

Retslægerådets  
årsberetning

2019

# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD .....</b>	<b>3</b>
<b>I.UDVALGTE EMNER OG SAGER AF INTERESSE .....</b>	<b>6</b>
ASPERGERS SYNDROM I SVÆR GRAD OG TILTAGENDE FARLIGHED UNDER ANBRINGELSE I PSYKIATRISK AFDELING.	6
ET TILBAGEVENDENDE TEMA: PSYKOSE ELLER EJ	21
KVINDE IDØMT BETINGET FÆNGSELSDOM PÅ GRUND AF STALKING	25
VURDERING AF PATIENTSIKKERHED I FORBINDELSE MED MISBRUG AF AFHÆNGIGHEDSSKABENDE MEDICIN HOS EN SUNDHEDSPERSON.	29
Münchenhausen by Proxy /Medicinsk Børnemishandling	33
REFERAT AF TEMAMØDE OM MÜNCHAUSEN BY PROXY/MEDICINSK BØRNEMISHANDLING	37
PROMILLEBEREGNING VED EFTERFORBRUG	40
FOLKETINGSSPØRGSMÅL I 2019	46
<b>II.STATISTIK .....</b>	<b>56</b>
SAGER MODTAGET OG AFSLUTTET I RETSLÆGERÅDET 2016-2019	56
ANTAL LÆGEFAGLIGE SAGER MODTAGET OG AFSLUTTET I RETSLÆGERÅDET 2016-2019	57
SAGSBEHANDLINGSTID, ANGIVET I DAGE, I RETSLÆGERÅDET 2016-2019	58
<b>III.RETSLÆGERÅDETS LOVGRUNDLAG OG ORGANISATION .....</b>	<b>59</b>
LOVBESTEMMELSER M.V.	59
RETSLÆGERÅDETS MEDLEMMER 2019	63
BESKIKKEDE SAGKYNDIGE ANVENDT I SAGER AFSLUTTET I 2019	64
AD HOC SAGKYNDIGE PÅ SAGER AFSLUTTET I 2019	66
RETSLÆGERÅDETS sekretariat 2019	76

## Forord

2019 var tiåret for udarbejdelsen af Retslægerådets strategi/handlingsplan. Baggrunden var en forudgående periode, hvor rådet ufrivilligt havde fået en del spaltepads i både tidsskriftet Advokaten og dagbladet Politiken. Der blev sat spørgsmål ved selve 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 vores manglende information om anvendelse af begrebet "overvejende sandsynlig". Formandskabet fandt – ikke overraskende – at kritikken var uberettiget. Men de hårde knubs gav alligevel anledning til selvansøgelse – vi savnede solide argumenter, der kunne tilbagevise kritikken. Vi besluttede derfor i slutningen af 2009 at udarbejde en egentlig strategi/handlingsplan for rådets videre arbejde. En handlingsplan, der blev fremlagt, drøftet 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. Kommunikation har derfor stået centralt i handlingsplanen. Det gælder både den interne og eksterne kommunikation. Internt blev der taget initiativ til udsendelse af et sommer- og julebrev med en status for rådets arbejde til alle voterende; deling af mødereferater; årshjul for råds- og formandskabsmøder, regelmæssige møder med lægelige sekretærer og medicin- og alkoholsagkyndige, to årlige temamøder hvoraf det ene senest er erstattet af et 24-timers møde for sekretariat, rådet, lægelige referenter og voterende.

Den eksterne kommunikation har bestået af et stort antal- flere end 30 - foredrag/workshops for advokater, domstole og andre samarbejdspartnere. Vidensdeling sker i høj grad gennem årsberetningens artikler og mødereferater. Nærværende årsberetning er ingen undtagelse. I tillæg har der været publikationer i Ugeskrift for Læger og en god pressekontakt. Hjemmesiden er for en del år siden blevet revideret, men trænger nu til et "brush up". Civilstyrelsen tager fat på denne opgave.

Kvalitetssikringen har som anført været det andet store fokusområde. Rådets arbejde har gennemgået et eksternt peer review, hvor kvaliteten af både spørgsmål og svar for et helt års somatiske sager er blevet analyseret. Arbejdet har resulteret i en publikation, der kan findes på rådets hjemmeside. På samme måde er rådets arbejde og kvaliteten af samme blevet videnskabeligt vurderet i en Ph.d.-afhandling. Det er efter min opfattelse ikke meningen, at Retslægerådet skal udvikle sig til en egentlig forskningsinstitution, men vi kan identificere de for rådet relevante forskningsspørgsmål og bidrage til arbejdet, i det omfang det er muligt.

Vejledninger og generel rådgivning af rådets voterende er samlet i den såkaldte "Grønspættebog"! Indførelse af introduktionsdag for alle nye voterende én gang om året i Viborg er blevet vel modtaget og sikrer en hurtigere og bedre start for nye voterende.

Temadagene er ligeledes et vigtigt led i kvalitetssikringen. Emnet for en sådan dag identificeres typisk fra en sag, der har givet anledning til diskussion i rådet og/eller blandt de voterende. Relevante interne og eksterne oplægsholdere belyser emnet for en bred kreds. Mødereferatet udgør en status for den pågældende problemstilling og offentliggøres i årsberetningen. I nærværende årsberetning er således workshoppen "Münchhausen by Proxy" refereret.

Sekretariatet har i samme periode oplevet mange ændringer: fysisk flytning af sekretariatet fra Blegdamsvej til Adelgade i 2013. Dette i konsekvens af, at sekretariatet overgik i regi af Civilstyrelsen og ikke længere hørte under Justitsministeriet. Sekretariatet har i dag som bekendt til huse i Viborg som et resultat af regeringens udflytningsstrategi i 2017. Selve Retslægerådet udgør fortsat en uafhængig enhed i regi af Justitsministeriet, hvilket vi anser for helt afgørende. I tillæg har sekretariatet håndteret overgang til elektronisk sagsbehandling, nyt sagsbehandlingssystem, omstruktureringer etc.

Det har kort sagt været et begivenhedsrigt ti år. Alligevel synes vi, at vi kan konkludere, at vi er lykkedes med vores strategi/handlingsplan. At kendskabet til rådet er øget, og vi konstant har fokus på kvaliteten af vores arbejde. Det er lykkedes takket være indsatsen fra sekretariatet med de mange dygtige medarbejdere og opbakning fra ministeriet.

Undertegnede formand runder også et ti år, og ved årsskiftet 2019/2020 afgår jeg som formand for Retslægerådet. Jeg er fyldt med stor taknemmelighed og dyb respekt for den indsats, som de lægelige referenter og alle de voterende yder. De bruger deres fritid i en travl hverdag til at besvare de mange faglige spørgsmål i rådets sager. Dette på trods af, at honoraret ikke er af en størrelsesorden, der på afgørende måde er med til at ændre deres levestandard. Landets fremmeste eksperter stiller op, både fordi de betragter det som et borgerligt ombud, og fordi det i nogle sager stiller krav til den ypperste ekspertise. Rådets eksistensberettigelse hviler på denne faglighed.

God fornøjelse med læsning af årsberetningen for 2019.

Med venlig hilsen

Annie Vesterby

Bent Ottesen

Mette Brandt-Christensen

Næstformand

Formand

Næstformand

## I. Udvalgte emner og sager af interesse

### Aspergers syndrom i svær grad og tiltagende farlighed under anbringelse i psykiatrisk afdeling

*J var en 27-årig mand, som siden barndommen havde lidt af gennemgribende udviklingsforstyrrelse (Aspergers syndrom / autisme).*

*Han blev som 18-årig idømt psykiatrisk behandlingsdom for frihedsberøvelse og forsøg på voldtægt, idet han ved mentalundersøgelse blev fundet i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Dommen blev ophævet efter 5 år.*

*J blev godt 9 år senere sigtet for forsøg på manddrab og dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Under forløbet af anbringelsesdommen blev J sigtet for flere overfald på medpatienter og personale på psykiatrisk afdeling. Retslægerådet returnerede i 2017 sagen med henstilling om supplerende lægelige oplysninger og anbefalede, da sagen blev forelagt på ny et halvt år senere, på ny dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.*

*Endelig domfældelse skete først næste 3 år efter de påsigtede forhold, hvor J ved landsretten blev idømt en ny dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling. I mellemtiden var J blevet overflyttet til specialiseret retspsykiatrisk afdeling, hvor han foretog særdeles farlige overfald på medpatient og overlægen. Afdelingen søgte Justitsministeriet om udstedelse af farlighedsdekret, som Retslægerådet ikke fandt det muligt at anbefale, idet kun sindssygdom, men ikke tilstande ligestillede med sindssygdom er omfattet af psykiatrilovens regler om farlighedsdekret.*

*Derpå blev fra psykiatrisk afdeling anbefalet foranstaltningsskærpelse til anbringelse på Sikringsafdelingen, tiltrådt af Retslægerådet.*

*J er aktuelt på ny sigtet for voldelige overfald af personale og afventer rettens afgørelse.*

*Sagen illustrerer nogle af de særlige udfordringer, der kan forekomme i psykiatriens varetagelse af psykiatriske særforanstaltninger for normalt begavede lovovertrædere*

*med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, hvor de sikkerhedsmæssige hensyn nødvendiggør anbringelse på lukket voksenpsykiatrisk afdeling.*

J blev første gang mentalundersøgt under indlæggelse, da han var 18 år gammel. Af mentalerklæringen fremgik blandt andet, at han var opvokset under stabile forhold med forældre og søskende, som alle var psykisk raske.

J havde fra tidlig barnealder frembudt betydelig kontaktforstyrrelse, tilbøjelighed til stereotype bevægelser og særinteresser og ubehag ved kropslig kontakt med andre. J blevet drillet med sine særheder i skolen og havde forsvaret sig ved at udvikle voldsomme aggressioner, som fik drillerierne til at holde op.

J havde som barn haft kontakt til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor der ikke var fundet belæg for diagnosen "Aspergers syndrom", idet det vurderedes, at J's vanskeligheder snarere pegede på psykiske årsager eller medfødt udviklingsforstyrrelse.

Som 15-årig blev J henvist til nyt forløb i ungdomspsykiatrisk afdeling på grund af tiltagende aggressiv adfærd overfor jævnaldrende i skolesammenhænge. Han blev beskrevet som en dreng, der trods gode intellektuelle evner ikke formåede at begå sig i socialt samvær med andre mennesker. Han havde ingen kammerater og havde aldrig haft det. Han manglede stopklodser i forhold til sin reaktion over for drilleri og mobning, hvor han mente sig i sin gode ret til at angribe. Han havde sine helt egne regler og normer og reagerede voldsomt, hvis andre ikke levede op til hans oplevelse af retfærdighed.

Både i grundskolen og i gymnasiet var der flere gange behov for at flytte J eller iværksætte andre foranstaltninger for at begrænse hans aggressive udfald mod klassekammerater. Selvom J tilsyneladende var bevidst om sine stærke og svage sider, mente han ikke, at han selv havde nogen indflydelse på at undgå fremtidige voldelige episoder.

Da J fyldte 18 år, afbrød han behandlingskontakten til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Et halvt år senere blev han sigtet for frihedsberøvelse, forsøg på voldtægt og overtrædelse af lov om våben og eksplosivstoffer.

Gennem et halvt år forud for det påsigtede blev der fra skolen observeret en intensivering af aggressiv adfærd hos J, og i ugerne op til det påsigtede havde han slået og sparket både lærere og elever og truet med kniv.

J oplyste ved mentalobservationen, at han havde oplevet begge forløb i børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium negativt, idet han ikke havde modtaget nogen hjælp, som han kunne bruge til noget. Forældrene oplyste modsætningsvis, at J havde haft et vist udbytte af psykologsamtaler under forløbet i ungdomspsykiatrien.

Om det påsigtede forklarede J, at han ikke længere kunne udholde sit liv og derfor ville gøre en ende på det hele. Han ville dog ikke afslutte sit liv uden at have haft et forhold til en pige. Det var derfor hans plan at voldtage forurettede, hvorefter han havde en forestilling om, at hun ville stikke ham ihjel med den medbragte kniv. Han havde gennem længere tid haft voldelige fantasier om at udføre forskellige overgreb på kvinder.

Ved intelligenstagning i forbindelse med mentalundersøgelsen scorede J meget højt. Han fungerede bedst i kontrollerede, velstrukturerede situationer, som 1:1 kontakt med psykologen ved undersøgelsen. Derimod blev han tydeligt udfordret under de mere ustrukturerede dele af den psykologiske undersøgelse, som personlighedsvurdering.

Af mentalerklæringens konklusion fremgik, at J fandtes at lide af gennemgribende udviklingsforstyrrelse - Aspergers Syndrom. Han var dertil præget af voldsom affektabilitet med tilbøjelighed til udadreagerende adfærd ved oplevet krænkelse. Der var ikke tegn på sindssygdomssymptomer, men han fandtes på grund af sværhedsgraden af den gennemgribende udviklingsforstyrrelse at måtte opfattes som værende i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og en dom til psykiatrisk behandling anbefalede. J blev ved rettens behandling af sagen fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og idømt dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen og mulighed for genindlæggelse. Dommen var uden længstetid.

Under de første 2 år af behandlingsdommen var J indlagt uafbrudt på psykiatrisk afdeling, hovedparten af tiden uden nye aggressive episoder. Han profiterede af et fast ugeskema for aktiviteter, deltog i støttende og rehabiliterende indsatser og i beskyttet arbejde og skolegang. J blev udskrevet til fortsat ambulante behandling i



distriktpsychiatrien. Han modtog på intet tidspunkt behandling med psykofarmaka ("nervemedicin").

Ved overgang til ambulat behandling kom J til at bo i selvstændig bolig og tilknyttet en institution med specialiseret viden om indsatser over for personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Han var blevet tilkendt førtidspension og havde planer om at læse matematik på universitetet. Under disse forhold havde der ikke været nye kriminelle sigtelser. J gav dog udtryk for at føle sig belastet af de intensive støtteindsatser og ønskede reduktion deraf. Efter 5 år påstod J dommen ophævet, hvilket såvel den behandlingsansvarlige overlæge som Kriminalforsorgen udtalte sig imod, fordi J stod for at flytte til en anden by, og der ikke var sikkerhed for samme grad af støtte og specialiseret indsats, som han havde modtaget de foregående år. Der vurderedes i så fald at være "en vis risiko" for, at J ville reagere med vold, når han oplevede sig frustreret. Byrettens ophævelse af dommen blev stadfæstet ved landsretten godt 5 år efter, at den var idømt.

J blev godt 9 år senere sigtet for forsøg på manddrab og indlagt i surrogat på retspsykiatrisk afdeling. Ved mentalundersøgelse blev han uændret fundet lidende af gennemgribende udviklingsforstyrrelse i udtalt grad.

Sagen blev forelagt for Retslægerådet, der ligesom overlægen anbefalede dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling og den 23. oktober 2017 blandt andet udtalte:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring dateret 07.10.15 ved overlæge VV, udtale, at J aktuelt befinder sig i en med sindssyge ligestillet tilstand, og han ligeledes var i en sådan tilstand på tidspunktet for det påsigtede. Han var på dette tidspunkt ikke påvirket af rusmidler. J er velbegavet og uden tegn på organisk hjernelidelse.

(...) Han var langvarigt indlagt i henhold til dommen og blev fulgt ambulat frem til domsofhævelse i 2006. Han har herefter ikke haft kontakt til psykiatrien før aktuelle undersøgelser. J er velbegavet og er ved at tage en kandidatgrad i matematik, om end med forlænget studietid. Han har aldrig haft et arbejde og har siden 2003 modtaget førtidspension for sin psykiske lidelse. Der har aldrig været misbrug af rusmidler, og J har ikke fået medicin.

J lider af en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, Aspergers Syndrom. Han har aldrig haft meget nære menneskelige relationer og har været særdeles optaget af computerspil. Han har således omfattende problemer i samspillet med andre mennesker, herunder problemer med empati, affektforvaltning og kommunikation med andre. Der har været talrige episoder med stærke følelsesmæssige reaktioner med såvel aggression og depressive symptomer, ligesom J er ærekær og let krænkelig.

J er herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, idet han er i en permanent tilstand, der ganske kan sidestilles med psykose. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet, som mest formålstjenlig foranstaltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling for at modvirke en vis – men af hans psykiske tilstand afhængig – risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.”

J blev ved retten i 2016 fundet skyldig i forsøg på manddrab og som omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling uden længstetid.

Under anbringelsen på psykiatrisk afdeling foretog J de følgende år i stigende omfang en række voldelige overfald og blev i tiltagende grad vurderet farlig for omgivelserne.

J reagerede ud fra en fuldstændig rigid opfattelse af omverdenen, som en del af symptombilledet ved gennemgribende udviklingsforstyrrelse, hvorefter han mente at være i sin gode ret til med alle tilgængelige midler at opponere imod anbringelsen og sine forhold herunder. Det havde trods en række forskellige behandlingsindsatser vist sig umuligt at opnå et behandlingssamarbejde med J og vende denne negative spiral.

I februar 2017 blev Retslægerådet anmodet om en udtalelse i anledning af, at J var sigtet for et antal nye forhold af vold mod personale på psykiatrisk afdeling efter straffelovens § 245 henholdsvis § 119, stk. 1. Alle forhold havde fundet sted få måneder efter, at J året før var blevet dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Retslægerådet returnerede imidlertid sagen med henstilling om en supplerende lægeerklæring med grundigere psykopatologisk beskrivelse af J, samt nøjere beskrivelse af den psykofarmakologiske behandling, som kun var summarisk omtalt i den medfølgende lægeerklæring.

Før sagen et halvt år senere igen blev forelagt for Retslægerådet, blev rådet i juni 2017 af Justitsministeriet anmodet om en udtalelse i anledning af, at hospitalet, hvor J var indlagt, havde anmodet ministeriet om udstedelse af et såkaldt "farlighedsdekret" for J.

Om farlighedsdekret fremgår følgende af § 40 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. ("psykiatriloven"):

Stk. 1 I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

Anbringelse i Sikringsafdelingen efter farlighedsdekret finder sted som en administrativt bestemt frihedsberøvelse og reguleres af reglerne i psykiatriloven.

Hovedkriteriet for anvendelse af tvang efter psykiatriloven er, at patienten er sindssyg, eller befinder sig en tilstand, der ganske må ligestilles hermed.

I lovens § 40 er kriteriet for farlighedsdekret imidlertid angivet snævert, "kun" som "sindssyg", og tilføjelsen om "en med sindssygdom ligestillet tilstand" er ikke medtaget.

I sindssygeloven af 1938 anvendtes udelukkende et "rent" sindssygdomsbegreb som kriterium for tvang (frihedsberøvelse). Ved en gennemgribende lovrevision kom i 1989 "lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien", som med løbende revisioner stadig danner grundstammen i lovgivningen om tvang i psykiatrien.

Med 1989-loven blev hovedkriteriet for tvangsanvendelse udvidet fra "sindssyg" til også at omfatte "tilstande, der ganske må ligestilles hermed". For det nyindførte "farlighedsdekret" ønskede man ikke denne udvidelse og bibeholdt her den snævre fortolkning af begrebet "sindssyg".

Af denne grund fandt Retslægerådet den 15. juni 2017 at måtte udtale følgende:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på grundlag af fremsendte akter med erklæring af 01.06.17 ved ledende overlæge XX, udtale, at J er anbragt på retspsykiatrisk afdeling i medfør af dom (...).

(...) I maj 2016 blev J grundet farlighed overflyttet til (specialiseret) retspsykiatrisk afdeling. Efter en længere rolig periode blev han i februar 2017 overflyttet til et rehabiliteringsafsnit, men måtte efter opblussen i aggressive udfald tilbageflyttes til mere sikret afsnit inden for få uger (...).

(...) I maj 2017 foretog han ganske uberegneligt et voldsomt overfald på en sovende medpatient. Han har siden været bæltefikseret uden udsigt til at kunne løsnes. J er flere gange foreslået behandling med psykofarmaka for at dæmpe de aggressive affekter, men har konsekvent afvist dette, og der er ikke fundet lægelig indikation for at give tvangsmæssig behandling.

Efter Retslægerådets opfattelse findes det godtgjort, at J i perioder udgør en alvorlig og overhængende fare for andres liv eller legeme. Han befinder sig vedvarende i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og Retslægerådet finder ikke, at alle mindre indgribende behandlingsmuligheder herunder behandling med medicin er udtømt.

J er ikke sindssyg, om end han befinder sig i en med sindssygdom ligestillet tilstand, og Retslægerådet finder det alene af den grund ikke muligt at anbefale imødekomme af overlægens anmodning om, at J anbringes i Sikringsafdelingen i Slagelse i medfør af § 40 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.”

Justitsministeriet meddelte en uge senere den ledende overlæge XX, at ministeriet ikke fandt tilstrækkeligt grundlag for at imødekomme anmodningen om afsigelse af farlighedsdekret, idet ministeriet ikke fandt det godtgjort, at betingelserne for at anbringe J i Sikringsafdelingen var opfyldt, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 1, opfyldt. Det var efter ministeriets opfattelse således ikke tilstrækkeligt, at J befandt sig i en tilstand, det kunne sidestilles med sindssyge.

I august 2017 blev Retslægerådet anmodet om en udtalelse om sagen, som var returneret et halvt år tidligere, nu med en supplerende erklæring fra overlægen.

I oktober 2017 udtalte Retslægerådet blandt andet nedenstående, idet de nye lægelige oplysninger om iværksættelse af psykofarmakologisk behandling af J blev tillagt

betydelig vægt, som en potentiel mulighed til at dæmpe den eskalerende farlighed hos J:

” Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til rådets tidligere udtalelser, senest af 27.11.15, og nu på grundlag af fremsendte akter med lægeerklæringer af 08.02.17 og 28.07.17, begge ved overlæge YY, udtale, at J er anbragt på retspsykiatrisk afdeling i medfør af dom af 20.05.16, og forinden havde haft ophold i psykiatrisk afdeling i varetægtssurrogat siden august 2015.

(...) Ved gentagne retspsykiatriske undersøgelser er J fundet lidende af gennemgribende udviklings-forstyrrelse i svær grad. Han har fra barnealderen udvist betydelige vanskeligheder med social tilknytning og omgang, og været opslugt af særinteresser. Siden tidlig ungdom har J i tiltagende grad udvist grænseoverskridende, aggressiv og personfarlig adfærd. Hans psykiske tilstand er i perioder præget af uro og anspændthed, og der er over tid beskrevet svingninger, således at J kan være relativt rolig og tilbagetrukket, for til andre tider at udvise pludselig og uberegnelig aggressiv adfærd mod såvel medpatienter som personale. Den grundlæggende kontaktforstyrrelse er uforandret, og J udviser ingen anger eller forståelse for det uacceptable og farlige i sin adfærd.

(...) I maj 2016 blev han grundet farlighed overflyttet fra til specialiseret retspsykiatrisk afdeling, men også herefter har J foretaget flere alvorlige overfald. En tidlig morgen i maj 2017 foretog han således ganske uberegneligt et voldsomt overfald på en sovende medpatient, som grundet [omfattende fysisk handicap]) endvidere var ganske forsvarsløs. J var herefter langvarigt bæltefikseret, og i efterforløbet blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med antipsykotisk medicin for den affektdæmpende virkning.

Retslægerådet finder herefter J omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. 1. pkt., idet han befinder sig i en permanent tilstand, der må ligestilles med sindssygdom. Han har under de seneste 2 års døgnindlæggelse tilbagevendende udvist en betydelig farlighed for andre, som det ikke har været muligt at dæmpe tilstrækkeligt med en række intensive miljøterapeutiske indsatser. For ganske nyligt er der truffet beslutning om tvangsbehandling med affektdæmpende medicin, hvis virkning endnu ikke har kunnet bedømmes. På denne baggrund skal Retslægerådet, såfremt J findes skyldig i det nu

påsigtede, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mest formålstjenlig foranstaltning, anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.”

Byrettens dom blev afsagt maj 2018, hvor J ud over forholdene fra 2016 blev fundet skyldig i yderligere to forhold af vold mod medarbejdere på retspsykiatrisk afdeling, som havde fundet sted i foråret 2017. J blev dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling, og dommen blev stadfæstet i landsretten den 31. januar 2019.

Den 18. januar 2019 anmodede Statsadvokaten Retslægerådet om en udtalelse i anledning af, at behandlingsansvarlig overlæge grundet den nærliggende og vedvarende farlighed, som J vurderedes at udgøre for omgivelserne, anbefalede skærkelse jf. straffelovens § 72, stk. 1, af dommen til anbringelse i psykiatrisk afdeling til anbringelse i sikringsafdelingen. Statsadvokaten fremsendte tillige spørgetema fra J's advokat.

Af Retslægerådets udtalelse fremgår blandt andet:

” Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere afgivne responsa, senest af 23.10.2017, og nu på grundlag af fremsendte akter med kontrolerklæringer til Statsadvokaten, jævnfør straffelovens § 72, af henholdsvis 09.10.2018 ved overlæge ZZ, og 08.11.2018 ved ledende overlæge XX, Retspsykiatrisk afdeling, udtale, at J befinder sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, han er begavet indenfor normalområdet og lider ikke af epilepsi.

J modtog den 20.05.2016 som omfattet af straffelovens § 16, for blandt andet forsøg på manddrab, dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Han modtog den 01.05.2018 på ny dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling, som er anket og således ikke endelig.

J's adfærd er i udtalt grad præget af gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Han har gentagne gange på uberegnelig vis foretaget potentielt særdeles farlige overfald på medarbejdere og medpatienter på de psykiatriske afdelinger, hvor han har været anbragt siden 2015; i 2018 er beskrevet 3 alvorlige overfald, senest den 07.11.2018.

J har vedvarende udvist manglende evne til normal kontakt og indlevelse med andre, han er udelukkende optaget af egne behov, impulsstyret og reagerer på en ofte

uberegnelig måde med verbale og fysiske voldsudbrud. Han har været langvarigt bæltefikseret grundet farlighed for andre, og en overgang tillige måttet tvangsbehandles.

J har modtaget psykofarmakologisk behandling gennem mere end et år i forsøg på at dæmpe volds- og aggressionsudbrud uden effekt, hvorfor behandlingen er bragt til ophør.

Efter Retslægerådets opfattelse befinder J sig uændret i en tilstand ligestillet med sindssygdom. Hans adfærd udgør i tiltagende grad en fare for andres liv og legeme. Trods en massiv behandlingsindsats på retspsykiatrisk afdeling er der ikke sket bedring af tilstanden. På denne baggrund skal Retslægerådet anbefale, at dommen til anbringelse på psykiatrisk afdeling, jævnfør straffelovens § 72, skærpes til dom til anbringelse på sikringsafdelingen ved Psykiatrihospitalet i Slagelse.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål således:

**Spørgsmål 1:**

*Hvilke særlige kendetegn / symptomerne gør sig gældende for diagnosen Asperger, som i min klients tilfælde?*

**Spørgsmål 2:**

*Hvor mange forskellige typer af autisme findes der?*

**Spørgsmål 3:**

*Er der forskel på Asperger og autisme?*

**Spørgsmål 4:**

*Er der forskel i sværhedsgraden?*

**Spørgsmål 5:**

*Hvilke særlige behov gør sig gældende for en med Asperger som i klientens tilfælde?*

**Spørgsmål 6.:**

*Hvordan imødekommer man bedst disse særlige behov?*

**Spørgsmål 7:**

*Er det muligt at få en person med Asperger som i klientens tilfælde til at udvise skyld / empati?*

Ad spørgsmål 1-7:

Spørgsmålene er generelle, og der henvises til lærebøger i psykiatri

**Spørgsmål 8:**

*Er en retspsykiatrisk afdeling det bedste sted til at håndtere en med Asperger som i min klients tilfælde?*

Kompetencen til at afgøre, hvor en person med dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling anbringes, tilkommer den hospitalsbaserede psykiatri i regionerne samt i nogle tilfælde Statsadvokaten.

**Spørgsmål 9:**

*Såfremt Retslægerådets anbefaling bliver, at min klient skal anbringes på sikringen fremfor en retspsykiatrisk afdeling, hvad har ændret sig siden 15. juni 2017, hvor Retslægerådet afgav en udtalelse til Justitsministeriet?*

Dette findes begrundet i Retslægerådets udtalelse af 15.06.2017, hvortil henvises (til Justitsministeriet).

**Spørgsmål 10:**

*Ville et bosted med speciale i autisme være bedre udstyret til at imødegå disse særlige behov – selvom han får en anbringelsesdom?*

Spørgsmålet er hypotetisk. Retslægerådet kan oplyse, at dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling medfører, at den pågældende skal have permanent ophold på psykiatrisk afdeling indtil foranstaltningen ændres til en foranstaltning med mulighed for udskrivelse.”

I juni 2019 anmodede anklagemyndigheden Retslægerådet om en udtalelse i anledning af nye sigtelser mod J for 3 tilfælde af voldelige overfald på personale på psykiatrisk afdeling. Overfaldene havde fundet sted mellem maj og november 2018.



Behandlingsansvarlig overlæge anbefalede i sin erklæring dom til anbringelse i Sikringsafdelingen.

Af Retslægerådets udtalelse fra august 2019 fremgik blandt andet:

” Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere afgivne responsa, senest af henholdsvis den 23. oktober 2017 til AA-Politi, samt den 26. april 2019 til Statsadvokaten, og nu, på grundlag af fremsendte akter med retspsykiatrisk erklæring af 1. marts 2019 ved overlæge ZZ, Retspsykiatrisk Afdeling, udtale, at J befinder sig i en med sindssygdom ligestillet tilstand og ligeledes var i denne tilstand på tiden for det påsigtede. Han har siden den 20. maj 2016 været underlagt dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Vestre Landsret stadfæstede den 31. januar 2019 en ny dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.

J har i 2018 foretaget yderligere overfald på ansatte på psykiatrisk afdeling. Han accepterede ordineret behandling med psykofarmaka fra sommeren 2017 til maj 2018, idet det ikke er oplyst, om der i tilslutning hertil er foretaget blodprøvekontrol med måling af medicinkoncentration i blodet. Han har også i 2018 været bæltefikseret flere gange grundet farlighed.

Efter Retslægerådets opfattelse befinder J sig vedvarende i en tilstand ligestillet med sindssygdom, og skal på denne baggrund henføres til den i straffelovens § 16, stk. 1 omtalte personkreds. Han er normalt begavet. J's psykiske tilstand i form af gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme / Aspergers syndrom) i svær grad er uforandret, mens den potentielle og nærliggende farlighed, som han har demonstreret gentagne gange, er blevet stedse mere fremtrædende over de seneste fem år og har været upåvirkelig af en række relevante behandlingsmæssige indsatser såvel med psykofarmaka som med individuelt tilpasset miljøterapi under indlæggelse på specialiseret retspsykiatrisk afdeling.

På denne baggrund skal Retslægerådet, såfremt han findes skyldig i det nu påsigtede, jævnfør straffelovens § 68, 2. pkt., som mest formålstjenlig foranstaltning til imødegåelse af en nærliggende risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, anbefale dom til anbringelse på sikringsafdelingen ved Psykiatrihospitalet i Slagelse.”

Der foreligger endnu ikke afgørelse i de to sidste sagsforløb.

#### **Kommentar:**

I den refererede sag har 3 offentlige myndigheder siden 2015 anmodet Retslægerådet om udtalelser, henholdsvis anklagemyndigheden, Justitsministeriet og Statsadvokaten.

Ifølge Retslægerådets praksis henvises til rådets tidligere responsa, hvis rådet har afgivet udtalelse om samme person tidligere. Retslægerådet har imidlertid ikke viden om, i hvilket omfang de enkelte offentlige myndigheder har kendskab til andre myndigheders eventuelle anmodninger.

Inden for de senere år er sigtede med gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme-spektrum-lidelser) i stigende omfang repræsenteret i de sager, som forelægges Retslægerådet. Baggrunden for dette er formentlig blandt andet, at kun de sværeste – og mest oplagte - grader af gennemgribende udviklingsforstyrrelser tidligere blev henvist til mentalundersøgelse og da ofte rubriceret som en variant af skizofreni, hvor der stort set altid vil blive anbefalet psykiatrisk særforanstaltning.

En stor gruppe med mindre fremtrædende symptomer er formentlig dels ikke blevet henvist til mentalundersøgelse tidligere, og selv hvis de er, formentlig blevet rubriceret inden for andre diagnosegrupper af ikke-sindssygelige art og anbefalet almindelig straf.

Tidligere var kun ganske få mentalobservander udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket har ændret sig radikalt de sidste cirka 10 år.

For de psykiske udviklingsforstyrrelser gælder, at tilstanden infantil autisme er den bedst afgrænsede gruppe; ifølge det internationale diagnosesystem, ICD-10, skal tilstanden have manifesteret sig før 3-årsalderen og kan være forbundet med legemlig sygdom eller mental retardering. Langt de fleste børn og unge med autisme-spektrumforstyrrelser er dog i dag uden syndromer eller nedsat begavelse. Atypisk autisme afviger fra infantil autisme ved et senere begyndelsestidspunkt eller ved kun at opfylde nogle af kriterierne for sidstnævnte.

Aspergers syndrom er en tilstand af usikker nosologisk validitet, men med samme kvalitative forstyrrelse af socialt samspil som ved infantil autisme, men ofte med normal til god begavelse. Aspergers syndrom afviger fra infantil autisme på en række andre områder, herunder at der ses gode sproglige evner, men funktionsevnen kan være lige så lav, som ved infantil autisme.

For alle grupperne under psykiske udviklingsforstyrrelser gælder, at beskrivelse og kriterier er møntet på diagnostik hos børn og unge, mens symptombilledet hos voksne er mindre udforsket og beskrevet.

Den retspsykiatriske indplacering af lovovertrædere med gennemgribende udviklingsforstyrrelser afhænger af den lægelige vurdering af sværhedsgraden af tilstanden. Der er således tale om et kontinuum, hvor sigtede med lette til middelsvære symptomer oftest vil blive henført til straffelovens § 69, mens personer med symptomer i svær grad vil blive vurderet som værende i en med sindssyge ligestillet tilstand og dermed henføres til straffelovens § 16.

Hvis der udover gennemgribende udviklingsforstyrrelse også er tale om mental retardering, vil den mentale retardering ofte blive tillagt størst vægt, og den sigtede henført til straffelovens § 16, stk. 2 eller § 16, stk. 1, 2. pkt.

Personer, der efter den lægelige vurdering henføres til straffelovens § 16, anses efter dansk retspraksis i langt hovedparten af sagerne for at være utilregnelige på grund af sindssygdom, mental retardering eller dermed ligestillede tilstande, og dermed straffri. Trods den formelle mulighed for lægeligt helt at undlade anbefaling af en særforanstaltning, er dette yderst sjældent forekommende. For den overvejende del af de sigtede er den lægelige anbefaling således en særforanstaltning, som blandt andet har til formål at imødegå risikoen for ny (ligeartet) kriminalitet.

Det er forekommet, at Retslægerådet til en sigtet diagnosticeret med Aspergers syndrom har anbefalet ”langvarigt ophold i en egnet socialpædagogisk ledet institution med mulighed for et velstruktureret miljø og tæt skærmning” (se rådets årsberetning 2003-2005, s. 137 ff).

Hvis den pågældende vurderes at udgøre en fare for andre, må dette nødvendigvis tillægges betydelig vægt ved typen af anbefalet særforanstaltning.

Gruppen af sigtede, som henføres til straffelovens § 69, er ikke straffri, og her vil den lægelige anbefaling basere sig på, om særforanstaltning vurderes mere formålstjenligt end straf til at forebygge ny kriminalitet.

Spørgsmål om indsatser overfor behandlingsdømte personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelser har de senere år været samfundsmæssigt debatteret. Et synspunkt har blandt andet været, at anbringelse i voksenpsykiatrisk afdeling ikke er hensigtsmæssigt for de pågældende, fordi behandlingstilbuddet ikke er målrettet disses særlige behov.

Når det lægeligt findes relevant at pege på en særforanstaltning til en person, som findes omfattet af straffelovens § 16 eller 69, vil Retslægerådet almindeligvis tage udgangspunkt i Rigsadvokatmeddelelsen "Psyisk afvigende kriminelle". I Rigsadvokatmeddelelsen opereres ikke med en opdeling i diagnoser, men derimod i særforanstaltninger målrettet lovovertrædere, der er

1. Sindssyge eller i en tilstand sidestillet hermed
2. mentalt retarderede
3. Personer omfattet af straffelovens § 69

Som det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgetemaet fra J's forsvarer, ligger ansvaret for den konkrete udmøntning af de psykiatriske særforanstaltninger hos regionerne. For så vidt angår ansvaret for udmøntningen af de særforanstaltninger til mentalt retarderede ligger dette hos kommunerne.

*(Om gennemgribende udviklingsforstyrrelser, Aspergers syndrom og retspsykiatrisk klassifikation, se også Retslægerådets årsberetninger 2003/2005 s. 137 ff, 2007 s. 79 ff, 2009 s.79 ff, 2012 s. 71 ff, 2017 s. 27 ff)*

## Et tilbagevendende tema: psykose eller ej

*A var en 24-årig ugift mand, der tidligere var straffet for tyveri, overtrædelse af lov om euforiserende stoffer samt for overtrædelse af våbenloven. I den aktuelle sag blev han sigtet for salg af narkotika.*

*Han blev mentalobserveret ambulant af en meget erfaren psykiater, som fandt ham sindssyg og omfattet af straffelovens § 16.*

*Sagen blev forelagt Retslægerådet, som ikke fandt det muligt at afgive en udtalelse på det foreliggende grundlag og anbefalede fornyet mentalobservation under indlæggelse. Denne observation, som foregik uden behandling og med begrænset adgang til misbrugsmidler, fandt ikke A sindssyg, men omfattet af § 69 uden dog at kunne pege på foranstaltning som mere formålstjenlig end straf. Retslægerådet var enig heri, og A blev idømt fængsel i 6 år af byretten.*

### **Af sagens akter fremgår følgende:**

A var opvokset i intakt kernefamilie, indtil han var 5 år gammel, hvor forældrene blev skilt. Han tog ikke 9. klasses afgangseksamen og har siden kun haft sporadisk tilknytning til arbejdsmarkedet. Han har siden 6-årsalderen været kendt i psykiatrien på grund af ADHD. I 2011 blev A indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling på grund af svær angst, men man fandt ham ikke sindssyg. Heller ikke ved mentalobservation i 2016 frembød han symptomer herpå. Derimod havde han gennem mange år haft et betydeligt misbrug af alkohol og især hash. Desuden tog han centralstimulerende stoffer især kokain.

A blev første gang mentalobserveret i 2016, hvor det blev vurderet, at han var omfattet af straffelovens § 69, men man fandt ikke at kunne anbefale nogen foranstaltning, der var mere formålstjenlig end straf. I forbindelse med aktuelle sigtelser for salg af narkotika blev han på ny mentalobserveret. Forinden havde han i cirka 1 måned været indlagt i surrogat på X sygehus, hvor man ikke havde fundet ham psykotisk.

Ved mentalobservationen, der blev foretaget et par måneder senere i 2018, blev A fundet omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og der blev anbefalet en behandlingsdom. Mentalobservationen foregik ambulantly, mens A var varetægtsfængslet, og den psykologiske testning konkluderede: "Realitetstestningen ses overordnet at være adækvat, men den kan briste, herunder i alvorlig grad, i følelsesmæssigt komplekse situationer. Der er imidlertid ikke fundet tegn på alvorligt forstyrret eller bizart tankeindhold, men observanden ser dog verden på en unik måde og har fast forankrede holdninger. Selvrapporteringsprøven giver i sig selv et blandet billede, hvor det samlet set vurderes som mest sandsynligt, at observanden som minimum har psykoselignende vanskeligheder, hvor han i et eller andet omfang er afkoblet fra virkeligheden med tendens til private perceptuelle oplevelser, hvilket kan have karakter af egentlige vrangforestillinger. Der er dog i den forbindelse visse tegn på symptomaggraving, muligvis i form af et råb om hjælp. Endelig understøtter selvrapporteringsprøven, at observanden har store affektive vanskeligheder, ligesom der ses visse dyssociale personlighedstræk".

Ved den kliniske psykiatriske undersøgelse frembød A "en række symptomer af selvhenførende karakter tangerende egentlige vrangforestillinger. Han oplever desuden lettere perceptionsforstyrrelser for eksempler i form af illusioner, og hertil oplever han lyd på sine tanker. Fremstillingen er uden tegn på formelle tankeforstyrrelser. Stemningslejet skønnes neutralt, omend han optræder noget trist over den samlede situation. Han skønnes normalt begavet".

Man konkluderede, at A herefter er "sindssyg, ligesom han formentlig var det på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet. Han er normalt begavet. Han var sandsynligvis påvirket af hash på tidspunktet for det påsigtede, men der er ingen mistanke om, at en abnorm rustilstand skulle have foreligget. Der er ikke mistanke om epilepsi eller anden organisk hjernesygdom". Man mente således at A led af paranoid skizofreni kompliceret af massivt misbrug.

Retslægerådet fik sagen til udtalelse, men følte sig ikke overbevist om, at A var sindssyg og anbefalede i stedet fornyet mentalobservation under indlæggelse.

Under indlæggelsen på psykiatrisk afdeling, hvor A var medicinfri, frembød han forskellige barokke adfærdsændringer. For eksempel begyndte han at spise græs fra afdelingens have, idet han sørgede for at personalet så dette. Imidlertid holdt han op

med denne adfærd, da medpatienterne begyndte at plukke græs til ham og fodre ham med dette. Indimellem gik han rundt med en sølvpapiershat på hovedet, men lagde dog denne væk, når han blev opfordret til at deltage i spil.

Over for personalet klagede han over at høre stemmer, der anklagede ham for at være skyld i blandt andet flystyrt, men alligevel virkede han helt upåfaldende, når han var sammen med medpatienterne. En dag kunne man ikke finde A i afdelingen, men ved en eftersøgning fandt man ham liggende på den øverste hylde i hans skab. Han forklarede, at stemmerne havde beordret ham til at gemme sig. På intet tidspunkt havde man imidlertid observeret adfærd, der gav mistanke om, at han var sindssyg.

Ved den psykologiske testning havde man ikke mistanke om psykotiske træk, men derimod om symptomaggraving. Konklusionen af denne mentalerklæring fra juni 2019 var i overensstemmelse med erklæringen fra 2016, nemlig at A var omfattet af straffelovens § 69, men ikke § 16.

Herefter konkluderede Retslægerådet: A er omfattet af straffelovens § 69. Desuden "såfremt han findes skyldig i det påsigtede, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet end straf".

Endvidere:

"Ved betinget dom, kombinationsdom eller prøveløsladelse anbefales tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om efter tilsynsmyndighedens skøn at modtage behandling mod misbrug af alkohol og euforiserende stoffer".

Byretten fandt ham skyldig og idømte ham 6 års fængsel.

#### **Kommentar:**

Dette er en klassisk problemstilling. Er patienten sindssyg på grund af udtalt stofmisbrug, simulerer han, eller drejer det sig om paranoid skizofreni kompliceret af svært stofmisbrug?

I aktuelle sygehistorie kan man ikke udelukke, at A indimellem faktisk har været sindssyg på grund af sit stofmisbrug. Dette kan have givet ham ideen til at simulere eller aggrave sine symptomer. At de antog fuldstændigt barok karakter har, i modsætning til hans forestillinger om sindssygdom, ikke bidraget til deres

troværdighed. Sygehistorien illustrerer, at mentalobservation under indlæggelse og uden antipsykotisk behandling kan være særdeles velindiceret.



## Kvinde idømt betinget fængselsdom på grund af stalking

45-årig (ved domsafsigelse i 2018) kvinde (X) blev i 1992 idømt en delvis betinget fængselsdom på 6 måneder for gentagne tilfælde af stalking (truende opringninger) mod en mand trods polititilhold. Herefter var der ingen strafbare forhold frem til 2015, hvor der på ny var gentagne tilfælde af stalking mod en anden mand. X var ved retspsykiatrisk undersøgelse i 1992 fundet personligheds-mæssigt forstyrret med affektlabilitet, impulsivitet og narcissistiske træk og omfattet af straffelovens § 69, uden at der kunne peges på foranstaltninger som mere formålstjenlige end straf. Retslægerådet nåede frem til samme konklusion i 2018, og X blev idømt 4 måneders betinget fængsel med anbefaling af, at en eventuel afsoning skulle ske i Herstedvester Fængsel.

X havde haft en belastet opvækst med skilsmisse hos forældrene, da hun var 9 år gammel. Mod sit ønske blev hun boende – i modsætning til sine søskende – sammen med sin mor, som siden flyttede til Sverige, udviklede alkoholmisbrug og fandt en mand, som udsatte X for incest. X var indlagt på psykiatrisk afdeling med svær affektreaktion og havde selvskadende adfærd. X stalkede en mand talrige gange på trods af tilhold fra politiet og senere, i 1992, jf. straffelovens § 265 og 266, idømt en delvis betinget fængselsdom på 6 måneder, hvoraf 3 måneder ansås for udstået med den skete varetægtsfængsling, mens fuldbyrdelse af de resterende 3 måneder af den idømte straf blev udsat og bortfaldt efter forløbet af en prøvetid på 2 år. Ifølge den psykiatriske undersøgelse var stalking påbegyndt, fordi X var forelsket i manden, som ikke gengældte hendes følelser. X var dengang blevet retspsykiatrisk undersøgt, hvor man konkluderede, at det drejede sig en forstyrret personlighedsstruktur, og at X var omfattet af straffelovens § 69, men at man ikke kunne pege på foranstaltninger, som var mere formålstjenlige end straf. Efter afsoning af fængselsdommen opholdt X sig næsten 20 år på en institution/bosted for især dårligt begavede – uden at der er dokumentation for, at X var/er dårligt begavet. Hun blev – formentlig uden sikker psykiatrisk indikation – i mange år behandlet med antipsykotisk medicin, som gav anledning til en del bivirkninger og svækkelse af kognition, energi og motivation, ligesom bostedet ikke rummede mange muligheder for relevant stimulation. Efter fraflytning fra institutionen har X ikke været i psykiatrisk behandling.

Efter at der ikke havde været registrerede tilfælde af stalking eller andre strafbare forhold, stalkede X igen en anden mand over en periode med mange opkald og afsendelse af SMS. Det skete omkring 5 år efter, at hun flyttede fra institutionen. Hun fortsatte trods et tilhold fra politiet. Denne gang var stalkingen startet på grund af en tvist om X's kæledyr, som manden ikke ville aflevere, efter at X og manden havde haft et kortvarigt forhold. Det var vanskeligt at få X til at medvirke til en egentlig retspsykiatrisk undersøgelse, men hun medvirkede til en undersøgelse hos en psykiatrisk speciallæge. Erklæringen var mere et subjektivt partsindlæg end en objektiv psykiatrisk undersøgelse, men konkluderede igen, at der ikke var tale om en psykotisk tilstand.

Retslægerådet afgav følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet henvise til tidligere udtalelse af xx.xx.xxxx og nu, på grundlag af foreliggende akter med retspsykiatrisk erklæring af xx.xx.xxxx fra overlæge A, og erklæring af xx.xx.xxxx fra overlæge B, udtale, at X ikke er sindssyg og ikke var sindssyg ved tiden for det påsigtede. Hun er normalt begavet. Hun misbruger ikke rusmidler.

X's opvækst var omskiftelig, præget af flytninger, skoleskift og institutionsophold. Efter 9. klasse har hun ikke gennemført nogen uddannelse og ikke været tilknyttet arbejdsmarkedet. Hun er tilkendt førtidspension. Som ung blev hun på grund af svært forstyrret adfærd indlagt på psykiatrisk og siden på ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor man fandt at hun primært havde behov for pædagogisk hjælp. I 1992 blev hun mentalundersøgt under indlæggelse og med psykologisk testning. Hun fandtes ikke psykotisk, men personlighedsforstyrret, blandt andet udadreagerende, impulsiv og selvcentreret (narcissistisk) og omfattet af straffelovens § 69. Hun blev i retten dømt til almindelig straf.

Efter afsoning var X fra 1992 til 2012 placeret på en institution, hvor hun angiveligt blev overtalt til medicinering med antipsykotisk medicin, som gav hende mange bivirkninger. Hun bor nu i sin egen lejlighed, og får hverken psykofarmaka eller modtager anden form for psykiatrisk eller psykologisk behandling.

Det fremgår, at X har haft vanskeligt ved at samarbejde til en egentlig retspsykiatrisk undersøgelse. Ved den foreliggende aktuelle, alternative psykiatriske undersøgelse er hun beskrevet som normalt begavet og ikke sindssyg, men lettere depressiv og præget af tidligere psykisk traume.

Retslægerådet finder X omfattet af straffelovens § 69. Såfremt hun findes skyldig i det påsigtede, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet, end eventuelt forskyldt straf. Eventuel afsoning anbefales indledt i Herstedvester Fængsel.”

Byretten fulgte Retslægerådet og idømte, jf. straffelovens § 21, stk. 1, X 4 måneders betinget fængsel. Dommen blev initialt anket, men anken blev siden trukket tilbage.

#### **Kommentar:**

X har således i to perioder udøvet systematisk stalking mod to forskellige mænd. Der har ikke været andre kriminelle forhold, og der har ud fra det oplyste ikke været andre tilfælde af stalking. X har været traumatiseret i sin barndom og har sandsynligvis udviklet en emotionelt ustabil personlighedsstruktur, som i ungdommen har ført til kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Under et mangeårigt ophold på en institution har X fået antipsykotisk medicin medførende bivirkninger af både psykisk og fysisk karakter. X har levet en ret marginaliseret tilværelse uden arbejde og med kun få kontakter.

Det kan forekomme overraskende, at der kun har været 2 afgrænsede perioder med stalking – som formentlig er startet og gennemført som følge af X's manglende evne til af kunne håndtere frustration og afvisning på grund af hendes traumatiske opvækst og udvikling af en forstyrret personlighedsstruktur.

En undersøgelse fra Justitsministeriets Forskningscenter fra 2018 vurderer, at 100.000 danskere hvert år udsættes for stalking. Hvad angår relationen mellem dem, der stalker og den, der bliver stalket, fordeler det sig nogenlunde ligeligt i disse kategorier: 1) ingen nær relation mellem parterne/ubekendte, 2) tidligere nær relation og 3)

bekendte. I aktuelle tilfælde falder relationen ved første tilfælde af stalking mest ind under sidste kategori, mens det næste tilfælde af stalking mest falder ind under den 2. kategori.

## Vurdering af patientsikkerhed i forbindelse med misbrug af afhængighedsskabende medicin hos en sundhedsperson.

*I en sag om misbrug af afhængighedsskabende medicin hos en social- og sundhedsassistent med flere dokumenterede tilfælde af påvirket adfærd og funktion blev Retslægerådet spurgt om social- og sundhedsassistenten måtte antages at være til fare for patientsikkerheden. Retslægerådet kunne foretage visse konkrete skøn i sagen, hvorimod den efterspurgte vurdering af faren for patientsikkerhed måtte overlades til retten.*

A er en kvindelig social- og sundhedsassistent, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed på baggrund af flere bekymringsskrivelser om misbrug af afhængighedsskabende medicin indledte en undersøgelse af dette, som blandt andet omfattede, hvorvidt et eventuelt misbrug var foreneligt med en faglig forsvarlig udførelse af As arbejde, og om A måtte antages at være til fare for patientsikkerheden.

I forbindelse med sagens behandling ved retten fik Retslægerådet forelagt følgende spørgsmål:

### **”Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der på baggrund af sagens akter er grundlag for at konkludere, at A har haft et misbrug af afhængighedsskabende medicin i perioden februar 2012 og frem.*

Der foreligger lægelige oplysninger omhandlende perioden februar 2012 til maj 2017. I denne periode har A haft et misbrug af afhængighedsskabende medicin. Der har været talrige nedtrapningsforsøg og formentlig kortere perioder, hvor A udelukkende har indtaget lægeordineret afhængighedsskabende medicin, men tilbagefald i egentlig misbrug med indtag af illegalt anskaffet medicin er løbende og hyppigt registreret, og med hyppigere frekvens i løbet af årene.

### **Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der på baggrund af sagens akter er grundlag for at konkludere, at A har haft et misbrug af alkohol i perioden 2012 og frem.*

Retslægerrådet vurderer, at det er sandsynligt, at der i perioden februar 2012 til maj 2017 har foreligget et egentligt alkoholafhængighedssyndrom, idet der under behandling den 11.04.2017 til 12.04.2017 blev givet 2.300 mg Klopoxid afrusning uden, at søvn blev opnået og alkoholforbruget op til indlæggelsen var 5 flasker vin dagligt. Der er således svære abstinenssymptomer, toleransudvikling, svækket evne til at styre indtagelse og vedvarende brug trods skadevirkning, og trang ligger givetvis til grund herfor.

Der var således i sagens lægelige akter flere eksempler på at A havde et årelangt misbrug af afhængighedsskabende medicin med deraf følgende påvirket adfærd, dømmekraft og abstinenssymptomer. På denne baggrund var Retslægerrådets vurdering af misbrugsproblematikken hos A ganske sikker. Herefter spurgtes der om As evne til forsvarligt at varetage sit arbejde:

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerrådet bedes oplyse, om As forløb fra februar 2012 og frem med indtagelse af afhængighedsskabende medicin og alkohol, som beskrevet i sagens akter, og som ligger til grund for besvarelsen af spørgsmål 1 og 2, efter rådets opfattelse er foreneligt med en faglig forsvarlig varetagelse af arbejdet:*

- a) Som social- og sundhedsassistent i nogen funktion med patientkontakt og adgang til medicinbehandling.*
- b) Som pædagog på et bosted for demente med patientkontakt og adgang til medicinbehandling.*

Indtagelse af de beskrevne mængder af afhængighedsskabende medicin og alkohol vurderes ikke foreneligt med en fagligt forsvarlig varetagelse af arbejdet som social- og sundhedsassistent i funktion med patientkontakt og adgang til medicinbehandling eller som pædagog på et bosted for demente med patientkontakt og adgang til medicinbehandling.

Retslægerrådets vurdering var også her ganske entydig, idet der i sagens lægelige akter forelå sufficente beskrivelser af hvorledes A konkret var påvirket i den tilspurgte periode og hvilke funktioner der konkret var blevet påvirket. I de følgende spørgsmål blev Retslægerrådet yderligere bedt om at udtale sig om patientsikkerheden i forbindelse med As varetagelse af hvervet som social- og sundhedsassistent:

**Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes på baggrund af sagens akter, herunder særligt akterne fra overlæge B (bilag 8), skrivelse af 25. december 2015 fra overlæge C (bilag 29) og orientering fra reservelæge D (bilag 25) vurdere, om A i en funktion som social- og sundhedsassistent må antages at være til fare for patientsikkerheden?*

Spørgsmålet er af bevismæssig karakter. Det tilkommer ikke Retslægerådet at foretage en bevismæssig vurdering, hvorfor spørgsmålet ikke kan besvares.

**Spørgsmål 5:**

*Har det betydning for besvarelsen af spørgsmål 3 og 4, at A ifølge sagens akter har haft et flere år langt "massivt" og intensiverende misbrug af afhængighedsskabende medicin og alkohol med gentagne indlæggelser på psykiatrisk afdeling?*

Ja.

**Spørgsmål 6:**

*Har det betydning for besvarelsen af spørgsmål 3 og 4, at A ifølge det oplyste har taget medicin fra medicinske og patienter/beboere i forbindelse med sine ansættelser (bl.a. bilag 3, 22 og 24).*

Ja.

**Spørgsmål 7:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej."

Retslægerådet så sig ikke i stand til at besvare sagens spørgsmål 4, idet der her spurgtes om en antagelse om fremtiden. Umiddelbart kan dette synes at være led i en naturlig progression af spørgsmålene, men spørgsmål 4 adskiller sig fra de forrige ved ikke alene at kunne besvares ud fra en konkret vurdering af de historiske oplysninger i de lægelige sagsakter. Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn om enkeltpersoner, hvor Retslægerådet baserer sine svar på de i sagen foreliggende lægelige oplysninger. Bevisvurderinger og eventuel inddragelse af

andre ikke-lægelige forhold falder således uden for Retslægerådets opgave, men skal varetages af retten.

Retslægerådets vurdering afspejler således, hvad det lægelige materiale dannede grundlag for, hvorimod den juridiske vurdering blev overladt til retten.

Sagens udfald blev fratagelse af autorisationsretten i forbindelse med afsigelse af en udeblivelsesdom.



## Münchausen by Proxy /Medicinsk Børnemishandling

*Der henvises indledningsvist til referat af temamødet den 5. november 2019 vedrørende Münchausen by Proxy /Medicinsk Børnemishandling side 37 i denne årsberetning.*

Retslægerådet blev, i forbindelse med politiets og anklagemyndighedens behandling af en af de i referatet omtalte sager, anmodet om at besvare en række konkrete spørgsmål.

Baggrunden var, at der var rejst tiltale mod moderen om legemsangreb af særligt rå, brutal eller farlig karakter og i form af mishandling, jævnfør straffelovens § 246, jf. § 245, stk. 1, ved i hjemmet i en periode over cirka 6 år at have foretaget adskillige åreladninger af sit barn, idet hun ved fjernelse af en større mængde blod havde fremkaldt en åbenlys risiko for, at barnets sundhed og udvikling led skade, ligesom handlingen kunne være direkte livstruende og blandt andet medførte, at barnet i perioden modtog 110 portioner blod og undergik adskillige undersøgelser for at udrede årsagen til den massive blodmangel.

Retslægerådet afgav følgende udtalelse på baggrund af de af anklagemyndigheden fremsendte spørgsmål:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

### **Spørgsmål 1:**

*Giver sagen Retslægerådet anledning til bemærkninger, herunder om Retslægerådet kan tiltræde den af Retsmedicinsk Institut afgivne konklusion af 1. december 2017 om, at A kan have været i livsfare som følge af åreladningerne.*

A kan have været i livsfare som følge af åreladningerne i sig selv, der yderligere dels førte til svækket almentilstand med øget risiko for infektioner, dels førte til overvejelser om stamcelletransplantation (knoglemarvstransplantation), som kan være ledsaget af livstruende komplikationer.

**Spørgsmål 2:**

*Hvad indebærer kemoterapi, og hvilken indflydelse har det haft på A, samt hvorfor er der med kemoterapi forbundet en risiko for livstruende bivirkninger.*

Kemoterapi omfatter forskellige lægemidler med meget forskellig bivirkningsprofil. Kemoterapi påvirker således potentielt mange forskellige organer, men oftest foreligger forbigående dosisafhængige toksiske påvirkninger af de enkelte organer. A har i en periode på få måneder modtaget et lægemiddel, som hedder Merkaptopurin. Merkaptopurin blev hos A givet i relativt små doser som led i en immunundertrykkende behandling for en formodet tarmsygdom.

Merkaptopurin gav hos A anledning til let forbigående, ikke livstruende, nedsat produktion af knoglemarvens celler. Hvorvidt der kan tilståde livstruende bivirkninger, afhænger oftest af hvor høj dosis af et kemoterapimiddel, som gives til den enkelte patient. Merkaptopurin vil således i en meget højere dosis, end den A modtog, blandt andet kunne medføre en forbigående svært nedsat produktion af hvide blodlegemer med risiko for alvorlig infektion og et lavt antal blodplader med risiko for alvorlig blødning.

**Spørgsmål 3:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger, skal jeg venligst anmode om disse.*

Nej.

**Spørgsmål 4:**

*I det omfang Retslægerådet vurderer, at A kan have været i livsfare som følge af åreladningerne, bedes Retslægerådet specielt udtale sig om, hvorvidt det har en betydning for vurderingen, at A modtog blodtransfusion kort tid efter, at en åreladning har fundet sted. Retslægerådet bedes endvidere udtale sig om, hvorvidt det har betydning for Retslægerådets vurdering af farligheden, hvor stor en mængde blod, der årelades fra kroppen.*

Det vurderes, at A kan have været i livsfare på grund af de gentagne åreladninger. Med hensyn til den helbredsmæssige belastning er det afgørende, hvor store mængder blod, der fjernes i forbindelse med den enkelte åreladningsepisode. Udtagning af

meget store blod-mængder i forhold til personens samlede blodvolumen over kort tid kan således være livstruende. Hos en lille person på cirka 20 kg med et tilsvarende lille totalt blodvolumen, kan denne kritiske grænse lettere overskrides. Den behandlingsansvarlige børneafdeling har foretaget blodtransfusion jævnligt (110 gange). Det forhold, at transfusion regelmæssigt har fundet sted, har nok mindsket, men ikke ophævet, risikoen for en livstruende konsekvens af de gentagne åreladninger.

**Spørgsmål 5:**

*Retslægerådet bedes endvidere i forbindelse med gennemgang af de for Retslægerådet fremsendte sygejournaler udtale sig om, hvorvidt A fra hans fødsel og efterfølgende har været diagnosticeret med sygdom/sygdomme, som ikke har relation til åreladning.*

A blev i det første leveår diagnosticeret med en autoimmun tarmsygdom, som i første omgang blev behandlet medicinsk med binyrebarkhormon og kemoterapi (Merkaptopurin), jævnfør besvarelsen af spørgsmål 2. Tarmsygdommen som sådan har ingen relation til åreladningerne, men efterfølgende blev der lagt et centralt venekateter med henblik på at give intravenøs ernæring. Det var dette kateter, der blev anvendt i åreladningerne, som fra 14-måneders alderen nødvendiggjorde blodtransfusioner.

**Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes endelig udtale sig om, hvorvidt kemoterapibehandling har sammenhæng med den tarmsygdom, som A har haft, og om denne sygdom har forbindelse til en åreladning.*

Kemoterapi indgik i behandlingen af A's formodede tarmsygdom med sigte på at dæmpe immunforsvaret. Denne formodede tarmsygdom er ikke relateret til åreladning. Der henvises endvidere til besvarelsen af spørgsmål 5. ”

Under efterforskningen blev der foretaget en mentalundersøgelse af moderen. Denne fandt hende normal begavet og ikke sindssyg.

Efter rettens behandling af sagen blev moderen fundet skyldig i overtrædelse af straffelovens § 245, stk. 1 i legemsangreb af særlig rå, brutal og farlig karakter og blev idømt en straf på 4 års fængsel. Derudover blev hun frataget retten til at udøve virke som sygeplejerske indtil videre.

Som det fremgår af Retslægerådets besvarelse, har Retslægerådet alene forholdt sig til de konkrete lægefaglige spørgsmål af betydning for barnets helbred og ikke til den bagved liggende årsag til handlingen.

## Referat af Temamøde om Münchausen by Proxy/Medicinsk Børnemishandling

Retslægerrådet afholdt et tre timers temamøde om Münchausen by Proxy (MbP), også kendt som Medicinsk Børnemishandling (MB), den 5. november 2019 på Rigshospitalet i København for Retslægerådets medlemmer og sagkyndige for at give deltagerne en aktuel og opdateret viden om denne vanskeligt diagnosticerbare problemstilling.

Programmet for temamødet var følgende:

”Evidence of Fabricated or Induced Illness (FI/Munchausen y Proxy)” v /Dr. Danya Glaser, Honorary Consultant Child & Adolescent Psychiatrist, Great Ormond Street Hospital, London.

”Børnelægens analyse af det kliniske forløb og mulighed for diagnose” v/Karin Lassen, overlæge Odense Universitetshospital, H.C. Andersens Børnehospital og Bodil Moltesen, tidligere overlæge, Center for Socialpædiatri, Herlev Hospital.

”En beskrivelse og analyse af sprog og kommunikation hos mødre, der udøver medicinsk børnemishandling (Münchausen by Proxy)” v/ Merete Reimer Jensen, psykolog, specialist og supervisor i børnepsykologi og psykoterapi samt børnesagkyndig dommer.

”Retsmedicins rolle i politiets efterforskning med præsentation af sager forelagt Retsmedicinsk Institut” v/Lise Frost, speciallæge i Retsmedicin, Aarhus Universitet og Jytte Banner, Statsobducent, professor, Københavns Universitet.

”Anklagemyndighedens forventning til Retslægerådet i sager om mistænkt medicinsk børnemishandling/Münchausen by Proxy” v/Pia Koudahl, Midt- og Vestjyllands Politi.

Dr. Danya Glaser gav i sin forelæsning en oversigt over afgrænsning og definition af MBP/MB, som er dækkende for den situation, hvor en omsorgsperson, typisk

moderen, påfører sit raske barn symptomer af forskellige art. Disse fører til indlæggelser og til, at læger iværksætter en række undersøgelser, ofte af invasiv karakter, uden at der findes en årsag til barnets symptomer. Forløbet kan hos barnet føre til fysisk og psykisk sygdom, der kan være alvorlig, og i værste fald føre til barnets død.

Dr. Danya Glaser forklarede om moderens motiver, og hvordan læger og sundhedspersonale kan blive forført af moderens tilsyneladende store omsorg for sit syge, men i virkeligheden raske barn. Hun redegjorde for myndighedernes opgaver og ansvar og understregede vigtigheden af samarbejde på tværs af disciplinerne for at afdække, hjælpe og forebygge samt vigtigheden af kendskab til signaler om MBP/MB, og at de ansvarlige når frem til konsensus om diagnosen samt enighed om håndteringen af problemet.

Socialpædiatere Karin Lassen og Bodil Moltesen, der begge i mange år har beskæftiget sig med overgreb mod børn, beskrev lægernes udfordringer med at diagnosticere MBP/MB. De belyste, hvorledes barnet har mange lægekontakter og indlæggelser på forskellige specialafdelinger og får foretaget unødvendige undersøgelser, før man endelig efter alt for lang tid når frem til, at det drejer sig om MBP/MB.

Dette blev illustreret ved gennemgang af en aktuel sag vedrørende en mindreårig dreng med gentagne lægekontakter og indlæggelser og en heraf følgende omfangsrig lægejournal, uden at der kunne findes en lægelig årsag til drengens tilstand, før det blev klart for lægerne, at det drejede sig om MBP/MB.

Psykolog Merete Reimers Jensen, der har mange års praktisk erfaring fra sit arbejde med familier, som har været berørt af MBP/MB, gav et detaljeret indblik i dynamikken i familierne og mellem barnet og overgriberen, der hyppigst er barnets mor.

Retsmedicinerne Lise Frost og Jytte Banner gennemgik MBP/MB-sager, der har været forelagt Retsmedicinsk Institut i Aarhus igennem en årrække i forbindelse med politiets strafferetlige efterforskning af disse sager. Det fremgik, at alle børn i en årrække havde haft forskellige symptomer som for eksempel; astma, gentagne infektioner, øreproblemer, epileptiske anfald med videre - som havde foranlediget talrige lægekontakter, indlæggelser og undersøgelser, uden at der var blevet påvist en sygdomsmæssig årsag hertil.

Senioranklager Pia Koudahl gennemgik politiets og anklagemyndighedens efterforskning af formodede tilfælde af MBP/MB, samt rettens sagsbehandling belyst ved en i offentligheden kendt sag, som omhandlede en moders bevidste og senere erkendte tapning af blod fra et kateter indlagt i sit barns blodåre. Sagen førte til domfældelse af moderen - hvilket er undtagelsen i disse sager – idet der i retten blev fremlagt en videooptagelse med sigtedes handling.

Mødeleder, næstformand i Retslægerådets retspsykiatriske afdeling Mette Brandt-Christensen afrundede mødet efter en kort spørgerunde med at opsummere Retslægerådets opgave i disse sager, der som i andre sager er at afgive lægefaglige vurderinger på konkret stillede spørgsmål, men at Retslægerådet i øvrigt altid har mulighed for at komme med bemærkninger til sagen, såfremt de voterende finder behov eller anledning hertil.

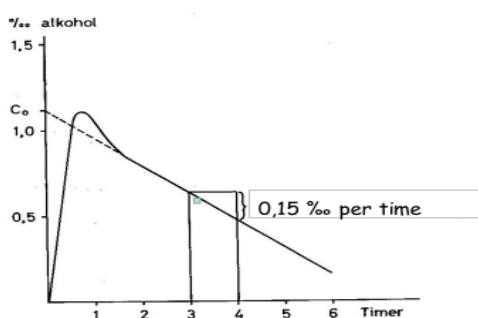
#### **Referencer:**

1. *Davis P, Murtagh U, Glaser D. 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. Archives of Disease in Childhood 2019; 104:110-114.*
2. *Glaser D, Davis P. For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. Archives of Disease in Childhood 2019;104:7-11*

## Promilleberegning ved efterforbrug

Notat om Retslægerådets principper ved tilbageregning fra tidspunktet for blodprøvens udtagelse til kørselstidspunktet, når der foreligger oplysning om indtagelse af alkohol efter kørselens afslutning.

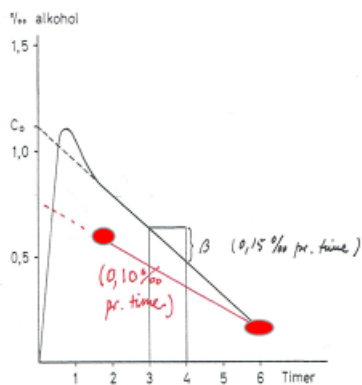
Figur 1. Normal alkoholnedbrydning Bemærk, at det retlinede forløb af alkoholpromillen i forhold til tidsforløbet først indtræder efter 2 timer



Ved Retslægerådets votering stilles den sigtede/tiltalte bedst muligt:

- Ved tilbageregning anvendes promillefald på 0,1 per time

Figur 2. Retslægerådets tilbageregning anvender 0,10 promille/time. Blodprøven er taget 6 timer efter alkoholindtagelsen, og tilbageregning kan kun foretages indtil 2 timer efter indtagelsens afslutning. Herved sikres det, at man ikke overvurderer en sigtets alkoholpromille på et tidspunkt tidligere end blodprøvetagning.





- Aldrig tilbageregning til et tidspunkt, der ligger tidligere end 2 timer efter tidspunktet for afslutningen af alkoholindtagelse før kørslen.
- Anvendelse af minimumsværdi angivet i erklæringen fra Retskemisk Institut.
- I fald der foreligger efterforbrug, og blodprøven er taget tidligere end 2 timer efter den seneste alkoholindtagelse, anfører Rådet, at sikker tilbageregning ikke kan foretages.

For at Retslægerådet kan foretage en tilbageregning og udtale sig, kræves det, at Rådet har adgang til følgende oplysninger:

- Sigtedes højde og vægt.
- Alkoholindtagelse før kørslens afslutning, start- og sluttidspunkter, art, styrke og mængde.
- Tidspunkter for kørslens begyndelse og afslutning.
- Eventuel alkohol indtagelse efter kørslen (efterforbrug), start- og slut, art, styrke og mængde.
- Blodalkoholkoncentration inkl. kopi af original retskemisk erklæring.

Efterforbrug kan foreligge, når den sigtede i tidsrummet mellem forseelsen og blodprøvetagningen ikke har været under opsyn af politiet eller vidner, og derfor kan have indtaget alkohol efter gerningstidspunktet. Det er i denne situation vigtigt at få så nøjagtig viden som muligt om ovenstående forhold. Retslægerådet beregner ud fra oplysning om efterindtagets alkoholmængde og den sigtedes legemsstørrelse den promille-stigning, som efterindtaget forventeligt ville give anledning til (se

efterfølgende eksempel). Der kan derfor fremkomme udtalelse fra Retslægerådet, hvor der er angivet en lavere beregnet promille end den målte på grund af en angivet indtagelse af alkohol efter kørslen.

Imidlertid er det ofte ikke muligt at få fastlagt et præcist tidsskema for alkoholindtagelse før (eventuel under) og efter kørslen. Hvis der ikke foreligger et angivet tidspunkt for afslutningen af alkoholindtagelsen før kørslen, er det ikke muligt for Retslægerådet at fastsætte tidspunktet for det tidligste tilbageregningstidspunkt, og i disse tilfælde angiver Retslægerådet den beregnede promille ved et angivet efterindtag i to situationer:

1. hvor indtagelsen før kørslen angives som afsluttet to timer eller mere før kørslens begyndelse, og hvor tilbageregningen kan gennemføres til kørslens påbegyndelse.
2. hvor indtagelsen før kørslen angives som afsluttet mindre end to timer før kørslens begyndelse, evt. først i forbindelse med kørslen, og hvor tilbageregningen kun kan gennemføres til et senere tidspunkt end kørslens påbegyndelse, evt. først til et tidspunkt efter kørslen.

Der kan derfor fremkomme udtalelser fra Retslægerådet, hvor der er angivet en lavere beregnet promille, trods en angivet senere indtagelse af alkohol forud for kørslen. Endvidere kan der forekomme situationer, hvor beregning af et angivet efterindtags størrelses indflydelse på den målte promille er større end den målte promille. I disse situationer anfører Retslægerådet, at det angivne efterindtag ikke kan have fundet sted som angivet, og at det i sådant tilfælde ikke er muligt at foretage tilbageregning

og dermed angive en promille på gerningstidspunktet. Undertiden bliver Rådet i denne situation bedt om at vurdere fordelingen (mængde og tidsmæssigt) af flere angivne alkoholindtag, for eksempel fordeling af et beregnet samlet alkoholkonsum. Dette er ikke muligt. Det skal også understreges, at Retslægerådets votering ofte er baseret alene på den sigtedes udsagn, og at Rådets votering i disse tilfælde ikke kan tages som noget bevis for promillens størrelse. Vurderingen af de tilgrundliggende antagelsers rigtighed tilkommer alene anklagemyndighed eller domstole.

Nedenfor illustreres et eksempel på en sag, hvor tilbageregning og korrektion for efterindtag bevirker, at den alkoholpromille, som må antages at have foreligget i tilslutning til den påsigtede gerning, vil være lavere end den målte promille.

#### **Eksempel:**

45-årig mand med en højde på 190 cm og en vægt på 87 kg.

Beregnet alkohol fordelingsrum 56 liter.

Angiven indtagelse før kørsel kl. 15.00-17.00, 3 x 33 cl øl 4,6 %: 39 g.

Kørsel kl. 19.30-19:45

Færdselsuheld kl. 19.45, anmeldt af vidne, flugt fra uheldssted.

Angiven indtagelse i hjemmet kl.19.55-20.45, 47 cl rødvin 11,5 %: 43 g.

Anholdt kl. 21.15. Blodprøve kl. 23.20: 0,93 ‰ (mindsteværdi).

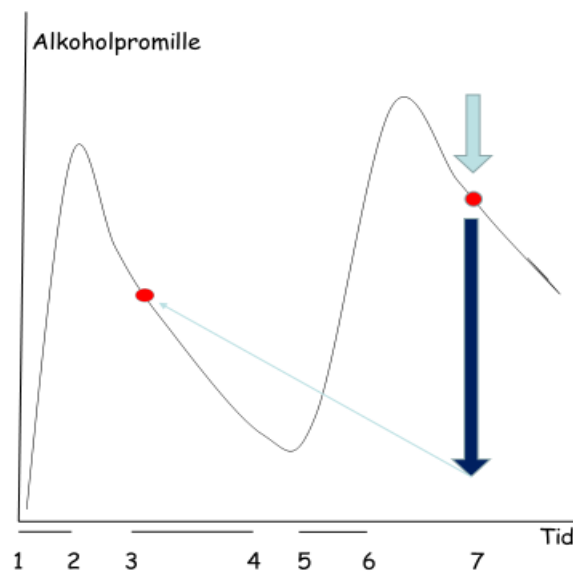
Beregnet alkoholpromille ved kørsels begyndelse kl. 19:30:

$$0,93 \text{ ‰} - 43 \text{ g} / 56 \text{ liter} + 3,83 \text{ timer} \times 0,10 \text{ ‰/time} = 0,54 \text{ ‰ (min.)}$$

Mindsteværdi kl. 21.15 - Efterindtag/ Fordelingsvolumen + Tidsforløb fra kørsel x 0,10‰ = Koncentration ved kørsels start

$$0,93\text{ ‰} - 0,77\text{ ‰} + 0,38\text{ ‰} = 0,54\text{ ‰}$$

Figur 3. Alkoholpromillens forløb ved det beskrevne eksempel. Tallene nedenfor tidsaksen angiver følgende tidspunkter: 1-2 Alkoholindtagelse før kørslen, 3 Kørsels start, 4 Kørsels afslutning, 5 Efterindtag start, 6 Efterindtag slut og 7 Blodprøvens udtagning. Den mørkeblå lodrette pil angiver størrelsen af efterindtagets indflydelse på promillen. Pilens nederste spids illustrerer derfor den hypotetiske alkoholpromille, hvis den sigtede ikke havde haft et efterforbrug. Tilbageregningen foretages fra "pilens spids" langs den lyseblå linje indtil tidspunktet for kørsels start.



Retslægerådet besvarer herefter forelæggelsesblankettens spørgsmål 3 (*Må det antages, at alkoholkoncentrationen i sigtedes blod - som følge af alkoholindtagelse inden kørsels afslutning – under eller efter kørslen har oversteget 0,50 ‰, 0,80 ‰, 1,20 ‰, 1,50 ‰, 2,00 ‰, 2,50 ‰*) således:

Lægges det til grund, at sigtede efter kørslen har indtaget 47 cl rødvin (11,5 ‰): Over 0,50 ‰, men ikke over 0,80 ‰.

Såfremt oplysningerne om alkoholindtagelse efter kørsels afslutning er usikre i henhold til politiets efterforskning eller helt udokumenterede, kan Retslægerådet endvidere foretage beregning af den promille, der ville have foreligget, uden at efterindtag havde foreligget. I dette tilfælde vil beregningerne være:

Hvis alkoholindtagelse senest har fundet sted 2 timer før kørslen

Mindsteværdi kl. 21:15 + Tidsforløb fra kørsel 3,83 timer x 0,10%/time = Koncentration ved kørsels start

$$0,93 \text{ ‰} + 0,38 \text{ ‰} = 1,31 \text{ ‰ (min.)}$$

Hvis alkoholindtagelsen har fundet sted indtil kørsels påbegyndelse

Mindsteværdi kl. 21:15 + Tidsforløb fra (slut indtag + 2 timer) x 0,10%/time = Koncentration ved kørsels start

$$0,93 \text{ ‰} + 0,18 \text{ ‰} = 1,11 \text{ ‰ (min.)}$$

Rådet kan da supplere besvarelsen af forelæggelsesblanketten spørgsmål 3 med:

”Lægges det til grund, at sigtede efter kørslen ikke har indtaget alkohol, og at den seneste alkoholindtagelse inden kørslen har fundet sted mindst 2 timer før kørslen: Over 1,20 ‰, men ikke over 1,50‰.”

eller

”Lægges det til grund, at sigtede efter kørslen ikke har indtaget alkohol, og at alkoholindtagelsen inden kørslen har fundet sted indtil kørsels påbegyndelse: Over 0,80 ‰, men ikke over 1,20 ‰.”

Bemærk, at den skønnede promille på grund af 2-timers reglen bliver lavest ved antagelsen om den seneste alkoholindtagelse, idet Rådet kun kan foretage tilbageregning til et tidspunkt 2 timer efter kørsels påbegyndelse.

Det skal understreges, at oplysningerne om efterforbrugets størrelse ofte alene stammer fra sigtede, og at Retslægerådets votering ikke er noget bevis for rigtigheden heraf. Vurderingen heraf må foretages af anklagemyndigheden eller domstolen.

#### Referencer:

1. *Retslægerådets årsberetning 2015, side 25-28.*

## Folketingsspørgsmål 2019

### Retslægerådets bidrag til brug for besvarelse af spørgsmål 287 (REU alm. del) fra Folketingets Retsudvalg

#### Spørgsmål 287

”Vil ministeren oplyse den årlige udvikling fra 2015 til nu for den generelle ventetid på Retslægerådets udtalelser?”

#### Ad spørgsmål 287

Retslægerådet afgiver årligt omkring 1600-1800 udtalelser på en række lægefaglige områder, hvor det psykiatriske og det somatiske område udgør langt den væsentligste del.

De psykiatriske sager omfatter sanktionsspørgsmål i straffesager, ændring i foranstaltninger, tvangs-tilbageholdelser, ophævelse af farlighedsdekret, overførsel til sikringsafdeling, umyndiggørelser, benådnings og diverse. De somatiske sager omfatter klager over sundhedspersonale, arbejdsskader/ulykker, erstatninger/pensionssager, vold/dødsårsager, ikke psykiatriske benådnings og diverse, herunder autorisationssager.

#### Sagsbehandlingstiden

Nedenfor er en samlet oversigt over sagsbehandlingstiderne for alle sagstyper i Retslægerådet for perioden 2015 til og med 2018.

Sagsbehandlingstider (dage)	2015		2016		2017		2018	
	Afsluttede Sager	Sagsbehandlings-tid	Afsluttede Sager	Sagsbehandlings-tid	Afsluttede Sager	Sagsbehandlings-tid	Afsluttede sager	Sagsbehandlings-tid
A. Psykiatrisager	470	35	442	39	397	49	509	54
B. Spiritussager	74	49	77	68	36	72	47	111
C. Kastration	2	180	0	0	1	17	1	37
D. Avlingstid	15	16	8	19	6	32	4	72
E. Somatik	1029	155	979	176	841	216	1084	257
H. Aldersbestemmelse	70	65	70	70	8	161	31	190
L. Færdselssager, lever	3	33	0	0	0	0	0	0
M. Færdselssager, medicin	98	55	86	78	46	91	64	114
I alt	1761		1662		1335		1740	

Udviklingen siden 2015 og frem til 2018 har vist en tydelig stigning i sagsbehandlingstiden.

I sagsbehandlingen indgår den samlede tid, der medgår fra sagen modtages hos Retslægerådet, og indtil der foreligger en endelig udtalelse. Sagsbehandlingstiden omfatter således både den tid, der medgår til sekretariatets sagsbehandling, lægernes votering, samt tiden, hvor sagen afventer parternes indsendelse af manglende oplysninger.

I rådets bedømmelse af hver sag medvirker oftest mindst tre voterende læger, der afgiver votum i en bestemt rækkefølge afhængig af speciale og sagens spørgsmål. Sagsbehandlingstiden hos rådet afhænger både af sagens karakter og kompleksitet samt af antallet af rundsendelser mellem de voterende, som afgiver et skriftligt votum og evt. skriftligt drøfter sagen. Efter votering og opnåelse af enighed eller dissens redigerer formandskabet udtalelsen, som skrives og udsendes af sekretariatet, der også sender sagerne til de voterende og styrer processen og rundsendelserne.

Retslægerådets sekretariatet, der er forankret i Civilstyrelsen følger nøje udviklingen i sagsbehandlingstid og produktion.

## **Bidrag til besvarelse af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalgs spørgsmål nr. 716 (Alm. del)**

Justitsministeriet har ved e-mail af 22. marts 2019 anmodet om bidrag til besvarelse af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalgs spørgsmål nr. 716 (Alm. del).

Spørgsmålet har følgende ordlyd:

### **Spørgsmål 716 (Alm. del)**

*”Vil ministeren oplyse, hvor mange sager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i psykiatrien, som Retslægerådet i de seneste 10 år har fået forelagt, og herunder oplyse hvor mange gange Retslægerådet har valgt ikke at tiltræde/godkende tvangsindlæggelsen eller tvangstilbageholdelsen?”*

### **Ad Spørgsmål 716 (Alm. del)**

Indledningsvist skal det bemærkes, at det ikke er muligt i sagsbehandlingssystemet at fremsøge antallet af sager, som specifikt angår Retslægerådets udtalelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i psykiatrien.

Det er imidlertid muligt at fremsøge alle de sager, der angår spørgsmålet om tvang i psykiatrien generelt. Der er tale om i alt 141 sager fra 2009 til dato.

Ved en manuel gennemgang af de ovennævnte 141 sager om tvang i psykiatrien fra 2009 og frem, er der i alt fundet 91 sager, hvor Retslægerådet har udtalt sig om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Af de 91 sager angår 13 sager alene tvangsindlæggelse, og 34 sager angår alene tvangstilbageholdelse, mens de resterende 44 sager angår både tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.



I de forelagte sager foretager Retslægerådet oftest en vurdering af, hvorvidt det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge/tvangstilbageholde sagens person eller, hvorvidt det var lægeligt korrekt at tvangsindlægge/tvangstilbageholde vedkommende.

Retslægerådet har efter en selvstændig vurdering i alle 91 sager fundet, at tvangsindlæggelsen og/eller tvangstilbageholdelsen var nødvendig og/eller lægelig korrekt.

Nedenfor fremgår antallet af sager fordelt på de år, hvor Retslægerådet har udtalt sig om tvangsindlæggelse og/eller tvangstilbageholdelse (Retslægerådet har endnu ikke afgivet udtalelse i denne type sager i 2019):

2009: 12 sager

2010: 7 sager

2011: 10 sager

2012: 7 sager

2013: 3 sager

2014: 14 sager

2015: 9 sager

2016: 11 sager

2017: 12 sager

2018: 6 sager

2019: 0 sager

I alt 91 sager

### **Bidrag til besvarelse af § 71-tilsynets spørgsmål nr. 5 (alm. del)**

Justitsministeriet har ved e-mail af 5. september 2019 anmodet Retslægerådet om udtalelse til brug for besvarelse af spørgsmål nr. 5 (Alm. del) fra Folketingets § 71-tilsyn.

#### **Spørgsmål:**

*"Vil ministeren i forlængelse af SUU alm. del – svar på spørgsmål 716, folketingsåret 2018-19, 1. samling, oplyse, hvilke kompetencer Retslægerådet råder over i forhold til behandling af sager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i psykiatrien? Spørgsmålet har tidligere været stillet i folketingsåret 2018-19, 1. samling, jf. § 71-tilsynet alm. del - spm. 24."*

#### **Svar:**

Retslægerådet har forstået spørgsmålet således, at der spørges til, hvilke faglige kompetencer Retslægerådet råder over i forbindelse med behandlingen af sager om tvangsanvendelse i psykiatrien.

Retslægerådet kan oplyse, at rådets retspsykiatriske afdeling for tiden består af seks medlemmer med særlig indsigt i psykiatri. Herudover er der tilknyttet adskillige ad hoc sagkyndige med særlig indsigt i psykiatri, som rådet kan inddrage efter konkret vurdering.

Alle medlemmerne af Retslægerådets retspsykiatriske afdeling har omfattende kendskab til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Dette gælder såvel i forhold til forarbejderne og betænkning om tvang i psykiatrien (Principbetænkning nr.1068/1986) som senere lovrevisioner og den praktiske anvendelse af loven i klinisk praksis.

Flere af rådets medlemmer forelæser og underviser om emnet for studerende, læger og andre faggrupper ansat i psykiatrien. Endvidere fungerer flere af rådets medlemmer som vejledere eller forestår selv videnskabelige artikler om emnet.

I sager med spørgsmål om tvangsindlæggelse og/eller tvangstilbageholdelse inddrages endvidere et mindre antal ad hoc voterende med særlig sagkyndighed inden for området.

Når Retslægerådet modtager en sag med spørgsmål om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, er det næstformanden for den retspsykiatriske afdeling, der udpeger de sagkyndige (som udgangspunkt 3) med henblik på at sikre, at de rette faglige kompetencer er tilstede i forhold til den konkrete sag.

## **Bidrag til besvarelse af REU alm. del spørgsmål 282, 283 og 284**

Justitsministeriet har ved e-mail af 12. september 2019 anmodet Retslægerådet om udtalelse til brug for besvarelse af REU alm. del spørgsmål 282, 283 og 284.

### **Spørgsmål 282**

*"Vil ministeren kommentere henvendelsen i REU alm. del bilag 81, herunder de opsummerede problemstillinger om at retslægerådet anbefaler personer, der ikke er psykisk syge, til behandling i psykiatrien, at domstolene stort set altid følger retslægerådets anbefalinger og at retslægerådets anbefalinger ikke kan ankes, heller ikke selv om retslægerådets vurderinger ikke er i overensstemmelse med mentalerklæringerne?"*

### **Spørgsmål 283**

*"Vil ministeren på baggrund af henvendelsen i REU alm. del bilag 81 bekræfte, at domstolenes afgørelser på baggrund af retslægerådets anbefalinger som beskrevet indebærer, at personer med udviklingsforstyrrelser, som ikke har psykiske lidelser, anbringes i det psykiatriske system, selv om de ikke kan behandles af lægerne i det psykiatriske system, og vil ministeren i bekræftende fald redegøre for, hvilke initiativer ministeren vil tage for at ændre dette?"*

### **Spørgsmål 284**

*"Kan ministeren, på baggrund af henvendelsen i REU alm. del - bilag 81, oplyse eller give en vurdering af antallet af personer med udviklingsforstyrrelser, som ikke har psykiske lidelser, der er anbragt i det psykiatriske system på baggrund af anbefalinger fra retslægerådet?"*

## **Svar:**

### **Bidrag fra Retslægerådet til besvarelse af Retsudvalgsspørgsmål 282 og 283**

Retslægerådet er et rådgivende lægefagligt organ, som har til opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Retslægerådet træffer således ingen afgørelser, men afgiver alene en lægefaglig udtalelse. Det er herefter op til retten at beslutte, i hvilket omfang Retslægerådets udtalelse skal indgå ved rettens afgørelse af sagen. Domstolenes afgørelser i sager,

hvor Retslægerrådet har afgivet en udtalelse, kan ankes efter retsplejelovens almindelige regler herom.

I de straffesager, som anklagemyndigheden forelægger for Retslægerrådet, modtager Retslægerrådet alle straffesagens akter herunder mentalerklæringer. Retslægerrådet lægger de lægelige akter inklusiv mentalerklæringer til grund for vurderingen af den psykiatriske indplacering.

Desuden vurderer Retslægerrådet om:

- den sigtede findes sindssyg, i en med sindssygdom ligestillet tilstand eller mentalt retarderet, jfr. straffelovens § 16.
- den sigtede findes i en tilstand af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, jfr. straffelovens § 69.
- den sigtede ikke frembyder tegn på psykisk lidelse.

Såvel den psykiatriske indplacering som arten af den kriminalitet, den pågældende er sigtet for, den sigtedes behandlingsbehov og en lægeligt begrundet vurdering af evt. fare for omgivelserne har betydning for Retslægerrådets anbefaling af, hvilken foranstaltning der efter rådets vurdering konkret vil være mest formålstjenlig, jfr. straffelovens § 68. Retslægerrådet kan som foranstaltning anbefale almindelig straf, en psykiatrisk særforanstaltning eller en kommunal særforanstaltning.

Når Retslægerrådet anbefaler særforanstaltninger, anvendes som udgangspunkt de foranstaltningstyper, der er anført i Rigsadvokatmeddelelsen "Psykisk afvigende kriminelle".

For så vidt angår de gennemgribende psykiske udviklingsforstyrrelser som f.eks. infantil autisme, er der tale om en psykiatrisk diagnose (DF83-89), som i strafferetlig henseende kan henføres til straffelovens §16 eller § 69. Denne vurdering baseres på

omfanget af symptomer herunder begavelsesniveau. Det er Retslægerådets opfattelse, at der ofte er brug for såvel psykiatrisk som socialpædagogisk indsats til personer med gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Retslægerådet udtalelse med hensyn til foranstaltninger til personer med diagnoser inden for de gennemgribende udviklingsforstyrrelser er udtryk for en konkret afvejning af ovennævnte hensyn. En psykiatrisk særforanstaltning med mulighed for udskrivning er fuldt forenelig med (frivilligt) ophold på kommunal bo-institution.

Retslægerådet fører ikke løbende statistik over, i hvilket omfang Retslægerådets anbefalinger følges af domstolene.

**Bidrag fra Retslægerådet til besvarelse af Retsudvalgsspørgsmål 284:**

Retslægerådet behandler enkeltsager og er ikke i besiddelse af sådanne data.

## **Bidrag til besvarelse af REU alm. del spørgsmål 357**

### **Spørgsmål 357**

*Hvordan er Retslægerådets adgang til at bruge internationale eksperter, jf. at Danmark f.eks. har haft få sager om kvindelige omskæring og dermed måske har begrænset ekspertise i den slags sager, mens der findes en svensk ekspert på området?*

**Svar:**

### **Bidrag fra Retslægerådet til besvarelse af Retsudvalgsspørgsmål 357:**

Det fremgår af § 2 i lov om Retslægerådet, at Retslægerådet består af indtil 12 læger. Derudover har Justitsministeren i medfør af lovens § 2, stk.3, mulighed for at beskikke et antal sagkyndige, som kan tilkaldes til at deltage i en sags behandling. Det følger endvidere af § 2, stk. 4, i lov om Retslægerådet, at 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 (ad hoc sagkyndige) til at deltage i en sags behandling. Såfremt der viser sig at være behov for det i forbindelse med en sags behandling, vil også udenlandske eksperter kunne benyttes som ad hoc sagkyndige i medfør af lovens § 2, stk. 4.

## II. Statistik

### Sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2016-2019

Sagstyper	2016		2017		2018		2019	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet
31. Psykiatrisager	452	442	465	397	525	509	461	499
32. Færdselssager	159	163	101	81	94	107	104	82
33. Kastration	9	8	6	7	7	5	14	12
34. Somatiske sager	1148	979	1024	841	1024	1084	1132	732
35 - Aldersbestemmelse	66	70	24	8	25	31	29	26
<b>Samlet modtaget/afsluttet</b>	<b>1834</b>	<b>1662</b>	<b>1620</b>	<b>1334</b>	<b>1675</b>	<b>1736</b>	<b>1740</b>	<b>1351</b>



Antal lægefaglige sager modtaget og afsluttet i Retslægerådet 2016-2019

Sagstyper	2016		2017		2018		2019	
	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet	Modtaget	Afsluttet
<b>31. Psykiatrisager</b>	<b>452</b>	<b>442</b>	<b>465</b>	<b>397</b>	<b>525</b>	<b>509</b>	<b>461</b>	<b>499</b>
311 - Sanktionsspørgsmål	298	292	318	278	358	308	337	371
312 - Ændring i foranstaltninger	83	88	78	65	110	92	94	93
313 - Tvangstilbageholdelser	24	22	24	18	21	16	4	4
314 - Ophævelse af farlighedsdekret	8	7	4	3	7	8	5	4
315 - Overførsel til sikringsafdeling	3	3	10	6	4	4	2	2
316 - Umyndiggørelse	0	0	0	0	0	0	0	0
317 - Benådning	1		2	3	1	1	0	0
319 - Diverse	34	30	28	24	24	18	19	25
<b>32. Færdsselsager</b>	<b>159</b>	<b>163</b>	<b>102</b>	<b>82</b>	<b>94</b>	<b>107</b>	<b>104</b>	<b>82</b>
3200 - Medicin	81	84	51	44	54	60	54	43
3201 - Sygdom	1	2	3	1	0	2	1	0
3219 - Lever mv.	0	0	0	0	0	0	1	0
3220 - Spiritus alene	44	42	26	22	25	23	36	34
3221 - Spiritus og medicin	33	35	21	14	15	22	12	5
3229 - Diverse	0	0	1	1	0	0	0	0
<b>33. Kastration</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>12</b>
3310 - Ansøgning om kønsskifte	0	0	0	0	0	0	0	0
3311 - Ændring af navn/cpr-nummer	0	0	1	1	1	1	0	0
3319 - Diverse	0	0	0	0	0	0	0	0
330 - Avlingstid	9	8	5	6	6	4	14	12
<b>34. Somatiske sager</b>	<b>1148</b>	<b>979</b>	<b>1024</b>	<b>841</b>	<b>1024</b>	<b>1084</b>	<b>1132</b>	<b>732</b>
340 - Klager og sundhedspersonale	6	12	3	1	0	2	0	0
341 - Arbejdsskader/ulykker	332	256	316	267	351	344	420	204
342 - Erstatning, pensionsager mv.	711	628	626	524	598	591	611	424
343 - Vold, dødsårsag	25	26	28	13	35	31	29	40
344 - Ikke-psykiatriske benådningssager	0	0	0	0	0	0	0	0
345 - Autorisationssager							65	37
349 - Diverse	74	57	51	36	40	44	7	27
<b>35 - Aldersbestemmelse</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>26</b>
<b>Samlet modtaget/afsluttet</b>	<b>1834</b>	<b>1662</b>	<b>1621</b>	<b>1335</b>	<b>1675</b>	<b>1736</b>	<b>1740</b>	<b>1351</b>

## Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2016-2019

Sagsbehandlingstider (dage)	2016		2017		2018		2019	
	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
<i>Psykiatrisager</i>	39	38	49	47	54	48	38	37
<i>Færdselssager</i>	73	71	83	78	113	97	104	95
<i>Kastration</i>	19	15	32	32	72	72	55	55
<i>Somatik</i>	176	142	216	174	257	188	288	230
<i>Aldersbestemmelse</i>	70	66	161	77	190,166	164,23	159	153

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

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

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

### III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

Lovbestemmelser m.v.

#### **Lov nr. 60 af 25.03.61 om retslægerådet**

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

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

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

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

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

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

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

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

**§ 4.** Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

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

## **Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerrådet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Retslægerådets medlemmer 2019

Overlæge, dr.med.  
Henrik Steen Andersen  
Rigshospitalet  
Militærpsykiatrisk/Krise- og  
Katastrofepsykiatrisk Center

Overlæge med ledelsesansvar,  
Sikringsafdelingen, ph.d.  
Camilla Bock  
Sikringsafdelingen  
Psykiatrien Slagelse

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

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

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

Speciallægekonsulent, dr.med.  
Jens Lund  
Konsulent på Retspsykiatrisk  
afdeling i Skejby

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

Professor emeritus, konsulent,  
dr.med.  
Torben V. Schroeder  
Region Hovedstaden  
Copenhagen Academy for Medical  
Education and Simulation

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

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

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

## Beskikkede sagkyndige anvendt i sager afsluttet i 2019

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

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



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

Ledende overlæge

Lisa Maria Bang

Holbæk Sygehus

Gynækologisk og Obstetrisk

Afdeling

I sager om autorisationsforhold

## Ad hoc sagkyndige på sager afsluttet i 2019

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende på sager afsluttet i 2019:

Afdelingslæge, ph.d.  
Charlotte Uggerhøj Andersen  
Aarhus Universitetshospital  
Institut for Retsmedicin  
(farmakologi)

Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Claus Andersen  
Rigshospitalet  
Klinik for rygmarsvskader  
(neurokirurgi)

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

Overlæge, dr. med.  
Lars Willy Andersen  
Rigshospitalet  
Anæstesiologisk Klinik  
(anæstesiologi)

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

Speciallæge  
Ture Dammann Andersen  
(oto-rhino-laryngologi)

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

Afdelingslæge, ph.d.  
Arnar Ástráðsson  
Aarhus Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling  
(neurokirurgi)

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

Overlæge  
Lene Bak  
Odense Universitetshospital  
Radiologisk Afdeling  
(radiologi)

Tandlæge, lic.odont.  
Judith Lejsgaard Autrup  
(odontologi)

Lektor, dr.odont.  
Merete Bakke  
Københavns Universitet  
Odontologisk Institut, Det  
Sundhedsvidenskabelige Fakultet  
(odontologi)

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

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

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

Overlæge  
Michael Bille  
Gentofte Hospital  
Audiologisk Afdeling  
(Orto-rhino-laryngologi/Audiologi)

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

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

Speciallæge, dr.med. Gudrun Boysen (neurologi)	Professor, overlæge, dr.med. Peter Christensen Aarhus Universitetshospital Klinik for bækkenbundslidelser (mave-tarm kirurgi)
Speciallæge Jannick Brennum Rigshospitalet Neurocentret (neurokirurgi)	Overlæge Jakob Christensen Aarhus Universitetshospital Neurologisk afdeling (neurologi)
Speciallæge, dr.med., ph.d. Kim Brixen Odense Universitetshospital (endokrinologi)	Overlæge, ph.d. Line Hartvig Cleemann Rigshospitalet Institut for Klinisk Medicin (pædiatri)
Professor, overlæge, dr.med. Christian von Buchwald Rigshospitalet Øre-, næse-, halskirurgisk og Audiologisk Klinik (oto-rhino-laryngologi)	Overlæge, dr.med. Leif Corydon (oftalmologi)
Klinikchef, overlæge Cæcilie Böck Buhmann (psykiatri)	Lektor Niels Damsbo Syddansk Universitet (almen medicin)
Overlæge Lars Bøgeskov Rigshospitalet Neurokirurgisk, afsnit 2092 (neurokirugi)	Ledende overlæge, dr. med. Hans Dieperink Odense Universitetshospital Nefrologisk afdeling (nefrologi)
Ledende overlæge, ph.d. Klaus Børch Hvidovre Hospital Børne- og ungeafdelingen (pædiatri)	Overlæge Kjeld Dons CPH Privathospital (neurokirugi)
Professor, overlæge, dr.med. Klaus Ølgaard Rigshospitalet Nefrologisk Klinik, Abdominal centret (nefrologi)	Overlæge, dr.med. Niels Ebbenhøj Bispebjerg Hospital Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling (Arbejdsmedicin)
Professor, overlæge, dr.med. Jeppe Hagstrup Christensen Aarhus Universitetshospital Nyremedicinsk Afdeling (nefrologi)	Overlæge, lektor Søren Eiskjær Aalborg Universitetshospital Ortopædkirurgisk afdeling (ortopædkirurgi)
	Professor, overlæge, ph.d. Bent Laursen Ejlertsen Rigshospitalet Danish Breast Cancer Cooperative Group (onkologi)

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

Professor, overlæge, dr.med.  
Thomas Engstrøm  
(kardiologi)

Overlæge  
Ole Fedders  
Aalborg Universitetshospital  
Neurokirurgisk Afdeling  
(neurokirurgi)

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

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

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

Overlæge  
Gilles Ludger Fournier  
(reumatologi)

Programleder, konsulent  
Anne Vibeke Freilev  
Rigshospitalet

Overlæge  
Lars Henrik Frich  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk Afdeling  
(ortopædikirurgi)

Neuropsykolog, cand. psych.  
Anders Gade  
(neuropsykologi)

Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Garne  
Ringsted Sygehus

Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling  
(mammakirurgi)

Speciallæge  
John Gelineck  
(radiologi)  
Professor, ph.d.  
Anne-Marie Axø Gerdes  
Rigshospitalet  
Klinisk Genetisk Klinik  
(klinisk genetik)

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

Speciallæge i psykiatri  
Peter Gottlieb  
(psykiatri)

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

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

Sektionsleder, overlæge, ph.d.  
Poul Martin Gehrchen  
Rigshospitalet  
Rygsektionen, Ortopædkirurgisk  
(rygkirurgi)

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

Centerchefsyegeplejerske  
Mette Marie Friis Hansen  
Rigshospitalet  
Juliane Marie Centret  
(pædiatri)

Vicestatsobducent  
Steen Holger Hansen  
Retsmedicinsk Institut

Retspatologisk afdeling  
(retsmedicin)

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

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

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

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

Overlæge  
Morten Helvind  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk Afdeling RT  
(thoraxkirurgi)

Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Ole Hamberg  
Rigshospitalet  
Hepatologisk Klinik  
(hepatologi)

Overlæge  
Ole Hilberg  
Vejle Sygehus  
Medicinsk Afdeling  
(lungemedicin)

Specialtandlæge  
Søren Hillerup  
(odontologi)

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

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

Professor  
Lisbet Rosenkrantz Hölmich  
Herlev Hospital  
Plastikkirurgisk Afdeling  
(plastikkirurgi)

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

Overlæge  
Lisbeth Høgedal  
(radiologi)

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

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

Speciallæge  
Peter Iversen  
Rigshospitalet  
Copenhagen Prostate Cancer Center  
(urologi)

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

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

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

Overlæge  
Claus Verner Jensen  
Rigshospitalet  
Radiologisk Klinik X  
(radiologi)

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

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

Overlæge  
Thomas Bo Jensen  
Ortoklinik  
(plastikkirurgi)

Professor  
Jens Otto Lunde Jørgensen  
Aarhus Universitetshospital  
(endokrinologi)

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

Professor, overlæge, dr. Med.  
Martin Balslev Jørgensen  
Psykiatrisk Center København  
Afdeling O  
(psykiatri)

Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
(pædiatri)

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

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

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

Vicestatsobducent  
Peter Thiis Knudsen  
Syddansk Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retsmedicin)

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

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

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

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

Overlæge  
Henrik Lajer  
(gynækologi/obstetrik)

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

Lægefaglig Direktør  
Tina Gram Larsen  
Aalborg Universitetshospital  
(psykiatri)

Overlæge, ph.d.  
Vibeke Andrée Larsen  
Rigshospitalet

Neuroradiologisk afsnit (radiologi)	Direktør, overlæge, klinisk lektor Freddy Lippert Region Hovedstadens Akutberedskab (anæstesiologi)
Overlæge Karin Lassen Odense Universitetshospital (pædiatri)	Professor, overlæge, dr.med. Lars Lönn Rigshospitalet Radiologisk Afdeling (radiologi)
Professor, overlæge, dr. med. Søren Laurberg Aarhus Universitetshospital (kirurgi)	Professor, overlæge, dr.med. Lars Lund Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling (urologi)
Professor, overlæge, dr.med. Jes Bruun Lauritzen Bispebjerg Hospital Ortopædkirurgisk Afdeling (ortopædkirurgi)	Ledende overlæge Lene Lundvall Rigshospitalet Gynækologisk Klinik (gynækologi)
Overlæge, lektor, dr. Med. Marlene Briciet Lauritzen Region Nordjylland Psykiatrien, Forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatri (psykiatri)	Speciallæge Gunnar Lose Herlev Hospital Kvinde- og bækkenbundssygdomme (gynækologi/obstetrik)
Ledende overlæge, ph.d. Helle Lastrup Odense Universitetshospital Reumatologisk Afdeling (reumatologi)	Professor, overlæge, dr.med. Sten Madsbad Hvidovre Hospital Endokrinologisk Afdeling (endokrinologi)
Speciallæge Birgitte Pernille Leicht (ortopædkirurgi)	Overlæge, dr.med. Hans-Jørgen Malling Gentofte Hospital Allergiklinikken (allergologi)
Statsobducent, ph.d. Peter Mygind Leth Statsobducenturet for Syddanmark Retsmedicinsk Institut (retsmedicin + patologisk anatomi og histologi)	Lektor, tandlæge, ph.d. Louise Hauge Matzen Aarhus Universitet Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Sektion for Oral Radiologi (odontologi)
Professor, overlæge, dr.med. Øjvind Lidegaard Rigshospitalet Gynækologisk klinik (gynækologi/obstetrik)	Overlæge Bodil Moltesen Herlev Hospital Center for Socialpædiatri - Arkaden (socialpædiatri)
Professor, dr.med. Kristian Linnet Københavns Universitet Retskemisk Afdeling (retskemi)	

Overlæge  
Michael Munksdorf  
(plastikkirurgi)

Overlæge  
Christian Møller  
Center for Rygkirurgi/Capio CFR  
(neurokirurgi)

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

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

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

Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
(radiologi)

Specialtandlæge  
Bjarne Neumann-Jensen  
(odontologi og kæbekirurgi)

Overlæge  
Edith Nielsen  
Aarhus Universitetshospital  
Neuroradiologisk Afsnit  
(radiologi)

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

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

Overlæge  
Ove Juul Nielsen  
Rigshospitalet  
Hæmatologisk Afdeling  
(hæmatologi)

Overlæge  
René Tyranski Nielsen  
Capio CFR  
(neurokirurgi)

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

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

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

Overlæge  
Tina Obbekjær  
Aarhus Universitetshospital  
Neurokirurgisk Afdeling NK  
(neurokirurgi)

Overlæge, dr. med.  
Anders Odgaard  
Gentofte Hospital  
Ortopædkirurgisk Afdeling  
(ortopædkirurgi)

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

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



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

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

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

Professor, dr.med.  
Freddy Karup Pedersen  
Rigshospitalet  
BørneUngeKlinikken, Juliane Marie  
Centret  
(pædiatri)

Overlæge  
Lykke Pedersen  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk Center København  
(psykiatri)

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

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

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

Overlæge  
Mette Ramsdal Poulsen  
Odense Universitetshospital  
Radiologisk Afdeling  
(radiologi)

Klinikchef  
Alice Rasmussen  
Psykiatrisk Center Bispebjerg  
(somatoforme tilstande)

Sektionsleder, overlæge  
Jesper Ravn  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk Afdeling  
(thoraxkirurgi)  
Overlæge, dr.med.  
Bent Rosenbaum  
(psykiatri)

Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Rungby  
Bispebjerg Hospital  
Afdeling I, opgang 60  
(endokrinologi)

Overlæge  
Goran Nadir Salih  
Sjællands Universitetshospital  
(lungemedicin)

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

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

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

Speciallæge  
Niels Bo Siebuhr  
(psykiatri)

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

Overlæge, dr.med.  
Søren Solgaard

Herlev og Gentofte Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling  
(ortopædkirurgi)

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

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

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

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

Speciallæge  
Michael Sørensen  
Hvidovre Hospital  
(mave-tarm kirurgi)

Overlæge  
Leif Hovgaard Sørensen  
Aarhus universitetshospital  
Neuroradiologisk Afdeling  
(radiologi)

Overlæge  
Preben Sørensen  
Aalborg Universitetshospital  
Neurokirurgisk Afdeling  
(neurokirurgi)

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

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

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

Overlæge  
Trine Stavnsgaard  
Rigshospitalet  
Radiologisk Afdeling  
(radiologi)

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

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

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

Speciallæge, dr.med.  
Else Tønnesen  
(anæstesiologi)

Overlæge  
Trine Torfing  
Odense Universitetshospital  
Radiologisk Afdeling  
(radiologi)

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

Speciallæge  
Niels K. Veien  
(dermatologi)

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

Overlæge, dr.med.  
Katja Vogt  
Rigshospitalet  
Karkirurgisk Klinik  
(karkirurgi)

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

Anne Vollmer-Larsen  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
(psykiatri)

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

Professor, overlæge  
Jørgen Mogens Thorup  
(urologi)

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

Overlæge  
Anne Vollmer-Larsen  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
(psykiatri)

Professor, Overlæge  
Mogens Vyberg  
(patologi)

Overlæge, lektor, dr.med.  
Tove Filtenborg Tvedskov  
Rigshospitalet og Herlev  
Brystkirurgisk afdeling  
(mammakirurgi)

Overlæge  
Trine Torfing  
Odense Universitetshospital  
Radiologisk Afdeling  
(radiologi)

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

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

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

## Retslægerådets sekretariat 2019

Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: [retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk](mailto:retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk)

Hjemmeside: [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk)

### **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatschef Eva Aaen

Souschef Niels Astrup Tipsmark (tilknyttet fra 30.09.2019)

Fuldmægtig Sidsel Thomsen Devantier (tilknyttet til 18.08.2019)

Fuldmægtig Michelle Knudsen

Fuldmægtig Frederik Bernhard Nielsen (tilknyttet i perioden 19.08 – 30.11.2019)

Fuldmægtig Mette Vejlgård Tofting (ansat 01.12.2019)

### **Lægelige sekretærer**

Overlæge Lars Willy Andersen (16 timer ugentlig)

Overlæge Christina Jacobsen (16 timer ugentlig)

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

Overlæge Lars Tue Sørensen (16 timer ugentlig)

Vikarer for de lægelige sekretærer: Troels Bundgaard og Mikkel Eld

### **Administrativt personale**

Overassistent Louise Kirk Abel

Overassistent Mia Lykke Sørensen

Overassistent Mille Greve Højsleth

Assistent Lotte Sørensen

Kontorassistent Anders Børsting (fratrådt 15.04.2019)

Overassistent Lise Lotte Poulsen (ansat 11.06.2019)

Overassistent Jannie Skov (ansat 01.07.2019)

Kontorassistent Carl Christian Holkgård Burvil (ansat 09.09.2019)