

**Retslægerådets
årsberetning
2008**

ISBN 87-89648-12-9
Udgivet december 2009

Jespersen Tryk+Digital

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord | 5 |
| I. Udvalgte emner og sager af interesse | 7 |
| Retslægerådet blev ikke kritiseret i en afgørelse fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol | 7 |
| Referat af Retslægerådets temamøde d. 5. marts 2009 om whiplash | 11 |
| PTSD - referat af indlæg ved Retslægerådets internatmøde maj 2008 | 13 |
| Forelæggelse af sager/retssager for Retslægerådet samt udformning af spørgsmål til rådet..... | 15 |
| Ajourført vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet | 17 |
| Vejledning om udformning af spørgsmål til Retslægerådet i civile sager ... | 19 |
| Arbejdsbetinget skulderlidelse? | 21 |
| Slankemedicin medførte hjerteklapfejl | 29 |
| Transitorisk global amnesi | 39 |
| Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt - endnu engang | 43 |
| Længerevarende sindssyg, efter tredobbelt drab, men før dom | 47 |
| Dissociativ tilstand | 53 |
| Generhvervelse af jagttegn efter debut af sindssygdom..... | 59 |
| Forløb af foranstaltning | 63 |
| Psykiske senfølger af epilepsi..... | 65 |
| Henvendelse fra Folketingets Ombudsmand om rådets sprogbrug | 69 |
| II. Statistik | 75 |
| Sager behandlet i Retslægerådet 2008 | 75 |
| III. Retslægerådets lovgrundlag og organisation | 79 |
| Lovbestemmelser m.v | 79 |
| Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet..... | 80 |
| Retslægerådets medlemmer 2008 | 82 |
| Sagkyndige anvendt i 2008 | 83 |
| Ad hoc sagkyndige anvendt i 2008 | 85 |
| Retslægerådets sekretariat 2008 | 95 |



Forord

Retslægerrådet har hermed fornøjelse af at offentliggøre rådets årsberetning for 2008. Den aktuelle debat om Retslægerrådets rolle i blandt andet erstatnings-sager understreger det vigtige i, at rådet til stadighed arbejder på at skabe bedre kendskab til rådets arbejde. Det foregår blandt andet gennem Retslægerrådets hjemmeside, rådets deltagelse i møder og temadage samt gennem udgivelsen af årsberetningen.

Årsberetningen har til formål at informere om sager af mere principiel karakter. Et godt eksempel er artiklen om arbejdsbetingede skulderlidelser, der diskuterer, hvordan rådet udtrykker sig vedrørende sandsynlighed. Retslægerrådet bestræber sig i den forbindelse på ikke at anvende ”lovens ord” for at undgå, at rådets formulering kommer til at foregribe den hørende myndigheds afgørelse. Det er afgørende, at rådet holder sig til sin lovfæstede opgave: ”at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold”. Retslægerrådet er således meget bevidst om sin rådgivende funktion og overlader bevisvurderingen og den endelige afgørelse til de hørende myndigheder.

Årsberetningens artikel om whiplash udgøres af referatet fra et af rådets temamøder med emnet: ”Whiplash Syndromet: en kritisk gennemgang”. En række eksperter på området mødtes med flere af rådets sagkyndige for at diskutere dette kontroversielle emne. Den sammenfattende status er gengivet i nærværende årsberetning for at delagtiggøre offentligheden i rådets beslutningsgrundlag.

Blandt de retspsykiatriske sager skal artiklen om straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., nævnes, idet den bidrager til at belyse disse ofte svært diagnostiserbare tilstande. Artiklen ”Forløb af foranstaltning” belyser, at en længerevarende behandling under indlæggelse kan medføre en væsentlig og afgørende bedring af en psykiatrisk patients psykiske helbredstilstand.

Denne årsberetning udgives 100 år efter Retslægerrådets start. Hundrede års virksomhed giver anledning til eftertanke, og rådet har derfor netop udgivet jubilæumsbogen ”Retslægerrådet 1909-2009”. Den giver en status over rådets aktuelle virksomhed i et historisk perspektiv. Det er interessant at konstatere, at netop rådets rolle er et debattemne, der vender tilbage med års mellemrum. Samtidig er jubilæumsbogen endnu et eksempel på, hvorledes rådet forsøger at give et indblik i de mange forskelligartede opgaver, rådet beskæftiger sig med.



I. Udvalgte emner og sager af interesse

Retslægerådet blev ikke kritiseret i en afgørelse fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol om retten til at få behandlet en retssag inden for en rimelig frist

Sagen er refereret i EU og Menneskeret [redacted] hvor den vedrørende krænkelsen af artikel 6 er gengivet således:

[redacted]

Sagens faktiske omstændigheder

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Menneskerettighedsdomstolens afgørelse

[REDACTED]

Vedrørende artikel 6, stk. 1:

[REDACTED]

Menneskerettighedsdomstolen mindede om sin praksis, hvorefter sagsbehandlingstiden hos en administrativ myndighed skal indgå i beregningen af den samlede sagsbehandlingstid, når der i national ret er foreskrevet obligatorisk udnyttelse af en forudgående administrativ procedure, før klager kan gå til domstolene. I sådanne tilfælde begynder



Kommentar:

Selvom Retslægerådet i den konkrete sag ikke blev kritiseret i relation til kritikken af den alt for lange sagsbehandlingstid, er det vigtigt at notere sig, at det følger af Menneskerettighedsdomstolens faste praksis, at den

ved vurderingen af, om den tidsmæssige udstrækning af en retssag opfylder konventionens krav om en rimelig frist, jf. konventionens artikel 6, blandt andet lægger vægt på de relevante myndigheders adfærd i forbindelse med sagsbehandlingen. Dette gælder også, selvom det var klager selv, der havde bidraget til den tidsmæssige udstrækning af retssagen ved i flere tilfælde at have anmodet om udsættelse af sagen med henblik på at udforme spørgsmål til Retslægerådet. Derudover anførte Domstolen, at selv om der gik [redacted] med at diskutere udformningen af spørgsmålene til Retslægerådet – som ikke i sig selv kunne bebrejdes domstolene – havde domstolene adgang til og pligt til at overvåge retssagens fremdrift og sikre, at den ikke blev forsinket.

Det betyder således også, at alle andre involverede offentlige myndigheder, herunder Retslægerådet, har en selvstændig forpligtelse til at medvirke til, at sagsbehandlingstiden ud fra et helhedssynspunkt ikke strækker sig udover det nødvendige i forhold til sagens kompleksitet, de hørende myndigheders adfærd og sagens betydning for klager.

Denne forpligtelse tilstræber rådet at opfylde ved hele tiden at have opmærksomheden rettet mod at optimere den interne sagsbehandlingstid, men også ved løbende at påpege nødvendigheden af, at sagerne er sufficente ved den første fremsendelse til rådet, herunder at sagerne forelægges i overensstemmelse med rådets vejledninger.

Referat fra Retslægerådets temamøde den 5. marts 2009 om emnet: "Whiplash Syndromet: en kritisk gennemgang"

En stor del af de E-sager, der forelægges Retslægerådet, omhandler spørgsmål vedrørende whiplash. På denne baggrund inviterede formandskabet til debatmøde den 5. marts 2009 om emnet: "Whiplash Syndromet: en kritisk gennemgang". Deltagerkredsen var Retslægerådets medlemmer, sekretariatet, de lægelige referenter og 20 gæster med særlig interesse for problemstillingen herunder voterende inden for blandt andet neurologi, reumatologi og psykiatri.

Mødet blev ledet af professor, dr.med. Troels Staehelin Jensen og indeholdt følgende oplæg:

Kroniske smerter, herunder Whiplash syndrom. Definition og årsager.
Troels Staehelin Jensen

Whiplash syndromet specielt med henblik på risikofaktorer, behandling og prognose.
Helge Kasch

Whiplash skade og WAD: Svenske erfaringer.
Gunilla Brodda Jansen

Whiplash syndromet og de nye sygdomme, psykologiske aspekter.
Morten Birket-Smith

I forlængelse af mødet blev der som referat udarbejdet følgende notat af Troels Staehelin Jensen, Helge Kasch og Morten Birket-Smith:

Whiplash og whiplash syndromet

Smerte defineres som en sensorisk og emotionel oplevelse forårsaget af en

aktuel eller truende vævsbeskadigelse eller beskrevet, som om en sådan vævsbeskadigelse forelå (IASP 1078). Den akutte smerte er praktisk taget altid en reaktion på et vævsskadeligt stimulus, mens den kroniske smerte ikke altid kan sættes i forbindelse med en specifik vævsskade.

Whiplash eller piskesmæld er betegnelsen for en skademekanisme, der rammer halshvirvelsøjlen, hvor denne udsættes for en kraftig acceleration/deceleration påvirkning med mulig forstrækning af led, ledbånd, sener og muskler i halshvirvelsøjlen. Denne skade kan sammenlignes med en forstuvning af andre led.

Whiplash symptomer er de symptomer, der kan ses i tilslutning til et whiplash traume. I den akutte fase drejer det sig sædvanligvis om forbigående nakkesmerter, stivhed i nakken, hovedpine, skuldersmerter, svimmelhed og eventuelt angstlignende symptomer.

Whiplash syndromet (WAD) henviser til den konstellation af symptomer, der ses i en kronisk fase (mindst 6 mdr. efter

uheldet). WAD er karakteriseret ved: vedvarende smerter i nakke, hoved, skuldre, arme eventuelt kæber, nedsat bevægelighed i nakke, svimmelhed, træthed, almen ulystfølelse og forskellige former for kognitive og psykiske symptomer, herunder hukommelses-, koncentrations- og indprentningssvækkelse.

Symptomerne ved WAD er uspecifikke og hyppige fænomener i den almindelige befolkning. Symptomerne ved WAD ses også som almindelig forekommende symptomer ved andre kroniske smertetilstande, som fibromyalgi og følger efter hjernerystelser. Det kan derfor ofte være vanskeligt at fastslå, at et smertesyndrom kan henføres til en enkelt begivenhed eksempelvis et whiplash traume.

En tidsmæssig sammenhæng mellem uheldet og de efterfølgende symptomer, et traume af en vis styrke og fravær af andre plausible forklaringer taler for, at whiplash traumet har spillet en rolle for opståelsen af det kroniske smertesyndrom. Kronisk smerte herunder de, der ses ved WAD, kan forværres med spredning af smerterne til andre dele af kroppen med forværring i intensitet og dermed også tilsyneladende

forværring i øvrige symptomer. Psykiske lidelser, herunder posttraumatisk belastningsreaktion, anden angstlidelse samt depression ses ofte ved WAD, men næppe hyppigere end ved andre skadefølger eller kroniske sygdomme i øvrigt.

Der findes ingen radiologiske undersøgelser eller andre diagnostiske undersøgelser, der kan dokumentere tilstedeværelsen af et whiplash syndrom. Der er intet holdepunkt for, at personer med whiplash syndrom har tegn på strukturel hjerneskade. De kognitive symptomer, der ses ved WAD, kan derimod tvangfrit forklares af smerter, som påvirker opmærksomhed og fokusering.

I langt de fleste tilfælde efter et whiplash traume aftager symptomerne efter nogle få uger, men hos en mindre gruppe, 8-11 %, er der vedvarende symptomer, der kan persistere og eventuelt give anledning til blivende gener. Der findes ingen specifik behandling af de akutte whiplashsymptomer. Almindelig livsførelse uden intervention med hurtig tilbagevenden til tidligere stade er lige så effektiv som langvarig fysioterapi.

PTSD – referat af indlæg ved Retslægerådets internatmøde den 6. maj 2008

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatisk belastningsreaktion) er en lidelse, rubriceret under angstlidelser, der fordrer et (meget) svært psykisk traume og senere opståen af: 1. ubehagelig genoplevelse af traumet ("intrusion") 2. undgåelse af minder om traumet ("avoidance") 3. en generel tilstand af anspændthed, koncentrationssvækkelse og irritabilitet ("arousal"). PTSD optræder efter meget svære traumer typisk med en incidens på omkring 15-20 %, ved mindre udtalte traumer sjældnere. En stor del af PTSD-tilfælde er forbigående både spontant remitterende og påvirkelige af såvel farmakologisk som psykoterapeutisk behandling. Undersøgelser tyder på, at en tidlig behandling (både psykoterapeutisk og farmakologisk) rettet mod personer med tidlige tegn på PTSD kan mindske senere optræden af PTSD, mens en mere generel intervention (for eksempel debriefing) overfor alle traumatiserede ikke synes at have nogen effekt. Udvikling af PTSD er i epidemiologiske undersøgelser fundet afhængig af en række præ-, peri-, og posttraumatiske faktorer – det vil sige personlig vulnerabilitet, grad af forberedthed (herunder træning), traumets styrke og karakter samt eventuelle posttraumatiske komplikationer. Et givet traume er således definatorisk en nødvendig, men sjældent i sig selv tilstrækkelig årsag til udvikling af PTSD.

De diagnostiske kriterier for PTSD i WHO's diagnosesystem ICD-10, som anvendes i Danmark, og i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV er forskellige. De væsentligste forskelle er, at DSM-IV – men ikke ICD-10 – opererer med en forsinket udgave af PTSD, hvor symptomerne kan opstå mere end 6 måneder efter traumet. Ifølge DSM-IV skal symptomerne have været til stede i mindst 4 uger, før der kan diagnosticeres PTSD, mens der kan være tale om PTSD allerede indenfor 4 uger ifølge ICD-10. Der har ved de senere revisioner af DSM-IV været tendens til, at det såkaldte stressor-kriterie (kravet om at der har været udsættelse for et svært traume) er blevet slækket, altså at tærsklen for, at et traume "er traumatisk nok", er blevet lavere, blandt andet med inklusion af alvorlig somatisk sygdom som potentielt traume.

Der er i forskningsmæssig sammenhæng påvist forskelle (stressrespons, HPA-aksen (hormonel regulation af stressberedskab) og strukturelle/dynamiske hjerneforandringer) mellem patienter med PTSD og såvel patienter med andre psykiatriske lidelser som raske kontrolpersoner. Disse data kan imidlertid ikke overføres til klinisk brug, og diagnosticering af PTSD hviler væsentligst på patienternes egne oplysninger.

I retspsykiatrisk sammenhæng er et af de hyppigste problemer, om stressorkriteriet overhovedet er opfyldt. Retslægerådet ser således jævnligt sager, hvor PTSD er diagnosticeret efter relativt ubetydelige traumer. Der må fordres ret betydelige traumer, det vil sige traumer, som ofte – men næppe altid – vil indbefatte reel eller oplevet livsfare. I øvrigt er der betydelige individuelle forskelle i vulnerabilitet overfor traumatiske oplevelser, både præ-, peri- og posttraumatisk.

Endvidere foreligger der ofte utilstrækkeligt materiale/dokumentation i de sager, der forelægges rådet, til, at PTSD med sikkerhed kan diagnosticeres. Det vil typisk dreje sig om upræcis eller utilstrækkelig symptombeskrivelse, ligesom materialet til dokumentation ofte er indhentet ganske lang tid efter både traumet og PTSD-debut.

Der forelægges jævnligt sager, hvor der har været udsættelse for et sufficient traume, og hvor der beskrives betydelig ændring af den psykiske helbredstilstand, men udelukkende indenfor for eksempel arousalclusteren, men uden intrusion og avoidance, der indgår som diagnostiske kriterier.

Af ovennævnte grunde er Retslægerådet generelt ret tilbageholdende med at anerkende forelagte sager som PTSD. Det skal tilføjes, at der formentlig er en tendens til, at sager, som forelægges Retslægerådet, vil være mindre oplagte og klare eksempler på PTSD, da der netop er opstået en diskussion mellem for eksempel forsikringsselskab og skadelidte. Således er rådets PTSD-sager næppe repræsentative for PTSD, men vil netop ofte være marginale tilfælde.

Forelæggelse af sager/retssager for Retslægerådet samt udformning af spørgsmål til rådet

Retslægerådet får af og til henvendelser fra offentlige myndigheder og parternes advokater vedrørende spørgsmål om den praktiske forelæggelse af civile sager/retssager for rådet, ligesom rådet ofte i forbindelse med forelæggelse af sager har været nødt til at anmode den forelæggende myndighed om en præcisering/konkretisering af de spørgsmål, der stilles til rådet.

Retslægerådet har som følge heraf fundet grundlag for at foretage en ajourføring af rådets vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for rådet samt rådets vejledning vedrørende udformning af spørgsmål til rådet, idet det har væsentlig betydning for rådets sagsbehandlingstid, og dermed for sagens parter, at sagerne så vidt muligt fremsendes sufficente i forbindelse med den første fremsendelse, hvad der i næsten alle tilfælde ikke vil frembyde særlige vanskeligheder.

En konkret henvendelse vedrørende den generelle procedure for forelæggelse af civile retssager for rådet har blandt andet resulteret i følgende besvarelse:

”Under henvisning til Deres forespørgsel, meddeles det herved, at rådet fastholder, at forelæggelsen af sagerne skal ske i overensstemmelse med rådets vejledning, der fremgår af rådets hjemmeside. (www.retslaegeraadet.dk).

Retslægerådet ønsker således, at det lægelige materiale herunder alt relevant billedmateriale, processkrifter og rettens tilladelse til spørgsmålsstillingen fremsendes samlet og ordnet i overensstemmelse med vejledningen.

I det omfang parterne med rettens godkendelse fremsender andre bilag, end de lægelige bilag, der har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen, ønsker rådet ligeledes, at disse bilag fremsendes ordnet kronologisk efter datering i et omslag for sig og i øvrigt i overensstemmelse med vejledningen.

Øvrige ikke-lægelige bilag, der ikke har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen, kan således udelades i forbindelse med fremsendelsen.

Retslægerådet anvender således processkrifterne til at danne sig et overblik over sagens faktiske omstændigheder, der indgår i den lægelige vurdering af det forelagte lægelige materiale, ligesom rådet anvender de relevante ikke-lægelige bilag, i det omfang disse har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen.

Det er således op til sagens parter sammen med retten at afgøre, hvilke bilag, der ud fra den almindelige forhandlingsmaksime skal forelægges rådet i forbindelse med behandling af sagen.

Det bemærkes, at Retslægerådet ikke selv indhenter materiale til brug for sagen, men alene efterspørger dette, i det omfang det findes nødvendigt. Såfremt det under sagens behandling viser sig, at det fremsendte materiale viser sig ufuldstændigt eller mangelfuldt, kan det ikke udelukkes, at rådet vil gøre en bemærkning herom i forbindelse med besvarelsen af spørgsmålene.

Retslægerådet har endvidere, som en opfølgning på artiklen ”Blus under sagerne” bragt i Advokaten nr. 3/2009, i samarbejde med Domstolsstyrelsen fået indlagt en ”standardretsbog” i domstolenes sagsbehandlingssystemer til brug i forbindelse med forelæggelse af sager for rådet. Det er rådets håb, at dette tiltag kan medvirke til en optimering af sagsforberedelsen fra den hørende myndighed og parternes advokaters side, og at dette på sigt kan medføre en nedbringelse af rådets sagsbehandlingstider, særligt for så vidt

angår E-sagerne, der beslaglægger en meget væsentlig del af rådets arbejde.

Endelig er rådet på forsøgsbasis begyndt at efterspørge fremsendelse af spørgetemaer digitalt via rådets e-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk i RTF-format eller i Word, hvilket i væsentligt omfang bidrager til en hurtigere sagsbehandling i forbindelse med renskrivningen af rådets udtalelser.

Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at fremsendelse af fortrolige og personfølsomme oplysninger via e-mail skal ske i overensstemmelse med persondatalovens § 7, § 8 og § 41, stk. 3 og 5, sikkerhedsbekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 samt Datatilsynets sikkerhedsvejledning nr. 37 af 2. april 2001. Retslægerådet er endvidere indstillet på, efter begæring fra den hørende myndighed, at fremsende rådets udtalelse digitalt i overensstemmelse med de ovenfor nævnte bestemmelser.

Endelig skal rådet henvise til rådets nye hjemmeside www.retslaegeraadet.dk, hvor rådet løbende vil give relevante oplysninger om rådets arbejde, herunder om rådets sagsbehandlingstider.

Ajourført vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet

*Retslægerådet skal anmode om, at sager der forelægges for rådet alene fremsendes i ét eksemplar (uden dubletter) med en **opdeling af sagen i:***

1) Retsbog vedrørende rettens godkendelse af forelæggelsen, det af retten godkendte spørgetema inklusive bilagsfortegnelse samt sagens relevante processkrifter. Spørgetema bedes tillige fremsendt digitalt via rådets e-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk, idet opmærksomheden dog henledes på persondatalovens § 7, § 8 og § 41, stk. 3 og 5, sikkerhedsbekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 samt Datatilsynets sikkerhedsvejledning nr. 37 af 2. april 2001.

2) Lægelige bilag herunder alt relevant billedmateriale fra røntgenundersøgelser, CT og MR-skanninger mv.

3) Andre bilag der har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen.

For så vidt angår det tilsendte **lægelige materiale** kan rådets ønsker opsummeres således:

1) At alt relevant lægeligt materiale fremsendes samlet.

2) At de lægelige bilag holdes adskilt fra det øvrige fremsendte materiale.

3) At bilagene er ordnet kronologisk efter datering.

4) At bilagene er sammenhæftet hver for sig, ved omfattende bilag i et chartek for sig.

5) At bilageringen er entydig (herunder underbilag). Den oprindelige sagsbilagering må gerne anvendes, og hvor bilaget er et samlebilag, anmodes om, at underbilaget påføres underbilagsnummer.

6) At der er vedlagt eller indført en bilagsfortegnelse i spørgetemaet over det lægelige materiale med angivelse af bilagene i kronologisk orden – forsynet med angivelse af navn (læge/hospital) samt datering (dato for erklæringer – tidsrum for journalmateriale) for de enkelte bilag.

7) At bilagene fremsendes i ét eksemplar uden dubletter.

8) At bilagene er læselige og komplette.

9) At bilageringen opretholdes ved en eventuel senere genfremsendelse af sagen.

10) At alle relevante røntgenbilleder og skanningsresultater fremsendes sammen med sagen.

11) At der i sager om arbejdsskader, hvor det er relevant, vedlægges en arbejdsbeskrivelse, eventuelt to, såfremt der er strid om arbejdets omfang og udførelse, medmindre arbejdsbeskrivelsen fremgår af vedlagte processkrifter, hvortil der skal henvises.

Følges disse retningslinier er der skabt en god mulighed for, at Retslægerådet straks kan påbegynde sagsbehandlingen til gavn for alle, herunder sagens parter og de forelæggende offentlige myndigheder. Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at to meget væsentlige årsager til en forsinket sagsbehandling i civile retssager er, at der mangler journal fra egen læge og relevant billeddiagnostisk materiale,

herunder resultat af eventuelle CT og MR-skanninger.

Såfremt ovennævnte retningslinier ikke er fulgt, vil sagen som udgangspunkt blive returneret med en bemærkning om, at sagen bedes fremsendt i overensstemmelse med vejledningen, hvilket naturligvis vil medføre en forsinkelse af sagsbehandlingen.

Der henvises endvidere til artiklen ”Forelæggelse af civile sager for Retslægerådet” i rådets årsberetning for 2001-2002, side 47 ff., til Retslægerådets artikel i Advokaten 4/2005 samt til Retslægerådets jubilæumsbog 1909-2009, afsnit 3.0, side 126 ff.

Vejledning om udformningen af spørgsmål til Retslægerådet i civile sager

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

Kompetence til at forelægge sager for Retslægerådet:

Det er således en forudsætning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmål, at spørgsmålene enten stilles af en offentlig myndighed til brug for dennes afgørelse af en sag, eller at de stillede spørgsmål er godkendt af den ret, der behandler sagen, og at sagen i alle tilfælde vedrører enkeltpersoners retsforhold.

Generelt om formulering af spørgsmål:

Det er en forudsætning, at spørgsmålene er:

1. **Konkrete** – at spørgsmålene vedrører bestemt påpegede forhold. Rådet kan **ikke** påtage sig **at** referere eller bekræfte, hvad der står at læse i sagsakterne, **at** udarbejde resume af sagsakterne eller **at** foretage generelle helbreds-vurderinger. Rådet foretager ikke generel diagnosticering eller resume af alle lidelser. Det påhviler derfor sagens parter at udpege de konkrete forhold og lidelser/gener, som parterne ønsker rådets skøn over.

2. **Klare** – at spørgsmålene er klart formuleret, således at misforståelser

undgås, og det tydeligt fremgår, hvad sagens parter ønsker rådets skøn over.

3. **Neutrale** – at der ikke lægges op til, at rådet skal afgøre den foreliggende tvist, idet det alene er rådets opgave at skaffe et grundlag for myndigheds-/rettens afgørelse af den forelagte sag.

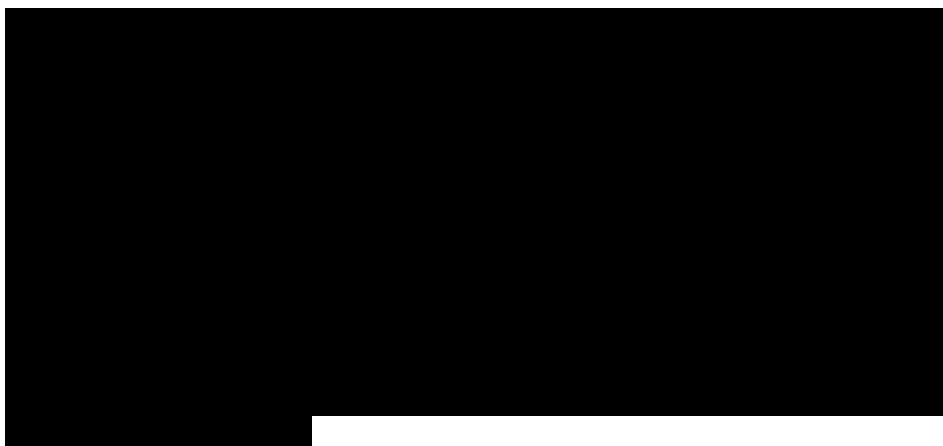
4. **Relevante** – at spørgsmålene skal have sammenhæng med den foreliggende tvist. Herunder at der – ved anmodning om rådets skøn over om en skade er opstået ved en bestemt hændelse eller arbejdssituation – foreligger en entydig beskrivelse af hændelsen eller arbejdsprocessen.

5. **Omfattet af rådets sagkundskab** – at spørgsmålene ikke lægger op til en bedømmelse, der ikke er omfattet af rådets kompetence, men tilkommer retten (for eksempel en bevisvurdering) eller er omfattet af en anden myndigheds kompetence (for eksempel spørgsmål om erhvervsevnetab, der henhører under Arbejdsskadestyrelsen).

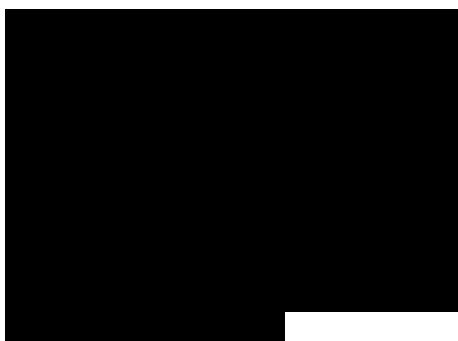
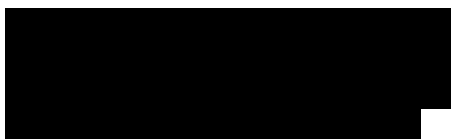
Der henvises endvidere til Betænkning om Retslægerådet nr. 1196 fra 1990 side 131 ff. og Retslægerådets artikel i Advokaten nr. 4/2005.



Arbejdsbetinget skulderlidelse?



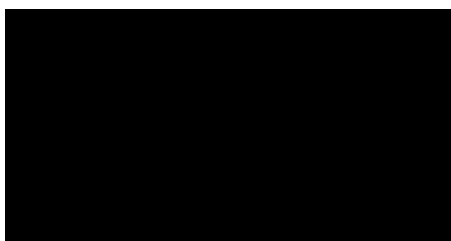
Spørgsmål 1.



Spørgsmål 3.



Spørgsmål 2.



[Redacted]

[Redacted]

Spørgsmål 4.

[Redacted]

[Redacted]

Spørgsmål 5.

[Redacted]

[Redacted]

Spørgsmål 6.

Har Retslægerrådet i øvrigt kommentarer til sagen?

Nej.

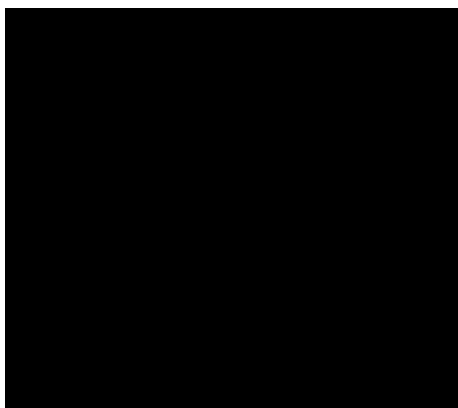
[Redacted]

Spørgsmål TRE-1:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



Der er en righoldig litteratur, som sammenkobler skulderbelastende arbejde og en skulderlidelse som hos sagsøger for eksempel:

Svendsen SW et al.: Work related shoulder disorders. *Occup Environ Med* 2004;61:844-53.

Leclerc A et al.: Incidence of shoulder pain in repetitive work. *Occup Environ Med* 2004; 61:39-44.

Pope DP et al.: Occupational factors related to shoulder pain and disability. *Occup Environ Med* 1997; 54:516-21.

Walker-Bone K, Reading I, Coggon D, Cooper C, Palmer KT: Risk factors for specific upper limb disorders as compared with non-specific upper limb pain: assessing the utility of a structured examination schedule. *Occup Med (Lond)* 2006; 56:243-50.

Stenlund B, Goldie I, Hagberg M, Hogstedt C: Shoulder tendonitis and its relation to heavy manual work and exposure to vibration. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19:43-9.

Miranda H, Viikari-Juntura E, Heistaro S, Heliovaara M, Riihimaki H: A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus non-specific shoulder pain without clinical findings. *Am J Epidemiol* 2005; 161:847-55.

Frost P, Bonde JP, Mikkelsen S, Andersen JH, Fallentin N, Kaergaard A, Thomsen JF: Risk of shoulder tendonitis in relation to shoulder loads in monotonous repetitive work. *Am J Ind Med* 2002; 41: 11-8.

Chiang HC, Ko YC; Chen SS, Wu HS, QE TN, Chang PY: Prevalence of shoulder and upper-limb disorders amongst workers in the fish-processing industry. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 126-31.

Melchior M, Roquelaure Y, Evanoff B, Chastan JF, Ha C, Imbernon E, Goldberg M, Leclerc A; Pays de la Loire Study Group: Why are manual workers at high risk of upper limb disorders? The role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study). *Occup Environ Med* 2006; 63: 754-61.

Svendsen SW, Gelinech J, Mathiassen SE, Bonde JP, Frich LH, Stengaard-Pedersen K, Egund N: Work above shoulder level and degenerative alterations of the rotator cuff tendons: a magnetic resonance imaging study. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3314-22.

Det er også Retslægerrådet bekendt, at årsagen til skulderlidelser af denne

art er multifaktoriel, hvor den fysiske belastning er en af en række faktorer (for eksempel DAWM vand der Windt et al.: Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review. *Occup Environ Med* 2005; 57:433-422). Retslægerådet har derfor i besvarelsen anvendt udtrykket "en sandsynlig årsag til sagsøgers skulderlidelse" og ikke i nærmere grad angivet graden af sandsynlighed.

Kommentar:

Sager, der vedrører erstatning for følger efter ulykker og arbejde, bliver forelagt rådet i stigende grad. I en del af de erstatningssager, der forelægges, er der ingen påviselige strukturelle forandringer, der kan henføres til en skade, eller en henførelse kan være vanskelig, fordi forandringer efter spontan sygdom eller aldersforandringer med degeneration af sener, brusk og andet kan være svære at differentiere fra forandringer, der er fremkaldt af arbejdsforhold eller ulykker. Ved arbejdsskadesager kan afgrænsning af Retslægerådets opgaver overfor Arbejdsskadestyrelsen give anledning til overvejelser. Retslægerådets kompetence fremgår dog af loven om Retslægerådet, og den har været gældende siden 1909. Retslægerådet træffer således ikke afgørelser, men afgiver lægevidenskabelige skøn, og det tilkommer heller ikke Retslægerådet at udtale sig om forhold, der hører under andre myndigheder. Imidlertid er det bekræftet gentagne gange, også ved en række landsretsdomme, at det er Retslægerådet, der er den øverste lægelige sagkundskab, når det drejer sig om lægefaglige udtalelser, herunder

bedømmelser af årsagssammenhænge, og at det hører under Retslægerådets kompetence at afgive udtalelse om sådanne årsagssammenhænge. Dette må således ske på en måde, der ikke direkte inddrager Retslægerådet i den konkrete bevisvurdering. Det er ikke Retslægerådet, der skal træffe afgørelsen i den konkrete sag. Retslægerådet tager således ikke stilling til, om en sagsøger bør have anerkendt sin skulderlidelse som værende omfattet af arbejdsskadelovgivningen, men rådet kan tage stilling til sandsynligheden for, at det beskrevne arbejde har kunnet fremkalde en skulderlidelse.

For brugerne af Retslægerådet er det velkendt, at rådet ikke træffer afgørelser. I mange erstatningssager bliver rådet imidlertid alligevel anmodet om at angive sandsynligheden for en sammenhæng med spørgsmål, der søger at inddrage rådet i en bevisvurdering. Det er kun i meget få sager muligt at give et kvantitativt udtryk for en årsagssammenhæng. Vedrørende skulderlidelser er der en epidemiologisk evidens for sammenhæng mellem skulderlidelser (rotator cuff syndrom) og arbejde, om end der endnu mangler videnskabelig evidens på en række punkter. Det tilkommer ikke Retslægerådets sagkyndige at blive enige om arbitrære grænser på områder, hvor der ikke er evidens. Retslægerådets udtalelser må baseres på videnskabelig dokumentation med en åben fremlæggelse af de usikkerheder, der findes. Dette kan eventuelt nødvendiggøre, at rådet giver litteraturreferencer i sine svar, hvad rådet sædvanligvis undlader. For en

nærmere diskussion heraf henvises der til kommentaren i artiklen [redacted]

Forholdet mellem skulderlidelser og arbejde har været drøftet i Retslægerådet ved et møde mellem de sagkyndige i sommeren 2008. De sagkyndige fandt her, at diagnosen rotator cuff syndrom, der dækker tendinit (seneinflammation) svarende til skulderens senemanchet, herunder supraspinatus tendinitis, caput longum bicipitis tendinitis og bursitis subacromialis (slimsækbetændelse) kan bygges på en korrekt udført klinisk undersøgelse af skulderen. Heri ligger også, at invasiv diagnostik (kikkertundersøgelse) eller billeddiagnostik (scanninger) kan supplere den kliniske diagnose, men de er ikke en betingelse for, at en rotator cuff lidelse kan anses for påvist. Der er ikke konsensus om et bestemt sæt af diagnostiske kriterier, men om hovedtrækkene. Smerter og tab af aktiv bevægelighed er de hyppigste symptomer på en skulderlidelse. Smerter på skulderleddets forside er hyppige ved bicipstendinitis, men smertelokalisationen er ikke noget sikkert tegn på lokalisationen af en eventuel underliggende sygelig tilstand.

Den kliniske diagnose rotator cuff syndrom bygger på anterolaterale skuldersmerter med forværring ved aktiv bevægelse af overarmen. Desuden objektive fund i form af indirekte ømhed ved en eller flere bevægelser mod modstand og en positiv impingement test (kollisionstest). Der er normal passiv udadrotation (differentialdiagnostisk overfor frossen skulder) og negativ ap-

prehension test (differentialdiagnostisk over for labrum-læsion: det vil sige ledlæbe-læsion). Impingement-diagnosen kræver en positiv impingement test, for eksempel smerter ved indadrotation af skulderleddet på 90 graders abduceret overarm eller Hawkins test.

En række andre sygdomme kan indebære smerter i skulderen. Det drejer sig blandt andet om cervikalt rodtryk, skulderinstabilitet, adhæsiv capsulitis (periarthrosis humeroscapularis) myofascielle smerter (cervikobrakialt syndrom) og komplekse regionale smertesyndromer samt isolerede læsioner af nerverne i skulderen.

Mekanismen bag udviklingen af skulderlidelser, der kan udspringe af arbejde, antages at være mekanisk påvirkning eller ændret stofskifte fremkaldt af hæmmet blodforsyning til skulderen i visse stillinger. Der er i den videnskabelige litteratur en vis overhyppighed af skulderlidelser i forbindelse med bestemte konfigurationer af acromion (skulderhøjden, et fremspring på skulderbladet), men sammenhængen er ikke overbevisende, og acromions form kan ikke i sig selv forklare skulderlidelser. I en dansk erhvervsaktiv population af ufaglærte arbejdere var halvdelen af tilfældene med nyopstået rotator cuff syndrom forsvundet efter 12 måneder. Arbejdets betydning for prognosen var ukendt.

Evidensen for sammenhængen mellem arbejde og rotator cuff lidelse er samlet i et oversigtsarbejde for Erhvervs-sygdomsudvalget i 2007 (Jones GT et AL: Associations between work related

exposure and the occurrence of rotator cuff disease. A reference document). Her konkluderes, at der er moderat til stærk evidens for, at arbejde med arme løftet udgør en risikofaktor for udviklingen af rotator cuff syndrom og biceps tendinit. Der er moderat evidens for en øgning af risikoen, hvis arbejdet er tungt eller kraftbetonet. Der er begrænset evidens for, at repetitive skulderbevægelser i sig selv (uafhængigt af kraftanvendelse og arbejdsstillinger) øger risikoen. Da sammenhæng mellem eksponering og respons både for så vidt angår varighed og intensitet er dårligt belyst, er der ikke basis for evidensbaserede specifikke eksponeringsstandarder. Man må således gå ind i en konkret vurdering.

Sammenfattende er relevante risikofaktorer følgende: 1) arbejde med løftede arme (fleksion, elevation og abduktion). 2) tungt og meget akavet arbejde, der involverer armene. 3) repetitivt arbejde, som udføres med eleverede arme eller er tungt/kraftbetonet.

Ved vurderingen har det uændret gennem tiden været Retslægerådets opfattelse, at der skal være en klar tidsmæssig sammenhæng mellem en belastning, en ulykke eller en tildragelse for symptomernes opståen, hvis årsagsforbindelse skal anses for sandsynlig. Afhængigt af skaden eller sygdommen er dette selvfølgelig ikke ensbetydende med, at alle symptomer skal være udviklet med det samme og uændrede over tid.

I nogle erstatningssager bliver Retslægerådet spurgt om en sammenhæng er sandsynlig, og anmodet om at graduere sandsynligheden på en måde, der indrager rådet direkte i bevisvurderingen. Nogle advokater anmoder således rådet om at tage stilling til om en sammenhæng er overvejende sandsynlig i den konkrete sag. Da formuleringen i stigende grad gav anledning til nogle mere generelle overvejelser, besluttede rådet omkring nytår 2007 mere aktivt end tidligere at undgå anvendelsen af udtrykket "overvejende sandsynligt" i sine svar, men i erstatningssager på anden måde søge at beskrive, hvor sandsynlig en sammenhæng kunne være. Baggrunden herfor er, at betydningen af begrebet "overvejende sandsynligt" varierer fra gang til gang, også hos de samme advokater. Eksempelvis er det nogle gange brugt ensbetydende med en sandsynlighed på 0,51 eller mere, hvor der således skal være tale om en lille overvægt i forhold til mindre sandsynligt. I almindeligt medicinsk sprogbrug anvendes udtrykket om en meget høj grad af sandsynlighed (p nær 1,0), og nogle advokater anvender tilsyneladende udtrykket tilsvarende, idet de med biord opdeler sandsynligheden i en række klasser, hvor "overvejende sandsynlig" er den højeste (eller den laveste), og hvor de anmoder rådet om at indplacere sandsynligheden i en af de nævnte klasser.

En sandsynlighed nær 1,0 vil næppe forekomme i erstatningssager, der vedrører degenerative sygdomme i bevægeapparatet, da disse sygdomme også

forekommer aldersrelaterede og spontant. En mindre grad af sandsynlighed kan formentlig også gøre det, men det er ikke Retslægerådets opgave at lægge snitfladen ved erstatningssagerne, for eksempel ved at rådet må anvende udefinerede udtryk, der eventuelt kan prædestinere en konkret afgørelse. Bevisvurderingen og afgørelseskompetencen beror hos domstolene eller andre hørende myndigheder, og ikke hos Retslægerådet, der alene afgiver lægevidenskabelige skøn.

Når Retslægerådet tilstræber ikke at bruge udtrykket ”overvejende sandsynligt” i sine svar er det fordi begrebet i praksis er dårligt defineret med en

skiftende betydning som kan føre til misforståelser. Desuden vil udtrykket ofte involvere Retslægerådet direkte i bevisvurderingen og kan på uheldig måde være prædestinerende for afgørelsen i en konkret sag, hvilket måske er grunden til, at nogle advokater vælger at anvende udtrykket i de spørgsmål, der stilles.

Som det også er anført i rådets besvarelse i den konkrete sag kan årsagen til en skulderlidelse være multifaktoriel, og det kan derfor heller ikke udelukkes, at én af disse faktorer nok kan være mere udslagsgivende end andre faktorer, men at det kan være samspillet, der er det afgørende for, at lidelsen opstår.



Slankemedicin medførte hjerteklapfejl

I forbindelse med retssagens behandling blev der fremsendt en række spørgsmål til Retslægerådet i flere omgange. [REDACTED]

Spørgsmål 1:

Er der påvist nogen sikker forbindelse mellem indtagelse af Isomeride (dexfenfluramin) og hjerteklapfejl?

I 1997 rapporteres for første gang en sammenhæng mellem indtagelsen af

slankemidler som dexfenfluramin og hjerteklapfejl. Denne sammenhæng er blevet bekræftet i flere efterfølgende undersøgelser, der er etableret en mulig mekanisme for denne effekt, og der kan ikke være tvivl om, at indtagelse af slankemidler som dexfenfluramin kan føre til hjerteklapfejl.

Spørgsmål 2:

Overstiger antallet af konstaterede hjerteklapfejl blandt patienter, der har indtaget Isomeride (dexfenfluramin,) hvad der statistisk kan forventes i en normal population?

Er der blevet konstateret en forøgelse af antallet af hjerteklapslidelser efter at produktet kom på markedet og et fald efter at det blev tilbagekaldt?

I de første rapporter over sammenhængen mellem slankemidler og hjerteklapfejl blev der rapporteret meget høje prævalenser, omkring 30 % hos patienter, der indtog slankemidler af denne type. Senere rapporter, som bygger på større talmaterialer og med en mindre hildet (biased) udvælgelse af patienter, viser meget mindre prevalens, omkring 2-3 %, og en relativ lille risiko for at udvikle hjerteklapfejl ved behandlingen på ca. 1,5, det vil sige en 50 % øget risiko i forhold til en ikke-behandlede fra en sammenlignelig population. Prevalensen af hjerteklapfejl i befolkningen er ikke sikkert kendt, men ligger i udenlandske studier omkring 1 % eller mindre.

Retslægerådet er ikke bekendt med opgørelser, der kan vise om antallet af hjerteklapslidelser er steget efter markedsføringen af dette slankemiddel. Da antallet af personer, der har indtaget slankemidler er lille i befolkningen, vil det næppe være muligt at frembringe statistikker i Danmark, der med sikkerhed kan belyse dette forhold.

Spørgsmål 3:

Kan en eventuel afvigelse fra normalpopulationen forklares med, at personer, der indtager dexfenfluramin er fede, og derfor i højere grad eksponeret for hjerteklapfejl end normalpopulationen?

Der er ikke holdepunkt for, at fede udvikler hjerteklapslidelser i højere grad, end normalvægtige.

Spørgsmål 4:

Baggrunden for tilbagekaldelsen af produktet i USA var formodede skader forårsaget af fenfluramin i kombination med phentermin. Kan der sluttes herfra og til situationer, hvor der alene indtages fenfluramin eller dexfenfluramin?

Den frivillige tilbagetrækning af slankemidlet i USA i 1997, og kort efter i Europa, var baseret på observationer med en kombination af phentermin og fenfluramin. Senere undersøgelser har vist, at der er tale om en klasseeffekt for lægemidler med denne virkningsmekanisme, og der er også undersøgelser, der påviser en sammenhæng mellem hjerteklapfejl og dexfenfluramin.

Spørgsmål 5:

Såfremt det foregående spørgsmål besvares bekræftende, spørges om der foreligger bevis for årsagssammenhæng mellem forekomst af hjerteklapfejl og en kombination af produkterne fenfluramin og phentermin?

Årsagssammenhængen er ukendt, men der findes en tumorform, der medfører en sygdom, der benævnes carcinoid syndrom. Disse tumorer frisætter stoffer med serotonerge egenskaber, som Isomeride også har. Disse tumorer kan medføre hjerteklapsygdom. Serotonerge mekanismer synes således at have betydning for patogenesen. Disse tumorer kan medføre hjerteklapfejl, især mitral-aortainsufficiens.

Spørgsmål 6:

Fra hvilket tidspunkt har man i fagkredse, henholdsvis fra myndighedernes side, anbefalet ikke at anvende dexfenfluramin i slankemidler, og var der forud for dette tidspunkt videnskabeligt begrundet mistanke om årsagssammenhæng mellem Isomeride/dexfenfluramin (alene) og hjerteklapfejl?

Slankemidlerne blev mistænkt for at kunne medføre pulmonal hypertension i midten/slutningen af 1990'erne, og den første og helt centrale videnskabelige rapport fremkom i 1997. Slankemidlerne blev markedsført af firmaet Americal Home Products, som den 17. september 1997 frivilligt trak midlerne fenfluramin og dexfenfluramin tilbage i USA og kort efter i Europa (1997). Midlerne har ikke været anbefalet siden da.

Spørgsmål 7:

Kan faktorer som medfødte lidelser/forudbestående lidelser, alder, rygning, fedme være afgørende for eller have indflydelse på, om en person får hjerteproblemer, herunder hjerteklapfejl?

Spørgsmålet er meget generelt. Hjerteproblemer (hjertelidelser) kan dels være medfødte og dels være associerede til en række omverdensfaktorer/livsstilelsfaktorer. De mest velkendte faktorer er rygning, fedme, sukkersyge, stillesiddende. Hvilken betydning sådanne faktorer har på den enkelte persons risiko for udvikling af hjerteproblemer kan ikke bestemmes, idet faktorerne kun kan bestemme risikoen for større populationer. En anlagt retssag (Class Action) i USA endte med forlig om er-

statning til behandling til personer, der havde indtaget mere end 61 tabletter og havde tegn på hjerteklaplidelser, uden krav om bevisførelse om en årsagssammenhæng.

Spørgsmål 8:

Udgør fedme en sundhedsmæssig risiko?

Svaret er ja, dog således, at fedme i sig selv ikke er nogen stor risikofaktor. Det er personer med kompliceret fedme i form af samtidig type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, dyslipidemi, der er i risiko for at få hjertekarsygdom.

Spørgsmål 9:

[Redacted]

[Redacted]

Spørgsmål 10:

[Redacted]

[Redacted text block]

Spørgsmål 11:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Spørgsmål 12:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Spørgsmål 13:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Spørgsmål 14:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Spørgsmål 15:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[REDACTED]

Spørgsmål 16:

[REDACTED]

[REDACTED]

Efterfølgende blev der den [REDACTED] fremsendt 11 supplerende spørgsmål, hvor man anmodede Retslægerådet om at redegøre yderligere for de svar, der tidligere var afgivet.

Spørgsmål 17:

I tillæg til besvarelsen af spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse reference på rapporteringen i 1997 samt de efterfølgende undersøgelser, som der henvises til som basis for konklusionen.

Svar på spørgsmål 1 byggede primært på følgende referencer:

- Homepage FDA Public health advisory. Report of valvular heart disease in patients receiving concomitant fenfluramine and phentermine.
- Graham DI et al. Further cases of valvular heart disease associated with fenfluramine-phentermine. N Engl J Med 1997;337:635.
- Connolly HM et al. Valvular heart disease associated with fenfluraminophentermine. N. Engl J Med 1997; 337: 581-8.

- Cannistra L. Valvular heart disease associated with dexfenfluramine. N Engl J. Med 1997; 337: 636.

- Weisman NJ et al. An assessment of heart-valve abnormalities in obese patients taking dexfenfluramine, sustained release dexfenfluramine, or placebo. N Engl J Med 1998; 339: 725-32.

- Wee CC et al. Risk of valvular heart disease among users of fenfluramine and dexfenfluramine who underwent echocardiography before use of medication. Annals of Internal Medicine 1998; 129: 870-74.

- Weissman NJ et al. Prevalence of valvular-regurgitation associated with dexfenfluramine three to five months after discontinuation of treatment. JACC 1999; 34: 2088-95.

- Davidoff R et al. Echocardiographic examination of women previously treated with fenfluramine, Arch Intern Med 2001; 161: 1429-36.

Der foreligger en relativ omfattende litteratur, der består af abstracts fra kongresser, og meddelelser i tidskrifter uden referee system tilknyttet. Disse er ikke indgået i besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 18:

I tillæg til svaret på spørgsmål 2 bedes Retslægerådet oplyse referencer på det materiale, som svaret bygger på.

Referencer som under spørgsmål 17.

Spørgsmål 19:

I tilknytning til svaret på spørgsmål 4 bedes Retslægerådet oplyse de referencer, som svaret hviler på.

Referencer som under spørgsmål 17.

Spørgsmål 20:

Svaret på spørgsmål 5 indeholder så vidt ses ikke et svar på det stillede spørgsmål. Er det rigtigt at fortolke svaret således: "Der foreligger ikke bevis for årsagssammenhæng mellem forekomst af hjerteklapfejl og en kombination af produkterne fenfluramin og phentermin, men en sammenhæng kan ikke udelukkes"?

Der foreligger kliniske studier, som tyder på en årsagssammenhæng mellem anvendelse af fenfluramin og dexfenfluramin og udvikling af aorta- og mitralklapsygdom. (Hopkins PN, Polukoff GI. Risk of valvular heart disease with the use of fenfluramine. BMC Cardiovasc Disord. 2003). I øvrigt referencer som under spørgsmål 17.

Spørgsmål 21:

I tilslutning til svaret på spørgsmål 6 spørges fra hvilket tidspunkt de danske myndigheder offentligt har forholdt sig til brugen af dexfenfluramin i slankemidler i form af påbud, forbud eller andet.

Slankemidlerne fenfluramin og dexfenfluramin blev globalt trukket tilbage i september 1997. Nærmere oplysninger om danske forhold kan fås hos Lægemiddelstyrelsen.

Spørgsmål 22:

I tilslutning til besvarelsen af spørgsmål 6 spørges – på ny – om der forud for den 17. september 1997 var en videnskabelig begrundet mistanke om årsagssammenhæng mellem Isomeride/dexfenfluramin og hjerteklapfejl, når produktet anvendtes alene og ikke i sammenhæng med fenfluramin.

Som anført i tidligere svar på spørgsmål 6, blev der i 1990'erne rejst mistanke om årsagssammenhæng. Da tilbage- trækningen skete i 1997 må spørgsmålet besvares bekræftende, idet den videnskabelige mistanke må have været velbegrundet før tilbagetrækningen.

Spørgsmål 23:

I svaret på spørgsmål 7 har Retslægerådet anført "en anlagt retssag (Class Action) i USA endte med forlig om erstatning til behandling til personer, der havde indtaget mere end 61 tabletter og havde tegn på hjerteklaplidelse, uden krav om bevisførelse om en årsagssammenhæng."

- 1. Er den citerede udtalelse af nogen betydning for svaret på det stillede spørgsmål?*
- 2. Er den gengivne iagttagelse af lægefaglig karakter?*
- 3. Retslægerådet bedes oplyse referencen for de angivne oplysninger.*

Som anført i tidligere svar på spørgsmål 7 er spørgsmålet meget generelt og må besvares bekræftende.

Ad spørgsmål 23.1:

Ja, da der i forbindelse med den omtalte "class action" er sammenstillet den lægevidenskabelige viden der ligger til grund.

Ad spørgsmål 23.2:

Se svar på spørgsmål 23.1.

Ad spørgsmål 23.3:

Der foreligger ikke en enkelt reference, men Retslægerådet kan henvide til www.settlementdietdrugs.com.

Spørgsmål 24:

I tilslutning til svaret på spørgsmål 7 bedes Retslægerådet oplyse omfanget og risikoen for større populationer udtrykt i sædvanlige statistiske termer.

Retslægerådet kan ikke påtage sig at udarbejde lange redegørelser som svar på generelle spørgsmål. Disse vil ofte rumme begreber, der medicinsk set er upræcise, og derfor dårligt definerede. Rådet henviser til lærebøger.

Spørgsmål 25:

I tilslutning til svaret på spørgsmål 8 bedes Retslægerådet præcisere, hvorvidt fedme indebærer risiko for udvikling af type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og dyslipidemi.

Ja, der findes en sammenhæng mellem forekomsten af fedme og type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og dyslipidemi, specielt den centrale abdominale fedme (bodegavommen) er associeret til type 2 diabetes, hypertension og dyslipidemien.

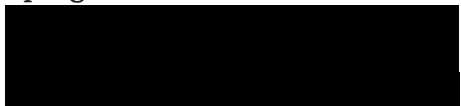
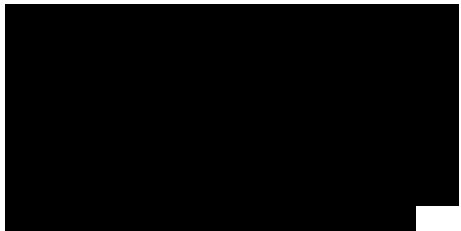
Spørgsmål 26:

I tilslutning til svaret på spørgsmål 8 spørges, om sætningen "det er personer med kompliceret fedme i form af samtidig type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, dyslipidemi, der er i risiko for at få hjertekarsygdom" indeholder svar på det stillede spørgsmål og i bekræftende fald, hvilken betydning oplysningen har for besvarelsen.

Ved øget risiko for hjertesygdom forstås hjertesygdom fremkaldt af åreforkalkning.

Nævnte forhold har ikke betydning for besvarelsen. 

Spørgsmål 27:

Kommentar:

Retslægerådet bliver undertiden anmodet om at give litteraturreferencer og generelle medicinske oplysninger. Dette var også tilfældet i denne sag.

Vedrørende generel medicinsk oplysning er rådets praksis den, at spørgsmål af typen "hvad er symptomerne ved en endogen depression?", "hvorledes

virker digitalis?” og ”kan faktorer som medfødte lidelser/forudbestående lidelser, alder, rygning, fedme være afgørende for eller have indflydelse på, om en person får hjerteproblemer, herunder hjerteklapfejl?” som hovedregel besvares med en henvisning til gængse lærebøger i psykiatri, medicin eller lignende. Såfremt et generelt spørgsmål relaterer sig direkte til den konkrete sag, og svaret er paratviden hos de voterende, kan spørgsmålet dog besvares kortfattet, som eksempelvis gjort i svaret på spørgsmål 7. Eventuelt med tilføjelsen ”i øvrigt henvises til almindelige lærebøger”. Hovedgrundene til, at Retslægerådet ikke påtager sig at give almindelig medicinsk information er, at denne opgave falder udenfor rådets arbejdsområde, som er at afgive lægevidenskabelige skøn vedrørende konkret påpegede forhold, men også at en sådan informativ virksomhed ville være uoverkommelig for rådets sagkyndige. Besvarelser af generelle medicinske spørgsmål på et videnskabeligt grundlag vil meget ofte resultere i udarbejdelse af oversigtsartikler, hvis svarene skal være udtømmende og korrekte. Hertil kommer, at mange af de spørgsmål Retslægerådet får stillet, ikke lader sig besvare uden en nærmere korrespondance til afgrænsning af de begreber, der indgår i spørgsmålet. Eksempelvis vil et forsøg på besvarelse af spørgsmål 7 og 24 i denne sag nødvendiggøre en korrespondance om, hvad man her skal forstå ved ”fedme”, ”sukkersyge”, ”rygning”, ”stillesidden”, ”hjerteproblemer”, ”medfødte sygdomme”, ”forudbestående sygdomme”,

”risiko”, ”omfang”, og vanlige statistiske termer.

Det hører til undtagelsen, at Retslægerådet anfører litteraturreferencer til støtte for de svar rådet afgiver. En hovedgrund hertil er, at der inden for alle områder af medicin er publiceret et meget stort antal videnskabelige arbejder, der ikke alle har samme relevans, kvalitet eller konklusioner. Domstolene vil i de fleste tilfælde ikke være det rette forum for en kritisk litteraturgenmængning, og arbejdet ville i givet fald jævnligt blive uoverkommeligt. Rådets sagkyndige tager udgangspunkt i, hvad der er almindeligt anerkendt inden for specialet. Dette gælder også inden for områder, hvor der kan være forskellige anerkendte skoler. Rådets sagkyndige skal således være erfarne læger, der er kyndige og har et overblik over den videnskabelige litteratur og den aktuelle viden inden for deres speciale. Det følger, at det vil være sjældent, at sagkyndige har behov for at anføre litteraturhenvisninger som begrundelse for deres synspunkter.

I nogle sager kan det dog være nødvendigt, som i den sag, der er redegjort for, hvor det har været afgørende at vurdere og tidsfæste de publikationer, der kunne give mistanke om hidtil ukendte, men farlige bivirkninger til et lægemiddel. Rådet har her i første omgang vurderet de publikationer, der førte til tilbagetrækningen af slankemidlerne fra handelen, og efterfølgende har rådet måttet redegøre for, hvilke videnskabelige data, rådet især har baseret sine udtalelser på.

Sagsøgte har under sagens behandling i retten rejst forskellige indvendinger mod dele af den citerede litteratur, der har været præget af en selektions-bias, hvor komplikationernes hyppighed fremstod meget høje i de første arbejder, der påpegede hjertekomplikationer, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.

Landsretten gik imidlertid ikke ind i en detaljeret vurdering af de enkelte litteraturstudiers meddelelser om komplikationernes relative hyppighed, men baserede sin afgørelse på en mere overordnet vurdering. I dommen hedder det således:

”Landsretten bemærker, at Isomeride blev trukket tilbage på globalt basis i 1997 efter opdagelsen af, at produktet kunne fremkalde bivirkninger, herunder hjerteklapfejl.

navnlig må lægges vægt på Retslægerådets erklæringer, af hvilke det blandt andet fremgår, at der ”ikke kan være tvivl om” at indtagelsen af slankemidler som dexfenfluramin (Isomeride) kan føre til hjerteklapfejl, og at der er undersøgelser, der påviser en sammenhæng mellem hjerteklapfejl og dexfenfluramin.



Transitorisk global amnesi

[REDACTED]

Retslægerådet fandt det usandsynligt, at der havde foreligget en transitorisk global amnesi [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Mentalerklæringen blev i første omgang ikke forelagt Retslægerådet, men et års tid efter mentalerklæringen var afgivet, blev sagen forelagt rådet med spørgsmålet om transitorisk global amnesi (TGA), det vil sige et timer varende hukommelsestab, som indtræder, uden at årsagen kendes. [REDACTED]

[REDACTED]

Retslægerrådet besvarede tre spørgsmål om transitorisk global amnesi som følger:

”Spørgsmål 1:

[Redacted]

[Redacted]

Spørgsmål 2:

Hvorledes kan sygdommen transitorisk global amnesi karakteriseres i forhold til andre neurologiske og/eller psykiatriske lidelser?

TGA betegner en tilstand med akut indsættende anterograd amnesi (fremadgribende glemsel) med en varighed typisk på 1 – 8 timer. Under anfaldet er patienten helt vågen med normal opmærksomhed og normal hukommelse for tidligere begivenheder. Der er normal læsevne, normal semantisk hukommelse (viden om begrebers betydning) og normal procedural hukommelse (hukommelse for hvordan handlinger udføres, for eksempel bilkørsel). Patienten er ofte desorienteret i tid og spørger igen og igen om det samme. Patienten kan tænke logisk, er i stand til at fortsætte med komplekse handlinger og udføre disse korrekt (eksempler i litteraturen er bilkørsel, dirigere et orkester, danse i en balsal, bygge en cykel, reparere en bil, klokkeringning). Efter episoden er der vedvarende glemsel for alle aktiviteter under selve anfaldet. Anfaldet forsvinder gradvist igen spontant. Årsagen til TGA kendes ikke fuldstændigt. Diagnosen forudsætter, at episoden er bevidnet, at der var anterograd amnesi uden andre kognitive/mentale forstyrrelser, at patienten ikke har været udsat for hovedtraume, og at der ikke er andre mulige forklaringer. Tilstanden er relativ sjælden, 20 – 30 / 100.000 og ses især hos patienter over 50 år.

Spørgsmål 3:

Har Retslægerådet i øvrigt kommentarer til sagen.

Nej.

Kommentar:



TGA er en sjælden lidelse, der er karakteriseret ved, at pågældende er vågen og i stand at agere tilsyneladende normalt – men ved nærmere udspørgen præget af desorientering, især i relation til tid, med tendens til perseveration (for eksempel gentagelse af samme udsagn eller handlinger på ikke situationstilpasset vis). Der vil være hukommelsestab for alle begivenheder under anfaldet af TGA – men kun for denne periode. Diagnosen TGA fordrer, at der ikke har været hovedtraumer eller andre organiske påvirkninger af hjernen, ligesom der bør være bevidnede udsagn om tabet af erindring og desorientering.



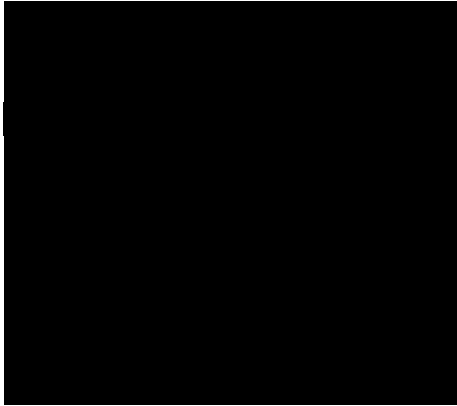



Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt. – endnu engang

Retslægerådets årsberetning for 2006, s. 53 ff. omhandler straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt., hvoraf blandt andet fremgår, at rådet skelner mellem de egentlige patologiske rustilstande og akutte, forbigående sindssygelige tilstande (toksiske psykoser) udløst af indtagelse af rusmidler.



Sagen blev forelagt Retslægerådet med spørgsmålet om, hvorvidt... ”kombinationen af alkohol, beruselse og benzodiazepiner har medført, at sigtede på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand omfattet af straffelovens § 16”.



[Redacted]

[Redacted]

Kommentar:

Det er beskrevet i faglitteraturen, at benzodiazepiner alene eller i kombination med alkohol hos mennesker kan udløse forbigående paradokse reaktioner med konfusion, hyperaktivitet og aggression, hvilket må betegnes som forbigående psykotiske tilstande.

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



Retslægerådet er i øvrigt efterfølgende blevet opmærksom på en lille formel mangel ved rådets udtalelse. Rådet udtalte, at man ikke kunne pege på foranstaltninger efter § 68, såfremt retten fandt ham omfattet af § 16, stk. 1, 3. pkt. Ud fra en analogi kan man udlede, at Retslægerådet heller ikke kunne pege på nogen særforanstaltning, som formålstjenlig, såfremt retten alene havde fundet A omfattet af § 16, stk. 1, 1. pkt., men dette burde nok udtrykkeligt have været anført.



Længerevarende sindssyg, efter et tredobbelt drab, men før dom



Uanset Retslægerådets diagnostiske overvejelser illustrerer sagen således anvendelsesområdet for straffelovens § 73

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Kommentar:

[Redacted text block]



Uanset de overvejelser, Retslægerrådet gjorde sig om A's tilstand på gernings-tidspunktet, kan sagen således ses som en klassisk illustration af straffelovens § 73.

Som det fremgår af kommentaren side 24 til artiklen "Arbejdsbetinget skulderlidelse?" undgår Retslægerrådet i civile erstatningssager at anvende sprogbrugen "overvejende sandsynligt". Denne sprogbrug anvendes imidlertid i de retspsykiatriske sager, idet formuleringen efter rådets opfattelse ikke har nogen direkte indflydelse på domstolenes afgørelser.

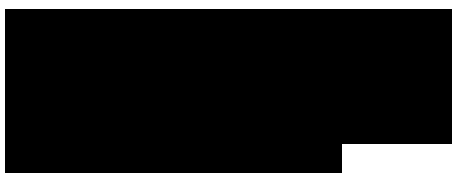




Dissociativ tilstand



Retslægerådet har behandlet denne sagstype i alle de 100 år, rådet har eksisteret 



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[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]

Retslægerådet overvejede, hvorvidt den bevidsthedssvækkelse, A utvivlsomt havde befundet sig i, var så udtalt, at [REDACTED] tilstand måtte opfattes som sindssygelig eller en tilstand svarende til sindssygdom, men rådet vurderede, at [REDACTED] trods alt fragmentariske hukommelse om forløbet talte mod sindssygdomsdiagnosen, hvorefter rådet udtalte ...”at [REDACTED] ikke er sindssyg og efter rådets opfattelse heller ikke var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold. [REDACTED] er normalt begavet.

[REDACTED]

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Kommentar:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

De sværeste dissociative tilstande vil manifestere sig som konfusionstilstande og er utvetydigt omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. De mindre udtalte tilstande er omfattet af § 69, men der er naturligvis en gråzone mellem § 16, stk. 1 og § 69.

[Redacted text block]

Afslutningsvis skal nævnes, at Retslægerådet i alle de 100 år, rådet har eksisteret, har set sager om barnedrab begået i en dissociativ tilstand. Det kliniske billede har været præcis det samme som her beskrevet i alle 100 år, og rådet har uændret anbefalet anvendelsen af en psykiatrisk særforanstaltning (Retslægerådets jubilæumsbog, Retslægerådet 1909-2009, s. 47 ff.).



Generhvervelse af jagttegn efter debut af sindssygd

[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]

Kommentar:

Retslægerådet har tidligere behandlet sager om, hvorvidt betingelserne for fratagelse/udstedelse af jagttegn er opfyldt (Retslægerådets årsberetning 1997, s.85ff). Som tidligere er det fortsat rådets opfattelse, at spørgsmål om en sindssyg kan være i besiddelse af jagttegn må afgøres efter en helt konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde.

[Redacted text block] en sent opstående sindssygdom, formentlig inden for den skizofrene formkreds, hos [Redacted text block] som aldrig har fået fuldgod sygdomsindsigt eller forståelse for at skulle passe den psykiatriske behandling, herunder behandling med antipsykotisk virkende medicin.

På baggrund af den manglende forståelse for nødvendigheden af at passe behandlingen, anbefalede Retslægerådet, at der ikke skete generhvervelse af jagttegn. [REDACTED]

Det er rådets opfattelse, at besiddelse af [REDACTED] vil medføre en yderligere risiko for personfarlig adfærd, såfremt de indehaves på lovligt grundlag af sindssyge med systematiserede vrangforestillinger om at være forfulgt, jf. det forhold, at [REDACTED]



Forløb af foranstaltning



[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

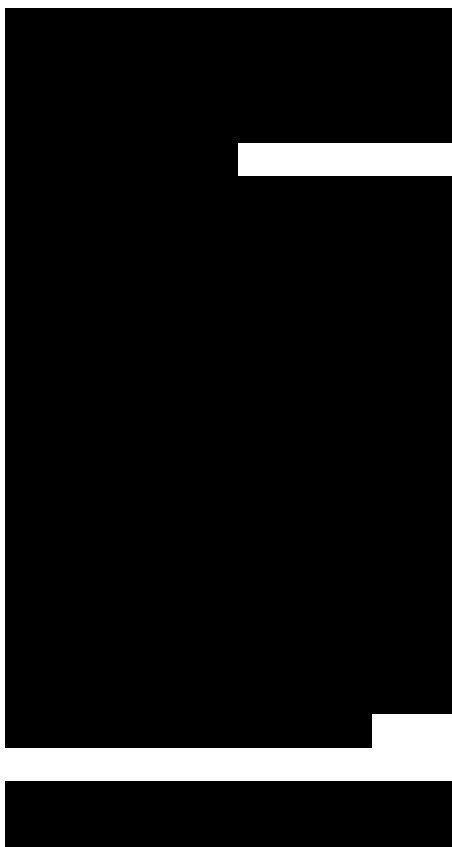
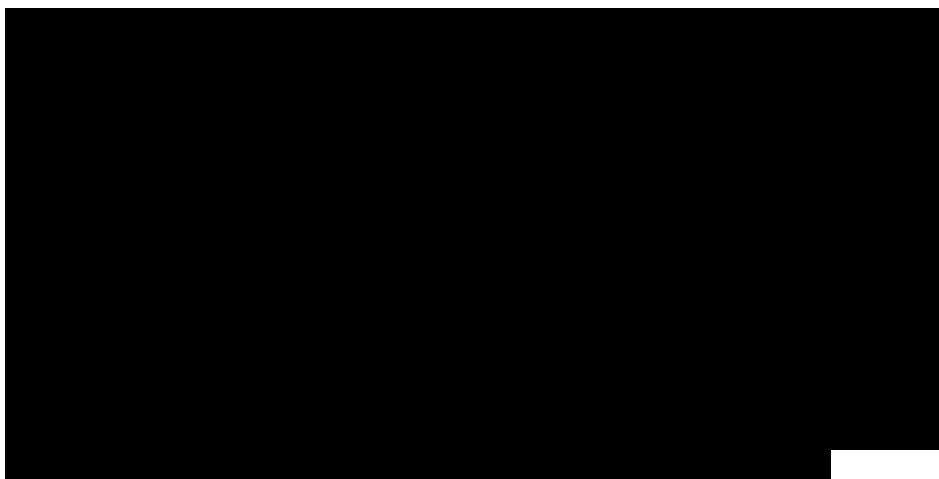
[Redacted text block]

[Redacted text block]

Kommentar:

[Redacted text block]

Psykiske senfølger af epilepsi



[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

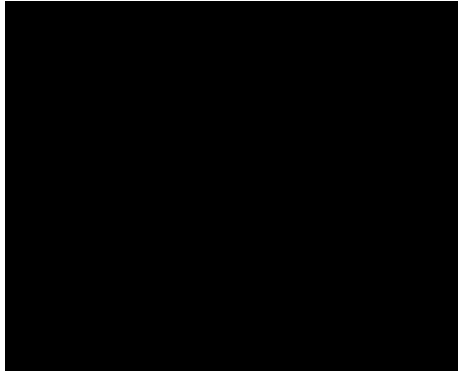
[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]



Kommentar



Henvendelse fra Folketingets Ombudsmand om rådets sprogbrug

På baggrund af flere avisartikler indledte Folketingets Ombudsmand den 23. september 2009 af egen drift en undersøgelse af spørgsmålet om Retslægerådets manglende information om beslutning om ændret ordvalg i rådets udtalelser. Under henvisning til offentlighedens interesse, rådets brugere samt rådets sagkyndige har Retslægerådet valgt at bringe korrespondancen i anledning af henvendelsen fra Folketingets Ombudsmand. Nedenfor følger Ombudsmandens henvendelse af 23. september 2009, Retslægerådets besvarelse af 9. oktober 2009 samt Ombudsmandens udtalelse af 20. november 2009.

Ombudsmandens henvendelse:

”Jeg har besluttet af egen drift under henvisning til § 17, stk. 1, i lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand at rejse spørgsmålet om Retslægerådets manglende information om beslutningen truffet i december 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ’overvejende sandsynligt’ i forbindelse med Retslægerådets udtalelser om årsagssammenhængen i arbejdsskadesager, sager om trafikskader, sager om patientskader m.v.

Jeg vedlægger kopier af artikler fra Politiken den 20. og 21. september 2009. De danner grundlag for min beslutning om at rejse sagen af egen drift.

Det fremgår af artiklerne fra Politiken den 20. og 21. september 2009 at lægerne i Retslægerådet og juristerne der skal afgøre sagerne, forstår udtrykket ’overvejende sandsynligt’ forskelligt.

Formanden for Dommerforeningen Jørgen Lougart er i Politiken citeret for at udtale at ’overvejende sandsynligt’ normalt i juridisk sprogbrug betyder at

noget er mere sandsynligt end det ikke er sandsynligt. Altså mere end 50 pct.

Formanden for Retslægerådet professor Flemming Stadil har ifølge Politiken udtalt at udtrykket ’overvejende sandsynligt’ i medicinsk sprogbrug afspejler en meget høj grad af sandsynlighed. Altså tæt på 100 pct.

Derfor besluttede Retslægerådet i december 2006 ifølge Politiken at søge at undgå at bruge udtrykket ’overvejende sandsynligt’ når Retslægerådet skulle udtale sig om årsagssammenhængen i en konkret sag.

Retslægerådet gjorde imidlertid ikke myndighederne og forsikringsselskaberne opmærksom på beslutningen om den ændrede formulering.

Retslægerådet har herefter ifølge Politiken i stedet anvendt udtrykket ’en vis sandsynlighed’. Under en retssag i Odense i juni 2009 blev en læge fra Retslægerådet indkaldt som vidne. Ifølge Politiken forklarede lægen udtrykket ’en vis sandsynlighed’ som

den 'højeste grad af sandsynlighed, som Retslægerådet beskriver' når årsagssammenhængen i en konkret sag ikke er bevist. Lægen forklarede ifølge Politiken også at udtrykket betyder at 'der er flere faktorer, der taler for årsagssammenhæng, end faktorer, der ikke taler herfor'.

For at få anerkendt en lidelse som en arbejdsskade, en trafikskade eller en skade efter fejlbehandling af en sundhedsperson skal det som hovedregel være 'overvejende sandsynligt' at skaden er opstået på grund af arbejds-skaden, trafikuheldet eller fejlbehandlingen.

Derfor har myndighederne ifølge Politiken givet afslag på erstatning i de tilfælde hvor Retslægerådet – efter sin praksisændring – har anvendt udtrykket 'en vis sandsynlighed'.

Jeg beder Retslægerådet om en udtalelse i anledning af Politikens omtale af Retslægerådets beslutning fra december 2006 om ikke længere at anvende udtrykket 'overvejende sandsynligt'. Jeg beder i den forbindelse Retslægerådet om at oplyse om den beskrivelse jeg har givet af forholdet er korrekt.

Hvis min beskrivelse af forholdet er korrekt, beder jeg Retslægerådet om at udtale sig om baggrunden for at Retslægerådets beslutning fra december 2006 ikke blev offentliggjort eller meddelt direkte til de myndigheder m.v. der normalt anvender udtalelser fra Retslægerådet."

Retslægerådets svar:

"Deres skrivelse af 23. september 2009, jr.nr. 2009-3457-609/VL, kan efter Retslægerådets opfattelse sammenfattes i tre hovedpunkter: 1. Retslægerådets brug af udtrykket "overvejende sandsynligt" 2. Udtalelse i en retssag, hvor en af Retslægerådets voterende som sagkyndigt vidne brugte udtrykket "en vis sandsynlighed" og rådets eventuelle brug af dette udtryk og 3. Retslægerådets pligt til at informere om det sprog, rådet bruger.

Retslægerådet skal herved nærmere redegøre for de enkelte punkter.

1. "Overvejende sandsynligt"

Det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og rådet skal således ikke træffe afgørelser. I erstatningssager kan Retslægerådet dog blive anmodet om at graduere en sandsynlighed på en måde, der indrager rådet i bevisvurderingen, idet nogle advokater anmoder rådet om at tage stilling til, om en sammenhæng er "overvejende sandsynlig". Betydningen af dette begreb er imidlertid uvis, hvad der efter rådets opfattelse kan give anledning til misforståelser. Betydningen varierer fra sag til sag, ligesom rådet ikke altid kan være sikker på, at advokaterne har ment det samme med udtrykket. Eksempelvis bliver det nogle gange brugt ensbetydende med "sandsynligt men nær fifty-fifty" (p omkring 0,51), hvor der således formodes at være en lille overvægt i

forhold til usandsynligt, andre gange bruges det nærmest som et synonym for "sandsynligt" (p større end 0.51 uden specifikation), og andre gange bruges det ensbetydende med en meget høj grad af sandsynlighed (p nær 1,0). At sidstnævnte svarer til almindeligt medicinsk sprogbrug er et kuriosum uden relevans. Rådet skal besvare de stillede spørgsmål om muligt og prøver at finde ud af, hvad meningen kan være. En sandsynlighed nær 1,0 forekommer ikke i erstatningssager med degenerative forandringer i bevægeapparatet, da disse forandringer ikke kan skelnes fra lignende, der forekommer aldersrelaterede eller spontant. En mindre grad af sandsynlighed må række, men det er ikke Retslægerådets opgave at lægge den præcise snitflade ved erstatningsspørgsmålet, da også andre forhold end de lægevidenskabelige indgår i rettens eller myndighedens afgørelse. Bevisvurderingen og afgørelseskompetencen beror hos domstolene og de andre hørende myndigheder, og Retslægerådets udtalelse skal ikke ved sin formulering foregribe rettens eller myndighedens afgørelse.

På denne baggrund blev det i rådet – efter en drøftelse og vurdering af problematikken – besluttet fremover at undlade at anvende udtrykket for at undgå, at det blev fejlfortolket. Dette blev meddelt de sagkyndige i et formandsbrev af 07.12.2006. Det bemærkes dog, at Retslægerådet aldrig, det vil sige ej heller før 2006, har følt sig forpligtet til at anvende udtrykket "overvejende sandsynligt" i disse sager, men ofte har anvendt udtryk som

sandsynligt, meget/mest sandsynligt og lignende. Der var således ikke tale om en egentlig ændring af rådets sprogbrug i 2006, men om en sproglig justering, hvorefter udtrykket "overvejende sandsynligt" blev søgt undgået, således at rådet holdt sig til de andre udtryk for sandsynlighedsgrad, som rådet også hidtil havde brugt. Der er ikke tale om, at værdien af disse udtryk blev ændret.

Sammenfattende er hovedgrundene til rådets beslutning således følgende: 1. Begrebet "overvejende sandsynligt" er ikke veldefineret, og i praksis bruger advokater det efter rådets opfattelse med en varierende betydning, jf. eksempler vedlagt som bilag 1. 2. Anvendelsen af udtrykket involverer Retslægerådet i bevisvurderingen eller kan give indtryk heraf. 3. En udtalelse fra Retslægerådet med formuleringen "overvejende sandsynlig" kan være prædestinerende for en dom, hvilket efter rådets opfattelse eventuelt kan være en årsag til, at nogle advokater vælger at bruge udtrykket. Problemstillingen illustreres godt af det fjerdesidste afsnit i Ombudsmandens brev, der, hvis citatets indhold var korrekt, demonstrerer, at Retslægerådets brug af udtrykket kan tænkes at foregribe en retslig afgørelse.

2. "En vis sandsynlighed"

Som beskrevet under punkt 3 har Retslægerådet aldrig anvendt formuleringen "en vis sandsynlighed" som et udtryk for den højeste grad af sandsynlighed i sine svar. Under en nylig retssag i Odense blev en af rådets sagkyndige imidlertid indkaldt som sagkyndigt vidne for at forklare de

svar, tre arbejdsmedicinske voterende havde afgivet i en sag om sammenhæng mellem industrielt syerskearbejde og efterfølgende kroniske nakkesmerter efter ophør med arbejdet. Rådet havde svaret, at der var begrænset lægevidenskabelig evidens for en sådan sammenhæng. I den konkrete sag var de voterende ikke helt enige, og de havde derfor afgivet et dissenterende svar. To af de voterende fandt, at der, uanset den begrænsede evidens, var en vis sandsynlighed for en sammenhæng. Den tredje voterende mente ikke, at det var tilfældet. Der var enighed blandt de voterende om, at en sandsynlighed i det konkrete tilfælde ikke kunne præciseres nøjere.

Retslægerådets udtalelse i den konkrete sag er vedlagt som bilag 2. Det skal for god ordens skyld understreges, at et sagkyndigt vidne alene kan forklare de svar, som de voterende har afgivet i den konkrete sag, og at den sagkyndige voterende ikke i øvrigt kan tegne Retslægerådet.

3. Pligten til at informere.

Retslægerådet er ikke bekendt med, at det er pligtigt at informere om hvilke biord m.m., rådet foretrækker at anvende, når det afgiver sine svar, og rådet ved heller ikke hvilke forsikringsselskaber, myndigheder og andre, der i så fald skulle informeres herom. Omvendt er rådet heller ikke bekendt med, at bestemte udtryk er afgørende for domstolenes eller myndighedernes stillingtagen, idet det efter Retslægerådets opfattelse må være substansen i svarene, der er afgørende.

Det er således ikke korrekt – som citeret – at ”en vis sandsynlighed” i rådets terminologi svarer til den højeste grad af sandsynlighed. I rådets udtalelser har – før og efter 2006 – blandt andet været anvendt udtryk som ”sandsynligt”, ”meget sandsynligt” og ”mest sandsynligt”, der alle er udtryk for en højere grad af sandsynlighed end en ”vis sandsynlighed”. Det skal videre oplyses, at Retslægerådet som altovervejende hovedregel altid har forsøgt at undgå at anvende ”lovens ord” i civile sager, netop for at undgå at ”træffe afgørelser” som beskrevet ovenfor. Udgangspunktet for rådets udtalelser har altid været at anvende ”almindeligt” sprogbrug/sprogforståelse, men de fleste udtryk i lovene er trods alt taget fra ”almindeligt” sprogbrug, og rådet kan naturligvis ikke helt undgå at anvende ord fra lovgivningen. Det drejer sig således om at undgå at tage direkte stilling til udtryk, der i den omhandlede lovgivning er helt centrale og afgørende i relation til domstolenes og andre myndigheders bevisvurdering. At foretage en udvælgelse af de udtryk, der skal undgås, er således en væsentlig, men vanskelig opgave for rådet, der varetages løbende. At forestille sig en offentliggørelse af disse overvejelser, der foretages løbende fra sag til sag, er vanskelig.

Der skal imidlertid ikke være tvivl om, at rådet inden for sine muligheder ønsker at prioritere al virksomhed, der kan skabe et bedre kendskab til rådets arbejde, blandt andet fordi det sikrer en bedre forståelse og udnyttelse af rådet. Dette gælder også information om Retslægerådets sprogbrug. Det kan oplyses,

at rådet i sin kommende årsberetning har en artikel om arbejdsbetingede skulderskader, der diskuterer, hvordan rådet udtrykker sig vedrørende sandsynlighed, og at den lige udkomne jubilæumsbog Retslægerådet 1909-2009, der vedlægges besvarelsen, rummer en række oplysninger af interesse også i den aktuelle sammenhæng. Ydermere vil rådet overveje situationen i lyset af den omhandlede sag. For eksempel vil en orienteringsrubrik på rådets hjemmeside blive overvejet”.

Ombudsmandens udtalelse:

”Retslægerådet oplyser om baggrunden for sin beslutning i 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt” at udtrykket efter rådets opfattelse dækker hele spektret mellem en sandsynlighedsgrad fra 51 pct. til nær 100 pct. Rådet anser således ikke udtrykket for at være entydigt, og rådet oplyser at udtrykket anvendes forskelligt af advokater. Udtrykket kan derfor efter rådets opfattelse give anledning til misforståelser.

Jeg forstår endvidere Retslægerådets svar sådan at det ikke er alle typer af sager der kræver samme grad af sandsynlighed for at udløse erstatning. Rådet fremhæver dog i den forbindelse at det ikke er rådets opgave at foretage denne vurdering.

Retslægerådet forklarer at hovedårsagerne bag beslutningen i 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt” i rådets udtalelser således er at udtrykket ikke er velde-

fineret, at udtrykket involverer rådet i bevisvurderingen, og at en anvendelse af udtrykket kan være prædestinerende for en dom eller en afgørelse.

Rådet oplyser derudover at beslutningen i 2006 ikke var udtryk for en egentlig ændring af rådets sprogbrug. Rådet anvendte både før og efter 2006 udtryk som ”sandsynligt”, ”meget sandsynligt”, ”mest sandsynligt” og lignende. Værdien af disse udtryk blev ikke ændret i 2006.

Rådet søger så vidt muligt at undlade at anvende lovgivningens terminologi for at undgå at foregribe udfaldet af en dom eller en afgørelse. Rådet anvender almindeligt sprogbrug i sine svar, og undlader at tage stilling til udtryk i lovgivningen der er centrale for bevisvurderingen.

Det er desuden ikke korrekt at rådet anvender eller har anvendt udtrykket ”en vis sandsynlighed” som udtryk for den højeste grad af sandsynlighed.

Retslægerådet mener sig ikke forpligtet til at informere om sit valg af sprogbrug i sine udtalelser. Det er efter rådets opfattelse substansen i svarene der er afgørende. Rådet oplyser dog at det vil overveje at etablere en orienteringsrubrik på sin hjemmeside.

Jeg lægger ud fra Retslægerådets udtalelse af 9. oktober 2009 til grund at der ikke med beslutningen i 2006 om at undlade at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt” er tale om en egentlig praksisændring i Retslægerådet. Jeg

lægger endvidere til grund at det ikke er korrekt at Retslægerådet med beslutningen i 2006 ændrede sin opfattelse af værdien af udtryk som f.eks. ”en vis sandsynlighed”, ”sandsynligt”, ”meget sandsynligt”, ”mest sandsynligt” osv. Jeg lægger også til grund at Retslægerådet både før og efter 2006 har anvendt og fortsat anvender almindeligt og – om jeg så må sige – ukodet sprogbrug i sine udtalelser.

På den baggrund har jeg ikke grundlag for at udtale kritik af at Retslægerådet ikke offentliggjorde sin beslutning i 2006 om ikke længere at anvende udtrykket ”overvejende sandsynligt”.

Den omtale der har været af spørgsmålet i pressen, giver mig dog grundlag for at henlede Retslægerådets opmærksomhed på at det fremover kunne være hensigtsmæssigt at informere om rådets beslutninger om dets måde at besvare forespørgsler på i tilfælde hvor der kunne være en risiko for at nogen kunne misforstå Retslægerådets praksis. Jeg hæfter mig i øvrigt ved Retslægerådets oplysning om at rådet vil overveje at etablere en orienteringsrubrik på sin hjemmeside.

Jeg foretager mig herefter ikke mere i sagen”.

II. Statistik

Sager behandlet i Retslægerådet 2008

| | |
|---|-------------|
| A. Psykiatriske sager | 439 |
| B. Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse | 118 |
| C. Sterilisation og kastration, ændring af navn og cpr.nr..... | 3 |
| D. Faderskabssager | 57 |
| E. Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold..... | 785 |
| F. Administrative sager m.v..... | 67 |
| H. Aldersbestemmelser..... | 29 |
| L. Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer | 3 |
| M. Færdselssager med medicinindtagelse..... | 38 |
| I ALT | 1539 |

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|---|------------|
| Sanktionsspørgsmål i straffesager | 256 |
| Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser..... | 10 |
| Ændring i strafferetlig foranstaltning..... | 119 |
| Ophævelse af farlighedsdekret | 12 |
| Overførsel til Sikringsafdelingen | 3 |
| Umyndiggørelser..... | 2 |
| Benådning | 1 |
| Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.v.)..... | 36 |
| I ALT | 439 |

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|---|------------|
| Indtagelse af spiritus alene | 62 |
| Indtagelse af såvel spiritus som medicin..... | 56 |
| Diverse | 0 |
| I ALT | 118 |

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|-------------------------------|----------|
| Ansøgning om kønsskifte | 2 |
| Ændring af navn/CPR-nr. | 1 |
| I ALT | 3 |

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|---|------------|
| Klage over medicinalpersoner | 51 |
| Arbejdsskader/ulykker | 314 |
| Erstatning, pensionssager m.v. | 362 |
| Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v. | 27 |
| Ikke-psykiatriske benådningssager | 0 |
| Diverse | 31 |
| I ALT | 785 |

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|---|----------|
| Færdselssager vedrørende leversygdomme..... | 1 |
| Færdselssager vedrørende dampe | 2 |
| Diverse | 0 |
| I ALT | 3 |

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

| | |
|--|-----------|
| Færdselssager vedrørende medicinindtagelse | 34 |
| Færdselssager vedrørende sygdom | 4 |
| Diverse | 0 |
| I ALT | 38 |

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 2008

Klinikchef Helle Aggernæs
Amager Hospital
Psykiatrisk Afdeling

Overlæge, dr.med
Henrik Steen Andersen
Rigshospitalet
Krise- og Katastrofefpsykiatrisk
Center

Overlæge, dr.med.
Morten Birket-Smith
Bispebjerg Hospital
Liasonpsykiatrisk Enhed

Overlæge Peter Gottlieb
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik

Ledende overlæge Peter Kramp
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik
næstformand

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

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft
Frederiksberg Hospital
Psykiatrisk Afdeling
Retspsykiatrisk Center Glostrup,
pr. 01.08.08

Professor, overlæge, dr.med.
Flemming Stadil
Rigshospitalet
Kirurgisk afdeling C
formand

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

Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Waldemar
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N

Sagkyndige anvendt i 2008

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
Herning Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik

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

Overlæge, lektor, dr.med.
Flemming W. Bach
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F

Professor, overlæge, dr.med.
Gudrun Boysen
Bispebjerg Hospital
Neurologisk afdeling N

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

Speciallæge
Ludvig Dittmann
Frørup
(almen medicin)

Klinikchef
Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik

Overlæge
Ole Fedders
Ålborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling

Overlæge, dr.med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afd. U

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

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

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

Speciallæge
Hans Kallerup
Kolding
(almen medicin)

Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling NK

Overlæge
Hanne Merethe Lindegaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling C

Professor, dr.med.
Carl Erik Mabeck
Århus Universitet
Institut for Almen Medicin

Overlæge
Carsten Juul Nielsen
Glostrup Hospital
Neurokirurgisk afdeling

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

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

Ledende overlæge
Rolf Petersen
Slagelse Sygehus
Arbejdsmecinsk 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

Overlæge
Henrik Skjødt
Hvidovre Hospital
Reumatologisk Klinik

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

Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

Professor, overlæge, dr.med.
Per Hove Thomsen
Børne- og ungdomspsykiatrisk
Hospital i Risskov

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 2008

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

1. Overlæge, ph.d.

Johan Hviid Andersen
Herning Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik

2. Professor, overlæge, dr.med.

Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venereologisk afdeling

3. Afdelingslæge, dr.med.

Ole Andersen
Værløse
(pædiatri)

4. Overlæge

Ture Andersen
Audiologisk afdeling
Odense Universitetshospital

5. Overlæge

Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X

6. Professor, ledende overlæge, dr.med.

Toke Bek
Risskov
(oftamologi)

7. Professor

Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Instituttet
(reumatologi)

8. Professor, overlæge, dr.med.

Jens Peter Bonde
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk klinik
Bispebjerg Hospital, Arbejds- og Miljø-
medicinsk Klinik, pr. 01.08.08

9. Overlæge, dr.med.

Per Bonding
Gentofte Hospital
Øre-, næse- og halsafdelingen

10. Overlæge, dr.med.

Flemming Burcharth
Herlev Hospital
Kirurgisk afdeling D

11. Overlæge, dr.med.

Jesper Bælum
Odense Universitetshospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling

12. Professor, overlæge, dr.med.

Niels Juel Christensen
Herlev Hospital
Medicinsk- endokrinologisk afdeling

13. Ledende overlæge

Thorkil Christensen
Ålborg Sygehus Syd
Radiologisk afdeling

14. Overlæge, dr.med.

Peer Christiansen
Århus Amtssygehus
Kirurgisk afdeling

15. Overlæge, dr.med.

Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen

16. Professor, overlæge, dr. med
Benny Dahl
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Afdeling U
17. Overlæge, dr. med.
Peter Damm
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik
18. Overlæge, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed
19. Overlæge, dr.med.
Karen Damgaard
Rigshospitalet
Diagnostisk Radiologisk Klinik
20. Overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling
21. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen
22. Overlæge, dr.med.
Sven Dorph
Gentofte
(radiologi)
23. Overlæge
Suzan Dyve
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK
24. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbenhøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk afd.
25. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Ehlers
Århus Kommunehospital
Øjenafdelingen
26. Klinikchef, dr.med.
Bo Feldt-Rasmussen
Rigshospitalet
Nefrologisk afdeling
27. Overlæge, dr.med.
Per Klausen Fink
Århus Kommunehospital
Forskningsenheden for Funktionelle
Lidelser
(psykiatri)
28. Overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk afd. O
29. Overlæge, dr.med.
Anders Fischer
Herlev Hospital
Kirurgisk afd. D
30. Ledende overlæge
Ulrich Fredberg
Silkeborg Centralsygehus
Medicinsk afdeling
(reumatologi)
31. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk
afd.

32. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
33. Overlæge, dr.med.
Ole V. Gadeberg
Vejle Sygehus
Medicinsk Afdeling
(hæmatologi)
34. Overlæge, dr.med.
Jens Peter Garne
Aalborg Sygehus
Mammakirurgisk Klinik
35. Professor, dr.med.
Markil Gregersen
Århus
(retsmedicin)
36. Professor, overlæge, dr.med.
Gorm Greisen
Rigshospitalet
Neonataalklinikken
37. Professor, overlæge, dr.med.
Finn Gyntelberg
Rigshospitalet
Arbejdsmedicinsk Klinik
38. Lektor, speciallæge
Carsten Hansen
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
39. Blodbankchef, overlæge, dr. med
Morten Bagge Hansen
Rigshospitalet
Blodbanken
40. Overlæge
Steen Holger Hansen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
41. Professor, overlæge, dr.med.
Stig Haunsø
Rigshospitalet
Medicinsk afdeling B
42. Professor, overlæge, dr.med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
43. Overtandlæge, dr.odont.
Søren Hillerup
Københavns Universitet
Tandlægeskolen
44. Overlæge, ph.d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret
Børnesektionen, Ortopædkirurgisk
Klinik
45. Professor, overlæge, dr.med.
Vibeke Hjortdal
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirurgisk afd.
46. Statsobducent, professor, dr. med.,
MPA
Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
47. Overlæge, dr. med.
Else Andersen Hutchings
Hørsholm
(pædiatri)

48. Professor, overlæge, dr.med.
Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk afdeling

49. Overlæge
Tune Ipsen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. O

50. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Århus Universitet
Tandlægeskolen

51. Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik

52. Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk klinik

53. Overlæge, dr.med.
Steffen Jacobsen
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afd.

54. Klinikchef, dr. med
Søren Jacobsen
Rigshospitalet
Reumatologisk klinik

55. Overlæge, dr.med.
Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.

56. Professor, overlæge, dr.med.
Johannes K. Jakobsen
Århus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F

57. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion

58. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling

59. Ledende overlæge, dr. med.
Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik

60. Overlæge
Rigmor Jensen
Glostrup Hospital
Neurologisk Klinik

61. Professor, overlæge, dr.med.
Peter Junker
Odense Universitetshospital
Medicinsk afdeling C, reumatologisk
sek.

62. Chefpsykolog
Agnete Jønsson
Rigshospitalet
Neurocenteret

63. Ledende neuropsykolog
Kasper Jørgensen
Hillerød Hospital,
Neurologisk afdeling

64. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
65. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Kehlet
Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk patofysiologi
66. Overlæge, dr. med.
Johnny Keller
Århus Kommunehospital
Ortopædkirurgisk afdeling E
67. Professor, overlæge, dr.med.
Lars Vedel Kessing
Rigshospitalet
Psykiatrisk Klinik
68. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut
69. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
70. Administrerende overlæge
Hanne Kjeldsen
Århus Kommunehospital
Plastikkirurgisk afdeling
71. Professor, dr.med.
Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afd.
72. Overlæge, ph.d.
Henrik Kolstad
Århus Kommunehospital
Arbejdsmedicinsk Klinik
73. Adm.overlæge, professor, dr.med.
Knud Kragballe
Århus Sygehus
Dermatologisk afd. D
74. Professor, overlæge, dr.med.
Christian Krarup
Rigshospitalet
Neurofysiologisk afdeling
75. Overlæge, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
76. Professor, overlæge, dr.med.
Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afd. M
77. Vicesstatsobducent, ph.d
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og Sønder-
jylland
Retsmedicinsk Institut
78. Klinikchef
Anne Lindhardt
Rigshospitalet
Psykiatrisk Klinik
Psykiatrisk Center Bispebjerg, pr.
01.04.08
79. Overlæge
Freddy Lippert
Rigshospitalet
Traumecentret
(anæstesiologi)

80. Professor, overlæge, dr.med.
Bjarne Lund
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afdeling U
81. Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus
82. Overlæge Jens Otto Lund
Gentofte Hospital
Klinisk fysiologisk-nuclearmed. afde-
ling
83. Vicesstatsobducent, ph.d.
Jytte Banner Lundemose
Århus Universitet
Retsmedicinsk Institut
84. Specialtandlæge
Jan Hesselberg Madsen
Rigshospitalet
Tand-, Mund-, Kæbekirurgisk Klinik
85. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi
86. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
Rigshospitalet
Allergi-klinikken
87. Cheflæge, dr.med.
Thomas R. Mandrup-Poulsen
Steno Diabetes Center
Medicinsk endokrinologisk afdeling
88. Professor, dr.med. et cand.jur.
Claus Manniche
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn, Ringe, Rygambulatoriet
89. Professor, overlæge, dr.med.
Torkil Menné
Gentofte Hospital
Dermatologisk afdeling K
90. Overlæge, dr.med.
Hans Henrik Mogensen
Hørsholm Sygehus
Reumatologisk Klinik
91. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Viby Mogensen
Hellerup
(anæstesiologi)
92. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E
93. Overlæge, dr.med.
Mogens Møller
Odense Universitetshospital
Kardiologisk afd. B
94. Klinikchef, overlæge, dr.med.
Jacob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiaafdeling 4132
95. Professor, overlæge, dr.med.
Hans von der Maase
Rigshospitalet
Onkologisk Klinik

96. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling
97. Adm. overtandlæge, specialtand-
læge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk afdeling
98. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicinsk afdeling
99. Overlæge, dr.med.
Johan Lanng Nielsen
Århus Sygehus
Medicinsk-hæmatologisk afdeling
100. Professor, overlæge, dr.med.
Torsten Toftegaard Nielsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
101. Overlæge, dr.med.
Lisbeth Nilas
Hvidovre Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.
102. Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Nordling
Herlev Hospital
Kirurgisk afd. H
(urologi)
103. Overlæge, dr.med.
Henrik C. Juul Nyholm
Glostrup Hospital
Gynækologisk-obstetrisk afd.
104. Klinikchef, dr. med.
Jesper Nørregaard
Nordsjællands Hospital Hørsholm
Reumatologisk Klinik
105. Professor, overlæge, dr.med.
Therese Ovesen
Århus Kommunehospital
Øre-, næse- og halsafd. H
106. Professor, overlæge, dr. med.
Court Pedersen
Odense Universitetshospital
Infektionsmedicinsk afd. C
107. Overlæge
Niels Wisbech Pedersen
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afd. O
108. Overlæge
Birgit Peitersen
Hvidovre Hospital
Børneafdelingen
109. Overlæge, dr. med.
Michael Mørk Petersen
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afd. U 2162
110. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
Frederiksberg Hospital
Øjenafdelingen
111. Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
Rigshospitalet
Klinisk farmakologi

112. Professor, overlæge, dr.med.
Jan U. Prause
Rigshospitalet
Øjenpatologisk Institut
113. Professor, overlæge, dr. med.
Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afd. A
114. Overlæge
Alice Rasmussen
Rigshospitalet
Psykiatrisk klinik
115. Overlæge, ph.d.
Kurt Rasmussen
Herning Sygehus
Arbejdsmedicinsk klinik
116. Professor
Jesper Reibel
Tandlægeskolen, Københavns Uni-
versitet
Afd. for Oral Patologi og Medicin
117. Overlæge, dr.med.
Lars Remvig
Rigshospitalet
Klinik for Medicinsk Ortopædi
118. Professor, overlæge, dr. med.
Bertil Romner
Rigshospitalet
Afsnit NK 2092
(neurokirurgi)
119. Ledende overlæge, professor,
dr.med.
Raben Rosenberg
Psykiatrisk Hospital Risskov
120. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologisk & nuclearmed. afd.
121. Overlæge, dr.med.
Kåre M. Sander
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk klinik RT
122. Professor, overlæge, dr.med
Ove B. Schaffalitzky de Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S
123. Overlæge dr.med.
Kjeld Schmiegelow
Rigshospitalet
Pædiatrisk klinik II
124. Professor, dr. odont., ph.d.
Søren Schou
Tandlægeskolen, Aarhus Universitet
Afdeling for Kæbekirurgi og Oral
Patologi
125. Professor, dr.med.
Jørn Simonsen
Frederiksberg
(retsmedicin)
126. Professor, overlæge, dr.med.
Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling
127. Professor, overlæge, dr.med.
Anne Katrin Sjølie
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E

128. Professor, overlæge, dr. med.
Peter Skinhøj
Rigshospitalet
Epidemiafdeling M
129. Professor, overlæge, dr.med.
Gunhild Lange Skovgaard
Bispebjerg Hospital
Dermato-venereologisk afd. D
130. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
131. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk farmakologisk enhed
132. Overlæge, dr. med.
Svend Strandgaard
Herlev Hospital
Nefrologisk afdeling
133. Afdelingslæge, ph.d.
Susanne Wulff Svendsen
Århus Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik
134. Overlæge, dr. med.
Jens Benn Sørensen
Rigshospitalet
Onkologisk afdeling
135. Professor, ledende overlæge,
ph.d., dr. med.
Jens Christian Hedeman Sørensen
Århus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK
136. Professor, overlæge, dr.med.
Thorkil Sørensen
Odense Universitetshospital
Psykiatrisk afdeling P
137. Overlæge, dr.med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Århus Kommunehospital
Reumatologisk afdeling
138. Professor, overlæge, dr.med.
Jens Chr. Thomsen
Gentofte Hospital
Øre-, næse- og halsafdeling E
139. Statsobducent, professor, dr.med.
Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
140. Dr. med.
Karsten Thomsen
Privathospitalet Hamlet
Center for Ryglidelser
141. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling
142. Overlæge, dr. med.
John Thygesen
Rigshospitalet
Øjenklinikken
143. Overlæge, dr. med.
Peter Bjerre Toft
Rigshospitalet
Øjenafdelingen, E 2061

- | | |
|--|--|
| 144. Overlæge, dr.med. Erik Tøndevold Rigshospitalet Ortopædkirurgisk afdeling | 149. Overlæge, dr.med. Bo Voldby Århus Kommunehospital Neurokirurgisk afdeling GS |
| 145. Professor, overlæge, dr.med. Else Tønnesen Århus Kommunehospital Anæstesiaafdelingen | 150. Professor, overlæge, dr.med. Steen Walter Odense (urologi) |
| 146. Overlæge, dr. med. Anders Tøttrup Århus Sygehus Kirurgisk afd. P | 151. Ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen Roskilde Sygehus Gynækologisk/obstetrisk afdeling |
| 147. Professor, overlæge, dr.med. Niels Ulbjerg Skejby Sygehus Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y | 152. Chefsykolog Gunilla Øberg København Ø (neuropsykologi) |
| 148. Overtandlæge, dr. odont. Poul Vedtofte Rigshospitalet Afd. for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi | |

Retslægerådets sekretariat 2008

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. Harry Mosekjær Madsen (til 01.05.08)

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen (fra 01.05.08)

Fuldmægtig, cand.jur. Pia Møller Lange Larsen (til 30.06.08)

Medicinske sekretærer

Overlæge Maria-Benedicte Franzmann (12 timer ugentlig)

Speciallæge Steen Holger Hansen (12 timer ugentlig) (til 31.05.08)

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

Læge Jimmy Jørgensen (12 timer ugentlig) (fra 01.05.08)

Læge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig) (fra 01.05.08)

Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Annelise Gersby Jacobsen

Overassistent Connie Thénning Pedersen (32 timer ugentlig)

Overassistent Lone Munk Avnskjold (til 31.05.08)

Overassistent Birgitte Lykke Andreasen (fra 01.06.08)