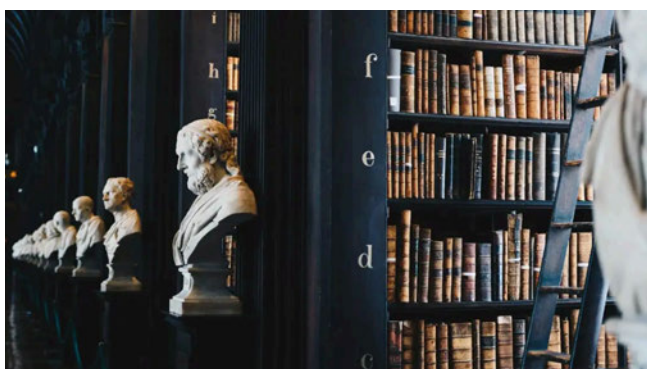


2023

Retslægerådets årsberetning 2023



Indhold

1. Forord

2. Retslægerådets medlemmer & sekretariatets ledelse

3. Portræt af tidligere formand Bent Ottesen

4. Sagsgangen i Retslægerådet

5. Udvalgte emner og sager af interesse

1. Spørgsmål til Retslægerådet omhandlende méngrad
2. Årsagssammenhæng – medicinske versus juridiske betragtninger
3. Dissens i Retslægerådet vedrørende strafferetlig indplacering
4. Tilstand ligestillet med sindssygdом udløst af LSD-indtagelse medførte ikke straffrihed
5. Spirituskørsel, skizofreni og straffrihed
6. Strafferetlig indplacering ved mental retardering og grænsetilstande, illustreret ved fem sager
7. Referat af Retslægerådets temamøde om PTSD den 11. oktober 2023

6. Statistik

1. Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2021-2023
2. Sagsbehandlingstider, angivet i dage, i Retslægerådet 2021-2023

7. Folketingsspørgsmål stillet til Retslægerådet

8. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

1. Lovbestemmelser m.v.
2. Sagkyndige, herunder beskikkede sagkyndige og rådsmedlemmer, som er anvendt i der blev afsluttet i 2023
3. Retslægerådets sekretariat 2023

1

Forord



Velkommen til årsberetningen 2023 for Retslægerådet. Efter en række år præget af flytning og digitalisering har 2023 været kendetegnet af, at der har været tid og overskud til at optimere arbejdsgangene i sagsbehandlingen. Den digitale sagsbehandling begynder nu at være driftssikker, og de sagkyndige voterende er ved at have vænnet sig til at arbejde i Workzone. Resultatet er, at sagsbehandlingstiderne er støt faldende. Dertil kommer, at alt det billeddiagnostiske materiale i sagerne nu er tilgængeligt på PACS, hvilket yderligere har lettet arbejdet med sagerne. Hvor vi tidligere måtte have radiologer til at genbeskrive billedmaterialet i en stor del af de somatiske sager, kan klinikerne fra de enkelte specialer nu selv se billedmaterialet, og det har reduceret rådets behov for radiologiske genbeskrivelser af billedmaterialet og yderligere nedsat sagsbehandlingstiden.

Rådets temamøde i efteråret 2023 om PTSD var meget velbesøgt, og et referat kan læses i denne årsberetning.

2023 blev også et år, hvor der skete ændringer i formandskabet. Professor Søren Jacobsen valgte at stoppe som formand og fortsætte som almindeligt medlem af rådet. Tak til Søren Jacobsen for at have løftet udfordringen under en krævende flytning.

Desuden stoppede tidligere formand og næstformand professor Bent Ottesen efter at have været medlem af Retslægerådet i en lang årrække. Bent Ottesen har været en gennemgående personlighed i rådets arbejde, som nye medlemmer af rådet og

sekretariatsmedarbejdere altid har kunne hente hjælp hos, og vi skylder Bent Ottesen en stor tak for det store engagement, han har lagt i rådets arbejde.

Ny i formandskabet som næstformand er professor Jytte Banner og som formand professor Torben Bæk Hansen, der tiltrådte i deres nye roller i rådet den 1. december 2023.

Rådets sammensætning har ellers været uændret i 2023, idet det mangeårige medlem professor Raben Rosenberg desværre afgik ved døden i slutningen af året. Æret være hans minde.

Der skal lyde en stor tak til alle de dygtige sagkyndige voterende, som har bistået rådet i 2023 ved besvarelse af sagerne. Uden jer var Retslægerådets opgave ikke mulig at løse.

Sidst vil vi sige stor tak til sekretariatschef Eva Aaen, der efter med sikker hånd at have ledet sekretariatet igennem flytning og digitalisering valgte at skifte til en anden stilling i Civilstyrelsen ved årsskiftet.

Vi har i denne årsberetning valgt at opdatere formatet og håber, at det fremstår læsevenligt og informativt for alle læserne.

God læselyst!

Formand	Næstformand	Næstformand
Torben Bæk Hansen	Mette Brandt-Christensen	Jytte Banner



Formand Torben Bæk Hansen

Professor, Cheflæge, ph.d. Regionshospitalet Gødstrup, Ortopædkirurgisk afdeling



Næstformand Jytte Banner

Professor, Ph.d. Københavns Universitet, Retspatologisk Afdeling



Næstformand Mette Brandt-Christensen

Overlæge, ph.d. Psykiatrisk Center Sct. Hans / Retspsykiatrisk Center Glostrup



Camilla Bock

Overlæge, Ph.d. Psykiatrien i Region Sjælland Sikringen, Retspsykiatrien Slagelse



Henrik Steen Andersen

Overlæge, dr.med. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København,
Militærpsykiatrisk Ambulatorium



Poul Videbech

Professor, overlæge dr.med. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Glostrup



Martin Balslev Jørgensen

Professor, overlæge, dr.med. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København



Thomas Kirkegaard

Overlæge, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri



Hanne Gottrup

Overlæge, Ph.d. Aarhus Universitetshospital, Neurologisk Klinik



Carsten Reidies Bjarkam
Professor, Aalborg Universitetshospital



Søren Jacobsen

Professor, overlæge, dr.med. Rigshospitalet, Højt Specialiseret Reumatologi



Bent Ottesen (udtrådt medlem)

Professor, dr.med. Rigshospitalet Direktionen Juliane Marie Center



Raben Rosenberg (udtrådt medlem)

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

Sekretariatets ledelse



Jeanett Palmann Jensen

Sekretariatschef i Tilskud & Retslægeråd, Civilstyrelsen



Jeppe Aakerhjelm Jessen

Souschef i Tilskud & Retslægeråd, Civilstyrelsen

3

Portræt af tidligere formand Bent Ottesen

I anledning af Årsberetningens nye visuelle udtryk, har vi lavet et portræt af tidligere formand for Retslægerådet Bent Ottesen. Bent Ottesen var formand i 25 år og har været en stor del af Retslægerådets historie og digitale rejse. Derfor har sekretariatet fået Bent Ottesen til at give et indblik i hans tid som formand og nogle af de highlights som han har oplevet i sit virke. Gennem en række spørgsmål giver Bent sine svar.



I de år du har været formand, hvad er der så sket i Retslægerådet af historisk karakter?

Starten som formand var lidt udfordrende. I 2009 var Retslægerådet i stærk modvind. Tidsskriftet Advokaten og dagbladet Politiken satte spørgsmål ved rådets eksistensberettigelse. Kritikken satte fokus på flere områder: om rådet fungerede som en slags overdommer i domstolenes behandling af sager, rådets håndtering af aldersbestemmelser og rådets manglende information om anvendelse af begrebet ”overvejende sandsynlig”. Formandskabet fandt – ikke overraskende – at kritikken var uberettiget. Men de hårde knubs gav alligevel anledning til selvransagelse – vi savnede solide argumenter, der kunne tilbagevise kritikken. Vi besluttede derfor i slutningen af 2009 at udarbejde en egentlig strategi og handlingsplan for rådets videre arbejde. En handlingsplan der blev fremlagt og vedtaget ved et stormøde i marts 2010. To fokusområder var indeholdt i planen: kommunikation og kvalitetssikring. Manglende viden om rådets arbejde kunne i høj grad være forklaringen på mange af de fremførte kritikpunkter. Rådet havde ry for at være en relativt lukket institution. I de efterfølgende år blev der derfor afholdt et stort antal foredrag/workshops for advokater, domstole og andre samarbejdspartnere. Det var en god dialog, der gav nyttig viden begge veje.

Kvalitetssikring blev sat i fokus med en række initiativer: to eksterne, uvildige eksperter inden for henholdsvis jura og lægevidenskab foretog peer review af mere end 100 whiplash sager, hvor kvaliteten af både spørgsmål og svar blev vurderet. Tilsvarende er et helt års besvarelser og resultater i somatiske sager systematisk gennemgået og kritisk vurderet. Resultatet af begge undersøgelser er offentliggjort på rådets hjemmeside. Rådets arbejde og kvaliteten af dette er ligeledes blevet videnskabeligt vurderet i en ph.d.-afhandling. To årlige temadage er også vigtige elementer i den løbende kvalitetssikring. Temaet

identificeres typisk fra sager, der har givet anledning til diskussion blandt de voterende. Relevante interne og eksterne oplægsholdere belyser emnet for en bred kreds. Mødereferatet udgør status for den aktuelle problemstilling og offentliggøres i årsberetningen.

Det har været en periode med mange fysiske ændringer. I 2013 flyttede sekretariatet fra lokalerne på Blegdamsvej til Adelgade. Dette i konsekvens af at sekretariatet overgik i regi af Civilstyrelsen og ikke længere hørte under Justitsministeriet. I dag har sekretariatet til huse i Viborg som et resultat af regeringens udflytningsstrategi i 2017. Selve Retslægerådet udgør fortsat en uafhængig enhed i regi af Justitsministeriet.

Kan du sætte ord på Retslægerådets historie, og hvordan udviklingen har været? Heriblandt den digitaliseringsrejse som Retslægerådet har været igennem

Det er interessant at se, hvorledes sagernes karakter har ændret sig i rådets 115-årige eksistens. I de første år var det især sager vedrørende spirituspåvirkede motorkørere, sterilisations- og kastrationssager. I 1971 toppede antallet af sager med 7300, men loven om sterilisation og kastration i 1973 og indførelsen af fast promillegrænse i 1976 reducerede antallet af modtagne sager til 2300 i løbet af 80'erne. Efterfølgende har udlændingeloven, lov om patientforsikring, patientskadeankenævn og lægemiddelskadeankenævn, lov om forsikring mod arbejdsskader og patientklagenævnet påvirket karakteren af de sager, rådet modtager. Senest er sager vedrørende fastlæggelse af avlingstidspunkt i faderskabssager stort set forsvundet på grund af tilgangen til DNA-analyser. Der har således altid eksisteret en tæt sammenhæng mellem samfundsudviklingen og de opgaver, rådet har skullet varetage. I dag udgør sager vedrørende forsikringsforhold den største kategori, og de er karakteriseret ved at være komplekse og mere arbejdskrævende end tidligere.

Ved årtusindskiftet forelå sagerne i papir – ofte på mange hundrede sider – og sagsbehandlingsproceduren var særdeles omfattende og tidskrævende med forsendelse af sagerne mellem rådets sekretariat og de voterende, ofte flere gange blandt de voterende, før rådets udtalelse forelå til afsendelse. De første kravsspecifikationer til elektronisk sagsbehandling blev udarbejdet i slutningen af 00'erne. Det skulle vise sig at være en særdeles kompliceret proces. En af de væsentligste forudsætninger var, at de hørte offentlige myndigheder var i stand til at fremsende samtlige relevante oplysninger digitalt. Implementeringen er derfor foregået trinvist. Senest ibrugtagningen af automatisk overførsel via PACS af det billeddiagnostiske materiale. I 2023 kunne rådet så endelig tage afsked med

den fysiske transport af sager i håndsede aflåste lærredstasker, idet al sagsbehandling nu foregår digitalt.

Kan du nævne nogle highlights fra din tid som formand for Retslægerådet?

På det praktiske plan er digitaliseringen af sagsbehandlingen ubetinget den største og vigtigste begivenhed. Den ændrer helt fundamentalt rådets mulighed for at optimere sagsbehandlingen. Det giver både en besparelse i tid og økonomi, samtidig med at den enkelte sag kan følges trin for trin. For første gang i rådets historie har vi nu mulighed for at ændre radikalt på sagsbehandlingstiden. Indholdsmæssigt er der naturligvis mange sager, der har gjort dybt indtryk på mig. Mange af dem har været omtalt i dagspressen. Det gælder især inden for det retspsykiatriske område og strafferetssager. De seneste år er der især en sag, der har været meget omtalt i medierne – den såkaldte Omskæringssag. Et forældrepar blev dømt for at have sendt deres to døtre til omskæring i udlandet. Sagen blev til sidst både behandlet i Højesteret og Den særlige Klageret. Retslægerådet vurderede, at de to piger var blevet omskåret. Det rejste en voldsom kritik fra flere specialister, der anførte, at pigerne aldrig var blevet omskåret. Kritikerne savnede en ordentlig begrundelse for de svar, Retslægerådet havde afgivet, og påpegede det urimelige i, at det var de samme tre læger, der revurderede sagen, da der blev stillet supplerende spørgsmål. Der er ingen tvivl om, at Retslægerådets begrundelse i sagen ikke var tilfredsstillende. Ikke at det ville have ændret på substansen i svaret, men det ville formentlig have gjort besvarelsen mere forståelig. Retslægerådet har selvfølgelig taget ved lære af forløbet, og konkret har sagen givet anledning til, at retsordførerne for de politiske partier sammen med Justitsministeren har aftalt en praksisændring og en ændring i rådets forretningsorden. Hensigten med ændringerne er at sikre, at rådet i særlige sager kan styrke sine udtalelser ved at inddrage flere sagkyndige. Endvidere har Retslægerådet fundet, at rådets udtalelser i høj grad også kan styrkes ved at forbedre de begrundelser, der afgives i de konkrete svar. Det er Retslægerådets intention igennem forbedrede begrundelser at højne kvaliteten og sikre gennemsigtigheden i rådets udtalelser til fordel for parterne og de forelæggende myndigheder. Sagen har på alle måder været ulykkelig: tilbage er en familie, der føler sig uretfærdigt behandlet af retssystemet, i rådet oplever de involverede sagkyndige at være blevet beklikket på deres faglighed, og Retslægerådets omdømme er svækket.

Hvad tager du med dig fra din tid som formand?

Retslægerådet er internationalt set en enestående institution. Domstolenes tilbagemeldinger er, at det er bedre, at sagsbehandlingen bygger på uvildige sagkyndiges erklæringer frem for at indføre amerikanske tilstande, hvor hver part i en sag kan indkalde egne ekspertvidner. Jeg ser derfor også Retslægerådets fremtidige eksistensberettigelse i det danske retsvæsen. Det har været en gave at få lov til at stifte bekendtskab med den juridiske

verden set fra et lægefagligt synspunkt. Nødvendigheden af helt præcise formuleringer af den lægefaglige vurdering har været en spændende udfordring. Præcise svar er grundlaget for, at domstolene kan træffe den mest korrekte afgørelse på det rigtige lægefaglige grundlag. Igennem alle årene har jeg haft dyb respekt for de mange af landets fremmeste eksperter, der stiller sig til rådighed for rådets arbejde, for et honorar der ikke på afgørende måde ændrer deres eksistensgrundlag, men alle melder, at de opfatter det som et borgerligt ombud at stille deres viden og erfaring til rådighed. Rådets eksistensberettigelse hviler på denne faglighed.

Retslægerådet har igennem mange år fyldt rigtig meget for dig. Hvad vil du fremover bruge tiden på?

Der var særligt to ting, der overraskede mig, da jeg trådte ind i mit otium: dels var overdragelsen af ansvaret til min efterfølger en større lettelse, end jeg havde forestillet mig, det var mærkbar reduktion i vægten på skuldrene, og dels var det forbløffende let at vænne sig til, at man selv var i fuld kontrol over sin kalender. Nu er der god tid til at dyrke musikken både som udøvende og nydende. Dejligt at man kan give sig god tid til sine gøremål, uden at skulle tage hensyn til arbejde der venter. Nyde en afslappet morgen med avisen, læse den bog færdig som man har svært ved at slippe etc. Kort sagt fuldt fokus på de gode værdier. Og så har jeg fortsat en beskeden tilknytning som lægefaglig konsulent i tilblivelsen af Mary Elizabeths Hospital, Rigshospitalet. Et projekt jeg var med til at starte i 2010, og som også har udgjort en stor del af mit faglige virke. Jeg føler mig meget privilegeret over at få lov til at beskæftige mig med tilværelsens sjove sider i min tredje alder.

4

Sagsgangen i Retslægerådet

I Lov om Retslægerådet § 1 fremgår følgende:

"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."

Betingelserne for, at en sag kan forelægges for Retslægerådet, er derfor, at det er en offentlig myndighed, der forelægger sagen, og at sagen vedrører en enkeltpersons retsforhold. Ved størstedelen af sagerne omhandlende somatik er det landets domstole, der er den forelæggende myndighed. Disse sager er oftest erstatnings- og forsikringsager såsom arbejdsskadeulykker eller færdselsskadesager. De udgør cirka 1.300 ud af de

omtrent 1.900 udtalelser, som rådet årligt afgiver. En somatisk sag er det, der vedrører kroppen/legemet - dvs. alt på nær det psykiatriske.

Når disse sager (de somatiske) behandles i Retslægerådet, kan man inddele en sags forløb i følgende tre faser - før under og efter votering, hvor opgaverne varetages af forskellige "aktører" (sekretariat, lægelig referent, redigerende rådsmedlem/formand og sagkyndige voterende læger). Nedenfor illustreres faserne før under og efter votering, og i modulet under uddybes sagsprocessen med de forskellige aktører.



JUSTITSMINISTERIET
CIVILSTYRELSEN

EN SOMATISK SAGS FASER I RETSLÆGERÅDET

FØR VOTERING

Fase 1: Offentlig
myndighed
(minretssag.dk)

Sagsgangen starter med, at Retslægerådets sekretariat får en advisering fra Minretssag.dk om, at den pågældende domstol har besluttet, at en sag skal forelægges for Retslægerådet

Fase 2: Lægelig referent

Når sagens akter er strukturerede/sat i system, sendes de ud til en af de tre lægelige referenter

Fase 3: Redigerende rådsmedlem/
sekretariat

Efterfølgende går sagen videre til et rådsmedlem, der tager stilling til referentens bemærkninger vedrørende materialet og herefter udpeger relevante sagkyndige, der har ekspertise inden for sagens tema

UNDER VOTERING



Fase 4: Sagkyndige voterende læger

Sagen sendes til de sagkyndige, der er udpeget til at votere i sagen. Den første sagkyndige afgiver votum i sagen, hvorefter den sendes kronologisk videre til de øvrige sagkyndige.

- Sekretariatet/redigerende rådsmedlem
- Redigerende rådsmedlem
- Sagkyndige voterende læger (ved dissens)

EFTER VOTERING

Fase 5: Sekretariat/redigerende rådsmedlem

Endelig redigering

Fase 6: Sekretariatet

Retslægerådets udtalelse uploades på Minrets-sag.dk, og sagen er således færdigbehandlet

Sekretariatet

Når udtalelsen er gennemgået og sikret, at den er i overensstemmelse med lovgivningen, uploades udtalelsen på Minretssag.dk, og sagen er således færdigbehandlet.

Før votering

Medarbejder i sekretariatet

Sagsgangen starter med, at Retslægerådets sekretariat får en advisering fra Minretssag.dk om, at den pågældende domstol har besluttet, at en sag skal forelægges for Retslægerådet. Det kan også være en henvendelse direkte fra en offentlig myndighed, men det er ikke lige så ofte forekommende. Vores kollega Pia Malling, der sidder som administrativ medarbejder i sekretariatet, har sat lidt ord på hvad hun gør med sagen, når adviseringen kommer:

I sekretariatet opretter vi herefter sagen og strukturerer sagens akter, jf. den medfølgende bilagsfortegnelse, så de er overskuelige for rådets sagkyndige. På Retslægerådets hjemmeside finder du oplysning om, hvad der skal medsendes ved forelæggelse af en sag

Medarbejder i sekretariatet
Du næste led i sagsbehandlingen ved at klikke på pilene.

Sagsbehandlingsprocessen har således i udgangspunkt seks skridt, men i tilfælde af manglende materiale, inhabilitet mv., kan der forekomme flere sagsbehandlingsskridt

Start
End



Udvalgte emner og sager af interesse



5.1

Spørgsmål til Retslægerådet omhandlende méngrad

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Retslægerådet blev efterfølgende spurgt om bl.a. følgende:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt en korrekt fastsættelse af méngrad for uheldet bør forudsætte, at sagsøger henvises til en nærmere beskrivelse af følger efter [REDACTED] i form af en neuropsykologisk vurdering.

Med sagens tilbagesendelse besvarede Retslægerådet spørgsmålet:

Spørgsmålet har generel karakter, og fastsættelse af méngrad foretages ud fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel. Fastsættelse af méngrad og de tilhørende forudsætninger ligger således uden for Retslægerådets kompetencer.

Retslægerådets kommentar

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

Ved vurdering af méngrad er der ikke tale om en vurdering, som alene er baseret på lægevidenskabelige/farmaceutiske forhold, hvorfor det ligger uden for Retslægerådets kompetence at besvare disse spørgsmål.

For så vidt angår méngrader, henviser rådet til Betænkning om Retslægerådet nr. 1196 fra 1990, side 36, hvori det er anført:

Méngraden fastsættes af Arbejdsskadestyrelsen på grundlag af skadens medicinske art og omfang og under hensyn til de af arbejdsskaden forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Også hvis der ikke er tale om en arbejdsskade, vil man efter praksis kunne få Arbejdsskadestyrelsens vurdering af méngrader.

Det fremgår således, at fastsættelse af méngrad ikke alene hviler på et lægevidenskabeligt grundlag, men at der også tages hensyn til andre forhold, herunder ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Et givet handicap, en skade mv. hos to forskellige personer kan udmærket medføre forskellige méngrader, afhængig af den pågældendes erhverv og øvrige livsførelse.

Sammenfattende har Retslægerådet ikke mulighed for at besvare spørgsmål omhandlende størrelsen af méngrad, eller hvordan méngrad fastsættes.

5.2

Årsagssammenhæng – medicinske versus juridiske betragtninger

Tekst

Kurt Rasmussen

Retslægerrådet afholdt i oktober 2022 et temamøde om årsagssammenhæng i Retslægerrådets voteringspraksis. Det følgende er en opsummering herfra. Årsagsbegrebet anvendes relativt forskelligt i filosofi, jura og medicin. Det er derfor forståeligt, at der kan opstå et forskelligt sprog og nogen begrebsforvirring fagområderne imellem.

Den juridiske vinkel

Der var oplæg ved juraprofessor Anders Bloch Ehlers, Københavns Universitet, der har skrevet disputats om emnet. I juraen er udgangspunktet singulær kausalitet. En årsag skal være en "nødvendig betingelse" – sine qua non – dvs. en given handling er en nødvendig betingelse for udfaldet. Med andre ord: Uden denne påvirkning ville udfaldet ikke forekomme. Det er det, jurister kalder en kontrafaktisk måde at bedømme kausalitet på.

Ehlers berettede om et eksempel, hvor en [REDACTED]. Her havde de to voterende i Retslægerrådet voteret imod en årsagssammenhæng, hvilket også blev konklusionen i Landsretten, mens Højesteret, pga. den nære tidsrelation mellem [REDACTED] fandt, at der var sandsynlig årsagssammenhæng, hvilket blev sagens udfald.

Juristernes udtryk "singulær kausalitet" kan måske få læger til at associere til enkeltårsager (en nødvendig/tilstrækkelig årsag), men det vil være en forkert tolkning. Singulær kausalitet refererer til den enkelte sag versus den generelle viden om kausalitet.

I Retslægerrådet oplever vi undertiden, at advokater ved formuleringen af spørgetemaer anvender en række begreber som "indirekte årsag" eller "sekundære følger". Disse begreber er ikke veldefinerede, hverken medicinsk eller juridisk. Ofte beder advokaterne Retslægerrådet om at angive en sandsynlighedsvurdering i mindre end 50 %, 50 % eller større end 50 %, eller om hændelsen er en "overvejende sandsynlig" årsag. Begge kategoriseringer, finder Retslægerrådet, kan være problematiske, idet udtrykkene kan være for fastlåste og levner for lidt plads til konkurrerende årsagsfaktorer. Alligevel forekommer de tilbagevendende i spørgetemaerne, således at der er behov for fortsat sprog- og begrebsafklaring.

Den medicinske vinkel

Der var oplæg fra undertegnede. I medicinen er der ikke et definitivt, matematisk/logisk bevis for årsagssammenhæng – vi opererer med sandsynlighedsvurderinger.

Monoætiologisk tankegang er irrelevant i medicinen; mennesket fungerer i en dynamisk biologisk-psykologisk-social/miljømæssig sammenhæng. I laboratorieforsøg vil man især i grundvidenskabelig sammenhæng kunne belyse patofysiologiske mekanismer, men det er

sjældent, at man kan identificere årsager på eksperimentel basis. Ofte vil vi som læger i de enkelte specialer anvende vore kliniske erfaringer baseret på cases og patientopgørelser. Det har dog sine naturlige begrænsninger i henseende til generaliserbarhed.

Den årsagssøgende epidemiologi er et vigtigt værktøj i forståelsen af årsagsforhold, men også epidemiologiske studier har deres begrænsninger og skal altid kigges efter i sømmene for uhensigtsmæssige studiedesigns og bias. Således er tværsnitsstudier ubrugelige i vurderingen af årsagssammenhæng, men selv de gode forskningsdesigns, som randomiserede kontrollerede studier og case-kontrol studier, er behæftet med bias – og ét enkelt velgennemført studie giver aldrig i sig selv beviset.

Derimod tyder det på årsagssammenhæng, hvis flere gode studier viser konsistente sammenhænge med høje relative risici, og den essentielle tidsrelation er til stede: påvirkning før effekt. Dosis-respons sammenhæng og biologisk plausibilitet er også vigtige faktorer. I de enkelte cases vi arbejder med i Retslægerådet, er det som udgangspunkt afgørende, at der skabes enighed om diagnosen. Dette er jævnligt ikke velafklaret, når sagen forelægges.

Konkurrerende årsager og individuel sårbarhed er faktorer, der kan være vanskelige at forstå for jurister og lægfolk, men som nødvendigvis må inddrages, før man kan nå frem til en konklusion.

Jævnligt hører man både læg - og fagfolk anvende begreberne tilstrækkelig henholdsvis nødvendig årsag. Det er dog begreber, hvor man skal holde tungen lige i munden: "Tilstrækkelige" enkeltårsager er hypotetiske, og "nødvendige" enkeltårsager er sjældne. Vi ved alle, at tobaksrygning hverken er en tilstrækkelig eller nødvendig årsag til lungecancer. Desuden skal man være opmærksom på risikoen for cirkelslutning, f.eks. ved sygdomme som PTSD og asbestose, som er defineret ud fra årsagen.

I den multivariate virkelighed er det afgørende, at man nøje vurderer konkurrerende årsagsforhold. Høretab kan således bl.a. skyldes tidligere sygdomme, traumer, visse medicamina, langvarig eksponering for høj støj, eller den betydelige risiko der er for nedsat hørelse med alderen. Det betyder, at man i realiteten sjældent vil kunne nå op på en sandsynliggørelse på mere end omkring 70-80 % for, at en patient har et høretab, der skyldes selv et meget støjende arbejdsmiljø.

Et andet eksempel er smertetilstande i bevægeapparatet, f.eks. lænderygsmerter. Smerter er i princippet subjektive og i den daglige praksis ikke-objektiverbare. Som læger har vi dog visse redskaber til at bedømme sværhedsgraden, særlig knyttet til en grundig anamnese, herunder vurdering af funktionsbegrænsninger. De fleste smertetilstande er forbigående, og

når tilstanden glider over i kronicitet, er der ofte en flerfold af faktorer i spil – det vi ofte benævner et samspil af somatiske-psykiske-sociale og måske også kulturelle faktorer. Oven i det er der i spørgsmålene til Retslægerådet ofte et fokus på strukturelle faktorer, f.eks. osteoartrotiske og andre degenerative forandringer beskrevet i de billeddiagnostiske undersøgelser. Lægmandsordet "slidgigt" associerer til et arbejdsmæssigt slidsomt liv som årsag til rygsmerterne, hvor realiteten er, at allerede hos 35 til 44-årige er prævalensen af røntgenpåviselige degenerative forandringer ca. 50 %, og hos mænd over 65 år er den ca. 90 %. Her er altså igen en betydelig aldersrelation, og der er beskeden evidens for belastningsmæssig årsag til selv relativt svære degenerative forandringer. Disse forhold betyder, at det i medicinsk-epidemiologisk forstand er vanskeligt at nå op på en højere grad af sandsynliggørelse for selv langvarigt tungt fysisk arbejdsmiljø som årsag til kronisk uspecifik lumbago end måske omkring 50-60 %.

Forskning: Retslægerådet lægger stor vægt på, at vurderingerne er evidensbaserede, og at ny og opdateret viden inddrages.

Et eksempel er el-ulykker:

- Både almindelig husholdningsstrøm (230 V) og højspænding (Større end 1000 V) kan forvolde helbredskader – det afhænger af modstandsforhold i kroppen, f.eks. fugtige hænder.
- Strøm løber i kroppen, hvor der er mindst modstand: nervevæv. Ofte vil indgangsporten være hænderne og ved et forløb fra hånd til hånd, vil strømpåvirkning kunne ramme hjertet, såvel som både det perifere og centrale nervesystem.
- Hidtil har der været megen fokus på kardiologi, men kardiologiske udfald er sjældne, og ventrikelflimmer viser sig umiddelbart klinisk synligt, og hvis EKG på skadestuen er normal, er der ikke grund til døgnmonitorering.
- Nyere solide studier tyder på, at det typiske er forsinket symptomudvikling af et hovedsageligt neurologisk sygdomsbillede med skader på perifere nerver og nerveplexer og endvidere signifikante overhyppigheder af hovedpine, epilepsi, angst, depression og Morbus Alzheimers.

Konklusion

I udgangspunktet er alle medicinske årsagsrelationer multifaktorielle, og det strider intuitivt mod dele af den juridiske vurderingspraksis, f.eks. den rigide 50 %'s vurdering. I juraen er "overvejende sandsynlig" lig med 50,01 %, mens det i medicinen måske kan kategoriseres til omkring 80-90 %'s sandsynlighed. Der opstår således let en naturlig forståelses- og

kommunikationskløft mellem juraen og medicinen. I virkeligheden er det formentlig mere et spørgsmål om at forstå hinandens sprogbrug end en uenighed om kernen i årsagsbegrebet.

Retslægerådet anvender primært et klinisk epidemiologisk årsagsbegreb, hvor den enkelte skadelidtes individuelle syge- og eksponeringsanamnese kobles med klinisk erfaring og den forskningsmæssige evidens vedrørende den konkrete sygdom.

Retslægerådets praksis er, i overensstemmelse med ønsker fra dommerstanden, at der foretages et samlet begrundet skøn over årsagsrelationen under hensyntagen til konkurrerende årsagsfaktorer, men uden oplistning af en lang række argumenter pro et contra, dvs. uden at alle præmisserne beskrives. Retslægerådet har ikke en fastlagt ensartet terminologi på området. En del voterende bruger kategoriseringen: mindre sandsynlig, sandsynlig, meget sandsynlig, hvor "sandsynlig" svarer til mere end 50 %'s sandsynlighed i juridiske termer - suppleret med en kort prosa beskrivelse.

Den medicinske kausalitetsopfattelse inddrages i vidt omfang i rettens afgørelse i personskadesager, hvilket afspejles i, at retten i overvejende grad følger Retslægerådets konklusioner. Det er derfor vigtigt, at de to verdener forstår grundlaget i hinandens tankegang og sprogbrug.





5.3

Dissens i Retslægerådet vedrørende strafferetlig indplacering

NN er en [REDACTED]

[REDACTED] I rådet var der uenighed om NN's psykiske tilstand på gerningstiden.

Baggrund

Retslægerådet afgav dissens i en sag, hvori den faglige uenighed omhandlede, hvorvidt den sigtede på gerningstiden, var eller ikke var sindssyg eller i en tilstand, der måtte ligestilles med sindssygdom.

Sigtelsen i sagen angik [REDACTED]. [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Uenighed i rådet

Der var ikke enighed blandt de sagkyndige om den strafferetlige indplacering og anbefalingen til retten. To sagkyndige fandt, at NN ikke var eller havde været sindssyg på gerningstiden; [REDACTED] fandtes med baggrund i [REDACTED] ilstanden omfattet af straffelovens § 69, men disse voterende fandt ikke, at der kunne peges på nogen foranstaltning som mere formålstjenlig end straf.

En sagkyndig fandt, at det ikke kunne udelukkes, at NN skulle henføres til den i straffelovens § 16, stk. 1, omtalte personkreds, som værende i en tilstand at ligestille med sindssygd, [REDACTED]. Denne

sagkyndige anbefalede som mest formålstjenlig foranstaltning anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Byret & Landsret

Byretten forholdt sig ikke til Retslægerådets udtalelse i domsudskriften. NN blev fundet skyldig og idømt [REDACTED]

Landsretten adresserede Retslægerådets udtalelse og fandt ikke grundlag for at anse NN for omfattet af straffelovens § 16. På baggrund af de lægelige oplysninger i mentalerklæring og Retslægerådets udtalelse fandt landsretten NN omfattet af straffelovens § 69. Der blev ikke fundet fornødent grundlag for at pege på nogen foranstaltning som mere formålstjenlig end almindelig straf. Landsretten stadfæstede byrettens dom med en enkelt ændring vedrørende godtgørelse til forurettede.

Kommentar

Såvel en mentalundersøgelses konklusion som en udtalelse fra Retslægerådet omhandler det lægelige skøn og anbefaling. Rådsmedlemmerne og rådets sagkyndige har til opgave at afgive skøn med baggrund i lægefaglighed, kundskab og klinisk erfaring. Det vil naturligvis fra tid til anden afstedkomme uenighed blandt rådets medlemmer – særligt i komplicerede sager.

I den aktuelle sag fandt to voterende det ikke dokumenteret, at sigtede var sindssyg på gerningstiden. Én fandt, at det ikke med sikkerhed kunne afvises. I retsbogen kommenterer retten ikke på rådets uenighed, men oplyser at "(...) der ikke er grundlag for at anse tiltalte for omfattet af straffelovens § 16, stk. 1." Dermed følger den endelige dom konklusionen i mentalerklæringen og flertallet i Retslægerådets udtalelse.

Dissens (være uenig) vil og skal til tider forekomme mellem de voterende i Retslægerådet.

Af forretningsorden for Retslægerådet (bekendtgørelse nr. 1068 af 17. december 2001 om forretningsorden for Retslægerådet) fremgår følgende:

§ 8. Rådets erklæringer 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.

Om dissens i Retslægerådet, se også følgende årsberetninger:

- 1998, side 119-121
- 2006, side 69-71
- 2009, side 21

5.4

Tilstand ligestillet med sindssygdom udløst af [REDACTED] indtagelse medførte ikke straffrihed

[REDACTED]. En ambulant mentalundersøgelse vurderede, at B muligvis var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., og anbefalede straf. Retslægerådet vurderede, at B sandsynligvis havde befundet sig i en af rusmidler udløst psykisk abnormtilstand, ligestillet med sindssygdom, og således skulle henføres til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. Rådet anbefalede, som mest formålstjenlig foranstaltning, dom til psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen. Retten henførte B til samme paragraf i straffeloven, men fandt, at særlige omstændigheder talte for at pålægge straf. Sagen er endnu et eksempel på de særlige udfordringer ved den lægelige vurdering og strafferetlige indplacering af rusmiddeludløste psykoser.

Straffelovens § 16:

Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke. Tilsvarende gælder personer, der var mentalt retarderede i højere grad. Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol

eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.

Stk. 2. Personer, der på gerningstiden var mentalt retarderede i lettere grad, straffes ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf. Tilsvarende gælder personer, der befandt sig i en tilstand, som ganske må ligestilles med mental retardering.

B var normalt begavet og havde trods

[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED] = [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Af konklusionen fremgik, at B ikke var sindssyg på undersøgelsestidspunktet, men på gerningstidspunktet muligvis forbigående havde befundet sig i en tilstand af sindssygdom efter [REDACTED], som er kendt for at medføre sindssygelige symptomer. Der var ikke mistanke om en abnorm rustilstand. B fandtes således muligvis omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., og under alle omstændigheder af straffelovens § 69. Der kunne ikke peges på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af en vis risiko for fremtidig ligesået kriminalitet end straf.

Retslægerådet blev anmodet om en udtalelse, hvor der ved fremsendelsen var anført en række andre sigtelser på andre gerningstidspunkter. Retslægerådet returnerede derfor sagen med henstilling om, at der fra overlægen blev indhentet en supplerende erklæring med en vurdering af B's tilstand på tidspunkterne for de øvrige sigtelser.

Anklagemyndigheden valgte i stedet at præcisere, at der kun ønskedes en udtalelse om B's tilstand på tidspunktet [REDACTED], men ikke på tidspunkterne for de øvrige sigtelser.

Retslægerådet udtalte herefter bl.a. følgende:

Efter Retslægerådets opfattelse, er det ved en samlet klinisk afvejning af sværhedsgraden og kombinationen af symptomer sandsynligt, at [B] på tidspunktet for det påsigtede (...), befandt sig i en af rusmidler udløst psykisk abnormtilstand, der må ligestilles med

sindssygd, og at [B] således skal henføres under straffelovens § 16, stk. 1, 3.pkt. Imødegåelse af risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet må, efter Retslægerådets opfattelse, antages at være tæt sammenhængende med, at [B] afholder sig fra misbrug af rusmidler, hvilket en konsekvent gennemført misbrugsbehandling bør tage højde for. Såfremt [B] findes skyldig i det påsigtede forhold, skal Retslægerådet herefter, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

Ved rettens afgørelse blev B fundet skyldig i [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED]

Efter Retslægerådets udtalelse sammenholdt med de øvrige lægelige oplysninger om B's personlige forhold fandt retten, at B på gerningstidspunktet befandt sig i en af rusmidler udløst psykisk abnormtilstand, der måtte ligestilles med sindssygd, og at [REDACTED] således skulle henføres under straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. Retten fandt, at B skulle pålægges straf, idet særlige omstændigheder talte derfor, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Retten lagde vægt på, at B [REDACTED]

[REDACTED] Retten lagde endvidere vægt på, at det af mentalerklæringen fremgik, at B tidligere havde været paranoid i rusmiddelpåvirket tilstand (dog kun nævnt i erklæringens konklusionsafsnit). Endelig lagde retten vægt på, at B ved dom få måneder tidligere, hvor der ikke var mistanke om en sindssygelig tilstand, var blevet idømt den ovenfor nævnte fængselsdom.

B blev herefter idømt en tillægsstraf på fængsel [REDACTED] [REDACTED]

Kommentar

I straffeloven fra 1975 (lov nr. 268 af 26. juni 1975) blev den tidligere straffelovs §§ 16-18 ophævet, og området om rusmiddelinducerede sindssygelige tilstand blev flyttet til

straffelovens § 16, der fik en ny ordlyd.

Det er en gylden regel, at læger ikke udtaler sig om muligheden for straf, hvis den sigtede ved en psykiatrisk vurdering skønnes at have været sindssyg, eller i en ligestillet tilstand, på gerningstidspunktet, fordi det suverænt er retten, der afgør, om den sigtede er utilregnelig på grund af sindssygdom – og dermed straffri. De senere år ses dette fraveget i en række af de retspsykiatriske erklæringer, som har været forelagt for Retslægerådet, hvor den sigtede er vurderet sindssyg som følge af rusmidler.

Retslægerådets formuleringer i denne type sager har i mange år været at anføre, at den sigtede kunne henføres til straffelovens § 16, stk. 1, og overlade til retten at træffe afgørelse om, hvorvidt der var særlige omstændigheder, som omtalt i straffelovens § 16, stk. 1., 3. pkt., der talte for, at straf kunne pålægges.

Blandt Retslægerådets psykiatriske sagkyndige har det i nyere tid været drøftet, om udtalelsen og rådets anbefaling derved kom til at fremstå uklar for den rekvirerende myndighed. I forlængelse heraf har Retslægerådet i en del udtalelser om sindssygelige rustilstande anvendt formuleringen, at den sigtede kan henføres til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

I Retslægerådets årsberetning 2022 omtales en straffesag, hvor Retslægerådet, som i den her omtalte sag, henførte den sigtede til straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., men ikke kunne anbefale nogen formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt.

I artiklen "Rustilstande og (u)tilregnelighed" fra 2008¹ forsøges det at redegøre nærmere for anvendelsesområdet for særreglen i straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Heri er bl.a. omtale af en sag fra Retslægerådets årsberetning fra 2000, s. 63 ff., omhandlende en [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED].

Retslægerådet mente, at tilstanden på gerningstiden havde været ligestillet med sindssygd. Rådet udtalte, at de symptomer, [REDACTED] frembød, enkeltvis kan

ses som en følge af påvirkning af rusmidler, især hallucinogener, men ved en samlet klinisk afvejning af sværhedsgraden og kombinationen af symptomerne vil Retslægerådet finde det sandsynligt, at tiltalte på tidspunktet for det påsigtede forhold befandt sig i en psykisk abnormtilstand, der må ligestilles med sindssygd, og at han således er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1.

Nævningerne svarede ja til et spørgsmål om, hvorvidt tiltalte ved [REDACTED] som følge af indtagelse af rusmidler var utilregnelig på grund af forbigående sindssygd eller dermed ligestillet tilstand og også ja til et spørgsmål om, hvorvidt tiltalte dog skulle pålægges straf, fordi særlige omstændigheder talte derfor, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.³ Tiltalte blev herefter i landsretten idømt fængsel [REDACTED]. Højesteret nedsatte straffen til fængsel [REDACTED], bl.a. under henvisning til at tiltalte ikke havde tidligere erfaringer med aggressiv adfærd efter indtagelse af rusmidler.⁴

I **Straffelovrådets betænkning** nr. 667 fra 1972 om de strafferetlige foranstaltninger er der på side 47 omtalt en sag fra 1970 (dvs. før ændringen af straffelovens § 16 i 1975), hvor en [REDACTED]

Retslægerådet udtalte, at den sigtede på gerningstiden havde været sindssyg pga. forgiftning med euforiserende stoffer. Fremtidige, ligartede handlinger var ikke usandsynlige, og både hensynet til retssikkerheden og den sigtede selv talte for en længerevarende afvænningsbehandling.

Landsretten dømte [REDACTED] til anbringelse i hospital for sindslidende, hvilket efterfølgende gav anledning til debat.

Straffelovrådet fastslog, at den øgede brug af narkotika og andre afhængighedsskabende stoffer i de senere år havde gjort det nødvendigt at overveje, i hvilket omfang lovovertrædelser begået i tilstande fremkaldt ved indtagelse af sådanne rusmidler burde være straffri.⁵

I forlængelse heraf foreslog **Straffelovrådet**, at den dagældende § 18 ophæves, og at der i stedet indførtes en bestemmelse om fakultativ straffrihed for handlinger, der er begået i en

tilstand af sindssygdom eller en dermed ligestillet tilstand fremkaldt ved indtagelse af rusmidler.⁶

Anbefalingen fra Straffelovrådet blev fulgt med vedtagelsen af § 16, stk. 1, 3. pkt., i straffeloven af 1975⁷, som stadig er gældende.

I forlængelse af ovenstående vil Retslægerådet fremover i sager om forbigående rusmiddelbetingede sindssygelige tilstande som udgangspunkt ikke forholde sig nærmere til, om den sigtede kan være omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.

Det er en lægefaglig vurdering, om en person har befundet sig i en patologisk rustilstand, der kan ligestilles med sindssygdom eller lignende, på tidspunktet for det påsigtede. Det er en juridisk vurdering, om en person, der, som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler, har befundet sig i en tilstand, der må ligestilles med sindssygdom eller lignende, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 1. og 2. pkt., **skal pålægges straf**, når **særlige omstændigheder** taler derfor.

Det er således uden for Retslægerådets kompetence, jf. § 1 i lov om retslægerådet, at udtale sig om den juridiske vurdering i straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., idet dette ikke er en lægefaglig vurdering.

Rådet vil i udtalelserne i disse sager nævne, at den pågældende har befundet sig i en patologisk rus på tidspunktet for det påsigtede og herefter henhøre den pågældende til straffelovens § 16, stk. 1. Det er herefter op til parterne at argumentere for og imod, om der er særlige omstændigheder, der taler for, at den pågældende skal pålægges straf. Det er i sidste ende op til domstolene at foretage den juridiske vurdering af, om der foreligger sådanne særlige omstændigheder, at der kan pålægges straf.

5.5

Spirituskørsel, [REDACTED] og straffrihed

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

I forbindelse med udfærdigelse af **personundersøgelsen**, jf. retsplejelovens § 808, vurderede kriminalforsorgens psykiatriske konsulent, at B var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og at der ikke var behov for yderligere undersøgelser, herunder mentalundersøgelse.

Da politiet initialt nedlagde påstand om en frihedsstraf bestemte retten imidlertid på forsvarerens anmodning, at der skulle indhentes en ambulant mentalundersøgelse, jf. retsplejelovens § 809, stk. 1, hvilket B samtykkede til.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Ved mentalundersøgelsen var der ikke tegn på psykotiske symptomer hos B, idet der ikke blev stillet spørgsmålstegn ved diagnosen [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] Overlægen fandt, at B ud fra sin egen beskrivelse på gerningstidspunktet havde været i en abnorm rustilstand, karakteriseret ved at være fremkaldt af en mindre mængde alkohol med pludseligt indsættende uklar bevidsthed og hukommelsestab for det passerede.

Politiet anmodede **Retslægerådet** om en udtalelse med besvarelse af følgende tre spørgsmål bl.a. omhandlende sammenhænge mellem det oplyste alkoholkvantum og B's reaktion herpå.

Spørgsmål 1:

Kan den foran angivne forklaring om sigtedes alkoholindtagelse (indtagelse af medicin, euforiserende stoffer) være rigtig?

Spørgsmål 2:

Må i benægtende fald sigtedes alkoholindtagelse (indtagelse af medicin, euforiserende stoffer) antages at have været mindre, noget større, væsentlig større, eller langt større end forklaret?

Spørgsmål 6:

Giver sagen anledning til yderligere bemærkning. Herunder skal [anklager] anmode om rådets eventuelle bemærkninger til den af overlæge YY dragne konklusion, hvorefter sigtede befandt sig i en patologisk rus. Ved besvarelsen ønskes den af sigtede påberåbte omstændighed, at taget i betragtning.

Ved rådets udtalelse medvirkede sagkyndige indenfor både psykiatri og klinisk fysiologi med særlig sagkundskab vedrørende kroppens optagelse og nedbrydning af medicin og alkohol.

Retslægerådet besvarede de stillede spørgsmål således

Spørgsmål 1: Nej.

Spørgsmål 2: [B] må antages at have indtaget væsentligt til langt mere alkohol end forklaret.

Spørgsmål 6: Retslægerådet finder ved en samlet vurdering ikke, at der på tidspunktet for det påsigtede var tale om, at [B] var i en af alkohol udløst abnorm rustilstand. [B] har forud for tidspunktet for det påsigtede haft et væsentligt indtag af alkohol, og også mere end hvad [B] har oplyst at have indtaget, hvilket er bekræftet ved promillebestemmelse, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 2. [B] angiver amnesi for et længere tidsrum, hvilket ikke er en abnorm reaktion.

Retslægerådet kan, på baggrund af de tilsendte akter med retspsykiatrisk erklæring af den [XX.XX.XX] ved overlæge [YY], Retspsykiatrien [ZZ], udtale, at [B] [REDACTED]

(...) Ved den aktuelle mentalundersøgelse findes [B] at lide af [REDACTED] og [B's] kontaktevne beskrives god. Sigtede har endvidere god sygdomsindsigt. Der er mange velbeskrevne eksempler på genopblussen af [REDACTED] under belastning.

Efter Retslægerådets opfattelse er [B] på baggrund af sin [REDACTED] omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Såfremt [B] findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefale dom til ambulant psykiatrisk behandling ved psykiatrisk afdeling, med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Både Kriminalforsorgen, den retspsykiatriske erklæring og Retslægerådet anbefalede dom til ambulant psykiatrisk behandling med tilsyn af Kriminalforsorgen, hvilket Anklagemyndigheden nedlagde påstand om.

Retten fandt B skyldig i overtrædelse af færdselsloven som beskrevet ovenfor. Retten fandt, at [REDACTED] på gerningstiden havde været utilregnelig på grund af sindssygdom eller en tilstand, der må ligestilles med sindssygdom. B straffes derfor ikke, jf. straffelovens § 16, stk. 1.

Under hensyn til at B hverken før eller efter de i sagen omhandlede forhold havde begået strafbare forhold til den tid, der var forløbet, siden forholdet var begået og karakteren af forholdet samt til det af B forklarede om [REDACTED] ordnede forhold, fandt retten ikke, at det var

formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser, at der skulle træffes bestemmelse om anvendelse af andre foranstaltninger.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

B blev ved dommen frakendt retten til at køre motordrevet køretøj, hvortil der kræves kørekort, bortset fra lille knallert, i tre år fra gerningstidspunktet. Under hensyn til sagens karakter og den forløbne tid siden forholdet var begået, fandt retten, at statskassen skulle betale halvdelen af sagens omkostninger, mens B skulle betale den anden halvdel.

Kommentar

Det er uhyre sjældent, at retten ikke finder det nødvendigt eller formålstjenligt at idømme en særforanstaltning til personer, der dømmes for lovovertrædelse og findes straffri, jf. straffelovens § 16, stk. 1.

[REDACTED] er en alvorlig sindslidelse, som påvirker handlings- og følelseslivet og kan have forskellig fremtræden over tid hos den samme person. De psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser kan i perioder være afdæmpet eller helt forsvundet, mens [REDACTED] er mere permanent til stede.

I dansk retspsykiatri vil sigtede, som lider af [REDACTED] som næsten absolut udgangspunkt blive vurderet sindssyge på gerningstidspunktet og i overensstemmelse hermed henført til den i straffelovens § 16, stk. 1, omtalte personkreds. For sigtede med [REDACTED] ændres dette ikke, selvom den pågældende har været under indflydelse af alkohol eller euforiserende stoffer.

Det er retten, der (efter afgørelse af skyldsspørgsmålet) suverænt afgør, om den tiltalte på gerningstiden var utilregnelig på grund af sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand og derfor er straffri. Retten træffer også bestemmelse om, hvorvidt der er behov for en anden foranstaltning, som almindeligvis vil være i form af en psykiatrisk særforanstaltning, jf. Rigsadvokatens meddelelse om psykisk afvigende kriminelle af 30. august 2022.

Som anført er det meget sjældent, at der ikke idømmes en foranstaltning i sager som den her refererede. Stadig sjældent, men måske en smule hyppigere, er der fra tid til anden sager, hvor lovovertrædere med [REDACTED] af retten vurderes tilregnelige og i konsekvens heraf idømmes almindelig straf.

Der henvises til Retslægerådets årsberetning fra 2010, side 53 ff. og side 77 ff.

5.6

Strafferetlig indplacering ved mental retardering og grænsetilstande, illustreret ved fem sager

Ved udarbejdelse af retspsykiatriske erklæringer til brug i straffesager er vurdering af begavelsesniveau en obligatorisk del af mentalundersøgelsen, fordi det har betydning for den strafferetlige indplacering og lægelige sanktionsanbefaling.

Indledning

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger omtalt de problemer, der kan være med afgrænsning af gruppen af lovovertrædere, som, jf. straffelovens § 16, stk. 2, er lettere mentalt retarderede – eller i en tilstand ligestillet hermed – overfor personer, som er begavet lavt i "sinke"-området.

Den lægelige diagnose, mental retardering, forudsætter, at der i løbet af barndommen er konstateret *forsinket* eller *mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som bidrager til det samlede intelligensniveau, det vil sige de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder*. Senere opstået kognitiv dysfunktion, for eksempel efter hovedtraumer, neuroinfektioner, svær sindslidelse, misbrug eller demens, rubriceres som udgangspunkt ikke som mental retardering i retspsykiatrisk sammenhæng.

Graden af mental retardering bedømmes sædvanligvis med hjælp fra standardiserede intelligencetests, suppleret med social tilpasningsskala og klinisk vurdering. Graden kan ændres med tiden, f.eks. bedres ved træning, rehabilitering og personlighedsmæssig modning.

Grader af retardering

Lægeligt skelnes der mellem fire grader af mental retardering: meget svær grad, sværere grad, middelsvær grad og lettere grad, mens straffeloven opererer med to grader: højere og lettere.

Lovovertrædere, som er mentalt retarderede i højere grad, er som udgangspunkt straffrie, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt.

Derimod er personer med mental retardering i lettere grad ikke straffri, men idømmes efter dansk praksis stort set altid særforanstaltninger, selvom straffelovens § 16, stk. 2, rummer mulighed for at pålægge straf, hvis særlige forhold taler for det.

Endelig idømmes gruppen af svagt begavede ("sinke-begavelse") som udgangspunkt almindelig straf, også selvom de pågældende kan henføres til straffelovens § 69.

I praksis opstår der stort set aldrig vanskeligheder i afgrænsning og sanktionsanbefaling for gruppen med mental retardering i højere grad, som modsvares af de tre mest alvorlige grader i den lægelige diagnose.

Derimod er der jævnligt vanskeligheder i den strafferetlige indplacering af sigtede, som ved mentalundersøgelse vurderes lettere mentalt retarderet, men hvor tilstanden af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau er indtrådt efter barndommen, og kriterierne for den lægelige diagnose mental retardering således ikke er opfyldt.

Særforanstaltninger

I Rigsadvokatmeddelelsen om psykisk afvigende kriminelle af 30. august 2022 findes de fem særforanstaltninger, der som udgangspunkt anvendes ved mental retardering (type I til V). Ordlyden skal følges nøje, idet individuelle formuleringer medfører uklarhed vedrørende ansvar og kompetence i forbindelse med særforanstaltningens gennemførelse. Det bemærkes, at anbefaling om tilknyttede vilkår, for eksempel om misbrugsbehandling, kun er omtalt for de to mindst indgribende foranstaltningstyper (type V og IV).

Nedenfor omtales fem sager, hvor den diagnostiske og strafferetlige indplacering såvel som sanktionsanbefalingen er faldet forskelligt ud. Flere af sagerne er returneret af Retslægerådet med henstilling om supplerende undersøgelser, hvilket har forsinket den endelige afgørelse af straffesagen.

For hver sag er der for overblikkets skyld medtaget en summarisk oversigt over den sigtedes alder, sigtelse, strafferetlig indplacering og anbefalet sanktion i henholdsvis mentalerklæring, udtalelser fra Retslægerådet og Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere og endelig dom. I de tilfælde, hvor der er idømt særforanstaltning, er forkortelserne i Rigsadvokatmeddelelsen om psykisk afvigende kriminelle anvendt:

5.2.1. Dom til anbringelse i sikret afdeling (type I)

5.2.2. Dom til anbringelse i institution med mulighed for overførsel til sikret afdeling (type II)

5.2.3. Dom til anbringelse i institution (type III)

5.2.4. Dom om tilsyn af kommunen med mulighed for anbringelse i institution (type IV)

5.2.5. Dom om tilsyn af kommunen (type V)

5.6.1

Sag 1: Ændring af diagnose – almindelig straf

[REDACTED]

[REDACTED]

Ved ambulant mentalobservation blev X beskrevet [REDACTED]

[REDACTED]

Mentalerklæringen konkluderede i overensstemmelse hermed, at X var mentalt retarderet i lettere grad og omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Overlægen anbefalede som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., dom om tilsyn af kommunen med mulighed for anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type IV).

Samrådet udtalte sig kort tid efter afgivelsen af mentalerklæringen og var enig i den strafferetlige indplacering og anbefalede samme foranstaltning.

X blev efterfølgende tiltalt for yderligere et antal forhold, hvorfor der blev indhentet en supplerende mentalerklæring. Af konklusionen fremgik, at X stadig vurderedes omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, men med baggrund i de nye sigtelser anbefalede en skærpet sanktion i form af anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type III).

Samrådet tiltrådte den nye sanktionsanbefaling.

Ved forelæggelsen for Retslægerådet var X blevet [REDACTED] Retslægerådet fandt, på baggrund af de to mentalklæringer og Samrådets udtalelser, at X var lettere mentalt retarderet og anbefalede samme foranstaltning som disse.

Ved rettens dom blev X fundet skyldig i [REDACTED] [REDACTED] og omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og blev, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., idømt tilsyn af kommunen med mulighed for anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type IV).

X ankede dommen [REDACTED]

[REDACTED] X gav nu udtryk for, at [REDACTED] ikke mente at være mentalt retarderet. Anklagemyndigheden indhentede på denne baggrund en supplerende retspsykiatrisk undersøgelse. En psykologisk test viste en samlet IQ på [REDACTED], som vurderedes lavere end den reelle begavelse grundet [REDACTED]. Overlægen konkluderede ved en samlet vurdering af resultatet af den nye intelligenstagning sammenholdt med en klinisk vurdering af Xs kognitive og praktiske færdigheder, at der ikke var grundlag for diagnosen mental retardering, og at der heller ikke vurderedes at have været dette på tidspunkterne for det påsigtede.

X fandtes omfattet af straffelovens § 69, og der kunne ikke anbefales foranstaltninger som mere formålstjenligt end straf til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet.

Afgørelser

På denne baggrund blev også Retslægerådet anmodet om en ny udtalelse. Rådet fandt det, på baggrund af den supplerende retspsykiatriske undersøgelse, overvejende sandsynligt, at X ikke var mentalt retarderet, men begavet svarende til sinkeområdet. Rådet hæftede sig ved, at X [REDACTED]

[REDACTED]. Retslægerådet fandt X omfattet af straffelovens § 69, men fandt ikke, blandt andet begrundet i tilkomst af nye sigtelser, siden sagen sidst havde været forelagt, at kunne anbefale andre foranstaltninger som mere formålstjenlige til imødegåelse af risiko for ny kriminalitet, end straf.

Ved landsrettens dom, hvor X var [REDACTED], blev byrettens skyldkendelse stadfæstet og sanktionen ændret til [REDACTED] betinget fængsel.

Alder/ år	Sigtelse	Mentalundersøgelse	Retslægerådet	Samrådet	Dom
■	■ ■	■ ■	■	■ ■	■ ■ ■
■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■
■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■
■	■				■ ■

5.6.2

Sag 2: Ændring af diagnose – dom til forvaring

■
 ■
 ■
 ■
 ■
 ■

Ved mentalundersøgelsen blev Y fundet lettere mentalt retarderet, og overlægen anbefalede dom om tilsyn af kommunen med mulighed for anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type IV) med vilkår om at undergive sig lægeligt ledet misbrugsbehandling, som også blev resultatet ved retten.

■ og på ny mentalundersøgt, hvor ■ uændret blev vurderet lettere mentalt retarderet. Der blev anbefalet dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Samrådet var enig heri og foreslog supplerende vilkår om, at Y skulle undergive sig ■.

Retslægerådet var ved denne første forelæggelse enig med erklæringsskrivende overlæge og Samrådet, og rådet fandt Y mentalt retarderet i lettere grad og henførte ■ til straffelovens § 16, stk. 2, med anbefaling om dom til anbringelse på institution for personer

med vidtgående psykiske handicap (type III), som også blev resultatet ved rettens afgørelse, [REDACTED]

Dommen blev ophævet i forbindelse med en ny foranstaltningsdom, da Y [REDACTED] blev idømt anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap, [REDACTED]

Forinden var der foretaget en ny mentalundersøgelse, der, som de tidligere, fandt Y lettere mentalt retarderet og anbefalede dom til anbringelse. Retslægerådet blev på ny anmodet om en udtalelse, og med baggrund i at der ved den seneste mentalundersøgelse ikke var foretaget en ny psykologisk testning, tog rådet for første gang et mindre forbehold for, om Y var mentalt retarderet.

Af Retslægerådets udtalelse fremgår blandt andet:

[Y] er talrige gange dømt for forskellige kriminelle handlinger, [REDACTED]

[REDACTED] Dom om tilsyn af kommunen og senere dom til anbringelse i institution har ikke medført nogen forbedring af [REDACTED] psykiske tilstand eller virket kriminalitetsforebyggende.

Ved tidligere mentalundersøgelser har [Y] scoret lavt ved intelligenstagning, og [REDACTED] er vurderet at være mentalt retarderet i lettere grad

Ved den aktuelle mentalundersøgelse er der ikke foretaget psykologisk undersøgelse, og på grund af [Y's] negative indstilling er der ikke foretaget en grundig beskrivelse af [REDACTED] evner og færdighedsniveau. (...)

Retslægerådet antager, at [Y] fortsat er mentalt retarderet i lettere grad og dermed omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Rådet vurderer, at [Y] har behov for længerevarende ophold i sikret institution, således, at en egentlig pædagogisk påvirkning og behandling af misbrug bliver mulig

Retslægerådet anbefalede på grund af den tiltagende farlighed hos Y en mere indgribende foranstaltning i form af dom til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap (type I). Rådets udtalelse blev sendt i korrespondance hos overlægen, som ikke fremkom med yderligere bemærkninger.

Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere har afgivet en række udtalelser, hvor Y vedvarende er fundet mentalt retarderet i lettere grad og omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Samrådet har i stigende grad udtrykt bekymring for den farlighed, som Y frembød, og tilsvarende flere gange anbefalet skærpede foranstaltninger. Således blev der anbefalet dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap med mulighed for overflytning til sikret afdeling, [REDACTED] [REDACTED]

Retten fandt Y skyldig [REDACTED] og idømte [REDACTED] forvaring. Y ankede dommen med påstand om frifindelse for det ikke erkendte forhold, idet de øvrige forhold erkendtes, samt formildelse, således at der blev udmålt en tidsbestemt straf. Landsretten stadfæstede i enighed byrettens dom for så vidt angår skyldsspørgsmålet. Et flertal [REDACTED] stemte for stadfæstelse af byrettens sanktionsfastsættelse, mens et mindretal [REDACTED] stemte for fængsel [REDACTED] [REDACTED]. Y blev således idømt forvaring.

Alder/ år	Sigtelse	Mentalundersøgelse	Retslægerrådet	Samrådet	Dom
■	■	■	■	■	■ ■

Efterfølgende blev sagen forelagt for Samrådet vedrørende udviklingshæmmede lovovertrædere, som i en udtalelse i lighed med den retspsykiatriske erklæring og Retslægerådet fandt Z omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, idet [REDACTED] befandt sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med mental retardering af lettere grad.

Samrådet anbefalede dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type III). Herved var lagt vægt på at [REDACTED]. Videre fremhævedes, at en eventuel anbringelse i medfør af den af Retslægerådet anbefalede sanktion først ville kunne iværksættes efter kriminelt recidiv eller ved dokumenteret nærliggende risiko herfor, og at Z i tilfælde af anbringelse i medfør af en type IV foranstaltning ikke ville være underlagt udgangsbekendtgørelsen.

Sagen blev genforelagt for Retslægerådet med Samrådets udtalelse. På denne baggrund ændrede Retslægerådet sin anbefaling, og erklærede sig i en ny udtalelse enig i Samrådets betragtninger og anbefalede nu dom til anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type III).

Ved byrettens dom blev Z fundet skyldig i de rejste sigtelser og henført til straffelovens § 16, stk. 2, som mentalt retarderet i lettere grad og idømt den anbefalede sanktion.

Z ankede dommen med påstand om frifindelse i forholdet vedr. [REDACTED] subsidiært formildelse, herunder frifindelse for [REDACTED]. Anklagemyndigheden påstod stadfæstelse. Landsretten stadfæstede med henvisning til udtalelserne fra Retslægerådet og Samrådet byrettens dom både vedrørende skyldsspørgsmålet, strafferetlig indplacering (straffelovens § 16, stk. 2) og sanktion.

[REDACTED]
[REDACTED]

Alder/ år	Sigtelse	Mentalundersøgelse	Retslægerådet	Samrådet	Dom
[REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]	-	[REDACTED] [REDACTED]	-	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

5.6.4

Sag 4: § 16, stk. 2 - § 69 – formålstjenlighed af særforanstaltning

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] var ifølge de forelagte akter mindst mentalundersøgt tre gange – [REDACTED]
[REDACTED]. Ved alle tre undersøgelser er [REDACTED] fundet begavet i området mellem
sinkeniveau og lettere mental retardering.

Den løbende tvivl om [REDACTED] begavelsesniveau har resulteret i forskellige
sanktionsanbefalingerne til retten.

Der har været tre forelæggelser for Retslægerådet.

Ved mentalundersøgelsen, da A var [REDACTED] gammel, fandtes en IQ-score på [REDACTED], mens
funktionsniveauet ikke var tilsvarende lavt. Der var ikke tegn på sindssygdom eller anden
alvorlig sindslidelse. Overlægen konkluderede, at det ikke kunne udelukkes, at A var lettere
mentalt retarderet og således muligvis omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og med
sikkerhed af samme lovs § 69. Anbefalingen var i tråd hermed dom om tilsyn af kommunen
med mulighed for anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap
(type IV).

Retslægerådet var ikke enigt, idet rådet vurderede, at A var svagt begavet, præget af
[REDACTED], men ikke mentalt retarderet. Rådet henførte A til
straffelovens § 69 og kunne ikke anbefale en mere formålstjenlig foranstaltning end straf.

Samrådet henførte også A til straffelovens § 69, men fandt særforanstaltning mere
formålstjenlig til imødegåelse af risiko for ny kriminalitet og anbefalede dom til anbringelse i
institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type III).

Ved retten blev A fundet skyldig [REDACTED]
[REDACTED]

Ved mentalundersøgelsen, da A var [REDACTED] gammel og sigtet for blandt andet [REDACTED], blev han hverken ved klinisk vurdering eller psykologisk testning fundet mentalt retarderet.

Sagen blev ikke forelagt Retslægerådet.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Ved mentalundersøgelsen, da A var [REDACTED] år gammel, havde [REDACTED] haft ophold på psykiatrisk afdeling i mere end [REDACTED]. Det fremgår, at A [REDACTED]
[REDACTED].

Ved en ny psykologisk testning fandtes intelligenskvotient på [REDACTED], som sammenholdt med et lavt funktionsniveau og den kliniske vurdering blev vurderet at være udtryk for lettere mental retardering. Overlægen fandt A omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og der anbefalede dom om tilsyn af kommunen med mulighed for anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap (type IV).

Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere tilsluttede sig i en udtalelse konklusionen og anbefalingen i mentalerklæringen og anbefalede desuden vilkår om lægeligt ledet misbrugsbehandling.

Retslægerådet var ikke enig, men fandt ved en samlet vurdering uændret A begavet svarende til sinkeområdet samt personlighedsmæssigt umoden, behovsstyret og ansvarsfralæggende med behov for misbrugsbehandling. Rådet henførte A til straffelovens § 69 og kunne ikke pege på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til imødegåelse af en formentlig ikke ubetydelig risiko for fremtidig kriminalitet. [REDACTED]
[REDACTED].

Med baggrund i den lægelige uenighed korresponderede Retslægerådet med erklæringsskrivende overlæge, som i et grundigt svar fastholdt sin vurdering og gjorde gældende, at A begavelsesmæssigt befandt sig på grænsen mellem lettere mental retardering og sinkeniveau. [REDACTED]

██████████. Uagtet en mindre usikkerhed om den strafferetlige indplacering fandt overlægen med henvisning til, at ██████████
██████████ særforanstaltning som foreslået mere formålstjenlig end straf som kriminalitetsforebyggende foranstaltning.

Retslægerådet genovervejede sagen på baggrund af overlægens korrespondanceskrivelse, men endte med at fastholde sin vurdering og anbefaling til retten. Rådet lagde blandt andet vægt på, at A's aktuelle funktionsniveau forekom bedre end beskrevet, ██████████
██████████

██████████ samt det forhold at hverken institutionsophold som ung eller langvarige indlæggelser i psykiatrien som voksen havde haft kriminalitetsforebyggende effekt.

Byretten afgjorde sagen med dissens, idet flertallet fandt A omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, som værende i en tilstand ligestillet med lettere mental retardering. ██████ blev dømt til at undergive sig tilsyn af kommunen med mulighed for anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, med vilkår om misbrugsbehandling (type IV).

Ved landsrettens dom afgjordes med henvisning til Retslægerådets udtalelse, at det ikke kunne lægges til grund, at A var mentalt retarderet i lettere grad eller i en tilstand ganske ligestillet hermed. ██████ var derfor ikke omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, men af samme lovs § 69. Med baggrund i blandt andet oplysninger fra A om den forbedring, der var sket i ██████ forhold under den langvarige psykiatriske indlæggelse, fandt landsretten det mere formålstjenligt for at forebygge ny kriminalitet at træffe bestemmelse om særforanstaltning, som nævnt i straffelovens § 68, 2. pkt., og stadfæstede dermed byrettens dom for så vidt angår sanktion (type IV).

Afgørelse

Sagen blev på ny forelagt for Retslægerådet, da A var ██████████. ██████████
██████████. Den idømte
særforanstaltning havde været i funktion i få måneder. ██████████
██████████
██████████

Samrådet anbefalede dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap med mulighed for overflytning til sikret afdeling (type II).

Da der ikke ved medsendt en lægelig udtalelse, tilbagesendte Retslægerådet sagen med henstilling om, at der blev indhentet supplerende retspsykiatrisk erklæring med en aktuel

beskrivelse af As forhold og tilstand, og det samme på tidspunkterne for det påsigtede.

Denne blev modtaget et halvt år senere. A var da blevet [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] Med baggrund i vurderingen af at [REDACTED] var mentalt retarderet, var [REDACTED] blevet overflyttet til den sikrede institution Kofoedsminde, men grundet vanskeligheder med at rumme [REDACTED] blev [REDACTED] efter [REDACTED] tilbageflyttet til psykiatrien, hvor [REDACTED] stadig havde ophold. Der valgte man med henvisning til sagens kompleksitet og divergerende konklusioner fra tidligere undersøgelser at foretage en helt ny mentalundersøgelse.

Ved en ny, meget grundig mentalobservation og gentagelse af psykologisk testning fandtes nu en IQ på [REDACTED] som imidlertid ikke harmonerede med det kliniske indtryk af et betydeligt bedre samlet funktionsniveau, hvor A blandt andet udviste gode evner til at indgå i diskussioner og samtale på et højt abstraktionsniveau. As udvikling og psykiske tilstand var præget af [REDACTED].

[REDACTED]
[REDACTED]. Sammenholdt med en vurdering af at A bevidst underpræsterede ved nogle af de psykologiske tests, var den samlede konklusion fra mentalundersøgelsen, at A ikke var mentalt retarderet eller i en hermed ligestillet tilstand. Overlægen fandt [REDACTED] omfattet af straffelovens § 69 og kunne ikke anbefale andre foranstaltninger som mere formålstjenlige end almindelig straf. Anklagemyndigheden havde desuden bedt overlægen om at tage stilling til spørgsmålet om forvaring, hvad overlægen ikke fandt påkrævet.

Ved Retslægerådets efterfølgende udtalelse fastholdt rådet vurderingen af, at A ikke var mentalt retarderet, men personlighedsforstyrret i svær grad og omfattet af straffelovens § 69. Rådet kunne ikke pege på foranstaltninger, der fandtes mere formålstjenlige end straf til imødegåelse af en formentlig ikke ubetydelige risiko for fremtidig kriminalitet. Retslægerådet var ikke anmodet om at tage stilling til spørgsmålet om forvaring og undlod af egen drift at gøre dette.

Retten fandt ved flertalsafgørelse A skyldig i et forhold af [REDACTED]
[REDACTED] og idømte ham fængsel [REDACTED]
[REDACTED]

A's	Sigtelse	Mentalundersøgelse	Retslægerådet	Samrådet	Dom
Alder/					
år					

■	■	■	■	■	■
■	■	■	■	■	Fængsel ■ ■
■	■ ■	§ ■ ■	■	■	■
■	■	■	■	■	■
■	■ ■	■ ■	■	■	■
■	■ ■ ■	■ ■	■	■ ■	■
■	■	■	■ ■	■ ■	■ ■

[REDACTED]

Ved mentalundersøgelsen, hvor B medvirkede velvilligt, blev [REDACTED] vurderet svagt begavet, [REDACTED], samt umoden og uselvstændig. Ved psykologisk undersøgelse blev [REDACTED] begavelsesmæssigt fundet mentalt retarderet i lettere grad med valide oplysninger om, at tilstanden var startet i barndommen. [REDACTED] blev fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og der anbefalede dom om tilsyn af kommunen, således at domfældte efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde (type V).

Afgørelse

Ved forelæggelse for Retslægerådet var rådet enig i den strafferetlige indplacering. Rådet fandt det tvivlsomt, om der var behov for en strafferetlig særforanstaltning til forebyggelse af en formentlig meget beskeden risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, men anbefalede dog efter en samlet vurdering samme foranstaltning som mentalerklæringen. Samrådet var ligeledes enig i indplaceringen og anbefalingen.

Ved rettens afgørelse blev B fundet mentalt retarderet i lettere grad og omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, hvorfor [REDACTED] ikke skulle straffes. Da A ikke var tidligere straffet og ikke i de knap [REDACTED], der var forløbet siden forholdet var begået, havde gjort sig skyldig i nye overtrædelser af straffeloven, eller efter det oplyste optrådte [REDACTED] fandt retten, med henvisning til Retslægerådets udtalelse, at det ikke var formålstjenligt at træffe bestemmelse om en foranstaltning, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., for at forebygge nye lovovertrædelser.

B's Alder/ år	Sigtelse	Mentalundersøgelse	Retslægerådet	Samrådet	Dom
[REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Kommentar

Ifølge straffelovens § 16, stk. 2, straffes personer, der på gerningstiden var mentalt retarderede i lettere grad, ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge

straf. Tilsvarende gælder personer, der befandt sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med mental retardering.

Retslægerådets praksis angående personer, der befinder sig i grænseområdet mellem sinkestadiet og lettere mental retardering – eller eventuelt blot lavt i sinkeområdet – er at medinddrage eventuelle yderligere fysiske eller psykiske funktionshæmmende handicap i den kliniske vurdering og herefter, eventuelt på grundlag af denne samlede vurdering, henføre tilstanden til "en tilstand, der ganske må ligestilles med mental retardering" og anbefale en foranstaltningsdom. Eksempler på sådanne funktionshæmmende handicap kan være svært nedsat syn eller hørelse, misdannelser eller epilepsi med videre.

De fem beskrevne sagsforløb illustrerer bredden og de forskellige udfordringer med diagnostisk og retlig indplacering af personer, der intelligensmæssigt er placeret i grænseområdet mellem mental retardering i lettere grad og lavt i sinkestadiet, hvor sidstnævnte er en tilstand omfattet af straffelovens § 69, hvor Retslægerådet som udgangspunkt ikke kan anbefale en mere formålstjenlig foranstaltning end straf, medmindre der er tale om ledsagende funktionshæmmende handicap i mere udtalt grad.

I flere af de omtalte sager er den retlige indplacering over tid ændret fra § 16, stk. 2, til § 69, hvilket blandt andet afspejler, at der er indtrådt en bedring af de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.

Der henvises i øvrigt til Retslægerådets årsberetninger fra 2010, 2013, 2014, 2015, 2016 og 2018.





5.7

Referat af Retslægerådets temamøde om PTSD den 11. oktober 2023

Retslægerådet afholdt temamøde om PTSD den 11. oktober 2023 på Panum Institutet i København for Retslægerådets medlemmer, sagkyndige og andre interesserede for at give deltagerne en aktuel og opdateret viden om området.

Programmet for temamødet var følgende

Velkomst og afgrænsning af problemstillingen, skift i kriterier (DSM); militær PTSD

Ved Henrik Steen Andersen, medlem af Retslægerådet, overlæge, dr. med.,
militærpsykiatrisk ambulatorium, Psykiatrisk Center København

PTSD opstået med latensid; gennemgang af nyere forskning

Ved Poul Videbech, medlem af Retslægerådet, professor i psykiatri, dr. med., Psykiatrisk
Center Glostrup

PTSD "set fra to lejre": Ankestyrelsen og Retslægerådet

Ved Torsten Warrer, sagkyndig for Retslægerådet og Ankestyrelsen, overlæge
militærpsykiatrisk ambulatorium, Psykiatrisk Center København

Ændringer i sagsbehandling af erstatningssager vedrørende PTSD

Ved seniorarbejdsskadekonsulent Isabell Ginie Pedersen og overlæge Steffen Høy Pedersen
Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES)

Andre former for arbejdsrelateret PTSD

Ved overlæge Anne Sandager Thaysen og psykolog Mads Christian Jensen,
Psykoteraeutisk ambulatorium, Psykiatrisk Center Ballerup

Diskussion og afrunding

Uagtet at der gennem årene har været afholdt flere temamøder om PTSD i Retslægerådet, var der behov for yderligere et temamøde i efteråret 2023. Det skyldes dels, at man i Danmark snart går over til et nyt diagnosesystem for psykiske lidelser, ICD-11, som afløser ICD-10, som har været gældende siden 1994 – og dels at praksis i forbindelse med arbejdsskadesager har ændret sig over de sidste omkring 10 år, både Retslægerådets og Arbejdsskadesystemets praksis.

I ICD-11 bevares diagnosen, PTSD, om end kriterierne vil undergå visse ændringer. Ligeledes bevares den noget lettere og knap så veldefinerede diagnose, tilpasningsreaktion, hvilket også er tilfældet med den endnu mindre veldefinerede diagnose, uspecificeret belastningsreaktion. I ICD-11 forsvinder diagnosen, personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

Der introduceres en ny diagnose, kompleks PTSD, i ICD-11. Denne indebærer en række emotionelle og interpersonelle problemer og symptomer i tillæg til de egentlige PTSD-symptomer. Oprindeligt er denne diagnose tænkt at være gældende ved meget svære og langvarige traumer, ofte fra barndommen, eller ved udsættelse for længerevarende ydmygende behandling og tortur. I realiteten kan man hævde, at det for barndomstraumer er en fællesdiagnose for PTSD og emotionel ustabil personlighedsstruktur og for fx torturfølger en fællesdiagnose for PTSD og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse. Diagnosen kompleks PTSD synes allerede at blive brugt i mange sammenhænge, som det næppe har været tiltænkt. Det vil således være svært at forestille sig længerevarende PTSD, uden at der også er betydelige emotionelle og interpersonelle problemer udover de snævre PTSD-symptomer. I DSM-systemet indgår der således også emotionelle symptomer i "almindelig" PTSD. Det er således Retslægerådets opfattelse, at der sker en overdiagnosticering af kompleks PTSD, idet mange, som i ICD-10 (eller DSM) ville have fået diagnosen PTSD, i dag

benævnes kompleks PTSD. I arbejdsskadehenseende har det dog ikke nogen umiddelbar betydning.

PTSD består i sin kerne af et meget betydeligt traume, genoplevelser i drøm eller vågen tilstand, undgåelse – især af traumerelaterede stimuli og en konstant tilstand af anspændthed og "arousal". Der har siden introduktionen af diagnosen PTSD i 1980 været diskussion om, hvilke traumer som kan kvalificere til udvikling af PTSD. Dette spørgsmål er ikke endeligt afklaret og er i sin substans vanskeligt, da et givet traume både vil rumme et åbenlyst eller objektivt element – og et mere individuelt og subjektivt element. I arbejdsskadesammenhæng har man dog generelt lagt vægt på, at et traume skal være af meget tydelig og åbenlys voldsom karakter. En detalje i denne diskussion er, hvorvidt akkumulerede belastninger, dvs. gentagne, ofte mange, belastninger/traumer, som hver især ikke opfylder belastningsgraden over tid kan give anledning til PTSD. Hvor lidelsen således opstår, når "buen spændes for meget" eller "bægeret er fyldt". I DSM-systemet er denne type traumer tilstrækkelige til, at der kan stilles diagnosen PTSD.

Et vigtigt emne i Danmark i forhold til arbejdsskader over de sidste 5-10 år, er den tidsmæssige relation fra traumet til symptomernes opståen. ICD-10 fastholdt, at PTSD skulle opstå inden for 6 måneder efter traumet. Forskning har dog fastslået, at denne grænse har været for rigid. Tidligere blev mange erstatningssager afvist på netop denne baggrund. DSM har længe haft en variant af PTSD opstået med latenstid på mere end 6 måneder, og i ICD-11 vil der om det tidsmæssige stå: "...kan opstå flere år efter...". I flere tempi er både lovgivning og praksis i Danmark ændret, således at PTSD kan anerkendes som arbejdsskade efter længere tid end 6 måneder – især i relation til militært personel. I den sammenhæng kan optræden af delvis PTSD eller såkaldte brosymptomer (altså et ikke fuldt udviklet syndrom) inden den endelige diagnosticering være af betydning, hvis det kan dokumenteres. Forskningen viser også, at forsinket PTSD oftest findes, hvis der har været sådanne symptomer. Validiteten af dokumentationen for PTSD i fx en speciallægeerklæring er af stor betydning, altså hvor grundig og troværdig beskrivelse af evt. tidlige symptomer er. Til tider er der tidstro dokumentation relativt kort tid efter traumet, men oftest vil vurderingen bero på retrospektiv undersøgelse, evt. adskillige år efter belastningen eller traumet. Her må det konstateres, at kvaliteten af det materiale, som vurderingen af om der er tale om en arbejdsskade, skal bero på, er af svingende standard.

Konklusion

En samlet konklusion af både de senere års praksis og temamødet må være, at især det tidsmæssige krav i forhold til opståen af PTSD er lempet en del (på basis af ny viden), og at

tærsklen for sværhedsgraden af traumet (ofte kaldet stressorkriteriet) ligeledes er blødt lidt op med årene.

Der er ikke mange psykiatriske diagnoser, som har undergået så store forandringer i opfattelse og diagnosekriterier som PTSD. Det kan der være flere grunde til. Men det er vigtigt, at ændringer, herunder lempelse af kriterierne, er fagligt begrundede.

6

Statistik



6.1

Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2021-2023

Sager modtaget i Retslægerådet 2021-2023

	2021	2022	2023
Sagstyper			
31. Psykiatrisager	597	376	426
32. Færdselssager	69	84	67
33. Kastration, kønsskifte og avlingstid	4	4	0
34. Somatiske sager	899	654	680
35. Aldersbestemmelse	2	0	4
Samlet modtaget	1571	1197	1177

Sager afsluttet i Retslægerådet 2021-2023

	2021	2022	2023
Sagstyper			
31. Psykiatrisager	516	565	472
32. Færdselssager	84	92	77
33. Kastration, kønsskifte og avlingstid	4	4	0
34. Somatiske sager	1879	1618	860
35. Aldersbestemmelse	6	2	1
Samlet afsluttet	2492	2323	1410

Vi bemærker, at ovennævnte er en opgørelse over det antal sager, som Retslægerådet har modtaget og afsluttet inden for de nævnte sagsområder. Retslægerådet behandler herudover en række øvrige henvendelser, som f.eks. høringer, aktindsigter, klager og lignende.

Opgørelsen viser, hvor mange sager Retslægerådet har modtaget og afsluttet i det pågældende år. Opgørelsen viser dermed ikke, hvor mange sagsforløb, de enkelte sager indeholder, herunder hvor mange forskellige sagsforløb, der har været. Det forekommer f.eks. ofte, at Retslægerådet modtager supplerende spørgsmål i en sag, efter rådet har afgivet en udtalelse. Opgørelsen tager ikke højde herfor.

6.2

Sagsbehandlingstider, angivet i dage, i Retslægerådet 2021-2023

Sagsbehandlingstider (dage)	2021	2022	2023
Psykiatrisager	40	36	32
Færdselssager	93	67	66
Avlingstid og kastration	146	17	0

Somatiske sager	333	217	189
Aldersbestemmelse	168	103	29

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.

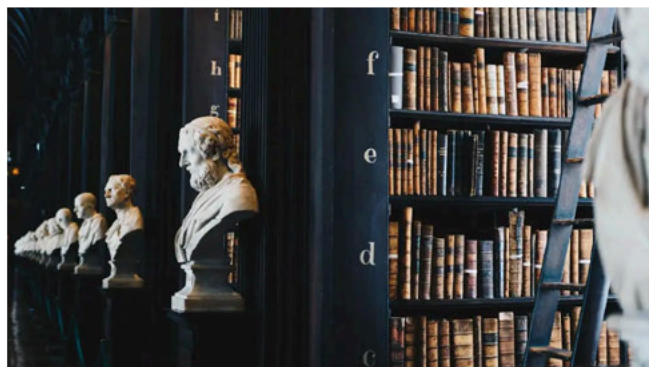
Endvidere bemærkes, at sagsbehandlingstiderne i tidligere årsberetninger har været angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Imidlertid er tallene oven for nu optalt som gennemsnitsværdier. Der vil således ikke umiddelbart være overensstemmelse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

Retslægerådets sagsbehandlingstider inkluderer tiden fra sagens modtagelse til sagen er afsluttet, herunder tiden der går, indtil sagen er tilstrækkeligt oplyst.

7

Folketingsspørgsmål stillet til Retslægerådet

Retslægerådet har i 2023 bidraget til besvarelse af følgende fire folketingsspørgsmål.



Spørgsmål 146

Vil ministeren redegøre for, hvor mange sager, der årligt genvurderes af Retslægerådet. Vil ministeren redegøre for, om det vil koste "ekstra" at et nyt sæt læger vurderer disse sager og herefter hvad det vil koste at lave en 2. instans for disse sager?

Svaret på folketingsspørgsmålet findes ved at klikke [her](#). Linket dirigerer videre til Folketingets hjemmeside.

Spørgsmål 147

Vil ministeren redegøre for, hvad det vil koste at indføre en 2. instans for samtlige vurderinger ved Retslægerådet?

Svaret på folketingsspørgsmålet findes ved at klikke [her](#). Linket dirigerer videre til Folketingets hjemmeside.

Spørgsmål 274

Vil ministeren oplyse, om Retslægerådet tager hensyn til, at Færøerne er et andet og langt mindre land, som har en anden kultur og et andet kriminalitetsniveau end Danmark, når man behandler – og næsten konsekvent underkender – de anbefalinger om, at personer dømmes i forvaring, som fremsættes af den færøske psykiatriske institution, "Psykiatrisk depilin", idet Retslægerådet indtil 2022 konsekvent gik imod de anbefalinger om at dømme personer i forvaring, som blev fremsat af "Psykiatrisk depilin" med den eneste undtagelse i 2022?

Svaret på folketingsspørgsmålet findes ved at klikke [her](#). Linket dirigerer videre til Folketingets hjemmeside.

Spørgsmål 275

Vil ministeren oplyse, om en farlighedsvurdering af en person på Færøerne baseres på, hvor farlig personen er for det færøske samfund eller om den baseres på, hvor farlig personen er i forhold til de farligste personer i Danmark, idet der henvises til, at lederen af den færøske psykiatriske institution "Psykiatrisk depilin", Tórmóður Stórá, i en podcast den 6. februar 2023 på Frihedsbrevet.fo antyder, at Retslægerådet tager udgangspunkt i en dansk virkelighed, når rådet vurderer sager fra Færøerne, selv om Færøerne har en anden situation vedrørende alvorlig kriminalitet end Danmark, hvilket vil sige, at man måske går imod anbefalingerne om en forvaringsdom, selv om der fagligt set er gode grunde til det, fordi man tager udgangspunkt i danske forhold og holder de værste kriminelle individer på Færøerne op imod de værste kriminelle individer i Danmark?

Svaret på folketingsspørgsmålet findes ved at klikke [her](#). Linket dirigerer videre til Folketingets hjemmeside.

8

Retslægerådets lovgrundlag og organisation



8.1

Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25. marts 1961 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.

Bekendtgørelse nr. 1068 af 17. december 2001 om forretningsorden for Retslægerådet
I medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsættes:

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) ved at rådet forhandler med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører, eller

3) ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Det bemærkes, at forretningsordenen for Retslægerådet er ændret ved bekendtgørelse nr. 442 af 29. april 2024, med ikrafttræden den 15. maj 2024. Den findes ved at trykke på linket [her](#).

8.2

Sagkyndige, herunder beskikkede sagkyndige og rådsmedlemmer, som er anvendt i sager, der blev afsluttet i 2023

Overlæge, ph.d., lektor

Anne-Mette Hejl

Bispebjerg Hospital

Neurologi

Professor, overlæge, ph.d.

Berit Schiøttz-Christensen
Horsens Sygehus
Reumatologi

Professor

Egon Stenager
Neurologi

Professor, dr.med.

Henrik Segelcke Thomsen
Herlev/Gentofte Hospital
Radiologi

Overlæge

Inge Rita Fugl
Arbejdsmedicin

Overlæge, dr.med.

Jan Pødenphant
Reumatologi

Speciallæge

Jens Georg Hansen
Almen Medicin

Professor, dr.med.

Jens Henrik Sahl Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Professor, speciallæge

John Sahl Andersen
Almen medicin

Professor, overlæge, dr.med.

Kim Peder Dalhoff
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Farmakologi

Overlæge

Kim Schantz
Ortopædkirurgi

Overlæge, ph.d.

Kurt Rasmussen
Arbejdsmedicin

Overlæge, dr.med.

Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Professor, overlæge, dr.med., ph.d.

Michael Bjørn Russell
Neurologi

Professor, dr.odont.

Palle Holmstrup
Odontologisk Institut
Odontologi

Praktiserende speciallæge

Per Bjerregaard
Bjerregaard Klinik
Autorisationssager

Professor, overlæge, dr.med.

Søren Møller
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Overlæge

Akram Dakhil Delfi
Herlev Hospital
Radiologi

Overlæge, ph.d.

Alfred Peter Born

Neuropædiatrisk Ambulatorium Rigshospitalet
Pædiatri

Professor, overlæge, dr.med.

Anders Kristian Møller Jakobsen
Sygehus Lillebælt
Onkologi

Professor, overlæge, dr.med.

Anders Odgaard
Rigshospitalet
Ortopædkirurgi

Professor, overlæge, ph.d.

Andreas Røder
Urologisk Forskningsenhed
Urologi

Professor, overlæge, ph.d.

Anne Amalie Elgaard Thorup
Psykiatri

Overlæge, ph.d.

Annika Ingeborg Loft Jakobsen
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

Professor, overlæge, ph.d.

Bent Laursen Ejlersen
Onkologi

Professor, dr.med.

Bent Ottesen
Gynækologi/obstetrik

Overlæge, dr.med.

Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologi

Overlæge, Forskningslektor

Bjarki Ditlev Djurhuus
Sjællands Universitetshospital
Oto-rhino-laryngologi

Professor, dr.med.

Bjarne Møller-Madsen
Aarhus universitetshospital
Ortopædkirurgi

Professor, overlæge, dr.med.

Bjørn Richelsen
Endokrinologi

Professor

Bo Friis Feldt-Rasmussen
Nefrologi

Professor, overlæge

Bo Sanderhoff Olsen
Gentofte Hospital
Ortopædkirurgi

Overlæge

Bodil Moltesen
Herlev Hospital
Pædiatri

Overlæge, ph.d.

Camilla Bock
Retspsykiatrien Slagelse
Psykiatri

Afdelingslæge, Ph.d., DMSc

Casper Hagen
Pædiatri

Afdelingslæge, klinisk lektor, ph.d.

Charlotte Uggerhøj Andersen

Aarhus Universitetshospital

Farmakologi

Overlæge

Christian Augusto Lildal Rodriguez Carranza

Rigshospitalet

Thoraxkirurgi

Professor

Christian Bo Christensen

Lægerne Låsby

Almen medicin

Professor, overlæge

Christian Godballe

Odense Universitetshospital

Oto-rhino-laryngologi

Overlæge

Christian Martin Møller

Center for Rygkirurgi/Capio CFR,

Neurokirurgi

Professor, overlæge, dr.med.

Christian von Buchwald

Rigshospitalet

Oto-rhino-laryngologi

Overlæge

Christina Kinnander

Herlev Hospital

Radiologi

Overlæge, klinisk lektor, ph.d.

Claus Marcher

Odense Uniersitetshospital

Hæmatologi

Overlæge

Claus Verner Jensen

Rigshospitalet

Radiologi

Professor, overlæge, ph.d.

Claus Ziegler Simonsen

Aarhus Universitetshospital

Neurologi

Overlæge

Dorte Glintborg

Odense Universitetshospital

Endokrinologi

Ledende overlæge, ph.d.

Dorte Maria Sestoft

Retspsykiatrisk Klinik Kbh.

Psykiatri

Speciallæge, dr.med.

Else Kirstine Tønnesen

Anæstesiologi

Overlæge

Eva Balslev

Herlev/Gentofte Hospital

Patologi

Professor, Overlæge dr. Med.

Flemming Brandt Sørensen

Aarhus Universitet

Patologi

Professor, dr.med.

Freddy Karup Pedersen

Rigshospitalet

Pædiatri

Direktør og speciallæge

Freddy Lippert

Falck

Anæstesiologi

Professor, dr.med.

Gorm Boje Jensen

Kardiologi

Overlæge

Hanne Arildsen

Aarhus Universitetshospital

Infektionsmedicin

Overlæge, ph.d.

Hanne Gottrup

Aarhus Universitetshospital

Neurologi

Overlæge

Hanne Marie Nullemann

Aarhus Universitetshospital

Radiologi

Ledende overlæge, dr.med.

Hans Herman Dieperink

Odense Universitetshospital

Nefrologi

Overlæge, dr.med.

Hans-Jørgen Malling

Københavns Universitetshospital Gentofte

Allergologi

Ledende overlæge, ph.d.

Helle Laustrup

Odense Universitetshospital

Reumatologi

Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Frederiksberg Hospital

Reumatologi

Overlæge, dr.med

Henrik Christian Juul Nyholm

Gynækologi/obstetrik

Overlæge, ph.d. Klinisk lektor

Henrik Horwitz

Klinisk farmakologi

Overlæge

Henrik Jakobsen

Urologi

Professor, overlæge, dr.med., ph.d.

Henrik Kjærulf Jensen

Aarhus Universitetshospital

Kardiologi

Overlæge

Henrik Lajer

Gynækologi/obstetrik

Ledende overlæge, ph.d.

Henrik Lavlund Flyger

Herlev Hospital

Mammakirurgi

Overlæge, ph.d.

Henrik Skjødt

Rigshospitalet

Reumatologi

Overlæge, dr.med.

Henrik Steen Andersen

Rigshospitalet

Psykiatri

Professor, overlæge, dr.med., ph.d.

Henrik Vorum

Øjencenter Nord v/øjelæge Henrik Vorum

Oftalmologi

Adm. direktør, forskningsleder

Henrik Wulff Christensen

Syddansk Universitet

Kiropraktik

Professor, overlæge

Ian Law

Rigshospitalet

Klinisk fysiologi/ nuklearmedicin- subspeciale CNS

Ledende overlæge, screeningschef

Ilse Merete Munk Vejborg

Rigshospitalet

Radiologi

Overlæge, dr.med.

Inge Jenny Dahl Knudsen

Rigshospitalet

Klinisk mikrobiologi

Overlæge, dr.med.

Jan Falborg Fallingborg

Aalborg Universitetshospital

Gastroenterologi

Overlæge, dr.med., ph.d.

Jan Maxwell Nørgaard

Aarhus Universitetshospital

Hæmatologi

Ledende overlæge, ph.d.

Jane Frølund Thomsen

Bispebjerg Hospital

Arbejdsmedicin

Centerdirektør

Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgi

Lægelig konsulent, Speciallæge

Jannik Christian Hilsted
Intern medicin og Endokrinologi

Professor, overlæge, ph.d.

Jens Ahm Sørensen
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgi

Ledende overlæge, professor, dr.med.

Jens Christian Hedemann Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgi

Speciallæge, dr. med, ph.d.

Jens Christian Nørregaard
Øjensygdomme

Overlæge, dr.med.

Jens Lund
Psykiatri

Professor, overlæge, dr.med.

Jens Michael Hertz
Odense Universitetshospital
Klinisk genetik

Professor

Jens Otto Lunde Jørgensen
Endokrinologi

Professor

Jens Peter Ellekilde Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejdsmedicin

Overlæge, dr.med.

Jens Peter Garne
Mammakirurgi

Neuropsykolog, cand.psych.

Jens Østergaard Riis
Aalborg Universitetshospital
Neuropsykologi

Professor, overlæge, dr.med.

Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgi

Ledende Overlæge

Jesper Bohsen Ravn
Thoraxkirurgi

Overlæge, specialkonsulent

Jesper Hvolris
Privat praksis, Hamlet
Ortopædkirurgi

Professor, ph.d.

Jette Kolding Kristensen
Aalborg Universitet
Almen medicin

Neuropsykolog, cand.psych.

Jette Stokholm Pedersen
Rigshospitalet
Neuropsykologi

Overlæge dr.med.

John Rosendahl Østergaard
Pædiatri

Professor, ph.d.

Jytte Banner

Københavns Universitet

Retsmedicin

Retskemiker, seniorforsker

Jørgen Bo Hasselstrøm

Aarhus Universitet, Institut for Retsmedicin

Retskemi

Speciallæge, dr.med.

Jørgen Lange Thomsen

Syddansk Universitet

Retsmedicin

Overlæge, lektor, dr. Med.

Jørn Carlsen

Rigshospitalet

Kardiologi og intern medicin

Ledende overlæge

Karsten Krøner

Regionshospitalet Horsens

Ortopædkirurgi

Overlæge, ph.d.

Kasper Kjærulf Gosvig

Herlev Hospital

Radiologi

Speciallæge

Katalin Kiss

Rigshospitalet

Patologi

Overlæge

Katrine Fabricius Torfing

Radiologi

Ledende overlæge, professor, dr.med.

Kim Christian Houlin

Kolding Sygehus

Karkirurgi

Overlæge

Kim Daugbjerg Balsløv

Psykiatrisk afdeling Middelfart

Psykiatri

Lægelig direktør

Kim Torsten Brixen

Odense Universitetshospital

Endokrinologi

Overlæge, ph.d.

Kirsten Svenstrup

Rigshospitalet

Neurologi

Speciallæge

Klaus Børch

Pædiatri

Overlæge, ph.d.

Klaus Hindsø

Rigshospitalet

Ortopædkirurgi

Ledende overlæge

Lars Bo Ilkjær

Aarhus Universitetshospital

Thoraxkirurgi

Professor

Lars Bo Svendsen

Kirurgisk gastroenterologi

Overlæge

Lars Bøgeskov

Rigshospitalet

Neurokirurgi

Professor, overlæge, ph.d.

Lars Henrik Frich
Sønderborg Sygehus
Ortopædkirurgi

Professor, overlæge, dr.med.

Lars Lund
Odense Universitetshospital
Urologi

Professor, dr.med.

Lars Nannestad Jørgensen
Bispebjerg Hospital
Mave-tarm kirurgi

Overlæge, dr.med.

Lars Tue Sørensen
Bispebjerg Hospital
Mave-Tarm kirurgi

Overlæge, dr.med.

Lars Willy Andersen
Rigshospitalet
Anæstesiologi

Overlæge

Lasse Ole Zacho Speiser
Aarhus Universitetshospital
Radiologi

Overlæge

Leif Hovgaard Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Radiologi

Overlæge

Lene Bak
Odense Universitetshospital
Radiologi

Lektor, ph.d.

Lene Baad-Hansen
Aarhus Universitet
Odontologi

Statsobducent, professor

Lene Warner Thorup Boel
Aarhus Universitet
Retsmedicin

Overlæge

Lillian Mørch Jørgensen
Hvidovre Hospital
Intern medicin og geriatri

Overlæge, ph.d.

Line Hartvig Cleemann
Rigshospitalet
Pædiatri

Professor, overlæge, dr. med.

Lisbet Rosenkrantz Hølmich
Herlev og Gentofte Hospital
Plastikkirurgi

Overlæge

Lisbeth Hvolris
Hvidovre Hospital
Kirurgisk gastroenterologi

Overlæge

Lisbeth Høgedal
Radiologi

Speciallæge, lektor, ph.d.

Ljubica Vukelic Andersen
Aalborg Universitetshospital
Farmakologi

Ledende overlæge

Lone Kirkeby
Regionshospitalet Gødstrup
Ortopædkirurgi

Professor, overlæge, dr. med., ph.d.

Lone Skov
Gentofte Hospital
Dermatologi/venerologi

Lektor, tandlæge, ph.d.

Louise Hauge Matzen
Aarhus Universitet, Institut for Odontologi og Oral Sundhed
Odontologi

Overlæge

Lykke Pedersen
Rigshospitalet
Psykiatri

Overlæge

Marie Elisabeth Cortsen
Rigshospitalet
Neuroradiologi

Specialeansvarlig overlæge, ph.d., MPG

Martin Ballegaard
Sjællands Universitetshospital Roskilde
Klinisk neurofysiologi

Professor, overlæge, dr.med.

Martin Balslev Jørgensen
Psykiatrisk Center København
Psykiatri

Overlæge, ph.d., Klinisk lektor

Martin Græbe
Rigshospitalet
Karkirurgi

Speciallæge, dr.med.

Martin Peter Iversen
Rigshospitalet
Lungemedicin

Overlæge, ph.d.

Mette Brandt-Christensen
Psykiatrisk Center Glostrup
Psykiatri

Overlæge, lektor, dr.med.

Mette Holland-Fischer
Reumatologi

Centerchefsyrgeplejerske

Mette Marie Friis Hansen
Rigshospitalet
Pædiatri

Professor, overlæge, ph.d.

Michael Rindom Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgi

Ledende overlæge, dr.med.

Morten Bagge Hansen
Rigshospitalet
Klinisk Immunologi

Overlæge

Morten Hagelskær Helvind
Rigshospitalet
Thoraxkirurgi

Lægefaglig vicedirektør

Morten Ziebell
Sjællands Universitetshospital
Neurokirurgi

Overlæge, dr.med.

Nann Hurwitz Eller
Bispebjerg Hospital
Arbejdsmedicin

Overlæge, dr.med.

Niels Erik Ebbenhøj
Arbejdsmedicin

Neuropsykolog, cand.psych.

Niels Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Neuropsykologi

Professor, overlæge, dr. med.

Niels Klarskov
Herlev Hospital
Gynækologi/obstetrik

Professor, overlæge, dr. med.

Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Mave-tarm kirurgi

Professor, overlæge, dr. med.

Niels Ulbjerg
Aarhus Universitetshospital
Gynækologi/Obstetrik

Professor, overlæge, ph.d.

Nina Margrethe Weis
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicin

Overlæge

Ole Fedders
Neurokirurgi

Klinikchef, overlæge, dr.med.

Ole Hamberg

Rigshospitalet

Hepatologi

Overlæge

Ole Hilberg

Vejle Sygehus

Lungemedicin

Professor, overlæge, dr.med.

Ole Haagen Nielsen

Herlev Hospital

Gastroenterologi

Professor, overlæge, dr.med.

Palle Toft

Odense Universitetshospital

Anæstesiologi

Professor, Overlæge, dr.med.

Peer Michael Christiansen

Aarhus Universitetshospital

Mammakirurgi

Overlæge

Per Hølmer

Ortopædkirurgi

Professor, overlæge, dr.med.

Per Klausen Fink

Aarhus Universitetshospital

Psykatri

Professor, ledende overlæge

Pernille Ravn

Odense Universitetshospital

Gynækologi/obstetrik

Overlæge, dr.med.

Peter Bernth Petersen

Oftamologi

Overlæge

Peter Bruvik Ruhlmann
Odense Universitetshospital
Oftalmologi

Professor, overlæge, dr.med.

Peter Christensen
Aarhus Universitetshospital
Mave-tarm kirurgi

Vicestatsobducent

Peter Juel Thiis Knudsen
Syddansk Universitet
Retsmedicin

Statsobducent, ph.d.

Peter Mygind Leth
Retsmedicinsk Institut, Statsobducenturet for Syddanmark
Retsmedicin

Ledende overlæge, dr.med.

Peter Ott
Aarhus Universitetshospital
Hepatologi

Professor, dr.med., ph.d.

Peter Vestergaard
Aalborg Universitetshospital
Endokrinologi

Overlæge

Philip Lowell Stürup Bennett
Gentofte Hospital
Reumatologi

Specialtandlæge, dr.odont.

Poul Christian Axel Vedtofte
Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

Professor, overlæge, dr.med.

Poul Videbech
Psykiatrisk Center Glostrup
Psykiatri

Overlæge

Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgi

Professor, dr.med.

Raben Rosenberg
Psykiatri

Overlæge

René Tyranski Nielsen
Capio CFR
Neurokirurgi

Vicestatsobducent

Steen Holger Hansen
Retsmedicinsk Institut
Retsmedicin

Professor, overlæge, dr.med.

Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Endokrinologi

Overlæge, dr.med.

Stig Sonne-Holm
Ortopædkirurgi

Professor, overtandlæge, ph.d.

Sven Erik Nørholt
Aarhus Universitetshospital
Odontologi

Ledende overlæge, professor, dr.med., ph.d.

Svend Ellermann-Eriksen

Aarhus Universitetshospital
Klinisk mikrobiologi

Professor, overlæge

Svenn Olfred Stolberg-Rohr Vagn Hansen
Odense Universitetshospital
Onkologi

Professor

Søren Hillerup
Odontologi

Professor, overlæge, dr.med.

Søren Jacobsen
Rigshospitalet
Reumatologi

Overlæge, lektor

Søren Peter Eiskjær
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgi

Lærestolsprofessor, overlæge

Søren Rittig
Aarhus Universitetshospital
Pædiatri

Overlæge, dr.med

Søren Solgaard
Herlev og Gentofte Hospital
Ortopædkirurgi

Klinisk professor, specialeansvarlig overlæge

Søren Vedding Kold
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgi

Professor, overlæge, dr.med.

Therese Ovesen

Regionshospitalet Gødstrup
Oto-rhino-laryngologi

Overlæge

Thomas Bo Jensen
Ortoklinik
Plastikkirurgi

Overlæge

Thomas Kirkegaard
Psykiatri

Overlæge, dr.med.

Thomas Kiær
Acure Privathospital
Ortopædkirurgi

Lægefaglig direktør

Tina Gram Larsen
Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien
Psykiatri

Professor, overlæge, dr.med.

Toke Bek
Oftalmologi

Professor, cheflæge, ph.d.

Torben Bæk Hansen
Regionshospitalet Gødstrup
Ortopædkirurgi

Professor, dr.med.

Torben V. Schroeder
Kirurgi

Overlæge

Torsten Warrer
Krise- og Katastrofe psykiatrisk Center Militærpsykiatrisk ambulatorium
Psykiatri

Overlæge, dr.med.

Troels Mørk Hansen
Reumatologi

Professor, dr.med.

Troels Staehelin Jensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologi

Overlæge

Tzvetelina Shentova Delfi
Radiologi

Overlæge, ph.d.

Uffe Møller Døhn
Rigshospitalet
Reumatologi

Overtandlæge

Ulla Pallesen
Odontologi

Overlæge, ph.d.

Vibeke Andrée Larsen
Rigshospitalet
Radiologi

Professor, overlæge

Øjvind Lidegaard
Rigshospitalet
Gynækologi/obstetrik

8.3

Retslægerådets sekretariat 2023



Juridiske medarbejdere i 2023

Sekretariatschef Eva Aaen
Souschef Sanne Bagge Hjorth
Souschef Jeppe Aakerhjelm Jessen
Fuldmægtig Emma Wadsbach
Fuldmægtig Sisse Joy Kristensen
Fuldmægtig Sofie Horslev Kjellerup
Bachelorfuldmægtig Anne-Gerd Bejrholm
Stud.jur. Jósva F. Debes

Lægelige sekretærer i 2023

Overlæge Christina Jacobsen (16 timer ugentlig)
Overlæge Lars Tue Sørensen (16 timer ugentlig)
Overlæge Lars Willy Andersen (16 timer ugentlig)
Professor, ph.d., Niels Lynnerup (16 timer ugentlig)

Administrativt personale i 2023

Kontorfunktionær Jette Pedersen
Kontorfunktionær Lotte Harbo Poulsen
Kontorfunktionær Lotte Sørensen
Kontorfunktionær Louise Kirk Abel
Kontorfunktionær Pia Malling Larsen
Kontorfunktionær Sissel Maagard Nielsen
Kontorfunktionær William Alexander Luke
Kontorelev Kristjan Valdemar Møller
Kontorelev Susanne Andersen

References

Gottlieb, P., Dahl Jensen, P., Brandt-Christensen, M., Kramp, P. Rustilstande og (u)tilregnelighed. Juristen, 6, 177-187

Gottlieb, P., Dahl Jensen, P., Brandt-Christensen, M., Kramp, P. Rustilstande og (u)tilregnelighed. Juristen, 6, s. 181

Gottlieb, P., Dahl Jensen, P., Brandt-Christensen, M., Kramp, P. Rustilstande og (u)tilregnelighed. Juristen, 6, s. 184

Ibid.

Straffelovrådets betænkning nr. 667/1972, side 12

Ibid.

lov nr. 268 af 26. juni 1975 om ændring af borgerlig straffelov, af lov om ikrafttræden af borgerlig straffelov m.m. og af retsplejeloven

Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.civilstyrelsen.dk/sagsomraader/retslaegeraadet/