

**Retslægerådets**  
**årsberetning**  
**2010**

ISBN 87-89648-14-5  
Udgivet april 2011  
Jespersen Tryk+Digital

# Indholdsfortegnelse:

Forord .....	5
<b>I. Udvalgte emner og sager af interesse .....</b>	<b>7</b>
Ukonkrete spørgsmål til Retslægerrådet med spørgsmål om funktionsevne ....	7
Sag vedrørende færdselsuheld med eksempler på uhensigtsmæssige ukonkrete spørgsmål, herunder spørgsmål om funktionsevne .....	11
Kroniske smerter hos fører af personbil efter påkørsel bagfra – er der en sammenhæng? .....	15
Retslægerrådet var ikke forpligtet til at afgive udtalelse i en erstatningssag, idet sagen ikke vedrørte ”enkeltpersoners retsforhold”.....	19
Bevarelse af autorisation som læge trods manglende overholdelse af påbud ..	25
En sag om mulig lægefejl i forbindelse med operation .....	35
Besvarelse af spørgsmål nr. 420-422 fra Folketingets Retsudvalg .....	39
Epileptisk konfusionstilstand – en tilstand ligestillet med sindssygdom .....	45
Folie á deux - ? Men ingen behandling .....	49
Sindssyg mand ikke fundet utilregnelig – to gange .....	53
Ophævelse af en foranstaltningsdom – et problem for patienten? .....	63
Den abnorme enkeltreaktion .....	67
Vurdering af sindssygdom ved moderat til svær depression .....	71
Psykotiske symptomer og sindssygdom .....	77
Mental retardering .....	81
<b>II. Statistik .....</b>	<b>89</b>
Sager behandlet i Retslægerrådet 2010 .....	89
Modtagne og afsluttede sager .....	92
Sagsbehandlingstider.....	93
<b>III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation .....</b>	<b>95</b>
Lovbestemmelser m.v. ....	95
Retslægerådets medlemmer 2010 .....	98
Sagkyndige anvendt i 2010 .....	99
Ad hoc sagkyndige anvendt i 2010 .....	100
Retslægerådets sekretariat 2010 .....	111



# Forord

Retslægerådets årsberetning for 2010 offentliggøres i år relativt hurtigt efter årsskiftet. Det er en naturlig konsekvens af den handlingsplan som fremgår af rådets årsberetning for 2009, side 7 ff., der ligger på rådets hjemmeside [www.retslaegeraadet.dk](http://www.retslaegeraadet.dk). Her peges på to indsatsområder for rådets videre arbejde: kommunikation og kvalitetssikring.

## **Kommunikation.**

En større åbenhed om rådets arbejde er en af de målsætninger, som rådet har sat sig. Formandskabet har fulgt denne målsætning op ved at deltage i møder med Ankestyrelsen, Patientskadeankenævnet, Advokaternes Forening for Erstatnings- og Forsikringsret, Forsikringsakademiet, Arbejdsskadestyrelsen og program for Law and Justice i forbindelse med besøg af dommere fra Uganda. Rådet har mødt stor påskønnelse i forbindelse med informationen om rådets arbejde, ligesom formandskabet på den anden side har fået bedre indsigt i de forventninger, der er til rådets udtalelser. Drøftelserne har omfattet habilitet, generelle og hypotetiske spørgsmål, begrebet ”overvejende sandsynligt” og meget andet.

De sagkyndiges habilitet er helt afgørende for rådets troværdighed. Angivelsen af de enkelte sagkyndiges eventuelle interessekonflikter på rådets hjemmeside og den konkrete dokumentation af habilitet i de enkelte sager, har mødt stor anerkendelse.

**Kvalitetssikring** er en anden af rådets vedtagne målsætninger. Professor Troels Staehelin Jensen er primus motor i et kvalitetssikringsprojekt, der omhandler både en lægefaglig og en juridisk vurdering af 100 sager med angivet skader i nakken. Aktuelt er projektplanen til orientering og eventuelle kommentarer hos relevante interessenter. Rådet planlægger, at undersøgelsen kan finde sted i løbet af 2011, og når der er opnået erfaringer fra dette projekt, vil det være nærliggende at foretage tilsvarende audits på andre områder.

En systematisk gennemgang af Retslægerådets udtalelser og sagernes resultat i de somatiske sager har aldrig fundet sted. Det har vist sig, at rådet kun i begrænset omfang orienteres om de enkelte sagers afgørelse. Retslægerådet har derfor indhentet samtlige domme i et helt års produktion af de somatiske E-sager. Resultatet af denne undersøgelse vil formentlig give rådet det ønskede overblik over, i hvilket omfang sagerne bliver hævet, forligt eller resulterer i en dom, samt hvilket udfald sagerne har fået. Dette initiativ kan forhåbentlig også medføre, at rådet fremover vil få tilsendt domsudskrifter mv., således at de sagkyndige i langt højere grad end nu bliver gjort bekendt med resultatet af sagernes udfald.

## **Sagsbehandlingstider**

Det kan konstateres, at rådet i 2010 har afsluttet flere sager, end der er modtaget, hvilket blandt andet skyldes, at antallet af sager ”på ventehylde” er reduceret markant. For så vidt angår sagsbehandlingstiderne er disse nu tilbage på samme niveau som tidligere, hvilket må siges at være meget tilfredsstillende. Faldet i antallet af modtagne sager skyldes primært en nedgang i modtagne psykiatriske (A) og somatiske (E) sager, hvor der tilsvarende afsluttes flere, end der for tiden modtages.

Rådets mål er fortsat en yderligere reduktion af sagsbehandlingstiden. Dels forsøger rådet løbende at få de forelæggende myndigheder/advokater til at fremsende sagerne med samtlige dokumenter således, at sagsbehandlingen kan påbegyndes umiddelbart – her er der flere måneder at hente - dels kommunikerer rådet i højere grad end tidligere via mail. Det er fortsat de sikkerhedsmæssige aspekter, der er det største problem i relation til sikker mailkommunikation mellem sekretariatet og rådets sagkyndige.

## **Temamøder**

Regelmæssige temamøder er ligeledes indeholdt i rådets kommende satsningsområder. I slutningen af marts 2011 afholdt rådet temamødet ”Hvidbog om risikofaktorer knyttet til fysisk tungt arbejde” og i efteråret vil emnet være det retspsykiatriske område. Rådet finder det vigtigt med disse emnebaserede møder, hvor der er mulighed for at drøfte den faglige substans og om muligt på dette grundlag udarbejde et statusnotat, som til orientering også kan bringes i årsberetningen.

## **Økonomi**

Retslægerådet er ikke stillet anderledes end andre offentlige institutioner og således også underlagt et sparekrav, som blandt andet har medført en reduktion af medarbejderstaben i rådets sekretariat. Rådet forsøger alligevel i budgettet for 2011 at sikre gennemførelsen af planlagte aktiviteter. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt for rådet at vurdere økonomien for 2012 og frem.

Årsberetningen for 2010 indeholder i lighed med tidligere en række sager som kan have almen interesse. Principielle problemstillinger som spørgsmål vedrørende funktionsevne, kroniske smerter efter trafikulykke og udtalelser vedrørende ”enkeltpersoners retsforhold” er nogle af de E-sager der er valgt ud. De psykiatriske sager spænder vidt og sætter blandt andet fokus på sindssygdomsbegrebet, som er helt centralt i retspsykiatrien, afgrænsningen af mental retardering, som ligeledes er af afgørende betydning, samt de få sindssyge, der idømmes ubetingede frihedsstraffe.

Bent Ottesen

# I. Udvalgte emner og sager af interesse

## Ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet med spørgsmål om funktionsevne

*Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, jf. § 1 i lov om Retslægerådet.*

Retslægerådet anmodes meget ofte om en vurdering af en årsagssammenhæng mellem en persons tilstand og en begivenhed/hændelse og i denne sammenhæng om en eller eventuelt flere tidligere hændelsers og sygdommes betydning for Retslægerådets vurdering.

En forudsætning for, at Retslægerådet kan svare på sådanne spørgsmål, er, at "tilstanden", der spørges til, er konkretiseret som for eksempel: "Kan de hos A angivne smerter i højre hoft og den påviste bevægelsesindskrænkning være en følge af den hændelse, A var udsat for den xx...". Spørgsmålet skal ledsages af oplysninger om relevante aktuelle og forudbestående sygdomme.

Det er naturligvis også en forudsætning, at begivenheden/hændelsen er velbeskrevet for at kunne tage stilling til en eventuel årsagssammenhæng.

Det følgende er eksempler på brede og ukonkrete formulerede spørgsmål, hvor der spørges om årsagssammenhæng mellem en række diffuse, ikke

tidsmæssigt angivne tilstande i relation til en årstalsangiven, men ikke en beskrevet ulykke.

Eksempel: *"Retslægerådet anmodes om at redegøre for, om det i sagens akter beskrevne symptomkompleks/højresidige skuldersmerter, smerter i hånden, nakkesmerter forårsaget af slidgigt, fodsmerter, psykiske problemer og bestående hovedpinetendens siden arbejdsulykken i 1994, er forårsaget af uheldet den 10. august 2000"*.

Konkrete, præcise spørgsmål kan besvares konkret, præcist og fyldestgørende, mens ukonkrete og upræcise bredt formulerede spørgsmål er vanskelige og ofte umulige at give tilfredsstillende svar på.

Eksempel: *"Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers tilstand, som den senest er beskrevet i det lægelige materiale i sagen, er forårsaget – helt eller delvist – af uheldet den 10. august 2000"*.

Til dette spørgsmål var Retslægerådet henvist til at svare "begrebsindholdet i sagsøgers tilstand, som den senest

er beskrevet i det lægelige materiale, er så vidtfaavnende, at det er uklart og derfor vanskeligt kan besvares af Retslægerådet”.

Eksempel: *”Retslægerådet bedes oplyse om A’s helbredsmæssige, personlige og/eller sociale forhold før og efter færdselsuheldet den 31. maj 2002 har ført til yderligere gener, der erfaringsmæssigt yderligere eller i sig selv er egnet til at kompromittere den skadelidtes helbredstilstand?”.*

Retslægerådet var henvist til at svare følgende: ”Retslægerådet finder spørgsmålet uklart”.

Retslægerådets svar er i tilfælde som disse næppe til stor hjælp for domstolene, som skal afgøre uenigheder i sager om årsagssammenhænge og senfølger efter en begivenhed.

Spørgsmål om funktionsevne, for eksempel: *”.. er sagsøgers funktionsevne nedsat som følge af den varige lidelse/gene, han pådrog sig ved hændelsen den xx..”* er andre eksempler på ukonkrete spørgsmål, som ofte ikke lader sig besvare. Funktionsevne er således ikke et entydigt defineret begreb, men må blandt andet ses i sammenhæng med vedkommendes alder, køn, daglige gøremål, arbejdsmæssig formåen mv. Forudsætningen for at kunne give et lægefagligt begrundet svar er, at funktionsevne såvel defineres i forhold til en given helbredstilstand som i forhold til en konkret, defineret og velbeskrevet opgave, og selv i en sådan situation kan det være vanskeligt at give et entydigt svar om en persons funktionsevne

alene på grundlag af de lægelige journaler, som forelægges Retslægerådet. Dertil kommer, at spørgsmål om funktionsevne i efterforløbet af en hændelse ofte dækker over erhvervs- eller arbejdsevnetab mv., hvilket det ikke er Retslægerådets opgave at svare på, idet spørgsmål om arbejdsevne (mén) ligger hos anden offentlig myndighed.

Følgende er eksempler på spørgsmål forelagt Retslægerådet om funktionsevne og Retslægerådets svar herpå:

Spørgsmål 9: *”Retslægerådet anmodes om at redegøre for, om de gener, som Retslægerådet finder, er en følge af uheldet ud fra en lægelig vurdering, kan medføre en – som beskrevet i sagens akter – væsentligt nedsat funktionsevne” mv. og endeligt ”Retslægerådet anmodes med andre ord om at tage stilling til, ud fra en ren lægelig betragtning, om det er rimeligt at antage, at sagsøgers nedsatte funktionsevne kan forklares ved uheldets varige følger”.*

Retslægerådets svar: ”Funktionsevne er ikke en veldefineret medicinsk størrelse, og kan som begreb ikke umiddelbart gøres til genstand for en medicinsk konstatering; man kan heller ikke ud fra en ren lægelig betragtning udtale sig om denne evnes kvantitative aspekter”.

Og et andet eksempel:

Spørgsmål 6: *”Retslægerådet bedes oplyse, om der efter Retslægerådets vurdering foreligger varige gener, der kan henføres til færdselsuheldet dd xx, som ud fra en lægelig vurdering kan forklare en varig nedsat erhversevne? Således ønskes oplyst, om A’s*

*funktionsniveau, således som det er beskrevet i det lægelige materiale, kan føres tilbage til de varige gener, A måtte være påført uheldet den xx”.*

Retslægerådets svar: ”Funktionsniveau er ikke en generelt entydig og veldefineret medicinsk størrelse. Retslægerådet udtaler sig ikke om arbejds- og erhvervsevne, og Retslægerådet kan vanskeligt udtale sig om funktionsmæssige begrænsninger i et medicinsk perspektiv uden en konkretisering af, hvilken funktion der må være tale om, og hvori begrænsningen måtte bestå”.

Det er således ikke muligt for Retslægerådet at foretage en lægefaglig vurdering af en persons funktionsevne på et ukonkret og upræcist beskrevet grundlag. En konkret vurdering af funktionsevne – konkret såvel hvad angår funktionshæmmende lidelse(r),

som hvad angår arbejdsmæssig funktion - må om muligt foretages af de behandlende læger.

Retslægerådets opgave kan så – som i mange andre sagstyper – være at foretage et overskøn af de lægelige dokumenter.

Retslægerådet vil derfor som hovedregel være henvist til at anvende for eksempel følgende formulering eller en formulering, der kan sidestilles hermed:

”Retslægerådet er ikke i stand til at besvare det stillede spørgsmål; funktionsevne er således ikke et veldefineret medicinsk begreb og kan ikke gøres til genstand for en lægefaglig vurdering uden en konkretisering af hvilken funktion, der måtte være tale om, og hvori begrænsningen måtte bestå”.



# Sag vedrørende færdselsuheld med eksempler på uhensigtsmæssige ukonkrete spørgsmål, herunder spørgsmål om funktionsevne

[Redacted text block]

Sagen blev forelagt Retslægerådet med følgende spørgsmål:

**”Spørgsmål 1:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 2:**

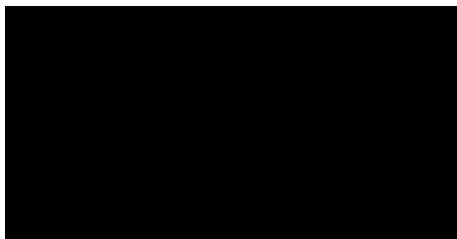
[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

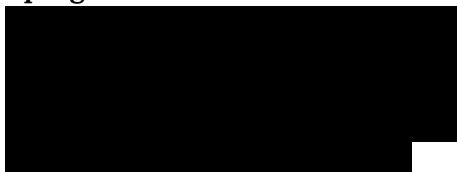
[Redacted text block]



langvarige eller kroniske smertetilstande antages at have multifaktorielle årsager, hvori kan indgå legemlige, psykologiske og socialmedicinske forhold. Retslægerådet kan ikke vægte sådanne enkeltfaktorer selvstændige betydning – og i det konkrete tilfælde heller ikke afveje den eventuelle selvstændige betydning af de forudgående hændelser.

Retslægerådet kan ikke prognosticere symptomernes varighed ud over den periode, hvor de har været genstand for undersøgelse.

**Spørgsmål 3:**



Der henvises til svar på spørgsmål 2. Begrebet brosymptomer er ikke noget veldefineret medicinsk begreb, og spørgsmålet om forekomst af ”relevante brosymptomer” kan ikke gøres til genstand for en medicinsk konstatering. Retslægerådet kan ikke komme det nærmere.

**Spørgsmål 4:**



**Spørgsmål 5:**



**Spørgsmål 6:**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Funktionsniveau er ikke en generelt entydigt og veldefineret medicinsk størrelse. Retslægerådet udtaler sig ikke om arbejds- og erhvervsevne; og Retslægerådet kan vanskeligt udtale sig om funktionsmæssige begrænsninger i et medicinsk perspektiv uden en konkretisering af, hvilke funktioner der måtte være tale om, og hvori begrænsningen måtte bestå.

[Redacted]

**Spørgsmål 8:**

**Spørgsmål 7:**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



**Spørgsmål 9:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.”

**Kommentar:**

Ovennævnte sag illustrerer uhensigtsmæssig brug af Retslægerådet ved at forelægge en lang række ukonkrete spørgsmål, som er vanskelige for rådet at svare præcist på til skade for parterne og retten, og som kan give anledning til forlænget sagsbehandlingstid.

Retslægerådet anmodes om at gennemgå et omfattende materiale af lægelige akter for selv at udfinde, hvilke

skader, der kan være tale om og efterfølgende at vurdere følgerne hertil. Spørgsmål, hvor der spørges til ”helbredsmæssige tilstand” og relationen til en eller flere begivenheder og eventuel udvikling over tid, er så upræcise og bredt formulerede, at de ikke kan besvares meningsfuldt. Den helbredsmæssige tilstand er således uklar, ikke veldefineret og lader sig ikke entydigt beskrive uden angivelse af, hvilken sygelig tilstand, der er tale om, hvorfor det heller ikke er muligt at beskrive en udvikling over tid. Den forelæggende myndighed, herunder sagens parter, bør derfor forud for forelæggelsen sikre sig og gøre sig klart, hvilke konkrete påpegede forhold/skader rådet skal foretage en vurdering af, herunder en konkret påpeget skade og denne skades betydning for en konkret påpeget fysisk funktion.

Spørgetemaet i den her refererede sag indeholder også spørgsmål om erhvervsevne/tab, hvilket Retslægerådet generelt ikke udtaler sig om, idet dette henhører under Arbejdsskadestyrelsen.

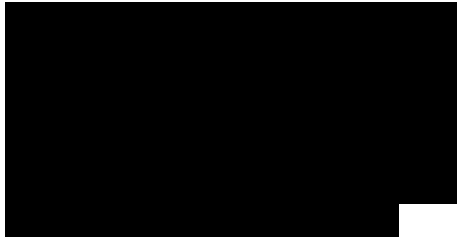
# Kroniske smerter hos fører af personbil efter påkørsel bagfra – er der en sammenhæng?



I forbindelse med sagen fik Retslægerådet forelagt følgende spørgsmål:



## ”Spørgsmål A

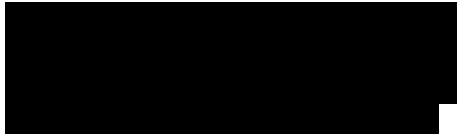


A har i overensstemmelse med konklusionen i speciallægeerklæringen af [redacted] formentlig pådraget sig en forvridning af halshvirvelsøjlen. Efterfølgende har A udviklet en kronisk smertetilstand (eller et whiplash-syndrom).

## Spørgsmål C



## Spørgsmål B



[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål D**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål F**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der eksisterer data der belyser ved hvilken hastighedsændring (lavenergi- contra højenergitraumer ved påkørsel bagfra), der er risiko for at der opstår personskade på personer der befinder sig i det køretøj, der påkøres bagfra.*

**Spørgsmål E**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Generelt må det formodes, at whiplash traumets intensitet har betydning for det subjektive klagebillede, hvis klagerne skal tilskrives den fysiske påvirkning.

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål G**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.

**Spørgsmål 1**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 2**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 3**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 4**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 5**

*Retslægerådet bedes oplyse om sagen i øvrigt giver anledning til bemærkninger.*

Nej”.

Sagen blev efterfølgende på ny forelagt Retslægerådet med følgende supplerende spørgsmål:

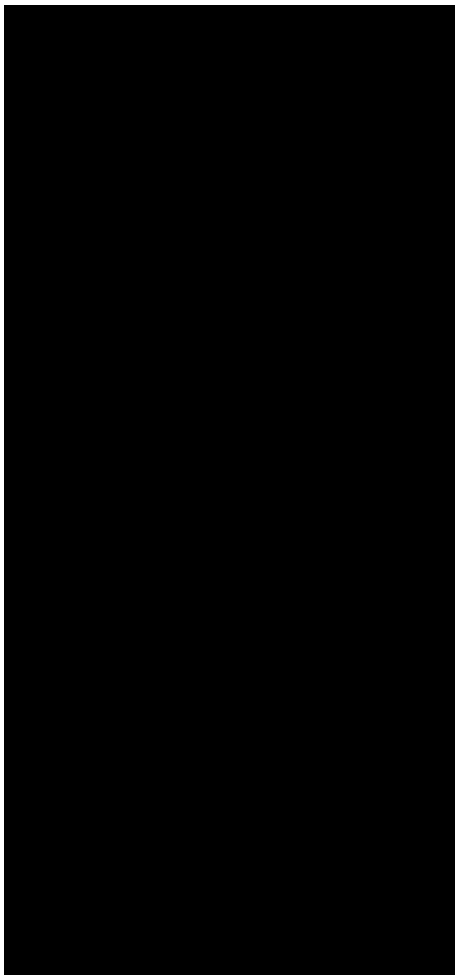
**”Spørgsmål H:**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



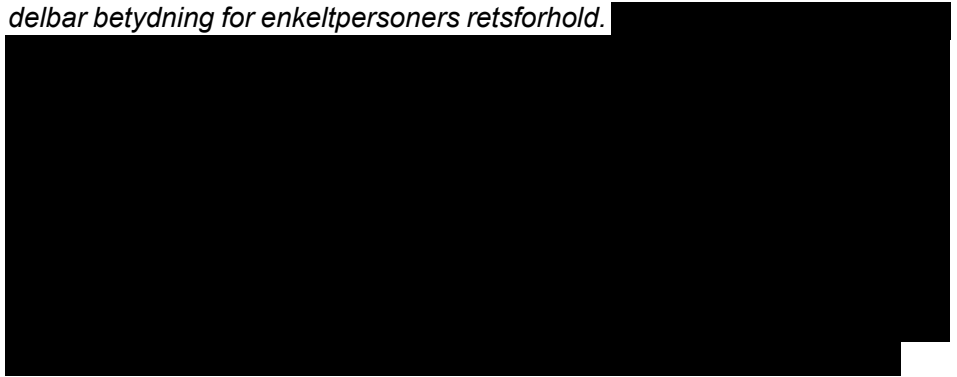
### **Kommentar**

Retslægerådet bliver ofte anmodet om at anføre graden af sandsynlighed mellem en specifik traumatisk begivenhed og efterfølgende symptomer – i denne sag påkørsel bagfra og opståelse af efterfølgende smerter i bevægeapparatet m.v.. Det er ofte forbundet med usikkerhed at fastslå en sådan årsagssammenhæng, og det fremgår sædvanligvis også af de svar, som Retslægerådet afgiver. Der er i disse tilfælde tale om et lægefagligt skøn, som baserer sig på det forhold, at kroniske smertetilstande er multifaktorielt betingede, og det kan i en række tilfælde være vanskeligt at fastslå en entydig årsagssammenhæng mellem en specifik begivenhed og de efterfølgende symptomer.

Sagen illustrerer også, at den usikkerhed, som Retslægerådet har givet udtryk for i sit svar, også afspejler sig i domstolenes præmisser ved sagens afgørelse.

## **Retslægerådet var ikke forpligtet til at afgive udtalelse i en erstatningssag, idet sagen ikke vedrørte ”enkeltpersoners retsforhold”**

*Det kan undertiden være usikkert om en sag vedrører enkeltpersoners retsforhold, og dermed er omfattet af Retslægerådets kompetence. Hertil kommer, at Højesteret tidligere har præciseret, at udfaldet af sagen skal have en umiddelbar betydning for enkeltpersoners retsforhold.*



Den omhandlede sag blev i første omgang forelagt Retslægerådet ved fremsendelsesskrivelse af [redacted] [redacted] vedlagt rettens godkendelse og med anmodning om at besvare det af retten godkendte spørgetema.

Retslægerådet fandt imidlertid ikke umiddelbart grundlag for at besvare spørgetemaet på det foreliggende grundlag og anførte følgende begrundelse herfor i skrivelse af [redacted] [redacted]

”Ved skrivelse af [redacted] [redacted] har De på baggrund af retsbogen af [redacted] [redacted] fra byretten forelagt ovennævnte sag for Retslægerådet.

I den forbindelse meddeles det herved, at det fremgår af § 1 i Lov om Retslægerådet, at det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Da parterne i nærværende sag er to selskaber, og da det ikke umiddelbart klart fremgår, at sagen har betydning for enkeltpersoners retsforhold, må Retslægerådet som udgangspunkt afstå fra at fremkomme med en udtalelse i sagen.

Spørgsmålet om, hvilken begrænsning der ligger i begrebet ”sager om enkeltpersoners retsforhold”, har

været omtvistet. Østre Landsret har i en kendelse, [redacted] taget stilling til spørgsmålet. I kendelsen er det anført, at udtrykket "sager om enkeltpersoners retsforhold" er ensbetydende med, at den omhandlede sag skal have betydning for en part i sagen, der er en enkeltperson, eller i det mindste, at sagens udfald vil have betydning for retsforholdene for en enkeltperson, der ikke er part i sagen.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Parterne har været enige om sagens forelæggelse for Retslægerådet og har udarbejdet et fælles spørgetema, som med rettens tilladelse blev sendt til Retslægerådet.

Ved skrivelse af [REDACTED] fandt Retslægerådet ikke at kunne behandle den forelagte sag, idet rådet blandt andet udtalte:

”.....

Retslægerådet skal i den anledning oplyse, at rådet fortsat er af den opfattelse, at sagen falder uden for rådets forretningsområde, som det er fastlagt i lov om Retslægerådet, § 1. Dette skyldes, at dommens resultat i juridisk forstand kun ”umiddelbart” får betydning for de to selskaber. At en ”enkeltperson” via sit ejerskab (her 100 %) har et aktiv, hvis værdi vil være afhængig af sagens udfald, kan ikke have betydning for vurderingen af dette. Det har alene som indirekte (i modsætning til ”umiddelbar”) virkning, at sagens udfald har betydning for enkeltpersonen, forudsat denne ved den endelige domsafsigelse fortsat ejer anparterne i selskabet. Ethvert selskabs deltagelse/inddragelse i en retssag vil som udgangspunkt have betydning for ejerne (inklusive ”enkeltpersoner”) af selskabet, uanset om de ejer 1, 10 eller 100 % af selskabet, men dette forhold kan ikke i sig selv være afgørende for vurderingen, da dette reelt vil betyde, at der ikke er nogen begrænsning for rådets kompetence i relation til selskaber i formuleringen ”sager om enkeltpersoners retsforhold”, jf. lov om Retslægerådet, § 1.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Efter fremkommelsen af sagsøget processkrift afgav Retslægerådet en supplerende udtalelse, hvoraf fremgår:

”.....skal Retslægerådet herved meddele, at Retslægerådet ikke har afvist at behandle den omhandlede sag alene med den begrundelse, at en ”enkeltperson” ikke optræder som sagsøger eller sagsøgt i sagen.

Retslægerådet har i skrivelse af [REDACTED] blandt andet anført: ”Da parterne i nærværende sag er to selskaber, og da det ikke umiddelbart klart fremgår, at sagen har betydning for enkeltpersoners retsforhold, må Retslægerådet som udgangspunkt afstå



forbindelse med en verserende sag, hvor en enkeltperson ikke er part i sagen, som udgangspunkt ikke umiddelbart på baggrund af de fremsendte sagsakter selv har mulighed for at tage stilling til, om sagen i øvrigt vil kunne få umiddelbar betydning for enkeltpersoners retsforhold. Retslægerådet vil i en sådan situation fremover meddele retten, og dermed sagens parter, en frist til nærmere at redegøre herfor, således som det også er sket i nærværende sag, medmindre rådet umiddelbart ved modtagelsen af sagen kan konstatere, at sagen ikke har umiddelbar betyd-

ning for enkeltpersons retsforhold, idet dette vil medføre, at sagen vil blive returneret umiddelbart til den hørende myndighed. Det vil herefter være den forelæggende myndighed/sagens parter advokater, der eventuelt overfor Retslægerådet kan påpege forhold, der dokumenterer en umiddelbar betydning for en enkeltpersons retsforhold, hvorefter Retslægerådet på ny vil tage stilling til, om betingelserne i § 1 i Lov om Retslægerådet er opfyldt på det tidspunkt, hvor sagen forelægges til udtalelse.



# Bevarelse af autorisation som læge trods manglende overholdelse af påbud

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

”Spørgsmål 1:

[Redacted text block]

[Redacted]

**Spørgsmål 2:**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 3:**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 4:**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 5:**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 6:**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål B:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål C:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.

**Spørgsmål A:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 1:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.2.a)**

**Spørgsmål 2:**

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.2.b)**

[Redacted]

[Redacted]

**Spørgsmål 3:**

[Redacted]

Ad spørgsmål 3.2.a og 3.2.b:

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.1.a)**

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.2.c)**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.2.d)**

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.2.e)**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.2.f)**

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 3.3.a)**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Ad spørgsmål 5.a)**

**Landsrettens afgørelse:**

Landsretten lagde til grund, at Patientklagenævnet i [REDACTED] berettiget havde udtalt kritik, og at Retslægerådet, der havde afgivet udtalelse til brug for sagen mod NN desuden efterfølgende havde udtalt, at der i denne sag var tale om en alvorlig kritik. Landsretten udtalte endvidere, at den fandt det godtgjort, at der var udvist alvorlig eller gentagen kritisabel adfærd. På den baggrund fandt landsretten, at betingelserne for at udstede det givne påbud var opfyldt.

Videre fandt landsretten det efter bevisførelsen godtgjort, at O fortsatte med [REDACTED] efter meddelelsen af påbuddet uden at efterleve vilkårene heri om kontrol [REDACTED]

[REDACTED]. Endvidere fandtes det godtgjort, at [REDACTED]

Da Retslægerådet havde udtalt, at det ville kunne indebære en fare for patienter, hvis O uændret fortsatte med den virksomhed, der havde givet anledning til påbuddet, anså landsretten det for godtgjort, at det var påkrævet, at denne virksomhed blev bragt til ophør.

Landsretten anførte videre, at den dagældende bestemmelse i Centralstyrelseslovens § 5 a, stk. 5, hvorefter en sundhedsperson kan fratages autorisationen, hvis vedkommende ikke efterkommer et påbud efter stk. 3, 1. pkt., må imidlertid i overensstemmelse med det almindelige forvaltningsretlige proportionalitetsprincip forstås således, at der, hvis et påbud ikke efterleves, skal foretages en konkret vurdering af, om der er behov for en autorisations-

**Spørgsmål 4:**

fratagelse, eller om en indskrænkning af virksomhedsområdet er tilstrækkelig for at opnå det ønskede resultat.

Landsretten fandt det ikke godtgjort, at det var nødvendigt at fratage O's autorisation [redacted] for at bringe den virksomhed, som påbuddet omfattede, til ophør. Det bemærkedes herved, at den omstændighed, at O undlod at efterkomme påbuddet, [redacted]

[redacted] ikke i sig selv godtgjorde, at der var behov for, at [redacted] blev afskåret fra at udøve al lægegerning. Idet der i øvrigt ikke var fremkommet oplysninger, der godtgjorde nødvendigheden heraf, tog landsretten O's påstand [redacted]

[redacted] til følge.

Ministeriet blev dømt til at betale sagens omkostninger [redacted]

#### **Højesterets afgørelse og begrundelse:**

[redacted]

[redacted]

Efter flertallets opfattelse angik Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene til brug for landsrettens behandling i det væsentlige betydningen af O's tilside-sættelse af påbuddene vedrørende [redacted]

Henset hertil og i øvrigt af de grunde, der var anført af landsretten, tiltrådte flertallet, at der ikke som følge af O's [redacted]

[redacted]

var grundlag for at fratage [redacted] retten til at udøve al lægegerning.

[redacted]



**Kommentar:**



En autoriseret sundhedsperson kan blandt andet fratages sin autorisation, såfremt den pågældende må antages at være til fare for andre mennesker på grund af udvist grov forsømmelighed ved udøvelsen af hvervet, ikke vil give de nødvendige oplysninger for vurderingen heraf eller ikke vil efterkomme påbud fra Sundhedsstyrelsen om at ændre den kritisable virksomhed. Påbud om ændringer kan fremkomme som led i en gensidig aftale mellem Sundhedsstyrelsen og sundhedspersonen. Finder Sundhedsstyrelsen, at autorisationen skal fratages eller virksomheden indskrænkes, afgiver Styrelsen en indstilling til Indenrigs- og sundhedsministeren om det. Forinden skal Sundhedsstyrelsen indhente en skriftlig erklæring fra Retslægerådet, og sundhedspersonen skal inden 14 dage erklære, om sagen ønskes afgjort ved dom, eller om den kan afgøres af ministeren. Hvis en sådan erklæring ikke fremkommer indbringes sagen for domstolene.

Retslægerådet skal således i disse sager - om muligt - udtale sig. Udtalelsen

må vedrøre, om sundhedspersonen i sin virksomhed har været til fare for patienterne. Rådet bør ikke udtale sig direkte om selve den juridiske afgørelse, da afgørelsen alene hviler hos domstolene. Dette er i overensstemmelse med, at Retslægerådet ikke udtaler sig direkte om beslutninger, der beror hos andre myndigheder, idet Rådets opgave alene er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Hertil kommer, at det ville være overordentligt uhensigtsmæssigt, hvis der i forløbet af den juridiske proces blev stillet nye spørgsmål til Retslægerådet, som allerede på et forudgående tidspunkt havde givet en mening til kende om autorisationsfratagelsen.

I autorisationssager henvender Sundhedsstyrelsen sig sædvanligvis til Retslægerådet med en kortfattet anmodning om en udtalelse. Hvis der med henvendelsen følger lægelige sagsakter, der gør det muligt for Retslægerådet at vurdere den faglige virksomhed, er rådet i overensstemmelse med sædvanlig praksis i stand til at afgive et lægevidenskabeligt skøn over eventuelle farer for patienterne jf. det ovenfor anførte. Retslægerådets rolle i sager om inddragelse af autorisation på grund af manglende overholdelse af påbud er dog ofte vanskelig at udfylde, som det også omtales i rådets indledende bemærkninger til spørgetemaet fra Vestre Landsret. Uklarheden fremkommer især ved, at Sundhedsstyrelsen ikke ledsager sin anmodning om en udtalelse med konkrete spørgsmål og ikke fremsender journaler eller andet materiale, der gør

det muligt at svare specifikt.



Forløbet illustrerer, at det havde været at foretrække at inddrage Retslægerådet i vurderingen af det lægelige materiale, der var lagt til grund for Sundhedsstyrelsens indstilling. Det bør derfor fremover overvejes, om det ikke findes mest hensigtsmæssigt at stille konkrete spørgsmål til Retslægerådet i alle autorisationssager, også i sager, der alene vedrører spørgsmål om manglende overholdelse af påbud, og samtidigt at fremsende samtlige de lægelige akter, som er lagt til grund for myndighedens afgørelse.

Disse overvejelser er helt i tråd med kommentarerne i artiklen "Ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet" s.7 ff. i denne årsberetning, og der henvises til den for en yderligere diskussion.

# En sag om mulig lægefejl i forbindelse med operation

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 2:**

[Redacted text block]

**”Spørgsmål 1:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 3:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 4:**

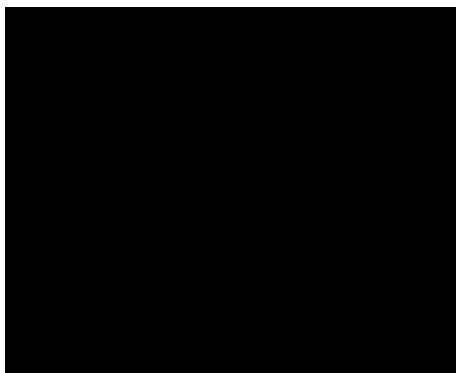
[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]



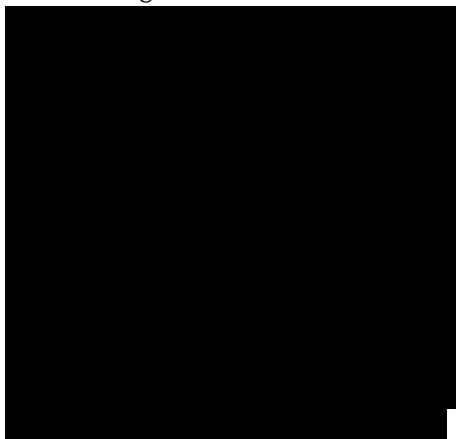
**Spørgsmål 5:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej”.

**Kommentar:**

Der ydes erstatning i henhold til Patientforsikringen, hvis en skade med overvejende sandsynlighed er indtrådt som en komplikation til undersøgelse eller behandling, og komplikationen er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.



Læger skal på opfordring kunne rådgive om mulige klageveje mv. Klagesager

kan imidlertid være meget belastende, og vil ofte fastholde de involverede i et langt forløb, der i sig selv kan forværre tilstanden. Det må derfor vurderes i den aktuelle sammenhæng, om lægen skal tage initiativ og af egen drift opfordre en patient til at klage.

Den lægelige rådgivning må under alle omstændigheder være professionel og uhildet. Man kan ikke lade sit gode hjerte løbe af med sig og mod bedre vidende postulere eller attestere sammenhænge eller sygdomme, der ikke eksisterer for at skaffe økonomisk erstatning. Dette ville i givet fald kunne indebære en konflikt med både autorisationsloven (§ 17 m.fl.) og straffeloven (§ 163 m.fl.).

Den lægelige rådgivning i denne sag er ikke nærmere efterforsket ifølge sagsakterne.



Fra den 1. januar 2011 er der med oprettelsen af Patientombuddet skabt en ny samlet adgang for patienter, som ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen. Patientombuddet behandler også klager over tilsidesættelse af patientrettigheder og klager over Patientforsikringens afgørelser om erstatning.

Med etableringen af Patientombuddet styrkes patienternes retsstilling med

en udvidet og lettere klageadgang og en øget læring af fejl. Som noget nyt får patienter, der klager, også tilbud om en dialog med regionen, ligesom det er muligt at klage over et helt behandlingsforløb og ikke kun over

en specifik sundhedsfaglig behandler. Der kan henvises til hjemmesiden *www.patientombuddet.dk*, der åbnede 26. december 2010, med henblik på yderligere informationer.

# Besvarelse af spørgsmål nr. 420-422 fra Folketingets Retsudvalg

*I forbindelse med besvarelse af spørgsmål 420-422 fra Folketingets Retsudvalg har Justitsministeriet indhentet udtalelser fra Retslægerådet og Rigsadvokaten, og Justitsministeriet har på baggrund af disse udtalelser besvaret de stillede spørgsmål som følger.*

## **”Spørgsmål nr. 420 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):**

*”Er ministeren enig i udtalelser fra flere psykiatere fra retspsykiatrien, i artiklen: Retspsykiatrien skal kunne videregående raske kriminelle, fra Altinget fra den 2. december 2010?”*

### **Svar:**

I en artikel offentliggjort på hjemmesiden Altinget.dk den 2. december 2010 er to overlæger citeret for at sige, at nogle kriminelle bliver erklæret for psykisk syge og idømt behandlings- eller forvaringsdom, uden at de er psykisk syge, og at kriminelle i nogle tilfælde forsøger at opnå en behandlingsdom ved at optræde som sindssyge.

Ifølge artiklen mener den ene overlæge, at loven bør ændres, således at personer, der viser sig fejlagtigt at være vurderet til at være sindssyge, får konverteret deres behandlingsdom til en almindelig fængselsstraf.

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet følgende udtalelse fra Retslægerådet, hvortil der henvises:

”Det fremgår af straffelovens § 16, stk. 1, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Som hovedregel vil de pågældende i stedet blive idømt en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens § 68.

Som det fremgår, er betingelserne for straffrihed, at retten finder en sigtet utilregnelig på grund af sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand på gerningstidspunktet. Det følger heraf, at der kan være personer, der var sindssyge på gerningstidspunktet, men efterfølgende ikke er sindssyge. Det kan f.eks. dreje sig om personer, der lider af en stemningssindssygdom (bipolar affektiv sindslidelse, tidligere benævnt manio-depressiv psykose), og som var enten (sindssygeligt) opstemte (maniske) eller (sindssygeligt) depressive på gerningstidspunktet, men som på grund af psykiatrisk behandling fremtræder uden psykotiske symptomer på det tidspunkt, hvor en foranstaltningsdom skal fuldbyrdes. Der findes også andre former for forbigående sindssygdom, herunder psykoser betinget af et misbrug af euforiserende stoffer. Disse personer kan ligeledes fremstå uden

sindssygdomssymptomer på det tidspunkt, straffen skal fuldbyrdes.

Det er Retslægerådets erfaring, at det undertiden opfattes som en fejl, at retspsykiatriske patienter med disse forbigående sindssygdomme er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, men denne opfattelse er som anført ikke korrekt. Rådet skal tilføje, at de beskrevne personer som absolut hovedregel fortsat har brug for psykiatrisk behandling.

En anden gruppe retspsykiatriske patienter, der undertiden fejlagtigt opfattes som "raske", er f.eks. retspsykiatriske patienter, der lider af skizofreni, og som får det væsentligt bedre under psykiatrisk behandling. De pågældende kan så eventuelt udvise en karakterafvigende adfærd, hvorefter den psykiatriske diagnose fejlagtigt ændres fra skizofreni til en personlighedsforstyrrelse. De pågældende er umiddelbart fortsat psykisk syge om end ikke åbenlyst psykotiske under den givne behandling, som disse retspsykiatriske patienter utvivlsomt fortsat har behov for.

Retslægerådet er bekendt med enkelte tilfælde, hvor en sigtet efter egne oplysninger har simuleret sindssyg ved en mentalundersøgelse for herved at blive idømt en psykiatrisk særforanstaltning. I nogle tilfælde har de pågældende faktisk været sindssyge, men har ikke ønsket at blive diagnosticeret som psykisk syge, og i de tilfælde, hvor der kunne være tale om egentlig simulation, er det Retslægerådets opfattelse, at de mentalobserverende psykiatere

er opmærksomme på denne mulighed, hvilket rådet også er.

Retslægerådet er således ikke enig i de udtalelser, overlæge Niels Ljungberg og overlæge Henrik Day Poulsen har fremsat, idet det er rådets opfattelse, at overlægernes synspunkter bygger på et forkert grundlag. Det skal tilføjes, at rådet i forvejen var bekendt med de fremførte synspunkter. Overlæge Niels Ljungberg fremsatte således i et indlæg i Ugeskrift for Læger sin opfattelse, som Retslægerådet efter anmodning fra Ugeskriftets redaktion kommenterede og tog afstand fra. Efterfølgende har rådets synspunkter fået opbakning fra en række danske retspsykiatere."

**"Spørgsmål nr. 421 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):**

*"Hvordan kan man sikre, at de såkaldte "raske" kriminelle, der fejlagtigt har fået en behandlingsdom i stedet får konverteret deres behandlingsdom til en almindelige fængselsstraf? Ministeren bedes i den forbindelse redegøre for mulige retssikkerhedsmæssige overvejelser i den forbindelse."*

**Svar:**

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet udtalelser fra Rigsadvokaten og Retslægerådet.

Rigsadvokaten har oplyst følgende:

"1. Indledningsvis kan jeg om behandlingen af sager vedrørende psykisk afvigende kriminelle mere generelt

oplyse, at det følger af straffelovens § 16, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Hvis en tiltalt frifindes for straf, kan retten i medfør af straffelovens § 68 i stedet træffe afgørelse om anvendelse af andre foranstaltninger, der findes formålstjenlige for at forebygge yderligere lovovertrædelser.

Tilsvarende kan retten i stedet for at idømme straf fastsætte andre foranstaltninger, hvis gerningsmanden på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, og som ikke er omfattet af § 16, jf. herved straffelovens § 69.

Hvis en foranstaltning efter §§ 68 eller 69 medfører, at den dømte skal anbringes i institution, eller hvis foranstaltningen giver mulighed herfor, fastsættes en længstetid for foranstaltningen, jf. herved straffelovens §§ 68 a og 69 a. Er den dømte fundet skyldig i alvorlig personfarlig kriminalitet, fastsættes der i almindelighed ikke en længstetid. Anklagemyndigheden er dog i disse tilfælde forpligtet til at indbringe spørgsmålet om ændring eller endelig ophævelse af foranstaltningen for retten 5 år efter afgørelsen.

Det følger endvidere af straffelovens § 72, stk. 1, at anklagemyndigheden skal påse, at en foranstaltning efter §§ 68 eller 69 ikke opretholdes i længere tid og i videre omfang end nødven-

digt. En anmodning om ændring eller ophævelse af en foranstaltning skal af anklagemyndigheden indbringes for retten. Anmodning om ændring eller ophævelse af foranstaltningen kan endvidere fremsættes af den dømte, bistandsværgeren, institutionens ledelse eller kriminalforsorgen, jf. straffelovens § 72, stk. 2.

Rigsadvokaten har i rigsadvokatmeddelelse nr. 5/2007 fastsat retningslinjer for anklagemyndighedens behandling af sager vedrørende psykisk afvigende kriminelle.

I afsnit 4.1 i den nævnte meddelelse er der redegjort nærmere for betingelserne for at iværksætte en mentalundersøgelse. Det fremgår heraf bl.a., at den sigtede skal underkastes en mentalundersøgelse, når dette har betydning for sagens afgørelse, jf. retsplejelovens § 809, stk. 1. Dette vil navnlig være tilfældet, hvis der er tale om en sigtelse for alvorlig personfarlig kriminalitet, herunder f.eks. drab, grov vold eller voldtægt, samt i sager, hvor den sigtede tidligere har modtaget psykiatrisk behandling, eller hvor der i øvrigt kan være grund til at formode, at sigtede er sindssyg.

Det følger endvidere af afsnit 6 i meddelelsen, at mentalundersøgelsen i visse tilfælde skal forelægges for Retslægerådet, herunder bl.a. i tilfælde, hvor sigtelsen angår personfarlig kriminalitet, og den sigtede ifølge mentalerklæringen er sindssyg eller mentalt retarderet.

Når anklagemyndigheden i straffesager nedlægger påstand om, at en tiltalt skal idømmes en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69, sker dette derfor som det helt klare udgangspunkt på baggrund af en mentalerklæring og i en række tilfælde tillige efter forelæggelse for Retslægerådet. Det er således en lægelig afgørelse, om gerningsmanden har været sindssyg på gerningstidspunktet.

2. I de artikler, der er henvist til i spørgsmål nr. 420 fra Folketingets Retsudvalg, er det anført, at raske kriminelle fejlagtigt skulle være dømt til psykiatrisk behandling, herunder at raske kriminelle i visse tilfælde skulle ”snyde sig” til en behandlingsdom ved at optræde som sindssyge.

Hertil skal jeg indledningsvis bemærke, at en person, der idømmes en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69, som nævnt ovenfor som altovervejende hovedregel vil være mentalundersøgt, ligesom mentalerklæringen i mange tilfælde vil have været forelagt Retslægerådet inden sagens afgørelse i retten. På den baggrund vil der efter Rigsadvokatens opfattelse efter afsigelse af en foranstaltningsdom efter straffelovens §§ 68 eller 69 som det klare udgangspunkt ikke opstå spørgsmål om, hvorvidt den domfældte på gerningstidspunktet har været omfattet af personkredsen i de nævnte bestemmelser (sindssyg mv.). Ud fra de foreliggende oplysninger må sådanne sager anses for at forekomme meget sjældent, jf. herved mit bidrag til besvarelsen af spørgsmål nr. 422 fra

Folketingets Retsudvalg og Retslægerådets udtalelse vedrørende spørgsmål nr. 420 fra Folketingets Retsudvalg.

Hvis der efter en endelig foranstaltningsdom – f.eks. i forbindelse med oplysninger om, at den domfældte skulle have simuleret sindssyg under mentalundersøgelsen – alligevel måtte opstå en særlig begrundet tvivl om den lægelig vurdering i sagen, vil den regionale statsadvokat, som fører kontrol med idømte foranstaltninger, kunne indhente supplerende lægelige udtalelser i sagen. Det vil kunne dreje sig om en udtalelse fra den behandlingsansvarlige overlæge og afhængig af omstændighederne og oplysningerne i sagen eventuelt yderligere psykiatriske erklæringer, herunder en yderligere mentalundersøgelse, ligesom der kan opstå spørgsmål om på ny at forelægge sagen for Retslægerådet.

Sagen kan i givet fald indbringes for retten efter straffelovens § 72, hvorefter retten kan ændre eller ophæve en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69.

Det antages dog, at straffelovens § 72 ikke giver mulighed for at ændre den idømte foranstaltning til en straf (bøde eller fængsel), hvis det f.eks. måtte vise sig, at det er lykkedes den dømte at simulere sindssyg under mentalundersøgelsen, jf. Vagn Greve m.fl.: *Kommenteret straffelov – almindelig del* (9. udgave, 2009), s. 394.

Skulle en sådan situation opstå, kan det afhængig af de konkrete omstæn-

digheder i sagen efter Rigsadvokatens opfattelse overvejes at søge straffesagen genoptaget efter reglerne i retsplejelovens § 976. Det følger således af denne bestemmelse, at der i en sag, hvor den tiltalte er blevet frifundet, kan ske genoptagelse, når en række nærmere angivne betingelser er opfyldt. Afgørelse om genoptagelse træffes af Den Særlige Klageret.

Det bemærkes, at det er uafklaret i den juridiske teori, om retsplejelovens § 976 kan anvendes i sager, hvor den tiltalte oprindelig er blevet frifundet på grund af utilregnelighed efter straffelovens § 16 (om sindssyge mv.) og i stedet idømt en foranstaltning efter § 68, men hvor det senere viser sig, at den pågældende ikke var omfattet af straffelovens § 16 og burde have været idømt en straf. Rigsadvokaten er endvidere ikke bekendt med retsafgørelser, der tager stilling til spørgsmålet.

Som anført ovenfor må det antages, at der yderst sjældent vil kunne opstå spørgsmål om at ændre en allerede idømt foranstaltningsdom til en straf (bøde eller fængsel). Skulle en sådan situation imidlertid opstå, er det min opfattelse, at anklagemyndigheden afhængig af omstændighederne i sagen må søge den genoptaget ved Den Særlige Klageret. Det er i sidste ende Den Særlige Klagerets afgørelse, om der i den givne situation kan ske genoptagelse. På den anførte baggrund er der således efter Rigsadvokatens opfattelse ikke grundlag for på nuværende tidspunkt at overveje særlige regler på området.”

Retslægerådet har oplyst følgende:

”Af de grunde, der er redegjort for i besvarelsen af spørgsmål 420, finder Retslægerådet ikke, at der bør indføres bestemmelser om, at kriminelle, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens § 68, skal kunne få ændret den idømte psykiatriske særforanstaltning til en (fængsels)straf. De gældende bestemmelser om, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdом, ikke straffes – som i princippet har været gældende siden straffeloven af 1866 – er efter Retslægerådets opfattelse i fuld overensstemmelse med den lægelige opfattelse af sindssygdommenes karakter, hvor den svigtende realitetssans, og herved evnen til at handle fornuftsmæssigt, er det centrale kriterium.”

Justitsministeriet kan henholde sig til det, som Retslægerådet og Rigsadvokaten har oplyst”.

**”Spørgsmål nr. 422 fra Folketingets Retsudvalg (Alm. del):**

*”Hvor mange tilfælde er der tale om årligt, hvor det kan antages, at nogen fejlagtigt er blevet dømt til behandling i stedet for fængselsstraf. Hvis der ikke foreligger tal herfor, vil ministeren da foranledige en undersøgelse af omfanget?”*

**Svar:**

Justitsministeriet har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet udtalelser fra Rigsadvokaten og Retslægerådet.

Rigsadvokaten har oplyst følgende:

”Jeg har til brug for mit bidrag til besvarelse af spørgsmålet anmodet de regionale statsadvokater, som fører kontrol med idømte foranstaltninger, jf. straffelovens §§ 68 eller 69, om en udtalelse om, hvorvidt statsadvokaterne er bekendt med sager, hvor den tiltalte er idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69, og hvor det efterfølgende har vist sig, at den pågældende ikke er og heller ikke på gerningstidspunktet har været sindssyg mv., herunder sager hvor det har vist sig, at den pågældende har simuleret sindssyg i forbindelse med mentalundersøgelsen.

Fire af seks regionale statsadvokater har oplyst, at de ikke umiddelbart er bekendt med sådanne sager.

De øvrige to statsadvokater har oplyst, at der ved hvert af disse embeder i øjeblikket verserer en sag, hvor en foranstaltningsdømt efter endelig dom har gjort gældende, at vedkommende har ”spillet sindssyg” under mentalundersøgelsen. Den ene af disse sager har været forelagt for Retslægerådet, der har anmodet om, at der indhentes yderligere oplysninger om domfældtes psykiske tilstand. I den anden sag overvejer statsadvokaten i øjeblikket, i hvilket omfang der skal indhentes yderligere lægelige oplysninger om domfældtes psykiske tilstand. Rigsadvokaten vil løbende følge disse sager.”

Retslægerådet har oplyst følgende:

”Medlemmer af Retslægerådets psykiatriske afdeling er jævnligt i dialog med retspsykiatere, forsvarsadvokater og anklagemyndigheden ved f.eks. møder og kurser. Baseret på erfaringer herfra er det rådets opfattelse, at der er enkelte, der forsøger at simulere sindssygdom ved en mentalundersøgelse, men at undersøgelsen ofte konkluderer, at de pågældende ikke er sindssyge. Set over en længere årrække kan erfarne retspsykiatere genkalde sig en enkelt retspsykiatrisk patient, måske to, som eventuelt har simuleret sindssygdom, hvilket ikke nødvendigvis betyder, at de ikke har behov for psykiatrisk behandling. Da antallet er så begrænset, er der efter Retslægerådets opfattelse ikke behov for en undersøgelse af spørgsmålet om simulation, som i givet fald skulle være særdeles omfattende og langvarig – og hermed også kostbar – for at være retvisende.

Retslægerådet skal påpege, at den bedste måde at sikre, at kriminelle ikke fejlagtigt idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, vil være, at sikre kvaliteten af mentalundersøgelserne, idet disse ligger til grund for domstolenes idømmelse af foranstaltningsdomme.”

# **Epileptisk konfusionstilstand - en tilstand ligestillet med sindssygdом**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Sagen blev forelagt Retslægerrådet, hvor såvel neurologer som psykiatere deltog i sagsbehandlingen. Rådet besvarede de stillede spørgsmål som følger:

**”Spørgsmål 1:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 2:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Spørgsmål 3:**

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

**Kommentar:**

Epileptiske konfusionstilstande henføres i retspsykiatrien på linje med svære hypoglykæmiske tilstande ("insulinshock", se bl.a. Retslægerådets årsberetning 2003-2005, s. 105 ff.) til "tilstande ligestillet med sindssygdom". Der er selvsagt ikke tale om sindssygdomme i almindelig betydning, men om organisk betingede forstyrrelser af hjernens funktion af en sådan sværhedsgrad, at de pågældende så at sige handler "uden bevidsthed". Urotilstande i forbindelse med hovedtraumer kan ligeledes være "ligestillede" tilstande (årsberetningen 2007, s. 65 ff.). Blandt de ikke organisk betingede forbigående psykiske abnormtilstande, der eventuelt kan være ligestillet med sindssygdom, kan efter omstændighederne være de dissociative tilstande (årsberetningen 2009, s. 83 ff.).

[Redacted text block]

Om epilepsi i retspsykiatrien se i øvrigt Retslægerådets jubilæumsbog, "Retslægerådet 1909-2009, s. 62 ff.

[Redacted text block]



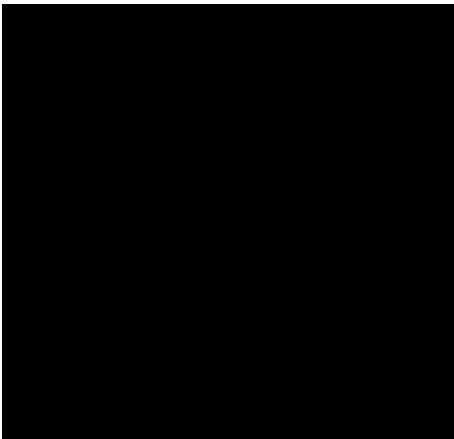
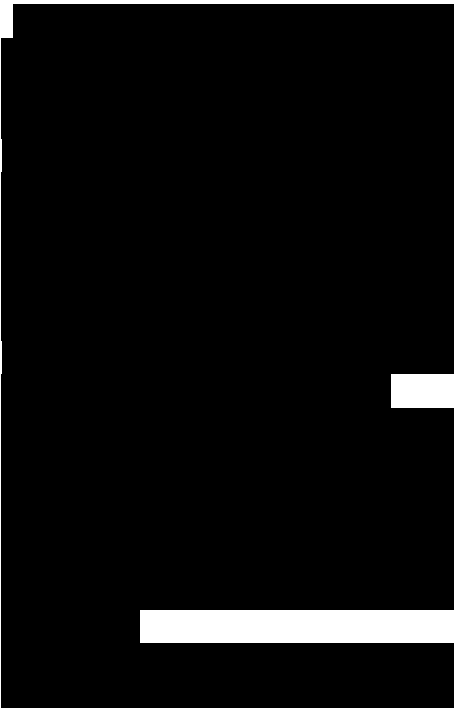
# Folie á deux - ? Men ingen behandling

[Redacted content]

[Redacted content]

[Redacted content]

[Redacted content]



[REDACTED]

[REDACTED]

**Kommentar:**

Folie á deux er en diagnose, der har rødder langt tilbage i tiden, men i dag beskrives den kun sjældent. I sin klassiske form drejer det sig om en

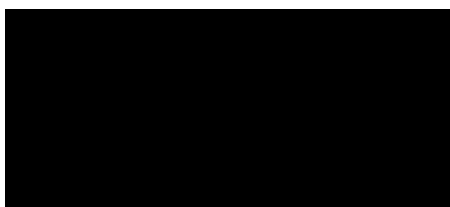
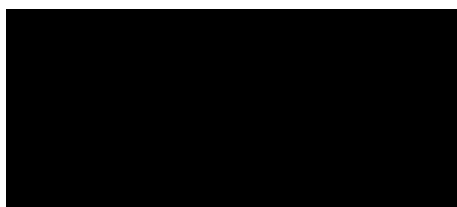
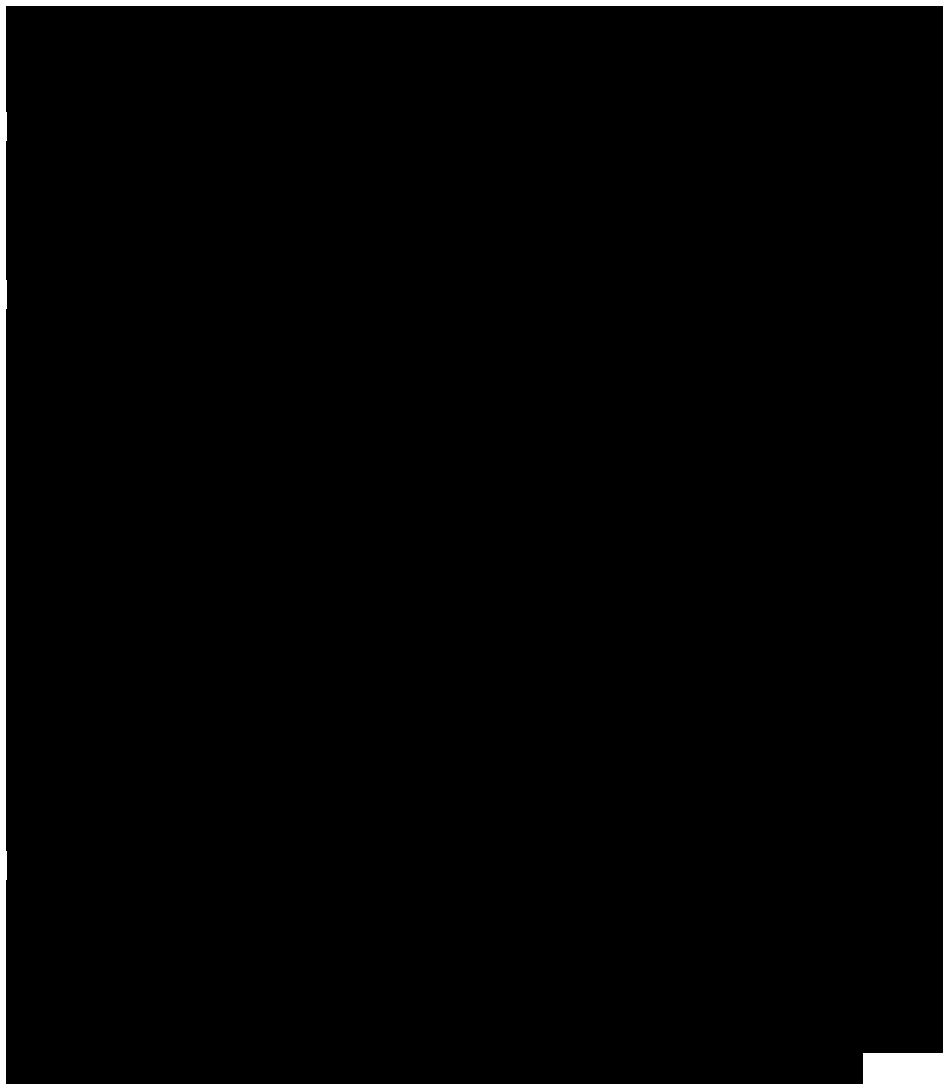
primært sindssyg – oftest svært paranoid – person, der lever sammen med en kun jævnt begavet ægtefælle, som efterhånden overtager den primært sindssyges vrangforestillinger. Parret lever ofte socialt isoleret – netop på grund af vrangforestillinger [REDACTED]

[REDACTED] Et vigtigt element i behandlingen er at skille parret ad og efterfølgende realitetskorrigere den af de to, der har inducerede vrangforestillinger. I dag kan behandling med antipsykotisk virkende medicin naturligvis også være et væsentligt element i behandlingen.

[REDACTED]



# **Sindssyg mand ikke fundet utilregnelig – to gange**



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**Kommentar:**

To kriterier skal være opfyldt, for at en gerningsmand findes straffri, jf. straffelovens § 16 – den pågældende skal have været sindssyg (eller mentalt retarderet) på gerningstidspunktet og af den grund findes utilregnelig. Retspsykiaterens opgave er at diagnosticere den psykiske abnormtilstand, hvorefter retten tager stilling til utilregnelighedsspørgsmålet (se også s. 71 ff. i denne årsberetning).

[Redacted]

A blev imidlertid

to gange [Redacted] fundet tilregnelig og første gang af byretten som stadfæstet af landsretten idømt [Redacted] og anden gang af byretten idømt [Redacted]. Domstolene anerkendte sindssygdomsdiagnosen, men lagde begge gange vægt på, at den kriminalitet, A blev fundet skyldig i, havde ...”krævet en vis nærmere planlægning og koordinering, herunder økonomiske dispositioner”. Hertil er nævnt, at A’s psykiske tilstand i perioderne for de pådømte forhold havde været ”stabil” og – i den første sag – at der [Redacted]

Mennesker med skizofreni vil, især når de er nogenlunde velbehandlede, være i stand til at planlægge og handle rationelt i mange af livets forhold, herunder formentlig også planlægge kriminalitet. Ud fra en lægelig synsvinkel må man imidlertid fastholde, at en bestående sindssygdom med eller uden åbenbare psykotiske symptomer som for eksempel hallucinationer eller vrangforestillinger medfører en sådan brist af realitetstestningen, at det bliver futilt at tale om for eksempel en mulig sammenhæng mellem sygdommen og kriminaliteten. En sådan årsagssammenhæng lægger op til begrebet ”partiel psykose”, hvor en del af personligheden antages at være sindssyg og en anden del ikke er det. Det begreb er aldrig anerkendt i dansk retspsykiatri.

Der har altid været (få) sager, hvor sindssyge er blevet idømt almindelige frihedsstraffe, og de sager, rådet er bekendt med, har altid voldt store problemer. [Redacted]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



# Ophævelse af en foranstaltning - et problem for patienten?

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

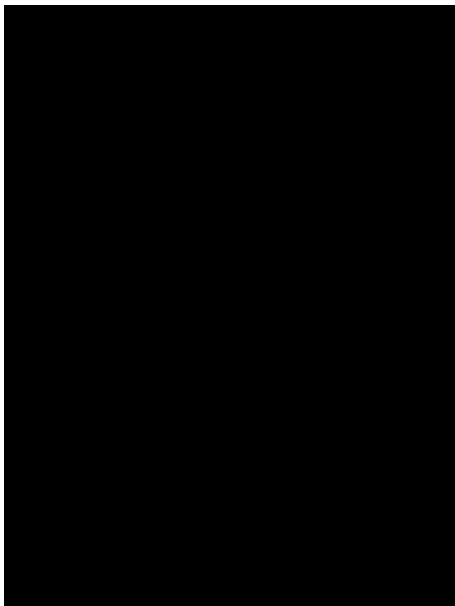
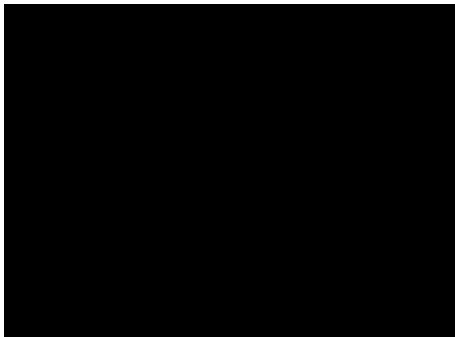
[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Kommentar:**

[Redacted]



# Den abnorme enkeltreaktion

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

psykiatrisk afdeling fra arresten, i en er-



**Kommentar:**



kortvarigt tab af integrationen mellem sanseindtryk og identitetsbevidsthed, hvilket Retslægerrådet betegnede som en dissociativ tilstand, og den mental-observerende overlæge betegnede en reaktiv sindssygelig tilstand. I klassisk retspsykiatrisk forstand vil man snarere tale om ”den abnorme enkeltreaktion”. Vurderingen af, om der var tale om en sindssygelig tilstand eller ej, var afgørende for, hvilken foranstaltning, der skulle anbefales overfor retten. At A efterfølgende befandt sig i en skrøbelig og psykisk ustabil tilstand ændrer ikke ved, at [redacted] tilstand på gerningstidspunktet efter Retslægerrådets opfattelse var af ikke-sindssygelig art.

En dissociativ tilstand er karakteriseret ved helt eller delvist tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sanseoplevelser, følelsesliv og beherskelsen af den legemlige motorik. Symptomerne udvikler sig ofte i tæt relation til psykologisk belastning og kan optræde pludseligt. Tilstanden anskues som et kontinuum, der eventuelt kan antage sindssygelig karakter, men de fleste tilfælde er ikke-sindssygelige.

Der henvises til Retslægerrådets årsberetninger for 2000, s. 91 ff., og for 2008, s. 53 ff., samt denne årsberetning s.71 ff. Den abnorme enkeltreaktion er beskrevet af Hjalmar Helweg i første udgave af hans lærebog i retspsykiatri fra 1939. Den defineres som ”en isoleret abnorm handling hos en i øvrigt normal per-

son". Udtrykket har været anvendt om personlighedsfremmede kortslutnings- eller panikreaktioner, der kan opleves som en "psykisk indespærring", som finder afløb i en meningsløs, voldelig handling. Det antages, at karakterneurotiske tilstande med antiaggressive træk disponerer for den abnorme enkeltreaktion. Tilstanden er vanskelig at afgrænse i forhold til andre affektreaktioner, og begrebet anvendes kun sjældent. Konventionelt betragtes den abnorme enkeltreaktion almindeligvis

ikke som sindssygelig eller ligestillet hermed, og heri ligger den særlige strafferetspsykiatriske betydning – en neurotisk, antiaggressiv person, der under voldsomt subjektivt pres pludselig foretager alvorlig voldskriminalitet, ofte drab, kan som udgangspunkt ikke findes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, uanset hvor personfremmed handlingen end måtte forekomme.

Der henvises til Retslægerådets årsberetninger for 1989, s. 106ff., og for 1993, s. 79ff.

# Vurdering af sindssygdom ved moderat til svær depression

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**Kommentar:**

A havde utvivlsomt været svært belastet i perioden før gerningstidspunktet, men det afgørende spørgsmål i sagen var, om A havde været sindssygeligt deprimeret. A blev i ugerne [REDACTED] flere gange set af speciallæge i psykiatri, der fandt A moderat til svær depressiv, men psykotiske symptomer er ikke beskrevet.

Diagnostisk skelnes der mellem let og moderat depression samt svær depression med og uden psykotiske symptomer. Hvis der foreligger psy-

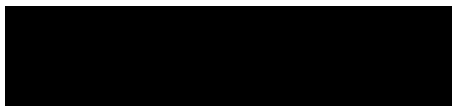
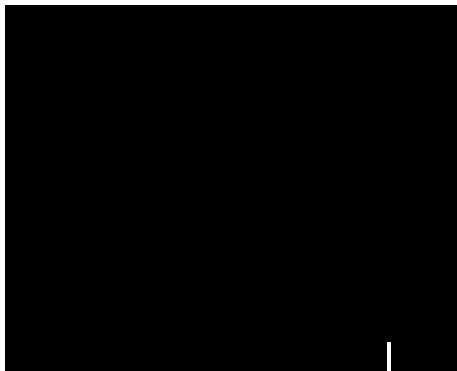
kotiske symptomer, er depression per definition svær. I nogle tilfælde kan en svær depression imidlertid være præget af en samlet set så læderet realitetstestning, at man vil vurdere, at personen er sindssyg, selv om der ikke foreligger åbenbare psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger.

[REDACTED]

[REDACTED]

Det sker, om end sjældent, at retten finder en sindssyg person tilregnelig og idømmer almindelig straf (se s.53 ff.), hvilket er forventeligt, idet tilregnelighedsbegrebet i straffelovens § 16 – som er et juridisk, ikke et lægeligt anliggende, - tilsiger at lade retten afgøre, om en person, der er fundet skyldig i en forbrydelse, skal være straffri. Det er imidlertid uhyre sjældent, at retten omvendt finder en skyldig person omfattet af § 16, såfremt vedkommende

lægeligt – herunder i sidste ende af Retslægerådet – ikke er fundet sindssyg eller i en hermed ligestillet tilstand. (De mentalt retarderede udgør en særlig gruppe, som er nærmere omtalt s.81 ff.).



Afslutningsvis skal nævnes, at forudsætningen for, at man ud fra en lægelig betragtning kan karakterisere en given psykopatologisk tilstand på et gerningstidspunkt som sindssygelig eller ligestillet hermed, er, at personen har frembudt alment accepterede psykiske symptomer forenelige hermed, hvorimod selv den mest bizarre eller uforståelige adfærd ikke i sig selv kan tages til indtægt for en bestående psykisk sygdom (Årsberetningen 1994, s. 65 ff.).



# Psykotiske symptomer og sindssygdom

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

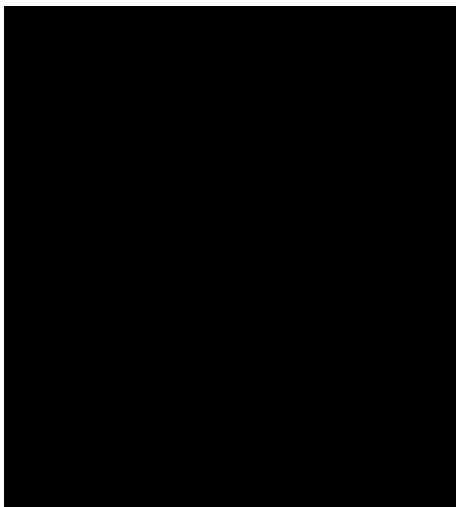
[REDACTED]

**Kommentar:**

Moderne forskning viser, at nogle mennesker kan opleve hørelsehallucinationer uden at være egentlig psykisk syge. En sådan sag er omtalt i Retslægerådets årsberetning 1995, s. 47 ff. Omvendt kan mennesker være "sindssyge" – og altså omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 – uden at frembyde åbenbare sindssygd

omssymptomer som f.eks. hallucinationer eller vrangforestillinger (årsberetningen 2009, s. 69 ff.).

[REDACTED]



# Mental retardering

*Straffelovens § 16 omfatter, udover de sindssyge, også mennesker der er mentalt retarderede. Personer der på gerningstiden var utilregnelige på grund af mental retardering i højere grad (IQ 49 og derunder) er straffri efter § 16, stk. 1. Sigtede, der er mentalt retarderede i lettere grad (IQ 50-69) og hermed ligestillede, straffes kun, hvis særlige forhold taler derfor (§ 16, stk. 2).*

*En række sager, der har været forelagt Retslægerådet inden for de seneste år, har vist, at afgrænsning af gruppen, og valg af særforanstaltning, ofte volder vanskeligheder. Efter en generel gennemgang af indholdet af den lægelige diagnose mental retardering, beskrives et udvalg af sager, med det formål at belyse valg og indhold af særforanstaltninger (j.nr. A1-2499; A1-2450; A1-2421 og A1-2422).*

## Intelligenstestning

I WHO's diagnoseliste ICD 10 (international klassifikation af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser) defineres mental retardering som en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som viser sig i barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, det vil sige de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder. Graden af mental retardering bedømmes sædvanligvis ud fra en standardiseret intelligenstest, suppleret med social tilpasningsskala og klinisk vurdering.

I Danmark anvendes ved intelligenstestning af voksne den såkaldte WAIS III test. Denne prøve er grundlagt af den amerikanske psykolog David Wechsler. Testen udføres sædvanligvis af en psykolog, men der er ikke krav om formaliseret uddannelse og godkendelse af de psykologer, der anvender testen. Den nu anvendte tredje version af prøven er på væsentlige områder

bedre end de tidligere udgaver. Således udregnes efter scoring af de 14 delprøver (7 verbale og 7 performance delprøver) en total intelligenskvotient, IQ, samt verbal- og performance IQ. Herudover meddeles som noget nyt en IQ for områderne 1) sproglig forståelse, 2) perceptuel organisering, 3) arbejds-hukommelse og 4) forarbejdningshastighed. Alle IQ angivelser er forsynet med 5 % sikkerhedsgrenser på grund af prøvens usikkerhed.

WAIS III er udarbejdet til brug i USA. Før anvendelse i et andet land skal der udføres en såkaldt validering, hvor en større, repræsentativt udvalgt gruppe af landets indbyggere undersøges med testen. Ved denne validering udarbejdes et såkaldt aldersstandardiseret normsæt. Imidlertid har det vist sig, at det danske normsæt til WAIS III ikke fungerer ved beskrivelse af intelligensen hos svagt begavede. Problemet er opstået, fordi valideringsgruppen ikke var repræsentativt udvalgt. Resultatet er, at intelligensen fastsættes for lavt

(hyppigt mere end 10 IQ Point), med den risiko, at en sigtet fejlagtigt vurderes som mentalt retarderet (og eventuelt idømmes en særforanstaltning efter § 68). Uagtet at dette problem er vel-dokumenteret, har det forlag, der har udgivet WAIS III, ikke taget skridt til udarbejdelse af et nyt normsæt. Rettighederne til WAIS III i Danmark er overgået til et andet firma, og da man afventer lancering af en 4. version af WAIS testen, kan det ikke forventes, at problemerne med WAIS III vil blive rettet op ved udarbejdelse af et nyt dansk normsæt. Ved intelligenstagning med WAIS III i forbindelse med mentalundersøgelse, anbefales det derfor, på denne baggrund, at anvende de amerikanske normer.

### Matrice for diagnosticering af mental retardering

Ved diagnosticering af mental retardering i forbindelse med mentalundersøgelse anbefaler Retslægerådet følgende fremgangsmåde:

- Der skal gennemføres en psykologisk testning, foretaget af en psykolog, der er trænet i brugen af WAIS testen.
- Psykologen tester med WAIS III og meddeler i sin rapport de "7 IQ'er" med 5 % sikkerhedsgrænser, både efter danske og amerikanske referencetabeller, samt råscore for hver enkelt delprøve.
- Psykologen beskriver detaljeret observandens forudsætninger, adfærd og motivation ved testens gennemførelse. Disse forhold påvirker i betydelig grad resultatet af testen og er derfor af betydning ved vurdering af undersøgelsens validitet.
- Den undersøgende læge bør fremskaffe oplysninger (helst både skriftlige og mundtlige) fra andre (skole, institution, sociale myndigheder, forældre mv.), om observandens udvikling og intellektuelle funktionsniveau i barne- og ungdomsårene, samt aktuelt.
- I mentalerklæringen beskrives, detaljeret og med konkrete eksempler, observandens funktionsniveau ved læsning/skrivning, talforståelse samt evnen til at administrere egen praktisk tilværelse (dvs. penge, mad, hygiejne, tøjvask, indkøb, bolig mv.). Yderligere vurderes evnen til omtanke, planlægning, kontakt og generel viden.
- Samlet beskrivelse af funktion i barne/ungdomsårene.
- Afgørelsen af, om en person er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2 (eller er mentalt retarderet i højere grad, § 16, stk. 1), sker ud fra en samlet vurdering af resultatet af intelligenstagning, indhentede oplysninger og klinisk undersøgelse. De faktorer, der indgår i vurderingen, beskrives og diskuteres i erklæringen.
- IQ angivet efter amerikanske "normer" er mest retvisende.
- At en observand scorer lavt ved intelligenstagning som voksen betyder ikke nødvendigvis, at personen er mentalt retarderet. Det skal dokumenteres, at dette har været tilfældet fra barnealderen. Intellektuel reduktion

opstået efter barnealderen er definitions-mæssigt udtryk for demens og kan typisk udvikles ved misbrug, kranietraumer og psykiske lidelser som for eksempel skizofreni mv.

### Særforanstaltninger ved mental retardering

I Rigsadvokatmeddelelse nr. 5 fra 2007 findes anført de særforanstaltninger, der skal anvendes ved mental retardering. Ordlyden følges nøje, idet individuelle formuleringer medfører uklarhed vedrørende ansvar og kompetence i forbindelse med særforanstaltningens gennemførelse.

Hvis en mentalt retarderet samtidig er sindssyg, afgør den kliniske tilstand valget af særforanstaltning (Årsberetningen 2000, s. 77 ff.). Kreative formuleringer, med for eksempel vilkår om psykiatrisk behandling i forbindelse med dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykisk handicap, skal undgås. Enten vælges en særforanstaltning for personer, der er sindssyge eller i en tilstand ligestillet hermed, eller en særforanstaltning for mentalt retarderede.

Afgørelsen af, hvilken af de fem mulige typer af særforanstaltninger (for mentalt retarderede) der anbefales (fra anbringelse i sikret institution til tilsyn uden anbringelsesmulighed), afhænger af den kliniske tilstand, især vurderingen af risikoen for ny kriminalitet. For en detaljeret beskrivelse af indholdet af de enkelte særforanstaltninger henvises til "Sigtede og domfældte udviklings-

hæmmede under kommunalt tilsyn" 2. udgave (kan rekvireres gratis via [www.ndu.dk](http://www.ndu.dk)), idet det dog bemærkes, at denne publikation ikke er udarbejdet af en offentlig myndighed, men af et videnscenter.

Ved gennemgangen af sanktionsmulighederne ved de enkelte særforanstaltninger er det værd at bemærke, at dom til anbringelse medfører ophold i en åben institution med døgndækning. Udgangscirkulæret er gældende for den anbringelsesdømte (domstyperne 1-3), og dermed er der også mulighed for at tilbageholde den dømte på institutionen imod hans vilje. Dette er ikke tilfældet ved dom til tilsyn med mulighed for anbringelse i institution (type 4), det vil sige, at selvom foranstaltningen giver tilsynsmyndigheden mulighed for administrativt at anbringe personen i en institution med døgndækning, tolkes lovgivningen i praksis på den måde, at personalet ikke kan forhindre den dømte i at gå igen, med mindre hans funktionsniveau er så nedsat, at personen er omfattet af magtanvendelsesreglerne i serviceloven.

Dom til anbringelse i sikret afdeling (domstyperne 1 og 2) kan udelukkende foregå i en af de 32 sikrede pladser på institutionen Kofoedsminde på Lolland. Kofoedsminde modtager kun personer der er fyldt 18 år, og der er derfor ingen sikrede anbringelsesmuligheder for mentalt retarderede under 18 år.

### Sag 1



[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Sag 2**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Kommentar:**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**Kommentar:**

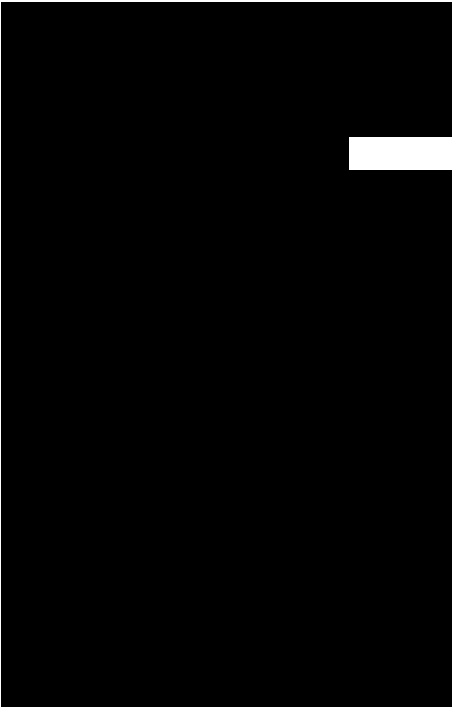
Mentalerklæringens anbefaling af særforanstaltning følger ikke rigsadvokatmeddelelsen. Det er tydeligt, at den valgte formulering er uklar og med stor sandsynlighed vil medføre forvirring om indholdet, især vedrørende muligheden for tilbageholdelse og tildeling af frihedsrettigheder.

Når der ved en mentalundersøgelse er mistanke om mental retardering, bør der altid udføres en intelligenstag med præcis beskrivelse af IQ. Testen behøver ikke at blive gentaget, hvis der foreligger en brugbar, nyere intelligenstag. Det har karakter af en undtagelse, når Retslægerådet accepterede at afgive udtalelse i den konkrete sag på trods af fraværet af intelligenstag.

**Sag 3 og 4**

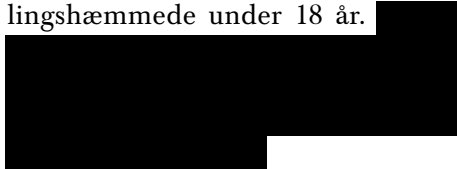
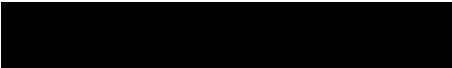
[Redacted]

[Redacted]



**Kommentar:**

Ved almindelig dom til anbringelse vil den domfældte få ophold i en åben institution. Den dømte kan fysisk tilbageholdes af personalet, men den åbne dør giver alligevel let mulighed for undvigelse. Når en sigtet med mental retardering vurderes at være impulsiv og personfarlig, skal det overvejes at anbefale mulighed for administrativ overflytning til sikret institution, eller direkte anbringelse i sikret institution. Det er et problem, at der ikke i Danmark findes sikrede pladser for udviklingshæmmede under 18 år.





## II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerrådet 2010

A. Psykiatriske sager	450
B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	74
C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	7
D. Faderskabssager	42
E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	755
F. Administrative sager mv.	91
H. Aldersbestemmelser	33
L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	2
M. Færdselssager med medicinindtagelse	34
I ALT	1488

### Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	286
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	7
Ændring i strafferetlig foranstaltning	92
Ophævelse af farlighedsdekret	9
Overførsel til Sikringsafdelingen	4
Umyndiggørelser	0
Benådning	1
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	51
I ALT	450

### **Ad B-sager**

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	45
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	29
Diverse	0
I ALT	74

### **Ad C-sager**

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	6
Ændring af navn/CPR-nr.	0
Diverse	1
I ALT	7

### **Ad E-sager**

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	80
Arbejdsskader/ulykker	324
Erstatning, pensionssager m.v.	305
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	22
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	24
I ALT	755

**Ad L-sager**

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	1
Færdselssager vedrørende dampe	1
Diverse	0
I ALT	2

**Ad M-sager**

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	33
Færdselssager vedrørende sygdom	0
Diverse	1
I ALT	34

**Antal sager modtaget i Retslægerådet 2010 (og 2008-09)**

Sagstype	2008	2009	2010
A. <i>Psykiatriske sager</i>	439	523	450
B. <i>Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse</i>	118	84	74
C. <i>Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.</i>	3	4	7
D. <i>Faderskabssager</i>	57	42	42
E. <i>Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold</i>	785	786	755
H. <i>Sager vedr. aldersbestemmelse</i>	29	49	33
L. <i>Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer</i>	3	2	2
M. <i>Færdselssager med medicinindtagelse</i>	38	28	34
I ALT	1472	1518	1397

**Antal sager afsluttet i Retslægerådet 2010 (og 2008-09)**

Sagstype	2008	2009	2010
A. <i>Psykiatriske sager</i>	416	496	467
B. <i>Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse</i>	119	84	77
C. <i>Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.</i>	4	1	8
D. <i>Faderskabssager</i>	48	35	35
E. <i>Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold</i>	783	761	848
H. <i>Sager vedr. aldersbestemmelse</i>	28	35	33
L. <i>Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer</i>	2	4	1
M. <i>Færdselssager med medicinindtagelse</i>	40	31	34
I ALT	1440	1447	1503

## Sagsbehandlingstid i Retslægerrådet 2010 (og 2006-09)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
<b>A</b>	28	27	28	28	28	28	31	31	29	28
<b>B</b>	36	36	48	48	55	54	55	55	30	30
<b>C</b>	109	106	132	132	64	64	101	101	115	115
<b>D</b>	23	23	21	21	21	21	36	36	15	15
<b>E</b>	150	91	146	94	136	92	163	110	147	90
<b>H</b>	44	44	56	52	72	72	90	90	76	76
<b>L</b>	46	42	40	40	24	24	119	119	51	51
<b>M</b>	43	32	56	54	55	55	78	78	52	52

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiderne er angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. 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 Retslægerådet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Retslægerådets medlemmer 2010**

Ledende overlæge  
Helle Aggernæs  
Psykiatrisk Center Amager

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

Overlæge, ph.d.  
Mette Brandt-Christensen  
Retspsykiatrisk Center Glostrup  
Fra 01.03.10

Professor, overlæge, dr. med.  
Troels Staehelin Jensen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F

Ledende overlæge  
Peter Kramp  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik  
Næstformand

Overlæge, dr.med.  
Jens Lund  
Aalborg Psykiatriske Sygehus

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

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

Overlæge, ph.d.  
Dorte Sestoft  
Justitsministeriet  
Retspsykiatrisk Klinik

Professor, statsobducent, dr.med.  
Annie Vesterby  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
Næstformand

## **Sagkyndige anvendt i 2010**

**Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 3, har Justitsministeriet beskikket:**

Overlæge, dr. med., ph.d.  
Henning Andersen  
Århus Sygehus  
Neurologisk afd. F-Neu.Cen

Overlæge, ph.d.  
Johan Hviid Andersen  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk Klinik

Speciallæge, ph.d.  
John Sahl Andersen  
Københavns Universitet  
Institut for Folkesundhedsvidenskab  
(almen medicin)

Lektor, speciallæge  
Niels Damsbo  
Odense  
(almen medicin)

Speciallæge  
Ludvig Dittmann  
Frørup  
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.  
Troels Mørk Hansen  
Gentofte Hospital  
Medicinsk afdeling C  
(reumatologi/fysiurgi)

Professor, dr.odont.  
Palle Holmstrup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen i København  
Afdelingen for parodontologi

Overlæge, ph.d.  
Hanne Merethe Lindegaard  
Odense Universitetshospital  
Reumatologisk Afdeling C

Ledende overlæge  
Rolf Petersen  
Slagelse Sygehus  
Arbejdsmedicinsk afd. Med.Cen.

Overlæge, dr.med.  
Jan Pødenphant  
Herlev Hospital  
Medicinsk afdeling E  
(reumatologi/fysiurgi)

Ledende overlæge, ph.d.  
Kurt Rasmussen  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk Klinik

Klinikchef, overlæge  
Egon Stenager  
Sydjysk Skleroseklinik  
Vejle, Esbjerg, Sønderborg

Overlæge, dr.med.  
Per Thorvaldsen  
Gentofte Hospital  
Neurologisk afdeling

**Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 3, har Justitsministeriet beskikket:**

Læge  
Ulla Davidsen  
Charlottenlund

med henblik på behandling af sager vedrørende autorisationsforhold.

# Ad hoc sagkyndige anvendt i 2010

Efter lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet, § 2, stk. 4 har rådet anvendt følgende:

1. Klinikchef

Karen Vitting Andersen  
Rigshospitalet  
Pædiatrisk Klinik

2. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus E. Andersen  
Odense Universitetshospital  
Dermato-venerologisk afdeling

3. Afdelingslæge, dr.med.

Ole Andersen  
Værløse  
(pædiatri)

4. Overlæge

Ture Andersen  
Odense Universitetshospital  
Audiologisk afd.

5. Overtandlæge, dr. odont

Jens Andreasen  
Rigshospitalet  
Afd. for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

6. Overlæge

Birthe Højlund Bech  
Rigshospitalet  
Radiologisk klinik X

7. Professor, ledende overlæge, dr.med.

Toke Bek  
Risskov  
(oftamologi)

8. Overlæge, dr. med

Morten Birket-Smith  
Bispebjerg Hospital  
Liasonpsykiatrisk Enhed

9. Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal  
Frederiksberg Hospital  
Parker Institutet  
(reumatologi)

10. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Peter Bonde  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik

11. Professor, overlæge, dr.med.

Gudrun Boysen  
Bispebjerg Hospital  
Neurologisk afdeling N

12. Klinikchef, dr. med.

Jannick Brennum  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk Klinik NK, 2092

13. Professor, overlæge, dr.med.

Christian Buchwald  
HovedOrtoCentret, Rigshospitalet  
Øre-, næse-, halsklinik, 2071

14. Overlæge, dr.med.

Jesper Bælum  
Odense Universitetshospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling

15. Ledende overlæge

Thorkil Christensen  
Ålborg Sygehus Syd  
Radiologisk afdeling

16. Overlæge, dr.med.  
Peer Christiansen  
Århus Amtssygehus  
Kirurgisk afdeling

17. Overlæge, dr.med.  
Leif Corydon  
Vejle Sygehus  
Øjenafdelingen

18. Professor, overlæge, dr. med  
Benny Dahl  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk Afdeling U

19. Overlæge, dr.med.  
Kim P. Dalhoff  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk Farmakologisk Enhed

20. Overlæge, dr.med.  
Asger Dirksen  
Gentofte Hospital  
Lungemedicinsk afdeling

21. Overlæge  
Karen-Lisbeth Dirksen  
Gentofte Hospital  
Røntgenafdelingen

22. Klinikchef  
Kjeld Dons  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk Klinik

23. Overlæge, dr.med.  
Sven Dorph  
Gentofte  
(radiologi)

24. Overlæge  
Suzan Dyve  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK

25. Overlæge, dr. med  
Martin Døssing  
Frederikssund Sygehus  
Medicinsk afdeling

26. Overlæge, dr.med.  
Niels Ebbehøj  
Bispebjerg Hospital  
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.

27. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Ehlers  
Århus Kommunehospital  
Øjenafdelingen

28. Overlæge  
Ole Fedders  
Ålborg Sygehus Syd  
Neurokirurgisk afdeling

29. Ledende overlæge  
Per Klausen Fink  
Århus Kommunehospital  
Forskningsenheden for Funktionelle  
Lidelser  
(psykiatri)

30. Overlæge, dr.med.  
Anders Fink-Jensen  
Psykiatrisk Center Rigshospitalet

31. Ledende overlæge  
Ulrich Fredberg  
Silkeborg Centralsygehus  
Medicinsk afdeling  
(reumatologi)

32. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Frøkiær  
Skejby Sygehus  
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk  
afd. (alkohol- og medicinpåvirkethed)
33. Neuropsykolog, lektor  
Anders Gade  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
34. Overlæge, dr.med.  
Ole V. Gadeberg  
Vejle Sygehus  
Medicinsk Afdeling
35. Overlæge, dr.med.  
Jens Peter Garne  
Aalborg Sygehus  
Mammakirurgisk Klinik
36. Overlæge  
Christian Godballe  
Odense Universitetshospital  
Øre-næse-halskirurgisk afd. F
37. Overlæge Peter Gottlieb  
Vanløse  
Retspsykiatri
38. Professor, statsobd., dr.med.  
Markil Gregersen  
Retsmedicinsk Institut Århus
39. Professor, overlæge, dr.med.  
Gorm Greisen  
Rigshospitalet  
Neonataliklinikken
40. Overlæge, dr.med.  
Frank Gårskjær  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afd. U
41. Lektor, speciallæge  
Carsten Hansen  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retskemi)
42. Overlæge  
Ebbe Stender Hansen  
Århus Universitetshospital, Århus  
Sygehus  
Rygsektoren E3, ortopædkirurgisk  
afd. E
43. Overlæge  
Steen Holger Hansen  
Retsmedicinsk Institut København
44. Overlæge, klinikleder  
Torben Bæk Hansen  
Regionshospitalet i Holstebro  
Ortopædkirurgisk afdeling
45. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens H. Henriksen  
Hvidovre Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-  
ling  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
46. Overtandlæge, dr.odont.  
Søren Hillerup  
Københavns Universitet  
Tandlægeskolen

47. Overlæge, ph. d.  
Klaus Hindsø  
Rigshospitalet  
Børnesektionen, Ortopædkirurgisk  
Klinik
48. Professor, overlæge, dr.med.  
Vibeke Hjortdal  
Skejby Sygehus  
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd. T
49. Statsobducent, professor, dr. med.,  
MPA  
Hans Petter Hougen  
Københavns Universitet  
Retsmedicinsk Institut  
(retspatologi)
50. Professor, overlæge, dr.med.  
Niels Høiby  
Rigshospitalet  
Klinisk mikrobiologisk afdeling
51. Ledende overlæge  
Astrid Højgaard  
Regionhospital Randers  
Jysk Sexologisk Klinik
52. Overlæge  
Niels Ove Illum  
Odense Universitetshospital  
Børneafdeling H
53. Overlæge, dr. med.  
Jakob Ingerslev  
Skejby Sygehus  
Fertilitetsklinikken, Gyn-obstetrisk  
afdeling Y
54. Overlæge  
Tune Ipsen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. Ø
55. Professor, dr.odont.  
Flemming Isidor  
Århus Universitet  
Tandlægeskolen
56. Overlæge, dr.med.  
Martin Iversen  
Rigshospitalet  
Hjertemedicinsk klinik
57. Professor, overlæge  
Peter Iversen  
Rigshospitalet  
Urologisk klinik
58. Overlæge, dr.med.  
Steffen Jacobsen  
Hvidovre Hospital  
Ortopædkirurgisk afd.
59. Klinikchef, dr. med  
Søren Jacobsen  
Rigshospitalet  
Reumatologisk klinik
60. Overlæge, dr.med.  
Anders K. M. Jakobsen  
Vejle Sygehus  
Onkologisk afd.
61. Professor, overlæge, dr.med.  
Johannes K. Jakobsen  
Århus Kommunehospital  
Neurologisk afdeling F

62. Overlæge  
Bent Skov Jensen  
Skejby Sygehus  
Karkirurgisk sektion
63. Overlæge, dr.med.  
Gorm Boje Jensen  
Hvidovre Hospital  
Kardiologisk afdeling
64. Ledende overlæge  
Jørn Jensen  
Regionshospitalet Randers  
Ortopædkirurgisk afdeling
65. Ledende overlæge, dr. med.  
Kai Jensen  
Hillerød Sygehus  
Neurologisk Klinik
66. Overlæge  
Leif Panduro Jensen  
Gentofte Hospital  
Karkirurgisk afd. B
67. Professor, overlæge, dr.med.  
Peter Junker  
Odense Universitetshospital  
Medicinsk afdeling C, reumatologisk sek.
68. Chefspsykolog  
Agnete Jønsson  
Rigshospitalet  
Neurocenteret
69. Neuropsykologisk fagkonsulent  
Kasper Jørgensen  
Rigshospitalet  
Nationalt Videnscenter for Demens
70. Overlæge, dr.med.  
Jens Kamper  
Odense Universitetshospital,  
Børneafdeling H
71. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Kehlet  
Rigshospitalet  
Enhed for kirurgisk patofysiologi
72. Overlæge, dr. med.  
Johnny Keller  
Århus Kommunehospital  
Ortopædkirurgisk afdeling E
73. Klinikchef, dr.med.  
Jørgen Kirkegaard  
Rigshospitalet  
Øre-, næse- og halskirurgisk klinik
74. Ledende overlæge  
Henrik Kiær  
Svendborg Sygehus  
Patologisk Institut
75. Overlæge, dr.med.  
Thomas Kiær  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk klinik
76. Overlæge, ph.d.  
Henrik Kolstad  
Århus Kommunehospital  
Arbejdsmedicinsk Klinik
77. Overlæge, dr.med.  
Michael Kosteljanetz  
Rigshospitalet  
Neurokirurgisk afdeling NK

78. Adm.overlæge, professor, dr.med.  
Knud Kragballe  
Århus Sygehus  
Dermatologisk afd. D
79. Professor, overlæge, dr.med.  
Christian Krarup  
Rigshospitalet  
Neurofysiologisk afdeling
80. Professor, dr. odont., ph.d.  
Sven Kreiborg  
Panum Institut  
Odontologisk Institut, Afd. f. Pædo-  
donti
81. Overlæge, ph.d.  
Michael Krogsgaard  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afdeling
82. Overlæge, ph.d.  
Anette Kærgaard  
Regionshospitalet Herning  
Arbejdsmedicinsk klinik
83. Professor, overlæge, dr.med.  
Jes Bruun Lauritzen  
Bispebjerg Hospital  
Ortopædkirurgisk afd. M
84. Overlæge, dr.med.  
Benedicte Laursen  
Aalborg  
(hæmatologi)
85. Overlæge, dr.med.  
Henning Laursen  
Rigshospitalet  
Neuropatologisk Lab. 6301
86. Overlæge  
Pernille Leicht  
Rigshospitalet  
Håndkirurgisk Sektion
87. Vicesstatsobducent, ph.d.  
Peter Leth  
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-  
jylland  
Retsmedicinsk Institut
88. Klinikchef  
Anne Lindhardt  
Psykiatrisk Center Bispebjerg
89. Professor, afdelingsleder, dr.med.  
Kristian Linnet  
Københavns Universitet  
Retskemisk afdeling
90. Overlæge  
Freddy Lippert  
Rigshospitalet  
Traumecentret  
(anæstesiologi)
91. Professor, overlæge, dr.med.  
Bjarne Lund  
Hellerup  
(ortopædkirurgi)
92. Professor, ph. d.  
Jytte Banner Lundemose  
Århus Universitet  
Retsmedicinsk Institut
93. Overlæge Jens Otto Lund  
Gentofte Hospital  
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-  
ling (alkohol- og medicinpåvirkethed)

94. Overlæge, dr.med.  
Sten Madsbad  
Hvidovre Hospital  
Klinik for endokrinologi
95. Overlæge  
Erland Magnussen  
Hvidovre Hospital  
MR-afdeling 340
96. Professor, dr.med. et cand.jur.  
Claus Manniche  
Odense Universitetshospital  
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
97. Professor, overlæge, dr.med.  
Torkil Menné  
Gentofte Hospital  
Dermatologisk afdeling K
98. Overlæge, dr.med.  
Hans Henrik Mogensen  
Gentofte  
(reumatologi)
99. Overlæge  
Kelvin Kamp Mortensen  
Odense Universitetshospital  
Øjenafdeling E
100. Overlæge  
Michael Munksdorf  
Dianalund  
(plastikkirurgi)
101. Overlæge, dr.med.  
Mogens Møller  
Odense Universitetshospital  
Kardiologisk afd. B
102. Klinikchef, overlæge, dr.med.  
Jacob Trier Møller  
Rigshospitalet  
Anæstesiaafdeling 4132
103. Professor, overlæge, dr.med.  
Hans von der Maase  
Rigshospitalet  
Onkologisk Klinik
104. Overlæge  
Jørgen Nepper-Rasmussen  
Odense Universitetshospital  
Røntgendiagnostisk afdeling
105. Adm. overtandlæge, specialtand-  
læge  
Bjarne Neumann-Jensen  
Aalborg Sygehus Syd  
Kæbekirurgisk Afd.
106. Overlæge  
Carsten Juul Nielsen  
Glostrup Hospital  
Neurokirurgisk afdeling
107. Professor, overlæge, dr.med.  
Jens Ole Nielsen  
Hvidovre Hospital  
Infektionsmedicinsk afdeling
108. Professor, overlæge, dr.med.  
Torsten Toftegaard Nielsen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afdeling B
109. Professor, overlæge, dr.med.  
Lisbeth Nilas  
Hvidovre Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.

110. Professor, overlæge, dr.med.  
Jørgen Nordling  
Herlev Hospital  
Kirurgisk afd. H  
(urologi)

111. Overlæge, dr.med.  
Henrik C. Juul Nyholm  
Glostrup Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afd.

112. Klinikchef, dr. med.  
Jesper Nørregaard  
Nordsjællands Hospital Hørsholm  
Reumatologisk Klinik

113. Adm. overlæge, dr.med.  
Tom Skyhøj Olsen  
Glostrup Hospital  
Neurologisk afdeling

114. Professor, overlæge, dr.med.  
Therese Ovesen  
Århus Kommunehospital  
Øre-, næse- og halsafd. H

115. Overlæge, ph.d.  
Katrine Pagsberg  
Børne- og ungdomspsykiatrisk Center  
Bispebjerg

116. Overlæge  
Connie Palle  
Herlev Hospital  
Gynækologisk-obstetrisk afdeling

117. Overtandlæge  
Ulla Pallesen  
Tandlægeskolen  
Afd. for Tandsygdomme

118. Professor, overlæge, dr.med.  
Olaf B. Paulson  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling

119. Professor, overlæge, dr. med.  
Court Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Infektionsmedicinsk afd. C

120. Cand. psyk., neuropsykolog  
Jette Stokholm Pedersen  
Rigshospitalet  
Hukommelsesklinikken, afsnit 6243

121. Overlæge  
Niels Wisbech Pedersen  
Odense Universitetshospital  
Ortopædkirurgisk afd. O

122. Overlæge, dr. med.  
Michael Mørk Petersen  
Rigshospitalet  
Ortopædkirurgisk afd. U 2162

123. Overlæge, dr.med.  
Peter Bernth Petersen  
Frederiksberg Hospital  
Øjenafdelingen

124. Overlæge, dr.med.  
Sten Petersen  
Skejby Sygehus  
Børneafdelingen

125. Professor, overlæge, dr.med.  
Henrik Enghusen Poulsen  
Rigshospitalet  
Klinisk farmakologi  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

126. Professor, overlæge, dr.med.  
Jan U. Prause  
Rigshospitalet  
Øjenpatologisk Institut

127. Professor, overlæge, dr. med.  
Niels Qvist  
Odense Universitetshospital  
Kirurgisk afd. A

128. Overlæge  
Alice Rasmussen  
Rigshospitalet  
Psykiatrisk klinik

129. Sektionsleder, overlæge  
Jesper Ravn  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk afdeling RT afsnit  
2152

130. Professor, overlæge, dr. med.  
Bertil Romner  
Rigshospitalet  
Afsnit NK 2092  
(neurokirurgi)

131. Ledende overlæge, professor,  
dr.med.  
Raben Rosenberg  
Århus Universitetshospital Risskov  
Center for Psykiatrisk Forskning

132. Overlæge, dr.med.  
Lene Rørdam  
Bispebjerg Hospital  
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)

133. Overlæge, dr.med.  
Kåre M. Sander  
Rigshospitalet  
Thoraxkirurgisk klinik RT

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

135. Professor, dr. odont., ph.d.  
Søren Schou  
Tandlægeskolen, Aarhus Universitet  
Afdeling for Kæbekirurgi og Oral  
Patologi

136. Professor, dr.med.  
Jørn Simonsen  
Frederiksberg  
(retsmedicin)

137. Professor, overlæge, dr.med.  
Søren Sindrup  
Odense Universitetshospital  
Neurologisk afdeling

138. Professor, overlæge, dr. med.  
Peter Skinhøj  
Rigshospitalet  
Epidemiafdeling M

139. Overlæge, ph.d.  
Henrik Skjødt  
Hvidovre Hospital  
Reumatologisk Klinik

140. Professor, dr. med  
Gunhild Lange Skovgaard  
3200 Helsingø  
(dermatologi-venerologi)

141. Klinikchef, dr.med.  
Søren Solgaard  
Hillerød Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling O
142. Overlæge, dr.med.  
Jesper Sonne  
Gentofte Hospital  
Klinisk farmakologisk enhed  
(alkohol- og medicinpåvirkethed)
143. Professor, dr.med.  
Flemming Stadil  
Charlottenlund
144. Overlæge, ph.d.  
Susanne Wulff Svendsen  
Århus Sygehus  
Arbejdsmedicinsk Klinik
145. Overlæge, sektorchef  
Jens Ole Søbjerg  
OPA Ortopædisk Privathospital Aarhus
146. Overlæge, lektor, dr.med.  
Christian Hjort Sørensen  
Gentofte Hospital  
Øre-, næse- og halsafd. E
147. Overlæge, dr. med.  
Jens Benn Sørensen  
Rigshospitalet  
Onkologisk afdeling - 5073
148. Professor, ledende overlæge,  
ph.d., dr. med.  
Jens Christian Hedeman Sørensen  
Århus Sygehus  
Neurokirurgisk afdeling NK
149. Ledende overlæge, ph.d.  
Jens Lykke Sørensen  
Roskilde Sygehus  
Plastikkirurgisk afd.
150. Overlæge  
Keld Sørensen  
Skejby Sygehus  
Hjertemedicinsk afd. B
151. Professor, overlæge, dr.med.  
Thorkil Sørensen  
Odense Universitetshospital  
Psykiatrisk afdeling P
152. Overlæge  
Mogens Tange  
Odense Universitetshospital  
Neurokirurgisk afdeling
153. Overlæge, dr.med.  
Bjarne Svalgaard Thomsen  
Århus Kommunehospital  
Reumatologisk afdeling
154. Overlæge, dr.med.  
Henrik Klem Thomsen  
Herlev Hospital  
Patologisk-anatomisk institut
155. Statsobducent, professor, dr.med.  
Jørgen Lange Thomsen  
Syddansk Universitet  
Retsmedicinsk Institut
156. Overlæge, dr.med.  
Karsten Thomsen  
Privathospitalet Hamlet  
Center for Ryglidelser

157. Overlæge  
Per Thomsen  
Holstebro Sygehus  
Ortopædkirurgisk afdeling
158. Overtandlæge, ph.d.  
Jens Thorn  
Centralsygehuset i Esbjerg
159. Overlæge, dr. med.  
John Thygesen  
Rigshospitalet  
Øjenklinikken
160. Overlæge  
Trine Torfing  
Odense Universitetshospital  
Muskeloskeletal sektion, Radiologisk  
afd.
161. Overlæge, lektor, ph. d.  
Hans Tromborg  
Odense Universitetshospital  
Håndkirurgisk afsnit, Ortopædkirur-  
gisk afdeling O
162. Professor, overlæge, dr.med.  
Else Tønnesen  
Århus Kommunehospital  
Anæstesiaafdelingen
163. Overlæge, dr. med.  
Anders Tøttrup  
Århus Sygehus  
Kirurgisk afd. P
164. Overlæge  
Mogens Vyberg  
Aalborg Sygehus Nord  
Patologisk Institut
165. Professor, overlæge, dr.med.  
Gunhild Waldemar  
Rigshospitalet  
Neurologisk afdeling N
166. Professor, overlæge, dr.med  
Steen Walther  
Odense  
(urologi)
167. Overlæge, dr. med.  
André Wettergren  
Rigshospitalet  
Kirurgisk afd. C-2122
168. Professor, overlæge, dr.med.  
Klaus Ølgaard  
Rigshospitalet  
Nefrologisk klinik P

# **Retslægerådets sekretariat 2010**

Blegdamsvej 6, 2200 København N

Tlf. 35 37 33 22. Fax 35 37 50 21

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

## **Juridiske medarbejdere**

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

## **Medicinske sekretærer**

Overlæge, Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

Professor, ph.d. Niels Lynnerup (12 timer ugentlig)

Overlæge, dr.med., ph.d. Jimmy Collemorten (12 timer ugentlig)

Læge, Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

## **Administrativt personale**

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen

Overassistent Vibeke Lund Larsen