

**Retslægerådets**  
**årsberetning**  
**2009**

ISBN 87-89648-13-7  
Udgivet september 2010  
Jespersen Tryk+Digital

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>5</b>
<b>I. Udvalgte emner og sager af interesse.....</b>	<b>7</b>
Retslægerådets statusnotat, årsskiftet 2009-2010.....	15
Retslægerådets notat vedrørende sandsynlighed.....	27
Besvarelse af spørgsmål nr. 773 fra Folketingets Sundhedsudvalg (Alm. del).....	29
Overskåret sene til lillefingeren førte til invaliditet.....	31
Uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet.....	37
Vurdering af årsagssammenhæng mellem ryglidelser og arbejde.....	41
Vellykket behandling med kønsdriftsdæmpende medicin, men rådet tager ikke stilling til ændring af en sådan behandling.....	53
Bizarre legemlige vrangforestillinger, men ikke symptomer på en ikke anerkendt somatisk lidelse (multiple chemical sensitivity), kan være indikation for frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven.....	61
Foranstaltningsdom til misbruger med – mulige – sindssygelige symptomer.....	69
Frihedsberøvelse af en psykotisk patient – men for sent?.....	75
Behandling af anbringelsesdømt ung mand med en gennemgribende udviklingsforstyrrelse.....	79
Dissociativ tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.....	83
Multipel personlighedsforstyrrelse – findes diagnosen?.....	89
<b>II. Statistik.....</b>	<b>93</b>
Sager behandlet i Retslægerådet 2009.....	93
Modtagne og afsluttede sager .....	96
Sagsbehandlingstider .....	97
<b>III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation.....</b>	<b>99</b>
Lovbestemmelser m.v.....	99
Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet.....	100
Retslægerådets medlemmer 2009.....	102
Sagkyndige anvendt i 2009.....	103
Retslægerådets sekretariat 2009.....	115



# Forord

Retslægerrådet fejrede sit 100 års jubilæum i sommeren 2009. I den anledning udgav rådet bogen ”Retslægerrådet 1909-2009” med et tilbageblik over rådets virksomhed i de forløbne 100 år samt en status over rådets aktuelle arbejde. Retslægerrådets opgave har i alle årene været ”at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold”. Som det fremgår af jubilæumsbogen, har karakteren af Retslægerrådets arbejde naturligt nok i perioder givet anledning til debat i offentligheden og således også i 2009.

Denne debat har givet inspiration og anledning til ”Retslægerrådets statusnotat, årsskiftet 2009/2010”. Notatet, som beskriver en strategi for rådets arbejde de kommende år, er blevet drøftet ved et møde med deltagelse af hovedparten af de mange specialister inden for lægevidenskabens forskellige områder, der som sagkyndige deltager i sagsbehandlingen, og der var her bred opbakning hertil. Notatet er medtaget i denne årsberetning. Det er Retslægerrådets forventning, at de beskrevne initiativer såvel vil styrke kommunikationen med de instanser, der forelægger sager for rådet, som sikre kvaliteten af rådets udtalelser.

Der var i 2009 en vis debat om vurderingen af årsagssammenhæng mellem lidelser i bevægeapparatet og eksempelvis en arbejds- eller trafikulykke. I denne sagstype, som i mange andre, står domstolenes/sagens parters ønske om en klar angivelse af, om der eksisterer en årsagssammenhæng mellem ulykken og sygdommen, over for de lægelige sagkyndiges ønske om at give et retvisende, nuanceret og evidensbaseret svar. Denne årsberetning indeholder tre sager, der beskriver dette problemfelt.

Retslægerrådet har flere gange påpeget, at der undertiden stilles for mange irrelevante eller upræcise spørgsmål til rådet, hvilket er en belastning for de sagkyndige. Også dette problem omtales i denne årsberetning, som endvidere indeholder en række psykiatriske sager, som dels beskriver rådets overvejelser og vurderinger i disse sager, dels antages at have interesse for en bredere kreds.

Endelig indeholder årsberetningen en række oplysninger om sagsantallet, personaleforhold, herunder en fortegnelse over de sagkyndige, rådet har anvendt i 2009, mv.

Det er Retslægerrådets håb, at årsberetningen kan medvirke til at udbrede kendskabet til rådets virke. Yderligere information om Retslægerrådet kan findes på rådets hjemmeside: [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk)



# I. Udvalgte emner og sager af interesse

*Referat fra Retslægerådets temadag den 23. marts 2010 i DGI-byen med overskriften Retslægerådets udfordringer i 2010*

I mødet deltog Retslægerådets medlemmer og sekretariat, ca. 60 af rådets sagkyndige samt landsdommer Michael Lerche, Østre Landsret, og advokat Søren Horsbøl Jensen, Kammeradvokatens procesafdeling.

Der var lagt følgende program for dagen:

1. Velkomst ved Retslægerådets formand, professor Bent Ottesen, herunder oplæg vedrørende formandskabets synspunkter.
2. Synspunkter fra advokatside. Oplæg ved advokat Søren Horsbøl Jensen, Kammeradvokatens procesafdeling.
3. Synspunkter fra dommerside. Oplæg ved landsdommer Michael Lerche, Østre Landsret.
4. Afklarende spørgsmål/diskussion vedrørende de ovennævnte indlæg.
5. Indlæg om retspsykiatri ved Retslægerådets næstformand, overlæge Peter Kramp.
6. Retslægerådets udtalelser – praktiske forhold i øvrigt.
  - i: Oplæg om årsagsvurderinger i Retslægerådet ved ledende overlæge Kurt Rasmussen, Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning
  - ii: Rådets holdning til specifikke spørgsmål som hypotetiske/generelle spørgsmål samt
  - iii: Rådets begrundelser. Debat med rådets formandskab.
7. Afslutning ved rådets formandskab.

## **Indledning og status ved rådets formand Bent Ottesen**

Retslægerådets formand, professor Bent Ottesen, bød velkommen til temadagen, som blev afholdt på et tidspunkt, hvor rådet netop havde fået nyt formandskab og havde været genstand for en del polemik i pressen. Han bød særligt velkommen til de indbudte

gæster, landsdommer Michael Lerche fra Østre Landsret og advokat Søren Horsbøl Jensen fra Kammeradvokatens procesafdeling.

Bent Ottesen gennemgik efterårets debat om Retslægerådet, som har været rejst dels i pressen og dels fra advokater

og Landsforeningen af Polio-, Trafik og Ulykkeskadede, hvilket har afstedkommet en redegørelse til Folketingets Ombudsmand og en række spørgsmål fra Folketinget.

Debatten blev åbnet med 3 artikler i fagbladet Advokaten. Advokat Anders Christian Jensens artikel "Uegnet til retssager" indeholdt en kritik af Retslægerådets behandling af aldersvurderingssager. Advokaterne Pedersen/Nørgaard Sørensens artikel "Skift kitlen ud med kappen" foreslog sagkyndige dommere til erstatning for Retslægerådet i civile retssager, og Gøtze/Hermann fra Københavns Universitets juridiske fakultet fremførte i artiklen "Skal Retslægerådet være overdommer" det synspunkt, at Retslægerådet går forsikringsselskabernes ærinde på bekostning af "den lille borger". Artiklen vedrørende aldersvurderinger gav ingen nævneværdig genklang alene af den grund, at påstanden om at efterprøve Retslægerådets skøn på basis af de aldersvurderedes egne udsagn ikke giver mening. At erstatte Retslægerådet med sagkyndige dommere, som det anbefales af advokaterne Pedersen og Nørgaard Sørensens fra advokatfirmaet Hjulmand og Kaptain, er svært gennemførligt, idet en eller to fagdommere næppe kan erstatte rådets brede vifte af specialer fordelt på 150-200 sagkyndige. Gøtze/Hermanns artikel baserer sig angivelig på en videnskabelig undersøgelse, hvilket der dog kan stilles spørgsmålstejn ved, idet der ud af ca. 7.000 sager er undersøgt 50, hvor afgørelsen i størstedelen af tilfældene går skadelidte imod. Der gives ikke

kriterier for udvælgelsen, og der er kun undersøgt sager, der har ført til dom, hvorimod forlig, der formentlig indgås i sager, hvor Retslægerådet udtaler sig til fordel for skadelidte, ikke er medtaget i undersøgelsen.

Efterårets debat blev efterfølgende taget op i Politiken, der stillede spørgsmålstejn ved Retslægerådets habilitet med artikler som "Retslæger ansat i forsikringsselskaber", "Retslægerådet som overdommer" og kritiserede, at enkelte af de voterende også har været eller bliver anvendt som sagkyndige af forsikringsselskaberne. Politiken interesserede sig endvidere for Retslægerådets ændrede sprogbrug vedrørende begrebet "overvejende sandsynligt". Folketingets Ombudsmand har efterfølgende undersøgt spørgsmålet på eget initiativ og har i sit svar givet udtryk for, at han ikke har fundet anledning til kritik af Retslægerådet.

Endelig rejste en henvendelse til justitsminister Brian Mikkelsen fra Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkeskadede kritik af Retslægerådets arbejdsgang og opstillede 9 punkter med forslag til forbedring. Bent Ottesen gennemgik de 9 forslag, som også findes med kommentarer i det omdelte statusnotat.

Den fremsatte kritik af Retslægerådet hviler på et spinkelt, i nogle tilfælde endog forkert grundlag, men debatten giver naturligvis anledning til en overvejelse af, om sagsbehandlingen kan forbedres og er i overensstemmelse med samfundsudviklingen.



Der planlægges en kvalitetssikring af rådets arbejde i form af en systematisk analyse af domstolens brug af rådets sagkyndige udtalelser, herunder audits vedrørende lægefaglig vs. juridisk sprogbrug. Endvidere planlægges der afholdt workshops om aktuelle emner med udarbejdelse af statusnotater om den nyeste viden og praksis på områderne. Den interne og eksterne kommunikation styrkes. Rådets formandskab og sekretariatsleder har deltaget i foredragsvirksomhed om rådets arbejde for samarbejdspartnere og andre interessenter, og foredragsvirksomheden forventes at fortsætte. Der planlægges indlæg til Ugeskrift for Læger og dagspressen. Et indlæg i forlængelse af efterårets debat er blevet tilbudt Politiken, der imidlertid ikke kunne afse plads i nær fremtid. Rådets hjemmeside har fået et løft og skal bruges mere fremover, blandt andet til nærmere præsentation af rådets sagkyndige. Den interne kommunikation styrkes i form af nyhedsbreve, årshjul, stormøder og bred formidling af mødereferater.

Bent Ottesen rundede indledningen af med at henvise til artikler i Advokaten, der imødegår kritikken af Retslægerådet, herunder advokat Lars Sandagers artikel, der understreger rettens ansvar for at anvende Retslægerådets udtalelser som en del af en samlet bevisvurdering.

### **Synspunkter fra advokatside**

Advokat Søren Horsbøl Jensen orienterede om sit arbejde med erstatningsret i Kammeradvokatens procesafdeling.

Søren Horsbøl Jensen bemærkede, at han udtalte sig på egne vegne. Advokater har ofte ikke nogen egentlig forstand på en sags faktuelle forhold. Derfor er det ofte nødvendigt at inddrage sagkyndige i processen. I sager, der involverer en bedømmelse af helbredsmæssige forhold og deres årsager stiller man spørgsmål til Retslægerådet. Vedrørende årsagssammenhæng kan den videnskabeligt baserede medicinske årsagssammenhæng bedst betegnes som en form for ”delmængde” af den juridiske årsagssammenhæng. I den juridiske bedømmelse af en årsagssammenhæng kan også andre momenter end den lægevidenskabelige bedømmelse indgå. Jurister har en lidt mere ”lavpraktisk” og knapt så videnskabelig tilgang til bedømmelsen. I en erstatningssag ser man også på den skyldgrad, som skadevolderen har udvist. Hvis der eksempelvis er tale om voldsudøvelse slækkes kravene til beviset for en årsagssammenhæng. Et hændelsesforløbs ydre omstændigheder kan også skabe en formodning for en årsagssammenhæng. Endelig kan parternes mere eller mindre tilsigtede erklæringer om, at der ikke foreligger konkurrerende skadesårsager, spille en afgørende rolle. Den lægelige og den juridiske tilgang til årsagssammenhæng er således væsensforskellig. Selvom sandsynligheden for en årsagsforbindelse ud fra en lægevidenskabelig bedømmelse er ringe, kan der godt være en årsagsforbindelse i juridisk forstand. Søren Horsbøl Jensen har forståelse for, at Retslægerådet er afvisende over for at bedømme sager ud fra ”halvmedicinske” kriterier, som jurister har

defineret. Retslægerådet må besvare spørgsmål på grundlag af et lægevidenskabeligt skøn som omhandlet i Lov om Retslægerådet. På den anden side bør Retslægerådet ikke af frygt for at "afgøre" en sag svare undvigende, hvis en lovs kriterium er hægtet op på et lægevidenskabeligt skøn som omhandlet i Lov om Retslægerådet. Med henvisning til nogle gode eksempler på svar opfordrede Søren Horsbøl Jensen til, at Retslægerådets bedømmelse af eksempelvis en mulig årsagssammenhæng ledsages af en nærmere forklaring – hvad taler for henholdsvis imod en årsagssammenhæng. Advokaterne kan på deres side bidrage til forståelsen ved i spørgsmålene at efterspørge en forklaring på vurderingen. Man får jo som oftest svar, som man spørger. En forklaring på, at lægevidenskaben i et givent tilfælde ikke kan give svar om årsagssammenhængen, er også en god vejledning for parterne, når de skal tilrettelægge deres synspunkter. Retslægerådet afviser jævnligt at besvare spørgsmål med den korte begrundelse, at spørgsmålet er hypotetisk. Efter at have hørt den afgående formands foredrag i blandt andet foreningen Procedureadvokater er det Søren Horsbøl Jensens indtryk, at Retslægerådets afvisning i disse tilfælde ofte skyldes, at rådet ikke ser sig i stand til at tilbyde svar, der har en rimelig grad af sikkerhed. Det må Retslægerådet i givet fald gerne oplyse og begrunde, når rådet afviser at besvare et spørgsmål. En sådan begrundelse vil også være god vejledning for parterne.

### **Synspunkter fra dommerside**

Landsdommer Michael Lerche, Østre Landsret, understregede, at han udtaler sig på egne, men ikke nødvendigvis på den samlede dommerstands vegne, og at han i øvrigt ikke er enig i den rejste kritik af Retslægerådet. Michael Lerche har både som dommer og som formand for Erstatningsnævnet erfaring med civile sager, som forelægges Retslægerådet, herunder personkadesager, erstatningssager, forsikrings- og arbejdsmiljøsager. Michael Lerche gennemgik domstolens rolle ved indhentelse af lægevidenskabelige skøn fra Retslægerådet. Ifølge Retsplejelovens § 338 råder sagens parter over påstande og anbringender, og ved uenighed om betydningen af foreliggende lægelige oplysninger kan indhentelse af sagkyndig bistand være nødvendig. Loven giver mulighed for syn og skøn, hvor der stilles spørgsmål til Retslægerådet, eller inddragelse af to sagkyndige meddommere, men denne mulighed benyttes ikke, da det ikke er muligt at dække specialerne med samme bredde, som findes i Retslægerådet. Michael Lerche tilføjede, at man sætter stor pris på muligheden for at gøre brug af Retslægerådet. Forelæggelse for rådet sker i praksis aldrig på rettens initiativ, og ved enighed mellem parterne blander retten sig ikke i spørgsmålsstillingen på nær i enkelte tilfælde ved særligt uhenigtsmæssigt formulerede spørgsmål. Ved uenighed mellem parterne går retten ind i formuleringen af spørgsmålene, men kender på det tidlige tidspunkt ikke sagen tilstrækkeligt til at vurdere relevansen af spørgsmålene,

hvorfor der i disse sager ofte ses to sæt spørgsmål. Muligheden for at indkalde en repræsentant for Retslægerådet som vidne benyttes kun undtagelsesvis, jf. kendelse fra Højesteret af 3. januar 1996. En praksis med indkaldelse af ekspertvidner vil efter Michael Lerches vurdering blive alt for omfattende og udgøre en uheldig belastning for retsvæsenet. Michael Lerche rundede sit indlæg af med at fastslå, at retsvæsenets aktører ikke kan forventes at forstå alle lægelige udtryk og opfordrede Retslægerådet til at svare klart og eventuelt supplere besvarelsenerne med tegninger/illustrationer, hvor det kan bidrage til at belyse problemstillingerne. Endelig opfordrede han domstolene til at være påpasselige med tilbakemeldinger til Retslægerådet ikke kun ved afsagte domme, men også ved indgåede forlig.

### **Spørgsmål/diskussion vedrørende de foregående indlæg**

Peter Kramp fastslog, at uklare og u hensigtsmæssige spørgsmål afstedkommer et betydeligt arbejdspress i Retslægerådet og forespurgt, om modparten kunne medvirke til at censurere spørgsmålene, når retten tøver. Advokat Søren Horsbøl Jensen medgav, at dette ville være en fordel, men at protest mod modpartens spørgsmål erfaringsmæssigt kan føre til, at sagen udsættes adskillige gange. Selv stiller han supplerende spørgsmål og oplever, at byretten som 1. instans ikke træder i karakter. Hertil bemærkede landsdommer Michael Lerche, at retterne ofte vil være tilbageholdende med at involvere sig for meget i spørgsmålsstillingen for at undgå at blive part i sagen, idet det

som nævnt er parterne, der oplyser sagen.

Spørgsmålet om habilitet blev drøftet. Det er blevet foreslået at lade de sagkyndige erklære sig habile eksplicit fra sag til sag ved hjælp af afkrydsningsfelter på voteringsarkene, og Peter Kramp efterlyste kommentarer til dette. Søren Horsbøl Jensen bemærkede, at forslaget svarer til de krav, der stilles til dommere, og Michael Lerche tilføjede, at forslaget er i forvaltningslovens ånd, og at den eksplicitte stillingtagen kræver ekstra omtanke. Der blev fremført mange synspunkter om habilitetsspørgsmålet, herunder om behandling af få sager for et enkelt forsikrings selskab udelukker stillingtagen til alle andre sager, der vedrører forsikrings selskaber. Det gør det ifølge Michael Lerche i almindelighed ikke, ligesom det må accepteres, at der findes faglige fællesskaber, perifere berøringsflader, kortvarige sammenfald af arbejdssted, sammenlægning af afdelinger og tjenestesteder og til tider specialer med så få sagkyndige, at "ikke helt habile" sagkyndige med parternes viden og accept må behandle sager på området. Der var bred enighed om, at det helt afgørende er transparens, og at potentielle interessekonflikter meldes klart ud, f. eks. på rådets hjemmeside.

### **Indlæg om retspsykiatri ved rådets næstformand Peter Kramp**

Peter Kramp orienterede om Retslægerådets næststørste sagsgruppe, de retspsykiatriske forelæggelser, der inkluderer spørgsmål om sanktioner i straffesager på baggrund af mentalklæringer, ændring af foranstaltning,

tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse, overførsel til sikringsafdeling og op-hævelse af farlighedsdekret. Sagsbe-handlingstiden er 30 dage, hvilket er en øgning med 2 dage. Retslægerådets begrundelser ved særligt indgribende foranstaltninger bør forbedres, ligesom der kræves en god begrundelse for at anbefale ambulans behandling af personer, der har begået alvorlig krimi-nalitet. Det retspsykiatriske område har også været genstand for pressens bevågenhed, hvilket har afstedkommet spørgsmål til Retslægerådet fra Folke-tingets retsudvalg.

### **Retslægerådets udtalelser og prak-tiske forhold i øvrigt**

Spørgsmålet om årsagssammenhæng blev drøftet, herunder graduering af sandsynlighed samt anvendelsen af udtrykket ”overvejende sandsynligt”. Bent Ottesen indledte drøftelsen med en gennemgang af et oplæg fra profes-sor Flemming Stadil vedrørende for-muleringer af spørgsmål og svar, herun-der en række eksempler på spørgsmål om graden af sandsynlighed. Siden 2006 har Retslægerådet tilstræbt ikke at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt”, idet udtrykket anvendes i lovgivningen, og Retslægerådet ikke vil foregribe sagens udfald. Sagkyndig i arbejdsmedicin, ledende overlæge Kurt Rasmussen præsenterede et bud på en entydig angivelse af sandsyn-lighed og årsagssammenhæng, ifølge hvilken ætiologisk fraktion udregnet på grundlag af relativ risiko i forbindelse med eksponering udgør basis for en 4-punkts graduering af årsagsbidrag. De færreste sager er dog tilstrækkeligt

oplyste til, at beregningen kan gennem-føres, ligesom den heller ikke viser sig lige egnet til at applicere på alle typer sager. Det blev drøftet, om det overho-vedet er muligt at anvende skalaer eller procentsatser. Anvendelsen viser sig at være vanskelig, da lægeverdens krav til videnskabelig evidens som tidligere nævnt kolliderer med den juridiske opfattelse af årsagssammenhænge. Michael Lerche udtrykte betænke-lighed ved sikre angivelser på over/ under 50 %, da modtageren (retterne og parterne) nok vil opfatte udmel-lingen helt bogstaveligt som et facit. Det blev nævnt, at nogle specialer helt utvungent anvender skalaer og faste kategorier, men disse områder viser sig sjældent at være så komplekse som flertallet af Retslægerådets person-skadesager. Der var herefter enighed om, at en besvarelse i prosaform er at foretrække, men at dette heller ikke er uproblematisk, idet der - ud over divergensen mellem den lægefaglige og den juridiske opfattelse – rent sprogligt er tale om en tildeling af egenskaber på et felt, hvor betragtelige individuelle forskelle sprogbrugerne imellem gør sig gældende. Der var dog enighed om, at det ved siden af årsagsvurderingen med fordel kan angives, med hvilken sikkerhed, man udtaler sig, dvs. hvor godt sagens oplysning giver mulighed for at udtale sig. Michael Lerche og Søren Horsbøl Jensen udtrykte samstem-mende, at Retslægerådet bør anvende de formuleringer, det finder bedst, også ved sammenfald med lovtekster. Bent Ottesen rundede diskussionen om graduering af sandsynlighed af med en konstatering af, at formand-

skabet må formulere et udkast til en "sprogpolitik", eventuelt i forlængelse af en høring, og at der stadig hersker tvivl om spørgsmålet vedrørende anvendelse af en skala til graduering af sandsynlighed.

Der blev stillet spørgsmål vedrørende muligheden for at foreslå indhentelse af yderligere materiale, og det blev bekræftet, at dette er muligt, så vidt materialet angår problemstillinger inden for de rejste spørgsmål.

Bent Ottesen anmodede om forsamlingens kommentarer til statusnotatets forslag til kvalitetssikring og fik positive

tilkendegivelser, herunder at åbenhed over for offentligheden er en fordel.

Der var ligeledes tilslutning til at påbegynde regelmæssig udsendelse af nyhedsbrev.

På forespørgsel om større brug af e-mail svarede Bent Ottesen, at dette er planen, men der afventes foreløbig en afklaring af spørgsmålet om it-sikkerhed.



# Retslægerådets statusnotat, årsskiftet 2009-2010.

Retslægerådets opgave er fastlagt i lov nr. 60 af 25.03.61:

*§ 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.*

Bekendtgørelsen om rådets forretningsorden, der fastlægger rådets arbejdsform, trådte i kraft den 1. januar 2002.

Netop Retslægerådets opgaver og arbejdsform har været genstand for en vis debat i 2009. Der kan derfor være god grund til at overveje, om der er behov for ændringer i rådets fremtidige arbejdsform.

## **Baggrund**

Retslægerådets historie, lovgrundlag, arbejdsform, statistikker, sagsbehandling, sagstyper og såmænd også kritik af rådet er beskrevet i jubilæumsbogen ”Retslægerådet 1909-2009”, der blev udgivet i efteråret 2009 i anledning Retslægerådets 100 års fødselsdag (1).

Retslægerådet arbejder i to afdelinger, en retspsykiatrisk og en retsmedicinsk. Den debat, der senest har været om Retslægerådet, har især omhandlet nogle af de retsmedicinske sagstyper, og dette notat vil være koncentreret om disse. Rådets retspsykiatriske funktion

kritiseres imidlertid jævnligt i skiftende medier, som oftest i form af spektakulære enkeltsager, hvor de temaer, der omtales i det følgende, også bringes på banen (2).

For 20-25 år siden var der ligeledes debat om Retslægerådet med en række kritikpunkter meget lig dem, der er blevet fremført det sidste halve års tid. Justitsministeriet nedsatte derfor et udvalg med det kommissorium – ”at gennemgå de gældende lovregler og administrative bestemmelser med henblik på en samlet revision af regelgrundlaget for Retslægerådets virksomhed”. Udvalgets arbejde resulterede i en betænkning (Bet. nr. 1196/1990), som indeholder en grundig gennemgang af alle aspekter af rådets virksomhed, og bortset fra mindre, administrative justeringer kunne udvalget – eller udvalgets flertal – ikke pege på noget behov for ændringer af rådets virke.

For ca. 10 år siden var der ligeledes debat og kritik af Retslægerådet, men dengang var det især den retspsykiatriske funktion, der var i fokus, om end de generelle temaer på mange områder var de samme som nu. Kritikken og Retslægerådets svar fremgår blandt andet af et indlæg i Ugeskrift for Læger (3).

Debatten i dag om Retslægerådet blev åbnet med tre artikler i det nummer af fagtidsskriftet Advokaten, der udkom den 25. august 2009 (4-6), og blev ef-

terfølgende taget op af dagbladet ”Politiken”, der også stillede spørgsmålstejn ved Retslægerådets sagkyndiges habilitet. Journalisterne kritiserede, at enkelte af de voterende også har været eller bliver anvendt som fagspecialister af forsikringssselskaber (7-14). Retslægerådets udtalelser hviler på den afgørende forudsætning, at der ikke kan stilles spørgsmål ved de enkelte sagkyndiges habilitet. Det er derfor et emne, der jævnligt har været diskuteret i rådet, ofte med ekstern juridisk bistand (15-17). Der har til dato ikke været rejst afgørende tvivl om rådets håndtering af forvaltningslovens bestemmelser om inhabilitet, som rådet nøje følger. Men habilitetsspørgsmål – eller interessekonflikter, som det ofte benævnes i lægejargon – påkalder sig stigende interesse, og rådet bør selvsagt løbende overveje, om praksis bør justeres.

”Politiken” kunne endvidere berette, at Retslægerådet i 2006 havde ændret praksis og sprogbrug uden at orientere advokater, domstolene mv. herom. Folketingets Ombudsmand har på eget initiativ efterfølgende anmodet om en redegørelse for denne del af kritikken og har i sit svar ikke fundet anledning til at rejse kritik af rådet (18).

Parallelt med debatten i dagbladet ”Politiken” indsendte Landsforeningen af Polio, Trafik- og Ulykkeskadede (PTU) et brev til justitsminister Brian Mikkelsen med ni forslag til forbedring af Retslægerådets arbejde (se tekstboks, side 17) (19). Det hedder blandt andet:

”Formålet med den her fremsatte kritik er ikke at søge at afskaffe Retslægerådet, men tværtimod at forbedre dets arbejdsform for at genskabe tilliden til rådets udtalelser”. Efter rådets opfattelse er flere af de forslag, PTU fremsætter, imidlertid af en sådan karakter, at de vil kræve en omfattende revision af Lov om Retslægerådet (se senere).

Debatten omkring Retslægerådet har medført en række spørgsmål til Folketinget (20-25). Retslægerådet har bidraget med indlæg i Advokaten og deltaget i en lang række møder med relevante interessegrupper, herunder PTU, procedureadvokaterne, forsikrings- og erstatningsadvokaterne, Justitsministeriet o.a. (26-30).

Advokaten 09/09 har i øvrigt bragt yderligere to artikler, der klart tager afstand fra den fremførte kritik. Ingen af disse indlæg har dog været refereret i dagspressen (31-33). Det skal samtidig fremhæves, at rådet ikke har hørt kritik fra domstolene eller andre afgørelsesmyndigheder.

Samlet kan konkluderes, at den fremsatte kritik af Retslægerådet hviler på et yderst spinkelt, eller ligefrem forkert grundlag. Dette udelukker naturligvis ikke, at rådet vedvarende overvejer, om sagsbehandlingen kan forbedres, også set i lyset af samfundsudviklingen, hvor for eksempel et spørgsmål om interessekonflikter som anført har påkaldt sig større interesse.



1. Hurtigere sagsbehandling
2. Rådets sammensætning
3. Lettere adgang til at afhøre et af de voterende rådsmedlemmer i retten
4. Begrundelsespligt
5. Adgang til at se og undersøge en patient
6. Lægesagkyndige meddommere
7. Officialprincippet
8. Inhabilitet
9. Uklare svar

*Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede's ni forslag til justitsminister Brian Mikkelsen om revision af Retslægerådets arbejdsform af 14. oktober 2009 (19).*

### **Mulige indsatsområder**

I det følgende tages der udgangspunkt i de af PTU fremsatte 9 forslag til forbedring af Retslægerådets arbejdsform, idet de er dækkende for den debat, der har været rejst i efteråret 2009. Som tidligere nævnt indebærer flere af forslagene så omfattende ændringer af Retslægerådets opgaver og arbejdsform, at de efter rådets opfattelse kræver en ændring af Lov om Retslægerådet.

### **Hurtigere sagsbehandling**

Det er naturligvis i Retslægerådets interesse, at sagsbehandlingstiden er så kort, som det er muligt. Det er lykkedes rådet at forkorte behandlingstiden væsentligt i de seneste år, men rådet tilstræber fortsat at nedbringe sagsbehandlingstiden. Den største umiddelbare gevinst kan som tidligere anført hentes ved, at de involverede parter fremsender sagerne, så de er klar til behandling med det samme. Sagsbehandlingstiden kunne efter rådets skøn herved umiddelbart halveres. Ønsket

om en kortere sagsbehandlingstid må imidlertid ikke gå ud over kvaliteten af rådets udtalelser, hvilket advokater også anerkender (34).

Der er etableret en standardretsbog, der nu findes i domstolenes sagsbehandlingssystemer i forbindelse med forelæggelse af civile sager for rådet, en standardretsbog, der er blevet til i et samarbejde mellem Retslægerådet og Domstolsstyrelsen med henblik på at nedbringe sagsbehandlingstiden. Såfremt disse retningslinjer følges, vil sagsbehandlingstiden blive kortere.

I PTU's henvendelse til justitsministeren angives en række andre initiativer, der kunne forkorte sagsbehandlingstiden. Samtidig påpeges det, at disse ændringer ikke kan foretages med de nuværende ressourcer. Centralt i denne problemstilling står honoreringen af de voterende. I dag aflønnes de voterende med cirka 1300 kr. per sag, uanset tidsforbrug. Den reelle timeløn ligger skønmæssigt omkring 100-200 kr. per arbejdstime. Retslægerådet kan

glæde sig over, at det indtil i dag ikke har været noget problem at rekruttere landets ypperste faglige ekspertise til at votere i de enkelte sager. Baggrunden for dette er formentlig dels den anerkendelse, der ligger i at blive udpeget som sagkyndig for Retslægerådet, dels – og formentlig især – at det for en højt uddannet specialist er et ”borgerligt ombud” at deltage i Retslægerådets arbejde. Hertil kommer, at i hvert fald nogle sager er fagligt udfordrende – og dermed lærerige – for selv den mest erfarne specialist. Det er imidlertid en hårfin balance, hvor rådets generelle omdømme, honoreringen, sagernes omfang og tidspresset alle indgår.

PTU foreslår endvidere, at man begrænser antallet af sager, der forelægges Retslægerådet til realitetsvurdering ved at indsætte en ny regel i loven. I henhold til forslaget skal Retslægerådet kun have forelagt de sager, hvor særlige omstændigheder gør dette påkrævet, og man vil overlade afgørelsen af dette spørgsmål til Retslægerådet selv. Når Retslægerådet – hedder det i forslaget – ikke admitterer en sag, må denne afgøres på grundlag af de i øvrigt i sagen foreliggende lægelige oplysninger. Retslægerådet kunne umiddelbart have sympati for dette synspunkt både i lyset af det stigende antal civile sager og ud fra en banalitetstraktning. Alligevel finder Retslægerådet, at forslaget ikke kan gennemføres. Retslægerådets afvisning af en sag ville kræve en relativ nøje gennemgang af sagen for at træffe beslutningen på et solidt fagligt grundlag, hvilket i sig selv ville reducere tidsbesparelsen. Vigtigere er dog, at

det ville være Retslægerådet, der kom til at udgøre det filter, der afgjorde, om en sag skulle vurderes af rådet. Det er ikke i overensstemmelse med rådets grundlæggende opgave, således som den fremgår af Lov om Retslægerådet, og denne del af PTU's forslag er således af juridisk/politisk karakter.

## **2. Rådets sammensætning**

Det foreslås, at kredsens af medlemmer udvides således, at alle specialer og subspecialer er inkluderet i kredsens og ved at lade sammensætningen af faste medlemmer afspejle vægten af det antal sager, som Retslægerådet faktisk behandler. Rådet har tilknyttet 29 særligt sagkyndige, som ansættes efter opslag. Ansøgerne til disse stillinger bedømmes af et ansættelsesudvalg med repræsentanter fra blandt andet de sundhedsvidenskabelige fakulteter. De særligt sagkyndige er blandt andet ortopædkirurger, neurologer og arbejdsmedicinere, det vil sige områder, som ofte indgår i rådets behandling af sager om erstatning og arbejdsskader. Rådet har således i dag tilknyttet et antal sagkyndige, som afspejler vægten af det antal sager, rådet faktisk behandler.

Det foreslås endvidere, at hver af sagens parter i de civile sager selv vælger en voterende og Retslægerådets formand udpeger så den, der skal votere som tredje og sidste voterende. Hertil skal bemærkes, at de voterende i de konkrete sager som oftest repræsenterer flere lægelige specialer, som tilsammen dækker alle aspekter af en konkret sag. Det er formandskabets ansvar at sikre, at alle relevante specia-

ler deltager i behandlingen af en sag. PTU's forslag kan medføre, at denne afgørende forudsætning for en objektiv, neutral og dækkende vurdering af en sag ikke længere vil være mulig. Hertil kommer, at forslaget lægger op til "the battle of experts", hvor advokater for såvel sagsøger som sagsøgte for eksempel anvender læger med faglige synspunkter, der støtter partens påstande, eller at en læge, der er valgt af en part i sagen, kan føle at skulle være loyal over for denne part. Samlet indebærer dette forslag efter rådets opfattelse så omfattende ændringer i rådets funktion, at det kræver lovændringer.

Spørgsmålet om Retslægerådets funktion har været drøftet i flere omgange i rådets 100-årige historie (1). Eksempelvis pegede overlæge Joseph Welner, selv medlem af Retslægerådet, på denne problemstilling i retspsykiatriske sager i 1988. Dette forslag om fremmøde af eksperter i retten blev efterfølgende afvist af højesteretsdommer Poul Høeg. Han fandt det rigtigt at lade sagsbehandlingen bygge på uvildige sagkyndiges erklæringer frem for at indføre amerikanske tilstande, hvor hver part i en sag kan indkalde egne ekspertvidner. Poul Høeg anførte videre, at han var overbevist om, at: "Vores system giver en mere redelig belysning af en sag. Man bør huske, at der i enhver retssag er mange andre punkter end lige de fagvidenskabelige at tage stilling til". Endelig bør det nævnes, at uden for det retspsykiatriske område må Retslægerådet anvende omkring 150 af landets fremmeste

sagkyndige for at kunne dække hele det lægevidenskabelige felt, og at der i hver sag anvendes mindst 3 sagkyndige, der ofte skal være fra forskellige specialer. Hvordan en enkelt sagkyndig i et dommerpanel skulle kunne varetage denne funktion, drøfter artiklens forfattere ikke nærmere.

Endelig ønskede PTU, at alle voterende offentliggøres på Retslægerådets hjemmeside med CV.

Vedrørende sidstnævnte forslag skal rådet bemærke, at samtlige sagkyndige, rådet anvender, er nævnt i årsberetningen, der udsendes til en bred kreds af blandt andet advokater, og som også kan ses på rådets hjemmeside. Det skal hertil nævnes, at den hørende myndighed allerede i dag har adgang til at få oplyst navnene på de voterende i en sag. En mulighed der i øvrigt sjældent anvendes.

### **3. Lettere adgang til at afhøre et af de voterende rådsmedlemmer i retten**

For så vidt angår spørgsmålet om Retslægerådets fremmøde i retten skal som tidligere nævnt henvises til betænkning om Retslægerådet, side 91 ff. og endvidere til Højesterets utrykte kendelse af 3. januar 1996 i sag nr. 467/95 (35). Antallet af sager, hvor Retslægerådet anmodes om fremmøde i retten, er relativt begrænset og imødekommes som hovedregel af rådet. Det skal dog anføres, at en praksis med et mere generelt fremmøde i retten ville - med ca. 800 civile sager om året - stille et betydeligt tidsmæssigt krav til de sagkyndige.

#### **4. Begrundelsespligt**

Retslægerådet er meget opmærksom på at afgive begrundede og forståelige svar, men der er udtalelser, hvor rådets begrundelser er for kortfattede, og hvor der anvendes for meget fagsprog. Der foreligger således et forbedringspotentiale, hvilket rådet er opmærksom på.

Det skal bemærkes, at Retslægerådet i 2002-2004 gennemførte en ”brugerundersøgelse”. Spørgeskemaundersøgelsen skulle belyse tilfredsheden med rådets udtalelser hos domstolene (dommeren) i E-sager. Skemaet blev returneret, når der forelå dom i sagen. Spørgsmålene omhandlede blandt andet udtalelsens forståelighed, sproget, begrundelsen og andet. I 97 % -100 % af besvarelsene var dommeren meget tilfreds eller tilfreds med rådets svar (36).

#### **5. Adgang til at se og undersøge en patient**

Retslægerådets opgave er, jf. Lov om Retslægerådet, at foretage et overskøn – ikke at undersøge patienter. Muligheden for at undersøge en patient foreligger allerede i dag, men anvendes alene helt undtagelsesvist i de retspsykiatriske sager, jf. bestemmelsen i § 7, stk. 1 i rådets forretningsorden.

#### **6. Lægesagkyndige meddommere**

Dette forslag har dybest set ikke noget med Retslægerådet at gøre. Det skal imidlertid bemærkes, at der som tidligere nævnt som udgangspunkt deltager sagkyndige fra flere lægelige specialer i en sags behandling. Det er vanskeligt at forestille sig, at en enkelt lægesagkyndig

meddommer skulle kunne dække hele dette lægevidenskabelige felt.

#### **7. Officialprincippet**

Det foreslås, at Retslægerådet bør undergives den samme vejledningspligt, som gælder for alle andre forvaltningsmyndigheder, jf. forvaltningsloven § 7, herunder blandt andet, at Retslægerådet bør bistå begge parter med at spørge om det, der er relevant for sagens rette bedømmelse.

Det er imidlertid vanskeligt at forstille sig, at en vejledning af sagens parter kan foregå uden, at rådet bliver part i sagen. Også dette forslag indebærer en sådan fundamental ændring af Retslægerådets funktion, økonomi mv., at det kræver en lovændring. Rådet skal imidlertid påpege, at de stillede spørgsmål er af meget varierende kvalitet, og at sagens parter ofte med fordel selv kunne anvende sagkyndige læger som hjælp med formulering af spørgsmål til rådet.

#### **8. Inhabilitet**

Der henvises til side 16. De sagkyndiges habilitet er naturligvis helt afgørende for Retslægerådets troværdighed, og spørgsmålet er derfor til konstant vurdering i rådet.

Nye medlemmer og sagkyndige modtager en informationsskrivelse om rådet. Om inhabilitet er anført følgende: ”Har en udpeget voterende behandlet patienten tidligere eller på anden måde været involveret i patienten eller dennes sag, er der inhabilitet, hvorfor sagen returneres til Retslægerådet.

Det er endvidere Retslægerådets praksis at anse en voterende for at være inhabil, såfremt han/hun er knyttet til samme offentlige institution eller private virksomhed, der har behandlet sagen, uanset om den voterende selv har haft tilknytning til den konkrete sag.”

Retslægerådets formandskab og sekretariat vurderer i hver enkelt sag, om der foreligger habilitetsproblemer eller interessekonflikter.

Man kan naturligvis ikke votere i en sag, der involverer et forsikringselskab, hvor man har opgaver for det pågældende forsikringselskab – et forhold de voterende selv er ganske klar over. Det samme gælder naturligvis, såfremt en sagkyndig har deltaget i en sags behandling ved en anden offentlig myndighed, for eksempel Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller Arbejdsskadestyrelsen.

Retslægerådet har haft ganske enkelte sager, hvor en af sagens parter korrekt angav, at en voterende var inhabil. Årsagen har været, at den pågældende ikke selv kunne huske at have set sagen i anden sammenhæng, og det fremgik ikke af det fremsendte materiale. Disse sager behandles på ny af rådet med et nyt hold af sagkyndige, som ikke har kendskab til de tidligere voteringer.

## **9. Uklare svar**

PTU godskriver Retslægerådet dets bestræbelser på at afgive svar, der er evidensbaserede. Samtidig angives det, at denne ambition kan medføre uklare svar, idet store dele af lægevidenskaben fortsat ikke er evidensbaseret. Man efterlyser anvendelsen af egne kliniske erfaringer og øget anvendelse af dissens for at give et så nuanceret billede af problemstillingen, som det er muligt.

Retslægerådet kan ikke vedkende sig denne kritik af rådets svar. Som det fremgår af Lov om Retslægerådet, afgiver rådet lægevidenskabelige skøn, og i det omfang, der er videnskabelig evidens, bør denne evidens naturligvis anvendes.

Retslægerådet er opmærksomt på, at der på mange områder findes mere eller mindre evidensbaserede ”skoler”, hvad angår en række sygdomme, deres årsag og behandling, og at de udpegede voterende derfor kunne være forudindtagne, såfremt læger i en given sag havde handlet ud fra en anden opfattelse end den, den voterende har. De sagkyndige, rådet anvender, kender som specialister på området naturligvis disse forskellige ”skoler” og anerkender derfor også, at en anden opfattelse eller fremgangsmåde end den voterendes egen kan være lagt til grund i en konkret sag (37).

## **Fokusområder for Retslægerådets videre arbejde**

Der tegner sig to hovedområder for rådets videre arbejde: kvalitetssikring og kommunikation.

### **Kvalitetssikring**

- En systematisk analyse af domstolenes brug af Retslægerådets sagkyndige udtalelser. I praksis kunne dette etableres som et 3-årigt ph.d. studium udgående fra Det Juridiske Fakultet og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
- Audit af rådets voteringer. Den første audit kan forslagsvist være en gennemgang af de seneste 100 voteringer i sager vedrørende whiplash. Auditeringen skal foretages af en af rådets faste medlemmer med særlig indsigt i dette sagsområde sammen med en advokat med interesse for området. Det skal vurderes om udtalelserne er af ensartet kvalitet, herunder om svarene er klare, anvendelige, ledsaget af begrundelser samt afspejler en ensartet og evidensbaseret holdning. Undersøgelsen kan med fordel indgå som et delarbejde i den ovenfor anførte ph.d. afhandling. Andre områder, der kunne blive gjort til genstand for auditering, kunne være rygsår, skuldersår, arbejdsskader generelt (38) o.a., men også f.eks. visse typer retspsykiatriske sager. Resultatet af audits kan efterfølgende danne udgangspunkt for workshops. Det vurderes, at en speci-

ficeret audit per år vil være praktisk mulig at gennemføre, men det vil kræve ressourcer.

- Workshop vedrørende aktuelt emne. Eksempelvis whiplash, hvor forskere fremlægger den seneste evidens på området, resultater fra intern auditering diskuteres, og specifikke udfordringer debatteres. Mødet kan naturligt danne grundlag for et statusnotat for emnet. To møder af denne type er kalendersat for 2010.
- Udarbejdelse af statusnotater på specifikke sagsområder. Disse kan tjene som vejledning for de voterende og offentliggøres på Retslægerådets hjemmeside eventuelt publiceres som statusartikel i Ugeskrift for Læger, hvis emnet har interesse for en bredere kreds.
- Udarbejde nyhedsbrev til de sagkyndige.

### **Kommunikation**

#### *Ekstern kommunikation*

- Kronik. En kronik om Retslægerådet søges optaget i et større dagblad, gerne i "Politiken".
- Publikationer i Ugeskrift for Læger. Artikler i Ugeskrift for Læger af sager, der har læringsværdi for en bredere kreds og samtidig giver mulighed for at informere om rådets arbejde. Gerne ledsaget af leder (editorial).
- Foretagsvirksomhed. Bidrage med indlæg om Retslægerådet i relevante mødefora som hidtil.

- **Kontakt til interessenter.**  
Alle relevante parter inviteres til at deltage i de ovenfor omtalte faglige workshops.
- **Hjemmeside.**  
Anvendelse af hjemmesiden til øget eksternt kommunikation.
- **Angive eventuelle relevante interessekonflikter på hjemmesiden**
- **Ved hver sag anfører de voterende, at de ikke har habilitetsproblemer i forbindelse med sagen. Anføres ved at sætte initialer i fortrykt boks.**

#### *Intern kommunikation*

- **Nyhedsbrev.**  
Etablering af internt nyhedsbrev med oplysninger om principielle ændringer i sagsbehandlingen, statistikker for sagsbehandling, aktuelle sager af almen interesse, kommentarer til eventuel avisomtale etc.
- **Årshjul**  
Offentliggøre årshjul på hjemmesiden.
- **Formidling af referater.**  
Sende referat af formandskabets møder til de øvrige medlemmer af Retslægerådet, sekretariatet og de særligt sagkyndige.
- **Stormøder.**  
Afholdelse af stormøder med samtlige voterende, lægelige referenter og sekretariatet.

#### **Økonomi**

Der hersker ingen tvivl om, at Retslægerådets kapacitet aktuelt er udnyttet maksimalt til håndtering af det store

antal sager (39). Den ovenfor skitserede handlingsplan kan derfor kun gennemføres ved tilførsel af ressourcer. Umiddelbart ser der ud til at eksistere to løsningsmuligheder: Enten tilførsel af projektmidler til de enkelte initiativer eller anvendelse af brugerbetaling. Sidstnævnte kunne anvendes i specifikke typer af civile sager og udmøntes som en afgift til Retslægerådet, der betales, når sagens parter fremsender sagen til behandling i rådet. Det skal dog nævnes, at indførelse af brugerbetaling for ca. 10 år siden blev drøftet med Justitsministeriet, som imidlertid ikke kunne tiltræde en sådan ordning. I det anførte budget er der kun angivet de budgetposter, der specifikt vedrører handlingsplanen for de kommende år og vedrører det første år. Der skal oprettes et introduktionsstipendium med ansættelse af en forskningsmedarbejder, der kan gennemføre audits og dermed skabe grundlaget for et eventuelt efterfølgende ph.d. projekt. Det anførte budget kan sikres ved anvendelse af uforbrugte midler fra 2008. Efterfølgende skal der ansøges om yderligere projektmidler til de kommende år via offentlige og private fonde. Finansieringen kunne foregå ved et samfinansieringsprojekt med Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Dertil kommer forslagene om bedre honorering af de sagkyndige. PTU's forslag om udvidelse af antallet af faste medlemmer, vejledningspligten o.a. indebærer som anført en lovændring, men vil under alle omstændigheder kræve en betydelig ressourcetilførsel.

## Budget

Forskningsstipendiat	650.000 kr.
Audit inkl. frikøb, studentermedhjælp per audit	200.000 kr.
Workshops, temadage, inviterede foredragsholdere per år	150.000 kr.
Kommunikation TAP (teknisk administrativt personale) per år	<u>150.000 kr.</u>
	1.150.000 kr.

## Referencer

1. Retslægerådet 1909-2009.
2. Spørgsmål nr. 773 fra Folketingets Sundhedsudvalg (Alm. Del): ”Mener ministeren, at det er forsvarligt, at retslægerådet ud fra en skriftlig behandling af en sag kan afvise en indstilling fra den behandlende læge om, at indespærringen af en psykisk syg, som har begået kriminalitet skal ophæves?” Spørgsmål 01.10.09 svar afgivet 23.10.09.
3. Retslægerådet – er en modernisering påkrævet? Kramp P, Lorentzen I, Simonsen J. Ugeskr. f. Læger 1997;159/32: 4880-4882.
4. Skal Retslægerådet være overdommer? Gøtze MG og Herrmann JR. Advokaten 06/09.
5. Skift kitlen ud med kappen. Pedersen B og Sørensen SN. Advokaten 06/09.
6. Uegnet til retssager. Retslægerådet medvirker til stribevis af forkerte afgørelser i udlændingesager. Bør det nedlægges? Jensen AC. Advokaten 06/09.
7. Dommere retter ind efter lægeråd. Drachmann H. Politiken 20. august 2009.
8. Lægeråd har for meget magt i retssager. Houe JP. Politiken 13. september 2009.
9. Nedslidte arbejdere snydt for erstatning. Drachmann H og Houe JP. Politiken 19. september 2009.
10. Dommerformand: Arbejdsskadesager bør vurderes igen. Drachmann H og Houe JP. Politiken 21.09.09.
11. Arkiver støvsuges for fejlafslag til nedslidte. Drachmann H, Houe JP. Politiken 21. september 2009.
12. Lægers bijob i forsikringsbranchen er forbudt Houe JP og Drachmann H. Politiken 18.10.09.
13. Retslæger ansat i forsikringselskaber. Drachmann H og Houe JP. Politiken 17.10.09. Ni forslag skal sikre tilskadekomne en ordentlig afgørelse.
14. Indlysende – undtagen for Retslægerådet. Vestergaard M. Dagens Medicin 23.10.09.
15. Inhabiliteret. Retslægerådets årsberetning side 7-9; 2007.
16. Inhabiliteret. Retslægerådets årsberetning side 31-43; 2006.
17. Kvaliteten af Retslægerådets udtalelser. Habilitetsspørgsmål. Retslægerådets årsberetning side 43-58, 1998-1999.
18. Henvendelse fra Folketingets Ombudsmand: Manglende information om beslutning i Retslæge-



- rådet om ændret ordvalg i rådets udtalelser 23.09.09. Med tilhørende svar 09.10.09 og afgørelse 20.11.09. Retslægerådets årsberetning 2008, side 69-74.
19. Henvendelse fra PTU til justitsminister Brian Mikkelsen: "Vdr. Retslægerådet" 14.10.09. Kalle haugue H og Høj Karsten.
  20. Spørgsmål nr. 30 fra Folketingets retsudvalg (Alm. del): Under henvisning til artiklen "Retslæger ansat i forsikringsselskaber" i Politiken den 17. oktober 2009 1. sektion side 4, "hvilke initiativer vil ministeren tage for at sikre retslægers uvildighed?". 02.11.09.
  21. Spørgsmål nr. S 155 fra medlem af Folketinget Per Clausen (EL): "Er ministeren enig i, at det er uacceptabelt, at læger, som arbejder for forsikringsselskaber, er med til at afgøre sager i retslægerådet, som vedrører forsikringsselskaber?". 27.10.09.
  22. Spørgsmål nr. S 156 fra medlem af Folketinget Per Clausen (EL): "Vil ministeren sikre, at borgerne fremover oplyses om, at medlemmer af Retslægerådet herudover arbejder for forsikringsselskaber?". 27.10.09.
  23. Retsudvalget, Alm. Del 2008-2009: Spørgsmål 1302: Hvad agter ministeren at gøre for at få genoptaget de retssager, hvor flere borgere muligvis ikke har fået den erstatning, de har krav på, fordi retten ikke har været klar over, at Retslægerådet havde ændret praksis. Mange syge borgere på f.eks. førtidspension vil ikke selv opdage, at de muligvis kan få genoptaget deres sag og vil heller ikke have ressourcerne til at gøre dette. 24.09.09.
  24. Spørgsmål 1303: Ministeren bedes oplyse om de oplysninger, der er kommet frem i den senere tid omkring Retslægerådet, får ministeren til at overveje at ændre på praksis omkring brugen af Retslægerådet?" 24.09.09.
  25. Spørgsmål 1318: Vil regeringen tage initiativ til at sikre, at trafikofre, patienter og arbejdsskadede m.v., der har fået afvist erstatningssager, fordi Retslægerådet og domstolene ikke har talt samme sprog, får genoptaget deres sager på myndighedernes initiativ? 01.10.09.
  26. Svar på tiltale. Stadil F. Advokaten 07/09.
  27. Temadag med Procedureadvokaterne. Axelborg 01.10.09.
  28. Videnskabeligt møde i DSR og Utsigtede hændelser i Sundhedsvæsenet i regi af Dansk Selskab for retsmedicin. Retsmedicinsk Institut 5.-7. november 2009.
  29. Møde mellem Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration og Retslægerådet 13.11.09.
  30. Temadag om Retslægerådet. Foreningen af erstatnings- og forsikringsadvokater (FEF). 20.11.09.
  31. En vurdering med betydelig vægt. Grubbe N. Advokaten 09/09.
  32. Seriøs debat uden skurke. Lindboe R Advokaten 09/09.
  33. Tillid til Retslægerådets vurderinger. Chrstrup U. Advokaten 09/09.

34. Midtjyllands Avis, 2. januar 2010, Silkeborg side 6.
35. Udskrift af Højesterets anke- og kæremålsudvalgs dombog i kriminelle sager. 27.08.1997.
36. Retslægerådet, j.nr. F1300021/ag 17.02.04
37. Retslægerådets årsberetning 2003-2005, side 67.
38. Hvidbog om risikofaktorer knyttet til fysisk tungt arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 23.09.09.
39. Retslægerådets årsberetning 2008.

# Retslægerådets notat vedrørende sandsynlighed

*Efter indlæggene og drøftelserne på Retslægerådets temadag har rådets formandskab udarbejdet følgende notat vedrørende sandsynlighed.*

"I erstatningssager bliver Retslægerådet ofte anmodet om at angive sandsynligheden for en årsagssammenhæng. Anvendelsen af formuleringen "overvejende sandsynligt" har i særlig grad været genstand for en debat, der er refereret i Retslægerådets årsberetning 2008 side 21 og side 69. Temaet var derfor sat på dagsordenen ved Retslægerådets temadag den 23. marts 2010 (se referatet side 7 ff.).

Debatten viste med al tydelighed, at der ikke eksisterer en fælles, veldefineret og eentydig skalering af sandsynlighedsbegrebet. Det blev eksempelvis foreslået at basere en 4-punkts graduering på den ætiologiske fraktion udregnet på grundlag af den relative risiko i forbindelse med eksponering. De færreste sager er dog tilstrækkeligt oplyste til, at en sådan beregning kan gennemføres. Samtidig er de sager om personskader, der indbringes for Retslægerådet, så komplekse, at skaleringen ikke giver mening. Diskussionen afspejler det grundlæggende problem, der ligger i på den ene side lægeverdenens krav til videnskabelig evidens og på den anden side den juridiske opfattelse af årsagssammenhæng. Ved temamødet blev det fra dommer- og advokatside samstemmende anbefalet, at Retslægerådet anvender de formuleringer, det finder bedst, også ved sammenfald med lovtekster. Der var ligeledes enig-

hed om, at besvarelse i prosaform er at foretrække. Specielt fremhævede juristerne, at rådet ved siden af årsagsvurderingen med fordel kan angive, med hvilken sikkerhed rådet udtaler sig, det vil sige, hvor godt sagen er oplyst.

Formandskabet vil herefter foreslå, at man i hovedtræk følger rådets hidtidige praksis, således at besvarelserne ikke indeholder en juridisk vurdering og ikke anvender eller tager stilling til udtryk, der er afgørende i den omhandlede lovgivning. Domstolene kan håndtere, at Retslægerådet anvender formuleringer fra lovtekster, men det vil, efter formandskabets skøn, fremme opfattelsen af, at rådet træffer afgørelser i sagerne, hvilket som bekendt ikke er tilfældet. Kritik på dette punkt vil være til skade for rådets arbejde.

I de almindelige sager, hvor rådet amodes om at angive sandsynligheden for en årsagssammenhæng, er opgaven at vurdere sandsynligheden for, at en påvirkning som beskrevet kan fremkalde en sygelig tilstand som beskrevet. Ætiologien til mange lidelser kan være/er multifaktoriel, og en præcis kvantitativ afgrænsning af enkeltfaktorernes bidrag kan være umulig. I nogle sager vil der dog være en videnskabelig evidens, der tillader at angive en konkret procentsats, medens det i andre sager

kun vil være muligt at angive en række faktorer, der taler for, og andre, der taler imod en mulig årsagssammenhæng. I disse tilfælde er det afgørende, at Retslægerådets svar er ledsaget af en beskrivelse i prosaform, der redegør for, hvor sikkert grundlaget for vurderingen er.

Hvis man finder det muligt at udtrykke sandsynlighedsgraden ud fra en af parterne foreslået skala, skal man være opmærksom på, at sådanne gradueringer opfattes meget forskelligt, og svarene kan blive citeret ude af sammenhæng. En definerende beskrivelse af meningen skal derfor indbygges i svaret. Hvis

man ikke bruger en foreslået skala for graduering af sandsynlighed, bør det fremgå for at undgå misforståelser. Eksempelvis således:

”Retslægerådet finder en sammenhæng sandsynlig (over 50 %) men har ikke fundet det muligt at graduere sandsynligheden som foreslået fordi.....”

eller ”Retslægerådet finder en sammenhæng meget/overordentlig sandsynlig, men har ikke fundet det muligt at anvende den foreslåede skala (eventuelt fordi...)”

Der kan naturligvis være andre mulige formuleringer afhængigt af spørgsmålenes formulering og sagens karakter i øvrigt”.

# Besvarelse af spørgsmål nr. 773 fra Folketingets Sundhedsudvalg (Alm. del).

I forbindelse med besvarelse af spørgsmål nr. 773 fra Folketingets Sundhedsudvalg:

”Mener ministeren, at det er forsvarligt, at Retslægerådet ud fra en skriftlig behandling af en sag kan afvise en indstilling fra den behandlende læge om, at indespærringen af en psykisk syg, som har begået kriminalitet, skal ophæves?”

anmodede Justitsministeriet Retslægerådet om en udtalelse. Justitsministeriet henholdt sig til rådets udtalelse og besvarede herefter spørgsmålet således:

”Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet en udtalelse fra Retslægerådet, som har oplyst følgende:

Det fremgår af § 1 i lov om Retslægerådet (lov nr. 60 af 25. marts 1961), at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Rådet træffer derimod ikke afgørelser.

Det fremgår endvidere af § 6 i forretningsorden for Retslægerådet, at de sager, der forelægges rådet, som alt-overvejende hovedregel skal behandles på grundlag af skriftligt materiale.

I sager vedrørende ophævelse eller ændring af en idømt psykiatrisk særforanstaltning, dvs. en dom til anbringelse på en psykiatrisk afdeling, en dom til psykiatrisk behandling eller en dom til ambulans psykiatrisk behandling, fremsendes sagen af anklagemyndigheden til Retslægerådet vedlagt en erklæring fra den behandlingsansvarlige eller erklæringsskrivende overlæge med overlægens stillingtagen til spørgsmålet om en ændring – typisk fra en mere indgribende til en mindre indgribende – eller en ophævelse af den idømte foranstaltning. Retslægerådet foretager herefter et lægefagligt skøn med en vurdering af, hvorvidt den dømtes psykiske tilstand stabilt er forbedret i en grad, at det skønnes forsvarligt at anbefale, at den idømte foranstaltning ændres eller ophæves.

I nogle tilfælde anbefaler den behandlingsansvarlige eller erklæringsskrivende overlæge en ændring eller en ophævelse af en idømt særforanstaltning, mens Retslægerådet på baggrund af det foreliggende skriftlige materiale skønner, at foranstaltningen ikke bør ændres eller ophæves, fordi den dømtes psykiske tilstand fortsat ikke er tilstrækkelig god og stabil, således at der er risiko for recidiv til personfarlig kriminalitet. I sådanne

tilfælde korresponderer Retslægerådet altid med den erklæringsskrivende overlæge i overensstemmelse med princippet i § 7, stk. 1, nr. 2 i rådets forretningsorden. Det betyder, at rådet altid sender den udtalelse, som rådet har til hensigt at afgive, til den erklæringsskrivende overlæge med en frist på 14 dage med anmodning om dennes eventuelle bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse. Den behandlingsansvarlige eller erklæringsskrivende overlæge får således altid mulighed for at kommentere rådets begrundelse for skønnet og samtidig lejlighed til at fremkomme med yderligere argumenter for sit tidligere anførte synspunkt. Hvis den behandlingsansvarlige eller erklæringsskrivende overlæge fremkommer med bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse inden for fristen på 14 dage, behandles sagen på ny af rådet med henblik på stillingtagen til, om den erklæringsskrivende overlæges bemærkninger til rådets skøn og eventuelle nye anførte synspunkter giver rådet anledning til en revurdering af rådets påtænkte udtalelse.

Når korrespondancen med den erklæringsskrivende overlæge er afsluttet, re-

turneres sagen til anklagemyndigheden med rådets udtalelse bilagt en eventuel korrespondance med den erklæringsskrivende overlæge i overensstemmelse med § 9 i rådets forretningsorden. Hvis den erklæringsskrivende overlæge overskrider svarfristen på 14 dage, og sagen er færdigekspederet i rådet, fremsendes den erklæringsskrivende overlæges forsinkede svar til anklagemyndigheden med bemærkning om, at det omhandlede svar er modtaget efter fristens udløb, og at det derfor ikke er indgået i rådets vurderingsgrundlag, men med bemærkning om, at sagen kan fremsendes på ny, såfremt anklagemyndigheden finder grundlag herfor.

Retslægerådet bemærker endvidere, at afgørelsen om ændring eller ophævelse af en idømt psykiatrisk særforanstaltning træffes af domstolene, som har lejlighed til at sætte sig ind i og vurdere en eventuel uenighed mellem den behandlingsansvarlige eller erklæringsskrivende overlæge og Retslægerådet, ligesom domstolene i øvrigt i denne type sager har mulighed for helt konkret at lægge vægt på almindelige proportionalitetsbetragtninger.”

# Overskåret sene til lillefingeren førte til invaliditet

*I 1994 blev den dengang 46-årige fiskefiletskærer A udsat for en arbejdsulykke, idet hun overskar en sene i højre hånds lillefinger. Skaden blev anerkendt som en arbejdsskade. I 1998 fik hun amputeret lillefingeren, og Arbejdsskadestyrelsen fastsatte hendes méngrad til 8 %. I 2000 fik hun tilkendt førtidspension svarende til en nedsættelse af erhvervsevnen med ca. 65 %. Efter en genoptagelse af arbejdsskadesagen fastsatte Ankestyrelsen i 2005 A's erhvervsevnetab som følge af arbejdsskaden til 35 %. På grundlag af de lægelige erklæringer i sagen blev dette tab fastsat ud fra, at arbejdsulykken havde haft en tennisalbue og smerter i højre hånd og fingre, skulder og nakke til følge. Derimod fandt Ankestyrelsen ikke, at A's yderligere lidelser i form af "hvide fingre" og lænderygsmarter var en følge af ulykken. A indbragte sagen for landsretten, der ikke fandt grundlag for at tilsidesætte det skøn, Ankestyrelsen havde udøvet, hvorefter erhvervsevnetabet som følge af arbejdsskaden blev fastsat til 35 %. Retslægerådet har i forbindelse med sagen afgivet en enig lægefaglig vurdering. Efterfølgende stadfæstede Højesteret landsrettens dom, dog med dissens fra to ud af i alt fem dommere. Sagen er et eksempel på, at domstolene foretager en samlet vurdering af samtlige foreliggende faktiske oplysninger, herunder Retslægerådets udtalelser.*

Under sit arbejde som fiskefiletskærer fik A i 1994, dengang 46 år gammel, overskåret en bøjesene i højre hånds lillefinger. Senen blev syet og efter genoptræning begyndte A igen at arbejde 1½ måned efter ulykken. Hun måtte imidlertid sygemeldes 2 måneder senere på grund af allergi og vejrtrækningsproblemer udløst af arbejde med rejer. Hun skiftede herefter job til en anden fiskefabrik, men måtte igen sygemeldes på grund af smerter i højre hånd, albue og skulder. Arbejdsskadestyrelsen anerkendte uheldet som en arbejdsskade, men mente i første omgang ikke, at A havde pådraget sig et varigt mén eller erhvervsevnetab. Højre hånds lillefinger blev i 1998 am-

puteret. Arbejdsskadestyrelsen fastsatte A's méngrad til 8 %.

I tillæg til hånd-, arm- og skuldersmerter oplevede A nu også tilfælde af hvide fingre (Raynaud fænomener) samt smerter i lænderyggen. A blev førtidspensioneret i 2000, idet den samlede erhvervsevne nu blev vurderet til at være nedsat med 65 %.

A prøvede fortsat at arbejde nogle timer om ugen, men måtte opgive dette. Arbejdsskadestyrelsen genoptog sagen i 2003 og vurderede nu, at A's erhvervsevnetab som følge af den anerkendte arbejdsskade udgjorde ¼ af den samlede nedsættelse af erhvervsevnen

på 65 %, svarende til 15 %. Denne vurdering blev stadfæstet af Ankestyrelsen samme år.

A anlagde i 2004 sag mod Ankestyrelsen med påstand om, at hendes erhvervsevnetab i relation til arbejdsskaden 10 år tidligere androg mere end 35 %. I forbindelse hermed fik Retslægerådet forelagt 11 spørgsmål:

**”Spørgsmål 1:**

*Hvad fejlede sagsøger før uheldet den 20. april 199X?*

Der foreligger ikke i sagsakterne oplysninger om sygdomme i bevægeapparatet før tilskadekomsten den 20.04.9X.

**Spørgsmål 2:**

*Kan det på baggrund af de i sagen fremlagte lægeerklæringer konstateres, at sagsøger lider af følgende gener:*

*”Hvide fingre”*

*Lænderygsmerter.*

*Tennisalbue*

*Smerter i højre hånd og fingre, skulder og nakke.*

Ja.

**Spørgsmål 3:**

*Hvad er efter Retslægerådets opfattelse årsagen til de konstaterede gener?*

Det er Retslægerådets opfattelse, at tennisalbue og smerter i højre hånd og fingre, skulder og nakke med rimelighed kan tilskrives ulykken den 20.04.9X samt dennes følger

(amputation af højre 5. fingerstråle). ”Hvide fingre” kan derimod ikke med sikkerhed tilskrives ulykken eller dens følger. Lidelsen er formentlig konstitutionelt betinget (familiært, Arbejdsmedicinsk Klinik, X-by). Lændesmerter kan ligeledes næppe tilskrives ulykken eller dens følger.

**Spørgsmål 4:**

*I hvilket omfang kan de konstaterede gener henføres til det akavede bevægemønster, som sagsøger måtte tilegne sig efter amputationen, og hvorefter hun måtte foretage et kraftigt vrid indad i underarmen samt bruge et mere kraftfuldt greb?*

Tennisalbue, smerter i højre hånd/fingre, skulder og nakke kan meget vel henføres til det akavede bevægemønster efter amputationen. Akavet bevægemønster under repetitivt belastende arbejde kan med stor sandsynlighed medføre de nævnte gener.

**Spørgsmål 5:**

*I hvilket omfang kan de konstaterede gener henføres til vanskelighed ved at holde om kniven og ved at løfte kasser, som følge af den manglende 5. finger på højre hånd?*

Kraftgrebet i hånden ved betjening af f.eks. kniv, hammer og lignende værktøj styres overvejende af de ulnare fingre (fingrene mod lillefingersiden). Skadelidte har måttet anvende ændret greb og dermed ændret og øget belastning, hvilket medfører overbelastning i hele armen og op til nakken.



**Spørgsmål 6:**

*Har kraftnedsættelsen i højre hånd affødt eller forværret generne i højre arm, albue og skulder?*

Generne i højre arm var ikke til stede før ulykkestilfældet og må således antages at være affødt af ulykken og dens følger (herunder kraftnedsættelse og vanskeliggjort styring af hånden under greb.)

**Spørgsmål A.**

*Har arbejdsskaden i form af overskæring af den dybe bojesene til sagsøgerens højre lillefinger medført andre varige følger end amputationen? Har det betydning for besvarelsen heraf, at der ikke er tegn på ændret belastningsmønster, f.eks. i form af seneskedehindebetændelse, som udtryk for en overbelastning af de tilbageværende fingre?*

Der er varigt ændret belastningsmønster i højre hånd som følge af den manglende lillefinger-stråle, samt varigt nedsat styringsevne og kraft. Det har næppe betydning, at der ikke er beskrevet overbelastning af de resterende fingre i form af seneskedehindebetændelse. Der foreligger overbelastningsgener fra albue, skulder og nakke.

**Spørgsmål B.**

*Har amputationen af sagsøgerens lillefinger på højre hånd medført en betydende nedsat funktion af hånden?*

Ja, funktionen er betydende nedsat i henhold til svar på spørgsmål A.

**Spørgsmål C.**

*Er det overvejende sandsynligt, at de beskrevne muskulære forandringer i nakke-skulder og lidelsen i form af tennisalbue er forårsaget af amputationen?*

Ja, se venligst svar på spørgsmålene 3-5.

**Spørgsmål D.**

*Er det efter almindelig lægelig erfaring sandsynligt, at sagsøgers gener med hvide fingre, lændesmerter, tennisalbue og smerter i skulder og nakke ville være opstået, selv om sagsøgeren ikke havde været udsat for arbejdsskaden den 20. april 199X?*

Det er sandsynligt, at lidelsen "hvide fingre" ville være opstået, selv om skadelidte ikke havde været udsat for arbejdsskaden den 20.04.9X.

For de øvrige lidelsers vedkommende kan arbejdets karakter teoretisk medføre sådanne gener. Skadelidte var dog i henhold til sagens akter uden sygdomme i bevægeapparatet før arbejdsskaden. Endvidere pådrog skadelidte sig først gener som anført efter ændret belastningsmønster som følge af den ubrugelige og senere amputerede lillefinger på højre dominante side.

**Spørgsmål E:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej."

På baggrund af rådets udtalelse genoptog Ankestyrelsen sagen og traf i december 200X en ny afgørelse, hvorefter erhvervsevnetabet som følge af arbejdsskaden nu blev fastsat til 35 %. Ankestyrelsen lagde blandt andet vægt på, at den efterfølgende amputation af højre hånds lillefinger havde medført tennisalbue, smerter fra højre hånd og fra nakke og skulder – hvilket medførte et skånebehov. Hvide fingre og lænderygsmarter havde også medført et skånebehov, men disse gener kunne med overvejende sandsynlighed ikke tilskrives arbejdsskaden.

Sagen blev indbragt for Vestre Landsret, der under hensyn til Retslægerådets udtalelser, samt forklaringer fra 5 speciallæger, dækkende specialerne arbejdsmedicin, ortopædkirurgi og reumatologi, der samstemmende afviste, at As hvide fingre og hendes ryggerer havde relation til arbejdsulykken, fandt, at overvejende sandsynlighed talte imod, at hverken lidelsen ”hvide fingre” eller lændesmerter hos A var en følge af arbejdsskaden. Det blev endvidere anført, at Ankestyrelsen har en særlig erfaring i at foretage de nødvendige vurderinger af skønsmæssig karakter i henhold til arbejdsskadesikringsloven, og landsretten fandt ikke grundlag for at tilsidesætte det skøn, Ankestyrelsen havde udøvet, hvorefter erhvervsevnetabet som følge af arbejdsskaden blev fastsat til 35 %.

A fik efter landsrettens dom tilkendt højeste pension, fordi hun fik konstateret amyotrofisk lateral sklerose(en

neurologisk sygdom uden relation til arbejdsskaden).

Med henblik på at ændre vurderingen af hvor stor en del af erhvervsevnetabet, der var en følge af arbejdsskaden, blev sagen indbragt for Højesteret. I den forbindelse fik Retslægerådet forelagt yderligere 4 spørgsmål:

### **”Spørgsmål 7**

*Kan de under spørgsmål 2 anførte lændesmerter betegnes som kroniske eller må disse betragtes som værende af forbigående karakter?*

De beskrevne lændesmerter må anses at være af tilbagevendende karakter og uden sikker relation til ulykkestilfældet 20.04.9X.

### **Spørgsmål F**

*Hvornår debuterede appellantens lænderygsmarter?*

I journalen fra Arbejdsmedicinsk Klinik fra år 2000 anføres det, at sagsøger har haft periodiske lændesmerter i cirka fire år. Af journal fra alment praktiserende læge (dateret 26.07.9X, bilag 9), fremgår, at sagsøger ”til stadighed døger med ryggen og har gjort det gennem mange år”.

### **Spørgsmål G**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det er overvejende sandsynligt, at appellantens lænderygsmarter er forårsaget af arbejdsulykken den 20. april 199X, eller om det er overvejende sandsynligt, at disse smerter er opstået uafhængigt af arbejdsulykken?*

Se venligst svaret på spørgsmål 7.

## Spørgsmål H

*Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 7 anført, at de under spørgsmål 2 anførte lændesmerter måtte anses for at være af tilbagevendende karakter og uden sikker relation til ulykkestilfældet den 20. april 199X.*

*Retslægerådet er ved spørgsmål G anmodet om at vurdere, om det er overvejende sandsynligt, at lændesmerterne var forårsaget af arbejdsulykken den 20. april 199X, eller om det var overvejende sandsynligt, at disse smerter var opstået uafhængigt af arbejdsulykken.*

*Da dette spørgsmål ikke er besvaret ved henvisningen til besvarelsen af spørgsmål 7, anmoder jeg på ny Retslægerådet om at besvare spørgsmål G.*

Det er Retslægerådets opfattelse, at en snitlæsion, trods følger i form af amputation af finger, ikke medfører lændesmerter.

Det er således ikke sandsynligt, at der er en årsagssammenhæng mellem skade mod hånd og lændegener”.

I Højesterets dom fremgår det blandt andet, at tre (af fem) dommere fandt, at overvejende sandsynlighed talte imod, at As lidelse ”hvide fingre” og lænderygsmerter var en følge af arbejdsskaden. Det blev begrundet med, at der ikke var fremkommet oplysninger, der gav grundlag for at tilsidesætte Ankestyrelsens skøn, hvorefter de lidelser, der var en følge af arbejdsskaden, det vil sige tennisalbue samt smerter i højre hånd og fingre, skulder og nakke, havde ført til et erhvervsevnetab på 35 %.

De to øvrige dommere var enige med flertallet i, at det navnlig efter Retslægerådets supplerende erklæring (svaret på spørgsmål H) – hvorefter det ikke var sandsynligt, at der var årsagssammenhæng mellem arbejdsulykken og lændesmerterne - med overvejende sandsynlighed var godtgjort, at A’s lændesmerter ikke var en følge af arbejdsulykken, jf. den dagældende arbejdsskedeforsikringslovs § 13.

Derimod fandt de to dommere - uanset erklæringer og forklaringerne fra flere speciallæger - at det ikke var godtgjort, at lidelsen ”hvide fingre” med overvejende sandsynlighed ikke var en følge af arbejdsulykken. Det blev tilagt betydning, at det ikke var klart om Retslægerådet mente, at lidelsen ”hvide fingre” med overvejende sandsynlighed ikke var en følge af arbejdsulykken ud fra besvarelsen af spørgsmål 3 ”Hvide fingre” kan derimod ikke med sikkerhed tilskrives ulykken eller dens følger”, og spørgsmål D ”at det er sandsynligt, at lidelsen ville være opstået, selv om A ikke havde været udsat for ulykken”. Herudover fandt de, at eksperternes argumentation af, at A’s ”hvide fingre” var familiært betinget, blev svækket af, at tilstanden kun havde vist sig på A’s højre hånd, og at den var debuteret kort tid efter amputationen af As lillefinger i 1998.

Højesteret stadfæstede herefter landsrettens dom, således at erhvervsevnetabet som følge af arbejdsskaden blev fastsat til 35 %.

**Kommentar:**

Domstolene er i den seneste tids offentlige debat blevet kritiseret for i for høj grad ukritisk at følge Retslægerådets udtalelser og dermed gøre rådet til "overdommer". Retslægerådets opgave er udelukkende af rådgivende karakter, hvor et panel af landets lægefaglige eksperter sikrer, at rådets vurderinger ikke blot er neutrale, men også er begrundet ud fra den aktuelle videnskabelige viden på området. I den aktuelle sag var problemstillingen, om der var en årsagssammenhæng mellem A's "hvide fingre" og arbejdsulykken. Retslægerådet fandt, at den tilgængelige viden på området tillod en blød formulering, "at A's lidelse "hvide fingre" ikke med sikkerhed kunne tilskrives arbejdsulykken eller dens følger, men at den formentlig var konstitutionelt (familiært) betinget, og at det var sandsynligt, at lidelsen ville være opstået, selv om A ikke havde været udsat for ulykken". På grundlag af erklæringer fra Arbejdsskadestyrelse, Ankestyrelse og Retslægerådet, og

forklaringer afgivet af A, speciallæger i arbejdsmedicin, ortopædkirurgi, gig- og muskellidelser, og A's praktiserende læge samt landsrettens dom afsagde Højesteret dom i 2009 med dissens. I mindretalsindstillingen påpegede de to dommere to relevante elementer. Det forhold, at de "hvide fingre" opstod kort tid efter arbejdsulykken og kun på den ulykkesramte hånd, stillede spørgsmålstegn ved, om lidelsen var familiært betinget. De to dommere fandt derfor ikke, at det var godtgjort, at lidelsen med overvejende sandsynlighed ikke var en følge af arbejdsulykken.

Sagen eksemplificerer vanskeligheden med at fastlægge det relative erhvervsevnetab som følge af en arbejdsulykke, hvor andre årsager bidrager til det samlede erhvervsevnetab. Sagens kerne var vurderingen af erhvervsevnetabet, hvilket isoleret set ligger uden for Retslægerådets kompetence, og rådets bidrag til rettens afgørelse bestod i at klassificere, om A's gener kunne henføres til arbejdsulykken eller ej.

# Uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet

Fortsættelse af sag fra rådets årsberetning 2007, side 25 ff.

Sagen vedrører en nu 46-årig mand, der siden slutningen af 1980'erne har haft først proctitis haemorrhagica (blødende endetarmsbetændelse) og senere en let grad af venstresidig ulcerøs colitis (blødende tyktarmsbetændelse). Derudover har han haft uforklarede epigastriske (øvre) mavesmerter, behandlet med syrepumpehæmmer (syresekretionshæmmer), og der er ved gastroskopi påvist hiatus hernie (mellemgulvsbrok), men ikke refluks sygdom (tilbageløb af mavesaft i spiserøret). Han har i perioder været behandlet med NSAID (nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer), der menes at kunne provokere colitis. Der foreligger ikke objektive mål for, at der skal have foreligget perioder med svær sygdom. Således er afføringsantal, volumen og udseende ikke registreret. Det er anført, at sygdommen forværres af stress og arbejde, og at der derfor er skånehensyn og arbejdsudygtighed. I denne sag er der stillet i alt 67 spørgsmål i tre omgange til Retslægerådet i forbindelse med sagsanlæg mod Danica Pension Forsikring A/S. De første 64 spørgsmål er tidligere kommenteret i årsberetningen fra 2007. Hovedparten var af generel karakter, og uanset rådets forbeholdne besvarelser fremsendes tre nye spørgsmål med et tilsvarende generelt indhold.

Efter Retslægerådets besvarelse hævdede sagsøgers advokat sagen. Vestre Landsret besluttede herefter, at sagsøger skulle betale 200.000 kr., inklusiv moms, i sagsomkostninger til det sagsøgte forsikrings selskab. Af retsbogen fra landsretten fremgår det, at der ved fastsættelsen af omkostningsbeløbets størrelse blandt andet er lagt vægt på sagens værdi og den meget omfattende og langvarige forberedelse af sagen, herunder at der flere gange er sket forelæggelse for Retslægerådet.

I november 2008 fik Retslægerådet forelagt de tre nye supplerende spørgsmål, som besvaredes således:

## Spørgsmål L:

I svaret på spørgsmål 2 har Retslægerådet anført: "Sygdommen kan ikke betegnes som svær, idet svær sygdom ledsages af ændringer i blodproveresultater, der er langt mere udtalte end de foreliggende og endvidere i sværere forandringer ved undersøgelse af

vævsprøver samt vægttab og behov for prednisolondoser betydeligt større, end der her er anvendt".

I svaret på spørgsmål 6 har Retslægerådet anført: "Det skønnes ikke sandsynligt, at sygdommen, som den fremtræder i det medsendte materiale, giver almenpåvirkning."

I svaret på spørgsmål B har Retslægerådet anført: "Sygdommen med den sværhedsgrad,

som er konstateret hos sagsøger, giver – hvis den overhovedet giver almenpåvirkning – en let påvirkning. Sygdomsintensiteten varierer over tid. ”

I svaret på spørgsmål D har retslægerådet anført: ”Langt de fleste patienter med colitis ulcerosa af en sværhedsgrad som beskrevet i det foreliggende vil have normal funktionsevne. ”

Der er efterfølgende indhentet en speciallægeerklæring, hvori anføres følgende: ”Klienten har blodende tyktarmsbetændelse som trods langvarig Prednisolonbehandling ikke er i ro. Der er blod i afføringen og fortsat 10-25 afføringer dagligt, imperiositet og incontinens, som er invaliderende og næsten umuliggør et såvel arbejds- som socialt liv.” Retslægerådet bedes oplyse, om dette giver anledning til ændring af Retslægerådets tidligere besvarelse. I bekræftende fald ønskes oplyst, hvori ændringen består, og hvorvidt Retslægerådet er enig i speciallægens beskrivelse af, at sygdommen er invaliderende og næsten umuliggør et såvel arbejds- som socialt liv. Ved benægtende svar ønskes en redegørelse for, hvorfor og på hvilke punkter Retslægerådet ikke kan tiltræde speciallægens udtalelse.

Retslægerådet finder ikke anledning til ændring af den tidligere besvarelse foretaget på grundlag af de daværende oplysninger. Beskrivelsen i speciallægeerklæringen kan indikere mere invaliderende sygdom, men der er ingen objektive holdepunkter herfor og ingen behandlingstiltag, der indicerer dette.

### **Spørgsmål M:**

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål G anført, at sygdommen kan helbredes ved fjernelse af tyktarmen. Rådet bedes oplyse, om dette også gælder for sagsøger.

Retslægerådet giver ikke behandlingsvejledninger til enkeltpatienter, men det kan bekræftes, at sygdommen kan helbredes ved fjernelse af tarmen.

### **Spørgsmål N:**

Det foreslås i speciallægeerklæringens konklusion at give anti-TNF behandling (specifik immundæmpende behandling). Der ønskes en nærmere redegørelse for, hvad den nævnte behandling går ud på, ligesom Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt Retslægerådet kan tiltræde anbefalingen.

Retslægerådet giver ikke behandlingsvejledning, men kan bekræfte, at behandling med anti-TNF undertiden kan have effekt på sygdommen, men langtidsvirkningerne er ikke kendt, og behandlingens endelige plads ikke fastlagt.

### **Kommentar:**

I denne sag er der stillet i alt 67 spørgsmål. De første 64 spørgsmål blev bragt i rådets årsberetning for 2007, side 25 ff. og ledsaget af blandt andet følgende kommentarer:

”Retslægerådet kan spørges om konkret påpegede forhold, men rådet kan ikke påtage sig at referere eller bekræfte, hvad der står at læse i de

fremsendte papirer, at udarbejde resumeer af sagsakter, at foretage generelle helbredsbedømmelser ud fra fremsendte aktstykker, eller at besvare generelt formulerede medicinske eller farmaceutiske spørgsmål. Rådet søger at være imødekommende over for domstolene og vil nødtigt stille sig afvisende endside returnere sager. Praksis har derfor været, at sådanne spørgsmål som udgangspunkt vil blive besvaret kortfattet, såfremt det kan ske på grundlag af paratviden, og naturligvis forudsat, at de har en forståelig sammenhæng med den forelagte sag. Helt generelt formulerede spørgsmål om for eksempel sygdommens karakteristika, hyppighed, komplikationer, behandling og lignende må forudses afvist med henvisning til lærebøger.

En arbejdsgruppe under Domstolenes Samarbejdsforum har set på, hvordan man kan smidiggøre sagsbehandlingen i retssager, der involverer blandt andre Retslægerådet. Arbejdsgruppen peger her på, at spørgsmål til Retslægerådet skal være klare og præcise og fremhæver, at retten bør påse, at de spørgsmål, der tillades stillet til Retslægerådet, er formulerede sådan, at de er egnede til at blive forelagt for Retslægerådet”.

De nye tillægsspørgsmål var for flertallets vedkommende af en tilsvarende generel karakter og kunne formentlig være frasorteret af retten efter en simpel gennemlæsning, men rådet har dog uændret en forståelse for, at det kan

være betænkeligt at gå ind i en censur af spørgetemaer, før sagens detaljer er blevet analyseret. Det gælder dog fortsat, at rådet ikke kan påtage sig at udarbejde generelle lægevidenskabelige eller farmaceutiske redegørelser og derfor må afvise eller i mange tilfælde besvare summarisk ud fra paratviden. I øvrigt henvises til de retningslinjer, der er udarbejdet for forelæggelse af sager for Retslægerådet.

De første spørgsmål i denne sag modtog rådet i august 2006 og de seneste i august 2008. Rådets arbejde med sagen har været betydeligt, ligesom det i sådanne sager ikke altid er uden problemer at fastholde de sagkyndiges engagement, hvis antallet af spørgsmål er overvældende, og karakteren af opgaven ikke falder i tråd med formål og ressourcer. Det er på den baggrund af interesse, at sagsøger her blev dømt til at betale et stort beløb i sagsomkostninger, selv om dette ikke har en direkte betydning for rådet. Forhåbningen må være, at dette kan medvirke til at skabe en fornyet opmærksomhed, således at Retslægerådets sagkundskab kan udnyttes bedre, fordi man ikke begiver sig ud i ureflekterede fisketure med ophobning af forskelligartede problemer, men kun stiller et begrænset antal spørgsmål, som til gengæld er de centrale i sagen.





# Vurdering af årsagssammenhæng mellem ryglidelser og arbejde

*Twister i civile sager, der forelægges rådet til udtalelse, står som oftest mellem det forsikringsselskab eller den myndighed, der skal udbetale erstatning eller godtgørelse, og den person, som har pådraget sig en skade for eksempel en ansat i forbindelse med varetagelse af sit arbejde, en patient i forbindelse med sygdomsbehandling eller en skadelidt i forbindelse med et færdselsuheld. Denne artikel omhandler tre forskellige eksempler på sager, hvor Retslægerådet har været inddraget i vurderingen af årsagssammenhængen mellem arbejde og en ryglidelse. Selv om sagerne ud fra en umiddelbar betragtning kunne synes relativt ens, medfører de specifikke forhold vedrørende den enkelte sag både differentierede svar fra Retslægerådet og forskellige resultater for sagsøger.*

## **Discusprolaps opstået i forbindelse med løft af gulvslibemaskine**

Denne sag vedrørte spørgsmålet om erstatning til den 55-årige AT, der var kommet til skade med sin ryg. AT havde været ansat som ufaglært gulvsliber i samme firma siden 199X. Ved to arbejdsulykker, henholdsvis den 30. maj 200X og den 14. marts 200X, havde AT og en kollega i fællesskab båret en gulvslibemaskine på 73 kg ned ad en trappe, hvorunder AT havde fået stærke smerter i ryggen. De havde ikke benyttet bæreseler eller andre hjælpemidler til at bære slibemaskinen eller i øvrigt skilt maskinen ad for at reducere belastningen. AT havde talt med sin formand i forbindelse med en arbejdspladsvurdering om en motoriseret trappesækkevogn til at transportere gulvslibemaskinen med, men den var for dyr. Siden er en sådan dog blevet indkøbt netop til brug for transport af gulvslibemaskinerne på trapper for at undgå tilsvarende ulykker fremover. Efter den første ulykke var AT syge-

meldt en periode, og da han begyndte at arbejde igen, havde han stadig rygsmerter. Fornyede undersøgelser i august 200X førte til påvisning og operation af en discusprolaps i lænderygsøjlen (L4/5), hvilket havde god effekt på smerterne. AT vendte herefter gradvis tilbage i arbejde og kom februar 200X på fuld tid. Kun 1 måned senere indtraf den anden ulykke, hvorefter ny discusprolaps blev påvist nu et niveau lavere (L5/S1). AT blev opereret i to omgange i april 200X, men kun med middelmådigt resultat, idet han fortsat havde mange smerter.

AT var tidligere, i 1994, opereret for en discusprolaps, men i halsrygsøjlen og havde frasat en kortere periode i 199X ikke haft smerter i ryggen.

Arbejdstilsynet afgav i maj 200X påbud om, at AT's arbejdsgiver skulle sikre de ansatte mod bæring af maskinerne, således at tunge løft blev undgået, og at de ansatte blev instrueret i arbejdet, idet dette ikke var tilrettelagt sikkerhedsmæssigt fuldt forsvarligt.

AT anlagde sag mod arbejdsgiveren med et erstatningskrav på 1 mio. kr.

I forbindelse med sagens behandling fik Retslægerådet forelagt følgende spørgsmål:

**”Spørgsmål 1:**

*Kan det på baggrund af det objektive fund fastslås, hvornår sagsøger har pådraget sig gener i lænderyggen?*

Det er muligt, at man i ganske enkelte tilfælde af ryglidelser vil kunne benytte de objektive fund til at bestemme tidspunktet for sygdommens debut, men det er meget sjældent, og det er ikke tilfældet i den aktuelle sag. Man vil naturligvis normalt benytte sig af sygehistorien.

**Spørgsmål 2:**

*Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at angive, hvilke gener der kan konstateres hvornår, og hvad der er årsagen til de angivne gener på de angivne tidspunkter?*

Der er i sagsøgers praktiserende læges journal et notat om rygsmerte 13.09.9X. Der er ingen lægelige dokumenter udfærdiget tidligere, hvilket ikke udelukker tidligere lænderygsymptomer.

Sagsøger forklarede ved en undersøgelse på ortopædkirurgisk afdeling i Esbjerg 18.09.0X, at der havde været rygsmerte i cirka et halvt år og udstrålende smerter gennem cirka to måneder. Rygsmertene skyldtes

sandsynligvis en degeneration af lænderygsøjlen, muligvis i kombination med en traumatisk påvirkning. De udstrålende smerter, som sagsøger fik i august 200X, skyldtes en lændeprolaps. Degeneration af lænderygsøjlen udvikles langsomt over en årrække

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om generne er opstået som følge af sagsøgerens ansættelsesforhold med sagsøgte fra 199X til 200X?*

**Spørgsmål 4:**

*Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende, ønskes det oplyst, om generne helt eller delvist kan hidrøre fra forhold, der ligger før sagsøgerens ansættelse hos sagsøgte i 199X?*

Ad spørgsmål 3 og 4:

Årsagen til degeneration af lænderygsøjlen er hos alle patienter multifaktoriel, det vil sige, at mange forskellige faktorer har betydning. En del af faktorerne er desværre ukendte i de enkelte tilfælde. Belastende arbejde er en af disse faktorer, men den har ikke afgørende vægt ved lændeprolaps, illustreret ved, at der er tilfælde af lændeprolaps hos personer uden rygbelastende arbejde og talrige personer med rygbelastende arbejde, som ikke får prolaps.

Forholdene kompliceres yderligere ved, at mange mennesker med udtalte degenerative forandringer i lænderygsøjlen ingen symptomer har, medens nogle mennesker er plaget af svære symptomer på baggrund af ret små degenerative forandringer.

Det er Retslægerådets opfattelse, at

sagsøgers arbejde efter den foreliggende beskrivelse var ret belastende for ryggen.

Med udgangspunkt i den arbejdsmedicinske erklæring fra december 200X har arbejdet været tungt med tunge enkeltløft og akavede arbejdsstillinger, ligesom det har indebåret træk og vrid i ryggen ved håndtering af maskiner. Det er ikke muligt på baggrund af erklæringen at kvantitere belastningen, og derfor ikke muligt at vurdere årsagssammenhængen eentydigt.

Som arbejdet på trykkeriet (197X-199X) er beskrevet, synes det ikke at have været særligt rygbelastende. Sagsøger blev allerede i 199X opereret for discusprolaps i halsrygsøjlen og er således disponerende for degenerativ rygsøjlesygdom.

#### **Spørgsmål A:**

*Retslægerådet anmodes om at beskrive de objektive fund og hertil hørende subjektive klager fra sagsøgers lænderyg?*

Af speciallægeerklæringen ved speciallæge i neurokirurgi, overlæge PD 03.10.0X fremgår det, at sagsøger på dette tidspunkt klagede over lændesmerter, smerter i højre ben, kramper i højre lår, reduceret kraft i bevægelserne i højre ankel, hyppig vandladning og erektionsproblemer. De objektive fund var nedsat bevægelighed i lænden, ømhed i lænden, positiv strakt benløfttest på højre side ved 30°, nedsat kraft ved opadbøjningen i højre ankel, bortfald af højre Achillesrefleks og ubehageligt ændret følesans på højre fod.

Der er rimelig overensstemmelse mellem symptomerne og de objektive fund.

#### **Spørgsmål B:**

*Retslægerådet anmodes om at vurdere, hvorvidt sagsøgers lidelser i ryggen kan være opstået som følge af de i processkrifterne beskrevne hændelser den 30. maj 200X og 14. marts 200X?*

Belastningen på de to anførte datoer vurderes at kunne være den udløsende faktor for en prolaps i lænderyggen, specielt hvis der som i dette tilfælde er tale om en degenerativ ryglidelse i forvejen.

#### **Spørgsmål C:**

*Retslægerådet anmodes om at udtale, hvorvidt sagsøger må antages at have udviklet lidelser i lænderyggen?*

- a) *under arbejde hos sagsøgte i perioden 199X til 200X? og/eller*
- b) *under hændelsen den 30. maj 200X og/eller hændelsen den 14. marts 200X?*

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til yderligere spørgsmål?*

Ryglidelsen er (videre)udviklet under ansættelsesforholdet, men som beskrevet ovenfor er det ikke muligt eentydigt at vurdere årsagssammenhængen”.

Byretten – og senere landsretten – tilkendte AT erstatning, og det blev blandt andet lagt til grund, at de løft, som AT foretog, lå langt udover

de vægtangivelser, der er fastsat af Arbejdstilsynet, at arbejdet med de tunge løft - som beskrevet i Arbejdstilsynets påbud - ikke var tilrettelagt fuldt forsvarligt, og at sagsøgerens skader skyldtes disse forhold. Retten bemærkede endvidere, at det var en skærpende omstændighed, at der var tale om løft ved gang - og ikke mindst løft på trapper. Herudover lagde retten til grund, at der ikke var givet AT de nødvendige instruktioner om disse løft, ligesom der ikke var ført fornødent tilsyn med arbejdets udførelse. Selv om sagsøgeren i forvejen havde en degenerativ lidelse, som hans arbejdsgiver var bekendt med - er der ikke - henset til udtalelsen fra Retslægerådet og henset til det tunge løft under gang på trappe - grundlag for at fritage sagsøgte for ansvar af den grund.

### **Lumbago-ischias forårsaget af tunge løft gennem mange år**

C havde siden han forlod folkeskolen i 196X haft tungt manuelt arbejde i landbrug, til søs, på maskinfabrik, med asfaltudlægning, som murerarbejdsmand, møbeldistributionschauffør, jord- og betonarbejder og siden 198X som havnearbejder. C var i 197X udsat for trafikulykke, hvor han fik dobbeltsidig lårbensbrud.

Fra midt i 80-erne fik han ind imellem lænderygsmarter og besøgte jævnligt egen læge og fik blokader og smertestillende medicin. Smerterne forværredes under perioden som havnearbejder, de var mere udtalte og med udstråling til bagsiden af begge lår, undertiden også til begge underben. På grund af tiltagende besvær med at overkomme

arbejdet blev han sygemeldt fra medio 199X og har ikke været i arbejde siden. I 199X fik han tilkendt laveste helbreds-betinget førtidspension.

Arbejdet som havnearbejder, som C bestred fra 198X til 199X, bestod i at løfte sække, der typisk vejede 50 kg fra paller sænket ned i skibslasten, bære dem 4-5 m og stable dem rundt omkring i lastrummet. På en dag kunne han flytte 60 tons. Denne fremstilling blev dog draget i tvivl af erklæringer fra og interview med repræsentanter for arbejdsgiverne i Fredericia Havn, hvoraf det fremgik, at arbejdet hovedsageligt blev foretaget med truck, og kun en mindre del blev flyttet manuelt. Ligeledes skulle der være 2 mand om hver sæk. Dog erkendtes det, at havnearbejderne, modsat instruktion, bar sækkene alene, ligesom der ikke var kontrol/opsyn med, hvorledes arbejdet reelt blev udført.

Arbejdsskadestyrelsen afviste i december 200X, at C's rygproblemer var omfattet af loven om forsikring mod følger af arbejdsskade. Som begrundelse blev det blandt andet anført, at der skulle have været tale om 8-10 års beskæftigelse og sammenhængende perioder med tilstrækkelige mange måneder med en samlet daglig løftemængde på 8-10 tons eller derover for at anerkende en ryglidelse under denne lov (fortegnelse gruppe E, pkt. 11 a). Det fremgik imidlertid af C's ATP-indbetalinger, at han i årene før 198X, hvor han fik lænderyggenerne, i gennemsnit havde haft 2 måneders beskæftigelse per år og i årene 198X - 199X i gennemsnit 6 måneder per år. Arbejdsskadestyrelsens afgørelse blev

stadfæstet af Den Sociale Ankestyrelse i januar 200X. C anlagde herefter sag mod Ankestyrelsen i 200X med påstand om, at ryglidelsen var omfattet af loven om forsikring mod følger af arbejdsskade.

I forbindelse med sagens behandling fik Retslægerådet i to omgange forelagt følgende spørgsmål:

**”Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om der ud fra sagens bilag efter Retslægerådets opfattelse kan stilles følgende diagnoser:*

- *Fuldt udviklet kronisk myofascialt smertesyndrom*
- *Discusprotrusion L3-L3 samt L4-L5*
- *Lumbago/ischias*
- *Kronisk smertetilstand/svær kronisk smertetilstand*
- *Spondylarthrosis col. lumbalis*
- *Scoliosis col.*

Ved undersøgelse i Ringe i november 199X findes lændesmerter (lumbago med ischias), og røntgen af lænderyggen viser scoliose og spondylose eller spondylarthrose (skævhed og slidgigt i ryggen). Discusprotrusionerne påvises ved CT i 199X. Svære kroniske rygsmerter er beskrevet fra omkring 1994, og de kan gerne gå under betegnelserne fuldt udviklet kronisk myofascialt smertesyndrom eller kronisk smertetilstand/svær kronisk smertetilstand.

**Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om de under spørgsmål 1 bekræftede diagnoser udeluk-*

*kende eller i overvejende grad er forårsaget af det særlige arbejde, som sagsøger har udført i årene 196X-199X?*

Sagsøger har frem til 198X haft vekslende løftarbejde med indimellem store belastninger. Efter 198X meget tungt løftarbejde som havnearbejder. Sammenlagt finder Retslægerådet denne belastning rigelig til at fremkalde de ovennævnte lidelser.

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om de under spørgsmål 1 bekræftede diagnoser udelukkende eller i overvejende grad er forårsaget af det særlige arbejde på havnen i Fredericia, som sagsøger har udført i årene 198X-199X?*

Sagsøger havde vekslende rygsmerter i en årrække under sit tidligere arbejde, men efter få år som havnearbejder forværredes smerterne og blev permanente. Retslægerådet er ikke i stand til at fordele årsagen præcist på de to ansættelsesforløb, men kan nævne, at havnearbejdet alene indebærer en belastning, som ville være fuldt tilstrækkelig til udvikling af kroniske lænderygsmerter.

**Spørgsmål 4:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger – og da hvilke.*

Nej.

**Spørgsmål A:**

*Såfremt Retslægerådet svarer bekræftende på, at der vedrørende sagsøger kan stilles en*

eller flere af de i spørgsmål 1 nævnte diagnoser, bedes Retslægerådet oplyse, hvornår denne/disse første gang blev konstateret.

Se besvarelsen af spørgsmål 1.

### **Spørgsmål B:**

*Såfremt Retslægerådet måtte komme frem til, at sagsøger inden 198X havde fået konstateret en eller flere af de i spørgsmål 1 nævnte lidelser, bedes Retslægerådet oplyse, om sagsøgers forudbestående lidelser kan antages helt eller delvist at være årsag til sagsøgers nuværende gener?*

Bortset fra en moderat scoliose er der ikke beskrevet ryglidelse forud for det rygbelastende arbejde. Scoliosen giver i sig selv en vis overhyppighed af rygsmerter, men sjældent det svære kroniske smerteforløb, som sagsøger har haft.

### **Spørgsmål C:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det ud fra en lægesagkyndig vurdering er sandsynligt, at en forværring af sagsøgers tilstand ville være indtrådt, selvom sagsøger ikke havde arbejdet ved Fredericia Havn i perioden 198X-199X?*

Rygsmerterets forløb er ofte svingende, men der er ingen tvivl om, at arbejdet på havnen har været meget rygbelastende.

### **Spørgsmål 5:**

*Det fremgår af SL's Arbejds- og Miljømedicinske undersøgelse den 21. september 199X (bilag 26), at sagsøger "fordelte og stablede sækkene rundt i lastrummet", samt at han*

*"på en dag kunne nå at flytte 60 tons (tres), hver sæk skulle bæres 4-5 m".*

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om den summerede effekt af fordeling, stabling og løft af især tunge sække af omkring 50 kilogram vægt svarende til 60 tons over én arbejdsdag har haft betydning for udviklingen af sagsøgers klager. I tilslutning hertil ønskes det oplyst, om den eventuelt skadelige effekt ved sådanne tunge arbejdsbyrder kan forværres ved samtidige uhensigtsmæssige belastninger, såsom skæve vrid, skub, og træk af de tunge sække i et lastrum med begrænset bevægefrihed for arbejderen. I bekræftende fald ønskes det oplyst, hvilke kombinationer der har været værst for sagsøgers helbred.*

Generelt forværres den skadelige effekt af tunge arbejdsbyrder hvis løftene foretages i uhensigtsmæssige arbejdsstillinger.

### **Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om de fysiske belastninger som sagsøger har været udsat for i forbindelse med sit havnearbejde i 198X-199X har påkrævet, at sagsøgers muskel-, led-, og knoglestyrke i ryggen alle har indgået i produktion af en funktions-evne, således at krævende forflytninger (træk, skub, og løft) har været mulig? Det bedes endvidere oplyst, om forflytningerne (f.eks. træk eller løft af 50 kilogram sække) kunne være foretaget uden brug af ryggens muskler, led og knogler?*

Første del af spørgsmålet giver ingen mening.

Til anden del af spørgsmålet kan Retslægerådet svare, at det ikke er muligt

at løfte uden at involvere ryggens muskler, led og knogler.

### Spørgsmål 7:

*Retslægerådet bedes oplyse om, de nu foreliggende spørgsmål D-F og spørgsmål 5-6 i øvrigt giver anledning til bemærkninger.*

Nej.

### Spørgsmål D:

*I lægebrev af 5. maj 199X afgivet af speciallæge fremgår, at sagsøgeren i 197X var udsat for et svært ulykkestilfælde bl.a. med fraktur i begge femur, og herudover fremgår det, at sagsøgeren igennem årene mange gange har haft lændesmerter, der var bedret med bloka-der. I journalen fra Arbejds- og Miljømedi-cinsk Klinik 199X og i speciallægerklæring af marts 199X er der henvist til, at sag-søgeren for ca. 15 år siden, altså i 198X, uden forudgående hændelse begyndte at få belastningsforværrede lændesmerter. Rets-lægerådet har i sin besvarelse af spørgsmål 1 henvist til, at de angivne diagnoser blev konstateret til henholdsvis omkring 199X, i 199X og i 199X. Retslægerådet anmodes om med henvisning til bl.a. de ovennævnte bilag og i øvrigt med henvisning til sagens øvrige lægelige oplysninger at udtale sig om, i hvilket omfang sagsøgerens gener var under udvikling forud for, at sagsøgeren kom i beskæftigelse som havnearbejder.*

*Retslægerådet anmodes endvidere om at vurdere, om ulykkestilfældet i 197X har haft indflydelse på udviklingen af sagsøgerens lænderyggener.*

Med speciallægens angivelse af symp-tomdebut for ryglidelsen omkring 198X må man antage, at ryglidelsen har

været under udvikling før ansættelsen som havnearbejder.

### Spørgsmål E:

*I redegørelsen af 29. november 199X fra FS A/S (bilag B) er der dels foretaget beregnin-ger, der viste den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid, dels en beskrivelse af hvorledes byrderne blev håndteret, nemlig at sækkene blev trukket nedad til stuvposition, og at der således ikke var tale om noget egentligt løft. Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det er enige i, at en sådan håndtering ikke kan betragtes som et løft og således ikke på tilsvarende måde som løftet er rygbelastende.*

*Retslægerådet anmodes endvidere om at oplyse, om omfanget af timer har betydning for, i hvilket omfang arbejdet har været rygbelastende for sagsøgeren.*

Belastningen ved at trække byrder ned ad en sliske, må antages at være mindre end ved egentlige løft. Sagsøger anfører i sin egen beskrivelse en længerevaren-de ansættelsesperiode. Arbejdsgiverens gennemgang vedrører kun tre år af denne periode. Uanset hvilken beskre-velse der lægges til grund, vurderer Retslægerådet, at der har været tale om rygbelastende arbejde. Almindeligvis vurderer man belastninger ud fra hvor mange kg, der er løftet og under hvilke omstændigheder, det er foregået. An-tallet af arbejdstimer forbundet med processen inddrages sædvanligvis ikke i vurderingen af en årsagssammenhæng.

### Spørgsmål F:

*Ifølge de i sagen foreliggende oplysninger var sagsøgeren i perioden 198X til 199X beskæftiget som havnearbejder. På baggrund*

*af de foreliggende oplysninger fra ATP er det under sagens administrative behandling beregnet, at sagsøgerens reelle beskæftigelse i denne periode svarede til 5,18 år. Af de historiske oplysninger fra ATP (bilag D) er anført fordelingen i antal måneder. Heraf kan det udledes, at sagsøgeren alene i den omhandlede periode var i kortvarige beskæftigelser. Retslægerådet anmodes om at oplyse, om dette forhold, at der var restitutionsperioder, har betydning for, i hvilket omfang den arbejdsmæssige belastning med tungt løftarbejde medførte en regenerering af de legemsdele specielt i ryggen, der blev belastet ved arbejdet.*

Det forhold, at skadelidte i løbet af en otteårs periode kun har haft ansættelse svarende til 5,18 år, nedbringer de samlede løftede belastninger og dermed også risikoen for udvikling af en ryg sygdom, men det er fortsat Retslægerådets vurdering, at arbejdet har været rygbelastende. Om der egentlig er tale om en restitutionsperiode som følge af pauser i løftarbejdet, er der ingen evidens for”.

Af byrettens afgørelse fremgår det blandt andet, at det er ubestridt, at sagsøgeren i perioden fra 198X til sygdommeldningen i 199X har indbetalt bidrag, der svarer til 5,18 års ansættelse. Efter fortegnelsen over Erhvervs sygdomme gruppe E, nr. 11, er det en betingelse, at det rygbelastende løftarbejde har stået på gennem 8-10 år, når der ikke er tale om arbejde med ekstremt tunge enkeltløft udført under akavet omstændigheder. Efter vejledningen kan kravet til den tidsmæssige udstrækning nedsættes, hvis der har

været tale om en belastning på væsentlige over 10 tons dagligt. På baggrund af oplysningerne om løftemængde er det ikke med en fornøden sikkerhed godtgjort, at løftemængden medfører, at den tidsmæssige udstrækning skal nedsættes til en udstrækning, som sagsøgerens dokumenterede beskæftigelse overstiger. Retten finder det således ikke godtgjort, at ryglidelsen burde være anerkendt som erhvervs sygdom i henhold til fortegnelsen.

Selvom Retslægerådet har vurderet, at rygbelastningen som havnearbejder har været rigeligt til at fremkalde de ovennævnte lidelser, og at belastningen ville være fuldt tilstrækkeligt til at udvikle de kroniske lænderyg smerter, finder retten dog ikke, at det er fuldt tilstrækkelig godtgjort, at sagsøgerens ryglidelse udelukkede eller i overvejende grad har været forårsaget af arbejdets særlige art. Der er herved lagt vægt på, at sagsøgeren har været ude for en trafikulykke, hvorunder han brækkede begge lårben, hvilket efter lægekonsulentens forklaring ofte medfører slidgigt i ryggen, at rygsmerterne er opstået lang tid, før arbejdsforholdet som havnearbejder er påbegyndt, og at de kroniske smerter er kommet efter kun 6-7 års ansættelse, hvor sagsøgeren ikke har arbejdet svarende til en fuld ansættelsesnorm. Som følge heraf blev Ankestyrelsen frifundet.

### **Lændehold opstået i forbindelse med stilladsarbejde**

En 33-årig stilladsarbejder, B, fik den 30. august 200X smerter i lænderyggen under løft af en dæksplade til sin makker. Trods lændesmerter var han i



stand til at fortsætte arbejdet, men kort efter opstod aflåsning i ryggen med begyndende føleforstyrrelser ud i venstre balle. B har været sygemeldt siden. B havde haft ondt i ryggen tidligere, og opsøgt kiropraktor herfor, ligesom han tidligere havde været sygemeldt på grund af ryggene, men aldrig i længere tid.

Da B dagligt havde smerter i lænden, blev sagen vurderet af Arbejdsskadestyrelsen, som fastsatte det samlede erhvervsevnetab til 60 %, og at erhvervsevnetabet på grund af arbejdsskaden udgjorde ca. halvdelen heraf. B arbejder i dag i flexjob 20 timer om ugen. B anlagde sag mod det stilladsfirma, der havde ansat ham, med påstand om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste tilbage til hændelsen samt erstatning for erhvervsevnetab, i alt knap 1 mio. kr.

I forbindelse med sagens behandling fik Retslægerådet forelagt følgende spørgsmål:

### **”Spørgsmål 1**

*Hvilke skader pådrog sagsøger sig ved uheldet den 30. august 200X?*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar herunder angive, om der er beskrevet objektive fund og/eller subjektive klager, der underbygger karakteren af de skader, sagsøger pådrog sig ved uheldet.*

Ved uheldet 30.08.0X pådrog sagsøger sig lændesmerter. Der er ved røntgenundersøgelse fundet forudbestående forandringer i rygsojlen forenelige med Scheuermanns sygdom, let kileform af 3. lændehvirvel og arcolyse (defekt

i hvirvelbuen) af L5/S1 (5. lænde- og 1. korsbenschvirvel). Røntgenforandringerne betydning for sagsøgers lændesmerter er usikker. Der foreligger herudover ikke objektive fund, der kan begrunde lændesmerterne.

### **Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse om sagsøgers tilstand, som denne senest er beskrevet i det lægelige materiale, er forårsaget helt eller delvist af uheldet den 30. august 200X.*

*For så vidt andre forhold påvirker helbredstilstanden, bedes sådanne forhold om muligt nærmere beskrevet.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed.*

Sagsøger havde, forud for 30.08.0X, i perioden oktober 200X til juli 200X tre episoder med smerter i lænde-/brystryg, og forudbestående forandringer ved røntgenundersøgelse, jævnfør svar på spørgsmål 1, som har været disponerende for rygsmerter.

Det er ikke muligt for Retslægerådet at fastslå eller helt udelukke, om og i givet fald i hvilket omfang, hændelsen den 30. august 200X har haft betydning for de i erklæringen af 24.10.0X beskrevne lændesmerter.

### **Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der efter rådets vurdering består den nødvendige sammenhæng mellem uheldet den 30. august 200X og de i sagen beskrevne gener, herunder hele den efterfølgende sygeperiode.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar, samt om muligt at angive graden af sandsynlighed.*

Der henvises til svarene på spørgsmål 1 og 2.

Retslægerådet udtaler sig ikke om årsag(er) til sygemelding”.

Byretten, hvis afgørelse blev stadfæstet af landsretten af de af byretten anførte grunde, fandt, at stilladsfirmaet ikke havde planlagt, tilrettelagt og udført arbejdet således, at det var sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt, hvorved Arbejds miljøloven var overtrådt. Stilladsfirmaet var derfor som udgangspunkt erstatningsansvarlig for det tab, som B havde lidt som følge af uheldet. Men med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 sammenholdt med de faktiske oplysninger om, at B to gange i måneden op til hændelsen havde søgt behandling hos kiropraktor for lændesmerter, fandt retten, at der uanset den tidsmæssige sammenhæng ikke var ført det fornødne bevis for, at uheldet den 30. august 200X havde forårsaget de ryggener, som B havde påberåbt sig som grundlag for sit krav. Stilladsfirmaet blev herefter frifundet, og B blev dømt til at betale sagens omkostninger.

#### **Kommentar:**

Ovennævnte tre sager er gode eksempler på de problemstillinger, der bliver forelagt Retslægerådet i forbindelse med erstatningssager i relation til ryglidelser. Sagens parter efterspørger

naturligvis et klart og eentydigt svar på, om der foreligger en årsagssammenhæng mellem den pågældende arbejds-skade/belastning og ryglidelsen. Dette ønske kan imidlertid være vanskeligt at opfylde for de lægefaglige eksperter, idet det kan være endog meget svært at afgøre, om kroniske rygsmarter er en følge af arbejdet/belastningen kombineret med disposition til degenerative forandringer eller en direkte følge af arbejdsulykken. Som det fremgår af rådets besvarelser, er årsagen til degeneration af lænderygsøjlen hos alle patienter multifaktoriel, det vil sige, at mange forskellige faktorer har betydning, og en del af faktorerne er ukendte i de enkelte tilfælde. Belastende arbejde er en af disse faktorer, men ofte har den ikke en afgørende betydning/vægt ved lændeprolaps, illustreret ved, at der er mange tilfælde af lændeprolaps hos personer uden rygbelastende arbejde, og talrige personer med rygbelastende arbejde får ikke prolaps. Forholdene kompliceres yderligere ved, at mange mennesker ingen rygproblemer har på trods af udtalte degenerative forandringer i lænderygsøjlen, medens andre er plaget af svære symptomer tilsyneladende på baggrund af ret små degenerative forandringer.

De afsagte domme afspejler disse vanskeligheder, og viser at rettens afgørelse bygger på en samlet vurdering af samtlige foreliggende faktiske oplysninger, herunder Retslægerådets udtalelser. Dette fremgår især af den førstomtalte sag, hvor sagsøgeren kom til skade med sin ryg under håndtering af en gulvslibemaskine. Retten begrundede, udover Retslægerådets

udtalelser, dommen med, at de løft, som sagsøger foretog, havde ligget langt udover de vægtangivelser, der er fastsat af Arbejdstilsynet, at arbejdet – som beskrevet i Arbejdstilsynets påbud – ikke var tilrettelagt fuldt forsvarligt, at der var tale om løft ved gang og løft på trapper, at der ikke var givet sagsøgeren de nødvendige instruktioner, ligesom der ikke var ført fornødent tilsyn med arbejdets udførelse. En række ikke-lægefaglige argumenter indgår således i rettens samlede bevisvurdering på lige fod med Retslægerådets erklæring i begrundelsen for dommen.

I den anden omtalte sag vedrørende lumbago-ischias forårsaget af løft gennem mange år, fandt Retslægerådet, at den beskrevne belastning havde kunnet fremkalde de beskrevne lidelser. Set fra en lægefaglig synsvinkel et relativt

konkret svar, og alligevel frifandt retten Ankestyrelsen, idet retten igen foretog en samlet vurdering af sagens samlede oplysninger. Der blev blandt andet henvist til, at det i fortegnelsen over Erhvervssygdomme gruppe E, nr. 11, er en betingelse, at det rygbelastende arbejde har stået på gennem 8-10 år, når der ikke har været tale om arbejde med ekstremt tunge enkeltløft udført under akavet omstændigheder. Retten lagde i denne sag tilsyneladende særlig vægt på de ikke lægefaglige præmisser. Det modsatte synes at være tilfældet i den sidstomtalte sag vedrørende lændehold hos en stilladsarbejder.

De her omtalte sager illustrerer på forskellig vis, at fastlæggelse af en årsagssammenhæng mellem arbejdsbelastning/ulykke og kroniske rygsmarter er en vanskelig opgave.



# Vellykket behandling med kønsdriftsdæmpende medicin, men rådet tager ikke stilling til ændring af en sådan behandling.

*A var 15 år gammel, da han første gang begik sædelighedskriminalitet mod mindreårige piger. Trods socialpædagogisk støtte og psykologisk behandling recidiverede han flere gange, og 22 år gammel blev han idømt forvaring. Behandling med kønsdriftsdæmpende medicin befriede A for et betydeligt seksuelt driftspres, og han kunne prøveudskrives fra forvaring. Under en lang observationsperiode under behandling med kønsdriftsdæmpende medicin har A's psykiske tilstand og adfærd været upåfaldende. Retslægerådet fik forelagt spørgsmålet om eventuel ændring af den givne behandling med kønsdriftsdæmpende medicin, men rådet fandt, at det ligger uden for rådets opgave at tage stilling til et sådan spørgsmål, som er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar, ligesom eventuel ændring af en given behandling ikke kan antages at vedrøre et lægevidenskabeligt skøn af betydning for en persons retsforhold (j.nr. A 26983; A 29947; A 30704; A 32851; A 36493; 50E/E9-03190-2009)*

A var 15 år gammel, da han i 1985 første gang blev mentalundersøgt. Han var dengang sigtet for forsøg på voldtægt af en 10-årig pige, hvis tøj han havde trukket af, hvorefter han havde forsøgt at indføre sit erigerede lem i hendes skede, men han opgav, da der kom andre mennesker til stede.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

”at han ikke er sindssyg og ej heller kan antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet.

Foreliggende aktoplysninger lader formode, at han er opvokset under ressourcefattige forhold. Han har fra tidlig barndom udvist adfærdsforstyr-

relser og har på grund af voldsomme udadrettede affekter allerede tidligt i sit skoleforløb været til skolepsykolog, ligesom der i hans 4. skoleår i forbindelse med hyppige konflikter omkring ham i skolen ydedes psykologisk bistand. Siden voldsomt affektudbrud i 7. klasse skal hans tilpasning i skolen have været rimelig. Han er fortsat i følelsesmæssigt belastende situationer præget af dårlig impuls kontrol og tab af overblik. Han er beskrevet som umoden i forhold til sin alder og hjælp- og trykshedsøgende.

På baggrund af sin personlighedsmæssige egenart må A henregnes til den i straffelovens § 69 stk. 1 omhandlede personkreds, og Retslægerådet skal, jævnfør samme lovs § 68, 2. punktum, som mere formålstjenlig foranstaltning

end eventuel forskyldt straf anbefale, at han undergives hjælpeforanstaltninger i henhold til bistandslovens bestemmelser for børn og unge med placering i institution, hvor der kan ydes ham langvarig pædagogisk, social og psykologisk støtte og behandling.”

A blev fundet skyldig og dømt som anbefalet af Retslægerådet.

Efterfølgende havde A ophold på forskellige socialpædagogiske institutioner, men han blev flere gange bortvist eller udskrevet på grund af voldsom adfærd. Han var i en længere periode i behandling hos psykolog, men uden at dette ændrede A's psykiske tilstand eller undertiden aggressive adfærd.

Et par år senere blev A igen mentalundersøgt, idet han var sigtet for blandt andet forsøg på at opnå anden kønslig omgængelse end samleje med en 12-årig pige, som han havde væltet af cyklen, hvorefter han tog førergreb på hende og slæbte hende en strækning af ca. 100 meter, hvorefter han væltede hende omkuld, kyssede hende, befølte hende og tog kvælertag på hende for at få hende til at holde op med at skribe. Han truede hertil med at slå hende ihjel med den hensigt at få hende til at sutte på sit kønsllem. Han opgav sit forehavende, da han blev overrasket af forbipasserende. Lægeundersøgelsen viste, at den forurettede havde været i livsfare, idet hun havde punktformede hudblødninger (petecchier) på begge øvre øjenlåg.

A blev denne gang mentalundersøgt under indlæggelse. Det fremgår blandt andet, at A var opvokset hos samlevende forældre. Forældrenes ægteskab havde i en periode, da A var et stort barn, været noget belastet på grund af faderens alkoholmisbrug, men alt i alt havde opvækstforholdene været harmoniske. A havde fra skolealderen frembudt adfærdsforstyrrelser, og han havde i lange perioder haft kontakt med skolepsykolog. Moderen mente, at A var umoden og selvusikker, ligesom hun oplyste, at A havde et overforbrug, måske misbrug, af alkohol. Under indlæggelsen fandtes A ikke sindssyg, han blev vurderet som normalt begavet, hvilket blev bekræftet af en psykologisk undersøgelse. A fandtes i øvrigt fortsat personlighedsmæssigt afvigende. Han fandtes omfattet af straffelovens (daværende) § 69, stk. 1, og afdelingen anbefalede – som en særforanstaltning – tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om blandt andet ophold i passende socialpædagogisk institution.

Denne sag blev ligeledes forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte: ”at A ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede handlinger. Han er normalt begavet. På tidspunktet for den påsigtede kriminalitet var han formentlig påvirket af alkohol, men der er ikke tegn på, at en patologisk rustilstand har foreligget. Han er ikke seksuelt pervers. Personlighedsmæssigt beskrives han fortsat som præget af mangelfuld udvikling, hvad angår bremsemekanismer over for aggressive impulser. Han beskrives tillige som

udtalt umoden og tryghedsøgende. Socialpædagogiske og psykologiske hjælpeforanstaltninger synes i perioder at have modificeret hans impuls kontrol og sociale funktionsevne i positiv retning.

A er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, og Retslægerådet skal, jfr. samme lovs § 68, 2. punkt, som mere formålstjenlig foranstaltning til forebyggelse af eventuel risiko for ny kriminalitet ligeartet med den påsigtede, såfremt han findes skyldig, anbefale, at han undergives tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om lægeligt ledet behandling mod alkoholmisbrug samt vilkår om at efterkomme tilsynsmyndighedernes bestemmelse om ophold, herunder om ophold i egnet hjem eller institution, således at han placeres under forhold, hvor der kan ydes ham langvarig socialpædagogisk/psykologisk støtte i den videre personlighedsudvikling. Herudover kan Retslægerådet ikke pege på foranstaltninger jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf.”

A blev imidlertid idømt en ubetinget frihedsstraf af fængsel i et år, som han afsonede i åben anstalt. Han nægtede prøveløsladelse, idet han ikke ønskede at undergive sig vilkår om blandt andet psykiatrisk behandling og behandling af sit alkoholmisbrug.

Kort tid efter at være løsladt blev A igen sigtet for blandt andet forsøg på at skaffe sig samleje med en 7-årig skolepige. Han havde væltet pigens af cyklen

og slæbt hende ind i et græsareal, hvor han truede med at kvæle hende. Da hun efterfølgende angav, at hun blandt andet havde haft afføring i bukserne, gav han hende et kys på munden og sagde, at hun skulle ”skride”.

A blev igen mentalundersøgt, og som tidligere fandtes han personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet umoden, holdningsløs og præget af selvusikkerhed. Hertil havde han udviklet et alkoholmisbrug af afhængighedskaraktér. A fandtes uændret omfattet af straffelovens (daværende) § 69, stk. 1, men den mentalobserverende speciallæge kunne ikke pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. punktum, som mere formålstjenlige end straf. Denne sag blev ligeledes forelagt Retslægerådet, der tilsluttede sig erklæringens konklusion.

A blev efterfølgende idømt fængsel i et år og seks måneder, som han afsonede i Anstalten ved Herstedvester. Hans ophold her er beskrevet som uden komplikationer, han var motiveret for behandling og gik i regelmæssig psykoterapi hos en af anstaltens psykologer. Han blev prøveløsladt med tilsyn af kriminalforsorgen og blandt andet vilkår om lægeligt ledet alkoholistbehandling. Også dette forløb uden komplikationer, og efterfølgende fortsatte A i en periode som frivillig tilsynsklient. Kriminalforsorgen forsøgte på forskellig måde at skaffe A arbejde og bolig – han var bekymret for at vende tilbage til sit lokalområde, hvor han var særdeles kendt – men uden held.

Et par år senere, i 1992, blev A sigtet for voldtægt og anden kønslig omgængelse end samleje mod en 9-årig pige og en 6-årig dreng. Han blev i anledning af sigtelsen igen mentalundersøgt, og af erklæringen fremgår blandt andet, at han længe havde iagttaget børnene og vurderet, om han ”skulle gøre det eller ej”. Han bestemte sig så for at gå hjem, men vendte pludselig om og greb begge børnene. Han forsøgte at indføre sit erigerede lem i pigens skede og i pigens endetarm, ligesom han blandt andet tvang børnene til forskellige seksuelle aktiviteter med hinanden og med ham selv. En lægeundersøgelse bekræftede, at pigen havde været udsat for seksuelle overgreb, og at drengen havde været udsat for vold.

Under sagens efterforskning kom det frem, at A som barn formentlig havde været udsat for seksuelle overgreb, og han mente selv, at dette kunne være en del af baggrunden for hans adfærd, ligesom han forklarede, at han var vred over, at forældrene havde beskyldt ham for at have stjålet fra dem, idet han angav, at det havde han aldrig gjort. A kunne i øvrigt ikke nærmere forklare baggrunden for det påsigtede forhold, udover at det drejede sig om en uimodståelig impuls. Han aflagde fuld tilståelse og angav, at det var en lettelse at tale herom, ligesom han var klar over, at han risikerede en længerevarende frihedsstraf. Han medvirkede villigt til mentalundersøgelsen, hvor han berettede om den tidligere afsoning i Anstalten ved Herstedvester, det psykoterapeutiske

behandlingsforløb, vanskelighederne ved at finde arbejde og bolig, ligesom han detaljeret beskrev, hvorledes han var ugleset i lokalsamfundet på grund af den tidligere kriminalitet, og at han på et tidspunkt var blevet overfaldet som ”børnelokker”. A angav, at han havde haft normale forhold til voksne kvinder, men det var indtrykket, at de havde været få og kortvarige. Han havde ikke haft en veninde, endsige et seksuelt forhold til en kvinde de sidste små tre år før den aktuelle kriminalitet.

Speciallægen bemærkede, at A noget resigneret konstaterede, at han igen havde mistet sin frihed, men han gav ikke udtryk for beklagelse over det passerede, endsige medfølelse med de forurettede. Han fandtes hertil selvusikker og præget af mindreværdsfølelse. Speciallægen vurderede, at A's lovovertrædelser var udtryk for impulsive seksuelle abnormhandlinger, hvor A efter egen beskrivelse oplevede seksuel ophidselse ved berøring og seksuel kontakt med en barnekrop.

Speciallægen fandt, at A frembød en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed og anbefalede forvaring, jf. straffelovens § 70. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der tilsluttede sig mentalerklæringens konklusion og blandt andet udtalte ...”at A ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet. Personlighedsmæssigt beskrives han som i det væsentlige uændret, blandt andet umoden, mindreværdsfølelse og



selvusikker samt overfladisk, kortsynet og præget af vanskeligheder ved at etablere og vedligeholde følelsesmæssige forpligtende forhold til andre mennesker. Han er hertil impulsstyret med manglende bremsemekanismer overfor aggressive og seksuelle impulser. Et tidligere alkoholmisbrug skal være bragt til ophør. Han var måske ganske let påvirket af alkohol på tidspunktet for de påsigtede forhold, men der er ingen holdepunkter for at antage, at abnorm rustilstand har foreligget.

A findes omfattet af straffelovens § 69, stk. 1, men Retslægerådet kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf. Under hensyn til karakteren af den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet sammenholdt med hans personlighedsmæssige egenart, må A, såfremt han findes skyldig, efter Retslægerådets opfattelse antages at frembyde en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring i stedet for fængsel er påkrævet for at forebygge denne fare.”

A blev efterfølgende idømt forvaring.

Ved skrivelse af ... 1997, anbefalede Anstalten ved Herstedvester, at A blev udstationeret til en af Kriminalforsorgens institutioner med henblik på frigang til undervisning på en teknisk skole. Af udtalelsen fremgår blandt andet, at A's forhold i anstalten havde været særdeles stabile. Han var beskæf-

tiget, og han gennemgik et psykoterapeutisk behandlingsforløb. Hertil var han efter eget ønske sat i behandling med kønsdriftsdæmpende medicin (to præparater givet som depot). A tålte behandlingen uden bivirkninger, og ved blodprøvekontrol fandt man, at blodets indhold af mandligt kønshormon (testosteron) var lavt, svarende til førpubertet. A gav selv udtryk for, at denne behandling havde befriet ham for et betydeligt seksuelt driftspres. A fandtes fortsat personlighedsafvigende, umoden, selvusikker og kontaktsvag, men den samlede behandlingsindsats havde bedret hans psykiske tilstand, herunder hans tendens til at reagere med passivitet og tilbagetrækning på belastning. Anstalten kunne derfor anbefale udstationering med vilkår om blandt andet fortsat behandling med kønsdriftsdæmpende medicin samt behandling med antabus.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte

”at A siden 13.03.93 har opholdt sig i Anstalten ved Herstedvester i medfør af en forvaringsdom. Hans tilstand er i denne periode stabiliseret, selvom han fortsat er personlighedsafvigende med selvusikkerhed og kontaktforstyrrelse. Han har kun kortvarigt modtaget psykofarmakologisk behandling med beroligende medicin. Han har fra 1995 været i behandling med to præparater af kønsdriftsdæmpende medicin, der har sænket indholdet af mandligt kønshormon i blodet til kastratniveau. Han behandles med antabus. Han har gennemgået et psykoterapeutisk forløb

og passet udgange, der i det sidste halve år har været uledsagede, uden at dette har givet anledning til problemer. Han planlægger en uddannelse og er optaget på skole i august 1997.

Retslægerådet kan herefter tiltræde overlægens erklæring, hvori det findes tilrådeligt, at A udstationeres til pensionen ... med vilkår blandt andet om fortsat behandling med kønsdriftsdæmpende medicin under blodprøvekontrol og kontinuerlig antabusbehandling.”

Det fremgår, at A herefter blev udstationeret på en pension.

Senest har Retslægerådet fået forelagt en sag vedrørende A i 2009. Af en erklæring fra Anstalten ved Herstedvester fremgår blandt andet, at A i 2003 blev prøveudskrevet fra forvaring med en række vilkår, herunder et ubetinget vilkår om psykiatrisk/sexologisk behandling. Han havde fået bevilliget førtidspension, og han kom dagligt på en socialpædagogisk institution, hvor han gik til håndte, og hvor man var glade for hans tilknytning. Han er fortsat i behandling med antabus, administreret af Kriminalforsorgen. Hertil havde han siden 1995 været i behandling med kønsdriftsdæmpende medicin som ovenfor anført, ligesom han fortsat havde kontakt med en af anstaltens psykologer, hvor han regelmæssigt kom til samtale.

Anstalten påtænkte at ophøre med et af de kønsdriftsdæmpende præparater

(Androcur), således at A alene skulle fortsætte med et præparat (Procren), som kun skulle gives som depot hver tredje måned. Sagen blev forelagt Retslægerådet med et spørgsmål om, hvorvidt rådet havde bemærkninger hertil. Retslægerådet undlod imidlertid at besvare dette spørgsmål med blandt andet følgende begrundelse:

”Ved en nærmere gennemgang af sagen skal Retslægerådet meddele, at rådet ikke finder grundlag for at afgive en udtalelse i forbindelse med påtænkte ændringer i A's behandling med kønsdriftsdæmpende medicin.

Som begrundelse herfor skal det blandt andet anføres, at det fremgår af betænkning afgivet af Retsudvalget den 18. marts 1997 over forslag til lov om ændring af straffeloven, retsplejeloven og lov om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforborg mv., at et flertal af medlemmerne i udvalget har lagt 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.

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

Da der således ikke er tale om en anmodning om udtalelse inden iværksættelse af behandling med kønsdrifts-

dæmpende medicin, og da den påtænkte ændring af den kønsdriftsdæmpende behandling ikke umiddelbart kan antages at vedrøre et lægevidenskabeligt skøn af betydning for A's retsforhold, idet Anstalten ved Herstedvester er behandlingsansvarlige for varetagelsen af den kønsdriftsdæmpende behandling, finder Retslægerådet ikke grundlag for at imødekomme Deres anmodning.

Retslægerådet foretager sig således ikke yderligere i anledning af sagen.”

**Kommentar:**

Sagen beskriver et vellykket behandlingsforløb af en recidiverende sædelighedskriminel. A var kun 15 år gammel, da han første gang blev dømt for et seksuelt overgreb mod en mindreårig pige, og i de følgende år recidiverede han flere gange, og det er indtrykket, at de seksuelle overgreb blev stadig mere brutale. I overensstemmelse med de mentalobserverende overlæger anbefalede Retslægerådet i forbindelse med de første forhold, at A i stedet for almindelig straf blev forsøgt støttet socialt og psykologisk, men disse foranstaltninger ændrede ikke A's psykiske tilstand eller hans adfærd. Personlighedsmæssigt fandtes han på den ene side umoden, selvusikker og passiv, på den anden side også affektlabil med lav frustrations-tærskel. Han syntes hertil at have vanskeligheder ved at etablere naturlig kontakt til voksne kvinder.

A blev efter det sidste, meget alvorlige forhold idømt forvaring, hvilket såvel den mentalobserverende overlæge som

Retslægerådet havde anbefalet. Hans afsoning i Anstalten ved Herstedvester forløb fuldstændig uden komplikationer. A blev efter eget ønske sat i behandling med kønsdriftsdæmpende medicin, og han angav selv, at denne behandling havde befriet ham for et betydeligt seksuelt driftspres – det fremgår ikke, om dette driftspres var specielt rettet mod børn. Han kunne efter relativt få år prøveudskrives fra forvaring, og under den efterfølgende, lange observationsperiode har hans tilstand og adfærd været fuldstændig upåfaldende. En nærmere beskrivelse af indikationen for behandling med kønsdriftsdæmpende medicin, behandlingens praktiske gennemførelse samt effekt fremgår af en undersøgelse, som kan findes på kriminalforsorgens hjemmeside [www.kriminalforsorgen.dk](http://www.kriminalforsorgen.dk)

Retslægerådet fik i 2009 forelagt en sag, hvor rådet blev anmodet om en udtalelse vedrørende ændring af den kønsdriftsdæmpende behandling. Som det fremgår, fandt Retslægerådet, at det ikke er rådets opgave at tage stilling til påtænkte ændringer af en given behandling, dette ansvar påhviler den behandlingsansvarlige overlæge. Hertil kommer, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og en eventuel ændring af en given behandling vedrører ikke et lægevidenskabeligt skøn af betydning for en persons retsforhold (om afgrænsningen af ”enkeltpersoners retsforhold” i civile sager se Retslægerådets årsberetning 2007, side 11 ff.).



# **Bizarre legemlige vrangforestillinger, men ikke symptomer på en ikke anerkendt somatisk lidelse (multiple chemical sensitivity), kan være indikation for frihedsberøvelse i medfør af psykiatriloven**

*En 33-årig kvinde (A) klagede over at være blevet tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt på en psykiatrisk afdeling. Hun angav at lide af "Multiple Chemical Sensitivity" (MCS), en tilstand hvor udsættelse for dufte, dampe, kemiske stoffer mv. angives at udløse symptomer som for eksempel irritation i luftvejene og hovedpine. Retslægerådet fik forelagt sagen med to spørgsmål, dels om MCS, dels om kriterierne for tvang i psykiatrien var opfyldt. Rådet udtalte, at MCS ikke er en anerkendt legemlig sygdom, og at de symptomer, der angives at karakterisere tilstanden, er uspecifikke og kan ses ved en række legemlige sygdomme. Uafhængig af om MCS eksisterer som en egentlig sygdom, fandt rådet, at A's beskrivelse af sine overfølsomhedssymptomer havde antaget karakter af bizarre vrangforestillinger – hun boede for eksempel i et stort set tomt hus, hvor vinduerne altid stod åbne, idet hun ikke tålte lugten fra møblerne, hendes tøj var pakket ned i plastikposer, og hjemmehjælpen skulle gå i bad og tage A's tøj på, før de måtte gå ind i huset. Hendes bizarre forestillinger inddrog efterhånden også elektromagnetiske stråler, for eksempel fra tv eller telefon. Retslægerådet vurderede, at A led af en sindssygdom domineret af vrangforestillinger (paranoid psykose), med en lidt ældre terminologi benævnt hypokonder paranoia. A blev tilbudt behandling med antipsykotisk virkende medicin, men hun afviste kategorisk at modtage en sådan behandling, idet hun ganske afviste at være psykisk syg. Afdelingen valgte at undlade tvangsbehandling, da netop de paranoide psykoser erfaringsmæssigt langt fra altid responderer på medikamentel behandling. A forlangte sig udskrevet, da tvangstilbageholdelsen blev ophævet. Retten indhentede yderligere oplysninger om MCS og godkendte, at A var blevet tvangsindlagt og – tilbageholdt (J.nr. 10A/A3-01608-2008).*

Sagen vedrører en 33-årig kvinde (A), der angav at lide af "Multiple Chemical Sensitivity" (MCS). A klagede over at være blevet tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt på en

psykiatrisk afdeling. Sagen blev forelagt Retslægerådet, dels som en klagesag over den administrative frihedsberøvelse, dels med en række spørgsmål om MCS. A's tidligere liv og sociale forhold

var ikke særlig grundigt belyst, og selv ønskede hun ikke at bidrage med oplysninger. A's praktiserende læge havde imidlertid til brug for tvangsindlæggelsen udarbejdet en grundig erklæring, hvoraf blandt andet fremgik, at A som barn havde været upåfaldende, hun havde en uddannelse som designer og havde arbejdet som sådan i flere år, men de sidste par år før indlæggelsen havde hun været sygemeldt på grund af MCS. Hun var flyttet fra København til et landdistrikt, idet hun mente sig i udtalt grad påvirket af lugte mv. i storbyen. Hun havde måske som ung været indlagt på psykiatrisk afdeling med nervøs spisevægring (anorexia nervosa), men der forelå i øvrigt ikke oplysninger om tidligere sygdomme.

A var flyttet til et hus nær forældrene, som i en periode havde forsøgt at hjælpe hende. A havde over for lægen anført, at lugte blandt andet medførte kvalme, vejrbetækningsbesvær, hovedpine, følelsesløshed, svimmelhed samt koncentrations- og hukommelsesbesvær. Hun gik med maske for at beskytte sig mod lugte. Hun boede i et nærmest tomt hus, idet hun havde opmagasineret sine møbler, som hun mente lugtede af blandt andet maling. Hendes tøj lå i plasticposer, og hun sov på gulvet, idet hun ikke kunne tåle en madras. Vinduerne stod permanent på vid gab, også i koldt vejr. Forældrene havde opgivet at hjælpe hende og havde henvendt sig til kommunen, der herefter forsøgte at hjælpe A med blandt andet indkøb, men de kommunale medarbejdere måtte også give op, idet A for eksempel forlangte, at

de skulle gå i bad og iføre sig hendes tøj, før de gik ind i huset. Gik tingene ikke, således som A ønskede det, kunne hun skribe så højt, at det kunne høres langt omkring. Da den praktiserende læge tilså A, opholdt hun sig i frostvej i haven, idet hun ikke kunne udholde at være indendørs.

Den praktiserende læge tvangsindlagde herefter A, idet lægen blandt andet anførte, at A igennem mere end et år havde været præget af bizarre vrangforestillinger, at hun havde lugthallucinationer og legemlige påvirkningsfølelser. A blev efterfølgende tvangstilbageholdt og udskrevet efter små tre ugers indlæggelse.

A klagede under indlæggelsen over de samme symptomer som ovenfor nævnt, ligesom hun mente, at elektromagnetisk stråling og elektricitet i al almindelighed påvirkede hende og udløste de anførte symptomer. Hun anmodede derfor vedvarende om at få fjernsynet i afdelingens fællesrum slukket, ligesom hun angav, at symptomerne blev udløst, når hun talte i telefon.

Afdelingen vurderede, at A's beskrivelse af den indvirkning lugt – og duftstoffer havde på hende samt hendes beskrivelse af den påvirkning, elektromagnetisk stråling havde, måtte opfattes som bizarre vrangforestillinger, ligesom man vurderede, at A var hallucineret på lugtesansen. Det er anført, at den følelsesmæssige kontakt med A var totalt fraværende, hun var i neutralt stemningsleje, men lidt tristhedspræget,

ind imellem også vredladen. Man konstaterede ingen formelle forstyrrelser af hendes tænkning. Man bemærkede, at hun uden problemer spiste afdelingens mad, og at hun ind imellem talte i telefon i op til en times varighed.

Da frihedsberøvelsen blev ophævet, forlangte A sig udskrevet. Afdelingen vurderede, at A led af en sindssygdom domineret af vrangforestillinger (paranoid psykose), men at behandling med antipsykotisk virkende medicin – som i givet fald skulle gives ved tvang – næppe ville bedre hendes tilstand afgørende, hvorfor man undlod en sådan behandling.

Det stedlige psykiatriske patientklagenævn havde godkendt tvangstilbyggelsen og tvangstilbageholdelsen, hvorefter A indbragte sagen for retten, der forelagde den for Retslægerådet med et spørgetema om MCS og om lovligheden af frihedsberøvelsen. Der forelå i sagens akter forskellige udtalelser vedrørende MCS og flere skrivelser fra en psykolog, A havde haft kontakt med, og som støttede diagnosen MCS.

Ved sagens behandling i Retslægerådet deltog såvel allergologer som psykiatere, og rådet afgav følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af foreliggende materiale med erklæring af 09.10.xx ved overlæge B, Psykiatricenter Y, udtale, at A som 19-årig ved en test skal have været fundet allergisk over for birkepollen og græs og derefter i tiltagende grad har reageret overfø-

somt på en række stoffer. I december 200x søgte hun 31 år gammel behandling ved arbejds- og miljømedicinsk afdeling med overfølsomhedsklager. Hun blev anbefalet at søge psykiatrisk behandling, men mente ikke at have behov for dette. Generne forværredes, og i [året efter] flyttede hun til ... og søgte hjælp hos sine forældre. Den 24.01.xx blev hun tvangsendlagt, idet den indlæggende læge oplyste, at hendes tilstand havde ændret sig i løbet af de senere år, således at hun var blevet sindssyg og havde behov for behandling. Under indlæggelsen vurderede lægerne på afdelingen ligeledes, at hun var sindssyg, idet hendes beskrivelse af overfølsomhedssymptomerne havde karakter af bizarre vrangforestillinger, og hendes lugtgener af hallucinationer. Hun forlangte eksempelvis jævnlige, at fjernsynet skulle slukkes på grund af hendes følsomhed for elektromagnetisk stråling, ligesom hun mente, at hun ikke kunne tåle, at nogen uden-døre røg 5-10 m fra hende og angav ikke at kunne tåle at tale i telefon. Da hun forlangte sig udskrevet, blev hun tvangstilbageholdt med henblik på behandling. Patientklagenævnet godkendte tvangstilbageholdelsen. Hun blev tilbudt antipsykotisk virkende medicin, men afviste at modtage den. Efter et par ugers observation vurderedes, at diagnosen var sindssygdom med vrangforestillinger, og tvangstilbageholdelsen blev ophævet, idet udsigten til effekt af behandling mod denne lidelse mentes at være ringe.

Retslægerådet vurderer, at A har udviklet en så overdreven opfattelse

(aggravering) af sin eventuelle tilgrundliggende overfølsomhed, at det har antaget karakter af en sindssygelig tilstand med manglende realitetstilpasning. Det ville derfor have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve hende med henblik på at vurdere, om der ved behandling ville være udsigt til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål således:

**Spørgsmål 1:**

*Kan Retslægerådet på baggrund af det foreliggende materiale stille en diagnose for A?*

Retslægerådet kan ikke stille en diagnose på en legemlig sygdom for A. Hun har udviklet en række ukarakteristiske klager i form af blandt andet hovedpine, svimmelhed, kvalme, synsforstyrrelser, koncentrationsbesvær og åndenød ved udsættelse for diverse dampe for maling, opløsningsmidler, parfumerede produkter og meget andet. Disse symptomer kan forekomme ved en række somatiske sygdomme, men for hver enkelt af disse sygdomme er klagerne for ukarakteristiske til, at en diagnose kan stilles med nogen rimelig sikkerhed, og ingen diagnose kan forklare alle hendes klager.

A er tilsyneladende objektivt diagnosticeret allergiker (husstøvmider, birkepollen, diverse fødemidler) via undersøgelse af allergolog. Disse testresultater foreligger dog ikke blandt bilagene. Det er alment kendt, at aller-

gikere ofte har en generel hyperreaktivitet og intolerance for flere irritanter/allergen end de positivt testede.

**Spørgsmål 2:**

*Kan der på baggrund af det foreliggende materiale for A stilles diagnosen "multiple chemical sensitivity"?*

Retslægerådet kan ikke stille diagnosen multiple chemical sensitivity (MCS), da der ikke foreligger almindelig enighed om, hvorvidt sygdommen eksisterer, og hvordan den defineres. MCS defineres af nogle som en kronisk tilstand med et stort antal meget varierende symptomer, som af patienten relateres til udsættelse for lave koncentrationer af diverse kemiske substanser, som findes i moderne, menneskeskabte miljøer. Tilstanden er ikke karakteriseret af objektive fund, og MCS er ikke almindeligt anerkendt som en somatisk sygdom. Der foreligger ikke resultater af velkontrollerede kliniske forsøg, hvor det har været muligt systematisk at reproducere symptomer i forbindelse med udsættelsen for de lave koncentrationer hos disse personer.

**Spørgsmål 3**

*Kan Retslægerådet på baggrund af svarene på spørgsmål 1 og 2 udtale sig om, hvorvidt de af A anførte gener – se erklæringer fra psykolog C, Miljøcenterets afdeling D og Privathospitalet Hamlet, E, er forenelige med "multiple chemical sensitivity"?*

På baggrund af svaret på spørgsmål 2 bortfalder dette spørgsmål.



**Spørgsmål 4:**

*Er der overensstemmelse mellem A's subjektive beskrivelse af sine symptomer om sin tilstand og de i forbindelse med lægeundersøgelserne af hende gjort objektive fund i marts 2007 og i januar 2008?*

Da A's klager ikke er ledsaget af karakteristiske objektive fund, er der ingen klinisk betydende overensstemmelse mellem A's subjektive beskrivelse af hendes symptomer og objektive fund.

**Spørgsmål 5:**

*Udviser journaloptegnelserne vedrørende behandling og undersøgelse af A en ændring i hendes tilstand fra marts 2007 til januar 2008, og i bekræftende fald hvilke?*

Da Retslægerådet ikke med rimelig sikkerhed kan stille en klinisk diagnose, bortfalder dette spørgsmål.

**Spørgsmål 6:**

*Anses "multiple chemical sensitivity" for at være en anerkendt sygdom i Danmark eller i andre lande, og i givet fald hvilke?*

**Spørgsmål 7:**

*Efter hvilke kriterier stilles diagnosen "multiple chemical sensitivity", og hvilke undersøgelser anvendes hertil?*

Ad spørgsmål 6 og 7.

På baggrund af svaret på spørgsmål 2 bortfalder disse spørgsmål.

**Spørgsmål 8:**

*Findes der i Danmark tilgængelige oplysninger om, hvor mange personer, der lider af duft- og kemikalieoverfølsomhed?*

*I bekræftende fald bedes det oplyst, hvor disse oplysninger er tilgængelige.*

*Såfremt Retslægerådet måtte være i besiddelse af sådanne oplysninger, bedes det oplyst, hvor mange personer, det drejer sig om, og hvilken sværhedsgrad, der er tale om.*

Retslægerådet er ikke i besiddelse af de ønskede oplysninger, men i 2006 oprettede Miljøstyrelsen på Gentofte Hospital "Videncenter for Duft- og Kemikalieoverfølsomhed", som blandt andet har fået til opgave at bidrage til en kortlægning af disse problemer i Danmark.

**Spørgsmål 9:**

*Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?*

Nej."

Ved sagens behandling i retten forelå blandt andet en erklæring fra privathospitalet "Hamlet", hvor det konkluderende hedder:

"Pga. ovennævnte [A's symptomer] kan pt. ikke:

Have samvær med andre mennesker med mindre de er helt duftneutrale

Har fået overbevist forældre, søster og en enkelt veninde om dette. Kan

ikke ompleje omgang med andre end de nævnte. Kan ikke købe ind og må have en bekendt til at købe ind for sig.

Kan ikke bruge offentlige transportmidler. Kan lige klare at køre bil, hvis foren

af bilen respekterer duftneutralitet. Kan ikke læse blade og aviser og i en

meget stor udstrækning bøger.

Har opgivet HF-uddannelsen.

Har dybt seriøse problemer med at finde et sted, hun kan bo og holde ud at være, der var skimmelsvamp i hendes sidste lejlighed, som dog er blevet renoveret, men de nye byggematerialer forhindrer også pt. i at opholde sig der.

### **Objektivt:**

Virker velbegavet og nogenlunde neutral stemningsmæssigt. Inspektion af øre-næse-halsorganerne viser normale forhold.

### **Konklusion:**

Pt. har en svær MCS (multiple chemical sensitivity). På baggrund af denne er pt. ikke i stand til at fuldføre sine studier og er heller ikke i stand til at optræde på arbejdsmarkedet.”

Som anført havde Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 8 henvist til Videncenter for Duft- og Kemikalieoverfølsomhed, og herfra indhentede retten følgende udtalelse:

”Videncenteret [fik] i sommeren 2007 tilladelse fra Sundhedsstyrelsen til i forskningsøjemed at kontakte patienter fra Rigshospitalets Øre-Næse-Halsafdeling, som fra 1990 frem til 2006 havde fået diagnosen multiple chemical sensitivity, på dansk duft- og kemikalieoverfølsomhed.

Af de 140 patienter, som blev identificeret fra arkivskabene, gav 100 personer efterfølgende samtykke til at blive kontaktet af Videncenteret. Disse personer beskrev sociale og/

eller erhvervsrelaterede problemer på grund af deres sygdom udløst af dufte og kemiske stoffer.

I 2008 kunne Videncenteret publicere resultatet fra en spørgeskemaundersøgelse om duft – og kemikalieoverfølsomhed. Studiet henvendte sig til 6.000 tilfældigt udvalgte borgere i alderen 18-69 år bosiddende i Storkøbenhavn.

Det er værd at fremhæve, at

- 45 % af befolkningen rapporterede ubehag relateret til en eller flere af 11 almindeligt forekommende eksponeringer. Hyppigst over for andre menneskers brug af parfume, aftershave og deodorant, biludstødning, rengøringsmidler og friske tryksager.

- 27 % relaterede eksponeringerne til fremkaldelse af symptomer. Hyppigst i form af hovedpine samt irritation i øvre og nedre luftveje.

- 19 % undgik brugen af særlige forbrugerprodukter på grund af symptomer relateret til indånding af dufte og kemiske stoffer.

- 3,3 % rapporterede sociale og/eller erhvervsrelaterede problemer på grund af deres symptomer over for dufte og kemiske stoffer.

- 0,5 % oplevede både sociale og erhvervsrelaterede problemer på grund af deres symptomer over for dufte og kemiske stoffer.

Med baggrund i disse tal har Videncenteret anslået, at der på landsplan er op mod 17.000 voksne danskere, som oplever symptomer på grund af indånding af dufte og kemiske stoffer i en grad, så det påvirker deres udfoldelser socialt og erhvervmæssigt.”

Overlæge E blev afhørt i retten og angav blandt andet, at A havde udtalte karakteristiske symptomer på MCS. Videre oplyste han (fremgår af udskrift af dombogen): ”Man kender ikke de biologiske symptomer på MCS. Nogle somatiske sygdomme, som for eksempel migræne, har heller ikke objektive udtryk. MCS-diagnosen er ikke offentligt anerkendt i Danmark og findes heller ikke i WHO’s kartotek over sygdomme og har således heller ikke noget diagnosenummer. Herhjemme bruges diagnosen som baggrund for førtidspension.”

Retten fandt frihedsberøvelsen af A lovlig med blandt andet følgende begrundelse:

”Ved Retslægerådets udtalelse finder retten det godtgjort, at klageren har udviklet en så overdreven opfattelse af sin eventuelle tilgrundliggende overfølsomhed, at det har antaget karakter af en sindssygelig tilstand med manglende realitetstilpasning, og at det ville have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve hende med henblik på at vurdere, om der ved behandling ville være udsigt til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden. Retten finder det samtidig godtgjort, at behandling har været forsøgt i overensstemmelse med behandlingsplanen under hele indlæggelsen, hvorved bemærkes, at klageren hele tiden modsatte sig medicinsk behandling, og at klageren blev udskrevet, da hendes tilstand alene kunne opfattes som paranoid psykose, og der ikke var

tilstrækkelig sikker evidens for, at anti-psykotisk behandling kunne afskaffe hendes vrangforestillinger. Retten finder således også behandlingskriteriet i § 5 opfyldt.”

**Kommentar:**

Sagen omhandler dybest set to uafhængige spørgsmål – 1: Eksisterer MCS som en selvstændig, veldefineret sygdoms enhed og 2: Opfyldte klager kriterierne for tvang i psykiatrien, da hun blev tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt på en psykiatrisk afdeling. Som det fremgår, udtalte Retslægerådet, at der ikke er almindelig enighed om, hvorvidt sygdommen MCS eksisterer, og hvordan den i givet fald skal defineres, ligesom rådet udtalte, at tilstanden ikke er karakteriseret af objektive fund, og at MCS ikke er almindelig anerkendt som en somatisk sygdom. MCS må således opfattes på linje med tilstande som for eksempel kronisk træthedssyndrom og fibromyalgi, hvor patienter kan frembyde ret udtalte legemlige symptomer, uden at der kan påvises sikre fysiske årsager hertil. Disse tilstande kan være pinagtige for patienterne, men de har som udgangspunkt ikke karakter af sindssygdomme.

I denne sag vurderede Retslægerådet imidlertid, at A’s symptomer havde udviklet sig i en sådan grad, at der var tale om uomtvistelige bizarre legemlige vrangforestillinger, det vil sige en psykotisk tilstand. Det er karakteristisk for vrangforestillinger, at de kan ”udvikle sig”, det vil sige inddrage stadig

flere områder i den vrang opfattelse. A havde således fra starten klaget over overfølsomhed over for dufte og lugte, men hendes bizarre opfattelsesmåde inkluderede efterhånden også stråler fra fjernsynet, ligesom hun mente ikke at kunne tåle at tale i telefon, hvad hun dog alligevel gjorde. Det er hertil indtrykket, at hun var præget af den for vrangforestillinger så karakteristiske ”omvendte logik”, hvor konklusionen er givet og præmisserne indrettes herefter. Samlet kan A’s psykiske sygdom bedst karakteriseres ved den lidt gammeldags betegnelse hypokonder paranoia.

Den psykiatriske afdeling valgte at undlade (tvangs)behandling med antipsykotisk virkende medicin ud fra den erfaring, at en sådan behandling erfaringsmæssigt langt fra altid afgørende kan bedre en sindssygdom som hypokonder paranoia. Dette synspunkt anerkendte retten. Henset til A’s meget omfattende og invaliderende symptomer kan det imidlertid befrygtes, at prognosen er dårlig.

# Foranstaltningsdom til misbruger med – mulige – sindssygelige symptomer

*B var sigtet og blev dømt for en række forhold, herunder for overtrædelse af våbenloven, lov om euforiserende stoffer, færdselsloven, trusler og røveri. Han havde gennem mange år været misbruger og havde en række domme bag sig. Ved en mentalundersøgelse frembød han ikke sindssygdomssymptomer, men han var i behandling med antipsykotisk virkende medicin, påbegyndt under en tidligere varetægtsfængsling på grund af mulige, vage psykotiske symptomer. Denne behandling medførte en usikkerhed i vurderingen af hans psykiske tilstand, som afspejlede sig i, at rådets udtalelse var med dissens – flertallet anbefalede en dom til behandling mv., mens mindretallet ikke kunne anbefale en foranstaltningsdom. B blev idømt en behandlingsdom, men denne nåede ikke at blive iværksat, før B igen blev anholdt og sigtet for en lang række forhold. Han blev herefter mentalundersøgt under indlæggelse, men stadig i behandling med antipsykotisk virkende medicin. Et enigt Retslægeråd anbefalede nu en anbringelsesdom, hvilket også blev resultatet. Sagen belyser de diagnostiske vanskeligheder vedvarende behandling med antipsykotisk virkende medicin kan medføre ved en mentalundersøgelse. (J.nr. 10A/A1-01384-2008; 10A/A1-01918-2009).*

B er en knap 30-årig mand, der var sigtet for legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter, røveri samt en række tilfælde af overtrædelse af færdselsloven i form af blandt andet spirituskørsel og kørsel i frakendelsestiden. B blev ambulantly mentalundersøgt, og af erklæringen fremgår blandt andet, at B var opvokset hos moderen, efter at faderen havde begået selvmord, da B var 3 år gammel. Opvækstforholdene syntes ikke at have været specielt dårlige, men B udviste helt fra barndommen omfattende adfærdsforstyrrelser og skoleproblemer. Han blev bortvist fra flere skoler og efterskoler blandt andet på grund af misbrug og kriminalitet. Han har ingen uddannelse og har i årenes løb haft en lang række kortvarige ansættelsesforhold som ufaglært afbrudt af afsoning af en række idømte

frihedsstraffe, overvejende idømt for vold. B har haft et par samlivsforhold, hvor han i kortere perioder har boet sammen med de respektive veninder. Han har ingen egentlig vennekreds. B har i årenes løb pådraget sig mindre hovedtraumer i forbindelse med, at han er blevet overfaldet, men han har i øvrigt ikke frembudt alvorlige legemlige symptomer.

B begyndte allerede i 10-årsalderen at drikke alkohol, og han har siden haft et varierende misbrug eller overforbrug af alkohol. Han har røget hash fra 12-årsalderen, og periodisk har han misbrugt kokain og amfetamin. Et ca. to år varende misbrug af anabolske steroider var ophørt et par år før mentalundersøgelsen.

Ca. fire år før den første mentalundersøgelse var B af en arresthuslæge sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin (tabl. Zyprexa) formentlig på grund af vage forfølgelsesforestillinger med ledsagende angst. Han fortsatte med medicinen, som dæmpede hans angst og tendens til affektreaktioner, men han ophørte senere, da han oplevede, at medicinen sløvede ham. I 2006, det vil sige et par år før mentalundersøgelsen, blev B undersøgt ved distriktspsykiatrisk center, hvor man blandt andet noterede, at den følelsesmæssige kontakt med B var ”lettere læderet”, at han var konkret tænkende, og at han måske havde vrangforestillinger af forfølgelses karakter. B var igen sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin (40 mg Zyprexa og 100 mg Seroquel dagligt), og man anbefalede, at han fortsatte med dette, og at han i øvrigt henvendte sig til en praktiserende speciallæge i psykiatri. B henvendte sig imidlertid ikke, og psykiatrisk behandling blev derfor aldrig iværksat. Derimod havde han i denne periode en række samtaler med psykolog.

Ved mentalundersøgelsen oplyste B blandt andet, at han kunne være bange for at gå uden for sin celle af angst for at blive stukket ned. Han havde svært ved at skelne fantasi fra virkelighed, og han kunne opleve pludselig at se mennesker, han var sammen med, som dyr. B var ved undersøgelsen i behandling med 25 mg Zyprexa dagligt (antipsykotisk virkende medicin), 5 mg Nitrazepam to gange dagligt samt

en tablet ved behov (angstdæmpende medicin). Der blev i forbindelse med mentalundersøgelsen foretaget psykologisk testning, som blandt andet konkluderede, at B havde en personlighedsforstyrrelse af den skizoide og selvusikre type, men man kunne ikke udelukke, at den givne behandling dækkede over mere alvorlige symptomer. Ved den kliniske/psykiatriske vurdering fandtes B ikke sindssyg, Han var venlig og imødekommende, og den mentalobserverende psykiater fandt det mest sandsynligt, at B's oplysninger om blandt andet synshallucinationer måtte ses i lyset af, at han meget gerne ville idømmes en behandlingsdom. Erklæringen konkluderede, at B måske tidligere havde frembudt forbigående sindssygdomssymptomer betinget af stofmisbruget, men han fandtes ikke aktuelt sindssyg, ligesom speciallægen vurderede, at B ikke havde været sindssyg på tidspunkterne for de påsigtede forhold. Samlet fandtes han omfattet af straffelovens § 69, men foranstaltninger jf. samme lovs § 68, 2. pkt. fandtes ikke mere formålstjenlige end straf.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som blandt andet udtalte:

”B har i flere år været i behandling med antipsykotisk virkende medicin, i perioder i en høj dosis. Denne behandling blev oprindeligt iværksat som angstdæmpende behandling, men ved en psykiatrisk undersøgelse i 2006 fandt man, at han kunne huse psykotiske symptomer, blandt andet i form af vrangforestillinger. Han har

ikke modtaget psykiatrisk behandling, men han indtager fortsat antipsykotisk virkende medicin.

Ved aktuelle undersøgelse har B givet udtryk for vage psykotiske symptomer, men hans oplysninger herom har været indbyrdes selvmodsigende, og det er indtrykket, at han kan være noget symptombekræftende. Personlighedsmæssigt findes han under alle omstændigheder afvigende, blandt andet overfladisk og kortsynet samt præget af tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne.

Der er herefter ikke enighed blandt de voterende.

Flertallet (overlægerne A og B) finder, at det ikke kan udelukkes, at B er sindssyg, men at mere åbenbare symptomer er dæmpet af den langvarige behandling med antipsykotisk virkende medicin. Han har under alle omstændigheder behov for psykiatrisk behandling. Disse voterende finder således, at B muligvis er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men er det ikke tilfældet, er han under alle omstændigheder omfattet af samme lovs § 69. Uanset den diagnostiske usikkerhed skal disse voterende, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning, jævnfør straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Mindretallet (overlæge C) finder ikke tilstrækkeligt grundlag til at antage, at B er sindssyg eller var sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Denne voterende finder ham omfattet af straffelovens § 69, men kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger jævnfør straffelovens § 68, 2. punkt., som mere formålstjenlige end straf. Ved eventuel prøveløsladelse anbefales lægeligt ledet behandling mod misbrug af rusmidler”.

Rådets påtænkte udtalelse blev forelagt den mentalundersøgende overlæge, der ikke havde bemærkninger udover at anbefale, at B blev reobserveret ved en retspsykiatrisk afdeling.

B blev efterfølgende idømt en behandlingsdom, men denne nåede ikke at blive iværksat, før B igen blev varetaget i fængslet og sigtet for 25 forhold, herunder for røveri, overtrædelse af færdselsloven, våbenloven og bekendtgørelse af lov om euforiserende stoffer. Han blev surrogatbragt på en psykiatrisk afdeling, hvor han igen blev mentalundersøgt af den samme speciallæge. Han var under indlæggelsen fortsat i behandling med blandt andet antipsykotisk virkende medicin (tabl. Zyprexa 35 mg dagligt, tabl. Seroquel 100 mg dagligt samt 200 mg ved behov). B angav selv, at han oplevede, at han havde fået det lidt bedre, efter at han igen var sat i medikamentel behandling.

Under indlæggelsen udarbejdede en anden speciallæge en erklæring til de sociale myndigheder, hvor det blandt andet hedder:

”I voksenpsykiatrisk sammenhæng må han bedømmes at have en uspecificeret paranoid psykose [dvs. sindssygdom domineret af vrangforestillinger, rådets bemærkning], ligesom han er præget af ganske markante dyssociale karaktertræk – afspejlende sig i svær voldelig, truende adfærd. Undersøgte er i relevant behandling i forhold til de psykotiske symptomer, som er bleget noget af”.

Den grundige mentalerklæring indeholdt et diskussionsafsnit, hvor den mentalobserverende psykiater anfører:

”Observanden er aldrig observeret sindssyg. Han er observeret irriteret, vredladet, manipulerende, nedvurderende over for andre og ansvarsfralæggende.

Han har fortalt om oplevelser, der kunne tolkes som sindssygelige.

Ved flere lejligheder har han fortalt, at han hørte stemmer. Det ligger angiveligt flere år tilbage, at han har hørt stemmer i vågen tilstand. Udover at det har drejet sig om en pigestemme, har han ikke været i stand til at beskrive fænomenet nærmere. Hans oplysninger virker ikke overbevisende og kan ikke lægges til grund for at vurdere, at han har været sindssyg, men man kan ikke udelukke, at han tidvis har været sindssyg på baggrund af indtagelse af psykoaktive stoffer.

Observanden har klaget over synsforvrængninger. Under denne lange indlæggelse på psykiatrisk afdeling ...,

har man aldrig oplevet observanden forpint. Han har ved en enkelt lejlighed spontant givet udtryk for, at han syntes, en ledning lignede en slange, men heller ikke ved denne lejlighed virkede han forpint. Oplevelsen giver ikke anledning til at vurdere, at det drejer sig om et sindssygeligt symptom.

Endelig har observanden klaget over, at han følte sig forfulgt, og at nogen ville stikke ham med kniv. Denne oplevelse kan tolkes som en vrangforestilling, men i betragtning af, hvor hyppigt han rent faktisk er blevet overfaldet, og hvor hyppigt han kommer i klammeri med andre, kan man vurdere, at han reelt er i risiko for overfald – formentlig på grund af hans egen aggressive og truende adfærd.

Vedrørende den medikamentelle behandling – både i år 2006 og år 2008, er der et vist belæg for, at observanden ikke har været i behandling med de doser medicin, han har oplyst, idet han ikke har fået recept på medicin i de pågældende mængder.

Alt taget i betragtning vurderes observanden således fortsat ikke som værende sindssyg. Det vurderes stadig, at den antipsykotiske medicinering, i det omfang han har taget den, primært dæmper observandens aggressivitet. Ydermere er observanden fortsat aktivt misbrugende – også under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. På trods af dette har observanden intet sindssygeligt frembudt”.



Speciallægen fandt herefter fortsat B omfattet af straffelovens § 69, men kunne ikke pege på foranstaltninger jf. samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end straf.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

”Han har tidligt været kriminel og har været indsat talrige gange. De senere år har han i perioder haft sindssygdomssymptomer, idet han kan redegøre for hallucinationer. Ved observationer under indlæggelse i psykiatrisk afdeling, er han ikke fundet psykotisk. På trods heraf har han i perioder fået antipsykotisk virkende medicin, således også under aktuelle indlæggelse i varetægts-surrogat.

Ved aktuelle observation findes han præget af sin dårlige begavelse og sit mangeårige misbrug. Han er impulsiv og socialt utilpasset. Man kan ved indlæggelsen ikke genfinde en i 2008 rejst mistanke om, at han skulle lide af ADHD.

Retslægerådet finder herefter B omfattet af straffelovens § 69, idet han lider af en svær personlighedsforstyrrelse. Det kan ikke afvises, at han i perioder af sit liv har haft sindssygdomssymptomer udløst af misbrug

Såfremt han findes skyldig skal Retslægerådet, til imødegåelse af en betydelig risiko for ligesindet kriminalitet som mere formålstjenlig foranstaltning, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling”.

B blev efterfølgende idømt en anbringelsesdom, længstetiden for indlæggelsen blev fastsat til et år, men der blev ikke fastsat nogen længstetid for foranstaltningen.

#### **Kommentar:**

Allerede ved den første forelæggelse gav sagen anledning til mange overvejelser – og derfor en lang sagsbehandlingstid - blandt de voterende. Det væsentligste problem var, hvorvidt B havde udviklet en sindssygelig tilstand, måske udløst af det mangeårige misbrug, men hvor symptomerne var svækket, måske forsvundet på grund af den givne medikamentelle behandling. Det indgik i overvejelserne, at B kunne være blevet ”helbredt” for den psykotiske tilstand af den givne behandling – men kan man undlade at anbefale en foranstaltningsdom til en sigtet, der vedvarende har behov for behandling med en stor dosis antipsykotisk virkende medicin? Efter mange overvejelser afgav rådet udtalelse med dissens, udtalelsen afspejler den beskrevne usikkerhed.

Et lille års tid senere fik rådet forelagt en ny sag vedrørende B med en ny, grundig mentalerklæring. Problemstillingen var den samme – hvorledes vurderes den psykiske tilstand hos en person, der vedvarende er i behandling med en stor dosis antipsykotisk virkende medicin. Som det fremgår, udarbejdede en anden speciallæge en erklæring til de sociale myndigheder, hvor denne speciallæge på de samme præmisser konkluderede, at B var sindssyg, lidende af en sindssygdom

domineret af vrangforestillinger. Den mentalobserverende speciallæge fastholdt og begrundede sin opfattelse af, at B ikke var sindssyg i et diskussionsafsnit, som ovenfor refereret. Et enigt Retslægeråd fandt nu grundlag for at anbefale en foranstaltningsdom, og under henvisning til den recidiverende, personfarlige kriminalitet nu en anbringelsesdom, men også denne sag gav anledning til mange overvejelser. Det skal tilføjes, at det formentlig havde været mere korrekt, såfremt rådet i sin seneste udtalelse havde indføjet en bemærkning om, at det ikke kunne udelukkes, at B var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Retslægerådet har tidligere (Årsberetningen 2001-2002, s. 103 ff) omtalt den situation, hvor en retspsykiatrisk patient under behandling med anti-psykotisk virkende medicin ikke frembyder såkaldt produktive symptomer for eksempel i form af åbenbare vrangforestillinger eller hallucinationer. Rådet anførte her blandt andet, at en velmotiveret medikamentel behandling ikke skal ophøre i forbindelse med en mentalundersøgelse. Dette er grundlæggende fortsat rådets opfattelse, men der kan være situationer, for eksempel i den her refererede sag, hvor det kan være relevant at ophøre med behandling under en indlæggelse, hvor det er

muligt intensivt at vurdere en mental-observands psykiske helbredstilstand, således at medikamentel behandling kan blive genoptaget, såfremt der viser sig et behov herfor. En sådan procedure vil efter rådets opfattelse alene være forsvarlig i tilfælde, hvor der er tvivl om diagnosen, ligesom det skal bemærkes, at effekten af behandlingen med anti-psykotisk virkende medicin kan holde sig flere måneder, efter at behandlingen er ophørt, hvorfor længerevarende observation kan vise sig påkrævet.

Det er rådets erfaring, at mentalundersøgelser, som i den her refererede sag, kun sjældent giver anledning til de beskrevne diagnostiske vanskeligheder, men rådet ser ikke sjældent sager, hvor retspsykiatriske patienter under forløbet af en foranstaltningsdom behandles intensivt med anti-psykotisk virkende medicin, hvorefter åbenbare psykotiske symptomer forsvinder. De behandlingsansvarlige overlæger ”re-vurderer” så diagnosen for eksempel fra skizofreni til en dyssocial personlighedsforstyrrelse (og anbefaler foranstaltningen ophævet). Rådet finder derfor anledning til at bemærke, at en psykiatrisk diagnose bygger såvel på sygehistorien som på en grundig aktuel psykopatologisk vurdering, som også omfatter mulige såkaldt negative symptomer for skizofreni.

# Frihedsberøvelse af en psykotisk patient – men for sent?

*C blev tvangsindlagt, tvangstilbageholdt og tvangsbehandlet på en psykiatrisk afdeling. Han led af skizofreni og havde været syg i en årrække. Han havde aldrig modtaget psykiatrisk behandling. Tre år før den aktuelle tvangsindlæggelse havde C ligeledes været tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling, men det psykiatriske patientklagenævn underkendte frihedsberøvelsen, hvorefter C lod sig udskrive. Efterfølgende pådrog han sig et kompliceret benbrud, men han kunne ikke samarbejde om behandlingen på grund af sin svære, ubehandlede psykotiske tilstand. Retslægerådet fandt det beklageligt, at relevant og nødvendig behandling ikke blev iværksat under den første tvangsindlæggelse, idet behandling kunne have sparet C for mange efterfølgende psykiske og fysiske lidelser. (J.nr. 10A/A3-01563-2008).*

C er en 47-årig mand med anden etnisk baggrund end dansk, der blev tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt på en psykiatrisk afdeling.

Af erklæringen vedrørende tvangstilbageholdelsen til det stedlige psykiatriske patientklagenævn samt af udskrift af dombogen fremgår blandt andet, at C var opvokset i et landbrugsområde i Mellemøsten. Han oplyste, at han på grund af konflikter i hjemlandet som ung var interneret i godt et halvt år, hvor han angiveligt blev udsat for tortur. Han har opholdt sig her i landet i godt 20 år. Under C's ophold her i landet arrangerede familien et ægteskab med en kvinde fra hans hjemegn, men efter en måned opgav kvinden forholdet og rejste tilbage til sit hjemland. C har herefter været alene. Hans kontakt med arbejdsmarkedet har været begrænset, og han har i små 10 år levet af kontanthjælp. Kort før den aktuelle tvangsindlæggelse var han blevet undersøgt af en speciallæge

i psykiatri, der konkluderede, at C led af paranoid skizofreni og anbefalede tilkendelse af pension.

Herefter fremgår af erklæringen blandt andet følgende:

”I november 2005 blev han tvangsindlagt på behandlingsindikation på ... [psykiatrisk afdeling].

Forudgående havde han gennem nogle måneder været tiltagende generende over for naboen, hvor han mente, at nabokonen var hans familiesammenførte hustru, og at nabobarnets lille baby var hans barn. Han var løbet efter dem på gaden, havde banket på deres vinduer. Derudover havde han smadret sin egen lejlighed, idet han havde brækket gulvet op, idet han mente, at der var anbragt mikrofoner til at overvåge ham.

Derudover havde han forsøgt at fjerne nogle af sine tandplomber, fordi han mente, at der var skjulte mikrofoner i dem.

Under indlæggelsen benægtede han disse ting, men kunne ikke give nogen fornuftig forklaring på den psykotiske adfærd, han havde frembudt.

Ved møde i Patientklagenævnet blev vores opfattelse af, at tilstanden var udtryk for en psykotisk og behandlingstrængende lidelse imidlertid underkendt, og Patientklagenævnets formand gav pt. direkte besked om, at han kunne udskrives, hvis han ønskede det – hvilket han gjorde.”

C pådrog sig i 2006 et kompliceret brud af højre skinneben. Det fremgår, at C har været uden forståelse for nødvendigheden af behandlingen af knoglebruddet. C's praktiserende læge har således i de aktuelle tvangsindlæggelsespapirer anført:

”Aktuelt er pt. i behandling med en såkaldt Elizarov skinne, der bruges til udvendig støtte af hans venstre underben, der efter et brud ikke har villet gro rigtigt sammen.

Han piller og fjerner ofte dele af apparaturet og saboterer derved ophelingen og hvorfor han gør det, kan han ikke sige.”

C blev som anført tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 1 (behandlingsindikation) efter at have udvist forstyrrende, truende og bizar adfærd samt givet udtryk for omfattende vrangforestillinger af blandt andet forfølgelseskarakter. Han benægtede ved indlæggelsen at have psykiske problemer eller have behov for psykiatrisk behandling. Han blev tvangstilbageholdt, hvorefter han klagede til det stedlige

psykiatriske patientklagenævn, som imidlertid tiltrådte frihedsberøvelsen. Efterfølgende indbragte C sagen for retten, der herefter forelagde sagen for Retslægerådet. Retslægerådet udtalte følgende:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på grundlag af foreliggende materiale med erklæringer af xx.xx.08 fra speciallæge i psykiatri A og af xx.xx.08 fra overlæge B, Psykiatrien region x, udtale, at C i 2005 og igen i 2008 blev tvangsindlagt med henblik på behandling på grund af skizofreni med vrangforestillinger (paranoid skizofreni).

C flygtede i 1985 til Danmark, efter at han ... angiveligt havde været interneret og tortureret af ... Han har haft forskellige ansættelser og en tid ernæret sig som kioskejer, men de seneste år levet af kontanthjælp. Han bor alene.

For ca. 10 år siden opstod sindssygelige forestillinger om udspionering og chikane, som er blevet ledsaget af hallucinationer på flere sanser. Han har flere gange forsøgt at flytte fra problemerne, men ”forfølgerne” er flyttet med. I 2005 blev han tvangsindlagt med henblik på behandling, idet han blandt andet mente, at nabokonen var hans familiesammenførte hustru, og at han var far til hendes baby, ligesom han havde brækket gulvet op i sin lejlighed, da han mente, at der var anbragt mikrofoner. Ved et møde fandt Patientklagenævnet ham imidlertid ikke sindssyg, hvorefter han lod sig udskrive.

C's praktiserende læge fik i maj 2008 atter gennemført tvangsindlæggelse med henblik på behandling, idet C blandt andet havde løbet efter naboerne med en hævet skruetrækker, da han mente sig forfulgt. Under indlæggelsen har han ikke villet spise den tilbudte mad, ikke kunnet indgå aftaler om behandlingen af et kompliceret benbrud, nægtet ethvert behandlingsbehov og bagatelliseret oplysninger om bizar adfærd op til indlæggelsen – for eksempel rød sprøjtemaling af kogeplader og tv – ligesom han har fastholdt at have været udsat for chikane. Han er nu tvangstilbageholdt med henblik på behandling, herunder med antipsykotisk virkende medicin.

Efter Retslægerådets vurdering har C i en årrække været sindssyg på grund af skizofreni med vrangforestillinger. Det ville efter Retslægerådets opfattelse have været uforvarsomt ikke at frihedsberøve ham med henblik på behandling, idet udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.”

Af udskrift af dombogen fremgår blandt andet, at C i retten fastholdt, at han ikke var psykisk syg, og at han ønskede at blive udskrevet. En afdelingslæge for den afdeling, hvor C var indlagt, berettede om C's mangfoldige psykotiske symptomer, men lægen kunne også oplyse, at C's psykiske tilstand i nogen grad var forbedret, efter at han med Patientklagenævnets godkendelse var blevet tvangsmediceret. Han spiste nu hospitalets mad, og han var overflyttet til åbent afsnit.

Retten fandt såvel tvangsindlæggelsen som tvangstilbageholdelsen af C lovlig.

#### **Kommentar:**

C led utvivlsomt af skizofreni, og han havde været syg i en længere årrække. Han blev, tilsyneladende med god grund, i 2005 tvangsindlagt, og afdelingen ønskede at tvangstilbageholde ham med henblik på behandling af den svære psykotiske tilstand. Retslægerådet finder det særdeles beklageligt, at Patientklagenævnet underkendte frihedsberøvelsen med henblik på behandling, idet såvel klinisk erfaring som videnskabelige undersøgelser viser, at jo længere tid en skizofren sindssygdom ikke behandles, jo længere tid går der, før sygdommen afgørende bedres. Det er endvidere vist, at patienter med ubehandlet skizofreni lever kortere end patienter, der behandles med antipsykotisk virkende medicin uafhængig af hvilket præparat, der anvendes. Hertil kommer i det konkrete tilfælde, at C på grund af sin svære psykotiske tilstand ikke kunne samarbejde om behandlingen af et kompliceret benbrud, og det må antages, at han får varige fysiske mén. Det er nærliggende at antage, at havde C's psykiske tilstand været bedre, havde han også kunnet samarbejde om behandlingen, således at varige følger var undgået.

Tre år efter den første tvangsindlæggelse, hvor der ikke blev iværksat behandling, blev C igen tvangsindlagt og denne gang med rette tvangstilbageholdt og tvangsbehandlet. Spørgsmålet – som næppe lader sig besvare – er, hvorvidt relevant og nødvendig behandling blev iværksat for sent?



# Behandling af anbringelsesdømt ung mand med en gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

*A er en nu 19-årig mand, som i 2008 idømtes anbringelse på psykiatrisk afdeling for drab og drabsforsøg. Man havde på daværende tidspunkt mistanke om, at han led af en psykiatrisk forstyrrelse inden for det skizofreniforme spektrum. Under den efterfølgende indlæggelse i henhold til anbringelsesdommen blev mistanken afkræftet. Imidlertid frembød A symptomer forenelige med en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, en tilstand karakteriseret blandt andet ved forstyrrelser i det sociale samspil med andre. På denne baggrund foreslog den behandlingsansvarlige overlæge domsændring til behandlingsdom med henblik på at udskrive A til en socialpædagogisk institution for personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, idet A – anføres det – var dårligt placeret på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Retslægerådet kunne ikke tiltræde dette, men påpegede blandt andet, at patienten inden for rammerne af en dom til anbringelse kunne placeres på en åben afdeling (j.nr. 10A/A1-01385-2008; 10A/A2-01947-2009; 10A/A2-02198-2009)*

A er en ikke tidligere straffet gymnasieelev, som for drab og drabsforsøg blev dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Han blev mentalundersøgt i anledning af sigtelsen. Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A var opvokset på en mindre ø. Forældrene var flyttet fra hinanden omkring tidspunktet for A's fødsel. Han boede hos moderen, men havde jævnlig kontakt med faderen. Opvækstforholdene er i øvrigt beskrevet som upåfaldende. Skolegangen forløb uden væsentlige problemer, og A fortsatte i gymnasiet på en kostskole.

A havde fra barndommen været noget kontaktsvag, han havde tendens til at isolere sig, ligesom han kunne få umotiverede raserianfald, hvor han ødelagde sine egne ejendele, men han havde aldrig været voldelig. Omkring puberte-

ten havde han tendens til at skære i sig selv, og han blev derfor undersøgt ved en børne- ungdomspsykiatrisk afdeling, efter at han havde haft kontakt med en psykolog, der vurderede, at A eventuelt kunne lide af en begyndende gennemgribende udviklingsforstyrrelse, det vil sige en tilstand karakteriseret ved blandt andet forstyrrelser i det sociale samspil og eventuelt særinteresser. Den ungdomspsykiatriske afdeling stillede ikke nogen sikker diagnose, men anbefalede fortsat kontakt med ungdomspsykiatrien med henblik på at følge tilstanden. Dette blev imidlertid ikke arrangeret, idet A flyttede.

A havde ikke noget egentligt misbrug, men han røg undertiden hash, og han havde enkelte gange eksperimenteret med blandt andet kokain og amfetamin. Han havde heller ikke noget

alkoholmisbrug, men han kunne i alkoholpåvirket tilstand nærmest gå amok.

Ved mentalundersøgelsen, som også inkluderede en psykologisk testning, fandt man, at A var velbegavet, men noget initiativsvækket. Han havde i perioder haft vage forfølgelsesforestillinger, men han havde ikke frembudt sikre psykotiske symptomer. Han fandtes præget af en kompromitteret følelsesmæssig kontakt. Speciallægen fandt således, at A kunne befinde sig i en begyndende psykotisk tilstand, måske en skizofreni, og denne vurdering blev støttet af resultatet af den psykologiske undersøgelse. A fandtes måske omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men under alle omstændigheder af samme lovs § 69, og speciallægen anbefalede en dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling, gerne med ophold på et ungdomspsykiatrisk afsnit.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

”A har siden 10-11 års-alderen udvist ændret adfærd og i de senere år været initiativløs og socialt noget tilbages trukket. Ved tidligere undersøgelser har forskellige diagnoser været overvejet. Ved mentalundersøgelsen har han haft tendens til forfølgelsesforestillinger og været usikker på, om andre kunne høre hans tanker. Kontakten med ham har været emotionelt spinkel. Ved psykologisk testning er dertil fundet begrænset evne til at forstå andre mennesker og læderet realitetssans.

Retslægerådet finder herefter, at A mest sandsynligt er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han muligt lider af skizotypi eller begyndende skizofreni. Alternativt er han med sikkerhed omfattet af samme lovs § 69. Uanset den diagnostiske usikkerhed skal Retslægerådet, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning – jf. samme lovs § 68, 2. pkt. – anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling”.

A blev fundet skyldig i drab og drabsforsøg og dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Han fik ophold på en retspsykiatrisk afdeling – ikke en ungdomspsykiatrisk afdeling – og ca. et halvt år efter dommen anmodede den behandlingsansvarlige overlæge om, at dommen blev ændret til ”anbringelse i socialpædagogisk institution for personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelse”. I en længere erklæring beskrev overlægen, at A under indlæggelsen på den retspsykiatriske afdeling på ingen måde havde frembudt skizofrenisuspekterede symptomer, og at han tog afstand fra de tidligere nævnte vage forfølgelsesforestillinger mv. Derimod frembød han efter overlægens vurdering symptomer på en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, og overlægen fandt ham dårligt placeret på en lukket retspsykiatrisk afdeling. I erklæringens konklusion hedder det blandt andet:

”Med henblik på at støtte denne unge mand til at kunne opnå et senere normalt liv, herunder støtte ham i hans uddannelsesønsker, vurderes, at han er fejlplaceret i en psykiatrisk afd.



Behandlingen af gennemgribende adfærdsforstyrrelser er en pædagogisk opgave. På psykiatrisk afd. er der ikke et pædagogisk behandlingstilbud, tværtimod kan miljøet være bremsende for A's udvikling. Der anbefales på denne baggrund ændring af dommen med henblik på placering i socialpædagogisk institution for personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelser mhp. at han der kan tilbydes relevant professionel pædagogisk støtte”.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte:

”Han [A] har fået afbrudt sin gymnasieuddannelse og læser enkeltfag ved VUC via internettet, og han har jævnligt kontakt med sin kæreste. I afdelingen overholder han alle aftaler, herunder om udgange inden for rammerne af foranstaltningen.

Der er tidligere fundet mistanke om lidelse indenfor det skizofreniforme spektrum på grundlag af blandt andet lidt vagt lydende klager over tanke-hørighed og forfølgelsesforestillinger. Under den aktuelle indlæggelse er disse klager ikke til stede, og der er ej heller andre sikre tegn på begyndende sindssygelig tilstand. Imidlertid har han, ligesom tidligere beskrevet, kontaktvanskeligheder, nedsat evne til selvstændig strukturering af hverdagen, aparte, omstændelige og detaljefikseret tænkning samt et intellektualiserende og følelsesfladt forhold til omverden. De anførte symptomer er forenelige med en såkaldt gennemgribende ud-

viklingsforstyrrelse, der især er karakteriseret ved forstyrrelser i det sociale samspil med andre. Den tidligere mistanke om begyndende skizofreni er i løbet af det sidste års tid således ikke bekræftet.

Efter Retslægerådets opfattelse er behandling af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse primært en psykiatrisk opgave, også selvom der som led i den samlede behandling kan være behov for socialpædagogisk påvirkning. Rådet kan således ikke tiltræde overlægens forslag om foranstaltningsændring, idet det i øvrigt skal bemærkes, at den foreslåede foranstaltning efter rådets opfattelse ikke understøttes af eksisterende regler om varetagelse af denne”.

Rådets udtalelse blev fremsendt til overlægen med henblik på dennes eventuelle bemærkninger. Overlægen fastholdt uden yderligere argumenter sit synspunkt.

Et halvt år efter anbefalede den behandlingsansvarlige overlæge, at foranstaltningen blev ændret til en dom til behandling mv., samt at A efter tilsynsmyndighedens bestemmelse skulle tage ophold på en socialpædagogisk institution for personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Den nu fremsendte erklæring indeholdt ganske de samme argumenter som den tidligere, herunder at A havde vanskeligheder ved at gennemføre sin videreuddannelse under opholdet på afdelingen.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der blandt andet udtalte, at A's ...”psykiske tilstand uændret er som anført i rådets udtalelse af ... Retslægerådet finder fortsat, at behandling af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse primært er en psykiatrisk opgave, og at social-pædagogisk støtte og påvirkning vil kunne varetages inden for rammerne af den idømte foranstaltning. Rådet skal i den forbindelse henlede opmærksomheden på, at den behandlingsansvarlige overlæge har kompetence til at placere en anbringelsesdomt patient på en psykiatrisk afdeling med mulighed for miljøterapi mv.

Retslægerådet kan således ikke anbefale den idømte foranstaltning ændret”.

Rådet korresponderede igen med den behandlingsansvarlige overlæge, der imidlertid ikke fremkom med bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse.

#### **Kommentar:**

Retslægerådet overvejede, da sagen blev forelagt første gang, diagnosen, og fandt det mest sandsynligt, at A befandt sig i begyndelsesfasen til en sindssygelig tilstand, formentlig en skizofreni, og tilsluttede sig derfor mentalerklæringens konklusion om, at A mest sandsynligt var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men i hvert fald af samme lovs § 69. Det videre forløb, hvor A var anbragt på en lukket retspsykiatrisk afdeling,

peger imidlertid på, at han nærmere lider af en såkaldt gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Den behandlingsansvarlige overlæge anbefalede domsændring til en ”anbringelse”, i en socialpædagogisk institution – en foranstaltning, som ikke findes – hvilket rådet også bemærkede. Retslægerådet fastslog hertil, at behandlingen af gennemgribende udviklingsforstyrrelser er en psykiatrisk opgave, om end der i den samlede behandling også kan være behov for socialpædagogisk påvirkning. Rådet kunne således ikke anbefale en foranstaltningsændring. Et halvt år senere anbefalede den behandlingsansvarlige overlæge igen en foranstaltningsændring, nu til en behandlingsdom mv. suppleret med vilkår om anbringelse på en socialpædagogisk institution – igen en foranstaltning, som ikke findes. Rådet påpegede i sin udtalelse, at en eventuel socialpædagogisk støtte og påvirkning kunne varetages inden for rammerne af den idømte foranstaltning. A's placering på et lukket retspsykiatrisk afsnit var formentligt mindre hensigtsmæssig, hvorfor rådet gjorde opmærksom på, at den behandlingsansvarlige overlæge har kompetence til at flytte en anbringelsesdomt patient til for eksempel et åbent, roligt afsnit med mulighed for miljøterapi mv.

# Dissociativ tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1

*A er en 29 årig mand, som i sit hjemland havde været udsat for svært belastende oplevelser, herunder overværet den nære families død ved raketangreb. Han har boet i Danmark siden 2006 sammen med sin hustru og børn. Han var socialt relativt godt tilpasset, men havde vedvarende kognitive forstyrrelser og tendens til stemningssvingninger. Han havde meget lav stresstærskel og stor sårbarhed overfor mindelser fra tidligere traumer. I forbindelse med sådanne oplevelser reagerede A med dissociative symptomer i form af ændret bevidsthedstilstand, manglende kontrol over egne reaktioner og egen adfærd, samt manglende erindring for det netop passerede. Retslægerådet vurderede samstemmende med den retspsykiatriske erklæring, at A havde befundet sig i en sådan svær dissociativ tilstand på tidspunktet for det pådømte – en tilstand der var at sidestille med en psykose – hvorfor han fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Han blev af retten idømt ambulantly psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse (jr.nr.10A/A1-01857-2009)*

A blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, ved at have slået på en kommunal sagsbehandler. A var født og opvokset i Afghanistan med 4 søskende. Der foreligger kun få oplysninger om opvæksten, udover at faderen var officer i hæren og moderen hjemmegående. A havde kun sparsom skolegang og har ingen erhvervsuddannelse. Da han var blevet voksen – det nøjagtige tidspunkt kan ikke angives – blev familiens hjem ramt af en raket, og begge forældre samt to søskende blev dræbt. Ifølge oplysninger fra den retspsykiatriske erklæring gik A efterfølgende og samlede ligdelene fra familien op i store poser.

Der er meget få oplysninger om den følgende periode, hvor A blandt andet opholdt sig i Pakistan. Her mødte han og blev senere gift med sin nuværende hustru. Parret kom via Østrig til Danmark i 2006, hvor de har opholdt

sig siden. Parret har 3 børn. A har gået på sprogskole i Danmark, hvor man konstaterede, at han havde udtalte problemer med overblik, indlæring, struktur, koncentration og hukommelse, det vil sige kognitive problemer. Han har arbejdet omkring 20 timer ugentlig under beskyttede forhold, hvor der dog har været hyppige og tiltagende sygemeldinger.

A har haft gentagne og hyppige anfald af svær hovedpine, hvor han bliver bevidsthedsændret, fjern og selvbeskadigende. Han har oplyst, at han inden ankomsten til Danmark skal have haft en blodprop i hjernen med venstresidige symptomer. Ved neurologisk undersøgelse i 2008 fandt man ved hjerneskanning og måling af den elektriske aktivitet i hjernen normale forhold og således ingen holdepunkter for, at A skulle have haft en tidligere blodprop i hjernen.

Ved undersøgelse på center for traumeofre fandt man, at A led af tidvise anfald af ændret bevidsthed, i form af bevidsthedsspaltning – en såkaldt dissociativ tilstand – ved udsættelse for belastning og stress. Man fandt endvidere, at han led af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

A har ikke misbrug af rusmidler, og der har ikke været forbrug af psyko-farmaka, udover 10 mg Seroplex dgl. (antidepressiv medicin i ret lav dosering). Han har ikke haft kontakt med det psykiatriske behandlingssystem udover den beskrevne kontakt til center for traumeofre.

A blev via tolk ambulantly mentalobserveret efter at have kastet genstande på og slået en sagsbehandler, der opsøgte A på hans arbejdsplads. Sagsbehandleren havde i forvejen et godt forhold til A og kom for at drøfte muligheder for at bedre A's sociale og økonomiske situation. Budskabet fra sagsbehandleren var således entydigt positivt for A, men han reagerede imidlertid pludseligt med vrede, hvorunder han skældte ud på sit modersmål og smed flere genstande efter sagsbehandleren

Ved observationen blev A beskrevet således:

”Ved mentalundersøgelsen møder observanden 2 gange. Den ene gang alene og den anden gang i selskab med hustruen. Han er tydeligvis nervøs og påvirket af at skulle til undersøgelsen og gør gentagne gange klart, at han ikke vil kunne tåle at tale om sin fortid. Han fremtræder konstant forpint, der er vekslende øjenkontakt, og taletem-

poet er reduceret. Han virker venlig og imødekommende, men anstrænger sig tydeligvis for at holde sammen på sig selv. Han er præget af nervøse trækninger i hoved/ansigt og er det meste af tiden hændervidende. Til tider bliver han også synligt svedende og utilpas. Han giver begrænset information, og når han er stillet konkrete spørgsmål, anfører han sædvanligvis, at det kan han ikke huske. Han kan godt fortælle om de fysiske symptomer med hoved-pinen, der belaster ham, og han kan også bekræfte, at han ind imellem har selvmordstanker, men ikke effektuerer dem af hensyn til familie/børnene. Han er også beskæmmet over, at folk siger til hans kone, at hun har en psykisk syg mand.

Han virker bekymret og uglad. Han fremstår også trist, men ikke med et svært sænket stemningsleje. Taletempoet er langsomt. Man har indtryk af selvbeprejdelser forstået på den måde, at han bebrejder sig, at han ikke kan forsørge familien, at han ikke kan klare sig bedre i Danmark, at han med sin sygdom er til besvær og ikke kan fungere ordentligt.

Der er god formel kontakt, men der er en svækket følelsesmæssig kontakt. I samtalen bliver han tydeligvis fjern, når man berører emner omkring fortid, og specielt hvis man nævner ordet Afghanistan, reagerer han med tilbage-trækning, glider ind i sig selv, og man mister kontakten. I de situationer bliver han tydeligvis bleg, forpint og urolig. Det er indtrykket, at han bliver optaget af en ændret oplevelsesverden, som af-føder åbenlyst ubehag. Han formodes

at være så optaget af indre oplevelser, som kan være genoplevelser, men der kan også været tale om egentlige hallucinatoriske oplevelser som i et samlet billede giver indtryk af en psykoseliggende tilstand. Han er så vulnerabel overfor mindet om sin fortid, at den symptomatologi, han fremviser i undersøgelsen, reagerer varslings symptomer på en egentlig dissociativ/bevidsthedsspaltningstilstand, hvor han forventeligt vil opleve og handle uden efterfølgende at have erindring om, hvad der foregår.

Karakterologisk er det svært at få indblik i hans konstitution, men han virker venlig og imødekommende, og han giver også indtryk af, at han gerne vil være hjælpsom og ikke har intentioner om at skade andre. Man får indtrykket af en person, hvor det ligger ham fjernt bevidst at handle mod sociale konventioner og lovformelige regelsæt. Man har ikke indtryk af, han på nogen måde vil forsøge at omgås sandheden og manipulere, og hans hukommelsesproblemer i undersøgelsen skønnes at være ganske reelle, men de må dog antages at have forskellig genese, hvoraf nogle skyldes egentlig opmærksomheds- og koncentrationsbesvær og reel hukommelsesproblematik, og andre er elementer af den manglende erindringsgenkaldelse, der skyldes psykologiske forsvarsmekanismer, så som benægtelsen og fortrængning af svært følelsesmæssigt belastende oplevelser – som af eksempelvis de voldsomme traumer og oplevelser i hjemlandet. Da man nænsomt spørger til tiden i hjemlandet og bringer forældrenes død på bane, bliver han også åbenlys

dårlig. Det, at der bliver talt konkret om hjemlandet, gør, at første undersøgelsessamtale må afbrydes efter kortere tid, det vil sige under en time. Ved anden samtale sker det samme, uden man egentlig kommer ind på begivenheden i Afghanistan, men her bliver han også efter godt 30-40 minutter så dårlig og utilpas, at samtalen må afbrydes. På baggrund af hans reaktionsformåen i herværende undersøgelse skønnes flere undersøgelsessamtaler ikke at ville bringe yderligere med sig. På baggrund af observandens fremtræden er der taget kontakt til praktiserende læge og anbefalet øgning i antidepressiv behandling og opstart af antipsykotisk behandling”.

Ved observationen blev konkluderet: ”På baggrund af sagens akter, indhentede oplysninger og kliniske mentalundersøgelse må det antages, at observanden på tidspunktet for det pådømte har befundet sig i en affektbetinget tilstand af bevidsthedsspaltning (dissociation), som kan have en forbigående sindssygelig karakter. Observanden er normalt begavet og har ikke nogen form for rusmiddelbrug. Man finder, at han muligvis kunne henføres til den i § 16, stk. 1, omhandlede personkreds.

Med stor sandsynlighed er han at henregne til den i straffelovens § 69 omhandlede personkreds på baggrund af svært traumatiserende oplevelser af katastrofe- og krigsmæssige karakter for år tilbage i hjemlandet, hvor han har pådraget sig en posttraumatisk tilstand med personlighedsændring, genoplevelsesepisoder, der kan have

forbigående sindssygelig karakter, mareridtsoplevelser, udtalt social sårbarhed, hukommelses-, indlærings- og koncentrationsbesvær, såvel som der formentlig er udviklet en tendens til somatisering/legemliggørelse ved psykisk belastning med forskellige fysiske symptomer, så som hovedpine og føleforstyrrelser.

Dersom observanden ved retten findes skyldig i nu påsigtede kriminalitet, skal man i medfør af straffelovens § 68, 2. pkt., og som mere hensigtsmæssig foranstaltning end almindelig straf til imødegåelse af fornyet kriminalitet anbefale dom til ambulans psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse. Særskilt skal peges på anbefaling af, at behandlingen primært tilsigter, at observanden behandles via Center For Traume- og Torturoverlevende, således at Kriminalforsorgen og psykiatrien forestår behandlingskontrol”.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af foreliggende med retspsykiatrisk erklæring af 27.01. XX fra overlæge B, Retspsykiatrisk afdeling X, udtale, at A ikke er sindssyg nu, men må antages at have været i en tilstand ligestillet med sindssygdom på tidspunktet for det pådømte. Han er formentlig normalt begavet.

A er født og opvokset i Afghanistan, hvor han ved et raketnedfald i huset overværede forældres og søskendes død. I 2006 kom han til Danmark med sin hustru og deres børn. Han har klaget over hovedpine og har ment at have haft en blodprop med lammelse, men ved aktuel neurologisk undersøgelse er ikke fundet tegn på dette. Han har gået på sprogskole og arbejdet under beskyttede forhold på et autoværksted. Han har udviklet kognitive vanskeligheder og stemningsuligevægt. Han er behandlet med antidepressivt virkende medicin og er på venteliste til behandling i center for torturofre.

Ven mentalundersøgelsen har han været trist, anspændt og forpint, og den emotionelle kontakt har været dårlig. Han har været udtalt sårbar med hensyn til minder om det i hjemlandet passerede. Det er vurderet, at han ved emotionel belastning kan udvikle en såkaldt dissociativ tilstand, hvor han er uden kontakt med omgivelserne, ikke kan kontrollere sin egen adfærd og efterfølgende ikke har erindring om det under fjernheden passerede.

Retslægerådet vurderer, at det er sandsynligt, at A ved tiden for det pådømte var i en sådan tilstand, muligt på grundlag af misforståelse af den umiddelbart forudgående drøftelse, som drejede sig om en ændring af hans arbejdsforhold. A er herefter mest sandsynligt omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han ved tiden for det pådømte var i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet

som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale, at han – jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt. – dømmes til ambulantly psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse”.

Retslægerådet kunne således tilslutte sig, at A mest sandsynligt havde befundet sig i en dissociativ tilstand, der kunne sidestilles med psykose, og at han derfor var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Rådet anbefalede, jævnfør straffelovens § 68, 2. pkt., dom til ambulantly psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse.

Retten tilsluttede sig vurderingen af, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. A blev dømt til ambulantly psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse på psykiatrisk afdeling og en længstetid for foranstaltningen på 5 år.

### **Kommentar:**

Dissociative tilstande er traditionelt blevet opfattet som værende en del af de neurotiske tilstande, under de hysteriske tilstande. Dissociation forekommer, når man udsættes for ubærlige oplevelser eller erindringer, hvor det ubærlige fraspaltes bevidstheden. Denne fraspaltning kan ledsages af eller medføre for eksempel lammelser eller andre fysiske symptomer, men også bevidsthedsændringer. Dissociation kan således forekomme, såfremt en person oplever eller udsættes for stærkt traumatiserende situationer. I de sværeste tilstande vil bevidsthedsændringen have psykotisk dimension, idet

personen befinder sig i en egentlig konfusionstilstand og ikke efterfølgende vil have erindring for det passerede. I disse situationer vil vedkommende være omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. I mindre udtalte tilfælde vil tilstanden være omfattet af samme lovs § 69. For en nærmere teoretisk diskussion af de dissociative tilstande, se rådets årsberetning 2000, s. 91 ff.

I den aktuelle sag fandt Retslægerådet og den observerende psykiater det mest sandsynligt, at der forelå en tilstand omfattet af § 16, stk. 1. A havde tidligere været meget svært traumatiseret i sit hjemland, og der var anamnesticke oplysninger om, at han senere havde hyppige anfald med sandsynlig bevidsthedsspaltning under belastning. Reaktionen i forbindelse med den aktuelle kriminalitet kom i en situation, der principielt var gunstig for A, og der var således ingen logisk forklaring på hans voldsomme reaktion. Han havde ingen erindring om selve hændelsen.

I forbindelse med den aktuelle observation fandt man flere gange, at A under pres og ved omtale af tidligere traumer reagerede med bevidsthedsændring.

Diagnosen dissociative tilstand kan altid give anledning til overvejelse om for eksempel simulation, men i denne sag var rådet ikke i tvivl om diagnosen, ligesom rådet i en anden sag om en dissociativ tilstand (s. 89 ff. i denne årsberetning) uden forbehold afviste denne diagnose





## **Multipel personlighedsforstyrrelse – findes diagnosen?**

*R er en 44-årig arabisk mand, som var opvokset under upåfaldende omstændigheder i Kuwait. Han oplyste selv, at han som ung af politiske/idealistiske grunde havde deltaget i krigshandlinger, og at han under et kortvarigt fangenskab havde været udsat for tortur. R har boet i Danmark siden 1990. Han har været dansk gift, men hustruen forlod ham, hvilket angiveligt påvirkede ham i en sådan grad, at han udviklede selvmordsforestillinger, men han omtalte ikke sine problemer for andre. Han har vedvarende været i arbejde. R har ikke med sikkerhed tidligere frembudt symptomer på psykisk lidelse – han skal dog ifølge eget udsagn have fået stillet diagnosen "Multiple personality disorder" i sit hjemland. R blev i den aktuelle sag sigtet for seksuelle overgreb, trusler og besiddelse af børneporno. Ved retspsykiatrisk undersøgelse fandt man ikke tegn på sindssygdом, og R fandtes personlighedsmæssigt afvigende med selvhævdende og dramatiserende træk. Retslægerådet fandt, samstemmende med den retspsykiatriske undersøgelse, at R var omfattet af straffelovens § 69, men rådet kunne ikke pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end straf til at forebygge fornyet kriminalitet. R blev idømt 3 års fængsel. (J.nr. 10A/A1-01857-2009).*

R er en 44-årig mand af palæstinensisk herkomst, som var sigtet for blandt andet flere forhold af samleje ved ulovlig tvang, trussel på livet samt besiddelse af børnepornografi samt andet misbrug af offentlig stilling/hverv. R blev i anledning af sigtelsen mentalundersøgt. Det fremgår af mentalerklæringen blandt andet, at R selv oplyste, at han var opvokset under velordnede sociale forhold i Kuwait. 18 år gammel deltog han angiveligt af idealistiske/politiske grunde i krigshandlinger. I de følgende år gennemførte han en uddannelse i Frankrig, og han var vedvarende i beskæftigelse. Han havde, hvad han selv betegnede som en "vestlig livsstil". I forbindelse med krigen mellem Irak og Kuwait flygtede han, og han angiver, at han kortvarigt blev tilbageholdt og

tortureret, ligesom han angiveligt oplevede, at en medfange blev tortureret til døde og udåndede i hans arme. R havde i Mellemøsten truffet en dansk kvinde, parret blev gift, flyttede her til landet og fik to børn, men hustruen forlod ham efter 10 års ægteskab, uden at han angiveligt kendte baggrunden herfor. R oplyste, at han på grund af de belastninger, han havde oplevet livet igennem, jævnligt havde haft selvmordsforestillinger, men han havde bevaret en upåfaldende facade.

R havde aldrig frembudt tegn på alvorlig legemlig sygdom, men i årene for de påsigtede forhold havde han i perioder været sygemeldt på grund af ukarakteristiske legemlige symptomer, hvoraf nogle kunne være psykisk betingede.

R var tidligere ustraffet, bortset fra flere bøder for hastighedsovertrædelse, som han forklarede med, at han altid havde travlt. Han var nu sigtet for flere tilfælde af samleje med ulovlig tvang mv., idet han over nettet kom i kontakt med yngre (arabiske) piger. Han truede pigerne med, at hvis de ikke havde samleje og anden kønslig omgængelse med ham, ville han informere pigernes familie om, at de for eksempel ikke var jomfruer. Han opnåede samleje med flere af pigerne, hvoraf nogle var under 15 år, ligesom han optog de seksuelle aktiviteter på video uden pigernes viden. R var på daværende tidspunkt ansat som integrationskonsulent i en kommune, og han blev yderligere sigtet for misbrug af offentlig stilling, idet han i CPR-registret søgte oplysninger om de pågældende pigers familieforhold, bopæl mv.

Ved mentalundersøgelsen var det indtrykket, at R nærmest nægtede sig skyldig, idet han forklarede, at videoptagelserne jo viste, at han havde deltaget, men han huskede overhovedet ikke de påsigtede forhold og angav, at det er "min krop, ikke mig", idet han yderligere angav, at han havde været styret af et "åndeligt væsen", som han benævnte "Ali". R fastholdt, at der ikke var tale om egentlige hallucinationer, men et åndeligt væsen, som kunne hjælpe observanden, men som i forbindelse med de påsigtede forhold havde blandet sig i noget, "Ali" ikke skulle blande sig i. R antydede, at "Ali" stammede fra moderens familie, som havde kontakt med en særlig arabisk mysticisme. I anden sammenhæng angav R dog også,

at "Ali" kunne have forbindelse med den unge mand, R havde oplevet dø af tortur i et irakisk fængsel.

Efter de påsigtede forhold havde R kontakt med forskellige læger og psykologer, hvor han blandt andet omtalte "Ali", som han også beskrev som en "ånd". R fastholdt, at han intet kunne huske om de kriminelle handlinger, og at det var "Ali", der via R selv havde foretaget kriminaliteten, idet han også over for en psykolog rejste spørgsmålet om, "hvordan kunne han [R] i to år leve som to personer, der ikke var i kontakt med hinanden". R fremviste endvidere en skrivelse fra en læge i Kuwait, som R havde konsulteret nogle gange, og hvor lægen angav, at der var mistanke om, at R led af MPD (multiple personality disorder). En psykiater beskrev, at R var talende, noget teatralisk, med en vis appel i kontakten, som mest foregik på hans præmisser. Psykiateren overvejede, om R kunne lide af en post-traumatisk tilpasningsreaktion.

Ved mentalundersøgelsen bemærkede man, at beskrivelserne af "Ali" voksede i omfang, skiftede karakter i indhold samt i tiltagende grad blev tillagt en for R ansvarsfralæggende betydning.

Mentalundersøgelsen konkluderede: "Observanden er herefter ikke sindsyg og kan ikke antages at have været det på tidspunkterne for den påsigtede kriminalitet.

Observanden er ikke mentalt retarderet og vurderes normalt til velbegavet.

Observanden lider ikke af epilepsi eller anden hjerneorganisk lidelse. På tidspunkterne for de påsigtede handlinger findes intet belæg for at mistænke en patologisk rus.

Observanden er af palæstinensisk oprindelse med normal opvækst under gode kår i Kuwait. Han har afsluttet en gymnasial uddannelse dér og påbegyndt universitetsuddannelse i Europa.

Observanden har angiveligt som ung deltaget i krigshandlinger i Libanon og i 1990 under Golfkrigen angiveligt været udsat for tortur under flugt til Danmark. Her har han stiftet familie med en dansk kvinde, som han i 1999 gennemgik en, for ham, traumatisk skilsmisse.

I Danmark har observanden erhvervet sig som tolk og kommunalt ansat integrationsmedarbejder.

Ved den aktuelle undersøgelse er observanden fundet personlighedsmæssigt afvigende ved at være selvcentreret, selvhævdende, afglidende, med øget selvfølelse, svært appellerende og dramatiserende. Han fremtræder med begrænset empati.

Observanden beskriver hallucinatorisklignende fænomener, der ikke vurderes sindssygelige, men af kulturel og religiøs art.

Observanden fremstår samlet krisepreget, overvejende med baggrund i hans personlighedsmæssige struktur.

Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 69, men man kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til imødegåelse af en formentlig nærliggende risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.”

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af de fremsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring af 09.12.xx ved overlæge A om R udtale, at han ikke er sindssyg, og ikke har været det på tidspunktet for den påsigtede handling. R er primært normalt begavet, og lider ikke af epilepsi eller hjerneskade. Han har et uafklaret, men næppe dagligt forbrug af alkohol og cannabis, og det er uafklaret, hvorvidt han på tidspunktet for de påsigtede handlinger var påvirket af alkohol eller rusmidler. Der er dog ikke grundlag for at antage, at der har foreligget en abnorm rustilstand.

R er opvokset i Kuwait under upåfaldende familieforhold som nummer seks af ti søskende, indtil han i 1982 deltog fire måneder på libanesisk side i krig mod Israel. Afsluttede herefter skolegang med studentereksamen i Kuwait, studerede til socialrådgiver i Frankrig og arbejdede efterfølgende på hotel i Kuwait. Flygtede herfra, da der udbrød krig og angiver, at han i Irak blev fængslet og tortureret. Kom til Danmark i 1990, hvor han uddannede sig som juridisk tolk og arbej-

dede som sådan. I 1997 ansat i Dansk Flygtningehjælp, og siden 1998 indtil aktuelle ansat som kommunal jobkonsulent. Gift i 1989 til 1999 og har fra ægteskabet to børn. R har flere gange været hospitalsindlagt samt udsat for tilskadecomst uden varige følger eller lidelser er påvist.

R angiver, at han er fuldstændig ude af stand til at huske de påsigtede hændelser og en række andre forhold, samt at han i Kuwait har fået stillet diagnosen MPD, hvilket må antages at dække over Multiple Personality Disorder, her i landet benævnt ”Multipel personlighed”. Diagnosens eksistens og udbredelse er lægeligt omdiskuteret.

Ved den psykiatriske undersøgelse findes der ikke holdepunkter for sindssygdom, og ved den psykologiske undersøgelse vurderes R som personlighedsmæssigt afvigende, idet han er selvhævdende, selvovervurderende og dramatiserende med defekt affekt- og impulsforvaltning.

R findes herefter omfattet af straffelovens § 69, såfremt han findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan ikke anbefales andre foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlig foranstaltning til forebyggelse af fornyet ligeartet kriminalitet end eventuel straf.”

R blev efterfølgende idømt fængsel i tre år.

**Kommentar:**

Multiple personlighedsforstyrrelse er

en omdiskuteret tilstand. I det europæiske diagnosesystem, ICD-10, benævnes tilstanden for multiple personlighed, mens det amerikanske diagnosesystem, DSM-4, betegner tilstanden som ”dissociativ identity disorder”. I begge de diagnostiske systemer henføres tilstanden under de dissociative forstyrrelser. Disse tilstande karakteriseres ved et helt eller delvist tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed og sanseoplevelser. De dissociative tilstande er ikke ukendte i dansk retspsykiatrisk praksis, men disse tilstande diagnosticeres næsten udelukkende i sager, hvor gravide kvinder fraspalter bevidstheden om graviditet og fødsel og eventuelt i forbindelse med fødslen dræber det nyfødte barn (se rådets årsberetning 2008, s. 53 ff.). Den her omhandlede sag drejede sig om såkaldt alternerende personligheder (”Dr. Jekyll og Mr. Hyde”) – en omdiskuteret tilstand, der næsten udelukkende har været diagnosticeret i USA i forbindelse med straffesager, hvor sigtede påstod straffrihed under henvisning til diagnosen.

Som det fremgår af Retslægerådets udtalelse, var rådet opmærksom på multiple personality disorder, men tog ikke nærmere stilling til diagnose mv., ligesom rådet undlod at tage stilling til, om der var tale om fænomener af kulturel og religiøs art, således som det blev anført i mentalerklæringen, eller om der for eksempel var tale om simulation eller eventuelt hysteriske mekanismer. Retslægerådet konkluderede blot, at R var personlighedsmæssigt afvigende. (Se også denne årsberetning, s.83 ff.).

## II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerrådet 2009

A. Psykiatriske sager	523
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	84
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	4
D. Faderskabssager	42
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	786
F. Administrative sager mv.	64
H. Aldersbestemmelser	49
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	3
M. Færdselssager med medicinindtagelse	19
I ALT	1574

### Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	329
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	15
Ændring i strafferetlig foranstaltning	104
Ophævelse af farlighedsdekret	9
Overførsel til Sikringsafdelingen	8
Umyndiggørelser	0
Benådning	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	57
I ALT	523

### **Ad B-sager**

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	49
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	31
Diverse	4
I ALT	84

### **Ad C-sager**

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	4
Ændring af navn/CPR-nr.	0
I ALT	4

### **Ad E-sager**

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	69
Arbejdsskader/ulykker	336
Erstatning, pensionssager m.v.	339
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	20
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	22
I ALT	786

**Ad L-sager**

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	0
Færdselssager vedrørende dampe	3
Diverse	0
I ALT	3

**Ad M-sager**

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	18
Færdselssager vedrørende sygdom	1
Diverse	0
I ALT	19

**Antal sager modtaget i Retslægerådet 2009 (og 2007-08)**

Sagstype	2007	2008	2009
A. Psykiatriske sager	438	439	523
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	131	118	84
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	4	3	4
D. Faderskabssager	39	57	42
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	776	785	786
H. Sager vedr. aldersbestemmelse	64	29	49
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	2	3	2
M. Færdselssager med medicinindtagelse	131	38	28
I ALT	1586	1472	1518

**Antal sager afsluttet i Retslægerådet 2009 (og 2008)**

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



**Sagsbehandlingstid i Retslægerrådet 2009 (og 2005-08)**

	2005	2006		2007		2008		2009		
	<i>brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>brutto</i>	<i>netto</i>	<i>brutto</i>	<i>netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>netto</i>
<b>A</b>	31	30	28	27	28	28	28	28	31	31
<b>B</b>	32	31	36	36	48	48	55	54	55	55
<b>C</b>	176	176	109	106	132	132	64	64	101	101
<b>D</b>	30	30	23	23	21	21	21	21	36	36
<b>E</b>	153	97	150	91	146	94	136	92	163	110
<b>H</b>	53	51	44	44	56	52	72	72	90	90
<b>L</b>	57	38	46	42	40	40	24	24	119	119
<b>M</b>	46	42	43	32	56	54	55	55	78	78

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

A: Psykiatriske sager

B: Færdselssager med alkohol-/medicinindtagelse

C: Sterilisation og kastration mv.

D: Faderskabssager/avlingstid

E: Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold

H: Sager vedrørende aldersbestemmelser

L: Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse mv.

M: Færdselssager med medicinindtagelse



# III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

## Lovbestemmelser m.v.

### Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

## **Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet**

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

**§ 1.** Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse, 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 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 2009

Ledende overlæge Helle Aggernæs  
Psykiatrisk Center Amager

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

Overlæge, dr.med.  
Morten Birket-Smith  
Bispebjerg Hospital  
Liasopsykiatrisk Enhed  
indtil 31.10.09

Overlæge Peter Gottlieb  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
indtil 31.08.09

Professor, overlæge, dr. med.  
Troels Staehelin Jensen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F  
fra 01.11.09

Ledende overlæge Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
Næstformand

Overlæge, dr.med.  
Jens Lund  
Aalborg Psykiatriske Sygehus  
fra 01.11.09

Professor, centerdirektør, dr.med.  
Bent Ottesen  
Rigshospitalet  
Direktionen Juliane Marie Center  
næstformand  
fungerende formand fra 01.10.09

Professor, overlæge, dr.med.  
Torben V. Schroeder  
Rigshospitalet  
Karkirurgisk Klinik  
fra 01.11.09

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft  
Psykiatrisk Center Glostrup

Professor, dr.med.  
Flemming Stadil  
Formand indtil 30.09.09

Professor, statsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
fungerende næstformand fra 01.10.09

Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Waldemar  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N  
indtil 31.08.09

# Sagkyndige anvendt i 2009

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

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

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

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

Lektor, speciallæge  
Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge  
Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Læge  
Ulla Davidsen  
Charlottenlund

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

**Ad hoc sagkyndige anvendt i 2009  
Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om  
Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet  
anvendt følgende:**

1. Professor, overlæge, dr.med.  
Klaus E. Andersen  
Odense Universitetshospital  
Dermato-venerologisk afdeling

2. Afdelingslæge, dr.med.  
Ole Andersen  
Værløse  
(pædiatri)

3. Overlæge  
Birthe Højlund Bech  
Rigshospitalet  
Radiologisk klinik X

4. Professor, ledende overlæge, dr.med.  
Toke Bek  
Risskov  
(oftamologi)

5. Overlæge, dr. med.  
Jørgen G. Berthelsen  
Rungsted Kyst  
(gynækologi)

6. Overlæge, dr. med  
Morten Birket-Smith  
Bispebjerg Hospital  
Liasonpsykiatrisk Enhed

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

8. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Peter Bonde  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik

9. Professor, overlæge, dr.med.  
Gudrun Boysen  
Bispebjerg Hospital  
Neurologisk afdeling N

10. Overlæge, ph. d.  
Mette Brandt-Christensen  
Psykiatrisk Center Bispebjerg

11. Overlæge, dr.med.  
Flemming Burcharth  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afdeling D

12. Overlæge, dr.med.  
Jesper Bælum  
Odense Universitetshospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling

13. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Juel Christensen  
Herlev Hospital  
Medicinsk- endokrinologisk afdeling

14. Ledende overlæge  
Thorkil Christensen  
Ålborg Sygehus Syd  
Radiologisk afdeling

15. Overlæge, dr.med.  
Peer Christiansen  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling



16. Overlæge, dr.med.  
Leif Corydon  
Vejle Sygehus  
Øjenafdelingen

17. Professor, overlæge, dr. med  
Benny Dahl  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk Afdeling U

18. Overlæge, dr.med.  
Kim P. Dalhoff  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk Farmakologisk Enhed

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

20. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
Gentofte Hospital  
Røntgenafdelingen

21. Klinikchef  
Kjeld Dons  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk Klinik

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

23. Overlæge  
Suzan Dyve  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK

24. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbehøj  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.

25. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdelingen

26. Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

27. Klinikchef, dr.med.  
Bo Feldt-Rasmussen  
Rigshospitalet  
Nefrologisk afdeling

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

29. Overlæge, dr.med.  
Anders Fink-Jensen  
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

30. Ledende overlæge  
Ulrich Fredberg  
Silkeborg Centralsygehus  
Medicinsk afdeling  
(reumatologi)

31. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Frøkiær  
Skejby Sygehus  
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk  
afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
32. Neuropsykolog, lektor  
Anders Gade  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
33. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Garne  
Aalborg Sygehus  
Mammakirurgisk Klinik
34. Overlæge Peter Gottlieb  
Vanløse  
Retspsykiatri
35. Professor, overlæge, dr.med.  
Gorm Greisen  
Rigshospitalet  
Neonataalklinikken
36. Professor, overlæge, dr.med.  
Finn Gyntelberg  
Rigshospitalet  
Arbejdsmedicinsk Klinik
37. Overlæge, dr.med.  
Frank Gårskjær  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afd. U
38. Lektor, speciallæge  
Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retskemi)
39. Professor, overlæge, dr.med.  
Stig Haunsø  
Rigshospitalet  
Medicinsk afdeling B  
(kardiologi)
40. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen  
Hvidovre Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-  
ling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
41. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen
42. Statsobducent, professor, dr. med.,  
MPA  
Hans Petter Hougen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retspatologi)
43. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby  
Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
44. Overlæge  
Niels Ove Illum  
Odense Universitetshospital  
Børneafdeling H
45. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O

46. Professor, dr.odont.  
Flemming Isidor  
Århus Universitet  
Tandlægeskolen

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

48. Professor, overlæge  
Peter Iversen  
Rigshospitalet  
Urologisk klinik

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

50. Klinikchef, dr. med  
Søren Jacobsen  
Rigshospitalet  
Reumatologisk klinik

51. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afd.

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

53. Overlæge  
Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk sektion

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

55. Ledende overlæge, dr. med.  
Kai Jensen  
Hillerød Sygehus  
Neurologisk Klinik

56. Professor, overlæge, dr.med.  
Rigmor Jensen  
Glostrup Hospital  
Neurologisk Klinik

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

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

59. Chefspsykolog  
Agnete Jønsson  
Rigshospitalet  
Neurocenteret

60. Neuropsykologisk fagkonsulent  
Kasper Jørgensen  
Rigshospitalet  
Nationalt Videnscenter for Demens

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

62. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
Rigshospitalet  
Enhed for kirurgisk patofysiologi

63. Overlæge, dr. med.  
Johnny Keller  
Århus Kommunehospital  
Ortopædkirurgisk afdeling E

64. Klinikchef, dr.med.  
Jørgen Kirkegaard  
Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halskirurgisk klinik

65. Ledende overlæge  
Henrik Kiær  
Svendborg Sygehus  
Patologisk Institut

66. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik

67. Dr. med.  
Finn Ursin Knudsen  
Rungsted Kyst  
(pædiatri)

68. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans Jørn Kolmos  
Odense Universitetshospital  
Mikrobiologisk afd.

69. Overlæge, ph.d.  
Henrik Kolstad  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk Klinik

70. Overlæge, dr.med.  
Michael Kosteljanetz  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

71. Professor, overlæge, dr.med.  
Christian Krarup  
Rigshospitalet  
Neurofysiologisk afdeling

72. Overlæge, ph.d.  
Michael Krogsgaard  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling

73. Overlæge, ph.d.  
Anette Kærgaard  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk klinik

74. Klinikchef, dr. med  
Claus Falck Larsen  
Rigshospitalet  
TraumeCenter og Akut Modtagelse

75. Ledende overlæge  
Tina Gram Larsen  
Aalborg Psykiatriske Sygehus  
Retspsykiatrisk Afdeling E

76. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afd. M

77. Dr. med.  
Benedicte Laursen  
Aalborg  
(hæmatologi)

78. Overlæge  
Pernille Leicht  
Rigshospitalet  
Håndkirurgisk Sektion

79. Vicesstatsobducent, ph.d  
Peter Leth  
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-  
jylland  
Retsmedicinsk Institut

80. Klinikchef  
Anne Lindhardt  
Psykiatrisk Center Bispebjerg

81. Professor, afdelingsleder, dr.med.  
Kristian Linnert  
Københavns Universitet  
Retskemisk afdeling

82. Overlæge  
Freddy Lippert  
Rigshospitalet  
Traumecentret  
(anæstesiologi)

83. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling U

84. Overlæge, dr.med.  
Jens Lund  
Aalborg Psykiatriske Sygehus

85. Overlæge  
Jens Otto Lund  
Gentofte Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-  
ling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

86. Specialtandlæge  
Jan Hesselberg Madsen  
Rigshospitalet  
Tand-, Mund-, Kæbekirurgisk Klinik

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

88. Overlæge, dr.med.  
Hans-Jørgen Malling  
Rigshospitalet  
Allergi-klinikken

89. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche  
Odense Universitetshospital  
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet

90. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
Gentofte Hospital  
Dermatologisk afdeling K

91. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afd. B

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

93. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans von der Maase  
Rigshospitalet  
Onkologisk Klinik

94. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling
95. Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
Glostrup Hospital  
Neurokirurgisk afdeling
96. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
Hvidovre Hospital  
Infektionsmedicinsk afdeling
97. Professor, overlæge, dr.med.  
Torsten Toftegaard Nielsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling B
98. Professor, overlæge, dr.med.  
Lisbeth Nilas  
Hvidovre Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.
99. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afd. H  
(urologi)
100. Overjordemoder  
Louise Nordvig  
Skejby Sygehus  
Perinatal Epidemiologisk Forsknings-  
enhed
101. Overlæge, dr.med.  
Henrik C. Juul Nyholm  
Glostrup Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.
102. Klinikchef, dr. med.  
Jesper Nørregaard  
Nordsjællands Hospital Hørsholm  
Reumatologisk Klinik
103. Adm. overlæge, dr.med.  
Tom Skyhøj Olsen  
Glostrup Hospital  
Neurologisk afdeling
104. Professor, overlæge, dr.med.  
Therese Ovesen  
Århus Kommunehospital  
Øre-, næse- og halsafd. H
105. Overlæge, ph.d.  
Katrine Pagsberg  
Børne- og ungdomspsykiatrisk Center  
Bispebjerg
106. Overtandlæge  
Ulla Pallesen  
Tandlægeskolen  
Afd. for Tandsygdomme
107. Professor, overlæge, dr.med.  
Olaf B. Paulson  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling
108. Overlæge  
Niels Wisbech Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O
109. Overlæge, dr. med.  
Michael Mørk Petersen  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afd. U 2162

110. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
Frederiksberg Hospital  
Øjenafdelingen
111. Ledende overlæge  
Rolf Petersen  
Slagelse Sygehus  
Arbejdsmecinsk afd. Med.Cen.
112. Overlæge, dr.med.  
Sten Petersen  
Skejby Sygehus  
Børneafdelingen
113. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
114. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut
115. Professor, overlæge, dr. med.  
Niels Qvist  
Odense Universitetshospital  
Kirurgisk afd. A
116. Overlæge  
Alice Rasmussen  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk klinik
117. Overlæge, dr.med.  
Lars Remvig  
Rigshospitalet  
Klinik for Medicinsk Ortopædi
118. Professor, overlæge, dr. med.  
Bertil Romner  
Rigshospitalet  
Afsnit NK 2092  
(neurokirurgi)
119. Ledende overlæge, professor,  
dr.med.  
Raben Rosenberg  
Århus Universitetshospital Risskov  
Center for Psykiatrisk Forskning
120. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
121. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT
122. Professor, overlæge, dr.med  
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell  
Odense Universitetshospital  
Gastroenterologisk afdeling S
123. Overlæge dr.med.  
Kjeld Schmiegelow  
Rigshospitalet  
Pædiatrisk klinik II
124. Professor, dr. odont., ph.d.  
Søren Schou  
Tandlægeskolen, Aarhus Universitet  
Afdeling for Kæbekirurgi og Oral  
Patologi

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

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

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

128. Cand. scient, ph.d.  
Steffen Sinnig  
Århus Universitetshospital Risskov  
Center for Psykiatrisk Forskning

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

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

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

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

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

134. Professor, dr.med.  
Flemming Stadil  
Charlottenlund

135. Overlæge, dr. med.  
Svend Strandgaard  
Herlev Hospital  
Nefrologisk afdeling

136. Overlæge, ph.d.  
Susanne Wulff Svendsen  
Århus Sygehus  
Arbejdsmedicinsk Klinik

137. Overlæge, dr.med.  
Lars Søndergaard  
Rigshospitalet  
Hjertemedicinsk Klinik B

138. Professor, ledende overlæge,  
ph.d., dr. med.  
Jens Christian Hedeman Sørensen  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK

139. Ledende overlæge, ph.d.  
Jens Lykke Sørensen  
Roskilde Sygehus  
Plastikkirurgisk afd.

140. Overlæge  
Keld Sørensen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afd. B



141. Overlæge, dr.med.  
Mads Sølvsten Sørensen  
Rigshospitalet  
HovedOrtoCentret

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

143. Overlæge  
Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling

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

145. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Chr. Thomsen  
Hellerup  
(oto-rhino-laryngologi)

146. Statsobducent, professor, dr.med.  
Jørgen Lange Thomsen  
Syddansk Universitet  
Retsmedicinsk Institut

147. Dr. med.  
Karsten Thomsen  
Privathospitalet Hamlet  
Center for Ryglidelser

148. Overlæge  
Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling

149. Professor, overlæge, dr.med.  
Per Hove Thomsen  
Børne- og ungdomspsykiatrisk Hospi-  
tal, Risskov

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

151. Overlæge, dr. med.  
Peter Bjerre Toft  
Rigshospitalet  
Øjenafdelingen, E 2061

152. Overlæge, dr.med.  
Erik Tøndevold  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afdeling

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

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

155. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ulbjerg  
Skejby Sygehus  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y

156. Overtandlæge, dr. odont.  
Poul Vedtofte  
Rigshospitalet  
Afd. for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

157. Professor, overlæge, dr.med.  
Hendrik Vilstrup  
Århus Kommunehospital  
Medicinsk afd. V

158. Overlæge, dr.med.  
Bo Voldby  
Århus Kommunehospital  
Neurokirurgisk afdeling GS

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

160. Professor, overlæge, dr.med. et  
dr. pharm  
Hans Chr. Wulf  
Bispebjerg Hospital  
Dermato-venerologisk afd. O

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

162. Professor, overlæge, dr. med.  
John Østergaard  
Børneafd. A Skejby Sygehus  
Center for Sjældne Sygdomme

# Retslægerådets sekretariat 2009

Blegdamsvej 6, 2200 København N

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

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

## Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard (fra 01.02.09)

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

## Medicinske sekretærer

Overlæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

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

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

Læge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

## Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Connie Thenning Pedersen (32 timer ugentlig, til 31.03.09)

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen

Overassistent Vibeke Lund Larsen (fra 01.06.09)

Assistent Anette Birgit Rudloff (fra 16.02.09 til 15.05.09)