

Retslægerådets
årsberetning

2014

ISBN 87-89648-19-6

Udgivet juni 2015

Indhold

1.	Forord	4
2.	Udvalgte emner og sager af interesse	6
2.1	Referat fra Retslægerådets temadag onsdag den 21. maj 2014 kl. 13.00 på Scandic Copenhagen, København V	7
2.2	Folketingets Ombudsmand fandt det beklageligt, at Retslægerådet havde afslået en anmodning om aktindsigt i rådets interne voteringsark.	14
2.3	To modsat rettede kendelser fra samme byret vedrørende Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal	33
2.4	Spørgsmål til Retslægerådet omhandlende tekniske analyser af færdselsuheld og begrebet inkapacitet	48
2.5	Lægevidenskaben udvikler sig over tid.	51
2.6	Forvaring – lægelige og juridiske aspekter	60
2.7	Fra anbringelse på sikret institution for mentalt retarderede til anbringelse i forvaring	68
2.8	Udgang fra Sikringsafdelingen under anvendelse af oppegående tvangsfiksering	76
2.9	Dræbte moder 3 uger efter udskrivelse - vigtigheden af opfølgning efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling	80
2.10	Straffelovens § 69 og Retslægerådet – opsummering af et projekt	86
3.	Statistik	92
3.1	Sager behandlet i Retslægerådet 2014	93
3.2	Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2014 (og 2012-2013)	96
3.3	Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2014 (og 2012 - 2013)	97
3.4	Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2014 (og 2010-2013)	98
4.	Retslægerådets lovgrundlag og organisation	99
4.1	Lovbestemmelser m.v.	100

4.2	Retslægerådets medlemmer 2014	104
4.2.1	Sagkyndige anvendt i 2014.....	105
4.2.2	Ad hoc sagkyndige anvendt i 2014.....	106
4.2.3	Retslægerådets sekretariat 2014.....	115

1. Forord

Retslægerådet fastholder fokus på kvalitetssikring af rådets arbejde. Det dokumenteres blandt andet af to artikler i aktuelle årsberetning. Det ene af Retslægerådets to årlige temamøder, der foreligger i referat, omhandler således rådets store whiplash-undersøgelse. Retslægerådet modtager fortsat mange sager, der vedrører piskesmældslæsioner. Projektet blev iværksat for, på et empirisk grundlag, at få belyst, hvorvidt Retslægerådets udtalelser er forståelige for den juridiske læser og anvendelige i civile retssager samt foretage en juridisk og lægefaglig kvalitetsvurdering af såvel de stillede spørgsmål som Retslægerådets svar. Det er rådets helt overordnede mål at sikre så kvalificerede svar som muligt. Det forventes, at resultatet af undersøgelsen foreligger i løbet af 2015.

Det andet eksempel på kvalitetssikring findes i artiklen ”Straffelovens § 69 og Retslægerådet” hvor en række publikationer af Peter Gottlieb og medarbejdere refereres. Med brug af data fra 298 straffesager forelagt Retslægerådet til udtalelse, og i hvilke Retslægerådet fandt den sigtede muligt eller sikkert omfattet af straffelovens § 69, undersøgtes domstolenes brug af bestemmelsen samt Retslægerådets indflydelse på sagernes udfald. Data var uddraget fra mentalerklæringerne, Retslægerådets udtalelser og de endelige domme. En analyse, der giver god feedback på Retslægerådets indsats.

Årsberetningen rummer også omtale af to meget for Retslægerådet meget principielle forhold. I en konkret sag, hvor Retslægerådet havde udtalt sig til Patientombuddet som den hørende myndighed, fandt Folketingets Ombudsmand det beklageligt, at Retslægerådet havde afslået at imødekomme en anmodning fra klagerne om aktindsigt i Retslægerådets interne voteringsark. Retslægerådet var ikke umiddelbart enig i Ombudsmandens vurdering af sagen. Ved et møde mellem Retslægerådets formandskab og Ombudsmanden blev sagen afklaret og nuanceret.

En anden artikel ”To modsat rettede kendelser fra samme byret vedrørende Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal” har ligeledes principiel karakter. Generelt forsøger Retslægerådet at indhente så meget lægefagligt materiale som muligt for at få det bedste grundlag for at kunne besvare de stillede spørgsmål. Sagen er indbragt for Højesteret, og der er ikke truffet afgørelse i sagen ved redaktionens afslutning af årsberetningen. Antallet af modtagne

sager er fortsat stigende. De retspsykiatriske A-sager er igen på vej op og de somatiske E-sager ligger fortsat på et meget højt niveau. En markant vækst i sagsantallet kan konstateres i antallet af M-sager, der blandt andet vedrører sager med kørsel i hashpåvirket tilstand. Det skyldes formentlig Østre Landsrets dom i en konkret sag, hvor tiltalte blev frifundet, idet han ikke vidste eller burde vide, at han var blevet udsat for passiv hashrygning. Trods den fortsatte vækst i antallet af sager er det lykkedes at fastholde nettosagsbehandlingstiden for E-sager på 104 dage og A-sager er nedbragt til 25 dage, hvilket er meget tilfredsstillende. I den forbindelse kan det oplyses, at Retslægerådet med virkning fra den 1. oktober 2014 er overgået til delvis digital sagsbehandling i de retspsykiatriske sager.

2014 har været et travlt år for Retslægerådet, de sagkyndige, de lægelige sekretærer og sekretariatet. På formandskabets vegne vil jeg gerne have lov at takke både interne og eksterne samarbejdspartnere for et godt samarbejde i 2014 og samtidig ønske god læselyst med Årsberetningen for 2014.

Bent Ottesen

Formand for Retslægerådet

2. Udvalgte emner og sager af interesse

2.1 Referat fra Retslægerådets temadag onsdag den 21. maj 2014 kl. 13.00 på Scandic Copenhagen, København V

I mødet deltog indlægsholderne:

- Retslægerådets formand professor, dr. med. Bent Ottesen (velkomst)
- Retslægerådets forhenværende næstformand, overlæge Peter Kramp
- Landsdommer Bertil Frosell, Østre Landsret
- Overlæge, ph.d. klinikleder Helge Kasch, Hovedpineklinikken, Aarhus Universitetshospital
- Medlem af Retslægerådet, professor, dr. med. Troels Staehelin Jensen

Derudover deltog et antal dommere og advokater, nuværende og tidligere medlemmer af Retslægerådet, et antal af rådets sagkyndige samt medarbejdere fra rådets sekretariat og andre institutioner.

Baggrund for temadagen

Formålet med temadagen var at offentliggøre de foreløbige resultater fra Retslægerådets whiplash-undersøgelse samt en generel drøftelse af rådets forhold i øvrigt med rådets sagkyndige og rådets samarbejdspartnere.

Retslægerådets opgave har i de godt 100 år, rådet har eksisteret, været...”at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold”. På trods af rådets lange historie eksisterer der ikke empiriske undersøgelser, der belyser kvaliteten og relevansen af de spørgsmål, der stilles til Retslægerådet, eller kvaliteten og forståeligheden af rådets udtalelser.

Retslægerådet besluttede derfor i 2011 at sætte fokus på dette område og iværksatte en undersøgelse, hvis genstandsområde er piskesmældslæsioner – whiplash-sager. På et empirisk grundlag ønskede rådet at få belyst, hvorvidt Retslægerådets udtalelser er forståelige for den juridiske læser og anvendelige i civile retssager samt at foretage en juridisk og lægefaglig kvalitetsvurdering af såvel de stillede spørgsmål som af Retslægerådets svar, herunder vurdere, hvorfor der eventuelt stilles supplerende spørgsmål til rådet. Hertil vil en række administrative og lægelige forhold vedrørende rådets behandling af whiplash-sager tillige blive belyst.

Undersøgelsen, der er gennemført uafhængigt af Retslægerådet, er foretaget af to eksperter, landsdommer Bertil Frosell, Østre Landsret samt overlæge, ph.d., klinikleder Helge Kasch, Hovedpineklinikken, Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Materialet for undersøgelsen omfatter i alt 120 whiplash-sager, der har været forelagt Retslægerådet og er afsluttet hos den hørende myndighed.

Professor Bent Ottesen bød velkommen til de fremmødte og redegjorde for baggrunden for temadagen. I 2010 vedtog Retslægerådet en handleplan, hvis hovedpunkter var en kvalitetssikring af rådets arbejde samt en styrkelse af rådets eksterne og interne kommunikation. Rådet havde i en periode været under kritik for manglende åbenhed og for at agere overdommer i retssager med en favorisering af myndigheder og forsikringsselskaber til følge. Kritikken var delvis funderet i et manglende kendskab til rådets arbejde og til myndighedernes anvendelse af rådets udtalelser, og rådet opprioriterede kommunikationsområdet i form af foredragsvirksomhed, etablering af hjemmeside samt gennemsigtighed omkring sagkyndiges habilitet. Som en del af arbejdet med kvaliteten af rådets udtalelser afholdes der temamøder om aktuelle emner, og referater fra møderne offentliggøres i rådets årsberetninger, som findes på hjemmesiden. Som svar på en artikel offentliggjort i fagbladet 'Advokaten' i 2009, ifølge hvilken domstolene i praksis altid følger udtalelsen fra Retslægerådet, som i øvrigt i de fleste tilfælde er til ugunst for borgeren, gennemførte Retslægerådet i 2011 en intern undersøgelse af 776 forelagte sager, som viste et mere nuanceret billede.

En nærmere beskrivelse af undersøgelsen og dens resultater findes på rådets hjemmeside www.retslaegeraadet.dk/Artikler. På den baggrund ønskede rådet en større uafhængig systematisk undersøgelse af kvaliteten af spørgsmål til Retslægerådet og rådets besvarelser inden for et afgrænset område, og whiplash-undersøgelsen blev iværksat.

Overlæge Peter Kramp redegjorde kort for sagsgangen i Retslægerådet og gennemgik whiplash-undersøgelsens formål og metode. Det ønskes bl.a. beskrevet, hvorvidt Retslægerådets udtalelser er forståelige og anvendelige for den juridiske læser, og der ønskes foretaget en juridisk og lægelig kvalitetsvurdering af stillede spørgsmål og Retslægerådets svar. Endvidere ønskes det undersøgt, om Retslægerådets udtalelser – under hensyntagen til sagernes forskelligartede karakter – er indbyrdes kongruente, og i hvilket omfang der stilles supplerende spørgsmål, herunder om muligt årsagen hertil. Sagernes afgørelse ønskes analyseret og beskrevet, og eventuelle dissenterende udtalelser ønskes registreret tillige med - om muligt - eventuelle forskelle i opfattelsen af whiplash mellem forskellige lægelige specialer. Endelig ønskes administrative data registreret, herunder manglende lægelige akter ved sagens fremsendelse samt rådets sagsbehandlingstider. Whiplash-sagerne blev udvalgt på grundlag af deres store antal og sammenlignelige karakter, og de enkelte sager blev inkluderet i undersøgelsen efter nærmere definerede kriterier, herunder

eventuelle konkurrerende årsager, forudbestående sygdomme eller skader eller øvrigt. De to uafhængige eksperter, overlæge Helge Kasch og landsdommer Bertil Frosell, registrerede uafhængigt af hinanden deres vurderinger og iagttagelser vedrørende spørgsmålene i skemaer, hvorpå de registrerede data blev indtastet af Helge Kasch til videre behandling og analyse. Til rådighed for undersøgelsen stod Retslægerådets interne sagsakter, dvs. referatark med en opsummering af sagen samt voteringsark med habilitetserklæringer, vota og registrering af sagens forløb. Øvrige akter var returneret til den hørende myndighed med Retslægerådets udtalelse ved sagens afslutning.

Overlæge Helge Kasch (neurologi) forsker i whiplash og har ikke tidligere haft forbindelse til Retslægerådet. Helge Kasch præsenterede kort whiplash-fænomenets kompleksitet, idet whiplash på den ene side beskrives som en traumebiologi som følge af en fysisk påvirkning, hvis kronicitet og konsekvenser på den anden side er stærkt afhængige af psykosociale forhold og den skadelidtes subjektive sygdomsopfattelse. Dette kompliceres yderligere af, at der hersker uenighed om, hvorvidt der kan påvises strukturelle skader som følge af whiplash, og at forekomst og omkostninger i forbindelse med whiplash-skader internationalt set er vidt forskellige afhængigt af landenes samfundssyn, sygdomstænkning og juridiske tilgange. Helge Kasch præsenterede derefter fund og foreløbige konklusioner fra whiplash-undersøgelsen. På baggrund af en pilotundersøgelse af 10 sager blev i alt 121 sager udtaget til undersøgelsen, idet sagerne vedrørte 77 kvinder og 44 mænd. Perioden fra tidspunktet for forelæggelsen for Retslægerådet til det tidspunkt, hvor sagernes juridiske afgørelse forelå, var lang, og 86,8 % af sagerne var ikke sufficente ved den første forelæggelse for rådet. De mest anvendte specialer i vurderingen af sagerne var neurologi, radiologi og reumatologi. Vedrørende sagernes juridiske afgørelser fandtes der intet signifikant i forhold til fordelingen på alder, køn eller tidspunktet for sagernes indbringelse for retten eller afgørelsens karakter. I undersøgelsen indgik den lægelige og den juridiske eksperts vurdering af, hvorvidt de stillede spørgsmål, herunder supplerende spørgsmål, lever op til Retslægerådets retningslinjer om, at spørgsmålene skal være klare, neutrale, relevante, forståelige og faglige, dvs. omfattet af Retslægerådets kompetence. Eksperternes vurdering af spørgsmålene var ret ensartede og gav et overordnet indtryk af fornuftigt formulerede spørgsmål fra parterne. Foruden spørgsmålenes kvalitet vurderede den juridiske ekspert juristens forståelse af Retslægerådets svar, herunder faktuelle forholds og lægelige tankerækkers indvirkning på erklæringens konklusion, eventuel juridisk tvivl om og tilstrækkelig begrundelse for konklusioner samt erklæringen som bevismiddel i en civil retssag. Begge eksperter skulle desuden vurdere mulige årsager til forelæggelse af supplerende spørgsmål, herunder eventuelt utilstrækkelig førstebehandling fra Retslægerådet, omformuleringer af allerede stillede spørgsmål, manglende sammenhæng mellem

spørgsmål og faktiske forhold og fravær af relevante spørgsmål ved første forelæggelse.

Landsdommer Bertil Frosell præsenterede whiplash-undersøgelsens fund og foreløbige konklusioner fra en juridisk iagttagers synsvinkel. Som domstolsjurist har Bertil Frosell berøring med Retslægerådet i kraft af domstolenes godkendelse af sagers forelæggelse for rådet samt den censur, som retten altid bør foretage af de stillede spørgsmål. Desuden indgår erklæringerne i den bevisvurdering, han som dommer foretager i forbindelse med afgørelsen af sagerne. Bertil Frosell fremhævede, at kvaliteten af Retslægerådets erklæringer er afhængig af kvaliteten af de stillede spørgsmål. Enhver erklæring er unik og 'bygges fra grunden' med udgangspunkt i 1. voterendes svarudkast og et fåtal af faste formuleringer. Sprogplejen i erklæringerne er generelt god. Det er muligt at følge den lægelige tankegang. Retslægerådet har en præference for korte svar, ind imellem for korte. Det indgår heri, at Retslægerådet ved besvarelsen alene trækker enkelte af en akternes ofte særdeles talrige oplysninger frem. Retslægerådet er en faglig autoritet, som i sig selv med rette er med til at give erklæringerne vægt. Rådet henviser i sine erklæringer ikke til undersøgelser, faglitteratur o. lign., men udtaler sig på grundlag af de sagkyndiges viden. Det samlede indtryk af Retslægerådets erklæringer er, at de er udmærkede som bevismiddel i civile retssager. Et andet resultat ville i øvrigt være overraskende. Mange sager forliges eller hæves, når der foreligger en erklæring fra Retslægerådet – hvad der giver anledning til en overvejelse om fordelene ved en lovændring, hvorefter Retslægerådet kan spørges, uden at der verserer en retssag. Uden rettens censur af spørgsmålene vil dette dog være belastende for Retslægerådet.

Bertil Frosell fortsatte med juristens vurdering af parternes spørgsmål. Spørgsmålene ligger almindeligvis i spændet mellem det passable og det gode. Sagsøgernes spørgsmål lider lidt oftere af svagheder end de sagsøgte. Der er især problemer med spørgsmål, der er for lange, uoverskuelige og ordrige. Dette må kunne stille den 1. voterende over for betydelige vanskeligheder. Parterne kunne formentlig med fordel gøre mere brug af lægelig rådgivning ved spørgsmålenes formulering. Spørgsmålene skønnedes helt overvejende at være neutrale og relevante. Forsøg på at få Retslægerådet til at udtale sig om spørgsmål, der henhører under Arbejdsskadenstyrelsen er dog ikke helt sjældne. Spørgsmål, der forudsætter en politeknisk specialviden, forekommer. Fra salen blev der spurgt om Bertil Frosells holdning til hypotetiske spørgsmål, og Bertil Frosell svarede, lovgivningen afskærer muligheden for at stille hypotetiske spørgsmål, idet spørgsmål til Retslægerådet skal være konkrete. Bertil Frosell bemærkede, at Retslægerådet altid selv holder sig til opgaven og rådets kompetence. Der stilles nok en hel del supplerende spørgsmål, som kunne have været stillet i første omgang, eller som strengt taget ikke er nødvendige. Nogle supplerende spørgsmål ledsages af bilag,

som ikke tidligere har været fremsendt til rådet. Undersøgelsen viser intet påfaldende, og Bertil Frosell konkluderede, at opmærksomheden fremadrettet bør være rettet mod kvaliteten af de stillede spørgsmål, som er altafgørende for erklæringens kvalitet og værdi. Retslægerrådet har her en opgave med vejledning. Herudover må rådet overveje, om der er anledning til at gøre begrundelserne noget mere fyldige, herunder om en i og for sig tilstrækkelig begrundelse kan udbygges med yderligere relevante momenter.

Professor Troels Staehelin Jensen gav en oversigt over whiplash-problematikken, som lægeligt set er et kontroversielt tema, idet læger diagnosticerer sygdomme, og der er tvivl om, hvorvidt whiplash kan karakteriseres som en sygdom. Systematisk forskning inden for diagnosen og systematisk diagnosticering eksisterede stort set ikke før 1995, hvor klassifikation af symptomer og retningslinjer for behandling blev beskrevet af den såkaldte Quebec Task Force. Såvel de akutte som de kroniske symptomer på whiplash er subjektive symptomer, som vanskeligt lader sig relatere til en hændelse, og størstedelen af de tilskadedekomne er symptomfrie efter et år. Troels Staehelin Jensen oplyste de lægelige overvejelser i forbindelse med whiplash, herunder begivenhedens karakter, symptomer og fund i umiddelbar relation til begivenheden, f. eks. hvornår den tidsmæssige relation giver mening i lægelig sammenhæng. En mulighed er også, at whiplash-fænomenet er en konstruktion, der optræder i en periode for siden at manifesteres på anden vis. Fra salen spurgte læge Bent Mathiesen, hvordan man sikrer ensartetheden i besvarelserne uafhængigt af sammensætningen af sagkyndige. Helge Kasch bemærkede, at spørgsmålene næsten altid besvares af sagkyndige med specialerne neurologi, reumatologi og radiologi, men at der kan være afvigelser i de forskellige regioner, og Troels Staehelin Jensen tilføjede, at besvarelsen tager udgangspunkt i 1. voterendes votum, som dermed kan 'farve' besvarelsen. Da der i symptombeskrivelsen er få objektive fund, og sammenhængen mellem subjektive klager og objektive fund er uklar, er man for at sikre en vis ensartethed i besvarelserne begyndt at inddrage en 4. voterende i flere af sagerne. Sagkyndig for Retslægerrådet professor Søren Jacobsen efterlyste en klarere definition af, hvordan whiplash defineres og vurderes. Peter Kramp svarede, at undersøgelsen ikke har til formål at undersøge whiplash-fænomenet, men at whiplash alene er udvalgt til undersøgelsen i kraft af det store antal ensartede sager til brug for sammenligning, og at erfaringer herfra kan anvendes på andre typer sager. Bent Ottesen tilføjede, at whiplash-sagerne er diffuse og ofte indeholder flere spørgsmål end mere veldefinerede sager som for eksempel patientskadesager. Sagkyndig for Retslægerrådet overlæge Michael Kosteljanetz spurgte, hvorvidt kravet om begrundelser i besvarelserne burde honoreres med litteraturhenvisninger, men dette vil ifølge Peter Kramp blive alt for omfangsrigt, og Bent Ottesen slog fast, at Retslægerrådets sagkyndige er udvalgt i kraft af deres store faglige viden og antages at kende deres område. Advokat Trine Nielsen

tilføjede, at veldefinerede begrundelser for de lægelige vurderinger i besvarelsene er et nyttigt redskab for advokaternes videre bevisførelse.

Advokat Mette Sevel rejste spørgsmålet om Retslægerådets afvisning af at besvare hypotetiske spørgsmål og efterlyste en begrundelse for afvisningen. Troels Staehelin Jensen svarede, at besvarelse af hypotetiske spørgsmål er lægefagligt usikker, hvorfor Retslægerådet forbeholder sig ret til ikke at svare, men i nogle tilfælde dog eventuelt forsøger. Mette Sevel spurgte, om afvisningen skyldes formalia eller en reel mangel på mulighed for at svare, hvortil Bent Ottesen bemærkede, at eventuelle svar gives med forbehold for spørgsmålets hypotetiske karakter. Helge Kasch tilføjede, at undersøgelsen, på nær enkelte tidlige besvarelser, viser en konsistent linje i afvisningen af at svare på hypotetiske spørgsmål. Advokat Lars Sandager opfordrede Retslægerådet til, ud fra rådets lægelige erfaring og ekspertise, at give et bud på den/de mest sandsynlige årsag(er) til en smertetilstand.

Advokat Lotte Ankjær anførte, at Retslægerådet, som ikke svarer på generelle spørgsmål, til gengæld giver generelle svar på konkret stillede spørgsmål, idet nogle paneller af sagkyndige meget ofte henviser til 'generelt i befolkningen forekommende gener'. Helge Kasch svarede, at symptomudviklingen samt klagernes eventuelle sammenhæng med traumat kun kan belyses tilstrækkeligt ved hjælp af oplysninger om eventuelle konkurrerende forudbestående lidelser. For at have belæg for at udtale sig, må de sagkyndige have adgang til lægelige akter fra før traumat, som regel i form af egen læges journal, som rådet derfor efterspørger.

Advokat Trine Schmidt Nielsson spurgte, om spørgetemaet skal indledes med en beskrivelse af hændelsesforløbet, hvortil Bent Ottesen svarede, at det kan være en hjælp, men ikke er noget krav.

Bent Ottesen rundede gennemgang og diskussion om whiplash af med at fastslå, at det er ambitionen at udarbejde en spørgeguide og en svarguide i en kommende rapport. Der er 'taget temperatur' og afprøvet metode på whiplash-området, og den endelige rapport om whiplash-undersøgelsen er på vej.

Mødets generelle del kom til at handle om egen læges journal og Retslægerådets hyppige efterspørgsel af denne. Bent Ottesen gennemgik en case, hvor en stor mængde lægelige akter beskriver skader konstateret i AAs knæ i forlængelse af en arbejdsulykke. AA antages ikke at have haft gener fra knæet før, og i en udtalelse til Arbejdsskadestyrelsen og en speciallægeerklæring bekræftes denne antagelse. Ved gennemgang af egen læges journal findes der imidlertid en henvisning fra tidligere vedrørende en – glemte? - skade i det samme knæ, og arbejdsskaden er ikke længere den eneste mulige årsag til AAs nuværende gener fra knæet. Casen illustrerer tydeligt, at lægelige akter i sagerne bør omfatte

dokumentation fra tiden både før og efter en rapporteret hændelse for at tegne det fulde billede af den skadelidtes helbredstilstand både før og efter hændelsen. Læge John Sahl Andersen gav udtryk for undren over forbeholdet blandt nogle advokater og skadelidte mod at udlevere egen læges journal, idet den giver et stort overblik. Bent Ottesen efterlyste tilkendegivelser vedrørende emnet, og en advokat tilsluttede sig Retslægerådets synspunkt om, at det er formålstjenligt at give de sagkyndige adgang til egen læges journal. Rådet anmoder altid om egen læges journal via retten. Bertil Frosell tilføjede, at parterne råder over sagen, og at der eventuelt fra en af parternes side kan være en legitim interesse i, at ikke alt lægges frem. Fra advokatside blev det på vegne af en kreds af advokater tilkendegivet, at man finder det problematisk og en forsimpling, når Retslægerådet 'automatisk' og rutinemæssigt efterspørger så private oplysninger som egen læges journal, og advokat Louise Broch-Lange henviste til checklistens standardiserede udtryk. Henning Hansen understregede, at hver efterspørgsel af egen læges journal beror på en konkret vurdering i hver enkelt sag foretaget af rådets lægelige sekretær og formandskabet. Henning Hansen mindede om, at der i nogle tilfælde alene efterspørges journal fra egen læge fra fem år før ulykkes-/hændelsestidspunktet, mens der i andre tilfælde anmodes om fuld journal så langt tilbage som muligt alt afhængigt af spørgsmålenes karakter. Der er således på ingen måde tale om en automatiseret standardformulering, når journalen efterspørges. Forskellige meninger kom til udtryk, herunder om journalen eventuelt kunne forelægges for Retslægerådet uden at indgå som en del af retssagen, men dette strider imod princippet om, at bevisførelsen skal være kendt af begge parter. Bertil Frosell bemærkede, at der er i civile sager er regler for, hvem der skal løfte bevisbyrden. Ved at tilbageholde dokumentation kan en part derfor bringe sig i en situation, hvor retten ikke kan give parten medhold. Fra advokatside blev der spurgt, om brugen af egen læges journal ikke åbner mulighed for, at forsikringsselskaber tilskriver enhver gene til gamle sygdomme eller skader, men synspunktet fandt ikke tilslutning. Bent Ottesen medgav, at det er et dilemma, og der var afslutningsvis flere tilkendegivelser vedrørende dilemmaet mellem ønsket om at oplyse sagen og beskytte personlige oplysninger.

2.2 Folketingets Ombudsmand fandt det beklageligt, at Retslægerådet havde afslået en anmodning om aktindsigt i rådets interne voteringsark.

I en konkret forelagt sag, hvor Retslægerådet havde udtalt sig til Patientombuddet som den hørende myndighed, fandt Folketingets Ombudsmand det beklageligt, at Retslægerådet havde afslået at imødekomme en anmodning fra klagerne om aktindsigt i Retslægerådets interne voteringsark. Retslægerådet var ikke umiddelbart enig i Ombudsmandens vurdering af sagen og først efter afholdelse af et møde mellem Retslægerådets formandskab og Ombudsmanden fandt rådet efter omstændighederne grundlag for at meddele klagerne aktindsigt i rådets interne voteringsark i det omfang, der nærmere var anført af Ombudsmanden. (j.nr. 041-00001-2013)

Sagens nærmere omstændigheder er følgende:

I en konkret forelagt sag afgav Retslægerådet den 24. juni 2011 sålydende udtalelse til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn:

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

Spørgsmål 1:

Var det en fejl, at bioanalytiker BB, Laboratoriecetret, X- Sygehus den xx xx 2003 vurderede den udtagne smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2003 som værende normal, selvom prøven indeholdt atypiske cytoplasmafrie cellekerner (grapes), som kan ses ved præmaligne skivepitelforandringer, og som er et typisk kriterium for skiveepitel carcinoma in situ?

Retslægerådet vurderer, at der forelå en fejlfortolkning af smearprøven udtaget den xx xx 2003. Smearprøven blev den xx xx 2003 vurderet normal. Flere eksperter har efterfølgende revurderet præparaterne, og har alle bedømt, at prøven indeholder atypiske celler. Denne revurdering er blevet foretaget med vores nuværende viden og efter kræftdiagnosen er kendt.

Smear-præparater kan være vanskelige at bedømme, og der er en glidende overgang fra normale celler til atypiske celler, som igen kan repræsentere alt fra reaktive forandringer, over forstadier til kræft og til egentlig kræft.

Det er velkendt, at smear-undersøgelser kan være falsk negative. I ordets bredeste forstand dækker betegnelsen falske negativer både over svar, der vurderes at være normale uden at være det (fortolkningsfejl), og prøver der er normale, men hvor der alligevel er eller udvikles kræft inden for få år (metodefejl). I en nyligt publiceret dansk opgørelse, er den falsk negative rate 9,8 % ved smear.

Vurdering af smear kan være vanskelig, især når der foreligger forandringer i kirtelvævet i livmoderhalsen. Den videnskabelige litteratur viser desuden, at hyppigheden af falsk negative svar er højere, når der er tale om kræft og forstadier til kræft, der udgår fra kirtelvævet i livmoderhalsen, som i det aktuelle tilfælde, end når forandringerne udgår fra plade (skive) epitelet.

Vurdering af smear-præparater indeholder et element af skøn og subjektiv vurdering. Et fejlskøn, som det aktuelle, vurderes at være inden for den usikkerhed, der er ved vurdering af smear-præparater ved screening af symptomfrie kvinder.

Spørgsmål 2:

Var det en fejl, at bioanalytiker BB, Laboratoriet, X- Sygehus ikke konfererede den foretagne smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2003 med en speciallæge i forbindelse med vurderingen den xx xx 2003, da der efter den initiale vurdering var celler, der havde fanget hans opmærksomhed (prøven er tuschmarkeret)?

Retslægerådet vurderer, at det ikke er en fejl, at bioanalytikerens ikke konfererede med speciallæge. Tuschmarkeringen angiver, at der var set celler, der skulle ses nærmere på. Ved bioanalytikerens revurdering af præparatet, blev celleprøven tolket som normal. Det er ifølge afdelingens instruks bioanalytikerens opgave at vurdere rutinesmear og afgive svar, hvis celleprøven vurderes normal.

Spørgsmål 3:

Var det en fejl, at bioanalytiker BB, Laboratoriet, X- Sygehus ikke konfererede den foretagne smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2003 med en speciallæge i forbindelse med vurderingen den xx xx 2003, da der efter den initiale vurdering var celler, der havde fanget hans opmærksomhed, men ved reanalysering blev vurderet normale?

Retslægerådet vurderer, at der ikke forelå en fejl, da bedømmeren af præparatet ikke konfererede den foretagne celleprøve med en speciallæge. Denne handle måde følger afdelingens instruks. Retslægerådet opfatter tuschmarkeringen som et værktøj for

bioanalytikeren – hvor celler eller området i præparatet, der i første omgang ser anderledes ud, markeres for at blive set nærmere på.

Spørgsmål 4:

Er det Retslægerådets opfattelse, at Bethesda-klassifikationen og Flowcard med Sundhedsstyrelsens anbefalinger ved celleforandringer blev fulgt i forbindelse med bioanalytiker BB's, Laboratoriecentret, X- Sygehus vurdering den xx xx 2003 af den foretagne smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2003?

Den håndtering af smear, der blev foretaget på Laboratoriecentret, X-Sygehus i 2003, følger, efter Retslægerådets vurdering, Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 for så vidt angår håndtering af screenings-smear. Det fremgår ikke af sagens akter, om Bethesda-klassifikationen er blevet fulgt. Denne klassifikation er i det aktuelle tilfælde kun relevant, når der er unormale fund, og Bethesda-klassifikationen blev ikke generelt anvendt i Danmark i 2003.

Spørgsmål 5:

Var det en fejl, at der i svaret til NN på undersøgelsen fra den xx xx 2003 ikke blev anført, at der var tale om atypiske celler?

Nej, Retslægerådet vurderer ikke, at det var en fejl, da der i svaret på undersøgelsen fra den xx xx 2003 ikke blev anført, at der var atypiske celler. Celleprøven blev bedømt som normal.

Spørgsmål 6:

Var det en fejl, at bioanalytiker AA, Laboratoriecenteret, X-Sygehus den xx xx 2006 vurderede den udtagne smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2006 som værende normal, selvom prøven indeholdt stærkt atypiske cylinderepitelceller (mistanke om præmaligne eller maligne kirtelceller)?

Retslægerådet vurderer, at der er tale om en fortolkningsfejl og ikke en fejl, da bioanalytikeren tolkede smearprøven fra den xx xx 2006 som normal.

Celleprøven er siden, og efter cancerdiagnosen er stillet, blevet revurderet af flere lægelige eksperter med varierende erfaring i væskebaseret tyndlagsteknik, og alle beskriver, at præparatet indeholder atypiske celler, og enkelte supplerer med mistanke om kræft eller forstadier til kræft.

Der foreligger således en fortolkningsfejl fra bioanalytikerens side.

Håndteringen af prøven fulgte afdelingens instruks, og der er intet, der indikerer, at der er blevet begået forsømmelser eller er udvist manglende omhu. Se også svar på spørgsmål 1.

Spørgsmål 7:

Var det en fejl, at bioanalytiker AA, Laboratoriecentret, X- Sygehus ikke konfererede den tuschmarkerede smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2006 med en speciallæge i forbindelse med vurderingen den xx xx 2006, således at prøven tillige kunne have været beskrevet af speciallægen?

Nej, ud fra det oplyste anvendes tuschmarkering til at undersøge påmarkerede celler nærmere. Ved revurdering tolkede bioanalytikerens cellerne som normale, og en normal prøve kræver ifølge afdelingens instruks ikke en revurdering af speciallæge.

Spørgsmål 8:

Er det Retslægerådets opfattelse, at Bethesda-klassifikationen og Flowcard med Sundhedsstyrelsens anbefalinger ved celleforandringer blev fulgt i forbindelse med bioanalytiker AA's, Laboratoriecenteret, X- Sygehus vurdering den xx xx 2006 af den foretagne smearprøve (væskebaseret tyndlagsteknik) fra den xx xx 2006?

Den håndtering af smear, der blev foretaget på Laboratoriecentret, X-Sygehus i 2006, følger, efter Retslægerådets vurdering, Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 for så vidt angår håndtering af screenings-smear. Det fremgår ikke af sagens akter, om Bethesda-klassifikationen er blevet fulgt. Denne klassifikation anvendes kun, når der er unormale fund.

Spørgsmål 9:

Var det en fejl, at der i svaret til NN på undersøgelsen fra den xx xx 2006 ikke blev anført, at der var tale om atypiske celler?

Retslægerådet vurderer ikke, at det var en fejl, at der i svaret til NN ikke blev anført, at der var tale om atypiske celler.

Spørgsmål 10:

Er det Retslægerådets opfattelse, at overlæge CC, Laboratoriecenteret, X-Sygehus, har sikret sig, at der på afdelingen var udarbejdet en relevant instruks for screeninger for livmoderhalskræft med angivelse af arbejdsgange til sikring af korrekt vurdering af de foretagne smearprøver (væskebaseret tyndlagsteknik) i såvel 2003 som 2006?

Retslægerådet kan kun udtale sig om den procedure, der blev anvendt på Laboratoricentret, X-Sygehus for så vidt angår vurdering af smear foretaget som led i befolkningsscreening for forstadier til livmoderhalskræft. Den procedure, der blev anvendt på Laboratoricentret, X-Sygehus, vurderes sufficient og anvendes også på andre tilsvarende afdelinger i landet.

Det hører til bioanalytikerens arbejde selvstændigt at vurdere smear-præparaterne og afgive svar, hvis det vurderes, at der foreligger en normal prøve. Ved mistanke om unormale celler og i tvivlsspørgsmål konfereres med speciallæge, men det forudsætter, at der er rejst tvivl.

Spørgsmål 11:

Er det Retslægerådets opfattelse, at man må acceptere få procent falsk negative svar ved screeningsundersøgelser?

I alle screeningsundersøgelser må man acceptere et vist antal falsk negative og falsk positive svar, dette gælder også for den cervix-cytologiske screening (smear). Den videnskabelige litteratur tyder på, at der er en større risiko for falsk negative svar, når der, som i det aktuelle tilfælde, er tale om livmoderhalskræft udgående fra kirtelvævet i livmoderhalsen end fra plade (skive) epitelet. Risikoen for falsk negative bedømmelser af smear er omkring 10 %, og antagelig endnu højere, når der er tale om celleforandringer i kirtelvævet.

Spørgsmål 12:

Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?

Nej.”

Retslægerådets udtalelse resulterede blandt andet i en partshøringsskrivelse af 9. november 2012 fra Patientombuddet til Retslægerådet samt i en e-mail henvendelse af 18. november 2012 fra klagerne til Retslægerådet, hvoraf fremgår følgende:

”Vi henvender os til Retslægerådet, da vi over for Patientombuddet har kommenteret Retslægerådets udtalelse i sagen.

Vi har modtaget brev fra Patientombuddet dateret d. 9. november 2012, hvoraf det fremgår, at Patientombuddet beder Retslægerådet svare os på 3 spørgsmål.

Vi ønsker, at Retslægerådet svarer os på, om NN`s smearprøver fra 2003 og 2006 er vurderet, og vi udbeder os desuden Retslægerådets cellebeskrivelse af prøverne.”

Retslægerådet besvarede de to henvendelser i en skrivelse af 23. november 2012 til Patientombuddet således:

”Under henvisning til Patientombuddets skrivelse af 9. november 2012 med bilag meddeles det herved, at det fremgår af § 1 i lov om Retslægerådet, at det er Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Retslægerådet har afgivet sin udtalelse i sagen den 24. juni 2011, ligesom Retslægerådets formand ved skrivelse af 2. november 2011 har besvaret en henvendelse af 20. oktober 2011 fra klagerne.

Retslægerådet ser det således ikke som sin opgave at kommentere på partsindlæg som følge af Patientombuddets forslag til afgørelse i den verserende klagesag.

Retslægerådet kan endvidere oplyse, at rådet har modtaget en e-mail af 18. november 2012 direkte fra klagerne, hvoraf kopi vedlægges til Patientombuddets orientering og eventuel videre foranstaltning.

Retslægerådet kan bekræfte, at der er foretaget en vurdering af de i sagen fremsendte smearprøver.

Retslægerådet foretager sig ikke yderligere på det nuværende foreliggende grundlag. Såfremt det ønskes kan sagen genfremsendes med henblik på besvarelse af eventuelle supplerende lægefaglige spørgsmål, hvilket forudsætter, at samtlige tidligere fremsendte akter til rådet vedlægges fremsendelsen.

Retslægerådet har orienteret klagerne ved kopi af nærværende skrivelse”.

Patientombuddets afgørelse i den konkret forelagte sag samt Retslægerådets skrivelse af 23. november 2012 gav klagerne anledning til en fornyet e-mailhenvendelse af 26. november 2012 til Patientombuddet med følgende indhold:

”Vi bekræfter modtagelsen af afgørelse i ovenstående sag. Vi har også modtaget Retslægerådets brev af 23. november 2012. Vi fik ikke et retvisende og entydigt svar fra Retslægerådet, hvorfor jeg nu retter fornyet henvendelse til Patientombuddet.

Såfremt jeg skal kunne fremlægge nye beviser i sagen, er det en betingelse, at jeg får udleveret de undersøgelsesresultater, der er anmodet om.

Jeg retter derfor fornyet henvendelse til Patientombuddet, om at forespørge Retslægerådet om:

- 1) En udskrift og beskrivelse af undersøgelsesresultat af de to smearprøver. Svaret SKAL indeholde oplysninger om, hvem har undersøgt og hvad er resultatet.
- 2) Et svar på, om Retslægerådet har overholdt egen bekendtgørelse og betænkning.
- 3) Et svar på, om de personer, der har undersøgt smearprøverne, har haft de fornødne kompetencer.

Jeg anmoder denne gang om at få et klart svar og ikke et afvisende svar.

Baggrunden for anmodningen er, at jeg vil fremlægge ”afgørelsen” i denne sag i offentligheden, så offentligheden kan få indsigt i kvaliteten af det arbejde, som er udført i såvel Patientombuddet som i Retslægerådet i denne sag. Det er ikke tilfredsstillende, at Patientombuddet har brugt snart 6 år på denne sag med den begrundelse, at det var en principiel sag, som skulle undersøges ordentligt. Derfor blev sagen sendt til ekspertudtalelser.

Der er indhentet adskillige samstemmende ekspertudtalelser endog også flere fra Sverige, men i afgørelsen er anført, at det ikke i sig selv er afgørende for en vurdering af sagen. Dette kalder jeg tilsidesættelse af bevismateriale.”

Ved skrivelse af 3. december 2012 fremsendte Patientombuddet klagernes e-mailanmodning af 26. november 2012 til orientering og eventuelt videre foranstaltning for Retslægerådet, der ved skrivelse af 12. december 2012 besvarede klagernes e-mailhenvendelse således:

”Deres e-mailanmodning af 26. november 2012, stilet med en direkte forespørgsel til Patientombuddet, har Patientombuddet ved skrivelse af 3. december 2012 videresendt til orientering og eventuelt videre foranstaltning for Retslægerådet.

I den anledning skal Retslægerådet på ny meddele, at Retslægerådet kan henholde sig til rådets udtalelse af 24. juni 2011 til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn samt til Retslægerådets formands skrivelse af 2. november 2011 til Dem og endelig til rådets skrivelse af 23. november 2012 til Patientombuddet.

For så vidt angår Deres anmodning om en udskrift og beskrivelse af undersøgelsesresultatet af de to smearprøver meddeles det herved, at Retslægerådet udtaler sig som et kollegium, og at vurderingen af de to smearprøver således er indgået i Retslægerådets samlede vurderingsgrundlag i forbindelse med rådets udtalelse af 24. juni 2011.

Det bemærkes endvidere, at vurderingen af de to smearprøver fremgår af rådets interne voteringsark, der er udarbejdet til rådets eget brug, og at der således ikke er mulighed for aktindsigt heri, jf. offentlighedslovens § 7.

For så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt Retslægerådet har overholdt egen bekendtgørelse og betænkning, skal rådet på ny henvise til Retslægerådets formands skrivelse af 2. november 2011 til Dem og yderligere anføre, at den forretningsorden, som De henviser til i Deres skrivelse af 20. oktober 2011, og som betænkningen om Retslægerådet på side 27 henviser til, er ophævet, jf. bekendtgørelse om rådets forretningsorden af 17. december 2001, der er trådt i kraft den 1. januar 2002. Bekendtgørelsen kan læses på rådets hjemmeside www.retslaegeraadet.dk

Retslægerådet finder ikke grundlag for at kommentere på Deres forespørgsel om, hvorvidt rådets sagkyndige, der har deltaget i behandlingen af den konkrete sag, er i besiddelse af de fornødne faglige kvalifikationer.

Retslægerådet har orienteret Patientombuddet ved kopi af nærværende skrivelse”.

Klagerne rettede herefter henvendelse til Folketingets Ombudsmand, der i skrivelse af 27. juni 2013 rettede følgende henvendelse til Retslægerådet:

”Klagerne” har klaget til mig over Retslægerådets afslag af 12. december 2012 på deres anmodning om aktindsigt i rådets voteringsark.

Jeg sender en kopi af ”klagernes” e-mail af 31. januar 2013 med vedhæftet fil og beder Retslægerådet om en udtalelse om sagen i medfør af ombudsmandslovens § 19, stk. 2.

Det fremgår af Retslægerådets afgørelse af 12. december 2012, at anmodningen om aktindsigt ikke kan imødekommes, fordi voteringsarket efter rådets opfattelse er et internt dokument og dermed undtaget fra aktindsigt i henhold til offentlighedslovens § 7. Med henvisning hertil beder jeg om, at Retslægerådet i udtalelsen til mig kommer nærmere ind på rådets overvejelser vedrørende følgende spørgsmål:

- 1) om voteringsarket indeholder faktiske oplysninger af væsentlig betydning for sagsforholdet, som – uanset offentlighedslovens § 7 – er omfattet af den almindelige adgang til aktindsigt, jf. offentlighedslovens § 11, stk. 1?
- 2) om der i øvrigt er grundlag for at imødekomme anmodningen om aktindsigt helt eller delvist i medfør af reglen om meroffentlighed i offentlighedslovens § 4, stk. 1, 2. pkt.?

Udtalelsen vil eventuelt blive sendt til partshøring.

Jeg beder også om, at Retslægerådet sender mig de akter i sagen, som fortsat beror i Retslægerådet. Jeg henviser i den forbindelse til ombudsmandslovens § 19, stk. 1, hvorefter myndigheder, der er

omfattet af ombudsmandens virksomhed, er forpligtet til at meddele ombudsmanden de oplysninger samt udlevere de dokumenter m.v., som forlanges af ombudsmanden.

Jeg beder om, at akterne så vidt muligt er ordnet kronologisk, og at udtalelsen og akterne sendes via den digitale postkasse. Hvis akterne ikke er ordnet kronologisk, kan Retslægerådet alternativt sende mig dem med almindelig post”.

Retslægerådet besvarede Folketingets Ombudsmands henvendelse af 27. juni 2013 ved skrivelse af 3. juli 2013 således:

”Under henvisning til Ombudsmandens skrivelse af 27. juni 2013 meddeles det herved, at voteringsarkene i den omhandlede sag efter Retslægerådets opfattelse ikke indeholder nye faktiske oplysninger af væsentlig betydning for sagsforholdet, som – uanset offentlighedslovens § 7 – er omfattet af den almindelige adgang til aktindsigt, jf. offentlighedslovens § 11, stk. 1.

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og rådet har således ingen afgørelseskompetence. Retslægerådets lægevidenskabelige skøn baserer sig således på de oplysninger, der forelægges rådet af den hørende myndighed. Retslægerådet indhenter ikke selvstændigt oplysninger til belysning af sagen, men meddeler altid den hørende myndighed, hvilke eventuelle yderligere oplysninger, der vil være af betydning for rådets vurdering, jf. § 7 i Retslægerådets forretningsorden af 17. december 2001.

Retslægerådets sagkyndige, der er udpeget af Retslægerådets formandskab, har i overensstemmelse med rådets helt sædvanlige sagsbehandling afgivet deres lægevidenskabelige skøn på baggrund af de lægefaglige oplysninger, som den hørende myndighed har forelagt rådet i forbindelse med besvarelsen af de stillede spørgsmål. Det bemærkes i den forbindelse, at sagens akter rundsendes til de enkelte udpegede sagkyndige, således at de sagkyndige via rådets interne voteringsark har mulighed for frit at kunne afgive sin/sit lægefaglige vurdering/skøn, inden for den enkelte sagkyndiges særlige specialeområde.

I den konkrete sag har Retslægerådets sagkyndige patolog haft de omtalte tidligere vurderede og bedømte smearprøver til rådighed, således at rådets sagkyndige herved har haft mulighed for at foretage en selvstændig vurdering/skøn heraf til brug for rådets samlede vurdering og besvarelse af de stillede spørgsmål. Det bemærkes i den forbindelse, at rådet udtaler sig som et kollegium, og at de enkelte sagkyndiges lægevidenskabelige skøn/vurdering således ikke kan stå alene, men skal vurderes og bedømmes som en helhed på baggrund af samtlige sagkyndiges skøn/vurderinger.

Det er således af helt afgørende betydning for rådets opgave og funktion, at de sagkyndige har et ”forum”, hvor de frit kan afgive deres lægevidenskabelige skøn/vurdering, således at rådets formandskab på baggrund af samtlige voteringer i sagen kan foretage den endelige redigering af det svar, der danner baggrund for rådets endelige lægevidenskabelige skøn i sagen, jf. rådets udtalelse af 24. juni 2011 til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Som følge heraf finder Retslægerådet heller ikke grundlag for at imødekomme anmodningen om aktindsigt helt eller delvist i medfør af reglen om meroffentlighed i offentlighedslovens § 4, stk. 1, 2. pkt.”

Ved skrivelse af 3. februar 2014 fra Folketingets Ombudsmand til Retslægerådet fremgår følgende:

”Jeg vedlægger en kopi af min udtalelse til ”klagerne” i sagen om aktindsigt i Retslægerådets voteringsprotokol i ovennævnte sag.

Som det fremgår af udtalelsen – som jeg henviser til – er jeg enig i Retslægerådets opfattelse af, at Rådets voteringsprotokol er et internt dokument, men det er tillige min opfattelse, at voteringsprotokollen indeholder faktiske oplysninger, som har haft væsentlig betydning for Retslægerådets besvarelse af Disciplinærnævnets spørgsmål. Disse oplysninger er herefter omfattet af den tidligere offentlighedslovs § 11, stk. 1.

Jeg mener derfor, at det er beklageligt, at Retslægerådet afslog ”klagerne” anmodning om aktindsigt med henvisning til, at de oplysninger, som de ønskede, var indeholdt i et internt dokument.

Jeg henstiller til Retslægerådet at genoptage sagen og træffe en ny afgørelse i anledning af ”klagerne” anmodning om aktindsigt af 26. november 2011 under inddragelse af det, som jeg har anført i udtalelsen. Jeg beder Retslægerådet om at underrette mig om resultatet af nævnets nye afgørelse om aktindsigt”.

I en skrivelse af samme dato fra Folketingets Ombudsmand til klagerne fremgår blandt andet følgende:

”Jeg har nu afsluttet min undersøgelse af jeres klage over Retslægerådets afslag på aktindsigt i rådets voteringsprotokol.

Jeg er enig i Retslægerådets opfattelse af, at Rådets voteringsprotokol er et internt dokument, men det er tillige min opfattelse, at voteringsprotokollen indeholder faktiske oplysninger, som har haft væsentlig betydning for Retslægerådets besvarelse af Disciplinærnævnets spørgsmål. Disse oplysninger er herefter omfattet af den tidligere offentlighedslovs § 11, stk. 1.

Jeg mener derfor, at det er beklageligt, at Retslægerådet afslog jeres anmodning om aktindsigt med henvisning til, at de oplysninger, som I ønskede, var indeholdt i et internt dokument.

Jeg har i dag henstillet til Retslægerådet at genoptage sagen og træffe en ny afgørelse i anledning af jeres anmodning om aktindsigt af 26. november 2011 under inddragelse af det, som jeg har anført i udtalelsen. Jeg har bedt Retslægerådet om at underrette mig om rådets nye afgørelse om aktindsigt.

I kan læse mere om baggrunden for min opfattelse nedenfor i afsnittet ”Ombudsmandens udtalelse”. Jeg beklager på ny den lange sagsbehandlingstid. Som jeg tidligere har oplyst, skyldes sagsbehandlingstiden, at jeg i en periode har haft mange sager til behandling her ved embedet, og at jeres sag omfatter et stort materiale.

Øvrige klagepunkter

I har også klaget til mig over Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse af 21. november 2012 og forskellige forhold i forbindelse med nævnets behandling af sagen (mit j.nr. 13/00081). I har til støtte for denne del af jeres klage bl.a. gjort gældende, at Disciplinærnævnet efter jeres opfattelse ikke har lagt tilstrækkelig vægt på de sagkyndige udtalelser, som nævnet har indhentet under sagens behandling, men i stedet har lagt vægt på Retslægerådets udtalelse.

I har endvidere klaget over Retslægerådets udtalelse til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn den 24. juni 2011 og rådets sagsbehandling i forbindelse hermed (mit j.nr. 13/00083). I har til støtte for denne del af jeres klage navnlig gjort gældende, at Retslægerådet har besvaret ledende spørgsmål fra Patientombuddet, at sammensætningen af Retslægerådets sagkyndige i sagen ikke har givet rådet den fornødne lægelige ekspertise til at vurdere sagen, og at Retslægerådet ikke har anvendt de sagkyndige udtalelser, som Disciplinærnævnet allerede havde indhentet forud for forelæggelsen af sagen.

.....

Jeg har på grundlag af jeres klager og de i øvrigt foreliggende oplysninger besluttet, at jeg ikke vil iværksætte en ombudsmandsundersøgelse i anledning af de nævnte klagepunkter.....

Jeg har ved min beslutning navnlig lagt vægt på følgende:

Ved afgørelsen af 21. november 2012 har Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn foretaget en vurdering af, om der kunne udtales kritik af de berørte sundhedspersoner. Det centrale tema i sagen er

således vurderingen af, om de berørte sundhedspersoner har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

De vurderinger, som Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Retslægerådet har foretaget i sagen – herunder vurderingerne af, hvilke lægefaglige specialer der bør medvirke ved behandlingen af sagen, og vurderingen af, hvilken vægt de indhentede fagkyndige udtalelser bør tillægges – er i meget vidt omfang af sundhedsfaglig karakter.

Som det også fremgik af ombudsmandens brev af 23. december 2010 til jer (mit j.nr. 2009-4574-400), har ombudsmanden kun i begrænset omfang mulighed for at tage stilling til afgørelser, der helt eller delvist bygger på sådanne fagkyndige vurderinger. Det skyldes, at ombudsmanden ikke har den fagkundskab, som er nødvendig for at kontrollere, om myndighedernes vurderinger er rigtige. Det betyder, at jeg som ombudsmand ikke vil kunne tage stilling til de fagkyndige vurderinger, som er helt centrale for resultatet af sagen, herunder vurderingen af om de berørte sundhedspersoner har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

.....

Jeg foretager mig derfor ikke mere i anledning af de nævnte klagepunkter. Jeg har orienteret Retslægerådet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn om min beslutning.

Ombudsmandens udtalelse

Indledning

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (nu Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn) bad den 4. november 2010 Retslægerådet om at besvare i alt 12 spørgsmål til brug for nævnets behandling af jeres klage over behandlingen af jeres Retslægerådet besvarede nævnets spørgsmål i en udtalelse af 24. juni 2011.

I en e-mail af 26. november 2012 bad I bl.a. om, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn fra Retslægerådet indhentede en ”udskrift og beskrivelse af undersøgelsesresultatet af de to smearprøver”. I anførte, at I også ønskede oplysning om, ”hvem der har undersøgt og hvad er resultatet”. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn sendte jeres anmodning til Retslægerådet til besvarelse.

Retslægerådet afslog jeres anmodning ved brev af 12. december 2012 og anførte bl.a. følgende:

”For så vidt angår Deres anmodning om en udskrift og beskrivelse af undersøgelsesresultatet af de to smearprøver meddeles det herved, at Retslægerådet udtaler sig som et kollegium, og at vurderingen af de to smearprøver således er indgået i Retslægerådets samlede vurderingsgrundlag i forbindelse med rådets udtalelse af 24. juni 2011.

Det bemærkes endvidere, at vurderingen af de to smearprøver fremgår af rådets interne voteringsark, der er udarbejdet til rådets eget brug, og at der således ikke er mulighed for aktindsigt heri, jf. offentlighedslovens § 7.”

I en e-mail af 31. januar 2013 skrev I til mig om aktindsigtssagen. I anførte bl.a., at I ikke var enige i rådets vurdering af, at beskrivelsen af celleprøverne var et internt arbejdsdokument.

Til brug for min vurdering af sagen har jeg indhentet en udtalelse af 3. juli 2013 fra Retslægerådet, som I har haft lejlighed til at kommentere. Derudover har jeg indhentet en kopi af Retslægerådets akter og gennemgået rådets voteringsprotokol, som I ikke har fået aktindsigt i.

Min undersøgelse i denne sag vedrører således Retslægerådets afslag af 12. december 2012 på aktindsigt i rådets voteringsprotokol.

Retsregler

Det fremgår af Retslægerådets afgørelse, at afslaget på aktindsigt er givet under henvisning til § 7, nr. 1, i den dagældende offentlighedslov (lovbekendtgørelse nr. 572 af 19. december 1985 med senere ændringer). Retslægerådet har endvidere i udtalelsen til mig oplyst, at rådet heller ikke finder grundlag for at give helt eller delvist aktindsigt i medfør af samme lovs § 11, stk. 1. Bestemmelserne havde følgende ordlyd:

”§ 7. Retten til aktindsigt omfatter ikke en myndigheds interne arbejdsdokumenter. Som interne arbejdsdokumenter anses 1) dokumenter, der udarbejdes af en myndighed til eget brug, (...)

...

§ 11. Oplysninger i dokumenter, der er omfattet af § 7 og § 10, nr. 1-4, om faktiske omstændigheder, der er af væsentlig betydning for sagsforholdet, skal uanset disse bestemmelser meddeles i overensstemmelse med lovens almindelige regler.”

Ombudsmandens vurdering

Jeg er enig med Retslægerådet i, at rådet var den kompetente myndighed til at træffe afgørelse i anledning af anmodningen om aktindsigt i rådets voteringsprotokol. Ombudsmanden har tidligere

haft lejlighed til at tage stilling til dette spørgsmål og udtalte i den forbindelse bl.a. følgende (mit j.nr. 2001-2877-601):

”For så vidt angår de dokumenter der efter afgivelsen af en udtalelse fortsat befinder sig i en sag i [Retslægerådet], og som ikke tillige er indgået i den hørende myndigheds sag hører en afgørelse om aktindsigt i disse dokumenter under rådets egen afgørelse”.

Jeg har gennemgået Retslægerådets voteringsprotokol i sagen, og jeg er enig i rådets opfattelse af, at dokumentet er udarbejdet til rådets eget brug og dermed internt i offentlighedslovens forstand.

Herefter er voteringsprotokollen som udgangspunkt ikke omfattet af retten til aktindsigt. Retslægerådet skal dog give aktindsigt efter offentlighedslovens almindelige regler i eventuelle oplysninger (såkaldt ekstraheringspligtige oplysninger) i protokollen omfattet af den dagældende lovs § 11, stk.1.

Retslægerådet har i udtalelsen til mig af 3. juli 2013 bl.a. anført følgende herom:

”Under henvisning til Ombudsmandens skrivelse af 27. juni 2013 meddeles det herved, at voteringsarkene i den omhandlede sag efter Retslægerådets opfattelse ikke indeholder nye faktiske oplysninger af væsentlig betydning for sagsforholdet, som – uanset offentlighedslovens § 7 – er omfattet af den almindelige adgang til aktindsigt, jf. offentlighedslovens § 11, stk. 1.”

Jeg har som anført ovenfor gennemgået Retslægerådets voteringsprotokol. Protokollen indeholder efter min opfattelse en række faktiske oplysninger, som er omfattet af jeres anmodning af 26. november 2011, herunder f.eks. protokollens voteringsark nr. 3, side 1, næstsidste og sidste afsnit, samme voteringsark, side 2, første og andet afsnit.

Herefter må det vurderes, om de faktiske oplysninger har haft væsentlig betydning for sagsforholdet, jf. den dagældende offentlighedslovs § 11, stk.1. I den konkrete sag skal det således vurderes, om oplysningerne har haft væsentlig betydning i forhold til Retslægerådets besvarelse af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns spørgsmål.

På baggrund af min gennemgang af Retslægerådets interne voteringsprotokol er det min opfattelse, at protokollen indeholder faktiske oplysninger, som har haft væsentlig betydning for Retslægerådets besvarelse af Disciplinærnævns spørgsmål. De faktiske oplysningers væsentlige betydning illustreres f.eks. af voteringsark nr. 6, side 2, andet afsnit.

Disse oplysninger er herefter omfattet af den dagældende offentlighedslovs almindelige regler om aktindsigt, uanset at oplysningerne er indeholdt i et internt dokument. Jeg mener derfor,

at det er beklageligt, at Retslægerådet har afvist jeres anmodning om aktindsigt med henvisning til, at de oplysninger, som I ønskede, var indeholdt i et internt dokument.

Jeg har derfor i dag henstillet til Retslægerådet at genoptage sagen og træffe en ny afgørelse i anledning af jeres anmodning af 26. november 2011 under inddragelse af det, som jeg har anført ovenfor.

Jeg har bedt om underretning om Retslægerådets nye afgørelse om aktindsigt”.

Ved skrivelse af 19. februar 2014 besvarede Retslægerådet Ombudsmandens skrivelse af 3. februar 2014 således:

Under henvisning til Ombudsmandens henstilling af 3. februar 2014 til Retslægerådet om at genoptage sagen og træffe en ny afgørelse i anledning af ”klagernes” anmodning om aktindsigt af 26. november 2011 meddeles det herved, at Retslægerådet ikke er enig i Ombudsmandens vurdering af sagen.

Folketingets Ombudsmand har som begrundelse for sin afgørelse vedrørende en række faktiske oplysninger henvist til oplysningerne på voteringsark 3, side 1, næstsidste og sidste afsnit, samme voteringsark, side 2, første og andet afsnit og for så vidt angår væsentligheden heraf henvist til f.eks. voteringsark 6, side 2, andet afsnit.

For så vidt angår henvisningen til voteringsark 3, side 1, næstsidste afsnit, er der tale om, at rådets patolog har foretaget en selvstændig faktisk beskrivelse af de to cervixcytologiske prøver, en beskrivelse, som klagerne efter rådets opfattelse selv kunne have indhentet fra Sygehuset, hvor prøverne stammer fra eller hos Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, hvortil prøverne ligeledes har været fremsendt.

Retslægerådet bemærker endvidere, at væsentlighedsvurderingen af den faktiske beskrivelse af de pågældende cervixcytologiske prøver, der efter Retslægerådets opfattelse alene er en lægefaglig vurdering, blandt andet er kommet til udtryk i rådets besvarelse af spørgsmålene 2, 3 og 7 i rådets udtalelse af 24. juni 2011 til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Som følge heraf findes betingelserne for eventuelt at have krav på aktindsigt i denne faktiske oplysning i rådets interne voteringsark, jf. den dagældende offentlighedslovs § 11, stk. 1, efter rådets opfattelse ikke for opfyldt, idet rådet har foretaget væsentlighedsvurderingen i forbindelse med rådets udtalelse.

For så vidt angår henvisningen til voteringsark 3, side 1 sidste afsnit samt voteringsark 3, side 2, første og andet afsnit, er der efter Retslægerådets opfattelse ikke tale om faktiske oplysninger, men

derimod tale om lægefaglige vurderinger foretaget af en af rådets sagkyndige, der således allerede af den grund er undtaget fra retten til aktindsigt, jf. den dagældende offentlighedslovs § 7, nr. 1.

For så vidt angår Ombudsmandens henvisning til voteringsark 6, side 2, andet afsnit, som begrundelse for vurderingen af, om oplysningerne har haft væsentlig betydning i forhold til Retslægerådets besvarelse af de stillede spørgsmål meddeles det herved, at denne faktiske oplysning ikke har haft nogen som helst betydning for rådets endelige besvarelse af de stillede spørgsmål.

Retslægerådets formandskab har helt i overensstemmelse med rådets lovgrundlag og forretningsorden samt sædvanlige praksis i øvrigt udpeget det antal sagkyndige indenfor de specialeområder, der har været nødvendige for besvarelsen af de stillede spørgsmål, og det er helt sædvanligt, at de sagkyndige alene udtaler sig indenfor sit eget specialeområde, og at rådets formandskab herefter på baggrund af samtlige voteringer foretager den endelige redigering af rådets samlede besvarelse af de stillede spørgsmål.

Dette er endvidere baggrunden for, at rådet i sine erklæringer angiver, hvem der har deltaget i sagens behandling, således at den hørende myndighed og derved sagens parter herved får mulighed for selv at undersøge, hvilke lægefaglige specialer, der har været nødvendige at inddrage i rådets behandling af den enkelte sag. Det kan i den forbindelse til orientering oplyses, at rådet på begæring herom ligeledes meddeler disse oplysninger til de hørende myndigheder. Oplysninger der endvidere er tilgængelige i rådets årsberetninger, der kan læses på rådets hjemmeside www.retslaegeraadet.dk, hvor rådet hvert år angiver, hvilke ad hoc sagkyndige rådet har anvendt i medfør af § 2, stk. 4 i lov om Retslægerådet.

Retslægerådet skal som følge heraf venligst anmode om et møde i sagen med henblik på nærmere at redegøre for og uddybe rådets synspunkter.

Retslægerådet har orienteret ”klagerne” ved kopi af nærværende skrivelse”.

Den 11. april 2014 blev der afholdt et møde mellem Folketingets Ombudsmand og Retslægerådets formandskab med henblik på en nærmere drøftelse af sagen.

Retslægerådets formandskab besluttede herefter efter omstændighederne at meddele ”klagerne” aktindsigt i det omfang, som Ombudsmanden havde anført i sin henstilling af 3. februar 2014.

I Retslægerådets skrivelse af 22. april 2014 til klagerne fremgår herefter følgende:

Under henvisning til skrivelse af 3. februar 2014 fra Folketingets Ombudsmand, Retslægerådets skrivelse af 19. februar 2014 samt under henvisning til drøftelse med Folketingets Ombudsmand skal Retslægerådets formandskab efter omstændighederne herved meddele aktindsigt i Retslægerådets interne voteringsark i de faktiske oplysninger, der fremgår af voteringsark nr. 3, side 1, næstsidste og sidste afsnit, samme voteringsark, side 2, første og andet afsnit.

Der ekstraheres herefter følgende oplysninger:

”Beskrivelse af de to prøver:

Begge de to cervixcytologiske prøver er tuschmarkerede. Det fremgår ikke, af hvem eller hvornår prøven fra 2006 er tuschmarkeret. Derimod fremgår det, at prøven fra 2003 er tuschmarkeret af den bioanalytiker, der har screenet prøven (Brev af xx xx xxxx fra overlæge AA og udtalelse fra bioanalytiker BB xx xx xxxx).

Mikroskopisk beskrivelse:

Præparat mærket xx-xxxxxx: Præparatet er en væskebaseret cervixcytologisk prøve med sorte, blå og grønne tuschmarkeringer. Materialet er repræsentativt med normale pladeepitelceller. Herudover ses spredte neutrofile granulocytter og erythrocytter. Endelig findes spredte grupper af cylinderepitelceller, stedvist beliggende i små afrundede hobe af celler med antydningvis bikageagtig lejring. De enkelte cylinderepitelceller fremtræder med let størrelsesvarierede kerner med sparsomt cytoplasma. Kernerne findes med en lidt grov kromatintegning og indeholder nukleoler. Der er ikke set lejring i rækker (strips), ligesom der ikke er set lejring i rosetter.

Præparat mærket xx-xxxxxx: Præparatet en væskebaseret cervixcytologisk prøve med blå og røde tuschmarkeringer. Materialet er repræsentativt med normale pladeepitelceller. Herudover ses grupper af cylinderepitelceller med let variation i kernestørrelse. Der ses en øget kernecytoplasmratio, og stedvist lidt grov kromatintegning med forekomst af nukleoler. Der er ikke set lejring i rækker af (strips), ligesom der ikke er set lejring i rosetter.”

Kommentar

Som det fremgår af korrespondancen mellem Retslægerådet og Folketingets Ombudsmand delte Retslægerådet ikke Ombudsmandens retsopfattelse, men efter omstændighederne gav rådets formandskab klagerne aktindsigt i de faktiske oplysninger i rådets interne voteringsark, som efter Ombudsmandens vurdering havde haft væsentlig betydning for Retslægerådets besvarelse af Disciplinærnævnets spørgsmål.

Sagen var meget principiel for rådet, idet det er af helt afgørende betydning for rådets opgave og funktion, at de sagkyndige har et "forum", hvor de frit kan afgive deres lægevidenskabelige skøn/vurdering, således at rådets formandskab på baggrund af samtlige voteringer i sagen kan foretage den endelige redigering af det svar, der danner baggrund for rådets endelige lægevidenskabelige skøn i sagen. Det bemærkes i den forbindelse, at rådet udtaler sig som et kollegium, og at de enkelte sagkyndiges lægevidenskabelige skøn/vurdering således ikke kan stå alene, men skal vurderes og bedømmes som en helhed på baggrund af samtlige sagkyndiges skøn/vurderinger. Det var derfor også væsentligt for rådet at fastholde, at rådets voteringsprotokol er et internt arbejdsdokument, hvor retten til aktindsigt er begrænset, hvilket Ombudsmanden som udgangspunkt var enig i. Hvis der skabes præcedens for aktindsigt i det enkelte votum, kan de interne drøftelser blandt de sagkyndige på sigt blive hæmmet, og der kan på uhensigtsmæssig vis udledes "delmængder" fra drøftelserne til skade for rådets fremtidige status og arbejde.

For så vidt angår væsentlighedsvurderingen af de omtalte faktiske oplysninger gjorde rådet gældende, at oplysningerne ikke havde haft væsentlig betydning for rådets udtalelse, idet de ikke var medtaget direkte i udtalelsen, men at de blandt andet var kommet til udtryk i rådets besvarelse af spørgsmålene 2, 3 og 7 i rådets udtalelse af 24. juni 2011 til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Ombudsmanden var imidlertid af den modsatte opfattelse og anførte, at det på baggrund af hans gennemgang af Retslægerådets interne voteringsprotokol var hans opfattelse, at protokollen indeholdt faktiske oplysninger, som havde haft væsentlig betydning for Retslægerådets besvarelse af Disciplinærnævnets spørgsmål.

Dette strider efter rådets opfattelse imod princippet om, at den lægefaglige vurdering, herunder hvorvidt et votum foretaget af en sagkyndig indeholder faktiske væsentlige oplysninger, alene foretages af den lægelige sagkundskab.

Sagen har givet rådet anledning til fremadrettet nøje at sondre mellem faktiske oplysninger og lægefaglige vurderinger i rådets interne voteringsark, hvilket blandt andet vil være særlig aktuelt for de sagkyndige i de sager, hvor der skal foretages en beskrivelse/vurdering af billeddiagnostisk materiale, i sager hvor der skal foretages en beskrivelse/vurdering af medsendt videomateriale samt i sager, hvor der skal foretages en beskrivelse/vurdering af eventuelt fremsendt patologisk materiale. Rådet vil aldrig give "direkte aktindsigt" i rådets interne dokumenter, og anmodninger om aktindsigt vil altid blive givet ved at ekstrahere oplysninger fra de originale dokumenter.

Sagen gav endvidere rådet anledning til at gøre opmærksom på, at rådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske

skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og at rådet, for at bevare sin fuldstændige uafhængighed, ikke kommenterer på partsindlæg i konkret forelagte sager, ligesom rådet i øvrigt altid korresponderer direkte med den hørende myndighed vedrørende den lægefaglige vurdering og ikke med de i sagen involverede parter. Såfremt rådets udtalelser giver anledning til uklarheder eller tvivlsspørgsmål i øvrigt, er der altid mulighed for at stille supplerende spørgsmål til rådet, hvilket rådet også gjorde opmærksom på i den konkrete sag.

2.3 To modsat rettede kendelser fra samme byret vedrørende Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal

Den 26. juni 2014 og den 14. juli 2014 blev der ved samme byret afsagt to modsat rettede kendelser om, hvorvidt Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal kunne imødekommes til brug for rådets besvarelse af de stillede spørgsmål. Kendelsen fra den 14. juli 2014 blev kæret til Østre Landsret, der ved kendelse af 3. oktober 2014 stadfæstede byrettens afgørelse. Kendelsen fra Østre Landsret er med Procesbevillingsnævnets tilladelse for tiden indbragt til prøvelse for Højesteret. I ca. 80 til 90 % af de forelagte sager efterspørger Retslægerådet yderligere materiale hos de hørende myndigheder, herunder blandt andet egen læges journal, hvorfor de afsagte kendelser efter rådets opfattelse har en væsentlig interesse for de hørende myndigheder og ikke mindst for sagens parter, hvorfor Retslægerådet efter omstændighederne har valgt at offentliggøre de to afsagte kendelser i nærværende årsberetning. Retslægerådet finder imidlertid ikke grundlag for på nuværende tidspunkt at kommentere på kendelserne men vil afvente resultatet af Højesterets kendelse.

Retslægerådet har i årsberetningen for 2011, s. 33 ff. omtalt Højesterets kendelse af 6. april 2011, der blandt andet også vedrørte spørgsmålet om udlevering af egen læges journal. Spørgsmålet omtales endvidere i denne årsberetning s. 7 ff.

For så vidt angår kendelsen af 26. juni 2014 er sagens nærmere omstændigheder følgende:

I forbindelse med forelæggelsen af en konkret sag for Retslægerådet meddelte rådet ved skrivelse af den 21. februar 2014 den hørende myndighed, at det ville forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet fik adgang til:

- Journal fra egen læge, inklusiv lægens egne konsultationsnotater, for perioden 2004 til 13.02.09 og perioden 23.04.13 til nu
- Billedmateriale af MR-skanning af columna cervicalis, inklusiv beskrivelse, 02.02.10, jf. bilag 1, s. 6

Retslægerådet bemærkede i den forbindelse, at Retslægerådet ikke selv indhenter materiale til brug for sagen, hvilket er helt sædvanlig praksis, idet det altid overlades til den hørende myndighed at tage stilling til og afgøre, hvilket materiale, der skal forelægges rådet til besvarelse af de stillede spørgsmål.

Ved skrivelse af 23. april 2014 meddelte sagsøgers advokat Retslægerådet følgende:

”Jeg henviser til den tidligere fremsendte skrivelse, underskrevet af undertegnede og af en række øvrige advokater vedrørende spørgsmålet om udlevering af egen læges journaler for en periode på 5 år før den aktuelle tilskadekomst.

I skrivelser af 21. februar 2014 har Retslægerådet bedt om journal fra egen læge inklusive lægens egne konsultationsnotater for perioden fra 2004 til 13. februar 2009 og perioden fra 23. april 2013 til nu.

Den sidstnævnte del af journalen fremsendes vedlagt tillige med kopi af billedmateriale fra X-Sygehus og beskrivelse, idet jeg går ud fra, at det er den, der er bedt om i skrivelser af 21. februar 2014.

Med hensyn til egen læges journaler for perioden 2004 til 13. februar 2009 beder jeg Retslægerådet oplyse nærmere, om der i den foreliggende sag er oplysninger, der giver konkret grundlag for at antage, at forudbestående lidelser skulle have betydning for vurderingen af sagen. I bekræftende fald beder jeg Retslægerådet have ulejlighed med at oplyse, hvilke nærmere oplysninger, der henvises til.”

Retslægerådet besvarede henvendelsen ved skrivelse af 6. maj 2014:

”Under henvisning til Deres skrivelse af 23. april 2014 meddeles det herved, at Retslægerådet ikke ser det som sin opgave, uden om retten som den hørende myndighed og sagens modpart, at involvere sig i juridiske formelle problemstillinger vedrørende fremsendelse af journalmateriale, som Retslægerådet ved skrivelse af 21. februar 2014 har efterspurgt i medfør af § 7, stk. 1, nr. 1 i rådets forretningsorden.

Sagsbehandlingen er således fortsat sat i bero, indtil retten har taget stilling til, om det resterende journalmateriale fra egen læge for perioden 2004 til 13.02.09 vil blive forelagt rådet.

Retslægerådet har orienteret Retten i Glostrup som den hørende myndighed ved kopi af nærværende skrivelse.

Retslægerådet foretager sig således ikke yderligere på det nuværende foreliggende grundlag”.

Herefter afsagde byretten sålydende kendelse af den 26. juni 2014:

Sagsøgte, X-Forsikring A/S, har påstået, at sagsøger tilpligtes at fremlægge journal fra sagsøgers egen læge i perioden 2004 til 13. februar 2009, jf. retsplejelovens § 298.

Sagsøgeren har påstået, at editionsbegæringen ikke tages til følge.

Sagens oplysninger

Sagsøgeren har under sagen påstået, at sagsøgte skal anerkende, at hun blev påført personskade i form af følger af piskesmæld, særligt hovedpine og nakkesmerter, ved et færdselsuheld den 3. februar 2009.

Parterne har i den anledning udarbejdet spørgsmål, som efter rettens bestemmelse er blevet forelagt Retslægerådet sammen med de bilag, der var fremlagt.

Blandt bilagene var egen læges journal med tilførsler fra og med 13. februar 2009 til og med 23. april 2013 og et brev af 16. maj 2012 fra egen læge til sagsøgte, hvori lægen blandt andet skrev, at han havde kendt sagsøger som patient i mange år, at han ved, at hun snarere underdriver end overdriver symptomer, at hun ikke tidligere har lidt af hovedpine, og at der efter hans mening er klar sammenhæng mellem hendes færdselsuheld og hendes kroniske hovedpine.

Retslægerådet har herefter den 21. februar 2013 meddelt retten,

"... at det vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet får adgang til :

Journal fra egen læge, inklusiv lægens egne konsultationsnotater, for perioden 2004 til 13.02.09 og perioden 23.04.13 til nu

Billedmateriale ..."

Retten anmodede derfor sagsøgers advokat om fremsendelse af det ønskede materiale.

Med brev af 23. april 2014 sendte sagsøgers advokat egen læges journal for perioden fra 23. april 2013 til nu og kopi af billedmateriale. Advokaten anførte videre:

"Med hensyn til egen læges journaler for perioden 2004 til 13. februar 2009 beder jeg Retslægerådet oplyse nærmere, om der i den foreliggende sag er oplysninger, der giver konkret grundlag for at antage, at forudbestående lidelser skulle have betydning for vurderingen af sagen. I bekræftende fald beder jeg Retslægerådet have ulejlighed med at oplyse, hvilke nærmere oplysninger der henvises til".

Advokaten vedlagde kopi af et generelt brev af 14. april 2014, som han sammen med en række andre advokater har sendt til Retslægerådet. I brevet er bl.a. anført:

"De oplysninger, som Retslægerådet beder om, er oplysninger, som i forbindelse med vidneførsel er omfattet af vidneudelukkelsesgrunden, jf. retsplejelovens § 299, jf. § 170 (og

for så vidt angår partens pligt til fremlæggelse af dokumenterne § 298, jf. § 170).

Dette indebærer, at retten alene vil kunne pålægge den pågældende læge, respektive parten i sagen at fremlægge dette materiale, når materialet anses for at være af "afgørende betydning for sagens udfald og sagens beskaffenhed, og dens betydning for vedkommende part eller samfundet findes at berettige til," at dokumenterne kræves fremlagt.

Retslægerådets begæring om fremlæggelse af 5 års journaler er helt generel og i øvrigt ikke ledsaget af nogen grunde, som kunne betinge et så vidtgående editionskrav."

Retslægerådet har 6. maj 2014 meddelt sagsøgers advokat, at Retslægerådet ikke ser det som sin opgave, uden om retten som den hørende myndighed og sagens modpart, at involvere sig i juridiske formelle problemstillinger vedrørende fremsendelse af journalmateriale, som Retslægerådet ved skrivelse af 21. februar 2014 har efterspurgt i medfør af § 7, stk. 1, nr. 1 i rådets forretningsorden.

Retslægerådet har sat sagen i bero, indtil retten har taget stilling til, om det resterende journalmateriale fra egen læge for perioden 2004 til 13. februar 2009 vil blive forelagt rådet.

Sagsøgers advokat har i brev af 15. maj 2014 foreslået retten at spørge Retslægerådet, om det kan anses for at være af afgørende betydning for Retslægerådets vurdering og afgivelse af en velbegrunnet udtalelse, at materialet fremkommer. I den forbindelse ønsker advokaten, at Retslægerådet oplyser, hvoraf det fremgår, at der skulle foreligge nogen forudbestående lidelser af betydning for Retslægerådets besvarelse.

Advokaten har herved henvist til retsplejelovens regler om editionspligt, for så vidt angår materiale, der er omfattet af lægers tavshedspligt. Han har anført, at sådant materiale efter retsplejeloven alene kan forlanges fremlagt, hvis det er "af afgørende betydning for sagens udfald, og sagens beskaffenhed, og den betydning for vedkommende part eller samfundet findes at berettige til, at oplysningerne pålægges fremlagt." Han har videre anført, at der i sager, hvor der ikke foreligger nogen oplysninger om forudbestående lidelser eller andet, som kunne gøre, at materialet er nødvendigt, er en helt åbenbar konflikt mellem Retslægerådets anmodning om materialet og retsplejelovens editionsregler. Retsplejeloven giver ikke mulighed for at fremsende parternes dybt personlige lægelige oplysninger til Retslægerådet, uden at materialet samtidig stilles til rådighed for retten og for modparten.

Sagsøgers advokat har i forbindelse med spørgsmålet om edition fremlagt et brev af 1. december 2013 fra sagsøgers egen læge, hvori denne anfører:

"Sagsøger har bestemt ikke før 3/2 2009 haft nogen sygdomme eller lidelser, som kan have betydning for følger af tilskadekomst, tværtimod altid været rask uden skavanker."

Parternes synspunkter

Sagsøgte har til støtte for editionsanmodningen anført, at sagsøger ikke ønsker at efterkomme sagsøgtes gentagne opfordringer om at fremlægge kopi af relevant lægeligt materiale, som efter sagsøgtes opfattelse har betydning for spørgsmålet om årsagssammenhæng.

Det er Retslægerådet, som er det kompetente organ til afgivelse af lægefaglige udtalelser om årsagssammenhæng, og det er af afgørende betydning for Retslægerådets vurdering af de medicinske årsagsforhold, at der sker en fuld afdækning af sagsøgers mulige forudbestående eller konkurrerende gener/forhold, der har medført sagsøgers nuværende helbredsmæssige tilstand.

Hvis Retslægerådet skal afgive udtalelse om årsagssammenhæng, uden at det ønskede yderligere materiale fremlægges, vil der være en betydelig risiko for, at Retslægerådets udtalelse vil være behæftet med fejl.

Sagsøger er forpligtet til at oplyse sagen.

Hensynet til sagens rette oplysning har en sådan vægt, at generelle henvisninger til, at fremlæggelsen af lægejournalen ikke skal ske under hensyn til fremkomsten af personfølsomme oplysninger uden betydning for sagen ikke fører til, at fremlæggelse ikke skal ske.

Sagsøger er forpligtet til at fremlægge lægeligt materiale i det omfang, det ikke på forhånd kan udelukkes, at materialet kan have betydning for sagen.

Fremlæggelse af sagsøgers egen læges journal for perioden 2004 til 13. februar 2009 er nødvendig og relevant for Retslægerådets vurdering af de medicinske årsagsforhold.

Materialet, der er omfattet af editionspåstanden, er undergivet sagsøgers rådighed, herunder i form af sagsøgers adgang til aktindsigt.

Hvis materialet ikke fremlægges, må det tillægges processuel skadevirkning, således at det lægges til grund, at sagsøger ikke har løftet sin bevisbyrde for årsagssammenhæng.

Sagsøger har til støtte for sin protest mod edition anført, at der ingen oplysninger er om forudbestående lidelser - hverken lidelser

af betydning for den foreliggende sag eller lidelser uden betydning for den foreliggende sag.

Der er således i sagen intet materiale, som kunne støtte, at der forelå nogen forudbestående lidelser eller gener, som kunne være af betydning for sagen.

Der er således intet i den foreliggende sag, som giver nogen form for grundlag for at antage, at oplysninger om sagsøgerens forudgående lægekontakter skulle kunne være eller kunne anses for at være af afgørende betydning for sagen.

Der er hverken i retsplejeloven eller i den foreliggende domspraksis noget grundlag for at pålægge en part at fremlægge 5 års journaler, når der ikke foreligger oplysninger om lidelser, der med en vis grad af sandsynlighed ville kunne have betydning for sagens vurdering.

Når der som i den foreliggende sag er dokumentation for, at der ikke foreligger oplysninger om forudgående lidelser, er der intet grundlag for editionspålæg.

Retten begrundelse og afgørelse

Retten skal tage stilling til, om sagsøgerens skal pålægges at fremlægge journal fra egen læge for en periode 5 år tilbage regnet fra uheldsdatoen.

Der er i sagen ingen oplysninger, der sandsynliggør, at journalen skulle indeholde oplysninger, der kan antages at have afgørende betydning for sagens udfald. Retslægerådets ikke nærmere begrundede oplysning om, at det vil forbedre rådets mulighed for at besvare de stillede spørgsmål, kan ikke i sig selv begrunde, at sagsøgeren pålægges at udlevere journalen.

Betingelserne for at pålægge sagsøgeren at fremlægge journalen for perioden forud for uheldsdatoen er derfor ikke opfyldt, jf. retsplejelovens § 298, stk. 1, jf. § 300.

For så vidt angår kendelsen af den 14. juli 2014 er sagens nærmere omstændigheder følgende:

I forbindelse med forelæggelsen af en konkret sag for Retslægerådet meddelte rådet ved skrivelse af den 11. april 2014 den hørende myndighed, at det ville forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet fik adgang til:

- Journal fra egen læge inklusiv lægens egne konsultationsnotater fra 1999 til 2004
- Røntgenundersøgelse af columna cervicalis fra XX-Sygehus, 2004
- MR-scanning af columna fra BB-Privathospital, 2005

Retslægerrådet bemærkede i den forbindelse, at Retslægerrådet ikke selv indhenter materiale til brug for sagen, hvilket er helt sædvanlig praksis, idet det altid overlades til den hørende myndighed at tage stilling til og afgøre, hvilket materiale, der skal forelægges rådet til besvarelse af de stillede spørgsmål.

Ved skrivelse af 5. maj 2014 meddelte sagsøgers advokat Retslægerrådet følgende:

”Idet jeg henviser til Retslægerrådets skrivelse af 11. april 2014 til Retten i, fremsender jeg vedlagt

- Kopi af skrivelse af 27. februar 2014 og journal fra Privathospitalet.....
- Kopi af skrivelse af 25. april 2014 fra Region Sjælland, XX-Sygehus

For så vidt angår journal fra egen læge henviser jeg til den i kopi vedlagte skrivelse vedrørende Retslægerrådets ønske om journaler fra før tilskadekomsten.

Jeg skal således bede rådet præcisere, hvilke oplysninger rådet mener at savne.”

Retslægerrådet besvarede henvendelsen fra advokaten ved rådets skrivelse af 12.maj 2014 til byretten, der var sålydende:

”Under henvisning til advokatens skrivelse af 5. maj 2014 vedrørende ovennævnte sag fremsendes vedlagt kopi af Retslægerrådets generelle svarskrivelse af 30. april 2014 på advokatens fremsendte skrivelse af 15. april 2014 vedrørende rådets anmodninger/henstillinger om fremsendelse af journalmateriale fra egen læge.

Retslægerrådet finder således ikke grundlag for yderligere at præcisere, hvilke oplysninger rådet mener at savne, idet det fremgår af rådets skrivelse af 11. april 2014, som rådet må formode retten har videresendt til advokatens videre foranstaltning.

Retslægerrådet skal derfor overlade det til retten, som den hørende myndighed, at træffe afgørelse om, hvilket materiale, der skal fremsendes til rådets vurdering af sagen, hvilket ligeledes fremgår af rådets skrivelse af 11. april 2014.

Sagsbehandlingen er sat i bero på rettens afklaring af sagens formelle problemstilling”.

Advokatens generelle henvendelse af 15. april 2014 til Retslægerrådet er sålydende:

”Ifølge instruksen for forelæggelse af sager for Retslægerådet skal der i forbindelse med forelæggelsen vedlægges mindst 5 års journaler fra egen læge.

Underskrevne advokater, der repræsenterer skadelidte i en lang række af disse sager, har drøftet Retslægerådets krav.

De oplysninger, som Retslægerådet beder om, er oplysninger, som i forbindelse med vidneførsel er omfattet af vidneudelukkelsesgrunden, jf. retsplejelovens § 299, jf. § 170 (og for så vidt angår partens pligt til fremlæggelse af dokumenterne § 298, jf. § 170).

Dette indebærer, at retten alene vil kunne pålægge den pågældende læge, respektive parten i sagen at fremlægge dette materiale, når materialet anses for at være af ”afgørende betydning for sagens udfald og sagens beskaffenhed, og dens betydning for vedkommende part eller samfundet findes at berettige til,” at dokumenterne kræves fremlagt.

Retslægerådets begæring om fremlæggelse af 5 års journaler er helt generel og i øvrigt ikke ledsaget af nogen grunde, som kunne betinge et så vidtgående editionskrav.

På denne baggrund kan Retslægerådet ikke forvente, at forespørgsler til rådet generelt vil blive ledsaget af 5 års journaler før det pågældende uheld i sager, hvor skadelidtes interesser varetages af underskrevne advokater.

Det er åbenbart, at Retslægerådet for at varetage de opgaver, rådet skal varetage efter lovgivningen, er nødt til at have indsigt i det lægelige materiale, som er nødvendigt og relevant i forhold til de spørgsmål, der stilles Retslægerådet.

Det er ligeså klart, at hverken Retslægerådet eller modparten i den pågældende sag har nogen interesse i, endsige krav på, at få udleveret oplysninger om, hvorvidt og i hvilket omfang den skadelidte i en sag vedrørende ankelbrud eller piskesmæld har haft håndledsbrud, spontane eller provokerede aborter, er behandlet for Clamydia eller Condylomer mv. Der er her tale om strengt fortrolige oplysninger, som er helt uden betydning for sagen, og om hvilke der ikke under nogen omstændigheder vil kunne afkræves den pågældende læge forklaring.

I sager, hvori der ikke er nogen oplysning om, eller begrundet formodning om, at skadelidte skulle have haft forudbestående lidelser af betydning for vurderingen af den aktuelle skadesag, vil der herefter ikke kunne forventes fremskaffet og fremsendt journaler for tiden før tilskadekomsten.

I det omfang, der er oplysninger der sandsynliggør, at der kan være forudbestående lidelser af betydning for sagen, vil Retslægerådet

normalt kunne forvente, at der fremsendes journaler for en periode på 2 år inden tilskadekomsten.

Medlemmer af Retslægerådet har i forbindelse med kursusvirksomhed og foredrag tilkendegivet, at Retslægerådet ønsker materiale 5 år tilbage, idet ”kroppen husker” en tidligere tilskadekomst, og at en sådan derfor vil have betydning for vurdering af sagen, selvom den pågældende tilskadekomst ligger en del år tilbage.

Hertil er imidlertid at bemærke, at en sådan tilskadekomst, som ikke har givet nogen aktuelle symptomer over en periode på 2 år erstatningsretligt set vil være uden betydning, idet en sådan skade ikke vil kunne begrunde krav efter erstatningsansvarsloven. I det omfang en tidligere tilskadekomst måtte gøre skadelidte mere modtagelig for nogle givne symptomer og en given skade, er det erstatningsretlige udgangspunkt, at skadevolderen må ”tage skadelidte, som skadelidte er”.

Dette indebærer, at en skade, der er udløst af den pågældende tilskadekomst, vil være omfattet af skadevolderens erstatningspligt, selvom skadelidte er mere udsat for en give skadevirkning, end andre personer måtte være.

I det omfang, der måtte være dokumentation for eller væsentlig sandsynliggørelse af, at der har foreligget forudbestående gener af betydning for særligt årsagssammenhængen (bortset fra ovenstående) ville Retslægerådet kunne forvente, at materiale for 5 år og muligt længere vil kunne stilles til rådighed.

I sager, hvor sådant materiale ikke er medsendt i forbindelse med fremsendelsen af spørgetema i sagen, og hvor det ikke er åbenbart, at der er tale om væsentlige forudbestående lidelser af betydning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene, vil det ønskede materiale blive fremsendt, såfremt der fremkommer en begrundet anmodning herom.

Vi er opmærksomme på at det grundlæggende ikke er parterne, der retter forespørgslen til Retslægerådet, men at det er retterne. Retternes muligheder for at begære det nævnte fremlagt er imidlertid bundet af de nævnte bestemmelser i retsplejeloven. I praksis indebærer dette imidlertid, at det vil være skadelidtes advokat, der i første omgang har mulighed for at kontrollere, hvilket materiale der kan og bør fremsendes til Retslægerådet.”

Retslægerådet besvarede advokatens generelle henvendelse ved skrivelse af 30. april 2014, der er gengivet i byrettens nedenstående kendelse af den 14. juli 2014, der er sålydende:

”Retten afsagde kendelse:

Denne sag drejer sig om, hvorvidt sagsøgeren har krav på yderligere erstatning efter et færdselsuheld den 17. august 2004. Der er under sagens forberedelse opstået tvist om i hvilket omfang, sagsøgeren skal fremlægge journalmateriale fra egen læge til brug for Retslægerådets besvarelse af spørgsmål i sagen.

Sagsøgte har opfordret sagsøgeren til at fremlægge egen læges journal for 5 år forud for det aktuelle uheld, svarende til 17. august 1999 og frem.

Sagsøgeren har ikke ønsket at efterkomme sagsøgtes opfordring og har alene fremlagt journal fra egen læge fra den 22. maj 2003, og sagsøgeren har oplyst, at den seneste journaltilførsel forud for journaltilførslen den 22. maj 2003 er en tilførsel fra den 19. oktober 2001.

Sagsøgte har anmodet retten om at pålægge sagsøgeren at fremlægge egen læges journal for 5 år forud fra det aktuelle uheld og frem, jf. retsplejelovens § 298, stk. 1.

Sagsøgeren har anført, at der ikke er grundlag for at tage sagsøgtes editionsanmodning til følge.

Retten godkendte den 6. februar 2014 parternes spørgetemaer til Retslægerådet, og sagen blev udsat på forelæggelse for Retslægerådet.

Der havde forud for sagens forelæggelse for Retslægerådet været afholdt et telefonisk retsmøde i sagen, hvor omfanget af det materiale, der skulle medsendes til Retslægerådet blev drøftet, idet sagsøgeren alene ønskede at fremlægge egen læges journal for 2 år før tilskadekomsten, og idet sagsøgte havde fremsat anmodning om, at det skulle pålægges sagsøgeren at fremlægge egen læges journal fra 5 år før tilskadekomsten. Der blev under retsmødet opnået enighed om, at sagen efter omstændighederne blev forelagt for Retslægerådet med det foreliggende lægelige materiale.

Retslægerådet har ved brev af 11. april 2014 oplyst blandt andet, at det vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet får adgang til blandt andet journal fra egen læge inklusive lægens egne konsultationsnotater fra 1999-2004.

Sagsøgeren har ved brev af 5. maj 2014 anmodet Retslægerådet om at præcisere, hvilke oplysninger rådet mener at savne. Sagsøgeren har ved brevet henvist til kopi af skrivelse af 15. april 2014 til Retslægerådet vedrørende journalmateriale fra egen læge.

Sagsøgte har ved mail af 12. maj 2014 anmodet retten om at pålægge sagsøgeren at fremkomme med egen læges journal 5 år forud for uheldet, og sagsøgte har samtidig anmodet retten om at tillægge det processuel skadevirkning i den betydning, at det ikke tillades sagsøgeren at forelægge sagen for Retslægerådet, såfremt

sagsøgeren ikke efterkommer et pålæg om at fremlægge egen læges journal 5 år forud for uheldet.

Retslægerådet har ved brev af 12. maj 2014 under henvisning til sagsøgerens brev af 5. maj 2014 vedlagt kopi af Retslægerådets generelle svarskrivelse af 30. april 2014 på sagsøgerens skrivelse af 15. april 2014 vedrørende rådets anmodninger/henstillinger om fremsendelse af journalmateriale fra egen læge.

Retslægerådet har i brevet af 12. maj 2014 oplyst, at rådet således ikke finder grundlag for yderligere at præcisere, hvilke oplysninger rådet mener at savne, idet det fremgår af rådets skrivelse af 11. april 2014. Retslægerådet har overladt det til retten som den hørende myndighed at træffe afgørelse om, hvilket materiale der skal fremsendes til rådets vurdering af sagen. Retslægerådet har i brevet af 12. maj 2014 oplyst, at rådet har stillet sagen i bero på afklaring af sagens formelle problemstilling.

Der fremgår følgende af Retslægerådets brev af 30. april 2014 til sagsøgerens advokat:

"Under henvisning til Deres skrivelse af 15. april 2014 meddeles det herved, at Retslægerådet under ingen omstændigheder stiller "krav" om, at der i forbindelse med forelæggelse af sager for rådet vedlægges mindst 5 års journaler fra egen læge.

Retslægerådet kan imidlertid oplyse, at rådet i stort set samtlige nye forelagte sager i medfør af § 7, stk. 1, nr. 1 i rådets forretningsorden blandt andet efterspørger yderligere journalmateriale fra egen læge via den hørende myndighed, idet det fremsendte skriftlige materiale alt for ofte ikke skønnes at give rådet tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af den enkelte sag.

Hvis det efterspurgte yderligere journalmateriale eller andet efterspurgt materiale ikke kan fremskaffes eller nægtes tilvejebragt fremgår det af § 7, stk. 2 i rådets forretningsorden, at rådet besvarer de stillede spørgsmål på det foreliggende grundlag, hvis dette er muligt.

Retslægerådet har blandt andet på baggrund heraf fundet det hensigtsmæssigt at udarbejde en "tjekliste" som et supplement til rådets vejledning om forelæggelse af civile sager for rådet, ligesom rådet på temadage som vejledende hovedregel har givet udtryk for behovet for egen læges journal fra 5 år forud for den eller de hændelser, der har givet anledning til forelæggelse af sagen for rådet, ligesom rådet i andre sager, afhængig af sagens karakter, konkret efterspørger journalmateriale fra egen læge adskillige år forud for den eller de hændelser, der har givet anledning til forelæggelse af sagen.

Henstillingen om efterspørgsel af yderligere journalmateriale foretages af Retslægerådets formandskab efter, at der har været

foretaget en meget grundig indledende lægelig forberedelse af sagen.

Der er således udelukkende tale om, at Retslægerådet ønsker sagen så godt belyst som muligt, og en gennemgang af journalen fra egen læge fører ofte til kendskab til lægeerklæringer mv., som ikke foreligger i sagens akter. Derudover giver journalen fra egen læge i sig selv oplysninger om tiden før og efter den omhandlede begivenhed/hændelse, der har givet anledning til forelæggelsen af sagen, og kan således være af betydning for Retslægerådets vurdering af blandt andet årsagsforbindelse. Det bemærkes i den forbindelse, at såfremt rådet skal have mulighed for at udtale sig om, hvorvidt en lidelse/gene er fremkommet på grund af et uheld/arbejde osv., skal Retslægerådet naturligvis have klarhed over, hvorvidt lidelsen/genen eksisterede før hændelsen. Det betyder, at faktiske journalførte oplysninger samt "ikke" anførte oplysninger i egen læges journal har betydning for rådets muligheder for at afgive et kvalificeret lægefagligt/lægevidenskabeligt skøn i den enkelte sag.

Retslægerådets opgave er som bekendt alene at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold, og Retslægerådet skal således ikke tage eventuelle juridiske (procedure) betragtninger med i sine overvejelser i vurderingen af den enkelte sag. Retslægerådet kan således heller ikke gå ud fra, at når advokaterne har skønnet, at eventuelle journaloplysninger fra egen læge før uheldet mv. ikke har betydning (juridisk), så medfører det, at de heller ikke har (lægefaglig/lægevidenskabelig) betydning.

Manglende imødekommelse af rådets anmodninger til den hørende myndighed om fremsendelse af yderligere journalmateriale fra egen læge kan således medføre, at Retslægerådets besvarelse ud fra en lægefaglig/lægevidenskabelig synsvinkel bliver ufuldkommen.

Retslægerådet finder ikke grundlag for at foretage sig yderligere i anledning af Deres henvendelse."

Sagsøgte har i mail af 12. maj 2014 og 20. maj 2014 til støtte for den fremsatte editionsanmodning anført blandt andet, at Retslægerådet ved rådets brev af 11. april 2014 har taget stilling til, at rådet i denne konkrete sag finder behov for at få forelagt egen læges journal for 5 år før aktuelle uheld, hvorfor retten anmodes om at pålægge sagsøgeren at fremkomme med disse oplysninger. Såfremt sagsøgeren ikke efterkommer et sådant pålæg, anmodes retten om at tillægge det processuel skadevirkning. Besvarelse af spørgsmål om årsagssammenhæng mellem aktuelle uheld og nærmere angivne gener forudsætter stillingtagen til, om andre lidelser, herunder eventuelle forudbestående, har betydning for sagsøgerens helbredstilstand. Såfremt sagsøgeren ikke efterkommer

Retslægerådets anmodning, er grundlaget for besvarelsen af spørgsmålene om årsagssammenhæng ikke fuldstændigt og dermed er forelæggelse for Retslægerådet ikke tjenlig til sagens rette oplysning. Selv hvis Retslægerådet måtte se sig i stand til at besvare de stillede spørgsmål på det foreliggende grundlag, kan besvarelsen ud fra en lægefaglig/lægevidenskabelig synsvinkel være ufuldstændig.

Sagsøgeren har ved breve af 15. maj 2014 og 28. maj 2014 anført blandt andet, at kriteriet for at pålægge en part at fremlægge materiale omfattet af vidnefritagelsesgrunde, er, om fremlæggelse af materialet må anses for at være af afgørende betydning for sagens afgørelse mv., jf. retsplejelovens § 170.

Den omstændighed, at Retslægerådet uden nærmere begrundelse anfører, at man gerne vil have fremlagt noget yderligere materiale, giver ikke retten nogen form for grundlag for at vurdere, om kriteriet i retsplejelovens § 298, jf. § 170, stk. 2, er opfyldt. Retslægerådet har selvsagt et rimeligt krav på, at der fremlægges det materiale, som er nødvendigt for Retslægerådets afgivelse af en forsvarlig vurdering af sagen. Ligesom sagsøgte i sagen ikke har krav på udlevering af en større mængde materiale med henblik på "fisketur" for at se, om der er et eller andet, der kan anvendes mod sagsøgeren, må Retslægerådet indskrænke sig til at få det materiale, som efter de foreliggende oplysninger kan anses for nødvendige. Såfremt der ikke i materialet foreligger oplysninger om forudgående lidelser af betydning for sagen, er det vanskeligt at se, hvorfor Retslægerådet skulle have behov for journaler 5 år før den aktuelle tilskadekomst. Retslægerådets forespørgsel vedrørende supplerende materiale støttes ikke på konkrete omstændigheder, der tyder på, endsiige kunne dokumentere, at materialet er af væsentlig betydning for vurderingen af sagen. Retslægerådets helt generelle og helt ubegrundede begæringer om yderligere materiale af helt personlig og fortrolig karakter er uden hjemmel og i strid med retsplejelovens § 170.

Sagsøgeren har ved brev af 15. maj 2014 foreslået, at retten anmoder Retslægerådet om at præcisere om, det kan anses for at være af afgørende betydning for sagens udfald (for Retslægerådets besvarelse), at materialet fremkommer, og i bekræftende fald beder Retslægerådet om en nærmere begrundelse herfor, herunder nærmere oplysning om, hvorvidt det fremgår af materialet, at der har været tale om forudgående lidelser af betydning for vurdering af sagen.

Retten har meddelt parterne, at retten ikke agter at anmode Retslægerådet om yderligere bemærkninger, og at retten agter at træffe afgørelse på det foreliggende skriftlige grundlag.

Rettens begrundelse og afgørelse

Sagsøgeren har fremlagt journaltilførsler fra egen læge fra den 22. maj 2003, og sagsøgeren har oplyst, at den seneste journaltilførsel forud for den 22. maj 2003 var den 19. oktober 2001.

Retslægerådet har under sagen efterspurgt journal fra egen læge inklusive lægens egne konsultationsnotater fra 1999 til 2004. Retslægerådet har i den forbindelse oplyst, at det vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål, såfremt rådet får adgang til yderligere journalmateriale fra egen læge.

Sagsøgeren har ikke ønsket at fremlægge yderligere materiale fra egen læge til brug for Retslægerådets bevarelse af spørgsmål i sagen.

Retten finder, at der ved vurderingen af, om sagsøgeren skal pålægges at fremlægge det af Retslægerådet efterspurgte yderligere lægelige materiale, må foretages en afvejning af på den ene side risikoen for, at oplysninger, som er uden betydning for sagen, og som sagsøgeren med rimelighed kan forlange unddraget andre, fremlægges under sagen, og på den anden side hensynet til sagens rette oplysning, herunder en fyldestgørende besvarelse fra Retslægerådet.

Retten lægger efter indholdet af Retslægerådets brev af 30. april 2014 til grund, at baggrunden for, at Retslægerådet i nærværende sag har efterspurgt yderligere journalmateriale, er, at rådet ønsker at sikre sig tilstrækkeligt grundlag for, at rådet kan besvare de stillede spørgsmål fyldestgørende, og at det efterspurgte yderligere journalmateriale efter rådets erfaring kan være af betydning for besvarelsen af de stillede spørgsmål, samt at manglende imødekommelse af rådets anmodning kan medføre, at rådets besvarelse ud fra en lægefaglig/lægevidenskabelig synsvinkel bliver ufuldkommen.

Retten finder efter indholdet af Retslægerådets brev af 30. april 2014, at det efterspurgte yderligere materiale fra egen læge i den af Retslægerådet angivne periode må anses som relevant for Retslægerådets besvarelse af spørgsmål, og at det ikke på forhånd kan udelukkes, at der i det af Retslægerådet efterspurgte materiale vil kunne være oplysninger af betydning for Retslægerådets besvarelse af de stillede spørgsmål samt rettens afgørelse af sagen.

Retten finder på den baggrund, at hensynet til sagens rette oplysning må tillægges en sådan vægt, at sagsøgeren pålægges at fremlægge det af Retslægerådet efterspurgte yderligere journalmateriale fra egen læge, herunder lægens egne konsultationsnotater, jf. retsplejelovens § 298, stk. 1, og § 300, idet det af sagsøgeren anførte ikke kan føre til andet resultat. Den af

sagsøgte fremsatte editionsanmodning tages herefter til følge som nedenfor bestemt.

Thi bestemmes:

Det pålægges sagsøgeren at fremlægge egen læges journal inklusive lægens egne konsultationsnotater fra den 17. august 1999 til den 17. august 2004”.

Denne kendelse blev med Procesbevillingsnævnets tilladelse af den 28. august 2014 i medfør af den nye bestemmelse i retsplejelovens § 389 a, stk. 1 indbragt for Østre Landsret, der den 3. oktober 2014 afsagde sålydende kendelse:

”X-forsikring A/S har ikke udtalt sig vedrørende kæren.

Ved byrettens kendelse af 14. juli 2014 tog retten en af X-Forsikring A/S fremsat anmodning om edition til følge, således at sagsøger blev pålagt at fremlægge egen læges journal inklusiv lægens egne konsultationsnotater i perioden fra den 17. august 1999 til den 17. august 2004.

Sagsøger har nedlagt påstand om, at X-Forsikring A/S's editionsanmodning ikke tages til følge. Sagsøger har til støtte herfor gjort gældende blandt andet, at Retslægerådet i sin seneste instruks har fastslået, at man generelt ønsker 5 års lægejournaler fremsendt. Der er i den konkrete sag ikke grundlag for at antage, at lægelige akter for en periode på 5 år forud for færdselsuheldet vil være af væsentlig betydning for sagen.

Retslægerådets generelle instruks er i strid med hele tankegangen bag lægers tavshedspligt og retsplejelovens regler om vidneudelukkelse.

Byretten har ved sagens fremsendelse henholdt sig til den trufne afgørelse.

Efter votering afsagdes

Kendelse:

Landsretten er enig i byrettens resultat og begrundelsen herfor.

Landsretten stadfæster derfor byrettens afgørelse.

Thi bestemmes:

Byrettens afgørelse stadfæstes.

Østre Landsrets kendelse er med procesbevillingsnævnets tilladelse indbragt for Højesteret, der ikke har truffet afgørelse i sagen ved redaktionens afslutning af rådets årsberetning. Højesterets kendelse vil blive gengivet og kommenteret i årsberetningen for 2015.

2.4 Spørgsmål til Retslægerådet omhandlende tekniske analyser af færdselsuheld og begrebet inkapacitet

Udformningen af spørgsmålene i spørgetemaerne stillet til Retslægerådet afgør i høj grad Retslægerådets mulighed for at besvare de enkelte spørgsmål præcist og udtømmende. Generelt afspejles kvaliteten af spørgsmålene i spørgetemaerne derfor i kvaliteten af de besvarelser, Retslægerådet efterfølgende kommer med. Det er utilfredsstillende for alle parter, når Retslægerådet ikke er i stand til at besvare de stillede spørgsmål eller må påtage sig at afgrænse spørgsmålene til en form, hvor de kan besvares. Konkrete velbegrundede svar kræver tilsvarende konkrete velbegrundede spørgsmål, og Retslægerådet modtager jævnligt spørgetemaer, som indeholder en række elementer, der umuliggør eller begrænser Retslægerådets mulighed for at besvare de stillede spørgsmål både præcist og udtømmende.

Retslægerådet har på baggrund af konkret forelagte sager valgt at belyse problemstillingen med følgende eksempler:

Tekniske analyser af færdselsuheld

I en sag omhandlende et færdselsuheld, hvor en buschauffør i glat føre skred ud, og bussen ramte nogle vejskilte samt en anden bil, opstod der efterfølgende uenighed mellem parterne om, hvorvidt færdselsuheldet havde ført til "gener i midlertidigt og varigt perspektiv". Chaufføren slog angiveligt hovedet mod forruden og oplevede et ryk i nakken, hvorefter der kom smerter i hoved, nakke og skulder. Der var beskedne objektive fund ved første undersøgelse af sagsøger og således dårlig dokumentation for hoved- og nakketraume i de lægelige akter. Sagsøger havde derfor fået udarbejdet en rapport med tekniske analyser af færdselsuheldet, som skulle sandsynliggøre sagsøgers forklaring af hændelsesforløbet. I spørgetemaet blev der henvist til syns- og skønserklæring plus supplerende filmklip, og Retslægerådet blev bedt om at svare på: "Om Retslægerådet på baggrund af skønserklæringen og filmklippet alene finder, at sagsøger blev udsat for en traumatisk påvirkning, der var egnet til at medføre whiplash/nakkedistorsion."

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. I den aktuelle sag ønskes i besvarelsen af spørgsmålet, at Retslægerådet på baggrund af tekniske analyser udtaler sig om sammenhængen mellem resultatet af de tekniske analyser og en medicinsk lidelse i form af whiplash/nakkedistorsion. Spørgsmålet forsøger derved at koble resultatet af de tekniske undersøgelser sammen med en

efterfølgende forekomst af whiplash/nakkedistorsion og derved skabe kausalitet. Retslægerådet bevæger sig på den baggrund væk fra det lægevidenskabelige skøn, idet Retslægerådets besvarelse af de stillede spørgsmål forudsætter, at spørgsmålene er relevante og samtidig omfattet af Retslægerådets sagkundskab. Resultatet af tekniske analyser af færdselsuheld indgår sammen med det øvrige materiale i sagen som grundlag for Retslægerådets besvarelse og rettens behandling af sagen, men specifik fortolkning af resultater af tekniske analyser af færdselsuheld ligger uden for Retslægerådets sagkundskab, som er baseret i lægevidenskab.

Retslægerådet måtte derfor udtale, at Retslægerådet ikke fandt det muligt at besvare spørgsmålet, da fortolkningen af resultater af tekniske analyser af færdselsuheld ligger uden for Retslægerådets sagkundskab.

Inkapacitet

Begrebet ”inkapacitet” indgår nu jævnligt i de spørgetemaer, der fremsendes til Retslægerådet, og som er godkendt af retten. Beklageligvis har Retslægerådet selv været med til at indføre begrebet i rådets besvarelser.

I en sag omhandlende ryggener blev Retslægerådet spurgt: ”Er de varige eller længerevarende gener ud fra en lægelig bedømmelse reversible?”, og Retslægerådet svarede: ”Subjektiv smerteangivelse uden påvisbar skade kan være svær at forudsige forløbet af, men det er ikke lægeligt forventeligt, at det vil medføre længerevarende inkapacitet.”

Siden har Retslægerådet modtaget adskillige spørgetemaer, hvori begrebet ”inkapacitet” indgår, og hvor besvarelse vanskeliggøres af den manglende afgrænsning af begrebet.

I en anden sag omhandlende ryggener blev Retslægerådet således bedt om at svare på: ”Hvor lang – lægefagligt bedømt – en inkapacitet uheldet efter Rådets opfattelse kan begrunde”. Retslægerådet måtte nu svare: ”Retslægerådet er ikke i stand til besvare spørgsmålet mere specifikt, idet ”inkapacitet” alene kan henføres til smertegenen.” Besvarelsen er i dette tilfælde således desværre lige så uspecifik, som det stillede spørgsmål.

Retslægerådets besvarelse af spørgsmål forudsætter, at spørgsmålene skal være konkrete, det vil sige konkret relateret til enkeltpersoners retsforhold, og at de er klare, således at eventuelle misforståelser herved undgås. Ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet har derfor været udførligt behandlet i en artikel i rådets årsberetning for 2010, s. 7 ff., hvor der er redegjort nærmere for de problemstillinger, der generelt opstår, når der stilles ukonkrete spørgsmål til Retslægerådet i sager om for eksempel funktionsevne.

Ordet ”inkapacitet” findes ikke i den danske Retskrivningsordbog, og anvendes ”inkapacitet” i et spørgetema overlades det derfor til Retslægerådet at definere ordets betydning i den specifikke sag.

I en anden sag blev Retslægerådet spurgt: ”Retslægerådet bedes oplyse om subjektiv smerteangivelse uden påvisbar skade lægeligt vil medføre en længerevarende inkapacitet.” Retslægerådet svarede: ”Inkapacitet er ikke et gængs eller veldefineret medicinsk begreb; det er uspecifikt og begrebsindholdet er kontekstafhængig. I betydningen uduelighed eller manglende ydeevne kræves en konkretisering af, hvilken ydelse der måtte evnes eller savnes, og hvori udueligheden måtte bestå.”

Så selv hvis Retslægerådet som her påtager sig denne definition og eksempelvis anser ”inkapacitet” som værende i betydningen ”uduelighed eller manglende ydeevne”, vil spørgsmålet ikke være muligt at besvare. Retslægerådet vil således kun kunne afgive et velbegrundet lægefagligt skøn, hvis uduelighed eller manglende ydeevne i spørgsmålet kobles til en specifik afgrænset funktion, som eksempelvis at være i stand til at gå på trapper eller løfte armen over vandret og ikke en uafgrænset henvisning til funktion i form af ”sagsøgers erhverv eksempelvis arbejde som buschauffør.” Retslægerådet vil derfor ikke være i stand til at besvare spørgsmålet i den form, det er stillet.

Dette illustreres i besvarelsen af et andet spørgetema, hvor Retslægerådet blev spurgt: ”Retslægerådet bedes oplyse, hvad der forstås ved begrebet inkapacitet.” Retslægerådet svarede: ”Indholdet i begrebet inkapacitet (ordet, som er en fordanskning af det engelske incapacity, fremgår ikke af dansk retsskrivning, som skal anvendes af det officielle Danmark, i så henseende anvendes kun ordet inkapabel) kan formodentlig dækkes af ordet uduelighed og uegnet og dækker dermed det at være ude af stand til noget. I en specifik sammenhæng giver det ikke mening, med mindre det anføres, hvilken evne eller funktion, der måtte være tale om.” Her påtager Retslægerådet sig ikke blot at definere betydningen af ”inkapacitet”, men også at sætte konteksten for, hvordan ”inkapacitet” kan anvendes.

Retslægerådet finder, at brugen af begrebet ”inkapacitet” i spørgetemaer og besvarelser fremover bør undgås, da det begrænser Retslægerådets mulighed for præcision i svarene.

2.5 Lægevidenskaben udvikler sig over tid.

En 52 årig mand A faldt på sin arbejdsplads og slog ryg og bagehoved på en varmtvandsbeholder. Han var upåfaldende ved den efterfølgende neurologiske undersøgelse på skadestuen. I ugerne efter var han plaget af hovedpine og smerter i nakken. Femten dage efter faldt han om i sit hjem, og CT skanning viste stor blodprop i den midterste hjernearterie. A afgik ved døden kort efter. Ankestyrelsen accepterede ulykken som en arbejdsskade, men fandt ikke, at dødsfaldet var en følge af arbejdsskaden. Retslægerådet besvarede spørgsmål i tre omgange og modificerede sine primære svar på baggrund af ny viden på området.(J.nr.50E/E2-06162-2012)

Sagen drejer sig om en dengang 52 årig mand, A. Den 25. februar 2010 faldt A på sin arbejdsplads og slog ryg og bagehoved på en varmtvandsbeholder. Han var kortvarigt "væk". Ved den efterfølgende undersøgelse på skadestue beskrives A som neurologisk upåfaldende med ømhed af nakken og brystryg. I venstre side af bagehovedet ses en 2-krone stor hudafskrabning.

I ugerne efter ulykken var A plaget af hovedpine og smerter i nakken, og han var sygemeldt i perioden. Femten dage senere faldt A om i hjemmet. Han blev straks indlagt, og en akut CT skanning viste en stor blodprop i a. cerebri media (den midterste hjernearterie) på venstre side med begyndende infarkt (vævsdød) i venstre side af storhjernen. Undersøgelsen blev gentaget 2 dage senere, hvor forandringerne var endnu mere udtalte med overskydning af hjernevæv mod højre side. Der var ingen tegn på hjerneblødning. A afgik ved døden kort efter, og inden der var udført skanning af venstre halspulsåre. Efter ønske fra familien blev der ikke foretaget obduktion.

Dødsfaldet blev anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen, der ikke kunne anerkende dødsfaldet som en arbejdsskade. Denne afgørelse blev anket til Ankestyrelsen, som i første omgang tiltrådte afgørelsen. Senere modificerede Ankestyrelsen sin afgørelse, idet ulykken blev anerkendt som en arbejdsskade, men Ankestyrelsen fandt stadig, at A's dødsfald ikke var en følge af arbejdsskaden. A's hustru var således ikke berettiget til forsørgertabserstatning.

Sagen blev herefter indbragt for retten, og i den forbindelse fik Retslægerådet stillet en række spørgsmål:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's helbredstilstand forud for arbejdsulykke den 25. februar 2010, herunder om denne kan betegnes som en almen god helbredstilstand.

Sagsøger var i henhold til de lægelige akter i god helbredstilstand forud for arbejdsulykken den 25.02.10

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse årsagen til, at A udviklede en blodprop i hjernen af den aktuelle størrelse.

Såfremt Retslægerådet finder, der er flere faktorer, der kan være årsag til udviklingen af blodproppen i hjernen bedes Retslægerådet angive disse, og om muligt angive graden af sandsynlighed.

Såfremt der er tvivl om graden af sandsynlighed for årsagsforbindelse, bedes Retslægerådet beskrive, hvori denne tvivl består, og i den forbindelse angive, hvad der taler for henholdsvis imod en årsagsforbindelse.

I mange tilfælde kan man ikke afgøre, hvad der er årsag til en blodprop i hjernen. Selv ved tilstedeværelse af kendte risikofaktorer kan den egentlige årsag ofte ikke med bestemthed fastlægges.

Traumatet den 25.02.10 kan have givet anledning til en rift i arterie carotis interna på halsen (carotis dissektion), en læsion, som ved blodets indtrængen mellem lagene i karvæggen over dage og uger kan have givet anledning til blodproppdannelse med tillukning af arterie cerebri media, som blev set på CT-scanning. En væsentlig undersøgelse, ultralyd af halspulsårerne, som kunne have belyst blodkarrenes tilstand, nåede man ikke at udføre. Ej heller blev der foretaget autopsi, der ville kunne have belyst årsagssammenhængen.

Retslægerådet kan derfor ikke angive årsagen til sagsøgers blodprop, men kan ikke udelukke en årsagssammenhæng med ulykkestilfældet.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om A forud for arbejdsulykken den 25. februar 2010 led af nogen kendte disponerende faktorer for udvikling af en blodprop i hjernen af den aktuelle størrelse.

Sagsøger led ikke af de almindelige risikofaktorer for blodprop i hjernen, så som forhøjet blodtryk, hjertesygdom eller sukkersyge. I henhold til journal fra R-Sygehus, hverken røg han eller indtog medicin eller alkohol.

Spørgsmål 4a:

Dersom det lægges til grund, at A i tiden efter arbejdsulykken den 25. februar 2010 led af konstant hovedpine særligt lokaliseret i nakkeregionen, havde kvalme, var alment utilpas og havde synsforstyrrelser, bedes Retslægerådet oplyse, sandsynligheden for, at han i forbindelse med arbejdsulykken pådrog sig et traume i hjernen eller halspulsåren der fører til hjernen, som siden medførte blodprop i hjernen af den aktuelle størrelse.

Såfremt der er tvivl om graden af sandsynlighed for årsagsforbindelse, bedes Retslægerådet beskrive, hvori denne tvivl består, og i den forbindelse angive, hvad der måtte tale for henholdsvis imod, en årsagsforbindelse.

Spørgsmål 4b:

Dersom det lægges til grund, at A i tiden efter arbejdsulykken den 25. februar 2010 alene led af hovedpine, som noteret i egen læges journal den 8. marts 2010 (bilag 8), bedes Retslægerådet oplyse, sandsynligheden for, at han i forbindelse med arbejdsulykken pådrog sig et traume i hjernen eller halspulsåren der fører til hjernen, som siden medførte blodprop i hjernen af den aktuelle størrelse.

Såfremt der er tvivl om graden af sandsynlighed for årsagsforbindelse, bedes Retslægerådet beskrive, hvori denne tvivl består, og i den forbindelse angive, hvad der måtte tale for henholdsvis imod, en årsagsforbindelse.

Ad spørgsmål 4a og 4b:

Sagsøger havde den 25.02.10 fået en hjernerystelse ved slaget mod nakkeregionen. De anførte symptomer, hovedpine, kvalme, almen utilpashed og synsforstyrrelser, som bortset fra hovedpine, ikke er lægeligt dokumenteret, ville kunne tilskrives hjernerystelsen.

Retslægerådet finder en sammenhæng sandsynlig, men har ikke fundet det muligt, at kvantitere denne sandsynlighed nærmere.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om og i givet fald angive sandsynligheden for, at A's fald på badeværelset den 12. marts 2010 kan have forårsaget den blodprop, som han døde af 14. marts 2010.

Faldet i badeværelset må anses som en konsekvens af blodproppen.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's bevidsthedstab i forbindelse med arbejdsulykken den 25. februar 2010 kan være udtryk for en skade på halspulsåren, der fører til hjernen (traumatisk dissektion), der på et senere tidspunkt medførte afsendelse af en blodprop til hjernens indre pulsåre, som beskrevet i sagens bilag 7 side 1, punkt 3.

Bevidsthedstabet skyldes slaget mod hovedet. En begyndende dissektion vil ikke forårsage bevidsthedstab.

Spørgsmål 7:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Af Arbejdsskadesikringslovens § 12, stk 2 fremgår, at et påvist tab af erhvervsevne, et varigt mén eller en persons død, anses for at være en følge af arbejdsskaden, medmindre overvejende sandsynlighed taler herimod. Alligevel frifindes Ankestyrelsen, da Byretten fandt, at overvejende sandsynlighed talte imod, at arbejdsskaden havde været årsag til hjerneblodprop og efterfølgende dødsfald.

Byretten havde lagt vægt på, at

- Retslægerådet ikke kunne udtale sig om graden af sandsynlighed for en årsagssammenhæng mellem arbejdsskaden og blodproppen – kun at Retslægerådet ikke kunne udelukke en årsagssammenhæng med arbejdsskaden.
- to speciallæger i neurologi fandt det usandsynligt respektive mindre sandsynligt, at blodproppen skulle være en følge af arbejdsskaden.
- blodprop i hjernen opstår oftest uden relation til udefrakommende påvirkning.
- carotis dissektion opstår ofte uden relation til udefrakommende påvirkning.
- der forløb 15 dage fra arbejdsskaden til blodproppen opstod.

I forbindelse med efterfølgende behandling af sagen ved Landsretten fik Retslægerådet i to omgange stillet supplerende spørgsmål:

Spørgsmål 8:

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 1, angivet, at A i henhold til de lægelige akter (var) i god helbredsmæssig tilstand forud for arbejdsulykken den 25.02.10, og i besvarelsen af

spørgsmål 3 angivet, at sagsøger led ikke af de almindelige risikofaktorer for blodprop i hjernen, så som forhøjet blodtryk, hjertesygdom eller sukkersyge. I henhold til journal fra R-Sygehus, hverken røg han eller indtog medicin eller alkohol.

Retslægerådet bedes oplyse, hvor stor den procentuelle risiko er for, at A med den angivne helbredsmæssige status ville udvikle en blodprop af den aktuelle størrelse.

Risiko for blodprop i hjernen for en mand på 52 år er generelt omkring 1/1000 per år. A havde, så vidt det er oplyst, ingen af de sædvanlige risikofaktorer for blodprop i hjernen. Retslægerådet skønner, at hans risiko var omkring 0,2/1000 per år.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 2; om årsagen til, at A udviklede en blodprop af den aktuelle størrelse udtalt, at

Retslægerådet kan derfor ikke angive årsagen til sagsøgers blodprop, men kan ikke udelukke en årsagssammenhæng med ulykkestilfældet.

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken af nedenstående årsager Retslægerådet finder mest sandsynlig i den konkrete situation; enten

- a. arbejdsskaden den 25. februar 2010, eller*
- b. andre forhold, herunder egne forhold.*

Retslægerådets opmærksomhed henledes på, at det for Rettens vurdering af sagen har afgørende betydning at modtage rådets kvalificerede lægefaglige skøn - i det omfang dette er muligt.

Retslægerådet kan ikke pege på en konkret årsag. Af de to nævnte skønnes a. mere sandsynlig end b.

Spørgsmål F:

I forbindelse med besvarelsen af spørgsmål 9 bedes Retslægerådet beskrive, om det er af betydning for svaret:

- a) at A blev ramt i nakkeregionen og ikke på halsen,*
- b) at der forløb 14 dage fra arbejdsskaden til konstateringen af blodproppen og/eller*
- c) at langt de fleste tilfælde af blodprop i hjernen ikke sker som følge af udefrakommende påvirkning (jf. Retslægerådets svar E), og i givet fald bedes Retslægerådet uddybe, hvilken betydning forholdene a-c tillægges ved besvarelsen af spørgsmål 9.*

a. Der var på skadestuen ømhed af halshvirvelsøjlen C2 – C4, hvilket tyder på, at A havde ramt bagsiden af halsen.

Ad b. og c. De to nævnte forhold mindsker sandsynligheden for, at traumet var årsag til blodproppen.

Spørgsmål 10:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål H:

Såfremt det lægges til grund, at A pådrog sig en dissektion, bedes Retslægerådet - henset til lokaliseringen af skadelidtes store mediainfarkt - angive, hvorvidt det findes mest sandsynligt, at det måtte være af

a) *arteria carotis, eller*

b) *arteria vertebralis.*

Lokaliseringen måtte mest sandsynligt være a) arterie carotis.

Spørgsmål I:

Er Retslægerådet enig i, at dissektion af arteria carotis oftest opstår i forbindelse med direkte stump traumer mod halsen, som f.eks. motorulykker eller anden direkte betydelig stump skade, eller andre betydende traumer, som medfører en hastig deceleration med overstrækning af arterien, således som det også fremgår af oversigtsartiklen fremlagt som bilag C?

Dissektion af arteria carotis kan opstå spontant og som følge af traume, der involverer halsen. Det kan dreje sig om betydelig stump vold, men også om lette traumer, for eksempel yoga, hyperfleksion af halsen med mere.

Spørgsmål J:

Af artiklen (bilag C) fremgår det tillige, at dissektion kun udgør omkring 2 % af alle tilfælde af apopleksi.

Er Retslægerådet enig heri?

Dissektion udgør omkring 2 % af alle tilfælde af infarkt i hjernen. Hos personer under 45 år dog 20 % i henhold til bilag C. Fra opgørelse i Dijon, Frankrig, er hyppigheden 13 % hos personer

under 55 år. Hos personer, der ikke har andre risikofaktorer (forhøjet blodtryk, hjertesygdom, diabetes, rygning) må forekomsten af dissektion antages at være væsentlig højere.

Spørgsmål K:

Finder Retslægerådet det bevist, at A's dødsfald skyldes en arteriel dissektion?

Svaret bedes begrundet.

Retslægerådet finder det ikke bevist, at A's dødsfald skyldes en arteriel dissektion, idet de nødvendige undersøgelser til påvisning heraf ikke blev udført.

Spørgsmål L:

Finder Retslægerådet det sandsynliggjort, at A udviklede en arteriel dissektion?

Svaret bedes begrundet.

Retslægerådet finder det sandsynligt, at A udviklede en arteriel dissektion i arteria carotis. Se endvidere besvarelsen af spørgsmål M.

Spørgsmål M:

Er det mere end 50 procent sandsynligt, at A ved det aktuelle traume den 25. februar 2010 skulle have pådraget sig en arteriel læsion, som beskrevet i spørgsmål I?

Fraværet af risikofaktorer for apopleksi, den unge alder (51 år) og det relevante traume gør det mere end 50 % sandsynligt, at det drejede sig om en dissektion. Der var normalt blodtryk, ingen kendt hjertesygdom, blodsukker normalt, kolesteroltal normalt, intet tobaksforbrug (bilag C, d. 13.03.2010).

Spørgsmål N:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor stor den procentuelle risiko er for at udvikle en arteriel dissektion som følge af en hændelse, svarende til As arbejdsulykke den 25. februar 2010.

Der er ikke fundet studier, der kan belyse denne specifikke traumemekanisme.

Spørgsmål O:

Når Retslægerådet sammenholder svaret på spørgsmål N med svaret på spørgsmål 8, hvad er da den mest sandsynlige årsag til As blodprop

- a) A's egne forhold (blodproppen er ikke en følge af en udefrakommende påvirkning)*
- b) arbejdsskaden den 25. februar 2010*
- c) eventuelt andre forhold.*

Svaret bedes begrundet.

B) arbejdsskaden fremstår som den mest sandsynlige årsag. Se endvidere besvarelsen på spørgsmål M.

Spørgsmål P:

Retslægerådet har i udtalelsen af 7. februar 2013 udtalt,

- at årsagen til A's blodprop ikke kan angives, men at en årsagssammenhæng ikke kan udelukkes (svar 2)*
- at Retslægerådet finder en sammenhæng sandsynlig, men ikke har fundet det muligt at kvantificere denne sandsynlighed nærmere (svar 4b)*
- at de fleste tilfælde af carotis dissektion vil optræde indenfor timer til dage (svar D), samt*
- at der i langt de fleste tilfælde af blodprop i hjernen ikke er tale om en udefrakommende påvirkning.*

Ankestyrelsen har forstået udtalelsen således, at en årsagssammenhæng ikke kan udelukkes, men at det samtidig ikke kan afgøres, om det er overvejende sandsynligt (sandsynlighed på mere end 50 %), at der er årsagssammenhæng mellem ulykken og blodproppen.

Retslægerådet har i udtalelsen af 26. august 2013 udtalt, at Retslægerådet anser arbejdsskaden for den mest sandsynlige årsag (svar 9).

Retslægerådet bedes angive, hvorvidt svar 9 i Retslægerådets udtalelse af 26. august 2013 er udtryk for en ændret vurdering i forhold til vurderingen i udtalelsen af 7. februar 2013, samt i bekræftende fald, hvad årsagen til den ændrede vurdering er.

Retslægerådet bedes herunder angive, hvorvidt der i perioden mellem de to udtalelser er fremkommet ny lægefaglig viden, der begrundet Retslægerådets ændrede vurdering.

Retslægerådet er blevet bestyrket i den opfattelse, at der er mere end 50 % sandsynlighed for at apopleksien hos den 51-årige A, som

var uden kendte risikofaktorer, var en følge af traumet d. 25.02.2010. Blandt andet ud fra ny faglig viden, herunder litteratur:

Y Béjot og medarbejdere: Incidence and outcome of cerebrovascular events related to cervical artery dissection: the Dijon Stroke Registry. Int. J Stroke 2013, oktober 22.

Spørgsmål Q:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Kommentar

Retslægerådet har således på baggrund af nyere epidemiologiske opgørelser kvantificeret sit skøn om graden af sandsynlighed for en årsagssammenhæng mellem arbejdsskaden og blodproppen fra ikke at kunne udelukke en årsagssammenhæng, jf. besvarelsen af spørgsmål 2, men i øvrigt ikke at kunne kvantitere sandsynligheden herfor, jf. besvarelsen af spørgsmålene 4 a og 4 b, til nu at finde det sandsynliggjort, jf. besvarelsen af spørgsmål L, at det er mere end 50 % sandsynligt, at arbejdsskaden har forårsaget carotidisdissektion, jf. besvarelsen af spørgsmål M.

Med Retslægerådets besvarelse af de supplerende spørgsmål kan der ikke længere siges at være forhold, der med overvejende sandsynlighed taler imod, at A's død, er en følge af arbejdsskaden (Arbejdsskadesikringslovens § 12, stk. 2).

Sagen understreger, at det så vidt muligt er den tilgrundliggende videnskabelige litteratur, der danner grundlaget for Retslægerådets besvarelser. I konsekvens af dette kan Retslægerådets besvarelser derfor godt variere over tid, i takt med, at den lægefaglige viden udvikler sig inden for et område. I nærværende sag giver en ny videnskabelig undersøgelse, der offentliggøres i perioden mellem de primære spørgsmål og de supplerende spørgsmål, mulighed for at præcisere Retslægerådets svar.

Der henvises i øvrigt til artiklen i Retslægerådets årsberetning 1988, s. 39 ff.

2.6 Forvaring – lægelige og juridiske aspekter

A, der er 22 år gammel, blev mentalundersøgt i anledning af sigtelser for flere tilfælde af voldtægt af fire forskellige unge kvinder, hvoraf de to var under 15 år, forsøg på manddrab, grov vold og vold i adskillige tilfælde over for de fire samme unge kvinder mv. Han nægtede sig skyldig.

A var født på Balkan. Familien flygtede på grund af krigen, og A kom til Danmark otte år gammel. Han har udvist adfærdsforstyrrelser siden barndommen, han har ingen uddannelse, og er tidligere straffet gentagne gange, herunder idømt to års fængsel for vold. Ved mentalobservationen fandtes A personlighedsmæssig ganske svært afvigende, blandt andet præget af let vakt aggressivitet og manglende evne til at indleve sig i andre menneskers følelser. A fandtes omfattet af straffelovens § 69, men overlægen kunne ikke anbefale en foranstaltningsdom, jf. samme lovs § 68, 2. pkt. A fandtes at frembyde en sådan nærliggende fare for andre, at anvendelse af forvaring var påkrævet for at modvirke denne fare. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion. Byretten frifandt A for flere forhold, herunder forsøg på manddrab vedrørende en af de unge kvinder, og vurderede flere af voldsforholdene som simpel vold, jf. straffelovens § 244 og ikke grov vold jf. § 245. Byretten fandt herefter "ikke fuldt ud tilstrækkeligt grundlag" for at idømme forvaring. Landsretten stadfæstede i det væsentlige byrettens afgørelse vedrørende skyldsspørgsmålet. Et mindretal (seks stemmer) ville idømme forvaring, men det fandt flertallet med en række juridiske argumenter heller ikke "fuldt ud tilstrækkeligt grundlag" for. Det er ikke Retslægerådets opgave at inddrage sådanne juridiske forhold, som for eksempel ung alder eller særlige omstændigheder vedrørende kriminaliteten, i sit skøn, som bygger på en vurdering af en sigtedes personlighedsmæssige egenart i kombination med grovheden – hvilket ses som et udtryk for farligheden – af den tidligere og aktuelle kriminalitet. Sagen illustrerer de forskelle, der kan være mellem den lægevidenskabelige og juridiske vurdering i spørgsmålet om forvaring. Sagen illustrerer også, at Retslægerådet ikke graduerer sine vurderinger på grundlag af hypotetiske spørgsmål (j.nr. 10A/A1-00214-2014m.fl.).

A er en 22-årig mand, der var sigtet for i alt 26 forhold, heraf flere tilfælde af voldtægt, hvoraf to af de fire forurettede var under 15 år, samt vold og grov vold i gentagelsestilfælde, forsøg på manddrab samt trusler. Voldsofrene var i hovedparten af sigtelserne de fire voldtægtsofre. A nægtede sig skyldig, men ønskede i øvrigt ikke at udtale sig.

A blev ambulantly undersøgt af overlæge S, X retspsykiatriske afdeling, der afgav erklæring ... maj 2013. Af erklæringen fremgår blandt andet, at A er født på Balkan i en større søskendeflok, hvoraf to skal være døde. På grund af krigen i området måtte familien flygte, og A kom med sine forældre og søskende til Danmark, da han var 8 år gammel. Familien har flyttet lidt rundt her i landet, men har i nu flere år boet i en provinsby. Moderen modtager førtidspension på grund af følger efter krigstraume, og faderen, som har forsøgt sig på arbejdsmarkedet her i landet, søger nu om førtidspension blandt andet på grund af følger efter grov politivold i hjemlandet. Familien har fået permanent opholdstilladelse.

A har gået i flere forskellige skoler på grund af familiens flytning, men også på grund af hans forstyrrende adfærd. Han har taget 9. klasses afgangseksamen – med dårligt resultat oplyser han selv. Han ønsker at blive mekaniker og har kortvarigt gået på tekniske skoler, men han er blevet bortvist på grund af trusler mod lærerne og de øvrige elever. Ind i mellem har han haft kortvarige ansættelsesforhold som ufaglært blandt andet på autoværksteder. Han ophørte med at arbejde, da han var ca. 19 år gammel, angiveligt på grund af rygsmerter efter en trafikulykke. Af de lægelige oplysninger fremgår, at han brækkede næsen ved ulykken, men han pådrog sig ikke skader. Han var ikke bevidstløs. Han har i øvrigt været legemlig rask.

A har altid boet hos forældrene, og han har angiveligt aldrig modtaget offentlige ydelser. Han misbruger ikke alkohol, og han er angiveligt opmærksom på, at han i alkoholpåvirket tilstand kan være særdeles affektlabil. Han har røget hash fra 14-års-alderen, i en periode på 1-2 måneder for år tilbage røg han hash dagligt, men han er nu ophørt med hashmisbruget. Han har benægtet misbrug af andre euforiserende stoffer.

A er tidligere idømt bødestraffe for blandt andet tyveri, ulovlig omgang med hittegods samt overtrædelse af færdselsloven. Hertil er han ca. 20 år gammel for vold og trusler blevet idømt fængsel i fem måneder og 21 år gammel for røveri mv. idømt fængsel i to år. Hans egen kommentar til den tidligere kriminalitet er, at han havde været ”ung og dum”, og at det ikke kunne gøres om. Han nægtede sig som anført skyldig i den nu påsigtede ganske voldsomme kriminalitet, som han heller ikke ønskede at omtale ved mentalundersøgelsen ud over, at han angav, at han prøvede at give en af de forurettede ”kærlige følelser”, som de begge manglede.

A beskriver sin opvækst i en landsby på Balkan som på alle måder som harmonisk. Så kom krigen, med alt hvad det medførte, blandt andet at A's fader flere gange blev udsat for grov vold. Det endte med, at familien flygtede, og A angiver, at flugten var dramatisk, blandt andet blev en onkel skudt og dræbt, og en moster blev voldtaget.

A havde ikke de store problemer med at tilpasse sig tilværelsen i Danmark, men han lægger ikke skjul på sine problemer i skolen. Han kunne provokere lærerne, forstyrre undervisningen og han blev jævnligt ”sur” og forlod undervisningen. Hans udbytte af skolegangen var begrænset. Han havde ikke megen kontakt til klassekammeraterne, idet han mest var sammen med nogle ældre elever. Han forklarer også, at han for et par år siden skiftede sin omgangskreds ud, idet han fandt, at han havde været for beskyttende over for dem – han var ikke deres socialrådgiver, og nu måtte de klare sig selv. Aktuelt har A kun kontakt med familien, hvilket han begrundede med, at han havde afsonet ”for meget”, hvilket havde skadet ham. Han benægter i øvrigt enhver form for kontaktbesvær, heller ikke over for piger, og han beskriver, hvorledes han med ”romantik” og omtanke let etablerede kontakt til en pige.

A vedgik uden forbehold, at han let lod sig provokere, især hvis andre mennesker tog fat i ham, og at han havde et voldsomt temperament, som han havde svært ved at styre. Han mente dog nok, at han kunne tåle kritik. Han var normalt i almindelig godt humør, og han kender ikke til længerevarende stemningssvingninger. Han benægtede enhver form for psykotiske symptomer, for eksempel i form af hallucinationer, påvirkningsfornemmelse, oplevelser eller forestillinger, der måtte opfattes som vrangforestillinger eller en oplevelse af, at andre mennesker kunne læse eller påvirke hans tanker.

A var under en tidligere indsættelse af fængslets psykiater sat i behandling med ritalin 30 mg to gange dagligt (centralstimulerende middel), idet psykiateren fandt, at A lider af ADHD. A mente selv, at behandlingen havde bedret hans koncentrationsevne, dæmpet hans temperament og generelt gjort ham mere rolig. Han havde i øvrigt aldrig modtaget nogen form for psykiatrisk behandling, og han havde aldrig haft kontakt med psykolog.

Ved en psykologisk undersøgelse foretaget i forbindelse med mentalundersøgelsen fandtes A intelligensmæssigt placeret i sinkeområdet (IQ 95 % konfidensinterval 74-85), men psykologen bemærkede, at A muligvis var lidt bedre begavet, idet hans fremmedkulturelle baggrund eventuelt kunne medføre en lavere formel IQ. Ved testen fandtes A endvidere præget af en personlighedsforstyrrelse. Klinisk psykiatrisk fremtrådte A konkret af tankegang med begrænsede evner til at skrive og regne. Han frembød ingen sindssygdomssymptomer og var i neutralt stemningsleje, ligesom han var helt uafficeret af sagens alvor. Han fandtes umoden og kortsynet samt selvcentreret med tilbøjelighed til at tilgodese egne behov og præget af manglende evne til at indleve sig i andre mennesker. Hertil fandtes han nærtagende med lav frustrationstærskel.

Erklæringen konkluderer, at A var omfattet af straffelovens § 69, men der kunne ikke peges på foranstaltninger jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlig end straf. Afslutningsvist hedder det:

”Henset til art og omfang af sigtelserne omhandlende voldtægt, vold, trusler og risikoen for andres liv og omfanget heraf samt oplysningerne om observandens person og tidligere kriminalitet, må det antages, at observanden frembyder en så nærliggende, men formentlig også væsentlig fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at forvaring – i stedet for fængsel – findes påkrævet for at forebygge denne fare.

Dersom observanden idømmes afsoning i almindeligt fængsel som følge af de sigtelser, der omhandler forbrydelse mod kønssædelighed, skal man anbefale, at afsoning indledes på Anstalten Ved Herstedvester med det sigte at vurdere behovet og muligheden for behandlingsmæssige tiltag til forebyggelse af ligeartet kriminalitet.”

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der i juni 2013 blandt andet udtalte, at A... ”ikke er sindssyg og ikke kan antages at have været det i perioden for de påsigtede forhold. Han er kun jævnt begavet, placeret i sinkeområdet, men han er ikke mentalt retarderet. Han lider ikke af epilepsi.

A er født i, han kom på grund af krigen i Eks-Jugoslavien til Danmark otte år gammel. Opvæksten i beskrives som præget af krigen, mens opvækstforholdene i Danmark skal have været harmoniske. Han har niende klasses afgangseksamen, men han har ingen uddannelse og hans tilknytning til arbejdsmarkedet har kun været sporadisk. Han har haft et vist hashmisbrug, men dette skal nu være ophørt.

Ved aktuelle metalundersøgelse er A fundet personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet selvcentreret og umoden samt præget af begrænset evne til at indleve sig i andre menneskers følelser og behov. Han er hertil præget af lav frustrationstærskel med ledsagende tendens til aggressiv adfærd samt manglende social tilpasning. Der er således ikke fundet tegn på skizofreni eller anden sindssygdom, depression eller angstlidelse, men man har tidligere diagnosticeret hyperkinetisk lidelse (ADHD), som A er i behandling for.

A findes herefter omfattet af straffelovens § 69, men Retslægerådet kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jævnfør samme lovs § 68 2. pkt., som mere formålstjenstlige end straf til imødegåelse af en formentlig nærliggende risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.

Under hensyn til karakteren af den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet samt hans personlighedsmæssige egenart må

A antages at frembyde en såvel nærliggende som væsentligt fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring efter Retslægerådets opfattelse er påkrævet for at forebygge denne fare.”

Efterfølgende modtog rådet en anmodning fra A's forsvarer, fremsendt via anklagemyndigheden, om at besvare følgende spørgsmål:

”Spørgsmål 1:

Vil Retslægerådets anbefaling være den samme, hvis sigtede alene dømmes for vold i et eller nogle tilfælde, og frifindes for andre?

Spørgsmål 2:

Vil Retslægerådets anbefaling være den samme, hvis sigtede alene dømmes for voldtægt i et eller i nogle tilfælde og frifindes for andre?”

Retslægerådet afviste at besvare spørgsmålene med følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse og med henvisning til rådets udtalelse af juni 2013 skal Retslægerådet bemærke, at rådet afgiver udtalelse på grundlag af lægelige erklæringer samt de oplyste sigtelser.

Rådet udtaler sig ikke om hypotetiske spørgsmål som de af advokat X anførte.”

I byretten, hvor anklagemyndigheden påstod A idømt forvaring, blev A frikendt for samtlige forhold, herunder forsøg på manddrab, vedrørende en af de fire unge kvinder, og flere af de øvrige voldsforhold blev af retten bedømt som simpel vold, jf. straffelovens § 244 og ikke som grov vold, jf. straffelovens § 245. Med henvisning til blandt andet Retslægerådets udtalelse fandt retten A omfattet af straffelovens § 69, samt at foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt, ikke var formålstjenlige. Herefter hedder det:

”Da såvel mentalerklæringen som Retslægerådets udtalelse er afgivet på baggrund af blandt andet en da rejst sigtelse for forsøg på manddrab, samt at tiltalte nu i ikke uvæsentligt omfang er frifundet, således som det fremgår af ovenstående skyldkendelse, findes der ej heller at være fuldt tilstrækkeligt grundlag for at statuere, at han frembyder en så nærliggende eller væsentlig fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring i stedet for fængsel må anses for påkrævet til forebyggelse heraf.

Som følge af det anførte vil tiltalte være at idømme almindelig straf.”

A blev herefter idømt fængsel i 8 år og udvist af landet.

Dommen blev anket til landsretten, og i forbindelse hermed indhentede anklagemyndigheden med henvisning til byretsdommen, hvor A var blevet frifundet for flere forhold, en fornyet udtalelse fra overlæge S, der havde udarbejdet mentalerklæringen, og fra Retslægerådet.

Overlæge S udtalte i skrivelse af februar 2014 blandt andet:

”Henset til art og omfang af de pådømte sædelighedskriminelle forhold, den tidsmæssige udstrækning, flere gentagelsestilfælde samt dømtes voldelige adfærd, finder man ikke, at de nye oplysninger i forbindelse med dommen give anledning til ændring af den i mentalerklæringen af ...maj 2013 anførte konklusion.”

Retslægerådet udtaltemarts 2014 blandt andet, idet rådet også besvarede et spørgsmål fra A's forsvarer om anvendelse af foranstaltningen jf. straffelovens § 68, 2. pkt., at... ”det faktum, at A er blevet frifundet for nogle af de påsigtede forhold, ikke giver rådet anledning til at ændre sin tidligere udtalelse, idet anbefalingen af dom til forvaring bygger på en samlet vurdering af hans personlighedsmæssige egenart, tidligere kriminalitet samt den aktuelt pådømte kriminalitet.

Retslægerådet finder fortsat ikke, at anvendelse af foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt. er formålstjenlige.”

Landsretten stadfæstede i det væsentlige byrettens dom, hvad angår skyldsspørgsmålet, men delte sig i spørgsmålet om sanktionsfastsættelse. Seks stemte for, at A blev idømt forvaring, tre for fængsel i 6 år, seks for fængsel i 5 år og tre stemte for at fastsætte straffen til fængsel i 4 år og 6 måneder. Straffen blev herefter fængsel i 5 år. A blev endvidere frifundet for ubetinget udvisning med stemmerne 12 mod 6.

Det mindretal, der stemte for anvendelse af forvaring, begrundede dette med forbrydelsernes grovhed, de lægelige, herunder Retslægerådets udtalelser, og at A tidligere var dømt for vold omfattet af straffelovens § 245.

Flertallet, der stemte for anvendelse af en tidsbestemt straf har ...”navnlig lagt vægt på, at tiltalte på gerningstidspunkterne for forhold 2 og 3 var 18 år, og at han ikke tidligere er straffet for ligeartet kriminalitet. De har endvidere lagt vægt på, at voldtægterne er gennemført under anvendelse af en vold, der ikke kan betegnes som grov, og at ingen af voldtægterne umiddelbart har ført til en ophævelse af parforholdene. Herefter og efter den tilbageholdenhed, der bør udvises ved idømmelse af forvaring,

finder disse voterende ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at anvende forvaring i stedet for fængsel i medfør af straffelovens § 70, stk. 2.”

Kommentar

Retslægerådet har i tidligere årsberetninger flere gange omtalt de lægelige synspunkter på anvendelse af forvaring. Der henvises til ”Register til Retslægerådets årsberetninger 1988-1997”, årsberetningen 1997, s. 133 ff. og til ”Register for Retslægerådets årsberetninger 1998-2011”, årsberetningen 2013, s. 10 ff.

Retslægerådet var ikke i tvivl om at anbefale forvaring, da denne sag blev forelagt rådet. A er personlighedsmæssigt afvigende, hvor rådet især lagde vægt på hans begrænsede evne til at indleve sig i andre menneskers følelser og behov i kombination med hans udtalte tendens til aggressiv adfærd. Rådet fandt hertil såvel den påsigtede voldskriminalitet som den påsigtede seksualkriminalitet så omfattende og alvorlig, at rådet fandt, at han frembød såvel en ”nærliggende”, straffelovens § 70, stk. 1, som en ”væsentlig”, § 70, stk. 2, fare for andre mennesker.

Rådet var heller ikke i tvivl om at afvise at besvare forsvarerens hypotetiske spørgsmål om, hvad rådet eventuelt måtte mene, såfremt A blev frikendt for dette eller hint. Retslægerådet har tidligere i en sag om forvaring fået stillet tilsvarende hypotetiske spørgsmål, som rådet også dengang afviste at besvare, årsberetningen 1998-1999, s. 131 ff.

A blev i byretten frikendt for voldtægt, vold og forsøg på manddrab vedrørende en af de fire kvinder i sagen, og blev i en række voldsforhold alene fundet skyldig i simpel vold, ikke i grov vold. Herefter fandt byretten ikke ”fuldt tilstrækkeligt grundlag” for at idømme forvaring.

I landsretten blev der afgivet seks stemmer for, at A blev idømt forvaring, mens flertallet stemte for at fastsætte straffen til fængsel mellem 4 år og 6 måneder og op til 6 år. Mindretallets begrundelse for at have stemt for forvaring, var især kriminalitetens grovhed samt de lægelige, herunder Retslægerådets udtalelser.

Flertallet fandt – som byretten – ”ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at anvende forvaring i stedet for fængsel i medfør af straffelovens § 70, stk. 2.”

Flertallet nævner ikke § 70, stk. 1, men alene § 70, stk. 2, hvilket må fortolkes på den måde, at det var den seksualkriminalitet, A var fundet skyldig i, der kunne give anledning til overvejelser om forvaring, og ikke voldskriminaliteten.

Flertallets begrundelser for at anvende fængselsstraf er af juridisk karakter, herunder en måske antydnet moralsk vurdering, når det hedder, at voldtægterne ikke....”umiddelbart har ført til ophævelse af parforholdene.”

Retslægerådet udtaler sig om forvaring på grundlag af sagens lægelige oplysninger samt den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet. Rådet skal ikke inddrage juridiske aspekter – som for eksempel dem, der i denne sag er anført af landsrettens flertal – i sit skøn. Det er indlysende, at frifindes en sigtet for et eller flere (alvorlige) forhold, kan det formelle grundlag for rådets anbefaling af forvaring bortfalde, jf. anklagemyndighedens spørgsmål til Retslægerådet efter byretsdommen, men vurderingen af, om den kriminalitet, en sigtet bliver fundet skyldig i, skal føre til en dom til forvaring, er selvsagt alene en juridisk afgørelse.

2.7 Fra anbringelse på sikret institution for mentalt retarderede til anbringelse i forvaring

B er en 32-årig mand, der i medfør af dom var anbragt på den sikrede institution for mentalt retarderede Kofoedsminde. Han har gået i specialklasse, han har ingen uddannelse, han har fra barndommen og sin tidlige ungdom haft et omfattende, vekslende misbrug af euforiserende stoffer, og han har afsonet flere længerevarende frihedsstraffe for blandt andet røverier, vold og voldtægt. B blev mentalundersøgt i 2005, hvor han fandtes at være sinke og personlighedsafvigende. Ved en mentalundersøgelse i 2010 blev han vurderet til at befinde sig i grænseområdet mellem sinkestadiet og mentalt retarderet i lettere grad samt hertil i udtalt grad personlighedsafvigende. Overlægen fandt, at B var omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, som ligestillet med mentalt retarderet i lettere grad. Efter grundige overvejelser tilsluttede Retslægerådet sig denne vurdering og anbefalede anbringelse på den sikrede institution (for mentalt retarderede) Kodfoedsminde, hvilket også blev resultatet. Forløbet viste imidlertid, at B næppe var mentalt retarderet, og hans truende og voldelige adfærd syntes at blive forværret under opholdet på Kofoedsminde.

B blev på ny mentalundersøgt under indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling på grund af sigtelser for grove trusler og vold mod Kofoedsmindes personale. Han truede blandt andet med, at han ville dræbe personalemedlemmer og deres børn, idet han angav at vide, hvor de boede. Med anvendelse af den moderne intelligencetest (WAIS IV) blev det fastslået, at B er placeret i sinkegruppen. Han fandtes hertil i udtalt grad personlighedsmæssigt afvigende, blandt andet selvforherligende, ansvarsfralæggende samt aggressiv og truende med særdeles dårlig affektforvaltning. Retslægerådet fandt ved en samlet vurdering af især hans personlighedsforstyrrelse og hans omfattende tidligere kriminalitet, at B måtte antages at være så farlig for andre mennesker, at rådet anbefalede anvendelse af forvaring. Landsretten stadfæstede byrettens dom til anbringelse i forvaring. (j.nr. 10A/A1-00227-2014)

B er en 32-årig mand, der blev mentalundersøgt i anledning af en sigtelse for blandt andet flere tilfælde af vold og trusler mod personalet på den sikrede afdeling (for mentalt retarderede) Kofoedsminde, hvor han var anbragt. B var mentalundersøgt to gange tidligere, og det skal bemærkes, at hans oplysninger ved de to undersøgelser ikke er helt indbyrdes konsistente. Samlet fremgår imidlertid, at han er født i et landdistrikt som den ældste af to brødre af samlevende forældre, som var omkring 18 år, da de fik B. Begge forældre modtager nu førtidspension, angiveligt på grund af legemlige lidelser. B oplyser, at broderen afsoner en fængselsstraf

for drab. B har beskrevet barndomshjemmet som såvel trygt som utrygt. Familien flyttede under B's opvækst noget rundt i landet. Han har gået i flere forskellige skoler, i tre år i specialklasse, og han har ikke taget folkeskolens afgangseksamen. Hans udbytte af skolegangen var begrænset, han har for eksempel svært ved at læse, hvilket han selv tilskriver ordblindhed. Han har ingen uddannelse. Som ung havde han en sporadisk tilknytning til arbejdsmarkedet blandt andet i form af aktivering, men han har nu i flere år modtaget førtidspension.

B havde som ung et samlivsforhold med et lidt ældre kvinde, men forholdet blev opløst på grund af B's misbrug og aggressive adfærd. Parret fik et barn, som B (måske) har haft en vis kontakt med. Han har senere fået endnu et barn med en anden kvinde, dette barn har han ikke kontakt med.

B begyndte angivelig at ryge hash i 8-års-alderen, han forklarer, at han stjal hash fra faderen. Fra 14-års-alderen har han haft et omfattende misbrug af alle former for euforiserende stoffer, inklusive for eksempel lightergas, ecstasy og LSD. Gennem de senere år har hans foretrukne misbrugsstoffer været kokain og hash. Han fastholder, at han de seneste år på Kofoedsminde har røget hash dagligt. Han har benægtet et mere udtalt alkoholmisbrug. Han har for nogle år siden modtaget misbrugsbehandling på en døgninstitution, men behandlingen var helt uden effekt. B har – varierende - oplyst om blandt andet vage hørelsehallucinationer i forbindelse med sit misbrug, men han har aldrig frembudt sikre sindssygdomssymptomer. Han har to gange inden for det seneste års tid kortvarigt været tvangsindlagt (fra Kofoedsminde) på psykiatrisk afdeling i meget svær affektspændt og aggressiv tilstand, hvor han ikke blev fundet psykotisk. Han har i øvrigt aldrig modtaget psykiatrisk behandling. Under anbringelsen på Kofoedsminde er han blevet tilbudt behandling med forskellige former for medicin, herunder antipsykotisk virkende medicin givet i beroligende øjemed, men han har i perioder nægtet at tage medicinen.

B blev 19 år gammel idømt sin første ubetingede frihedsstraf, og han er siden idømt flere længerevarende frihedsstraffe for grov vold, voldtægt, trusler, røverier, tyverier mv. Selv oplyser han at have været frihedsberøvet i 5-6 år. I 2010 blev han for blandt andet røveri samt røveri af særlig grov beskaffenhed og voldtægt dømt til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap (Kofoedsminde), hvor han fortsat er anbragt. Der blev ikke fastsat længstetid for foranstaltningen.

B blev mentalundersøgt første gang i 2005, 23 år gammel. Undersøgelsen, som også omfattede en psykologisk test, konkluderede, at B var ”dårligt begavet” (men ikke mentalt retarderet) samt præget af en ”lettere personlighedsforstyrrelse”, blandt andet impulsiv og kortsynet.

B fandtes omfattet af straffelovens § 69, men foranstaltninger jf. § 68, 2. pkt., fandtes ikke mere formålstjenlige end straf. Denne erklæring blev ikke forelagt Retslægerådet.

B blev igen i 2009, 28 år gammel, mentalundersøgt i anledning af sigtelser for blandt andet groft røveri og voldtægt. Ved undersøgelsen, som også omfattede en psykologisk test, fandtes B ikke sindssyg. Klinisk-psykiatrisk er anført, at han virker”særdeles impulsstyret med ringe evne til behovsudsættelse og manglende evne til forståelse af konsekvens af handlinger. Affektforvaltningen er dårlig og forværres yderligere i stofpåvirket tilstand...”

Den psykologiske undersøgelse (foretaget med blandt andet WAIS III) konkluderede blandt andet:

”Kognitivt set bemærkes der kognitive vanskeligheder inden for forarbejdningshastighed, sproglig forståelse, perceptionsorganisation samt arbejds hukommelse. Observandens sproglige nuancering samt problemløsningsstrategier efterlader dog det indtryk, at der for observanden er tale om en manglende skolegang samt understimulering frem for F70.0 mental retardering af lettere grad, hvilket er det område observanden testmæssigt befinder sig i.”

I et diskussionsafsnit anførte overlægen blandt andet: ”Om han begavelsesmæssigt er beliggende i den høje ende af mental retardering af lettere grad eller i den tunge ende af sinkeområdet kan diskuteres, men tilstanden må konklusivt ligestilles med mental retardering af lettere grad i og med, at han desforuden har en udtalt dyssocial personlighedsforstyrrelse. Han synes at optræde med en facade, der dækker over hans handicap. Han har ingen erkendelse af sit mentale handicap.”

Overlægen fandt således B omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, og anbefalede dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, således at han efter bestemmelse fra kommunen kunne overføres til sikret afdeling.

Denne erklæring blev i 2010 forelagt Retslægerådet. Ved forelæggelsen forespurgte anklagemyndigheden blandt andet om forvaring, jf. straffelovens § 70, efter rådets opfattelse var påkrævet. Retslægerådet udtalte:

”Ved aktuelle mentalundersøgelse fremtræder B fortsat uden sindssygelige symptomer og er præget af sin dårlige begavelse. Han findes ved den aktuelle psykologiske undersøgelse begavelsesmæssigt at fungere på et niveau på grænsen til lettere mental retardering. Han fremtræder desuden præget af en forstyrrelse af personligheden; han er styret af sine impulser med ringe evne til behovsudsættelse, og han har manglende evne til forståelse af konsekvenserne af sine handlinger. Han mangler

evnen til refleksion og empati og evnen til at føle skyld og ansvar. Han har ingen erkendelse af sit mentale handicap.

Retslægerådet finder herefter, at B begavelsesmæssigt fungerer på et niveau svarende til mental retardering af lettere grad. Han vurderes hertil som værende i stor risiko for ny ligeartet kriminalitet. B er således omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, skal Retslægerådet, for at tilgodese den almindelige sikkerhed og optimale behandlingsmuligheder, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap.”

På grund af forskellen i sanktionsforslaget mellem overlægen og Retslægerådet, korresponderede rådet med overlægen, der imidlertid ikke fremkom med bemærkninger til rådets påtænkte udtalelse (om ”korrespondance”, se rådets årsberetning 2013, s. 68 ff.).

Som tidligere anført blev B dømt til anbringelse på ”Kofødsminde”, men her voldte han stigende og efterhånden meget betydelige problemer – ikke mindst fordi institutionen fandt, at B var en svært personlighedsforstyrret sinke og ikke mentalt retarderet.

Statsadvokaten forespurgte rutinemæssigt i 2012 Kofødsminde, om den foranstaltning, B var idømt, kunne ophæves eller ændres. Som svar udarbejdede Kofødsmindes psykiatriske konsulent en længere, grundig erklæring, der blandt andet beskrev, hvorledes B i begyndelsen af opholdet var nogenlunde veltilpasset, men efterhånden blev hans adfærd i stadig stigende grad svært afvigende med daglige trusler om drab, tortur og voldtægt mod personalet og deres familier. Han kom i håndgemæng med personalet, og han var selvhævdende, drillende og provokerende i forhold til de øvrige beboere. På et tidspunkt overfaldt han en medbeboer. Han ønskede ikke at deltage i beskæftigelse eller skolegang. Han vedgik et dagligt hashmisbrug, men ville ikke oplyse hvor meget hash, han røg.

Om B’s funktionsniveau er blandt andet anført, at han selv kan ...”lave mad uden hjælp til planlægning eller udførelse. Han er fuldstændig selvhjulpent hvad gælder personlig hygiejne, påklædning, tøjvask, og rengøring af hans værelse. Han har en normalt udviklet tidsfornemmelse, og han har overblik over årets mærkedage som f.eks. hans families fødselsdage o.lign. Han har et realistisk forhold til penge og til penges værdi og købekraft...”

Den psykiatriske konsulent konkluderede, at B ikke var sindssyg og ikke mentalt retarderet, men placeret i sinkeområdet. B fandtes at have ...”et svært forstyrret personlighedspræg med en blanding af træk, som man typisk finder hos dyssocial personlighedsforstyrrelse, paranoid personlighedsforstyrrelse og følelsesmæssig

ustabil personlighedsforstyrrelse.” Yderligere fandt den psykiatriske konsulent, at B ...”på nuværende tidspunkt (fremstår) mere psykisk ustabil og til latent fare for sine omgivelser, end han gjorde, da han ankom til Kofoedsminde.” Konsulenten anbefalede, at den idømte foranstaltning blev ophævet, og at B i stedet blev idømt almindelig straf.

Som tidligere beskrevet var B efterfølgende to gange tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling på grund af aggressiv adfærd.

Erklæringen blev forelagt Retslægerådet, idet anklagemyndigheden samtidig oplyste, at B kunne sigtes for flere forhold af vold og trusler af samme karakter som de øvrige, det vil blandt andet sige trusler om drab, mod personalet på Kofoedsminde. Rådet fandt det derfor ikke muligt at afgive udtalelse og henstillede til, at der blev udarbejdet en supplerende mentalundersøgelse....”eventuelt inklusive en ny psykologisk undersøgelse med anvendelse af WAIS IV....”

B nægtede at medvirke ved en ambulant undersøgelse, hvorfor han blev indlagt til mentalundersøgelse. Han måtte dagen efter indlæggelsen bæltefikseres på grund af svært aggressiv og truende adfærd. Han var herefter fikseret i 16 dage, idet han jævnlige var truende, slog om sig mv. Han fandtes under indlæggelsen blandt andet selvhævdende og med udtalt tilbøjelighed til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne, ligesom han bagatelliserede egen truende og aggressive adfærd. Han gav udtryk for, at et bestemt personalemedlem på Kofoedsminde fortjente at blive overfaldet, og han fandt det acceptabelt at anvende vold for at opnå, hvad han ville. Ved en psykologisk undersøgelse (med WAIS IV) fandtes B placeret i sinkeområdet (IQ 73, spredning 68-81). Testen konkluderede:..”Såvel klinisk som testpsykologisk får man således indtryk af en person, der begavelsesmæssigt er placeret i den nederste ende af normalområdet med særligt alvorlige forstyrrelser hvad angår opmærksomhed og koncentration, og hvor forstyrrelser i personligheden i form af narcissistisk sårbarhed, en udadprojicerende tendens, der tidvis kammer over i paranoid fortolkning samt omfattende forstyrrelser i evnen til affektregulering og impuls kontrol yderligere forringer den generelle funktionsevne. Det massive misbrug kan meget vel have medført skade på såvel den kognitive som personlighedsmæssige funktionsevne. Der er tidvise brist i realitetstestningen, som har en paranoid psykotisk karakter; men tilstanden kan dog ikke betegnes som psykotisk; der er tale om en hurtigt skiftende, labil og uforudsigelig funktionsmåde, betinget af såvel kognitive som personlighedsmæssige forstyrrelser”.

Den klinisk-psykiatriske vurdering var i overensstemmelse hermed – B er ikke sindssyg, han er sinke, og han er i udtalt grad personlighedsforstyrret.

Erklæringen konkluderede, at B var omfattet af straffelovens § 69, men overlægen kunne ikke pege på foranstaltninger jf. § 68, 2. pkt. som mere formålstjenlige end straf.

Sagen blev igen forelagt Retslægerådet, der i en længere udtalelse resumerede forløbet. Konkluderende hedder det afslutningsvist:

”Ved den aktuelle mentalundersøgelse er der ligeledes foretaget psykologisk undersøgelse, der viser, at B er placeret i sinkeområdet, men han er ikke mentalt retarderet. Personlighedsmæssigt er han fundet i udtalt grad afvigende, blandt andet præget af dårlig impuls kontrol, lav frustrationstærskel samt en selvhenførende oplevelsesmåde, ligesom han i udtalt grad lægger skyld og ansvar ud i omgivelserne.

Retslægerådet finder herefter, at B er omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til at forebygge fremtidig ligeartet kriminalitet. Idet B vurderes i stor risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet, både ligeartet med det tidligere pådømte og med, hvad han aktuelt er sigtet for, vurderes det, at B frembyder en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme og helbred, at forvaring, jævnfør straffelovens § 70 stk.1, må antages at være nødvendig for at imødegå denne fare.”

Da der ikke var enighed om foranstaltningsforslaget, korresponderede rådet med den erklæringsskrivende overlæge, der imidlertid ikke fremsendte kommentarer til rådets påtænkte udtalelse.

Efter Retslægerådet havde afgivet udtalelse blev B sigtet for yderligere seks forhold, fem for trusler mod Kofoedsminde personale og et tilfælde af overtrædelse af straffelovens § 260, stk. 1, 1. pkt., idet han under en rømning fra Kofoedsminde opsøgte og truede en ansat ved institutionen i dennes hjem.

B erklærede sig stort set uskyldig, idet han dog erkendte at have opsøgt en ansat på Kofoedsminde i dennes hjem, men han nægtede at have truet hende. Samtlige dommere og nævninge i byretten fandt B skyldig efter anklageskriftet bortset fra et par tilfælde, hvor retten ikke fandt det bevist, at han bevidst havde slået mod en medarbejder, men han blev i disse sager som i de øvrige fundet skyldig i trusler. Som eksempel på truslerne kan nævnes, at B blev fundet skyldig i at have udtalt: ”Jeg kidnapper A’s kone og filmer mens flere mænd voldtager hende, og så tvinger jeg A til at se på det, inden jeg skærer halsen over på ham” eller lignende udtalelser.

Retten fandt med henvisning til mentalerklæringen og Retslægerådets udtalelse, at B ikke var omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, men af samme lovs § 69.

B blev herefter idømt forvaring, idet retten som begrundelse dels henviste til hans tidligere kriminalitet, dels udtalte:

”Tiltalte er nu domfældt for 14 forhold af blandt andet trusler på livet og vold efter straffelovens § 119, stk. 1, begået i perioden november 2012 til september 2014 over for de ansatte på Kofoedsminde. Han har således på trods af sin placering på sikret afdeling fortsat begået kriminalitet af den i straffelovens § 70, stk. 1, nr. 1, nævnte art.

Tiltalte findes på denne baggrund og efter indholdet af mentalerklæringen af 20. marts 2014 og Retslægerådets udtalelse af 7. maj 2014 at frembyde en så nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred og frihed, at det findes påkrævet for at forebygge denne fare, at tiltalte i medfør af straffelovens § 70, stk. 1, dømmes til forvaring.”

B ankede dommen til landsretten. Før sagens behandling i landsretten anmodede B's advokat via anklagemyndigheden Retslægerådet om at oplyse, fra hvilket tidspunkt i perioden 2010 til 2014 B ikke mere kan anses for at være omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Retslægerådet besvarede det stillede spørgsmål således:

”Med tilbagesendelse af sagen vedrørende B skal Retslægerådet henvise til tidligere afgivne responsa, senest af 07.05.14, og i besvarelsen af advokat K's spørgsmål indledningsvis henvise til en artikel om mental retardering i rådets årsberetning 2010, side 81 ff.

Hvad angår B fremgår det af rådets udtalelse af 07.05.14, at der har været usikkerhed om hans intelligensniveau, idet han i 2005 fandtes placeret på grænsen til mentalt retarderet, det vil sige placeret lavt i sinkeområdet. Ved mentalundersøgelsen i 2009 fandtes han ved den psykologiske undersøgelse lettere mentalt retarderet, men denne psykologiske test blev foretaget med anvendelse af WAIS III, og som det fremgår af ovennævnte artikel, har det vist sig, at denne test kan vise et for lavt intelligensniveau.

Den langvarige observation af B på Kofoedsminde har vist, at han ikke er mentalt retarderet, men placeret i sinkeområdet, hvilket er i overensstemmelse med resultatet af den senest foretagne psykologiske undersøgelse, hvor WAIS IV – som er mere nøjagtig end WAIS III - er anvendt”.

Alle voterende i landsretten fandt B skyldig i de 14 forhold som fastslået i byrettens dom. En enig landsret tiltrådte endvidere af de grunde, der var anført i byretsdommen, at B blev idømt forvaring.

Kommentar

Sagen gav anledning til grundige overvejelser i Retslægerådet, da den blev forelagt første gang. Spørgsmålet for rådet var, om

Retslægerrådet skulle anbefale forvaring (om kriterierne for at anbefale forvaring se side 60 ff. i denne årsberetning) eller anbefale dom til anbringelse på Kofoedsminde. Der var enighed blandt de voterende om, at B frembød en sådan farlighed, at andre foranstaltninger ikke kunne komme på tale. Ved en samlet vurdering, herunder at den psykologiske testning (med WAIS III) var grundig, omhyggelig og levede op til de faglige standarder, fandt rådet at kunne følge overlægens vurdering af, at B befandt sig en tilstand ligestillet med mental retardering i lettere grad og altså ikke var omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Overlægen havde anbefalet anbringelse på institution for mentalt retarderede med mulighed for overførsel til Kofoedsminde, men rådet var som anført ikke i tvivl om, at B kunne udvise en sådan farlig adfærd, at dom til anbringelse på Kofoedsminde var påkrævet.

Forløbet har vist, at B ikke er mentalt retarderet i lettere grad eller befinder sig en hermed ligestillet tilstand. Han er intelligensmæssigt placeret lavt i normalområdet (i sinkeområdet) og hertil er han præget af en udtalt personlighedsforstyrrelse, som efter rådets opfattelse kan medføre en uberegnelig farlighed. Hertil kommer, at B's uligevægt og affektlabilitet nærmest syntes forværret under hans anbringelse på Kofoedsminde.

Som nærmere omtalt i Retslægerrådets årsberetning 2010, s. 81 ff., var der visse formelle problemer med WAIS III, som medførte, at en person kunne score lidt for lavt ved en undersøgelse af IQ. Ved den seneste mentalundersøgelse blev B testet med anvendelse af WAIS IV, og hans formelle IQ fandtes da også lidt højere, således at han blev placeret lavt i normalområdet (i sinkeområdet), men over grænsen for mentalretardering i lettere grad. Det kan være vanskeligt at afgøre om en person, der ved en intelligensundersøgelse placerer sig i grænseområdet mellem sinkestadiet og debilområdet (mental retardering i lettere grad) skal henføres til straffelovens § 16, stk. 2, men i denne sag viste den grundige erklæring fra Kofoedsmindes psykiatriske konsulent efter rådets opfattelse klart, at B ikke er mentalt retarderet i lettere grad.

B var sigtet for en række forhold af vold og grove trusler mod personalet på Kofoedsminde, og det er muligt, at disse sigtelser isoleret set næppe kunne kvalificere til en forvaringsdom. Men hans talrige forstraffe i form af blandt andet vold og voldtægt i kombination med hans personlighedsmæssige egenart medførte, at rådet samlet set fandt B så farlig for andre mennesker, at rådet anbefalede anvendelse af forvaring. Som anført i artiklen side 60 ff. i denne årsberetning er det ikke rådets opgave at foretage en juridisk vurdering af, om kriterierne for forvaring er opfyldte. I denne sag slog byretten – som tiltrådt af landsretten – det imidlertid utvetydigt fast, at den kriminalitet, B var fundet skyldig i, var...”af den i straffelovens § 70, stk. 1, nr. 1 nævnte art”. Sammenholdt med hans forstraffe og de lægelige vurderinger fandt retten enstemmigt kriterierne for anvendelse af forvaring opfyldte.

2.8 Udgang fra Sikringsafdelingen under anvendelse af oppegående tvangsfiksering

A er en cirka 40-årig patient, som på grund af farlighed 3 gange har været anbragt på Sikringsafdelingen; det aktuelle ophold startede i 2006. A har siden den tidlige ungdom lidt af sindssygdom (skizofreni) i meget svær grad og jævnligt udvist særdeles personfarlig adfærd med flere livstruende overfald på personale og medpatienter.

A havde været bag aflåst dør i en periode på mere end to år, da der i 2010 indførtes mulighed for oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen.

Efter flere år, hvor oppegående tvangsfiksering således havde muliggjort, at A kunne være i fællesskab og komme på personaleledsaget udgang til hospitalets terræn, ansøgte Sikringsafdelingens overlæge Justitsministeriet om en enkeltstående personaleledsaget udgang til Nykøbing Sjælland by. Retslægerådet kunne ud fra en lægelig betragtning ikke anbefale, at tilladelsen blev givet, da A's tilstand stadig var så ustabil, at oppegående tvangsfiksering var påkrævet.

Da tvang efter forudsætningerne i psykiatriloven kun kan anvendes (under indlæggelse) på psykiatrisk afdeling, forekommer det endvidere uafklaret, om oppegående tvangsfiksering med håndremme i behandlingsøjemed lovmedholdeligt ville kunne anvendes udenfor Sikringsafdelingens område. (J.nr. 10A/A9-00020-2013 m.fl.)

A har været anbragt på Sikringsafdelingen i alt 3 gange, aktuelt siden 2006, alle gange i medfør af farlighedsdekret. Fra 2007 fik A efter Justitsministeriets tilladelse mulighed for enkeltstående udgange til hospitalets terræn, siden udvidet til hospitalets nærmeste omegn, skov og strand. I 2008 blev givet tilladelse til et antal personaleledsagede udgange til Nykøbing Sjælland by og opland. Der har endvidere været givet tilladelse til udgange til retsmøder. Justitsministeriet inddrog alle udgangstilladelser i slutningen af 2008 efter overfald på et personalemedlem, for hvilket A efterfølgende modtog dom til anbringelse på Sikringsafdelingen; det aktuelle farlighedsdekret er desuden stadig gældende.

Med revision af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (LBK nr. 1729 af 02/12/2010) indførtes i psykiatriloven mulighed for på Sikringsafdelingen at anvende oppegående tvangsfiksering, som allerede samme måned blev iværksat for A og stadig anvendes, idet tilladelsen løbende har været forlænget. Forinden havde A været

bag aflåst dør i 2 år på grund af den nærliggende fare, som patienten udsatte andre for.

A havde herefter ingen udgange før i 2013, hvor overlægen ansøgte Justitsministeriet om personaleledsaget udgang på hospitalets terræn, hvor A samtidig ville være pålagt oppegående tvangsfiksering (håndremme).

Justitsministeriet indhentede til brug for sagens behandling udtalelser fra politi, statsadvokat og Retslægerådet, som alle anbefalede imødekommelse.

Af Retslægerådets udtalelse fremgik blandt andet:

”På baggrund af det oplyste skal Retslægerådet herved anbefale, at overlægens anmodning om, at A med personaleledsagelse kan have udgang til hospitalets terræn, imødekommes under forudsætning af, at dette sker under samtidig anvendelse af oppegående tvangsfiksering med håndremme”.

Justitsministeriet gav tilladelse til én udgang på hospitalets terræn på en række nærmere specificerede vilkår, herunder at der samtidig blev anvendt oppegående tvangsfiksering. Efterfølgende blev givet tilladelse til flere udgange, stadig kun på hospitalets terræn og stadig under forudsætning af samtidig anvendelse af oppegående tvangsfiksering (håndremme).

Disse forløb alle planmæssigt og A's psykiske tilstand blev langsomt mere stabil, ligesom A åbenlyst havde gavn af den adspredelse og samvær med andre, som anvendelsen af oppegående tvangsfiksering herved muliggjorde.

Efter et halvt års forløb ansøgte overlægen om en enkeltstående, formålsbestemt udgang til Nykøbing Sjælland by; A's tilstand var nu så stabil, som man kunne forvente, og overlægen anførte, at der ikke var risiko for voldelige udfald mod andre, så længe A var i oppegående tvangsfiksering. Det blev fremhævet, at A havde gavn af socialt samvær og adspredelse fra sine paranoide grublerier, hvilket også kunne være med til at nedsætte risikoen for aggressive udfald. A var i en rimelig stabil periode dog uændret med kommenterende og devaluerende ”stemmer”, der opfordrede til selvskade. En mulighed for at komme udenfor hospitalets område ville give A stor glæde og skulle ses som en del af de miljøterapeutiske aktiviteter. Politi og statsadvokaten udtalte sig ikke imod det ansøgte.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som blandt andet udtalte:

”.... A er fortsat svært psykotisk og har senest forsøgt at slå personalet i juni 2013. A's psykiske tilstand er stadig så ustabil, at anvendelse af oppegående remme er fundet påkrævet for at forebygge voldelige udfald mod omgivelserne; herved muliggøres i

et vist omfang, at A deltager i socialt samvær med personale og medpatienter, hvilket patienten har gavnlig effekt af.

Som A's tilstand er for tiden, finder Retslægerrådet ud fra en lægelig vurdering ikke, at det kan anbefales, at A får tilladelse til at foretage en enkeltstående udgang til Nykøbing Sjælland by med henblik på indkøb af julegaver".

Justitsministeriet gav herefter afslag på det ansøgte. I afgørelsen lagde ministeriet navnlig vægt på Retslægerrådets udtalelse, som citeret ovenfor.

Kommentar

For personer anbragt i Sikringsafdelingen skal Justitsministeriet ansøges om tilladelse til udgange, også til hospitalets område, jf. BEK nr. 200 af 25/03/2004. Tilladelse til udgange følger et forud fastlagt hierarki. Den første udgang, der tillades, vil typisk være til idrætshuset beliggende på hospitalets terræn, først enkeltstående, og efterfølgende i stigende antal. Forudsat, at alt går som planlagt, kan der herefter søges tilladelse til udgang til hospitalets terræn; dernæst til "nærmeste omegn, skov og strand" og først herefter til "Nykøbing Sjælland by og opland"; når dette er gået som planlagt, kan der søges tilladelse til udgang til længere ture, for eksempel til familiebesøg. Udgangstilladelser gives på nærmere beskrevne betingelser og foregår altid med personaleledsagelse. Der henvises i øvrigt til Retslægerrådets artikel i årsberetningen 2013, side 57 ff.

Muligheden for aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen blev indført med lov nr. 377 af 06/06/2002 og var blandt andet møntet på patienter, der udsatte andre for nærliggende fare, men også på muligheden for at skærme patienten mod for mange stimuli eller for at etablere nødvendige, faste rammer i behandlingen.

I 2010 vedtog Folketinget i forbindelse med revision af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien en forsøgsordning, som tillod brug af oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen, hvor hånd- og eller fodremme fastgøres til mavebælte, som bæres af patienten, og derved forebygger slag eller spark (LBK nr. 1729 af 02/12/2010). Før 2010 var der i begrænset omfang anvendt en form for oppegående fiksering, som imidlertid ikke var beskrevet i psykiatriloven eller dennes forarbejder.

Ordningen er møntet på nogle få, svært sindssyge og farlige patienter, som et alternativ til langvarig isolation på egen stue, bag aflåst dør, eller langvarig tvangsfiksering til seng.

Fra starten ønskede Folketinget meget nøje kontrol med anvendelsen af oppegående tvangsfiksering, som kun kan iværksættes efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen træffer afgørelse efter indstilling fra et særligt

sagkyndigt råd, og patienter undergivet oppegående tvangsfiksering skal tilses daglig af den behandlingsansvarlige overlæge med fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Hvis foranstaltningen udstrækkes i længere tid end 1 uge, skal en speciallæge i psykiatri, som ikke er ansat på Sikringsafdelingen, foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Denne vurdering gentages herefter en gang ugentlig, så længe foranstaltningen pågår.

I perioden siden vedtagelsen i 2010 har oppegående tvangsfiksering været anvendt overfor 5 patienter på Sikringsafdelingen. Med den forestående revision af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien fortsættes ordningen og lempes på visse punkter, således at den kan administreres mere smidigt, mens selve grundbetingelserne vil være uændrede.

Retslægerådets overvejelser i den aktuelle sag har været af rent lægelig karakter: Den risiko, som A udgør for omgivelserne, har effektivt kunnet nedbringes ved hjælp af oppegående remme, men rådet kunne trods dette ikke anbefale, at A fik tilladelse til udgang til Nykøbing Sjælland by.

Baggrunden er, at A i årevis og fortsat, trods intensiv psykiatrisk behandling og ophold på Sikringsafdelingen med et overordentligt struktureret, forudsigeligt og regelmæssigt miljø, befinder sig i en ustabil psykisk tilstand, hvor det må antages, at A's farlighed for omgivelserne, som forekommer delvis uberegneligt med baggrund i sindssygdomssymptomerne, uændret er til stede, hvilket det fortsatte behov for oppegående remme efter 2,5 år er en meget kraftig indikator af.

Retslægerådet har ikke set det som sin opgave at tage stilling til, hvorvidt anvendelse af oppegående tvangsfiksering vil være muligt udenfor Sikringsafdelingens terræn (hospitalets matrikel), sådan som ansøgningen lægger op til, og dermed heller ikke taget stilling til, om den aktuelt ansøgte udgang kunne foregå med anvendelse af oppegående tvangsfiksering.

En afklaring af dette spørgsmål må anses for at være et juridisk anliggende.

2.9 Dræbte moder 3 uger efter udskrivelse - vigtigheden af opfølgning efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling

A er en 20-årig mand, der blev dømt for drab på sin moder. A var opvokset under almindelige sociale forhold. Allerede i barndommen frembød han symptomer på psykisk lidelse. Han havde vanskeligt ved at indgå i socialt samspil med jævnaldrende, og en børnepsykiatrisk undersøgelse, da A var seks år gammel, fandt tegn på en gennemgribende udviklingsforstyrrelse indenfor autismspektret. A er begavet indenfor normalområdet. Skolegangen foregik på grund af adfærdsforstyrrelser i specialklasser og specialpædagogisk døgntilbud. Som 17-årig blev A bortvist fra skolen under henvisning til, at han misbrugte receptpligtig medicin Ritalin samt hash. Han fik med kommunal mellemkomst selvstændig lejlighed, men formåede hverken at følge uddannelse eller arbejde og isolerede sig socialt. A har røget hash siden 15-års alderen. Som 17-årig overfaldt han en skolekammerat og modtog betinget fængselsdom med vilkår om samfundstjeneste. Han blev ikke mentalobserveret ved den lejlighed.

A var som 18-årig indlagt to gange på psykiatrisk afdeling i svært psykotisk tilstand, med vrangforestillinger, hørelshallucinationer og voldsomme affektudbrud. Ved begge indlæggelser var han frihedsberøvet i medfør af Psykiatriloven og bæltefikseret flere gange. Intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin havde en vis effekt på sindssygdomssymptomerne, men blev kun modstræbende accepteret af A. Han blev udskrevet efter en længerevarende indlæggelse tre uger før drabet med planlagt psykiatrisk og social opfølgning; A ophørte umiddelbart med at tage den ordinerede medicin, isolerede sig, udeblev fra aftalte kontroller og afviste at modtage opsøgende kontakt i hjemmet.

Ved mentalundersøgelsen blev han fundet svært sindssyg, lidende af skizofreni, med vanskeligt behandlelige sindssygdomssymptomer. Såvel mentalobserverende overlæge som Retslægerådet anbefalede dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, hvilket også blev resultatet. J. nr. 10A/A1-00175-2014

A blev fundet skyldig i at have dræbt sin moder med adskillige knivstik. Drabet fandt sted i moderens hjem knap to måneder efter, at A var fyldt 19 år, og 3 uger efter, at han var blevet udskrevet fra psykiatrisk afdeling. Sagen blev behandlet ved byretten under medvirken af domsmænd. De afgivne forklaringer blev lydoptaget og ikke gengivet i dommen. Af politiets afhøringer fremgår, at forældrene havde været tiltagende bekymrede for A's psykiske tilstand efter udskrivelsen. Den opsøgende kontakt var ikke blevet etableret som planlagt. A ophørte hurtigt med at tage medicin og gå i bad, han mente at have en chip i næsen, som kunne aflyttes,

grinede umotiveret og havde udtalt, at såfremt han igen skulle tvangsindlægges, ville der "ske et drab". Den kommunale støttekontaktperson, som var blevet tilknyttet i forbindelse med udskrivelsen, forsøgte at opnå A's samtykke til at besøge ham, men blev afvist. Kontaktpersonen orienterede psykiatrisk afdeling herom samt om, at A overfor moderen havde truet med at dræbe hende, hvis hun kontaktede psykiatrisk afdeling. Støttekontaktpersonen blev fra psykiatrisk afdeling vejledt om mulighederne for tvangsindlæggelse. På drabsdagen havde moderen sørget for en aftale om pasning af sin hund, fordi hun ville søge at få A indlagt på psykiatrisk afdeling. Dette nåede moderen imidlertid ikke, før hun blev dræbt.

Dagen efter anholdelsen, hvor A fremstod svært psykotisk, blev han tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling, og senere samme dag blev der afsagt kendelse om varetægtsfængsling i surrogat på psykiatrisk afdeling samt om ambulans mentalundersøgelse.

Af mentalerklæringen fremgår blandt andet, at A er født som nummer en af to søskende i kernefamilie, og at forældrene blev skilt, da A var 12 år gammel. Han boede efterfølgende hos moderen, indtil han 18 år gammel fik egen lejlighed. A har under hele sin opvækst haft vanskeligheder med kontakt, adfærd og trivsel og fik allerede i børnehvealderen diagnosen gennemgribende udviklingsforstyrrelse indenfor autismspektret. Skolegangen har hovedsagelig været gennemført på specielle undervisningstilbud, og han har i perioder været placeret udenfor hjemmet. Han har ikke taget afsluttende afgangsprøve og har, fraset 120 timers samfundstjeneste som 17-årig, ikke været i nogen form for arbejde. Han har ikke været i parforhold. A prøvede for første gang som 12-årig at drikke alkohol, og han har fra 13-årsalderen haft et regelmæssigt weekendforbrug af alkohol. Han prøvede for første gang som 15-årig at ryge hash og har siden udviklet et dagligt misbrug af dette. Sytten år gammel modtog han en betinget dom på 4 måneders fængsel for at have overfaldet en skolekammerat med et slagvåben, idet han mente, at den pågældende havde sladret til skolens ledelse om hans hashmisbrug.

A blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling, da han var 18 år og 8 måneder gammel. Han henvendte sig sammen med forældrene og blev allerede ved den første lægesamtale fundet psykotisk med vrangforestillinger, hørelshallucinationer og svære affektudbrud. A oplyste, at han følte sig forfulgt og overvåget af biler på gaden samt gennem computer og telefon, som han havde smadret; han havde desuden begravet mobiltelefonens SIM-kort. Under lægesamtalen meddelte A, at han alligevel ikke ønskede indlæggelse, blev tiltagende aggressiv, angst og forpint, smadrede samtalerummets inventar og blev sluttelig tvangsindlagt med politiets bistand og umiddelbart herefter bæltefikseret. Han gav udtryk for, at alle ville slå ham og moderen ihjel, og at læger og sygeplejersker var i ledtog med venstrefløjsektremister. Der blev

med A's samtykke iværksat behandling med antipsykotisk virkende behandling, og de åbenlyst sindssygelige symptomer dæmpedes, ligesom A's umiddelbare farlighed for omgivelserne aftog, så bæltefikseringen efter få dage kunne ophæves. Tilstanden blev tolket som hashudløst psykose, selvom A fortsat oplyste om "stemmer" (hørelses-hallucinationer), der talte nedsættende om ham og truede med at slå ham ihjel med kemikalier eller kogende vand. Efter godt en uges indlæggelse tog A imidlertid afstand fra at være hørelseshallucineret og oplyste at have det godt og være indstillet på aldrig mere at ryge hash. Frihedsberøvelsen blev på dette grundlag ophævet, og A forlangte sig udskrevet. Forud herfor havde forældrene kontaktet afdelingen med oplysninger om, at A stadig følte sig forfulgt, og givet udtryk for bekymring over, at der var planlagt udskrivelse efter kun en uges indlæggelse. A afslog anbefaling om ambulante misbrugsbehandling og blev henvist til ambulante udredningsteam til videre diagnostisk afklaring.

Ni dage efter udskrivelsen kontaktede A's moder det ambulante udredningsteam for at søge undersøgelsen fremskyndet. Hun blev henvist til at kontakte den psykiatriske skadestue, hvis hun var bekymret for sønnen. Tre dage senere bragte forældrene på ny A til den psykiatriske skadestue, og oplyste, at han ikke ville tale, spise eller drikke. Han fandtes forpint og psykotisk og blev frivilligt indlagt, men senere tvangstilbageholdt. Under indlæggelsen fremstod han svært psykotisk og periodevis aggressiv og truende. Han var tydeligvis forpint af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter samt hørelses-hallucinationer og ligeledes præget af negative skizofrenisymptomer i form af mangelfuld hygiejne, initiativsvækkelse og isolationstendens. Han mente, at afdelingen var falsk, at der lugtede af gift, og at maden var forgiftet; A ønskede at blive udskrevet, fordi han frygtede, at han selv og familien ville dø, hvis han forblev indlagt. Ved den kliniske psykiatriske vurdering blev påvist en række psykopatologiske fænomener, foreneligt med en sindssygelig skizofren tilstand. A samtykkede modstræbende til behandling med antipsykotisk virkende medicin, som imidlertid kun havde begrænset effekt. Han var jævnligt symptombenægtende ("dissimulerende") og ambivalent omkring den samlede psykiatriske behandling, ligesom han formåede at fortsætte hashrygning under indlæggelsen. A var indlagt i 5 måneder, hvorunder hans psykiske tilstand udviste betydelige svingninger, vekslende mellem bedring og forværring af de psykotiske symptomer. Han forrettede flere gange hærværk, ligesom han var truende og udadreagerende på psykotisk baggrund.

Efter behandling med forskellige typer antipsykotisk virkende medicin uden tilstrækkelig virkning blev der startet behandling med det mest effektive præparat, Leronex, der som udgangspunkt aldrig er første eller andet valg grundet potentielle bivirkninger. Herved indtrådte nogen dæmpning af de psykotiske symptomer, og der blev iværksat langsom udslusning fra hospitalet. Ved udskrivelsen blev aftalt, at A skulle give ugentligt fremmøde på den psykiatriske

afdeling med henblik på samtale og blodprøvetagning, sidstnævnte som led i behandlingen med Leponex. Han henvistes desuden til et ambulant behandlingstilbud for unge med skizofreni, hvor man dog på grund af ventetid først kunne tage ham i behandling flere måneder senere.

Den psykiatriske afdeling blev kontaktet knap 3 uger efter udskrivelsen af A's kommunale støttekontaktperson, der oplyste, at A var ophørt med den antipsykotiske behandling, og at moderen ikke turde køre med ham til psykiatrisk afdeling. Herfra oplystes om mulighederne for tvangsindlæggelse efter forudgående vurdering af tilkaldt læge. A blev indlagt 4 dage senere, efter at han dagen før havde dræbt sin mor med knivstik. Ved den efterfølgende mentalobservation kom det frem, at A i dagene op til drabet i flere nætter havde opholdt sig udendørs med en kniv og på indlæggelsesdagen kontaktet alarm-telefonen 112, fordi han mente at kunne høre indbrudstyve i moderens hus. Ved indlæggelsen fandtes han svært psykotisk. Der var ikke tegn på pågående misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer. Den antipsykotiske behandling med Leponex blev genoptaget, men A var fortsat psykotisk i udtalt grad, og da han insisterede på dosisreduktion af Leponex forværredes tilstanden yderligere. A blev observeret højlydt grinende og talende med sig selv, han mente tilbagevendende, at personale og medpatienter talte nedsættende og krænkende om ham og hørte også disse kommentarer, når han var alene på sengestuen. Han var så psykotisk, at han ikke vurderedes i stand til at deltage i afhøring eller retsmøde. Han var tidvis aggressiv og voldelig, og politiet måtte flere gange assistere afdelingen ved bæltefiksering.

Den mentalobserverende overlæge fandt A massivt præget af typiske skizofrenisymptomer, som også havde været tilstede på tidspunktet for det påsigtede. Det drejede sig blandt andet om omfattende vrangforestillinger om forfølgelse og overvågning, 3. persons hørleshallucinationer, hvor A hørte stemmer tale nedladende om sig, samt en opfattelse af at have fået en chip indopereret i næsen. Tænkningen var desorganiseret og kaotisk, og A havde styringsoplevelser og en oplevelse af, at andre kunne læse og kontrollere hans tanker. A's kontaktevne var svært forstyrret, og han manglede sociale kompetencer og forståelse, ligesom han var apatisk med isolationstendens. Han havde desuden vanskeligheder med at varetage almindelige daglige funktioner, som personlig hygiejne samt væsentlige problemer med aggressionsforvaltning og vredeshåndtering. Hashmisbrug havde med stor sandsynlighed medvirket til en forværring af A's psykiske tilstand, selvom han indimellem følte, at det gav ham ro i hovedet. Ved mentalobservationens afslutning modtog A behandling med 3 forskellige antipsykotisk virkende præparater, herunder Leponex, som efter A's ønske var planlagt nedtrappet, så behandlingen skulle bestå af to præparater.

Overlægen konkluderede, at A led af skizofreni og anbefalede dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Sagen blev forelagt for Retslægerådet, der udtalte:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af fremsendte akter med retspsykiatrisk erklæring af xx.xx.xxxx fra overlæge Y ved Z hospital udtale, at A er sindssyg og var sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet, men kan på grund af svær psykisk sygdom ikke fuldt ud udnytte sit begavelsesmæssige potentiale.

A har fra barndommen frembudt symptomer på psykisk lidelse blandt andet i form af mangelfuld social forståelse og adfærdsforstyrrelser. Han har haft et overforbrug af alkohol, som nu skal være ophørt. Han har i flere år haft et vist hashmisbrug. Han var ikke påvirket af rusmidler på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han blev første gang indlagt på psykiatrisk afdeling i xxxx, hvor han frembød utvetydige psykotiske symptomer, blandt andet i form af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter samt hørelsehallucinationer. Han blev efter eget ønske udskrevet, men måtte små 14 dage senere genindlægges og blev udskrevet (5 måneder senere)

Under denne indlæggelse fandtes A fortsat i udtalt grad sindssyg, præget af blandt andet ovennævnte symptomer, ligesom han udviste voldelig og truende adfærd, således at han flere gange måtte bæltefikseres. Behandling med antipsykotisk virkende medicin havde kun begrænset effekt. Efter at være blevet udskrevet ophørte A med medikamentel og anden behandling, hvorefter hans psykiske tilstand blev forværret.

Ved den aktuelle mentalundersøgelse findes han på trods af intensiv behandling med antipsykotisk virkende medicin uændret svært sindssyg, præget af såvel ovennævnte såkaldt produktive sindssygdomssymptomer som af såkaldt negative skizofreni-symptomer i form af blandt andet initiativsvækkelse og isolationstendens. Det må anses for godtgjort, at A lider af skizofreni.

Retslægerådet finder herefter, at A er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og rådet skal, såfremt han findes skyldig i det nu påsigtede, som mest formålstjenlig foranstaltning, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., til imødegåelse af en ubestemmelig, men af hans psykiske helbredstilstand afhængig risiko for fremtidig ligesartet kriminalitet, anbefale dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling”.

Efterfølgende blev A fundet skyldig i manddrab og idømt anbringelsesdom. Under hensyntagen til den pådømte kriminalitet fastsattes ingen længstetid for foranstaltningen.

Kommentar

Der var hverken hos mentalobserverende overlæge eller Retslægerådet nogen tvivl om, hvilken anbefaling der var mest formålstjenlig til at imødegå fremtidig ligeartet kriminalitet, nemlig dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling, hvilket også blev resultatet. A var svært sindssyg på gerningstiden og også under mentalobservationen. Drabet må ses som sammenhængende med de svære sindssygdomssymptomer, som i et vist omfang responderede på den givne medikamentelle behandling, men som A imidlertid kun modstræbende accepterede. Det var en klar aftale ved udskrivelsen 3 uger før drabet, at A skulle give ugentlig fremmøde på den psykiatriske afdeling til blodprøver og lægesamtale. Han udeblev imidlertid fra de aftalte mødetider; det er ikke oplyst, hvordan dette blev håndteret fra den psykiatriske afdeling, ligesom det ikke foreligger beskrevet, hvorvidt en bekymringshenvendelse fra kommunens kontaktperson blev kommunikeret videre til rette vedkommende.

Den aktuelle sag understreger endnu engang vigtigheden af, udover den systematiserede screening for selvmordsrisiko, der allerede foregår på alle psykiatriske afdelinger, tillige at fokusere på patientens tanker og trusler om vold og eventuelt ligefrem drab. Findes der tegn på sådanne forestillinger, må fortsat indlæggelse overvejes, såvel for at beskytte den syge som for at beskytte andre mennesker.

2.10 Straffelovens § 69 og Retslægerådet – opsummering af et projekt

Projektets resultater er publiceret i følgende artikler med Peter Gottlieb, Alex Kørner, Gorm Gabrielsen, M.Sc. og Liv Os Stølan, M.Pol.Sc. som forfattere:

Mentally disordered non-psychotic criminal offenders - treatment instead of punishment, Nordic Journal of Psychiatry Dec 2013, Vol. 67, No. 6: 400-406.

The impact of the Danish Medico-Legal Council on the choice between treatment and punishment for non-psychotic offenders, Nordic Journal of Psychiatry Apr 2014, Vol.68, No 3: 213-218.

Psychiatric diagnosis and criminal record determine the courts' decisions, Danish Medical Journal Feb 2014, Vol. 61, No 2, A4771.

Abstract

Med brug af data fra alle de 298 straffesager, der i perioden 1.4.2005-31.12.2007 blev forelagt Retslægerådet med anmodning om en udtalelse, og i hvilke Rådet fandt den sigtede muligt eller sikkert omfattet af straffelovens § 69, undersøgtes domstolenes brug af bestemmelsen samt Retslægerådets indflydelse på sagens udfald. Data var uddraget fra mentalerklæringerne, Retslægerådets udtalelser og de endelige domme.

Resultaterne blev taget til indtægt for, at straffelovens § 69 benyttes til at give psykiatrisk behandling til kriminelle, som ikke er sindssyge eller mentalt retarderede, men som dog har behov for behandling. Endvidere fandtes, at Retslægerådet medvirker til at sikre kvaliteten af domstolenes psykiatriske vurderingsgrundlag, og at Rådets indflydelse er ganske betydelig, men ikke altafgørende for retssagernes udfald.

Baggrunden for projektet

Straffeloven har i århundreder muliggjort særlige sanktioner overfor psykisk afvigende lovovertrædere. Således er som udgangspunkt sindssyge og mentalt retarderede i henhold til straffelovens § 16 straffrie, og de idømmes, jf. samme lovs § 68, behandlingsforanstaltninger. Ved straffelovsreformen i 1970'erne indførtes straffelovens § 69, hvorefter også andre psykisk forstyrrede lovovertrædere end de nævnte, hvis det skønnes kriminalpræventivt, kan blive dømt til behandling. Paragraffen regulerer således valget mellem straf og behandlingsforanstaltning i

det psykiatriske uskarpe felt mellem sindssygdom og retardering på den ene side og psykisk normalitet på den anden.

Retten anvendelse af straffelovens §§ 16 og 69 forudsætter en psykiatriske vurdering af den sigtedes mentale tilstand på gerningstidspunktet og aktuelt. Hvad angår de sigtede, der er omfattet af straffelovens § 69, ønsker retten udover det diagnostiske også en psykiatriske begrundelse for, hvorvidt en særforanstaltning er mere formålstjenlig end almindelig straf til at forebygge risikoen for fornyet kriminalitet. Det ligger heri implicit, at kravet til sikkerheden af forebyggelse af ny ligeartet kriminalitet ved hjælp af behandling er des højere, des mere alvorlig kriminalitet, der allerede er begået. Eksempelvis er en dom til ambulante psykiatriske behandling sjældent tilstrækkelig til at tilgodese ønsket om tilstrækkelig sikkerhed mod recidiv begået af en drabsperson.

De psykiatriske vurderinger tilvejebringes ved mentalobservation. Retten og anklagemyndigheden indhenter – i henhold til Rigsadvokatens Meddelelse nr. 5 fra 2007 - i visse typer af sager, blandt andet på baggrund af mentalerklæringen samt sagens øvrige akter, en udtalelse fra Retslægerådet til brug for rettens afgørelse.

Fra 1981 til 2013 steg i følge Justitsministeriets Forskningskontor antallet af årligt idømte foranstaltninger i medfør af straffelovens § 68 fra 150 til 881. Heraf steg fra 2002 til 2013 foranstaltninger for sindssyge fra 299 til 546, foranstaltninger for mentalt retarderede fra 55 til 111 og foranstaltninger for andre psykisk forstyrrede (§ 69) fra 104 til 224, således at stigningen af foranstaltninger for alle tre grupper har lignet en fordobling.

I 1988 blev der forelagt 391 straffesager for Retslægerådet med anmodning om en udtalelse om sanktionsspørgsmålet. Dette tal er siden gradvis faldet; således var antallet i 2013 223.

Formålet med undersøgelsen

Tidligere er opgjort, at personer omfattet af straffelovens § 69 udgør en meget uensartet gruppe. Nogle er psykisk meget forstyrrede, og nogle er sigtet for endog særdeles alvorlig kriminalitet. Det fandtes i 1993 (Kørner et al, Nord Tidsskrift Krim, 284-305), at de personer som i mentalerklæringen i medfør af § 69 blev anbefalet en behandlingsforanstaltning i stedet for straf, var dem med de mest alvorlige psykiske forstyrrelser. Siden denne undersøgelse blev publiceret, er antallet af retspsykiatriske patienter flerdoblet, hvorfor det fandtes relevant med det præsenterede projekt på ny at evaluere brugen af straffelovens § 69.

Retslægerådets rolle for rettens afgørelse er aldrig tidligere søgt vurderet i sager, som de her behandlede.

Der har således været to formål med det refererede forskningsprojekt:

1. at evaluere brugen af straffelovens § 69 og
2. at undersøge Retslægerådets rolle i rettens behandling af sigtede omfattet af § 69.

Undersøgelsens resultater

1. Personerne omfattede af § 69 og rettens afgørelser

I undersøgelsesperioden, 01.04.05-31.12.07, vurderede Retslægerådet i 298 af de i alt 593 sager, der var forelagt med anmodning om en psykiatrisk udtalelse om en sigtet, at denne sikkert eller muligt var omfattet af straffelovens § 69. De 298 personers sager med mentalerklæring, Retslægerådets udtalelse og den endelige dom udgjorde undersøgelsens materiale.

Af de 298 sigtede personer havde næsten tre fjerdedele på et eller andet tidspunkt været i ambulant psykiatrisk behandling, og to tredjedele af disse, det vil sige ca. 150, havde også været indlagt på psykiatrisk afdeling. Samme andel havde indenfor det seneste år været i antipsykotisk, antidepressiv eller stemningsstabiliserende, medikamentel behandling. Den påsigtede kriminalitet var alvorlig: Eksempelvis var 17 % (50) sigtet for drab eller drabsforsøg og 14 % (41) for brandstiftelse. To tredjedele var tidligere dømt for kriminalitet. Mere end halvdelen misbrugte alkohol eller euforiserende stoffer, især hash, og ligeledes mere end halvdelen havde været påvirkede af rusmidler på gerningstiden, de fleste af alkohol. Antallene af arbejdsløse, enlige og personer uden egen bolig var ligeledes store, af de 298 henholdsvis 240, 191 og 117. Der var således tale om et psykiatrisk, kriminelt og socialt tungt belastet klientel.

Enkelte undergruppe-mønstre skilte sig ud: Gruppen, sigtet for den mest alvorlige kriminalitet, viste sig at være den socialt relativt bedst fungerende, mens den psykiatrisk mest belastede gruppe var den socialt dårligst fungerende og også den, der havde det dårligste legemlige helbred. Samlet var der ca 20 % kvinder og ca 20 % af anden etnisk oprindelse end dansk, hvilket formentlig kan tages til udtryk for, at kvinder og ikke-danske mænd generelt er henholdsvis mindre og mere kriminelle end danske mænd.

Retslægerådet tog i 75 af de 298 sager ikke endelig stilling til, om den sigtede var omfattet af straffelovens § 16 eller af straffelovens § 69, idet Rådet vurderede, at enten det ene eller det andet var tilfældet, og uanset hvilket, ville en behandlingsforanstaltning være mest formålstjenlig. Det forekom dermed, at Rådet i disse sager

prioriterede vurderingen af behovet for behandling højere end diagnostisk entydighed.

Halvdelen af personerne i undersøgelsen endte med at blive idømt en psykiatrisk behandlingsforanstaltning i stedet for straf.

2. Prædiktorer for rettens afgørelse

For at vurdere hvilke enkeltfaktorer, der måtte indebære størst sandsynlighed for idømmelse af behandlingsforanstaltning, undersøgte: sigtedes alder og køn, hjemløshed, arbejdsløshed, legemlig helbredstilstand, etnisk oprindelse, eventuelt misbrug, eventuel påvirkning af rusmidler på gerningstidspunktet, eventuel tidligere kriminalitet, psykiatrisk anamnese, psykiatrisk diagnose og den aktuelt påsigtede kriminalitet. Taget hver for sig havde alle de nævnte faktorer signifikant betydning for, om sagen endte med en foranstaltning eller straf. Imidlertid kunne med anvendelse af logistisk regression påvises, at psykiatrisk anamnese og diagnose samt kriminalitet kunne forklare så at sige hele variationen af udfaldet: foranstaltning eller straf. Mest afgørende var den aktuelle diagnose, herefter i faldende rækkefølge: tidligere kriminalitet, det aktuelt påsigtede og den psykiatriske anamnese.

Størst sandsynlighed var der for, at diagnosen ADHD førte til en foranstaltning, derefter fulgte diagnoserne skizofrenilignende sygdom, affektiv sygdom (depressioner og lignende), autistisk forstyrrelse, nedsat intelligens, personlighedsforstyrrelse og ”ingen psykisk forstyrrelse”.

At den psykiatriske diagnose og kriminaliteten således klart havde den største betydning for retssagens udfald, blev taget til indtægt for, at § 69 var blevet brugt som intenderet, idet det var diagnosen, der primært bestemte, om behandling var mere kriminalitetsforebyggende end straf, samtidig med, at alvoren af den tidligere og aktuelle kriminalitet var medbestemmende for, hvor stor en risiko for at behandlingen alligevel ikke virkede, der kunne løbes.

3. Retslægerådets vurdering af mentalerklæringerne

For at forbedre mulighederne for at udtale sig udbad Retslægerådet sig supplerende oplysninger fra de mentalobserverende psykiatere i 20 sager. I otte af disse var mentalerklæringen blandt de i alt 199 erklæringer, der var udarbejdet i et af de fire etablerede, mentalobserverende centre i landet, mens 12 var blandt de 99 fra andre mentalobserverende psykiatere ($p = 0.01$). I 166 sager var der uenighed mellem mentalerklæring og Retslægerådet med hensyn til enten diagnose og/eller sanktionsforslag, men enigheden var langt større mellem de fire centre og Retslægerådet end mellem de øvrige mentalobserverende psykiatere og Rådet. Centrenes mental-

erklæringer var således oftere tilstrækkelige og i overensstemmelse med Retslægerådets opfattelse, end hvad gjaldt de mentalerklæringer, der var udarbejdet udenfor centrene. Der fandtes ingen forskelle mellem de fire centre indbyrdes.

4. Retslægerådets indflydelse på rettens afgørelse

I 153 sager var mentalerklæringen og Retslægerådet enige om at anbefale en form for behandlingsforanstaltning. I 93 tilfælde var der enighed om ikke at anbefale behandling. Der var således uenighed om sanktionsarten i 52 sager. I disse sager var de mentalobserverende psykiatere mere tilbøjelige end Rådet til at anbefale behandlingsforanstaltning.

I 146 sager fulgte retten Retslægerådets anbefaling om behandlingsforanstaltning, og i 116 sager Rådets manglende anbefaling heraf. Af de resterende 36 sager endte 7 uden dom, Retslægerådet dissenterede med hensyn til spørgsmålet om behandling eller ej i 12 sager, i 1 sag anbefalede Rådet ikke foranstaltning, men retten idømte alligevel en sådan (i denne sag havde mentalerklæringen også anbefalet behandling), og i 16 sager anbefalede Retslægerådet behandlingsforanstaltning, men retten idømte almindelig straf. Af disse 16 sager anbefalede Rådet i 11 en af de særlige foranstaltninger for unge, i tre sager ambulantly psykiatrisk behandling af en kvinde og i to sager ambulantly psykiatrisk behandling af en ung.

Det umiddelbare indtryk man kan få ved at læse de ovenfor anførte tal, bekræftedes ved logistisk regressions analyse: Det, der bestemte om retten idømte en behandlingsforanstaltning, var først og fremmest Retslægerådets anbefaling samt den sigtedes alder og køn, mens mentalerklæringens anbefaling derudover ikke havde nogen selvstændig indflydelse på, om sagen endte med dom til behandling eller ej. Med hensyn til alder og køn var det således, at såfremt Retslægerådet anbefalede foranstaltning, var højere alder og mandskøn i højere grad end henholdsvis ungdom og kvindekøn forbundet med sandsynlighed for, at retten også idømte en foranstaltning. Eller med andre ord: Rådets eventuelle anbefaling af foranstaltning havde størst sandsynlighed for at blive fulgt af retten, såfremt den sigtede var over 18 år og en mand.

Således var retten mere tilbøjelig til at følge Retslægerådet end til at følge mentalerklæringen, men mindre optimistisk end Rådet med hensyn til at tro på, at risikoen for fornyet kriminalitet kunne nedsættes med særlige foranstaltninger, når det drejede sig om kvinder og unge.

Konklusion

Antallet af sager, der ender med idømmelse af en foranstaltning til en sigtet omfattet af straffelovens § 69, er i de senere år - ligesom det samlede antal retspsykiatriske patienter - steget voldsomt. Den refererede undersøgelse synes imidlertid at vise, at principperne for idømmelse af en foranstaltning til en person omfattet af straffelovens § 69 er uændrede, idet behandling idømmes, når det skønnes formålstjenligt, det vil sige fortrinsvis til mere alvorligt psykisk forstyrrede.

I undersøgelsesmaterialet var der ikke ubetydelige forskelle mellem mentalerklæringen og Retslægerådet - størst når erklæringen ikke kom fra et mentalobservationscenter - med hensyn til såvel diagnostisk vurdering af den sigtede som anbefaling af eventuel foranstaltning til retten, idet mentalerklæringerne oftere end Rådet anbefalede en sådan. Retten fulgte som oftest, men ikke helt tæt, Rådet.

Retslægerådet er landsdækkende og giver feedback såvel til de mentalobserverende psykiatere i den ikke helt lille del af de forelagte sager, hvor der korresponderes på grund af uenighed, som til alle læsere af Rådets Årsberetninger.

Undersøgelsen viser, at straffelovens § 69 muliggør en imødekommelse af behovet for psykiatrisk behandling hos en belastet del af det kriminelle klientel. Undersøgelsens resultater synes dertil at understøtte, at Retslægerådet er med til at fastholde kvaliteten af domstolenes afgørelser i denne type retspsykiatriske sager. Det kan herefter diskuteres, om den faldende tendens til at forelægge denne type straffesager for Rådet er formålstjenlig.

Projektet modtog økonomisk støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt fra Helsefonden og er udført ved Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik med hjælp fra Retslægerådets sekretariat.

3. Statistik

3.1 Sager behandlet i Retslægerådet 2014

A.	Psykiatriske sager	388
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	99
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	10
D.	Faderskabssager	19
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1044
F.	Administrative sager m.v.	54
H.	Aldersbestemmelser	50
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	1
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	87
I ALT		1752

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	257
Ændring i strafferetlig foranstaltning	77
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	17
Ophævelse af farlighedsdekret	6
Overførsel til Sikringsafdelingen	3
Umyndiggørelser	0
Benådning	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	28
I ALT	388

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	59
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	40
Diverse	0
I ALT	99

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Ansøgning om kønsskifte	10
Ændring af navn/CPR-nr.	0
Diverse	0
I ALT	10

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	9
Arbejdsskader/ulykker	276
Erstatning, pensionssager m.v.	671
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	25
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	63
I ALT	1044

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

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

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	87
Færdselssager vedrørende sygdom	0
Diverse	0
I ALT	87

3.2 Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2014 (og 2012-2013)

	Sagstype	2012	2013	2014
A.	Psykiatriske sager	460	334	388
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	67	81	99
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	11	9	10
D.	Faderskabssager	26	26	19
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	934	1108	1044
H.	Sager vedr. aldersbestemmelse	16	36	50
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	6	8	1
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	21	34	87
	I ALT	1541	1636	1698

3.3 Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2014 (og 2012 - 2013)

	Sagstype	2012	2013	2014
A.	Psykiatriske sager	447	324	367
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	68	52	108
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	9	10	12
D.	Faderskabssager	22	25	19
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	931	900	1097
H.	Sager vedr. aldersbestemmelse	17	25	39
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	10	5	3
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	22	31	80
	I ALT	1526	1372	1725

Hertil kommer tillige i alt 45 administrative sager, der er afsluttet i løbet af 2014.

3.4 Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2014 (og 2010-2013)

	2010		2011		2012		2013		2014	
	brutto	netto	brutto	netto	brutto	Netto	Brutto	netto	brutto	netto
A	29	28	27	26	29	29	35	35	25	25
B	30	30	27	25	35	33	29	29	39	39
C	115	115	124	124	95	95	152	152	63	63
D	15	15	12	9	12	11	18	18	15	15
E	147	90	142	89	145	92	136	105	144	104
H	76	76	58	58	87	84	63	60	56	56
L	51	51	7	7	49	49	30	30	87	87
M	52	52	40	36	59	57	61	51	60	59

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiderne er angivet i medianværdier, hvilket vil sige det tidsrum, inden for hvilket halvdelen af sagerne er færdigbehandlet. Ved ”brutto” inkluderes den tid, der er gået med at gøre det muligt for rådet at behandle sagen (manglende oplysninger, tilladelser mv.). Ved ”netto” forstås sagsbehandlingstiden, beregnet fra det tidspunkt, hvor sagen er klar til behandling.

4. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

4.1 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 genparten 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.

4.2 Retslægerådets medlemmer 2014

Overlæge, dr.med.
Henrik Steen Andersen
Psykiatrisk Center, Rigs-
hospitalet

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

Professor, overlæge, dr.med.
Anders Fink-Jensen
Rigshospitalet
Psykiatrisk afdeling O

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

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

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

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

Ledende overlæge, ph.d.
Dorte Sestoft
Justitsministeriet
Retspsykiatrisk Klinik

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

Professor, overlæge, dr. med.
Poul Videbech
Afd. Q, Aarhus Universitets-
hospital, Risskov

4.2.1 Sagkyndige anvendt i 2014

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

Professor, overlæge, dr. med.,
ph.d. Henning Andersen
Århus Sygehus
Neurologisk afd.
F-Neu.Center

Professor
Johan Hviid Andersen
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk Klinik

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

Lektor, speciallæge
Niels Damsbo
Odense
(almen medicin)

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

Overlæge
Jens Skøt Hindrup
Gentofte Hospital
Reumatologisk Ambulatorium
(fra 01.08.14)

Professor, dr. odont.
Palle Holmstrup
Tandlægeskolen
Afdeling for parodontologi

Overlæge, ph.d.
Hanne Merethe
Lindgaard
Odense Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling

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

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

Professor, overlæge, ph.d., dr.
med. Michael Bjørn Russell
(fra 01.08.14)

Klinikchef, overlæge
Egon Stenager
Sydjysk Skleroseklinik
Vejle, Esbjerg, Sønder-borg

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

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

Speciallæge Niels Siebuhr,
Næstved med henblik på
behandling af sager vedrørende
autorisationsforhold

4.2.2 *Ad hoc sagkyndige anvendt i 2014*

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

1. Klinikchef
Karen Vitting Andersen
Rigshospitalet
Pædiatrisk Klinik
2. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling
3. Overlæge, ph. d.
Ljubica V. Andersen
Aarhus Universitet
Institut for Retsmedicin
4. Overlæge, dr.med.
Ole Andersen
Værløse
(pædiatri)
5. Overlæge
Ture Andersen
Odense Universitetshospital
Audiologisk Afdeling
6. Overlæge
Jon Thor Asmussen
Odense Universitetshospital
Radiologisk afdeling
7. Overlæge
Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X
8. Professor, overlæge, dr.med.
Toke Bek
Aarhus Universitetshospital
(oftamologi)
9. Professor, overlæge, dr.med.
Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Instituttet
(reumatologi)
10. Vicestatsobducent
Lene Warner Boel
Aarhus Universitet
Institut for Retsmedicin
11. Professor, overlæge,
dr.med. Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljø-medicinsk
Klinik
12. Professor, overlæge,
dr.med. Gudrun Boysen
Holte
(neurologi)
13. Overlæge
Bodil Brandt
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling
14. Klinikchef, dr. med.
Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik NK,
2092
15. Overlæge, ph. d.
Ole Brink
Aarhus Universitetshospital
Traumesektoren E4,
Ortopædkirurgisk Afd.
16. Professor, ph. d.
Kim Brixen
Odense Universitetshospital
Endokrinologisk afdeling M
17. Overlæge, ph. d.
Birgitte Brock
Aarhus Universitetshospital
Klinisk Biokemisk Afdeling
18. Professor, overlæge,
dr.med. Christian Buchwald
HovedOrtoCentret,
Rigshospitalet
Øre-, næse-, halsklinik, 2071
19. Professor, overlæge
Cody Bünger
Aarhus Sygehus
Ortopædkirurgisk afd. E, NBG

20. Ledende overlæge, ph.d.
Klaus Børch
Hvidovre Hospital
Børneafdelingen
21. Overlæge
Hans Erik Bøtker
Aarhus Universitetshospital,
Skejby
Hjertemedicinsk afd. B
22. Lektor, ph. d.
Lene Baad-Hansen
Aarhus Universitet
Institut for Odontologi
23. Overlæge
Peter Brøgger Christensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
24. Professor, overlæge,
dr.med. Jeppe Hagstrup
Christensen
Aarhus Universitetshospital
Aalborg
Nyremedicinsk Afdeling
25. Professor, overlæge,
dr.med. Jens Sandahl
Christiansen
Århus Universitetshospital
Medicinsk Afdeling MEA
26. Overlæge
Niels Clausen
Skejby Hospital
Børneafdelingen
27. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
28. Overlæge, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed
29. Klinikchef, professor,
dr.med. Peter Damm
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik, Juliane
Marie Centret
30. Ledende overlæge
Hans Dieperink
Odense Universitetshospital
Nefrologisk afdeling Y
31. Overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling
32. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen
33. Klinikchef
Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
34. Overlæge, dr.med.
Martin Døssing
Frederikssund Sygehus
Medicinsk Afdeling
35. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbenhøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
afd.
36. Specialeansvarlig overlæge
Søren Eiskjær
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afdeling
37. Overlæge, dr.med.
Nanna Hurwitz Eller
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
Afdeling
38. Overlæge, dr.med.
Kristian Emmertsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
39. Overlæge
Ole Fedders
Aalborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
40. Ledende overlæge
Per Klausen Fink
Aarhus Kommunehospital
Forskningsenheden for
Funktionelle Lidelser
(psykiatri)
41. Centerchefsyegeplejerske,
MPA, Vibeke Freilev
Rigshospitalet
Neurocentret

42. Overlæge
Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afd
43. Professor, ledende
overlæge Anders Fuglsang-
Frederiksen
Aarhus Universitetshospital
Neurofysiologisk Afdeling
44. Professor, overlæge,
dr.med. Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklear-
medicinsk afd.
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
45. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
46. Overlæge
John Gelineck
Århus Universitetshospital
Radiologisk afdeling NBG
47. Klinikchef, professor, ph. d.
Anne-Marie Gerdes
Rigshospitalet
Klinisk Genetisk Klinik
48. Overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F
49. Overlæge Peter Gottlieb
Vanløse
(retspsykiatri)
50. Overlæge, ph.d.
Hanne Gottrup
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
51. Overlæge, ph.d.
Henrik Gregersen
Aalborg Sygehus
Hæmatologisk Afdeling
52. Overlæge, dr.med.
Frank Gårskjær
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afd. U
53. Overlæge
Ebbe Stønder Hansen
Aarhus Universitetshospital,
Aarhus Sygehus
Rygsektoren E3,
ortopædkirurgisk afd. E
54. Blodbankchef, overlæge,
dr.med. Morten Bagge Hansen
Rigshospitalet
Blodbanken
55. Professor, overlæge,
klinikleder Torben Bæk
Hansen
Regionshospitalet i Holstebro
Ortopædkirurgisk afdeling
56. Professor, overlæge,
dr.med. Stig Haunsø
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
57. Professor, overlæge,
dr.med. Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-
nuclearmed. Afdeling (alkohol-
og medicinpåvirkethed)
58. Professor, overtandlæge,
dr.odont. Søren Hillerup
Rigshospitalet
Afd. for tand-mund- og
kæbesygdomme
59. Overlæge, ph.d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Klinik
60. Professor, overlæge,
dr.med. Vibeke Hjortdal
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirur. afd. T
61. Speciallæge
Bo Jensen Hou
Psykoteraeutisk
Ambulatorium
København N
(psykiatri)

62. Statsobducent, professor,
dr. med., MPA
Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)
63. Professor, overlæge,
dr.med. Niels Høiby
Rigshospitalet
Klinisk mikrobiologisk
afdeling
64. Overlæge
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling
65. Overlæge
Arne Hørlyck
Aarhus Universitetshospital
Skejby
Institut for Klinisk Medicin -
Billeddiagnostisk afd. SKS
66. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Tandlægeskolen
Aarhus C
67. Overlæge, dr.med.
Martin Iversen
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik
68. Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk Klinik D
69. Overlæge, dr.med.
Steffen Jacobsen
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afd.
70. Professor, dr. med
Søren Jacobsen
Rigshospitalet
Reumatologisk klinik
71. Professor, overlæge,
dr.med. Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.
72. Professor, overlæge,
dr.med. Johannes K. Jakobsen
Aarhus Kommunehospital
Neurologisk afdeling F
73. Professor, ledende
overlæge Gregor Jemec
Roskilde Sygehus
Dermatologisk Afdeling
74. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion
75. Overlæge
Claus Verner Jensen
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik X
76. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen
Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling
77. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling
78. Ledende overlæge, dr.
med. Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik
79. Overlæge, ph.d.
Ole Kudsk Jensen
Regionshospitalet Silkeborg
Center for Bevægeapparat-
lidelser
80. Overtandlæge
Thomas Jensen
Aalborg Universitetshospital,
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.
81. Professor, dr. med.
Anders Juul
Rigshospitalet
Afdeling for Vækst og
Reproduktion
82. Neuropsykologisk
fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for
Demens
83. Professor, overlæge, dr.
med. Lars Nannestad Jørgensen
Bispebjerg Hospital
Abdominalcenter K

84. Overlæge
Anna Kalhauge
Rigshospitalet
Diagnostisk Center,
Diagn.radiologisk Klinik

85. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H

86. Professor, overlæge,
dr.med. Henrik Kehlet
Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk
patofysiologi

87. Overlæge, dr.med.
Henning Kelbæk
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik

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

89. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut

90. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik

91. Vicestatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Institut
Retsmedicinsk Institut

92. Professor, overlæge,
dr.med. Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afdeling

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

94. Ledende overlæge
Peter Kramp
(retspsykiatri)

95. Professor, overlæge,
dr.med. Christian Krarup
Rigshospitalet
Klinisk Neurofysiologisk
Klinik, Neurocentret

96. Overlæge, klinisk lektor
Ellids Kristensen
Rigshospitalet
Neurocentret, Sexologisk
Klinik

97. Professor, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling

98. Overlæge, ph.d.
Anette Kærgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik

99. Overlæge
Bent Lange
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling

100. Overlæge
Lars Peter S. Larsen
Aarhus Universitetshospital
Radiologisk afdeling, NBG

101. Overlæge, ph.d.
Vibeke Andrée Larsen
Rigshospitalet
Neuroradiologisk Afdeling

102. Professor, overlæge, dr.
med. Søren Laurberg
Aarhus Universitetshospital
Kirurgisk afdeling P

103. Professor, overlæge,
dr.med. Jes Bruun Lauritzen
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afd. M

104. Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion

105. Vicestatsobducent, ph.d
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og
Sønderjylland
Retsmedicinsk Institut

106. Klinikchef
Anne Lindhardt
Frederiksberg
(psykiatri)

107. Professor, afdelingsleder,
dr.med. Kristian Linnet
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling

108. Direktør
Freddy Lippert
Den Præhospitale Virksomhed
– Akutberedskabet
(anæstesiologi)

109. Dr. med.
Bjarne Lund
Gentofte
(ortopædkirurgi)

110. Overlæge
Jens Otto Lund
Holbæk Sygehus
Klinisk
fysiologisk/nuklearmedicinsk
afdeling
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)

111. Professor, ph.d.
Jytte Banner Lundemose
Københavns Universitet
Retspatologisk Afdeling

112. Klinikchef, overlæge
Lene Lundvall
Rigshospitalet
BørneUngeKlinikken
(gynækologi)

113. Overlæge, dr.med.
Sten Madsbad
Hvidovre Hospital
Klinik for endokrinologi

114. Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340

115. Overlæge, dr.med.
Hans-Jørgen Malling
Gentofte Hospital
Allergiklinikken

116. Overlæge
Tove Mathiesen
Knebel
(psykiatri)

117. Overlæge
Kelvin Kamp Mortensen
Odense Universitetshospital
Øjenafdeling E

118. Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)

119. Overlæge
Christian Møller
Center for Rygkirurgi
Hellerup

120. Klinikchef, overlæge,
dr.med. Jacob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiaafdeling 4132

121. Overlæge
Hans von der Maase
Rigshospitalet
Onkologisk Klinik, afsn 5073,
Finsencentret

122. Overlæge
Lise Loft Nagel
Aarhus Universitetshospital
Radiologisk Afdeling, NBG

123. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling

124. Adm. overtandlæge,
specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.

125. Ledende overlæge
Edith Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk afdeling

126. Professor, overlæge,
dr.med. Jens Ole Nielsen
Hvidovre Hospital
Infektionsmedicinsk afdeling

127. Professor, overlæge,
dr.med. Ole Haagen Nielsen
Herlev Hospital
Gastroenheden Medicinsk
Sektion

128. Overlæge
René Tyranski Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Klinik

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

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

131. Overtandlæge, ph.d.
Sven Erik Nørholt
Aarhus Universitetshospital
Afd. for tand-, mund- og
kæbekirurgi

132. Overlæge, ph. d.
Gorm von Oettingen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling NK

133. Overlæge, dr.med.
Tom Skyhøj Olsen
København Ø
(neurologi)

134. Lektor,
Forskningsansvarlig overlæge
Øjvind Omland
Aalborg Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik

135. Ledende overlæge, dr.
med. Peter Ott
Aarhus Universitetshospital
Inflammationscentret
Lever-Tarm-Medicinsk Afd. V

136. Professor, overlæge,
dr.med. Therese Ovesen
Aarhus Kommunehospital
Øre-, næse- og halsafd. H

137. Overtandlæge
Ulla Pallesen
Københavns Universitet,
Tandlægeskolen
Afdeling for Tandsygdomme

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

139. Overlæge
Niels Wisbech Pedersen
Åbyhøj
(Ortopædkirurgi)

140. Overlæge
Søren Anker Pedersen
Hvidovre Hospital
Børneafdelingen

141. Professor, overlæge, dr.
med. Michael Mørk Petersen
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk afd. U 2162

142. Overlæge
Karin Kastberg Petersen
Aarhus Universitetshospital,
Skejby
Hjerte-lunge-Kar-Kvinde-Barn
Center
(radiologi, børn)

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

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

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

146. Overlæge
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg

147. Forskningsansvarlig
overlæge Sten Rasmussen
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afdeling,
rygkirurgisk sekt.

148. Overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling

149. Neuropsykolog
Jens Østergaard Riis
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling

150. Overlæge, dr.med.
Bent Rosenbaum
Frederiksberg
(psykiatri - kønsskifte)

151. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologisk &
nuclearmed. afd.
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
152. Professor, overlæge,
dr.med Ove B. Schaffalitzky de
Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S
153. Professor, dr. odont., ph.d.
Søren Schou
Aarhus Universitet
Afd for Kæbekirurgi og Oral
Patologi, Tandlægeskolen
154. Ledende overlæge, dr.
med. Per Sidenius
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
155. Chefjordemoder
Mette Simonsen
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik, Juliane
Marie Centret
156. Professor, overlæge,
dr.med. Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling
157. Professor, overlæge, dr.
med. Peter Skinhøj
Rigshospitalet
Epidemiafdeling M
158. Læge
Mathias Skjernov
Psykiatrisk Forskningsenhed
Roskilde
159. Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Hvidovre Hospital
Reumatologisk Klinik
160. Overlæge
Liselotte Skov
Herlev Hospital
Institut for Klinisk Medicin
161. Professor, overlæge,
dr.med. Flemming Skovby
Rigshospitalet
Klinisk Genetisk Afdeling,
Juliane Marie Centret
162. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
163. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk farmakologisk enhed
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
164. Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
165. Professor, overlæge,
dr.med. Torben Steiniche
Aarhus Universitetshospital,
Patologi
166. Overlæge, dr. med.
Lars Søndergaard
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik B
167. Overlæge, dr. med.
Jens Benn Sørensen
Rigshospitalet
Onkologisk Afdeling, afsn
5073
168. Professor, ledende ovl.,
ph.d., dr. med. Jens Christian
Hedemann Sørensen
Aarhus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK
169. Ledende overlæge, ph.d.
Jens Lykke Sørensen
Roskilde Sygehus
Plastikkirurgisk afd.
170. Overlæge
Leif Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling
171. Overlæge
Michael Sørensen
Hvidovre Hospital
Gastroenheden
172. Overlæge
Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling

173. Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

174. Ledende overlæge, lektor,
dr. med. Ulrik Tarp
Aarhus Universitetshospital
Reumatologisk Afdeling U

175. Overlæge, dr. med.
Bjarne Svalgaard Thomsen
Frederiksberg
(reumatologi)

176. Overlæge, dr. med.
Henrik Klem Thomsen
Herlev Hospital
Patologisk-anatomisk institut

177. Professor, dr. med.
Henrik Thomsen
Herlev Hospital
Radiologisk afdeling

178. Overlæge
Jane Frølund Thomsen
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
Afdeling

179. Statsobducent, professor,
dr.med. Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut

180. Overlæge, dr. med.
Karsten Thomsen
Privathospitalet Hamlet
Center for Ryglidelser

181. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

182. Afdelingslæge, dr.med.
Peter Bjerre Toft
Rigshospitalet
Øjenafdelingen

183. Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Muskeloskeletal sektion,
Radiologisk afd.

184. Professor, overlæge,
dr.med. Else Tønnesen
Aarhus Kommnehospital
Anæstesiaafdelingen

185. Overlæge, dr. med.
Anders Tøttrup
Aarhus Sygehus
Kirurgisk afd. P

186. Professor, overlæge, dr.
med. Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk
afdeling

187. Speciallæge, dr.med.
Niels K. Veien
Aalborg
(dermatologi)

188. Proessor, overlæge,
dr.med.
Hendrik von Arenstorff
Vilstrup
Aarhus Universitetshospital,
Aarhus Sygehus
Medicinsk Hepato-
Gastroenterologisk Afd.

189. Overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Universitetshospital
Patologisk Institut

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

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

192. Overlæge, dr. med.
Lene Maria Werdelin
Gentofte
(neuromedicin)

193. Ledende overlæge
Charlotte Wilken-Jensen
Hvidovre Hospital
Gynækologisk/obstetrisk
afdeling

194. Professor, overlæge,
dr.med. Klaus Ølgaard
Rigshospitalet
Nefrologisk klinik P

4.2.3 Retslægerådets sekretariat 2014

Retslægerådets sekretariat 2014

Adelgade 13, 1304 København K

Tlf. 33 92 33 34 Fax 39 20 45 05

E-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegeraadet.dk

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder, cand.jur. Henning Hansen

Fuldmægtig, cand.jur. Anne Grete Hoelgaard, fratrædt 30.06.14

Fuldmægtig Nanna Due Binø, tiltrædt 01.07.14

Fuldmægtig Rasmus Kamp Kongsted, tiltrædt 01.07.14

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

Lægelige sekretærer

Overlæge Christina Jacobsen (12 timer ugentlig)

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

Overlæge Lars Tue Sørensen (12 timer ugentlig)

Overlæge Kirstine Boisen (12 timer ugentlig)

Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen

Overassistent Jonna Sejer

Overassistent Karina Thougard Jensen