

Retslægerådets
årsberetning

2015

ISBN 87-89648-21-8

Udgivet januar 2016

Indhold

1. Forord	4
2. Udvalgte emner og sager af interesse	6
2.1 Referat fra Retslægerådets temamøde om retspsykiatri onsdag den 20. maj 2015 kl. 13.00, afholdt på Aarhus Universitetshospital, Risskov	7
2.2 Referat fra Retslægerådets temamøde om trafikfarlig medicin den 6. oktober 2015 kl. 13.00, afholdt på Rigshospitalet, opgang 4, 7. sal, konferencerum 4074, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.	14
2.3 Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal. Østre Landsrets kendelse af 3. oktober 2014 vedrørende spørgsmålet om Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal er blevet stadfæstet af Højesteret i kendelse af 23. juli 2015.....	33
2.4 Årsagsbidrag af færdselsuheld til efterfølgende smerter og andre gener.	41
2.5 Shaken baby impact syndrome – ruskevold.....	64
2.6 Farlighed af greb om halsen.....	70
2.7 Mental Retardering	73
2.8 Kvinde fundet lidende af skizofreni og idømt foranstaltning, men i forbindelse med ny kriminalitet og ny vurdering kan diagnosen ikke genfindes. Mentalobserveres herefter under indlæggelse, hvor der ikke findes tegn på sindssygdom. Kvinden idømmes herefter almindelig straf.	85
2.9 Drabsforsøg under søvngængereri	89
2.10 Retslægerådets svar afhænger blandt andet af kvaliteten og omfanget af de lægelige oplysninger.....	98
3. Statistik.....	108
3.1 Sager behandlet i Retslægerådet 2015	109
3.2 Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2015 (og 2013-2014).....	112

3.3	Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2015 (og 2013 - 2014).....	113
3.4	Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2015 (og 2011-2014).....	114
4.	Retslægerådets lovgrundlag og organisation.....	115
4.1	Lovbestemmelser m.v.	116
4.2	Retslægerådets medlemmer 2015	120
4.2.1	Sagkyndige anvendt i 2015	121
4.2.2	Ad hoc sagkyndige anvendt i 2015	123
4.2.3	Retslægerådets sekretariat 2015.....	131

1. Forord

Forord til Retslægerådets årsberetning 2015

I sandhed et begivenhedsrigt år. Regeringens beslutning om at udflytte arbejdspladser har fyldt meget i den sidste del af året. Planen omfatter Civilstyrelsen og dermed også Retslægerådet, som de seneste år administrativt har hørt under denne del af Justitsministeriet. Først forlod rådet lokalerne i retsbygningen på Blegdamsvej og flyttede til Civilstyrelsen i Adelgade og nu går turen tilsyneladende til Viborg. Rådet er i dialog med Justitsministeriet om, hvorledes flytningen til Viborg skal håndteres og samtidig bevare rådets store erfaringsgrundlag. Trods de mange udfordringer har det været en fornøjelse at følge sekretariatets professionelle håndtering af den daglige drift. Det afspejler sig blandt andet i aktuelle årsberetnings statistiske afsnit. Trods et stadigt stigende antal sager er det lykkedes at bevare de gode svartider.

Kvalitetssikring og kommunikation er, udover den daglige drift, fortsat rådets strategiske indsatsområder. Det afspejler sig også i den foreliggende Årsberetning 2015. De to årlige temamøder giver rådet en unik mulighed for at debattere vigtige spørgsmål med alle rådets samarbejdspartnere. Den retspsykiatriske afdeling satte fokus på udarbejdelse af mentalundersøgelser i et historisk og aktuelt perspektiv, ligesom der blev sat fokus på anklagemyndighedens overvejelser samt Retslægerådets vurdering af de erklæringer, der i 2012 har været forelagt rådet til udtalelse. Den retsmedicinske afdeling satte trafikfarlig medicin på dagsordenen. Det stigende

antal af nye designer drugs udfordrer konstant de sagkyndiges kompetencer.

Debatten vedrørende Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal synes at have fundet sin endelige afgørelse med Højesterets kendelse af 23. juli 2015. Det er afgørende, at rådet fortsat har mulighed for at rekvirere disse dokumenter, for at sikre det bedst mulige grundlag til at besvare de stillede spørgsmål, eksempelvis om årsagsbidrag ved færdselsuheld. Andre artikler i årsberetningen vedrører blandt andet ruskevold, farlighed ved halsgreb, mental retardering, revurdering af skizofreni diagnose samt drab under søvngængeri.

Elektronisk sagsbehandling vil formentlig også i 2016 komme til at fylde meget. De gode erfaringer fra den delvise digitale sagsbehandling i de retspsykiatriske sager har fjernet en del bekymringer. Domstolene afprøver i en del af landet elektronisk sagsbehandling til også at omfatte de civile sager. Hvornår det bliver de dokumenttunge E-sagers tur, afhænger af resultatet af disse pilotforsøg. Rådet vil i det kommende år se på muligheden for at indføre den nye teknik på områder med mere overskueligt antal sager. I de nærmeste måneder vil Retslægerådet også kunne præsentere resultatet af den færdige whiplash undersøgelse.

2015 har igen været et travlt år for Retslægerådet, de sagkyndige, de lægelige sekretærer og sekretariatet. På formandskabets vegne vil jeg gerne benytte muligheden for at takke både interne og eksterne samarbejdspartnere for et godt samarbejde i det forløbne år og samtidig ønske god læselyst med den foreliggende årsberetning.

Bent Ottesen

Formand for Retslægerådet

2. Udvalgte emner og sager af interesse

2.1 Referat fra Retslægerådets temamøde om retspsykiatri onsdag den 20. maj 2015 kl. 13.00, afholdt på Aarhus Universitetshospital, Risskov

I mødet deltog indlægsholderne:

Retslægerådets næstformand, klinikchef Mette Brandt-Christensen
(velkomst)

Overlæge Kirsten Nitschke, Aarhus Universitetshospital, Risskov.
Mentalundersøgelser i Danmark i et historisk perspektiv samt
aktuel status vest for Storebælt

Ledende overlæge Dorte Sestoft, Justitsministeriet, Retspsykiatrisk
Klinik, medlem af Retslægerådet. Mentalundersøgelser ved
Retspsykiatrisk Klinik i et historisk perspektiv samt aktuel status
øst for Storebælt

Statsadvokat Jens Røn, Rigsadvokaten. Anklagemyndighedens
overvejelser

Overlæge Jens Lund, medlem af Retslægerådet. Retslægerådets
vurderinger 2012

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

Temamødets emne

Formålet med temamødet var at sætte fokus på udarbejdelse af
mentalundersøgelser i et historisk og aktuelt perspektiv, ligesom
der blev sat fokus på anklagemyndighedens overvejelser samt
Retslægerådets vurdering af de erklæringer, der i 2012 har været
forelagt rådet til udtalelse.

Klinikchef Mette Brandt-Christensen bød velkommen til de fremmødte og præsenterede Retslægerådet og rådets rolle i de retspsykiatriske sager. Rådets opgave er blandt andet at sikre en tilfredsstillende kvalitet i behandlingen af sagerne. Sagerne forelægges skriftligt, og rådets funktion er rådgivende. Af Rigsadvokatens meddelelse 5/2007 fremgår det, i hvilke tilfælde en sag forelægges for Retslægerådet. I udfærdigelsen af mentalerklæringen er det lægens opgave at vurdere tilstand nu og på gerningstidspunktet, og 'hjemmestrikkede' foranstaltninger bør undgås. Antallet af afsagte foranstaltningsdomme er stigende, men denne stigning modsvarer ikke af en tilsvarende stigning i antallet af sager, som forelægges for Retslægerådet til udtalelse. Ved forelæggelse af sager for rådet skal mentalerklæringen være af nyere dato og højst ½ år gammel. I tilfælde af uenighed med den erklæringskrivende læge korresponderer Retslægerådet altid med den pågældende overlæge, og i tilfælde af intern uenighed blandt rådets sagkyndige i rådet kan der afgives dissens, hvilket dog sker forholdsvis sjældent.

Overlæge Kirsten Nitschke redegjorde for den historiske udvikling inden for området med særligt udgangspunkt i Betænkningen fra 1946 om de retslige undersøgelser i straffesager, hvor man blandt andet drøftede kvalitet af og tidsforbrug til mentalerklæringer og måtte konkludere, at speciallæger i psykiatri ved hospitalerne leverede de mest fyldestgørende erklæringer, men først og fremmest skulle varetage behandlingsopgaver, hvorfor erklæringerne måtte udføres i fritiden mod særskilt honorering og måtte fortsat overlade nogle til embedslægerne, der havde mindre psykiatrisk uddannelse.

I Vestdanmark foretages mentalundersøgelser i dag i henhold til centeraftale indgået med regionerne (dåværende amter i 2001) i de retspsykiatriske afdelinger i Middelfart, Risskov og Ålborg. I Region Midt og Nord undersøges de unge 15-17-årige i Ungdomspsykiatrien, Risskov (efter januar 2012). Det samlede

antal undersøgelser har vist sig væsentlig større end forventet ved indgåelse af centeraftalen. Dertil er der kommet betydelig flere behandlingsopgaver i retspsykiatrien såvel som den øvrige psykiatri, som speciallægerne først og fremmest har skullet varetage. Det har betydet fortsat mangel på speciallægerressourcer, og det har været svært at overholde aftalte sagsbehandlingstider trods forskellige tiltag, blandt andet brug af eksterne lægekonsulenter.

Data vedrørende udviklingen efter indgåelse af centeraftalen blev gennemgået.

Forskellige udfordringer ved opgavens forankring i regionspsykiatrien blev drøftet, herunder brug af "minimalerklæringer".

Ledende overlæge Dorte Sestoft redegjorde for Retspsykiatrisk Kliniks status. Klinikken hører umiddelbart under Justitsministeriet, administrativt under Rigsadvokaten, og har til opgave at udfærdige retspsykiatriske erklæringer samt bedrive forskning. Klinikken råder over 3, snart 4, overlæger samt 4 speciallæger fra behandlingspsykiatrien på deltid. Derudover er der blandt andet tilknyttet psykologer og socialrådgivere, i alt 22 personer. Klinikens optageområde er hovedstadsregionen samt ambulante observander fra hele Sjælland. Klinikens oprindelige optageområde er for nylig udvidet med Sjælland og Lolland-Falster, og sagsantallet er stigende, men mere end det udvidede optageområde kan forklare. Det kan eventuelt skyldes en lavere tærskel for, hvornår der mentalundersøges. Der lægges stor vægt på kvaliteten af de udarbejdede erklæringer. Konklusionerne skal være velbegrundede og svarende til Rigsadvokatens meddelelse 5/2007. Kvaliteten af erklæringerne sikres ved, at de udarbejdes efter en fast fremgangsmåde med fordeling blandt sagsbehandlere, socialrådgivere, læger og psykologer. I komplicerede sager supplerer speciallæger hinanden, og forvaringsager varetages kun

af klinikkens overlæger. Kvalitetssikringstiltag omfatter konferencer, læsegrupper, fast disposition, faste konklusioner (rigsadvokatens), en tjekliste samt anvendelse af ”modellerklæringer”.

Statsadvokat Jens Røn gennemgik 3 punkter af relevans for dagens emne

- Retspsykiatrisk Kliniks omstrukturering
- Opfølgning på rapport fra Justitsministeriet udarbejdet af arbejdsgruppe vedrørende mentalundersøgelser
- Kommende revision af Rigsadvokatens meddelelse 5/2007

Siden 1. januar 2013 har Retspsykiatrisk Klinik hørt administrativt under Rigsadvokaten. Optageområdet blev i april 2013 udvidet med Nordsjælland, og fra 1. april 2015 modtager klinikken observander fra hele Sjælland. Det har vist sig, at klinikkens sagsbehandlingstid er hurtigere end politikredsens løsninger. I 2012-13 var klinikken dyrere end regionerne, men med udvidelsen er klinikkens ’stykpris’ på mentalerklæringer den samme som regionernes. For så vidt angår kvaliteten af erklæringerne har Retslægerrådet i en enkelt undersøgelse givet udtryk for, at rådet lidt sjældnere erklærer sig uenig i klinikkens konklusioner end i øvrige centres konklusioner – 20 % mod 35 %. Justitsministeriets arbejdsgruppe vedrørende mentalerklæringer har resulteret i anbefalinger vedrørende sagsgange og efterspørger en effektiv metode til at få et bud på (fortsat) foranstaltning i form af supplerende erklæring, ’minierklæring’ eller udtalelse. Dette må bero på en drøftelse med Retspsykiatrisk Klinik og regionerne i Vestdanmark. Endelig er der en ny version af Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007 på vej. Den adskiller sig fra den forrige i opbygning og med anbefalinger fra arbejdsgrupper inden for statsadvokaten og anklagemyndigheden. Eventuelle input er velkomne.

Overlæge Jens Lund præsenterede en undersøgelse af mentalerklæringer forelagt for Retslægerådet i 2012 og redegjorde for baggrunden for undersøgelsen. Antallet af afsagte foranstaltningsdomme er stigende, mens antallet af mentalerklæringer, som forelægges for Retslægerådet, er stagneret. Igennem nogle år har det været opfattelsen, at kvaliteten af de forelagte erklæringer er nedadgående. Undersøgelsen er en gennemgang af samtlige mentalerklæringer (A1-sager) forelagt for Retslægerådet i første halvdel af 2012, hvor de enkelte erklæringer inddeles efter erklæringens kvalitet og fordelt på deres oprindelsessted defineret som 4 klinikker (3 centre i Vestdanmark og Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik i Østdanmark) og 4 'øvrige' i henholdsvis Vestdanmarks regioner og Storkøbenhavn/Sjælland. Jens Lund gennemgik Retslægerådets arbejdsform, ifølge hvilken sagen sendes til tre sagkyndige efter tur. Første sagkyndige skriver udkast til udtalelse, og de øvrige erklærer sig enige eller kommenterer. De fleste sager behandles ved en enkelt rundsendelse, mens nogle sendes rundt igen til én eller flere sagkyndige. I nogle få tilfælde er sagerne komplicerede og må vurderes af andre eksperter, og i ganske få sager afgives der dissens, skønt der i Retslægerådet tilstræbes diskussion til enighed. Der er store regionale forskelle på, hvor mange af klinikkernes mentalerklæringer der sendes til Retslægerådet af anklagemyndigheden. Dette beror på tradition, ligesom der er forskel på, om politikredsene får udført mentalundersøgelser hos klinikkerne eller ved speciallæge. Ved inddelingen af mentalerklæringerne efter kvalitet placerer erklæringerne fra Retspsykiatrisk Klinik sig i spidsen med hensyn til helhed og konklusioner. Derefter kommer klinikkerne i Risskov, Aalborg og Middelfart, mens de øvrige steder placerer sig nederst. Flest tilbagesendelser fra Retslægerådet på grund af mangelfuld mentalerklæring sker der blandt erklæringer udarbejdet øvrige steder på Sjælland. Af undersøgelsen fremgår det også, at der ved anbefaling af særforanstaltning er uoverensstemmelse mellem

mentalerklæringen og Retslægerrådet i 30 % af de undersøgte sager, eller, såfremt tilbagesendte sager medregnes, i op imod 40 % af de forelagte sager. Jens Lund konkluderede herefter, at forventningen om mentalerklæringernes vigende kvalitet kan anses for at være dokumenteret og bemærkede, at Retslægerrådet ser 20 % af de udarbejdede erklæringer, hvoraf rådet er uenig med 40 %. Dette giver stof til eftertanke med hensyn til de 80 % af erklæringerne, som ikke forelægges for rådet. Ligeledes giver det stof til eftertanke, hvordan ressourcerne på området beregnes og fordeles. Retspsykiatrisk Klinik har, alle udgifter til administration, forskning mv. iberegnet, hidtil udarbejdet de dyreste mentalerklæringer og har med god grund også været førende inden for kvaliteten af erklæringerne. Med det udvidede optageområde er der dog udsigt til øget pres på klinikkens økonomi – i lighed med landets øvrige klinikker. Hertil bemærkede Dorte Sestoft, at der er iværksat tiltag for at imødekomme kravet om udarbejdelse af flere mentalerklæringer.

Fra salen blev det bemærket vedrørende bekymringen for kvaliteten af de 80 % sager, som ikke forelægges for Retslægerrådet, at det sandsynligvis er de mest komplicerede 20 % sager, som forelægges for rådet. Der er dermed håb om, at der er færre ”forkerte” konklusioner/domme blandt de ikke-forelagte sager end blandt de forelagte. Der var ligeledes spørgsmål til rådets holdning vedrørende mentalobservationer af børn og unge, hvorvidt observationer burde foretages af børne-/ungepsykiater, eller om de kunne foretages af voksenpsykiater. Mette Brandt-Christensen svarede, at rådet ikke har taget endelig stilling til spørgsmålet. En mentalerklæring udarbejdet af voksenpsykiater afvises ikke af rådet, men der udpeges børne-/ungepsykiater i de sager, hvor det skønnes nødvendigt. Fra dommerside blev der forespurgt, om anklagemyndigheden i lyset af antallet af ’forkerte’ domme overvejer at forelægge flere sager for Retslægerrådet. Fra anklagerside blev der svaret, at det er et spørgsmål om

proportionalitet, og at klare erklæringer i mindre sager ikke forelægges. Det blev bemærket, at en tidligere undersøgelse i lighed med den aktuelt præsenterede havde vist, at antallet af foranstaltningsdomme stiger, samtidig med at antallet af forelæggelse af sagerne for Retslægerådet stagnerer. Ved den lejlighed havde anklagemyndigheden oplyst, at tidshensyn gjorde sig gældende, ligesom man dengang skønnede, at kvaliteten af erklæringerne var blevet bedre. Fra salen blev der indskudt en bemærkning om, at der laves for mange retspsykiatriske undersøgelser. Sekretariatsleder Henning Hansen spurgte anklager Jens Røn om, hvor langt anklagemyndigheden er fremme med digitalisering og eventuel digital forelæggelse af sagerne for Retslægerådet og efterlyste samtidig en aktuel Rigsadvokatmeddelelse vedrørende de sager, der forelægges rådet til udtalelse i henhold til Kriminalloven for Grønland, der trådte i kraft den 1. januar 2010. Jens Røn svarede, at digitaliseringen ikke kommer i den nærmeste fremtid. Spørgsmålet om en Rigsadvokatmeddelelse i relation til Kriminalloven for Grønland ville blive undersøgt nærmere. Kirsten Nitschke bemærkede til slut, at mødet mellem de 4 centre havde været udbytterigt og kan tjene som gensidig kvalitetskontrol.

2.2 Referat fra Retslægerådets temamøde om trafikfarlig medicin den 6. oktober 2015 kl. 13.00, afholdt på Rigshospitalet, opgang 4, 7. sal, konferencerum 4074, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.

I mødet deltog indlægsholderne:

Tidligere byretspræsident Niels Waage

Professor Henrik Enghusen Poulsen

Professor Kim Dalhoff

Overlæge Jens Otto Lund

Professor Kristian Linnet

Derudover deltog et antal dommere og advokater, medlemmer af Retslægerådet, et antal af rådets sagkyndige samt medarbejdere fra rådets sekretariat. Professor Annie Vesterby Charles fungerede som ordstyrer.

Program:

Kl. 13.00 – 13.10: Velkomst og indledning til dagens tema ved Retslægerådets formand, professor Bent Ottesen.

Kl. 13.10 – 13.40: Tilblivelsen af færdselslovens § 54 ved tidligere byretspræsident Niels Waage.

Kl. 13.40 – 14.10: Hvornår kan et medicinsk præparat anses for farligt i forbindelse med kørsel i/på et motordrevet køretøj? Ved professor Henrik Enghusen Poulsen, sagkyndig for Retslægerådet.

Kl. 14.10 – 14.40: Retslægerådets udtalelser efter påvisning af cannabis (THC) hos fører af et motordrevet køretøj. Ved professor Kim Dalhoff, sagkyndig for Retslægerådet.

Kl. 14.40 – 15.00 Kaffepause

Kl. 15.00 – 15.30: Retslægerådets udtalelser efter indtagelse af alkohol, medicin og narkotika ved overlæge Jens Otto Lund, sagkyndig for Retslægerådet.

Kl. 15.30 – 16.00: Den retskemiske vurdering af analyserne i blod og urin, herunder spørgsmål om, hvor ofte indtræder trafikulykker ved kørsel i alkohol/medicin- og stofpåvirket tilstand? Ved professor Kristian Linnet, sagkyndig for Retslægerådet.

Kl. 16.00 – 16.30: Debat, opsamling og afslutning ved Retslægerådets formandskab

Baggrunden for temamødet

Retslægerådets formand, professor Bent Ottesen, bød velkommen og redegjorde nærmere for baggrunden for mødet samt gennemgik programmet for temamødet. Retslægerådet afholder årligt 1-2 temamøder om aktuelle emner og temaer, og referaterne fra møderne gengives i rådets årsberetninger.

Tidligere byretspræsident Niels Waage oplyste indledningsvist, at han havde været formand for et lovforberedende udvalg om sanktionsfastsættelse i sager om spiritus- og promillekørsel, (i det følgende betegnet ”Sanktionsudvalget”) der i 2004 og 2007 afgav betænkninger, der i vidt omfang danner grundlaget for de gældende regler om spirituskørsel og kørsel under påvirkning af andre rusmidler end spirituskørsel. Hans indlæg drejede sig i det væsentlige om baggrunden for de gældende regler

Frem til 1976 blev der forelagt rigtig mange sager om spirituskørsel, idet der ikke var en fastlagt promillegrænse, som man kender i dag. I stedet var bevistemaet i disse sager, hvorvidt den pågældende var ”påvirket af spiritus”. Tilsvarende var det efter færdselslovens § 54, stk. 1 (i dag § 54, stk. 2), strafbart, såfremt en

motorfører på grund af indtagelse af andre rusmidler end alkohol (f. eks. narkotika eller medicin) ikke var i stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde, hvorimod det forhold, at man havde indtaget narkotika eller medicin ikke i sig selv indebar nogen overtrædelse af færdselsloven. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

”Et motordrevet køretøj må ikke føres eller forsøges ført af nogen, som på grund af sygdom, svækkelse, overanstrengelse, mangel på søvn, påvirkning af opstemmende eller bedøvende midler eller af lignende årsager befinder sig i en sådan tilstand, at han er ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde”

I 1976 blev der indført faste promillegrænser i færdselslovens § 53. Grænsen til det straffrie område blev fastsat til 0,8 (i 1998 nedsat til 0,5). Dette indebar, at en stor del af den tidligere bevisførelse i spiritussager, navnlig den kliniske prøve blev overflødig i langt de fleste sager, idet kørsel med en promille over grænsen nu blev strafbar, uanset om det kunne bevises, at den pågældende var påvirket.

Det førnævnte sanktionsudvalg blev nedsat af Trafikministeriet i 2000. Udvalgets opgave var bl. a. at fremkomme med forslag om forenkling af reglerne om sanktioner i sager om spiritus- og promillekørsel og at se nærmere på reglerne om kørsel under påvirkning af andet end alkohol med henblik på et eventuelt forslag til revision heraf. I forbindelse med regeringsskiftet i 2001 og i medfør af regeringsgrundlaget i november 2001 (”Regeringen ønsker, at der sættes betydeligt hårdere ind over for de bilister, der kører i spirituspåvirket tilstand”) blev udvalgets kommissorium ændret, således at udvalgets forslag ikke blot skulle indebære forenklinger af gældende regler og praksis vedrørende spiritus- og promillekørsel, men også en skærpelse af sanktionssystemet. I forbindelse med regeringsskiftet blev færdselsområdet i øvrigt flyttet fra Transportministeriet til Justitsministeriet. Den netop

tiltrådte regering (2015) har flyttet færdselsområdet tilbage til Transportministeriet fra Justitsministeriet.

I 2004 afgav Sanktionsudvalget sin første betænkning (betænkning 1448/2004), der førte til en lovændring (lov nr. 363/2005), der trådte i kraft den 1. september 2005. Her skete der blandt andet en skærpelse af frakendelsestiden for spirituskørsel med en promille over 1,20, som nu blev minimum 3 år, ligesom begrebet ”promillekørsel” (kørsel med en promille mellem 0,51 og 1,20) blev afskaffet, idet nu al kørsel med en promille over 0,5 blev betegnet ”spirituskørsel”. Sanktionsudvalget afgav i 2007 sin anden betænkning (betænkning 1486/2007) om alkohol i udåndingsluft og en nulgrænse for euforiserende stoffer, som førte til en lovændring samme år (lov nr. 524/2007), og som trådte i kraft den 1. juli 2007.

For så vidt angik udåndingsluften medførte lovændringen, at spirituskørsel nu også blev defineret som kørsel med for meget alkohol i udåndingsluften, hvilket var inspireret af lovgivningen i de øvrige nordiske lande, som allerede benyttede denne form. Dette blev dog sidenhen rullet tilbage på grund af softwarefejl i bevisalkoholmetrene, hvorfor de ikke siden 2010 har været anvendt som bevismiddel. Det er usikkert, hvornår brugen af bevisalkoholmetrene vil blive genoptaget. I de øvrige nordiske lande anvendes måling af udåndingsluften som bevismiddel fortsat.

Nulgrænsen for euforiserende stoffer blev indføjet i loven i en ny § 54, stk. 1:

”Et motordrevet køretøj må ikke føres eller forsøges ført af nogen, hvis blod under eller efter kørslen indeholder bevidsthedspåvirkende stoffer, som efter regler fastsat af justitsministeren er klassificeret som farlige for færdselssikkerheden. Denne bestemmelse finder dog ikke anvendelse for stoffer, som den pågældende har indtaget i henhold til og i overensstemmelse med en lovlig recept”

Den tidligere § 54, stk. 1, blev samtidig ved lovændringen i 2007 til § 54, stk. 2. Nulgrænsen i § 54, stk. 1, blev fastsat, idet det ikke var muligt at lave en anden grænse, blandt andet på grund af stoffernes forskellige art og karakter. Med nulgrænsen gennemførte man i princippet samme ordning som med indførelsen af den faste promille i 1976, således at påvirkethed ikke længere skulle bevises. Hvilke stoffer der var (og er) omfattet af bestemmelsen fremgår af bekendtgørelse om klassificering af færdselssikkerhedsfarlige stoffer. Af bekendtgørelsens § 1, fremgår det:

”Euforiserende midler, der er anført på liste A, B, D og E i bilaget til bekendtgørelse om euforiserende stoffer, klassificeres som farlige for færdselssikkerheden”

Liste A omhandler stoffer, der ikke må forefindes her i landet, medmindre Lægemiddelstyrelsen under ganske særlige omstændigheder og på nærmere fastsatte vilkår meddeler tilladelse dertil (eksempelvis cannabis, khat, heroin og præpareret opium).

Liste B, D og E omhandler stoffer, der kun må benyttes til medicinsk og videnskabelig brug (eksempelvis amfetamin, kokain, metadon, morfin og opium).

Liste C omhandler stoffer, der i utilberedt stand falder ind under lovens § 2, men som i farmaceutiske præparater i almindelighed ikke er omfattet af loven (eksempelvis codein, der er indeholdt i håndkøbsmedicin som for eksempel kodimagnyl).

Som en modifikation til en absolut nulgrænse er der i § 2, i bekendtgørelse om klassificering af færdselssikkerhedsfarlige stoffer indføjet bagatelgrænser, som fremgår af bekendtgørelsens bilag 1. Baggrunden for denne modifikation

er, at rester af et stof vil kunne figurere i organismen i meget lang tid uanset optagelses-/indtagelsestidspunkt.

Derudover tages der i praksis højde for måleusikkerheden ved at tillægge 50 pct. til bagatelgrænseværdien. Overstiger resultatet bagatelgrænsen plus 50 procent afgives svaret fra Retskemisk Afdeling som ”påvist”. Er resultatet under grænsen, afgives det som ”ikke påvist”. Se hertil blandt andet afgørelsen i UfR.2012.170 H.

Niels Waage fortsatte herefter indlægget med at tale om passiv rygning. Indledningsvis henledte Niels Waage opmærksomheden på straffelovens § 19, hvorefter særlovovertrædelser generelt straffes også ved uagtsomhed i modsætning til straffelovsovertrædelser, hvor uagtsomhed kun straffes, hvis der er særlig hjemmel hertil.

I UfR.2013.3041Ø havde Retslægerådet udtalt sig. I den konkrete sag havde rådet udtalt, at det ikke kunne udelukkes, at den tiltalte havde været udsat for passiv hashrygning og herved opnået en blodkoncentration over bagatelgrænsen. Retten frifandt, idet det blev lagt til grund, at den tiltalte hverken havde handlet forsætligt eller uagtsomt. Denne afgørelse har formentlig været baggrunden for den markante stigning i sager vedrørende passiv hashrygning. I efterfølgende sager har Retslægerådet ofte udtalt, at det er ”ganske usandsynligt”, at man vil kunne opnå en blodkoncentration over bagatelgrænsen ved passiv hashrygning.

Afslutningsvist fremhævede Niels Waage, at bestemmelsen i § 54, stk. 1, blev ændret i 2011 (lov nr. 184/2011), som trådte i kraft den 1. januar 2012. med henblik på at gennemføre en betydelig ændring (skærpelse) i sanktionerne, idet man nu sidestillede en overtrædelse af nulgrænsen med en alkoholpromille på over 1,2 (tidligere 0,51), hvilket betød, at

sanktionerne gik fra betinget frakendelse og bøde på halv månedsløn til ubetinget frakendelse i 3 år og en bøde på én månedsløn.

Denne skærpelse fandt Niels Waage ikke tilstrækkeligt begrundet. Den betydelige skærpelse af sanktionerne for overtrædelse af nul-grænsen er formentlig årsag til, at der er sket en stigning af høringer af Retslægerådet i denne type sager.

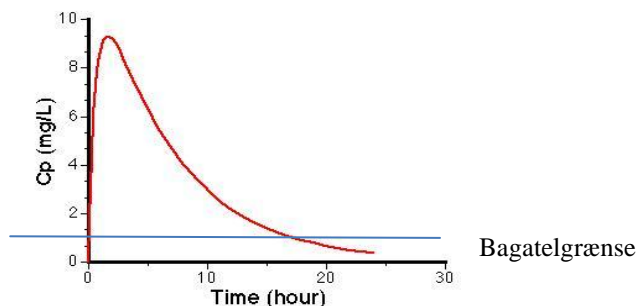
For så vidt angår recept-overtrædelse i sidste del af § 54, stk. 1, er det fortsat 0,51 promille, der sammenlignes med.

Professor Henrik Enghusen Poulsen, redegjorde indledningsvist for, at der er to vigtige faktorer i relation til, om et præparat kan anses for farligt i forbindelse med kørsel i trafikken.

1. Hvornår det er indtaget
2. Præparatets virkning

Dette kan illustreres med følgende graf, idet professor Henrik Enghusen Poulsen i relation til bagatelgrænsen bemærkede, at analysemetoderne er udviklet betydeligt inden for de seneste år:

Modsat eksempelvis alkohol er man meget tilbageholdende med at lave tilbageregning i sager, der vedrører kørsel under indflydelse af medicinske præparater (piller eller lignende). Dette skyldes, at der er meget stor forskel på, hvordan forskellige stoffer virker på forskellige mennesker (faktor 10-100).



Professor Henrik Enghusen Poulsen redegjorde herefter for, at grunden til stigningen i brugen af trafikfarlig medicin/narkotika er, at brugerne ikke – som tidligere – kun er en begrænset gruppe af befolkningen, men i stedet den helt almindelige person. Tilsvarende gør sig også gældende for så vidt angår doping, hvor der er sket et skift fra, at det tidligere alene var elitesportsfolk, som anvendte anabole steroider m.v., til at det nu også anvendes af helt almindelige motionister.

Den trafikfarlige medicin/narkotika påvirker centralnervesystemets receptorer. For så vidt angår cannabis (hash, THC, marihuana) medfører brugen nedsat korttidshukommelse, opmærksomhed, koordination, balance, indlæring og koordination samt nedsat evne til simuleret bilkørsel. Benzodiazepiner (stesolid, oxazepam, alprazolam) medfører dårligere reaktionsevne og længere reaktionstid. Amfetamin-lignende stimulantia medfører godt nok kortere reaktionstid, men medfører også overvurdering af egne evner (til kørsel), aggressiv farlig kørsel, større villighed til at tage risici, koordinationsmangel, vanskeligheder ved sikkerhedsforanstaltninger samt ”Come Down Effects” (udmattelse, koncentrationsbesvær, irritation, træthed).

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan man finde listen over trafikfarlige lægemidler (liste C), der omfatter 254 navne. Alle produkterne vil være markeret med en advarsel



Herudover har læger vejledningspligt i forbindelse med ordinerings af trafikfarlig medicin.

Det kræver altid en lægeerklæring/lægeundersøgelse, hvis det skal dokumenteres, om et lægemiddel gør den pågældende påvirket. En lægeundersøgelse indeholder en gangprøve/vending, Rombergs prøve (+/- lukkede øjne), nystagmus ved sideblik, tale (oplæsning, svære ord), baglænsthælling/huske tal, skriftprøve (kræver kontrol skriftprøve – i sober tilstand) og beskrivelse af personens væsen (orientering, fremstillingsevne, tankespring, hukommelseslaguner). Ud fra lægeundersøgelsen vil man kunne kategorisere personen som enten påvirket i *let grad* (opstemthed, ingen eller lette motoriske forstyrrelser), påvirket i *middel grad* (mere end let grad, mindre end svær grad, kan stramme sig op i kortere tid), påvirket i *svær grad* (fremtrædende motoriske og psykiske symptomer, kan ikke stramme sig op, usikker gang og bortfald af hæmning) eller som *beruset* (svært ved at klare sig selv enten på grund af de motoriske eller de psykiske påvirkninger), som er en analog anvendelse fra alkohol. Det kan dog være en sværere vurdering (end ved alkohol) for eksempelvis stoffer, som ikke påvirker motorikken meget, men som har udtalte ”psykiske” virkninger, idet sådant påvirkede personer umiddelbart kan forekomme upåvirkede.

For så vidt angår stofferne, der er anført på liste A, B, D og E gælder, at disse er euforiserende, sløvende (nedsættelse af reaktionshastighed), hæmning af motorikken, manglende koordination, indskrænkning af synsfelt og amnesi (hukommelsessvækkelse, hukommelseslaguner).

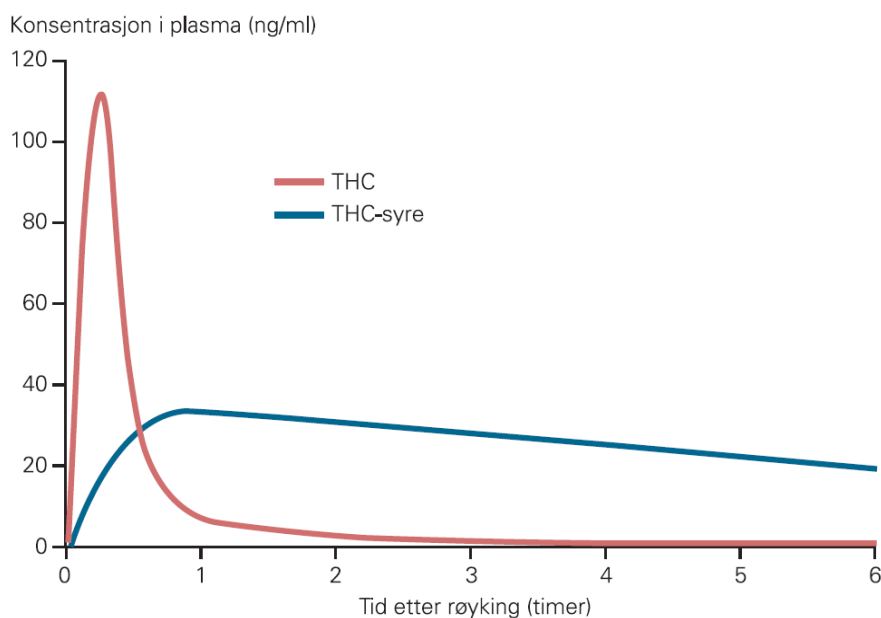
I en del sager er der også tale om blandingsmisbrug, og her kan der være tale om to forskellige påvirkninger heraf:

1. Additiv: $1+1=2$
2. Synergistisk: $1+1=4$

Retslægerådet udtaler sig alene herom, såfremt der konkret spørges hertil og tager således ikke denne problemstilling op af sig selv i de enkelte sager.

Professor Henrik Enghusen Poulsen konkluderede herefter, at der for så vidt angår ordinerede lægemidler over bagatelgrænsen kræves en klinisk prøve (lægeerklæring/lægeundersøgelse), for ikke ordinerede lægemidler over bagatelgrænsen er personen pr. definition påvirket, men graden kan ikke vurderes, for ikke lægemidler over bagatelgrænsen er personen pr. definition påvirket, men graden kan ikke vurderes, og for ikke lægemidler under bagatelgrænsen er personen pr. definition ikke påvirket.

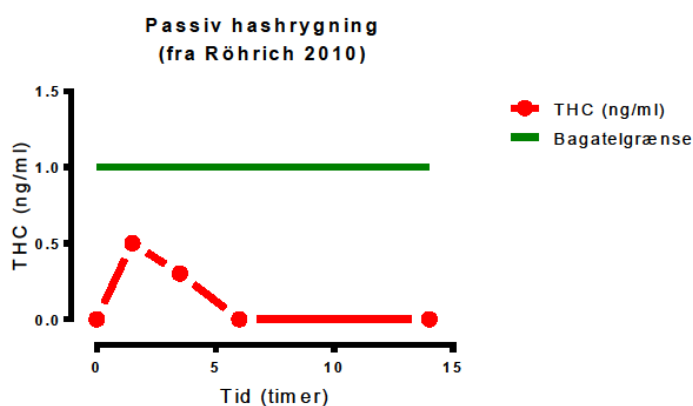
Professor Kim Dalhoff oplyste indledningsvist, at cannabis (THC) oftest indtages i doser af 5-20 mg, som enten indtages oralt eller ryges. Personer omsætter cannabis på forskellige måder, men effekten er sedation, eufori og hallucinationer. THC, der er den aktive komponent, omdannes til forskellige metabolitter i organismen – eksempelvis THC-syre, som er en inaktiv metabolit.



Brugerne kan som udgangspunkt inddeles i følgende tre grupper:

1. Kroniske brugere
2. Sporadiske brugere
3. Passive rygere

For så vidt angår de *passive rygere* (punkt 3) er der hos Retslægerådet set en stigning i forelæggelsen af sager fra 6 sager i perioden 2009 til 2013 til 34 sager i 2014. Kim Dalhoff gennemgik herefter faktum fra fire forskellige sager om passiv hashrygning og oplyste, at man siden 1980'erne har foretaget undersøgelser vedrørende passiv hashrygning. De første undersøgelser/forsøg foregik i meget små rum og kan derfor næppe anses for realistiske, jf. Mørland fra 1985. I dag læner Retslægerådet sig opad Röhrich-undersøgelsen fra 2011, hvoraf det kan udledes, at det er nærmest umuligt at opnå en blodkoncentration over bagatelgrænsen i forbindelse med passiv hashrygning.



For så vidt angår de *kroniske brugere* (punkt 1) benyttes resultaterne fra Bergamaschi-undersøgelsen fra 2013, hvoraf det fremgår, at THC-koncentrationen er vedvarende høj hos abstinente rygere, idet denne er til stede i lang tid efter afslutningen af rygningen, da THC er blevet deponeret i

fedtvævet og løbende frigives herfra efter ophøret. I visse tilfælde vil man formentlig kunne have en blodkoncentration over bagatelgrænsen i op til 30 dage efter indtagelsens ophør.

For så vidt angår de *sporadiske brugere* anvendes Desrosiersundersøgelsen af 2014, hvoraf det fremgår, at flere af de målbare cannabinoider er signifikant højere hos kroniske brugere end hos sporadiske brugere af cannabis (ved rygning).

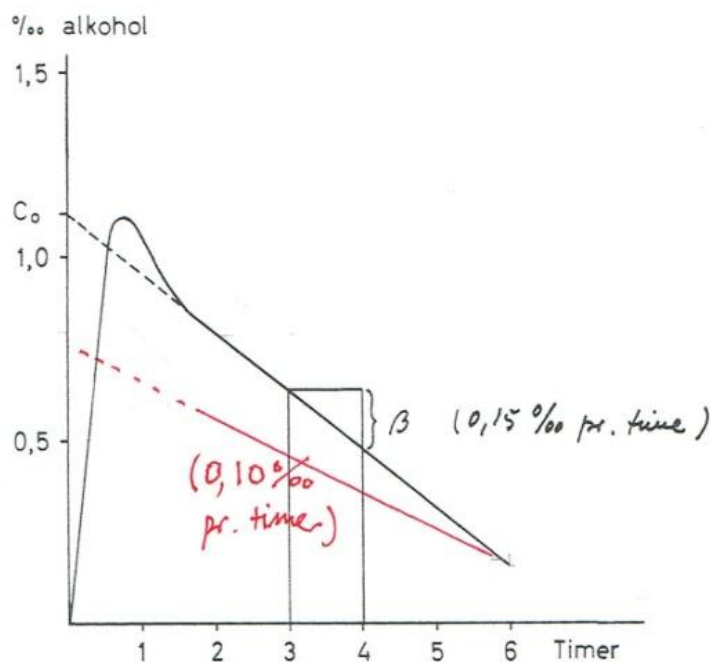
Professor Kim Dalhoff konkluderede på baggrund heraf, at man i praksis ikke kan opnå en THC-koncentration over bagatelgrænsen på 0,001 mg/kg ved passiv hashrygning, og har man en THC-koncentration over bagatelgrænsen, har man aktivt røget hash – uden at man dog med sikkerhed kan fastlægge tiden mellem rygningen og blodprøvens udtagelse, idet der blandt andet vil være forskel på kroniske og sporadiske brugere. En THC-koncentration over bagatelgrænsen efter passiv hashrygning vil kræve helt ekstreme forhold – et meget lille rum, tæt røg, ingen ventilation, kort tid fra eksponering til blodprøve, og man vil ikke være i tvivl om eksponeringen.

Overlæge Jens Otto Lund oplyste indledningsvist, at der ved forelæggelsen af en ”alkoholsag” for Retslægerådet anvendes en særlig blanket (P123), der er udviklet i samarbejde mellem de relevante myndigheder. Udgangspunktet for forelæggelse for Retslægerådet er som oftest, hvorvidt der kan antages at være overensstemmelse mellem den sigtedes/tiltaltes forklaring om alkoholindtagelse og den lægelige undersøgelse (blodprøve), og om indtagelsen i benægtende fald må antages at have været mindre, noget større, væsentlig større eller langt større end forklaret.

Ud fra den målte blodalkoholkoncentration (promillen) og kendskab til sigtedes vægt og højde kan mængden af alkohol

i organismen beregnes, og ud fra kendskab til den periode, der er gået siden alkoholindtagelsens påbegyndelse, kan den forbrændte mængde alkohol beregnes. Summen heraf sammenholdes med sigtedes eller vidners angivelse af sigtedes konsum.

Derudover spørges der til, om alkoholkoncentrationen i sigtedes blod - som følge af alkoholindtagelse inden kørselens afslutning – under eller efter kørslen har overstegt: 0,50‰, 0,80‰, 1,20‰, 1,50‰, 2,00‰ eller 2,50‰. Retslægerådet kan først udtale sig om forløbet to timer efter alkoholindtagelsens afslutning, idet opsugningen og fordelingen af alkohol i organismen skal være afsluttet før promillefaldet følger en ret linje.

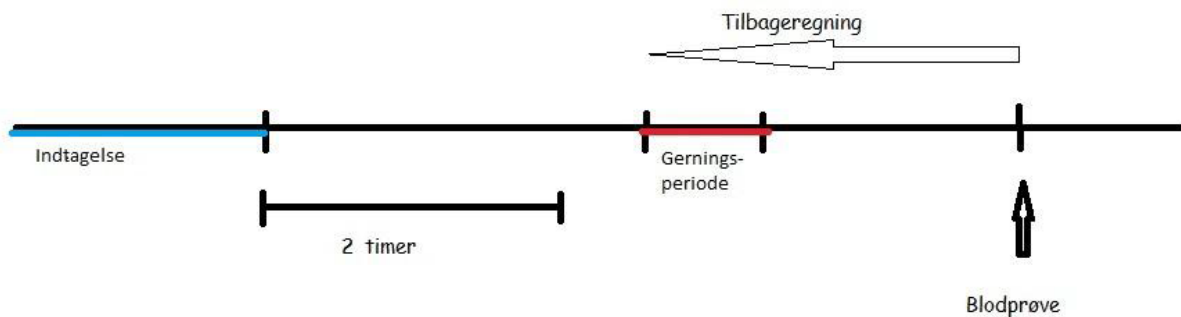


I forbindelse med Retslægerådet udregninger stilles den sigtede/tiltalte bedst muligt:

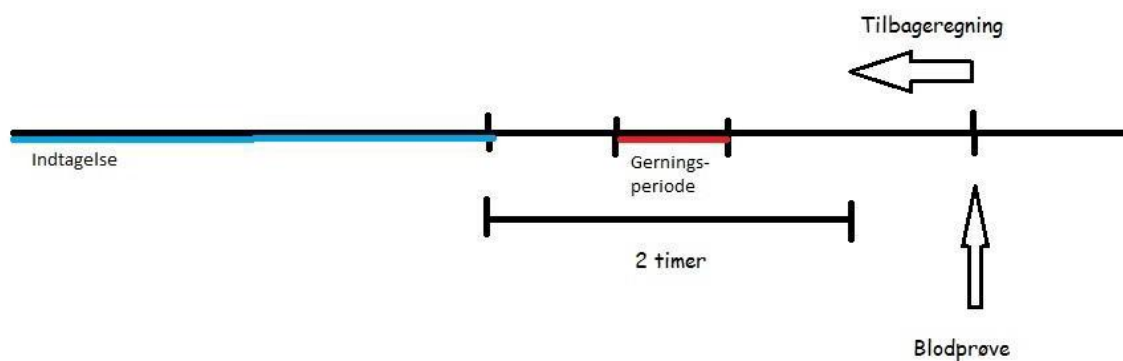
- Ved tilbageregning anvendes promillefald 0,1 per time
- Aldrig vurdering til tidspunkt før 2 timer efter afslutningen af alkoholindtagelse før kørslen
- Anvendelse af minimumsværdi angivet i den retskemiske erklæring
- Bemærkning, såfremt der foreligger efterforbrug og blodprøven er taget tidligere end 2 timer efter sidste alkoholindtagelse

Overlæge Jens Otto Lund gennemgik herefter de forskellige former for tilbageregning:

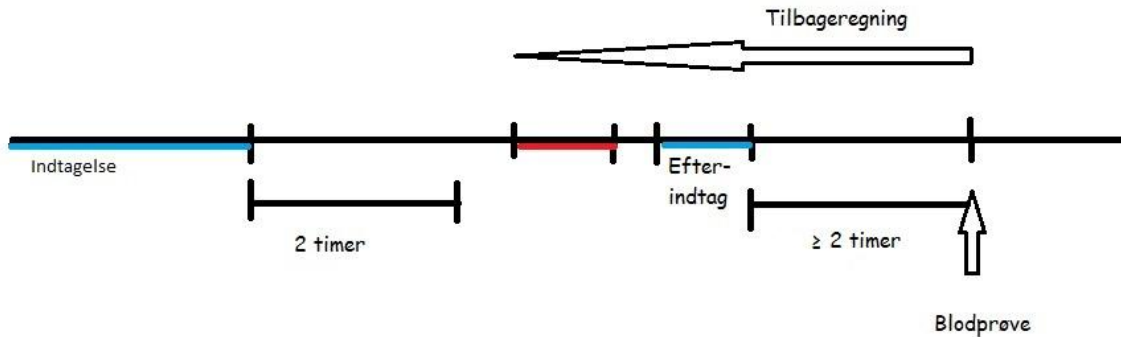
Simpel tilbageregning:



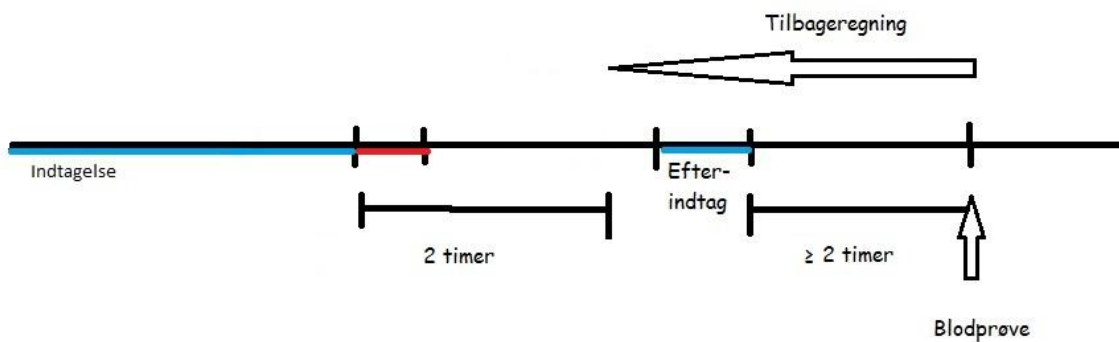
Begrænset tilbageregning:



Kompliceret tilbageregning ved efterforbrug:



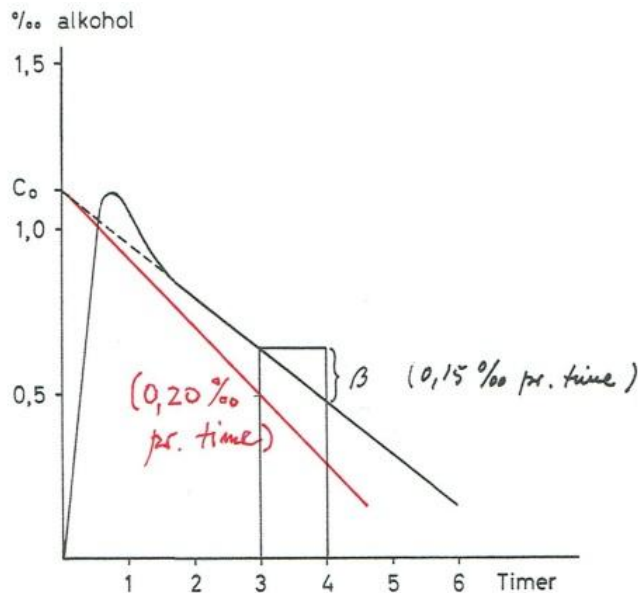
Kompliceret og begrænset tilbageregning:



Overlæge Jens Otto Lund gennemgik herefter følgende scenarier:

Manglende blodprøve, hvor der ikke bliver udtaget en blodprøve. Det er i disse situationer ikke muligt at foretage en tilbageregning. Urinprøve er almindeligvis uden værdi. I stedet kan der foretages en undersøgelse ved læge, og ved eventuel kendt/angivet alkoholindtag kan der beregnes en

maksimal blodalkoholkoncentration. Der regnes så frem til gerningstidspunktet med et promillefald, som andrager 0,2 per time (igen for at give sigtede/tiltalte fordel af usikkerheden ved en sådan beregning).



Sen blodprøve, hvor blodprøve bliver udtaget for sent, således at blodalkoholkoncentrationen ved blodprøven er 0. I disse tilfælde behandles sagen som ved manglende blodprøve, idet det således ikke er muligt at foretage en tilbageregning.

Negativ promille, hvor tilbageregningen – grundet det angivne efterforbrug – resulterer i en negativ promille.

For at Retslægerrådet kan foretage en tilbageregning og udtale sig kræver det, at rådet har adgang til følgende oplysninger:

- Sigtedes højde og vægt
- Alkoholindtagelse før kørslen, start- og sluttidspunkter, art, styrke og mængde
- Tidspunkt for kørslen start og slut
- Eventuelt efterforbrug, start- og slut, art, styrke og mængde
- Blodalkoholkoncentration inkl. kopi af original retskemisk erklæring

Retslægerrådet returnerer sagen til den hørende myndighed, såfremt disse oplysninger ikke er angivet i forbindelse med fremsendelsen.

Herudover kan Retslægerrådet som udgangspunkt ikke udtale sig om hypotetiske eller generelle spørgsmål, idet disse falder uden for rådets kompetence, jf. lov om Retslægerrådet § 1. I sager om alkoholindtagelse vil Retslægerrådet imidlertid godt i visse tilfælde kunne udtale sig om hypotetiske spørgsmål, idet rådet foretager sin beregning ud fra de oplysninger, som er angivet af politiet, retten eller den sigtede/tiltalte omkring indtagelsen af alkohol. Det må herefter være op til retten at vurdere, om den pågældende forklaring omkring indtag, herunder om efterforbrug, kan antages at være sandsynlig.

I visse sager, som forelægges for Retslægerrådet, har den sigtede/tiltalte ikke blot indtaget alkohol, men også medicin. Som udgangspunkt har den pågældendes indtag af medicin ingen betydning for alkoholkoncentrationen i blodet. Herudover kan der dog i visse typer medicin være et indhold af alkohol, og i disse tilfælde kan det også have indflydelse alkoholpromillens størrelse.

Professor Kristian Linnet indledte sit oplæg med at vise en udskrift af FDM's medlemsblad, Motor, fra 1971, hvor den første sag om kørsel i hashpåvirket tilstand var refereret. Personen i sagen blev dog ikke dømt for at have kørt under påvirkning af hash, men alene for spirituskørsel, idet han også havde en alkoholpromille på 0,97.

Politiet i Danmark har taget narkometer i brug, hvilket har ført til en stigning af sigtelser for kørsel under påvirkning af stoffer. Dräger narkometeret, som politiet anvender, kan via spytpøver lave en foreløbig testning for de mest hyppige

typer af stoffer (cannabis, benzodiazepin, amfetamin, kokain, opiater og methadon).

Professor Kristian Linnet gennemgik herefter den tekniske analyse, der foretages af blodprøven med henblik på at konstatere om THC eller andre stoffers koncentration i det givne tilfælde er over bagatelgrænsen, og han understregede i den forbindelse, at der tages mange forholdsregler i forhold til at undgå ombytning af prøver og fejl i beregningen, idet alle prøver bliver markeret og testes af robotter, ligesom der foretages en dobbeltanalyse, jf. vejledningen (ISO 17025).

Bagatelgrænserne er ikke fastsat lægeligt, men af det ansvarlige ministerium. Grænserne er fastsat, således at de typisk afspejler en aktuel brug og ikke blot et spor fra et tidligere indtag. Flere hundrede navngivne stoffer er forbudte i Danmark, men herudover er der også et generelt forbud mod 4 stoftyper - Cannabinoider (7 undergrupper), Cathinoner, Tryptaminer og Phenetylaminer – således at fremtidige stoffer indeholdende disse stoftyper allerede er ulovlige. Dette skyldes, at mange nye stoffer i disse år ser dagens lys, idet det er blevet nemmere at fremstille disse privat ("designer drugs", frimærker, syntetisk cannabis m.v.).

Professor Kristian Linnet gennemgik herefter statistik for EU for så vidt angår trafikuheld, hvor der har været tale om kørsel under påvirkning af euforiserende stoffer eller alkohol, herunder hvor meget risikoen for uheld stiger ved indtagelse af alkohol eller stoffer eller en blanding heraf.

Afslutningsvist blev der i plenum debatteret, hvorvidt måleresultaterne/talværdierne altid fremgår af de retskemiske erklæringer, hvilket de bør. Der blev endvidere spurgt til, om Retslægerådet har oplevet en stigning af sager med Benzodiazepin, hvilket ikke synes at være tilfældet, idet det kun er sager med ekstremt/stort indtag (udover recepten), som

forelægges Retslægerådet. Derudover dukker stoffet nogle gange op i andre sager, hvor stoffet bliver påvist i forbindelse med blodprøven.

På spørgsmål om lægernes vejledningspligt i forbindelse med ordineringen af trafikfarlig medicin blev det slået fast, at lægen er forpligtet til at vejlede herom, ligesom lægen er forpligtet til at føre journal om, at vejledningen er foretaget.

På spørgsmål om opbevaring af blodprøverne blev det oplyst, at disse som udgangspunkt gemmes i et år, men at politiet i særlige tilfælde kan anmode om, at en blodprøve opbevares i en længere periode.

På baggrund af professor Kristian Linnets gennemgang af statistik vedrørende færdselsuheld som følger af kørsel under påvirkning af alkohol og stoffer, blev der spurgt til risikoen for uheld i forhold til bagatelgrænsen for hash i blodet. Professor Kristian Linnet oplyste hertil, at denne type statistik er behæftet med en vis usikkerhed, og at der ikke kan siges noget klart herom, idet dette vil afhænge af den enkelte person. Omvendt er der ikke noget videnskabeligt bevis for, at en blodkoncentration lige over bagatelgrænsen svarer til en påvirkethed af alkohol ved en promille på 1,2.

2.3 Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal. Østre Landsrets kendelse af 3. oktober 2014 vedrørende spørgsmålet om Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal er blevet stadfæstet af Højesteret i kendelse af 23. juli 2015.

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. Begge kendelser er nærmere omtalt i Retslægerådets årsberetning for 2014, s. 33 ff., hvoraf det blandt andet fremgår, at kendelsen af 14. juli 2014 blev kæret til Østre Landsret, der den 3. oktober 2014 stadfæstede byrettens kendelse. Denne kendelse har Højesteret nu stadfæstet af de grunde, der er anført af landsretten.(jr.nr.50E/E3-00611-2014)

Højesterets kendelse er sålydende:

A

(advokat AG)

mod

Tryg Forsikring A/S

(advokat PHM)

I tidligere instanser er afsagt kendelse af Retten i Glostrup den 14. juli 2014 og af Østre Landsrets 22. afdeling den 3. oktober 2014.

I påkendelsen har deltaget tre dommere: Niels Grubbe, Michael Rekling og Lars Hjortnæs.

Påstande

Kærende, A, har nedlagt påstand om, at indkæredes, Tryg Forsikring A/S', begæring om at fremlægge egen læges journal inklusive lægens egne konsultationsnotater fra den 17. august 1999 til den 17. august 2004 ikke imødekommes.

Tryg Forsikring A/S har påstået stadfæstelse.

Anbringender

A har til støtte for sin påstand anført bl.a., at en skadelidt i en sag om erhvervsevnetabserstatning ikke er forpligtet til at fremlægge journaloplysninger for mere end 3 år forud for skadestidspunktet, når det hverken er dokumenteret eller sandsynliggjort, at materialet vil have konkret betydning for sagens vurdering, herunder for Retslægerådets udtalelse. Retslægerådet har ikke på noget punkt præciseret, hvilke omstændigheder i sagen, der gør det nødvendigt at fremkomme med journaloplysninger, der er mere end 3 år gamle, uanset at Retslægerådet har efterspurgt materialet efter en lægelig gennemgang af sagen.

Endvidere er det ikke gjort gældende, at der foreligger forudbestående lidelser af betydning for vurderingen af sagen, ligesom Arbejdsskadestyrelsen heller ikke under sin sagsbehandling har antydnet, at der skulle foreligge forudbestående lidelser af betydning for sagen. Derfor kan spørgsmål om, hvorvidt forudbestående lidelser har haft betydning for den aktuelle skade, principielt ikke stilles, idet der i så fald er tale om en bevisførelse vedrørende ikke omtvistede omstændigheder. Herudover er der ikke nogen af de af parterne stillede spørgsmål, som ikke kan besvares på baggrund af det journalmateriale, der allerede er forelagt Retslægerådet – tværtimod er spørgsmålene netop begrænset til det foreliggende materiale.

Da udgangspunktet i retsplejelovens regler om tredjemandsedition er, at læger har tavshedspligt, må en nogenlunde tilsvarende begrænsning indlægges i retsplejelovens regler om partsedition for ikke at omgå denne tavshedspligt. Såfremt der opstilles et afgørende kriterium for, om det kan "udelukkes", at der i de omhandlede lægejournaler vil kunne være oplysninger af betydning for Retslægerådets besvarelse, vil det give forsikringselskaberne en vid adgang til at forlange udlevering af journalmateriale for 5 år forud for skadestidspunktet og dermed oplysninger, som er helt irrelevante for sagen, uden at der opsættes nogen form for forsvar for skadelidte. Dette gælder tilsvarende, hvis det accepteres, at man uden videre kan stille brede spørgsmål om "andre forhold" til Retslægerådet, når disse ikke er underbygget af oplysninger, som sandsynliggør, at "andre forhold" er af betydning for sagens vurdering. En editionsbegæring, som ikke er begrundet i eksisterende oplysninger om eventuelle forudbestående lidelser, vil endvidere være i strid med retsplejelovens § 341, når det ikke er gjort gældende og i et vist omfang sandsynliggjort, at der er forudbestående gener af betydning for sagen. Den omstændighed, at Retslægerådet i sin instruks generelt udbeder sig 5 års journaler uden nærmere begrundelse, kan heller ikke indebære en forpligtelse for en part til at tåle et editionspålæg i samme omfang. Betingelserne for at meddele partsedition er derfor ikke opfyldt, jf. retsplejelovens § 298, stk. 1, og § 300.

Tryg Forsikring har heroverfor anført bl.a., at det er et naturligt led i en erstatningssag, som relaterer sig til en persons helbred, og som skal forelægges for Retslægerådet, at vedkommendes helbred belyses i en efter Retslægerådets opfattelse tilstrækkelig grad. Det kan ikke være af afgørende betydning for kærende personligt, om der som led i sagen fremlægges lægeligt materiale for 2 år eller 5 år før det aktuelle uheld. En eventuel interesse fra kændes side i, at relevante oplysninger ikke kommer frem, er i sagens natur ikke beskyttelsesværdig. Kærende er som kravstiller endvidere både

forpligtet til at oplyse sagen og dokumentere sit krav, herunder ved at frembringe et fyldestgørende grundlag for Retslægerådets og rettens vurdering af spørgsmålet om medicinsk årsagssammenhæng. Kærende skal frembringe et fornødent sikkert grundlag for at få tilsidesat Arbejdsskadestyrelsens vurdering af kærendes mén og erhvervsevnetab, hvorfor det også burde være i kærendes egen interesse at få tilvejebragt en klar, velfunderet og retvisende udtalelse fra Retslægerådet. Det er af afgørende betydning for Retslægerådets vurdering af de medicinske årsagsforhold, at der sker en fuld afdækning af kærendes mulige forudbestående eller konkurrerende gener/forhold, der har medført kærendes nuværende helbredsmæssige tilstand. Såfremt det måtte vise sig, at der ikke foreligger forudbestående eller konkurrerende forhold af betydning, vil dette i sagens natur også have betydning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmålet om årsagssammenhæng.

Arbejdsskadestyrelsen har i øvrigt fastslået, at kærendes samlede helbredstilstand er påvirket af dels fysiske gener, dels non-organiske symptomer, samt psykiske forhold, som ikke kan henregnes til færdselsuheldet den 17. august 2004. Hertil kommer, at kærende i april 2006 var udsat for vold på sin arbejdsplads. Der er således konkrete indikationer for, at der foreligger forudbestående og/eller konkurrerende forhold i denne sag.

En forelæggelse på det foreliggende grundlag vil betyde, at Retslægerådet skal afgive en udtalelse om årsagssammenhæng uden at have kendskab til central lægelig dokumentation.

Dette indebærer en betydelig risiko for, at Retslægerådets udtalelse ikke vil være retvisende, hvilket – henset til at Retslægerådets udtalelser sædvanligvis tillægges betydelig bevismæssig betydning ved afgørelse af erstatningssager – er betænkeligt. Formålet med at indhente en udtalelse fra Retslægerådet er netop at tilvejebringe det

bedst mulige beslutningsgrundlag for den myndighed eller domstol, der skal træffe afgørelse i sagen.

Det fremgår af Retslægerådets anmodning om yderligere journalmateriale, at der har været foretaget en meget grundig indledende lægelig forberedelse af sagen. Når Retslægerådet generelt beder om at få egen læges journal for mindst 5 år før det aktuelle uheld, kan materialet ikke udelukkes at være af betydning for sagens udfald, og det er op til Retslægerådet at vurdere, om oplysninger er relevante. Det er ikke på anden vis, eller på en mindre hensynsfuld måde, muligt at fremskaffe en objektiv, fuldstændig og uensureret kronologisk gennemgang af kærendes samlede helbredsmæssige forhold end ved anmodning om fuld lægejournal. Dette gælder så meget desto mere, når Retslægerådet, som i nærværende sag, konkret anmoder om de pågældende oplysninger. Endvidere må det lægges til grund, at Retslægerådet er fagligt kompetent til at vurdere, hvilke lægelige akter der er behov for i forbindelse med en forelæggelse.

Kærende har under sagen ønsket at gøre brug af Retslægerådets kompetence vedrørende vurderingen af den medicinske årsagssammenhæng og må derfor respektere Retslægerådets opfattelse af, hvilke oplysninger en sådan vurdering kræver.

Retslægerådets efterspørgsel af egen læges journal fra 1999 til 2004 er konkret relateret til besvarelsen af kærendes spørgsmål, og Retslægerådet er afskåret fra at udtale sig om forudbestående forhold og andre mulige/sandsynlige årsager, medmindre rådet forelægges oplysninger herom. Materialet har derfor en ikke uvæsentlig betydning for Retslægerådets vurdering af sagen.

Der kan i øvrigt også fremgå andre relevante lægefaglige oplysninger i egen læges journal, som har betydning for den lægefaglige vurdering af sagen, og som i visse tilfælde kan give

rådet anledning til at efterspørge yderligere materiale. Baggrunden for, at Retslægerrådet efterspørger en periode på 5 år forud for uheldsdatoen, er at journalmaterialet for denne periode efter rådets erfaring, ” ... er af helt afgørende betydning for rådets besvarelse af de stillede spørgsmål”, som det fremgår af Retslægerrådets tjekliste på rådets hjemmeside.

Såfremt Retslægerrådet ikke får forelagt det relevante lægelige materiale, som rådet konkret beder om med henblik på at besvare de stillede spørgsmål, kan det i værste fald underminere Retslægerrådets rolle som et sagkyndigt, uafhængigt og centralt organ. Netop uafhængigheden medvirker til at sikre, at Retslægerrådets udtalelser ikke præges af uvedkommende hensyn, og det må anses for overordentligt vigtigt, at der i videst muligt omfang skabes almindelig tillid til, at Retslægerrådets udtalelser netop ikke præges af uvedkommende hensyn. Hvis Retslægerrådet skulle være afhængigt af, hvad parterne (eller skadelidtes egen læge) vurderede skulle tilgå Retslægerrådet, ville dette radikalt ændre både rådets karakter og funktion samt risikere at sænke kvaliteten af udtalelserne markant.

Kærendes frygt for, at et editionspålæg i denne sag kan medføre, at forsikringsselskaberne i alle sager uden videre vil kunne forlange 5 års journaler forud for skadestidspunktet, er ikke velfunderet, idet Retslægerrådet netop har foretaget en konkret vurdering af, hvilket materiale der skal tilgå rådet i sagen.

Beskyttelseshensynet til parter er notorisk mindre end til andre interessenter i sagen, idet parterne selv har rådighed over sagen. Lægers tavshedspligt er derfor ikke relevant i denne sammenhæng, idet akterne forudsættes indhentet af kærende selv og således med dennes samtykke til at fremsende de pågældende oplysninger.

Endvidere må hensynet til sagens rette oplysning veje tungere end hensynet til kærende. Generelle henvisninger til, at fremlæggelsen af lægejournalen ikke skal ske under hensyn til, at fremkomsten af personfølsomme oplysninger er uden betydning for sagen, fører ikke til, at fremlæggelse ikke skal ske, jf. Højesterets kendelse af 10. oktober 2006 (UfR 2007.196).

Kærende bør derfor pålægges at fremlægge egen læges journal i overensstemmelse med Retslægerådets anmodning herom, idet det ikke på forhånd kan udelukkes, at materialet kan have betydning for sagen, jf. retsplejelovens § 298, stk. 1, og § 300.

Højesterets begrundelse og resultat

Af de grunde, der er anført af landsretten, tiltræder Højesteret, at det ikke kan udelukkes, at der i As lægejournal fra den 17. august 1999 og frem til skadestidspunktet vil kunne være oplysninger af betydning for Retslægerådets besvarelse af de stillede spørgsmål og rettens afgørelse i sagen.

Herefter stadfæster Højesteret kendelsen.

Thi bestemmes:

Landsrettens kendelse stadfæstes.

Kommentar

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Forudsætningen for at kunne afgive et kvalificeret lægevidenskabeligt skøn er blandt andet, at Retslægerådet efter en konkret lægefaglig forberedelse af sagen får fremsendt det yderligere lægefaglige materiale, herunder journalmateriale fra

egen læge, som Retslægerrådet ud fra en lægefaglig vurdering, finder vil forbedre Retslægerrådets muligheder for at besvare de ved forelæggelsen stillede spørgsmål. Retslægerrådet skal ikke tage eventuelle juridiske (procedure) betragtninger med i sine overvejelser i vurderingen af den enkelte sag, ligesom Retslægerrådet heller ikke kan eller skal 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. Hertil kommer, at såfremt rådet skal have mulighed for at udtale sig om, hvorvidt en lidelse/gene er fremkommet på grund af et uheld/arbejde mv., skal Retslægerrådet 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 skøn i den enkelte sag.

Med Højesterets kendelse må det formentlig nu kunne lægges til grund, at når Retslægerrådet, efter en konkret lægefaglig forberedelse af den enkelte sag, efterspørger yderligere materiale, herunder journalmateriale fra egen læge, så kan det formentlig ikke udelukkes, at der i det konkrete efterspurgte materiale vil kunne være oplysninger af betydning for Retslægerrådets besvarelse af de stillede spørgsmål og rettens afgørelse i sagen.

2.4 Årsagsbidrag af færdselsuheld til efterfølgende smerter og andre gener.

46-årig kvinde (A) faldt for mere end 10 år siden af sin cykel efter påkørsel og slog højre fod og bækkenparti. Pågældende blev indlagt samme dag i 1 – 2 døgn til observation. Pågældende havde ved indlæggelsen klager over smerter i ryg og den ene fod. Der fandtes hverken ved klinisk objektiv undersøgelse eller ved billeddannende teknikker tegn på sygelige forhold i bækkenparti eller i maveregionen. Sagsøger opsøgte først 5½ måned efter uheldet egen læge med klager over smerter i bækkenpartiet og i ryggen. Siden har der så udviklet sig en kronisk smertetilstand. Spørgsmålene til Retslægerådet har været mangfoldige, ca. 35 over i alt 6 forelæggelser og disse har fortrinsvis drejet sig om årsagsbidraget af ulykken til det efterfølgende klagebillede.

Retten fandt, at der ikke var noget bidrag af ulykkestilfældet til det efterfølgende klagebillede og begrundede det overvejende med en meget lang latenstid imellem undersøgelse på ulykkesdagen og den første efterfølgende kontakt til egen læge 5½ måned senere. (50E/E3-03742-2009 m.fl.)

Sagen vedrører en 46-årig kvinde (A), der i 2003 var impliceret i trafikuheld. A blev på cykel ramt af bil og faldt af cyklen. A var ikke bevidstløs i tilslutning til uheldet, men blev indbragt til skadestue på lokalt sygehus, hvor hun ved ankomsten klagede over smerter i ryggen og højre fod. Der fandtes ømhed af korsbenet og omkring bækkenet. På mistanke om indre blødninger blev A indlagt til observation og der blev foretaget ultralydsskanning af maveregionen, røntgenoptagelser af bækken og fod, som viste

normale forhold. A blev udskrevet dagen efter ulykken, og ifølge journalen i velbefindende.

Den første dokumenterede henvendelse til læge skete 5½ måned efter ulykkestilfældet, hvor A henvendte sig til egen læge og klagede over smerter i lænden og omkring bækkenet. Der var de følgende par år med måneders interval flere gange opfølgning hos egen læge, hvor der fortsat var klager over smerter omkring bækkenet. A har i forløbet udviklet en tilstand med kroniske smerter, svimmelhed, træthed almen svækkelse og andre klager. Der har før uheldet, været forbigående smerter omkring den ene skulder, men ellers ikke andre dokumenterede klager.

I forløbet er der foretaget en række supplerende undersøgelser herunder diverse røntgenoptagelser, MR-skanning og andre billeddannende undersøgelser, som bortset fra degenerative forandringer svarende til de nederste lændehvirvler og tilhørende bruskskiver, har vist normale forhold. MR-skanning af bækkenet er således fundet normalt.

Der har i sagen været en tvist imellem A og forsikringsselskabet om betydningen af traumatet for det efterfølgende klagebillede. Medens A er af den opfattelse, at cykeluheldet har været årsag til de efterfølgende kroniske smerter, har forsikringsselskabet ment, at dette ikke har nogen betydning for A's nuværende klagebillede.

Twisten mellem A og forsikringsselskabet er baggrunden for at sagen indbringes for Domstolen. Retten fandt, at der ikke foreligger den fornødne årsagssammenhæng imellem uheldet og A's gener fra lænderyg, korsben og bækkenparti, og forsikringsselskabet frifindes derfor. Retten begrundet afgørelsen med, at for at kunne konstatere en årsagssammenhæng mellem færdselsuheldet og de efterfølgende gener, så bør der være en tidsmæssig nøje sammenhæng imellem dette og de gener, der påberåbes. Det vurderer retten ikke er tilfældet med en latenstid på ca. 5½ måned mellem ulykkestilfældet og første henvendelse til egen læge.

Retten finder endvidere, at der før ulykkestilfældet har været kroniske smerter i venstre skulder og arm, og at det ikke kan udelukkes, at dette har været medvirkende til det nuværende klagebillede. Retten har yderligere vurderet, at der ikke har kunnet påvises sygelige forhold i bækkenet, og at den påviste degeneration af lændehvirvler og bruskskiver kan forklare rygsmerterne, men at disse ikke har noget med trafikulykken at gøre. Samlet finder retten det ikke bevist, at der foreligger den fornødne sammenhæng mellem uheldet og A's gener fra lænderyg/korsben/bækkenparti, og forsikringsselskabet frifindes derfor.

I sagen har Retslægerådet på foranledning udtalt sig i alt seks gange og har besvaret i alt 35 spørgsmål.

Sagen blev første gang forelagt Retslægerådet i 2009, hvor rådet i sin udtalelse af 31. marts 2010 besvarede de stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 1.

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader, sagsøger pådrog sig ved færdselsuheldet den 10. januar 2003 for så vidt angår ryg, lænd, bækken og korsben.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar.

Sagsøger var på cykel 10.01.2003 indblandet i trafikuheld, hvor hun, uden at blive direkte påkørt af bil, væltede i langsom fart og fik cykel over sig. Sagsøger blev indlagt til observation for indre, abdominale blødninger et døgn og herefter udskrevet. Der blev foretaget ultralydsskanning af maveregionen, der viste normale forhold. Der blev taget røntgenoptagelser af bækken og højre fod, der ikke viste skeletale skader. Første henvendelse til egen læge, som sagsøger i øvrigt gennem årene har benyttet ganske flittigt, vedrørende ryg- og bækkensmerter, sker efter cirka 6½ måned 23.06.2003. Røntgenoptagelser 13.12.2004 af bækken og lænderyg viser for bækkenet normale forhold, mens man finder let

rygskævhed (skoliose) i bryst- og lænderyg, formentlig udviklingsbestemt eller medfødt. Man finder ved denne og efterfølgende radiologiske undersøgelser, herunder MR-skanninger, for bækkenet hele tiden normale forhold, selv om der er persisterende klager gennem årene for venstresidige bækkensmerter. Man finder ved denne og ved efterfølgende undersøgelser degeneration af lændehvirvler og discii på de to nederste niveauer i lænderyggen, der ikke kan henføres til uheldet 10.01.2003. Det er Retslægerådets opfattelse, at sagsøger ved uheldet slog højre fod uden blivende skade til følge og venstre side af bækkenet. Efterfølgende har man selv ved sofistikerede skanninger MR og ved skintigrafi ikke kunnet påvise patologiske forhold i bækkenet. Der omtales ikke i skadestuejournalen rygsmerter. Der er første beskrivelse af disse 23.06.2003. Der er påvist degeneration i lænderyggen, der kan forklare rygsmerterne, men som er trafikulykken uvedkommende.

Spørgsmål 2.

Retslægerådet bedes oplyse, om de skader sagsøger pådrog sig ved færdselsuheldet har påført hende varige gener. Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt om muligt at angive hvilke varige gener Retslægerådet finder er forårsaget af færdselsuheldet.

Retslægerådet bedes herunder oplyse, om sagsøger efter rådets vurdering den 19. september 2003 blev udsat for en påvirkning, der er egnet til at forvolde de i sagens akter i tiden efter uheldet beskrevne gener, herunder udvikling af gener i ryg, lænd og bækken mv.

Retslægerådet bedes oplyse, om der består overensstemmelse mellem de objektive fund og de subjektive gener.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed.

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 1. Retslægerådet finder ikke holdepunkt for, at færdselsuheldet har påført sagsøger skader, der kan forklare varige gener. Symptomerne har først ført til konsultation hos læge mere end 6 måneder efter hændelsen og kan for en dels vedkommende muligt forklares ud fra andre forhold (se besvarelse af spørgsmålene 1 og 4).

Spørgsmål 3.

Retslægerådet bedes oplyse om sagsøger på noget tidspunkt før eller efter uheldet den 10. januar 2003 har fået konstateret forhold, der ikke med sandsynlighed har årsagssammenhæng til uheldet, men som har medført gener og smerter i ryggen, lænden, bækken og korsben mv.

Parterne ønsker navnlig en belysning af i hvilket omfang degenerative forandringerne benævnt Modic Type 1 er konstateret, og om disse forandringer har sammenhæng med uheldet, samt kan have udløst sagsøgers gener.

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse om der er symptomsammenfald mellem gener efter uheldet og gener efter uheldet af uvedkommende forhold. Retslægerådet bedes tillige oplyse, om sagsøgers nuværende gener mest sandsynligt kan tilskrives uheldet eller af uheldet uvedkommende forhold.

Nej. De beskrevne Modic-forandringer er et inflammatorisk respons i hvirvelkorporas knoglestruktur på bestående og tilliggende diskusdegeneration.

Spørgsmål 4.

Såfremt Retslægerådet ved besvarelsen af foranstående spørgsmål, navnlig spørgsmål 3, finder, at sagsøger har forudbestående forhold (degenerative forandringer m.v.), der har disponeret hende til at udvikle gener fra ryggen/korsbenet, og som findes at være en

årsag til sagsøgers gener, bedes det oplyst, om uheldet den 10. januar 2003 direkte eller indirekte vurderes at have udløst, at den grundlæggende lidelse blev symptomgivende eller om uheldet forværrede symptomerne.

I det omfang Retslægerrådet har mulighed herfor, bedes det endvidere oplyst, om der konkret i det i sagen foreliggende materiale er konkrete holdepunkter for at fastslå, at sagsøger, selvom hun ikke havde været impliceret i uheldet den 10. januar 2003, med overvejende grad ad sandsynlighed ville have udviklet samme symptomer og gener og med samme tidsmæssige debut.

Der beskrives rygsmerter til egen læge 23.06.2003. Det er ikke Retslægerådets vurdering, at trafikuheldet har afstedkommet en læsion af lænderygsøjlen, der er årsag til de beskrevne symptomer. Der er ikke konstateret sygelige processer i bækkenet.

Med hensyn til, om de degenerative forandringer i lænderyggen ville være blevet symptomgivende, desuagtet, er dette et hypotetisk spørgsmål. Omfanget af de degenerative forandringer og tilstedeværelse af rygskevthed indikerer dog erfaringsmæssigt, at man ville forvente opståen af rygsmerter på et tidspunkt.

Spørgsmål 5.

Giver sagen i øvrigt Retslægerrådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Sagen blev anden gang forelagt Retslægerrådet i 2010, hvor rådet i sin udtalelse af 13. august 2010 besvarede de supplerende stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 6:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmålene, navnlig spørgsmål 1, lagt til grund, at der ikke i skadestuejournal, bilag 1, er omtalt rygsmerter, ligesom det er lagt til grund, at disse først er omtalt i journal fra egen læge den 23. juni 2003.

I den anledning spørges:

Af skadestuejournal, bilag 1, fremgår under ”årsag til henvendelsen”:

”Blev påkørt af bil. Var selv på cykel. Smerter i ryggen og højre fod.”

Det fremgår videre under ”objektiv”, at der er foretaget optagelse og røntgen af bækken og højre fod.

Videre fremgår: ”Direkte øm på os sacrum” (korsbenet) og under bækkenundersøgelse er der fundet let kompressionsømhed.

Retslægerådet bedes på denne baggrund bekræfte, at sagsøger på skadestuen, bilag 1, har klaget over ondt i ryggen, samt at der i øvrigt også ved undersøgelsen blev påvist ømhed og smerter i den nederste del af ryggen og i bækkenet?

Ved indbringning efter tilskadekomst 10.01.03 klages over smerter i ryg og højre fod. Sagsøger observeres på H- Sygehus og udskrives 11.01.03 i velbefindende. Der findes ikke ved de objektive undersøgelser nogen tegn på læsion af rygsøjlen, og denne nævnes ikke senere hverken i skadestuen eller under observationen af de journalskrivende læger. Der konstateres i 2005 ved røntgenundersøgelser og ved MR-skanning almindelig diskusdegeneration i lænderyggen, der tvangfrit kan forklare sagsøgers lænderygproblemer. Der findes ikke radiologisk tegn på strukturelle læsioner, såsom ledscred eller ophelede brud. Egen læge noterer for første gang 23.06.03 at sagsøger ”... har ondt i ryggen siden i går.”

Retslægerådet kan ikke se bort fra denne dokumentation og finder det ikke dokumenteret, at der efter trafikuheldet 10.01.03 har været tale om strukturelle læsioner i sagsøgers lænderyg, betingende sagsøgers lænderygsymptomer, idet der hverken dokumenteres strakssymptomer eller henvendelse til læge for symptomer før mere end seks måneder efter hændelsen.

Spørgsmål 7:

I replikken er der redegjort for, at egen læge ikke har ført ordentlig journal.

Således er der sket en sammenblanding af sagsøgers helbredsmæssige forhold, herunder med sit barns forhold vedrørende dennes hofte/rygproblemer.

Det fremgår videre af sagens øvrige lægelige akter, jfr. journal fra speciallæge J, bilag 4, at der forud for aktuelle ulykke alene var sket behandling for smerteproblematik i skulder og ikke i ryg.

I overensstemmelse hermed fremgår af udtalelse fra fysioterapeut, at der forud for aktuelle skade alene var sket behandling af skulder i øvrigt med god effekt, således at generne var væk forud for aktuelle uheld.

Det fremgår videre af replikken, at henvendelser til lægen ikke er blevet journalført, herunder henvendelser fra sagsøger ca. 1 uge efter ulykken, og igen omkring påsketid 2003 i forbindelse med udlandsrejse.

Lægen ordinerede blot ro og indtagelse af smertestillende medicin, uden at angive behandlinger eller undersøgelser.

Idet Retslægerådet anmodes om at lægge til grund:

A: *At sagsøger forud for aktuelle ulykkestilfælde ikke havde symptomer fra lænderyggen, hofte eller korsben,*

B: *At disse gener opstod tidsmæssigt i forbindelse med uheldet, og*

C: *At disse gener ikke siden har været forsvundet,*

Bedes Retslægerådet vurdere, om der direkte eller indirekte er årsagssammenhæng, herunder om ulykken den 10. januar 2003 har medført, at en tilgrundliggende degenerativ lidelse er blevet symptomgivende?

Besvarelsen bedes begrundet, herunder bedes Retslægerådet – som forudsat i spørgsmålet - tage stilling til betydningen af det tidsmæssige sammenfald mellem ulykken og genernes opståen, samt betydningen af, at sagsøger forud for ulykken den 10. januar 2003, var uden symptomer fra lænderyggen, korsbenet og bækkenet?

Se venligst ovenfor.

Spørgsmål 8:

Kan Retslægerådet pege på andre sygdomme eller traumer, indtruffet efter den 10. januar 2003, der mere sandsynligt end ulykken, har udløst sagsøgers helbredsmæssige problemer fra korsbenet/lænderyggen?

Besvarelsen bedes begrundet, ligesom der bedes henvist til de konkrete lægelige akter, som Retslægerådet har lagt særlig vægt på.

Nej.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes angive en diagnose for sagsøgers lidelse i ryggen?

Retslægerådet bedes i den forbindelse tage stilling til, om Retslægerådet er enig i de undersøgelser og vurderinger, der er foretaget på H Sygehus, der efter smertebehandling i sacroiliacaleddet, og som medførte symptomfrihed den tid bedøvelsen virkede, har diagnosticeret sagsøgers lidelser som S33.6 forvridning/skade i sacroiliacaleddet.

Besvarelsen bedes begrundet, herunder bedes Retslægerådet taget stilling til, om der i så fald er en sammenhæng med en eventuel degenerativ lidelse i lænderyggen og en distorsion af korsbensleddet, og om en eventuel forudbestående degenerativ lidelse i lænderyggen har været uden betydning for udviklingen af denne skade/lidelse.

Lænderygdegeneration – spondylarthrosis et degeneratio discii intervertebralis LIII/LIV, columna lumbalis.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes anslå, hvor stor en del af befolkningen i Danmark over 35 år, der har en degenerativ lidelse i ryggen.

Er det:

A: Under 5%,

B: Mellem 5-20%,

C: Mellem 20-40%, eller

D: Mere end 40%.

Spørgsmålet er af generel karakter og svaret afhænger af hvilken definition der lægger til grund. Retslægerådet kan imidlertid oplyse, at cirka 70 % i den industrialiserede verden får rygsmerter på et eller andet tidspunkt i livet. I øvrigt henvises til lærebøger på området.

Spørgsmål 11:

Er der i sagen konkrete holdepunkter for at fastslå, at sagsøgers degenerative lænderyglidelse ville være blevet symptomgivende uden ulykken den 10. januar 2003.

Spørgsmålet er hypotetisk, og det foreliggende materiale giver ikke grundlag for et begrundet svar.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes anslå, hvor stor en del af de personer, der har ganske let scoliose med antydet torsion, der har eller får væsentlige og invaliderende rygmerter af denne årsag?

Spørgsmålet er af generel karakter, og Retslægerådet finder det ikke muligt at afgive et meningsfuldt svar.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes anslå, hvor stor en del af de personer, der har discusdegeneration, der har eller får væsentlige og invaliderende rygmerter af denne årsag?

Spørgsmålet er generelt og upræcist, hvorfor Retslægerådet ikke kan besvare det.

Spørgsmål 14:

Vil en skadepåvirkning kunne medføre degenerative forandringer, som kan ses ved billeddiagnostisk undersøgelse ca. 11 måneder senere, således at skadepåvirkningen dermed er årsagen til for tidlig udvikling af degenerative fænomener, således som det synes at være tilfældet hos sagsøger.

Spørgsmålet er hypotetisk, og Retslægerådet er ikke i stand til at afgive et meningsfuldt svar på det foreliggende grundlag.”

Sagen blev forelagt Retslægerådet for tredje gang i 2010, hvor Retslægerådet i sin udtalelse af 30. november 2010 besvarede de supplerende stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes lægge til grund:

- *at sagsøger før uheldet den 10. januar 2003 ikke havde lænderygsmærter (var asymptomatisk),*
- *at der tidsmæssig i forbindelse med uheldet opstod lænderygsmærter (symptomer),*
og
- *at disse siden har stået på,*

og herefter oplyse, om uheldet den 10. januar 2003 har udløst lænderygsmærterne.

Det præciseres, at der ikke spørges til, om uheldet den 10. januar 2003 har forårsaget den senere konstaterede slidgigttilstand, henholdsvis modicforandringer, alene om uheldet sandsynligt har udløst de subjektive gener i form af smerter/symptomer.

Besvarelsen bedes begrundet.

Der klages over lænderygsmærter hos egen læge i juni 2003. Der er ikke henvendelse for deciderede lænderygsmærter inden da.

Spørgsmål 16:

Tidligere spørgsmål 9, 2. og 3. afsnit, der lød:

”Retslægerådet bedes i den forbindelse tage stilling til, om Retslægerådet er enig i de undersøgelser og vurderinger, der er foretaget på H Sygehus, der efter smertebehandling i sacroiliacaledet, og som medførte symptomfrihed den tid

bedøvelsen virkede, har diagnosticeret sagsøgers lidelser som S33.6 forvridning/skade i sacroiliacaleddet.

Besvarelsen bedes begrundet, herunder bedes Retslægerådet tage stilling til, om der i så fald er en sammenhæng med en eventuel degenerativ lidelse i lænderyggen og en distorsion af korsbensleddet, og om en eventuel forudbestående degenerativ lidelse i lænderyggen har været uden betydning for udviklingen af denne skade/lidelse.”

Synes ikke besvaret i udtalelsen og gentages derfor”

Der er lokaliseret en smertetilstand omkring det venstre bækkenled, mellem korsben og bækken. Sagsøger er udredt og behandlet i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Man har ikke kunnet afhjælpe eller helbrede smertetilstanden trods grundig udredning og behandling.

Der synes ikke at bestå en årsagssammenhæng mellem bækkensmerterne og den degenerative lænderyglidelse”.

Sagen blev forelagt Retslægerådet for fjerde gang i 2011, hvor Retslægerådet i sin udtalelse af 27. april 2011 besvarede det supplerende spørgsmål således:

”Spørgsmål 17.

Retslægerådet bedes redegøre for, hvilken betydning tidsmæssig, henholdsvis fravær af tidsmæssig forbindelse, mellem uheldet og genernes opståen har for Retslægerådets bedømmelse af årsagssammenhæng mellem sagsøgers gener og uheldet af 10. januar 2003?

Almindelig lægelig erfaring tilsiger, at der normalt, for at bestyrke formodningen om en sammenhæng mellem traumatisk påvirkning og beviset for læsion, opstår symptomer på en sådan læsion i

umiddelbar tilknytning til traumet. Dette er der ikke tale om i den pågældende sag. Derpå falder argumentationen”.

Sagen blev forelagt Retslægerådet for femte gang i 2013, hvor Retslægerådet i sin udtalelse af 14. november 2013 besvarede de supplerende stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 18:

Under sagens hidtidige behandling ved domstolene har der været afgivet vidneforklaringer om, at sagsøger har klaget over smerter straks efter fra ulykken og fortsat med vekslende intensitet, men ikke med nogen perioder uden symptomer eller med kun få symptomer. Kopi af udskrift af domsbogen fra Retten vedlægges.

Hvis dette forløb med akut- og brosymptomer lægges til grund, må den smertetilstand, der er udløst tidsmæssigt i forbindelse med ulykken og siden har stået på, sandsynligt anses for forvoldt eller udløst af faldtraumet den 10. januar 2003?

Spørgsmålet er hypotetisk, og Retslægerådet henviser til tidligere besvarelser.

Spørgsmål 19:

Kan Retslægerådet pege på andre mere sandsynlige udløsende grunde til smertetilstanden opstået

umiddelbart efter ulykken og som er fortsat efter faldtraumet den 10. januar 2003?

Det er et generelt spørgsmål. Retslægerådet angiver ikke årsagssammenhænge i større eller mindre grad af sandsynlighed.

Sagsøger har før ulykkestilfældet, jævnfør sagens bilag 19, også haft kroniske smerter i venstre skulder og arm, og Retslægerådet kan ikke udelukke, at dette også kan have været medvirkende til det nuværende klagebillede

Spørgsmål 20:

Retslægerådet bedes oplyse, om et fald ned på siden/hoften fra cykel, som det i sagen, kan forvolde eller udløse en smertetilstand, eventuelt som følge af en forstuvning/påvirkning af SI-leddet?

Ja.

Spørgsmål 21:

Finder Retslægerådet, at sagsøger har udviklet en kronisk smertetilstand?

I bekræftende fald kan der peges på andre mere sandsynlige smerter, der har udløst tilstanden, end de smerter der er opstået efter faldtraumet den 10. januar 2003?

Besvarelsen bedes begrundet.

Ja, det finder Retslægerådet, idet der uden kendt, specifik årsag angives kroniske smerter.

Spørgsmål 22:

Finder Retslægerådet, at der i de lægelige oplysninger eller forhold oplyst i øvrigt omkring sagsøger i tiden forud for 10. januar 2003 forelå indikation på, at sagsøger, selv om hun ikke havde været udsat for ulykken den 10. januar 2003, med nogenlunde samme debut ville have udløst samme smerter/kronisk smertesyndrom?

Besvarelsen bedes begrundet.

Spørgsmålet er hypotetisk.

Spørgsmål 23:

Selv om et kronisk smertesyndrom måtte anses også at være betinget af en særlig disponering eller følsomhed hos den enkelte skadelidte med baggrund i tilgrundliggende psykosociale årsager, kulturelle forhold m.v., bedes Retslægerådet oplyse, om

udløsningen af et kronisk smertesyndrom forudsætter en fysisk påvirkning/en smerteudløsende grund?

I bekræftende fald kan faldtraumet den 10. januar 2003 og smerterne opstået herved være den smerteudløsende grund til udviklingen af sagsøgers kroniske smertesyndrom?

Kroniske smertetilstande kan udvikles ofte i efterforløbet af en akut smertetilstand. I visse tilfælde er det ikke muligt at påvise den umiddelbare udløsende årsag til en kronisk smertetilstand. For så vidt angår smertetilstanden hos sagsøger er oplysningerne for usikre til, at Retslægerådet med sikkerhed kan udtale sig om en eventuel årsagsvirkning af faldtraumet den 10.01.03 og det efterfølgende smertesyndrom, jævnfør sagens bilag 19.

Spørgsmål 24:

Såfremt Retslægerådet ikke finder, at faldtraumet den 10. januar 2003 eller følger heraf kan anses for at have udløst en smertetilstand, der bidrager til udviklingen af det kroniske smertesyndrom, bedes dette nærmere begrundet, ligesom der bedes henvist til, hvilken grund eller årsag der så ligger bag den smerteudløsende faktor, der har udviklet sig til et kronisk smertesyndrom, som er mere sandsynligt end følger af ulykken den 10. januar 2003?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 23.

Spørgsmål A:

Er det korrekt forstået at Rådet er af den opfattelse at sagsøger ved uheldet den 10. januar 2003 pådrog sig følgende skader:

- *Slog højre fod*
- *Slog venstre side af bækkenet*

Ja.

Spørgsmål B:

Er det korrekt forstået, at skaden på højre fod ikke medførte blivende gener af nogen art?

Ja.

Spørgsmål C:

Har skaden i form af ”slog venstre side af bækkenet” efter Rådets opfattelse medført blivende gener af nogen som helst art og i givet fald da hvilke?

Det ønskes med andre ord oplyst om uheldet den 10. januar 2003 lægefagligt bedømt kan forklare sagsøgers persisterende og svært invaliderende symptomer svarende til korsben og/eller bækken (se svar på spørgsmål 16 – der er lokaliseret en smertetilstand omkring det venstre bækkenled, mellem korsben og bækken).

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed.

Det mener Retslægerådet ikke, at skadens art kan.

Spørgsmål D:

Finder Retslægerådet det lægefaglig bedømt sandsynligt at den i besvarelsen af spørgsmål 16 beskrevne tilstand er forårsaget af skader sagsøger pådrog sig ved uheldet den 10. januar 2003.

Kan tilstanden forklares med en funktionel overbygning eller en somatisering?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 23. Som tidligere anført er sagens præmisser for beskedne til, at Retslægerådet kan fastslå

nogen præcis årsagssammenhæng. Som det også fremgår af besvarelsen af spørgsmål 23, er der smertetilstande, hvor der ikke umiddelbart kan påvises nogen tilgrundliggende årsag, og derfor kan Retslægerådet ikke umiddelbart fastslå heller, at der er tale alene om en funktionel overbygning eller somatisering, men naturligvis heller ikke udelukke, at en sådan kan foreligge.

Spørgsmål E:

Har uheldet haft en sådan karakter at dette i sig kan begrunde psykiske følger herunder, en funktionel overbygning eller somatiseringstilstand?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt om muligt angive graden af sandsynlighed.

Spørgsmålet er ikke helt præcist formuleret. Et uheld kan næppe i sig selv have en karakter som kan begrunde psykiske følger. I øvrigt henvises der til besvarelsen af spørgsmål D.

Spørgsmål F:

Der er i sagens akter samt af sagsøger selv beskrevet en sygemeldingskrævende forværring i januar 2005 idet der indtil da kun havde været sporadisk kortvarigt sygefravær (ifølge sagens bilag 27, 19 dage i 2003, 36 dage i 2004 samt 6 dage i 2005 indtil langtidssygemeldingen pr. 17. januar 2005). Sagsøger blev ”permanent” sygemeldt i januar 2005 sådan at forstå, at hun ikke siden er kommet tilbage til arbejdsmarkedet.

Finder Retslægerådet, at den beskrevne forværring med deraf følgende sygemelding den 17. januar 2005 er forårsaget af de skader med eventuelle varige følger sagsøger pådrog sig ved uheldet den 10. januar 2003?

Nej.

Spørgsmål 25

Giver sagen nu Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Sagen blev sjette gang forelagt Retslægerådet i 2014, hvor Retslægerådet i sin udtalelse af 21. marts 2014 besvarede de supplerende stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 25:

Retslægerådet bedes uddybe svarene på spørgsmål 1 og spørgsmål 2 om den tidsmæssige sammenhæng eller mangel på samme: Hvilken betydning har det for vurderingen af sammenhængen mellem en ulykke og udviklingen af en smertetilstand, at smerterne/generne udviklede sig i tidsmæssig sammenhæng med ulykken (indenfor 72 timer)?

Spørgsmålet har generel karakter, men Retslægerådet skal efter omstændighederne forsøge at besvare:

Det er et almindeligt lægeligt krav i forbindelse med symptomer/objektive fund og deres eventuelle relation til en traumatisk begivenhed, at der foreligger en nøje tidsmæssig sammenhæng imellem den traumatiske begivenhed og opståen af symptomer/objektive fund. Begrebet ”nøje tidsmæssig sammenhæng” er specielt vigtig, når det drejer sig om subjektive og hyppige forekommende symptomer i den almindelige befolkning, så som muskuloskeletale smerter, svimmelhed, hovedpine med mere. Denne ”nøje sammenhæng” kan ikke præcist angives og afhænger af en række faktorer, herunder symptomernes karakter og deres hyppighed i befolkningen. Generelt kan det dog anføres, at i praksis vil der være tale om tidsintervaller af nogle få dages varighed. Retslægerådet har tidligere i forbindelse med traumatiske nakkeskader anført, at et rimeligt tidsinterval imellem den traumatiske begivenhed og de efterfølgende symptomers

opståen og dokumentation er cirka 72 timer. I visse tilfælde kan dette tidsinterval skønsmæssigt være lidt kortere eller lidt længere. Såfremt dokumentationen først foreligger efter adskillige måneders forløb, her eksempelvis 6 måneder efter traumet, er det ikke muligt for Retslægerådet at fastslå en dokumenteret lægefaglig sammenhæng imellem symptomerne og det forudgående bestående traume.

Spørgsmål 26:

Hvis det forudsættes, at sagsøgers smerter/gener fra lænderyggen/korsbenet opstod inden for de første dage efter ulykken den 10. januar 2003, er det så sandsynligt, at ulykken er årsag til sagsøgers smertetilstand?

En af forudsætningerne for en sammenhæng imellem traumet og efterfølgende symptomer er, som anført i svar på spørgsmål 25, den nøje tidsmæssige sammenhæng. Men når det drejer sig om meget hyppige symptomer i befolkningen så som lænderygbesvær, er den ”nøje tidsmæssige sammenhæng” ikke nogen tilstrækkelig begrundelse, idet sådanne lænderygsymptomer kan have andre årsager. Det er således Retslægerådets opfattelse, at smerter inden for de første dage efter ulykken 10.01.03, er en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig forudsætning for, at ulykken er årsag til sagsøgers smertetilstand.

Spørgsmål 27:

Retslægerådet har i svar på spørgsmål 20 anført, at ulykken, som overgik sagsøger den 10. januar 2003, er egnet til at udvikle/udløse sådanne gener, som sagsøger har fra lænderyggen/SI-leddet?

Hvad er baggrunden for, at Retslægerådet ikke finder, at ulykken er volder af generne alligevel?

Hvad taler overvejende imod, ligesom Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøger efter den 10. januar 2003 har været udsat for andre

ulykker eller sygdomme, som mere sandsynligt end ulykken er grund til generne?

Der henvises til en række af de tidligere besvarelser og herunder specielt besvarelsen af spørgsmål 25 og 26.

Spørgsmål 28:

Retslægerådet har ved svar på spørgsmål 21 imod en årsagssammenhæng anført, at der uden kendt specifik årsag angives kroniske smerter.

I den anledning bedes det oplyst, om det er usædvanligt med en diskrepans mellem objektive fund og subjektive klager for så vidt angår en bløddelsskade, som den sagsøger pådrog sig og udviklingen af kronisk smertesyndrom?

Er der ligefrem proportionalitet mellem et kronisk smertesyndrom og den fysiske skade/de objektive fund eller kan kronisk smertesyndrom også udvikles efter en mere banal skade?

Det er velkendt, at der kan være en diskrepans mellem objektive fund og subjektive klager ved mange smertetilstande.

Begrebet kronisk smertesyndrom er ikke nogen veldefineret tilstand. Det er, som navnet siger, et syndrom, som kan have en række forskellige årsager, og sygdomsbilledet kan være farvet af disse forskellige årsager. Ved kroniske smertetilstande er den primære skade ofte ophælet, og derfor kan det være vanskeligt at påvise nogen direkte sammenhæng imellem traumets grad og de efterfølgende symptomer. Ved smertetilstande er der en kompleks vekselvirkning mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Der er derfor ikke nogen simpel relation mellem traumets sværhedsgrad og efterfølgende udvikling af kroniske smerter.”

Kommentar

1. Generelt er det et almindeligt lægeligt krav i forbindelse med symptomer og objektive fund, at der foreligger en præcis sammenhæng imellem den traumatiske begivenhed og opståen af gener, symptomer og fund. Begrebet ”nøje tidsmæssig sammenhæng” er især vigtig, når det især drejer sig om subjektive og uspecifikke symptomer som smerter, svimmelhed, træthed og lignende, der alle er hyppigt forekommende symptomer i befolkningen. Retslægerådet kan ikke præcist fastslå, hvad der menes med ”nøje tidsmæssig sammenhæng”, men Retslægerådet har tidligere anført, at et tidsinterval på ca. 72 timer imellem den traumatiske begivenhed og de efterfølgende symptomer synes at være et rimeligt tidsinterval for at fastslå, at der foreligger en nøje tidsmæssig sammenhæng. I visse tilfælde kan dette tidsinterval være kortere, andre gang længere, afhængig af sagens konkrete karakter. Det forhold, at der i det aktuelle tilfælde først 5½ måned efter uheldet foreligger en lægelig dokumentation for mulig sammenhæng mellem traumatet og de rapporterede symptomer er således ikke tilstrækkeligt til at fastslå en lægefaglig sammenhæng imellem rapporterede symptomer og det forudgående traume. Der er grund til at understrege, at udvikling af smerter indenfor de første dage efter et ulykkestilfælde og dokumentation af sådanne er en nødvendig, men *ikke* en tilstrækkelig forudsætning for, at ulykken kan anses for at være årsag til en efterfølgende kronisk smertetilstand. Ved fastlæggelse af årsagsmæssige forhold for kroniske smerter i almindelighed spiller en række faktorer af såvel biologisk, social som psykologisk karakter ind, og der er ofte en kompleks vekselvirkning imellem de tre faktorer. Det kan i den forbindelse være vanskeligt at fastslå det årsagsmæssige bidrag af hver enkelt faktor med en bestemt procentuel størrelsesandel. Det betyder eksempelvis, at tidligere traumatiske begivenheder, at andre smertetilstande tidligere i livet, at vanskelige sociale forhold og diverse tidligere eller nuværende psykologiske belastninger, der alle kendes som risikofaktorer for udvikling af smertetilstande også

kan levere et ”årsagsbidrag” til en bestemt smertetilstand. Men andelens størrelse af det enkelte bidrag lader sig sjældent udkrystalisere i et bestemt tal.

2. I den aktuelle sag har der været stillet en række spørgsmål til Retslægerådet, som har haft hypotetisk karakter. Retslægerådet har som udgangspunkt ikke nogen mulighed for at besvare den type spørgsmål, idet det faktiske grundlag så vidt muligt bør være entydigt fastlagt, når rådet på baggrund af de lægelige akter skal afgive et kvalificeret lægeligt skøn.

3. Den aktuelle sag antyder også, at en række spørgsmål, såfremt de er ukonkrete, ikke veldefinerede eller hvis de har generel karakter kan være vanskelige for Retslægerådet at besvare. Retslægerådet har flere gange påpeget nødvendigheden af, at spørgsmålene skal være konkrete, klart defineret, neutrale, relevante samt omfattet af rådets sagkundskab, hvilket alt andet lige giver rådet et bedre grundlag for at afgive et mere konkret og præcis besvarelse af de stillede spørgsmål.

4. Endelig understreger sagen også, at mange spørgsmål, i det aktuelle tilfælde 35, ikke nødvendigvis giver yderligere bidrag til afklaring af sagens lægefaglige stilling og kan give anledning til langvarig sagsbehandling.

2.5 Shaken baby impact syndrome – ruskevold

Sagen drejer sig om en 3 uger gammel dreng, der indlægges akut efter alarmopkald kl. 15.50 fra barnets far, der oplyser, at barnet lige pludseligt begyndte at skribe og blev voldsomt rød, efter hvilket han faldt i søvn og fik besværet åndedræt. Ved ambulancens ankomst var barnet slapt og ikke til at vække, men reagerede alene på høje lyde og sitrede i arme og ben og havde let øjendrejning. Ved ankomst til sygehuset havde barnet en kort grædetur og var herefter slapt og med dårlig kontakt. Ved CT-skanning blev påvist blodansamling under den bløde hjernehinde og ved efterfølgende MR-skanning, blodansamling under den hårde hjernehinde både på højre og venstre side af hjernen. På højre side blev blodansamlingen vurderet til at være af ældre dato. Blodansamlingen på venstre side blev vurderet til dels at være af ældre dato dels friskere, med alder varierende mellem 3-10 dage. Ved MR-spektroskopi blev påvist vævsskade i nakke og isselapper. Ved øjenundersøgelse sås spredt blødning i venstre nethinde. Der fandtes ingen ydre læsioner i huden, om end der blev beskrevet en ikke overbevisende underhudsblødning på højre side af hovedet, hvilket dog ikke blev bekræftet ved en efterfølgende retsmedicinsk personundersøgelse.

Der blev rejst sigtelse mod faderen, som under forløbet havde forklaret, at han 4-5 dage inden indlæggelsesdagen ved et uheld var kommet til at ramme barnets højre side af hovedet på en bordkant, og at barnet i den forbindelse havde grædt.(j.nr. 50E/E4-00042-2014)

I forbindelse med sagens behandling blev Retslægerådet stillet en række spørgsmål, der blev besvaret således:

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

Spørgsmål 1:

Har spædbarnet på noget tidspunkt været i livsfare?

Ja, de påviste hovedtraumer med påvirket bevidsthed og vejrtrækning må anses for at have indebåret livsfare.

Spørgsmål 2:

Der er påvist 3 blodansamlinger i hjernen. Er disse påført spædbarnet ved ruskevold (Abusive Head Trauma)?

Der er tale om et barn, som har svære hjernelæsioner af forskellig alder og nethindeblødning i venstre øje. Læsionerne er af en type, der er karakteristisk for ruskevold kombineret med stump traume mod hovedet (”shaken baby impact syndrome”).

Spørgsmål 3:

Hvor sandsynligt er det, at nogle af blodansamlingerne i hjernen er påført barnet ved fødslen?

Selvom de ældste blødninger tidsmæssigt kan stamme fra fødslen, må dette anses for usandsynligt, eftersom fødslen var ukompliceret og barnet velbefindende samt i trivsel efter fødslen.

Spørgsmål 4:

Kan en eller flere af blodansamlingerne i hjernen være påført barnet ved ydre vold, fx ved at spædbarnets hoved har ramt en bordkant?

Ja, men det kræver betydelig kraft.

Spørgsmål 5:

På baggrund af oplysningerne om, at den 13. august 2014, kl. 15.15 blev alarmopkaldet foretaget, hvor der på den vedlagte lydfil høres spædbarnets besværede vejrtrækning, i ambulancen var spædbarnet slapt og ikke til at vække og reagerede alene med spjæt på høje lyde og sitrede i arme og ben, og ved den efterfølgende ankomst til Akutmodtagelsen, B-Hospital, kl. ca. 16.00, har det modtagne sygeplejerskepersonale oplyst, at spædbarnet havde en kort grædetur, og fandtes efterfølgende slapt og med dårlig kontakt, hvor sandsynligt er det, at blodansamlingerne af nyeste dato er påført samme dag mellem kl. 11.00 og kl. 15.15?

Det må anses for mest sandsynligt, at blødningen er opstået kort før alarmopkaldet.

Spørgsmål 6:

Der er påvist to øvrige blodansamlinger i hjernen. Hvornår vurderes disse blodansamlinger at være påført spædbarnet?

Blødningen under den hårde hjernehinde på højre side var af ældre dato og kan være lige så gammel som barnet er. Blødningen under den hårde hjernehinde på venstre side var også af ældre dato, men indeholdt et friskere element, som ikke kan dateres præcist, men som kan være fra få timer til få uger gammelt.

Spørgsmål 7:

Hvad er årsagen til de påviste vævsskader i dele af nakke- og isselapperne?

Abnormiteterne i hjernens nakke- og isselapper ved MR-spektroskopi er formentlig betinget af iltmangel (hypoxi) og har sandsynligvis samme traumatiske årsag som hjerneblødningerne.

Spørgsmål 8:

Hvornår vurderes de påviste vævsskader i dele af nakke- og isselapperne at være opstået?

De MR-spektroskopiske forandringer i hjernen kan holde sig i kortere eller længere tid og kan følgelig ikke tidsbestemmes.

Spørgsmål 9:

Er der risiko for at blodansamlingerne kan medføre varige mén?

Ja. I det omfang hjernen måtte være skadet, vil barnet have risiko for blivende skader på intellekt og førlighed. Af denne grund er der iværksat årelang kontrol hos speciallæger. Det skal tilføjes, at fordelingen og graden af MR-spektroskopiske abnormiteter giver håb om en god udviklingsprognose.

Spørgsmål 10:

Er der risiko for at blodansamlingen af nyeste dato i sig selv kan medføre varige mén?

Spørgsmål 11:

Hvilke varige mén kan der eventuelt være tale om?

Ad spørgsmål 10 og 11:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 9.”

Faderen blev tiltalt for legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter og under særdeles skærpende omstændigheder efter straffelovens § 245, stk. 1 og § 246. Han nægtede sig skyldig.

Under retssagen blev der fremlagt erklæring og afgivet uddybende vidneforklaring ved Retsmedicinsk Institut, ligesom erklæringen fra Retslægerådet blev fremlagt.

Retten udtalte herefter følgende: ”Efter det foreliggende, herunder de lægelige udtalelser, efter de afgivne forklaringer heraf af vidnets (retsmediciner) forklaring, finder retten det på denne baggrund bevist, at tiltalte er skyldig i den rejste tiltale vedrørende den seneste blødning. Retten finder det efter det foreliggende og forklarede ikke bevist, at tiltalte er skyldig i at have påført barnet de ældre blødninger, hvorfor tiltalte frifindes for denne del af tiltalen. Retten lægger vægt på, at barnet siden sin fødsel har været passet af andre personer end tiltalte, samt at det ikke helt kan udelukkes, at den ældste skade kan være opstået i forbindelse med fødslen.

Straffen blev fastsat til fængsel i 1 år og 6 måneder. Retten lagde vægt på, at der var tale om vold med betydelig risiko for varige mén begået af en nærtstående mod et værgeløst barn på 3 uger samt på tiltaltes gode personlige forhold herunder, at tiltalte er ustraffet.

Kommentar

Rystevold, også kaldet Shaken baby (impact) syndrome, er en form for børnemishandling, hvor det lille barns hoved rystes voldsomt frem og tilbage, hvorunder hovedet samtidig rammer, støder eller slås mod underlag eller genstand. Der vil kunne konstateres blå mærke i hovedet, nakke eller pande, og eventuelt brud bagtil på ribbenene, hvis barnet har været holdt i fast greb om brystkassen eller lednære brud, hvis barnet har været holdt omkring arme/ ben, blødning omkring hjernehindere, væskeopstemning i hjernen med iltmangelbetingede hjernebeskadigelse samt blødninger i øjenbaggrunden. I svære tilfælde er symptomerne bevidsthedssvækkelse og vejrtrækningsbesvær og flere får blivende skader, og dødsfald kan forekomme som følge af svær hjernebeskadigelse.

For at frembringe sådanne hoved/hjernelæsioner kræves en betydelig voldsudøvelse; et simpelt fald for eksempel fra lav højde eller almindelig stød mod en bordkant har ikke en sådan styrke.

Billeddiagnostiske undersøgelser på overlevende kan bidrage til at afgøre om blødningerne er friske eller ældre. En nøjere præcisering af alderen på en friskere blødning er dog vanskelig eller umulig, hvilket også kan ses af Retslægerådets besvarelse i denne sag.

2.6 Farlighed af greb om halsen.

En 48-årig mand (T) var i forbindelse med et slagsmål en sen aften kl. ca. 23.00 udsat for et halsgreb. Dette var angiveligt så kraftigt, at han besvimeede og havde vandladning. Ifølge ham selv vågnede han efter 5-10 min. i en opgang og tog kontakt til politiet, og kort tid herefter kom en ambulance, som bragte ham til hospitalets skadestue. Her blev blandt andet påvist rødme og hævelse på højre side af halsen og enkelte hudafskrabninger på halsen samt punktformede blødninger i øjnenes bindehinder. Ved øjenlægens undersøgelse dagen efter kl. ca. 09.30 blev der ikke påvist punktformede blødninger i øjnene.

Sagen kom for retten. Der blev rejst tiltale for forsøg på manddrab, blandt andet under henvisning til, at tiltalte tog halsgreb på ofret, indtil han fik åndenød, besvimeede, havde urinafgang samt faldt til jorden. Sagen blev forelagt Retslægerådet. Til grund for Retslægerådets vurdering lå hospitalsjournal og politiattest, men ikke en personundersøgelse udfærdiget af et retsmedicinsk institut. (j.nr. 50E/E4-00034-2014)

Sagen blev forelagt Retslægerådet, der afgav sålydende udtalelse:

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

Hvorvidt T efter Retslægerådets vurdering, i forbindelse med episoden den 19. juni 2014 ca. kl. 23.00 har været i livsfare:

Ved undersøgelsen på skadestuen kort tid efter episoden er det beskrevet, at undersøgte havde punktformede blødninger i øjnenes

bindehinder samt rødme, hævelse og små hudafskrabninger på halsen. Dette er tegn på, at der har været et kraftigt greb om halsen, og at undersøgte har været i livsfare”.

Kommentar

I tilfælde af halsgreb med synlige mærker på halsen, som i denne sag med hudafskrabninger og rødme og samtidig forekomst af punktformede blødninger i øjnenes bindehinder har Retslægerådet udtalt, at grebet har været kraftigt og livsfarligt. Baggrunden er, at der ved et sådant kraftigt greb sker afklemning af de store blodårer på halsen, hvorved der indtræder opstemning af iltfattigt blod i hovedet med, som i dette tilfælde, punktformede blødninger i øjnenes bindehinder, og der kan, såfremt grebet ikke løsnes, indtræde livsfarlig bevidstløshed på grund af iltmangel. Besvimelse og ufrivillig vandladning kan også tages som udtryk for en iltmangel betinget tilstand.

I denne sag forelå ingen retsmedicinsk undersøgelse men alene hospitalsjournal og politiattest samt dårlige fotos. På hospitalet påvistes punktformede blødninger i øjnenes bindehinde, hvilket ikke blev beskrevet af øjenlægen 10 timer efter hændelsen. Dette kan dog være udtryk for, at disse kan være forsvundet i den mellemliggende periode. En retsmedicinsk undersøgelse med samtidig optagelse af fotos bør foreligge i en sag som denne i betragtning af den alvorlige tiltale.

Retten udtalte følgende i sin afgørelse: ”Af Retslægerådets udtalelse fremgår, at det konstaterede var tegn på, at der havde været tale om et kraftigt greb om halsen, og at forurettede havde været i livsfare. Det kan ikke ud fra de afgivne erklæringer eller de lægelige oplysninger fastslås, hvor længe halsgrebet varede. Der er på den baggrund ikke det fornødne sikre grundlag for at fastslå, at det var tiltaltes hensigt at dræbe forurettede ved halsgrebet eller, at det fremstod som overvejende sandsynligt, at halsgrebet ville

medføre forurettedes død, hvorfor tiltalte frifindes for forsøg på manddrab”.

Retslægerådet blev ikke stillet spørgsmål om varighed af grebet om halsen. Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at forekomsten af punktformede blødninger i øjnenes bindehinder efter greb om halsen er udtryk for et kraftigt tryk af en vis varighed.

.

2.7 Mental Retardering

I årsberetningen for 2010 (side 81-87) gennemgik Retslægerådet centrale emner vedrørende den retlige placering og diagnosticering af mennesker med mental retardering. Baggrunden for artiklen var det forhold, at rådet i stigende omfang modtog mentalerklæringer, hvor afgrænsning af gruppen af lettere mentalt retarderede og valg af særforanstaltning voldte problemer. I artiklen blev opstillet en matrice til brug ved udfærdigelse af mentalerklæringer i disse sager.

I den tid der er gået siden, er det imidlertid Retslægerådets indtryk, at problemet består uændret, og emnet tages derfor op på ny. Siden 2010 er intelligenstagsten WAIS III blevet omfattende bearbejdet. Den nye udgave WAIS IV gennemgås. Resultater fra en undersøgelse af Retslægerådets sager fra 2012 gennemgås, til belysning af problemets omfang. I lighed med artiklen fra 2010 beskrives 2 sager med det formål at belyse afgrænsningen af mental retardering og dermed indholdet af straffelovens § 16, stk. 2. (j.nr. A1-00120-2013 og A1-00345-2014).

Intelligenstestning

Ved udarbejdelsen af en psykometrisk test er det helt afgørende, at denne valideres ved afprøvning på et repræsentativt udsnit af den befolkning, der skal undersøges. WAIS testen er konstrueret og standardiseret til brug i USA. Før testen kan anvendes i Danmark skal den valideres ved udarbejdelse af et såkaldt aldersstandardiseret normsæt. Det viste sig, at det danske normsæt til WAIS III ikke fungerede ved måling af intelligens hos svagt begavede, fordi disse var underrepræsenterede i valideringsgruppen. Resultatet blev, at intelligensen blev sat for

lavt (ofte mere end 10 IQ point), med den risiko, at en sigtet fejlagtigt blev vurderet som mentalt retarderet i lettere grad (straffelovens § 16, stk. 2) og idømt særforanstaltning efter samme lovs § 68.

Firmaet Pearsonassessment overtog rettighederne til WAIS undersøgelsen ved overgangen til den 4. udgave, og gennemførte validering ved udarbejdelse af et fælles nordisk normsæt ved indsamling af data fra Danmark, Norge og Sverige. De psykometriske egenskaber blev væsentligt forbedret. Verbal- og performance IQ er udgået.

Resultatet af en WAIS IV undersøgelse meddeles herefter ved følgende værdier:

Total IQ samt 4 supplerende IQ-scores: 1) Verbal forståelse (et mål for verbal begrebsdannelse, verbal ræsonnering og tilegnet kundskab) 2) Perceptuel ræsonnering (spatial og visuo-motorisk integrering) 3) Arbejdshukommelse (evne til at holde informationer præsent samtidig med, at der gennemføres mentale operationer med udgangspunkt i denne information) 4) Forarbejdningshastighed (mål for evnen til hurtigt og korrekt at gennemsnøge, forarbejde eller diskriminere enkel visuel information, samt et mål for visuel korttidshukommelse, opmærksomhed og visuo-motorisk koordination). Alle udtrykkes ved en IQ værdi med 5 % sikkerhedsgrænser.

Intelligenstestning er behæftet med en betydelig usikkerhed, og præsentation af en intelligensundersøgelse alene ved for eksempel en total IQ på 67 giver en helt urimelig fornemmelse af præcision. Resultatet afhænger i høj grad af faktorer som psykologens evner og viden som tester, om den undersøgte er oplagt og præsterer sit bedste. Hvis den, der mentalundersøges er krisepræget, psykisk syg, påvirket af misbrugsstoffer eller i behandling med medicin, vil det i betydelig grad påvirke resultatet. Som anført omfatter normsættet personer af skandinavisk oprindelse. Ved testning af

mennesker med anden etnisk baggrund og/eller begrænset evne til at tale og forstå dansk kan resultatet af en intelligenstag ikke umiddelbart antages at beskrive den pågældendes intelligens præcist. I en sådan situation må der foretages en individuel tolkning af resultatet, og især den kliniske vurdering af funktionsniveauet er af afgørende betydning for om personen skønnes at være mentalt retarderet i lettere grad eller måske placeret i sinkeområdet (IQ 70-85).

Den læge, der foretager mentalundersøgelsen, kan ikke blot løbe an på, at den meddelte total IQ ”er sandheden” om den undersøgte intelligens. Lægen skal blandt andet sætte sig ind i betydningen af de supplerende IQ-scores, og forstå, at for eksempel en stor spredning i disse kræver en yderligere overvejelse om den pågældendes retlige placering. For at opnå et dybere kendskab til intelligenstagning og dermed at kunne forstå og tolke resultatet bør læger, der udfører mentalundersøgelser, som minimum én gang overvære en WAIS-testning. Lægen skal hver gang drøfte de konkrete fund med den psykolog, der har udført testningen. Først og sidst er det vigtigt at fremhæve, at mental retardering er en klinisk diagnose, der kræver, at lægen grundigt undersøger og beskriver personens kognitive og praktiske funktionsniveau aktuelt samt fremskaffer oplysninger om funktionen i barnealderen. Ældre intelligenstagninger (WAIS III og endnu tidligere udgaver) bør ikke lægges til grund for diagnosen mental retardering ved udarbejdelse af mentalerklæringer.

Retslægerådet 2012

Der blev i 2012 fremsendt i alt 286 straffesager til vurdering i Retslægerådet (mentalerklæringer fra Grønland og Færøerne er ikke medtaget i denne opgørelse). Af disse konkluderede mentalerklæringen, at 71 (25 %) personer var mentalt retarderet eller i en tilstand ligestillet hermed. Retslægerådet vurderede, at 25

(35 %) af mentalerklæringerne var præget af så omfattende mangler, at det ikke var muligt for rådet at afgive udtalelse. Sagerne blev derfor returneret til anklagemyndigheden med beskrivelse af, hvad en supplerende mentalundersøgelse burde tilvejebringe før ny fremsendelse (oftest opdateret intelligenstest eller yderligere klinisk beskrivelse af funktionsniveau).

Af de 71 sager (efter indhentelse af supplerende erklæring) vurderede Retslægerådet, at 20 (28 %) ikke var mentalt retarderede eller i en tilstand ligestillet hermed. I 24 (33 %) tilfælde var Rådet enige i diagnosen, men pegede på en anden særforanstaltning end mentalerklæringen. Kun i 27 (38 %) af de 71 sager var Retslægerådet enige med erklæringen både vedrørende den retlige placering og særforanstaltning. Dette fund er naturligvis nedslående, og medfører bekymring for forekomsten af et stort antal ”forkerte” domme, især fordi Retslægerådet ser under en fjerdedel af de sager, der afgøres med idømmelse af en særforanstaltning. Andelen af sager der ses af Retslægerådet er, over en periode på 10 år, faldet fra ca. 80 % til nu godt 20 %, uden at regelsættet for fremsendelse er ændret. Det er ikke indtrykket, at de sager vedrørende mentalt retarderede Retslægerådet har modtaget efter 2012 er af væsentlig højere kvalitet.

Sag 1

T er en 25-årig mand, der er sigtet for vold efter straffelovens § 244, ved, efter et diskoteksbesøg, at have slået en dørmand flere gange i ansigtet og på kroppen. Han er ikke tidligere straffet. T er født og opvokset i Polen, indtil han 5 år gammel blev adopteret af danske forældre. Det fremgår, at de biologiske forældre har været alkoholmisbrugende, og at T i et par år før adoptionen var anbragt på et dårligt fungerende børnehjem. Forholdene i adoptivhjemmet har været stabile og støttende. Han påbegyndte skolegang på en friskole, men frembød efter et par år tiltagende adfærdsproblemer, således at det var nødvendigt med flere skoleskift. Efter bortvisning

fra en efterskole, på baggrund af vold mod anden elev, kom T på et døgnopholdssted for unge sent udviklede, med særlig fokus på praktisk arbejde og botræning. Han har gået 10 år i skole, men har ingen afsluttende eksamen. Efter 2 år på institutionens døgnafdeling blev T flyttet til opgangsfællesskab og i 2012 til mere selvstændig lejlighed, hvor han en eftermiddag om ugen modtager bostøtte. Institutionen har støttet T i jobtræning. Han har siden 2009 været i flexjob i et byggemarked. T har i stigende grad været i stand til at udføre arbejdet selvstændigt, og aflønnes nu på normale vilkår. Hans løn udgør 12.000 kroner efter skat. T har erhvervet almindeligt kørekort i 2009. Han fik hos kørelæreren almindelig undervisning uden særlige hensyn. Han dumpede to gange i teoridelen, men lykkedes altså med at tage kørekort på normale vilkår. T varetager selv sin økonomi, og angiver denne som velordnet, blandt andet med betalingsservice i banken, til faste udgifter. Han har almindeligt dankort, og sparer hver måned 4.000 kroner op med henblik på at anskaffe en bil.

T blev ved skolestart henvist til undersøgelse på Børnepsykiatrisk Ambulatorium. Han fandtes meget aktiv, ukoncentreret og let afledelig, men ved de undersøgelser, der blev foretaget, fandtes hans problematik i højere grad præget af en organisk komponent, mere end følelsesmæssige problemer. T fik diagnosen udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder og hyperkinetisk forstyrrelse uden specifikation. T har på intet tidspunkt modtaget psykiatrisk eller psykologisk behandling.

I forbindelse med mentalundersøgelsen er der udført WAIS IV test visende total IQ på 76. Supplerende IQ scores: Verbal forståelse 85, Perceptuel ræsonnering 76, Arbejdshukommelse 88 og Forarbejdningshastighed 68.

Mentalundersøgelsen anførte i konklusionen: ”- Ved psykologisk testning i forbindelse med herværende undersøgelse er observanden vurderet at have en intelligenskvotient (IQ) på 76, hvor den målte IQ dog ikke skal forstås som præcist mål for hans intelligens, men

snarere som et gennemsnit af de kognitive og begavelsesmæssige ressourcer. Dette vurderes at være et resultat af en sundhedsfaglig og socialpædagogisk behandling, som han har modtaget, mere end som udtryk for hans egentlige primære ressourcer.

Uagtet, at hans IQ er på 76 og dermed over 70, vurderes det, henset til hans blandede udviklingsforstyrrelse samt den hyperkinetiske forstyrrelse, at han må henregnes til personkredsen, som tilhører gruppen af lettere mentalt retarderede, og der skal derfor som mest formålstjenlig foranstaltning anbefales dom om tilsyn af kommunen, således at domfældte efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelser om ophold og arbejde, og således at tilsynsmyndigheden kan træffe bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidtgående psykisk handicap.”

Retslægerådet var ikke enig i erklæringens konklusion, men udtalte 31.10.13:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af de tilsendte akter, herunder mentalerklæring erklæring af 26.02.13 ved overlæge MM, udtale, at T ikke er sindssyg og ikke var det på tidspunktet for de påsigtede handlinger. T er dårligt begavet, i niveau svarende til nederst i sinkeområdet. Selvom han på tidspunktet for de påsigtede handlinger var påvirket af alkohol, er der ikke holdepunkt for at antage, at der har foreligget en abnorm rustilstand.

T er som 5-årig kommet som adoptivbarn fra Polen efter en indtil da meget belastet opvækst. Han har gennem sin opvækst her været præget af adfærdsmæssige- og indlæringsproblemer og har været i børneungdomspsykiatrisk regi, hvor han fik stillet diagnoserne ”blandet udviklingsforstyrrelse og en hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)”. Han har modtaget specialundervisning og har boet på institution i flere år, og er aktuelt under udslusning fra den institution, hvor han bor.

T har gennem 7 år haft ansættelse i et byggemarked, de seneste år på normale vilkår. Han har erhvervet kørekort, som han anvender på sit arbejde.

T har tidligere drukket en del alkohol i weekenderne, hvilket han er ophørt med siden det nu påsigtede. Han har ingen erfaring med andre rusmidler. Han er ikke tidligere dømt for en straffelovsovertrædelse.

Ved aktuelle undersøgelse findes han absolut påfaldende. Han skønnes ikke alderssvarende udviklet og er ikke i stand til at kooperere ved undersøgelsen på relevant vis. Han er præget af sin dårlige begavelse og skønnes at fremtræde begavet under normalområdet. Ved testningen findes han dog begavet nederst i normalområdet svarende til sinkeområdet. Der er ikke fundet tegn på sindssygdom og heller ikke på en forstyrrelse af personlighedsstrukturen.

Retslægerådet finder herefter T begavet nederst i normalområdet og desuden fortsat præget af sin udviklingsforstyrrelse. Han skønnes at være i en positiv udvikling, om end han fortsat har behov for tæt støtte og struktur.

Retslægerådet finder herefter T omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig i de påsigtede handlinger, skal Retslægerådet til imødegåelse af vis risiko for fremtidig ligartet kriminalitet, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, jævnfør samme lovs § 68, 2. pkt., anbefale dom til tilsyn af Kriminalforsorgen med vilkår om psykiatrisk behandling efter tilsynsmyndighedens nærmere bestemmelse.”

Kommentar

Den første citerede sætning fra erklæringens konklusion (Ved psykologisk testning ..) er direkte afskrift fra den psykologiske

undersøgelse. Den mentalundersøgende læge viderebringer og overtager herved helt ureflekteret den uforståelige påstand som psykologen fremsætter. Mentalerklæringen har en glimrende beskrivelse af T's funktionsniveau på en lang række praktiske og kognitive områder, der naturligt fører frem til at diagnosticere T som intellektuelt placeret i sinkeområdet. To af de supplerende IQ værdier Verbal forståelse og Arbejdshukommelse ligger endog over sinkeområdet. Denne sag understreger, at resultatet af en intelligensundersøgelse ikke blot er meddelelse af en total IQ. Det er vigtigt at inddrage alle de oplysninger, undersøgelsen tilbyder med henblik på at nå frem til en valid stillingtagen til om en mentalobservand er omfattet af § 16, stk. 2.

Retslægerådet vurderer, at T fremover har behov for tæt støtte og struktur men ikke for psykiatrisk behandling, og anbefaler derfor tilsyn af Kriminalforsorgen som en særforanstaltning i henhold til straffelovens § 68. I byrettens dom af 20.02.14 fremgår følgende konklusion: "T skal undergive sig tilsyn af Kriminalforsorgen og herunder undergive sig psykiatrisk behandling efter tilsynsmyndighedens nærmere bestemmelse." Længstetiden for foranstaltningen er 3 år. Byretten begrundede ikke tilføjelsen om psykiatrisk behandlingstilstand.

Sag 2

A er en 17-årig mand, der sigtes for røverier, vold, trusler og tyverier. Han er tidligere tre gange idømt betinget straf for vold, trusler og overtrædelse af færdselsloven. A er født og opvokset i Somalia, indtil han som 5-årig indrejste i Danmark sammen med sin familie. I Somalia levede familien af at have malkegeder. I Danmark har de klaret sig dårligt socialt, idet faderen, der har udviklet psykisk sygdom, er blevet tilkendt førtidspension. Moderen har modtaget sprogundervisning men ikke været i arbejde, idet hun flere gange har været på barsel. A blev passet hjemme,

indtil han startede i almindelig folkeskole. Forløbet i skolen har været præget af betydelige adfærdsproblemer og tiltagende fravær. Han blev 13 år gammel anbragt udenfor hjemmet på grund af tiltagende kriminell adfærd samt et accelererende misbrug. A anbringes på sikret institution for unge, hvor han fortsat fremtræder udfordrende og grænseoverskridende, hvilket medfører flere flytninger. A har på intet tidspunkt modtaget psykiatrisk eller psykologisk behandling.

Under mentalundersøgelsen foretages psykologisk testning med WAIS IV. Total IQ er 66 (95 % sikkerhedsgrænser 62-73), hvorimod alle supplerende IQ værdier er højere: Verbal forståelse 71, Perceptuel ræsonering 68, Arbejdshukommelse 76 og Forarbejdningshastighed 71. Psykologen anfører: ”Samlet vurderes ud fra indtryk under testning ikke at være indikation på eksekutive vanskeligheder. Funktionsniveauet svarer dog til det generelle kognitive niveau. Med hensyn til opmærksomhedsfunktionen fremtræder A upåfaldende opmærksomhedsstyring og indenfor det forventelige i forhold til det generelle indtryk. Han holder opmærksomheden på undersøgelsen og koncentrationen uden problemer i et interval på 50 min. x 3 med 10 min. pause. Der ses hverken motorisk uro eller tegn på udtrætning ud over det forventelige efter 50 min. koncentreret arbejde. Han er i akterne beskrevet som impulsiv, hvilket kan tilskrives det lave kognitive niveau samt miljømæssige faktorer som både svigtende grænsesætning, behovsudsættelse og støtte i forhold til konstitutionelle vanskeligheder.”

I mentalundersøgelsen konkluderes: ”- A udviser mangelfuld og konkret forståelse af sig selv og omverdenen. Han har indlært nogle uhensigtsmæssige strategier til at håndtere udfordringer og krav fra omverdenen, og handler i høj grad ud fra sine behov her og nu, uden omtanke for konsekvenserne. A lærer ikke af sine erfaringer. Når A oplever sig truet, har han et mønster, hvor han forsøger at kontrollere situationen ved at dominere og styre de personer, der er

omkring ham, hvorved han kan blive til fare for andre. Han har mangelfuld indsigt i, hvorfor de konflikter, han har været involveret i, opstår og hans egen andel i dem. A evner i nogen grad at sætte sig i andres sted, men tager i mange situationer primært hensyn til sine egne behov.

A opfylder således kriterierne for en adfærdsforstyrrelse. Der ses en klar tendens til en forværring af den afvigende adfærd og til grovere kriminalitet over tid. A må derfor betragtes som værende i stor risiko for at udvikle en personlighedsforstyrrelse, hvis ikke udviklingen vendes ved en målrettet indsats. A lider ikke af epilepsi eller anden form for organisk lidelse. Der er ikke mistanke om patologisk rus. – Samlet findes A at tilhøre den personkreds, som er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, såfremt han findes skyldig anbefales foranstaltning jf. straffelovens § 68, da det må anses for formålstjenligt til forebyggelse af fornyet ligeartet kriminalitet end almindelig straf. Der anbefales således dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykisk handicap.”

Retslægerådet var ikke enig i erklæringens konklusioner, men udtalte 28.10.2014:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af tilsendte akter, herunder retspsykiatrisk erklæring, dateret 25.08.14 ved overlæge JJ, udtale, at A ikke er sindssyg og ikke var det på tidspunkterne for det påsigtede. Han var ikke påvirket af rusmidler på disse tidspunkter. Efter Retslægerådets opfattelse er A ikke mentalt retarderet, men begavet i sinkeområdet. Der er ikke tegn på organisk hjernelidelse.

A har boet i Danmark fra sit 4. år og stammer fra Somalia. Opvæksten har været præget af få ressourcer, og A har fra barndommen været præget af svære adfærdsforstyrrelser. På grund af gentagen kriminalitet og stort fravær i skolen blev A anbragt på sikret institution og kom i skolepraktik i stedet for almindelig skolegang. Han har 9. klasses afgangsprøve. Der har ikke været

kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, og han misbruger ikke rusmidler.

Ved aktuelle undersøgelse er A fundet personlighedsmæssigt impulsiv, umoden og påvirkelig af sine omgivelser men uden tegn på alvorlig psykisk lidelse. Ved testning af intelligensen er fundet en total IQ på 66, mens subskalaer er 68, 71, 71 og 76, det vil sige gennemgående over grænsen for mental retardering. Hertil kommer, at A generelle funktionsniveau ikke peger på mental retardering. Det er derfor ikke Retslægerådets opfattelse, at A er mentalt retarderet.

A er herefter omfattet af straffelovens § 69. Såfremt han findes skyldig i det påsigtede, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som værende mere formålstjenlige end eventuel forskyldt straf til forebyggelse af risiko for fremtidig kriminalitet.”

Retten i Å fandt d. 29.08.2013 A skyldig i det påsigtede, og omfattet af straffelovens § 69. A blev idømt 60 dages fængsel, der blev gjort betinget af, at han i en prøvetid på 2 år ikke begår noget strafbart, og at han efter kommunens nærmere bestemmelser undergiver sig foranstaltninger efter lov om social service § 52. Efter tiltalte er fyldt 18 år overgår tilsynet til Kriminalforsorgen.

Kommentar

Sagen understreger igen, at en enkelt parameter som total IQ ved en intelligenstest ikke alene kan afgøre, om en sigtet er omfattet af straffelovens § 16, stk. 2. Her har Retslægerådet lagt vægt på, at flere af de meddelte supplerende IQ angivelser ligger over grænsen for mental retardering i lettere grad. Samtidig betones det, at mental retardering er en klinisk lægelig diagnose. Ud fra beskrivelsen af det praktiske og kognitive funktionsniveau, sammenholdt med

resultatet af en intelligenstag afgøres det om en person opfylder WHO ICD 10 kriterier for mental retardering.

2.8 Kvinde fundet lidende af skizofreni og idømt foranstaltning, men i forbindelse med ny kriminalitet og ny vurdering kan diagnosen ikke genfindes. Mentalobserveres herefter under indlæggelse, hvor der ikke findes tegn på sindssygdom. Kvinden idømmes herefter almindelig straf.

A er opvokset under ustabile forhold præget af alkoholmisbrug og seksuelle overgreb. Hun har ingen uddannelse efter folkeskolen og fik tidligt børn. Hun havde tidligt kontakt til det psykiatriske behandlingssystem og fik som 25 årig tildelt førtidspension. Da hun var i begyndelsen af trediverne, frembød hun sindssygdomssymptomer og fik stillet diagnosen skizofreni. Hun blev idømt en foranstaltning for trusler og berigelseskriminalitet, da hun fandtes omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Ved ny sigtelse fandtes hun ikke længere sindssyg, hvilket blev bekræftet ved mentalundersøgelse under indlæggelse. Hun blev efterfølgende idømt almindelig straf. (jr.nr. 10A/A1-00314-2014).

A's opvækst var præget af skilsmisse, alkoholmisbrug og seksuelle overgreb. Hun bestod folkeskolens afgangsprøve og startede efterfølgende på handelsskole, men opgav hurtigt. 17 år gammel fødte hun sit første barn og 5 år senere fødte hun sit andet barn. Hun var ikke samlevende med fædrene, og børnene blev anbragt hos hendes mor på grund af A's psykiske sygdom. Hun var allerede som teenager tilknyttet det psykiatriske behandlingssystem på grund af en alvorlig spiseforstyrrelse og fik 25 år gammel tildelt førtidspension. Da hun var i begyndelsen af trediverne, frembød hun psykotiske symptomer i form af syns- og hørehallucinationer, hvor hun blandt andet så og hørte den slægtning, der havde forvoldt seksuelle overgreb i hendes barndom. Hun havde desuden

vrangforestillinger om, at alt mad var forgiftet. Symptomerne blev forstærket i forbindelse med vægttab. Diagnosen blev ændret til skizofreni og fortsat atypisk anoreksi. Derudover blev det vurderet, at hun på grund af sit ustabile humør også led af en forstyrrelse af personlighedsstrukturen af emotionel ustabil type. I samme periode havde hun flere krampeanfald, og hun blev udredt på mistanke om epilepsi. Der blev påbegyndt behandling med antipsykotisk virkende medicin. I 2013 blev hun sigtet og dømt for trusler og berigelseskriminalitet. Det fremgik af mentalundersøgelsen, at hun gennem 20 år havde været præget af svær sindslidelse og følger af en særdeles belastet opvækst. Hun blev vurderet normalt begavet. Det blev beskrevet, at hun jævnligt siden den tidlige ungdom havde røget hash. Der var ikke andre former for misbrug af rusmidler. Det blev konkluderet, at hun med stor sandsynlighed opfyldte kriterierne for paranoid skizofreni, og dermed tilhørte den i § 16. stk. 1, omtalte personkreds. Hun blev 36 år gammel i december 2013 idømt behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse.

I marts 2014 blev hun sigtet for at have anskaffet, besiddet og anvendt en pistol samt at have været i besiddelse af hash med henblik på videresalg. Der blev derfor udarbejdet en supplerende mentalerklæring. A havde ved denne undersøgelse oplyst, at hun efter at have talt ud med krænkeren fra barndommen ikke længere oplevede hallucinationer, og at hun var stoppet med at tage den antipsykotisk virkende medicin ca. 6 måneder før undersøgelsen, uden det på nogen måde havde forværret hendes tilstand. Hun havde tværtimod alt i alt fået det meget bedre. Hun havde ikke informeret den psykiatriske afdeling, som varetog foranstaltningen om dette, da hun var bange for at blive genindlagt. Der var ved undersøgelsen ikke tegn på sindssygdom, og dette blev bekræftet af en psykologisk undersøgelse. Konklusionen på den supplerende

mentalundersøgelse var, at A var omfattet af straffelovens § 69. Såfremt hun blev fundet skyldig, kunne der ikke peges på andet end straf som forskyldt. Sagen blev fremsendt til Retslægerådet. Da der således nu forelå 2 mentalundersøgelser med forskellige konklusioner afgivet med godt et års mellemrum, så Retslægerådet sig ikke i stand til at afgive udtalelse på det foreliggende grundlag og henstillede til, at der blev foretaget yderligere en supplerende mentalundersøgelse af A under indlæggelse i retspsykiatrisk afdeling med fokus på en diagnostisk afklaring.

Ved denne supplerende undersøgelse under indlæggelse fandtes der ikke tegn på sindssygdom. På denne baggrund afgav Retslægerådet følgende udtalelse:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af de tilsendte akter, herunder mentalerklæring af 07.08.14 ved overlæge L, udtale, at A ikke er sindssyg og ikke var det på tidspunktet for det påsigtede. Selvom hun på tidspunktet for den påsigtede handling muligvis var påvirket af hash, er der ikke holdepunkt for at antage, at der har foreligget en såkaldt abnorm rustilstand. Hun er normalt begavet.

A er vokset op hos samlevende forældre til sit 12. år. Hun boede siden hos sin mor til sit 18. år, hvorefter hun flyttede hjemmefra. Hun har 10. klasses afgangsprøve men ikke nogen efterfølgende uddannelse. Hun fik som 25-årig tildelt førtidspension på psykiatrisk indikation.

A har haft psykiske problemer siden teenageårene og har siden 2001 været indlagt på psykiatrisk afdeling mere end 30 gange med forskellige diagnoser herunder spiseforstyrrelse og emotionel ustabil personlighedsstruktur. Siden 2008 har hun haft diagnosen paranoid skizofreni, en diagnose som efter aktuelle mentalobservation frafalder. Hun er indenfor det sidste 1½ år mentalobserveret flere gange med forskellig konklusion, hvorfor Retslægerådet har anmodet om observation under indlæggelse på

en psykiatrisk afdeling, hvilket danner grundlag for seneste mentalerklæring.

A har siden ungdommen haft et misbrug af hash, og forbruget af hash kan have påvirket hendes svingende psykiske tilstand.

Ved seneste retspsykiatriske undersøgelse, under indlæggelse i forbindelse med aktuelle sigtelse, er der ikke fundet nogen former for tegn på sindssygdomssymptomer. Hun har ikke modtaget behandling med antipsykotisk virkende medicin siden januar 2014. Hun fremtræder personlighedsmæssigt svært afvigende, det vil sige manipulerende og i en vis udstrækning humørsvingende, bagatelliserende og idylliserende.

Retslægerådet finder herefter A omfattet af straffelovens § 69. Såfremt hun findes skyldig i de påsigtede handlinger, kan Retslægerådet imidlertid ikke pege på foranstaltninger – jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuel forskyldt straf til at imødegå risikoen for fremtidig kriminalitet.”

A blev herefter 25.09.14 idømt fængsel i 1 år og 3 måneder.

Kommentar:

Sindssygdomssymptomer forenelige med diagnosen skizofreni kan fremkomme af andre årsager. I dette tilfælde kan det ikke udelukkes, at symptomerne til dels har været en følge af A`s svært belastende oplevelser i barndommen, hvilket sandsynliggøres af, at symptomerne var relateret til krænkeren (hans stemme) og til dels en følge af hendes alvorlige spiseforstyrrelse, da det er velkendt, at ekstrem afmagring kan give psykiatriske symptomer. Desuden er det sandsynligt, at forbruget af hash har forværret de beskrevne symptomer.

2.9 Drabsforsøg under søvngænger

A var sigtet for drabsforsøg forøvet mod sin egen hustru. Han nægtede sig skyldig med den begrundelse, at gerningen blev forøvet under søvngænger. En tilstand som han angiveligt havde lidt af siden barn. Desuden var sagen speciel derved, at A klagede over at høre stemmer.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, idet der blev fremsendt en mentalobservation og en række supplerende spørgsmål. Rådet måtte basere sin udtalelse på den foreliggende videnskabelige litteratur om emnet, en søvnundersøgelse foretaget på Glostrup hospital, samt udtalelse af ekspert i parasomnier (søvnrelaterede sygdomme).(j.nr. 10A/A1-00412-2014)

A var 46 år, da han blev sigtet for overtrædelse af straffelovens § 237, jf. § 21. Han havde forsøgt at dræbe sin hustru, som lå og sov i soveværelset, idet han slog hende flere gange i hovedet med en dybfrossen fyldt 1 liters mælkekarton, hvorefter han ved greb om halsen eller lignende forsøgte at kvæle hende. Drabsforsøget mislykkedes, da hun fik kæmpet sig fri.

Af sagens akter fremgår følgende: A er opvokset under stabile forhold, og havde uden problemer gennemgået skolegang samt erhvervet sig uddannelse. Han havde været velfungerende i arbejds- og familieliv uden på noget tidspunkt før det påsigtede, at have modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling. A er ikke tidligere dømt for kriminelle handlinger og har aldrig været misbrugende. Han oplyste, at han siden barnealderen havde været tilbøjelig til at gå i søvne ligesom andre i hans familie.

A faldt i december 2013 og slog hovedet. Han var ikke indlagt i forbindelse med dette, men beretter om en række symptomer, som han tilskriver dette ulykkestilfælde. A følte således nedsat evne til koncentration og opmærksomhed, ligesom han havde mærket en række andre stressrelaterede symptomer som angst, svedtendens og nedtrykthed med selvmordsovervejelser. Det sidste år før de påsigtede handlinger havde han oplevet at høre en fremmed stemme, der kunne være kommenterende og kommanderende. Stemmen omtalte ham i 2 person og var lokaliseret til hans baghoved. A måtte i samme periode antages at være præget af, at hans hustru uventet havde fremsat ønske om skilsmisse. Særligt aftenen op til de påsigtede handlinger, havde A drøftet den forestående skilsmisse med hustruen.

Klokken ca. 4 om natten overfaldt A sin hustru, idet han lagde et lagen over hendes hoved og slog hende flere gange i hovedet med en dybfrossen liter mælk i et pudevær. Efter at have slået hustruen strammede han om hendes hals ved greb eller lignende. Hustruen fik ved strangulationsforsøget blødninger i scleræ og har således formentligt været i livsfare. Hun gjorde anskrig flere gange og undslap drabsforsøget. Begge parter blev på denne måde smurt ind i hendes blod, som blandt andet kom fra et sår i panden. Både hende selv og parrets ene søn, som var blevet vækket på grund af hendes skrig, forsøgte at åbne døren til soveværelset, men fandt den låst. Det lykkedes hende at kontakte alarmcentralen, som sendte politi og en ambulance.

A nægtede sig skyldig i drabsforsøg og kunne ikke huske det passerede. Han forklarede, at han gik i seng en halv time efter hustruen den aften. Han var faldet i søvn i stuen og frøs lidt, da han vågnede, hvorfor han havde beholdt tøjet på i sengen. Det første, A kunne huske var, at hustruen havde sagt noget til ham. Han så på hende og kunne se, at hun havde blod i panden, og der var blod på dynen. A forklarede til afhøringen, at han gik meget i søvne, og det der kunne bringe ham ud af denne tilstand var, når der skete noget,

der slet ikke passede ind i den drøm, han havde. Dette skete, da hustruen råbte til ham. Han havde drømt, at han havde været oppe at slås med en indbrudstyv og en oplevelse af at være blevet holdt fast, ikke at have kunnet få vejret og at have kæmpet for at komme fri.

To dage efter det påsigtede blev A overført til varetægtssurrogat-anbringelse i en psykiatrisk afdeling efter at være blevet tvangsindlagt i afdelingen på grund af klager over stemmer, som tilskyndede ham til homicidale handlinger. Den til arresten tilkaldte vagtlæge fandt ham psykotisk og forpint og foranledigede indlæggelse på røde papirer. Under indlæggelsen blev A imidlertid fundet apsykotisk, men blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin i en mindre dosis. Medicinen virkede beroligende, men uden at stemmen forsvandt. Ved mentalundersøgelsen fandtes A imidlertid både test-psykologisk og klinisk uden tegn på sindssygdom. Han var psykisk påvirket af sin belastede situation, men skønnedes habituelt kun i begrænset omfang præget af personlighedsmæssige problemer.

A blev under mentalobservationen undersøgt på Klinisk Neurofysiologisk afdeling, Dansk Center for Søvnmedicin, under vågenhed og søvn med video, EEG (undersøgelse af hjernens elektriske aktivitet) samt polysomnografi (søvnmåling). Undersøgelsen viste ikke tegn på epileptisk aktivitet eller tegn på drømmesøvn, uden at denne var ledsaget af [manglende] muskeltonus. Der blev således ikke observeret anfald af søvnrelateret epilepsi eller søvngænger.

Retslægerådet konkluderede i sin udtalelse, at man fandt det tvivlsomt, om A var omfattet af straffelovens § 69, men skulle dette være tilfældet kunne der ikke peges på foranstaltninger efter samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end eventuelt forskyldt straf, til imødegåelse af risikoen for ny kriminalitet.

Retslægerådet besvarede de af forsvareren supplerende stillede spørgsmål således:

”Spørgsmål 1:

Kan det udelukkes, at hovedtraumet fra december 2013 sammenholdt med de øvrige i mentalerklæringen foreliggende oplysninger har medført, at A sammenholdt med den efterfølgende udvikling af stemmehøring samt det psykiske pres på gerningstidspunktet den 29. marts 2014, har været i en mental tilstand, der har gjort, at han ikke har været bevidst om, endsige har haft fortsat til sine handlinger?

Det er Retslægerådets vurdering, at det i sagsakterne beskrevne vedrørende den påsigtede handling, sammenholdt med beskrivelsen af As psykiske tilstand på gerningstiden og senere, udelukker, at han har manglet bevidsthed om sin handling. Det skal samtidig påpeges, at forsæt er et juridisk begreb, og at spørgsmål herom derfor ikke besvares af Retslægerådet.

Spørgsmål 2:

Henset til de forklaringer, der foreligger om tidligere søvngænger, kan det så alene på grundlag af 3 nætters overvågning af A udelukkes, at han på gerningstidspunktet har været i en søvngængeragtig tilstand eller en tilstand, der må sidestilles hermed?

Agitatorisk adfærd under søvn, som det beskrives i foreliggende sag, forekommer oftest i form af søvngænger (sømnambulisme) eller under drømmesøvn (REM søvn forstyrrelse = RBD).

Søvn-gænger debuterer ofte i ungdommen. Der er en betydelig arvelighed for fænomenet. Fænomenet optræder oftest i den første halvdel af søvntiden, idet søvn-gænger er knyttet til faserne med dyb søvn, som normalt optræder den første halvdel af søvnen. Søvn-gænger husker sjældent eventuelle drømme i forbindelse

med hændelsen. Ved vækning, som ofte er vanskelig, er søvngængerer ofte desorienteret. Søvngængerer kan give sig udtryk i varierende grader af kompleksitet. Alt fra enkle bevægelser til komplekse hændelsesmønstre, som for eksempel at sætte sig i en bil og køre den.

Drømmesøvnforstyrrelse (RBD) findes som oftest hos mænd over 50 år. Arvelighed er ikke knyttet til RBD. Fysiologisk udebliver den muskelslaphed som normalt findes under drømmesøvn. RBD er oftest knyttet til drømme, som huskes i forbindelse med hændelsen. RBD optræder i forbindelse med drømmesøvn. Drømmesøvn forekommer overvejende sidst på natten, men første drømmesøvn optræder normalt efter 50 til 100 minutters søvn. Bevægelserne under RBD varierer fra enkle primitive bevægelser til mere komplekse bevægelser som gestikulation, sparken og slag. Ofte følges bevægelserne af enten råb, latter eller gråd og mere eller mindre forståelig tale. Sjældent forekommer søvngængerer.

For søvngængerer taler, at A angiveligt har gået i søvne siden barndommen og at flere vidner om søvngængerer også i voksen alder. Desuden at søvngængerer forekommer i familien. I sagsakterne fremkommer det også, at A har været i en forvirrings-tilstand ved opvågningen.

For og imod søvngængerer taler kompleksiteten i handlingen.

For at handlingen er kompleks, imod at den er meget kompleks. Den omfatter en ganske kompliceret forberedelse; er dette et udtryk for søvngængerer, må dette karakteriseres som meget sjældent.

Mod søvngængerer taler tidspunktet for den nu påsigtede handling. A angiver tidspunktet for at sove lidt varierende, mellem 23 og 24, men det påsigtede finder først sted ca. kl. 04. Dette indebærer, at A har sovet omkring 4 timer, hvilket betyder, at langt den største del af den dybe søvn er gennemløbet. Undersøgelserne fra Glostrup hospital viser, at A har en normal ultradian rytme, hvilket betyder,

at fordelingen af dyb søvn og drømmesøvn er normal, med størstedelen af den dybe søvn først på natten og størstedelen af drømmesøvnen sidst på natten.

As erindring om forudgående drømmeindhold taler også til vis grad imod søvngængereri.

For RBD taler, at hændelsen udspiller sig i en periode af søvnen, hvor drømmesøvn dominerer samt at A har en ganske detaljeret opfattelse af forudgående drøm.

Mod RBD taler As livslange anamnese, arveligheden og endelig kompleksiteten i handlingen.

De objektive undersøgelser udført i Glostrup har ingen signifikant vejledende betydning. At man ikke under søvnundersøgelsen finder nogen somnambulisk aktivitet betyder ikke, at A ikke under andre omstændigheder lider af søvngængereri. Ifølge epikrisen fremgår dog, at man ikke har observeret manglende muskelslaphed under drømmesøvn, hvilket taler mod RBD.

Retslægerådet anser det på baggrund af sygehistorien, karakteren af det påsigtede samt de objektive fund fra Glostrup søvnklinik for udelukket, at A skal have udført det nu påsigtede under drømmesøvn.

Endvidere er det Retslægerådets opfattelse, at det må anses for usandsynligt, men ikke udelukket, at A skal have udført den nu påsigtede handling under et tilfælde af søvngængereri.

Usandsynligt på grund af den meget omfattende kompleksitet af handlingen og tidspunktet for handlingen. Ikke udelukket, eftersom der kan forekomme perioder med dyb søvn under efternatten, hvor søvngængereri kan udløses, og at der i litteraturen er beskrevet meget komplekse adfærdsmønstre under søvngængereri.

Spørgsmål 3:

Det fremgår af mentalerklæringens side 8, at KGK lider af/led af en organisk psykisk lidelse F06.9. Kan det på denne baggrund udelukkes, at denne lidelse kan have haft indflydelse på KGK's mentale tilstand/bevidsthed på gerningstidspunktet?

Diagnosen F 06.9 betegnes i WHO ICD 10 som Organisk psykisk lidelse, uspecificeret. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Selvom der ikke på søvnlaboratoriet over de 3 overvågede nætter blev konstateret søvngængerier hos KGK, kan hans og hans nærtstående forklaringer om konstateret tidligere søvngængerier hos KGK afvises, henset til de detaljerede forklaringer herom?

Selvom der ikke i søvnlaboratoriet blev påvist søvngængerier udelukker det ikke fuldstændigt, at dette kan være forekommet på andre tidspunkter. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 2.

Spørgsmål 5:

Selvom KGK forud for søvnundersøgelsen blev taget ud af sin medicinbehandling, kan det så udelukkes, at eftervirkningerne på medicin Risperidon kan have haft en indflydelse på søvnundersøgelsen.

Teoretisk kan det ikke udelukkes, at en vis minimal effekt af den medicinske behandling fortsat er til stede, men det er usandsynligt, at dette har haft nogen betydning for søvnundersøgelsen.

Spørgsmål 6:

Kan den færdselsulykke, som A var udsat for i 13/14 – års alderen, jf. mentalerklæringens side 13, give anledning til senfølger,

eventuelt sammenholdt/sammenkædet med hovedtraumet i december 2013?

Spørgsmålet er af generel karakter. Der henvises til lærebøger i faget for besvarelse heraf.

Spørgsmål 7:

Det fremgår af mentalerklæringens side 7, at A den 29. marts 2014 blev tilset af en læge i arresthuset, som tvangsindlagde ham på farlighedsindikation, da han oplyste at høre stemmer, der befalede ham at være voldelig og slå andre, og ikke kunne afledes fra dette og fandtes voldsomt forpint. Henset til denne udtalelse/erklæring, er der så basis for at tilbageføre As mentale tilstand til gerningstidspunktet og under alle omstændigheder underbygger det ikke sandsynligheden for, at A på gerningstidspunktet har været i situation/tilstand, som underbygger hans påstand om intet at kunne huske.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.”

Ved byrettens efterfølgende dom fandt retten det godtgjort, at A havde handlet som beskrevet i anklageskriftet og idømte ham 6 års fængsel for forsøg på manddrab.

Kommentar:

Sagen er kompliceret ikke alene på grund af aspektet vedrørende somnambulisme, men A klager også over symptomer, der kunne være sindssygelige. A hører en stemme, der blandt andet opfordrer ham til at begå vold mod andre mennesker, men er dog klar over, at stemmen ikke er virkelig. Han frygter at komme til at give efter for stemmen, hvorfor fænomenet på denne måde mere minder om tvangstanker end om egentlige hallucinationer. Vedrørende As somnambulisme nævner han selv, at det forekommer godt én gang om ugen, mens andre vidner, blandt andet forurettede udtaler, at det

er længe siden, A sidst er gået i søvne. På den anden side har hans søster samme tilstand og har hyppige anfald.

Retten lagde imidlertid vægt på, at det samlede handlingsforløb var yderst komplekst og indebar betydelige momenter af planlægning: indfrysning af mælk, fremskaffelse af sengelindet, aflåsning af døren til soveværelset osv. A forklarede sine handlinger med, at han drømte, at en tyv havde tiltvunget sig adgang til huset, og at han måtte forsvare sig. Som nævnt er det ikke karakteristisk, at somnambulisme finder sted under drømmesøvn. Under mentalobservationen er beskrevet hændelser, hvor A tilsyneladende er gået i søvne og har flyttet rundt på diverse genstande, men man har opfattet disse handlinger som simulation.

Derimod har man ikke tillagt den normale søvnundersøgelse større betydning.

Somnambulisme er tidligere beskrevet i Retslægerådets årsberetning 2010, side 45 ff. og 2011 side 111 ff. og er en med sindssygdom ligestillet tilstand og således omfattet af straffelovens § 16 stk. 1.

2.10 Retslægerådets svar afhænger blandt andet af kvaliteten og omfanget af de lægelige oplysninger.

A og B repræsenterer to næsten identiske sager, hvor Retslægerådet initialt ikke havde mulighed for at afgive et fyldestgørende svar, da det fremsendte lægelige materiale var henholdsvis sparsomt og yderst sparsomt. Det blev afspejlet i summariske svar fra Retslægerådets side. Ved genfremsendelse af begge sager forelå der psykiatrisk speciallægeerklæring, som diagnosticerede posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), hvilket Retslægerådet ikke kunne erklære sig enige i, og som derfor ikke gav anledning til afgørende ændring i Rådets svar.(j.nr. 50E/E2-06631-2013 og 50E/E2-06629-2013 m.fl.)

A og B havde rejst sager om arbejdsskade på baggrund af belastende arbejdsforhold. Begge var ansat i samme organisation, hvor de arbejdede med sagsbehandling i samme afdeling. Over en periode på omkring 2 år, fra 2007 til 2009, oplevede begge et meget dårligt arbejdsklima, hvor lederen tilgodeså visse medarbejdere og bagtalte andre, mobning, stort arbejdspress, mistillid, konflikter og overvågning af arbejdsindsatsen fra chefernes side. Det dårlige arbejdsmiljø førte til en påtale fra Arbejdstilsynets side. Anmeldelse for arbejdsskade for A og B skete i 2009.

Retslægerådet blev forespurgt med forelæggelse følgende to spørgetemaer:

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

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke psykiske symptomer/lidelser A har pådraget sig.

Ud fra de sparsomme lægelige oplysninger synes der at have været tale om en depression af let til moderat grad.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad de under besvarelse af spørgsmål 1 angivne psykiske symptomer/lidelser må antages at være forårsaget af.

Depressionen kan i hvert fald delvist være en følge af belastende arbejdsforhold.

Spørgsmål 3:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Er der i sagens lægelige akter dokumentation for, at A har pådraget sig varige psykiske gener?

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes Retslægerådet nærmere angive karakteren af disse gener.

Det kan i det fremsendte materiale ikke vurderes, om sagsøger har varige psykiske lidelser. Der er beskrevet langvarige kognitive forstyrrelser i form af blandt andet koncentrations- og hukommelsesproblemer. Der er ikke fundet mistanke om tidlig demens.

Spørgsmål B:

Såfremt spørgsmål A besvares bekræftende bedes Retslægerådet angive, hvilke mulige årsager As varige psykiske gener kan have, samt om muligt angive, hvilke af de angivne mulige årsager, der må antages at være den mest sandsynlige årsag.

De kognitive forstyrrelser kan være delvist forårsaget af arbejdsmæssig stress.”

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

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke psykiske symptomer/lidelser B har pådraget sig.

Ud fra det fremsendte yderst sparsomme lægelige materiale synes der at have været tale om en depressiv tilpasningsreaktion.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad de under besvarelse af spørgsmål 1 angivne psykiske symptomer/lidelser må antages at være forårsaget af.

Lidelsen kan delvis være forårsaget af belastende arbejdsforhold.

Spørgsmål 3:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Er der i sagens lægelige akter dokumentation for, at B har pådraget sig varige psykiske gener?

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes Retslægerrådet nærmere angive karakteren af disse gener.

Der synes ikke at være tale om varige psykiske lidelser eller symptomer.

Spørgsmål B:

Såfremt spørgsmål A besvares bekræftende bedes Retslægerrådet angive, hvilke mulige årsager B's varige psykiske gener kan have, samt om mulige angive, hvilke af de angivne mulige årsager, der må antages at være den mest sandsynlige årsag.

Bortfalder.”

Til grund for Retslægerrådets besvarelse forelå af lægelige oplysninger udelukkende egen læges journal, som kun rummede yderst sparsomme oplysninger om det psykiske helbred. For A forelå desuden en kortfattet journal fra en praktiserende psykolog. Retslægerrådet så sig derfor nødsaget til at besvare de stillede spørgsmål så kortfattet, som det fremgår ovenfor.

Retslægerrådet fik forelagt begge sager på ny med fornyede spørgetemaer. Sagerne var denne gang ledsaget af speciallægeerklæringer fra samme speciallæge i psykiatri. Disse speciallægeerklæringer, som var lavet i 2014, det vil sige mindst 5 år efter belastningerne, konkluderede i begge tilfælde, at det drejede sig om posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), personlighedsændring efter katastrofeoplevelse og depression på baggrund af de arbejdsmæssige belastninger. Der forelå desuden for A en arbejdsmedicinsk vurdering fra 2009 for den ene sagsøger. Denne konkluderede, at det drejede sig om en depressiv tilstand og at den var opstået som følge af uharmoniske arbejdsforhold. A havde desuden været til vurdering hos neurolog på grund af hukommelses- og koncentrationsbesvær. Der blev ikke fundet tegn på organisk lidelse, og det blev vurderet, at de kognitive problemer var psykisk betingede.

For B forelå der en erklæring fra psykolog på arbejdsmedicinsk afdeling, som vurderede, at det drejede sig om uspecificeret belastningsreaktion på baggrund af belastning på arbejdspladsen.

Retslægerådet besvarede de supplerende forelæggelser således:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare den fornyede forelæggelse af sagen vedrørende A således:

Det fornyede materiale giver ikke anledning til ændring af rådets tidligere udtalelse af 5. september 2013, bortset fra, at den depressive tilstand synes at have været af moderat sværhedsgrad, og at arbejdsbelastningen er en sandsynlig, medvirkende, årsag til denne tilstand.”

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet på baggrund af de nye supplerende oplysninger besvare de tidligere stillede spørgsmål vedrørende B således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke psykiske symptomer/lidelser B har pådraget sig.

Efter fremsendelse af supplerende materiale findes det sandsynligt, at sagsøger som følge af længerevarende arbejdsmæssig belastning (oplevelse af dårlig ledelse og klikedannelse) har udviklet en længerevarende belastnings-/tilpasningsreaktion med overvejende depressive symptomer i 2009.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad de under besvarelse af spørgsmål 1 angivne psykiske symptomer/lidelser må antages at være forårsaget af.

Tilstanden er sandsynligvis opstået som følge af arbejdsmæssig belastning.

Spørgsmål 3:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Er der i sagens lægelige akter dokumentation for, at B har pådraget sig varige psykiske gener?

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes Retslægerådets nærmere angive karakteren af disse gener.

Tilstanden har været langvarig, om end sagsøger over flere år har været i arbejde uden væsentlig sygefravær frem til 2014, hvor der har været måneders sygefravær.

Spørgsmål B:

Såfremt spørgsmål A besvares bekræftende bedes Retslægerådet angive, hvilke mulige årsager B's varige psykiske gener kan have, samt om muligt angive, hvilke af de angivne mulige årsager, der må antages at være den mest sandsynlige årsag.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.”

Kommentar:

Retslægerådet afgiver svar på lægelige spørgsmål, primært på baggrund af oplysninger fra læger – overvejende journaler, notater, udtalelser og erklæringer. Kvaliteten og omfanget af lægelige oplysninger er meget vekslende. Tidvis er omfanget af lægelige oplysninger begrænset, men i de to refererede sager var omfanget henholdsvis meget begrænset og yderst begrænset. Der var udelukkende fremsendt lægelige oplysninger fra egen læges

journal. Der forelå i disse stort set ingen brugbare oplysninger om de pågældendes psykiske helbredstilstand. Retslægerådet kunne derfor ikke afgive et mere uddybende svar end som anført. I denne første fase af Retslægerådets behandling af sagerne kan derfor konkluderes, at man ikke kan forvente et fyldestgørende svar, hvis der ikke foreligger et fyldestgørende materiale at udtale sig på.

I anden fase af sagsforløbet forelå der to speciallægeerklæringer fra samme speciallæge. Det blev i disse konkluderet, at de arbejdsmæssige belastninger var af en karakter, som kunne udløse PTSD, og diagnosen i erklæringerne var i begge tilfælde PTSD, samt depression og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

PTSD kan opstå efter meget svære traumer (ifølge diagnoselisten, ICD-10: ”Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekaraktter)). Denne forudsætning er fundamental. Uagtet at begge erklæringer beskrev symptomer på genoplevelse af belastningen, undgåelse af minder samt tegn på psykisk overfølsomhed – centrale symptomer ved PTSD – var Retslægerådet uenig med erklæringernes konklusion og fastholdt derfor stort set det tidligere afgivne svar.

Retslægerådet forelægges ofte sager, hvor der påberåbes PTSD, især i forsikrings- og erstatningssager. Retslægerådet henholder sig i høj grad til den i Danmark gældende diagnoseliste og dennes kriterier. Jævnligt er Retslægerådet uenig med forelagt lægeligt materiale i diagnosticeringen af PTSD. De hyppigste årsager til denne uenighed er:

1. *Manglende opfyldelse af det såkaldte stressorkriterie*, det vil sige, at den eller de oplevelser eller begivenheder, som har medført en efterfølgende psykisk reaktion eller lidelse, ikke er tilstrækkeligt alvorlige, kraftige eller belastende, til at PTSD vil kunne opstå. I ICD-10 er ordlyden relateret til stressorkriteriet: ”Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekaraktter)”.

Dette stressorkriterie tilstræber således en vis form for objektiv, udefrakommende vurdering af, at en begivenhed er tilstrækkeligt belastende – ligesom det vil være begivenheder, som ligger udenfor mere almene belastninger som arbejdsmæssigt stress, skilsmisse, ændrede livsomstændigheder eller ikke-livstruende sygdomme. I DSM-systemet, som benyttes i blandt andet Nordamerika og som forskningsmæssigt er den mest benyttede definition på PTSD, opererer man med et lidt anderledes stressorkriterie og et mere subjektivt aspekt af den eller de pågældende belastninger. Hertil kommer, at der i den seneste revision af DSM, DSM-5, er tilføjet, at selv relativt begrænsede belastninger, som gentages et betydeligt antal gange hos især professionelle (typisk sundhedspersonale, redningspersonale og politifolk), kan opfylde stressorkriteriet. Der er dog ikke tænkt på almene, stressende og belastende arbejdsforhold.

Det skal således understreges, at netop en klar definition af, hvad der virker tilstrækkeligt belastende til at kunne udløse symptomer som i PTSD, har været meget svært at operationalisere forskningsmæssigt og klinisk.

2. *Utilstrækkelige symptomer i relation til de diagnostiske kriterier.* Det kan både dreje sig om, at ikke alle symptomer er opfyldt – der kræves som udgangspunkt symptomer fra alle tre symptomgrupper (genoplevelse, undgåelse og psykisk overfølsomhed). Ikke sjældent foreligger der typiske genoplevelsessymptomer som mareridt eller flash backs-oplevelser, øget arousal i form af fx søvnproblemer, irritabilitet og forøget reaktivitet overfor diverse stimuli – mens der ikke er klare undgåelsessymptomer. Såfremt der i øvrigt er tale om opfyldt stressorkriterie, og at den tidsmæssige sammenhæng (se nedenfor) er klar, kunne overvejes en betegnelse som ”partiel PTSD”, om end den formelle diagnose i henhold til ICD-10 vil være ”Belastningsreaktion, uspecificeret”.

I relation til forekomst af de nødvendige symptomer på PTSD må det ligeledes fremhæves, at kvaliteten af det foreliggende materiale er afgørende – i praksis vil det ofte dreje sig om en psykiatrisk speciallægeerklæring, der ikke sjældent er udfærdiget lang tid efter den(de) belastende begivenhed(er). Det er her vigtigt, at de for diagnosen nødvendige symptomer på troværdig vis er beskrevet. I den sammenhæng kan det nævnes, at der ses eksempler på, at angivelse af bestemte symptomer nærmest er ”kalkeret” fra diagnose-kriterierne, hvilket mindsker troværdigheden.

3. *Den tidsmæssige sammenhæng*, hvor ICD fordrer, at PTSD skal opstå indenfor 6 måneder efter belastningen. Der er stillet spørgsmålstejn ved dette krav, idet et betydeligt antal tilfælde af PTSD tilsyneladende opstår med længere latenstid. Dette gælder i særlig grad for militære populationer, hvor en række faktorer som træning, forberedthed, forskellige former for profylakse tidligt og sent kan udsætte debuten af symptomerne. Hertil kommer, at belastningen ved militær indsats sjældent er enkeltstående, men repeterede begivenheder, eventuelt over ganske lang tid, og i flere perioder, hvilket giver bedre mulighed for at delvis at adaptere sig til belastningerne. Det er ikke usandsynligt, at tilsvarende forhold gør sig gældende i andre professionelle sammenhænge som redningsmandskab, politi og nødhjælpsarbejdere. Det er blandt andet dette forhold, som der i de ovenfor nævnte ændringer i stressorkriteriet i DSM-5, er taget stilling til.

Ud fra den beskrevne litteraturgennemgang vil det være sjældent, at PTSD optræder med længere latenstid end 2-3 år. Dertil kommer, at der ofte vil være visse symptomer, oftest enkeltsymptomer på PTSD, tilstede allerede inden det fulde syndrom optræder. Det er således væsentligt, at også sådanne symptomer er beskrevet i dokumentationen for tilstanden.

I praksis foreligger den første dokumentation for hel eller delvis PTSD ofte efter 6 måneder, eventuelt adskillige år efter belastningen. Det vil her være væsentligt, at den givne

dokumentation, oftest en speciallægeerklæring, beskriver både den aktuelle tilstand, men også tilstanden i den mellemliggende periode fra belastningen. Dokumentation af symptomer i den tidlige fase efter en belastning foreligger tidvis, for eksempel fra egen læges journal eller andet lægeligt eller psykologisk materiale, og vil understøtte diagnosen.

Der er i 2014 vedtaget en særlov, som adresserer dette spørgsmål, og som muliggør anerkendelse af erstatningskrav, selvom tilstanden opstår senere end 6 måneder efter hændelsen/hændelserne. Denne lov er særligt møntet på nogle af de professioner, som har været nævnt overfor. Retslægerådet har i nogen grad ændret sin praksis i relation til 6-måneders reglen og vil ikke lægge samme vægt på denne som tidligere.

3. Statistik

3.1 Sager behandlet i Retslægerådet 2015

A.	Psykiatriske sager	487
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	78
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	1
D.	Faderskabssager	16
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1066
F.	Administrative sager m.v.	54
H.	Aldersbestemmelser	66
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	3
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	106
I ALT		1877

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	343
Ændring i strafferetlig foranstaltning	82
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	18
Ophævelse af farlighedsdekret	6
Overførsel til Sikringsafdelingen	6
Umyndiggørelser	0
Benådning	0
Diverse (løsladelse på prøve, tjenestemandssager m.m.)	32
I ALT	487

Ad B-sager

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	41
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	36
Diverse	1
I ALT	78

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

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

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	13
Arbejdsskader/ulykker	273
Erstatning, pensionssager m.v.	714
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	12
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	54
I ALT	1066

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende leversygdomme	0
Færdselssager vedrørende dampe	3
Diverse	0
I ALT	3

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	105
Færdselssager vedrørende sygdom	1
Diverse	0
I ALT	106

3.2 Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2015 (og 2013-2014)

	Sagstype	2013	2014	2015
A.	Psykiatriske sager	334	388	487
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	81	99	78
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	9	10	1
D.	Faderskabssager	26	19	16
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1108	1044	1066
H.	Sager vedr. aldersbestemmelse	36	50	66
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	8	1	3
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	34	87	106
	I ALT	1636	1698	1823

3.3 Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2015 (og 2013 - 2014)

	Sagstype	2013	2014	2015
A.	Psykiatriske sager	324	367	443
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	52	108	71
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	10	12	1
D.	Faderskabssager	25	19	14
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	900	1097	953
H.	Sager vedr. aldersbestemmelse	25	39	61
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	5	3	3
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	31	80	92
	I ALT	1372	1725	1638

Hertil kommer tillige i alt 54 administrative sager, der er afsluttet i løbet af 2015.

3.4 Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2015 (og 2011-2014)

	2011		2012		2013		2014		2015	
	brutto	netto	brutto	netto	brutto	Netto	Brutto	netto	brutto	netto
A	27	26	29	29	35	35	25	25	29	29
B	27	25	35	33	29	29	39	39	40	39
C	124	124	95	95	152	152	63	63	110	110
D	12	9	12	11	18	18	15	15	14	14
E	142	89	145	92	136	105	144	104	133	95
H	58	58	87	84	63	60	56	56	58	57
L	7	7	49	49	30	30	87	87	34	34
M	40	36	59	57	61	51	60	59	50	50

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 2015

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 Universitetshospital
Neurologisk afdeling

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

Klinikchef, professor, dr.med.
Søren Jacobsen
Rigshospitalet, Reumatologisk
Klinik

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 2015

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

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

Professor, overlæge, dr.med.
Kim Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed

Professor, overlæge, dr.med.
Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklear-
Medicinsk afd.

Speciallæge i Almen Medicin
Jens Georg Hansen
Aarhus Universitet

Professor, dr. med.
Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk Fysiologi/Nuklear-
Medicinsk afd.

Overlæge
Jens Skøt Hindrup
Gentofte Hospital
Reumatologisk Ambulatorium

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

Speciallæge Jens Otto Lund
Klinisk Fysiologi
/Nuklearmedicin

Professor, dr. med
Søren Møller
Hvidovre Hospital
Klinisk Fysiologisk og
Nuklearmedicinsk Afd.

Professor, overlæge, dr.med.
Henrik Enghusen Poulsen
Rigshospitalet
Klinisk Farmakologi

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

Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk Fysiologisk og
Nuklearmedicinsk afd.

Ledende overlæge
Kim Schantz
Roskilde og Køge Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

Overlæge Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk Farmakologisk enhed

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

Professor, overlæge, dr.med.
Henrik S. Thomsen
Herlev Hospital
Radiologisk afdeling

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 2015*

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 Institutet
(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. Ledende overlæge
Camilla Bock
Anstalten ved Herstedvester
Psykiatri
14. Klinikchef, dr. med.
Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
15. Professor, overlæge
Søren Berg
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
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,
Hjertemedicinsk afd. B

22. Overlæge
Peter Brøgger Christensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F
23. Professor, overlæge,
dr.med. Jens Sandahl
Christiansen
Aarhus Universitetshospital
Medicinsk Afdeling MEA
24. Overlæge, dr.med.
Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen
25. Professor, dr.med.
Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed
26. Ledende overlæge
Hans Dieperink
Odense Universitetshospital
Nefrologisk afdeling Y
27. Overlæge, dr.med.
Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling
28. Overlæge
Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen
29. Klinikchef
Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik
30. Overlæge, dr.med.
Niels Ebbehøj
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
afd.
31. Overlæge Carsten Anker
Edmund
Glostrup Hospital, Øjenafd. Ø
32. Specialeansvarlig overlæge
Søren Eiskjær
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afdeling
33. Overlæge, dr.med.
Nanna Hurwitz Eller
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
Afdeling
34. Overlæge, dr.med.
Kristian Emmertsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B
35. Overlæge
Ole Fedders
Aalborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling
36. Ledende overlæge
Per Klausen Fink
Aarhus Kommunehospital
Forskningsenheden for
Funktionelle Lidelser
(psykiatri)
37. Ledende overlæge, ph.d.
Henrik Flyger
Herlev Hospital
Brystkirurgisk afd.
38. Centerchefsysteplejerske,
MPA, Vibeke Freilev
Rigshospitalet
Neurocentret
39. Overlæge
Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afd
40. Professor, overlæge,
dr.med. Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklear-
medicinsk afd.
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
41. Neuropsykolog, lektor
Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
42. Overlæge
John Gelineck
Århus Universitetshospital
Radiologisk afdeling NBG
43. Klinikchef, professor, ph. d.
Anne-Marie Gerdes
Rigshospitalet
Klinisk Genetisk Klinik
44. Overlæge
Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F

45. Overlæge Peter Gottlieb
Vanløse
(retspsykiatri)

46. Overlæge, ph.d.
Hanne Gottrup
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F

47. Overlæge
Ebbe Stender Hansen
Aarhus Universitetshospital,
ortopædkirurgisk afd. E

48. Blodbankchef, overlæge,
dr.med. Morten Bagge Hansen
Rigshospitalet
Blodbanken

49. Professor, overlæge,
klinikleder Torben Bæk
Hansen
Regionshospitalet i Holstebro
Ortopædkirurgisk afdeling

50. Professor, overlæge,
dr.med. Stig Haunsø
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk klinik

51. Professor, overlæge,
dr.med. Jens H. Henriksen
Hvidovre Hospital
Klinisk fysiologisk-
nuclearmed. Afdeling (alkohol-
og medicinpåvirkethed)

52. Professor, overtandlæge,
dr.odont. Søren Hillerup
Rigshospitalet
Afd. for tand-mund- og
kæbesygdomme

53. Overlæge, ph.d.
Klaus Hindsø
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk Klinik

54. Professor, overlæge,
dr.med. Vibeke Hjortdal
Skejby Sygehus
Hjerte-lunge-karkirur. afd. T

55. Statsobducent, professor,
dr. med., MPA
Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)

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

57. Overlæge
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling

58. Professor, dr.odont.
Flemming Isidor
Tandlægeskolen
Aarhus C

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

60. Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk Klinik D

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

62. Professor, overlæge,
dr.med. Anders K. M. Jakobsen
Vejle Sygehus
Onkologisk afd.

63. Professor, ledende
overlæge Gregor Jemec
Roskilde Sygehus
Dermatologisk Afdeling

64. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion

65. Overlæge
Claus Verner Jensen
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik X

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

67. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling

68. Ledende overlæge, dr.
med. Kai Jensen
Hillerød Sygehus
Neurologisk Klinik
69. Overlæge, ph.d.
Ole Kudsk Jensen
Regionshospitalet Silkeborg
Center for Bevægeapparat-
lidelser
70. Overtandlæge
Thomas Jensen
Aalborg Universitetshospital,
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.
71. Neuropsykologisk
fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for
Demens
72. Professor, overlæge, dr.
med. Lars Nannestad Jørgensen
Bispebjerg Hospital
Abdominalcenter K
73. Overlæge
Anna Kalhauge
Rigshospitalet
Diagnostisk Center,
Diagn.radiologisk Klinik
74. Overlæge, dr.med.
Jens Kamper
Odense Universitetshospital,
Børneafdeling H
75. Professor, overlæge,
dr.med. Henrik Kehlet
Rigshospitalet
Enhed for kirurgisk
patofysiologi
76. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut
77. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær
Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik
78. Vicesstatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Institut
Retsmedicinsk Institut
79. Professor, overlæge,
dr.med. Hans Jørn Kolmos
Odense Universitetshospital
Mikrobiologisk afdeling
80. Professor, overlæge,
dr.med. Niels Kroman
Rigshospitalet
Mammakirurgisk afd.
81. Overlæge, dr.med.
Michael Kosteljanetz
Rigshospitalet
Neurokirurgisk afdeling NK
82. Ledende overlæge
Peter Kramp
(retspsykiatri)
83. Professor, overlæge,
dr.med. Christian Krarup
Rigshospitalet
Klinisk Neurofysiologisk
Klinik, Neurocentret
84. Overlæge, klinisk lektor
Ellids Kristensen
Rigshospitalet
Neurocentret, Sexologisk
Klinik
85. Professor, ph.d.
Michael Krogsgaard
Bispebjerg Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
86. Overlæge, ph.d.
Anette Kærgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik
87. Overlæge Bent Lange
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling
88. Overlæge
Lars Peter S. Larsen
Aarhus Universitetshospital
Radiologisk afdeling, NBG
89. Overlæge, ph.d.
Vibeke Andrée Larsen
Rigshospitalet
Neuroradiologisk Afdeling
90. Overlæge Tina Gram
Larsen
Aalborg Universitetshospital
Retspsykiatri

91. Overlæge, dr. med.
Marianne Engelbrecht Lau
Psykoaterapeutisk Center
Stolpegård

92. Professor, overlæge,
dr.med. Peter Laurberg
Aarhus Universitetshospital
Endokrinologi

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

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

95. Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion

96. Vicesatsobducent, ph.d.
Peter Leth
Statsobducenturet for Fyn og
Sønderjylland
Retsmedicinsk Institut

97. Professor, dr.med.
Jens Sanddal Lindholt
Odense Universitetshospital
karkirurgi

98. Professor, afdelingsleder,
dr.med. Kristian Linnert
Københavns Universitet
Retskemisk afdeling

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

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

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

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

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

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

105. Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340

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

107. Overlæge
Tove Mathiesen
Knebel
(psykiatri)

108. Overlæge Annette
Midtgaard
Odense Universitetshospital
Radiologisk afdeling

109. Overlæge Bodil Moltesen
Herlev Hospital
Pædiatri

110. Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)

111. Overlæge
Christian Møller
Center for Rygkirurgi
Hellerup

112. Professor, overlæge, dr.
med. Søren Møller
Hvidovre Hospital
Spiritus/medicin

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

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

115. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling

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

117. Ledende overlæge
Edith Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk afdeling

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

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

120. Overlæge
René Tyranski Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Klinik

121. Overlæge, ph.d.
Walter Bjørn Nielsen
Hvidovre Hospital
Kardiologi

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

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

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

125. Overlæge Tina Obbekjær
Aarhus Universitetshospital
neurokirurgi

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

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

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

129. Professor, overlæge,
dr.med. Søren Overgaard
Odense Universitetshospital
ortopædkirurgi

130. Professor, overlæge,
dr.med. Therese Ovesen
Aarhus Kommnehospital
Øre-, næse- og halsafd. H

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

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

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

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

135. Overlæge, dr.med.
Peter Bernth Petersen
Frederiksberg Hospital
Øjenafdeling

136. Professor, overlæge,
dr.med. Henrik Enghusen
Poulsen
Rigshospitalet
Klinisk farmakologi
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
137. Professor, overlæge, dr.
med. Niels Qvist
Odense Universitetshospital
Kirurgisk afd. A
138. Overlæge
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg
139. Overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling
140. Overlæge, dr.med.
Bent Rosenbaum
Frederiksberg
(psykiatri - kønsskifte)
141. Overlæge, dr.med.
Lene Rørdam
Bispebjerg Hospital
Klinisk fysiologisk &
nuclearmed. afd.
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
142. Professor, overlæge,
dr.med Ove B. Schaffalitzky de
Muckadell
Odense Universitetshospital
Gastroenterologisk afdeling S
143. Professor, dr. odont., ph.d.
Søren Schou
Aarhus Universitet
Afd. for Kæbekirurgi og Oral
Patologi, Tandlægeskolen
144. Chefjordemoder
Mette Simonsen
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik, Juliane
Marie Centret
145. Professor, overlæge,
dr.med. Søren Sindrup
Odense Universitetshospital
Neurologisk afdeling
146. Professor, overlæge, dr.
med. Peter Skinhøj
Rigshospitalet
Epidemiafdeling M
147. Overlæge, ph.d.
Henrik Skjødt
Hvidovre Hospital
Reumatologisk Klinik
148. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling O
149. Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk farmakologisk enhed
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)
150. Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling
151. Overlæge Brian Stausbøl-
Grøn
Skejby Sygehus
Mr-spektroskopi
152. Overlæge, ph.d.
Tove Holst Filtenborg
Tvedskov
Rigshospitalet
Brystkirurgisk Klinik
153. Professor, overlæge,
dr.med. Torben Steiniche
Aarhus Universitetshospital,
Patologi
154. Overlæge, dr. med.
Lars Søndergaard
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik B
155. Centerchef, overlæge
Per Sørensen
Psykoteraeutisk Center
Stolpegård
156. Overlæge, dr. med.
Jens Benn Sørensen
Rigshospitalet
Onkologisk Afdeling

157. Professor, ledende overl.,
ph.d., dr. med. Jens Christian
Hedemann Sørensen
Aarhus Sygehus
Neurokirurgisk afdeling NK

158. Ledende overlæge, ph.d.
Jens Lykke Sørensen
Roskilde Sygehus
Plastikkirurgisk afd.

159. Overlæge
Leif Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling

160. Overlæge
Michael Sørensen
Hvidovre Hospital
Gastroenheden

161. Overlæge
Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling

162. Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling

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

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

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

166. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

167. Professor, overlæge,
dr.med. Palle Toft
Odense Universitetshospital
Anæstesiologi

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

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

170. Professor, overlæge,
dr.med. Else Tønnesen
Aarhus Kommunehospital
Anæstesiafdelingen

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

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

173. Professor, overlæge,
dr.med Hendrik von Arenstorff
Vilstrup
Aarhus Universitetshospital,
Medicinsk Hepato-
Gastroenterologisk Afd.

174. Overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Universitetshospital
Patologisk Institut

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

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

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

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

4.2.3 Retslægerådets sekretariat 2015

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 Nanna Due Binø

Fuldmægtig Rasmus Kamp Kongsted

Konsulent, cand.jur. Harry Mosekjær Madsen

Lægelige sekretærer

Overlæge Christina Jacobsen (15 timer ugentlig)

Professor, ph.d., Niels Lynnerup (15 timer ugentlig)

Overlæge Lars Tue Sørensen (15 timer ugentlig)

Overlæge Kirstine Boisen (15 timer ugentlig), ophørt 30.04.15

Overlæge Lars Willy Andersen (15 timer ugentlig) tiltrådt 01.07.15

Administrativt personale

Afdelingsleder Hanne Larsen, fratrådt 31.07.15

Overassistent Jonna Sejer

Overassistent Karina Thougard Jensen