som falder i 2 dele, dels anvendt de for sagsøgeren gunstigste værdier for ovennævnte forhold, dels anvendt de mest sandsynlige værdier for ovennævnte forhold.

Retslægerådet har bemærket, at der i Retslægerådets responsum af 16.02.99 har indsneget sig en kommafejl ved besvarelsen af spørgsmål 3. Rette svar er herefter: "Lægges den for sagsøgeren som i færdselsager gunstigste beregning til grund, må den herefter beregnede mindsteværdi den yy.yy.95 kl. 02.30 med stor sandsynlighed antages at have været under 1,20 ‰. Sagsøge-

rens blodalkoholkoncentration på det nævnte tidspunkt må, hvis der ved beregningen i alle led anvendes middelværdier og den målte ethanol analyseværdi, antages at have været noget eller væsentligt højere, formentlig mellem 1,20 og 1,50 ‰".

Rettens bemærkninger og dommen

"Efter bevisførelsen lægges til grund, at sagsøger, der fra om formiddagen havde været på fisketur med en kammerat og om aftenen sammen med andre unge mennesker opholdt sig ved den nedlagte jernbanebro, i løbet af dagen og aftenen havde drukket et antal øl, og at han herefter faldt i søvn ved bålet. Det lægges videre til grund, at han nogle timer senere vågnede op og rejste sig, og at han, efter at have taget nogle få skridt, faldt ca. 8 meter ned fra broen, der på dette sted var uafskærmet. Det lægges endeligt efter Retslægerådets udtalelse til grund, at hans alkoholpromille på ulykkestidspunktet, beregnet efter mindsteværdien, var under 1,2, og beregnet efter middelværdien mellem 1,2 og 1,5.

Efter det oplyste om omstændighederne ved uheldet, herunder at sagsøger havde sovet i en periode og herefter var vågnet op, finder retten det – uanset at han på uheldstidspunktet utvivlsomt var påvirket af spiritus i et vist omfang – betænkeligt at lægge til grund, at beruselse var den væsentligste årsag til ulykken. Der findes endvidere ikke tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at sagsøger ved – under de i sagen oplyste omstændigheder – at opholde sig ved bålet umiddelbart op

til broen, burde have indset, at der var en indlysende fare for en ulykkelig hændelse. Som følge heraf findes hans adfærd ikke at kunne karakteriseres som i den grad uagtsom, at dette bevirker bortfald af forsikringsdækningen.

Der gives herefter sagsøger medhold i den nedlagte påstand.”

Retten afsagde herefter følgende dom:

”Sagsøgte, X Forsikring, skal anerkende, at der i forbindelse med sagsøgers fald den yy.yy.95 fra nedlagt jernbanebro ved skoven i X-købing er indtrådt en forsikringsbegivenhed, for hvilken sagsøgte er dækningspligtig.”

Kommentar:

Det er problematisk, såfremt det ikke er præciseret, hvilken udregningsmetode, der ønskes anvendt af Retslægerådet i forbindelse med en forelæggelse, idet der ved beregning af alkoholpromillen i blodet anvendes 2 forskellige principper: Beregning af en **middelværdi og den gennemsnitlige forbrændingshastighed** og beregning af en **mindsteværdi og laveste forbrændingshastighed**.

Der stilles typisk spørgsmål om middelværdien i forsikringssager med den begrundelse, at sagens parter (forsikringstager og forsikringsselskab) herved stilles lige. Det er dog oplyst, at Forsikringsankenævnet i nogle sager imidlertid har anvendt mindsteværdien, med den begrundelse, at det er forsikringsselskabet, der har bevisbyrden for spirituspåvirkethed.

I straffesager i forbindelse med overtrædelse af færdselsloven anvendes mindsteværdien.

I den foreliggende sag har Retslægerådet blandt andet på grund af en noget uklar formulering af spørgsmål 2 og manglende præcisering af, hvilke værdier, der ønskedes oplyst, angivet både middelværdi og mindsteværdi.

I dommens præmisser indgår både middelværdien og mindsteværdien, måske med særlig vægt på mindsteværdien.

Så længe der foreligger 2 metoder til beregning af alkoholpromiller i blodet, vil rådet efter omstændighederne uopfordret angive både middelværdier og mindsteværdier, medmindre det i spørgsmålene klart er præciseret, om det er middelværdien eller mindsteværdien, der ønskes oplyst.

Grad af erhvervsevnetab efter hovedtraumer

45-årig socialpædagog, L, blev på sit arbejde to gange (1986 og 1987) overfaldet af en beboer og pådrog sig begge gange kranietraumer med senfølger i form af hovedpine, svimmelhed, kortvarig blindhed og lammelser. Ved umiddelbart efterfølgende og senere undersøgelser fandtes følger efter hjernerystelse (et postkommotionelt syndrom) med lettere åndelig svækkelse og en psykisk (funktionel) overbygning. L havde fra 1978 til 1985 været undersøgt og behandlet på grund af hovedpine og besvimelsestilfælde. Efter forhandlinger i Arbejdsskadestyrelsen i perioden fra 1988-1993 fandtes, at der skulle gives erstatning for varigt mén på 15 %, og at der var et erhvervsevnetab på 35 %. Sagen blev påklaget til Den Sociale Ankestyrelse, der fastholdt vurderingen. Sagen blev herefter indbragt for Østre Landsret, og den blev i 1996 forelagt Retslægerådet, der afgav udtalelse i januar 97. Problemstillingen var, om L forud for arbejdsskaden havde en psykisk sygdom, som medførte eller var medvirkende til de symptomer, der gjorde L uarbejdsdygtig. Østre Landsret afsagde dom i februar 98, hvorefter Den Sociale Ankestyrelse skal anerkende, at overfaldene medførte en nedsættelse af erhvervsevnen på 65 %. (E 8783)

L er en 45-årig tidligere barneplejerske, nu uddannet socialpædagog, som på sit arbejde som afdelingsleder i efteråret 1986 blev nikket en skalle af en voldelig beboer. Hun pådrog sig et brud af næsen. Hun var ikke bevidstløs, men havde efterfølgende symptomer i form af svimmelhed og hovedpine, hvorfor hun var kortvarigt indlagt. En neurologisk undersøgelse gav ikke mistanke om en organisk hjerne-lidelse. Hun kom senere i arbejde igen, og $\frac{3}{4}$ år efter nikkede den samme beboer hende på ny en skalle, hvorefter hun fik vedvarende trykkende hovedpine, føleforstyrrelser, svækket smagssans og nedsat syn. Hun prøvede at komme i arbejde igen, men magtede

det ikke. Hun blev efterfølgende i 1992 tilkendt mellemste forhøjet førtidspension.

Ved de lægelige undersøgelser fandtes der at være en funktionel (psykisk) overbygning, idet de objektive fund ikke var så alvorlige, at de kunne forklare patientens symptomoplevelse.

Hun havde aldrig været psykiatrisk behandlet, men havde været indlagt bevidstløs efter et kranietraume i forbindelse med et færdselsuheld i 1971. I perioden fra 1977 og nogle år frem blev hun undersøgt og i en periode behandlet på grund af besvimelsestilfælde og hovedpine samt et tilfælde af blindhed. Der var mistanke såvel om

epilepsi som migræne. Symptomerne forsvandt af sig selv i begyndelsen af 1980'erne, hvorfor hun ophørte med behandling.

De spørgsmål, Retslægerådet besvarede under sagens behandling, var følgende:

„Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at beskrive den/de lidelser sagsøgeren har pådraget sig ved overfaldet i 1986 og 87.

Som følge af kranietraumatet den 09.10.86 pådrog L sig et brud af næsen samt en hjernerystelse uden bevidstløshed, men med forskellige symptomer forenelige med en hjernerystelse, hvorfor hun var indlagt på A sygehus 15.10.86-24.10.86. Under denne indlæggelse blev hun den 17.10.86. undersøgt af neurolog, der fandt en funktionel reaktion men ingen tegn på eller mistanke om organisk hjernelidelse.

Den 09.07.87 fik L på ny et kranietraume uden bevidstløshed, men – ifølge den neurologiske undersøgelse den 19.08.87 – havde hun vedvarende trykkende hovedpine i venstre tinding, over øret, samt nærmest bælteformet i venstre side af issen. Hun havde tillige svimmelhed og usikkerhed på benene, utydelig tale indimellem, let svækket følesans i venstre side af ansigtet, let nedsat styringsbesvær i de venstresidige ekstremiteter, svækket smagsans, men intakt lugtesans. Den neurologiske undersøgelse fandt primært forhøjet blodtryk på 220/130 faldende til 150/110, og der fandtes funktionel medvirken ved undersøgelsen og funktionelt virkende præstationer i de ven-

stresidige ekstremiteter. Disse subjektive og objektive symptomer er forenelige med følgerne efter en let hjernerystelse, men de taler også for en funktionel psykisk betinget reaktionsmåde. Øjenundersøgelse den 13.08.88 (professor, dr.med. A) påviste et meget dårligt syn på venstre øje (opfattelse af håndbevægelser foran øjet, men intet læsesyn), formentlig som følge af skelen fra barndommen. Synsstyrken på højre øje var let nedsat (0,7) på grund af en minimal aragtig forandring i højre nethindens centrum, muligvis som en følge efter traumerne i oktober 1986 og i juli 1987; herudover fandtes på højre øje en koncentrisk indsnævring til 5 grader med samme udstrækning for stort og lille objekt, ”ganske utvivlsomt med et funktionelt præg”.

Den psykiatriske undersøgelse den 15.05.90 (professor, dr.med. B) mente, at der var tale om et svært postkomotionelt syndrom, og mistænkte demens, en mistanke, som førte til en neuropsykologisk undersøgelse den 26.09.90 (professor dr.med. C); her fandtes tegn på en let intellektuel reduktion med svingende funktionsniveau.

Således er der tale om to kranietraumer med hjernerystelse og længerevarende følger herefter i form af et postkomotionelt syndrom med en betydelig psykisk (funktionel) overbygning.

Spørgsmål 2:

Hvilke af diagnosticerede lidelser virker begrænsende på sagsøgerens erhvervsevne.

Det symptombillede, som L har haft

efter 1986 og 1987, har som helhed virket erhvervshæmmende.

Spørgsmål 3:

Er der i 1988/89 konstateret erhvervsbegrænsende lidelser hos sagsøgeren, der ikke er forårsaget af overfaldene.

Se besvarelse af spørgsmål 4.

Spørgsmål 4:

Kan de symptomer sagsøgeren blev behandlet/undersøgt for på B sygehus i 1978 til 1983, anses for endeligt opført, da sagsøgeren blev overfaldet i 1986.

L blev fra oktober 1978 til januar 1985 undersøgt og behandlet i neurologisk afdeling B sygehus. Hun havde i november 1971 haft et kranietraume med bevidstløshed og efterfølgende en række symptomer, som førte til indlæggelse og til luftencefalografi (hjerne-pustning). Fra december 1977 havde hun fået uvarslede besvimelsestilfælde, og der havde været helt op til 6 tilfælde i løbet af 1 måned. Bevidsthedstabet varede fra 3-20 minutter, det var ledsaget af venstresidig hovedpine og kunne være ledsaget af blindhed i indtil 12 timer. Ud fra dette, symptomatologien i øvrigt og forløbet, blev der rejst mistanke om epilepsi af psykomotorisk type (partiell epilepsi med kompleks symptomatologi).

L blev sat i behandling herfor, men med usikker effekt. Siden ophørte hun med behandlingen, og symptomerne manifesterede sig ikke yderligere. Det har siden været nævnt, at forløbet viser, at der næppe har været sympto-

mer betinget af en organisk hjerne-lidelse, men i givet fald må symptomerne da have været af psykisk natur. Uanset om symptomerne har været organisk betingede eller psykisk betingede, har det drejet sig om ret udtalte symptomer, som kunne genopblusse enten spontant eller eventuelt i tilslutning til anden begivenhed, som for eksempel et nyt hovedtraume.

Spørgsmål 5:

Hvis spørgsmål 4 besvares benægtende, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om det kan anses for overvejende sandsynligt, om symptomerne for den angivne periode i sammenhæng med overfaldene kan virke nedsettende på sagsøgerens erhvervsevne.

Symptomerne nævnt under spørgsmål 4 kan have haft et grundlag, som igen er kommet frem, og som har været med til at farve den aktuelle symptomatologi.

Spørgsmål A:

Er det sandsynligt, at sagsøgerens tilstand, således som denne er beskrevet i A sygehus specialschema af 23. oktober 1986 (bilag C), hvor sagsøgeren i konklusionen er betegnet som en karakterneurotisk personlighed præget af højt ambitionsniveau og visse perfektionistiske tendenser med mistanke om konflikt-benægtende og idylliserende tendenser samt visse psykosomatiske eller hysteriforme komponenter, kan være udviklet i forløbet fra overfaldet den 9. oktober frem til den 23. oktober 1986.

Det er ikke sandsynligt, at forhold som

beskrevet i spørgsmålet har udviklet sig over en så kort periode, som fra den 09.10.-23.10.86.

Spørgsmål B:

Kan lipotymiltfældene, der som det fremgår af sagens bilag debuterende i 1977, og som ikke har nogen egentlig neurologisk baggrund, opfattes som led i en hysterisk personlighedsstruktur.

Se besvarelse af spørgsmål 4.“

Landsretten dømte Den Sociale Ankestyrelse til at anerkende, at de to overfald, L havde været udsat for i 1986 og 1987, havde medført en nedsættelse af hendes erhvervsevne på 65 %.

Af dommens præmisser fremgår blandt andet:

”Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 lægger retten til grund, at arbejdsskaderne har medført to kranietraumer med hjernerystelse og længelevende følger derefter i form af et postkommotionelt syndrom med en betydelig psykisk (funktionel) overbygning.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A og spørgsmål 4 lægges det endvidere til grund, at sagsøgeren forud for arbejdsskaderne havde nogle ret udtalte symptomer, som kunne genoplusse enten spontant eller eventuelt i tilslutning til en anden begivenhed, som for eksempel et nyt hovedtraume.

På spørgsmålet, om det kan anses for overvejende sandsynligt, om symptomerne for den angivne periode i sammenhæng med overfaldene kan virke

nedsættende på sagsøgerens erhvervsevne (sp. 5), har Retslægerådet svaret, at symptomerne kan have haft et grundlag, som igen er kommet frem og som har været med til at farve den aktuelle symptomatologi.

På grundlag af de således foreliggende lægelige oplysninger finder landsretten, at det ikke med overvejende sandsynlighed kan anses for godtgjort, at en del af sagsøgerens erhvervsevnetab skyldes en forudbestående psykisk lidelse.”

Kommentar:

Sagen blev i Retslægerådet behandlet af to neurologer og to psykiatere. Der forelå i sagen et stort antal lægelige udtalelser m.v., men disse gav et noget flimrende og ikke entydigt billede af helbredstilstanden og årsagen til hendes aktuelle symptomer. Det var ubestridt, at L var blevet overfaldet to gange i henholdsvis 1986 og 1987. Retslægerådet fandt, at i hvert fald nogle af L's aktuelle symptomer var psykisk betingede, men det lod sig ikke med sikkerhed afgøre, i hvilket omfang disse symptomer var led i en vedvarende psykisk lidelse, eller i hvilket omfang symptomerne skyldtes overfaldene, eventuelt i form af at overfaldene havde reaktiveret nogle psykiske symptomer. Som det fremgår, fandt landsretten, at ... ”det ikke med overvejende sandsynlighed kan anses for godtgjort, at en del af sagsøgerens erhvervsevnetab skyldes en forudbestående psykisk lidelse”. Det var under retssagen ubestridt, at sagsøger ved de to overfald havde pådraget sig en arbejdsskade. Landsretten fastslog, at de symptomer

Grad af erhvervsevnetab efter hovedtraumer

– fysiske eller psykiske – som L efterfølgende havde udviklet, måtte betragtes som følger af arbejdsskaden, såle-

des at hele erhvervsevnetabet på 65 % blev henført hertil.

Skizofrenilignende sindssygdom udviklet som følge af hovedtraume mange år tidligere?

Der refereres en civil sag, hvor en mand gennem cirka 3 år udviklede symptomer på skizofreni. Godt 10 år tidligere havde han været involveret i en ulykke, hvor han pådrog sig en læsion i hjernen. På baggrund af litteraturen, herunder med opfølgning af hjerneskadet hos soldater, kunne Retslægerådet ikke afvise, at der var en årsagssammenhæng mellem hjernetraumatet og udvikling af skizofrenisymptomer mere end 10 år senere. Man kan ikke ud fra litteraturen pege på specifikke sammenhænge mellem hjernelæsionens placering og eventuelt senere udviklede sindssygdomssymptomer. Retslægerådet fandt det sandsynligt, at den skizofrenilignende tilstand hos den pågældende mand var forårsaget af hjernetraumatet. (E 9826)

Sagen er en civil sag mellem NN og et forsikringsselskab. Sagens tema: Kan en aktuell psykisk lidelse være forårsaget af et kranietraume opstået ved et ulykkestilfælde nogle år tidligere. Sagen vedrører en nu 34-årig mand, som i 1984 var involveret i trafikuheld, hvor han pådrog sig åbent kraniebrud svarende til højre isseregion. Han frembød ikke sindssygdomssymptomer før i 1997. Til Retslægerådet var stillet 2 spørgsmål:

De bedes angive, hvad diagnosen for sagsøgers lidelse er.

De bedes oplyse, hvorvidt det er sandsynligt, at sagsøgers kranietraume i forbindelse med færdselsulykken i 1984 kan have medført sagsøgers lidelse, jf. spørgsmål 1.

På baggrund af sagens akter med en række lægelige erklæringer udtalte Retslægerådet:

”NN har ikke frembudt skizofreni-suspekterede symptomer før cirka et år inden første psykiatriske indlæggelse i maj 1997, og der er ikke familiær disposition til sindslidelser. I 1984 var han involveret i et trafikuheld, hvorved han pådrog sig et stort åbent kraniebrud i højre side, svarende til parietalregionen (isselappen). I hjernevævet fandtes tydelige kvæstnings-forandringer indtagende størstedelen af temporalappen (tindingelappen) og den yderste del af højre occipitallap (nakkelaar). Ved efterfølgende kliniske undersøgelser samme år fandtes ikke tegn på sværere hjerneskada, men ved neuropsykologisk undersøgelse april 1985 fremtrådte han med let forringet intellektuel funktion. Han var i stand til at fuldføre 10. klasse med middelkarakter og gennemførte efterfølgende en kontoruddannelse, som han dog kun brugte kortvarigt. Han har haft stabil tilknyt-

ning til arbejdsmarkedet og har i en periode boet for sig selv. Det sidste år inden indlæggelsen var han i tiltagende grad ængstelig ved at opholde sig i egen bolig, hvorfor han flyttede tilbage til forældrene. Under indlæggelsen på psykiatrisk afdeling i perioden maj-oktober 1997 fremtrådte han åbenlyst sindssyg med skizofrenissuspekter symptomer i form af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter, hørelsehallucinationer, vrangoplevelser af at blive styret udefra og en oplevelse af at kunne læse andres tanker og selv påføre andre tanker. Herudover gav han udtryk for tankemylder, samt at tankerne pludseligt kunne gå i stå (tankestop). Han havde endvidere negative skizofrene symptomer i form af tilbagetrækning fra sociale kontakter og inaktivitet. Tilstanden bedredes klart på behandling med antipsykotisk virkende medicin, og i januar 1998 var han i stand til at genoptage sit arbejde. EEG under indlæggelsen var svært abnormt med lavfrekvent aktivitet over højre hjernehalvdel. CT-scanning viste stort substansstab i højre tindingeregion, samt let kortikal frontal atrofi (svind af hjernebark), desuden følger efter hjerneoperationen.

Retslægerådet finder det sandsynligt, at NN's kranietraume i forbindelse med færdselsulykken i 1984 har medført senere udvikling af en skizofrenilignende psykose. Til grund for dette lægges, at traumatisk hjerneskade før 20-års alderen har vist sig at øge risikoen for udvikling af skizofreni, og at psykosen ofte debuterer senere end 10 år efter hjerneskadens opståen. Også den beskrevne alkoholintolerance samt det forhold, at de psykotiske symptomer i

starten kun optrådte i forbindelse med alkoholindtagelse, taler for en organisk årsag".

Retslægerådet angav den mest sandsynlige diagnose som organisk skizofreniform sindsslidelse.

Sagen blev afgjort ved forlig.

Kommentar:

NN var 17 år gammel, da han var udsat for den beskrevne voldsomme trafikulykke. De beskrevne sindssygdoms-symptomer viste sig mere end 10 år senere. For en umiddelbar betragtning ville man formentlig finde det usandsynligt, at der skulle være nogen årsagsforbindelse mellem ulykken og de langt senere opståede sindssygdomssymptomer. Herved kan man også hæfte sig ved, at NN, bortset fra et muligt let forringet intellektuelt funktionsniveau, havde været uden symptomer på psykisk lidelse i det mangeårige interval mellem ulykken og sindssygdommens opkomst. I litteraturen findes imidlertid dokumentation, der tyder på, at hovedtraumer kan efterfølges af skizofrenilignende symptomer også med et langt interval mellem traume og psykoseudvikling. De væsentligste undersøgelser med langtidsopfølgning vedrører finske soldater, som under 2. Verdenskrig pådrog sig hovedtraumer. Tendensen var, at jo yngre den pågældende var ved traumets indtræden, jo større var risikoen for senere at udvikle en skizofrenilignende tilstand. Endvidere forekom adskillige tilfælde, hvor intervallet mellem traume og sindssygdom var 10 år eller mere. Samlet opstod flere til-

fælde af sindssygdom end forventet i baggrundsbefolkningen. Der fandtes i de nævnte undersøgelser ikke nogen sikker sammenhæng mellem den primære skades lokalisation i hjernen og senere udvikling af psykose.

I det aktuelle tilfælde forelå ingen familiær disposition til sindssygdom og som nævnt ingen tegn på psykotiske fænomener før godt 10 år efter traumet. På baggrund af den dokumenterede forøgede risiko for udvikling af

skizofrenilignende symptomer hos patienter med tidligere hjernetraumer fandt Retslægerådet det mere sandsynligt, at den skizofrenilignende tilstand var forårsaget af hjernetraumet, end at dette ikke skulle være tilfældet.

Sagen blev behandlet af såvel psykiatere som neurolog, og den illustrerer, at foreliggende lægevidenskabelig dokumentation undertiden kan pege i en anden retning, end man umiddelbart ville tænke sig.

Psykopatologisk vurdering skal gå forud for psykoterapeutisk behandling

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn forelagde en sag, hvor en kvinde klagede over den psykoterapeutiske behandling, hun havde modtaget ved en børne-ungdomspsykiatrisk afdeling. Den indledende visitations-samtale blev foretaget af socialrådgiver, som efterfølgende også varetog behandlingen. Kvinden blev ikke undersøgt af en læge, men visitation og behandling blev drøftet ved konferencer. Retslægerådet udtalte blandt andet, at kvinden før den påbegyndte behandling burde have været undersøgt af en læge med tilstrækkelig psykiatrisk uddannelse, og at psykoterapi, udført af andre end speciallæger i psykiatri, bør superviseres under formaliserede rammer af særligt kvalificeret psykiater eller psykolog. Retslægerådet understregede, at psykoterapeutisk behandling, som al anden psykiatrisk behandling, kun bør iværksættes efter en nøje psykopatologisk vurdering. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tilsluttede sig Retslægerådets vurdering og udtalte, at den behandlingsansvarlige overlæge havde overtrådt læge-lovens § 6, stk. 1. (E 9345)

En ung kvinde, A, klagede over den behandling, hun havde modtaget ved en børne-ungdomspsykiatrisk afdeling. A var opvokset under velordnede sociale forhold hos samlevende forældre. Hun havde 11 år gammel været henvist til den børne-ungdomspsykiatriske afdeling på grund af nogle tvangssymptomer med ledsagende angstanfald. Hun modtog samtalebehandling, og der var god effekt af denne behandling. Syv år senere blev A genhenvist til afdelingen af sin praktiserende læge på grund af tvangstanker og tvangshandlinger. Af sagens akter fremgår, at henvisningen blev drøftet ved en visitationskonference, og overlægen besluttede, at den indledende visitationssamtale skulle foretages af en

socialrådgiver. På grundlag af denne samtale blev det ved en efterfølgende visitationskonference besluttet, at A skulle i psykoterapeutisk behandling hos socialrådgiveren. A gennemførte i løbet af et års tid i alt 13 samtaler med socialrådgiveren. A blev på intet tidspunkt set af en læge, men overlægen oplyste, at behandlingsforløbet jævnligt blev drøftet ved behandlingskonferencer. Disse drøftelser og eventuelle beslutninger i forlængelse heraf blev ikke beskrevet i journalen, hvilket ifølge overlægen skyldtes en forglemmelse. Efter et års behandling var der bedring af symptomerne, hvorfor en afslutning af behandlingsforløbet blev overvejet, men det blev besluttet at fortsætte. A udeblev imidlertid fra den

næste planlagte tid, hvilket hun begrundede med, at hun fandt kommunikationen med socialrådgiveren dårlig. A's tilstand var efterfølgende nogenlunde stabil, hun tog studentereksamen og rejste på et planlagt længerevarende ophold i udlandet. Hun fik imidlertid hurtigt et voldsomt recidiv af tvangssymptomerne, hvorfor hun måtte tage hjem. Hun blev så henvist til en voksen-psykiatrisk afdeling, hvor hun påbegyndte medikamentel behandling med et antidepressivt virkende præparat, hvorefter hendes tilstand bedredes i en sådan grad, at hun fremtrådte uden tvangssymptomer.

A klagede over den behandling, hun havde modtaget ved den børne-ungdomspsykiatriske afdeling. Sagen blev forelagt Retslægerådet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med fire spørgsmål, som rådet besvarede således:

"Spørgsmål 1:

Er det efter Retslægerådets opfattelse forsvarligt i den foreliggende sag at indlede samtaleterapi, uden at patienten har været undersøgt af en speciallæge i psykiatri?

A blev henvist til psykiatrisk afdeling 18 år gammel. Hun har været set ved samme afdeling tidligere, da hun var 11 år gammel. Det mellemliggende 7 års interval har været sammenfaldende med en kritisk udviklingsfase. Efter rådets opfattelse burde patienten i den foreliggende sag have været lægeligt undersøgt inden den påbegyndte samtaleterapi med henblik på psykopatologiske fænomener, for at opnå

diagnostisk placering og træffe behandlingsvalg.

En sådan undersøgelse bør foretages af en læge med tilstrækkelig psykiatrisk uddannelse, og såfremt vedkommende ikke er speciallæge, bør sagen efterfølgende drøftes i deltaljer med den behandlingsansvarlige speciallæge og resultatet anføres i journalen.

Spørgsmål 2:

Kan der stilles krav til indholdet af supervisionen?

På en psykiatrisk behandlingsenhed bør supervision i psykoterapi udført af ikke-speciallæger i psykiatri foregå i dertil indrettede formaliserede rammer, som tillader grundig case-fremlægning, gennemgang af terapiudvikling, drøftelse af patientens aktuelle tilstand (herunder eventuelle uventede ændringer i behandlingsbehovet), korrektion af terapeutens potentielle "blinde pletter" og tilbagemelding på terapeuten personlige stil. Supervisionen bør udføres af læge eller psykolog, der har erfaring i psykopatologi samt har den fornødne autorisation som supervisor udstedt af henholdsvis Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Psykologforening eller et dertil svarende uddannelses- og erfaringsniveau.

Spørgsmål 3:

Kan det anses for forsvarligt, at supervisionen alene finder sted i forbindelse med afdelingskonferencen, uden at der i forløbet har været lægelig kontakt med patienten?

Nej, se svarene ad spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål 4:

Har Retslægerrådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Retslægerrådet vil understrege, at psykoterapeutisk behandling, ligesom enhver anden psykiatrisk behandling, kun bør iværksættes efter en nøje psykopatologisk undersøgelse med henblik på diagnose og vurdering af behandlingsbehov.”

Afgørelsen fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lyder: ”Patientklagenævnet finder, at overlæge B har overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, fordi han som afdelingsansvarlig overlæge ikke har været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld med at sikre, at A blev tilstrækkelig lægeligt undersøgt i behandlingsforløbet fra ... på børnepsykiatrisk afdeling ... Sygehus.

Patientklagenævnet finder, at overlæge B har overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, jf. § 13, stk. 2, fordi han som afdelingsansvarlig overlæge ikke har været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld ved at sikre en tilstrækkelig journalføring af behandlingen.”

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn begrundet sin afgørelse med blandt andet følgende: ”Patientklagenævnet finder, at en patient, der henvises fra egen læge med så alvorlige symptomer som A's, bør undersøges ved læge, specielt med hensyn til at fastlægge om de samme symptomer kunne give anledning til andre diagnostiske overvejelser, som her eksempelvis depression eller debut af kronisk alvorlig sindslidelse, eller om der primært foreligger

fysisk lidelse som årsag for de psykiske symptomer. Tærsklen for lægelig undersøgelse burde yderligere være sænket, da A måneder senere ikke blev bedre. Endvidere burde der have været udarbejdet en behandlingsplan.

Patientklagenævnet finder på denne baggrund, at overlæge B som afdelingsansvarlig overlæge burde have sikret, at A blev undersøgt ved læge indledningsvis samt senere i behandlingsforløbet, hvor der formentlig opstod forværring.

Patientklagenævnet finder, at journalføringen af behandlingen ikke lever op til kravene for almindelig god klinisk praksis for så vidt angår journaliseringen af visitationskonferenceresultatet vedrørende overvejelser om diagnose og videre behandling.

Patientklagenævnet finder, at overlæge B som afdelingsansvarlig overlæge burde have sikret, at denne journalføring fandt sted.”

Kommentar:

Psykiatri er et lægeligt speciale, og den konkrete sag gav Retslægerrådet anledning til at udtale, at psykiatrisk behandling, herunder psykoterapeutisk behandling, ”kun bør iværksættes efter en nøje psykopatologisk undersøgelse med henblik på diagnose og vurdering af behandlingsbehov”. En sådan undersøgelse og vurdering bør som udgangspunkt foretages af en speciallæge i psykiatri, og rådet påpegede derfor også, at undersøgelsen kan foretages af en ”læge med tilstrækkelig psykiatrisk uddannelse”, altså for eksempel en I.

reservelæge, men at lægen så efterfølgende bør drøfte resultatet af sin undersøgelse med den behandlingsansvarlige speciallæge. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tilsluttede sig denne opfattelse, i den konkrete sag eksemplificeret med at anføre, at de symptomer, A frembød, kunne give anledning til andre diagnostiske overvejelser, for eksempel depression, debut af kronisk alvorlig sindslidelse, eller at symptomerne var udtryk for en primær fysisk sygdom.

Som det ligeledes fremgår af Retslægerådets udtalelse, kan den psykoterapi, der udøves i det psykiatriske behandlingssystem, foretages af andre end speciallæger i psykiatri under forudsætning af formaliseret og grundig supervision af hertil autoriseret speciallæge eller psykolog. Det skal nævnes, at Patientklagenævnet i den konkrete sag bemærkede, at A burde have været undersøgt af en læge, da behandlingen ikke bedrede A's psykiske tilstand markant, det vil sige, at der kan være be-

hov for en ny klinisk vurdering af patientens psykopatologiske tilstand, såfremt behandlingen ikke medfører en forventet bedring. Dette svarer ganske til forholdene ved for eksempel psyko-farmakologisk behandling.

Det er Retslægerådets opfattelse, at de generelle retningslinjer, der kan udledes af den konkrete sag, bør lægges til grund for arbejdet på såvel psykiatriske afdelinger som distriktskykiatriske centre, og rådet vil ved behandling af fremtidige sager af lignende karakter tage udgangspunkt heri.

Retslægerådets behandling af sagen trak noget ud, idet den var den første af sin karakter, der blev forelagt rådet, og den gav anledning til en række principielle overvejelser. I rådets behandling af sagen deltog da også fem af rådets syv psykiatere samt børne- og ungdomspsykiater og speciallæge i psykiatri med psykoterapi som ekspertområde.

Affektreaktion

En 32-årig mand fra Marokko var sigtet for under et skænderi at have dræbt sin ægtefælle. Ægteskabet var arrangeret af familien og sigtede var ankommet til Danmark få måneder før den påsigtede handling. Ved mentalundersøgelse fandtes sigtede normalt begavet, ikke sindssyg og personlighedsmæssigt upåfaldende. Retslægerådet blev, på foranledning af sigtedes forsvarer, bedt om at vurdere, om sigtede på gerningstiden havde befundet sig i en særlig psykisk tilstand ("om drabshandlingen kan karakteriseres som en afspændingsreaktion, en abnorm enkeltreaktion, en kortslutnings- eller panikreaktion eller en anden form for affektreaktion") eller havde handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse.

Rådet udtalte, at der ikke var grund til at antage, at sigtede på tidspunktet for det påsigtede befandt sig i nogen form for psykopatologisk afvigende reaktionstilstand. Ved en ny fremsendelse blev Retslægerådet anmodet om at præcisere sin første udtalelse, hvorefter rådet konstaterede, at formuleringen psykopatologisk afvigende reaktionstilstand dækkede de af forsvarsadvokaten nævnte tilstande. Vedrørende betegnelsen "en anden form for affektreaktion" bemærkede Retslægerådet, at det ikke udtaler sig om sådanne tilstande. (A 38241)

Sagen omhandler en 32-årig ufaglært mand (A) fra Marokko, der var sigtet for manddrab efter straffelovens § 237 ved den xx.xx.99 ved knivstik og kvælning at have dræbt sin ægtefælle. Der var ikke oplysninger om tidligere kriminalitet.

Der forelå en mentalerklæring fra overlæge B, udfærdiget efter ambulante mentalundersøgelse. Af erklæringen fremgår det, at der ikke var oplysninger om sindslidelser i A's familie. Forældrene blev skilt, da A var ganske lille, og han var opvokset hos sin far i Marokko. Faderen blev hurtigt gift igen, og A var under sin opvækst overladt til stedmoderen, idet faderen sejlede på langfart. A følte sig diskrimineret og

dårligt behandlet af stedmoderen og dennes familie. Han følte sig alene, idet faderen ikke kunne eller ville hjælpe ham. A har dog ikke beskrevet egentlige psykiske symptomer i barndommen. På grund af det dårlige forhold til stedmoderen forlod A hjemmet 14 år gammel for siden kun at have begrænset kontakt med familien. Han havde afsluttet skolegangen 12 år gammel, og efter ufaglært arbejde i 6 år, samt efter at have aftjent sin værnepligt, sejlede A på oversøiske destinationer som tjener og kok med både fragt- og passagerskibe. Han er muslim, men beskriver at have et afslappet forhold til Islam. A havde været legemlig rask.

A havde fra 14-års alderen regelmæssigt røget hash, hvilket han beskrev som et almindeligt brugt, harmløst nydelsesmiddel. Han var ophørt med at ryge hash et halvt år før han kom til Danmark. Han benægtede brug af andre euforiserende stoffer.

A oplyste, at han også som ung og voksen havde følt sig psykisk rask uden problemer i samværet med andre.

A havde igennem mange år kendt sin senere ægtefælle, der stammede fra Marokko, men havde boet i Danmark i syv år. De blev gift i Marokko sommeren 1998. Han opfattede ægtefællen som sød og venlig, men efter at han ankom til Danmark, blev alting ændret. Han flyttede ind i ægtefællens lejlighed, men efter få dage blev han smidt ud af soveværelset. Han følte sig nedværdiget af ægtefællen, de skændtes jævnligt, ægtefællen ydmygede ham, og han følte, hun behandlede ham som "et dyr". I forbindelse med et voldsomt skænderi dræbte A hustruen med knivstik og ved kvælning. Han erkendte sig skyldig, men angav også, at hustruen havde sin del af skylden.

A fandtes ved mentalundersøgelsen med neutralt stemningsleje, dog præget af tristhed ved omtale af den påsigtede handling. Kontakten var naturlig, og han fandtes personlighedsmæssigt opåfaldende, hverken trøstsøgende, dramatiserende, subjektiv i sine synspunkter eller med tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne, ligesom der ikke var tegn på, at kontrolmekanismer over for affekter eller im-

pulser skulle være specielt dårlige. Mentalerklæringen konkluderede, at A hverken var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, eller af samme lovs § 69.

Under sagens behandling fremsendte anklagemyndigheden en skrivelse fra A's forsvarsadvokat, hvori Retslægerådet blev anmodet om at præcisere, om drabshandlingen kunne karakteriseres ...” som en afspændingsreaktion, en abnorm enkeltreaktion, en kortslutnings- eller panikreaktion eller en anden form for affektreaktion, og om A kan siges at have handlet under stærk sindsbevægelse.”

Retslægerådet udtalte herefter, ...” at A ikke er sindssyg og ej heller ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold. Han er fundet normalt begavet og lider ikke af epilepsi. Han var ikke påvirket af alkohol eller rusmidler på tidspunktet for det påsigtede.

A er marokkansk statsborger og kom til Danmark i april 1999 ved familie-sammenføring. Ægteskabet var ifølge det oplyste arrangeret og udviklede sig disharmonisk.

På det foreliggende er der ingen grund til at antage, at A på tidspunktet for det påsigtede befandt sig i nogen form for psykopatologisk afvigende reaktions-tilstand. Han er personlighedsmæssigt fundet opåfaldende og findes således hverken omfattet af straffelovens § 16 eller § 69.”

Forsvarsadvokaten rettede fornyet skriftlig henvendelse til Retslægerådet, hvor

han bad om en uddybning af rådets udtalelse. Advokatens henvendelse blev ikke umiddelbart besvaret, idet Retslægerrådet ifølge lov om Retslægerrådet udelukkende afgiver skøn til offentlige myndigheder. Anklagemyndigheden anmodede efterfølgende Retslægerrådet om at besvare forsvarerens spørgsmål.

Rådet udtalte supplerende ...”at udtrykket ”nogen form for psykopatologisk afvigende reaktionstilstand” i rådets udtalelse af ... tilkendegiver, at der efter rådets vurdering ikke har foreligget nogen af de i advokat C skrivelser af ... og ... nævnte tilstande. Såfremt der med spørgsmålets formulering: ”... en anden form for affektreaktion” er tænkt på ikke-patologiske tilstande, bemærkes, at Retslægerrådet ikke udtaler sig om sådanne tilstande.”

Af udskrift af dombogen for Københavns Byrets xx. afdeling fremgår, at A den ... blev fundet skyldig i manddrab og straffet med fængsel i 10 år. A blev samtidig udvist af Danmark med indrejseforbud for bestandig og frakendt arveretten efter den afdøde ægtefælle.

Afgørelsen blev anket, og Østre Landsret stadfæstede den xx.xx.00 byrettens afgørelse.

I landsretsdommen anføres det: ”Der findes ikke grundlag for i medfør af straffelovens § 85 eller øvrige formildende omstændigheder at nedsætte straffen“.

Kommentar:

Betegnelsen ”den abnorme enkelt-

reaktion” blev indført i retspsykiatrien af professor Hjalmar Helweg, dels i hans lærebog ”Den retslige psykiatri i korte omrids” (1939, 2. udgave 1942), dels i et par artikler fra begyndelsen af 1940 (Nordisk Medicin 1942; 15: 2340-44 og 2388-92). Helweg indførte betegnelsen i et forsøg på at ”forstå” eller ”forklare” forskellige kriminelle handlinger. Den abnorme enkeltreaktion blev af Helweg underinddelt i blandt andet ”kortslutningsreaktioner” og ”afspændingshandlinger”. Det centrale for Helweg ved disse forskellige reaktionsformer var, at ...”individet ser pludselig, eller mener at se, alle veje spærrede, og foretager da et desperat udbrud.” Helweg angav imidlertid også, at disse forskellige reaktionsformer som udgangspunkt ikke kunne opfattes som (kortvarige) sindssygdomme, og de er heller ikke at ligestille med sindssygdomme. De forbigående, lige-stillede abnormtilstande er for eksempel forbigående abnormtilstande betinget af lavt blodsukker hos sukkersygepatienter eller urostillstande i tilslutning til et epileptisk anfald. Betegnelsen ”abnorm enkeltreaktion”, som kan være svær at afgrænse, anvendes i dag kun sjældent af Retslægerrådet, men et eksempel er anført i rådets årsberetning for 1989 (side 106ff.) med opfølgning i årsberetningen for 1995 (side 99ff.).

En del af de tilstande, der tidligere blev betegnet som en ”abnorm enkeltreaktion”, vil i dag nærmere blive henført under begrebet ”handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse”, som nærmere diskuteres i Retslægerrådets årsberetning for 1994 (side 77ff.), til hvilken der henvises. Her skal blot gen-

tages, at det er en juridisk, ikke en lægelig vurdering, hvorvidt en sigtet på gerningstidspunktet har handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse, blandt andet fordi man jævnligt må lægge den sigtedes egen beskrivelse af et hændelsesforløb til grund for vurderingen. Retslægerådet vil i givet fald nævne de momenter og begivenheder, som skønnes af betydning, og herefter anføre, at ...” såfremt sigtedes forklaring lægges til grund, må det antages ...”.

Mange, der er sigtet for alvorlig, personfarlig kriminalitet, herunder drab, vil på gerningstidspunktet have befundet sig i en psykisk tilstand, der afviger fra den habituelle. Som anført i rådets udtalelse i den her refererede sag udtaler Retslægerådet sig kun om affekttilstande, såfremt disse indeholder psykopatologiske fænomener, jf. den sag, der er refereret i årsberetningen for 1994.

Tilstand ligestillet med sindssygdom udløst af indtagelse af svampe medførte ikke straffrihed

En ung mand, A, dræbte efter at have indtaget psilocybinholdige svampe en ham ubekendt kvinde. A havde været psykisk rask og socialt velfungerende. Fra 15-års alderen havde han haft et misbrug af forskellige euforiserende stoffer, herunder havde han prøvet at indtage svampe. I timerne før drabet havde han røget hash og indtaget et afkog af psilocybinholdige svampe. Han udviklede herefter en psykisk abnormtilstand karakteriseret af blandt andet manglende hukommelse, angst, voldsom uro og formentlig bevidsthedsforstyrrelser. Retslægerådet fandt, at A havde befundet sig i en psykisk abnormtilstand, der må ligestilles med sindssygdom, og at han således var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet anvendte denne formulering i analogi med de forbigående psykiske abnormtilstande, der for eksempel kan ses hos sukkersygepatienter, hvis blodsukker falder meget kraftigt. Fælles for disse forskelligartede tilstande er, at en forbigående forstyrrelse af hjernens funktion medfører en abnormtilstand, der må ligestilles med en sindssygdom. A blev fundet skyldig i manddrab og også fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men nævningerne fandt, at særlige omstændigheder talte for anvendelse af almindelig straf, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. (det vil sige patologisk rus). A blev idømt fængsel i seks år, men Højesteret nedsatte straffen til fængsel i fem år blandt andet med henvisning til, at A ikke tidligere havde erfaring med aggressiv adfærd efter indtagelse af rusmidler. (A 38183, A 38379)

A var en 18-årig - på gerningstidspunktet 17-årig - ung mand, der var sigtet for manddrab ved - under påvirkning af svampe - med knivstik at have dræbt en ham ukendt cirka 40-årig kvinde. Han blev anholdt umiddelbart efter og surrogatanbragt på en lukket socialpædagogisk institution. Under opholdet her blev han ambulantly mentalundersøgt. Af mentalerklæringen - suppleret

med rapportmateriale - fremgår, at A var opvokset hos samlevende forældre under velordnede sociale forhold. Opvækstvilkårene beskrives som harmoniske. A beskrives helt fra sin tidligere barndom som en upåfaldende dreng, der udviklede sig naturligt, skolegangen forløb uproblematisk. Efter 9. klasse begyndte A en gymnasial uddannelse, men han måtte opføre på

grund af for ringe faglige forudsætninger i enkelte fag. Han tog herefter 10. klasse. A havde haft lidt erhvervsarbejde fra han var cirka 15 år gammel, han havde passet dette upåklageligt. Han havde i 9. klasse været i erhvervspraktik, og han havde her bestemt sig for en faglig uddannelse inden for dette område. Ved skolegangens afslutning fik han tilbudt et job som arbejdsdreng på virksomheden, idet han samtidig blev lovet en læreplads, som han var ansat i på tidspunktet for det påsigtede forhold.

Legemligt havde A været rask.

A havde aldrig frembudt tegn på psykisk lidelse, bortset fra at han et par gange under påvirkning af rusmidler havde oplevet kortvarige psykose-lignende tilstande (se nedenfor). Han beskrev sig selv som stilfærdig, han var ikke temperamentsfuld, han havde intet besvær med at komme i kontakt med andre. Han havde haft et par kortvarige forhold til piger. Han havde været vellidt i skolen, hvor han havde bidraget til en god atmosfære. Fra lærepladsen blev han beskrevet som omhyggelig og veltilpasset, han var altid parat til at yde en ekstra indsats, såfremt det var nødvendigt.

Omkring 15-års alderen begyndte A at misbruge hash. Det lykkedes ham at holde misbruget skjult for såvel forældrene som skolen. Omgivelserne bemærkede, at A ændrede sig lidt, men uden at dette blev opfattet som påfaldende. Han ophørte selv med misbruget, men i 10. klasse begyndte han igen at misbruge hash samt at ryge heroin

og tage centralstimulerende midler (amfetamin), ligesom han eksperimenterede med kokain, medicin af benzodiazepintypen og ecstasy. Han havde tre gange tidligere indtaget svampe, hvor han var blevet "skæv", i godt humør, men uden bevidsthedsforstyrrelser eller påfaldende adfærd.

A tog selv kontakt til et misbrugscenter, blandt andet fordi han havde reflekteret over, hvorledes misbruget kunne finansieres. Kort efter blev han anholdt med euforiserende stoffer på sig, og via misbrugscentret blev forældrene nu orienteret om A's problemer. I samarbejde med forældrene blev der iværksat behandling, og A ophørte med at misbruge andre stoffer end hash, som han fortsat røg, undertiden i ret store mængder. Under den fortsatte kontakt til misbrugscentret blev A imidlertid motiveret til også at ophøre med hash-misbruget, og på tidspunktet for det påsigtede forhold røg han angiveligt kun hash en gang om ugen.

A havde under påvirkning af centralstimulerende midler haft oplevelser, hvor han var i tvivl om, hvorvidt det drejede sig om drømme eller syns-hallucinationer. Disse oplevelser var angstprovokerende for ham, hvorfor han ophørte med dette misbrug. A havde ligeledes en enkelt gang under hashpåvirkning oplevet forbigående psykose-lignende symptomer.

I timerne forud for det påsigtede forhold var A sammen med tre bekendte. Der blev røget hash, to af de bekendte indtog svampepulver, som A også tidligere havde indtaget, men som han

ikke havde kunnet skaffe sig denne gang. Han havde i stedet købt sig nogle "colombianske svampe", herunder en, der så anderledes ud end de øvrige. Han drak et afkog af disse svampe. Cirka en halv time efter mærkede A effekten af svampene. Han oplevede blandt andet, at lydene blev skærpede, og at omgivelserne ændrede sig. Det videre forløb husker han ikke. De øvrige tilstedeværende kunne samstemmende oplyse, at A var blevet "mærkelig", han forsøgte at ringe til alarmcentralen, fordi han ønskede at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling. Det blev besluttet, at A skulle køres hjem til forældrene i bil af den, der ikke havde indtaget svampe. På vejen sprang A imidlertid ud af bilen, han blev hentet tilbage, men sprang kort tid efter ud igen. Da venen ville forsøge at få fat i ham, begyndte A at slå og sparke og forsvandt herefter ind i en bebyggelse. Han brød efterfølgende ind hos en cirka 40-årig kvinde, hvor han først gav udtryk for, at han havde brug for en ambulance. Under kontakten til alarmcentralen kunne man høre A råbe og skrike i baggrunden, og herefter dræbte han kvinden med flere knivstik. Ved politiets ankomst lå A i en seng under en dyne, han var nøgen og indsmurt i blod. På spørgsmål om hvem kvinden var, angav han først, at det var hans "moder og fader", efterfølgende sagde han, at "jeg stak hende bare". Det blev bemærket, at han tilsyneladende sov i politibilen under indtransporten til Politigården. Senere på natten blev han bragt til Retsmedicinsk Institut, og under undersøgelsen her spurgte han spontant, "hvor har jeg det blod fra - hvad er jeg for resten

anholdt for?" A er efterfølgende beskrevet som vågen, men noget forturet det følgende døgn, hvor han talte med forældrene, var i grundlovsforhør m.v.

Efterfølgende urinanalyser viste tegn på psilocybin (fra svampe) og cannabis, ligesom en blodprøve viste tegn på tetrahydrocannabinol.

Som anført var A anbragt på en socialpædagogisk institution, hvorfra han blev beskrevet som en nærmest upåfaldende ung mand, idet man dog bemærkede, at han kun i begrænset omfang var påvirket af sigtelsen. Af mentalerklæringen fremgår, at A var tydeligt følelsesmæssigt påvirket under omtalen af forløbet af det påsigtede forhold, men hans evne til selvrefleksion var begrænset, og man vurderede, at han distancerede sig fra det påsigtede forhold, måske fordi han ikke huskede hændelsesforløbet, måske fordi han endnu ikke var klar over konsekvenserne.

Mentalerklæringen konkluderede blandt andet, at A ikke var sindssyg på undersøgelsestidspunktet, han var normalt begavet. Personlighedsmæssigt blev han vurderet som noget umoden, men uden at han fandtes præget af en egentlig personlighedsafvigelse. Derimod måtte det ... "antages, at han på tidspunktet for den påsigtede handling var i en stofudløst, forbigående tilstand af sindssyge." A fandtes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og erklæringen anbefalede dom til psykiatrisk behandling m.v. efterfulgt af ophold på socialpædagogisk institution

blandt andet med henblik på "at sikre stoffrihed bedst muligt".

Sagen var den første, hvor Retslægerådet skulle tage stilling til karakteren af en psykisk abnormtilstand udløst af indtagelse af psilocybinholdige svampe. Det afgørende problem var, hvorvidt der var tale om en "normal" om end måske svær rustilstand betinget af det pågældende rusmiddel i kombination med påvirkning af hash, eller hvorvidt der var tale om en forbigående sindssygdom, herunder eventuelt en patologisk rus. Sagen blev behandlet af seks af rådets syv psykiatere samt af en særlig sagkyndig, først skriftligt og herefter ved et møde.

Retslægerådet udtalte, at A ... "ikke er sindssyg, men at det er sandsynligt, at han på tiden for det påsigtede befandt sig i en af rusmidler udløst forbigående tilstand, der må ligestilles med sindssygdom. Han er normalt begavet og lider ikke af epilepsi.

A er opvokset under stabile forhold. I slutningen af skoletiden udviklede han et misbrug af euforiserende stoffer, blandt andet hash, amfetamin, rygeheroin og svampe. I forbindelse med indtagelse af hash har han oplevet rastløshed og irritabilitet, ligesom han en enkelt gang har beskrevet sindssygelige oplevelser. Han ophørte med at indtage amfetamin, fordi amfetaminpåvirkning medførte, at han udviklede angstfyldte hallucinatoriske oplevelser. Tidligere indtagelse af forskellige svampe har ikke medført aggressiv adfærd eller sindssygelige symptomer. Om end misbruget har haft et ikke

ubetydeligt omfang, har det ikke medført væsentlige sociale konsekvenser. Efter afsluttet 10. klasse har A således stedse være i arbejde. Han har haft kontakt til Ungdomscentret ... og synes at være ophørt med misbrug af andre euforiserende stoffer end hash i perioden op til det påsigtede.

Ved den aktuelle undersøgelse er han personlighedsmæssigt fundet umoden, præget af mangelfuld refleksionsevne, men ikke uden evne til at sætte sig ind i andres følelser og tanker. Der er ikke observeret sindssygelige symptomer, og han kan ikke betegnes som egentlig personlighedsforstyrret.

Forud for det påsigtede forhold havde han indtaget hash og psilocybinholdige svampe (et hallucinogen), hvilket bekræftes af urin- og blodanalyser. Resultatet af analyserne tillader imidlertid ikke en vurdering af størrelsen af den indtagne mængde af de aktive substanser i henholdsvis hash og svampe.

A husker første del af forløbet efter at have indtaget de to rusmidler, og han kan beskrive typiske og karakteristiske oplevelser som følge af indtagelse af hallucinogener, blandt andet ændrede krops- og sansoplevelser. Herefter ændrede hans tilstand sig imidlertid, idet han udviklede en psykisk abnormtilstand præget af betydelig uro, usammenhængende tale, angst, aparte adfærd samt voldsom aggressivitet. Han angiver total glemsel for dette forløb, som er af få timers varighed. Rådet har bemærket, at han ved anholdelsen, hvor han lå nøgen indsmurt i blod i en seng, blandt andet angav, at "jeg stak

hende bare”, men hans øvrige ytringer var usammenhængende og nærmest uforståelige. Efterfølgende – under transporten til Politigården – sov han tilsyneladende, og det er således muligt, at rusmiddelpåvirkningen har medført en bevidsthedsforstyrrelse. De beskrevne symptomer kan enkeltvis ses som en følge af påvirkning af rusmidler, især hallucinogener, men ved en samlet klinisk afvejning af sværhedsgraden og kombinationen af symptomer vil Retslægerådet finde det sandsynligt, at A på tidspunktet for det påsigtede forhold befandt sig i en psykisk abnormtilstand, der må ligestilles med sindssygdom, og at han således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Retslægerådet finder anledning til at bemærke, at risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet må antages at være ringe, såfremt A afholder sig fra ethvert misbrug af rusmidler, inklusive hash, og at den samlede behandling, som eventuelt kan omfatte institutionsophold med henblik på en nøje overvåget og konsekvent gennemført behandling mod misbrug af rusmidler, bør tage højde herfor. Såfremt A findes skyldig, skal Retslægerådet herefter som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med sygehuset eller afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.”

A var blevet mentalundersøgt ved en

børne- ungdomspsykiatrisk afdeling, og i konklusionen blev det anbefalet, at en eventuel idømt psykiatrisk særforanstaltning blev varetaget af en børne- ungdomspsykiatrisk afdeling. Da Retslægerådet ikke havde udtalt sig herom, anmodede A's forsvarer rådet om at uddybe dette spørgsmål samt uddybe spørgsmålet om et eventuelt ophold på en socialpædagogisk institution. Retslægerådet udtalte herefter...”at rådet som udgangspunkt ikke tager stilling til, hvilken psykiatrisk afdeling, der skal varetage en eventuel idømt psykiatrisk særforanstaltning eller behandlingens indhold. Specielt hvad angår unge, det vil sige 15-17-årige, vil rådet imidlertid kunne pege på, at en idømt særforanstaltning mest hensigtsmæssigt varetages af en børne- ungdomspsykiatrisk afdeling. Den psykiatriske behandling af unge, der er 18 år eller ældre, er tilrettelagt forskelligt i de forskellige amter, hvorfor rådet i denne type sager generelt ikke udtaler sig om, hvilken type afdeling, der i givet fald bør varetage en idømt særforanstaltning.

For så vidt angår spørgsmålet om et eventuelt institutionsophold, har Retslægerådet med den anvendte formulering ønsket at nævne muligheden for, at ophold på en socialpædagogisk institution kan indgå i behandlingen. Det er imidlertid den overlæge, der bliver ansvarlig for varetagelsen af en eventuel idømt psykiatrisk særforanstaltning, som må vurdere, hvorvidt et ophold på en socialpædagogisk institution på et givet tidspunkt vil være formålstjenligt.”

Sagen blev behandlet ved nævninge-

ting, hvor A blev fundet skyldig i manddrab. Der var stillet følgende tillægs spørgsmål:

„Var tiltalte A ved begåelsen af den strafbare handling som følge af indtagelse af rusmidler utilregnelig på grund af en forbigående tilstand af sindssygd

Skal tiltalte A dog pålægges straf, fordi særlige omstændigheder taler derfor, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.?”

Nævningerne besvarede begge tillægs spørgsmål med ”ja”.

A blev herefter idømt fængsel i seks år. Højesteret nedsatte straffen til fængsel i fem år med følgende begrundelse: ”Tiltalte havde ikke tidligere erfaringer med aggressiv adfærd efter indtagelse af rusmidler og søgte at blive indlagt, da han var ved at komme i en tilstand af utilregnelighed. Under hensyn til disse særlige omstændigheder samt tiltaltes alder og personlige forhold finder Højesteret, at straffen bør nedsættes til fængsel i fem år.

Kommentar:

Det lægefaglige problem, Retslægerådet stod overfor, var, hvorvidt A på gerningstidspunktet havde befundet sig i en ”normal” om end kraftig rustilstand, forårsaget i første række af psilocybinholdige svampe, eller hvorvidt han havde befundet sig i en forbigående psykotisk tilstand. Denne vurdering vanskeliggøres i høj grad af, at sindssygd

eksempel i form af hallucinatoriske oplevelser, kan indgå som et led i påvirkning af psilocybin, men effekten af psilocybinpåvirkning er stærkt varierende, jf. for eksempel at A tre gange tidligere havde indtaget svampe, uden at han på nogen måde havde udviklet psykoselignende symptomer. Da sagen var den første af sin art, blev den behandlet af hele rådets retspsykiatriske afdeling, og som anført i rådets udtalelse, fandtes det mest sandsynligt, at A på gerningstidspunktet havde befundet sig i en forbigående psykisk abnormtilstand, der måtte ligestilles med sindssygd. Rådet lagde herved blandt andet vægt på, at det måtte anses for sandsynligt, at A på gerningstidspunktet og i timerne herefter havde været bevidsthedsforstyrret, det vil sige en tilstand, hvor graden af vågenhed er nedsat – fra det let fraværende, døsende til en tilstand af bevidstløshed. Hertil kan optræde forbigående hallucinationer, vrangforestillinger, angst og uro (bevidsthedsplumring). Sådanne bevidsthedsforstyrrelser ses karakteristisk ved (forbigående) sindssygd

I den aktuelle sag valgte rådet at anvende betegnelsen ”en med sindssyg-

dom ligestillet tilstand" i analogi med de forbigående, svære psykiske abnormtilstande, som kan ses for eksempel i forbindelse med lavt blodsukker hos sukkersygepatienter eller svære urotilstande i relation til et epileptisk anfald. Der er også i disse tilfælde tale om forbigående organiske forstyrrelser af hjernens funktion med blandt andet ledsagende bevidsthedsforstyrrelser.

Ved sin behandling af sagen overvejede Retslægerådet også, om en patologisk rustilstand havde foreligget. I rådets årsberetning fra 1995 (s. 81ff.) gennemgås en række praktiske og teoretiske aspekter af den patologiske alkoholrus. Som det fremgår af denne gennemgang, kan det lægefagligt være vanskeligt at skelne imellem en "klassisk" patologisk rus og forbigående sindssygdhedsepisoder udløst af alkohol. Denne skelnen bliver yderligere kompliceret, såfremt en person har indtaget et euforiserende stof – for eksempel psilocybinholdige svampe – der netop karakteriseres ved at kunne fremkalde sindssygdhedslignende oplevelser som led i selve rusen. I den konkrete sag var to af de fire klassiske krav til en patologisk (alkohol)rus ikke opfyldt – A var ikke fysisk syg, udmattet eller præget af svær psykosocial belastning, og det må antages – hvad han selv oplyste – at han havde indtaget psilocybinholdige svampe i ikke helt ringe mængde, jf. herved også resultatet af urinalysen, om end denne

ikke tillod en vurdering af, hvor meget han havde indtaget. Ved en samlet vurdering fandt Retslægerådet det overvejende usandsynligt, at A havde befundet sig i en patologisk rustilstand, således som disse tilstande normalt afgrænses.

Nævningerne fandt, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men idømte A almindelig straf, "fordi særlige omstændigheder taler derfor, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt." (det vil sige patologisk rus). Denne afgørelse er usædvanlig, idet disse "særlige omstændigheder" normalt reserveres til sager, hvor den tiltalte tidligere har erfaret, at indtagelse af rusmiddel vil kunne hensætte den pågældende i en psykisk abnormtilstand (patologisk rus). Højesteret nedsatte da også straffen blandt andet med henvisning hertil.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at Retslægerådet, trods kriminalitetens karakter, anbefalede en behandlingsdom. De foranstaltningforslag, Retslægerådet fremsætter, vil være lægefagligt begrundet, og som det fremgår, var A habituelt psykisk upåfaldende, om end noget umoden. Lægefagligt var der derfor intet grundlag for at anbefale en anbringelsesdom, men rådet pegede på, at der i en periode eventuelt kunne være behov for institutionsanbringelse med henblik på behandling af misbruget.

Patologisk rus - ikke til stede

En tidligere ustraffet 52-årig mand, T, var sigtet for vold af særlig farlig karakter ved, under et værtshusbesøg, at stikke en anden gæst i maven med en kniv. T havde igennem mange år misbrugt alkohol og vanedannende beroligende medicin. På gerningstiden var han i udtalt grad påvirket af alkohol. Den mentalobserverende overlæge fandt, at T på gerningstiden havde befundet sig i en patologisk rustilstand, idet den påsigtede handling måtte beskrives som personlighedsfremmed, og idet han på gerningstidspunktet havde flygtige, sindssygelige symptomer af vrangforestillingskarakter.

Retslægerådet udtalte, at den påsigtede handling var personlighedsfremmed, at T stort set ingen erindring havde om hændelsesforløbet, men at der ikke forelå holdepunkter for at antage, at han på gerningstiden husede vrangforestillinger eller i øvrigt frembød andre sindssygdomssymptomer. Samlet vurderede Retslægerådet, at T's tilstand og adfærd på tidspunktet for det påsigtede var betinget af udtalt alkoholpåvirkning og ikke et udtryk for en patologisk rus. Under sagens behandling i retten blev fremlagt en supplerende lægelig udtalelse. Denne udtalelse, som ikke blev forelagt Retslægerådet, gav sammen med mentalerklæringen retten grundlag for at anvende straffelovens § 85 ved strafudmålingen. (A 37769)

T var en på gerningstidspunktet 52-årig mand, der var sigtet for vold af særlig farlig karakter. Han blev mentalundersøgt, og af erklæringen fremgår blandt andet, at han er opvokset under stabile og velordnede forhold. Han har almindelig skolegang, og efter aftjening af værnepligt har han gennemført en regnskabsmæssig uddannelse. T har altid været i arbejde. Han har i knapt 20 år samlevet med jævnaldrende kvinde.

T havde siden ungdomsårene haft et overforbrug af alkohol, der efterhånden havde antaget karakter af et egentligt misbrug. Han har oplyst om sit drikkemønster, at siden slutningen af

1970-erne havde indtagelse af 3-4 genstande medført, at han fortsatte med at drikke, til han blev meget svært beruset, og han fortsatte så i egentlige drikketure af 1-2 ugers varighed ("inability to stop", et karakteristisk symptom på afhængighed af alkohol). T var første gang i 1979 indlagt i psykiatrisk afdeling med henblik på abstinensbehandling. Under indlæggelsen modtog T abstinensbehandling med clomethiazol (Heminevrin, et i Danmark kun sjældent anvendt beroligende præparat). Herefter tog T i længere perioder antabus, blandt andet administreret af samleveren. Han har dog også gennem årene holdt pauser og oplyser, at det hver gang hurtigt er gået galt med vold-

somme drikkeperioder. De seneste fem år før det påsigtede forhold havde T taget antabus konstant, bortset fra at han i ferier tilbagevendende havde prøvet at holde pause. Hans erfaring var, at han så hurtigt udviklede et dagligt alkoholforbrug på angiveligt flere flasker spiritus dagligt. T har flere gange været indlagt i psykiatrisk afdeling på grund af sit misbrug, senest i 1999. Formålet har hver gang været at afbryde et igangværende misbrug. Han er aldrig fundet psykotisk.

Fra 1979 havde T regelmæssigt indtaget clomethiazol (Heminevrin) og Stesolid (beroligende og angstdæmpende medicin) i skiftende omfang. Forbruget havde dog været jævnt stigende.

T havde arbejdet i knap 20 år på samme arbejdsplads, men hans arbejdsindsats havde i stigende grad været præget af sygefravær med baggrund i misbrug. Han antog selv, at han snart ville blive opsagt på grund af det store antal sygedage.

T var sigtet for vold af særlig farlig karakter efter straffelovens § 245, idet han under et værtshusbesøg i marts 1999 havde tildelt en ham ubekendt gæst et knivstik i maven. Af mentalerklæringen fremgår det, at T den pågældende dag havde drukket store mængder alkohol, før han sidst på aftenen besluttede at tage i byen. Under værtshusbesøget fortsatte han alkoholindtagelsen. Han faldt i snak med andre gæster og havde ifølge disses vidneudsagn været stærkt alkoholpåvirket og "vrøv-lende". T havde flere gange givet udtryk for, at han forventede problemer,

og at de "skulle stå sammen". T havde medbragt en kniv, og han oplyste efterfølgende, at grunden hertil var, at han opfattede værtshusmiljøet som hårdt.

T blev anholdt umiddelbart efter det påsigtede forhold. Et par timer efter anholdelsen fandtes han at have en blodalkoholkoncentration på 2,51 ‰.

Ved mentalundersøgelse findes T lettere trykket af stemning, men ikke deprimeret. Han fremtræder intelligensmæssigt velfungerende og uden tegn på sindssygdom. Det bemærkes, at T er "noget ældet og er i sin fremtræden og anamnesegennemgang i øvrigt kendetegnet ved, at han er forundret og bekymret over sin adfærd, opfatter det som noget for ham fremmed og uforklarligt og er med hensyn til misbrugsadfærd angerfuld og brødebetyngt og tilkendegiver et ønske om fremtidig afholdenhed."

I mentalerklæringen konkluderes blandt andet, at T ikke er sindssyg, men han ... "var på gerningstiden påvirket af såvel alkohol som vanedannende, beroligende medicin, og den påsigtede gerning må på baggrund af de oplysninger, der foreligger om observanden, betegnes svært personlighedsfremmed, og på baggrund af de vidneudsagn, der foreligger, er det helt nærliggende at opfatte observandens tilstand på gerningstiden som patologisk rustilstand, hvor han har haft flygtige, egentlige sindssygelige symptomer af vrangforestillingskarakter med oplevelsen af, at noget skulle ske, og forventning om at komme i slagsmål og blive overfal-

det. ...Observanden må på denne baggrund med stor sandsynlighed kunne henføres til den i straffelovens § 16, stk. 1, omhandlede personkreds, og man skal, som hensigtsmæssig foranstaltning - ifald observanden findes skyldig - anbefale dom til behandling i psykiatrisk afdeling og med tilsyn af afdelingen og Kriminalforsorgen under udskrivning, således at afdelingen og Kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.”

I udtalelse af xx.xx.99 anfører Retslægerådet, at T...“har periodisk en lang årrække misbrugt alkohol, og han har hertil haft et vedvarende overforbrug af beroligende medicin (Stesolid og Heminevrin). Misbruget har medført flere indlæggelser på psykiatriske afdelinger til afrusning og abstinensbehandling, men han har aldrig frembudt tegn på egentlig psykisk sygdom. Ved aktuelle undersøgelse er han fundet påvirket af sin aktuelle situation, men i øvrigt psykisk i det væsentlige upåfaldende. T var i udtalt grad påvirket af alkohol på tidspunktet for det påsigtede forhold, og han må antages også at have været påvirket af medicin. Det påsigtede forhold er efter det oplyste personlighedsfremmed, og T har stort set ingen erindring om hændelsesforløbet. Der foreligger efter Retslægerådets opfattelse imidlertid ikke holdepunkter for at antage, at han på daværende tidspunkt husede vrangforestillinger eller i øvrigt frembød andre sindssygdomssymptomer. Der foreligger ikke oplysninger om fysisk sygdom, svær psykosocial belastning eller andet, som kan disponere til patologisk rus. Samlet vil Retslægerådet herefter

opfatte hans tilstand og adfærd på tidspunktet for det påsigtede som betinget af udtalt alkoholpåvirkning og ikke som udtryk for en patologisk rus eller anden form for abnorm bevidsthedstilstand, der kan ligestilles med sindssygdom. T er således efter Retslægerådets opfattelse hverken omfattet af straffelovens § 16 eller § 69.”

Da Retslægerådet vurderede sagen anderledes end den overlæge, der havde udarbejdet erklæringen, havde rådet, forinden udtalelsen blev afgivet, korresponderet med overlægen. Denne anførte i sin supplerende udtalelse blandt andet, at han samlet fandt det mest sandsynligt, at T forud for det påsigtede forhold havde haft flygtige vrangforestillinger, men overlægen havde selv været i tvivl, og han havde derfor anbefalet, at sagen blev forelagt Retslægerådet.

Sagen blev behandlet ved retten under medvirken af domsmænd. Af domsudskriften fremgår det, at der til brug for retten af professor P var afgivet yderligere en erklæring, men det fremgår ikke, hvem der havde indhentet denne erklæring. Professor P var blevet anmodet om at besvare 5 spørgsmål:

1. Kan T antages at have været omfattet af straffelovens § 16 på gerningstidspunktet?
2. Hvilken betydning kan man tillægge et mangeårigt forbrug af medicin og nedtrapning heraf sammenholdt med oplysninger om alkoholforbrug med hensyn til ovennævntes psykiske tilstand på gerningstidspunktet?

3. Hvilken eventuel indflydelse kan aftrapning af Heminevrin have på en persons psyke?
4. Hvilken betydning har aftrapnings-hastigheden?
5. Hvorledes forholder det af oven-nævnte oplyste forbrug af navnlig Heminevrin sig til anbefalede doser?

Af professor P's erklæring kan det uddrages:

Ad 1 T findes ikke omfattet af straffelovens § 16, da sigtede ikke har haft vrangforestillinger, og den høje promille gør det vanskeligt i øvrigt at hævde, at der skulle foreligge patologisk rustilstand. Hertil heddet det: "Mens kraftig rus således ikke i retspsykiatrisk forstand er en "abnorm bevidsthedstilstand", der kan ligestilles med sindssygdom, er der dog ud fra et medicinsk synspunkt tale om en ændret bevidsthedstilstand (sammenlignet med den normale), der kan have væsentlig indflydelse på den pågældendes evne til rationel, målrettet og velovervejet adfærd, samt på evnen til at genkalde sig hændelsesforløb under ruspåvirkninger."

Ad 2 Det findes ikke sandsynligt, at medicin og aftrapning heraf har betinget, at T på gerningstidspunktet befandt sig i en psykotisk abstinensstilstand.

Ad 3 Der findes ikke at have foreligget en sværere abstinensstilstand af psykotisk karakter.

Ad 4 Se det foregående.

Ad 5 Den anførte dosis og varighed af

indtagelse gør det sandsynligt, at T har udviklet afhængighed af Heminevrin og Stesolid, og at der ved seponering vil kunne optræde abstinenssymptomer, men den konkrete aftrapning kan ikke betegnes som værende hverken hurtig eller udtalt.

Erklæringen fra professor P har ikke været forelagt Retslægerådet til udtalelse.

T fandtes skyldig i det påsigtede og i domsudskriften anføres:

"Ved strafudmålingen findes der i medfør af straffelovens § 85 at kunne tages hensyn til de af overlæge K og professor P anførte forhold. Straffen fastsættes herefter til fængsel i 10 måneder og således at 6 måneder heraf ikke skal afsones, såfremt tiltalte i en prøvetid på 2 år ikke begår ny, ligartet kriminalitet."

Kommentar:

Sager om mulig patologisk rustilstand er sjældne, og de vil som udgangspunkt alle blive forelagt Retslægerådet, der således samler erfaring om denne sagstype, og rådet kan hermed anlægge en ensartet vurderingspraksis. (Om patologisk rus se i øvrigt side 63ff.)

Ved rettens behandling af sagen forelå en supplerende erklæring fra professor P. Det fremgår ikke af domsudskriften, hvorvidt erklæringen var indhentet af retten, eller om der var tale om en ensidigt indhentet erklæring. Denne erklæring havde ikke været forelagt Retslægerådet. Professor P's udtalelse tilføjer for så vidt ikke sagen nye oplysninger. Det er korrekt, at en kraftig rus-

tilstand kan have væsentlig indflydelse på en persons evne til rationel, målrettet og velovervejet adfærd, men det er rådets erfaring, at selv svær alkoholpåvirkning efter praksis ikke medfører strafferetlig særbehandling. Retten fandt imidlertid, at der ved strafudmålingen kunne tages hensyn til mentalerklæringen og til det af professor P anførte – det fremgår ikke, hvad retten specielt lagde vægt på – jf. straffelovens § 85. T kan ikke antages at have handlet ...”under indflydelse af stærk sindsbevægelse”, og det må derfor antages, at retten har lagt vægt på bestem-

melsens næste led, hvor det anføres, at straffen kan nedsættes...”når der foreligger andre særlige oplysninger om gerningsmandens sindstilstand eller omstændighederne ved gerningen...”. Det er efter Retslægerådet opfattelse yderst sjældent, at udtalt beruselse medfører...”en mildere straf end den, som ellers ville finde anvendelse.”, og det er efter rådets erfaring ligeledes sjældent, at erklæringer som den, professor P udarbejdede, ikke forelægges Retslægerådet, når rådet tidligere har afgivet udtalelse i sagen.

Hvilken sanktion skal anbefales over for personer, der begår kriminalitet, og som er såvel mentalt retarderede som psykisk syge?

Der refereres to nye og to lidt ældre sager vedrørende sigtede, som såvel er mentalt retarderede som psykisk syge. De psykisk syge behandles inden for det psykiatriske behandlingssystem, de mentalt retarderede modtager støtte og behandling inden for det sociale behandlingssystem. Det vil bero på en konkret sundhedsfaglig vurdering, hvorvidt Retslægerådet vil finde det mest formålstjenligt at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning eller en særforanstaltning inden for det sociale behandlingssystem i tilfælde, hvor en person er såvel psykisk syg som mentalt retarderet. Under alle omstændigheder vil rådet enten pege på den ene eller på den anden foranstaltningstype, således at ansvaret for foranstaltningens gennemførelse er entydigt placeret. (A 37880 og A 37957)

A 37957

A havde siden barndommen haft psykiske og intellektuelle vanskeligheder. Da han var 31 år gammel, tilkendegav hans samleverske, at forholdet ikke kunne fortsætte, hvorefter han satte ild på hendes lejlighed.

A blev efterfølgende mentalundersøgt, og af erklæringen fremgår, at han var født for tidligt, og at han var hørehæmmet. Han havde som barn flere gange været indlagt på børnepsykiatrisk afdeling og modtaget specialundervisning. Efter skolegangen havde han kortvarigt haft ufaglært arbejde, men var siden blevet tilkendt førtidspension. Han havde på grund af depression og ængstelse flere gange været indlagt på

psykiatriske afdelinger, og han var i behandling med antidepressiv og antipsykotisk virkende medicin. Sprogligt fungerede han som debil, men på det praktiske handleplan var han "kun" retarderet svarende til grænsen mellem sinkestadiet og normal begavelse. På grundlag af hørenedsættelsen og A's psykiske lidelse fandt den mentalobserverende overlæge det overvejende sandsynligt, at A samlet fungerede som ligestillet med debile og dermed var omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, men var dette ikke tilfældet, var han under alle omstændigheder omfattet af straffelovens § 69. Uanset denne usikkerhed påpegede overlægen, at A havde et betydeligt behov for psykia-

trisk behandling, og erklæringen anbefalede derfor dom til psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med sygehuset eller afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse. Retslægerådet fulgte overlægen, såvel med hensyn til diagnose, strafferetlig placering, - det vil sige mest sandsynligt omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, - som med hensyn til foranstaltning, dom til psykiatrisk behandling m.v.

Retten fandt A omfattet af § 16, stk. 2, det vil sige mentalt retarderet i lettere grad eller ligestillet dermed, og fulgte anbefalingen hvad angår en psykiatrisk særforanstaltning.

A 37880

B blev 25 år gammel sigtet for at have tildelt en pædagog i institutionen, hvor han boede, slag i ansigtet og spark på det ene lår. I mentalerklæringen var oplyst, at han ved fødslen havde pådraget sig en hjerneskade. Fra den tidlige barndom havde han lidt af svært behandlelig epilepsi, og han fungerede som mentalt retarderet. 21 år gammel blev han opereret for en stor, godartet svulst i højre tindingelap. Efter operationen og måske også begrundet i talrige epileptiske anfald aftog hans intellektuelle funktionsniveau med årene. Fra 20 års alderen havde han flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling i svært psykotisk tilstand. Han havde imellem indlæggelserne i mange år haft ophold på en institution for mentalt retarderede. Han var i behand-

ling med antipsykotisk virkende medicin. Den psykiske lidelse kunne, ligesom den mentale retardering og epilepsien, antages at være sekundær til hjerneskaden. Den mentalundersøgende overlæge foreslog en kombination af dom til ambulat psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse, og tilsyn ved amtskommunen vedrørende personer med vidtgående psykiske handicap.

Mentalerklæringen var ikke helt klar for så vidt angik redegørelsen for den igangværende medikamentelle behandling, og det var dertil vanskeligt mere præcist at vurdere graden af mental retardering. Efter korrespondance med den mentalundersøgende overlæge udtalte Retslægerådet, at B var mentalt retarderet i middelsvær grad samt kronisk sindssyg. Han var således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 (såvel på grund af psykosen som på grund af den middelsvære retardering). Han havde behov for placering på socialpædagogisk institution samt for behandling med antipsykotisk virkende medicin, der som udgangspunkt kunne foregå ambulat. Hvis psykiatrisk indlæggelse skulle vise sig påkrævet, og B skulle modsætte sig en indlæggelse, ville den kunne gennemføres i medfør af psykiatriloven. Ved en samlet vurdering anbefalede Retslægerådet herefter, at B, såfremt han fandtes skyldig, blev undergivet tilsyn af amtskommunen vedrørende personer med vidtgående psykiske handicap, således at han efterkom tilsynsmyndighedens bestemmelse om psykiatrisk behandling samt om ophold og arbejde, og således at der af tilsyns-

myndigheden kunne træffes bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap.

Byretten afsagde dom i overensstemmelse med Retslægerådets udtalelse.

Kommentar:

I Retslægerådets årsberetning for 1990, side 75ff., er omtalt en sag om en kvinde, der var sigtet for ildspåsættelse, og som var præget af mental retardering i lettere grad eller i en tilstand ligestillet hermed, og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. I øvrigt havde hun et betydeligt og mangeårigt alkoholmisbrug, og den undersøgende overlæge foreslog, at hun blev idømt lægeligt ledet alkoholistbehandling og tilsyn af Kriminalforsorgen. Retslægerådet anbefalede imidlertid inddragelse under Åndssvageforsorgen.

I øvrigt blev der i årsberetningen gjort opmærksom på Rigsadvokatens årsberetning for samme år (1990), der indeholdt en gennemgang af de påstande, som anklagemyndigheden fremover ville kunne benytte (og som stadig benyttes) over for sigtede med mental retardering. De mest indgribende foranstaltninger indebærer anbringelse på institution, eventuelt lukket/sikret institution.

Årsberetningen for 1992, side 53ff., omtaler en sag om en mand, der var sigtet for brandstiftelse og som ud over at være mentalt retarderet i lettere grad periodisk var urolig, angst og hørehalucineret. Der behandledes under mentalobservationen med antipsykotisk virkende medicin (Clozapin) med god effekt på de psykotiske symp-

tomter. I mentalerklæringen konkluderedes, at det var hensigtsmæssigt, at det aktuelle ophold i socialpædagogisk bofællesskab og tilknytning af støttepædagog blev opretholdt, idet der dog samtidig blev anbefalet en psykiatrisk særforanstaltning. Retslægerådet fandt ligeledes, at der var behov for såvel psykiatrisk behandling som socialpædagogisk støtte. Især under hensyn til at der var et vedvarende behov for behandling med antipsykotisk virkende medicin, anbefalede rådet, i overensstemmelse med overlægens forslag, en psykiatrisk særforanstaltning.

Som det fremgår, beror det på en konkret vurdering, hvilken sanktion Retslægerådet vil anbefale over for personer, som såvel er psykisk syge som mentalt retarderede. Rådet ser undertiden i denne type sager mentalerklæringer, hvor en "kombinationssanktion" foreslås, det vil sige en kombination af en psykiatrisk særforanstaltning og en foranstaltning over for mentalt retarderede. Rådet vil imidlertid i denne type sager altid anbefale enten den ene eller den anden foranstaltningstype, således at ansvaret for foranstaltningens varetagelse er entydigt defineret, hvilket blandt andet også har retssikkerhedsmæssig betydning, idet den instans, der varetager behandlingen, også har ansvaret for at påse, at foranstaltningen ikke udstrækkes længere end nødvendigt. I praksis vil det ofte være nødvendigt med et samarbejde mellem det psykiatriske og det sociale behandlingssystem, hvilket Retslægerådet eventuelt vil nævne i præmisserne for rådets konklusion.

Udtalt åndelig svækkelse (sløvelse/demens) efter alkoholmisbrug vurderet som sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand.

En 42-årig tidligere ustraffet mand, P, var sigtet for tyverier af vin fra supermarkeder. Ved ambulant mentalobservation fandtes han præget af udtalt åndelig svækkelse (sløvelse/demens) på grund af et mangeårigt alkoholmisbrug, men han fandtes ikke med sikkerhed omfattet af straffelovens § 16 stk. 1, men af samme lovs § 69. Der anbefaledes dom til psykiatrisk behandling. Retslægerådet fandt, at P på grund af den svære demens var sindssyg eller i en tilstand ligestillet hermed, og anbefalede dom til ambulant psykiatrisk behandling, således at der af overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse. Retten fandt P utilregnelig på grund af sindssygdom eller en tilstand ligestillet med sindssygdom og idømte en foranstaltning som anbefalet af Retslægerådet. (A 38595)

P var en 42-årig mand, der var sigtet for 18 tyverier begået i en periode på cirka fire måneder. De 17 forhold drejede sig om tyverier af vin m.v. til beløb af max 53,35 kr. Det ene forhold drejede sig om tyveri af en pung med 100 kr. Han erkendte vintyverierne, men ikke tyveriet af pungen (som han da heller ikke blev dømt for).

I anledning af sigtelsen blev P ambulant mentalundersøgt af overlæge A, der afgav erklæring i 2000. Af erklæringen fremgår, at P havde haft en god og tryk opvækst i et hjem uden økonomiske problemer. Han havde gennemført en bankuddannelse og arbejdede i en bank, indtil han i 1996 blev afskedit på grund af alkoholmisbrug. Siden

havde han levet af en privat pension, idet han ikke, trods gentagne ansøgninger, havde fået bevilget en helbreds-betinget førtidspension. P var blevet gift i 1983 og havde 2 børn. Han var fraflyttet hjemmet i 1996. Herefter havde han boet i familiens campingvogn og i en periode i forældrenes lejlighed, indtil han i 1999 fik en beskyttet bolig i et plejecenter. Her klarede han sig kun med massiv støtte fra blandt andet den 73-årige moder, som dagligt besøgte ham, vaskede og hjalp til. Han var i perioden fra 1998 til 2000 otte gange indlagt i psykiatrisk afdeling til afrusning, det vil sige behandling af abstinenssymptomer og behandling med B-vitaminer på grund af mistanke om udvikling af en af alkoholmisbrug

betinget hjerneskode (Wernickes encefalopati). Han havde ligeledes været forsøgt behandlet for alkoholmisbruget på forskellige alkoholistbehandlingshjem, hvorfra han imidlertid ofte var blevet sendt tilbage på grund af indtagelse af alkohol. Ligeledes havde han flere gange været indlagt i såvel medicinske som kirurgiske afdelinger på grund af dårlig lever og blodsygdom samt brækkede skuldre og lårben efter faldtraumer. Der er ved indlæggelserne på psykiatrisk afdeling beskrevet ...”man har forsøgt at skærme ham under døgnopdækning på psykiatrisk afdeling, hvilket betød forbedring af helbrestilstanden, idet han ikke fik alkohol og heller ikke havde mulighed for at stjæle alkohol. Så snart han ikke var skærmpodækket, gik han straks til den nærmeste vinhandler og forsynede sig. Hvis han ikke havde penge, gik han rundt på medbeboernes værelser og ledte efter penge eller vin.”

Klinisk fandtes P ved mentalundersøgelsen kronisk medtaget, præget af selvforsømmelse (miseriespræget), ukritisk, vedholdende af tankegang (persevererende), konfabulerende og bagatelliserende uden sygdomsindsigt. Han var uden åbenlyse sindssygdomssymptomer, men præget af hukommelseslakuner. Hans mor fulgte ham til de fleste af samtalerne og til den psykologiske testning. Testningen fandt, at han var intellektuelt svækket i svær grad, selv om man ikke præcis kunne fastslå graden af svækkelse, idet han ikke havde været ædru i månederne op til undersøgelsen. Ved mentalobservationen konkluderedes:

”Observanden er herefter ikke sinds-

syg og kan ikke antages at have været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Observanden må antages præmorbidt at være normalt begavet, men på baggrund af flere års svært alkoholmisbrug findes han i dag svært dementielt reduceret (åndeligt svækket). Han er flere gange blevet behandlet for akut optrædende hjernesvækkelse i forbindelse med alkoholmisbrug (Wernickes encefalopati), men man må befrygte, at tilstanden er ved at udvikle sig til en kronisk og irreversibel tilstand ligestillet med sindssygdom (Korsakoffs psykose).

Observandens opvækst synes at have været harmonisk, han har angiveligt haft et harmonisk ægteskab, hvorfor det er uafklaret, hvorfor han på så relativt kort tid er kommet ud i et så svært og ødelæggende alkoholmisbrug, som tilfældet er.

Der er foretaget psykologisk undersøgelse af observanden, der fastslår, at han fungerer intellektuelt svækket, svarende til en svær reduktion, uden at reduktionsgraden med sikkerhed kan fastslås, idet han ikke har været sober i måneden op til undersøgelsen. Ud over hans alkoholrelaterede dementielle tilstand findes han ikke præget af dybere psykopatologi.

Observanden er herefter ikke med sikkerhed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men af samme lovs § 69, stk. 1. Det er sandsynligt, at der består en risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet som den nu påsigtede. Såfremt observanden findes skyldig, skal man i henhold til straffelovens § 68, 2. pkt., som

mere hensigtsmæssig foranstaltning end straf til imødegåelse af den nævnte risiko, anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende eller under tilsyn heraf.”

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som fandt, at selv om der ikke kunne påvises åbenlyse sindssygdomssymptomer i form af hallucinationer eller vrangforestillinger, var P's tilstand præget af åndelig sløvelse i så udtalt grad, at tilstanden var en sindssygdom eller en tilstand ligestillet hermed. Retslægerådet afgav – efter at have korresponderet med den erklæringsgivende overlæge – følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af fremsendte akter med retspsykiatrisk erklæring af xx.xx.00 fra overlæge A, om P udtale, at han efter flere års svært alkoholmisbrug nu er så åndeligt svækket, at han er sindssyg eller i en tilstand, ligestillet hermed, hvilken psykisk tilstand ligeledes fandtes til stede på gernings-tiden. Han er oprindelig normalt bevaget.

P er opvokset under stabile forhold. Han har udviklet sig normalt og har ikke tidligere haft psykiske problemer eller utilpasset adfærd.

Han har igennem længere tid, og især de sidste cirka 5 år, været svært alkoholmisbrugende. Misbruget har medført social tilbagegang med skilsmisse og arbejdsophør. Han har betydelige legemlige skader efter misbruget, blandt andet påvirkning af nervesystemet og hjernen, således at han i for-

bindelse med mentalundersøgelsen, både klinisk og testpsykologisk, findes svært intellektuelt reduceret (dement).

P bor i beskyttet bolig og er afhængig af hjælp fra andre. På baggrund af den svære reduktion finder Retslægerådet, at P er sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed, og således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Såfremt han findes skyldig, skal rådet, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til ambulat psykiatrisk behandling, således at der af overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse i psykiatrisk sygehus eller afdeling.”

Retten afsagde dom i overensstemmelse med Retslægerådets anbefaling.

Kommentar:

Det er sjældent, at graden af alkoholisk demens er så udtalt som hos P. Det er Retslægerådets vurdering, at en sådan sløvelse af åndsevnerne enten er en sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand, og at tilstanden således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. P havde i mange år haft et større alkoholforbrug, men dette var i løbet af en kortere periode accellereret voldsomt og havde en udpræget selvdestruktiv karakter og en i sjældnen udtalt grad psykisk afhængighed (”craving”). Forbruget havde påført skader i flere organer, således også hjernen med den udtalte demens til følge.

Retten fandt P utilregnelig på grund af sindssygdom eller en tilstand ligestillet med sindssygdom, og P blev idømt en foranstaltning som foreslået af Retslægerådet.

Behandling med kønsdriftsdæmpende medicin af ikke (fysisk) personfarlig sædelighedskriminel.

T var en 64-årig mand, som var dømt for anden kønslig omgængelse end samleje med i alt 12 piger i alderen 8-15 år. Han var tidligere dømt for blufærdighedskrænkelse og ligeartet kriminalitet. Han var seksuelt afvigende (pervers), idet han blev seksuelt stimuleret ved seksuelle praktikker omfattende urin og afføring. Personlighedsmæssigt var han blandt andet følelsesmæssigt overfladisk, holdningsløs og uden evne til indføling i andre mennesker. Han afsonede i Anstalten ved Herstedvester, som rejste spørgsmålet om at sætte T i behandling med kønsdriftsdæmpende medicin, selv om han aldrig havde foretaget (fysisk) personfarlig kriminalitet. Retslægerådet anbefalede i det konkrete tilfælde en sådan behandling, men den mere generelle afgrænsning af indikationsområdet for medicinsk kastration er af rets-politisk og ikke af lægelig karakter. (A 37574)

Den 64-årige T afsonede en straf af fængsel i tre år, idømt for anden kønslig omgængelse end samleje med 12 piger i alderen fra 8 til 15 år, i Anstalten ved Herstedvester. Anstalten forelagde spørgsmålet om iværksættelse af medikamentel kønsdriftsdæmpende behandling ("medicinsk kastration") for Retslægerådet, idet Anstalten betonedede, at denne behandling hidtil kun havde været anvendt over for personfarlige, recidiverende sædelighedskriminelle, og at T ikke tilhørte denne gruppe.

T var tidligere dømt for ligeartet kriminalitet samt for blufærdighedskrænkelse. Han var blevet ambulantly mentalundersøgt i 1988, og i anledning af den

aktuelle sag blev han igen ambulantly mentalundersøgt. Denne erklæring anbefalede anvendelse af forvaring. Retslægerådet kunne ikke tage stilling til dette spørgsmål på grundlag af det foreliggende materiale og anbefalede fornyet undersøgelse under indlæggelse.

T var herefter indlagt til fornyet mentalundersøgelse, og af det samlede materiale fremgår, at han var opvokset på landet i en større søskendeflok. Efter 7 års skolegang flyttede han hjemmefra og fik plads ved landbruget. I 1956, 23 år gammel, flyttede han til København, hvor han opholdt sig de følgende år, indtil han i 1976 flyttede

tilbage til hjemegnen. Under opholdet i København var han beskæftiget med ufaglært arbejde på en række virksomheder. T samlevede i en periode på et par år med en noget ældre kvinde, men bortset herfra har han ikke haft samlivsforhold. Han har ingen børn. T havde de sidste fem år boet i et mindre rækkehus i et socialt boligbyggeri. Han var glad for boligen, især da der var lidt have til. Hans store interesse var dyr, han havde to hunde, en kat og flere marsvin. Pasningen og samværet med dyrene fyldte det meste af dagen. T havde ikke nogen egentlig omgangskreds, men han talte med forskellige personer i kvarteret.

T skulle som ung have udviklet sig normalt heteroseksuelt. Han var interesseret i jævnaldrende piger og kvinder og kunne i korterevarende forhold med fuld tilfredsstillelse gennemføre almindeligt samleje. Efterhånden ændrede han sig seksuelt, idet han blev stadigt mere optaget af og stimuleret ved tanke om seksuelle praktikker omfattende urin og afføring. T skaffede sig hos prostituerede erfaringer med disse seksuelle handlinger, og han angav ved mentalundersøgelsen, at det var dette, der ophidsede ham mest. Angiveligt i forbindelse med en køns sygdom, mistede T evnen til at få så kraftig rejsning, at han kunne gennemføre almindeligt samleje. Han er dog aldrig blevet grundigt undersøgt herfor, og årsagen til den angivne manglende evne til at få rejsning (erektiv dysfunktion) er derfor ikke blevet afklaret.

T angav, at hans seksualdrift var rettet mod voksne kvinder, men da han ikke

kunne komme i seksuel kontakt med disse, etablerede han kontakt med mindreårige piger, når han fik muligheden for det. T erkendte sig for så vidt skyldig i de påsigtede forhold, som blandt andet også omfattede, at pigerne skulle føre slik op i endetarmen, som T så skulle tage ud med munden. Han fandt imidlertid ikke, at han havde gjort noget forkert, hvilket han blandt andet begrundede med, at alt var foregået frivilligt, og at pigerne ofte selv havde taget initiativ til de forskellige seksuelle aktiviteter.

T havde aldrig frembudt symptomer på sindssygdom, og han havde aldrig modtaget psykiatrisk behandling. Han havde haft let ved at etablere en overfladisk kontakt til andre mennesker, for eksempel på en arbejdsplads, men skiftede han arbejde, skiftede han også omgangskreds. I København havde han holdt til i værtshusene omkring Halmtorvet, og her havde han udviklet et i hvert fald periodisk misbrug af alkohol. Op til aktuelle havde han haft et alkoholforbrug på mellem 5 og 20 genstande dagligt, hertil misbrugte han hash og medicin af benzodiazepintypen, når lejlighed bød sig, for eksempel når han fik besøg af andre misbrugere.

T har en medfødt hjertesygdom, som dog ikke krævede behandling. Han har hertil for lavt stofskifte, som han behandles medikamentelt for. Ved mentalundersøgelsen fandtes i øvrigt ikke tegn på legemlig sygdom.

Under indlæggelsen bemærkede man, at T var præget af en endog særdeles dårlig personlig hygiejne. Han fandtes

jævnt normalt begavet, nærmest indyndende, men også afglidende samt følelsesmæssig overfladisk med tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne.

På grundlag af mentalerklæringer udtalte Retslægerrådet blandt andet om T "Personlighedsmæssigt beskrives han som afvigende, præget af blandt andet manglende følelsesmæssig engagement i andre mennesker og manglende evne til at lære af erfaring ("dys-sociale træk") samt af umodenhed og tilbøjelighed til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne.

T er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Såfremt han kendes skyldig, kan Retslægerrådet ikke pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til at forebygge risikoen for fremtidig kriminalitet, ligesom det med den påsigtede. Retslægerrådet finder det tvivl underkastet, om T frembyder en sådan væsentlig fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring er påkrævet for at forebygge denne fare. Retslægerrådet skal tilråde, at eventuel afsoning i hvert fald indledes i Anstalten ved Herstedvester".

T blev fundet skyldig og som anført idømt fængsel i tre år. Han afsonede i Anstalten ved Herstedvester, som ved erklæring fra overlæge A forelagde spørgsmålet om medicinsk kastration for Retslægerrådet. Af erklæringen fremgår blandt andet, at også Anstalten havde bemærket T's meget dårlige personlige hygiejne, ligesom han helt uden at være skamfuld eller blufærdig

ræbede og flatulerede i opholdsstuen. Han var venlig og efterrettelig, men langsom, uden initiativ.

Det var påvist, at T havde en forhøjet mængde mandligt kønshormon (testosteron) i blodet, og han skulle undersøges nærmere herfor, før eventuel medicinsk kastration.

Videre hedder det: "Det er, som om at indsatte er helt uden evne til indfølelse af andre mennesker, og den ligefremhed og ublufærdighed, hvorved han omtaler sin kriminalitet og hans opfattelse af sine ofres villighed (hans normale begavelse taget i betragtning) gør, at man finder, at indsatte er en følelsesmæssigt primitiv, seksuelt perverteret person, som vil være ude af stand til at profitere af en samtaleterapi. T er utvivlsomt recidivtruet, men han har kun en enkelt gang for mange år siden været verbalt truende med en kniv overfor sine ofre. Han er således ikke legemligt farlig og falder derfor ikke indenfor den målgruppe, som Anstalten ved Herstedvester indtil nu har begrænset en kønsdriftdæmpende behandling til. Dog vil man kunne befrygte eller i hvert fald ikke afvise, at T kunne blive korporlig farlig over for sine ofre på grund af hans totale mangel på modforestillinger med hensyn til sin seksualitet. Man finder ikke, at man har anden mulighed end en medicinsk kastration for at sikre, at T ikke begår recidiv.... Det har været let at overtale T til kønsdriftdæmpende behandling, men kun såfremt han tildeles frihedsgoder."

Sagen rejste det principielle spørgsmål, om indikationsområdet for medicinsk

kastration skulle udvides, hvorfor sagen blev behandlet ved et møde i rådet. På grundlag heraf udtalte Retslægerådet, at T ”i august måned 199X blev idømt tre års fængsel for at have krænket blufærdigheden ved uterlige forhold hos 12 piger i alderen 8-15 år, samt for at have haft anden kønslig omgængelse end samleje med 5 af pigerne. Han er flere gange tidligere dømt for ligeartet kriminalitet. Han afsoner den nu idømte straf i Anstalten ved Herstedvester. Han er her, jf. rådets tidligere udtalelse, fundet initiativsvækket, præget af manglende social forståelse for karakteren af den kriminalitet, han nu flere gange er dømt for, og som han synes uden modforestillinger overfor. Han må antages alene at kunne opnå seksuel tilfredsstillelse ved pervers seksuel adfærd. Hertil kommer, at han har forhøjet koncentration af mandligt kønshormon (testosteron) i blodet, hvilket eventuelt kan medføre et øget seksuelt driftspres. Samlet finder Retslægerådet, at der må antages at være en endog nærliggende risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.

Retslægerådet kan tiltræde overlægens vurdering af, at samtalebehandling ikke vil påvirke risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet, og at denne risiko alene kan nedsættes, såfremt T behandles med kønsdriftsdæmpende medicin. Ud fra en lægelig vurdering kan Retslægerådet således anbefale, at en sådan behandling iværksættes, såfremt der ikke ved de supplerende legemlige undersøgelser, der nu er iværksat, påvises forhold, der taler imod behandlingen. Rådet har herved også lagt vægt

på, at T, der afsoner en relativ korterevarende frihedsstraf, har accepteret behandlingen.

Retslægerådet skal afslutningsvis bemærke, at rådet alene har foretaget en konkret vurdering af de lægelige aspekter vedrørende den foreliggende sag, herunder også risikoen for psykiske skader hos eventuelle fremtidige ofre, og at rådet ikke hermed mere generelt har taget stilling til, hvorvidt indikationsområdet for behandling med kønsdriftsdæmpende medicin kan udvides til i visse tilfælde også at omfatte personer, der er dømt for sædelighedskriminalitet, der ikke har været direkte (fysisk) personfarlig.”

Kommentar:

I forbindelse med ændringen af straffelovens § 70 (lov nr. 274 af 15.04.97), hvor blandt andet adgangen til at idømme forvaring blev udvidet, udtalte et flertal af Retsudvalgets medlemmer, at de “... lægger vægt på, at der, som tilkendegivet af Justitsministeren, indføres en ordning, hvorefter Retslægerådet skal høres, inden der iværksættes behandling med kønsdriftsdæmpende medicin af en indsat i Anstalten ved Herstedvester. I forbindelse med høringen af Retslægerådet forud for iværksættelse af medicin kastration, skal der redegøres for, at den psykoterapeutiske behandling har fundet sted...” Behandling med kønsdriftsdæmpende medicin anvendes i begrænset omfang også uden for Anstalten ved Herstedvester, men i disse tilfælde er der som anført ikke krav om, at Retslægerådet skal høres.

Rådet har i tidligere årsberetninger

(1994, side 53ff., og 1995, side 41ff.) behandlet medicinsk kastration. Den her refererede sag omhandler det principielle spørgsmål, om medicinsk kastration også bør kunne anvendes i tilfælde af ikke alvorlig (fysisk) personfarlig kriminalitet. Retslægerådet fandt recidivrisikoen nærliggende og tilsluttede sig overlægens vurdering af, at psykoterapi alene ikke ville kunne nedsætte recidivrisikoen. Ud fra en konkret vurdering, herunder risikoen for psykiske skader hos eventuelle fremtidige ofre, anbefalede rådet, at T som vilkår for

prøveløsladelse blev medicinsk kastret. Rådet tog derimod ikke stilling til, om indikationsområdet for medicinsk kastration mere generelt bør udvides, idet dette spørgsmål er af retspolitisk og ikke af lægelig karakter.

Efter at være sat i behandling blev T prøveløsladt med tilsyn og vilkår om blandt andet kønsdriftdæmpende behandling. Denne behandling varetages af regional retspsykiatrisk afdeling. Der foreligger ikke oplysninger om recidiv til ligeartet kriminalitet.

Bevidsthedsspaltning: Retspsykiatrisk placering?

Der refereres en sag vedrørende en yngre kvinde, som dræbte sit barn i umiddelbar tilslutning til fødslen. Hendes ydre adfærd havde i det væsentlige været upåfaldende, men hun havde vidtgående fortrængt eller benægtet, at hun var gravid. Hun frembød således en svært udtalt tilstand af bevidsthedsspaltning (dissociation). Retslægerådet kunne ikke afvise, at den psykiske forstyrrelse var så udtalt, at den kunne sidestilles med sindssygdom. I alle tilfælde var hun omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Der anbefaledes en behandlingsdom. Retten fulgte denne anbefaling, idet hun blev betragtet som omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. (A 38118)

Sagen vedrører en yngre kvinde, som dræbte sit barn umiddelbart efter fødslen. Indtil det aktuelle forløb er hun beskrevet som psykisk rask og socialt velfungerende. Hun er normalt begavet, og der foreligger ikke mistanke om misbrug. Om hendes baggrund oplyses endvidere, at hun har levet et roligt og regelmæssigt liv i et ø-samfund. Hun har haft flere korterevarende kæresteforhold, men har aldrig boet sammen med en kæreste. Der foreligger intet påfaldende omkring hendes seksuelle debut eller forhold til det modsatte køn. Efter afslutning af et kæresteforhold opdagede hun, at hun var gravid. Der hengik imidlertid længere tid, før hun fik foretaget en graviditetstest. Hun reagerede ikke på udebleven menstruation og har oplyst, at hun undlod at tænke på, om hun var gravid. Efter nogle måneder erkendte hun, at hun var gravid, men fortsatte sin tilværelse, som om dette ikke var tilfældet. Hun fortalte ikke til nogen, at hun var gravid. Aftenen før fødslen deltog hun i et selskab, hvor hun, efter

det foreliggende, fungerede upåfaldende. I løbet af natten, cirka 1 måned før termin, gik fødslen i gang, og hun fødte på sit værelse. Hun har oplyst, at hun hørte barnet sige lyde/trække vejret. Herefter slog hun barnet ihjel, anbragte det i en sæk sammen med de blodige lagner og skjulte det afdøde barn på sit værelse. I de følgende dage blev hun liggende i sengen, og over for familien forklarede hun, at hun var syg. Efter nogle dage genoptog hun sit arbejde, hvor man ikke bemærkede noget påfaldende. Efter godt 3 uger blev det døde barn fundet af hendes forældre, og politiet blev tilkaldt. Ved mentalundersøgelsen var hun ude af stand til at genkalde sig følelser eller tanker i forbindelse med graviditet og fødsel, og det var vurderingen, at hun generelt havde vanskeligt ved at beskrive følelsesmæssige oplevelser. Ved den psykologiske undersøgelse i forbindelse med mentalobservationen blev hun beskrevet som følelsesmæssigt umoden, vagtsom og tilbøjelig til at undvige konfrontationer.

Ved den retspsykiatriske undersøgelse konkluderes følgende:

”NN er ikke sindssyg og kan ikke antages at have været dette eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed på tidspunktet for det påsigtede. Hun er normalt begavet.

NN er opvokset under stabile forhold. Hun har som barn og ung udviklet sig normalt og har aldrig følt sig generet af psykiske problemer. Hun er af andre opfattet som en person, der er aktiv og psykisk robust.

Vurderet på tidspunktet for mentalundersøgelsen må NN opfattes at være i en krisetilstand, ved klinisk og psykologisk undersøgelse kan hun virke lettere umoden og med tendens til at være vagtsom over for kritik og passivt afventende ved problemer. Der er dog ikke tale om afvigende personlighedstræk i en sådan grad, at hun efter det lægelige diagnosesystem er personlighedsforstyrret og hun skønnes ikke at være omfattet af den personkreds, der omtales i straffelovens § 69, stk. 1.

Skulle dette imidlertid være tilfældet, kan der ikke, såfremt hun findes skyldig, peges på foranstaltninger efter samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end straf.

NN findes ikke at udgøre en sådan nærliggende fare for andre, at forvaring efter straffelovens § 70 er nødvendig til forebyggelse heraf”.

Ved Retslægerådets behandling af sagen lagde man vægt på, at hun tilsyneladende havde fraspaltet følelser og i betydelig grad også tanker vedrørende graviditet, fødsel og fremtid med barnet. Retslægerådet vurderede således sagen anderledes end den undersøgende speciallæge.

Retslægerådet anførte i sin udtalelse blandt andet:

”Under forløbet af den aktuelle graviditet har hun, efter det oplyste, i vidtgående omfang over for sig selv og andre fortrængt eller benægtet, at hun var gravid. Hun har således hverken ved udtalelser, påklædning eller adfærd tilkendegivet over for omverdenen, at hun ventede et barn. Hendes bevidsthedsliv under graviditeten synes således præget af såkaldte dissociative mekanismer (tilbøjelighed til, på psykologisk grundlag, at fraspalte bevidsthedsområder) i udtalt grad. Såfremt hun kendes skyldig, tyder de foreliggende oplysninger på, at hun også efter barnefødslen har været præget af sådanne dissociative mekanismer i udtalt grad. Det må således anses for sandsynligt, at hun igennem en flere uger varende periode vidtgående har benægtet eller fortrængt tilstedeværelsen af et barnelig i sit værelse. Til støtte for den kliniske vurdering, at der har foreligget en udtalt dissociativ tilstand, må anføres, at hun ikke har gjort forsøg på at fjerne barneliget fra værelset og skjule det andetsteds.

Ved den aktuelle retspsykiatriske undersøgelse er ikke påvist produktive symptomer på sindssygdom, for eksempel i form af vrangforestillinger, hallucinationer eller tankeforstyrrelser. Diagnostisk vil Retslægerådet finde det mest sandsynligt, at NN ved tiden for det påsigtede har befundet sig i en dissociativ reaktionstilstand (tilstand hvor bevidsthedselementer er fortrængt/fraspaltet), muligvis bl.a. udløst med baggrund i hendes forud bestående evasive personlighedspræg. Det kan ikke afvises, at denne tilstand må

sidestilles med sindssygdom, således at hun er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt dette ikke er tilfældet, er hun med sikkerhed omfattet af straffelovens § 69. Som mest formålstjenlig foranstaltning til forebyggelse af risikoen for fremtidig kriminalitet, ligesåledes med det påsigtede, skal Retslægerådet, såfremt hun findes skyldig, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med sygehuset eller afdelingen under udskrivning, således der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse”.

Som det fremgår, vurderede Retslægerådet sagen anderledes end den overlæge, der havde udfærdiget erklæringen. Rådet ”korresponderede” derfor med overlægen, det vil sige sendte den udtalelse, rådet var sindet at afgive, til overlægen med anmodning om dennes eventuelle kommentarer. I overlægens supplerende udtalelse hedder det blandt andet:

”Jeg er enig med Retslægerådet i, at der foreligger en dissociativ tilstand, men er uenig i, at der på denne baggrund kan være holdepunkter for at opfatte NN som muligvis omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed. Der har på intet tidspunkt været symptomer som amnesi, bevidsthedsforstyrrelse, stupor eller vrangagtig erkendelse. Jeg finder ikke, at NN har overskredet det punkt på det dissociative kontinuum, hvor tilstanden må opfattes som en psykose eller ligestilles hermed.

I forbindelse med vurderingen af, om NN er omfattet af straffelovens § 69, er det lagt til grund, at hun uden for gerningstiden, det vil sige før hun blev gravid, på enhver måde har fungeret normalt, uden at omgivelserne eller hun selv har bemærket forstyrrelse af hendes personlighedsstruktur eller adfærdsmæssige tilbøjeligheder. Den psykiske forstyrrelse, der er konstateret under mentalundersøgelsen, kan næppe antages at være varig, men i sin sværhedsgrad relateret til den nuværende belastede situation. Det må dog erkendes, at det psykiske traume, som graviditeten har udgjort, åbenbart har ramt et særligt sårbart område hos NN, og at hun på denne baggrund muligvis må antages at være omfattet af den personkreds, der omtales i straffelovens § 69, stk. 1.”

Sagen blev herefter igen behandlet af de voterende, som ikke fandt, at overlægens supplerende bemærkninger gav anledning til at ændre Retslægerådets udtalelse.

Ved sagens behandling i retten fulgte retten Retslægerådets anbefaling, idet retten lagde til grund, at hun skulle henføres til den personkreds, der omtales i straffelovens § 69, stk. 1.

Kommentar:

I det aktuelle tilfælde foreligger et tab af integrationen mellem erindring, identitetsbevidsthed og følelsesliv. NN formåede ikke at indarbejde graviditet, fødsel, moderrolle m.v. i sin identitetsbevidsthed eller i følelseslivet. Derimod husker hun udmærket selve det faktiske forløb. Man kan beskrive

det således, at graviditeten og barnets tilstedeværelse benægtes/fraspaltes selvoplevelsen og det i en sådan grad, at barnet altså konkret blev elimineret. Fraspaltningen var så udtalt, at hun levede i flere uger side om side med sit afdøde barn i plastikposen. Gennem graviditeten og ugerne efter drabet befandt hun sig således i en tilstand af følelsesmæssig spaltning, som påvirkede handlelivet uden at afficere hukommelsen.

Hun er beskrevet som personligheds-mæssigt noget veg og afhængig af andre, men uden udtalt personlighedsforstyrrelse, og hun er begavet inden for normalområdet. Det er ikke muligt at afgøre, hvorfor graviditet, fødsel og forestillingen om moderskab hos NN har haft en så traumatisk effekt, at det komplet måtte benægtes. Selve drabet var efter det foreliggende ikke planlagt, men må snarere ses som en kortslutnings- eller panikreaktion, da selve fødslen uventet indtrådte, og hun konkret blev konfronteret med barnet. Der forelå en situation, hvor fortrængning og benægten ikke slog til, og hvor det psykiske forsvar således brød sammen. I denne forstand er mekanismen formentlig beslægtet med de såkaldt abnorme enkeltreaktioner, hvor en pludselig psykisk ”indespærring” får afløb i panik. Disse kortslutningsreaktioner vil almindeligvis ligesom andre dissocia-

tive tilstande og abnorme reaktioner (for eksempel Münchhausens syndrom by proxy) ikke kunne sidestilles med sindssygdom. I det aktuelle tilfælde var graden af benægten og følelsesmæssig spaltning imidlertid ekstremt udtalt, og den lange periode, hvor hun levede side om side med sit afdøde barn, fremstår så bizar, at Retslægerrådet i sin vurdering ikke turde afvise, at tilstanden kunne sidestilles med sindssygdom. Grænsen for, hvornår en psykisk spaltningstilstand (dissociativ tilstand) må regnes for sindssygelig (tidligere benævnt reaktivt psykotisk), og hvornår det må henregnes til ikke sindssygelige tilstande, beror på et samlet skøn. Det noteres, at retten henførte tilstanden til § 69 og således ikke sidestillede den med en sindssygdom. Samtidig idømmes behandlingsforanstaltning, hvilket ud fra en lægelig betragtning klart var det mest formålstjenlige.

Det er vanskeligt specifikt at udtale sig om risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet, såfremt NN på et senere tidspunkt skulle blive gravid. Den samlede sociale situation ville være afgørende. Såfremt NN ved en kommende graviditet ikke lever isoleret, men for eksempel i et parforhold, må risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet anses for at være minimal.

Vedvarende og overhængende versus akut og tilstandsbetinget fare

N er en yngre mand, som er født og opvokset på Grønland. I 12-14 års alderen påbegyndte han et fortsat bestående svært misbrug af lighergas. Hertil kom et mere sporadisk misbrug af hash. Han var første gang indlagt i psykiatrisk afdeling 18 år gammel med udtalte sindssygdomssymptomer, og forløbet har vist, at han lider af skizofreni. Fraset kortere perioder har han siden været konstant psykiatrisk indlagt, gennem de sidste par år overvejende på psykiatrisk hospital X i Danmark. I de perioder, hvor N havde ophold på lukket afsnit – og dermed var afskåret fra at misbruge lighergas – samt var i behandling med antipsykotisk virkende medicin, var hans tilstand god og stabil. Så snart behandlingsregimet blev mindre restriktivt, skaffede N sig lighergas, og under påvirkning heraf blev hans psykiske tilstand i løbet af dage til uger væsentlig forværret. I disse perioder husede han makabre psykotiske forestillinger om blod, indvolde og om at dræbe andre. Hospitalet rejste flere gange sag om overførsel til Sikringsafdelingen i medfør af et farlighedsdekret (psykiatrilovens § 40). Retslægerådet fandt, at N i de situationer, hvor han unddrog sig en nødvendig medikamentel behandling og eventuelt samtidig misbrugte lighergas, kunne frembyde en nærliggende og overhængende fare for andre mennesker, men rådet fandt samtidig, at mindre indgribende foranstaltninger, det vil sige ophold på lukket afsnit uden uledsaget udgang, var tilstrækkelige til at forebygge denne fare, hvilket forløbet demonstrerede. Samtidig med at hospitalet rejste sag om et farlighedsdekret, klagede N over at være tvangstilbageholdt. Disse sager blev ligeledes forelagt Retslægerådet, der udtalte, at det ville have været uforsvarligt at undlade tvangstilbageholdelse med henblik på behandling, også i perioder, hvor N under et restriktivt regime ikke frembød åbenbare sindssygdomssymptomer af ovennævnte makabre karakter. (A 38606 m.fl.)

N er en ung mand, som er født og opvokset på Grønland under almindelige sociale forhold. Han synes fra barndommen at have været ensom, præget af kontaktbesvær. Han gik i skole, til han var 16 år gammel, hvorefter han

havde lidt løst arbejde, indtil han 18 år gammel første gang blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Efterfølgende har han med korte afbrydelser været indlagt enten i Grønland eller i Danmark.

N begyndte 13-14 år gammel at sniffe lighergas, og når han havde mulighed for det, sniffede han i hvert fald to påfyldningsbeholdere lighergas dagligt. Når han under indlæggelser på lukkede afdelinger blev afskåret fra at skaffe sig lighergas, forsøgte han i stedet at skaffe sig hash. Han oplevede, at verden var farverig og morsom, og at han kunne tale med andre mennesker, når han var påvirket.

N blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling, da han var 18 år gammel, og han var flere gange indlagt det følgende års tid. Han var ved indlæggelserne psykotisk, blandt andet præget af hørelsehallucinationer. Behandling med antipsykotisk virkende medicin kunne bedre hans tilstand, men han ophørte med behandlingen kort efter at være blevet udskrevet, hvorefter de psykotiske symptomer recidiverede. Knap 19 år gammel blev han tvangsindlagt efter at have skåret en sovende mand i halsen med en brødkniv. Han oplyste senere, at han umiddelbart forinden havde haft en drøm, hvor han så indvolde flyde ud over bordet i stuen. Han havde efterfølgende trang til at dræbe for at komme til at se det samme igen. Han gik derfor med en kniv i hånden ind til forurettede, der sov i et andet værelse. Da forurettede vågnede ved, at N skar ham i halsen, sagde N angiveligt "Hjælp mig", fordi han ønskede forurettedes hjælp til at se dennes indvolde. N blev ikke sigtet, blandt andet fordi forurettede ikke ønskede at anmelde det passerede. Under denne indlæggelse oplyste N blandt andet, at han hørte stemmer, som befalede ham at dræbe blandt

andet forældrene. N blev tvangsoverført til psykiatrisk hospital X i Danmark. Under indlæggelse på lukket afdeling, og hermed afskåret fra at sniffe lighergas, samt intensiveret medikamentel behandling blev N's tilstand hurtigt bedre, og han kunne tilbageflyttes til Grønland. Her gentog mønstret sig fra tidligere - N fik det bedre, når han var indlagt, men efter at være udskrevet ophørte han med medicin og genoptog misbruget af lighergas. Han psykiske tilstand var efterhånden præget af morbide og makabre forestillinger om blod, lemlæstelse og indvolde, og han var overbevist om, at han stod i ledtog med Satan. Han blev igen tvangsindlagt til psykiatrisk hospital X, hvor han opholdt sig i et par måneder. Efter omlægningen af den medikamentelle behandling til blandt andet såkaldte atypiske antipsykotisk virkende præparater (Lepo-nex 300 mg dagligt og Risperdal 12 mg dagligt) fik N det igen bedre, blev tilbageført til Grønland, men han måtte efter et par måneder igen overføres til psykiatrisk hospital X, svært psykotisk og truende.

N var de følgende måneder indlagt på lukket afdeling, og hans tilstand stabiliserede sig, hvorfor han efter at have haft udgang i en periode blev overflyttet til åbent afsnit. Allerede få dage efter var han atter massivt optaget af satanistiske tanker samt opsat på enten at berøve sig selv eller en anden persons livet, sidstnævnte for at "mærke, hvordan det føles". Han måtte tilbageflyttes til lukket afdeling, og det viste sig siden, at han havde benyttet den øgede frihed til at skaffe sig lighergas. Den medikamentelle behandling blev

omlagt til depotmedicin (Serenasedekanoat), og samtidig påbegyndte man en målrettet miljøterapeutisk behandling. Han synes at have profiteret af den intensive behandling og fik atter terrænfrihed, men få uger senere forværredes tilstanden igen. Afdelingen havde mistanke om recidiv af misbrug af lightergas, og der var symptomer på fornyet psykotisk tankevirksomhed i form af interesse for sataniske emner. N ønskede sig nu udskrevet, hvorefter han blev tvangstilbageholdt. Samtidig anmodede overlæge B om, at N i medfør af et farlighedsdekret blev overflyttet til Sikringsafdelingen, Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland. I enslydende erklæringer til retten og til Justitsministeriet anførte overlægen blandt andet: "Under de givne forudsætninger finder jeg det ganske uansvarligt at undlade at tvangstilbageholde patienten. Når jeg holder patienten inde tilstrækkeligt længe, og dermed minimerer hans misbrug ... bliver patienten hurtigt apsykotisk og opfylder ikke længere psykiatrilovens krav for tvangstilbageholdelse. Han bliver da meget ivrig efter udskrivning... Når han igen tvangsmæssigt og afhængigt giver sig til at sniffe, forsætter han sig uvægerligt i en situation, hvor hans grundlæggende psykose vil blomstre, og hvor... han igen bliver farlig i betydelig grad. Naturligvis kan man argumentere for, at jeg aldrig kan gøre denne patient misbrugfri, og fortsat behandling her på stedet derfor er umulig, hvorfor en tvangstilbageholdelse ikke kan få væsentlig indflydelse. Jeg mener dog ikke, at jeg kan forsvare at undlade at gribe ind, når jeg ved, at jeg har en patient, som er farlig under

pågående misbrug. ... Hans timide stilfærdige daglige færden er direkte vildledende, idet det gør det overordentligt vanskeligt at få kendskab til hans morbide tanker, før de har nået et niveau, som gør patienten absolut og uafviselig farlig".

Justitsministeriet anmodede Retslægerådet om en udtalelse i sagen vedrørende farlighedsdekretet, og rådet udtalte blandt andet, at N "fremtrådte med sindssygdomssymptomer, herunder vrangforestillinger og hallucinationer. Ved diagnostisk udredning fandtes det mest sandsynligt, at han er lidende af paranoid skizofreni (spaltnings-sindssygdom, præget af vrangforestillinger). Symptomerne forværres væsentligt ved vedholdende misbrug af lightergas. Han har i forbindelse med brug af lightergas samt i perioder, hvor han ikke modtog antipsykotisk virkende medicin, foruden vrangforestillinger og hallucinationer, været præget af farlig udadreagerende adfærd og herunder i 19xx skåret en person i halssens, ligesom han har haft hallucinationer, der tilskyndede ham til drab. I 19xx er det ligeledes beskrevet, at han følte sig påvirket af Satan og truede med at slå sin stedfader ihjel. Han har også haft fantasier om at smage menneskeblod og har antændt bål i sit værelse. Endvidere har han slået et personalemedlem. Når han holdes inde i den psykiatriske afdeling og behandles med antipsykotisk virkende medicin, aftager sindssygdomssymptomerne og de nævnte tilskyndelser til dramatisk, aggressiv adfærd... N har ingen sygdomsfølelse eller sygdomsindsigt. Den behandlende overlæge

anfører, at N, såfremt han på ny får terrænfrihed, må forventes at indtage lighter gas, og derefter uafvendeligt blive produktivt psykotisk, opfyldt af hallucinatoriske tilskyndelser til drab eller andre skæbnesvangre handlinger. Anmodningen om farlighedsdekret synes således at sigte på at forebygge psykotisk tilbagefald, herunder som følge af indtagelse af lighter gas. Retslægerådet deler den behandlende overlæges vurdering af, at N under nærmere specifikke omstændigheder, i psykotisk tilstand og under indflydelse af lighter gas, repræsenterer en væsentlig fare for andres liv eller legeme. Imidlertid vil Retslægerådet skønne, at ophold i en lukket psykiatrisk afdeling, kombineret med længerevarende behandling med antipsykotisk virkende medicin, for nærværende er en tilstrækkelig indgribende foranstaltning til at forebygge den nævnte fare. Retslægerådet kan således ikke på nuværende tidspunkt anbefale, at der træffes bestemmelse om administrativ overførsel til Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland." Justitsministeriet afslog herefter anmodningen om, at N i medfør af et farlighedsdekret blev overflyttet til Sikringsafdelingen.

I den samtidig verserende sag om tvangstilbageholdelse i psykiatrisk afdeling udtalte Retslægerådet blandt andet til retten: "Retslægerådet deler den behandlende overlæges vurdering af, at N i psykotisk tilstand og under indflydelse af lighter gas repræsenterer en væsentlig fare, hvorfor udeladelse af den stedfundne frihedsberøvelse i lukket psykiatrisk afdeling med henblik på længerevarende behandling med

antipsykotisk virkende medicin, ville have været uforsvarlig".

N var herefter fortsat indlagt på psykiatrisk hospital X. Overlæge B anmodede fire måneder efter atter om udstedelse af farlighedsdekret, idet overlægen blandt andet anførte: "Dersom denne patient skal kunne modtage behandling, som fortsat må forventes at kunne medføre en afgørende bedring i patientens helbredstilstand, må han ind under forhold, som kan garantere misbrugsfrihed og samtidig tilbyde ham beskæftigelse inden for afdelingens rammer... Det må således nu, ud fra vores erfaring fra 14 måneders forsøg på behandling af patienten, betragtes som en mindre indgribende foranstaltning at tilbyde patienten behandling på Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, hvor patientens ønske om ensom udgang kan honoreres i lukket gård, hvor han kan beskæftiges inden for bygningen, hvor personaleressourcerne kan anvendes konstruktivt i direkte arbejde med patienten, og ikke som fysiske vogtere, og hvor patienten ikke behøver at bruge sine sparsomme psykiske ressourcer på fremskaffelse af den for patienten overskyggende vigtige lighter gas."

Retslægerådet anmodede i første omgang den behandlingsansvarlige overlæge om supplerende oplysninger, herunder med henblik på en nærmere beskrivelse af en mere kvalificeret og konkret farlighed rettet mod andres liv eller legeme inden for de seneste fire måneder samt angivelse af, hvordan disse hændelser var søgt imødegået.

Overlægen anførte blandt andet: ”Vedrørende de seneste fire måneder er der, som det fremgår af mine to tidligere henvendelser, ikke fremkommet personfarlig, aggressiv adfærd eller voldsomme affektreaktioner med ledsagende trusler. Dette er nøje sammenhængende med, at patienten såvidt overhovedet gennemførligt er holdt på afstand af lighergas. Psykosen med satanisk indhold og deraf følgende tanker om drab og lemlæstelse er hos denne patient kun set efter en tids kontinuerligt misbrug. Tidsperspektivet er 1-3 uger”... Ved en samlet vurdering kunne Retslægerådet herefter fortsat ikke anbefale udstedelse af farlighedsdekret. Justitsministeriet tilsluttede sig Retslægerådets vurdering.

N klagede kort tid efter igen over at være tvangstilbageholdt, og efter anmodning fra retten udtalte Retslægerådet blandt andet: ”Retslægerådet finder endvidere, at N mest sandsynligt fortsat er skizofren med invalideret realitetsfornemmelse og viljesliv og med lav tærskel for, trods behandling, at få tilbagefald med hensyn til produktive sindssygdomssymptomer. Undladelse af den stedfundne frihedsberøvelse ville være uforsvarlig, fordi udsigten til betydelig og afgørende bedring da vil være væsentligt forringet, ligesom der ville bestå en nærliggende risiko for alvorlig forværring af den psykiske tilstand og muligvis væsentlig fare for andre”.

N frafaldt senere klagen over tvangstilbageholdelsen, men nu meddelte hospitalet de grønlandske myndigheder, at snarlig udskrivelse måtte forventes.

Overlægen mente sig ikke i stand til fortsat at kunne forlænge tvangstilbageholdelsen, da der efter overlægens opfattelse ikke i løbet af halvandet år var opnået dokumenterbar effekt af behandlingen, hverken på sygdomsmønster eller farlighed. Umiddelbart herefter besluttede politiet i Nuuk at rejse tiltale for voldsepisoden et par år tidligere, hvor N havde skåret en mand i halsen. N blev herefter mentalundersøgt under en fire måneder varende indlæggelse på Sikringsafdelingen. Det fremgår af mentalobservationsklæringen, at N under opholdet fortsat var sindssyg til trods for behandling med antipsykotisk virkende medicin og til trods for, at han var afskåret fra misbrug. Han var stadig helt uden sygdomsindsigt og uden forståelse for behov for behandling. Tværtimod søgte han – afskåret fra misbrug – at forstærke psykotiske oplevelser ved at hyperventilere og ved at søge af få reduceret behandlingen med antipsykotisk medicin. Overlæge D, Sikringsafdelingen, anbefalede dom til anbringelse på psykiatrisk hospital om fornødent i Danmark. Mentalerklæringen blev forelagt Retslægerådet, der konkluderede: ”Han er omfattet af § 113 i Kriminal-loven for Grønland. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet i lyset af den psykiske tilstand, misbruget og den dermed forbundne formentlig betydelige fare for ny fremtidig kriminalitet ligeartet med den påsigtede anbefale, at han dømmes til anbringelse i hospital for sindslidende i Danmark på ubestemt tid”, hvilket også blev resultatet.

Efter endt mentalobservation blev N tilbageflyttet til psykiatrisk hospital X, hvor han fra januar 2000 var indlagt i

medfør af dommen. Han syntes ved tilbagekomsten at have profiteret af opholdet på Sikringsafdelingen, og fandtes på daværende tidspunkt at være uden åbenlyse tegn på sindssygdom. I marts 2000 konstateredes tilbagefald af psykotisk tankegang, hvorefter den igangværende behandling med antipsykotisk virkende medicin intensiveredes, endnu engang med god effekt på symptomerne. Han passede aftaler om blandt andet træning og beskæftigelse og fra juni også om uledsaget udgang, som gradvist blev øget op til 3 timer dagligt. Nogle måneder senere blottede han sig imidlertid, og terrænfriheden blev inddraget. Samtidig modtog han afslag på ansøgning om ferie i Grønland, og natten efter antændte han ild på sin stue, angiveligt fordi han var skuffet over afslaget. Overlæge B anmodede i august endnu engang om administrativ overførsel af N til Sikringsafdelingen. Overlægen anførte blandt andet i erklæringen til Justitsministeriet: "Situationen er uholdbar og særdeles bekymrende...Hans benægtelse af gasindtagelse kan ikke tillægges nogen troværdighed. Hans brandstiftelse var forsættelig og der er indgivet politianmeldelse...Medio uge 34 påbegyndes ombygning af vore afdelinger...Dette vil medføre en cirka 1 måned varende betragtelig nedsættelse af de ydre sikkerhedsrammer...Det vurderes derfor som tvingende nødvendigt af sikkerhedsmæssige grunde, at patienten overføres til Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, som vurderes at være den eneste afdeling, som på betryggende vis vil kunne meddele den idømte foranstaltning et forsvarligt ind-

hold". Endelig angav overlægen, at N selv ønskede at blive tilbageført til Sikringsafdelingen.

Efter korrespondance med overlægen anførte Retslægerådet blandt andet: "Retslægerådet vil som tidligere medgive, at N potentielt kan udvikle en tilstand, hvor han er til overhængende fare for andres liv og legeme. Rådet er ligeledes uændret af den opfattelse, at den omtalte fare kan imødegås ved ophold på lukket psykiatrisk afdeling med en regulering af hans friheder, der er tilpasset hans tilstand." Justitsministeriet gav endnu engang afslag på anmodning om overflytning til Sikringsafdelingen.

Kommentar:

Sagen belyser blandt andet forskellen på den farlighed, der kan føre til, at en sindssyg person kan tvangsindlægges, og den farlighed, der kvalificerer til overflytning til Sikringsafdelingen. Rådet har i tidligere årsberetninger flere gange omtalt administrativ overførsel af ekstraordinært farlige sindssyge patienter til Sikringsafdelingen (se sagsregister årsberetning 1997, side 130ff.). Resumerende skal anføres, at psykiatriloven indeholder særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer. I § 40, stk. 1, hedder det: "I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i Sikringsafdelingen, som er knyttet til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland."

Ordet "farlighedsdekret" anvendes ikke i lovteksten, men har vundet almindelig hævd. Af kommentarerne til loven fremgår det, at der hos ekstraordinært farlige personer skal bestå "en vedvarende, mere kvalificeret og konkret farlighed, rettet mod andres liv og legeme" i form af manddrab, voldtægt, legemsbeskadigelse eller forsøg herpå, eller trusler om at begå sådanne handlinger. Videre vil ildspåsættelse i visse tilfælde kunne begrunde anbringelse i Sikringsafdelingen. Det er endvidere anført, at farligheden ikke skal kunne imødegås eller afværges ved andre, mindre indgribende foranstaltninger end anbringelse i Sikringsafdelingen.

Som anført i rådets udtalelser kunne N i de situationer, hvor han unddrog sig medikamentel behandling og/eller fik mulighed for at misbruge ligtergas utvivlsomt frembyde en alvorlig og overhængende fare for andre mennesker. Det fremgår imidlertid af den behandlingsansvarlige overlæges erklæringer, at denne fare ikke var vedvarende, og at den kunne imødegås ved mindre indgribende foranstaltninger end overførsel til Sikringsafdelingen. Såfremt N havde ophold på lukket afsnit og udover medikamentel behandling modtog intensiv struktureret miljøterapi, fremtrådte han uden åbenbare sindssygdomssymptomer, herunder vrangforestillinger vedrørende blod, indvolde og ombringelse af andre mennesker. Overlægen motiverede endvidere sin ansøgning om et farlighedsdekret med, at N inden for Sikringsafdelingens mure ville kunne have en i virkeligheden friere tilværelse og samlet modtage bedre behandling,

end den frihed og den behandling, ophold på en lukket afdeling på et psykiatrisk hospital kunne tilbyde. Retslægerådet kan for så vidt have forståelse for dette synspunkt, som imidlertid ikke kan anvendes som begrundelse for overflytning til Sikringsafdelingen. Det påhviler de ansvarlige myndigheder at indrette det psykiatriske behandlingssystem på en sådan måde, at også vanskeligt behandlelige, eventuelt periodisk urolige og aggressive patienter, kan modtage den bedst mulige psykiatriske behandling.

N klagede et par gange over at være tvangstilbageholdt, og i de sager kunne Retslægerådet uden forbehold tilslutte sig overlægens vurdering af, at det ville have været uforsvarligt at udskrive N, idet han så ville kunne frembyde en nærliggende og væsentlig fare for andre. N led af skizofreni, han var uden sygdomserkendelse, herunder uden forståelse for nødvendigheden af medikamentel behandling, ligesom han ved enhver given lejlighed forsøgte at sniffe lighter gas, hvilket forværrede hans psykose. Under indlæggelse under restriktive forhold på en lukket afdeling frembød han ikke manifesterede sindssygdomssymptomer, men som det fremgår, blev hans tilstand hurtigt forværret, såfremt afdelingen forsøgsvis lempede de restriktive vilkår. Efter Retslægerådets opfattelse ville en ophævelse af tvangstilbageholdelsen først komme på tale, når N i en længere periode havde haft ophold på åbent afsnit, uden at hans psykiske tilstand var forværret, samtidig med at hans motivation for fortsat psykiatrisk behandling måtte være klart dokumenteret.

(Hvad angår varigheden af tvangstilbageholdelse se også side 146ff. i denne årsberetning samt Ugeskrift for Læger 1990, 152: 2593-2597).

Den behandlingsansvarlige overlæge angav på et tidspunkt, at N ville blive udskrevet, om end hans psykiske tilstand grundlæggende var uændret, idet overlægen vurderede, at der ikke var mulighed for, at hans tilstand blev bedre. Udskrivning blev forhindret,

idet N blev sigtet for et voldsforhold, begået to år tidligere, og han blev herefter indlagt på Sikringsafdelingen til mentalundersøgelse.

Mentalerklæringen dokumenterede til fulde, at N er sindssyg, og at han er helt uden sygdomsforståelse, men heller ikke den mentalobserverende overlæge fandt grundlag for at anbefale en dom til anbringelse på Sikringsafdelingen.

Straffelovens § 73

Retslægerrådet har gennem de senere år haft indtryk af et stigende antal sager, hvor spørgsmålet har været anvendelse af straffelovens § 73, stk. 1. Denne bestemmelse har følgende ordlyd:

"Er den, der har begået en strafbar handling, efter dennes foretagelse, men før dom er afsagt, kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 eller § 69 nævnte art, afgør retten, om straf skal idømmes eller bortfalde. Hvis det findes formålstjenligt, kan retten bestemme, at foranstaltninger efter § 68 eller § 69 skal anvendes i stedet for straf, eller indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes."

De følgende tre sager belyser karakteren af denne sagstype og de overvejelser, rådet må gøre sig i forbindelse hermed.

Narkosmugler blev ikke fundet sindssyg på gerningstiden, men anbragt på hospital for sindslidende indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

32-årig hollandsk statsborger, E, blev sigtet for indsmugling af 9,9 kg amfetamin. Efter anholdelse og varetægtsfængsling blev han indlagt i psykiatrisk afdeling med hallucinationer. Ved den efterfølgende mentalobservation under indlæggelse fandtes en psykotisk tilstand, men han vurderedes ikke at have været sindssyg på gerningstiden. Retslægerrådet fandt, at diagnosen var usikker, men at det mest sandsynligt drejede sig om en skizofreni, og at E mest sandsynligt havde været sindssyg på gerningstiden. Både Retslægerrådet og den mentalobserverende overlæge anbefalede dom til psykiatrisk behandling m.v. Ved landsretten fandtes han af nævningerne ikke sindssyg på gerningstiden, og han blev idømt otte års fængsel, men i medfør af straffelovens

§ 73 anbragt på hospital for sindslidende, indtil straffen kunne fuldbyrdes. Højesteret stadfæstede. (A 37122) (UTR 99.1488H)

Sagen drejede sig om en 32-årig mand, der blev mentalundersøgt i forbindelse med en sigtelse for indsmugling af 9,9 kg amfetamin. E var født og opvokset i Polen På grund af indlæringsproblemer havde han gået 3 år på specialskole. Han havde fra 16-års alderen angiveligt hørt nogle stemmer og også i en periode haft selvbeskadigende adfærd, hvorfor han havde haft en enkelt samtale med en psykiater. I 1986 tog han via Sverige til Tyskland, hvor han søgte om asyl i et par år, før han rejste til Holland, hvor han i 1989 blev hollandsk statsborger efter at have giftet sig med en hollandsk kvinde. I Holland havde han ufaglært arbejde fra 1989 til 1995. Han blev skilt i 1996, efter at de sidste par år i ægteskabet havde været præget af uoverensstemmelser. I forbindelse med skilsmissen blev han deprimeret og var indlagt i

psykiatrisk afdeling efter to selvmordsforsøg. Efterfølgende var han i ambulante psykiatrisk behandling. Fra 1996 påbegyndte han et misbrug af amfetamin, beroligende medicin af benzodiazepintype og anabolske steroider. I 1996 var E fængslet i Tyskland på grund af forsøg på indsmugling af blandt andet anabolske steroider.

E blev under fængselsopholdet tilset af psykiater. Der er i mentalerklæringen citeret ret kortfattede udtalelser fra E's tidligere psykiatriske behandlingsforløb, herunder også den psykiatriske undersøgelse under fængsling i Tyskland. Samlet fremgår, at E ved de forskellige undersøgelser er blevet opfattet som personlighedsmæssigt afvigende, idet det dog også er anført, at han husede forestillinger, som i hvert fald befandt sig på grænsen til vrangforestillinger ("paranoidt – farvede udtalelser"). Han er hertil i varierende grad beskrevet som depressiv, blandt andet i forbindelse med undersøgelsen under fængsling i Tyskland. Ved denne undersøgelse var der endvidere mistanke om, at E var sindssyg, idet den undersøgende psykiater vurderede, at det kunne dreje sig om en forbigående sindssygdom betinget af misbrug af anabolske steroider. Under det ambulante behandlingsforløb i 1995-96 blev E behandlet med en lille dosis antipsykotisk virkende medicin. Han har oplyst, at han i denne periode ikke oplevede hørelsesshallucinationer.

Cirka 2 uger efter, at E var blevet anholdt her i landet i forbindelse med aktuelle sag, blev han fundet bevidstløs i cellen, hvorefter han blev indlagt

på en neurologisk afdeling. Han blev grundigt undersøgt for eventuel epilepsi, forgiftningstilstand m.v., men intet abnormt blev påvist, og afdelingen fandt, at der kunne være tale om en af sindssygdom betinget tilstand, hvor en person er immobil og vågen, men hvor den pågældende ikke responderer på tiltale (skizofren kataton stupor). E blev efter cirka en uges indlæggelse på den neurologiske afdeling overflyttet til den psykiatriske afdeling, hvorfra han imidlertid blev tilbageført til arresthus dagen efter, idet man havde mistanke om simulation. Cirka 3 uger senere blev han imidlertid igen indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af mistanke om sindssygdom, og under denne indlæggelse opfattede man E som sindssyg. Han berettede om syns- og hørelsesshallucinationer, koncentrations- og hukommelsesbesvær og et højt angstniveau, ligesom han havde foretaget selvbeskadigende handlinger i form af at skære sig i armene. Han blev sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin og overflyttet til anden psykiatrisk afdeling med henblik på mentalobservation.

Mentalerklæringen konkluderer: "Det må anses for sandsynligt, at observanden ikke var sindssyg, hverken den xx.xx.97 inden han blev anholdt, eller i perioden mellem januar og april 1997, der er af betydning for det andet punkt, han er blevet sigtet for. Observanden har derimod i denne periode været i en tilstand, der har været betinget af en forstyrrelse af de psykiske funktioner i form af emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Hans tilstand i

gerningsøjeblikket er derfor omfattet af straffelovens § 69.

Observanden er i løbet af to uger efter anholdelsen blevet sindssyg, han har været dette under hele observationsforløbet, og denne tilstand må antages at være langvarig. Såfremt observanden findes skyldig i anklagen, må han derfor henføres under straffelovens § 73.

Observandens psykiske tilstand er blevet bedre under observationsforløbet, og det må forventes, at der vil ske en betydelig forværring, hvis han kommer ud af den psykiatriske behandling. Såfremt observanden findes skyldig i anklagen, og uanset om han jf. § 73 idømmes straf eller ej, må det som mest formålstjenlig foranstaltning anbefales, at observanden i henhold til straffelovens § 68 dømmes til behandling på psykiatrisk hospital, med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivelse, med mulighed for indlæggelse efter aftale med Kriminalforsorgen og overlægen.”

Efterfølgende blev sagen forelagt Retslægerådet, der ved en samlet vurdering fandt det overvejende sandsynligt, at E var mere vedvarende sindssyg, og at han således også havde været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Den udtalelse, rådet var sindet at afgive, blev derfor forelagt den overlæge, der havde foretaget mentalundersøgelsen.

Overlægen svarede blandt andet: ”Retslægerådet har lagt vægt på de oplysninger og symptomer, der taler for en langsomt udviklet skizofren tilstand. Jeg har intet at anføre imod denne konklusion. Forløbet siden afgivelsen af erklæringen synes nærmest at tale til fordel for denne konklusion”.

Rådet afgav herefter følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af mentalerklæring af xx.xx.98 ved overlæge A, X hospital, og øvrige foreliggende sagsakter, om E udtale, at han ifølge egne oplysninger siden puberteten regelmæssigt har haft hørehallucinationer om aftenen (hypnagoge pseudohallucinationer) og i belastede situationer har været selvbeskadigende. Han har dog efter at være flygtet fra Polen været i stand til at opbygge en social tilværelse i Holland med beskæftigelse, ægteskab og en stor omgangskreds.

Efter en ægteskabelig krise i 1993 påbegyndte E et misbrug af amfetamin og beroligende midler, som forstærkedes med indtagelse af anabolske steroider (hormoner) efter to alvorlige selvmordsforsøg i 1995. I forbindelse med det sidste var han indlagt tre uger i psykiatrisk afdeling og modtog efterfølgende ambulans psykiatrisk behandling. Han opfattedes herunder som karakterologisk afvigende med følelsesmæssig ustabilitet, manglende evne til at fastholde nære forhold, vaghed, og der er refereret ”paranoidt-farvede” udtalelser. Han sættes blandt andet i behandling med antipsykotisk virkende medicin, der førte til, at hørehallucinationerne svandt. Denne behandling er fortsat indtil aktuelle fængsling.

I forbindelse med fængselsophold omkring nytår 1996-97 forværredes tilstanden. Han vurderedes på ny psykiatrisk og fandtes depressiv.

Efter anholdelsen xx.xx.97 havde E et generaliseret krampeanfald og blev indlagt på Y hospital, neurologisk afdeling. Alle undersøgelser viste normale forhold, og man havde mistanke om skizofren stupor (en tilstand hvor pågældende er vågen, men immobil). Efterfølgende var E isolationsfængslet, men blev tre uger efter på ny indlagt på Y hospital, psykiatrisk afdeling, med sindssygelige symptomer: syns- og hørelshallucinationer, søvnbesvær, angst, selvbeskadigelser, passivitet og perceptuelle psykotiske oplevelser.

Under mentalobservationen på X hospital er han såvel klinisk som ved psykologisk undersøgelse fundet sindssyg. Han beskrives som tungt normalt begavet, depressiv, angstpræget, med mangelfuld følelsesmæssig kontakt og en vis følelsesmæssig afladning. Han har under observationen tre gange forsøgt at begå selvmord og har i en periode genoptaget misbruget af beroligende midler. Tilstanden er bedret efter genoptagelse af behandling med antipsykotisk virkende medicin. Klart sindssygelige tankeforstyrrelser eller vrangforestillinger er ikke iagttaget under observationen.

På denne baggrund må en diagnostisk placering være usikker, men efter Retslægerådets opfattelse er det sandsynligt, at der er tale om en langsomt udviklet skizofren tilstand, muligvis accentueret af de senere års misbrug af stimulerende og beroligende stoffer og med en udtalt dekomensation efter anholdelsen.

Rådet vil herefter anse det for overvejende sandsynligt, at han på tidspunk-

tet for det påsigtede var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Hvis han findes skyldig, skal det anbefales – jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – at han dømmes til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffe beslutning om genindlæggelse.”

Det fremgår af Østre Landsrets dom af 03.11.98, at nævningerne fandt E skyldig, og at nævningerne besvarede et tillægsspørgsmål om straffrihed i medfør af straffelovens § 16, stk. 1 benægtende. Det hedder videre i udskrift af dombogen : ”Det kan ikke ud fra nævningernes besvarelse af tillægsspørgsmålet konstateres, om den benægtende besvarelse skyldes, at nævningerne under henvisning til de uoverensstemmende retspsykiatriske erklæringer har lagt til grund, at E er blevet sindssyg efter gerningens foretagelse, eller om nævningernes benægtende besvarelse skyldes, at han er anset for sindssyg på tidspunktet for gerningens foretagelse, men ikke utilregnelig. Der er derfor efterfølgende stillet følgende yderligere tillægsspørgsmål til nævningerne:

”Skal den af E forskyldte straf bortfalde, fordi han efter den strafbare handlingens foretagelse er kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16 nævnte art?”

Nævningerne har besvaret dette tillægsspørgsmål benægtende.

E blev herefter idømt fængsel i otte år og udvist for bestandig. Efter oplysningerne om E’s mentale tilstand var der blandt alle voterende enighed om, at

han i medfør af straffelovens § 73 indledningsvis skulle undergives foranstaltninger i medfør af straffelovens § 68, 2. pkt. Da mindre indgribende foranstaltninger ikke blev anset for at være tilstrækkelige, blev det bestemt, at E skulle anbringes i hospital for sindslidende, indtil straffen kunne fuldbyrdes.

E ankede strafudmålingen til Højesteret med påstand om, at dommen blev ændret til dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende m.v. Af udskrift af Højesterets dombog fremgår blandt andet, at der til brug for Højesterets behandling af sagen var indhentet en supplerende erklæring fra den afdeling, hvor E var blevet mentalundersøgt, og hvor han fortsat var indlagt.

I overlægens erklæring hedder det i konklusionen: "Diagnostisk er der mest sandsynligt tale om en uspecificeret skizofren tilstand. E må herefter anses for omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Som mest formålstjenlig foranstaltning skal anbefales dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse. Såfremt E idømmes en sådan foranstaltning, skal jeg anbefale, at han snarest muligt overflyttes til videre behandling på psykiatrisk hospital i Holland ...".

Højesteret bemærkede: "Af nævningernes benægtende besvarelse af spørgsmålet om straffrihed efter straffelovens

§ 16 følger, at tiltalte ikke er anset for på gerningstidspunktet at have været utilregnelig på grund af sindssygdom. Der er ikke herved – eller ved nævningernes benægtende besvarelse af spørgsmålet om strafbortfald efter § 73 – taget stilling til, om tiltaltes sindssygdom må antages at være opstået før eller efter gerningstidspunktet. Efter landsrettens bestemmelse om foranstaltning, indtil straffen kan fuldbyrdes, må det imidlertid antages, at retten har lagt til grund, at sindssygdommen er opstået efter gerningstidspunktet".

Højesteret bemærkede videre, at Højesteret ikke har adgang til at ændre nævningernes afgørelse om strafbortfald. Højesteret stadfæstede herefter landsrettens dom.

Det fremgår af Retslægerådets journal, at Justitsministeriet efterfølgende har overvejet at fremsætte begæring om, at Holland overtager fuldbyrdelsen af dommen.

Psykisk abnormtilstand, som periodisk kunne være af psykotisk karakter, udviklet efter de påsigtede forhold. Anvendelse af særforanstaltning anbefalet, men med dissens for begrundelsen.

Sagen omhandler en 37-årig kvinde fra Thailand, der har boet i Danmark siden 1991. Hun anmeldte i 1998, at hun havde været udsat for blandt andet drabsforsøg og voldtægt, men efterforskningen førte til, at hun blev sigtet for blandt andet falsk forklaring og falsk anmeldelse. Efter sagen var startet, udviklede hun en række psykiske

symptomer, herunder ukarakteristiske hallucinatoriske oplevelser, hun indtog flere gange overdosis af medicin, og hun havde på tidspunktet for mentalundersøgelsen været i langvarig psykiatrisk behandling med blandt andet antipsykotisk virkende medicin. Retslægerådet tilsluttede sig mentalerklæringens konklusion, hvorefter hun ikke havde været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold, og at hun ikke var sindssyg på tidspunktet for mentalundersøgelsen. Personlighedsmæssigt fandtes hun blandt andet spillende og dramatiserende. Efter de påsigtede forhold, men før dom, havde hun udviklet en psykisk abnormtilstand, som i perioder kunne have været af psykotisk karakter. Retslægerådet fandt den sigtede omfattet af straffelovens § 69, og et flertal anbefalede med henvisning til § 73 anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, medens mindretallet fandt anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning mere formålstjenlig end straf, jf. straffelovens § 68, 2. pkt. (A 38312)

O er 37 år. Hun er født, opvokset og uddannet i Thailand. Hun kom til Danmark i 1991 og blev gift med en dansker. To år efter ægteskabets indgåelse blev hun skilt, og indledte herefter et forhold til nuværende samlever, der ligeledes er dansk. Hun har 2 børn, en 10-årig søn, der bor i Thailand med sin fader, og en 3-årig datter, som hun lever sammen med.

I 1998 anmeldte O sammen med en medsigtet, at hun havde været udsat for drabsforsøg og voldtægt samt røveri, afpresning, tyverier og trusler fra

unavngivne rockere. Under efterforskningen fremkom nye oplysninger, således at der blev rejst sigtelse mod O og den medsigtede for falsk forklaring, falsk anmeldelse, forsøg på bedrageri, dokumentfalsk m.v. O erkendte sig delvis skyldig.

O blev mentalobserveret, og det fremgår af erklæring, afgivet af overlæge P 17.02.00, blandt andet at O ikke tidligere havde haft nogen psykisk lidelse. I februar 1998 oplyste hun, at hun var blevet overfaldet og voldtaget af rockere, og hun havde herefter haft det psykisk dårligt, blandt andet havde hun fire gange været indlagt efter at have taget overdosis af smertestillende og beroligende medicin, dog ikke i livstruende omfang. I 1999 var hun langvarigt indlagt på flere forskellige psykiatriske afdelinger med symptomer i form af depressiv forstemning, ængstelse og anspændthed, samt af at genopleve den påståede voldtægt samt overfald. I sommeren 1999 angav hun imidlertid tegn på sindssygelig oplevelsesmåde i form af hørehallucinationer, der efterfulgtes af andre hallucinationer på syns-, lugte- og følesans. Hun blev på denne baggrund sat i behandling med såvel antipsykotisk virkende medicin som antidepressivt virkende medicin. Hun gav indimellem fortsat udtryk for påtrængende selvmordsforestillinger.

Mentalundersøgelsen, som blev foretaget, mens O var i medikamentel behandling, konkluderede:

”Observanden er herefter ikke med sikkerhed sindssyg på undersøgelsestidspunktet, og der er ingen holde-

punkter for at antage, at hun har været sindssyg i perioden for de påsigtede handlinger. Hun er normalt begavet, hun lider ikke af nogen form for organisk hjernelidelse.

Observanden er født og opvokset i Thailand, hun indrejste til Danmark i 1991. Hun har efter egne oplysninger været fysisk og psykisk rask, bortset fra problemer under en graviditet i 1996, frem til 1998. Hun var dette år indlagt på somatisk afdeling flere gange, blandt andet efter at hun fire gange havde indtaget overdosis af smertestillende og beroligende medicin. Der synes på intet tidspunkt at have været tale om livstruende forgiftningstilstande. Observanden er under disse indlæggelser, som også omfatter en kortvarig indlæggelse på psykiatrisk afdeling, vurderet som affektlabil og dramatiserende, men uden sindssygelige symptomer.

Observanden har i 1999 langvarigt været indlagt på forskellige psykiatriske afdelinger, hun er fortsat indlagt på daghospital. Under de første indlæggelser klagede observanden blandt andet over ængstelse, forsænket stemningsleje og såkaldt "flashbackoplevelser", hvor hun genoplevede såvel den voldtægt som det overfald, hun angav at have været udsat for. Hun blev ikke vurderet som sindssyg. Under en indlæggelse i sommeren 1999 på X sygehus, hvor observanden var i gruppebehandling, vurderede man imidlertid, at hun var hørelshallucineret, hvorfor hun blev sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin, ligesom hun blev sat i behandling med en middelstor dosis antidepressivt virkende medicin. Denne behandling er

stort set uændret fortsat siden da. Hun har efterfølgende også anført at være hallucineret på syns-, lugte- og følesansen. Det fremgår ikke, hvorvidt observanden har frembudt andre psykotiske symptomer. Hun har indimellem givet udtryk for ganske påtrængende selvmordsforestillinger.

Ved aktuelle undersøgelser, hvor observanden har været ordineret behandling med en middelstor dosis antipsykotisk virkende og en middelstor dosis antidepressivt virkende medicin, har hun anført fortsat at være hørelshallucineret. Hendes beskrivelse har imidlertid været unuanceret og stereotyp, ganske svarende til hvad hun har oplyst til sagens akter, og det har ikke været muligt at formå observanden nærmere at beskrive de anførte hørelshallucinationer.

Observanden er hverken ved den klinisk-psykiatriske eller ved den psykologiske undersøgelse fundet sindssyg, men personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet følelesesmæssig labil, spillende og dramatiserende.

Der er således intet grundlag for at antage, at observanden har været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Det lader sig ikke afklare, hvorvidt observanden efterfølgende har udviklet en egentlig psykotisk tilstand, eller hvorvidt hendes angivelse af at være hørelshallucineret og efterfølgende hallucineret på alle sanser må opfattes som en bevidst eller ubevidst spillende og dramatiserede adfærd.

Samlet vil man finde det overvejende sandsynligt, at observanden habituel

er personlighedsmæssigt afvigende, som anført blandt andet følelsesmæssigt labil samt dramatiserende og spillende, og at hun således er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Efter de påsigtede forhold, men før dom er afsagt, har observanden udviklet en psykisk abnormtilstand, hvis nærmere karakter ikke med sikkerhed lader sig afgøre, men som muligvis i hvert fald i perioder har været af den i straffelovens § 16, stk. 1, nævnte art. Såfremt hun findes skyldig, skal man derfor, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf til imødegåelse af en ubestemmelig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefale dom til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse, subsidiært at hun dømmes til psykiatrisk behandling m.v. som anført, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.”

Retslægerådet udtalte 03.05.00 om O: ”at hun ikke sikkert er sindssyg og ikke kan antages at have været dette på tiden for det påsigtede. Hun er normalt begavet. O er født og opvokset i Thailand, hvor hun har uddannet sig som revisor. I 1991 rejste hun til Danmark. Hun har tidligere angiveligt været psykisk velfungerende, men i forbindelse med ydre belastning udvikler hun i løbet af 1998 tiltagende psykiske problemer. Hun har flere gange indtaget overdosis af medicin. På grund af klager over hørehallucinationer og selvmordsforestillinger er hun sat i behandling med antipsykotisk og antidepress-

sivt virkende medicin. Hun har i længere tid været indlagt på psykiatrisk afdeling. Ved mentalundersøgelsen findes O ikke sindssyg, men personlighedsforstyrret med affektlabilitet og dramatiseringstendens. Retslægerådet finder, at O er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Hun har efter det påsigtede, men før dom er afsagt, udviklet en psykisk abnorm tilstand, der muligvis i perioder har været af den i samme lovs § 16, stk. 1 nævnte art.

To af de voterende udtaler herefter:

Såfremt O findes skyldig, skal disse voterende i medfør af straffelovens § 73 anbefale, at hun dømmes til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse, indtil eventuel straf måtte kunne fuldbyrdes.

En af de voterende udtaler:

Såfremt O findes skyldig skal denne voterende i henhold til straffelovens § 69, stk. 1, sammenholdt med § 68, 2. pkt. anbefale, at hun dømmes til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.”

I henhold til Retslægerådets praksis, blev der under sagen korresponderet med den overlæge, der foretog mentalundersøgelsen. Overlægen udtalte,

at han ikke havde bemærkninger til den udtalelse flertallet var sindet af afgive, idet denne i det væsentlige svarede til hans konklusion, idet han dog bemærkede, at det måtte antages, at flertallet fandt, at O efter det påsigtede, men før dom var afsagt, havde udviklet en mere udtalt psykisk abnormtilstand end den personlighedsforstyrrelse, hun habituel var præget af. For så vidt angår mindretallets udtalelse bemærkede overlægen, at han kunne tilslutte sig, at O var omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men overlægen ville ikke have anbefalet anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., såfremt O ikke efter det påsigtede, men før dom var afsagt, havde udviklet en mere udtalt psykisk abnormtilstand, som muligvis i perioder har været af den i straffelovens § 16, stk. 1 nævnte art.

O blev fundet delvis skyldig efter anklageskriftet, og retten afsagde følgende dom: "Tiltalte O straffes med fængsel i 2 år, således at tiltalte indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes, underkastes psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse.

Længstetiden for foranstaltningen indtil straf kan fuldbyrdes, fastsættes til 5 år, og længstetiden for institutionsophold indtil straf kan fuldbyrdes, fastsættes til 2 år."

Sindssygdom udviklet under varetægtsfængsling helbredt før endelig dom

En 41-årig mand fra Vestafrika havde opholdt sig i Danmark siden 1991. Han blev sigtet og senere idømt fængsel i fem år samt udvist for narkotikakriminalitet. Han havde tidligere været psykisk rask, men udviklede under varetægtsfængslingen hallucinationer og depressive symptomer. Det kunne ikke udelukkes, at han aggraverede symptomerne, men Retslægerådet fandt, at han efter de påsigtede forhold havde udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16, stk. 1, nævnte art, og anbefalede anbringelse på hospital for sindslidende indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes. Til brug for Højesterets behandling af ankesagen blev der indhentet en fornyet erklæring fra den afdeling, hvor den dømte havde været indlagt i otte måneder, og af den fremgik, han nu var psykisk rask. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, hvorefter den pågældende var omfattet af straffelovens § 69, men der kunne ikke peges på foranstaltninger, jf. § 68, 2. pkt. (A 37559, A 37977)

Begge sager omhandler B, der er en 41-årig fraskilt mand, født og opvokset i Vestafrika under gode økonomiske og familiære forhold. Han kom til Danmark som asylansøger i 1991, indgik ægteskab med en dansk kvinde og fik opholdstilladelse i 1992. Han blev skilt i 1995 og har nu en samlever. Han blev sigtet og dømt for salg af narkotika. B blev mentalobserveret og af erklæring afgivet december 1998 frem-

går blandt andet, at B havde forladt sit land på grund af religiøse stridigheder, hvor han følte sig truet på livet. Han synes ikke tidligere at have været psykisk syg, og han har aldrig misbrugt euforiserende stoffer. B var varetægtsarrestet i forbindelse med den pågældende sag, og udviklede herunder gradvist en psykisk abnormtilstand, især præget af hørelshallucinationer og depressive symptomer. Han fremtrådte yderligere noget dramatisk og teatralisk, således at man kunne mistænke, at symptomerne til en vis grad blev aggraverede. E blev under varetægtsfængslingen sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin, som ikke under fængselsopholdet effektivt syntes at have svækket sindssygdomssymptomerne. Overlæge L konkluderer derfor i mentalerklæringen, at B efter de påsigtede forhold, men før dom, havde udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16 nævnte art, og som mest formålstjenlig foranstaltning blev derfor, jf. samme lovs § 73, stk. 1, anbefalet dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om genindlæggelse, subsidiært at B anbringes i hospital for sindslidende indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

Retslægerådet afgav 15.01.99 en udtalelse, hvor det blandt andet hedder, at B ...“ formentlig er sindssyg, idet han under varetægtsfængsling i isolation fra den 15.05.98 til den 13.06.98 har udviklet en psykisk abnormtilstand, do-

mineret af angst, hørelshallucinationer og nedtrykthed. E var ikke sindssyg på tidspunktet for det påsigtede, og han er normalt begavet.

B er født og opvokset i Nigeria under gode sociale forhold. Efter afsluttet skolegang blev han uddannet inden for landbrug. I 1991 flygtede han til Danmark. Da han kort tid efter giftede sig med en dansk kvinde, fik han opholdstilladelse og kunne derfor frafalde sin asylansøgning.

Efter indrejsen har B levet meget omskifteligt. Han har ikke tidligere haft psykiske problemer og har aldrig før modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling.

Efter varetægtsfængslingen i isolation i anledning af aktuelle sigtelse, er hans psykiske tilstand blevet dårlig, idet han med vekslende intensitet fremtræder krisepreget og nedtrykt, og hvis hans egne oplysninger lægges til grund også med hørelshallucinationer. Han har i perioder uden overbevisende virkning været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, men har ikke ønsket indlæggelse i psykiatrisk afdeling, trods tilbud herom.

Retslægerådet vurderer, at B efter det påsigtede, men før dom, har udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16 nævnte art. Rådet skal, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning – jf. samme lovs § 73, stk. 1 – anbefale, at han anbringes i hospital for sindslidende indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes”.

E blev ved et nævningeting i januar 1999 for overtrædelse af straffelovens § 191 idømt 5 års fængsel, samt udvist af Danmark med indrejseforbud for bestandigt. Ved dommen blev det i medfør af straffelovens § 73 endvidere bestemt, at B, indtil afsoning kan finde sted, skal anbringes i hospital for sindslidende.

Dommen blev af B anket til Højesteret med påstand om formildelse samt frifindelse for påstanden om udvisning.

Før forelæggelse for Højesteret blev der anmodet om en udtalelse fra den behandlende overlæge på den psykiatriske afdeling, hvor B var blevet anbragt. Overlæge J udtalte 23.08.99 blandt andet, at B 18.12.98 blev indlagt på lukket psykiatrisk afdeling. Han var da i behandling med antipsykotisk virkende medicin, og på grund af klage over tristhed blev han tillige sat i behandling med antidepressivt virkende medicin samt sovemedicin. Medicinen blev jævnlige justeret, men uden sikker effekt på B's psykiske symptomer. Ved observationen på afdelingen bemærkede man, at der var forskel på de massive klager, B fremførte ved samtaler, og den veltilpassede adfærd, som blev observeret i afdelingen. B deltog i afdelingens aktiviteter, herunder sportsaktiviteter, udviste godt overblik og påtog sig ofte en ledende rolle. Han kom i gang på hospitalets smedeværksted, hvor han flittigt og omhyggeligt passede sit arbejde. I adfærd overfor personalet viste han sig arrogant, nedladende og kommanderende. Der var på intet tidspunkt tegn på affektlabilitet, selvmordsadfærd eller

udadreagerende adfærd. På denne baggrund blev B trappet ud af den medikamentelle behandling uden at det ændrede på hans adfærd, funktion eller klager. Overlæge J konkluderede i en erklæring blandt andet: ...“ på baggrund af de foreliggende oplysninger, observationer og behandling under en 8 måneders indlæggelse på lukket psykiatrisk afdeling, må vi konkludere, at B formentlig udviklede en psykose i forbindelse med varetægtsfængsling i isolation, men at han ikke længere er psykotisk, og således ikke længere er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han er formentlig omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, idet man må formode, at han lider af forstyrrelse af personlighedsstrukturen med blandt andet dyssociale træk. Der kan dog ikke peges på formålstjenlige foranstaltninger i stedet for straf, der kan afhjælpe disse. Det kan dog anbefales, at B indleder sin afsoning i Anstalten ved Herstedvester”.

Sagen blev atter forelagt Retslægerådet, der den 09.09.99 blandt andet udtalte, ”at B siden 18.12.98 har været indlagt i psykiatrisk afdeling i surrogat for varetægtsfængsling. Behandlingen med antipsykotisk og antidepressivt virkende medicin er ophørt, og han findes igennem længere tid uden sinds sygdomssymptomer. B er således ikke længere i en tilstand af den i straffelovens § 16 nævnte karakter. Han er karaktermæssigt afvigende med dyssociale træk. Retslægerådet finder, at han er omfattet af straffelovens § 69, men rådet kan ikke pege på foranstaltninger efter samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end straf. På

grund af hans psykiske egenart skal rådet anbefale, at eventuel afsoning indledes i Anstalten ved Herstedvester.”

Højesteret stadfæstede 15.09.99 landsrettens dom, dog således at bestemmelsen om, at E anbringes i hospital for sindslidende, indtil straffen kan fuldbyrdes, udgår. (UFR 99.2032H).

Kommentar:

Det er et tilfælde, men ligner en tanke, at de tre refererede sager omhandler personer med anden etnisk baggrund end dansk. Samtidig er det imidlertid Retslægerådets indtryk, at denne persongruppe relativt hyppigt indgår i de sager, hvor spørgsmålet er anvendelse af straffelovens § 73. Det kan der være flere grunde til.

1. Det kan være vanskeligt at vurdere varigheden og karakteren af en række psykiske symptomer hos personer med fremmed etnisk baggrund, der kun har opholdt sig kortvarigt her i landet, hvilket den første sag er et eksempel på. Det var veldokumenteret, at E gennem flere år havde modtaget psykiatrisk behandling for blandt andet depressive symptomer, ligesom han havde huset forestillinger, som kunne have karakter af vrangforestillinger. Han havde også oplyst om hørelsesshallucinationer, men disse oplysninger var vage og ukarakteristiske. De udenlandske vurderinger m.v. indeholdt ingen egentlige diagnostiske overvejelser, men en dansk fortolkning af det foreliggende materiale tydede på, at E var blevet opfattet som personlighedsmæssigt afvigende.

E blev kort efter varetægtsfængslingen her i landet indlagt på neurologisk afdeling og efterfølgende overflyttet til psykiatrisk afdeling, men hurtigt udskrevet, idet man antog, at han simulerede. Han blev tre uger senere genindlagt på psykiatrisk afdeling, hvor han fandtes sindssyg. Ved mentalundersøgelse vurderede overlægen, at E var personlighedsmæssigt afvigende, omfattet af § 69, og at han efter varetægtsfængslingen havde udviklet en psykotisk tilstand, hvorfor overlægen, jf. § 73, stk. 1, anbefalede anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning. Retslægerådet lagde vægt på de psykose-suspekterede symptomer, E havde frembudt over en længere periode, og sammenholdt med hans aktuelle kliniske tilstand fandt rådet det mere sandsynligt, at E led af skizofreni, og at han således var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, hvorfor rådet, jf. § 68, 2. pkt., anbefalede anvendelse af dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende m.v. Nævningetinget endte med at fastslå, at E ikke havde været sindssyg på gerningstidspunktet, og Højesteret stadfæstede, at E blev idømt fængsel i otte år, men med anbringelse på hospital for sindslidende indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes. Forløbet synes at bekræfte, at E lider af skizofreni, men vurderingen - for såvel overlægen som Retslægerådet - af, hvilken form for psykisk sygdom E led af, og dermed også den retspsykiatriske klassifikation (§ 73 eller § 16), var vanskelig, jf. at han faktisk blev udskrevet som simulant, da han første gang blev indlagt på en psykiatrisk afdeling her i landet. Den lægelige vurdering måtte blandt andet bero på,

hvorledes de udenlandske udtalelser blev tolket. Men det havde været ulige vanskeligere at vurdere hans tilstand, såfremt han slet ikke var blevet psykiatrisk vurderet og behandlet tidligere, for eksempel fordi han havde opholdt sig i lande med en kun begrænset psykiatrisk undersøgelses- og behandlingskapacitet.

2. De psykiske forstyrrelser og sygdomme er universelle og kan diagnosticeres overalt i verden. Den kliniske manifestation af en given lidelse kan imidlertid variere, afhængig af kulturelle forhold. I nogle dele af verden kan for eksempel dramatiske og voldsomme legemlige klager ses som led i en depressiv tilstand, medens selvbebrejdelser og selvforringende forestillinger er sjældne. Det modsatte er tilfældet i den nordvestlige kulturkreds. Sag nr. 2 illustrerer, hvorledes en dramatiserende og affektlabil adfærd kan give anledning til betydelig diagnostisk tvivl.

O havde efter det oplyste ikke tidligere i livet frembudt fysiske eller psykiske sygdomme. Tidsmæssigt sammenhængende med den sag, hun var sigtet i, begyndte hun at udvise affektlabile træk, hun indtog flere gange en (ikke livstruende) overdosis af medicin, og hun påbegyndte psykiatrisk behandling på grund af symptomer som angst og depression. Senere oplyste hun også om hørelshallucinationer, hvorfor hun blev sat i medikamentel behandling, og hun var fortsat i en ganske kraftig medikamentel behandling under mentalundersøgelsen. Retslægerådet tilsluttede sig mentalerklæringens vurdering af, at O var spillende og drama-

tiserende, og at hendes angivelse af at være først hørelshallucineret og efterfølgende hallucineret på alle sanser kunne være et ubevidst udtryk for denne tendens til at dramatisere – måske en kulturelt betinget forskel i den måde, symptomer som angst og depression manifesterer sig på. Det indgik selvsagt også i overvejelserne, at O rent faktisk langvarigt havde modtaget psykiatrisk behandling, herunder under indlæggelse.

Vanskelighederne ved at vurdere karakteren af O's psykiske lidelse afspejler sig også i den afgivne dissens. Mindretallet vurderede, at O under alle omstændigheder var omfattet af § 69, og at der allerede på det grundlag var lægelige kriterier for at anbefale en særforanstaltning, jf. § 68, 2. pkt.

Ren simulation kunne også være en mulighed, men i den konkrete sag talte såvel de gennem lang tid beskrevne symptomer som det langvarige forløb mod en sådan antagelse.

Generelt om simulation kan der være grund til at genopfriske erfaringer fra en svunden tid. Før den fri abort kunne en kvinde blandt andet få foretaget abort på psykiatrisk indikation. Ganske mange gravide, der ønskede abort, var derfor indlagt på psykiatriske afdelinger, som udfærdigede erklæringer til brug for sagens behandling. Blev abort bevilget, blev en glad og upåfaldende kvinde overført til en gynækologisk afdeling, som havde meget svært ved at genkende den knugede, bortgemte og deprimerede kvinde, som beskrevet i den psykiatriske erklæring. Nogle var sikkert simulanter, men for

hovedparten var forklaringen på den slående ændring af tilstanden naturligvis den enkle, at abort var bevilget.

3. Den tredje sag belyser endnu et forhold, som kan være af betydning. I mange kulturer lever individerne i et tæt familiemæssigt, socialt og arbejdsmæssigt fællesskab. I Danmark vil mange varetægtsarrestanter – isolerede eller ikke – være alene i cellen i hovedparten af døgnets 24 timer.

B må antages at have været psykisk rask, da han blev varetægtsfængslet, men under opholdet udviklede han en psykotisk tilstand. Han blev så surrogatbragt på en psykiatrisk afdeling, hvor han ved indlæggelsen ligeledes blev fundet sindssyg, blandt andet præget af så udtalte depressive symptomer, at han blev sat i medikamentel behandling herfor.

Under den otte måneder varende indlæggelse, hvor han var sammen med andre, arbejdede på et værksted osv., klingede psykosen så af.

Mere generelt skal det nævnes, at en sindssygdom, og her især skizofreni, kan debutere klinisk efter en begået strafbar handling, men før dom. Nogle skizofrene kan, før sygdommen klinisk erkendes, udvise adfærdsforstyrrelser, herunder kriminalitet, som kan antages at være de første ”symptomer” på sygdommen. De pågældende fremtræder måske lidt aparte (har såkaldte ”prodromalsymptomer”), men dem er der ikke helt få af i en fængselspopulation. I tilfælde af alvorlig kriminalitet med ledsagende langvarig varetægtsfængsling, kan sygdommen under

dette forløb – men uden sammenhæng med selve fængslingssituationen – blive klinisk manifesteret med åbenbare sindssygdomssymptomer som hallucinationer og vrangforestillinger. Ud fra en konkret vurdering vil Retslægerådet undertiden finde det sandsynliggjort, at den sigtede (også) var sindssyg på gerningstidspunktet og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, i andre tilfælde kan en længerevarende psykotisk tilstand ikke dokumenteres, og her vil rådet anvende § 73.

Såfremt rådet skønner, at den sigtede (nu) lider af en langvarig psykotisk tilstand, vil rådet som udgangspunkt anbefale anvendelse af psykiatrisk særforanstaltning, medens rådet ved formodede korterevarende psykotiske tilstande vil anbefale en særforanstaltning ”indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes”. Hvilken særforanstaltning, rådet vil anbefale, beror på det konkrete lægelige skøn over tilstandens karakter. Det er indlysende, at den juridiske vurdering kan være anderledes, jf. den først refererede sag, hvor rådet anbefalede en dom til psykiatrisk behandling m.v. E blev imidlertid idømt otte års fængsel, og retten bestemte i overensstemmelse hermed, at han skulle anbringes på hospital for sindslidende indtil straffen kunne fuldbyrdes. I den anden sag blev O idømt to års fængsel, og i den sag traf retten bestemmelse om en behandlingsdom, til straffen kunne fuldbyrdes.

Afslutningsvis skal nævnes, at Retslægerådet selvsagt heller ikke i denne sagstype udtaler sig om længstetider. Såfremt en person er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, indtil straffen

måtte kunne fuldbyrdes, jf. straffelovens § 73, stk. 1, medregnes varigheden af opholdet (indlæggelsen) i straffetiden (§ 73, stk. 3). Såfremt særforanstaltningen ikke har medført institu-

tionsanbringelse, medregnes varigheden af særforanstaltningen ikke i straffetiden, men der kan eventuelt søges om benådning.

Strafferetspsykiatriske sager - proportionalitet

Ved en lovændring 01.07.00 blev visse af de psykiatriske særforanstaltninger gjort tidsbegrænsede. Denne lovændring kan ses som samfundets øgede vægtning af det såkaldte proportionalitetsprincip, hvorefter også tidsubestemte særforanstaltninger over for psykisk syge og mentalt retarderede søges tilpasset i varighed, så længden svarer til alvoren af den pådømte kriminalitet. Retslægerådet vil fortsat basere sine udtalelser på lægelige skøn, og proportionalitet, som er et rent juridisk anliggende, vil ikke indgå i rådets overvejelser. De her refererede sager illustrerer, at det er hensigtsmæssigt og muligt – af hensyn til behovet for behandling eller et fraværende behov – at fravige proportionaliteten. (A 38225, A 38535, A 38021)

A 38225

A blev 37 år gammel mentalundersøgt, sigtet for vold. Af den efterfølgende erklæring fremgik, at han havde talrige tidligere afgørelser, især på grund af tyveri, og hans sociale historie var præget af ustabilitet og et tidligt påbegyndt misbrug af alkohol og euforiserende stoffer.

På undersøgelsestidspunktet var han angiveligt "kun" alkoholmisbruger, idet han var ophørt med at tage hårde stoffer et par år tidligere, fordi misbrugsmiljøet var helt domineret af "plat og svindel og humbug".

Før det aktuelle havde han kun haft sparsom kontakt med behandlingssystemet for misbrugere. Aktuelt var han imidlertid taget på en tur til Sverige med en behandler og en anden misbruger med henblik på behandling. Inden afrejsen havde han drukket længe og meget. Den første dag udviklede han et krampeanfald, men var ellers øvrigt psykisk upåfaldende. Den tredje

nat vækkede han behandleren og talte om bortførelse, ligesom han var desorienteret, idet han troede, at han stadig var i Danmark. Ud på morgenen mente han, at de øvrige tilstedeværende konspirerede imod ham, han var hallucineret, personforvekslende og voldelig, idet han tog kvælertag på behandleren og nikkede en anden person en skalle. A blev herefter tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling i Sverige. Ved indlæggelsen var han blussende og agiteret, svedende, spyttende og korporligt voldelig. På mistanke om en paranoid tilstand blev han behandlet med antipsykotisk virkende medicin. Tilstanden bedredes langsomt, og efter 6 dage blev han udskrevet under diagnosen: "Psykotisk tilstand forårsaget af brug af alkohol (alkoholabstinens)". Efterfølgende kunne A knap huske, at han overhovedet havde været på hospitalet.

Ved mentalobservationen fremstod

han alkoholduftende, tidligt ældet og præget af en svækkelse af åndsevnerne (middelsvært dement) samt let karakterafvigende.

Den mentalundersøgende overlæge konkluderede, at A på grund af en delirøs tilstand på tidspunktet for den påsigtede voldskriminalitet var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede dom til ambulans psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om indlæggelse. Retslægerådet fulgte erklæringen.

Ved et efterfølgende retsmøde oplyste A, at han efter mentalundersøgelsen var ophørt med at drikke alkohol. Et vidne bekræftede ifølge retsbogsudskriften dette og støttede A's synspunkt om, at han ikke aktuelt havde behov for nogen særforanstaltning. Retten indhentede en supplerende mentalundersøgelse og en ny udtalelse fra Retslægerådet. Af den supplerende erklæring fremgik, at A 5 måneder efter den første undersøgelse i alkoholpåvirket tilstand havde glemt at slukke et gasblus og med en lighter derefter havde udløst en eksplosion, hvorved han pådrog sig brandsår på 13 % af legemsoverfladen, heraf 6 % i form af trediegradsforbrændinger. Under indlæggelsen på brandsårsafdelingen udviklede han en svær psykotisk tilstand betinget af alkoholmisbrug (et fulminant delirium tremens) og blev behandlet med store doser medicin mod alkoholabstinens (fenemal) samt anti-psykotisk virkende medicin. Han for-

langte sig udskrevet og blev tvangstilbageholdt med henblik på behandling. Ved efterfølgende kontrol på brandsårsafdelingen mødte han frem i velsoigneret og ædru tilstand, ligesom han gjorde det ved fremmødet hos den mentalundersøgende overlæge. A oplyste, at han efter brandulykken havde indset, at han af hensyn til sit helbred måtte ophøre med alkoholmisbruget. Han lod sig afruse i et par nætter i en psykiatrisk modtagelse og afbrød herunder sit mangeårige misbrug. Objektivt fremtrådte han ved den anden mentalundersøgelse præget af en kun lettere svækkelse af åndsevnerne, ligesom han fysisk virkede betydeligt restitueret og psykisk mere nuanceret.

Retslægerådet tilsluttede sig efterfølgende den undersøgende overlæge, hvorefter A stadig ansås omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han jo uændret havde været sindssyg på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet og således straffri, men på grundlag af forløbet og den stabile tilstand siden gerningstiden kunne ingen af de i straffelovens § 68, 2. pkt., nævnte foranstaltninger anbefales som formålstjenlige.

Retten frifandt A for straf, og idømte ikke en særforanstaltning. A skulle betale sagens omkostninger.

A 38535

B havde fra begyndelsen af tyverne lidt af skizofreni. I 1986 blev han 47 år gammel fundet skyldig i forsøg på manddrab, idet han under en tvangsindlæggelse stak en kniv i halsen på en politibetjent. Han blev dømt til psykiatrisk behandling på et hospital for

sindslidende med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af Kriminalforsorgen i forbindelse med behandelende overlæge kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse.

I sommeren 2000 udtalte Retslægerådet på grundlag af en erklæring fra den behandelende overlæge, at B fortsat led af skizofreni og i medfør af dommen i mange år havde modtaget behandling, blandt andet i form af antipsykotisk virkende medicin i depotform (perfenazindekanoat 216 mg i.m. hver anden uge). Til trods for behandlingen var han åbenlyst psykotisk med omfattende, bizarre vrangforestillinger, udtalt tankeforstyrret og hertil affektlabil, undertiden truende. Han var helt uden forståelse for nødvendigheden af den psykiatriske behandling, og overlægen fandt det nærmest godtgjort, at B ville afbryde behandlingen ved eventuel ophævelse af den idømte foranstaltning. Rådet tiltrådte den behandelende overlæges vurdering af, at ophævelse af foranstaltningen ville indebære en endog nærliggende risiko for recidiv til ligearteret kriminalitet, og en ophævelse kunne således ikke anbefales.

Ved det efterfølgende retsmøde nedlagde B påstand om ophævelse af foranstaltningen, subsidiært en ændring, således at den behandelende overlæge alene, det vil sige uden Kriminalforsorgen, kunne træffe bestemmelse om indlæggelse. Af retsbogsudskriften fremgår, at retten lagde de lægelige vurderinger til grund og desuden fandt B's subsidiære påstand ejendommelig, idet den omhandlede en foranstaltning, der

juridisk var mere indgribende end den aktuelt gældende, og retten fandt "det betænkeligt at følge denne subsidiære påstand, der må antages at være udtryk for, at domfældte ikke ganske forstår, hvad det handler om". Det bestemtes, at den i 1986 idømte foranstaltning blev opretholdt uændret.

A 38021

Retslægerådet udtalte sig første gang om C i 1987, da hun 20 år gammel havde forøvet vold imod et knap 2 år gammelt barn. Hun blev beskrevet som sinke og personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet affektlabil, kortsynet og præget af lav frustrationstærskel. Personlighedsafvigelsen betød, at hun fungerede under sit potentielle begavelsesniveau, men rådet fandt hende ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 (det vil sige hverken mentalt retarderet i lettere grad eller i en hermed ligestillet tilstand).

Hun var derimod utvivlsomt omfattet af samme lovs § 69, og frembød et betydeligt behov for social, psykologisk og pædagogisk støtte og behandling. Såfremt hun fandtes skyldig, anbefalede rådet, at hun blev undergivet tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om at efterkomme tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold, herunder eventuelt i egnet hjem eller institution, samt om fornødent psykiatrisk behandling, herunder eventuelt på hospital eller i særlig institution. Hun blev ved retten idømt ½ års tilsyn med ophold i familiepleje.

Efter fornyet - og denne gang endnu mere alvorlig - vold mod et 10 måne-

der gammelt barn - C havde slået barnets hoved mod en bordkant, kastet barnet på gulvet, slået barnet i hovedet med flad hånd og trykket kraftigt på barnets hoved, så der kom kranie-læsion med blødning i hjernen - beskrev Retslægerådet hende i 1988 som uændret dårligt begavet og personlighedsafvigende. Hun ansås fortsat for omfattet af straffelovens § 69. Tidligere behandling og familiepleje havde ikke haft sikker effekt, og rådet pegede på anvendelse af forvaring som påkrævet for at forebygge nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed. C blev imidlertid dømt til anbringelse i et hospital for sindslidende med længstetid på 2 år.

I 1990 ændredes foranstaltningen til 2 års undergivelse af tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om ophold i eget hjem eller institution, og om fornødent psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse. I 1992 blev foranstaltningen forlænget med yderligere ½ år. Hun havde da været på en socialpædagogisk institution i 2 år. Sagen blev igen forelagt Retslægerådet i 1993, hvor rådet udtalte, at hun var bedret med hensyn til de voldsomme affektgennembrud, men fortsat svært personlighedsafvigende, umoden, uselvstændig, kortsynet, overfladisk, selvhævdende og præget af manglende evne til at etablere kontakt. Rådet tilsluttede sig overlægens vurdering af, at der var et fortsat behov for intensiv støtte og behandling, og anbefalede, at foranstaltningen blev opretholdt over en længere periode. Retten afsagde kendelse, hvorefter foranstaltningen opretholdtes, og fastsatte en ny længstetid på 2 år.

I de efterfølgende år gentog dette forløb sig et par gange. Senest udtalte rådet sig i 1999. Af det foreliggende materiale fremgik, at C personligheds-mæssigt var uændret samt – og ikke uvæsentligt – direkte truede med recidiv til ligeartet kriminalitet, såfremt foranstaltningen blev ophævet.

Retslægerådet udtalte herefter blandt andet, at C's adfærd og psykiske tilstand i det væsentlige var uændret som anført i rådets seneste udtalelse. Hun var fortsat karakterologisk afvigende i udtalt grad, blandt andet umoden, kortsynet, affektlabil og præget af manglende hensyntagen til andre menneskers følelser og behov. C ønskede selv den idømte foranstaltning opretholdt, og hun truede fortsat med recidiv til ligeartet kriminalitet, såfremt foranstaltningen blev ophævet. Ved en samlet vurdering fandt Retslægerådet herefter fortsat, at der måtte antages at bestå en måske endog nærliggende og væsentlig risiko for recidiv til personfarlig kriminalitet, såfremt den idømte foranstaltning ændredes eller ophævedes, hvorfor rådet anbefalede foranstaltningen opretholdt.

C fastholdt i retten, at hun ønskede foranstaltningen opretholdt, og længstetiden blev herefter forlænget i yderligere et år.

Kommentar:

Sagen vedrørende A, hvis behandlingsbehov ophørte, har lighedspunkter med en sag omtalt i årsberetningen for 1995, side 65, der drejer sig om en mand, der som led i en sensyfilittisk hjerneinfektion udviklede en psykose præget af blandt andet desorientering,

storhedsforestillinger og irritabilitet, hvorunder han begik hærværk. Han blev indlagt og medikamentelt behandlet, hvorefter hans psykiske tilstand normaliseredes, således at han på mentalundersøgelsestidspunktet fremtrådte psykisk stort set upåfaldende. Efter anbefaling fra den undersøgende læge og Retslægerådet fandtes han sindssyg på gerningstidspunktet, omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og blev frifundet for straf. Der idømtes ingen særforanstaltning.

I årsberetningen for 1991, side 41, er refereret en sag om en person, der led af en i begyndelsen af forløbet vanskeligt behandlelig skizofreni, og som var tilbøjelig til berigelseskriminalitet. Efter 5 år med dom til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse, hvorunder patienten havde beboet et patientpensionat, og havde modtaget behandling med antipsykotisk virkende medicin i depotform samt antabus, fulgte rådet de behandlende lægers anbefaling af domsophævelse, idet der blev henvist til muligheden for ved behov for tvang at anvende psykiatriloven. Det diskuteredes i årsberetningen, om det var rimeligt, at det element af tvang, der kunne blive nødvendigt i behandlingen, skulle begrundes strafferetligt, og konkluderedes, at det var det ikke.

Retten afsagde kendelse om ophævelse af den idømte foranstaltning - navnlig under henvisning til arten og hyppigheden af den begåede kriminalitet.

I årsberetningen for 1996, side 65, er omtalt en af de mange nyere sager, hvor foranstaltninger er blevet ophæ-

vet imod Retslægerådets anbefaling, idet retten har henholdt sig til proportionalitetsprincippet samt til de af psykiatriloven følgende muligheder for tvangsindlæggelse og behandling ved behov. Retslægerådet benyttede i årsberetningen lejligheden til at bemærke, at der i sagen var oplysninger om voldelig adfærd af ganske ny dato, som ikke var blevet anmeldt, og som derfor beklageligvis ikke havde kunnet påvirke rettens afgørelse.

Sagerne fra 1991 og 1996 kan siges at illustrere udviklingen, hvor proportionalitetsprincippet i tiltagende grad vægtes. I årsberetningen for 1997, side 99, diskuteredes - på grundlag af 7 konkrete sager - den lægelige og den juridiske holdning nærmere. Det tydeliggøres herunder, at der er tale om to principielt forskellige synsvinkler, hvoraf den juridiske som udgangspunkt baserer spørgsmålet om sanktionens alvor på arten af de ulovlige handlinger, medens den lægelige som udgangspunkt begrunder sine forslag i gerningspersonens psykiske tilstand og det deraf følgende behov for behandling.

Ved en lovændring 01.07.00 blev psykiatriske særforanstaltninger, idømt for ikke personfarlig kriminalitet, gjort tidsbegrænsede, og generelt blev proportionalitetsprincippet forstærket. Retslægerådet vil fortsat alene basere sine udtalelser på lægelige vurderinger, og proportionalitet, som er et rent juridisk anliggende, vil ikke indgå i rådets præmisser. Det er således en juridisk vurdering at vægte hensynet til samfundets behov for reaktion og beskyttelse

af fremtidige potentielle ofre, medens den psykiatriske vurdering (også) vil inddrage det hensyn, at den syge selv lider under de personlige og sociale konsekvenser af kriminaliteten.

Der vil i mange sager være fuld enighed om, hvilken foranstaltning, der er den mest hensigtsmæssige over for psykisk afvigende lovovertrædere, men der vil også være sager, hvor der er uenighed.

De tre her refererede sager er – deres forskellighed til trods - alle eksempler på, at der har været sammenfald mellem den lægelige og den juridiske vurdering. Det kan i de to sidste tilfælde ikke afvises, at hensynet til retssikkerheden har vejet tungt, men det skal så samtidig understreges, at dette hensyn ej heller i disse tilfælde er i modstrid med hensynet til støtte og behandling. Tværtimod.

Et vellykket – men tidsbegrænset? – behandlingsforløb i medfør af en særforanstaltning

En midaldrende kvinde blev mentalundersøgt efter gentagne gange at være blevet dømt for spirituskørsel og kørsel i frakendelsestiden. Hun var sindssyg og blev dømt til ambulat psykiatrisk behandling, tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse. Hun passede ikke behandlingen, og efter recidiv til ligeartet kriminalitet fandt Retslægerådet anledning til at understrege det ansvar, der påhviler de behandlingsansvarlige afdelinger. Under det efterfølgende behandlingsforløb blev kvindens psykiske tilstand og sociale forhold markant forbedrede. Anklagemyndigheden påstod foranstaltningen ophævet i medfør af den nye bestemmelse i straffeloven om tidsbegrænsning af visse psykiatriske særforanstaltninger, men kvinden ønskede ikke foranstaltningen ophævet. Da hun angav sig behandlingsmotiveret, kunne Retslægerådet dog tiltræde den behandlingsansvarlige overlæges anbefaling af, at foranstaltningen blev ophævet. (A 38795)

Retslægerådet fik i 1996 første gang forelagt en sag vedrørende A, en nu midaldrende kvinde, som på daværende tidspunkt var sigtet for spirituskørsel og kørsel i frakendelsestiden. Hun var adskillige gange tidligere dømt for spirituskørsel og kørsel i frakendelsestiden, og hun var på daværende tidspunkt indkaldt til afsoning af tre domme på i alt 160 dages fængsel samt en række bødeforvandlingsstraffe.

Der forelå en mentalerklæring fra overlæge B, hvoraf blandt andet fremgik, at A tidligere i det væsentlige havde været legemligt rask. Hun var opvokset under særdeles beskedne sociale forhold i et hjem præget af blandt andet kriminalitet. Hun blev tidligt gift

og flyttede med ægtefællen rundt i landet, hvor han arbejdede ved landbruget. Parret fik fire børn. Ægteskabet blev opløst, fordi ægtefællen udviklede en kronisk sindssygdom med ledsagende periodisk aggressiv adfærd. På undersøgelsestidspunktet boede A med børnene i et afsides beliggende, dårligt vedligeholdt hus på landet.

A benægtede noget egentligt alkoholmisbrug, men hun vedgik, at hun undertiden drak noget, når hun følte sig belastet af den chikane, hun oplevede sig udsat for. Det drejede sig blandt andet om, at hun følte sig overvåget og forfulgt af politiet, om natten oplevede hun, at det puslede omkring hendes bolig, ligesom hun angav, at hun

undertiden havde set skygger om natten omkring boligen.

A fandtes ved undersøgelsen i udtalt grad garderet, vagtsom og mistroisk. Mentalerklæringen konkluderede, at A formentlig langvarigt havde været sindssyg, lidende af en sindssygdom domineret af vrangforestillinger (paranoid psykose). Hun fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og overlægen anbefalede dom til ambulantly behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse.

Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion og udtalte blandt andet, at A ...”er normalt begavet. Hun har aldrig modtaget psykiatrisk behandling. Ved aktuelle undersøgelse er hun fundet i udtalt grad vagtsom og dækkende, hun huser hertil omfattende og udbyggede forestillinger om, at hun forfølges og overvåges af bl.a. politiet, men også af andre. Hendes forestillingsverden er i den grad subjektiv og privatpræget, at Retslægerådet kan tilslutte sig vurderingen af, at hun huser vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Hun har hertil berettet om oplevelser, der kunne tyde på, at hun også har oplevet hørelsehallucinationer”.

A blev idømt en foranstaltning som foreslået af overlægen og Retslægerådet, ligesom retten bestemte, at de frihedsstraffe, A tidligere var idømt, men som ikke var fuldbyrdet, bortfaldt. Retslægerådet fik igen i 1998 forelagt en sag vedrørende A, som blandt andet var sigtet for i flere tilfælde at have ført bil, selv om hun var frakendt fø-

rerretten for bestandigt. Overlæge B havde igen afgivet erklæring, og af denne fremgik, at A's vrangforestillinger var blevet udbyggede og nu omfattede en række offentlige instanser, herunder også postvæsenet. Der var i medfør af den idømte foranstaltning iværksat ambulantly psykiatrisk behandling med blandt andet antipsykotisk virkende medicin og antabus. Forløbet havde imidlertid været præget af, at A jævnligen var udeblevet fra behandlingen, og hun var et par gange med bistand af Kriminalforsorgen og politiet blevet indbragt, hvor dommen var blevet indskærpet over for hende.

Da behandlingsforløbet forblev særdeles problematisk, var A i 1997 i medfør af den idømte foranstaltning blevet indlagt på psykiatrisk afdeling. Hun blev under den få dage varende indlæggelse vurderet som ”venlig og omgængelig”, og den psykiatriske afdeling vurderede, at A ...”måske er præget af småparanoide træk, men ikke deciderede vrangforestillinger (det er svært at vurdere, hvorvidt disse paranoide træk har grund i virkeligheden, eller hvorvidt det er opdigtet)”. Hun indvilligede efterfølgende i at genoptage behandlingen med antipsykotisk virkende medicin (tabl. Semap 10 mg ugentligt) samt antabus, hvorefter hun blev udskrevet. Efterfølgende passede A nogenlunde behandlingen, men hun fremtrådte uændret præget af vrangforestillinger. Hertil angav hun blandt andet, at hun var tvunget til at køre bil, blandt andet for at transportere børnene rundt.

Overlægen konkluderede i erklærin-

gen blandt andet, at A ...”er til stadighed utvivlsomt selvhenførende og episodisk egentlig paranoid, men kun kortvarigt og sædvanligvis ikke i et omfang, der retfærdiggør behandling efter psykiatriloven”. Blandt andet på dette grundlag anbefalede overlægen, at foranstaltningen blev ophævet.

Retslægerådet udtalte på grundlag af erklæringen blandt andet, at A ...”fortsat er sindssyg, præget af omfattende vrangforestillinger af blandt andet forfølgelseskarakter. Hun beskrives som undertiden urolig og anspændt, forpint af sin tilstand. Hendes vrangforestillinger omfatter ud over forskellige offentlige myndigheder også naboer, hvilket kan antages at være baggrunden for, at hun den ...er sat ud af sin bolig.

A har siden den ... i medfør af dom været undergivet psykiatrisk behandling, men hun har i perioder unddraget sig nødvendig behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin. Hun var i medfør af den idømte foranstaltning i ... måned 1997 indlagt få dage med henblik på eventuel tvangsbehandling, hvilket afdelingen imidlertid ikke fandt grundlag for at iværksætte. Retslægerådet finder anledning til at understrege, at den idømte foranstaltning giver den behandlingsansvarlige psykiatriske afdeling mulighed for, og – efter omstændighederne i tilfælde af for eksempel truende eller begået ny kriminalitet – også en pligt til at indlægge den foranstaltningsdømte med henblik på eventuel længerevarende observation og behandlingsmotivation, herunder at supplere medikamentel behandling

med anden form for psykiatrisk behandling.

A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og Retslægerådet skal, såfremt hun findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale den idømte foranstaltning opretholdt”.

Retten tilsluttede sig Retslægerådets vurdering, og den allerede idømte foranstaltning blev opretholdt.

I 2000 fik Retslægerådet igen forelagt sagen, nu med spørgsmålet om, hvorvidt den idømte foranstaltning kunne ophæves. Overlæge B havde afgivet en ganske kortfattet erklæring, hvor overlægen havde anbefalet, at foranstaltningen blev ophævet. I et efterfølgende retsmøde havde A's forsvarer imidlertid ...”nedlagt påstand om, at foranstaltningen opretholdes under henvisning til den korte tid, der er gået siden dommen og til A's hurtige recidiv, samt til at A fortsat har stort behov for støtte og psykiatrisk behandling”. Sagen blev herefter udsat. Retslægerådet fandt ikke at kunne afgive udtalelse på grundlag af den kortfattede erklæring fra overlæge B og anmodede derfor om en mere uddybende erklæring. Af denne fremgår blandt andet, at A efterhånden havde passet den ambulante behandling stabilt. Hendes omfattende vrangforestillinger var bleget af under den givne behandling, som udover medikamentel antipsykotisk virkende behandling (tabl. Semap 10 mg x 2 ugentlig) også havde omfattet regelmæssige støttende samtaler. A's sociale forhold var blevet væsentligt stabiliseret, og hun havde indledt et nyt sam-

livsforhold. Der var ingen mistanke om, at hun misbrugte alkohol, hvorfor antabusbehandlingen var ophørt, uden at hun igen var begyndt at misbruge alkohol. A udtrykte ønske om, at foranstaltningen blev opretholdt med den begrundelse, at hun i den periode, hvor foranstaltningen havde været i kraft, havde følt sig i fred for chikane fra det offentlige, herunder politiet. Hun angav imidlertid også, at hun var interesseret i at fortsætte den ambulante behandling, selv om foranstaltningen blev ophævet. Overlægen anbefalede med henvisning til den markante bedring, der var indtrådt i A's samlede sociale og psykiske tilstand, at foranstaltningen blev ophævet.

Retslægerådet tilsluttede sig erklæringen og udtalte afslutningsvis, at A ...”har således gennem en lang periode været psykisk stabil uden markante tegn på produktiv sindssygdom. Hun har givet udtryk for interesse i at fortsætte den ambulante behandling, såfremt foranstaltningen ophæves. Retslægerådet kan herefter tilslutte sig den behandlende overlæges anbefaling af, at den idømte foranstaltning ophæves.”

Af retsbogen fremgår, at A nu også selv ønskede foranstaltningen ophævet. Hendes forsvarer oplyste, at det havde været nødvendigt at hente A på hendes bopæl i forbindelse med retsmødet. Anklagemyndigheden påstod fortsat foranstaltningen ophævet, hvilket herefter blev resultatet.

Kommentar:

A blev i 1995 mentalundersøgt i forbindelse med en sigtelse – spirituskør-

sel og kørsel i frakendelsestiden – som kun sjældent giver anledning til, at der indhentes en mentalerklæring. Det viste sig da også, at A var sindssyg og formentlig havde været det igennem en årrække. I den periode var hun blevet idømt flere frihedsstraffe, således at hun på det tidspunkt, hvor hun blev mentalundersøgt, skulle afsone 160 dages fængsel samt flere bødeforvandlingsstraffe. Retten bestemte, at de idømte frihedsstraffe skulle bortfalde i forbindelse med, at A blev idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Sagen illustrerer på dette stadium vigtigheden af, at også personer, der er sigtet for mindre alvorlig kriminalitet, mentalundersøges, hvis der er mistanke om, at de er sindssyge.

A blev dømt til ambulat psykiatrisk behandling m.v., men hun var ikke motiveret for at følge behandlingen, hvorfor hun til sidst blev indlagt i medfør af den idømte foranstaltning. Indlæggelsen blev imidlertid kortvarig – fire dage – og efter det for rådet foreliggende blev der ikke under indlæggelsen foretaget nogen mere grundig psykopatologisk vurdering. A var flere gange recidiveret til ligeartet kriminalitet (kørsel i frakendelsestiden), ligesom hun efter den kortvarige indlæggelse fortsat jævnligt udeblev fra behandling. Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der i sin udtalelse fandt anledning til at understrege det ansvar, der påhviler den behandlingsansvarlige afdeling i varetagelsen af idømte psykiatriske særforanstaltninger. Rådet har tidligere flere gange behandlet dette tema (se for eksempel Retslægerådets årsberetning for 1996, side 93ff.

med opfølgning i årsberetningen for 1998/1999 side 137ff.) Rådet skal gentage, at det efter omstændighederne ligefrem kan være en lægelig fejl ikke at indlægge en foranstaltningsdømt patient, jf. rådets udtalelse i den konkrete sag.

Ved en lovændring 01.07.00 blev visse af de psykiatriske særforanstaltninger gjort tidsbegrænsede. A var dømt før lovændringen, som imidlertid indeholder nogle overgangsbestemmelser, og i overensstemmelse hermed indbragte anklagemyndigheden sagen for retten med påstand om, at foranstaltningen skulle ophæves. A protesterede imidlertid mod foranstaltningens ophævelse. Hendes begrundelse herfor var, at foranstaltningen havde beskyttet hende mod chikane fra det offentlige, herunder politiet. Det kan overvejes, hvorvidt denne begrundelse indeholder et element af en vrang opfattelses-

måde, eller om A havde erkendt, at den idømte foranstaltning og den heraf følgende behandling havde bedret hendes såvel psykiske som sociale forhold markant. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der måtte anmode om en mere uddybende erklæring vedrørende opretholdelse af foranstaltningen – en ikke uvant situation (se Retslægerådets årsberetning for 1994 side 61ff. og side 107f.). Det fremgik af den supplerende erklæring, at A angav sig motiveret for at fortsætte den psykiatriske behandling, selv om foranstaltningen blev ophævet, hvorfor overlægen anbefalede en ophævelse, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig. Ved det efterfølgende retsmøde ønskede A nu også selv foranstaltningen ophævet – men hun var udeblevet fra retsmødet, som hun måtte hentes til. Det vil vise sig, om hun kan klare sig psykisk og socialt og dermed holde sig kriminalitetsfri uden en idømt foranstaltning.

Farlighedsdekret og/eller særforanstaltning - proportionalitet

Den 53-årige A, der lider af skizofreni, blev i 1983 fundet skyldig i brandstiftelse og dømt til psykiatrisk behandling m.v. Efter nye personfarlige handlinger blev han i 1984 i medfør af et farlighedsdekret overflyttet til Sikringsafdelingen, Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland. De følgende mange år er han uændret beskrevet som præget af vrangforestillinger, hallucineret, i udtalt grad præget af følelsesmæssig kontakt-aflukkethed ("autistisk") og med vedholdende pludselig personfarlig adfærd.

Efter forespørgsel fra anklagemyndigheden anbefalede den behandelende overlæge, at den idømte særforanstaltning blev ophævet. Retslægerådet udtalte, at A vedholdende udviste åbenbare sindssygdomssymptomer og personfarlig adfærd, hvorfor rådet anbefalede den idømte foranstaltning opretholdt. Ved retten i S blev særforanstaltningen ophævet med henvisning til, at A fortsat var farlig, og at han derfor ville kunne tilbageholdes på grundlag af psykiatriloven. Byrettens afgørelse blev ikke anket. (A 37791)

Retslægerådet behandlede første gang en sag vedrørende A i 1971, han var da 25 år gammel og sigtet for vold og trusler. Af mentalerklæringen fra 1971 fremgår blandt andet, at A var ... "udgået fra et socialt lavtstående hjem med en drikfældig far, mange børn og fattigdom".

Som barn var han hidsig og havde let ved at komme i slagsmål, i skolen var han uden særlig kontakt med kammeraterne, og han blev som ung betegnet som "noget mærkværdig", "noget for sig selv". Han kom hurtigt ud i kriminalitet, og han afsonede flere frihedsstraffe af måneders varighed. I perioder havde han angiveligt ernæret sig

ved såvel homoseksuel som heteroseksuel prostitution. Han angav sig biseksuel, men ville foretrække den... "der betaler mest". Han havde haft et vist misbrug af såvel alkohol som euforiserende stoffer. Han blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i 1970, og det følgende års tid flyttede han rundt mellem arresthuse, psykiatriske afdelinger og Anstalten ved Herstedvester.

A blev mentalundersøgt under indlæggelse, og Retslægerådet udtalte på grundlag af erklæringen blandt andet, at ... "han må beskrives som meget svært personlighedsafvigende, kontaktsvag, sensitiv, mistroisk og i besiddelse af meget ringe social bæreevne, såle-

des at han siden puberteten næppe har kunnet opnå social tilpasning. På basis af denne personlighedsafvigelse synes der at have udviklet sig sindssygelige tilstande karakteriseret ved stærk uro og stærk aggressivitet samt ved en særdeles massiv afvisning af kontakt med læger og andre, som har søgt at hjælpe ham.“

Retslægerådet fandt videre, at A's "fare for retssikkerheden er under disse sygdomsanfald uberegnelig", hvorfor rådet anbefalede dom til anbringelse i hospital for sindslidende, hvilket også blev resultatet.

I de følgende år afgav Retslægerådet en række udtalelser om A, hvor temaet i høj grad var hans eventuelle farlighed. Anbringelsesdommen blev i 1973 ændret til en behandlingsdom, som blev opretholdt i en årrække, fordi A jævnlige udviste aggressiv og voldelig adfærd, nægtede at modtage behandling m.v.

I 1980 - A var da 33 år gammel - kunne Retslægerådet imidlertid udtale:

”Patienten har indvilget i medikamentel behandling og har nøje fulgt aftalen om dagligt fremmøde, således at man har kunnet kontrollere effekten, der er god. Han beskrives som rolig, venlig uden tendens til aggressive gennembrud. Han har ophold på et sygehjem, til hvis personale han har god kontakt, og det forventes, at den nu givne medikamentelle behandling vil kunne videreføres ved sygesikringslægens og sygehjemmets bistand. Da der ej heller antages at bestå fare for

retssikkerheden, tilrådes den retlige foranstaltning ophævet.”

Foranstaltningen blev ophævet senere samme år. I 1982 blev A sigtet for brandstiftelse, han havde sat ild til sin bolig, fordi han følte sig chikaneret af naboerne. Han blev på ny mentalundersøgt under indlæggelse, og i erklæringens konklusion hedder det blandt andet:

...“Da denne (den tidligere særforanstaltning, Retslægerådets bemærkning) blev ophævet i 1980, ansås regelmæssig medicinindtagelse stadig for påkrævet, men den behandlende psykiater skønnede på baggrund af de for ham dengang foreliggende oplysninger, at den komplikationsfrit ville kunne videreføres hos observandens praktiserende læge. Det har imidlertid vist sig, at observandens kontakt til lægen har været yderst sporadisk og alene overladt til observandens eget initiativ, og at det derfor har været aldeles uvist, i hvilket omfang han har modtaget en adækvat antipsykotisk behandling. Det har efter det udefra oplyste om observanden været åbenbart, at han i månederne før den påsigtede lovovertrædelse har været psykisk noget dårligere, bl.a. præget af rysten, og umiddelbart før blev han anset for “meget syg”, tydende på, at den antipsykotiske behandling i denne periode har været ineffektiv. Dette underbygges også af observandens egne udtalelser og optegnelser.“

Retslægerådet udtalte på grundlag af erklæringen blandt andet:

“A er nu fundet at være i en tilstand,

hvor det er tvivl underkastet, hvilken psykisk lidelse han frembyder tegn på at lide af, men det skønnes mest sandsynligt, at han, der under observationen har været i antipsykotisk medikamentel behandling, fremdeles er sindssyg eller i en såkaldt grænsepsykotisk tilstand, der har lighed med skizofreni.” ...”Retslægerådet kan tiltræde overlæge B’s skøn, hvorefter A næppe kan anses for at frembyde nogen betydelig fare for retssikkerheden under forudsætning af, at der er sikret optimal psykiatrisk - derunder psykofarmakologisk behandling - og social støtte samt passende beskyttet bolig.“

Rådet anbefalede herefter i overensstemmelse med overlægen dom til psykiatrisk behandling på et hospital m.v., hvilket også blev resultatet. A var indlagt fra maj 1983 til marts 1984, og under medikamentel behandling bedredes tilstanden væsentligt, således at udskrivning til daghospitalsstatus blev mulig; men senere samme år kom A ind i et alkoholmisbrug, og den psykiske tilstand forværredes hurtigt. Han gav udtryk for impulser til brandstiftelse, hvilket ængstede ham, men han mistede snart efter sygdomserkendelse og sygdomsfølelse og reagerede udpræget aggressivt, da man ville tilbageholde ham på hospitalet, idet han tog kvælertag, dels på en medpatient, dels på en plejeperson og truede med fortsat at ville foretage sådanne kvælningsforsøg, indtil en person var dræbt.

Hospitalet anmodede om, at A i medfør af et farlighedsdekret blev overflyttet til Sikringsanstalten, og Retslægerådet udtalte på grundlag af erklærin-

gen blandt andet, at A er ...”klart sindssyg, hallucineret, præget af vrangforestillinger og psykotisk tankegang. Da A således er sindssyg og ved sit handlemønster har vist sig at være til betydelig fare for andres liv, finder Retslægerådet overflytning til den til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede Sikringsanstalt fornøden.“

A har herefter uafbrudt opholdt sig på Sikringsafdelingen, og han er i talrige erklæringer beskrevet vedvarende at udvise åbenbare sindssygdomssymptomer samt at være præget af en uforudsigelig personfarlig adfærd, hvor han jævnligt har overfaldet personale og medpatienter.

Ved forespørgsler har Retslægerådet da også tiltrådt den behandlende overlæges anbefaling af, at farlighedsdekret opretholdes.

I 1998 forespurgte anklagemyndigheden (igen) den behandlingsansvarlige overlæge, om det fandtes formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser at opretholde den idømte særforanstaltning (det vil sige dom til behandling).

Overlæge K afgav erklæring og anførte blandt andet:

“Patienten har siden 1984 været indlagt i Sikringsafdelingen i henhold til farlighedsdekret. Han er dybt psykotisk og udviser til stadighed personfarlig adfærd og der er derfor ingen mulighed for, at patienten forlader Sikringsafdelingen foreløbig, og han skal formodentlig opholde sig der endnu en længere årrække. Svaret på,

hvorvidt det findes formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser at opretholde den idømte foranstaltning må derfor besvares med et klart nej. Patienten er af ganske andre grunde end den pådømte kriminalitet anbragt under særdeles restriktive forhold, der ganske effektivt vil forhindre ham i at begå nye lovovertrædelser af hvilken som helst karakter, og den idømte foranstaltning synes således ganske uden mening, idet man må anse, at patienten, også hvis han nogensinde skulle forlade Sikringsafdelingen, vil blive tilbageholdt i en psykiatrisk institution alene med baggrund i psykiatriloven, da han er kronisk sindssyg og indtil videre ikke viser tegn på bedring.“

Retslægerådet udtalte blandt andet: “Han er fortsat i udtalt grad sindssyg, og han udviser fortsat personfarlig adfærd. Det må antages, at han fortsat skal have ophold på Sikringsafdelingen, men da han uændret udviser åbenbare sindssygdomssymptomer og personfarlig adfærd, finder Retslægerådet at måtte anbefale, at den idømte foranstaltning opretholdes.“

Ved Retten i S' kendelse den xx.xx.xx blev den i maj 1983 idømte særforanstaltning ophævet. I udskrift af dombogen anfører retten som begrundelse: “Efter oplysninger i sagen må det antages, at domfældte fortsat er farlig og at han fortsat vil kunne tilbageholdes på grundlag af reglerne i psykiatriloven. Som følge af den meget lange tid, som er hengået siden dommen, sammenholdt med omfanget af den frihedsberøvelse, som domfældte kun-

ne forventes at være blevet idømt, hvis han havde været egnet til sædvanlig straf, anses det for rettest at foranstaltningen ophæves. Der er ikke hermed taget stilling til, om de handlinger (det vil sige kvælertag på personalet og medpatienter, Retslægerådets bemærkning), som er beskrevet af den konstituerede overlæge, vil kunne begrunde foranstaltninger i medfør af straffeloven.“

Det fremgår endvidere af dombogen, at anklagemyndigheden ikke havde nedlagt nogen påstand. Byrettens dom blev ikke anket.

Kommentar:

Sagen omhandler den specielle, men ikke helt usædvanlige situation, at en sindssyg person, der er idømt en særforanstaltning, efterfølgende i medfør af et farlighedsdekret (psykiatrilovens § 40) er anbragt på Sikringsafdelingen. A var trods intensiv behandling igennem mange år fortsat farlig, idet han jævnlige og fuldstændigt umotiveret overfaldt personale eller medpatienter med kvælertag. Disse overfald var aldrig blevet anmeldt, og dermed strafretligt behandlet, formentligt fordi det har været åbenbart, at A under alle omstændigheder skulle forblive på Sikringsafdelingen. Det er Retslægerådets opfattelse, at så længe en sindssyg person opfylder kriterierne for indlæggelse på Sikringsafdelingen i medfør af et farlighedsdekret, det vil sige at den pågældende ...”vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare”, bør en særforanstaltning ikke ophæves. Begrundelsen er, at en patients tilstand

kan bedres i en sådan grad, at det anførte farekriterium i psykiatrilovens § 40 ikke længere er opfyldt, således at et farlighedsdekret må ophæves. Patienten vil så blive udskrevet fra Sikringsafdelingen, men det videre forløb må så afklare, hvorvidt patientens psykiske tilstand også er blevet så god, at det er forsvarligt at ophæve en idømt særforanstaltning. Det er Retslægerådets opfattelse, at bestemmelserne om tvangsindlæggelse i psykiatriloven i en række tilfælde ikke vil være tilstrækkelige til at forebygge personfarlig adfærd. En sindssyg person vil kunne tvangsindlægges, såfremt den pågældende frembyder en aktuel fare for andre, medens en person med en behandlingsdom eller en dom til ambulantly behandling med mulighed for indlæggelse vil kunne indlægges i medfør af foranstaltningen, såfremt der for ek-

sempel på grund af medicinsvigt er holdepunkter for at antage, at patientens psykiske tilstand vil forværres, således at personfarlig adfærd er en risiko. Det gælder ikke mindst for patienter, der i medfør af et farlighedsdekret har været anbragt på Sikringsafdelingen, idet de pågældende tidligere har demonstreret en af deres psykotiske tilstand betinget meget alvorlig fare for andre.

Denne sag lægger ligesom andre sager i denne årsberetning om tidsbegrænsning af de psykiatriske særforanstaltninger og proportionalitet op til en øget anmeldeshyppighed af mulige straflovsovertrædelser begået af sindssyge, hvilket efter Retslægerådets opfattelse næppe er til ubetinget gavn for disse patienter.

Forvaring – proportionalitet

D blev første gang dømt for voldtægt, da han var 15 år gammel. Han var efterfølgende flere gange idømt langvarige fængselsstraffe for vold, voldtægt m.v.. Han blev igen i 1990 sigtet for forsøg på voldtægt og forsøg på manddrab, han nægtede sig skyldig. Retslægerådet konkluderede i lighed med tidligere, at D var personlighedsmæssigt i betydelig grad afvigende, og rådet anbefalede forvaring, idet D fandtes farlig, jf. straffelovens § 70. D blev frifundet for forsøg på voldtægt og blev alene dømt for vold og trusler. Højesteret stadfæstede landsrettens dom til forvaring (UfR 1991.570H). D ansøgte nu om ophævelse af foranstaltningen med henvisning til proportionalitetsmæssige betragtninger. Retslægerådet tilsluttede sig overlægens konklusion om, at D fortsat måtte vurderes som farlig, og rådet kunne ikke anbefale nogen ændring af den idømte foranstaltning. Rådets vurdering var alene baseret på de lægelige oplysninger, og proportionalitet, som er et rent juridisk anliggende, vil ikke indgå i rådets overvejelser. Blandt andet med henvisning til de lægelige udtalelser stadfæstede landsretten byrettens kendelse om, at fortsat forvaring var nødvendig for at forebygge personfarlig kriminalitet (UfR 2000.1419V). Højesteret tilsluttede sig landsrettens begrundelse og stadfæstede kendelsen. (A 38060)

D er en nu cirka 40-årig mand, som er idømt forvaring. Retslægerådet afgav første gang udtalelse om D i 1980, og rådet har siden afgivet en række udtalelser, hvis konklusioner enslydende har været, at D er fundet personlighedsmæssigt afvigende i betydelig grad.

Der er i årenes løb udarbejdet flere mentalklæringer og andre speciallægeklæringer vedrørende D. Resumerende skal anføres, at D er født af samlevende forældre i et middelklasse-miljø. Efter realeksamen påbegyndte han en faglig uddannelse, som blev afbrudt på grund af afsoning, men som han afsluttede under en senere afso-

ning. Han har i et års tid i 1980'erne arbejdet inden for faget, men herudover har han ingen erhvervs erfaring. D har aldrig frembudt betydende legemlige sygdomme eller symptomer.

D boede i en periode som helt ung sammen med en jævnaldrende kvinde, og efterfølgende har han haft nogle få samlivsforhold. Under en afsoning blev han gift med en medindsat, men ægteskabet blev opløst efter et års tid. D blev 15 år gammel idømt en betinget dom for at have voldtaget en 14-års pige. Han blev efterfølgende institutionsanbragt med henblik på at færdiggøre sin skolegang. Det blev fra sko-

len blandt andet oplyst, at han kunne udvise meget voldsom adfærd især overfor mindre elever. I 1980 blev D idømt fængsel i otte år efter at være fundet skyldig i en række forhold begået over en periode på cirka fem måneder - vold mod to kvinder, fuldbyrdet voldtægt, hvor D med en kniv tiltvang sig samleje, overfald på en 19-årig kvinde samt endelig voldtægt mod en 24-årig kvinde, som han med magt førte ned i en kælder, væltede omkuld, beordrede til at klæde sig af, hvorefter han to gange mod hendes vilje tiltvang sig samleje med hende. Efterfølgende forsøgte han at dræbe kvinden, idet han blandt andet svøbte hendes jakke om hendes hals og trak til, således at hun mistede bevidstheden, ligesom han tildelte hende adskillige slag og spark. Kvinden pådrog sig blandt andet talrige punktformede blødninger overalt i ansigtet og i bindehinderne, ribbensbrud, lunge-læsion og luftansamling i brysthulen samt dobbeltbrud af underkæben i højre side.

I 1986 blev D idømt en straf af fængsel i seks år for voldtægt og anden kønslig omgængelse end samleje. Han havde overfaldet en 21-årig kvinde og blandt andet strammet en medbragt snor om halsen på hende, hvorefter han voldtog hende m.v.

I 1990 blev D sigtet for forsøg på voldtægt og forsøg på manddrab. De påsigtede forhold var begået godt to måneder efter, at D var blevet prøveløsladt. D blev i anledning af sigtelsen igen mentalundersøgt. Mentalerklæringen blev forelagt Retslægerådet, der i lighed med tidligere fandt D person-

lighedsmæssigt afvigende, blandt andet holdningsløs og præget af manglende impuls kontrol. Rådet fandt som den mentalobserverende speciallæge D omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men rådet kunne ikke, såfremt han fandtes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf. Afslutningsvis udtalte rådet, at ... "D må antages at frembyde en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme og helbred, at tidsbestemt forvaring, jf. straffelovens § 70, er påkrævet for at forebygge denne fare."

D nægtede sig skyldig, og sagen blev behandlet ved nævningeting. Nævningerne svarede ja til det første hovedspørgsmål - at D var skyldig i forsøg på manddrab - men nej til det andet hovedspørgsmål, hvorvidt D var skyldig i forsøg på voldtægt. De juridiske dommere tilkendegav herefter ikke at kunne tiltræde nævningenes besvarelse af det første hovedspørgsmål, hvorefter nævningerne besvarede et subsidiært hovedspørgsmål, hvorvidt D var skyldig i overtrædelse af straffelovens § 244, vold, og § 266, trusler, bekræftende. Landsretten idømte herefter D forvaring i medfør af straffelovens § 70. D ankede til Højesteret med påstand om, at der blev fastsat en tidsbestemt straf. Tre dommere stemte for stadfæstelse af dom til forvaring med henvisning til ... "de omstændigheder, hvorunder tiltalte har udøvet den forbrydelse, har nu er fundet skyldig i". To dommere stemte for at fastsætte straffen til en fællesstraf af fængsel i tre år med den begrundelse, at D ... "alene (er) fundet skyldig i overtrædelse af

straffelovens § 244 og § 266.” Landsrettens dom blev således stadfæstet. (UfR 1991.570H)

D anmodede i 1996 om ophævelse af foranstaltningen. Sagen trak i langdrag, fordi D nægtede at lade sig overføre til Anstalten ved Herstedvester med henblik på en fornyet psykiatrisk undersøgelse (se nedenfor). Det langvarige sagsforløb blev senere et selvstændigt punkt, som Højesteret i en kendelse i 2000 tog stilling til med følgende bemærkning: ”Den lange sagsbehandlingstid ved byretten skyldes i det væsentlige D’s modvilje mod at medvirke til udarbejdelse af en farlighedsvurdering ved Anstalten ved Herstedvester til brug for sagens behandling. På denne baggrund finder Højesteret, at sagsbehandlingstiden ikke har medført en krænkelse af D’s rettigheder i medfør af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, herunder dens art. 5, stk. 4.”

Ved sagens aktuelle forelæggelse for Retslægerådet forelå en erklæring fra overlæge F, Anstalten ved Herstedvester. Af erklæringen fremgår blandt andet, at D efter at være blevet idømt forvaring opholdt sig i Anstalten ved Herstedvester. Han havde i en kort periode samtale med psykiater, men han angav, at han ikke havde behov for psykiatrisk behandling, og da han yderligere angav sig uskyldigt dømt, fandt han heller ikke, at han havde behov for at tale om den kriminalitet, han var dømt for. Hans forhold til personalet var anspændt, og ved forkyndelse af afgørelser, som gik ham imod, kunne han reagere med affektreak-

tioner. Da problemerne tiltog, blev D overflyttet til afsoning i et andet lukket fængsel. Her var der det første år ingen væsentlige problemer, men senere måtte han på grund af trusler enrumsanbringes. Han blev forsøgt motiveret for tilbageførsel til Anstalten ved Herstedvester, men dette nægtede han, hvorefter han blev overført til fortsat afsoning i et tredje fængsel. I 1997 erklærede D sig indforstået med at medvirke ved et behandlingsforsøg, dog under ingen omstændigheder i Anstalten ved Herstedvester. D blev forsøgt indlagt på to forskellige psykiatriske afdelinger, men disse afviste at modtage ham. Det blev herefter besluttet, at D skulle overføres til Anstalten ved Herstedvester.

Af erklæringen fremgår videre, at D under opholdet ikke frembød egentlige disciplinære problemer. Han fremtrådte rolig og velovervejet, men med en kølig og distancerende kontakt til det uniformerede personale. Han accepterede at medvirke ved en psykologisk testning, men han var i forbindelse med testen i udtalt grad garderet. Han fandtes ved undersøgelsen normalt begavet uden tegn på sindssygdom. Da han havde været så garderet i forbindelse med testen, var det ikke muligt at give en nuanceret personlighedsbeskrivelse, men prøveresultaterne pegede på, at ...”al drifts- og følelsesliv holdes tilbage i et rigidt, uelastisk forsvar. Denne overkontrol afspejler, at D ikke råder over modulerede adfærdsformer mellem total kontrol og kontroltab. Drifter og impulser finder således ikke naturligt afløb, hvilket med stor sandsynlighed afstedkommer en

ophobning med risiko for affektgen-nembrud ved kontroltab.”

D fastholdt, at han ikke var dømt for sædelighedskriminalitet, og han afviste derfor eventuel behandling med kønsdrift-dæmpende medicin. Det lykkedes kun at gennemføre nogle få og ganske kortvarige samtaler med D, der reagerede med voldsomme affektudbrud, hvor han forlod samtalelokalet efter få minutter. Hverken ved personalets observationer eller ved de korte sam-taler, det lykkedes at gennemføre med D, fandtes grundlag for at antage, at han var sindssyg.

Erklæringen konkluderede blandt andet, at D ...”virker uengageret og overfladisk i sit forhold til andre mennesker. Ved mindste provokation bliver han ironisk og sarkastisk og i en sådan situation kan tilstanden meget hurtigt udvikles, således at D’s kropssprog giver udtryk for en intens vrede med bleghed og dirrende mundvige. Trods mange forsøg har det ikke på noget tidspunkt været muligt at skabe en nogenlunde neutral kontakt til anstaltens behandlere. Snarere tværtimod er hans forhold til behandlerne blevet mere anstrengt igennem årene. Man finder således, at D fortsat er personfarlig, og at han behandlingsmæssigt er uden for rækkevidde alene ved psykoterapeutisk behandling, såfremt denne ikke suppleres med kønsdrift-dæmpende medicin.”

Retslægerådet bemærkede i sin udtalelse indledningsvis, at D kun i begrænset omfang havde ønsket at medvirke ved undersøgelsen, som derfor var

behæftet med en vis usikkerhed. Her-efter hedder det: ”D har på intet tids-punkt frembudt sindssygdomssymp-tomer, og heller ikke ved den nu fore-tagne undersøgelse er han fundet sinds-syg. Han er normalt begavet. Person-lighedsmæssigt er han fortsat i betyde-lig grad afvigende, blandt andet stiv og stejl, subjektiv i sine synspunkter med udtalt tendens til at forbise og benægte egne problemer, samt præget af mang-lende evne til at indleve sig i andre menneskers følelser og behov. Han er hertil præget af en lav frustrationstær-skel med ledsagende letvakt tendens til voldsom affektspændthed. Han har på intet tidspunkt været motiveret for psykiatrisk/psykologisk behandling. Ved en samlet vurdering kan Retslæ-gerådet herefter ikke anbefale den idømte foranstaltning ophævet.”

Efterfølgende bestemte byretten, at D’s anmodning om ophævelse af den idømte foranstaltning ikke kunne tages til følge. D appellerede til landsretten, der udtalte: ”Det må, som hævdet af kæreendes advokat, antages, at der i dag er et misforhold mellem længden af den ubetingede fængselsstraf, kærende ville være blevet idømt for den forbry-delse, han ved dommen af 13. decem-ber 1990 blev fundet skyldig i at have begået, og den tid, kærende siden da har været undergivet forvaring.

Det er imidlertid ikke i straffelovens § 72 bestemt – og det fremgår ikke af bestemmelsens forarbejder – at dette forhold skal være afgørende for, om foranstaltninger efter straffelovens § 70 om forvaring skal ændres eller ophæ-ves.

I den foreliggende sag ville den forbrydelse, kærende blev fundet skyldig i ved dommen af 13. december 1990, ikke isoleret set have kunnet begrunde, at kærende var blevet dømt til forvaring. Dommen til forvaring blev begrundet med henvisning til de lægelige erklæringer, til kærendes tidligere kriminalitet og til de omstændigheder, hvorunder kærende havde udøvet den forbrydelse, han aktuelt blev fundet skyldig i. Det fremgår af sagen, at kærende tidligere i perioden 1975-1986 ved tre domme var blevet straffet for grov voldtægt, hvoraf det ene tilfælde – i 1980 – blev fuldbyrdet under omstændigheder, som begrundede, at kærende tillige blev dømt for forsøg på manddrab.

Ud fra den nu foreliggende lægelige bedømmelse af kærendes fortsatte personfarlighed og baggrunden herfor lægger landsretten til grund, at risikoen for, at kærende vil begå ny personfarlig kriminalitet, i meget høj grad er begrundet i kærendes seksualtrang, som han har nægtet at tage kønsdriftdæmpende medicin imod. Det tiltrædes derfor, at forvaring fortsat må antages at være nødvendig for at forebygge yderligere kriminalitet fra kærendes side.

Landsretten stadfæster derfor med denne begrundelse den påkærede kendelse.” (UfR 2000.1419V).

Procesbevillingsnævnet gav tilladelse til, at landsrettens kendelse blev påkæret til Højesteret. Højesteret stadfæstede landsrettens kendelse med følgende bemærkning: ”Af de grunde landsretten har anført, finder Højeste-

ret, at forvaring fortsat må anses for nødvendig for at forebygge væsentlig fare for personfarlig kriminalitet, jf. straffelovens § 70, stk. 2, nr. 2. Højesteret stadfæster derfor kendelsen.”

Kommentar:

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger flere gange omtalt farlighedsvurderinger af ikke-sindssyge. Der henvises til årsberetningen for 1997, som indeholder et register for tiåret 1988-1997. Rådet måtte i 1990 uden forbehold udtale, at D var farlig, hvorfor rådet anbefalede anvendelse af forvaring. Ved den efterfølgende nævningesag blev D imidlertid alene fundet skyldig i vold og trusler, men ikke i forsøg på voldtægt og forsøg på manddrab. Han blev imidlertid efter en samlet vurdering idømt forvaring, hvilket Højesteret stadfæstede med dommerstemmerne 3-2. Mindretallet i Højesteret fandt, at D burde idømmes tre års fængsel.

Under den efterfølgende frihedsberøvelse måtte D flyttes mellem forskellige fængsler på grund af vold og trusler. Han blev tilbageført til Anstalten ved Herstedvester med henblik på en farlighedsvurdering. Her fastholdt han, hvilket formelt er korrekt, at han ikke var dømt for sædelighedskriminalitet, og han var fuldstændig afvisende over for enhver form for behandling. Personlighedsmæssigt fandtes han uændret fra 1990, og Retslægerådet kunne ved en samlet vurdering derfor ikke anbefale den idømte foranstaltning (forvaring) ophævet. D appellerede byrettens kendelse om, at foranstaltningen skulle opretholdes, til lands-

retten, der begrundet, hvorfor fortsat forvaring – på trods af proportionalitetsmæssige betragtninger – var nødvendig. Højesteret stadfæstede landsrettens kendelse med henvisning til landsrettens begrundelse.

D havde været frihedsberøvet i cirka 10 år, da sagen om spørgsmålet om ophævelse af den idømte forvarings-

dom blev forelagt rådet. D påstod foranstaltningen ophævet blandt andet med henvisning til proportionalitetsmæssige betragtninger. Retslægerrådet vil i disse sager alene udtale sig på grundlag af en lægefaglig vurdering, og proportionalitetsmæssige hensyn vil derfor ikke indgå i rådets overvejelser eller udtalelse.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Rådet har i 2000 behandlet 27 sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. I 1998 og 1999 var antallet henholdsvis 110 og 30 sager. Der var i 2000 6 sager om overførelse til Sikringsafdelingen ved Nykøbing Sjælland (farlighedsdekreter) og 20 sager om ophævelse heraf. Der har ikke i 2000 været foretaget nogen praksisændring. Sagsbehandlingstiden i Retslægerådet har gennemsnitligt været cirka 3 uger. Fra rådets behandling af disse sager skal der fremdrages to sager.

A 38132

Frihedsberøvelse af patient med nervøs spisevægring. Manglende overholdelse af tidspunkter for efterprøvelse af tvangstilbageholdelse.

En yngre kvinde, som led af svær nervøs spisevægring, blev tvangsindlagt og tvangstilbageholdt. Hun klagede efterfølgende over frihedsberøvelsen. Hun vejede ved indlæggelsen 30 kg, og hendes voldsomme underernæring havde medført forstyrrelser af stofskiftet og af de bloddannende organer. Det stedlige patientklagenævn havde godkendt tvangsindlæggelsen, som patienten indbragte for byretten, der ligeledes godkendte tvangsindlæggelsen. Patienten ankede herefter til landsretten, der forelagde sagen for Retslægerådet. Rådet udtalte blandt andet, at kvindens realitetsopfattelse var så forstyrret, at hun var sindssyg eller befandt sig i en hermed ganske ligestillet tilstand. Landsretten tilsluttede sig denne opfattelse, at nervøs spisevægring (anorexia nervosa) i et så alvorligt tilfælde som det foreliggende måtte opfattes som

sindssygdom eller en hermed ganske ligestillet tilstand. Landsretten fandt således de materielle betingelser for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse opfyldt, men efterprøvelsen af frihedsberøvelsen havde ikke fundet sted på de i loven fastsatte tidspunkter, det vil sige 3., 10. og 30. dagen efter en foretagen tvangstilbageholdelse. Den psykiatriske afdeling havde foretaget efterprøvelsen på andre datoer. Landsretten kendte tvangsindlæggelsen lovlig, men kendte tvangstilbageholdelsen i perioderne imellem den formelle og den faktiske dato for efterprøvelsen ulovlig. Retslægerådet vil som udgangspunkt alene foretage en klinisk vurdering, det vil sige vurdere de materielle betingelser, idet det er en juridisk opgave at vurdere, hvorvidt de formelle betingelser for frihedsberøvelse er opfyldt. (A38132) (Sagen er omtalt i UFR 2000.1623)

K er en nu 30-årig kvinde, der første gang blev indlagt på grund af nervøs spisevægring, da hun var 17 år gammel. Sygdommen har været meget vanskelig at behandle, og på trods af

en række langvarige indlæggelser, herunder på specialafsnit, var det ikke lykkedes at få den under kontrol. K havde i perioder været indlagt i svært undervægtig, livstruende tilstand med påvirkning af stofskifte og knoglemarv. Fra 1997 til 1998 var hun indlagt i 13 måneder på den stedlige psykiatriske afdeling, og ved udskrivning blev aftalt en opfølgende ambulanskontakt, som K imidlertid udeblev fra. Et år senere henvendte K's moder sig til den psykiatriske afdeling og udtrykte bekymring over datterens tilstand. K blev 24.02.xx af egen læge tvangsindlagt på behandlingsindikation og efterfølgende tvangstilbageholdt. På grund af hendes svært påvirkede legemlige helbredstilstand blev K på indlæggelsesdagen overført til en medicinsk afdeling efter aftale mellem den psykiatriske og den medicinske overlæge. Hun blev 30.03.xx tilbageflyttet til psykiatrisk afdeling, hvor tvangstilbageholdelsen blev opretholdt frem til 06.04.xx, hvorefter hun fortsatte indlæggelsen frivilligt.

Af overlæge A's udtalelse til patientklagenævnet i forbindelse med klage over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse fremgår blandt andet, at K ved indlæggelsen vejede 30,3 kg, hun er 171 cm høj. Der var tydelig påvirkning af blodbilledet med risiko for infektioner til følge. K havde ikke haft menstruation siden hun var 16 år gammel som tegn på svære hormonelle forstyrrelser. Hun var uden erkendelse eller forståelse for den livstruende situation, som hendes ekstreme afmagring hensatte hende i. Den eneste føde, hun mente at kunne indtage, var frugt

og grønt, idet hun var "veganer", det vil sige, hun ville ikke indtage nogen form for animalske produkter. Overlægen konkluderede, at K's psykiske tilstand og realitetstestning var så svært invalideret, at tilstanden måtte sidestilles med sindssygdom, og at det skønnedes uforsvarligt ikke fortsat at frihedsberøve K med henblik på tvangsbehandling af den livstruende legemlige tilstand.

Patientklagenævnet godkendte tvangsindlæggelsen, som efterfølgende blev påklaget til byretten. Denne kendte ligeledes tvangsindlæggelsen lovlig, hvorefter sagen blev anket til Landsretten. I denne forbindelse blev sagen forelagt Retslægerådet, der 20.12.xx blandt andet udtalte: "...at K to gange tidligere har været indlagt på psykiatrisk afdeling på baggrund af nervøs spisevægring. Allerede 16 år gammel blev hun indlagt første gang med nervøs spisevægring og har siden da været indlagt en række gange, herunder på specialafdeling på ... hospital på grund af en svært behandlelig nervøs spisevægring, der i perioder har været livstruende. I 1993 var hun indlagt på medicinsk afdeling ... svært undervægtig med påvirket stofskifte og påvirkning af blodlegemerne. Fra1997 til1998 var hun atter indlagt på psykiatrisk afdeling..., igen i svært afmagret tilstand med udtalte legemlige påvirkninger som følge heraf. Ved udskrivningen blev aftalt fortsat ambulanskontakt. 24.02.xx blev hun genindlagt ved tvang på psykiatrisk afdeling... og samme dag overflyttet til medicinsk afdeling med henblik på tvangsbehandling på grund af nervøs spise-

vægring. Hun vejede ved ankomsten 30 kg. Tilstanden var livstruende, og hun måtte ernæres via sonde. Hun fandtes ved indlæggelsen ekstremt afmagret med påvirkning af blodbilledet, hvilket kunne give stor risiko for infektioner, og med ophørte menstruationer. Hun var ude af stand til at erkende og forstå den livstruende situation, som den ekstreme afmagring hensatte hende i, og gav udtryk for, at hun følte sig uren ved fødeindtagelse. Hendes realitetstestning var således på indlæggelsestidspunktet og efterfølgende svært læderet.

Efter Retslægerådets opfattelse var K på tidspunktet for tvangsindlæggelsen sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom og samtidig til fare for sig selv, idet hun befandt sig i en tilstand, der uden behandling var livstruende. Det ville således have været uforsvarligt at undlade tvangsindlæggelse med henblik på behandling. Ligeledes ville det have været uforsvarligt ikke at opretholde tvangsindlæggelsen, indtil behandling var institueret, således at hun ikke længere befandt sig i en livstruende tilstand”.

Landsrettens afgørelse var følgende: ”Den indankede dom stadfæstes med den ændring, at tvangstilbageholdelsen af appellantens i perioderne 6.-9.3., 16.-19.-3. og 26.3.-6.4.xx kendes ulovlig, mens tvangstilbageholdelsen i øvrigt kendes lovlig”.

Det fremgår af rettens begrundelse, at K måtte antages at have befundet sig i en tilstand, der i henhold til psykiatri-

loven og dens forarbejder ganske må ligestilles med sindssygdom, og at en ambulant behandling, som ønsket af K, i den foreliggende situation med betydelig sandsynlighed kunne være livstruende. Landsretten stadfæstede derfor byrettens afgørelse vedrørende tvangstilbageholdelsen. Landsretten fandt videre, at de materielle betingelser for tvangstilbageholdelsen frem til 06.04.xx var opfyldte. Imidlertid bemærkede landsretten, at efterprøvelsen af frihedsberøvelsen skulle have fundet sted d. 27.2., 6.3., 16.3. og 26.3.xx, medens efterprøvelse faktisk fandt sted 27.2., 9.3., 19.3. og herefter ikke. Da de formelle betingelser for frihedsberøvelse ikke var opfyldt, fandtes tvangstilbageholdelsen ulovlig i perioderne mellem det formelle tidspunkt for efterprøvelse og det reelle tidspunkt for efterprøvelsen, medens tvangstilbageholdelsen i de øvrige perioder fandtes lovlig.

Kommentar:

Principbetænkning om tvang i psykiatrien (betænkning 168/86) nævner, at visse principielt ikke sindssygelige tilstande under særlige omstændigheder må opfattes som sindssygdomme eller tilstande, der ganske kan ligestilles hermed. En af disse psykiske lidelser er nervøs spisevægring (anorexia nervosa). I den her refererede sag vejede patienten, da hun blev tvangsindlagt, 30 kg, og hendes udtalte underernæring havde bragt hende i en livstruende tilstand, hvor blandt andet stofskifte og de bloddannende organer var påvirket. Hun var uden forståelse for sin alvorlige tilstand, og Retslægerådet kunne tilslutte sig overlægens vurdering af, at hendes realitetsopfattelse var så kom-

promitteret, at hun måtte opfattes som sindssyg eller som befindende sig i en tilstand, der ganske kan ligestilles med sindssygdom. Det var hertil åbenbart, at hendes livstruende tilstand medførte, at farekriteriet i psykiatriloven var opfyldt. Såvel patientklagenævnet som byretten og landsretten tilsluttede sig vurderingen af, at både sindssygdomskriteriet som farekriteriet, det vil sige de materielle betingelser for frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, var opfyldte.

En frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven skal efterprøves på nogle i psykiatriloven fastsatte tidspunkter, 3., 10. og 30. dagen efter en foretagen frihedsberøvelse. Den psykiatriske afdeling havde foretaget denne efterprøvelse på nogle andre tidspunkter, og landsretten kendte herefter tvangstilbageholdelsen i perioderne mellem det formelle og det reelle tidspunkt for efterprøvelsen ulovlig.

Retslægerådet vil som udgangspunkt alene foretage en vurdering af, hvorvidt de materielle betingelser for frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven, det vil sige sygdomskriteriet samt helbreds- eller farlighedskriteriet, er opfyldt, idet det er et juridisk spørgsmål at vurdere, hvorvidt de formelle kriterier er opfyldt samt at tage stilling til, hvilke konsekvenser det må have for lovligheden af en frihedsberøvelse, såfremt de formelle betingelser i et eller andet omfang ikke er opfyldt. I denne sag valgte retten som anført at kende tvangstilbageholdelsen for lovlig bortset fra nogle korte perioder mellem tidspunkterne for den formelle og den reelle efterprøvelse.

A 38626
Langvarig
tvangstilbageholdelse.
Dissens.

Psykiatriloven angiver ikke nogen længstetid for frihedsberøvelse i form af tvangstilbageholdelse, og varigheden af en tvangstilbageholdelse er umiddelbart en lægelig vurdering, der bygger på en patients kliniske tilstand. Den lægelige afgørelse kan imidlertid indklages i henhold til det almindelige klagesystem, det vil sige til patientklagenævn, hvis afgørelse kan ankes til byret og videre til landsret. I den foreliggende sag er der tale om en tvangstilbageholdelse på både behandlings- og fareindikation igennem 6 år af en mand med en meget svært behandlelig kronisk skizofren tilstand. Rådet fandt sagen af så principiel betydning, at den blev behandlet af samtlige rådets psykiatere. Der blev afgivet dissens, idet fem af rådets medlemmer kunne tiltræde 6 års tvangstilbageholdelse og anbefale fortsat tvangstilbageholdelse, hvorimod to af medlemmerne kunne tiltræde den foretagne tvangstilbageholdelse, men disse to medlemmer fandt ikke, at betingelserne for fortsat tvangstilbageholdelse var til stede. Under sagens behandling i rådet blev det overvejet, om anvendelse af udskrivningsaftale eller koordinationsplan i henhold til psykiatriloven kunne være en mulighed for en mere intensiv opsøgende indsats ved behandlingssvigt i forbindelse med udskrivning.

Patientklagenævn, byret og landsret godkendte den foretagne tvangstilbageholdelse samt en fortsættelse af denne. (A 38626)

B er en 49-årig mand, der siden 20-års alderen talrige gange har været indlagt på psykiatriske afdelinger under diagnosen skizofreni. Han er født og opvokset de første 11 år af sit liv i udlandet, og herefter flyttede han med forældrene til Danmark. Han har 8 års skolegang og en håndværksuddannelse. Han blev indlagt i psykiatrisk afdeling første gang i 1971. På trods af sin sygdom synes han i et vist omfang i en årrække at have klaret sig socialt, idet han i nogle år arbejdede inden for sit erhverv, og siden frem til 1987 havde forskellige former for ufaglært arbejde. Han har været gift i 9 år og har i ægteskabet en datter, som han har mistet kontakten til. Han fik tildelt førtidspension i 1988. Fra slutningen af 1980-erne synes hans sygdom stedse at være blevet forværret, og han har været præget af svære tanke- og adfærdsforstyrrelser, vrangforestillinger, samt aggressiv, truende og voldelig adfærd. Han har siden da stort set permanent været indlagt i psykiatrisk afdeling. To gange i begyndelsen af 1990-erne blev han forsøgt placeret på socialpsykiatrisk boinstitution, men denne placering måtte begge gange opgives. B blev 05.09.94 indlagt på X sygehus, idet han blev overflyttet fra Y sygehus. Ved overflytningen forlangte han sig udskrevet, men blev tvangstilbageholdt på såvel behandlings- som fareindikation. Tvangstilbageholdelsen, som løbende er blevet efterprøvet, har siden været opretholdt.

B klagede 02.03.00 via sin patientrådgiver skriftligt over tvangstilbageholdelsen. Ved efterfølgende samtale med den behandlende læge tilkendegav B imidlertid, at han ikke ønskede at klage

over tvangstilbageholdelsen, men i stedet ønskede at klage over, at han følte sig snydt for adskillige millioner, idet han var beslægtet med Elvis Presley. Efterfølgende tilkendegav han så over for patientrådgiveren, at han "ikke ønsker ændring af det bestående", hvilket blev tolket som, at han alligevel ønskede at klage over tilbageholdelsen, om end han også anførte, at tvangstilbageholdelsen er noget, "vi bliver enige om".

Af erklæringer, udarbejdet af overlæge S i forbindelse med klagen over tvangstilbageholdelse, fremgår blandt andet, at B er lidende af en svær kronisk skizofren tilstand. Han er præget af vedvarende hørelsesshallucinationer og af vrangforestillinger af storhedskarakter, herunder om at være søn af Elvis Presley. Endvidere rummer han en række kropslige vrangforestillinger med en heraf følgende selvbeskadigende adfærd, eksempelvis ved at rense sit urinerør med en piberenser. Han har påvirkningsoplevelser og udviser jævnlig aggressiv adfærd, hvorunder han smider om sig med borde og stole, og han har ved flere lejligheder truet med patienter på livet. Han har ikke nogen sygdomsfølelse, og det har til stadighed været vanskeligt at opnå og fastholde en behandlingskontakt. Han har været forsøgt behandlet med en række forskellige antipsykotisk virkende midler i tilstrækkelig dosis. Behandlingen synes at virke afdæmpende på nogle af symptomerne, især på den selvbeskadigende og aggressive adfærd, hvorimod vrangforestillinger og hørelsesshallucinationer synes relativt upåvirket heraf. Han er også søgt behandlet med

elektrostimulationsbehandling. Hans påklædning og adfærd i forhold til daglige gøremål er aparte, og han magter ikke at tage vare på selv enkle daglige fornødenheder. Han er indlagt på en specialafdeling for langtidssyge patienter, der ikke kan klare sig på åbne socialpsykiatriske botilbud, eller som til stadighed har brug for foranstaltninger i henhold til lov om tvang i psykiatrien. Afdelingen har et overskueligt, velstruktureret miljø med høj grad af stabilitet og kontinuitet i en miljøterapeutisk sammenhæng. B har været på en række ledsagede udgange gennem årene, men han har også jævnligt absenteret sig fra afdelingen, hvorunder han har indtaget alkohol.

Det lokale patientklagenævn godkendte 20.06.00 tvangstilbageholdelsen, der efter anmodning blev indbragt for retten. I forbindelse hermed blev sagen forelagt for Retslægerådet.

I anledning af sagens principielle karakter blev sagen behandlet af alle rådets syv psykiatere. Rådet afgav følgende udtalelse: "Med sagens tilbage-sendelse skal Retslægerådet henvise til sagens akter og på grundlag af erklæring af 17.03.00 fra afdelingslæge P, suppleret med erklæring af 23.08.00 fra overlæge S udtale, at B, der er 49 år gammel, igennem cirka 30 år har været psykisk syg, lidende af skizofreni. Han har dels været indlagt en række gange på psykiatrisk afdeling, og dels har han været forsøgt placeret på psykiatrisk plejehjem. Det har til stadighed været vanskeligt at opnå en behandlingsalliance, idet B er fuldstændig uden indsigt i sin egen sygdom, hvis symptomer blandt andet har bestået i

svære vrangforestillinger, påvirkningsfornemmelser, hallucinationer, tankeforstyrrelser, affektabilitet med tidvis aggressiv og voldelig adfærd, uvirkelighedsfornemmelser og selvforsømmelse.

Siden 1994 har B været indlagt på X sygehus. Han har stedse været tvangstilbageholdt. Han er til stadighed plaget af udtalte sindssygdomssymptomer, der dog i perioder, hvor det er lykkedes at fastholde en stabil medikamentel antipsykotisk virkende behandling, synes mere afdæmpet. Symptomerne består af omfattende vrangforestillinger af storhedskarakter, aggressiv, truende og voldelig adfærd, selvødelæggende adfærd, selvforsømmelse og vanskelighed ved at holde aftaler på grund af udtalt ambivalens. Han er endvidere præget af udtalte tankeforstyrrelser, som i perioder gør hans tale uforståelig. Hans kontakt er svært læderet. I perioder har han et skadeligt alkoholforbrug, som forværrer den meget afvigende adfærd, især i aggressiv retning. Han er i behandling med flere former for antipsykotisk virkende midler, givet såvel i depotform som ved daglig indtagelse i stor dosis. Hertil behandles han miljøterapeutisk, idet han aktuelt er placeret på en nyetableret afdeling for langtidsindlagte patienter ved behov for foranstaltninger i henhold til lov om tvang i psykiatrien. På trods af det langvarige ophold er det stadig afdelingens vurdering, at B ikke er i stand til at klare sig uden for hospitalet, selv ikke i social institution med maksimal støtte. Det er målet med den aktuelle behandling at træne B til langsomt at kunne klare sig i socialpsykiatrisk boform

uden for hospitalet, således at han her vil kunne deltage i basale daglige gøremål, og således at den aggressive og selvødelæggende adfærd i stigende grad begrænses. Ophold på langtidsafdeling finder sted under meget velstrukturerede og faste rammer. I lange perioder er B indforstået med indlæggelsen, som dog til stadighed har form af tvangstilbageholdelse. Det har været afdelingens vurdering, at en fastholdelse i behandlingsmiljøet har været mere hensigtsmæssig end ophævelse af tvangstilbageholdelsen med deraf følgende risiko for, at B ville forlade afdelingen med nærliggende risiko for alvorlig helbredsforringelse, ligesom han vil kunne være til nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre”.

Fem voterende udtaler herefter:

”Det er disse voterendes vurdering, at B er lidende af en svær kronisk skizofren tilstand, der giver sig udslag i en række udtalte sindssygdomssymptomer, der påvirker adfærd, sprog, tanker og forestillingsverden, samt medfører en indimellem impulsstyret uforudselig aggressiv og selvbeskadigende adfærd.

B har derfor fortsat brug for behandling under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, idet muligheden for en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers væsentligt vil forringes, ligesom udskrivning vil medføre, at han vil kunne være til nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. B tilhører efter disse voterendes opfattelse den meget lille gruppe af udtalt sindssyge personer med risiko for tilhørende misbrug og omfattende adfærdsforstyrrelser, der gør det umu-

ligt for dem, uden en fortsat behandling, at klare sig på andre præmisser, og som jævnligt kan have behov for foranstaltninger i henhold til psykiatriloven. Disse voterende kan derfor tiltræde tvangstilbageholdelsen fra 1994 og fortsat tvangstilbageholdelse”.

To voterende udtaler:

”Det er disse voterendes vurdering, at B er lidende af en svær kronisk skizofren tilstand, der giver sig udslag i en række udtalte sindssygdomssymptomer, der påvirker adfærd, sprog, tanker og forestillingsverden, samt medfører en indimellem impulsstyret uforudselig, aggressiv og selvbeskadigende adfærd. Behandling med antipsykotisk virkende medicin og adfærdskorrigerende miljøterapi synes igennem de forløbne 6 års frihedsberøvelse periodisk at have bedret hans tilstand, og herunder at have afbødet risikoen for dramatisk selvbeskadigende adfærd. Gennem det seneste års tid synes tilstanden at have været på et relativ stabilt niveau, hvor det kan være tvivl underkastet, om der foreligger en nærliggende og væsentlig fare. Der har således i perioden 11.09.99 til 15.08.00 været 44 ikke-aftalte uledsagede udgange, uden at der er beskrevet farlighed udover trusler. På nuværende tidspunkt er det usikkert, om udsigten til yderligere betydelig og afgørende bedring af tilstanden ville være væsentlig forringet, såfremt frihedsberøvelsen ophæves. B's psykiske tilstand er imidlertid fortsat særdeles dårlig, og han er præget af omfattende vrangforestillinger og tankeforstyrrelser i udtalt grad, ligesom han følelsesmæssig er svært forstyrret. Ud fra en samlet vurdering af det me-

get alvorlige sygdomsforløb med selvbeskadigelse og aggressive gennembrud, finder disse voterende, at det ville have være uforsvarligt at udskrive B i den forløbne periode. De voterende deler den behandlingsansvarlige overlæges vurdering af, at udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden da ville være blevet væsentlig forringet, og at han da må skønnes at ville frembyde en nærliggende og væsentlig fare for sig selv og andre.

I lyset af den indtrådte relative, om end meget begrænsede stabilisering af tilstanden, i lyset af den ikke umiddelbart overhængende farlighed og i lyset af, at der ikke umiddelbart kan forventes yderligere virkning af den igangværende antipsykotisk virkende medikamentelle behandling, finder disse 2 voterende ikke, at udskrivning på nuværende tidspunkt vil være uforsvarlig, selv om han er sindssyg. Udsigten til en betydelig og afgørende bedring af hans tilstand findes ikke at blive væsentlig forringet, såfremt han udskrives aktuelt”.

Byretten kendte den foretagne tvangstilbageholdelse og fortsat tvangstilbageholdelse lovlige. I dommens præmisser hedder det: ”Det lægges til grund, at sagsøgeren fortsat er svært psykotisk og overvejende uden erkendelse af sygdommen og af behovet for behandlingen. Der har – også i perioden for sagens behandling ved retten – været behov for tvangsmedicinering og tvangsfixering for at undgå tilbagefald, og det er efter det foreliggende åbenbart, at sagsøgeren ikke på nuværende tidspunkt vil kunne klare sig uden for hospitalet i en socialpsykiatrisk institu-

tion og endnu mindre i egen bolig. Det er i sig selv betænkeligt, at sagsøgeren har været administrativt tvangsmæssigt frihedsberøvet siden 1994, og uden at det har været muligt ved medikamentel behandling at fjerne de psykotiske symptomer. Uanset dette og under førnævnte omstændigheder sammenholdt med, at en fortsat behandling utvivlsomt vil forebygge eller i hvert fald vil formindske risikoen for en betydelig og akut forværring af sagsøgerens tilstand, kendes den fortsatte tvangstilbageholdelse lovlige, jf. lovens § 10, stk. 1, jf. § 5, nr. 5.”

B ankede til landsretten, der stadfæstede byrettens afgørelse. Af domsudskrift fremgår blandt andet, at B's tilstand i foråret 2001, i forbindelse med at begge hans forældre døde, var forværret med aggressive udbrud til følge. Han var chikanerende over for medpatienter og talte om at ville anskaffe sig et jagtgevær. Samtidig var han til stadighed medicinværende. Det var vurderingen hos overlæge P, der var indkaldt som vidne, at hvis B blev udskrevet, ville han stoppe med at tage medicin, og effekten heraf ville vise sig inden for få uger med tvangsindlæggelse og efterfølgende tilbageholdelse til følge. Det var overlæge P's opfattelse, at B's tilstand i et sådant tilfælde ville blive væsentligt forværret, og at det herefter ville tage endnu længere tid, før tilstanden ville blive så god, at han forhåbentlig kunne udskrives til en socialpsykiatrisk boform. Landsretten begrunder blandt andet sin afgørelse med at... ”Det må endvidere efter de lægelige oplysninger lægges til grund, at appellantens tilstand akut vil blive

væsentlig forværret ved en ophævelse af tvangstilbageholdelsen. Da det endelig må lægges til grund, at udsigten – selv om den tidsmæssigt ligger noget ude i fremtiden – til en betydelig afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, stadfæster landsretten dommen”.

Kommentar:

I årsberetningen for 1998–1999 diskuteres dels en sag, hvor tvangstilbageholdelse ikke blev iværksat (A 37427) og dels to sager, hvor kronisk sindssyge personer begik kriminalitet efter enten at have gået ubehandlet, fordi der ikke var en entydig placering af behandlingsansvar, eller som trods behandlingsmotivation ikke fik den nødvendige og tilstrækkelige behandling (A 37146 og A 37116).

I den her foreliggende sag er der tale om en person med en meget svær sindssygdom, der på trods af langvarige og tilstrækkelige behandlingsforsøg ikke for alvor var blevet bedret. Sindssygdommen har en sådan sværhedsgrad, at han til stadighed har behov for ophold under stabile, velstrukturerede rammer i vedvarende medikamentel behandling med henblik på at dæmpe aggressive og selvødelæggende tilskyndelser. B var tilsyneladende helt uden sygdomserkendelse, men samtidig præget af en tydelig ambivalens. På den ene side syntes han at acceptere sit ophold på den langtidpsykiatriske specialafdeling, på den anden side havde han et ønske om udskrivning og medicinfrihed. Hans ambivalens afspejler sig for eksempel i hans udtalelser om tvangstilbageholdelsen som ”noget vi

aftaler” og tvivlen om, hvorvidt han egentlig ønskede at klage eller ej. Under alle omstændigheder er det imidlertid meget længe at tvangstilbageholde en person i 6 år, men klinisk psykiatrisk var det åbenbart, at B har behov for at være under vedvarende behandling, støtte og observation. Det kunne overvejes, om psykiatrilovens andre muligheder, så som udskrivningsaftaler og koordinationsplan, kunne fungere som alternativer. Fem af Retslægerådets psykiatriske medlemmer fandt imidlertid i overensstemmelse med den behandlingsansvarlige overlæge, at det ville være til mindre ulempe for B at fortsætte tvangstilbageholdelsen, med sikkerhed for at bevare kontinuitet i behandlingen, idet udskrivning og dermed formentlig ophør med medikamentel behandling efter disse medlemmers opfattelse ville medføre alvorlig risiko for en væsentlig forværring af B’s psykiske tilstand. To af Retslægerådets psykiatere fandt ved dissens, at B’s tilstand alt andet lige, på det tidspunkt hvor rådet blev hørt, havde opnået en så relativ stabilitet, at det ikke ville være uforsvarligt at efterkomme ønsket om udskrivning. I det tidsrum, der forløb imellem Retslægerådets udtalelse og landsrettens afgørelse, synes der atter at være sket en forværring i B’s psykiske tilstand, således som beskrevet af overlæge P i hans vidneudsagn. Såvel byretten som landsretten fandt, på trods af en ytre betænkelighed ved en så langvarig tvangstilbageholdelse, at kunne tiltræde denne.

Retslægerådet har ikke, siden psykiatriloven trådte i kraft i 1989, behandlet en sag med en så langvarig tvangstil-

bageholdelse. Henset hertil blev sagen ikke, som det som udgangspunkt er tilfældet i psykiatrilovssager, behandlet af to medlemmer eller sagkyndige, men af samtlige rådets syv psykiatere. Som det fremgår, var der enighed om at tiltræde, at patienten var blevet tvangstilbageholdt i 6 år, men mindretallet fandt det betænkeligt at anbefale en fortsat tvangstilbageholdelse, blandt andet med den begrundelse, at der næppe var udsigt til bedring af patientens tilstand.

Såvel patientklagenævn som byret og landsret godkendte den meget langvarige tvangstilbageholdelse samt fortsatte tvangstilbageholdelse. Det anerkendes således, at der findes en ganske lille gruppe af patienter, hvis sygdom er så vanskelig at behandle, at de til stadighed har behov for behandling, hvis deres psykiske tilstand ikke yderligere skal forværres, ligesom deres sygdom kan medføre fare for dem selv eller andre, således at endog meget langvarig tvangstilbageholdelse er indiceret.