

Retslægerådets
årsberetning

2017

ISBN 978-87-89648-17-0

Udgivet juni 2018

Indhold

1.	Forord	4
2.	Udvalgte emner og sager af interesse	6
2.1	Patientskadeankenævns sag – Skyldes udvikling af komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS) en skade eller behandling af skaden	7
2.2	Retslægerådets udtalelse i en sag om seksuelt overgreb mod mindreårigt barn	9
2.3	Søvnapnø og bilkørsel	15
2.4	Kan drivmiddel med indhold af ethylalkohol ved uheld medføre optagelse gennem huden med betydende alkoholpromille i blodet til følge?	18
2.5	Mulig absorption af alkohol (transdermal ethanolabsorption) igennem beskadiget hud	21
2.6	Svær autisme versus organisk psykose: hvad skal prioriteres i foranstaltningen?	27
2.7	PTSD efter voldeligt overfald, erstatningskrav afvist grundet overskridelse af tidsfrist	33
2.8	Retslægerådets udtalelser i sager vedr. straffelovens § 73	40
2.9	7 års fængselsstraf anket, ændret til anbringelsesdom og medførte mere end 14 års frihedsberøvelse	56
2.10	Bidrag til besvarelse af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalgs spørgsmål nr. 1 og 2 (alm. del)	66
2.11	Retslægerådets temamøde om retspsykiatri	69
3.	Statistik	74
3.1	Sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2017 (og 2015-2016)	75
3.2	Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2017 (og 2015-2016)	76
3.3	Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2017 (og 2015-2016)	77
4.	Retslægerådets lovgrundlag og organisation	78
4.1	Lovbestemmelser m.v.	79
4.2	Retslægerådets medlemmer 2017	83

4.2.1	Beskikkede sagkyndige i sager afsluttet i 2017	84
4.2.2	Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2017	86
4.2.3	Retslægerådets sekretariat 2017.....	103

1. Forord

I 2017 kunne Retslægerådet fejre sin 108 års fødselsdag. Trods den høje alder er rådets omdrejningspunkt helt grundlæggende fortsat at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Det afspejler sig også i de sager, som vi har valgt at sætte fokus på i årsberetningen for 2017. De udvalgte sager illustrerer, at det ofte er komplekse og vanskelige problemstillinger, der skal vurderes. Nogle spørgsmål kan endog give anledning til en grundig litteraturgennemgang for at kunne afgive et velbegrundet svar. Et eksempel er artiklen om hvor meget alkohol, der kan absorberes gennem huden. Det er dog ikke altid, at den videnskabelige evidens kan sikre et fuldstændigt klart svar. Ofte er det nødvendigt at angive, hvilke faktorer, der taler for og imod en eventuel årsagssammenhæng. Artiklen om seksuelt overgreb er et godt eksempel på, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige skøn. Det er op til domstolene at afgøre sagen.

I de psykiatriske sager, der er medtaget i årsberetningen, gennemgås blandt andet en række af Retslægerådets udtalelser, hvor den sigtede er fundet omfattet af straffelovens § 73 - det vil sige, hvor sigtede efter den påsigtede gerning, men før dom er kommet i en ikke blot forbigående sindssygelig tilstand - som erfaringsmæssigt er udfordrende for både retsvæsen og erklæringskrivende overlæger.

Rådets aktivitet er ikke påvirket af den høje alder. Vi har i 2017 modtaget mere end 1600 nye sager. Det har i 2017 været vanskeligt at fastholde korte svartider. Det skyldes flere forhold: sagerne er i stigende grad komplekse og indeholder et nogle gange endog meget stort antal spørgsmål. Det kan derfor tage tid for de voterende, at besvare spørgetemaet. Vi tilstræber korte svartider, men vil på den anden side ikke gå på kompromis med svarenes kvalitet. Flytningen af sekretariatsfunktionen fra København til Viborg har naturligt nok i en periode påvirket sagsbehandlingstiden. Det har været en fornøjelse at se den pionerånd, der har præget sekretariatet, og i dag har vi udryddet diverse flaskehalse.

De kommende år vil vi arbejde frem mod elektronisk sagsbehandling. De psykiatriske sager håndteres allerede via en netportal og næste skridt bliver de somatiske sager. Det vil medføre en lettere sagsgang til fordel for vores samarbejdspartnere. Vi kan konstatere at rådet, trods sin høje alder, er omstillingsparat.

God læselyst

Med venlig hilsen

Annie Vesterby	Bent Ottesen	Mette Brandt-Christensen
Næstformand	Formand	Næstformand

2. Udvalgte emner og sager af interesse

2.1 Patientskadeankenævns sag – Skyldes udvikling af komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS) en skade eller behandling af skaden?

En 51-årig kvinde (A) vælter på cykel og lukserer højre tommelfingers grundled. A sætter selv leddet på plads og får yderligere påpladssætning af tommelen på skadestue samme dag med efterfølgende gips. Ved kontrol 8 dage efter findes leddet hævet, ømt og med misfarvning, og der konstateres løshed svarende til det ulnare sideligament. Ligamentet sys dagen efter, og ved efterfølgende kontrolbesøg klager A over mange regionale smerter. Leddet findes med nedsat bevægelighed, og der udvikles neurogene smerter, svarende til hånd og arm. Ergoterapi hjælper ikke på smerterne og et halvt år efter uheldet stivgøres tommelens grundled uden effekt på smerterne, ligesom senere fjernelse af de indsatte skruer heller ikke mindsker smertetilstanden. Patientskadeankenævnet afviser erstatning, og i den efterfølgende retssag er spørgsmålet, om A's CRPS skyldes den primære skade, de operative behandlinger eller, at ligamentskade blev overset og først opereret 8 dage efter skaden. Retslægerådet blev under sagens behandling i retten forelagt et spørgsmål (J.nr. 50E/E3-02219-2016):

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes – om muligt – vurdere, hvorvidt det er mest sandsynligt, at den af A udviklet CRPS er en følge af forhold hos A selv eller om CRPS'en i stedet for må anses for at være en følge af den behandling m.m., som A undergik på X Hospital i 2011 og 2012.

Årsagen til at CRPS udvikles hos nogle patienter og patofysiologien er ukendt, ligesom incidensen efter traumer er ukendt eller angives med stor spredning i hyppighed. CRPS opstår ofte efter mindre traumer med eller uden kirurgi. På baggrund af dette kan Retslægerådet ikke besvare spørgsmålet fyldestgørende.

Kommentar

Complex regional pain syndrome (CRPS) er en tilstand, der kan opstå i en extremitet, oftest overekstremiteten, efter et brud, forstuvning eller blot mindre slag. I 10 % af tilfældene foreligger intet traume. Tilstanden karakteriseres ved smerter såvel i hvile som ved anvendelse af extremiteten, hudforandringer med rødme, hævelse og sved. Fra traumeregionen kan tilstanden progrediere til hele extremiteten og blive kronisk. Der findes ingen specifik test til diagnosticering af tilstanden, men tilstedeværelsen af en række symptomer og objektive fund giver diagnosen efter et international konsensus kriterium. Mange patofysiologiske mekanismer er opstillet såsom dysfunktion af det autonome nervesystem, neurogen inflammation, central sensitivering og aktivering af hjernens gliavæv. Dette indikerer, at man ikke ved, hvem der får lidelsen, og hvorfor syndromet udvikles. Når Retslægerådet får stillet spørgsmålet om årsagen til udvikling af syndromet hos en person herunder, om det er et traume eller traumet ved kirurgisk behandling, som er ansvarligt, må svaret være, at det lægefagligt ikke kan afgøres.

Rettenns begrundelse og resultat

Retten afsagde dom til frifindelse af Patiensskadeankenævnet, idet sagsøger efter rettenns vurdering ikke havde løftet bevisbyrden for, at Patiensskadeankenævnet havde foretaget en fejlagtig vurdering af årsagen til, at sagsøger havde udviklet CRPS eller bevist, at der var fremkommet nye for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, eller at der forelå ikke uvæsentlige sagsbehandlingsfejl.

2.2 Retslægerådets udtalelse i en sag om seksuelt overgreb mod mindreårigt barn

Indledning

Sagen drejer sig om en dengang 10 årig pige, der angiveligt havde været udsat for seksuelt overgreb med vaginalt samleje gennem en 5 årig periode fra 2010 til februar 2015 forøvet af sin stedfar. Stedfaderen nægtede sigtelsen under afhøringerne og i retten.

Under rettens behandling af sagen i 2. instans blev RR forelagt en række spørgsmål, som RR afgav følgende svar på 2. feb. 2016. (J.nr. 50E/E9-00133-2015).

Spørgsmål 1:

Kan Retslægerådet tilslutte sig gengivelsen af speciallæge X's forklaring i byretten om den fysiske udformning af hymen?

Spørgsmål 2:

Kan Retslægerådet tilslutte sig det i erklæringen af 6. marts 2015 anførte om, at "skedeåbningen og jomfruhindevævet er elastisk. Der kan således, som oplyst, være indført en penis igennem skedeåbningen på et tidligere tidspunkt"?

Ad spørgsmål 1 og 2:

Spørgsmålene er helt generelle, og Retslægerådet afgiver selvstændigt begrundede svar og nøjes således ikke med at tilslutte sig andres vurderinger.

Spørgsmål 3:

Kan det uddybes, hvad det betyder, at hymen er "elastisk"?

Spørgsmål 4:

Kan skedeåbningen og jomfruhindevævet være så eftergiveligt hos en pige med X's alder i gerningsperioden, at der vil kunne gennemføres samlejer, uden at hymen bærer fysisk præg af det, herunder i form af læsioner/ar?

Spørgsmål 5:

Kan eventuelle læsioner af hymen hos en pige med X's alder i gerningstidspunktet vokse sammen, uden at der vil kunne ses læsioner ved kolposkopi?

Ad spørgsmål 3, 4, og 5:

Det kan anføres om den fysiske udformning af hymen (kønkransen, jomfruhinden), at det er en slimhindefold, der omkranser skedeåbningen. Den dækker således ikke normalt for skedeåbningen. Hymen er opbygget af løst bindevæv beklædt med slimhinde, den er derfor eftergivelig/elastisk, hvilket betyder den kan manipuleres og strækkes, eksempelvis ved indføring af penis i skeden, uden at der opstår synlige skader på hymen. Endvidere heler hymen hurtigt op efter eventuelle skader som rifter eller bristninger, og der efterlades sjældent synlige ar. Jo mere hormonpåvirket hymen er jo mere eftergivelig bliver den.

Som beskrevet ovenfor er hymenvævet eftergiveligt, således at det kan manipuleres og strækkes uden at der opstår synlige læsioner eller skader. Endvidere heler vævet hurtigt og ofte uden at efterlade synlige ar.

Svar: Skedeåbningen og hymenvævet kan være så eftergiveligt hos en pige med X's alder i gerningsperioden, at der vil kunne

gennemføres samlejer, uden at hymen bærer fysisk præg af det i form af læsioner eller ar.

Spørgsmål 6:

Kan det oplyses, hvor mange samlejer der almindeligvis skal gennemføres før hymen bærer præg deraf?

Det kan ikke oplyses, hvor mange samlejer, der almindeligvis kan gennemføres, før hymen bærer præg heraf.

Spørgsmål 7:

Kan det oplyses, om hymen almindeligvis ændrer karakter i takt med samlejernes hyppighed og i givet fald hvorledes?

Det kan ikke oplyses, om hymen almindeligvis ændrer karakter i takt med samlejernes hyppighed, og dermed heller ikke hvorledes.

Spørgsmål 8:

Kan Retslægerådet angive sandsynligheden for, at hymen vil have den i erklæringen af 6. marts 2015 beskrevne karakter, hvis det lægges til grund, at der i de ovenfor angivne perioder er gennemført adskillige samlejer, herunder i perioder 3-4 samlejer om ugen?

Spørgsmål 9:

Er gengivelsen af speciallæge X's forklaring i byretten: "Der blev ikke fundet ældre eller friske skader på B. Det udelukker ikke, at der kan have været en penis oppe i hendes skede 3 gange om ugen i flere år, også da hun kun var 7 år, idet jomfruhinden som sagt er eftergivelig" efter Retslægerådets opfattelse i overensstemmelse med den viden, som specialister inde for området i almindelighed lægger til grund?

Ad spørgsmål 8 og 9:

Hymen er en eftergivelig slimhindefold, som kan manipuleres og strækkes, uden at den efterlader synlige skader. Endvidere heler den ofte op uden ardannelse. Antallet af manipulationer/strækninger kan ikke angives. Der er ved den retsmedicinske undersøgelse ikke påvist ældre eller friske skader på X's hymen. Dette udelukker dog ikke, at der kan have været en penis oppe i hendes skede flere gange gennem længere tid.

Spørgsmål 10:

Kan Retslægerådet angive sandsynligheden for, at en kønsmoden pige ikke bliver gravid, hvis der over en årrække gennemføres 3-4 ugentlige samlejer med sædafgang i vagina, under forudsætning af, at sæden har normal kvalitet, og at kvinden er fertil?

Spørgsmålet kan ikke besvares.

Under sagens behandling i først byretten og senere landsretten forklarede pigen om de anførte overgreb. Sigtede nægtede i begge instanser de påståede overgreb.

Efter rettens behandling af sagen i 2. instans (landsretten) under medvirken af domsmænd blev sigtede fundet skyldig i de påståede seksuelle overgreb med vaginalt samleje (samleje i skeden) og blev idømt 7 års fængsel. Dette var en stadfæstelse af byrettens dom.

Landsretten udtalte bl.a. følgende: A's forklaring har også for landsretten virket troværdig og overbevisende. De seksuelle overgreb er begået mod tiltaltes steddatter, mens hun var i alderen fra 10 år til knap 15 år. Herefter og efter karakteren af omfanget af tiltaltes seksuelle overgreb tiltræder landsretten, at straffen er fastsat som sket til fængsel i 7 år.

Landsretten anerkendte således, at der på trods af fravær af skader på pigens hymen (jomfruhinde), jf. den lægelige udtalelse fra Retslægerådet, var ført bevis for, at pigen havde været udsat for vaginalt samleje.

Retslægerådets afgiver lægevidenskabelige skøn/vurderinger til brug for retten, når denne skal træffe en afgørelse i en sag. Det var retslægerådets vurdering i denne sag, at fravær af friske og ældre skader på pigens hymen (jomfruhinde) ikke udelukkede, at der kunne være ført en penis op i hendes skede flere gange gennem længere tid. En neutral og objektiv vurdering, der ikke var i modstrid med pigens forklaring, og som af retten blev fundet troværdig og overbevisende.

I en anden sag derimod, hvor Retslægerådets udtalelse var sammenlignelig med den aktuelle sag fandt landsretten i modsætning til byretten det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at der havde været vaginal penetration. Det drejede sig om en 7-årig pige, der angiveligt have været udsat for overgreb med vaginalt samleje flere gange samt anden kønslig omgængelse. Byretten fandt det bevist efter barnets forklaring om karakteren af overgrebene og de lægelige oplysninger i sagen, at der havde været tale om samleje og anden kønslig omgang. Landsretten derimod fandt det betænkeligt med den til domsfældelse fornødne sikkerhed at fastslå, at der havde været gennemført samleje og frifandt sigtede for denne del af tiltalen. Landsretten anså det alene efter barnets forklaring bevist, at der havde været indført en finger i hendes kønsdel samt var sket beføling af kønsdelene og at sigtede have slikket hendes kønsdel. Sigtede fandtes i denne sag efter mentalobservation omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og blev idømt tilsyn af kommunen.

Ved en gennemgang af Retslægerådets sager vedrørende seksuelt overgreb mod børn i en 10 års perioden fra 1. januar 2005 til 1. januar 2015 fremkom ni sager (tre i 2007, én i 2008, fire i 2012 og en enkelt i 2015 (omtalte sag), hvoraf to af sagerne fra 2012 vedrørte samme sag med samme sigtede. Sagsbehandlingstiden var fra 1-3 måneder fra sagerne forelæggelse for Retslægerådet til svarafgivelse.

Der efterspurgtes i alle tilfælde en lægefaglig vurdering af muligheden for vaginal og/anal penetration under henvisning til det ved lægeundersøgelsen konstaterede.

Der blev afsagt dom i syv sager, og i disse sager påvistes hos 4 børn ingen skader på kønsorganerne/hymen eller ved endetarmsåbningen, mens der hos tre børn påvistes forandringer, der ifølge Retslægerådets vurdering kunne hidrøre fra penetration.

I de sager, hvor der blev afsagt dom, henvises der i rettens afgørelse til Retslægerådets besvarelse.

2.3 Søvnapnø og bilkørsel

Indledning

Sagen drejer sig om, hvorvidt A, der var en 30 årig mand, da han februar 2015 mistede herredømmet over sin lastbil med sættevogn og kørte gennem autoværn ud på en mark og væltede med materiel skade til følge, kunne straffes for at have udvist uagtsomhed i forbindelse med kørslen. (J.nr. 50E/E9-00166-2016).

Umiddelbart efter uheldet blev A undersøgt for søvnapnø. Undersøgelsen viste et BMI på 54 og et apnø/hypopnø-indeks (AHI) på 84, hvilket er foreneligt med svær søvnapnø.

A blev i byretten kendt skyldig i overtrædelse af færdselslovens § 3 stk. 1. Byrettens begrundelse og afgørelse var som følger:

”Tiltalte har ved de lægelige oplysninger bevist, at han på uheldstidspunktet led af søvnapnø. Han har imidlertid ikke ved samme oplysninger eller sin forklaring sandsynliggjort, at søvnapnø i vågen tilstand kan medføre egentlige blackouts, hvorved man uden varsel øjeblikkeligt mister bevidstheden.

Retten kan derfor ikke lægge til grund, at uheldet skyldtes et blackout eller en anden omstændighed, hvis indtræden ikke kan tilregnes tiltalte. Retten finder det herefter sandsynligt, at uheldet skyldtes, at tiltalte enten - på grund af træthed, muligvis særligt afstedkommet af søvnapnø - faldt i søvn under kørslen, eller at han af anden grund var uopmærksom under kørslen. Ved denne manglende agtpågivenhed har tiltalte udvist en strafbar, uagtsom adfærd, og han er derfor skyldig i overtrædelse af færdselslovens § 3, stk. I.”

Sagen blev anket til landsretten og i forbindelse hermed forelagt Retslægerådet.

Sagens spørgsmål blev besvaret således:

Spørgsmål:

Kan den hos A efterfølgende konstaterede søvnapnø, som forklaret af A, på uheldstidspunktet have medført et egentligt blackout, hvorved A øjeblikkeligt har mistet bevidstheden?

Der er tale om en meget overvægtig mand med BMI på 54. Ifølge epikrise fra X hospital (bilag A) er der målt apnø/hypopnø-indeks (AHI) på 84 som udtryk for en meget alvorlig obstruktiv søvnapnø.

AHI på 5-15 betragtes som let søvnapnø; AHI på 16-30 betragtes som moderat søvnapnø, mens AHI større end 30 betragtes som alvorlig søvnapnø. I de aktuelle situationer påvist AHI på 84, hvilket er meget højt.

Obstruktiv søvnapnø kan opstå af flere årsager, men den hyppigste er overvægt.

Symptomer ved obstruktiv søvnapnø er typisk udtalt træthed om dagen. Dette kan ytre sig ved ufrivillige søvnattakker, typisk i passive eller rutineprægede situationer.

Det er meget sandsynligt, at A på uheldstidspunktet kan være ramt af et ufrivilligt søvnattak, altså grundet sin sygdom er faldet ufrivilligt i søvn.

Kommentar

På baggrund af Retslægerådets udtalelse blev dommen omstødt til frifindelse. Landsrettens begrundelse og resultat var som følger:

Landsrettens begrundelse og resultat:

”Det fremgår af Retslægerådets udtalelse, at tiltalte har fået konstateret et apnø/hypopnø-indeks (AHI) på 84, hvilket er udtryk for en meget

alvorlig obstruktiv søvnapnø. Retslægerådet har endvidere udtalt, at det er meget sandsynligt, at tiltalte kan være blevet ramt af et ufrivilligt søvnattak og grundet sin sygdom er faldet ufrivilligt i søvn.

Landsretten finder på den baggrund og efter bevisførelsen i øvrigt, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte tiltaltes forklaring om, at uheldet ikke skyldtes uopmærksomhed i forbindelse med kørslen.

Tiltalte blev først efter uheldet bekendt med, at han havde søvnapnø, og han husker ikke, at han var træt, inden han begyndte kørslen. Tiltalte har på søvnklinikken, da han blev spurgt til apnøsymptomer, oplyst, at han følte sig udhvilet om morgenen. Under disse omstændigheder er der heller ikke grundlag for at fastslå, at tiltalte har udvist strafbar uagtsomhed ved på trods af træthed eller sygdom at have ført lastbil på uheldstidspunktet.

Tiltalte frifindes derfor for den rejste tiltale.”

2.4 Kan drivmiddel med indhold af ethylalkohol ved uheld medføre optagelse gennem huden med betydende alkoholpromille i blodet til følge?

Ved et færdselsuheld med en motorcykel, der anvendte drivmiddel med 85% bioethanol, blev førerens tøj gennemvædet med ethanol/benzin blandingen. Efter uheldet påvistes en blodalkoholkoncentration på 1,41 ‰, og da føreren ved uheldet pådrog sig flere hudafskrabninger, blev spørgsmålet om alkohloptagelse gennem den beskadigede hud rejst. Føreren kom hurtigt under behandling, og i det foreliggende tilfælde fandt Retslægerådet, at den påviste blodalkoholkoncentration ikke kunne være betinget af alkohloptagelse gennem huden. Optagelse gennem beskadiget hud kan i nogle tilfælde være betydende. Nøjere registrering af hudlæsioners størrelse og varigheden af udsættelsen for ethanolholdigt drivmiddel er nødvendig for at kunne bedømme disse tilfælde (50E/E9-00177-2016).

A var en 48-årig mand, som i efteråret 2014 forulykkede under kørsel på en motorcykel, der anvendte brændstoffet E85, der består af bioethanol (85%) og benzin (15%). Ved uheldet pådrog A sig et hovedtraume og var initialt bevidstløs. A fik endvidere flere hudafskrabninger på venstre side af brystkassen samt på hænder og fødder. A's tøj blev gennemvædet af brændstoffet, da motorcyklens brændstoftank blev beskadiget.

Uheldet skete kl. 17.02 og den tilskadekomne fører blev af vidner til uheldet efter få minutter trukket fri af motorcyklen. Kl. 17.21 tilses han af ambulancelæge og køres straks til sygehus, hvor der kl. 17.53 foretages triage, hvorunder den tilskadekomne må formodes afklædt. Hverken i ambulancelægens notater eller sygehusets

journal er noteret noget om gennemvædning af tøjet. Ved regelret journalskrivning kl. 18.40 noteres let hudafskrabning på venstre hånd, og i senere journalnotater er det anført, at der er lette hudafskrabbinger på venstre side af brystkassen samt på hænder og fødder. Blodprøve kl. 18.00 viste en mindste koncentration af alkohol på 1,41%.

Ved senere afhøring af A anførte denne, at han inden kørslen havde indtaget 33 cl pilsnerøl (4,6%) og en "super light" pilsner (< 0,1%), svarende til i alt 13-14 g alkohol. Han var derfor uforstående overfor den påviste alkoholpromille og anførte, at der måtte være tale om optagelse af ethanol gennem den beskadigede hud.

Retslægerådet vurderede, at der i A's organisme på tidspunktet for blodprøvens udtagelse var mindst 43 g alkohol, det vil sige mere end tre gange den mængde, som A angav at have indtaget inden kørslen. Optagelse af alkohol gennem intakt hud finder ikke sted, men gennem områder med beskadiget hud kan en vis diffusion ikke udelukkes. Alkoholkoncentrationen og arealet af hudlæsionerne vil være afgørende for, hvor store mængder alkohol, der kan diffundere gennem huden. Omfanget af A's hudafskrabbinger er ikke præcist anført, men det forhold, at de ikke har givet anledning til behandlingsmæssige problemer, gør, at Retslægerådet har skønnet, at omfanget højst kan være 2-3 % af legemsoverfladen. Teoretiske beregninger ud fra kendte data for alkohols diffusion gennem læderet hud viser, at 50 minutters udsættelse for 85% ethanol og et læderet hudområde på 2,5 % af legemsoverfladen vil kunne give anledning til transport af 8-9 g ethanol fra hudoverfladen til personens blodbane. Imidlertid kan den meget høje alkoholkoncentration i brændstoffet E85 formodes at medføre ændringer af underhudens strukturer og blodgennemstrømning og dermed nedsætte diffusionen af alkohol gennem huden til blodbanen. Disse skøn angiver således den maksimale teoretiske alkoholoftagelse under forudsætning af konstant udsættelse for den meget høje ethanolkoncentration indtil triage på sygehuset.

Sagens spørgsmål:

Kan indtrængning af brændstof E85, der består af 15% benzin og 85% ethanol, gennem tøj og videre ud over store hudafskrabninger på ben og fødder have en indvirkning på alkoholpromillen, der blev målt til 1,41 i forbindelse med blodprøve, der blev taget 1 time efter færdselsuheldet?

blev besvaret således:

Retslægerådet finder det usandsynligt, at de beskrevne spredte hudafskrabninger og det forhold, at sigtede meget hurtigt kom under lægebehandling og dermed var befriet for ethanolgennemvædet tøj, kan forklare den påviste alkoholpromille, hverken helt eller delvist.

Byretten afsagde den 9. maj 2017 dom i sagen med følgende begrundelse:

”Tiltalte har erkendt, at han den pågældende dag var fører af motorcyklen, at han forulykkede og at han havde drukket alkohol inden kørslen. På baggrund af Retslægerådets besvarelse af 10. januar 2017 er der ikke grundlag for at antage, at tiltaltes promille helt eller delvis skyldes, at brændstof fra motorcyklen løb ud over ham i forbindelse med ulykken. Der er heller ikke i øvrigt oplysninger, der giver grundlag for at tilsidesætte promilleerklæringen.

På den baggrund finder retten det bevist, at tiltalte er skyldig.”

Sagen har givet anledning til en nøjere belysning af problemstillingen. Der henvises til artiklen *Mulig absorption af alkohol (transdermal ethanolabsorption) igennem beskadiget hud* på side 20.

2.5 Mulig absorption af alkohol (transdermal ethanolabsorption) igennem beskadiget hud

Transdermal alkoholabsorption er omtalt i såvel eksperimentelle videnskabelige arbejder som i oversigtslitteratur [1-11]. Hovedkonklusionen er, at der ved intakt hud hos voksne ikke foregår en kvantitativ transdermal alkoholabsorption, selv ved udsættelse for høje alkoholkoncentrationer på hudens yderside [1,3,5,6,7]. Modsat findes en klar og undertiden betragtelig alkoholabsorption ved beskadiget hud, hvor epidermislag er forsvundet, således at den kutane barriere er nedbrudt (åbne sår, friske ekskorationer, lacereret hud o.l.), når personen eksponeres for alkohol på hudens yderside [2,8,9,10].

Hos børn (navnlige nyfødte børn) kan der foregå en vis alkoholabsorption gennem tilsyneladende intakt hud, noget varierende beskrevet [1,9,11].

På basis af teoretiske overvejelser omkring hudens og underhudens blodgennemstrømning, tilnærmet diffusionsligevægt og hudlæsionens størrelse kan der beregnes mulig alkoholabsorption gennem huden ved kontakt med alkoholholdige væsker med forskellig alkoholkoncentration, se Tabel I og II.

På basis af eksperimentelle og målte hud-permeabilitetsværdier fra litteraturen kan tilsvarende skønnes over alkohol transporthastigheder gennem beskadiget hud ved forskellig størrelse af hudbeskadigelsen og kontakt med alkohol i forskellig koncentration, se Tabel I og II.

Ud fra sådanne skøn kan under ekstreme forhold (langvarig kontakt med væsker med høj alkoholkoncentration og udbredt hudlæsion) forekomme ganske betragtelig kvantitativ alkohol absorption, omend stærkt varierende, hvilket er i overensstemmelse med

kliniske og eksperimentelle observationer fra litteraturen, hvor der direkte er påvist forhøjede alkoholconcentrationer i blodet [2,8,9,10].

De omtalte overvejelser har relevans for bevidstløse personer med større hudlæsioner, som har været udsat for alkoholholdige væsker i tidsrum udover få minutter. Samtidig illustreres også, at en egentlig beregning af den gennem huden absorberende alkoholmængde i konkrete situationer vil være yderst vanskelig.

Betragtningerne gælder ikke for personer med hudlidelser og brandsår, hvor forholdene er langt mere komplekse på grund af ændringer i hudens permeabilitet, tykkelse og blodgennemstrømning.

Tabel I

Skøn over transkutan transport af alkohol ved hudkontakt med væske med 85 % alkohol og hudlæsion af forskellig størrelse

A. Teoretisk beregnet transkutan alkoholtransport (g/min) ved forskellig blodgennemstrømning i huden (hudperfusion) og forskellig størrelse af hudlæsion

Hudperfusion (ml/min • 100 g)	Afskrabet hudoverflade (% af legemsoverflade)			
	1 %	5 %	10 %	20 %
1.0	0.04	0.2	0.4	0.8 g/min
2.0	0.08	0.4	0.8	1.7 g/min
3.0	0.12	0.6	1.2	2.5 g/min

Der antages diffusionslignevægt og en blod/vævsfordeling på 0.67 (svarende til vandindholdet i blod og væv).

B. Målt transepidermal alkoholtransport (g/min) ved forskellig størrelse af hudlæsion bestemt ud fra permeabilitetsdata

Afskrabet hudoverflade (% af legemsoverflade)			
1 %	5 %	10 %	20 %
0.07	0.36	0.7	1.44 g/min

Permeabilitetsdata fra Scheuplein & Blank, J Invest Dermatol 1973; 60:286-296 [2].

Der antages i begge tabeller proportionalitet mellem transporthastighed, alkoholkoncentration i kontaktvæsken og hudareal.

Tabel II

Skøn over transkutan transport af alkohol ved hudkontakt med væske med 15 % alkohol og hudlæsion af forskellig størrelse

A. Teoretisk beregnet transkutan alkoholtransport (g/min) ved forskellig hudperfusion og forskellig størrelse af hudlæsion

Hudperfusion (ml/min • 100)	Afskrabet hudoverflade (% af legemsoverflade)			
	1 %	5 %	10 %	20 %
1.0	0.007	0.035	0.07	0.15 g/min
2.0	0.014	0.071	0.14	0.30 g/min
3.0	0.021	0.11	0.21	0.44 g/min

Der antages diffusionsligevægt og en blod/vævsfordeling på 0.67 (svarende til vandindholdet i blod og væv).

B. Målt transepidermal alkoholtransport (g/min) ved forskellig størrelse af hudlæsion bestemt ud fra permeabilitetsdata

Afskrabet hudoverflade (% af legemsoverflade)			
1 %	5 %	10 %	20 %
0.012	0.064	0.12	0.25 g/min

Permeabilitetsdata fra Scheuplein & Blank, J Invest Dermatol 1973; 60:286-296 [2].

Der antages i begge tabeller proportionalitet mellem transporthastighed, alkoholkoncentration i kontaktvæsken og hudareal.

Litteraturliste – Transdermal alkoholabsorption:

1. Lachenmeier DW. Safety evaluation of topical applications of ethanol on the skin and inside the oral cavity. *J Occup Med Toxicol* 2008; 3:26-42.
2. Scheuplein RJ, Blank IH. Mechanism of percutaneous absorption. IV. Penetration of nonelectrolytes (alcohols) from aqueous solutions and from pure liquids. *J Invest Dermatol* 1973; 60:286-296.
3. Pendlington RU, Whittle E, Robinson JA, Howes D. Fate of ethanol topically applied to skin. *Food Chem Toxicol* 2001; 39:169-174.
4. Kramer A, Below H, Bieber N, Kampf G, Toma CD, Huebner N-O, Assadian O. Quantity of ethanol absorption after excessive hand disinfection using three commercially available hand rubs is minimal and below toxic levels for humans. *BMC Infect Dis* 2007; 7:117-129.
5. Kirschner MH, Lang RA, Breuer B, Breuer M, Gronover CS, Zwingers T, Böttrich JG, Arndt A, Brauer U, Hintzpeter M, Burmeister MA, Fauteck JD. Transdermal resorption of an ethanol- and 2-propranolol-containing skin disinfectant. *Langenbecks Arch Surg* 2009; 394:151-157.
6. Miller MA, Rosin A, Crystal CS. Alcohol-based hand sanitizer: Can frequent use cause an elevated blood alcohol level? *Am J Infect Control* 2006; 34:150-151.
7. Miller MA, Rosin A, Levsky ME, Patel MM, Gregory TJD, Crystal CS. Does the clinical use of ethanol-based hand sanitizer elevate blood alcohol levels? A prospective study. *Am J Emerg Med* 2006; 24:815-817.
8. Jones AW, Rajs J. Letter to the Editor. Appreciable blood-ethanol concentration after washing abraded and lacerated skin with surgical spirit. *J Anal Toxicol* 1997; 21:587-588.

9. Giménez ER, Vallejo NE, Roy E, Lis M, Izurieta EM, Rossi S, Capuccio M. Percutaneous alcohol intoxication. *Clin Toxicol* 1968; 1:39-48.

10. Anderson C, Andersson T, Molander M. Ethanol absorption across human skin measured by *in vivo* microdialysis technique. *Acta Derm Venereol* 1991; 71:389-393.

11. Dalt LD, Dall'Amico R, Laverda AM, Chemollo C, Chiandetti L. Percutaneous ethyl alcohol intoxication in a one-month-old infant. *Pediatr Emerg Care* 1991; 7:343-344.

Juni 2018, professor, dr. med., Jens H. Henriksen

2.6 Svær autisme versus organisk psykose: hvad skal prioriteres i foranstaltningen?

A er en ung mand med en tidlig hjerneskade på grund af malaria. Efter at være indvandret til Danmark 20-årig har han været præget af svær autisme og ind i mellem mulige psykotiske symptomer. Han har fået flere domme med særforanstaltninger, idet man skiftevis har opfattet hans væsentligste problem som mental retardering og autisme henholdsvis som sindssygdom, der skulle behandles i psykiatrisk regi. Der var været vekslende opfattelser af hans begavelsesniveau, idet undersøgelse heraf vanskeliggøres af hans manglende danskkundskaber og fremmede herkomst. Han er ved flere lejligheder forsøgt behandlet med antipsykotisk medicin uden den store effekt.

På grund af fornyet kriminalitet skulle Retslægerådet tage stilling til en eventuel særforanstaltning, men der var ikke enighed i rådet om i hvilket regi denne skulle finde sted. Spørgsmålet var om A skulle anbringes på en psykiatrisk afdeling eller på en institution for mentalt retarderede (J.nr. 10A/A2-00328-2017).

Retslægerådet svarede:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvis udtale, at A i 2010 blev dømt til at skulle undergive sig tilsyn af kommunen og til at skulle efterkomme tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde, således at tilsynsmyndigheden kunne træffe bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap.

I 2012 fandtes A af retten utilregnelig på grund af sindssygdom og blev dømt til ambulat psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse

om indlæggelse. I 2016 fandtes han ligeledes utilregnelig på grund af sindssygdom og blev dømt 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.

Forud for dommene er hver gang foretaget mentalobservation, der samstemmende har konkluderet, at A er præget af svær grad af kontaktaflukthed (autisme) og kognitivt fungerende som mentalt retarderet. Ved den seneste mentalundersøgelse er dertil anført, at der muligt var psykotiske symptomer i form af hallucinationer, opstået som komplikation til mange års alkoholmisbrug.

A er født i Afrika af indfødt moder og dansk fader. Han havde som 6-årig svær malaria, hvor han var bevidstløs gennem længere tid. Sandsynligvis har han i forbindelse hermed erhvervet sig en hjerneskade med nedsat indlæringssevne, koncentrationsevne og hukommelse, samt fået forværret den i forvejen nedsatte evne til at indgå i relationer. A har siden denne sygdom haft behov for støtte. For eksempel har han ikke selv kunnet finde frem og tilbage til skole, og han har derfor måttet følges af sin yngre søster. A kom til Danmark omkring 2008, hvorefter han deltog i sprogskole, således at han til dels forstår dansk, men udtrykker sig i reglen yderst sparsomt på dansk, ofte bare med "ja eller nej". Han taler helst engelsk.

Trods sine handicaps har A i voksenlivet kunnet hjælpe sin broder, som havde et mekanikerværksted, med meget simple opgaver. Det generelle funktionsniveau er væsentligt nedsat, og det kræver massiv støtte for, at A kan udføre almindelige basale dagligdagsopgaver så som at tilberede mad, vaske tøj, bade med mere. Der synes ikke at være noget initiativ fra A til at iværksætte, planlægge eller afslutte sådanne opgaver. Han har under indlæggelser i psykiatrien isoleret sig og haft svært ved både at overholde en almindelig husorden, og han respekterer ikke eller

forstår ikke at blive korrigeret i forhold til en sådan. Han er således ude af stand til at varetage almindelige, daglige fornødenheder og kan ikke varetage egne behov, herunder almindelig hygiejne, og sandsynligvis heller ikke egen sikkerhed, såfremt han ikke tilbydes et lukket og beskyttet miljø. Han har været forsøgt placeret på forskellige bosteder og institutioner. Alle disse steder har han absenteret sig og vagabonderet, specielt i Københavnsområdet, hvor hans søster bor. Han har da forøvet ny kriminalitet for at skaffe sig mad, drikke, cigaretter og alkohol. Han har nu mistet kontakten til den nærmeste familie og har intet netværk. Han har siden 2013 oppebåret førtidspension.

Det er sandsynligt, at A i perioder har misbrugt forskellige stoffer, men hyppigst alkohol, som han ind i mellem har indtaget i store mængder. Han er ind i mellem beskrevet som kortvarigt husende sindssygelige symptomer, men har aldrig profiteret af antipsykotisk medicin, bortset fra i små doser som angstdæmpende behandling.

Glimtvis har A givet indtryk af en begavelse bedre end svarende til mental retardering, idet han under en psykologisk testning i 2010 kortvarigt arbejdede hurtigt og fejlfrit, og idet han efter en indlæggelse i december 2016 afleverede flere tætskrevne sider på engelsk forsynet med uforståelige ligninger.

A er præget af autisme, bizar og usocial adfærd, for eksempel er han beskrevet med tendens til at sidde med ansigtet skjult bag hænderne, og har på nogle iagttagere, herunder en testpsykolog, virket opslugt af hallucinationer.

Herefter er der ikke enighed blandt de voterende.

To voterende vurderer, at A herefter er sindssyg, jf. straffelovens § 16, stk. 1, muligt lidende af en form for organisk psykose som komplikation til malaria. Hans vedvarende kriminelle adfærd har kun kunnet bremses under indlæggelse, hvorfor Retslægerådet

anbefaler, at den aktuelle foranstaltning, jf. straffelovens § 72, ændres til dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Én voterende udtaler, at A gennem flere år har været underkastet dom til psykiatrisk behandling, uden at dette har kunnet bedre hans tilstand eller forhindre ny kriminalitet. Det er aldrig lykkedes at fuldføre en intelligentest af A, men hans funktionsniveau er på grund af hans svære autisme svarende til svær mental retardering, og der er endvidere ikke fundet sindssygelige træk, der kan forklare dette lave funktionsniveau. Han responderer således ikke på antipsykotisk medicin eller anden psykiatrisk behandling, men har brug for pædagogisk behandling og omsorg.

A vurderes herefter fortsat omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, idet han på grund af sin personlighedsmæssige egenart og dårlige begavelse befinder sig i en tilstand ganske ligestillet med mental retardering i lettere grad. Retslægerådet anbefaler, at den aktuelle foranstaltning, jf. straffelovens § 72, ændres til dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, således, at han efter bestemmelse fra kommunen kan overføres til sikret afdeling.”

Byretten afsagde den 02.02.2018 kendelse i sagen:

”Retten finder efter de foreliggende oplysninger, at den gældende foranstaltning må anses for utilstrækkelig, og at det må anses for formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser, at foranstaltningen ændres til anbringelse.

Retten finder, at anbringelse mod domfældtes ønske i psykiatrisk afdeling vil stå i misforhold til de lovovertrædelser, der blev pådømt ved tidligere dom. Herefter, og da den anbringelsesform, som domfældte har nedlagt påstand om, er i overensstemmelse med anbefalingerne fra den behandlende overlæge og Retslægerådets mindretal og findes formålstjenlig for at forebygge yderligere

lovovertrædelser, tages domfældtes påstand til følge. Længstetiden for foranstaltningen er fortsat 5 år.

Thi bestemmes:

Foranstaltningen idømt A ved X-byrets dom i 2016 ændres til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, således at han efter bestemmelse fra kommunen kan overføres til sikret afdeling.

Længstetiden for foranstaltningen er 5 år.”

Kommentar:

En kompliceret sag, hvor A både er svært autistisk og ind i mellem muligvis psykotisk, men uden sikkert respons på antipsykotisk behandling. På grund af hans udenlandske herkomst og svære autisme har det været vanskeligt at måle hans IQ pålideligt.

Retslægerådets flertal mener, at A skal dømmes til anbringelse på psykiatriske afdeling, mens mindretallet lægger mere vægt på hans generelle funktionsniveau svarende til mental retardering.

Dommeren finder, at tidligere foranstaltning (psykiatrisk behandling) har vist sig utilstrækkelig og dømmer A til anbringelse i institution for mentalt retarderede.

2.7 PTSD efter voldeligt overfald, erstatningskrav afvist grundet overskridelse af tidsfrist.

Som 20-årig overværede X en voldelig konflikt mellem et ungt par og lagde sig imellem. Han blev kort efter indhentet af den mandlige part, som overfaldt X ved at slå ham ned bagfra, sparke ham et antal gange i hoved og på krop samt true ham på livet.

X var tidligere psykisk og fysisk rask, men udviklede i tiden efter overfaldet forskellige psykiske symptomer. Han var selv utilbøjelig til at sammenkæde symptomerne med overfaldet, selvom både læger og psykologer tilskrev disse det voldelige overfald, dog uden at anføre en diagnose.

X fik indtryk af, at lægerne mente, at han blot skulle forsøge at glemme episoden og komme videre med sit liv. Tilstanden blev meget sent diagnosticeret som PTSD, 19 år efter overfaldet. X ønskede nu en større erstatning, end han var blevet tilkendt i forbindelse med retssagen efter overfaldet. X indsendte sin anmodning herom til Erstatningsnævnet, som afviste sagen grundet forældelse.

I forbindelse med at X ønskede Erstatningsnævnets afgørelse prøvet ved retten blev sagen forelagt Retslægerådet. Rådet fandt det sandsynligt, at X havde pådraget sig PTSD og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse som følge af overfaldet. Ved både by- og landsrettens afgørelser blev Erstatningsnævnet frikendt. (J.nr. 50E/E3-02406-2016)

X er en nu 42-årig mand, som i 1995, 20 år gammel, blev udsat for et voldeligt overfald, hvorved han pådrog sig hjernerystelse, flænger i ansigtet og en række psykiske symptomer. Han var sygemeldt et stykke tid, og fungerede efterfølgende betydeligt under sit tidligere niveau, da han vendte tilbage som

regnskabsmedarbejder under uddannelse. Han endte med at måtte opgive uddannelsen.

Overfaldsmanden blev dømt for grov vold, efter straffelovens § 245, og X blev ved retssagen tilkendt erstatning til dækning af ødelagt tøj, udgift til lægeerklæring samt svie og smerte for i alt 29 dage. Beløbet blev udbetalt i slutningen af 1995.

De følgende år konsulterede X praktiserende læge med forskellige psykiske symptomer, som blev kædet sammen med overfaldet, men uden at der blev talt om diagnoser. Han blev henvist til psykolog flere gange, hvor der var fokus på forhold i barndommen, men ikke på traumet i 1995. I 2005 henvistes X til den regionale psykiatri, som vurderede, at X havde en personlighedsforstyrrelse, men ikke havde behandlingstilbud. I 2014 opsøgte han af egen drift en psykolog, hvor symptombilledet for første gang blev benævnt PTSD. X forelagde dette for den praktiserende læge, som var enig i, at X led af PTSD, og henviste til psykiatrisk speciallæge; denne anså imidlertid ikke diagnosen for sikker. I 2016 vurderede en anden psykiatrisk speciallæge, at X led af PTSD.

Efter at have fået tanken om at lide af PTSD, forårsaget af overfaldet i 1995, indleverede X i november 2014 en ansøgning til Erstatningsnævnet med anmodning om tilkendelse af yderligere erstatning.

Erstatningsnævnet afviste ansøgningen med begrundelsen, at erstatningskravet var forældet.

X indbragte sagen for retten med påstand om, at Erstatningsnævnet blev tilpligtet at anerkende at kravet på godtgørelse og erstatning ikke var forældet, og at sagen blev hjemvist med henblik på udmåling af erstatning.

Erstatningsnævnet påstod principalt frifindelse, subsidiært hjemvisning.

X forklarede i byretten, at han siden overfaldet havde konsulteret lægen et antal gange, fordi han havde det psykisk dårligt uden at forstå hvorfor. Lægen forklarede X, at det nok skyldtes overfaldet, og at han skulle komme videre med livet. Overfaldsmanden ”behøvede X ikke at frygte”, da denne ”jo var gang-handicappet”, hvilket både lægen og X vidste. X følte ikke, at de primære problemer var frygt for overfaldsmanden, men snarere en række diffuse psykiske gener. Imidlertid opfattede X frem til 2014 lægens udsagn som udtryk, for at der ikke var noget alvorligt galt med ham.

Sagen blev forelagt for Retslægerådet som afgav udtalelse i foråret 2017 og besvarede de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøger efter rådets opfattelse har pådraget sig psykiske helbredsgener som følge af tilskadekomst 03.09.95, eksempelvis i form af PTSD og /eller personlighedsændring efter katastrofeoplevelse?

Det fremgår af egen læges journal, at der umiddelbart efter overfaldet var henvendelse på grund af en række psykiske symptomer, og at dette fortsatte længe efter.

I psykiatriske erklæringer- især erklæringen fra 2016 – er beskrevet karakteristiske symptomer på både posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) og personlighedsforandring efter katastrofeoplevelse. Disse tilstande findes sandsynligt opstået som følge af overfaldet i 1995.

Spørgsmål 2:

Har sagsøger på et tidligere tidspunkt end juni 2014 fået diagnosticeret PTSD, som følge af overfaldet 03.09.95 eller i øvrigt i forbindelse med henvendelser til det lægelige behandlingssystem

tidligere end 17.09.12 fået oplyst, at hans helbredsmæssige gener kunne have årsagssammenhæng til overfaldet 03.09.95?

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende, bedes Retslægerrådet oplyse, på hvilket tidspunkt sagsøger er blevet gjort bekendt med diagnosen og årsagssammenhængen med tilskadecomsten 03.09.95?

Sagsøger har først i 2014 fået stillet diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). I det umiddelbare forløb efter overfaldet har egen læge relateret både fysiske og psykiske symptomer til overfaldet, men har ikke stillet diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).

Spørgsmål 3:

Retslægerrådet bedes vurdere, om det ud fra sagens oplysninger, herunder de helbredsmæssige oplysninger, er sandsynligt, at sagsøger efter det voldelige overfald i en længere årrække fornægtede symptomer, der kunne tolkes som posttraumatisk belastningsreaktion eller psykiske helbredsgener i øvrigt jf. spørgsmål 1?

Det kan ikke ud fra det foreliggende materiale vurderes, om sagsøger har fornægtet, at der har været tale om posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Han har flere gange gennem årene søgt vurdering og behandling for psykiske problemer – sandsynligvis uden at vide, at det kan have drejet sig om posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).

Spørgsmål 4:

Retslægerrådet bedes oplyse, om det er en kendt komplikation til udiagnosticeret PTSD, at patienten selvmedicinerer med rusmidler, eksempelvis i form af hash?

Det er hyppigt, at personer med posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) bruger rusmidler, herunder hash, til at dæmpe symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).

Spørgsmål 5:

Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?

Nej.

Byretten afsagde dom i sagen den 14.11.17, hvor Erstatningsnævnet blev frifundet. I rettens gennemgang af begrundelse og afgørelse indgår reglerne i offererstatningsloven § 13, stk. 3 som en afgørende præmis.

Det anføres, at X gennem årene og forud for 17.09.12 flere gange havde kontaktet egen læge i anledning af fysiske og psykiske problemer. Flere steder i journalnotaterne var der henvist til overfaldet 03.09.95 i sammenhæng med de psykiske problemer. Den seneste journaltilførsel inden 2-års fristen i offererstatningsloven var den 14.03.11, hvor X var henvist til psykolog.

Byretten fandt, at X ikke havde løftet bevisbyrden for, at han ikke tidligere end 17.09.12 havde indset, eller burde have indset, at der var en sammenhæng mellem det voldelige overfald 03.09.95 og de psykiske vanskeligheder, han oplevede både umiddelbart efter overfaldet og i årene efter, og at han som følge heraf kunne rejse yderligere krav overfor Erstatningsnævnet. X havde derfor ikke bevist, at han havde indgivet ansøgningen om yderligere krav om erstatning inden for den i offererstatningslovens § 13, stk. 3 nævnte 2-års frist.

Det kunne ikke føre til et andet resultat, at X ikke på et tidligere tidspunkt end i juni 2014 fik diagnosen PTSD. Heller ikke

Retslægerådets svar af spørgsmål 3 kunne føre til et andet resultat, idet det i relation til vurderingen i henhold til offererstatningslovens § 13, stk. 3 ikke kunne tillægges betydning, om X kendte og kunne angive en egentlig diagnose i forbindelse med ansøgningen hos Erstatningsnævnet.

Byretten fandt heller ikke, at X havde bevist, at der forelå sådanne særlige grunde, at ansøgning om yderligere erstatning skulle behandles på trods af overskridelse af 2-års fristen. Retten lagde derved vægt på de fremlagte lægelige akter og X's forklaring om sit funktionsniveau for og efter overfaldet.

Dommen blev den 14.06.18 stadfæstet af landsretten, som af de grunde, der var anført af byretten, og henset til det meget langvarige forløb med psykiske gener, som startede umiddelbart efter overfaldet i 2005, tiltrådte, at det var lagt til grund, at X forud for den 17.09.12 indså eller burde have indset, at han havde et krav på godtgørelse for varigt mén.

Landsretten anførte, at det ikke kunne føre til et andet resultat, at Erstatningsnævnet i brev af 07.03.96 havde vejledt om, at der, såfremt der måtte være yderligere krav vedrørende tilskadekomsten, skulle indsendes specifikation og dokumentation for kravet.

Kommentarer

I denne sag var det Retslægerådets opfattelse, at overfaldet på X 03.09.95 sandsynligvis havde medført PTSD hos X. I sager om erstatning er spørgsmålene til Retslægerådet ofte centreret om de relativt restriktive kriterier for diagnosen PTSD er opfyldt. Her er det især det såkaldte "stressor-kriterium" samt symptomfremkomst indenfor 6 måneder, der er i fokus. Stressorkriteriet indebærer, at personen har været udsat for et traume af "katastrofeagtig eller exceptionel grad" og varighedskriteriet, at symptomerne konstateres indenfor 6 måneder efter traumet. Begge kriterier er

imidlertid i et vist omfang i praksis blevet modificeret, også i Retslægerådets vurderinger, baseret på nyere forskningsresultater og klinisk erfaring.

Imidlertid var det i denne sag ikke spørgsmålet om, hvorvidt PTSD kunne anerkendes hos X eller ej, der var i fokus ved rettens behandling af X's søgsmål. Det fremgår af retsbogsudskriften fra byretten, at X ikke behøvede at kende en eventuel diagnose for at søge erstatning, men blot det forhold, at han havde psykiske symptomer, som kunne sammenkædes med det voldelige overfald, var tilstrækkeligt. Dette synspunkt blev som sagt stadfæstet af landsretten. Af Retslægerådets udtalelse fremgår, at X sandsynligvis ikke havde været vidende om diagnosen PTSD før 2014. Det fremgår ikke af akterne, om X var vidende om, at der ikke nødvendigvis behøvede at ligge en bestemt diagnose til grund for ansøgning til Erstatningsnævnet om yderligere erstatning.

Retten tog udelukkende stilling til, om X havde indgivet ansøgning om yderligere erstatningskrav indenfor gældende tidsfrist. Dette er ikke et lægeligt anliggende, og Retslægerådets udtalelse ses således heller ikke at være tillagt nogen betydning ved sagens afgørelse i by- og landsretten.

2.8 Retslægerådets udtalelser i sager vedr. straffelovens § 73

Straffelovens § 73 omhandler psykisk sygdom opstået efter gerningstiden. § 73 stk. 1 har følgende ordlyd: "Er den, der har begået en strafbar handling, efter dennes foretagelse, men før dom er afsagt, kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 eller § 69 nævnte art, afgør retten, om straf skal idømmes eller bortfalde. Hvis det findes formålstjenligt, kan retten bestemme, at foranstaltninger efter § 68 eller § 69 skal anvendes i stedet for straf, eller indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

Formålet med § 73 er at løse den problemstilling, der opstår ved, at forholdene på gerningstiden taler for strafansvar, medens en bedømmelse af den aktuelle psykiske tilstand kan tale imod straf. Retten skal efter § 73 først afgøre om straf skal idømmes eller bortfalde. Herefter kan retten, hvis det findes formålstjenligt, træffe bestemmelse om foranstaltninger efter § 68 jf. § 16 (eller i sjældne tilfælde § 69 jf. § 68). En sådan særforanstaltning vil, såfremt der idømmes straf, have gyldighed, indtil det måtte vise sig, at den dømtes psykiske tilstand ikke længere er til hinder for straffens fuldbyrdelse. Hvis der træffes bestemmelse om bortfald af straf, vil særforanstaltningen derimod helt og endeligt træde i stedet for straf.

Spørgsmålet om fastsættelse af længstetid i forbindelse med domme efter § 73 er ikke omtalt i forarbejderne til loven, men i en konkret sag U2002.58H har Højesteret truffet bestemmelse om at fastsætte en længstetid på 5 år for hospitalsanbringelse (i en sag med fængselsstraf på 9 år for narkokriminalitet) samt bemærket at det må antages, at § 68 a også finder anvendelse i tilfælde, hvor der i medfør af § 73, stk. 1, træffes bestemmelse om foranstaltninger efter § 68.

En kritisk gennemgang af Retslægerådets udtalelser i forbindelse med sager om § 73, indenfor de sidste 3-4 år, har givet anledning til en revision af principperne for disse udtalelser.

I det følgende omtales det reviderede udgangspunkt. Endvidere belyses anvendelsen af § 73 ved gennemgang af en række sager hvor rådet har udtalt sig om påbegyndelse af afsoning (10A/A2-00217-2016, 10A/A2-00266-2016, 10A/A1-00850-2016, 10A/A2-00255-2016, 10A/A1-00881-2016 og 10A/A1-01332-2017).

Fuldbyrdelse af straf idømt i henhold til § 73

En på domstiden 36-årig kvinde A blev ved landsrettens ankedom af 04.02.2015 idømt 11 års fængsel for drab på eget barn, dog således at hun i medfør af straffelovens § 73 skulle anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil fængselsstraffen måtte kunne fuldbyrdes. Ved en forudgående mentalundersøgelse fandtes A omfattet af straffelovens § 69 men ikke af § 73, og særforanstaltning efter § 68 fandtes ikke at være mere formålstjenlig end eventuelt forskyldt straf, til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet. I Retslægerådets udtalelse af 03.11.2014 anførtes:

”Hun forsøgte i april 2014 at begå selvmord. Efterfølgende har hendes tilstand været noget svingende, men hun er fortsat præget af et højt angstniveau, et forsænket stemningsleje, søvnbesvær og isolationstendens samt selvmordsforestillinger og håbløshedsfølelse. Hun frembyder ikke åbenbare psykotiske symptomer som for eksempel hallucinationer eller vrangforestillinger. Ved en samlet vurdering finder Retslægerådet imidlertid, at ovennævnte symptomer medfører, at hun aktuelt befinder sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Hun har fortsat behov for langvarig og tæt psykiatrisk overvågning, støtte og behandling, blandt andet på grund af en efter rådets opfattelse ikke ubetydelig selvmordsrisiko, blandt andet fordi hun i den aktuelle psykiske tilstand ikke har modforestillinger mod at begå selvmord.”

Landsretten valgte således at følge Retslægerådets indstilling.

I senere erklæringer af 15.10.2015 og 14.01.2016, altså henholdsvis 9 og 12 måneder efter dommen, beskrev den behandlende afdeling, at der var indtrådt en vis stabilisering. Da der ikke kunne forventes yderligere bedring, især fordi A ikke ønskede at deltage aktivt i behandlingen, indstillede man til anklagemyndigheden, at straffen kunne fuldbyrdes.

På baggrund af de 2 erklæringer udtalte Retslægerådet d. 09.03 2016:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere udtalelse af 03.11.14 og nu på baggrund af tilsendte akter med lægeerklæringer af 15.10.15 og 14.01.16 fra overlægerne X og Y, Retspsykiatrisk afdeling X, om A udtale, at hun har haft ophold i psykiatrisk afdeling siden 18.12.13. Hun modtog 04.02.15 dom til 11 års fængsel, til fortsat anbringelse i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes, jf. straffelovens § 73.

Det fremgår, at A under hele indlæggelsen i psykiatrisk afdeling har været præget af tristhed og angstsymptomer, og det meste af tiden opholder sig på sin stue, hvor hun ser fjernsyn, og er uden ønske om andet end enkeltstående kontakter med personale eller medpatienter. Hun har vedvarende afvist at indgå i alle former for tilbud om samtalebehandling. Hun har modtaget behandling med store doser angstdæmpende medicin i forbindelse med sagens behandling i byret og landsret, og modtager stadig behandling med flere slags nervemedicin, og ønsker at fortsætte dermed.

Ved de seneste lægelige vurderinger af A's psykiske tilstand beskrives hun afvisende, fåmælt og devaluerende overfor psykiatrisk afdelings behandlingstilbud, uden tegn på sindssygdом eller sværere depressiv tilstand. Det fremgår, at det vedvarende har været vanskeligt at få indblik i A's tankeindhold. Diagnostisk

findes der at være tale om en længerevarende depressiv belastningsreaktion.

A har foretaget flere selvmordsforsøg under indlæggelsen. Hun vurderes vedvarende at huse selvmordstilskyndelser, men har ikke handlet derpå siden foråret 2014. De lægelige vurderinger af selvmordsrisikoen er vanskeliggjort af, at A afviser at indgå i dialog herom. Efter de seneste lægelige skøn antages der – med baggrund i det pådømte, som A ganske afviser at tale om – til stadighed at være en vis, om end begrænset risiko for selvmordsadfærd, som imidlertid nu findes så reduceret, at A ikke længere har behov for ophold i psykiatrisk afdeling.

Retslægerådet skal på denne baggrund herefter ikke udtale sig afgørende imod at følge overlægenes anbefaling om, at A, under de fornødne forholdsregler især til imødegåelse af en eventuel selvmordsrisiko, udskrives fra psykiatrisk afdeling til videre ophold i institution under Kriminalforsorgen.

Under hensyntagen til A's personlighedsmæssige egenart og fortsatte behov for behandling med flere typer antidepressivt virkende og angstdæmpende medicin, anbefales eventuel afsoning påbegyndt i Anstalten ved Herstedvester.”

På denne baggrund anmodede statsadvokaten den 05.04.2016 politiet om at fuldbyrde den resterende del af straffen. Herefter anmodede A's advokat statsadvokaten om at indbringe spørgsmålet om foranstaltningen for retten i medfør af straffelovens § 72, stk. 2. I en svarskrivelse til advokaten udtalte statsadvokaten:

”Henset til at landsrettens dom allerede indeholder hjemmel til at fuldbyrde straffen, er det ikke min opfattelse, at situationen er omfattet af straffelovens § 72, stk. 2, idet der ikke er tale om en ændring eller ophævelse af en foranstaltning, hvorfor fuldbyrdelsen ikke kræver retskendelse.

Såfremt De ønsker jeg skal indbringe spørgsmålet for retten, skal jeg herefter venligst anmode Dem om på ny at rette henvendelse hertil. Anklagemyndighedens påstand vil på baggrund af ovenstående i så fald være afvisning.”

Retslægerådet er ikke bekendt med, om spørgsmålet vedrørende fuldbyrdelse af straffen i denne sag blev indbragt for retten.

Retslægerådet vurderer at § 73 dømt med skizofreni bør forblive indlagt i psykiatrisk afdeling

Den 29.11.2011 fandt byretten den da 23-årige B skyldig i narkokriminalitet. B blev idømt 8 års fængsel og i medfør af straffelovens § 73, jf. § 68, 2. pkt. skal han anbringes på hospital for sindslidende indtil straffen kan fuldbyrdes. Der blev ved dommen, i medfør af straffelovens § 68 a, stk. 1, fastsat en længstetid på 5 år for foranstaltningen.

Forud for udløb af længstetiden på 5 år blev sagen på ny forelagt Retslægerådet med spørgsmål om opretholdelse og eventuelt ændring til behandlingsdom med mulighed for genindlæggelse, som begæret af domfældte (og foreslået af den behandlende afdeling i udtalelse af 26.07.2016).

Retslægerådet udtalte på denne baggrund den 21.11.2016:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvis bemærke, at rådet ikke har fundet det som sin opgave at tage stilling til spørgsmålet om, hvorvidt foranstaltningen bør opretholdes eller ændres, idet dette efter rådets opfattelse er en ren juridisk vurdering, der skal foretages af domstolene. For så vidt angår spørgsmålet om B kan overføres til afsoning af fængselsstraffen skal Retslægerådet, under henvisning til rådets tidligere resposum af 20.09.11 og nu, på baggrund af udtalelse af 26.07.16 ved klinikchef X, Afdeling X, udtale, at B lider af skizofreni. Han har været anbragt i psykiatrisk afdeling, jf.

straffelovens § 73, efter dom af 29.11.11. Længstetiden for anbringelsen udløber 29.11.16.

B havde inden ovennævnte dom ikke haft kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Han udviklede en svær depressiv psykose under varetægtsfængslingen og blev overført til psykiatrisk afdeling. Det er under indlæggelse siden godtgjort, at B lider af paranoid skizofreni, hvilket han er i behandling for med antipsykotisk virkende medicin. B tager dog denne medicin i lavere dosering end anbefalet, og han har tidligere nægtet at tage medicin på grund af bivirkninger. Han er således fortsat præget af sin sygdom med vrangforestillinger og hallucinationer, ligesom hans sygdomserkendelse er meget mangelfuld. Hertil kommer en række af sygdommens såkaldt negative symptomer. Han har dog kunnet rummes på åbent afsnit i flere år om end med gentagne verbale affektreaktioner, men ingen nye lovovertrædelser. Der har ikke været misbrug af rusmidler. B har problemer med at varetage forebyggende tiltag overfor sin sukkersyge. Det er afdelingens vurdering, at B ikke ville kunne passe sin psykiatriske og somatiske behandling tilfredsstillende, medmindre han er i et relativt intensivt støttende psykiatrisk miljø.

Efter Retslægerådets opfattelse er B kronisk sindssyg, han lider af skizofreni. Ud fra en lægelig vurdering bør han ikke overføres til videre afsoning under Kriminalforsorgen men forblive indlagt på psykiatrisk afdeling.”

Byretten afgør den 15.12.2016, at foranstaltningen opretholdes uændret, og at længstetiden forlænges med 2 år. Sagen ankes, og landsretten stadfæster den 09.02.2017 byrettens dom. Som landsrettens begrundelse anføres i domsudskriftet:

”Ved vurderingen af, om foranstaltningen bør ændres til en behandlingsdom, har landsretten lagt vægt på, at Retslægerådet efter en høring af afdelingsledelsen fastholdt sin opfattelse af at B bør forblive indlagt på psykiatrisk afdeling og dermed ikke har

tilsluttet sig afdelingsledelsens anbefaling om ændring af foranstaltningen til en behandlingsdom. På baggrund heraf og henset til oplysningerne om, at B tidligere ikke ønskede at samarbejde om medicinen og kun har fået depotmedicin siden december 2016 finder landsretten, at der ikke på nuværende tidspunkt er fornødent grundlag for at ændre foranstaltningen som påstået af ham.”

Af landsrettens begrundelse kan man få det indtryk, at Retslægerådet har anbefalet at foranstaltningen bør opretholdes uændret. Dette er ukorrekt. Retslægerådet har tværtimod meddelt det principielle synspunkt, at rådet, i sager om § 73, ikke udtaler sig om eventuelle ændringer af den ved dommen fastsatte særforanstaltning. Efter rådets opfattelse er dette en juridisk vurdering, der skal foretages af domstolene. I sager om forløbet af § 73 afgørelser udtaler Retslægerådet sig alene om den lægelige baggrund for en eventuel fuldbyrdelse af straf. Retslægerådets udtalelse i den aktuelle sag er udtryk for den opfattelse, at en person, der er kronisk sindssyg, bør forblive i psykiatrisk regi med henblik på behandling og ikke overføres til videre afsoning.

Delt udtalelse i sag om mulig skizofreni

I mentalerklæring af 27.10.2004 blev den da 27-årige kvinde C ikke fundet sindssyg, men omfattet af straffelovens § 69. Særforanstaltning efter § 68 blev ikke vurderet at være mere formålstjenlig end eventuelt forskyldt straf. C var sigtet i en sag om manddrab. Efter mentalundersøgelsen udviklede C symptomer på psykisk lidelse og herefter startede et kompliceret forløb med flere yderligere mentalundersøgelser før endelig dom. Da der vedvarende var uenighed om C's psykiske tilstand, besluttede Højesteret, at C skulle mentalundersøges under indlæggelse. I Retslægerådets udtalelse af 01.02.2007 gennemgås forløbet:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af de tilsendte akter, herunder retspsykiatriske erklæringer daterede

27.10.04, 27.02.06 og 30.10.06 ved henholdsvis overlæge X, overlæge Y, retspsykiatrisk afdeling X og overlæge Z, Psykiatrisk Sygehus X, udtale, at C sandsynligvis ikke var sindssyg på tidspunktet for det pådømte, men at hun med stor sandsynlighed var i en vedvarende sindssygelig tilstand på tidspunktet for den seneste undersøgelse. Hun var påvirket af rusmidler på tidspunktet for det pådømte, men der er ikke belæg for at antage, at der har foreligget en abnorm rustilstand. Hun er normalt begavet og uden tegn til organisk hjernelidelse.

C er opvokset under stabile forhold, men har ikke gennemført erhvervsuddannelse og har kun i beskedent omfang været i beskæftigelse. Hun har i voksenlivet levet under ustabile sociale forhold og har haft et mangeårigt, stort misbrug af forskellige rusmidler. Hun har været under behandling for dette misbrug flere gange. Ved de første to retspsykiatriske undersøgelser er C fundet personlighedsmæssigt afvigende med umodne, idylliserende, selvhenførende og udadprojicerende træk – og skrøbelig med lav belastningstærskel, men ikke sikkert psykotisk om end psykologisk undersøgelse pegede på skizofrenisuspekterede træk. C blev herefter idømt fængsel på livstid, med påbegyndelse af afsoningen på Anstalten ved Herstedvester. Under starten af afsoningen på Anstalten ved Herstedvester og ved den seneste undersøgelse er C fundet vedvarende psykotisk med vrangforestillinger, hallucinationer, subjektive tankeforstyrrelser, påvirkningsoplevelser og affladiget emotionel kontakt. Hertil kommer, at C har haft længerevarende psykotiske symptomer førende til indlæggelser på psykiatrisk afdeling siden 2005. De psykotiske symptomer har sandsynligvis været til stede siden begyndelsen af 2005. Der har, ved seneste undersøgelse, ikke været mistanke om indtagelse af rusmidler, som kan have forårsaget de beskrevne symptomer. Der har været en delvis effekt af antipsykotisk virkende medicin. Det findes mest sandsynligt, at C lider af skizofreni, som er debuteret efter det pådømte.

C er herefter lidende af en ikke blot forbigående tilstand omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, hvilket er opstået efter tidspunktet for det pådømte og er derfor omfattet af samme lovs § 73. Retslægerådet skal derfor anbefale, at C, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., dømmes til anbringelse på psykiatrisk afdeling.”

Ved Højesterets anke dom af 27.04.2007 blev C og en medsigtet dømt til fængsel på livstid (stadfæstelse af landsrettens dom). Af domsudskriftet fremgår det videre:

”For C’s vedkommende lægges det efter de nu foreliggende lægelige erklæringer til grund, at hun efter de strafbare handlingers foretagelse er kommet i en ikke blot forbigående tilstand af sindssygdom, jf. straffelovens § 73. Under hensyn til karakteren og grovheden af den begåede kriminalitet finder Højesteret, at der ikke er grundlag for at lade straffen bortfalde. Efter det fremkomne finder Højesteret, at C i medfør af straffelovens § 73 skal anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil fængselsstraffen måtte kunne fuldbyrdes. Der er ikke grundlag for at fastsætte en længstetid for anbringelsen, jf. straffelovens § 68 a, stk. 2.”

Efterfølgende har Retslægerådet flere gange afgivet udtalelser, der anbefalede fortsat indlæggelse i psykiatrien, men den 14.10.2016 anbefalede et flertal af de voterende, på baggrund af en stabilisering i C’s psykiske tilstand, at straffen kunne fuldbyrdes ved overførsel til afsoning i Anstalten ved Herstedvester (nu Herstedvester Fængsel).

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere afgivne responsa, senest af 22.01.16, og nu, på baggrund af fremsendte akter med en række erklæringer, senest af 06.06.16, fra overlæge X, psykiatrisk afdeling X, om C udtale, at hun er en nu 39-årig kvinde, der i 2007 blev idømt fængsel på livstid og i medfør af straffelovens § 73 skulle anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.

Der er herefter ikke enighed blandt de voterende.

Overlæge X og Y udtaler:

Idet der henvises til rådets udtalelse af 22.01.16 skal det resumerende anføres, at C's psykiske tilstand er væsentligt forbedret og stabiliseret de senere år. Hun præsterer en god kontakt til sine omgivelser, og frembyder fortsat ikke tegn på forstyrret tænkning eller såkaldt produktive psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger. C udviser betydeligt initiativ og har magtet at gennemføre uddannelse samt strukturerede fritidsaktiviteter. Genoptagelse af behandling med antipsykotisk virkende medicin har tilsyneladende haft en lettere stabiliserende effekt.

Vurderet ud fra de seneste kliniske beskrivelser opfylder C ikke diagnostiske kriterier for Paranoid skizofreni eller Skizofren residual-tilstand. Hun er derimod præget af forstyrret personlighed af blandet type, med især dyssoziale og emotionelt ustabile træk.

Det vurderes, at C's psykiske tilstand er stabiliseret i en sådan grad, at hun vil kunne overføres til afsoning i Anstalten ved Herstedvester. Det er en juridisk afgørelse, om dommen til anbringelse i psykiatrisk afdeling bør ændres, hvorfor der ikke findes grundlag for at udtale sig herom.

Overlæge Z udtaler:

Idet der henvises til rådets udtalelse af 22.01.16 skal det resumerende anføres, at C's psykiske tilstand er væsentligt forbedret og stabiliseret de senere år. Efter frivillig genoptagelse af behandling med antipsykotisk virkende medicin siden januar 2016 beskrives hendes psykiske tilstand som yderligere forbedret, og der er ikke fundet anledning til revurdering af diagnosen skizofreni.

På det foreliggende grundlag må det antages, at C stadig lider af skizofreni, om end aktuelt velbehandlet og med afbleget

symptomatologi; det skal derfor anbefales, at hun, fremfor overførsel til Kriminalforsorgen, fortsat forbliver indlagt i psykiatrisk afdeling.”

Anklagemyndigheden anmodede herefter Direktoratet for Kriminalforsorgen om, at livstidsdommen blev fuldbyrdet. Center for Straffuldbyrdelse, Direktoratet for Kriminalforsorgen anførte i en svarskrivelse til anklagemyndigheden, at C fortsat ikke fandtes egnet til afsoning men fortsat burde være i psykiatrisk regi, hvor der kan tages hensyn til hendes sygdom. Centeret henviste til en række konventioner, herunder De Europæiske Fængselsregler og fremhævede, at C ikke er helbredt men lidende af en velbehandlet skizofreni. Anklagemyndigheden indbragte herefter sagen for retten med påstand om, at foranstaltningen om anbringelse skulle opretholdes. Påstanden fra C var ophævelse. Byretten afsagde den 31.03.2017 kendelse om ophævelse. Det anføres i domsudskriftet:

”Retslægerådets flertal har i udtalelserne af 22. januar 2016 og 14. oktober 2016, vurderet, at C’s psykiske tilstand er stabiliseret i en sådan grad, at hun vil kunne overføres til afsoning i Anstalten ved Herstedvester. Af udtalelsen af 14. oktober 2016 fremgår desuden at flertallet har vurderet, at ud fra de seneste kliniske beskrivelser opfylder C ikke kriterier for Paranoid Skizofreni eller Skizofren residual-tilstand.”

Korterevarende reaktiv psykisk lidelse, bortfald af straf

En på gerningstiden 35-årig kvinde E med ophold i Belgien blev sigtet for indsmugling af narkotika i Danmark. Hun blev mentalundersøgt og i udtalelse af 22.06.2016 var Retslægerådet enig med mentalundersøgelsens konklusion:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af foreliggende akter med retspsykiatrisk erklæring af 24.05.16 fra overlæge X, Psykiatrisk afdeling X udtale, at E er sindssyg, men

ikke antages at have været sindssyg ved tiden for den påsigtede kriminalitet. Hun er normalt begavet.

E er født i Cameroun og er camerounsk statsborger, men fra omkring 2004 har hun med sine børn opholdt sig i Belgien. Hun har haft rengøringsarbejde. E behandles medikamentelt for HIV. Der er konstateret en vis, angiveligt ikke behandlingskrævende forstyrrelse i stofskiftet og forstørret skjoldbruskkirtel.

E blev arresteret i november 2014. I januar 2016 blev hun overført fra arresten til psykiatrisk afdeling på grund af pludseligt opstået psykisk forstyrrelse. Tilstanden har siden i vekslende grad været præget af angst, vrangforestillinger, blandt andet med giftfrygt, hallucinationer på syn og hørelse, forstyrret adfærd og tegn på svingende bevidsthedsniveau. Hun har været søgt behandlet med antipsykotisk virkende medicin, men blodprøver har sandsynliggjort at hun ikke har indtaget medicinen. Ved mentalundersøgelsen afgav hun indbyrdes modstridende oplysninger, virkede kontaktsky og mistillidsfuld, og hun talte med imaginære personer.

Retslægerådet vurderer, at E er omfattet af straffelovens § 73, idet hun efter tiden for det påsigtede har udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i samme lovs § 16 nævnte art. Såfremt hun findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet anbefale, at hun dømmes til anbringelse i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.”

Af domsudskrift fremgår det, at byretten den 03.10.2016, afsagde følgende, noget overraskende kendelse:

”Efter overlægens og Retslægerådets samstemmende anbefaling findes det mest formålstjenligt, at tiltalte i medfør af straffelovens § 73 dømmes til at undergive sig psykiatrisk behandling under anbringelse i psykiatrisk afdeling, jf. straffelovens § 68. Længstetiden for foranstaltningen er 5 jf. straffelovens § 68 a, stk.

1. Efter overtrædelsens karakter og omfang findes det ikke fornødent at udmåle fængselsstraf ved siden af foranstaltningen, hvorfor straffen i øvrigt bortfalder.”

Afgørelsen blev anket af anklagemyndigheden, og landsretten afgør den 26.01.2017, at E er skyldig og skal straffes med fængsel:

”Efter karakteren og alvoren af de begåede forhold og de vekslende oplysninger om tiltaltes psykiske tilstand er der ikke tilstrækkeligt grundlag for at lade straffen for de begåede forhold bortfalde. Straffen kan passende fastsættes til fængsel i 4 år og seks måneder. På baggrund af sigtedes psykiske tilstand skal hun imidlertid anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes.”

Efter retsmødet januar 2017 bedredes E's psykiske tilstand radikalt, således at psykofarmakologisk behandling kunne bringes til ophør. Hun fik mulighed for kontakt til sine børn via internettjenesten Skype. Hun blev nu af afdelingen beskrevet som uden psykiatriske symptomer, men åben i kontakten og venlig. Retslægerådet tiltrådte i udtalelse af 21.06.2017, at E flyttes fra psykiatrisk afdeling.

Bipolar affektiv sindslidelse, forvaring og Retslægerådets formulering i sager vedrørende § 73

Den 25-årige D blev i en sag om blandt andet manddrab, af byretten i maj 2017 fundet skyldig og idømt 10 års fængsel. På baggrund af forudgående mentalundersøgelse fandt Retslægerådet D omfattet af straffelovens § 69, men særforanstaltning efter § 68 fandtes ikke mere formålstjenlig end straf. Retslægerådet vurderede at dom til forvaring efter § 70 var påkrævet for at forebygge en nærliggende fare for andre. Af domsudskriften fremgår det, at der i byretten blev afgivet 5 stemmer for forvaring, 4 stemmer for fængsel i 10 år og 3 stemmer for fængsel i 8 år. Endvidere anføres det i dommen:

”Straffen fastsættes derfor til fængsel i 10 år, jf. retsplejelovens § 216, stk. 2, jf. § 894, stk. 3. Det bemærkes, at der ved afstemningen var enighed om at anse forvaringsstraffen for den mest byrdefulde af de 3 strafpositioner.”

Sagen blev anket, og i tiden før ny afgørelse udviklede D en psykisk lidelse, der nødvendiggjorde indlæggelse. Der blev herefter foretaget ny mentalundersøgelse, og Retslægerådet afgav den 24.01.2018 en ny udtalelse med følgende ordlyd:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af tilsendte akter, herunder særligt retspsykiatrisk erklæring af 26.09.16 ved overlæge X Retspsykiatrisk afdeling X og retspsykiatrisk erklæring af 14.11.17 samt supplerende udtalelser af 13.12.17 og 14.12.17 ved overlæge Y retspsykiatrisk afdeling Y udtale, at D er sindssyg aktuelt, men at han ikke var det på tidspunkterne for det pådømte. Han er begavet i den lave del af normalområdet og der er ikke tegn på organisk hjernelidelse.

D er af afghansk afstamning, men har siden sit 2. år boet i Danmark. Han har fra de tidlige ungdomsår udført gentagen kriminalitet og har modtaget flere domme herfor. D har misbrugt forskellige rusmidler og har været relativt dårligt socialt tilpasset, om end han periodevis har været i arbejde. Han har ikke haft kontakt med det psykiatriske behandlingssystem før aktuelle.

D blev retspsykiatrisk undersøgt i efteråret 2016, hvor han ikke blev fundet psykotisk, men præget af en betydelig dyssocial personlighedsstruktur. Efter denne undersøgelse og domsafsigelse i byretten har D, på mistanke om en psykotisk tilstand, været indlagt på retspsykiatrisk afdeling fra juni 2017, hvor der er foretaget fornyet retspsykiatrisk undersøgelse. Det er her fundet, at D har været længerevarende psykotisk med psykotisk ændring i bevægemønstret, psykotisk adfærd, svær ambivalens og forvirring, giftfrygt, psykotisk tankegang i form af storhedsforestillinger og forfølgelsesforestillinger. D er, under tvang i henhold til

psykiatriloven, blevet behandlet med store doser antipsykotisk medicin, som i betydelig grad har afsvækket de psykotiske symptomer, således at D ikke længere findes sikkert psykotisk. Han behandles dog fortsat med store doser medicin, som efter planen skal udtrappes med henblik på medicinfri observation. Diagnostisk er tilstanden ikke endelig afklaret, men det er fundet sandsynligt, at det drejer sig om en bipolar affektiv sindslidelse (tidligere kaldet maniodepressiv sygdom) med psykotisk sværhedsgrad. Det er ligeledes fundet sandsynligt, at denne tilstand er opstået efter det pådømte, og at tilstanden ikke kan forventes at være vedvarende/kronisk.

Retslægerådet finder herefter D omfattet af straffelovens § 73, stk. 1, idet han efter tiden for det pådømte har udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16, stk. 1 nævnte art. Retslægerådet skal på baggrund heraf, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling, indtil en eventuel straf måtte kunne fuldbyrdes.

Retslægerådet finder, ud fra en samlet vurdering, at D med overvejende sandsynlighed udgør en så nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at dom til forvaring, jævnfør straffelovens § 70, findes påkrævet for at forebygge denne fare.”

Kommentarer

Som beskrevet i Retslægerådets årsberetning for 2000 (side 103-117) har rådet igennem en årrække anvendt følgende princip i udtalelser i sager om § 73:

”Såfremt rådet skønner, at den sigtede (nu) lider af en langvarig psykotisk tilstand, vil rådet som udgangspunkt anbefale anvendelse af psykiatrisk særforanstaltning, medens rådet ved formodede korterevarende psykotiske tilstande vil anbefale en særforanstaltning ”indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes”.

Rådets medlemmer har sammen med (tidligere) sekretariatsleder Henning Hansen gennemgået en række af rådets udtalelser i sager, der er afgivet de senere år om §73. Denne gennemgang blev iværksat, fordi der blev konstateret betydningsfulde forskelle i de udtalelser rådet afgav. Der er ikke tale om en systematisk opgørelse og gennemgang af sager vedrørende § 73. Efter gennemgangen er det i rådet besluttet at anvende den formulering af udtalelse der er brugt i sagen om D. Det vil sige, at rådet altid, efter angivelse af den mest formålstjenlige særforanstaltning, vil tilføje ”indtil en eventuel straf måtte kunne fuldbyrdes”. For det første er det særdeles vanskeligt på forhånd at vurdere varigheden af en nyligt opstået psykisk lidelse. Derudover, og det er nok den vigtigste årsag, kan det opfattes som et forsøg på at anfægte rettens suveræne ret til at beslutte i hvilke tilfælde, straf skal bortfalde.

I Retslægerådets årsberetning for 2000 blev det angivet, at man havde indtryk af en stigning i anvendelsen af § 73, men denne opfattelse er ikke blevet bekræftet. Antallet af sager synes stadig at ligge ret stabilt på 5-10 årligt. Der er dog ikke tilgængelige statistiske opgørelser, hverken i Retslægerådet eller andre steder, der sikkert beskriver anvendelsen af § 73.

Det er i Rigsadvokatmeddelelse 5/2007 bestemt, at sager om anvendelse af § 73 altid forelægges Retslægerådet. Som det er beskrevet ved gennemgangen af de konkrete sager, udtaler Retslægerådet sig af princip ikke om ændring af særforanstaltninger, der er idømt i henhold til § 73. På lige fod med længstetider vurderer Retslægerådet, at det er en ren juridisk vurdering, der skal foretages af domstolene.

2.9 7 års fængselsstraf anket, ændret til anbringelsesdom og medførte mere end 14 års frihedsberøvelse

A var 22 år gammel, da han blev varetægtsfængslet og i første omgang i 2003 dømt til 7 års fængselsstraf, men i 2005 dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling, idet mentalundersøgelse konkluderede, at han var sindssyg og lidende af paranoid skizofreni. Han havde vrangforestillinger af storheds- og forfølgelseskarakter, syns- og hørelsehallucinationer, foruden at han havde tankeforstyrrelser. Han beskrives herefter løbende, trods intensiv psykofarmakologisk behandling, som værende sindssyg i lægelige udtalelser. Desuden har han kontinuerligt været misbrugende af euforiserende stoffer, haft adskillige langvarige undvigelse med medicinsvigt til følge og modtaget flere tiltalefrafald på grund af vold mod medpatienter og personale. Der beskrives en vis grad af stabilisering i de senere år til trods for et bestående misbrug af cannabis og periodevis andre stoffer, men hans fysiske helbred er alvorligt svækket som følge af den langvarige institutionsanbringelse og medicinering, og hans samlede funktionsniveau findes yderst lavt i enhver henseende. Ifølge den behandlingsansvarlige overlæge skyldes A's manglende samarbejde og hans dysfunktionelle den lange indlæggelse og anbringelsesdommens vilkår. I 2016, det vil sige knap 14 år efter frihedsberøvelsen, anbefales lempelse af foranstaltningen til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivelse, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse. Retslægerådet udtalte sig ikke imod forudsat, at forsigtig og langsom udslusning fra afdelingen blev gennemført, og at anvendelse af længerevarende indlæggelse ville blive taget i brug i tilfælde af fornyet kriminalitet eller forværring af tilstanden.

Sagen rejser spørgsmål om langvarige institutionsanbringelsers indflydelse på såvel det mentale og fysiske helbred, stofmisbrug under indlæggelse og behandlingstilbud i relation hertil samt proportionalitetshensyn. (J.nr. 10A/A2-00260-2016)

A, som er af tyrkisk herkomst, var 23 år gammel da, han i landsretten den 12.02.2003 blev idømt 7 års fængselsstraf for forsøg på manddrab og ulovlig våbenbesiddelse. Dommen blev anket, ophævet af Højesteret og hjemvist til landsretten, idet nye lægelige oplysninger gjorde domfældelsens rigtighed tvivlsom. Af mentalerklæring afgivet den 03.11.2003 fremgår blandt andet, at A var født i Danmark af tyrkiske samlevende forældre, som indvandrede til Danmark i 70'erne. De økonomiske forhold i hjemmet var almindeligt gode, moderen var hjemmegående, mens faderen først var taxachauffør og senere indehaver af en grønthandel. A var ældst af 4 søskende, og faderen, som overvejende tog sig af børnenes opdragelse, afstraffede dem korporligt. A oplevede sin opvækst som utryg, og mente at forældrene kørte ham psykisk ned. A påbegyndte almindelig folkeskole 7 år gammel, men skiftede af ukendte årsager til en anden skole efter et halvt år, hvor han afviklede de følgende 4 års skolegang. På grund af store indlæringsvanskeligheder var A i kontakt med skolepsykolog og såkaldt skolepsykiatrisk konsultation og blev på sidstnævntes anbefaling flyttet til specialskole i 5. klasse. Da han havde behov for yderligere støtte på grund af manglende tilpasningsevne og indlæringsvanskeligheder, fik han i 7. klasse ophold på en kostskole i henhold til § 33 i lov om social bistand, hvorfra forældrene hjemtog ham i 9. klasse mod socialforvaltningens råd. Herefter blev han indskrevet i en muslimsk privatskole, men han blev bortvist efter 3 måneder, da han ikke kunne indordne sig under reglerne. Han fik ingen afgangseksamen.

A havde ingen uddannelse, var kortvarigt på forskellige tekniske skoler, og arbejdede herefter ulønnet i nogle år i familiens grønthandel. I perioder modtog han kontanthjælp, men blev ellers forsørget af familien. Han boede også hjemme, men på grund af skænderier og uoverensstemmelser med faderen fik han opholdsadresse hos en farbroder, hvor han sommetider overnattede, ligesom han sov hos venner og veninder. A har kun haft kortvarige kæresteforhold. I fritiden dyrkede han som barn og ung forskellige kampsport, var sammen med kammerater og frekventerede Christiania for at ryge hash. A har været beskikket en personlig rådgiver i henhold til § 33, stk. 2, nr. 6 i lov om social bistand.

A modtog 16 år gammel sin første dom for berigelseskriminalitet og overtrædelse af færdselsloven, og herefter fulgte en række domme for blandt andet vold og lignende mod nogen i offentlig tjeneste, vold, overtrædelse af våbenloven, overtrædelse af færdselsloven, tyveri, røveri og legemsangreb af særlig rå, brutal og farlig karakter samt trussel på livet. Han var i nogle år undergivet foranstaltninger i henhold til bistanndslovens bestemmelser om børn og unge, ligesom han afsonede fængselsstraf.

19 år gammel blev A udredt på neurologisk afdeling på mistanke om Tourettes Syndrom, en neuropsykiatrisk lidelse blandt andet givende sig til udtryk med motoriske og vokale tics, men diagnosen kunne ikke verificeres, og han blev afsluttet. Herefter havde A et 2 år varende ambulante forløb i OPUS, et opsøgende behandlingstilbud for unge med debuterende psykose, hvortil han blev henvist fra psykiatrisk modtagelse. Ved den indledende samtale gav A udtryk for, at han mente, politiet aflyttede hans hjem ved hjælp af mikrofoner placeret rundt omkring i forældrenes lejlighed. Ligeledes mente han sig overvåget af sine forældre, når han var i bad, eller når han spejlede sig, hvilket afholdt ham fra at se sig selv i spejle eller også vendte han spejlene om. Desuden mente A, at hans tanker blev byttet med hans onkels. Det beskrives også, at han havde tanker eller forestillinger med voldeligt, morbide

og seksuelt indhold. I det ambulante forløb frembød A imidlertid ikke sikre psykotiske symptomer, hvorimod man fandt ham affektlabil og anspændt, og han afsluttedes, eftersom han afviste psykiatrisk behandling og var vanskelig at fastholde kontakten til. De anførte diagnoser var enkel paranoia og cannabisafhængighedssyndrom, idet A havde et dagligt stort hashindtag.

Under varetægtsfængsling i 2003 blev A tilset af psykiater i alt tre gange, idet han var placeret i observationscelle på grund af selvskade, selvmordstrusler og affektspændthed. Man fandt ham personlighedsmæssigt afvigende med emotionelt ustabile træk, husende voldelige fantasier men ikke sikkert psykotisk. Psykiateren anbefalede ved det sidste tilsyn udfærdigelse af mentalobservation med henblik på nærmere diagnostisk afklaring.

Til den mentalundersøgende overlæge oplyste A blandt andet, at han altid havde haft et voldsomt temperament, at han ofte kom i dårligt selskab og derfor blev indblandet i kriminalitet og slagsmål. Cannabis, mente A, havde en beroligende effekt, hvorfor han dagligt havde et indtag på 4-6 gram i beroligende øjemed. Han havde også lejlighedsvist indtaget centralstimulerende rusmidler og anabole steroider, sidstnævnte for at opbygge mere muskelmasse. Videre forklarede A, at han mente sig udvalgt af Allah og udstyret med særlige evner til at forudsige begivenheder og læse andre menneskers tanker. Han mente sig endvidere i stand til at høre, hvad andre sagde, uanset at de befandt sig i andre rum eller andre bygninger end A. For eksempel kunne A høre, hvorledes fængselspersonale planlagde at genere de indsatte, og hvordan der blev holdt møder både i fængslet, men også i andre officielle bygninger vedrørende forholdene for de indsatte. A mente, at der var tale om en konspiration, hvor læger, politi og fængselsvæsen i hele den vestlige verden ville undertrykke unge muslimer, men A mente, at han af Allah var udstyret med særlige evner, der gjorde ham i stand til at frelse hele verden. Mentalundersøgelsen

konkluderede, at A var sindssyg husende vrangforestillinger af storheds- og forfølgelseskarakter samt tankeforstyrrelser og dermed var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Man anbefalede jf. straffelovens § 68, 2. pkt. dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.

A blev ved landsrettens dom af 23.02.2005 dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Han havde været frihedsberøvet siden 15.08.2002. Dommen blev senest opretholdt i byretten den 06.10.2015 under henvisning til, at A's tilstand fortsat var ustabil, og at den idømte foranstaltning tidsmæssige udstrækning ikke fandtes at stå i misforhold til længden af den straf, som den begåede kriminalitet måtte antages at kunne udløse. Af de foreliggende lægelige oplysninger på daværende tidspunkt fremgik, at A havde været absenteret fra indlæggelse flere gange og i længere perioder, senest i april 2012, at han kontinuerligt var aktivt misbrugende af rusmidler, primært cannabis, men også Metadon m.m., og at han med jævne mellemrum udøvede vold mod såvel personale som medpatienter af ikke bagatelagtig karakter, senest den 12.12.2013, hvor A nikkede en medpatient en skalle. Af akterne fremgår desuden, at A i perioden fra den 04.11.2005 til den 24.03.2014 modtog i alt 6 tiltalefrafald for henholdsvis 3 tilfælde af vold, trusler, undvigelse og overtrædelse af lov om euforiserende stoffer. A modtog under hovedparten af indlæggelsen, som både fandt sted på psykiatrisk og retspsykiatrisk afdeling på forskellige sygehuse, behandling med forskellige antipsykotisk virkende midler med svingende effekt på de psykotiske symptomer. Psykotiske symptomer omfattede vrangforestillinger af storheds-, forfølgelses- og legemlig karakter samt syns- og hørelsesshallucinationer. A mente, at han skulle frelse verden, at han førte samtaler med præsident Obama og Putin, som han gav gode råd, ligesom han mente sig overvåget af efterretningstjenester. Sommetider præsenterede A også vrangforestillinger af bizar karakter og mente for eksempel, at han var klonet. Når A

absenterede fra indlæggelse, ophørte han med den medikamentelle behandling, hvilket førte til forværring af hans tilstand, ligesom tilbagefald i voldsomt misbrug forværrede hans symptomer. I perioder samarbejdede han ikke omkring medikamentel behandling, hvilket havde samme resultat. Sygdomsbilledet var i øvrigt overvejende præget af såkaldte pseudopsykopatiske træk i form af ringe evne til behovsudsættelse, tendens til ansvarsfralæggelse og bortforklaring, grænseoverskridende og til tider truende adfærd, impulsivitet, diskussionslyst og affektspændthed. Hertil var A intellektuelt placeret lavt i normalområdet. Hans sygdomsindsigt var ringe og behandlingsmotivationen svingende. I perioder har man anvendt tvang i henhold til psykiatriloven med både akut beroligende medicinindgift og fiksering med bælte, senest i juni 2012. Sideløbende med den medikamentelle behandling, hvor der undervejs blev skiftet præparater og justeret i dosis, modtog A misbrugsbehandling (først forsøgte man et intensivt forløb, som måtte opgives) og psykoedukation med det formål at bibringe ham sygdomsindsigt og forståelse af nødvendigheden af medikamentel behandling og reduktion eller ophør med rusmiddelindtag.

Allerede i maj 2008, efter knap 6 års frihedsberøvelse, anbefalede den daværende behandlingsansvarlige overlæge en lempelse af foranstaltningen til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivelse, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Man begrundede anbefalingen med, at institutionaliseringen forværrede As tilstand og fastholdt ham i misbrug, foruden at en behandlingsdom med regelmæssige lægelige tilsyn og kontrolforanstaltninger vurderedes i samme grad recidivhæmmende med hensyn til ny personfarlig kriminalitet. Retslægerrådet udtalte sig imidlertid imod en lempelse af foranstaltningen med henvisning til det pågående misbrug af

rusmidler. Herefter har regelmæssige lægelige udtalelser anbefalet en opretholdelse af den i 2005 idømte anbringelsesdom.

I udtalelse dateret den 27.07.2016 udfærdiget af daværende behandlingsansvarlige overlæge, anbefalede på ny lempelse af foranstaltningen, og der henvises til, at A's fysiske helbredstilstand under de mange års institutionsanbringelse og medicinering var svækket i udtalt grad, ligesom hans psykiatriske tilstand står beskrevet som uden udvikling og særdeles kronisk præget med et yderst lavt funktionsniveau. A var under anbringelsen blevet svært overvægtig med velkendte følgesygdomme som diabetes og smerter i led til følge, foruden at han havde pådraget sig astma og bronkitis. Mange forsøg på vægtreduktion var mislykkedes. Videre fremgår af udtalelsen, at trods en uproblematisk, det vil sige frivillig, gennemført antipsykotisk behandling med flere midler i høje doser, var A i perioder fortsat åbenlyst psykotisk, ligesom han fortsat ikke var i stand til at afstå fra indtag af rusmidler og desuden involveret i ulovlige aktiviteter i form af handel og omgang med cannabis og centralstimulerende midler. Overlægen skriver, at den langvarige anbringelse og foranstaltningens vilkår havde hindret tildeling af relevante og udviklende frihedsgoder, herunder mulighed for udskrivelse til socialpsykiatrisk boinstitution med nødvendig professionel støtte, og dermed fastlåst A i en udsigtsløs frihedsberøvelse. Ifølge overlægen var den langvarige frihedsberøvelse en medvirkende årsag til A's manglende samarbejde.

Retslægerådet tilsluttede sig herefter, at anbringelsesdommen ændredes til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med udskrivelse, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Det forudsattes, at forsigtig og langsom udslusning fra afdelingen blev gennemført, og at anvendelse af længerevarende indlæggelse ville blive taget i brug i tilfælde af fornyet kriminalitet eller forværring af tilstanden.

Ved byretten afsagdes den 09.11.2016 kendelse om at ændre A's anbringelsesdom til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Kommentar:

Denne sag beskriver et langvarigt anbringelsesforløb af en mand med paranoid skizofreni, hvis tilstand ikke bedredes nævneværdigt trods intensiv psykofarmakologisk behandling med forskellige antipsykotisk virkende midler i høje doser og i forskellige kombinationer suppleret med beroligende medicin. Han var under især den første del af anbringelsen endog særdeles affektlabil og udøvede vold mod såvel medpatienter som personale og modtog flere tiltalefrafald, ligesom han havde flere undvigelse både af kortere og mange måneders varighed, hvor han ophørte med den medikamentelle behandling. Hertil havde han løbende et misbrug af især cannabis men også af Metadon og centralstimulerende stoffer. Der blev i 2008 forsøgt intensiv misbrugsbehandling, som måtte opgives og herefter arbejdede man løbende på, at motivere A til at reducere sit stofmisbrug og bibringe ham indsigt i, hvorledes hans sygdom forværredes ved stofindtag. A beskrives i de løbende lægelige udtalelser som værende sindssyg husende vrangforestillinger og hallucinationer. A's sygdomsindsigt var begrænset og hans behandlingsmotivation ustabil. Foruden at A's psykiske tilstand ikke bedredes nævneværdigt, forværredes hans fysiske helbred sig væsentligt under anbringelsen, idet han udviklede svær overvægt, diabetes, ledsmerter og lungesygdom. I de senere år indtrådte tilsyneladende en vis stabilisering i tilstanden, men det var ikke muligt, at tildele ham progressive frihedsgoder blandt andet på grund af anbringelsesdommens vilkår. I sommeren 2016, efter knap 14 års frihedsberøvelse, anbefalede

den behandlingsansvarlige overlæge en lempelse af foranstaltningen, ændring til dom til behandling på psykiatrisk afdeling m.m., hvilket Retslægerådet ikke talte imod såfremt et forsigtigt og langsomt udslusningsforløb ville blive planlagt og længerevarende indlæggelse anvendt i tilfælde af fornyet kriminalitet eller forværring af tilstanden.

Sagen rejser spørgsmålet, om langvarig institutionsanbringelse skader mere end det gavner. Om den lange indlæggelse under anbringelsesdommens vilkår har en betydning for den vedvarende dysfunktionelle adfærd og det gradvist reducerede funktionsniveau.

Generelt foreligger der meget lidt information om varigheden af foranstaltninger. Ifølge en undersøgelse udarbejdet af Justitsministeriets Forskningskontor udgivet i september 2015 udgør anbringelsesdomme mellem 2 og 6 % af de årlige domme til psykisk syge og dømte efter straffelovens § 69. Det lille antal domme medfører store årlige udsving, og en opgørelse af varigheden af anbringelsesdomme kræver oplysninger fra en meget lang årrække, idet enkelte domme strækker sig over årtier. Oplysninger om ophævelse af foranstaltninger inden 2000 i Danmarks Statistiks Kriminalregister er ufuldstændige. Derfor begrænses analyser om varighed den relativt begrænsede mulige undersøgelsesperiode. Man har i Justitsministeriets undersøgelse opgjort varigheden af samtlige idømte foranstaltninger i perioden 2000 til 2003, hvor det ses, at 16 % af domme til psykisk syge varer 7 år eller længere. Heraf er hovedparten af dommene selvsagt behandlingsdomme.

Hvad angår vilkårene for personer, der er dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling, med undtagelse af Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center Vestsjælland, træffer overlægen afgørelse om anbringelse på åben eller lukket afdeling, adgang til at færdes inden for hospitalets område, udgang uden for hospitalets område af mindre end 3 timers varighed inden for samme døgn, udgang med

ledsagelse uden for hospitalets område af mere end 3 timers varighed uden overnatning, når tilladelsen gives enkeltvis samt uopsættelig indlæggelse på somatisk afdeling. Øvrige udgange træffer Statsadvokaten afgørelse om efter overlægens enkeltvise ansøgning herom. Underlagt dom til anbringelse, er det således vanskeligt for overlægen at afprøve om patienten tåler og mestrer gradvis tildeling af øgede frihedsgoder ved for eksempel overnatning hos familie.

Herudover rejser sagen spørgsmålet, om behandlingstilbuddene, hvad angår misbrug af euforiserende stoffer under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, er tilstrækkelige og om effektiviteten af de eksisterende tilbud. Og i forlængelse heraf også spørgsmålet, om adgangen til euforiserende stoffer på psykiatrisk afdelinger, ikke mindst de lukkede afdelinger, kan elimineres eller blot begrænses bedre.

Endelig skal også nævnes proportionalitetshensynet som en faktor i denne sag. Proportionalitetsmæssige betragtninger, hvad angår kriminelle sindssyge, er et juridisk, retspolitisk og holdningsmæssigt spørgsmål. Retslægerådet foretager lægevidenskabelige skøn og vurderer først og fremmest den pågældendes behandlingsbehov og retssikkerhedsmæssige forhold. For en grundig gennemgang af spørgsmålet om proportionalitetshensynet henvises til Retslægerådets Årsberetning fra 1997, "Foranstaltningers tidsmæssige udstrækning."

2.10 Bidrag til besvarelse af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalgs spørgsmål nr. 1 og 2 (alm. del)

Justitsministeriet har ved e-mail af 16. oktober 2017 anmodet om bidrag til besvarelse af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalgs spørgsmål nr. 1 og 2.

Spørgsmålene har følgende ordlyd:

Spørgsmål nr. 1

''Ministeren bedes oplyse i hvor mange tilfælde inden for de seneste 10 år Retslægerådet er blevet bedt om at udtale sig om behovet for en konkret tvangsfiksering af en psykiatrisk patient? Ministeren bedes endvidere oplyse i hvor stor en andel af sagerne, Retslægerådet udtalt kritik af en tvangsfiksering?''

Spørgsmål nr. 2

''Ministeren bedes redegøre for, hvorledes det er muligt for Retslægerådet at udtale sig om behovet for en tvangsfiksering i et konkret tilfælde, uden at rådet foretager en bevisvurdering?''

Retslægerådet kan i den anledning oplyse følgende:

Ad spørgsmål nr.1

Indledningsvis kan det oplyses, at det ikke er muligt i sagsbehandlingssystemet at fremsøge antallet af sager, som specifikt angår Retslægerådets udtalelser om anvendelse af tvangsfiksering i psykiatrien.

Det er imidlertid muligt at fremsøge de sager, hvor Retslægerådet har udtalt sig om anvendelse af tvang i psykiatrien generelt. Der er

tale om i alt 118 sager fra 2008 og til dato. Disse sager kan dog også angå spørgsmål omkring anden form for tvang i psykiatrien, herunder tvangstilbageholdelse. Antallet af sager med udtalelse om anvendelse af tvangsfiksering, er derfor fremkommet ved en manuel gennemgang af alle sager om tvang i psykiatrien fra 2008 og frem. Der er fundet i alt 37 sager om anvendelse af tvangsfiksering i den nævnte periode, som det fremgår nedenfor.

I alle de nedenstående sager på nær én har Retslægerådet vurderet, at den konkrete tvangsfiksering var lægeligt indiceret. Der ses således kun at være ét tilfælde, hvor Retslægerådet ikke har fundet, at der var tale om en lægeligt indiceret tvangsfiksering.

Retslægerådet skal bemærke, at rådet ikke udtaler kritik i disse sager, idet der ikke er tale om forelæggelse med henblik på at tage stilling til eventuelle lægefejl. Rådet udtaler sig på baggrund af de spørgsmål, der konkret bliver stillet, hvilket oftest er, om det var lægeligt indiceret at anvende fiksering i et givent tidsrum.

Antallet af sager fordelt på år, hvor Retslægerådet har udtalt sig om tvangsfiksering:

2008: 3 sager

2009: 3 sager

2010: 0 sager

2011: 2 sager

2012: 2 sager

2013: 1 sag

2014: 3 sager

2015: 8 sager

2016: 13 sager

2017: 2 sager

Ad spørgsmål nr. 2

Retslægerådet afgiver sin udtalelse på baggrund af de stillede spørgsmål, der typisk angår, om der er tale om en lægeligt indiceret tvangsfiksering. Afgørende for, om en konkret tvangsfiksering er lægeligt indiceret i et givent tidsrum, er oftest, at der foreligger en nærliggende fare for, at den pågældende udsætter sig selv eller andre for at lide skade på legeme eller helbred, og at tvangsfiksering er nødvendig for at afværge denne fare.

Retslægerådets udtalelse afgives på baggrund af en samlet vurdering af risikoen for voldelig adfærd ud fra de i sagen foreliggende oplysninger i de lægelige akter, herunder patientens adfærd umiddelbart forud for fikseringen samt patientens tilstand i fikseringsperioden.

Retslægerådet anser det ikke som sin opgave at tage stilling til den bevismæssige værdi af sagens oplysninger eller at vurdere, hvorvidt en konkret tvangsfiksering i øvrigt opfylder andre, herunder formelle, krav i lovgivningen. Retslægerådet tager alene stilling til, hvorvidt en konkret tvangsfiksering har været nødvendig, når de foreliggende oplysninger i sagen lægges til grund.

2.11 Retslægerådets temamøde om retspsykiatri

10. oktober 2017

På Rigshospitalet

Program for mødet:

Kl. 13.00 – 13.20: Velkomst og indledning til dagens tema ved Retslægerådets formand, professor Bent Ottesen, og næstformand, Klinikchef Mette Brandt-Christensen.

Kl. 13.20 – 14.00: Forståelsen af sindssygdomsbegrebet i dansk psykiatrisk praksis ved Klinikchef Mette Brandt-Christensen, næstformand i Retslægerådet.

Kl. 14.00 – 14.30: Den norske utilregnelighedsregel i erindring ved Karl Henrik Melle, overlæge ved Brøset Psykiatrisk Sykehus, Trondheim, leder af den rettsmedicinske kommisjon i Norge.

Kl. 14.30 – 15:00: Kaffepause

Kl. 15.00 – 15.45: Utilregnelighedsbegrebet i dansk straffelov ved Højesteretsdommer Poul Dahl Jensen.

Kl. 15.45 – 16.15: Debat, opsamling og afslutning ved Retslægerådets formandskab.

Baggrund:

Ifølge straffelovens § 16 straffes personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke.

Som udgangspunkt undergives denne persongruppe efter rettens kendelse i stedet en af de psykiatriske særforanstaltninger, i daglig tale ofte benævnt ”behandlingsdom”.

Også gerningspersoner, der ikke er sindssyge, men på anden måde præget af svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, kan idømmes behandlingsdom i stedet for straf, hvis retten finder det formålstjenligt, efter straffelovens § 69.

Antallet af personer med dom til psykiatrisk behandling er steget voldsomt i Danmark over de sidste 35 år, fra cirka 300 i 1980 til over 4500 i 2017. Hvert år afsiges omkring 700 nye behandlingsdomme.

Hovedparten af personer med dom til psykiatrisk behandling er omfattet af straffelovens § 16.

Retslægerådet bliver som udgangspunkt anmodet om udtalelse i sager om psykisk afvigende kriminelle, når sigtelsen angår alvorligere personfarlig kriminalitet og den sigtede ifølge mentalerklæringen er sindssyg samt i en række andre tilfælde, som beskrevet i Rigsadvokatmeddelelsen 5/2007.

Efter velkomst og indledende bemærkninger som gengivet ovenfor gennemgik Mette Brandt-Christensen forståelsen af sindssygdomsbegrebet gennem de seneste knap 200 år. Det fremgik, at forståelsen af en særlig strafferetlig stilling for sindssyge ikke er af nyere dato, idet der siden romerretten har været undtagelser fra almindelig straf for denne gruppe. Heller ikke juristernes ønske om at sikre, at det er retten og ikke lægerne, der har det afgørende ord i forhold til eventuel straffrihed, er nyt. Dette er sikret i den danske straffelovs § 16, hvor kriterier for straffrihed er utilregnelighed på grund af sindssygdom. Det er lægerne der udtaler sig om sindssygdom, og juristerne – dommeren – der træffer afgørelse om utilregnelighed.

Sindssygdomsbegrebet er ikke et statisk begreb eller fuldstændig præcist defineret, og der har over de seneste 20 år været en udvikling bort fra det brede sindssygdomsbegreb, hvor en forrykket

virkelighedsopfattelse er afgørende, til hovedsageligt at fokusere på om et eller flere af 4 psykotiske symptomer kan påvises. Dette er i overensstemmelse med det klassifikationssystem, der blev indført for psykiatrisk diagnostik i 1994, og som på flere punkter er afgørende forskelligt fra tidligere klassifikationssystemer.

Den danske straffelovs regler om straffrihed hviler altovervejende på Straffelovrådets betænkning om de strafferetlige foranstaltninger fra 1972. Den oprindelige kernegruppe for straffrihed må efter denne antages at være personer, som foretager alvorlig kriminalitet på baggrund af alvorlig sindslidelse. Rigsadvokatens meddelelse 5/2007 om psykisk afvigende kriminelle udkom første gang i 2002 og har haft stor betydning for samordning af området, blandt andet for antallet af mentalundersøgelser, som også er steget betydeligt.

Den hyppigst repræsenterede sindslidelse blandt sigtede, som idømmes behandlingsdom, er skizofreni. Noget tyder på, at forståelsen af skizofreni og sindssygdomsbegrebet er ændret afgørende siden 1972. "Psykosebegrebet" er udgået af indholdsfortegnelsen i den seneste udgave af den officielle danske lærebog i psykiatri fra 2016.

Antallet af personer med diagnosen skizofreni er tredoblet fra 1996 til 2006. Anmeldelsespraksis og tiltalerejsning har ændret sig; domme for vold og trusler om vold mod nogen i offentlig tjeneste udgør cirka 25 % af alle nye behandlingsdomme, og berigelses og narke-relateret kriminalitet sammen med særlovsovertrædelser tegner sig for andre 20 %.

Som konklusion anførtes, at der kunne være behov for en opdatering, forudgået af et grundigt eftersyn, af det samlede område for de strafferetlige særforanstaltninger, hvor der tages højde for de mange ændringer, der er sket siden Straffelovrådets betænkning fra 1972.

Karl-Heinrich Melle gennemgik vurderingen af tilregnelighed i norsk strafferetspleje, opdelt i 3 tidsperioder, og de ændringer, som især sagen af 22. juli 2011 (mod Anders Bering Breivik) har afstedkommet.

Fra 1929 til 2002 sagde lovtæksten i § 44, at ”den som på handlingstiden var sinssyk eller bevisstløs straffes ikke”.

I 2002 blev lovtæksten ændret, primært med sproglig tilpasning, til ”Den som på handlingstiden var psykotisk eller bevisstløs straffes ikke”.

Efter 22. juli-sagen nedsattes en Tilregnelighedskommision, som udgav en omfattende rapport, ”Skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet”, i oktober 2014.

Dennes betydning for strafferetsplejen og den psykiatriske sagkyndige vurdering af psykisk afvigende kriminelle blev dernæst gennemgået.

Vanskelighederne ved, at der skal udredes med psykiatriske begreber og diagnostik og dernæst ekstrapolere dette til jura til brug for rettens bevisvurdering og dom, blev fremhævet. Der er indført et nyt begreb, ”symptomtyngde”, som de psykiatriske sagkyndige skal forholde sig til, uden at dette er nærmere operationaliseret.

Det er heller ikke klart, efter hvilke kriterier retten skal vurdere utilregnelighed, hvor der opereres med globalt moralske kriterier, for eksempel om den sigtede selv har bragt sig i en tilstand af ”bevisstløshed” eller psykose.

Anvisningen til retten er, at den sigtede skal fremstå som så afvigende, at det ikke er rimeligt, retfærdigt eller formålstjenligt at holde ham strafferetlig ansvarlig. Samtidig skal det være moralsk acceptabelt og hensigtsmæssigt at pålægge strafferetligt ansvar.

Som konklusion anførtes, at der var behov for en tydeligere beskrivelse af arbejdsfordelingen mellem de psykiatriske sagkyndige og retten og for en klarere definition af tilregnelighed.

Poul Dahl Jensen gennemgik tilregnelighedsbegrebet i relation til straffelovens § 16 og fokuserede herunder på overtrædelser af færdselsloven med alvorlig uagtsom personskade, hvor føreren af en bil psykiatrisk blev vurderet i en tilstand ligestillet med sindssygdom på gerningstidspunktet, og af retten blev vurderet utilregnelig på grund heraf og frifundet for straf. Der blev præsenteret en konkret sag (optrykt i Tidsskrift for Kriminalret 2016, side 1110), hvor en fører, som led af epileptiske krampeanfald, men uagtet kørselsforbud stadig førte bil; under kørsel fik den pågældende et krampeanfald med bevidstløshed og påkørte en modkørende bil med alvorlig personskade af føreren deri til følge. I anklageskriftet var kun selve tidsrummet for påkørslen angivet som gerningstidspunkt; den tiltalte var da utvivlsomt bevidstløs og utilregnelig som følge deraf. Resultatet af rettens vurdering kunne derfor næppe blive andet end straffrihed. Imidlertid kunne anklagemyndigheden have overvejet at rejse tiltalen, så også det tidspunkt, hvor den sigtede besluttede at køre bilen, blev inddraget. Herved ville såvel den psykiatriske vurdering som tilregnelighedsvurderingen kunne nuanceres og strafansvar eventuelt pålægges, idet uagtsomheden kan knyttes til omstændigheder, der ligger forud for det tidspunkt, hvor den tiltalte blev utilregnelig på grund af krampeanfaldet.

3. Statistik

3.1 Sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2017 (og 2015-2016)

<i>Sagstyper</i>	2015		2016		2017	
	<i>Modtaget</i>	<i>Afsluttet</i>	<i>Modtaget</i>	<i>Afsluttet</i>	<i>Modtaget</i>	<i>Afsluttet</i>
A. Psykiatrisager	487	470	452	442	465	397
B. Spiritussager	78	74	77	77	47	36
C. Kastration	1	2	0	0	1	1
D. Avlingstid	16	15	9	8	5	6
E. Somatiske sager	1066	1029	1148	979	1024	841
H. Aldersbestemmelse	68	70	66	70	24	8
L. Færdselssager, lever	3	3	0	0	0	0
M. Færdselssager, medicin	106	98	82	86	55	46
Samlet modtaget/afsluttet	1825	1761	1834	1662	1621	1335

3.2 Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2017 (og 2015-2016)

Sagstyper	2015		2016		2017	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet
A. Psykiatrisager	487	470	452	442	465	397
A1 - Sanktionsspørgsmål	343	332	298	292	318	278
A2 - Ændring i foranstaltninger	82	76	83	88	78	65
A3 - Tvangstilbageholdelser	18	18	24	22	24	18
A4 - Ophævelse af farlighedsdekret	6	5	8	7	4	3
A5 - Overførsel til sikringsafdeling	6	6	3	3	8	8
A6 - Umyndiggørelse						
A7 - Benådning	0		1		2	3
A9 - Diverse	32	33	34	30	28	24
B. Spiritussager	78	74	77	77	47	36
B1 - Spiritus alene	41	39	44	42	26	22
B2 - Spiritus og medicin	36	34	33	35	21	14
B9 - Diverse	1	1	0		0	
C. Kastration	1	2	0	0	1	1
C1 - Ansøgning om kønsskifte	1	2	0	0	0	
C2 - Ændring af navn/cpr-nummer	0		0	0	1	1
C9 - Diverse	0		0	0	0	
D. Avlingstid	16	15	9	8	5	6
E. Somatiske sager	1066	1029	1148	979	1024	841
E1 - Klager og sundhedspersonale	12	10	6	12	3	1
E2 - Arbejdsskader/ulykker	273	265	332	256	316	267
E3 - Erstatning, pensionsager mv.	714	679	711	628	626	524
E4 - Vold, dødsårsag	12	13	25	26	28	13
E5 - Ikke-psykiatriske benådningssager	0	0	0		0	
E9 - Diverse	54	62	74	57	51	36
H. Aldersbestemmelse	68	70	66	70	24	8
L. Færdelssager, lever	3	3	0	0	0	0
L1 - Leversygdomme	0	0	0	0	0	0
L2 - Damp	3	3	0	0	0	0
L9 - Diverse	0	0	0	0	0	0
M. Færdelssager, medicin	106	98	82	86	55	46
M1 - Medicin	105	98	81	84	51	44
M2 - Sygdomme	1		1	2	3	1
M9 - Diverse	0		0		1	1
Samlet modtaget/afsluttet	1825	1761	1834	1662	1621	1335

3.3 Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerrådet 2017 (og 2015-2016)

Sagsbehandlingstider (dage)	2015		2016		2017	
	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>	<i>Brutto</i>	<i>Netto</i>
<i>A. Psykiatrisager</i>	35	34	39	38	49	47
<i>B. Spiritussager</i>	49	49	68	64	72	66
<i>C. Kastration</i>	180	180	0	0	17	17
<i>D. Avlingstid</i>	16	16	19	15	32	32
<i>E. Somatik</i>	155	115	176	142	216	174
<i>H. Aldersbestemmelse</i>	65	55	70	66	161	77
<i>L. Færdselssager, lever</i>	33	33	0	0	0	0
<i>M. Færdselssager, medicin</i>	55	53	78	78	91	88

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

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

I øvrigt bemærkes, at ved ”brutto” inkluderes den tid, der er gået med at gøre det muligt for rådet at behandle sagen (manglende oplysninger, tilladelser mv.). Ved ”netto” forstås sagsbehandlingstiden, beregnet fra det tidspunkt, hvor sagen er klar til behandling.

4. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

4.1 Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet

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

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

formand herom, medmindre det er åbenbart, at forholdet er uden betydning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Retslægerådets medlemmer 2017

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

Klinikchef, overlæge, ph.d
Mette Brandt-Christensen
Retspsykiatrisk Center
Glostrup
Næstformand

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

Ledende overlæge
Camilla Bock
Anstalten ved Herstedvester
(Indtrådt 2017)

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk afdeling O

Professor, overlæge, dr. med.
Troels Staehelin Jensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk afdeling

Klinikchef, professor, dr.med.
Søren Jacobsen
Rigshospitalet, Reumatologisk
Klinik

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Retspsykiatrisk Afdeling R,
Risskov

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

Overlæge, dr.med.
Henrik Steen Andersen
Psykiatrisk Center, Rigs-
hospitalet

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

Ledende overlæge, ph.d.
Dorte Sestoft
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
(Udtrådt 2017)

Professor, overlæge, dr. med.
Poul Videbech
Afd. Q, Aarhus Universitets-
hospital, Risskov

4.2.1 Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2017

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

Professor, ph.d. John Sahl Andersen Københavns Universitet (almen medicin)	(reumatologi)
Professor, overlæge, dr.med. Kim P. Dalhoff Bispebjerg Hospital Klinisk Farmakologisk Enhed (alkohol + farmakologi)	Ledende overlæge, ph.d. Kurt Rasmussen Regionshospitalet Herning Arbejdsmedicinsk Klinik (arbejdsmedicin)
Professor, overlæge, dr.med. Jørgen Frøkiær Skejby Sygehus Klinisk Fysiologi/Nuklear- Medicinsk afd.	Professor, overlæge, ph.d., dr. med. Michael Bjørn Russell Neurologisk Klinik (neurologi)
Overlæge, reumatolog Jens Skøt Hindrup Gentofte Hospital Reumatologisk Ambulatorium	Overlæge, dr.med. Lene Rørdam Bispebjerg Hospital Klinisk Fysiologisk og Nuklearmedicinsk afd.
Professor, dr. odont. Palle Holmstrup Tandlægeskolen Afdeling for parodontologi (odontologi)	Ledende overlæge Kim Schantz Roskilde og Køge Sygehus Ortopædkirurgisk Afdeling (ortopædkirurgi)
Overlæge Jens Otto Lund Klinisk Fysiologi /Nuklearmedicinsk Afdeling	Overlæge, dr.med. Jesper Sonne Bispebjerg og Frederiksbjerg Hospital Klinisk farmakologisk Afdeling (alkohol + farmakologi)
Professor, dr. med Søren Møller Hvidovre Hospital Funktions – og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk Sektion	Professor, centerleder Egon Stenager Sygehus Sønderjylland Skleroseklinikken (neurologi)
Professor, overlæge, dr.med. Henrik Enghusen Poulsen Rigshospitalet Klinisk Farmakologi (alkohol + farmakologi)	Professor, overlæge, dr.med. Henrik S. Thomsen Herlev Hospital Radiologisk Afdeling (radiologi)
Overlæge, dr.med. Jan Pødenphant Gentofte Hospital Reumatologisk Funktion, Medicinsk Afdeling C	

Beskikkede efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 3:

Speciallæge Niels Siebuhr,
Næstved. I sager om
autorisationsforhold.

4.2.2 Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2017

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende på sager afsluttet i 2017:

Overlæge, dr.med.
Claus Andersen
HCA-klinikken
(neurokirurgi)

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

Overlæge, ph.d.
Ljubica V. Andersen
Aarhus Universitet
Institut for Retsmedicin
(retskemi)

Overlæge, dr.med.
Ole Andersen
Værløse
(aldersvurderinger + pædiatri)

Overlæge
Jon Thor Asmussen
Odense Universitetshospital
Radiologisk afdeling
(radiologi – abdominal)

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

Lektor, dr. odont.
Merete Bakke
Odontologisk Institut
København
(odontologi)

Overlæge
Per Balling
Retspsykiatrisk Afdeling, Region Sjælland
Sikringsafdelingen

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

Professor, overlæge, dr.med.
Toke Bek
Aarhus Universitetshospital

(oftamologi)

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljø-medicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)

Ledende overlæge. Ph.d.
Klaus Børch
Hvidovre Hospital
(neonatalogi + pædiatri)

Professor, Overlæge
Hans Erik Bøtker
Aarhus Universitetshospital,
Hjertemedicinsk afd. B

Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen
Holte
(neurologi)

Overlæge Bodil Brandt
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling RT
(thoraxkirurgi)

Klinikchef, overlæge, dr. med.
Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
(ikke spinalkirurgi + neurokirurgi)

Professor, MD, ph.d., direktør
Kim Brixen
Odense Universitetshospital
Endokrinologisk afdeling M
(Endokrinologi osteoporose)

Overlæge, lektor, ph.d.
Birgitte Brock
Aarhus Universitetshospital
Klinisk Biokemisk Afdeling
(farmakologi)

Professor, overlæge, dr. med.
Christian von Buchwald
HovedOrtoCentret, Rigshospitalet
(oto-rhino-laryngologi)

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

Overlæge
Peter Brøgger Christensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
(neurologi)

Overlæge, dr. med.
Peer Christiansen
Aarhus Universitetshospital
Kirurgisk afdeling L
(Mamma – og endokrinologi)

Overlæge, ph.d., dr. med.
Paul Frost Clementsen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling

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

Lektor, praktiserende læge
Niels Damsbo
Syddansk Universitet
IST - Almen Medicin
(almen medicin)

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

Overlæge
Kjeld Dons
CFR Hospitaler
(neurokirurgi)

Overlæge
Carsten Anker Edmund
Glostrup Hospital, Øjenafd. Ø
(oftalmologi)

Specialeansvarlig overlæge
Søren Eiskjær
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)

Professor, ph.d., overlæge
Bent Ejlersen
Rigshospitalet
DBCG

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

Ledende overlæge
Jesper Erdal
Herlev og Gentofte Hospital

Overlæge
Ole Fedders
Aalborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)

Professor, adm. Overlæge, dr. med.
Per Klausen Fink
Aarhus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser
(psykiatri)

Ledende overlæge, ph.d.
Henrik Flyger
Herlev Hospital
Brystkirurgisk afd.
(kirurgi)

Professor
Axel Forman
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y

Overlæge
Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædikirurgi)

Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N

Overlæge, dr. med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling " "
(neurokirurgi)

Overlæge
John Gelineck
Århus Universitetshospital
Radiologisk afdeling NBG

Klinikchef, professor, ph.d.
Anne-Marie Gerdes
Rigshospitalet
Klinisk Genetisk Klinik
(genetisk, klinisk)

Overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F
(oto-rhino-laryngologi)

Overlæge
Peter Gottlieb
Vanløse
(psykiatri)

Overlæge, ph.d.
Hanne Gottrup
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
(neurologi)

Overlæge, ph.d.
Henrik Gregersen
Aalborg Sygehus Hæmatologisk Afdeling
(hæmatologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
Rigshospitalet
Neonataalklinikken – 5021
(neonatologi)

Klinikchef, overlæge, dr. med.
Ole Hamberg
Rigshospitalet
Hepatologisk Klinik

Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Aarhus Universitetshospital, ortopædkirurgisk afd. E
(ortopædkirurgi)

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

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

Professor, overlæge, klinikleder
Torben Bæk Hansen
Regionshospitalet i Holstebro
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædkirurgi)

Overlæge, dr. med.
Troels Mørk hansen
Frederiksberg
(reumatologi)

Klinikchef, professor , dr.med.

Stig Haunsø
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
(kardiologi)

Overlæge
Morten Helvind
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Klinik RT, afsn 2152
(thoraxkirurgi børn)

Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. Afdeling (alkohol- og medicinpåvirkethed)
(alkohol)

Overlæge
Ole Hilberg
Aarhus Universitetshospital
Lungemedicinsk Afdeling B

Professor, overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup
Rigshospitalet
Afd. for tand-mund- og kæbesygdomme
(Kæbekirurgi + odontologi)

Overlæge, ph.d.
Klaus Hinbenrsø
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Klinik
(ortopædikirurgi, børn)

Overlæge, klinisk lektor, ph.d.
Niels hjort
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk afdeling

Professor, overlæge, dr.med.
Vibeke Hjortdal
Aarhus Universitetshospital
Hjerte-lunge-karkirur. afd. T
(thoraxkirurgi)

Klinikchef, professor, dr.med. Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling
(mikrobiologi)

Overlæge
Mette Skov holm
Aarhus Universitetshospital Hæmatologisk Afdeling R

Overlæge
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling
(plastikkirurgi)

Statsobducent, professor, dr. med., MPA
Hans Petter Hougen

Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

Overlæge
Leif Hovgaard Sørensen
Aarhus universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling
(radiologi)

Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Tandlægeskolen
Aarhus C
(odontologi)

Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
(lungemedicin)

Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk Klinik D
(urologi)

Overlæge, dr. med.
Steffen Jacobsen
Hvidovre Hospital
Ortopædikirurgisk Afdeling
(ortopædikirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.
(onkologi)

Professor, ledende overlæge
Gregor Jemec
Roskilde Sygehus
Dermatologisk Afdeling
(dermatologi)

Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion
(karkirurgi)

Overlæge
Claus Verner Jensen
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik X
(radiologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital

Kardiologisk afdeling
(kardiologi)

Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædikirurgi)

Ledende overlæge, dr. med.
Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik
(neurologi)

Chefdirektør, speciallæge, MHM
Leif Panduro Jensen
Rigshospitalet Finsencenteret
(karkirurgi)

Overlæge
Thomas Bo Jensen
Aarhus Universitetshospital
Plastikkirurgisk Afdeling

Neuropsykologisk fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for Demens
(neuropsykologi)

Professor, overlæge, dr. med.
Lars Nannestad Jørgensen
Bispebjerg Hospital
Abdominalcenter K
(kirurgi)

Professor
Martin Balslev Jørgensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København

Overlæge
Anna Kalhauge
Rigshospitalet
Diagnostisk Center, Diagn.radiologisk Klinik
(radiologi)

Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
(pædiatri)

Overlæge, dr.med.
Henning Kelbæk
Sjællands Universitetshospital
Kardiologisk Afdeling
(kardiologi)

Overlæge dr.med.
Johnny Keller

Aarhus Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling

Ledende overlæge
Henrik Kiær
Herslev Hospital
Patologi Afdelingen
(patologisk anatomi)

Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
(ortopædikirurgi)

Vicestatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Institut
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

Professor, overlæge, dr.med.
Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afdeling
(mikrobiologi)

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

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

Overlæge, klinisk lektor
Ellids Kristensen
Rigshospitalet
Neurocentret, Sexologisk Klinik
(sexologi)

Professor, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædikirurgi)

Professor, overlæge, dr. med.
Niels Kroman
Rigshospitalet
Brystkirurgisk sektion

Overlæge, ph.d.
Anette Kærgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik
(arbejdsmedicin)

Overlæge

Henrik Lajer
Rigshospitalet
Gynækologisk Afdeling

Overlæge
Bent Lange
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(håndkirurgi)

Overlæge
Lars Peter S. Larsen
Aarhus Universitetshospital
Radiologisk afdeling, NBG
(radiologi – abdominal)

Lægefaglig Direktør
Tina Gram Larsen
Aalborg Universitetshospital
Retspsykiatri
(psykiatri)

Overlæge, ph.d.
Vibeke Andrée Larsen
Rigshospitalet
Neuroradiologisk Afdeling
(radiologi)

Professor, overlæge, dr. med.
Søren Laurberg
Aarhus Universitetshospital
Kirurgisk afdeling P
(kirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afd. M
(ortopædikirurgi)

Ledende overlæge, ph.d.
Helle Lastrup
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C

Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion
(håndkirurgi)

Professor, statsobducent
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og Sønderjylland
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

Overlæge, ph.d.
Hanne Merete Lindegaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C
(reumatologi)

Professor, afdelingsleder, dr.med. Kristian Linnet
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling
(retskemi)

Direktør, overlæge
Freddy Lippert
Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet
(anæstesiologi)

Professor, overlæge, dr. med.
Lars Lönn
Rigshospitalet
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Klinikchef, overlæge
Lene Lundvall
Rigshospitalet
BørneUngeKlinikken
(gynækologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi
(endokrinologi)

Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340
(MR-artrografi)

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

Overlæge
Annette Midtgaard
Odense Universitetshospital
Radiologisk afdeling

Overlæge
Christian Møller
Center for Rygkirurgi
Hellerup
(neurokirurgi)

Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jakob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiafdeling 4132
(anæstesiologi)

Professor
Bjarne Møller-Madsen
Aarhus universitetshospital
Institut for Klinisk Medicin

Overlæge
Bodil Moltesen
Herlev Hospital
Pædiatri

Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)

Overlæge
Lise Loft Nagel
Aarhus Universitetshospital
Radiologisk Afdeling, NBG
(radiologi)

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

Adm. overtandlæge, specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.
(odontologi)

Ledende overlæge
Edith Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk afdeling
(radiologi)

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

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

Overlæge
René Tyranski Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Klinik
(neurokirurgi)

Overlæge, ph.d.
Walter Bjørn Nielsen
Hvidovre Hospital
Kardiologi

Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
Herlev Hospital
Kirurgisk afd. H

(urologi)

Overlæge, dr.med.
Henrik C. Juul Nyholm
Glostrup Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.
(gynækologi + obstreti)

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

Professor, overlæge, dr.med.
Klaus Ølgaard
Rigshospitalet
Nefrologisk klinik P
(nefrologi)

Lektor, forskningsansvarlig, overlæge
Øyvind Omland
Aalborg universitetshospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)

Ledende overlæge, dr. med.
Peter Ott
Aarhus Universitetshospital
Inflammationscentret
Lever-Tarm-Medicinsk Afd. V
(hepatologi)

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

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

Overlæge, ph.d
Connie Palle
CFR Hospitaler

Overtandlæge
Ulla Pallesen
Københavns Universitet, Tandlægeskolen
Afdeling for Tandsygdomme
(odontologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Olaf B. Paulson
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling
(neurologi)

Professor, dr. med.

Freddy Karup Pedersen
Rigshospitalet
BørneUngeKlinikken
(pædiatri)

Overlæge
Lykke Pedersen
Psykiatrisk Center Afdeling O

Lektor, specialtandlæge, M.S.
Jens Kølsen Petersen
Tandlægeskolen Aarhus Universitet
Afdeling for Oral kirurgi

Overlæge
Karin Kastberg Petersen
Aarhus Universitetshospital, Skejby
Hjerte-lunge-Kar-Kvinde-Barn Center
(radiologi, børn)

Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
Frederiksberg Hospital
Øjenafdelingen
(oftamologi)

Professor, overlæge, dr. med.
Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afd. A
(kirurgi)

Klinikchef
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg
(somatoforme tilstande)

Sektionsleder, overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling
(thoraxkirurgi)

Professor, overlæge, dr.med
Jørgen Rungby
Bispebjerg Hospital
(endokrinologi)

Overlæge, dr. med.
Kåre M. Sander
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling
(thoraxkirurgi)

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

Overlæge, ph.d.
Andreas Schröder

Aarhus universitetshospital
Forskningsklinik for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik
(psykiatri – funktionelle lidelser)

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

Professor, overlæge, dr.med.
Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling
(neurologi)

Professor, overlæge, dr. med.
Peter Skinhøj
Rigshospitalet
(infektionsmedicin)

Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Glostrup Hospital
(reumatologi)

Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Gentofte Hospital
Kirurgisk Afdeling Z
(ortopædkirurgi)

Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
(ortopædikirurgi)

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

Professor, ledende overlæge, ph.d., dr. med.
Jens Christian Hedemann Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling NK
(neurokirurgi)

Overlæge
Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
(neurokirurgi)

Professor, overtandlæge, ph.d.
Thomas Starch-Jensen
Aalborg Universitetshospital
Kæbekirurgisk Afdeling
(odontologi)

Overlæge
Trine Stavnsgård
Rigshospitalet
Radiologisk Afdeling

Professor, overlæge, dr.med.
Torben Steiniche
Aarhus Universitetshospital, Patologisk Institut
(patologi)

Professor
Peter Svensson
Aarhus Tandlægeskole
Odontologisk Institut

Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling U
(neurokirurgi)

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

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

Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

Professor, overlæge, dr.med.
Per Hove Thomsen
Aarhus universitetshospital
Børneafsnit A
(børne- og ungdomspsykiatri)

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

Overlæge, dr.med.
Peter Bjerre Toft
Rigshospitalet
Øjenafdelingen
(oftamologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Else Tønnesen
(anæstesiologi)

Overlæge
Trine Torfing

Odense Universitetshospital
Muskeloskeletal sektion, Radiologisk Afdeling
(artrografi + radiologi)

Overlæge, lektor, ph.d.
Tove Holst Filtenborg Tvedskov
Rigshospitalet
Brystkirurgisk Sektion
(mammakirurgi)

Professor, overlæge, dr. med.
Niels Uldbjerg
Aarhus Universitetshospital
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y
(gynækologi/ obstetrik)

Professor
Niels K. Veien
(dermatologi)

Klinik-/screeningschef, overlæge
Ilse Vejborg
Rigshospitalet
Radiologisk Afdeling
(radiologi – mamma)

Professor, overlæge, ph.d. dr. med.
Peter Vestergaard
Aalborg Universitetshospital
Endokrinologisk Afdeling

Overlæge
Katja Vogt
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik

Professor, overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Universitetshospital
Patologisk Institut
(patologi)

Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Waldemar
Rigshospitalet
Neurologisk Klinik
(neurologi – demens)

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

4.2.3 Retslægerådets sekretariat 2017

Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere i 2017

Sekretariatschef Eva Aaen

Sekretariatsleder Rasmus Kamp Kongsted

Fuldmægtig Catherina Hjelm Parastatis

Fuldmægtig Mikkel Holt Christensen,

Fuldmægtig Anne Aagaard Madsen

Fuldmægtig Sidsel Thomsen Devantier

Lægelige sekretærer

Overlæge Christina Jacobsen (16 timer ugentlig)

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

Overlæge Lars Tue Sørensen (16 timer ugentlig)

Overlæge Lars Willy Andersen (16 timer ugentlig)

Vikar for de lægelige sekretærer Sven Phillip Jørgensen

Administrativt personale

Overassistent Mia Lykke Sørensen

Overassistent Louise Kirk Abel