

Retslægerådets
årsberetning

2018

ISBN 978-87-89648-18-7

Udgivet juni 2019

FORORD	3
I. UDVALGTE EMNER OG SAGER AF INTERESSE	5
PTSD HOS 12-ÅRIG DRENG	5
MENTAL RETARDERING I LETTERE GRAD ELLER SINKE MED AUTISME?	15
FORVARING OG SÆRLIGE PSYKIATRISKE UDFORDRINGER	18
OPHÆVELSE AF DOM OM PSYKIATRISK BEHANDLING PÅ PSYKIATRISK AFDELING VED UDVISNING TIL HJEMLAND	25
RETSLÆGERÅDETS FORRETNINGSORDEN § 7: FREMSENDT MATERIALE IKKE FYLDESTGØRENDE	28
II. STATISTIK	40
SAGER MODTAGET OG AFSLUTTET I RETSLÆGERÅDET 2016-2018	40
ANTAL LÆGEFAGLIGE SAGER MODTAGET OG AFSLUTTET I RETSLÆGERÅDET 2016-2018	41
SAGSBEHANDLINGSTID, ANGIVET I DAGE, I RETSLÆGERÅDET 2016-2018	42
III. RETSLÆGERÅDETS LOVGRUNDLAG OG ORGANISATION	43
LOVBESTEMMELSER M.V.	43
RETSLÆGERÅDETS MEDLEMMER 2018	47
<i>Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2018</i>	48
<i>Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2018</i>	50
<i>Retslægerådets sekretariat 2018</i>	60

Forord

Året 2018 har igen været et spændende år i Retslægerådet, som har været præget af fortsatte forandringer. For det første har rådet i 2018 fundet sig tilrette i de nye rådslokaler i Toldboden i Viborg og afholdt sine rådsmøder der. For det andet er der sideløbende med afgivelsen af udtalelserne, som altid har højeste prioritet, blevet plads til at gennemføre nye tiltag, som kommer til at præge arbejdet de næste år.

Det største projekt og den største forandring er digitaliseringen af de somatiske sager (E-sager), som har taget form efter en langsom start. Ved årets afslutning var antallet af sager, der var påbegyndt og voteret digitalt nået op på 100. I takt med, at vi modtager digitale sager fra domstolens sagsportal, vil sagerne fremover blive videresendt digitalt. Vores erfaringer med de sager, der er gået gennem hele processen har indtil nu været positive. Der vil dog fortsat løbende ske justeringer for at sikre og optimere brugervenligheden. Vi har også optimistiske meldinger fra sekretariatet på vurderingen af effekten på den samlede sagsbehandlingstid fremover. Ingen tvivl om, at det samlet set er et stort skridt i den rigtige retning, og vi er meget tilfredse med de resultater, som vi har nået indtil videre.

Retslægerådet var i 2018 i pressens kritiske søgelys i forbindelse med sit arbejde. Rådet inddrager den læring, der er forbundet hermed. For Retslægerådet bekræfter det vigtigheden af at sikre, at Retslægerådet i sine udtalelser holder fokus på det rent lægefaglige. Retslægerådet var også i 2018 deltager ved flere møder med henblik på at udbrede kendskabet til rådets arbejde.

Sekretariatet i Viborg har atter i 2018 undergået store forandringer med en helt ny fuldmægtigbesætning over sommeren, som har vist sig kompetent og effektiv. Ud over digitaliseringsprocessen, som hele sekretariatet har været involveret i, så har overgangen til et nyt sagsbehandlingssystem i november medført en række nye opgaver i sagsstyringen. Dog har det den meget vigtige og positive effekt, at

sekretariatet blandt andet fremover vil kunne sætte sagerne i erindring og dermed følge sagernes fremdrift. Alt i alt er der sket nogle væsentlige løft i sagsbehandlingen, som vi kommer til at høste fordel af fremover.

Årsberetningen for 2018 indeholder også i år eksempler på sager, der illustrerer de komplekse og svære problemstillinger rådets sagkyndige skal vurdere. Det er helt afgørende for domstolene, at det er landets højeste ekspertise, der besvarer spørgsmålene. Det sikrer mod tilstande, som ses andre steder i verden, hvor lægefaglige spørgsmål afgøres ved tvekamp mellem ekspertvidner i retssalen. I Danmark er det yderst sjældent, at Retslægerådet indkaldes som vidner i verserende sager, oftest kan spørgsmålene besvares skriftligt eventuelt ad flere omgange. Retslægerådets eksistensberettigelse er således grundlæggende afhængig af den faglighed, der leveres af vores mange voterende. En stor tak for det.

Med disse ønskes god læselyst til Retslægerådets Årsberetning 2018.

Med venlig hilsen

Annie Vesterby

Bent Ottesen

Mette Brandt-Christensen

Næstformand

Formand

Næstformand

I. Udvalgte emner og sager af interesse

PTSD hos 12-årig dreng

Resumé

En nu 12-årig dreng (2017), var som 5-årig den xx.xx.2010 involveret i et trafikuheld, idet han som sovende bagsædepassager, der var fastspændt i barnestol, blev påkørt bagfra af en anden bil. Han blev indbragt til skadestuen, hvor der ved røntgenundersøgelse blev konstateret brud på venstre hælben (calcaneus). Denne blev behandlet sufficient, men i efterforløbet var der svære psykologiske symptomer i form af PTSD, der blev søgt behandlet ved psykolog igennem en længere årrække. Sagen omtales i årsberetningen, fordi det er en af de første sager af den type, som Retslægerådet behandler.

Forløb:

Retten fremsendte spørgetemaer i to omgange.

Retslægerådet afgav første udtalelse den 18. juli 2017 og besvarede de stillede spørgsmål (1-6) således:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilke helbredsmæssige gener sagsøger pådrog sig ved ulykken den 7. januar 2010.

Brud- og hudlæsion af fod. Anses for beskrevet af ortopædkirurg og egen læge.

Der er af psykolog og børnepsykiater beskrevet klare PTSD symptomer i form af:

- a) Undgåelsesadfærd – løber væk, hvis han oplever noget, der kunne minde om ulykkestilfældet, for eksempel fastholden og kontroltab. Gemmer sig og lukker af for omgivelser.

- b) Hyperreaktion/arousal ved små hændelser og specielt lyde, hvor han bliver angst og urolig er han svær at bringe til ro. Beskrives af psykolog som i konstant angstberedskab.
- c) Genoplevelse – det første år natlige mareridt og nu stadig indsovningsproblemer med angst for adskillelse fra mor. Angst når mor hviler sig/lukker øjne.
- d) Humørsvingninger og koncentrationsbesvær.

Vedrørende kriterier for PTSD diagnose hos børn henvises til European Journal of Psychotraumatology vol 8, 2017, der beskriver, hvordan international diagnose kodning DSM V og ICD 11 kan anvendes på børn. Hovedpine uden somatisk forklaring, er kommet i efterforløb og må betegnes som en belastningsreaktion som følge af nedsat trivsel i hverdagen på grund af ovenfor beskrevne psykiske problemer som følge af ulykkestilfældet. Symptomerne er aftaget som følge af psykologbehandling, men ser ud til at tiltage ved behandlingsophør.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøger har pådraget sig varige helbredsmæssige gener som følge af ulykken den 7. januar 2010. I bekræftende fald bedes Retslægerådet anmode om disse.

Symptomerne som følge af PTSD ser for nuværende ud til at være persisterende. Undersøgelser viser, at PTSD-symptomer 8-10 måneder efter traume giver øget risiko for kronificering. Det skal dog fremhæves, at børn kan have større chance for helbredelse end voksne ved rette støtte og behandling. Det fremgår af psykologbeskrivelse, at han bedre under behandling. Symptomer kan i modsat fald forværres og som beskrevet af børnepsykiater, er der risiko for hans uddannelsesmuligheder og fremtidsudsigter.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøgers tilstand som denne er beskrevet i speciallægeerklæringer af henholdsvis 19. juni 2015 og 14. december 2015, udfærdiget af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri X, må anses for at være forårsaget af ulykken den 7. januar 2010, jf. bilag 8 og bilag 23.

Ja, der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1. Det skal fremhæves, at årsagen til udviklingen af PTSD-symptomer skyldes flere faktorer – selve ulykkestilfældet. At søster måtte slå rude ind for at få ham ud, at moderen sad fastklemt og måtte skæres ud. Moderen kom direkte på operationsbord og ingen informerede børnene om, hvad der skete. Således var der ikke nogen, der fortalte dem, at hun ikke var død før andre familiemedlemmer kom til stede. Det vil sige, at han i timer efter ulykkestilfældet ingen voksne havde, der kunne trøste/betrygge og stressreducere, hvilket er helt afgørende for børn. Moderen har på grund af egne skader og senfølger heraf ikke haft tilstrækkelige ressourcer til at hjælpe ham, og hun beskrives af psykolog at have en følelse af magtesløshed, hvilket vil forstærke barnets symptomer. Egen læges journal bekræfter dette. Der gik således 1 ½ år efter ulykkestilfældet, før der kom orden i hans vaccinationer.

Spørgsmål 4:

I forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 3 anmodes Retslægerådet om at oplyse, om de beskrevne gener hos sagsøger – under hensyntagen til sagsøgers alder – kan diagnosticeres som en posttraumatisk belastningsreaktion.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet angive sværhedsgraden af den posttraumatiske belastningsreaktion.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 og 3. Hans symptomer opfylder kriterierne for PTSD. Psykiske traumer hos børn kan have voldsomme følger, idet børn har færre følelsesmæssige og kognitive ressourcer til at bearbejde

traumet. De kan derfor blive slået helt ud af deres psykiske udviklingskurs. Der går 1 ½ år fra ulykkestilfældet til psykologbehandling, hvilket må antages at have været med til at forværre symptomer. PTSD graden vurderes at være middelsvær til svær.

Spørgsmål 5:

Såfremt spørgsmål 4 besvares benægtende, bedes Retslægerådet angive diagnose og sværhedsgrad for sagsøgers psykiske gener efter trafikulykken den 7. januar 2010.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Retslægerådet har i en udtalelse af 15. juni 2018 besvaret en række supplerende spørgsmål (spørgsmål A-M og spørgsmål 7) således:

”Spørgsmål A:

Er der i sagens bilag tilstrækkeligt sikkert grundlag for, at man - med mere end overvejende sandsynlighed - kan vurdere sværhedsgraden af sagsøgers diagnose samt varigheden af diagnosen?

Der henvises til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, hvori rådet anfører, at symptomerne som følge af PTSD ser for nuværende [min fremhævning] ud til at være persistente. Det skal dog fremhæves {min fremhævning}, at børn kan have større chancer for helbredelse end voksne ved rette støtte og behandling. Det fremgår af psykologbeskrivelse, at han bedres under behandling [min fremhævning]

Videre henvises der til speciallægeerklæringen af 19 juni 2015 (bilag 8), hvoraf fremgår, at de fleste af sagsøgers symptomer er blevet 40-50 % bedre, ligesom flere af sagsøgers symptomer - som er kriterier i ICD-10 når det gælder PTSD - er forsvundet.

Endvidere henvises til Arbejdsskadestyrelsens revurderingen af 30. september 2015, hvoraf følgende fremgår (bilag 15 side 2 nederst): Men graden ska1 i aktuelle sag vurderes ud fra den seneste beskrivelse af tilstanden og i den seneste erklæring er der ikke symptomer, der kan begrunde diagnosen PTSD [mm fremhævning].".

Spørgsmål B:

I tilslutning til besvarelsen af spørgsmål A bedes Retslægerådet redegøre for, om de enkelte kriterier i ICD-10 diagnosen (altså diagnose kriterierne) - herunder særligt kriterierne C, D1-D2 og E - er tilstrækkeligt belyst i sagens bilag til, at sværhedsgraden reelt og objektivt kan defineres?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål C:

Er det Retslægerådets vurdering, at speciallægeerklæringerne fra psykiater X (bilag 4, 8, 23) indeholder en tilstrækkelig og systematisk gennemgang af de diagnostiske kriterier for PTSD, således at det er mere end overvejende sandsynligt, at diagnosen er korrekt?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål D:

Er det I øvrigt Retslægerådets vurdering, at udtalelserne/erklæringerne fra psykologerne i sagen (bilag 6, 5, 7 og 25) indeholder en tilstrækkelig og systematisk gennemgang af de diagnostiske kriterier for PTSD, således at det er mere end overvejende sandsynligt, at diagnosen er korrekt?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål E:

Mener Retslægerådet ikke, at en mere systematisk gennemgang af diagnosekriterierne for PTSD burde udgøre forudsætningen for afgørelsen af, hvorvidt der er tale om en svær eller blot middelsvær grad af PTSD, endsige om der er tale om PTSD eller snarere en svær belastningsreaktion?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål F:

Er sagsøgers hovedpine tilstrækkeligt undersøgt-, udredt- og belyst til, at man - med mere end overvejende sandsynlighed - kan vurdere, hvad årsagen til hovedpinen er?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål G:

Er det mere end overvejende sandsynligt, at der ikke er prædisponerende faktorer, som har betydning for sagsøgers psykiske tilstand?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål H:

Forekommer det afklaret for Retslægerådet, hvordan belastninger relateret til fækal inkontinens adskiller og begrænser sig i forhold til en række af de i sagen omtalte psykesociale udfordringer som skadelidte her?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål J:

Kan sagsøgers symptomer og situation henføres til psykesociale omstændigheder?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål K:

Har sagsøgers sociale situation medført en forværring og et symptombillede, der aktivt bidrager til sværhedsgraden?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål L:

Kan Retslægerådet udelukke, at sagsøgers mors og familiens belastning kan have afstedkommet belæg for diagnosen PTSD?

Retslægerådet bedes uddybe sit svar.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om Retslægerådets supplerende besvarelse af spørgsmål A-M giver anledning til en ændret besvarelse af spørgsmål 1-6.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvilke spørgsmål Retslægerådet vil besvare anderledes, ligesom Rådet bedes angive spørgsmålenes ændrede besvarelse.

Ad spørgsmål A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, og 7:

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet bemærke, at rådet anser de supplerende spørgsmål for besvaret i udtalelse af den 18. juli 2017.

Spørgsmål M:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej. ”

Kommentar

PTSD hos børn er først blevet defineret som børnediagnose de senere år, men børns stressreaktion efter traumer har været kendt i mange år. Det er også kendt, at stresssymptomer hos børn ved manglende behandling eller fortsat tilstedeværende stress kan få kroniske symptomer benævnt kronisk eller toksisk stress.

PTSD hos børn adskiller sig fra PTSD hos voksne på flere punkter. Først og fremmest fordi barnets hjerne er under udvikling og derfor mere følsom for stress. Stress øger produktion af adrenalin og binyrebark og nedreguleres, når stress ophører eller den nærmeste voksne yder stabil støtte og betrygger barnet. Hvis disse to ting udebliver, fortsætter den øgede stresshormonproduktion og dette påvirker hjernens udvikling. De områder i hjernen, der påvirker angst, frygt og impulsiv adfærd, producerer flere nerveforbindelser, mens de områder, der regulerer fornuft, hukommelse, planlægning og adfærdskontrol, producerer færre nerveforbindelser.

Børns udviklingstrin og dermed evne til at forstå og håndtere traumet har stor betydning. Jo mindre barnet er, jo større betydning har forældres/nærmeste voksnes evne til at beskytte, sikre og følelsesmæssigt rumme barnets reaktion. Hvis barnets primære omsorgsperson/forælder har været med i traumet, er der øget risiko for at barnet udvikler symptomer på PTSD. Børn kan udvikle PTSD ved at overvære eller få viden om forældres traumer. Hvis primære forælder har nedsat funktionsniveau, er der stor risiko for, at barnet får vedvarende symptomer.

Hos voksne er der skarpt definerede diagnostiske kriterier, der skal være opfyldt for at give diagnosen PTSD. I diagnosticeringen af børn har man lagt sig tæt op af voksenkriterierne. Det viser sig imidlertid, at børn, hvor disse kriterier er næsten men ikke helt opfyldt, ofte vil have de samme følger følelses- og adfærdsmæssigt samt kognitivt, som de børn, hvor kriterierne er helt opfyldt. Børn kan reagere mere uspecifikt og afhængig af alder og udviklingstrin have

andre symptomer. Mest udtalt er reaktioner som tilbagegang i udvikling og erhvervede færdigheder (regression) herunder urenlighed, psykosomatiske symptomer som mave- og hovedpine, generelle angstsymptomer i forhold til tidligere og udtalt frygt for adskillelse/separationsangst i forhold til forældre. Ved langvarig stress påvirkes barnets immunapparat/modstandskraft også.

I denne sag er der først et akut traume, idet drengen selv oplever ulykken, der forstærkes af, at søster har svært ved at få ham ud og mor sidder fastklemt. Dette efterfølges af yderligere akut traume, da børnene kort efter adskilles fra mor, der køres til hospital og direkte til operation. Børnene venter i usikkerhed/videnløshed om mors skæbne i cirka 1½ time, indtil familie kommer til. Der går yderligere timer, inden drengen ser sin mor. Mor bor alene med to børn og hendes omsorgsopgaver for børnene kunne ikke erstattes af et andet familiemedlem. Drengen er på ulykkestidspunktet fem år, og dermed helt afhængig af den primære omsorgsperson, i dette tilfælde mor.

I årene efter ulykken har mor (og til dels søster) mange følger efter egen skade. Mor kan ikke genoptage sit arbejde og må på grund af træthed og smerter ofte hvile sig. Mor har derfor svært ved at udfylde sin sædvanlige morrolle og dermed også at betrygge og stressreducere barnet. Psykologbehandling af barnet tilbydes efter 1½ år, hvor tilstanden allerede er blevet kronisk og dermed svært behandlelig.

I den aktuelle sag blev der indgået forlig mellem parterne efter, at Retslægerådet havde afgivet sin udtalelse. Det er ikke muligt at vurdere, i hvilket omfang rådets svar har påvirket dette udfald. Retslægerådet har tidligere foretaget en undersøgelse af samtlige E-sager modtaget i rådet i løbet af et år - 776 stk. (2008). Formålet med undersøgelsen var at tilvejebringe et retvisende billede af, hvordan rådets udtalelser benyttes af domstole og myndigheder, når samtlige sager modtaget inden for en given periode undersøges. Gennemgangen viste, at 26% blev forligt, 28% blev hævet, 20% var der faldet dom og 27% var endnu

uafklarede (<http://www.retslaegeraadet.dk/Artikler>). Rådet har som anført ikke mulighed for at vurdere, om rådets udtalelser har været afgørende for en eventuel beslutning om at hæve henholdsvis forlige en sag, men kan blot konstatere, at beslutningen er truffet efter, at Retslægerådet har afgivet sit svar.

Mental retardering i lettere grad eller sinke med autisme?

A blev 24 år gammel sigtet for adskillige tilfælde af brandstiftelse.

A var født med føtalt alkoholsyndrom og blev efter psykologisk testning opfattet som mentalt retarderet. Han havde de sidste år beboet en institution for personer med nedsat psykisk og fysisk funktionsevne. Det fremgår, at han var væsentligt mindre handicappet end de øvrige beboere, men mere egenartet. Han modtog førtidspension og administrerede selv, sin økonomi og købte selv sin mad. Han var beskæftiget i et dagtilbud for personer med autisme (kontaktforstyrrelse) og ADHD (forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed), hvor han brugte en del tid ved sin computer. Han beherskede dansk, så han kunne følge med i film med undertekster, og han havde via computeren tillige lært en del engelsk. Han havde planer om videreuddannelse inden for IT-området.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, idet der blev fremsendt en men-talobservation og rådet diskuterede, hvorvidt anbringelse på en institution for mentalt retarderede eller på en psykiatrisk afdeling var mest hensigtsmæssig.

Af sagens akter fremgår følgende: A blev født af en kvinde, der i mange år havde været afhængig af alkohol, og havde ved fødslen et såkaldt føtalt alkoholsyndrom (hæmmet vækst og hjerneskade med risiko for indlæringsvanskeligheder og hyperaktivitet). A's fader afsonede en forvaringsdom for sædelighedskriminalitet.

EEG-optagelse (undersøgelse af hjernens elektriske aktivitet) af A, havde vist forandringer forenelig med diagnosen epilepsi, og A var i behandling mod dette fra 6 til 13-årsalderen. Han havde herefter ingen anfald. MR-skanning (billeddannende undersøgelse) af hjernen, bekræftede mistanken om alkoholskader påført i fostertiden.

A blev, da han var 2 år gammel, anbragt uden for hjemmet i pleje og har siden kun haft sparsom kontakt med sine biologiske forældre. Fra 2015 har A beboet flere forskellige institutioner for personer med ud-viklingshæmning og autisme. Mht. uddannelse har han gået i special-klasse og på specialskole og har lært at læse dansk. Han kan også noget engelsk og kan bruge en computer. A har ikke afsluttet folkeskolens afgangsprøve og blev tilkendt førtidspension som 18-årig. Han styrer selv sin økonomi.

I 2009 blev A undersøgt i Børne-ungdomspsykiatrien og fandtes ved psykologisk testning middelsvært mentalt retarderet og præget af ADHD med utilpasset adfærd. Der forsøgte medikamentel behandling, som på grund af manglende effekt atter blev afbrudt. I 2014 konstateredes i psykiatrien, at han udover mental retardering havde mange autistiske træk.

A har aldrig haft noget misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer og fik ved mentalobservationen ingen medicinsk behandling.

Til mentalundersøgelsen oplyste A, at han ikke er særlig social, og det fremgik, at han var impulsiv med trang til utilpasset adfærd, fx at sige obscøne ord. Han har haft mange interesser, senest computerprogrammering, og han fulgte mange hjemmesider, herunder journalistiske. Specielt angav han at være voldsomt fascineret af større ulykker og brande, og var ofte taget ud for at se på sådanne hændelser.

Han spiste med engangsbestik på grund af frygt for bakterier i opvaskemaskinen, og han skiftede tv-kanaler i en nøje fastlagt rækkefølge. Han benægtede tvangstanker, idet han dog har omtalt baggrunden for det påsigtede som en nærmest tvangsagtig optagethed af ildebrand. Under opholdet på retspsykiatrisk afdeling var A ofte henvist til ophold på sin egen stue på grund af sin adfærd og sprogbrug som provokerede medpatienterne. Han frembød ikke sindssygelige tegn, men var svært selvcentreret, konkret opfattende og rigid af tankegang. Ved psykologisk testning blev han fundet begavet svarende til sinkestadiet med en IQ på 75, men en ujævn profil svarende til de frontale skader. Klinisk psykiatrisk blev han beskrevet med talepres med private associationer, obskøniteter og perseveration om detaljer. Han havde mange specielle færdigheder, eksempelvis vedr. Danmarks geografi, men manglede evne til socialt samspil, havde diskrete tics, var lydoverfølsom, impulsiv og behovsstyret. Man vurderede, at han havde et stort behov for hjælp til struktur i hverdagen bl.a. for at opretholde almindelig hygiejne. Han fandtes således udover dårlig begavelse præget af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Han ville ikke kunne klare sig selv, og havde brug for intensiv støtte og guidning i alle døgnets vågne timer. For en samlet vurdering beskrives han på grund af sit funktionsniveau som mentalt retarderet i lettere grad og det anbefales ved mentalobservationen, at han fik dom til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap.

Retslægerådet finder A præget af autistisk forstyrrelse tillige med lavt intelligensniveau, således at hans tilstand for en samlet betragtning er ligestillet med mental retardering af lettere grad. Han findes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Desuden anbefalede Retslægerådet, såfremt han fandtes skyldig i det påsigtede, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., dom til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en betydelig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.

Kommentar

Der var ikke uenighed om, at der i As tilfælde var en meget stor recidivrisiko i ligeartet kriminalitet, specielt fordi ildspåsættelserne tilsyneladende hang intimt sammen med As psykopatologi. Retslægerådets voterende diskuterede herefter, om man skulle anbefale, at A anbragtes på psykiatrisk afdeling eller på institution for mentalt retarderede for at imødegå denne risiko. Den fremherskende opfattelse var, at med en IQ sv.t. midt i sinkeområdet og relativt svær autisme, hvor A krævede omfattende socialpædagogisk støtte for at klare dagligdagen, ville han trods sine særlige egenskaber (fx brug af computer) være bedst placeret på en institution for mentalt retarderede. Social kompetence indgår således også som et aspekt af normal begavelse jf. ICD-10. Hertil kommer, at der ikke sås at være sikre psykiatriske behandlingsmuligheder, og at han bl.a. pga. sin store støjoverfølsomhed og manglende sociale kompetencer kunne reagere meget uhensigtsmæssigt konfronteret med miljøet på en psykiatrisk afdeling.

Retten afsagde kendelse om anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap.

Forvaring og særlige psykiatriske udfordringer

A blev den 26. januar 2018 i byretten idømt forvaring for flere forhold af voldtægt i form af samleje og i form af andet seksuelt forhold end samleje, forsøg herpå og blufærdighedskrænkelser begået over for børn under 12 år, besiddelse af børnepornografiske film samt overtrædelse af tidligere idømt pålæg om ikke at lade børn under 18 år tage ophold i sin bolig. Han blev i 2007 dømt for ligeartet kriminalitet, og modtog i den forbindelse fængselsstraf og sexologisk behandling på special-afsnit.

Både ved mentalerklæring i 2007 og i 2017 blev ved A vurderet i høj risiko for ny ligeartet kriminalitet, og i mentalerklæring fra 2017 vurderet at udgøre en væsentlig fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, hvorfor anvendelse af forvaring i stedet for fængsel fandtes påkrævet for at forebygge denne fare. Der blev henvist til As personlighedsmæssige afvigelse som begrundelse herfor. Retslægerådet tilsluttede sig mentalundersøgende overlæges vurdering med hensyn til vurdering af farlighed og anbefaling om forvaring og henviste tillige til den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet.

Ved stillingtagen til spørgsmålet om forvaring i sædelighedssager er betingelserne i farekriteriet lempeligere end i øvrige sager, idet faren skal være "væsentlig", hvilket ifølge forarbejderne til loven er et bredere begreb end "nærliggende", og idet der ved udeladelsen af ordet "navnlig", skal lægges mindre vægt på tidligere kriminalitet.

Denne vurdering af farlighed uanset karakteren af den påsigtede kriminalitet stiller krav til den psykiatriske undersøgelse og mentalerklæring, som bør indeholde en grundig beskrivelse af personlighedstræk samt en udførelse af en struktureret, valideret voldsrisikovurdering. Den samlede psykiatriske vurdering af farlighed er en syntese af lægefaglige, psykologfaglige og ikke lægefaglige forhold, og består i et skøn, som ikke har nøjagtighedens karakter. Ikke sjældent ser Retslægerådet et behov for en nøjere graduering af anbefalingen af forvaring, da mange forskellige faktorer spiller ind og komplicerer den endelige stillingtagen, hvilket i rådet er et fremtidigt opmærksomheds-punkt.

A var 30 år gammel, da han den 21. december 2007 i byretten blev idømt tre års fængselsstraf for seksualforbrydelser begået mod en række mindreårige børn i den børnehaven, hvor han var ansat som pædagogmedhjælper. Hertil blev han frakendt

retten til erhvervsmæssigt eller i forbindelse med fritidsaktiviteter at beskæftige sig med børn og unge under 18 år. Desuden meddeltes han pålæg om ikke at lade børn under 18 år tage ophold i sin bolig eller uden politiets tilladelse selv at tage ophold hos personer, hos hvem der opholder sig børn under den nævnte alder. A modtog i forbindelse med afsoning og senere vilkårs-bestemt sexologisk behandling og vurderedes at have profiteret heraf. Han blev løsladt den 15. juni 2009.

Daværende mentalobservation dateret den 23. oktober 2007 konkluderede, at A var normalt begavet og ikke sindssyg og heller ikke havde været det i tidsrummet for den påsigtede kriminalitet. Personlighedsmæssigt var han karakteriseret ved tilbøjelighed til tilbagetrækning fra følelsesmæssig og social kontakt, med en forkærlighed for sit indre fantasiliv og desuden ængstelig af natur. Man fandt en nærliggende risiko for fremtidig ligartet kriminalitet. Konklusionen lød:

”A må herefter henføres til den i straffelovens § 69, stk.1, omhandlede personkreds. I fald A findes skyldig i det påsigtede kan ikke anbefales foranstaltninger som beskrevet i samme lovs § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end almindelig forskyldt straf til imødegåelse af en sandsynligvis nærliggende risiko for fremtidig ligartet kriminalitet. I henseende til As personlighedsmæssige egenart skal det imidlertid – såfremt det er muligt – anbefales, at han allerede inden dom flyttes fra arresten, hvortil han nu er tilbageført, til Anstalten ved Herstedvester”.

Ved modtagelsessamtale i fængsel den 7. marts 2008 forklarede A, at han ikke havde andet i hovedet end trang til at se børneporno, og at hans seksuelle drift var rettet mod børn, overvejende piger, hvilket var særdeles problematisk for ham således, at han overvejede kastration ved egen hånd eller på privathospital. A opsøgte selv viden om pædofili, da han blev klar over egen seksuelle orientering, og nåede til den konklusion, at det ikke kunne behandles. Overgrebene, som han var dømt for, fandt sted i en vanskelig periode i hans liv, hvor han følte sig stresset.

A modtog på sexologisk specialafdeling behandling i perioden maj 2008 til juni 2011, hvor han afsluttedes efter vilkårsophør. Det står anført, at A havde haft store vanskeligheder med at bearbejde det pådømte men havde vist sig engageret og autentisk ved arbejdet med risikofaktorer i forhold til at undgå tilbagefald til kriminalitet.

Den 26. januar 2018 blev A i byretten idømt forvaring for flere forhold af voldtægt i form af samleje og i form af andet seksuelt forhold end samleje, forsøg herpå og blufærdighedskrænkelser begået over for børn under 12 år, besiddelse af børnepornografiske film samt overtrædelse af tidligere idømt pålæg om ikke at lade børn under 18 år tage ophold i sin bolig.

Af mentalerklæring afgivet den 30. juni 2017 fremgår om hans sociale forhold, at hans forældre blev skilt, da han var 2 år gammel, hvorefter han voksede op med en stofmisbrugende mor og stedfar indtil moderens død, da han var 11 år gammel. Hun døde af en overdosis. Herefter blev han sammen med sin 2 år yngre bror anbragt i plejefamilie til han var 19 år gammel. Han bevarede en vis kontakt til sin biologiske far. A havde faglige og sociale problemer i skolen og fik ingen afgangseksamen, men uddannede sig efterfølgende som møbelpolstrer og fik ansættelse som sådan. Senere blev han ansat som pædagogmedhjælper i forskellige daginstitutioner, og senest var han beskæftiget som rengøringsassistent. A har aldrig været gift eller samlevende, han har ingen børn og har levet med en yderst begrænset social kontaktflade hele sit liv. A lagde stor energi i at minimere kontakt med andre mennesker. Hans tid frem til seneste frihedsberøvelse gik med et rengøringsjob og fritiden med internet og kunsthåndværksmæssige produktioner af vikingesmykker.

Videre af erklæringen fremgår, at A var indlagt som varetægtsarrestant og surrogatanbragt på psykiatrisk afdeling i forbindelse med den første mentalundersøgelse i perioden 13. juli til 4. oktober 2007, hvor han indledningsvis fremstod grædende, krisepræget og med depressive symptomer. Med tiden blev han dog mere samlet, passede sine aktiviteter i afdelingen og magtede også at varetage sine private anliggender med hensyn til at foretage telefonopkald til forskellige instanser. Han beskrives relevant og apsykotisk, men med tydeligt besvær med social og fysisk kontakt. Endvidere fremgår, at A erkendte at være i besiddelse af en afvigende seksualitet, og at han gjorde sig tanker om at kastrere sig selv.

Ved mentalundersøgelsen foretaget i 2017 oplyste A til overlægen, at han havde overordentligt svært ved at omgås andre mennesker, og udelukkende havde kontakt med personer, som opsøgte ham. Han havde lettere ved at være sammen med børn end voksne. Desuden beskrev A en samlermani, et udtalt behov for orden og struktur og selv-henføringstendens. A forklarede videre om sine vanskeligheder, at han havde

besvær med at benytte elektroniske tjenester som e-boks, nem-id og netbank, men med YouTube gik det bedre. Endelig var han plaget af hukommelses- og koncentrationsvanskeligheder, og humørmæssigt følte han sig meget forvirret og aldrig rigtig glad. Der blev foretaget CT scanning af hjernen, en billeddannende røntgenundersøgelse, som viste normale forhold. A var legemligt rask og han havde aldrig haft misbrug endsige brug af rusmidler.

Den psykologiske undersøgelse omfattede foruden samtale et testbatteri bestående af fastlæggelse af intelligensniveau (WAIS), strukturerede undersøgelser af hukommelse og koncentration (ACE, d2-testen og listeindlæring), projektive personlighedsmæssige tests (Rorschach og Rotters sætningsfuldendelsestest), spørgeskema vedrørende personlighedstræk (MCMI-III), spørgeskema vedrørende seksuelle præferencer (Hanson Sex Attitude questionnaire) og endelig risikovurdering med hensyn til fremtidig seksualiseret vold (SVR-20). Af den psykologiske undersøgelses konklusion fremgår, at A i sin tankegang var meget metodisk og træg med grundig ræsonnering, og han frembød store problemer med koncentration og opmærksomhed. Man fandt visse tegn på formelle og indholdsmæssige tankeforstyrrelser med private og til tider bizarre associationer. Kontakten beskrives svært læderet såvel formelt som emotionelt med en autistisk kvalitet. A vurderedes at signalere seksuel frustration, foruden at han tilkendegav klare pro-pædofile holdninger. A var i hovedtræk afvisende overfor at samarbejde omkring de projektive tests i undersøgelsen, hvilket også var tilfældet ved mentalundersøgelsen i 2007. Disse prøvers ustrukturerede form gjorde ham tydeligvis utryg. Personlighedsmæssigt fandtes han skizoid og depressiv, men der sporedes også vrede, irritation og aggression.

Den mentalundersøgende overlæge fandt A yderst ejendommelig i fremtoning og adfærd, og hans tankegang vag, konkret og præget af privat logik. Diagnostisk fandt overlægen A tilhørende det autistiske spektrum eller lidende af en såkaldt skizotypisk sindslidelse, dog vurderedes han ikke sindssyg eller ligestillet hermed. Risikoen for fremtidig ligartet kriminalitet bedømtes høj. Konklusionen lød:

”A findes herefter omfattet af straffelovens § 69, men man kan ikke såfremt han findes skyldig pege på nogen foranstaltning jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlig end straf. Der må ud fra As personlighedsmæssige egenart antages at

bestå en væsentlig fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, hvorfor anvendelse af forvaring i stedet for fængsel findes påkrævet for at forebygge denne fare”.

Retslægerådet udtalte den 13. september 2017, at A var omfattet af straffelovens § 69 og tilsluttede sig mentalundersøgende overlæges vurdering af, at A frembød en væsentlig fare og anbefaling om idømmelse af forvaring med henvisning til den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet, samt det om As personlighedsmæssige karaktertræk oplyste.

Kommentar

Forvaring blev indført i sin nuværende form i dansk ret i 1973, som led i en omfattende reform af straffelovens sanktionssystem. Forvaring er i den danske straffelov betegnet som en foranstaltning, og ikke som en straf. Sondringen mellem foranstaltning og straf er dog, når det gælder forvaring, snarere teoretisk, og i praksis er der tale om en tidsubestemt straf. I henhold til straffuldbyrdelseslovens § 105, placeres forvaringsdømte som altovervejende hovedregel i Herstedvester Fængsel, det eneste fængsel i Danmark med speciale i psykiatrisk og psykologisk behandling.

I Danmark forudsætter en dom til forvaring efter straffelovens § 70, at tre kriterier skal være opfyldt:

- Kriminalitetskravet, nemlig at sigtede findes skyldig i drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, trusler af den i straffelovens § 266 nævnte art eller brandstiftelse eller forsøg på en af de nævnte forbrydelser og
- Farlighedskravet, nemlig at det efter karakteren af de begåede forhold og oplysningerne om sigtedes person, herunder navnlig om tidligere kriminalitet, må antages, at han frembyder nær-liggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, og
- Nødvendighedskravet, nemlig at anvendelse af forvaring i stedet for fængsel findes påkrævet for at forebygge denne fare

Hvis en person findes skyldig i voldtægt eller anden alvorlig sædelighedsforbrydelse kan forvaring også idømmes. I disse tilfælde er betingelserne i farekriteriet lempeligere, idet faren skal være ”væsentlig”, hvilket ifølge forarbejderne til loven er et bredere begreb end ”nær-liggende”, og idet der ved udeladelsen af ordet ”navnlig”, skal lægges mindre vægt på tidligere kriminalitet. Denne særbestemmelse vedrørende

sædelighedsforbrydelser og forvaring blev indføjet i straffeloven i 1997, som led i en samlet reform med sigte på en forstærket indsats mod seksualforbrydelser. Det er i lovforslaget antaget, at forvaring i det væsentlige vil finde anvendelse over for personer, som er præget af udtalte karaktermæssige afvigelser.

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger fra 2000, 2012, 2013 og 2014 omtalt lægelige synspunkter på anvendelse af forvaring, som først og fremmest er en juridisk afgørelse og et straffuldbyrdesmæssigt anliggende. Dog indgår et psykiatrisk aspekt ved vurderingen af den sigtedes eller den dømtes farlighed. Stillingtagen til spørgsmålet om forvaring rejses af anklagemyndigheden i forbindelse med udfærdigelse af mentalundersøgelse, hvorfor den mentalundersøgende overlæge i erklæringen bør lægge nøje vægt på vurdering af observandens farlighed, herunder især personlighedsmæssige karaktertræk. Når der er tale om seksualforbrydelse, bør erklæringen tillige omfatte en grundig seksualanamnese og en vurdering af, om der foreligger en seksuel afvigelse, idet en sådan diagnose indgår i vurderingen af farlighed. Dette indebærer blandt andet krav til den psykologiske undersøgelse, hvor der forventes anvendt validerede og strukturerede risikovurderinger med hensyn til fremtidig vold og/eller seksualiseret vold.

Anvendelsen af strukturerede risikovurderingsinstrumenter med hensyn til fremtidig vold er efterhånden blevet indført i psykiatrien generelt, og i særdeleshed i retspsykiatrien, og er almindeligt anerkendt, men kan ikke stå alene og bør kombineres med en klinisk vurdering. Den bedst validerede og også mest udbredte risikovurdering globalt set er den såkaldte HCR-20 (The Historical Clinical Risk Management 20) første gang publiceret i version 1 i 1995, og senere videreudviklet og foreligger nu i version 3 siden 2013. Når det drejer sig om seksualkriminalitet anvendes SVR-20 (Sexual Violence Risk-20).

Klinisk psykiatrisk vurdering af farlighed af ikke-sindssyge og generelt er tidligere omtalt i Retslægerådets årsberetninger for 1988 og 1995, og det må herfra gentages, at farlighedsvurderinger hviler på et skøn, der sammenfatter lægefaglige såvel som mere almene ikke specielt lægefaglige forhold. De lægefaglige forhold omfatter især beskrivelse af personlighedstræk med en bedømmelse af forsvarsmekanismer og reaktionsmåder, desuden en vurdering af tankeindhold inklusiv forestillinger og modforestillinger vedrørende kriminaliteten og fremtiden. De almene forhold

vedrører en række kriminalitetsrelaterede samt sociale og konkrete situationsrelaterede omstændigheder. En sådan syntese af lægefaglig og almen vurdering udgør sammenholdt med den strukturerede risikovurdering den samlede aktuelle og fremtidige farlighedsvurdering. Der er således tale om et skøn, som ikke har nøjagtighedens karakter, og som ikke kan angives med et tal eller en procentsats.

I ovenstående refererede sag var det ikke vanskeligt for Retslægerådet at foretage vurdering af farlighed og udtale sig ganske sikkert med hensyn til anbefaling af sanktion. Anbefalingen blev, som det fremgår, også fulgt af retten. Nogle sager er langt mere komplicerede og farligheden knap så utvetydig. I de senere år har Retslægerådet haft et sted mellem 5 og 10 sager årligt med anmodning om stillingtagen til spørgsmålet om forvaring, hvor anbefalingerne har varieret. Dette kan selvsagt bero på flere forskellige forhold, som hver især og interagerende med hinanden påvirker den endelige anbefaling. Ikke sjældent ser Retslægerådet derfor et behov for at graduere anbefalingen, således at det bliver mere tydeligt for domstolene at udlede, hvor sikkert skønnet bedømmes at være.

Retslægerådet vil ved spørgsmål om forvaring tilstræbe at svare så konsistent som muligt med en graduering indenfor 4 niveauer: 1) klar anbefaling 2) "næsten anbefaling 3) måske anbefaling og 4) klar "afvisning".

Desværre foreligger der ikke præcise tal på Retslægerådets udtalelser, hvori stillingtagen til forvaring indgår, endside statistik over hvor stor en andel sædelighedssagerne udgør heraf. Ligeledes savnes opgørelser over overensstemmelsen mellem de af Retslægerådet afgivne udtalelser og de i retten truffne afgørelser. Disse sidst omtalte savn er i rådet et fremtidigt opmærksomhedspunkt.

Ophævelse af dom om psykiatrisk behandling på psykiatrisk afdeling ved udvisning til hjemland

Ved dom af 18. april 2018 blev A fundet skyldig i flere tilfælde af overtrædelse af straffelovens § 244 samt et tilfælde af overtrædelse af straffelovens § 245, stk. 1, jf. § 21. Han blev dømt til psykiatrisk behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse, jf. straffelovens § 68. Der blev fastsat en længste tid for foranstaltningen på 5 år. Ved dommen blev det bestemt, at domfældte udvises af Danmark med pålagt indrejseforbud i 6 år.

Af foregående mentalerklæring fremgik, at A i 2002 kom til Danmark fra Brasilien. Han blev samme år gift med en dansk kvinde, med hvem han har en datter. Han havde haft ufaglært arbejde og modtaget kontanthjælp. I 2016-2017 var han atter i Brasilien, men han er nu atter i Danmark.

I 2012 blev A indlagt på psykiatrisk afdeling med vrangforestillinger, der var opstået i forbindelse med hashmisbrug. Tilstanden klingede af i løbet af et døgn, og han blev hurtigt udskrevet. I oktober 2017 blev A arresteret, og i november 2017 blev han tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling, hvorfra han efter fem dage blev tilbageflyttet til Vestre Fængsel. Den 7. marts 2018 blev han atter indlagt på psykiatrisk afdeling med symptomer på sindssygdom. Ved mentalundersøgelsen konkluderedes ligeledes, at han var sindssyg med usamlet tankegang, læderet emotionel kontakt og formentlig vrangforestillinger. Der var holdepunkter for en længerevarende psykotisk tilstand, således A op-fattedes som omfattet af straffelovens §16, stk. 1.

Af supplerende erklæring af 26. juni 2018 fremgik, at A betragtedes som færdigbehandlet ultimo maj 2018 i indlæggelsesregi, og ud fra en lægelig vurdering ville kunne fortsætte den psykiatriske behandling ambulant; overlægen anbefalede, at behandlingsdommen opretholdtes. Retslægerådet udtalte den 3. august 2018 afslutningsvist efter kort præsentation af sygehistorien:

”Under behandling med blandt andet antipsykotisk medicin er tilstanden og kontakten til det behandelende personale bedret betydeligt, og A har haft uledsaget udgang, der midlertidigt dog har været inddraget efter fund af hash i urinprøve. Den

behandlingsansvarlige overlæge vurderer, at A kan udskrives, idet den psykiatriske behandling i henhold til den idømte foranstaltning kan foregå ambulant, herunder med støttende samtaler, opfølgning på eventuelt recidiv af hashmisbrug, tilsyn af Kriminalforsorgen og fortsat psykofarmakologisk behandling, med mulighed for at foranstalte genindlæggelse, eventuelt ufrivilligt i samarbejde mellem Kriminalforsorgen og overlægen, dersom behov derfor med risiko for fornyet kriminalitet skulle opstå.

Retslægerådet vurderer, at den skitserede plan for den fremtidige behandling er velindiceret, og rådet kan således på nuværende tidspunkt ikke anbefale ophævelse af den idømte foranstaltning.”

Indbringelse for retten

Anklagemyndigheden indbragte den 19. juli 2018 sagen for retten med påstand om, at dommens bestemmelse om udvisning opretholdes, og at den idømte foranstaltning som konsekvens heraf ophæves.

A havde derimod nedlagt påstand om, at dommens bestemmelse om udvisning ophæves, og at den idømte foranstaltning opretholdes eller ændres i medfør af straffelovens § 72, stk. 2.

Retten's afgørelse

Ved dom den 12. september 2018 blev den tidligere truffe bestemmelse om, at A skal udvises af Danmark med indrejseforbud i 6 år, opretholdt, samt den i samme dom truffe bestemmelse om, at A skal undergive sig psykiatrisk behandling m.v. blev ophævet.

Kommentar

Baggrunden for at indbringe sagen for retten, hvor A både er idømt en behandlingsdom og udvisning, er udlændingelovens § 50a, stk. 2, der blandt andet siger:

”Er en udvist udlænding efter reglerne straffelovens §§ 68 – 70 uden for de i stk. 1 nævnte tilfælde undergivet en strafferetlig retsfølge, der indebærer frihedsberøvelse, indbringer anklagemyndigheden i forbindelse med udskrivning fra hospital spørgsmålet om ophævelse af udvisningen for retten. Taler udlændingens helbredsmæssige tilstand afgørende imod, at udsendelse finder sted, ophæver retten udvisningen.”

Det fremgår af rettens begrundelse for dom om udvisning og ophævelse af behandlingsdommen, at A nok har et vedvarende behandlingsbehov, men at der er reel og umiddelbar adgang til relevant psykiatrisk behandling i Brasilien, og at den nødvendige medicin kan opnås enten gratis eller mod betaling af mindre beløb. Desuden lægges vægt på, at A er vurderet færdigbehandlet på den psykiatriske afdeling, hvor han er indlagt. Der er derfor efter rettens vurdering ikke grundlag for efter udlændingelovens § 50 a, stk. 2, at ophæve bestemmelsen om udvisning, der derfor blev opretholdt.

Retslægerådets forretningsorden § 7: fremsendt materiale ikke fyldestgørende

Forretningsordenen af 17.12.2001, der er fastsat i medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25.03.1961 om Retslægerådet, indeholder de nærmere bestemmelser for rådets funktion. I § 7 fastsættes handlemuligheder i tilfælde af, at det skriftlige materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen. Foranlediget af en forespørgsel fra Folketinget gives i denne artikel en kortfattet gennemgang af anvendelsen af § 7 inden for det ret-psykiatriske område.

Bestemmelsen i § 7, stk. 1, nr. 1, åbner mulighed for at indhente yderligere skriftligt materiale til rådet. En undersøgelse fra 2012 viste, at rådet i 21 % af sagerne fandt anledning til at foreslå ny mentalundersøgelse. Der blev især ofte foreslået indhentelse af ny mentalundersøgelse, når den første var udført af en læge på almen psykiatrisk afdeling. Kvaliteten af de indsendte mentalundersøgelser er ikke blevet bedre, og det vurderes, at der i dag indhentes et uændret antal nye mentalerklæringer. Reglerne i § 7, stk. 1, nr. 2 og 3, anvendes kun i ganske få tilfælde.

Det er Retslægerådets vurdering, at det samlede sæt af regler i forretningsordenens § 7 udgør et nødvendigt og tilstrækkeligt grundlag for at sikre, at rådets udtalelser afgives på et kvalificeret grundlag.

Hvis Retslægerådet vurderer, at det skriftlige materiale, der er forelagt i en sag, ikke er fyldestgørende, angiver Forretningsordenen af 17.12.2001 hvilke muligheder rådet har for at løse problemet:

§ 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.

§ 7 stk. 1, nr. 1

Det forekommer relativt hyppigt, at Retslægerådets voterende finder, at en fremsendt mentalerklæring eller udtalelse ikke giver tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen. Ved en opgørelse af fremsendte sager om sanktionsspørgsmål i straffesager (tidligere kaldet A-sager, nu benævnt 311 i Retslægerådets journalplan) for kalenderåret 2012 fandtes det, at rådet dette år modtog 285 sager og i 61 (21 %) af disse fandt det fremsendte skriftlige materiale utilstrækkeligt. Retslægerådet returnerede derfor sagerne til anklagemyndigheden med anvisning af, hvilket yderligere materiale, der måtte anses for påkrævet. Oftest blev der foreslået ny mentalundersøgelse, eventuelt præciseret med anbefaling af en bestemt type psykologisk test, undersøgelse under indlæggelse eller andet. Hyppigheden af tilbagesendelse var mindst, når mentalundersøgelsen var foretaget på en retspsykiatrisk afdeling/klinik, og størst når materialet var udarbejdet i almenpsykiatrien. Det er indtrykket, at niveauet for fremsendte mentalerklæringer ikke er ændret, men fortsat nødvendiggør et højt antal tilbagesendelser.

Ved opgørelsen i 2012 fandtes § 7, stk. 1, punkt 2 og 3 ikke at have været anvendt.

§ 7 stk. 1, nr. 2

I praksis forekommer det ikke, at rådet under voteringen "forhandler" med den læge, der har afgivet erklæring i en sag. Derimod bliver der i sager, hvor Retslægerådet er uenig med den erklæringskrivende læge i den observandens retlige placering eller anvendelse af foranstaltning efter § 68, fremsendt en kopi af rådets sindede udtalelse, med anmodning om fremsendelse af eventuelle kommentarer hertil.

§ 7 stk. 1, nr. 3

Foranlediget af et spørgsmål fra Folketinget, hvor det ønskedes oplyst ”-hvor mange gange Retslægerrådet i sager om prøveudskrivning af forvaringsdømte personer i tidsrummet fra 1. januar 2000 til dags dato har benyttet sig af adgangen i § 7, stk. 1, nr. 3, i rådets forretningsorden til at lade den dømte undersøge af et eller flere af rådets med-lemmer?” har Retslægerrådets sekretariat forsøgt at danne et generelt skøn over omfanget af brugen af muligheden i § 7, stk. 1, nr. 3.

I svaret til Folketinget blev det oplyst at sekretariatets databaser ikke giver mulighed for specifikt at søge på antallet af sager om prøveudskrivning af forvaringsdømte eller udtømmende at fremsøge alle de sager, hvor hjemlen i § 7, stk. 1, nr. 3, i forretningsordenen har været anvendt. En manuel gennemgang af den relevante sagsgruppe ville alene i 2017 omfatte over 400 sager, hvorfor besvarelsen tog udgangspunkt i anvendelsen af flere ikke-udtømmende søgninger suppleret med input fra rådets psykiatriske medlemmer.

På denne baggrund har søgningen kun ledt frem til en enkelt sag fra 2016 om prøveudskrivning af en forvaringsdømt. Her fandt rådet det imidlertid ikke påkrævet, at sagens person underkastedes yderligere undersøgelse ved et af rådets medlemmer. Rådet anså personen for sufficient undersøgt og vurderet ved de foreliggende dokumenter i sagen (se under A)

Udover ovennævnte sag fandt sekretariatet frem til 6 sager efter 2005, hvor hjemlen var blevet bragt i anvendelse. Med henblik på en generel belysning af brugen af § 7, stk. 1, nr. 3 gennemgås de 7 sager (kaldet A-G) i det følgende.

A

I en sag om prøveløsladelse en forvaringsdømt mand afgav Retslægerrådet 22.08.2016 udtalelse til Statsadvokaten i København. Efterfølgende fremsendte Statsadvokaten supplerende spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Retslægerrådet bedes oplyse, hvorvidt der foreligger tilstrækkeligt lægefagligt belæg for at antage, at domfældte aktuelt ville være for farlig at prøveudskrive.

Ja.

Spørgsmål 2:

I henhold til Retslægerådets forretningsorden (BEK nr. 1068 af 17/12/2001) § 7, stk. 1, nr. 3, kan rådet lade domfældte undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige. Jeg skal bede Retslægerådet oplyse, om man mener, at det ville være formålstjenligt selv at undersøge domfældte.

Retslægerådet anser A's psykiske tilstand, herunder vurderingen af en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, for sufficient undersøgt og vurderet ved de foreliggende lægelige dokumenter. Retslægerådet finder det ikke påkrævet, at A underkastes yderligere undersøgelse ved et af rådets medlemmer.

Spørgsmål 3

Jeg skal endvidere bede Retslægerådet oplyse, hvorvidt domfældtes fremskredne alder har betydning i forbindelse med vurderingen af, hvorvidt dom bør prøveudskrives, herunder indvirkning på spørgsmålet om, hvorvidt domfældte stadig udgør en fare.

Retslægerådet afgiver udtalelser baseret på en samlet vurdering af de fremsendte akter. Efter Retslægerådets opfattelse har A's aktuelle alder (51 år) ikke en særskilt betydning i vurderingen af risikoen for recidiv til alvorlig sædelighedskriminalitet, ligeartet med det tidligere pådømte, eller for rådets vurdering af, at han på nuværende tidspunkt stadig må antages at frembyde en nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed.

B

I 2008 modtog rådet en anmodning om udtalelse vedr. den 45-årige B, der var blevet mentalundersøgt på en retspsykiatrisk afdeling. Rådet henstillede til, at B blev underkastet fornyet mentalundersøgelse, hvilket han imidlertid ikke ønskede. Rådet udtalte derefter (jfr. § 7, stk. 2):

” – Ved mentalundersøgelsen under indlæggelse holdt han sig en del for sig selv og gav udtryk for en vis nedladdenhed overfor personalet. Han deltog i idræt og madlavning. Objektivt fandtes han præget af manglende empati, ansvarsfralæggelse, gardering og

øget selvfølelse. Kontakten med undersøgerne var overfladisk, hvilket virkede bevidst, idet han var imod at blive mentalundersøgt. Der stilledes diagnosen dyssocial personlighedsstruktur.

Retslægerådet skal bemærke, at ovennævnte erklæring har efterladt rådet med en vis mistanke om, at B kunne være lidende af sindssygdom præget af vrangforestillinger. Rådet har derfor anmodet om en supplerende mentalundersøgelse, men B har ikke ønsket at medvirke til en sådan. Det er således med et vist forbehold, at Retslægerådet må lægge til grund, at B er personlighedsforstyrret og således omfattet af straffelovens § 69, men såfremt han findes skyldig, kan Retslægerådet ikke pege på nogen særforanstaltning – jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt. – som mere formålstjenlig end eventuel straf. –”

C

I 2008 modtog Retslægerådet fra Politimesteren i Grønland en anmodning om udtalelse vedrørende den 21-årige C, der ved mentalundersøgelsen var fundet sindssyg. Retslægerådet fandt ikke, at det for rådet foreliggende materiale var tilstrækkeligt som grundlag for rådets bedømmelse af sigtedes tilstand på gerningstidspunktet og aktuelt. Rådet anbefalede ny mentalundersøgelse ved et af rådets med-lemmer. Der blev gjort opmærksom på, at denne undersøgelse ville blive foretaget under indlæggelse på psykiatrisk afdeling i Danmark, og politimesterembedet blev anmodet om at stille sikkerhed for de omkostninger, der var forbundet med indlæggelse og undersøgelse. Ved den nye undersøgelse fandtes ingen tegn på sindssygdom, og Retslægerådet udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af de fremsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring af 05.06.2009 ved overlæge XX, medlem af Retslægerådet, om C udtale, at hun ikke er sindssyg. Det er muligt, om end mindre sandsynligt, at hun har været sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed, på tidspunktet for den påsigtede handling. C er normalt begavet, og der foreligger ikke tegn på hjerneskade eller epilepsi. Hun har intet misbrug og var på tidspunktet for den påsigtede handling ikke påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer. – Ved den seneste retspsykiatriske undersøgelse fremtræder C upåfaldende, uden tegn på alvorligere psykisk lidelse. Ved den psykologiske undersøgelse frembyder hun ingen

tegn på sindssygdom, men vurderes let til moderat personlighedsmæssigt forstyrret med tendens til fortrængning og benægten.

C findes herefter sandsynligt omfattet af kriminallovens § 113. Såfremt hun findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan Retslægerådet ikke anbefale mere formålstjenlige foranstaltninger end straf.”

D

I denne sag, set af Retslægerådet i 2008, var den på gerningstiden 15-årige D, ved mentalundersøgelse foretaget af læge ansat i en retspsykiatrisk afdeling, fundet at være omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 (mental retardering i lettere grad eller tilstande ligestillet hermed). Retslægerådet fandt det nødvendigt, at der ” - især med henblik på vurderingen af D’s intellektuelle niveau foretages en fornyet mentalundersøgelse ved et af rådets medlemmer. – ”.

I den oprindelige mentalerklæring var der foretaget intelligencetestning, men ikke meddelt et præcist tal for total IQ. Han fandtes intellektuelt placeret ”-lavt i normalområdet”.

Ved mentalundersøgelse ved et af Retslægerådets medlemmer fandtes D at være tungt, normalt begavet, men ikke mentalt retarderet eller i en tilstand ligestillet hermed. D blev fundet skyldig i voldtægt og manddrab. I byretten blev D idømt 8 års fængsel. Sagen blev anket til Venstre Landsret, der 10.06.2009 stadfæstede byrettens dom, og i kendelsen blandt andet udtalte: ”- (at der) efter forholdenes karakter og længden af den frihedsstraf, som forholdene må give anledning til, ikke er grundlag for at idømme tiltalte ungdomssanktion efter straffelovens § 74 a.-”

Retslægerådet udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere responsum af 14.03.08 og på grundlag af fornyet mentalundersøgelse af 03.11.08 ved overlæge XX, Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik, udtale, at D ikke er fundet sindssyg og ikke kan antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han var påvirket af rusmidler, herunder alkohol, men der er ikke mistanke om, at en abnorm rustilstand har foreligget.

Han er ved den fornyede undersøgelse inklusive psykologisk undersøgelse begavelsesmæssigt fundet placeret lavt i normalområdet, men ikke mentalt retarderet. Således har han et varieret forestillingsindhold, en ganske god refleksionsevne og et udmærket dansk ordforråd. Han er karakterologisk fundet afvigende, umoden, impulsiv og med ringe aggressions- og affektforvaltning. Han synes således præget af en forudliggende udviklingsforstyrrelse. Under fængslingen har D haft ophold i en stærkt struktureret, pædagogisk institution. Hans adfærd er blevet mere tilpasset, og han synes også følelsesmæssigt at have udviklet sig positivt.

D er herefter omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger i henhold til samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuel forskyldt straf. På grund af D's unge alder finder Retslægerådet ud fra en rent lægefaglig synsvinkel, at idømmelse af undergivelse af en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk foranstaltning, jf. straffelovens § 74a, kunne være relevant. Er en sådan sanktion - jf. det oplyste om praksis - ikke mulig, finder rådet at måtte anbefale idømmelse af almindelig straf."

E

Denne sag vedrører også vurderingen af, om en sigtet er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Brugen af den hyppigt anvendte intelligens-test WAIS er problematisk, når den sigtede har en fremmedkulturel baggrund og/eller ikke taler dansk. Resultatet bliver i denne situation usikkert, fordi testen forudsættes gennemført på dansk og anvender danske standardiseringsnormer. Diagnosen mental retardering i lettere grad forudsætter, at intelligensen er nedsat til IQ 69 eller derunder.

I denne sag var den 27-årige E sigtet for forsøg på manddrab. Efter mentalundersøgelse i en retspsykiatrisk afdeling var konklusionen noget vagt og upræcist formuleret: "- Uagtet E muligvis har været sinds-syg, er det hans dårlige begavelse og skrøbelige personlighed, der er baggrunden herfor. E tilhører den personkreds, som omtales i straffelovens § 16, stk. 2. I fald han kendes skyldig, skal anbefales et ophold i egnet institution for personer med et lettere vidtgående psykisk handicap." Ved mentalundersøgelsen havde man kun været i stand til at gennemføre en delvis intelligens-testning (handle IQ 64), og der var der ikke dokumentation for forslaget til

foranstaltning. Forslaget til foranstaltning var upræcist og fulgte ikke anvisningerne i RM 5/2007.

Efter fornyet mentalundersøgelse ved et af rådets medlemmer udtalte Retslægerådet:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af tilsendte akter. herunder retspsykiatrisk erklæring dateret 14.01.09 ved overlæge XX og supplerende undersøgelse dateret 02.07.09 ved et af rådets medlemmer, overlæge XX, udtale, at E sandsynligvis var sinds-syg på tidspunktet for det påsigtede, men at han ikke er det aktuelt. Han var ikke påvirket af rusmidler på dette tidspunkt. E er dårligt begavet svarende til sinkestadiet. Han er af tyrkisk afstamning og har været dårligt socialt og fagligt fungerende i skolen. Han har levet ret socialt isoleret og har været udsat for mobning i skolen. Der har ikke tidligere været kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, og der har ikke været misbrug af rusmidler. Han lider af en kromosom-defekt, "Klinefelters syndrom", som behandlet hæmmer mandlig køns-udvikling og kan give nedsat intelligens. E er fundet personlighedsmæssigt forstyrret og umoden. Dertil er han fundet dårligt begavet, men ikke sikkert mentalt retarderet. Han er tilbøjelig til at reagere på stress med forværring i den psykiske tilstand, tidvis måske i psykotisk grad og kan have befundet sig i en sådan tilstand på tidspunktet for det påsigtede. Det vurderes, at der er et behov for støtte, struktur og forudsigelighed i E's tilværelse, ligesom det er vurderingen, at en sådan støtte og behandling bedst tilgodeses i det psykiatriske behandlingssystem.

E er sandsynligvis omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Kombinationen af hans dårlige begavelse og personlighedsmæssige egenart gør desuden, at han muligt kan være omfattet af samme lovs § 16, stk. 2. Under alle omstændigheder er han omfattet af straffelovens § 69. Uagtet denne usikkerhed skal Retslægerådet, såfremt han findes skyldig i det påsigtede, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mest formålstjenlig foranstaltning til at forebygge fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse."

E blev af byretten 27.11.2009 fundet skyldig i vold efter straffelovens § 245, stk. 1, og idømt særforanstaltning som anbefalet af Retslægerådet.

F

Den 64-årige F var sigtet for manddrab, og ved ambulat mentalundersøgelse i retspsykiatrisk afdeling blev han fundet sindssyg med paranoide vrangforestillinger. De voterende i Retslægerådet fandt, at det efter beskrivelsen i mentalerklæringen var usikkert, hvor lang tid symptomerne havde bestået, om de paranoide forestillinger var af sindssygelig karakter eller led i en såkaldt skizoid personlighedsforstyrrelse hos en alkoholmisbrugende mand. Der blev på denne baggrund anbefalet ny mentalundersøgelse ved et af Retslægerådets medlemmer.

”Med sagens tilbagesendelse, skal Retslægerådet, på grundlag af fremsendt materiale med retspsykiatrisk erklæring af 08.07.09 ved overlæge XX, Århus Universitetshospital og af 03.12.09 ved overlæge XX, medlem af Retslægerådet, udtale, at F er sindssyg og ligeledes må antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede. Han er normalt begavet.

Han er opvokset på en gård og har haft ufaglært arbejde indtil pension. Han har været gift og har 4 børn. I de senere år har han overvejende boet alene og hos forskellige kærester. Han har aldrig været legemligt eller psykisk syg. Ved retspsykiatriske undersøgelser i 2009 er han fundet sindssyg præget af forfølgelsesforestillinger vedrørende de politi, læger, og han er ganske ukorrigerbar. Han fremtræder konkret tænkende, præsterende en dårlig følelsesmæssig kontakt og med ringe evne til at indleve sig i andres følelser. Han er uden erkendelse for sygdom og afvisende overfor lægelig behandling. Han har ikke tidligere haft misbrug af psykostimulantia, men et misbrug af alkohol, som han diminuerer.

Retslægerådet finder herefter F omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han er sindssyg. Såfremt han findes skyldig, skal Retslægerådet, som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en vis - af hans psykiske helbredstilstand afhængig - risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, jævnfør samme lovs § 68, 2. punktum, anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.”

Venstre Landsret stadfæstede 09.12.2010 byrettens kendelse om dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

G

Den 41-årige færing G var sigtet for forsøg på manddrab. Efter ambulante mentalundersøgelse på Færøerne blev det konkluderet, at han var omfattet af straffelovens § 69 og, at der ikke kunne anbefales særforanstaltning efter § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlig end straf. Det anførtes i erklæringens konklusion: ”- en blandet personlighedsforstyrrelse, der er præget af både paranoide træk og klart dyssoziale træk. -”. På baggrund af den psykopatologiske beskrivelse i mentalerklæringen fandt de voterende i rådet det nærliggende at antage, at den sigtede var sindssyg og anbefalede derfor, at der blev foretaget en ny mentalundersøgelse ved et af rådets medlemmer under indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling i København. Som det fremgår af rådets udtalelse fandtes der ved reobservationen ikke grundlag for at mistænke tilstedeværelse af sindssygdom:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af tilsendte akter, herunder retspsykiatriske erklæringer daterede 12.09.10 ved overlæge XX, Landssygehuset, Torshavn og 11.03.11 ved medlem af Retslægerådet, overlæge XX, udtale, at G ikke er sindssyg, og at han ikke var det på tidspunktet for det påsigtede. G er normalt begavet og uden tegn på organisk hjernelidelse. G var let påvirket af rusmidler på tidspunktet for det påsigtede, men der er ikke mistanke om, at der har foreligget en abnorm rustilstand.

G modtager førtidspension på grund af en skade i hånden. Han har haft betydelige uoverensstemmelser med de sociale myndigheder i forbindelse med de sociale konsekvenser af denne skade. G bor hos sine forældre på Færøerne og har ikke selv etableret familie. G har en årrække haft et betydeligt, ubehandlet misbrug af hash og alkohol. Der har tidligere været sporadisk kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. G har i 1997 fået foretaget en retspsykiatrisk undersøgelse, som konkluderede, at G havde en paranoid personlighedsstruktur, men at han ikke var psykotisk eller på anden måde sværere psykisk syg.

Ved de to aktuelle undersøgelser, hvoraf den ene blev gennemført under indlæggelse i en måned, er der ikke fundet tegn på betydende psykiatrisk lidelse. G har periodevis været kontaktafvisende, uden at det gav mistanke om en psykotisk

kontaktaflukkethed. Han har haft en meget subjektiv opfattelse af forholdet til de sociale myndigheder på Færøerne, ligesom hans udsagn om de påsigtede har været præget af subjektivitet - men dette er ikke fundet at have psykotisk karakter. Han er fundet personlighedsmæssigt afvigende med antisociale og paranoide træk.

G er herefter omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, kan Retslægerådet dog ikke pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som værende mere formålstjenlige end eventuel straf.

Der er herefter ikke enighed blandt de voterende:

To voterende (overlægerne XX og XX) finder ikke, at G frembyder en sådan fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring er påkrævet.

En voterende (overlæge XX) finder på baggrund af den aktuelle og de tidligere mentalundersøgelser samt karakteren af den tidligere pådømte og nu påsigtede kriminalitet, at det ikke kan udelukkes, at G frembyder en sådan fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring i stedet for fængsel er påkrævet.”

G blev efterfølgende af retten i Thorshavn fundet skyldig i overtrædelse af våbenloven, lov om euforiserende stoffer samt forsøg på manddrab og idømt fængsel i 1 år og 6 måneder. Ved Østre Landsrets anke-dom 02.22.2011 blev straffen hævet til 2 år.

Kommentar

Forretningsordenens § 7 er af central betydning for Retslægerådets funktion. Det er vigtigt, at det materiale, der danner udgangspunkt for rådets udtalelser, er af høj kvalitet, og det er derfor nødvendigt med klare handlemuligheder, når fremsendt materiale ikke giver tilstrækkeligt grundlag for en kvalificeret bedømmelse af sagerne. Det er beskæmmende, når det ved en undersøgelse fra 2012 kan konstateres, at hver femte fremsendt mentalerklæring må laves om. Der er desværre ikke sket en generel forbedring efter 2012, det er indtrykket, at der stadig alt for hyppigt må gøres brug af § 7, stk. 1, nr. 1, ved returnering af sager med forslag om fornyet mentalundersøgelse.

Den mulighed, der findes i § 7, stk. 1, nr. 3 ved, at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige, har kun været brugt

sjældent. Når der er gået 6-7 år siden bestemmelsen senest har været i anvendelse, kan det skyldes tilfældigheder, men det må antages, at den generelle styrkelse af retspsykiatrien ved etablering af flere og bedre kvalificerede retspsykiatriske afdelinger og mulighed for retspsykiatrisk ekspertuddannelse, har været medvirkende.

Samlet set er det Retslægerådets vurdering, at reglerne i § 7 er nødvendige og tilstrækkelige til at sikre det faglige niveau i rådets udtalelser.

II. Statistik

Sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2016-2018

Sagstyper	2016		2017		2018	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet
A. Psykiatrisager	452	442	465	397	525	509
B. Spiritussager	77	77	47	36	40	47
C. Kastration	0	0	1	1	1	1
D. Avlingstid	9	8	5	6	6	4
E. Somatiske sager	1148	979	1024	841	1024	1084
H. Aldersbestemmelse	66	70	24	8	25	31
L. Færdselssager, lever	0	0	0	0	0	0
M. Færdselssager, medicin	82	86	55	46	54	64
Samlet modtaget/afsluttet	1834	1662	1621	1335	1675	1740

Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2016-2018

Sagstyper	2016		2017		2018	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet
A. Psykiatrisager	452	442	465	397	525	509
A1 - Sanktionsspørgsmål	298	292	318	278	358	308
A2 - Ændring i foranstaltninger	83	88	78	65	110	92
A3 - Tvangstilbageholdelser	24	22	24	18	21	16
A4 - Ophævelse af farlighedsdekret	8	7	4	3	7	8
A5 - Overførsel til sikringsafdeling	3	3	10	6	4	4
A6 - Umyndiggørelse	0	0	0	0	0	0
A7 - Benådning	1		2	3	1	1
A9 - Diverse	34	30	28	24	24	18
B. Spiritussager	77	77	47	36	40	47
B1 - Spiritus alene	44	42	26	22	25	23
B2 - Spiritus og medicin	33	35	21	14	15	22
B9 - Diverse	0	0	0	0	0	0
C. Kastration	0	0	1	1	1	1
C1 - Ansøgning om kønsskifte	0	0	0	0	0	0
C2 - Ændring af navn/cpr-nummer	0	0	1	1	1	1
C9 - Diverse	0	0	0	0	0	0
D. Avlingstid	9	8	5	6	6	4
E. Somatiske sager	1148	979	1024	841	1024	1084
E1 - Klager og sundhedspersonale	6	12	3	1	0	2
E2 - Arbejdsskader/ulykker	332	256	316	267	351	344
E3 - Erstatning, pensionssager mv.	711	628	626	524	598	591
E4 - Vold, dødsårsag	25	26	28	13	35	31
E5 - Ikke-psykiatriske benådningssager	0	0	0	0	0	0
E9 - Diverse	74	57	51	36	40	44
H. Aldersbestemmelse	66	70	24	8	25	31
L. Færdselssager, lever	0	0	0	0	0	0
L1 - Leversygdomme	0	0	0	0	0	0
L2 - Dampe	0	0	0	0	0	0
L9 - Diverse	0	0	0	0	0	0
M. Færdselssager, medicin	82	86	55	46	54	64
M1 - Medicin	81	84	51	44	54	60
M2 - Sygdomme	1	2	3	1	0	2
M9 - Diverse	0		1	1	0	0
Samlet modtaget/afsluttet	1834	1662	1621	1335	1675	1740

Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2016-2018

Sagsbehandlingstider (dage)	2016		2017		2018	
	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
A. Psykiatrisager	39	38	49	47	54	48
B. Spiritussager	68	64	72	66	111	95
C. Kastration	0	0	17	17	37	37
D. Avlingstid	19	15	32	32	72	72
E. Somatik	176	142	216	174	257	188
H. Aldersbestemmelse	70	66	161	77	190	164
L. Færdselssager, lever	0	0	0	0	0	0
M. Færdselssager, medicin	78	78	91	88	114	99

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

Endvidere bemærkes, at sagsbehandlingstiderne i tidligere årsberetninger har været angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Imidlertid er tallene 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.

III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerrådet

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

§ 1. Retslægerrådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 7. Hvis det skriftlige materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, meddeler rådet den hørende myndighed, hvilke yderligere oplysninger der vil være af 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.

Retslægerådets medlemmer 2018

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

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

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

Ledende overlæge
Camilla Bock
Anstalten ved Herstedvester

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(Beskikket til 31. juli 2018)

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

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

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aarhus Universitetshospital
Risskov

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

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

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

Professor, dr.med.
Raben Rosenberg
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center Amager

Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2018

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

Lektor, speciallæge John Sahl Andersen Københavns Universitet (almen medicin)	Bispebjerg-Frederiksberg Hospital Institut for Klinisk Medicin (alkohol + farmakologi)
Professor, overlæge, dr.med. Kim P. Dalhoff Bispebjerg Hospital Klinisk Farmakologisk Enhed (alkohol + farmakologi + rusmidler + hepatologi)	Overlæge, dr.med. Jan Pødenphant Gentofte Hospital Reumatologisk Funktion, Medicinsk Afdeling C (reumatologi)
Speciallæge Jens Georg Hansen (almen medicin)	Speciallæge, ph.d. Kurt Rasmussen (arbejdsmedicin)
Professor, overlæge, dr.med. Jens H. Henriksen Hvidovre Hospital Klinisk Fysiologisk Afdeling (klinisk fysiologi og nuklearmedicin)	Professor, overlæge, ph.d., dr. med. Michael Bjørn Russell (neurologi)
Overlæge, reumatolog Jens Skøt Hindrup Gentofte Hospital Reumatologisk Ambulatorium	Overlæge, dr.med. Lene Rørdam Bispebjerg Hospital Klinisk Fysiologisk og nuklearmedicinsk afd. (klinisk fysiologi og nuklearmedicin)
Professor, dr. odont. Palle Holmstrup Tandlægeskolen Københavns Universitet Afdeling for Parodontologi (odontologi)	Overlæge Kim Schantz Hvidovre Hospital (ortopædikirurgi)
Speciallæge Jens Otto Lund (alkohol + Klinisk Fysiologi og nuklearmedicin)	Overlæge, dr.med. Jesper Sonne Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Klinisk farmakologisk Afdeling (alkohol + farmakologi)
Professor, dr. med Søren Møller Hvidovre Hospital Funktions – og Billeddiagnostisk Enhed (alkohol + klinisk fysiologi og nuklearmedicin)	Professor, centerleder Egon Stenager Sygehus Sønderjylland Skleroseklinikken (neurologi)
Professor, overlæge, dr.med. Henrik Enghusen Poulsen	Professor, dr.med. Henrik S. Thomsen Herlev Gentofte Hospital Radiologisk Afdeling (radiologi)

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

Speciallæge

Niels Siebuhr

Næstved

I sager om autorisationsforhold

Ledende overlæge

Lisa Maria Bang

Holbæk Sygehus

Gynækologisk og Obstetrisk

Afdeling

I sager om autorisationsforhold

Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2018

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende på sager afsluttet i 2018:

Overlæge, dr.med.
Claus Andersen
Rigshospitalets Klinik for
rygmarvsskader
(neurokirurgi)

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

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

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

Afdelingslæge, ph.d.
Arnar Ástráðson
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
(Neurokirurgi)

Speciallæge, dr.med., ph.d.
Christian Avnstorp
Hudklinikken i Rødovre
(dermatologi/venereologi)

Overlæge
Lene Bak
Odense Universitetshospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Lektor, dr. odont.
Merete Bakke
Odontologisk Institut
(odontologi - klinisk oral fysiologi)

Overlæge
Per Balling
Sikringsafdelingen
(psykiatri)

Professor, ph.d.
Jytte Banner
Københavns Universitet
Retspatologisk Afdeling
(retsmedicin)

Overlæge, klinikchef
Jeanett Østerby Bauer
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(psykiatri)

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

Professor, overlæge, dr.med.
Toke Bek
Aarhus Universitetshospital
(oftamologi)

Overlæge
Søren Berg

Overlæge
Morten Bischoff-Mikkelsen
Odense Universitetshospital
Plastiskkirurgisk Afdeling
(plastikkirurgi)

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

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

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

Speciallæge, dr.med.
Gudrun Boysen
(neurologi)

Speciallæge
Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurocentret
(neurokirurgi)

Speciallæge, dr.med., ph.d.
Kim Brixen
Odense Universitetshospital
(Endokrinologi)

Forskningschef, klinisklektor
Birgitte Brock
Steno Diabetes Center Copenhagen
(farmakologi)

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

Klinikchef
Cæcilie Böck Buhmann
Psykiatrisk Center Nordsjælland
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.
Cody Bünger
Aarhus Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling

Professor, overlæge
Hans Erik Bøtker
Aarhus Universitetshospital,
Hjertemedicinsk afd. B
(kardiologi)

Direktør, forskningsleder
Henrik Wulff Christensen
NIKKB
(kiropraktik)

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

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

Overlæge
Line Hartvig Cleemann
Rigshospitalet
Institut for Klinisk Medicin
(pædiatri)

Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
(oftalmologi)

Professor
Nis Peter Damm
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik
(Professor i Gynækologi og obstetrik)

Lektor
Niels Damsbo
Syddansk Universitet
(almen medicin)

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

Overlæge
Kjeld Dons
CPH Privathospital
(neurokirurgi)

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

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

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

Speciallæge, dr.med.
Kristian Emmertsen

Klinikchef, overlæge
Jesper Erdal
Rigshospitalet
Neurologisk Klinik

Ledende overlæge, dr.med.
Jan Fallingborg
Aalborg Universitetshospital
Afdeling for Medicinske mave-
tarmsygdomme
(gastroenterologi og hepatologi)

Overlæge
Ole Fedders
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
(neurokirurgi)

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

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

Overlæge
Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædikirurgi)

Instituttleder
Jørgen Frøkiær
Aarhus Universitet
Institut for Klinisk Medicin
(klinisk fysiologi og nuklearmedicin)

Speciallæge
Anders Gade
(Neuropsykologi)

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

Overlæge, dr.med.
Jens Peter Garne
Ringsted Sygehus
Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk
Afdeling
(mammakirurgi)

Speciallæge
John Gelineck
(radiologi)

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

Speciallæge
Peter Gottlieb
(psykiatri)

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

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

Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Aarhus Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd.
(ortopædikirurgi og ryg)

Overlæge
Henrik Jessen Hansen
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Klinik
(thoraxkirurgi)

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

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

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

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

Speciallæge
Stig Haunsø
Rigshospitalet
Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og
Infekti
(kardiologi)

Overlæge
Morten Helvind
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Klinik
(thoraxkirurgi)

Overlæge
Ole Hilberg
Vejle Sygehus
Medicinsk Afdeling
(lungemedicin)

Specialtandlæge
Søren Hillerup
(odontologi)

Overlæge, ph.d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet
Børnesektionen, Ortopædkirurgisk
Klinik
(ortopædkirurgi)

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

Overlæge, ph.d.
Mette Skovholm
Aarhus Universitetshospital
Afdeling for Blodssygdomme
(hæmatologi)

Overlæge
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling
(plastikkirurgi)

Professor, dr. med.,
Hans Petter Hougen
(retsmedicin)

Overlæge
Leif Hovgaard Sørensen
Aarhus universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling
(radiologi)

Professor, dr.med.
Jakob Ingerslev
Aarhus Universitetshospital
Klinisk Institut
(gynækologi/obstetrik)

Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Institut for Odontologi og Oral Sundhed
(odontologi)

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

Speciallæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Copenhagen Prostate Cancer Center
(urologi)

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

Overlæge, dr.med., ph.d.
Annika Loft Jakobsen
Rigshospitalet
Klinik for Fysiologi og Nuklearmedicin
(klinisk fysiologi og nuklearmedicin)

Professor, ledende overlæge
Gregor Jemec
Sjællands Universitetshospital
Dermatologisk Afdeling
(dermatologi)

Ledende overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion
(karkirurgi)

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

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

Koncerndirektør
Leif Panduro Jensen
Regionsjælland
(karkirurgi)

Overlæge
Thomas Bo Jensen
Aarhus Universitetshospital
(plastikkirurgi)

Klinisk lektor, overlæge, ph.d.
Birger Johnsen
Aarhus Universitetshospital
Institut for Klinisk Medicin –
Neurofysiologisk afdeling

Speciallæge
Jesper Jørgensen
(neurokirurgi)

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

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

Professor, overlæge
Martin Balslev Jørgensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(psykiatri)

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

Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
(pædiatri)

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

Overlæge, dr.med.
Johnny Keller
Aarhus Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling

Overlæge
Christina Kinnander
Herlev og Gentofte Hospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

Overlæge dr.med.
Thomas Kiær
Cario CFR
(ortopædikirurgi)

Vicestatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retsmedicin)

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

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

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

Professor, overlæge, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
M51 Idrætskirurgisk Enhed
(ortopædkirurgi)
Overlæge
Henrik Lajer
Rigshospitalet
Gynækologisk Afdeling
(gynækologi/obstetrik)

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

Lægefaglig Direktør
Tina Gram Larsen
Aalborg Universitetshospital
(psykiatri)

Overlæge, ph.d.
Vibeke Andréa Larsen
Rigshospitalet
Neuroradiologisk afsnit
(radiologi)

Overlæge, specialeansvarlig for
socialpædiatri
Karin Lassen
Odense Universitetshospital
(socialpædiatri)

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

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

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

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

Overlæge, ph.d.
Hanne Merete Lindegaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C
(reumatologi)
Professor, overlæge, dr.med.
Øjvind Liddegaard
Rigshospitalet
Gynækologisk Klinik
(gynækologi)

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

Direktør, overlæge, klinisk lektor
Freddy Lippert
Region Hovedstadens Akutberedskab
(anæstesiologi)

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

Klinikchef
Lene Lundvall
Rigshospitalet
Gynækologisk Klinik
(gynækologi)

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

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

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

Professor, dr.med.
Niels Marcussen
Odense Universitetshospital
Afdeling for Klinisk Patologi
(klinisk patologi)

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

Overlæge
Christian Møller
Center for Rygkirurgi
Hellerup
(neurokirurgi)

Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jakob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesi og Operationsklinikken
(anæstesiologi)

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)

Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
(radiologi)

Specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
(odontologi og kæbekirurgi)

Overlæge
Edith Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk Afsnit
(radiologi)

Speciallæge, 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)

Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
Herlev og Gentofte Hospital
Urologisk afd.
(urologi)

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

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

Klinisk professor, overlæge
Øyvind Omland
Aalborg universitetshospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
(arbejdsmedicin)

Ledende overlæge, dr. med.
Peter Ott
Aarhus Universitetshospital
Lever-, Mave- og Tarmsygdomme
(hepatologi)

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

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

Overlæge, ph.d.
Connie Palle
CFR Hospitaler
(gynækologi)
Overtandlæge
Ulla Pallesen
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
(odontologi)

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

Overlæge
Lykke Pedersen
Rigshospitalet
Psykiatrisk Center København
(psykiatri)

Neuropsykolog, cand.psyk.
Jette Stokholm Pedersen
Hukommelsesklinikken
(neuropsykologi)

Overlæge
Karin Kastberg Petersen
Aarhus Universitetshospital
Billeddiagnostisk Afd.
(radiologi)

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

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

Klinikchef
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg
(somatoforme tilstande)

Sektionsleder, overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling

(thoraxkirurgi)

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

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

Overlæge
Goran Nadir Salih
Sjællands Universitetshospital
(lungemedicin)

Overlæge, ph.d.
Andreas Schröder
Aarhus universitetshospital
Forskningsklinikken for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri – funktionelle lidelser)

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

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Skovby
Sjællands Universitetshospital
Klinisk genetisk enhed, Pædiatrisk
afdeling
(Pædiatri, klinisk genetik)

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

Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital

Ortopædkirurgisk Afdeling
(ortopædikirurgi)

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

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

Overlæge
Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
(neurokirurgi)

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

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

Klinisk lektor
Niels Sunde
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling

Professor
Peter Svensson
Aarhus Universitet
Institut for Odontologi og Oral Sundhed
(orofaciale smerter og kæbefunktion)

Overlæge, dr.med.
Lars Søndergaard
Rigshospitalet
Kardiologisk Klinik B
(kardiologi)

Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling U
(neurokirurgi)

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

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

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

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

Speciallæge, dr.med.
Else Tønnesen
(anæstesiologi)

Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Radiologisk Afdeling
(radiologi)

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

Speciallæge
Niels K. Veien
(dermatologi)

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

Overlæge
Katja Vogt
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik
(karkirurgi)

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

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

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

Overlæge
Torsten Warrer
Krise- og Katastrofe psykiatrisk Center
(psykiatri)

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

Professor, ledende overlæge, dr.med., ph.d.
Lars J. Østergaard
Aarhus Universitetshospital
Afdeling for infektionssygdomme
(infektionsmedicin)

Retslægerådets sekretariat 2018

Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere i 2018

Sekretariatschef Eva Aaen

Fuldmægtig Sidsel Thomsen Devantier

Fuldmægtig Michelle Knudsen

Fuldmægtig Catherina Hjelm Parastatis

Fuldmægtig Anne Aagaard Madsen

Fuldmægtig Ditte Holm Johansen

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 Mikkel Eld og Troels Bundgaard

Administrativt personale

Overassistent Mia Lykke Sørensen

Overassistent Louise Kirk Abel

Overassistent Mille Greve Højsleth

Kontorassistent Anders Børsting