

Retslægerådets
årsberetning

2020

ISBN 978-87-89648-20-0

Udgivet juli 2020

Indhold

1.	Forord	3
2.	Udvalgte emner og sager af interesse	6
2.1	Demens – strafferetligt set	6
2.2	Retslægelig praksis i sager om spirituskørsel	15
2.3	Strafbortfald efter straffelovens § 73	21
2.4	Samme problemstilling, to forskellige sager, og to forskellige udfald	31
2.5	Folketingsspørgsmål 2020	45
3.	Statistik	52
3.1	Sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2017-2020.....	52
3.2	Sagsbehandlingstider, angivet i dage, i Retslægerådet 2017-2020.....	53
4.	Retslægerådets lovgrundlag og organisation.....	54
4.1	Lovbestemmelser m.v.	54
4.2	Retslægerådets medlemmer 2020	59
4.2.1	Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2020.....	60
4.2.2	Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2020.....	62
4.3	Retslægerådets sekretariat 2020.....	75

1. Forord

År 2020 var året, hvor verden ændrede sig, og vi har alle kunnet mærke effekterne heraf. I Danmark indløb de første rapporter om en ny coronavirus i Kina i januar, og i februar var den første dansker blevet smittet. Da WHO i marts måned erklærede COVID-19 for en pandemi, var Danmark hurtigt ude med nedlukning af samfundet og andre tiltag, som skulle mindske spredning af smitten. Hele Danmark støttede op om tiltagene, og det positive resultat heraf har da også vist sig.

Alt har dog en pris, og alle med vitale samfundsunderstøttende funktioner måtte yde en indsats, som var ud over det sædvanlige. For det sundhedsfaglige frontpersonale var opgaven helt klar, men også det øvrige sundhedsfaglige personale måtte udvise stor fleksibilitet med hensyn til nye arbejdsopgaver og nye måder at løse dem på. Dette gjaldt også de mange sagkyndige eksperter og lægelige referenter, som Retslægerådet trækker på i forbindelse med vurdering af lægefaglige forhold i de sager, vi får tilsendt. Retslægerådet takker derfor for de sagkyndiges velvilje og store indsats med at bidrage til Retslægerådets sagsbehandling på trods af de svære vilkår samtidig med, at et nyt sagsbehandlingssystem blev indført.

Sagsbehandlingen i Retslægerådet kørte på trods af COVID-19 ufortrødent videre. Antallet af modtagne sager i 2020 indenfor det psykiatriske område var på det forventede niveau, hvorimod antallet af sager vedrørende erstatning og arbejdsskader var lidt lavere end det forrige år. Det er værd at bemærke, at Retslægerådet afsluttede væsentligt flere sager, end rådet havde modtaget samtidig med, at rådet implementerede sin strategi om at nedbringe sagsbehandlingstiden.

Netop Retslægerådets sagsbehandlingstid var genstand for et spørgsmål, som Civilstyrelsen modtog fra Folketingets Retsudvalg. Spørgsmålet handlede om den lange gennemsnitlige sagsbehandlingstid, der har været på Retslægerådets sager, som hovedsageligt kunne tilskrives papirbaserede sagsakter og fysiske postgange. Sommeren 2020 overgik sagsbehandlingen af de somatiske sager til at være digitalt baseret via et nyt sagsbehandlingssystem under Statens IT. Effekten heraf på sagsbehandlingstiden nåede ikke at slå igennem for 2020 grundet en sagsophobning i forbindelse med implementeringen. Fremadrettet vil systemet dog medføre væsentlige tidsmæssige og datasikkerhedsmæssige fordele.

Retslægerådets sekretariat i Civilstyrelsen havde således også hænderne fulde af nye opgaver, som skulle løses under væsentligt anderledes forhold end vanligt. Hjemsendelse og arbejde hjemmefra blev den nye virkelighed fra det ene øjeblik til det andet. De fleste tænkte nok, at det skulle gå for en tid, men da der kom nye corona-bølger, blev den tid meget lang og udfordrende for alle på forskellige måder. Som eksempler kan nævnes medarbejderne med børn hjemsendt fra skole, som således på en ny måde måtte finde den undertiden svære balance mellem familiens trivsel og udførelse af sit arbejde. Vi blev også tiltagende opmærksom på de negative effekter af den sociale isolering, som disse tiltag kunne medføre. Derfor også en stor tak til alle medarbejdere og samarbejdspartnere, som har understøttet Retslægerådets i dets funktion.

Nedlukningen har desværre også betydet, at Retslægerådet ikke har haft mulighed for at afholde sine vanlige halvårlige temamøder, hvor der fokuseres på at drøfte og opdatere tilgængelig viden og praksis indenfor områder, som har berøringsflader med Retslægerådet og dets samarbejdspartnere. Da de emner, som tages op ved disse møder, ofte egner sig bedre til direkte drøftelser og diskussioner, besluttede Retslægerådet at udsætte temamøderne, indtil de kunne genoptages i en

meningsfyldt form. Hvordan dette kommer til at udmønte sig i fremtiden, kan vi kun gisne om, men mon ikke on-line møder, webinars og lignende er noget, vi kommer til at arbejde videre med også efter pandemien.

Retslægerådets beretning for 2020 indeholder derfor ikke de vanlige temamødereferater, men Retslægerådet vil gerne orientere om den aktuelle retslægelige praksis i sager om spirituskørsel med en revideret og udvidet udgave af tidligere skrift på området. Antallet af færdselssager med spiritus og medicin i 2020 var i øvrigt lidt lavere end de forrige år.

Årsberetningen indeholder også en artikel, som på baggrund af en konkret sag belyser de lægefaglige overvejelser i forbindelse vurdering af strafbortfald efter straffelovens § 73.

En anden sag omhandler, hvorledes det samme sagsforløb kan opnå umiddelbart forskellige vurderinger afhængig af, hvorvidt den er bragt frem i en strafferetlig eller civilretlig sammenhæng, herunder også hvilke forhold der spørges ind til.

Disse to sager er gode eksempler på, hvor vigtigt det er, at lægefaglige og juridiske vurderinger holdes adskilte, men alligevel med indsigt i hinandens områder, så de konkrete sager er forsynet med så præcise spørgetemaer og vurderinger som muligt.

Det har således været fantastisk at opleve, hvorledes Retslægerådets arbejde på trods af de givne omstændigheder i 2020 har været understøttet af de højeste kompetencer både i og udenfor Retslægerådet.

Tak til alle for det.

Med venlig hilsen

Annie Vesterby

Søren Jacobsen

Mette Brandt-Christensen

Næstformand

Formand

Næstformand

2. Udvalgte emner og sager af interesse

2.1 Demens – strafferetligt set

Kriminalitet begået af primært normalt begavede mennesker, men som ved mentalobservation fremviser varierende grader af svækkelse af kognitive færdigheder, svækket dømmekraft og adfærdsændringer, som berettiger til diagnosen demens, stiller særlige retspsykiatriske udfordringer til sagens afgørelser. En central vurdering er, om demens sygdommen er så udtalt, at de pågældende på tidspunktet for det påsigtede er sindssyge og dermed er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Alternativt om de falder indenfor § 69 som udtryk for, at de ikke var sindssyge, men befandt sig i en tilstand, der er betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner. Sværhedsgraden af demens kan også være så let, at særforanstaltninger ikke anbefales.

Tre sager præsenteres, heraf nogle, hvor domstolene ikke helt fulgte Retslægerådets vurdering.

Sag 1:

X er en 28-årig, ugift, barnløs, førtidspensioneret mand, som er tiltalt for overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1, der omhandler vold mod person i offentlig tjeneste.

X er primært normalt begavet, men siden 2013 har han været hjerneskadet i moderat grad efter involvering i alvorligt trafikuheld med frontalt sammenstød med lastvogn, hvorved X pådrog sig intrakranielle blødninger.

Forældrene blev skilt, da X var 4 år gammel, og han voksede op hos faderen. Han er fagligt uddannet og har været i arbejde i 4 år indtil ulykken i 2013. Efter et længere genoptræningsforløb fik han ophold i døgninstitution, og X har i de sidste 3 år boet i selvstændig ejerbolig med kommunal støtte 16 timer i døgnet. Han oppebærer førtidspension. X er selvhjulpnen med personlig hygiejne, men får hjælp til de fleste andre opgaver i dagligdagen. X har ikke haft misbrug af alkohol eller andre rusmidler.

Ved mentalundersøgelsen findes ingen tegn på sindssygdom eller anden psykiatrisk lidelse hos X. Han skønnes moderat hjerneskadet, hvor hukommelsen, koncentrationsevne og dømmekraft er forringet. Han modtager behandling med antipsykotisk virkende medicin i moderat høj dosis for at dæmpe affektgennembrud. X har således inden for det sidste år haft aggressive udfald, som ikke ses nærmere specificeret.

Overlægen kunne i tilfælde af, at X findes skyldig, ikke pege på foranstaltninger i henhold til straffelovens § 68 til at forebygge kriminalitet, men fandt det afgørende, at den støtte og vejledning, der er om X, opretholdes med et lille team af kendte medarbejdere.

Retslægerådet vurderede, at X er omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han skulle findes skyldig i det nu påsigtede, anbefalede Retslægerådet, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, jævnfør straffelovens § 68, 2. pkt., dom til ambulant psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Dom:

X blev fundet skyldig i overtrædelse af straffelovens § 119, stk. 1. Retten fulgte Retslægerådets vurdering og fandt dermed, at X var omfattet af straffelovens § 69. Da mindre indgribende foranstaltninger ikke fandtes tilstrækkelige, fik X dom i overensstemmelse med Retslægerådets vurdering.

Kommentar:

I denne sag fulgte retten Retslægerådets anbefalinger og dermed ikke den erklæringskrivende overlæges anbefaling, der ikke fandt særforanstaltning relevant for at forebygge kriminalitet.

Sag 2:

Y er 61 år og har permanent ophold på plejehjem. Han er sigtet for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer.

Y er opvokset under stabile forhold. Han har gennemført almindelig skolegang, men har ikke efterfølgende taget nogen uddannelse. Han har været beskæftiget med ufaglært arbejde. Han har tidligere været gift og har fra dette ægteskab børn. Hans livsførelse har været præget af et omfattende blandet misbrug siden 20-årsalderen. I 2013 pådrog han sig et alvorligt hovedtraume og fik blødninger i pande- og tindingelap, der krævede operation for at mindske trykstigning. I 2019 pådrog han sig ved fald igen intrakranielle blødninger. Som følge af disse kranietraumer og langvarigt misbrug er han nu i udtalt grad præget af kognitiv svækkelse. Y er således betydeligt hukommelsessvækket, initiativløs og afhængig af massiv pleje på plejehjemmet.

Retslægerådet vurderer, at det i lægenotater er dokumenteret, at Y allerede på tiden for det påsigtede var dement i en sådan grad, at han med stor sandsynlighed var i en tilstand ligestillet med sindssygdom, således at Y er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retslægerådet anbefaler, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., dom til ambulant psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse i psykiatrisk afdeling.

Dom:

Y findes skyldig i sigtelsen, men retten følger ikke helt Retslægerådets vurdering, idet retten finder, at Y på gerningstidspunktet befandt sig i en

tilstand omfattet af straffelovens § 69, altså en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af sine psykiske funktioner. Retten finder, at det er mere formålstjenligt i stedet for at idømme straf at træffe bestemmelse om foranstaltninger efter straffelovens § 68, 2. pkt. Da retten ikke finder mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, bliver der afsagt dom i overensstemmelse med Retslægerådets vurdering.

Kommentarer:

Her finder retten, at Y er omfattet af straffelovens § 69 i stedet for § 16, men giver ikke klare begrundelser. Lægefagligt vil man skønne, at der foreligger svær demens (se Diskussion).

Sag 3:

Z er en 75-årig mand, der ikke tidligere er straffet. Han er tiltalt for overtrædelse af straffelovens § 245, stk. 1, der omhandler legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter og straffelovens § 181, stk. 1, ved at have forvoldt ildebrand på en dør, der blev brandskadet.

Z har gennem livet arbejdet indenfor forskellige områder af transportsektoren, og han har angivelig haft tilknytning til arbejdsmarkedet frem til 2012, hvor han var 70 år. Hans aktuelle forsørgelsesgrundlag formodes at være folkepension. Z har været gift to gange og har flere børn. Han har over en ikke nærmere afgrænset årrække indskrænket kontakten til venner og familie og levet tiltagende isoleret i hjemmet.

Han lider af flere legemlige sygdomme, blandt andet rygerlunger, forhøjet blodtryk, og har begrænset gangfunktion. Han fik i 2010 fjernet en nyre på grund af kræft. I forbindelse med indlæggelser for legemlige sygdomme er der siden 2010 gentagne gange beskrevet påfaldende, paranoidt præget og aggressiv adfærd overfor sundhedspersonale.

Z har ved mentalobservationen oplyst om et episodisk alkoholforbrug af betydelig størrelse, som der ikke foreligger klare oplysninger om. I 2009 blev han undersøgt for demens på psykiatrisk afdeling, hvor man ikke fandt tegn på dette eller anden psykiatrisk sygdom, men stillede diagnosen uspecificeret personlighedsforstyrrelse.

I 2017 blev Z henvist til psykiatrisk udredning for depressiv tilstand i ældrepsykiatrisk ambulatorium og herunder indlagt et døgn i ældrepsykiatrisk afdeling, hvor man fandt tegn på depression. Da han ikke reagerede på henvendelser fra det ambulante team, blev videre undersøgelse opgivet. Han frasagde sig enhver hjælp fra hjemmeplejen, som forinden havde beskrevet ham som truende.

I juli 2018 blev Z tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling og udskrevet efter en måneds indlæggelse til fornyet demensudredning i ældrepsykiatrisk ambulatorium. Resultatet heraf foreligger dog ikke. Ved mentalobservationen, som har fundet sted i Z's hjem, fremstod han irriteret, forvirret med hensyn til datoer og aftaler, undvigende eller afvisende ved spørgsmål om psykiske symptomer, mistroisk, mistydende med omstændelige beskrivelser af en række oplevede uretfærdigheder.

Retslægerådet vurderer, at Z sandsynligvis lider af demens i ikke nærmere beskrevet omfang, og at han formentlig er primært normalt begavet. Z var muligvis i let grad påvirket af alkohol på tidspunkterne for to påsigtede forhold 1 og 2, men kan ikke antages at have befundet sig i en heraf betinget psykisk abnormtilstand (patologisk rustilstand). På tidspunktet for den påsigtede brandstiftelse skønnes det, at Z befandt han sig i en akut forvirringstilstand, som er ligestillet med sindssygdom (delir).

Retslægerådet konkluderer herefter, at Z sandsynligvis er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., og såfremt dette ikke er tilfældet, er han med sikkerhed omfattet af samme lovs § 69. Uagtet den diagnostiske usikkerhed, skal rådet, såfremt han findes skyldig i det nu påsigtede, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale

dom til ambulat psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Dom:

Dommen var ikke helt i overensstemmelse med Retslægerådets vurdering.

Retten fandt således, at Z på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af sine psykiske funktioner, jf. straffelovens § 69.

Det anføres yderligere i dommen:

Det bemærkes, at det findes betænkeligt på baggrund af formuleringen i Retslægerådets udtalelse at lægge til grund, at tiltalte på gerningstidspunkterne var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Retten finder, at det er mere formålstjenligt i stedet for at idømme straf, at træffe bestemmelse om foranstaltninger efter straffelovens § 68, 2. pkt. Da mindre indgribende foranstaltninger ikke findes tilstrækkelige, skal tiltalte undergive sig psykiatrisk behandling som påstået.

Kommentar:

Her har det været svært for Retslægerådet at vurdere demens sværhedsgrad, men der blev ikke givet specifik begrundelse af det for retten betænkelige i Retslægerådets formulering. Retten synes ikke at have taget hensyn til, at det var den delirøse tilstand ved et påsigtet forhold, der begrundede, at man fandt Y omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Diskussion:

I 10. udgave af WHO's internationale klassifikationsystem (ICD-10) er demens et syndrom, som skyldes sygdom af hjernen med svækkelse af en række højere kortikale funktioner, herunder hukommelse, orientering,

evne til at opfatte og tænke, indlæringskapacitet, sprog, regnefærdigheder og dømmeevne. Der er ikke som ved delir bevidsthedsuklarhed. Demens er primært en klinisk diagnose, men baseres også på resultater fra neuropsykologiske test, hjerneskanning og forskellige laboratorieundersøgelser, herunder af spinalvæsken. Demens underinddeles i en række syndromer med forskellige årsager og sygdomsudvikling. Demens ved Alzheimers sygdom er den hyppigste form.

Med hensyn til sværhedsgrad skelnes mellem tre former ud fra funktionsniveau i dagligdagen:

- Let: interfererer med normale dagliglivs aktiviteter
- Moderat: kan ikke klare sig selv uden hjælp fra andre
- Svær: Kontinuerlig pleje og overvågning er nødvendig

I ICD-10 er psykosebegrebet (sindssygdom) stærkt nedtonet og er erstattet af psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger.

De retspsykiatriske aspekter af demens afhænger af demensens sværhedsgrad. I klassisk psykiatri har man skelnet mellem sløvelse og svækkelse af åndsevnerne. De sværeste former (sløvelse) er sindssygdomme, og straffelovens § 16, stk. 1 kommer derfor på tale ved kriminalitet begået af svært demente. Ved lette til moderate former (svækkelse) vil de pågældende typisk være omfattet af samme lovs § 69, men ikke nødvendigvis. Kramp et al. (1996) anfører således, at det ikke gælder for ganske lette former.

Det bliver derfor en vigtig opgave ved mentalobservation at afklare demensens sværhedsgrad, hvilket primært sker ud fra den samlede kliniske vurdering af symptomer og funktionsniveau. Vejledende for at afgøre, at der foreligger svær demens (den psykotiske sløvelse) er ifølge Kramp et al. (1996) at inddrage dømmekraft, evner til at klare sig socialt,

tilstedeværelse af eventuelle handicap, det vil sige at foretage vurdering om, der foreligger den svære forstyrrelse af realitetstestningen, der er definerende for sindssygdomsbegrebet (Retslægerådet 1972).

De tre nævnte sager belyser, at det kan være vanskeligt at afgøre, om en dement person er omfattet af enten § 16, stk. 1, eller § 69, det vil sige, om der foreligger sløvelse eller svækkelse af åndsevnerne. Retslægerådet anvender i tvivlstilfælde formuleringen, at observanden sandsynligvis er sindssyg. I to af sagerne fulgte retten ikke Retslægerådets vurdering uden begrundelse, og i et tilfælde overraskende nok, da Retslægerådet fandt observanden delirøs i et af de påsigtede forhold. Delir må betragtes som en sindssygdom, da personen er bevidsthedsuklar, kognitive svært forstyrrede og ofte har psykotiske symptomer. Retten synes at have ment, at demensen ikke var svær nok til at observanden var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Uanset valget mellem de to nævnte paragrafer har Retslægerådet i alle sager anbefalet en særforanstaltning i henhold til § 68, 2. pkt. Det er en gammel tradition i retspsykiatrien at anbefale psykiatriske særforanstaltninger ud fra den opfattelse, at demens er en hjernesygdom, og også selv om mange former er progredierende og ikke tilgængelig for behandling, der fører til væsentlig bedring (Kramp et al 1996). Der er dog i de senere år fremkommet flere lægemidler, der kan udsætte progression af demens ved Alzheimers sygdom.

Men ud fra et praktisk orienteret pleje- og omsorgsaspekt (jf. sag nr. 1) kunne en kommunal indsats måske have været mere hensigtsmæssig, f.eks. at anvende bestemmelser om tilsyn og om ophold – eventuelt efter tilsynsmyndighedens bestemmelse – på kriminalforsorgens institutioner, f.eks. pensioner, eller institutioner under regionerne eller kommuner, f.eks. ungdomsinstitutioner, plejehjem eller lignende. Problemet med en sådan type særforanstaltning er, at det er uklart, hvem der de facto har ansvaret, hvordan det skal forvaltes og hvilke muligheder, der er for at sikre, at den dømte efterlever tilsynsmyndighedens bestemmelser. En

sådan særforanstaltning er kort omtalt for § 69-gruppen i Rigsadvokatmeddelelsen om psykisk afvigende kriminelle.

2.2 Retslægelig praksis i sager om spirituskørsel

Revideret udgave af artiklen "Promilleberegning ved efterforbrug" fra årsberetningen 2019.

Af færdselslovens § 53 fremgår:

For spirituskørsel straffes den, som fører eller forsøger at føre et motordrevet køretøj efter at have indtaget spiritus i et sådant omfang, at alkoholkoncentrationen i blodet under eller efter kørslen overstiger 0,50 promille, eller at alkoholkoncentrationen i udåndingsluften under eller efter kørslen overstiger 0,25 mg per liter luft.

Stk. 2. For spirituskørsel straffes endvidere den, som fører eller forsøger at føre et motordrevet køretøj efter at have indtaget spiritus i et sådant omfang, at den pågældende ikke kan føre køretøjet på betryggende måde.

Færdselslovens § 53 omfatter spirituskørsel med et motordrevet køretøj, det vil sige et køretøj, der er forsynet med motor som drivkraft herunder blandt andet bil, motorcykel og stor knallert. Spirituskørsel med lille knallert er omfattet af færdselslovens § 117c, stk. 1, nr. 3. Spirituskørsel på cykel, hest eller som fører af et hestekøretøj er omfattet af færdselslovens § 54, stk. 3. Kørsel i spirituspåvirket tilstand, hvor alkoholkoncentrationen ikke er kendt, eksempelvis ved anholdelse længe efter gerningstidspunktet, henføres til § 53, stk. 2 og sidestilles med kørsel i intervallet 0,51-1,20 promille i en blodprøve.

Blodprøver analyseres for ethanol (alkohol) på Retskemisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet. Analysen foretages ved såkaldt headspace-gaskromatografi. Analysen udføres dobbelt på to

forskellige maskiner for at sikre et korrekt resultat. Analysen udføres på fuldblod, og resultatet opgives som promille (g alkohol/kg helblod). Resultaterne opsamles i et IT-system. Der beregnes middelværdi og efter fradrag af 5 % af værdien - dog mindst 0,1 promille – en mindsteværdi. Fradraget tager højde for analysevariation. IT-systemet udfærdiger automatisk en rapport (erklæring) med analyseresultatet. Resultatet efter fradrag - den såkaldte mindsteværdi - lægges til grund for politiets vurdering og den eventuelle efterfølgende dom for spirituskørsel.

Alkohol opløses i vand og fordeles i kroppens vandfase. Kvinder har (oftest) en større fedtfase og mindre muskelmasse end mænd, og følgelig er alkohols fordelingsvolumen forskelligt for de to køn. Variationen i fordelingsvolumen hos kvinder udgør 50-70 procent af kropsvægten og 60-80 procent hos mænd. I gennemsnit og for alle praktiske forhold benyttes et alkoholfordelingsvolumen på 55 procent af kropsvægten hos kvinder og 68 procent af kropsvægten hos mænd. Hvis en mand og en kvinde med samme legemsvægt drikker samme mængde alkohol, vil kvinden få en højere promille.

Som en hovedregel regner man med, at alkohol forbrændes med en hastighed, der medfører et gennemsnitligt promillefald på 0,15 per time (0,10 - 0,25). Variationen er dog ikke ganske negligeabel og blandt andet relateret til størrelsen af det vanlige alkoholindtag. Alkohol optages via slimhinden i mave-/tarmkanalen. Absorptionen foregår hurtigere i tyndtarmen, hvor slimhindeoverfladen er langt større end i mavesækken. Absorptionshastigheden af alkohol afhænger af, om indtagelsen sker på tom mave eller i forbindelse med fødeindtag. I førstnævnte tilfælde findes højeste koncentration af alkohol i blodet efter cirka 45 minutter og i sidste eksempel efter cirka 90 minutter. Det vil i almindelighed kunne lægges til grund, at den alkohol, der er indtaget, er absorberet og har fordelt sig i kroppens væskefase senest 2 timer efter indtagelsens afslutning. Langt hovedparten af den absorberede alkohol omsættes i

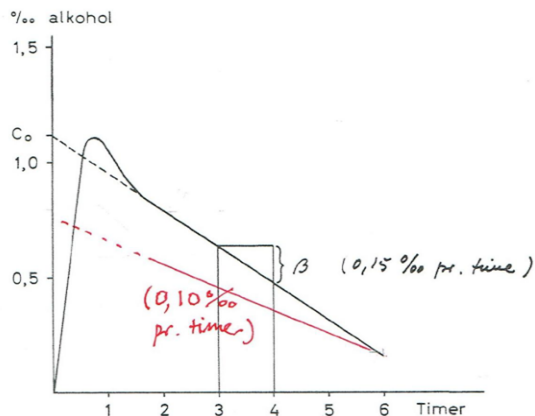
leveren, mindre mængder udskilles via nyrerne i urinen, igennem sveden eller med udåndingsluften fra lungerne.

Oftest er det ikke nødvendigt at udregne et estimat af alkohols fordelingsvolumen hos den enkelte. Dette kan imidlertid blive aktuelt, såfremt der ikke foreligger en blodprøve (§ 53, stk. 2) og ved tilbageregning - og kompliceret tilbageregning, hvor der foreligger et efterforbrug.

I forbindelse med anholdelse og sigtelse for spirituskørsel foretages rutinemæssig måling af sigtedes højde og vægt med almindelig påklædning. Retslægerådet beregner herefter en nøgenvægt: Den af politiet oplyste vægt minus 4 kg for mænd, og minus 3 kg for kvinder. Idealvægt i kg sættes til højden i cm minus 100. Den vægt, som Retslægerådet anvender til beregning af alkohols fordelingsvolumen, fastlægges på følgende vis: Hvis nøgenvægt er mindre end idealvægt eller ikke overskrider idealvægten anvendes nøgenvægten. Hvis nøgenvægten overskrider idealvægten med indtil 5 kg, anvendes idealvægten. Overskrider nøgenvægten idealvægten med 5-10 kg, tillægges 1-3 kg til idealvægten, og ved overskridelse med mere end 10 kg tillægges 3-5 kg. Der tillægges aldrig mere end 5 kg. Ved tilbageregning anses forbrændingen for at finde sted med en sådan hastighed, at alkoholkoncentrationen i blodet aftager med 0,10 promille per time fra det tidspunkt, hvor absorptionen anses for tilendebragt.

Med anvendelsen af den lave forbrændingshastighed og mindsteværdien fra den retskemiske erklæring sikrer man den sigtede en høj grad af sikkerhed ved vurdering af anklagemyndighed eller i retten.

Blodalkoholkoncentration vs. tid



Retslægerådets Temamøde om
Trafikfarlig Medicin m.v.
6. oktober 2015

Retslægerådets udtalelser
efter indtagelse af alkohol,
medicin og narkotika

Jens Otto Lund

Ud fra en simpel tilbageregning estimeres alkoholpromillen på det tidspunkt, hvor kørslen påbegyndtes. Det må forudsættes, at alkoholindtaget er afsluttet mindst 2 timer forud for kørslens begyndelse.

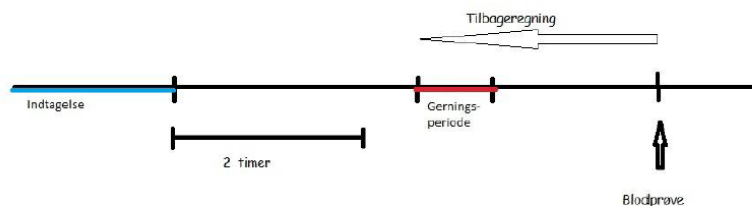
Der tillægges 0,10 promille per time tilbageregning.

Simpel tilbageregning

Retslægerådets Temamøde om
Trafikfarlig Medicin m.v.
6. oktober 2015

Retslægerådets udtalelser
efter indtagelse af alkohol,
medicin og narkotika

Jens Otto Lund



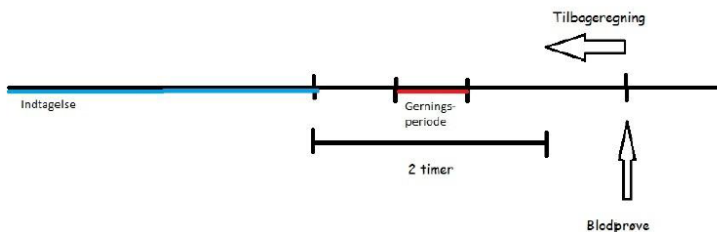
Ved begrænset tilbageregning foretages en tilbageberegning af alkoholpromillen til tidspunktet to timer efter afslutningen af alkoholindtaget. Det er i denne situation ofte muligt kun at estimere promillen på et tidspunkt efter kørslen.

Begrænset tilbageregning

Retslægerådets Temamøde om
Trafikfarlig Medicin m.v.
6. oktober 2015

Retslægerådets udtalelser
efter indtagelse af alkohol,
medicin og narkotika

Jens Otto Lund



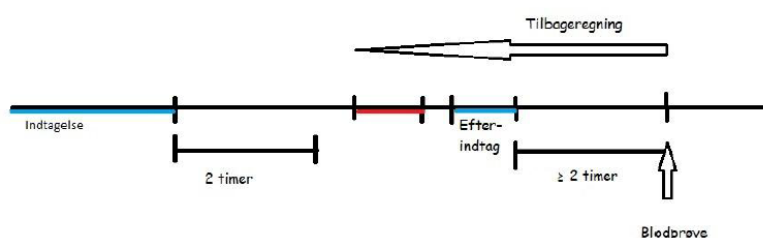
Ved efterforbrug, som illustreret nedenfor, er tilbageregningen kompliceret. Foruden oplysninger om sigtedes højde og vægt (som ved anden tilbageregning) kræves information om alkoholindtagelse før kørslen, start- og sluttidspunkter samt art, styrke og mængde, tidspunkt for kørslen start og slut, start- og sluttidspunkter for efterforbrug samt art, styrke og mængde og blodalkoholkoncentration samt tidspunktet for blodprøven. Retslægerådet beregner herefter den promille, som efterforbruget kan antages at have medført. Denne promille fratrækkes herefter den promille, som er beregnet ved tilbageregning fra blodprøveresultatet til kørslen begyndelse, idet Retslægerådet tager hensyn til, at der skal være forløbet mindst 2 timer fra såvel alkoholindtagelse forud for kørslen som efter seneste alkoholindtagelse efter kørslen til blodprøvetidspunktet. Er disse to-timers begrænsninger ikke opfyldte, anfører Retslægerådet dette i sin erklæring.

Kompliceret tilbageregning ved efterforbrug

Retslægerådets Temamøde om
Trafikfarlig Medicin m.v.
6. oktober 2015

Retslægerådets udtalelser
efter indtagelse af alkohol,
medicin og narkotika

Jens Otto Lund

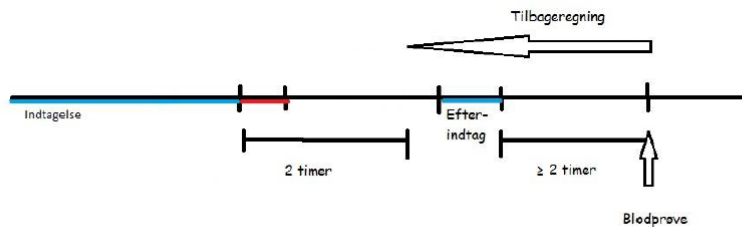


Kompliceret og begrænset tilbageregning

Retslægerådets Temamøde om
Trafikfarlig Medicin m.v.
6. oktober 2015

Retslægerådets udtalelser
efter indtagelse af alkohol,
medicin og narkotika

Jens Otto Lund



Blodprøven kan have en alkoholpromille på tilnærmelsesvist 0 (mindre end 0,10 promille), når den mistænkte først pågribes en vis tid efter forseelsen.

Alkoholforbrændingen følger ved lave blodalkoholkoncentrationer ikke den sædvanlige lovmæssighed, og tilbageregning er da ikke mulig, hvorfor sagen behandles som manglende blodprøve.

2.3 Strafbortfald efter straffelovens § 73

A er en mand i 30'erne, som er opvokset under upåfaldende sociale forhold. Han har fra tidlig ungdom haft et omfattende, blandet rusmiddelmisbrug og modtog som 19-årig betinget dom for vold. Nogle år senere blev han idømt ubetinget fængselsstraf for legemsangreb, trusler og frihedsberøvelse. Året efter modtog han endnu en dom for vold, som ikke skulle fuldbyrdes på vilkår om tilsyn af Kriminalforsorgen og misbrugsbehandling.

1½ år efter den 3. voldsdom blev A sigtet for legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter, voldtægt og trusler.

Under varetægtsfængsling forsøgte A at begå selvmord, hvilket resulterede i svær, permanent hjerneskade.

Den mentalobserverende overlæge fandt, at A havde været påvirket af rusmidler, men ikke sikkert sindssyg på gerningstiden. Han var efter det påsigtede men før dom kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16 nævnte art, jf. straffelovens § 73, og der anbefaledes dom til ambulans psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse, hvilket var i overensstemmelse med Retslægerådets vurdering. Retten idømte A ambulans psykiatrisk behandling og besluttede i overensstemmelse med anklagemyndighedens påstand, at straffen skulle bortfalde. Foranstaltningen blev ophævet allerede efter et år med henvisning til A's svære hjerneskade.

Sagen illustrerer et på flere måder atypisk forløb efter straffelovens § 73.

A er en mand i 30'erne med flere tidligere domme for vold og et massivt blandet rusmiddelmisbrug siden tidlig ungdom. Ved personundersøgelse i forbindelse med de sigtelser, der førte til den betingede dom, angav A sig psykisk sund og rask, idet han dog havde modtaget behandling for mild

depression. Han afviste forbrug eller misbrug af rusmidler og vurderedes egnet til at modtage betinget dom med vilkår om samfundstjeneste.

A blev mentalundersøgt første gang, da han var i midten af 20'erne efter at være fundet skyldig i vold, trusler og frihedsberøvelse.

Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A havde haft en upåfaldende opvækst med forældre og søskende. Han udviste fra barnealderen konfliktskabende og afvigende adfærd og havde ved udredning i børne- og ungdomspsykiatri fået stillet diagnosen ADHD (hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelse). Han var normalt begavet og havde gennemført skolegang til og med gymnasiet og var påbegyndt en videregående uddannelse, men ophørt efter et år.

A udviklede fra tidlig ungdom et omfattende blandet rusmiddelmisbrug, som kun i begrænset omfang var påvirkeligt af gentagne behandlingsforløb. Han havde således både været indskrevet på privat behandlingstilbud betalt af forældrene og på døgnophold bevilliget af kommunen.

Som 20-årig var A blevet overfaldet og blandt andet sparket og trampet i ansigtet, hvor han pådrog sig knoglebrud samt hjernerystelse.

Ved mentalundersøgelsen oplyste han om et dagligt misbrug af stærk smertestillende medicin, der var opstået i efterforløbet af det voldelige overfald.

Mentalerklæringen konkluderede blandt andet:

"A har ved det påsigtede været påvirket af alkohol og medicin, men der er ikke mistanke om, at han har befundet sig i en patologisk rustilstand.

A er ikke ved denne undersøgelse fundet sindssyg. Han findes omfattet af straffelovens § 69. Såfremt A findes skyldig i det påsigtede, kan der ikke efter samme lovs § 68, 2. pkt., peges på foranstaltninger mere formålstjenlige til imødegåelse af kriminalitet lige artet med det nu

påsigtede end straf som forskyldt. Der anbefales ligeledes lægeligt ledet behandling mod misbrug”.

A modtog dom på 5 måneders ubetinget fængsel og blev under afsoningen tilbudt misbrugsbehandling. Han blev kort efter løsladelse indlagt på psykiatrisk afdeling grundet en psykotisk tilstand. Han var indlagt 1½ måned og modtog behandling med antipsykotisk virkende medicin og udtrapning af et stort forbrug af beroligende og stærk smertestillende medicin. De psykotiske symptomer svandt i løbet af indlæggelsen, og diagnosen ved udskrivelsen var akut forbigående psykose. A blev ved udskrivelsen henvist til ambulante psykiatrisk opfølgning og udredning, hvor især muligheden af en mere vedvarende psykotisk tilstand søgtes afklaret. Baseret på A's oplysninger vurderede den behandlende overlæge i det ambulante forløb, at A indimellem var psykosenær i form af såkaldte mikropsykoser, hvor han hørte sig negativt omtalt af andre. A var tilsyneladende fortsat i behandling med antipsykotisk virkende medicin. Sideløbende med den psykiatriske udredning intensiverede kommunen indsatsen mod misbruget, som A havde genoptaget, og henviste ham kort efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling til døgnbehandling. A tilbragte 3 måneder på misbrugscenter, som i løbende dialog med psykiatrisk ambulatorium beskrev en betydelig bedring af hans tilstand. Han var i mellemtiden blevet sigtet for 5 forhold om vold og trusler og afventede dom. Fra såvel misbrugsbehandlere som psykiatrisk overlæge udtryktes betænkelighed for konsekvenserne for A's psykiske helbred, hvis en evt. straf skulle afsones i fængsel. A blev fundet skyldig i 2 af de påsigtede forhold, og straffen blev fastsat til 3 måneders fængsel. Af retsbogen fremgår, at ”Straffen er undtagelsesvist gjort betinget under hensyn til, at (de to) forhold er begået for godt 1 år og 4 måneder siden, at A i mellemtiden er kommet i et vellykket behandlingsforløb, samt oplysningerne om hans skrøbelige psykiske tilstand og risikoen for fornyet psykoseudvikling ved fængsling”. Straffen skulle således ikke fuldbyrdes på betingelse af, at A skulle være underlagt tilsyn af Kriminalforsorgen og efter tilsynsmyndighedens nærmere

bestemmelse undergive sig behandling mod misbrug af narkotika og psykologisk eller psykiatrisk behandling, hvis Kriminalforsorgen anså det for nødvendigt. Forløbet af det følgende år er kun sporadisk beskrevet i akterne.

1½ år efter modtagelsen af dommen på 3 måneder blev A, som nu var blevet 26 år, sigtet for en række nye forhold, blandt andet legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter, voldtægt og trusler. A blev varetægtsfængslet og foretog i arresten et særdeles alvorligt selvmordsforsøg, og udviklede, trods hurtigt indsat genoplivning og efterfølgende intensiv genoptræning, svær hjerneskade.

På baggrund af sigtelsernes karakter og for at få klarlagt graden af hjerneskade bestemtes, at A skulle mentalobserveres, hvilket først kunne finde sted næsten 2 år efter de påsigtede forhold.

Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A havde genoptaget misbrug og var blevet indlagt i psykotisk tilstand på psykiatrisk afdeling et halvt år før de påsigtede forhold. Under en uges indlæggelse klingede de psykotiske symptomer af, og den psykotiske tilstand skønnedes udløst af det forudgående massive rusmiddelmisbrug. Et ambulantly udredningsforløb, der skulle søge at afklare, om der var tale om mere gennemgribende psykopatologi, havde ikke kunnet gennemføres, da A kun mødte sporadisk. I mentalerklæringen er følgende direkte citat fra sygehusjournalen medtaget:

”A har haft et flerårigt forløb i psykiatrien. Forløbet har i høj grad været præget af A’s mange tilbagefald til misbrug og dermed manglende mulighed for tilbundsående yderligere udredning. Man har vurderet, at der ikke er tale om en tilstand indenfor det skizofrene spektrum, men om en psykotisk tilstand i forbindelse med brug af psykoaktive stoffer. Psykologisk test har været besværliggjort dels af A’s misbrug, manglende evne, vilje og motivation til samarbejde om testningen samt udeblivelser, men resulteret i diagnosen dyssocial personlighedsstruktur. Under hele

behandlingsforløbet har der været et meget tæt samarbejde med Y kommune og patientens familie. Patienten har prøvet forskellig slags medicin, men har fortsat misbrugt benzodiazepiner (beroligende medicin) og sovemedicin, hvilket afstedkom nogle meget faste samarbejdsaftaler med egen læge om udstedelse af recepter”.

A blev indbragt i ukontaktbar tilstand to gange til medicinsk akutmodtagelse i månederne op til det påsigtede, efter indtagelse af store mængder morfika, beroligende medicin, amfetamin, hallucinogener mm.

Mentalobservationen fandt sted på det plejehjem, hvor A boede. Han var uden sprog eller andre måder at kommunikere på og mentalerklæringen måtte udformes uden hans medvirken, på basis af sagens akter samt oplysninger fra familie og personale.

Mentalerklæringen konkluderede blandt andet følgende:

”Ud fra beskrivelsen i sagsakter vurderes, at A ved den voldelige handling har befundet sig i en psykotisk tilstand. Det er svært at vurdere, om denne tilstands længde, det synes som om, den har udviklet sig over en kortere periode på få dage. A vurderes ikke umiddelbart at have været omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men derimod af straffelovens § 16, stk. 3*.

A fik ved selvmordsforsøg (for 2 år siden) en anoksisk (iltmangelbetinget) hjerneskade.

Han findes således omfattet af straffelovens § 73.

Det vurderes, at A's nuværende tilstand er stationær. Såfremt A findes skyldig, vurderes det formålstjenligt at anvende særforanstaltning efter straffelovens § 68, stk. 2*.

Der anbefales dom til ambulantly psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse på psykiatrisk afdeling”.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der udtalte, at "A aktuelt er sindssyg, præget af svær hjerneskade efter selvmordsforsøg, men at han på tiden for det påsigtede var uden sikre tegn på sindssygdom. A er oprindeligt normalt begavet. På tidspunktet for det påsigtede var han påvirket af misbrugsstoffer, men der er ikke holdepunkt for abnorm reaktion herpå".

"A har fra barndommen været præget af afvigende adfærd og i de tidlige ungdomsår af svær personlighedsmæssig forstyrrelse. A udviklede tidligt et omfattende og blandet misbrug. Han har under indlæggelse i psykiatrisk afdeling været kortvarigt præget af sindssygdomssymptomer, der er opfattet som udløst af misbrug".

"Han har ophold på institution med udtalt behov for pleje. Der er ikke tegn på psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger, men A fremtræder på baggrund af hjerneskaden emotionelt ustabil.

Retslægerådet finder A omfattet af straffelovens § 73, idet han efter den strafbare handling er kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 nævnte art. Såfremt A findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet anbefale dom til ambulans psykiatrisk afdeling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen samme med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse, indtil en eventuel straf måtte kunne fuldbyrdes".

A blev ved retten fundet skyldig i alle påsigtede forhold. Efter Retslægerådets erklæring fandt retten, at:

"A efter de strafbare handlinger er foretaget, er kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 nævnte art, idet han aktuelt er sindssyg, præget af svær hjerneskade. Retten finder, at straffen i overensstemmelse med anklagemyndighedens påstand skal bortfalde. Retten har herved på grundlag af Retslægerådets udtalelse og de øvrige oplysninger om A's tilstand vurderet, at der ikke er sandsynlighed for, at tilstanden bedres. A straffes derfor ikke, jf. straffelovens § 73, stk. 1.

For at forebygge nye lovovertrædelser, og da mindre indgribende foranstaltninger ikke findes tilstrækkelige, skal tiltalte undergive sig psykiatrisk behandling som påstået, jf. straffelovens § 68, jf. § 73, stk. 1. Retten har lagt vægt på karakteren af 3 af de pådømte forhold, herunder særligt den meget grove karakter af to af disse. Retten følger derfor, uanset at forholdene er begået for mere end 4 år siden og uanset, at tiltalte efter det oplyste om hans tilstand formentlig kun har meget begrænsede muligheder for at kunne begå strafbart forhold, Retslægerådets anbefaling”.

”Under hensyn til arten af den pådømte kriminalitet fastsættes ingen længste tid for foranstaltningen, jf. straffelovens § 68 a, stk. 2”.

Et halvt år efter endelig domfældelse bad A's værge Statsadvokaten om at tage foranstaltningsdommen op til overvejelse. Statsadvokaten indhentede en udtalelse fra den behandlingsansvarlige psykiatriske overlæge, som blandt andet udtalte, at A som led i den ambulante behandlingsdom gennem knap et år var tilset på plejehjemmet, hvor han havde boet i knap 3 år. Han modtog daglig fysisk træning, men var præget af svært påvirket hukommelse, opmærksomhed og koncentration, og var ikke i stand til nyindlæring. Det tilstræbtes, at han deltog i aktiviteter på plejehjemmet, hvor også familien var en ressource for ham. Det var tvivlsomt, om han var i stand til at genkende den faste ambulatoriesygeplejerske fra retspsykiatrien eller forstod formålet med besøgene, som udtrættede ham. A behandlede med lave doser psykofarmaka for søvn, men der var ikke fundet grundlag for at behandle nogen form for psykose. A kunne stadig blive følelsesmæssigt påvirket af forskellige begivenheder, men udviste ikke tegn på depressiv tilstand. Risikoen for vold ansås begrænset under de aktuelle forhold, og risiko for lige artet kriminalitet ansås ikke at være til stede. Overlægen anbefalede derfor ophævelse af foranstaltningsdommen, hvilket blev støttet af Kriminalforsorgen, bistandsværge og pårørende.

Sagen blev forelagt for Retslægerådet, som blandt andet udtalte:

” På baggrund af den svære hjerneskade, som A pådrog sig (for 4½ år siden) og forløbet siden, hvor han primært har behov for pleje, men ikke psykiatrisk behandling samt en ringe risiko for fremtidig kriminalitet, vil Retslægerådet tilslutte sig overlægens anmodning om, at den idømte foranstaltning ophæves”.

Et år senere traf retten afgørelse i sagen og ophævede foranstaltningen. Af begrundelsen fremgik, at ”A ikke har udsigt til bedring, og at den psykiatriske behandling er uden virkning. Retten lægger endvidere til grund, at der blot eksisterer en minimal risiko for, at A vil (kunne) begå ny kriminalitet, hvis foranstaltningen ophæves. Det er herefter rettens vurdering, at foranstaltningen er formålsløs, hvorfor den ophæves, jf. straffelovens § 72”.

Anklagemyndigheden kærede ophævelsen med påstand om opretholdelse og anførte blandt andet, at ”henset til den meget alvorlige kriminalitet, der ligger til grund for foranstaltningen, sammenholdt med, at foranstaltningen alene har varet et år, er der på trods af de lægelige anbefalinger ikke nu det fornødne grundlag for at ophæve foranstaltningen. Der må lægges vægt på oplysningerne om, at A's tilstand er stationær, men vurderes at kunne forværres, hvorfor der fortsat skal være mulighed for, i hvert fald i yderligere en periode, hurtigt at kunne iværksætte nødvendig medicinsk behandling, og at der også fra lægelig side fortsat skal følges op på hans tilstand, således at det ikke alene påhviler bostedets personale at foretage en vurdering af hans mentale tilstand og behovet for medicinsk behandling. Selvom det ud fra beskrivelsen må lægges til grund, at risikoen for ny alvorlig personfarlig kriminalitet er lav, kan det, da den begåede kriminalitet er meget alvorlig og rummer aggressivitet i meget alvorlig grad, ikke efter den korte tid, som foranstaltningen har varet, med sikkerhed konkluderes, at A ikke rummer tilsvarende aggressivitet, der kan komme til udtryk på anden vis.”

Efter en samlet afvejning af de forelagte oplysninger, herunder Retslægerådets udtalelse og vurdering af, at risiko for lige artet kriminalitet ikke var til stede samt, at der var forløbet mere end 5½ år siden kriminaliteten, som var omfattet af dommen, stadfæstede landsretten byrettens kendelse.

Kommentar:

I den aktuelle sag var der fuld overensstemmelse mellem overlægens og Retslægerådets vurdering af den strafferetlige indplacering af A, som grundet svær permanent hjerneskade, der var opstået efter den strafbare handlings foretagelse, men før dom var afsagt, var kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 eller § 69 nævnte art. Der var også enighed om at anbefale dom til ambulantly psykiatrisk behandling, som også blev resultatet.

I sager om § 73 kan straf idømmes eller bortfalde, og det samme må antages principielt også at gælde fsva. særforanstaltninger. I den aktuelle sag kan man med en vis ret spørge, om en foranstaltningsdom overhovedet var formålstjenlig, eftersom A var så svært hjerneskadet, at risikoen for lige artet kriminalitet blev vurderet meget beskeden. Endelig dom blev af mange grunde først afsagt over 4 år efter, at kriminaliteten havde fundet sted, hvor retten fandt, at straf skulle bortfalde, men samtidig lagde vægt på den meget grove karakter af flere af de pådømte forhold.

Da foranstaltningen blev ophævet kun et år efter iværksættelse, var blandt andet grovheden af det pådømte og spørgsmålet om proportionalitet et centralt element i anklagemyndighedens kæremål om opretholdelse.

Sager med anvendelse af straffelovens § 73 er sjældne og forelægges som udgangspunkt altid for Retslægerådet, jf. Rigsadvokatmeddelelsen "Psyisk afgivende kriminelle". For de mentalerklæringsskrivende overlæger, som hver især kun ser få af disse sager, er vurdering og

formuleringer om indplacering under § 73 erfaringsmæssigt et vanskeligt område.

Hvorvidt straf skal bortfalde, eller der skal medtages længste tid for foranstaltningen er suverænt rettens afgørelse, men adresseres alligevel hyppigt i de lægelige erklæringer.

Retslægerådet har også foretaget en kritisk gennemgang af en række af rådets egne udtalelser i sager om straffelovens § 73, som gav anledning til revision af principperne for disse udtalelser. Gennemgangen er bragt i årsberetningen for 2017, hvortil der henvises.

*ordret citeret fra mentalerklæringen

2.4 Samme problemstilling, to forskellige sager, og to forskellige udfald

I en sag om påvisning af årsagssammenhæng mellem akupunktur udført på torso af en person, A, som få timer senere døde som direkte følge af pneumothorax. Pneumothorax er en tilstand, hvor der er luft mellem lungehulens væg og lungerne, hvilket kompromitterer vejrtrækningen. Det samme forløb har været genstand for både en strafferetlig undersøgelse og et civilt søgsmål ved boet efter A mod akupunktøren.

Retslægerådet blev bedt om at udtale sig om konkrete lægefaglige forhold med henblik på at bidrage til henholdsvis afklaring af, hvorvidt bevisbyrden kunne løftes i en eventuel straffesag og til rettens hjælp i det civile søgsmål.

Det var ikke entydigt objektiviseret, hvorledes akupunkturbehandlingen var blevet udført. Idet der også var konkurrerende årsager til pneumothorax, kunne Retslægerådet ikke entydigt årsagsforbinde akupunkturbehandlingen med udviklingen af pneumothorax, men fandt også, at der ikke var noget, som talte imod en sammenhæng mellem akupunkturbehandlingen og udvikling af pneumothorax.

Politi og anklagemyndigheden valgte at frafalde tiltale. Den civile retssag blev hævet uden dom og blev afsluttet med et udenretsligt forlig til fordel for sagsøger.

Af sagernes akter fremgår følgende:

A var kendt med fremskreden cancer og havde på grund af en generende hikke henvendt sig hos X med henblik på akupunkturbehandlingen af hikken. X satte nåle i As torso, mave, arme og ben. Omtrent et kvarter inde i behandlingen blev A utilpas og akupunkturbehandlingen blev afbrudt, inden den var planlagt afsluttet. A blev herefter kørt hjem til

bopælen af sin hustru. Derhjemme blev A igen utilpas og faldt om på badeværelset bevidnet af hustru og nabo, som henholdsvis kontaktede alarmcentralen og påbegyndte hjertemassage. Det tilkaldte ambulancepersonale overtog genoplivningsproceduren under transporten til hospitalet. Efter i alt cirka en times hjertemassage og genoplivningsforsøg blev A erklæret død. Tidspunktet for erklæret død var godt 4 timer efter ovenfor beskrevne behandling.

Sag A:

Grundet omstændighederne ved As død blev der af politiet i henhold til gældende retningslinjer begæret medikolegalt ligsyn. Her påvistes tegn på pneumothorax i begge sider af brysthulen. Desuden blev der påvist brud af ribben som følge af genoplivningsforsøg, men ingen af disse brud havde dog synligt læderet brystkassens lungehinde. Retslægerådet blev i forbindelse med politiets og anklagemyndighedens behandling af denne sag anmodet om at besvare en række konkrete og generelle spørgsmål, herunder:

Spørgsmål 1:

Er sammenfald af lunger (trykpneumothorax) en kendt bivirkning/komplikation af akupunkturbehandling? I bekræftende fald, hvor almindelig er bivirkningen?

Sammenfald af lunger, inklusive overtryk i lungehulen (trykpneumothorax), er en kendt komplikation til akupunkturbehandling, hvor nåle indføres på brystkassen. Der rapporteres næsten hvert år enkelte tilfælde i den internationale medicinske litteratur. Også i Danmark er der rapporteret tilfælde de seneste år. Hyppigheden af pneumothorax i forhold til antallet af akupunkturbehandlinger er ikke kendt med sikkerhed, men må vurderes at være meget sjældent med tanke på det

store antal behandlinger, der foretages. I en tysk undersøgelse af 2,2 millioner behandlinger af 229.230 patienter fandtes to tilfælde af pneumothorax.

Spørgsmål A:

Hvor hyppigt langvarig genoplivning er kendt årsag til trykpneumothorax?

Pneumothorax som komplikation til langvarig genoplivning med hjertemassage er en almindelig kendt komplikation, og trykpneumothorax er også en komplikation, der altid må tages med i vurderingen, selv om den er noget sjældnere end pneumothorax. Der er talrige rapporterede enkelttilfælde af trykpneumothorax efter genoplivning i litteraturen, men det er vanskeligere at angive en nøjagtig hyppighed. En undersøgelse af 39 tilfælde af hjertestop behandlet uden for sygehus viste, at ribbensfrakturer optrådte hos 85 % og pneumothorax hos 10 %. I et autopsimateriale med 661 patienter fandtes der gennemsnitligt 6 ribbensbrud hos patienter og lungeskade hos 4 % og pneumothorax hos 1 % af patienterne.

Kommentar:

Spørgsmålene er generelle og indebærer ikke en specifik vurdering af forhold vedrørende A. Retslægerådet har dog her valgt, at hjælpe spørgeren med viden om disse generelle forhold for at facilitere spørgerens perspektivering af sagen.

Spørgsmål 3:

Kan det på baggrund af oplysningerne om akupunktur-nålenes placering på A sammenholdt med nålenes størrelse antages, at A som følge af

akupunkturbehandlingen pådrog sig sammenfald af begge lunger (bilateral trykpnemothorax) med døden til følge?

De anvendte nåle er 0,25 millimeter i diameter og har en længde på 25 millimeter. Der er ikke angivet, hvor dybt nålene er indført, eller om de er indført vinkelret på huden eller i et skråt forløb. De anvendte nåle vurderes at være af mellemstørrelse, hvad angår længde og diameter. Med lignende nåle er beskrevet pneumothorax ved anvendelse på brystkassen.

Akupunktøren har indtegnet placeringen af de to nåle i bugvæggen (angiveligt ingen på selve brystkassen). Modellen er en muskuløs ung mand, hvor de to nåle er placeret i midtlinjen i bugvæggen. Den nederste cirka midt imellem navlen og spidsen af brystbenets fremspring og den anden nål cirka 3 centimeter højere. Lungehindens omslagsfold forløber cirka 1 centimeter højere end ribbenskanten fortil (det skråt nedad udad forløbende sammenvoksede ribben nr. 6 og 7). Det kan ikke med sikkerhed angives, hvor nøjagtig tegningen er i forhold til de anatomiske forhold på patienten.

Det oplyses, at patienten er afmagret med BMI på 20,9, og dette fremgår også af det medfølgende billede taget efter dødens indtræden. Ribbenskanten har således været tydeligt markeret på patienten, således at man kunne sikre nålenes afstand til denne. Nålenes længde har været tilstrækkelig til at punktere lungen, hvis de har været anbragt på en anatomisk lokalisation, hvor dette var muligt. Ifølge sagens akter fandt behandlingen sted kl. 12.00 den 13.07.2017, og patienten blev afhentet af ambulance kl. 16.21. De nærmere omstændigheder ved genoplivningen er ikke beskrevet udover, at varigheden af forsøget var en time. Der blev anvendt langvarig hjertemassage, og det må formodes, at patienten har været intuberet og har fået overtryksventilation. Obduktionen viser skader svarende til hjertemassage med multiple ribbensfrakturer og kvæstelser i brystvæggen. Der blev fundet luftudsivning dobbeltsidigt i underhuden over brystvæggen. I begge lungehindehulrum stod luft under

overtryk (trykpneumothorax). Genoplivning med hjertemassage, specielt langvarig genoplivning, er en kendt årsag til pneumothorax og trykpneumothorax. Nålens placering i bugvæggen gør det mindre sandsynligt, at lungehinden skulle være punkteret. Af obduktionen fremgår, at lungehinden var dækket af multiple luftblærer, som det ses ved kronisk obstruktiv lungesygdom. Et nålestik ville kunne fremkalde ruptur af en sådan blære og fremkalde trykpneumothorax, selvom diameteren af nålen kun er 0,25 millimeter. Derimod må det betragtes som usandsynligt, at et enkelt indstik med en så tynd nål skulle fremkalde luftsivning i underhuden på begge sider.

Sammenfattende må det siges, at obduktionsfundet er bedst i overensstemmelse med følger efter langvarig hjertemassage og genoplivning, og at det må betragtes som den sandsynlige årsag til de observerede skader. For at vurdere om trykpneumothorax har været til stede ved start af genoplivning, eller en følge af dette, er nærmere oplysninger nødvendige.

Spørgsmål 5:

Såfremt det lægges til grund, at A allerede fra morgenstunden den 13. juli 2017 havde det dårligt, herunder var træt og sløj og havde vejrtrækningsbesvær, kan det i så fald antages, at A afgik ved døden som følge af omstændigheder, der var til stede allerede forud for akupunkturbehandlingen?

Afdøde blev beskrevet som sløj med vejrtrækningsbesvær allerede om morgenen inden akupunkturen, hvorfor det er muligt, at afdøde afgik ved døden som følge af omstændigheder, der var til stede forud for behandlingen.

Sagens udfald:

Politi og anklagemyndighed valgte at frafalde tiltale i sag A.

Kommentar:

I spørgsmål 3 og 5 lægges der op til en vurdering fra Retslægerådets side om, hvorvidt A afgik ved døden som følge akupunkturbehandlingen og deraf følgende sammenfald af begge lunger eller som følge af forud bestående omstændigheder. Retslægerådet anfører, at der tidligere er beskrevet pneumothorax som følge af anvendelse af lignende nåle, som i denne sag, på brystkassen. I spørgsmål 3 refereres til oplysninger om akupunktur-nålenes placering på A givet af X, herunder at der ikke var anvendt nåle på brystkassen. Grundet nålenes lille tykkelse har disse oplysninger ikke kunnet verificeres ved obduktionen. Retslægerådet skønnede på denne baggrund, at den ved obduktionen påviste pneumothorax kunne relateres til genoplivningsforsøgene, og at det var muligt, at forudbestående forhold kunne have spillet en rolle, men at det ikke kunne vurderes uden yderligere oplysninger om tilstanden forud for akupunkturbehandlingen.

Sag B:

Sideløbende med sag A blev der fra boet efter A indledt civilt søgsmål mod X med krav om erstatning. I forbindelse med sagens behandling ved retten fik Retslægerådet forelagt blandt andet følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Hvad var dødsårsagen?

Ifølge Retslægerådets vurdering kan dødsårsagen som anført i obduktionserklæringen antages at være det påviste sammenfald af begge lunger og overtryk i begge lungehuler, specielt på højre side, og følgerne heraf. Der er ikke andre fund, der oplagt kan forklare dødsfaldet.

Spørgsmål 2:

Er der i det lægelige materiale oplysninger om forud bestående (inden akupunkturbehandlingen) sygdom eller traume, der kan begrunde den i obduktionsrapporten konstaterede sammenfald af lunger/luft i brysthulen?

Der er ingen oplysninger om forudgående traume, der kan forklare sammenfaldet af lungerne og luften i brysthulen, udover at langvarigt genoplivningsforsøg med hjertemassage og overtryksventilation gennem en time må betegnes som traume, der kan medføre pneumothorax/trykpneumothorax. Der er beskrevet udtalt blæredannelse på lungernes overflade ved obduktionen (hvilket genfindes ved post-mortem CT-skanning), hvilket er en tilstand, som kan medføre spontan pneumothorax og eventuelt trykpneumothorax.

Spørgsmål 3:

I obduktionsrapporten angives at der ikke kan ses stikmærker efter akupunktur nåle, men også at obducenten manglede oplysninger om hvilke nåle der har været anvendt. I den anledning spørges uddybende herom:

a) Obducentens undersøgelse og iagttagelse med hensyn til nålestik; beror det på en visuel inspektion

– med det blotte øje, eller er huden undersøgt mikroskopisk?

b) Obducenten angiver, at der ikke er oplysninger om størrelsen/arten af de brugte nåle. I den anledning spørges, om det for konstateringen af nålestik er af betydning, hvilke nåle der er brugt?

c) Kan akupunkturbehandling med fx tynde nåle medføre, at der ikke efterlades for øjet synlige nålestik? – er nålene brugt, jfr. bilag a tynde?

d) Det oplyses i obduktionsrapporten, at afdøde havde hårbevoksning på brystet. Er det oplyst, eller vil det være sædvanligt at dette barberes af i forbindelse med obduktionen? Hvis ikke, hvilken betydning har hårbevoksningen antageligt for muligheden for visuelt at inspicere for nålestik i brystkassen?

e) Det fremgår af obduktionsrapporten, at på grund af genoplivningsforsøg var en række ribben brækkede, og der var blødninger og misfarvning af hud og underhud i brystkassen. Hvilken om nogen betydning har dette for den visuelle inspektion og konstatering af nålestik efter nåle af den størrelse, der angives brugt, bilag a?

f) Der er enighed mellem parterne om, at afdøde inden hans død havde fået behandlinger med nålestik/akupunktur hos sagsøgte i hans torso, jfr. bilag b og c. Er der i obduktionsrapporten anført/konstateret stikmærker herefter? Hvis ikke hvordan begrundes Retslægerådet det?

a) Ved obduktionen er der ikke påvist stikmærker efter akupunktur nåle med det blotte øje. Der foreligger ingen oplysninger, om huden er undersøgt mikroskopisk.

b) Stik med større nåle giver generelt mere synlige læsioner end stik med små nåle. I aktuelle sag kan det ikke sikkert afgøres, om en oplysning om størrelsen/arten af de brugte nåle har haft betydning for vurderingen.

c) Stik med tynde nåle efterlader ikke i alle tilfælde synlige nålestik.

d) Det er ikke oplyst, om hårbevoksningen på brystet er afbarberet i forbindelse med obduktionen.

e) Det kan ikke sikkert afgøres, om følgerne af genoplivningsforsøget på brystkassen har haft nogen betydning for eventuel konstatering af nålestik.

f) Der er ikke fundet stikmærker ved obduktionen af afdøde på brystkassen. Dette kan eventuelt begrundes med, at ikke alle stik med små tynde nåle efterlader synlige stikmærker.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes vurdere, om det i obduktionsrapporten konstaterede sammenfald af lunger/skade skønnes at have en sammenhæng med akupunkturbehandlingen, A modtog tidligere på dagen den 13. juli 2017.

Hvis det ikke er muligt at sige det med større sikkerhed, bedes det oplyst, om mest taler for sammenhæng eller mest taler imod.

Sandsynlighed og de væsentligste forhold i vurderingen bedes oplyst.

Retslægerådet finder en sammenhæng mellem akupunkturbehandling og trykpneumothorax sandsynlig (mere end 50 %), men har ikke fundet det muligt at graduere sandsynligheden nærmere, idet det langvarige genoplivningsforsøg har medført betydelige skader.

Spørgsmål 6:

I fortsættelse af svar på spørgsmål 5 bedes Retslægerådet oplyse, om der kan påvises andre mere plausible årsager eller grunde hertil, herunder om det er plausibelt, at skaden er opstået af sig selv eller på anden måde uden kendt årsag. Taler den tidsmæssige sammenhæng mellem behandlingen og A blev dårlig for, at det er akupunkturbehandlingen, der er årsag til skaden på lungerne/sammenklappede lunger?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5.

Spørgsmål 7:

Såfremt spørgsmål 5 og 6 besvares således, at der skønnes at være en sammenhæng mellem akupunkturbehandlingen og den efterfølgende konstaterede skade på lungerne, bedes Retslægerådet oplyse, om det

vurderes sandsynligt, og i givet fald med hvilken grad af sandsynlighed, at behandlingsskaden/de sammenklappede lunger var årsag til As død?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5.

Spørgsmål 8:

Har behandlingen udført af X, herunder forundersøgelse og journalisering (bilag b) været udført i overensstemmelse med de gældende retningsvejledninger og/eller god behandleretik/almen anerkendt lægefaglig fremgangsmåde og procedure?

I den forbindelse bedes Retslægerådet nærmere oplyse, om der på grund af risikoen for skaden skulle udvises særlig agtpågivenhed/tages særlige forholdsregler i forbindelse med akupunkturbehandling i brystregion, herunder ikke mindst i relation til, hvor dybt lungenålene blev stukket ind?

Har sagsøgte X efter Retslægerådets opfattelse iagttaget de forholdsregler og hensyn, som behandlingen konkret krævede, også As grundtilstand taget i betragtning?

Retslægerådet har i sagsbehandlingen gået ud fra, at X har en kinesisk lægeuddannelse, men ikke har nogen dansk autorisation. Der kan således ikke være tale om at bedømme behandlingen ud fra almindelig anerkendt lægefaglig fremgangsmåde og procedure. Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi har udgivet retningslinjer, hvor det indskræpes at indstik af nåle på thorax altid skal finde stedtangentielt (parallelt med hudens overflade). Der er ikke oplysninger i sagsakterne, der kan afgøre, om disse forsigtighedsregler var overholdt.

Sag B, supplerende spørgsmål:**Spørgsmål E:**

Retslægerådet bedes begrunde, hvorfor Retslægerådet ser en sammenhæng, jf. Rådets svar på spørgsmål 5, mellem akupunkturbehandlingen og pneumothorax/trykpneumothorax henset til, at skadelidte havde udtalte blæredannelser på lungernes overflade, som kan medføre spontan pneumothorax og eventuelt trykpneumothorax, jf. Rådets svar på spørgsmål 2.

Der er et tidsmæssigt sammenfald mellem symptomerne med vejtrækningsbesvær og akupunkturbehandlingen. Yderligere bestod akupunkturbehandlingen af indsatte nåle ved brystkassen, hvorved der er en kendt risiko for pneumothorax. På dette grundlag vurderes det mere sandsynligt, at der er en sammenhæng mellem akupunkturbehandlingen og pneumothorax, snarere end at der er tale om en spontan pneumothorax.

Spørgsmål F:

Hvad er den lægelige dokumentation for medicinsk årsagssammenhæng mellem akupunkturbehandlingen og trykpneumothorax, når der ikke, jf. Rådets svar på spørgsmål 3 og A, er dokumentation for indstik og således heller ikke er er dokumentation for, at indstik ikke er sket parallelt med hudens overflade (stedtangentielt).

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål E. Stik med tynde nåle efterlader ikke nødvendigvis synlige læsioner på kroppen, hvorfor lægelig dokumentation ikke altid vil være mulig.

Spørgsmål 9:

I relation til spørgsmål F og Retslægerådets svar på spørgsmål 3 og A, spørges uddybende:

Der er mellem parterne enighed om at sagsøgte gav akupunkturbehandlinger på afdøde med nåle i torso, men ikke hvordan. Når nåleindstik ikke har efterladt og heller ikke nødvendigvis efterlader sig spor, jfr. Rådets svar på spørgsmål bedes Retslægerådet oplyse om det er muligt ud fra det foreliggende og objektive oplysninger i sagen at bekræfte at sagsøgte har indført nålene på en måde (stedtangentielt) så de ikke kunne forårsage skade på lungerne/brysthulen?

Retslægerådet har ikke mulighed for at bekræfte dette.

Spørgsmål 10:

Af obduktionsrapporten bilag 1 fremgår at afdøde under akupunkturbehandlingen fik vejr-trækningsproblemer og behandlingen blev afbrudt. Taler den tidsmæssige sammenhæng mellem behandlingen og vejrtrækningsproblemerne for at skaden på lungerne eller årsagen til skaden konstateret ved obduktionen opstod under behandlingen/grundet behandlingen med nåle frem for udvikling af en forud bestående sygdom?

Ja, jævnfør besvarelsen af spørgsmål E.

Spørgsmål 11:

Er der Retslægerådet bekendt andre sager/fortilfælde med lignende skader på brysthulen/lungerne efter behandling med akupunkturnåle?

Var det på behandlingstidspunktet en kendt om end muligt lille risiko?

Hvis Retslægerådet besvarer bekræftende på, at der på behandlingstidspunktet var en kendt om en muligt lille risiko, anmodes Rådet om at oplyse hyppigheden heraf?

Pneumothorax er en kendt komplikation til akupunkturbehandling med nåle i brystkasse, skulder og halsregion. Trykpneumothorax efter akupunktur er ligeledes beskrevet i litteraturen. Risikoen er således kendt, om end den antages at være lille. Der findes ikke valide tal for hyppigheden.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes uddybe svar på spørgsmål 5. Hvilke forhold lægger Retslægerådet vægt på der taler for årsagssammenhæng mellem behandlingen og skaden? Hvad taler imod?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål E og 10. Der er intet, der taler imod en sammenhæng mellem behandlingen og skaden.

Dom:

Der blev ikke afsagt dom i sagen, da sagsøgeren hævede sagen som følge af sagsøgtes tilkendegivelse af at ville kompensere sagsøger økonomisk på baggrund af en af sagsøgeren udarbejdet udenretlig erstatningsopgørelse.

Kommentar:

Spørgsmålene i dette spørgetema omhandlede primært om vurdering af årsagsforbindelse mellem den givne behandling og As død. Retslægerådet vurderede, at dødsårsagen var den konstaterede pneumothorax. De forhold, som kunne have været medvirkende til dannelse af den konstaterede pneumothorax skønnedes at omfatte blæredannelser på lungernes overflade, følger efter genoplivningsforsøg og følger efter akupunkturbehandlingen. I dette spørgetema angives enighed mellem parterne om, at der var anvendt nåle på torso, men ikke hvordan. Retslægerådet kunne ikke af sagens akter udlede, at X havde indført nålene på en måde, så de ikke kunne forårsage pneumothorax. På denne baggrund og blandt andet den tidsmæssige sammenhæng, skønnede Retslægerådet det mere end 50 % sandsynligt, at den fatale pneumothorax var en følge af akupunkturbehandlingen.

Retslægerådet havde i disse to sager det grundlæggende samme syn på den underliggende hændelse og de samme sagkyndige eksperter har givet udtalelse i sagerne. De to sager havde imidlertid forskellige retslige rammer, og der bemærkes også en diskrepans i præmisserne for de to spørgetemaer, hvad angår de fysiske placeringer af akupunktur nålene. De to sager havde imidlertid forskellige retslige rammer, idet den ene sag vedrører en straffesag og den anden sag vedrører et civilt søgsmål.

Retslægerådet finder også, at disse sagsforløb understreger, hvor væsentligt det er for alle parter, at der foretages en fyldestgørende tidstro dokumentation af behandlinger udført på mennesker af personer med eller uden autoriserede hverv.

2.5 Folketingsspørgsmål 2020

Bidrag til besvarelse af Retsudvalgets spørgsmål nr. 589 (alm. del)

Justitsministeriet har ved e-mail af 20. januar 2020 anmodet om bidrag til besvarelse af Folketingets Retsudvalgs spørgsmål nr. 589 (alm. del), pind 3 og 4.

Spørgsmål nr. 589:

”Vil ministeren kommentere henvendelsen af 2. januar 2020 fra J.N vedr. retspsykiatrien, jf. REU Alm del – bilag 180, og vil ministeren i den forbindelse særligt svare på følgende:

(...)

- om det efter ministerens opfattelse giver mening at anbringe mentalt retarderede borgere i en i forvejen overfyldt retspsykiatri?

-om ministeren mener, at en IQ-grænse på 70 for en borger med infantil autisme giver mening i retssystemets vurdering af om en borger lider af mental retardering og dermed placering i enten retspsykiatri eller det socialpædagogiske system i forlængelse af en domfældelse?”

Svar:

Det skal indledningsvis bemærkes, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn i sager om enkeltpersoners retsforhold, jf. § 1 i lov om Retslægerådet (lov nr. 60 af 25. marts 1961). Det ligger således uden for Retslægerådets opgaveområde at udtale sig om, hvorvidt konkrete tiltag generelt giver mening.

Retslægerådet kan dog samlet oplyse følgende til de i pind 3 og 4 stillede spørgsmål.

1. Vedrørende begrebet "mental retardering" i henholdsvis lægelig forstand og efter straffeloven

Kriterierne for den lægelige diagnose af mental retardering indebærer, at der på et tidspunkt i barndommen er sket en bremset eller ufuldstændig udvikling af forstanden, specielt karakteriseret ved nedsat intelligens. Adfærden er mangelfuldt tilpasset i forhold til alderen, og det samlede funktionsniveau er forringet også i voksenalderen.

Mental retardering inddeles i fire grader med følgende IQ-intervaller:

50-69 for lettere mental retardering

35-49 for middelsvær mental retardering

20-34 for sværere mental retardering

under 20 for den sværeste grad af mental retardering.

Straffelovens § 16 om straffrihed omfatter ud over personer med sindssygdom også, jf. stk. 1, 2. pkt., personer, der er mentalt retarderede i højere grad. Det vil sige med en IQ på 49 eller lavere. Bestemmelsen omfatter tillige, jf. stk. 2, 1. pkt., personer, der er mentalt retarderede i lettere grad. Det vil sige med en IQ på mellem 50 og 69.

Personer med svag begavelse (sinkestadium) svarende til en IQ på mellem 70 og 85 er omfattet af straffelovens § 69. For disse personer er udgangspunktet, at de kan idømmes straf, medmindre det konkret vurderes, at særforanstaltninger som nævnt i straffelovens § 68, 2. pkt., vil være mere formålstjenlig til at imødegå, at den pågældende begår ny kriminalitet.

2. Vedrørende Retslægerådets vurderinger og anbefalinger for persongrupperne med mental retardering (IQ under 70) henholdsvis begavelse svarende til sinkestadiet (IQ mellem 70 og 85)

Når Retslægerrådet får forelagt sager, hvor rådet finder den sigtede mentalt retarderet, vurderer rådet, om den pågældende er mentalt retarderet i højere eller i lettere grad og således omfattet af straffelovens § 16.

Retslægerrådet kan oplyse, at de fleste af de forelagte sager inden for denne kategori vedrører personer, som er mentalt retarderede i lettere grad, og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 2.

Personer, som efter Retslægerrådets vurdering opfylder de lægelige kriterier for mental retardering uanset graden, henføres til straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt. eller § 16, stk. 2. Som altovervejende hovedregel vil rådet anbefale, at der anvendes særforanstaltninger efter straffelovens § 68, 2. pkt., og her pege på en af de 5 særforanstaltninger for mentalt retarderede, som er beskrevet i Rigsadvokatmeddelelsen om psykisk afvigende kriminelle, afsnit 5.2.

Retslægerrådet lægger i sine konkrete anbefalinger betydelig vægt på graden af den pågældendes farlighed for omgivelserne og risikoen for, at den pågældende begår ny personfarlig kriminalitet.

Ansvar for varetagelse af denne type særforanstaltning er placeret hos en konkret kommune.

Personer, som både vurderes at være mentalt retarderede og sindssyge eller i en hermed ligestillet tilstand, henføres til straffelovens § 16, stk. 1, 1. og 2. pkt. Retslægerrådet foretager i disse tilfælde en konkret afvejning af, om det ud fra en lægelig vurdering er mest formålstjenlig med en psykiatrisk eller kommunal særforanstaltning. Rådet lægger især vægt på muligheden for at sikre den nødvendige psykiatriske behandling, om den pågældende vurderes at udgøre en potentiel fare for omgivelserne, og hvordan risikoen for ny (alvorlig) kriminalitet mest sikkert imødegås.

For så vidt angår gruppen af autisme-spektrum-tilstande er denne fordelt på et spektrum i forhold til alvorligheden af handicap og

funktionsnedsættelse mv. Strafferetligt anses flertallet af personerne inden for denne gruppe at kunne henføres til straffelovens § 69. Der er dog en mindre gruppe, som rubriceres som værende i en tilstand, der ligestilles med sindssygdom, og derfor henføres til straffelovens § 16. For den sidstnævnte gruppe vil Retslægerådet som altovervejende hovedregel pege på en særforanstaltning.

I den samlede indsats for personer med autisme-spektrum-tilstande har begavelsesniveauet en vigtig betydning, og det tillægges derfor også vægt ved Retslægerådets vurdering. I afvejningen af hvilken særforanstaltning, der anbefales, lægger rådet dog især vægt på, om den sigtede vurderes at udgøre en potentiel fare for omgivelserne, og hvordan risikoen for personfarlig kriminalitet mest sikkert imødegås.

Hvis en sigtet person henføres til straffelovens § 16 på grund af svær grad af autisme-spektrum-tilstand, og Retslægerådet vurderer, at der er høj risiko for fremtidig personfarlig kriminalitet, vil rådet uagtet begavelsesniveau ofte anbefale behandling eller anbringelse på psykiatrisk afdeling som den mest formålstjenlige foranstaltning, fordi en sådan foranstaltning rummer mulighed for, at den pågældende kan indlægges i lukkede afdelinger.

Hvis rådet i et sådant tilfælde anbefaler en kommunal særforanstaltning i stedet for en psykiatrisk foranstaltning, vil det af sikkerhedsmæssige hensyn ofte være en anbefaling om, at der anvendes dom til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap (Kofoedminde på Lolland), fordi denne særforanstaltning som den eneste blandt de kommunale foranstaltningmuligheder medfører anbringelse på en sikret institution.

En anbefaling om denne type særforanstaltning vil som udgangspunkt forudsætte, at personen er mentalt retarderet og har svær grad af autisme-spektrum-tilstand.

I de tilfælde hvor personen vurderes at være omfattet af straffelovens § 69, fordi graden af autisme-spektrum-tilstanden ikke vurderes at være ligestillet med sindssygdom, og det vurderes, at der er høj risiko for fremtidig personfarlig kriminalitet, vil Retslægerådet ofte finde anvendelse af straf mere formålstjenlig end særforanstaltninger til imødegåelse af ny kriminalitet.

Bidrag til besvarelse af Folketingets Retsudvalgs spørgsmål nr. 1806

Departementet har ved e-mail af 18. september 2020 anmodet Civilstyrelsen om bidrag til besvarelsen af Folketingets Retsudvalgs spørgsmål nr. 1806 (Alm. del).

Spørgsmål 1806:

"Vil ministeren oversende opdaterede sagsbehandlingstider i Retslægerådet, herunder en opgørelse for 2019, samt 1. halvår 2020?"

Svar:

Der har gennem flere år været en utilfredsstillende lang gennemsnitlig sagsbehandlingstid i Retslægerådets sager. Den lange sagsbehandlingstid kan navnlig tilskrives, at sagerne er blevet sendt med fysisk post mellem sekretariatet og de 3-4 sagkyndige og formand eller næstformand, som medvirker ved hver sags behandling.

Digitalisering af sagerne blev påbegyndt i 2018. Transformationen fra fysiske sager og fysisk postforsendelse til de sagkyndige har vist sig at være mere udfordrende end forventet. Retslægerådets sager indeholder meget personfølsomme oplysninger, og det har derfor været helt afgørende for Civilstyrelsen, som er sekretariat for rådet, at den digitale forsendelse af sagerne til de mere end 200 forskellige sagkyndige, der

bistår Retslægerådet, sker under nøje iagttagelse af kravene til elektronisk forsendelse af personfølsomme oplysninger.

Først med overgangen til Statens It som it-leverandør for Civilstyrelsen er det i sommeren 2020 lykkedes at etablere en sikker, velfungerende og økonomisk acceptabel løsning med virtuelle it-arbejdspladser (VPN-adgang) til alle de sagkyndige i Retslægerådet. Den nye løsning betyder, at sagerne kan sendes direkte videre mellem de sagkyndige, der medvirker i den konkrete sag, uden at sagen skal omkring Retslægerådets sekretariat mellem hver videresendelse, som det tidligere var tilfældet.

Omlægningen til digital sagsbehandling i Retslægerådet har betydet, at der i en årrække har været brugt betydelige ressourcer i Retslægerådets sekretariat på denne transformation. Samtidig har indførelsen af domstolenes portalløsning "MinRetssag.dk", hvor Retslægerådets sekretariat skal downloade alle somatiske sager, der forelægges rådet, krævet ekstra ressourcer i sekretariatet og haft en negativ indflydelse på den samlede sagsbehandlingstid i Retslægerådet.

Det er nu Civilstyrelsens vurdering, at der er fundet den rette løsning til digital sagsbehandling af Retslægerådets sager, og at den positive effekt af denne sammen med optimering af sagsbehandlingsprocessen i øvrigt på sigt vil reducere den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i rådets sager.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Retslægerådet var ved udgangen af 2019 172 dage. Ved udgangen af 1. halvår 2020 var den steget til 189 dage. Den 18. september var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid steget til 203 dage. Samtidig kan det imidlertid konstateres, at den gennemsnitlige alder på Retslægerådets sager er begyndt at falde. Når sager, som har været for længe under sagsbehandling, afsluttes, vil det i en "oprydningsperiode" have en negativ effekt på den gennemsnitlige

sagsbehandlingstid. Den faldende gennemsnitlige alder – eller liggetid – på sagerne er derimod en vigtig indikator på, at sagerne samlet set ligger kortere tid hos Retslægerådet, før de bliver afsluttet.

Det er Civilstyrelsens klare forventning, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for Retslægerådets sager vil falde til et acceptabelt niveau, når behandlingen af de ophobede sager er afsluttet.

Vedrørende anmodning om bidrag til brug for besvarelse af spørgsmål nr. 1567 (Alm. del) fra Folketingets Retsudvalg.

Retslægerådet er blevet anmodet om at oplyse, hvilke oplysninger, der blev lagt til grund for vurderingen af dødsårsagen i sagen med vores j.nr.: 19-343-00048.

Retslægerådet skal herved besvare det stillede spørgsmål således:

Det kan generelt anføres, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige skøn, på baggrund af de i sagen foreliggende lægelige oplysninger. Retslægerådet er i den konkrete sag, af Den Uafhængige Politiklagemyndighed, blevet forelagt sagens samlede akter. Retslægerådet har besvaret de spørgsmål der blev stillet, afgivet et lægevidenskabeligt skøn, primært på baggrund af sagens lægelige akter, og afholdt sig fra at indgå i en bevismæssig vurdering af sagen, som ikke tilkommer rådet.

3. Statistik

3.1 Sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2017-2020

Sagstyper	2017		2018		2019		2020	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afgørelse	Modtaget	Afgørelser
31. Psykiatrisager	465	397	525	509	461	499	427	570
32. Færdselssager	101	81	94	107	104	82	74	107
33. Kastration	6	7	7	5	14	12	4	4
34. Somatiske sager	1024	841	1024	1084	1132	732	921	1019
35 - Aldersbestemmelse	24	8	25	31	29	26	5	11
Samlet modtaget/afsluttet	1620	1334	1675	1736	1740	1351	1431	1711

Sagstyper	2017		2018		2019		2020	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afgørelse	Modtaget	Afgørelser
31. Psykiatrisager	465	397	525	509	461	499	427	570
311 - Sanktionsspørgsmål	318	278	358	308	337	371	315	421
312 - Ændring i foranstaltninger	78	65	110	92	94	93	93	119
313 - Tvangstilbageholdelser	24	18	21	16	4	4	6	9
314 - Ophævelse af farlighedsdekret	4	3	7	8	5	4	1	2
315 - Overførsel til sikringsafdeling	10	6	4	4	2	2	1	2
316 - Umyndiggørelse	0	0	0	0	0	0	1	1
317 - Benådning	2	3	1	1	0	0	1	0
319 - Diverse	28	24	24	18	19	25	9	16
32. Færdselssager	102	82	94	107	104	82	74	107
3200 - Medicin	51	44	54	60	54	43	34	50
3201 - Sygdom	3	1	0	2	1	0	0	1
3219 - Lever mv.	0	0	0	0	1	0	0	0
3220 - Spiritus alene	26	22	25	23	36	34	27	38
3221 - Spiritus og medicin	21	14	15	22	12	5	13	18
3229 - Diverse	1	1	0	0	0	0	0	0
33. Kastration	6	7	7	5	14	12	4	4
3310 - Ansøgning om kønsskifte	0	0	0	0	0	0	0	0
3311 - Ændring af navn/cpr-nummer	1	1	1	1	0	0	0	0
3319 - Diverse	0	0	0	0	0	0	0	0
330 - Avlingstid	5	6	6	4	14	12	4	4
34. Somatiske sager	1024	841	1024	1084	1132	732	921	1019
340 - Klager og sundhedspersonale	3	1	0	2	0	0	0	0
341 - Arbejdsskader/ulykker	316	267	351	344	420	204	317	337
342 - Erstatning, pensionsager mv.	626	524	598	591	611	424	541	587
343 - Vold, dødsårsag	28	13	35	31	29	40	17	21
344 - Ikke-psykiatriske benådningssager	0	0	0	0	0	0		0
345 - Autorisationsager					65	37	36	63
349 - Diverse	51	36	40	44	7	27	10	11
35 - Aldersbestemmelse	24	8	25	31	29	26	5	11
Samlet modtaget/afsluttet	1621	1335	1675	1736	1740	1351	1431	1711

3.2 Sagsbehandlingstider, angivet i dage, i Retslægerådet 2017-2020

Sagsbehandlingstider (dage)	2017		2018		2019		2020	
	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
Psykiatrisager	49	47	54	48	38	37	43	42
Færdselssager	83	78	113	97	104	95	174	163
Kastration	32	32	72	72	55	55	143	143
Somatik	216	174	257	188	288	230	345	282
Aldersbestemmelse	161	77	190,166	164,23	159	153	168	112

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 indtil 2018 har været angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Imidlertid er tallene oven for nu optalt som gennemsnitsværdier. Der vil således ikke umiddelbart være overensstemmelse med tidligere årsberetningers optælling for de pågældende år.

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

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 genparter af skrivelserne vedlægges.

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

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

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

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

4.2 Retslægerådets medlemmer 2020

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

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

Overlæge, ph.d.
Mette Brandt-Christensen
Psykiatrisk Center Glostrup
Næstformand

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

Overlæge, ph.d.
Camilla Bock
Anstalten ved Herstedvester
Sikringsafdelingen

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

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Poul Videbech
Psykiatrisk Center Glostrup

Klinikchef, professor, dr.med.
Raben Rosenberg
Psykiatrisk Center
Region Hovedstadens Psykiatri

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

4.2.1 Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2020

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

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

Overlæge
Inge Rita Fugl
(arbejdsmedicin)

Speciallæge
Jens Georg Hansen
(almen medicin)

Professor, overlæge, dr.med
Jens Henrik Sahl Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk Fysiologisk Afdeling
(klinisk fysiologi/nuklearmedicin)

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

Ledende overlæge

Lisa Maria Bang

I sager om autorisationsforhold

4.2.2 Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2020

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende på sager afsluttet i 2020

Klinikchef, overlæge, dr.med. Claus Andersen Rigshospitalet Klinik for rygmarvsskader (neurokirurgi)	Professor, ph.d. Jytte Banner Københavns Universitet Retspatologisk Afdeling (retsmedicin)
Professor, overlæge, ph.d. Johan Hviid Andersen (arbejdsmedicin)	Overlæge, dr.med. Birthe Højlund Bech Rigshospitalet Radiologisk klinik X (radiologi)
Overlæge, dr.med. Ole Andersen (aldersvurderinger + pædiatri)	Professor, overlæge, dr.med. Toke Bek Aarhus Universitetshospital (oftamologi)
Overlæge Jon Thor Asmussen Odense Universitetshospital Radiologisk afdeling (radiologi – abdominal)	Professor, overlæge, dr.med. Henning Bliddal Frederiksberg Hospital Parker Instituttet (reumatologi)
Afdelingslæge, ph.d. Arnar Ástráðsson Aarhus Universitetshospital Neurokirurgisk afdeling (neurokirurgi)	Statsobducent, professor Lene Warner Thorup Boel Aarhus Universitet Institut for Retsmedicin (retsmedicin)
Speciallæge, dr.med., ph.d. Christian Avnstorp Hudklinikken (dermatologi/venereologi)	Speciallæge Jannick Brennum Rigshospitalet Neurocentret (neurokirurgi)
Overlæge Lene Bak Odense Universitetshospital Radiologisk Afdeling (radiologi)	

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

Overlæge
Cæcilie Böck Buhmann (psykiatri)

Overlæge
Lars Bøgeskov
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Overlæge
Kjeld Dons
CPH Privathospital
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Overlæge
Ole Fedders
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
(neurokirurgi)

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

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

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

Overlæge
Gilles Ludger Fournier
(reumatologi)

Overlæge
Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædikirurgi)

Neuropsykolog, cand. psych.
Anders Gade
(neuropsykologi)

Professor, ph.d.
Anne-Marie Gerdes
Rigshospitalet
Klinisk Genetisk Klinik
(klinisk genetik)

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

Speciallæge i psykiatri
Peter Gottlieb
(psykiatri)

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

Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
Rigshospitalet Neonatalklinikken
(pædiatri)

Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Aarhus Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd.
(ortopæd- og rygkirurgi)

Vicestatsobducent
Steen Holger Hansen
Retsmedicinsk Institut
Retspatologisk afdeling
(retsmedicin)

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

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

Overtandlæge, lektor, ph.d.
Børge Arne Hede (odontologi)

Klinikchef, overlæge, dr.med.

Ole Hamberg
Rigshospitalet
Hepatologisk Klinik
(hepatologi)

Overlæge
Ole Hilberg
Vejle Sygehus
Medicinsk Afdeling
(lungemedicin)

Professor
Søren Hillerup
(odontologi)

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

Professor
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling
(plastikkirurgi)

Overlæge
Lisbeth Høgedal
(neuroradiologi)

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

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

Overlæge, dr.med.
Mogens Jakobsen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
(neurokirurgi)

Professor, ledende overlæge,
dr.med.
Gregor Jemec
Sjællands Universitetshospital
Dermatologisk Afdeling
(dermatologi/venereologi)

Overlæge Claus Verner Jensen
Rigshospitalet Radiologisk Klinik
X
(radiologi)

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

Ledende overlæge, dr.med.
Kai Jensen
Nordsjællands Hospital Hillerød
Neurologisk Afdeling
(neurologi)

Overlæge
Thomas Bo Jensen
Ortoklinik
(plastikkirurgi)

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

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

Vicestatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

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

Afdelingslæge, klinisk lektor
Thomas Skårup Kristensen
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik
(radiologi)

Overlæge
Henrik Lajer
(gynækologi/obstetrik)

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

Lægefaglig Direktør
Tina Gram Larsen
Aalborg Universitetshospital
(psykiatri)

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

Overlæge
Karin Kirstine Lassen
Odense Universitetshospital
(pædiatri)

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

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

Overlæge
Birgitte Pernille Leicht
(ortopædkirurgi)

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

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

Direktør, speciallæge
Freddy Lippert
Region Hovedstadens
Akutberedskab (anæstesiologi)

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

Professor, overlæge, dr.med.
Lars Lund
Odense Universitetshospital,
Urinvejskirurgisk Afdeling
(urologi)

Klinikchef, overlæge
Lene Lundvall
Rigshospitalet
Gynækologisk Klinik
(gynækologi)

Professor emeritus
Gunnar Lose
Herlev Hospital
Kvinde- og
bækkenbundssygdomme
(gynækologi/obstetrik)

Professor, overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Endokrinologisk Afdeling
(endokrinologi)

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

Lektor, tandlæge, ph.d.
Louise Hauge Matzen
Aarhus Universitet

Institut for Odontologi og Oral
Sundhed, Sektion for Oral
Radiologi
(odontologi)

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

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

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

Specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
(odontologi og kæbekirurgi)

Overlæge
Edith Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk Afsnit
(radiologi)

Professor, dr.med.
Jens Ole Nielsen
(infektionsmedicin)

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

Overlæge
Ove Juul Nielsen
Rigshospitalet Hæmatologisk
Afdeling (hæmatologi)

Overlæge
René Tyranski Nielsen
Capio CFR
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Odontologisk Institut Det
Sundhedsvidenskabelige
Fakultet, Københavns
Universitet, Tandlægeskolen
(odontologi)

Overlæge
Tina Obbekjær
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling NK
(neurokirurgi)

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Odgaard
Gentofte Hospital
Ortopædkirurgisk Klinik
(ortopædkirurgi)

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

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

Overlæge
Lykke Pedersen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(psykiatri)

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

Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
(oftalmologi)

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

Sektionsleder, overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling
(thoraxkirurgi)

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

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

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

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

Professor, overlæge, ph.d.
Jens Ahm Sørensen
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgisk Afdeling
(plastikkirurgi)

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

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

Speciallæge
Michael Sørensen
Hvidovre Hospital
(mave-tarm kirurgi)

Overlæge
Leif Hovgaard Sørensen
Aarhus universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling
(radiologi)

Overlæge
Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

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

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

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

Anne Vollmer-Larsen
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
(psykiatri)

Professor, overlæge, ph.d.
Anne Amalie Elgaard Thorup
(psykiatri)

Professor, Overlæge
Mogens Vyberg
(patologi)

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

Professor, ledende overlæge,
dr.med. Lars J. Østergaard
Aarhus Universitetshospital
Institut for Klinisk Medicin -
Infektionssygdomme
(infektionsmedicin)

Ledende overlæge, dr.med.
Morten Ziebell
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
(neurokirurgi)

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

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

Overlæge
Hans Jørgen Nepper-Rasmussen
(radiologi)

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

Overlæge, ph.d.
Uffe Møller Døhn
Rigshospitalet
Videnscenter for reumatologi og
rygsygdomme (reumatologi)

Professor, overlæge, dr.med,
ph.d.
Henrik Kjærulf Jensen
Aarhus Universitetshospital
Afdeling for hjertesygdomme
(kardiologi)

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

Overlæge, lektor, dr.med.
Mette Holland-Fischer
(reumatologi)

Overlæge
Tom Sehested
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Professor, overlæge
Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling
(klinisk mikrobiologi)

Professor, overlæge
 Annamaria Giovanna Elena
 Giraldi
 Sexologisk klinik
 (psykiatri/sexologi)

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

Overlæge
 Henrik Jacobsen
 (urologi)

Professor
 Bo Feldt Rasmussen
 Rigshospitalet
 Nefrologisk Afdeling
 (nefrologi)

Lektor, ph.d.
 Lene Baad-Hansen
 Aarhus Universitet
 Institut for Odontologi og Oral
 Sundhed - Orofacial Smerte og
 Kæbefunktion
 (odontologi)

Eva Sidelmann Karring
 Lektor, tandlæge, ph.d.
 Institut for odontologi
 (odontologi)

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

Overlæge, dr.med.
 Inge Jenny Dahl Knudsen
 Rigshospitalet
 (klinisk mikrobiologi)

Professor, overlæge
 Kjeld Andersen
 (psykiatri)

Overlæge
 Anna Kalhauge
 Diagnostik Center
 Diagnostisk radiologisk klinik
 (radiologi)

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

Chefjordemoder
 Mette Simonsen

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

Professor, ph.d.
 Jette Kolding Christensen
 Center for Almen Medicin
 Aalborg Universitet
 (almen medicin)

Speciallæge dr.med.
 Peter Vilhelm Uldall
 Rigshospitalet
 Neuropædiatrisk afsnit
 (neuropædiatri)

Tandlæge, p.hd., dr.odont.

Bjarne Klausen
(odontologi)

Professor, overlæge

Katarina Maria Main
Rigshospitalet
Vækst og reproduktion
(pædiatri)

Professor, overlæge, ph.d.

Jørgen Rungby
Bispebjerg hospital
(endokrinologi)

Professor, overlæge, dr.med.

Peter Damm
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik
(obstetrik)

Professor

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

Professor, overlæge, dr.med.

Hendrik V. Arenstorff Vilstrup
Aarhus Universitetshospital
Lever - Mave- og tarmsygdomme
(hepatologi)

Overlæge, ph.d.

Andreas Schröder
Aarhus Universitetshospital
Forskningsklinikken for
Funktionelle lidelser
(psykiatri)

Professor

Jørgen Nordling
Gentofte Hospital
Urologisk Afdeling
(urologi)

Overlæge

Hanne Dorthe Mouritsen
Harders
(radiologi)

Ledende overlæge

Charlotte Wilken-Jensen
Hvidovre Hospital
Gynækologisk/obstetrisk afdeling
(gynækologi/obtetrik)

Overlæge

Kikke Hagen
BBH Abdominalcenter K
(mave/tarm kirurgi)

Ledende overlæge. Professor,

dr.med., ph.d.
Svend Ellemann-Eriksen
Aarhus Universitetshospital
(Klinisk mikrobiologi)

Overlæge, ph.d.

Klaus Hindsø

Børnesektionen,
Ortopædkirurgisk Klinik,
HovedOrtoCentret.

(ortopædkirurgi)

Overlæge, dr.med.

Katja Vogt

Overlæge
Jakob Kristensen
Rigshospitalet
Neurologisk Afdeling
(neurologi)

Overtandlæge Ulla Pallesen
(odontologi)

Speciallæge, dr.med.
Gudrun Boysen
(neurologi)

Retskemiker, seniorforsker
Jørgen Bo Hasselstrøm

Overlæge, klinisk lektor, ph.d.

Nikolaj Eldrup
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik
(karkirurgi)

4.3 Retslægerådets sekretariat 2020

Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere i 2020:

Sekretariatschef Eva Aaen

Souschef Niels Astrup Tipsmark

Souschef Erich Erichsen

Fuldmægtig Michelle Knudsen

Fuldmægtig Mette Vejlgård Tofting

Fuldmægtig Julie Birch Skiffard

Fuldmægtig Pernille Borup Jensen

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:

Overlæge, klinisk lektor Mikkel Eid

Overlæge, dr.med Henrik Nielsen

Speciallæge, ph.d. Marianne Cathrine Rohde

Overlæge, dr.med Troels Bundgaard

Administrativt personale:

Kontorfuldmægtig Dorthe Vestergaard Nielsen

Kontorfuldmægtig Louise Kirk Abel

Overassistent Lise Lotte Poulsen

Assistent Lotte Sørensen

Overassistent Sissel Maagard Nielsen

Kontorassistent Marco Worm

Kontorfuldmægtig Diana Worm

