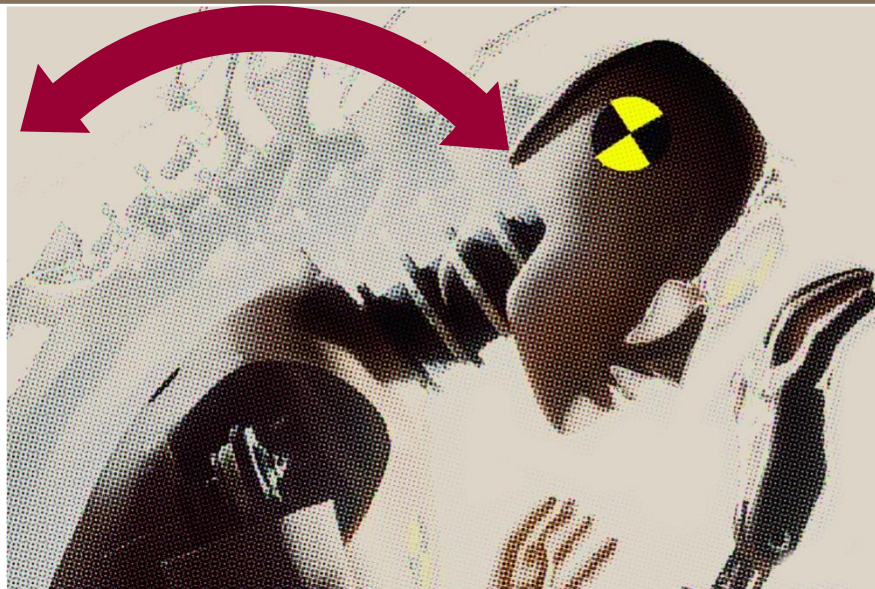


2016

Whiplash



Helge Kasch

Bertil A. Frosell

Forord

”Whiplash”

Retslægerådets temadag i 2010 havde overskriften: ”Retslægerådets udfordringer 2010”. Ved dette møde fik formandskabet bred opbakning til det af dem fremsatte statusnotat vedrørende rådets satsningsområder. Fokus blev rettet mod to områder: Kommunikation og kvalitetssikring. Det blev ved samme lejlighed vedtaget at igangsætte en audit på 100 sager vedrørende whiplash.

Det er en stor glæde, at vi nu kan offentliggøre denne undersøgelse. Et projekt der i høj grad er vokset gennem årene og som på forbilledlig måde opfylder vores ønske om øget fokus på både kvalitetssikring af rådets arbejde og kommunikation. Det er første gang, at Retslægerådets kerneydelse gøres til genstand for en kritisk, systematisk, nærmest videnskabelig analyse. Vi er stor tak skyldig til forskningsoverlæge, Ph.d. Helge Kasch og landsdommer Bertil A. Frosell som uafhængigt af Retslægerådet har gennemført denne vigtige opgave. Afdøde, tidligere næstformand i Retslægerådet Peter Kramp var den dynamo, der med sin uopslidelige energi sikrede, at undersøgelsen rent praktisk blev gennemført. Peter bidrog til det sidste med at stille materialet til rådighed for investigatorene, indhentede de nødvendige sagsakter osv., kort sagt holdt alle til ilden. Uden ham ville vi ikke i dag kunne offentliggøre denne vigtige undersøgelse.

Det er vores håb, at undersøgelsens resultater vil gavne vores videre samarbejde med domstole, advokater og andre offentlige myndigheder.

Mette Brandt-Christensen

Annie Vesterby

Bent Ottesen

Næstformand

Næstformand

Formand

Undersøgelsen er gennemført med legater fra:
Justitsministeriets Forskningsfond
Margot og Thorvald Dreyers Fond

Impressum

© 2015 Helge Kasch, Bertil Alexis Frosell

Lay-out H. Kasch, W.P. Wojke

Udgivet 2016

ISBN ***_***_***_***

Printed in Danmark

Retslægerådets whiplash-undersøgelse

**Helge Kasch
Bertil A. Frosell**

Indhold

Kapitel 1: Indledning	11
Formål	12
Undersøgelsens tilrettelæggelse	13
Litteraturliste	14
Kapitel 2: Sagsgangen i en civil sag forelagt Retslægerådet til udtalelse	15
Kapitel 3: Hvad er whiplash?	18
Definitioner.....	18
Whiplashskade (WLS)	18
WAD og andre inddelinger af whiplash.....	19
Whiplash og forløbere for tilstanden.	19
Det akutte forløbs biomekanik	25
Langtidsklager	26
Litteraturliste	28
Kapitel 4: Whiplash-undersøgelse og metode	37
Materiale	37
Særlige forhold vedrørende kohorte	37
Metode	37
Inklusion	38

Eksklusion	38
Anvendte skemaer	39
Pilotundersøgelse.....	40
Statistisk metode	41
Litteraturliste.....	41
Kapitel 5: Resultater fra Retslægerådets whiplash-undersøgelse.....	42
Lægelige specialer og regional variation	43
Den juridisk uddannede læsers forståelse af Retslægerådets erklæringer.....	45
Retssagernes udfald (afgørelsen)	46
Juristens og lægens vurdering af de stillede spørgsmål.....	48
Kommentarer til de enkelte punkter fra den lægefagligt kyndige.....	50
Kapitel 6: Afsluttende bemærkninger	52
Bilag Oversigt	55
Bilag 1 Lov om og Forretningsorden for Retslægerådet.....	56
Bilag 2 Uddrag af betænkning, 1196/1990 om Retslægerådet.....	60
Bilag 2a Begrundelse.....	61
Bilag 2b Særligt om dissens.....	63
Bilag 2c Formulering af spørgsmål	67
Bilag 3 Vejledninger fra Retslægerådet.....	78
Bilag 3a Forelæggelse af sager/retssager for Retslægerådet samt udformning af	

spørgsmål til rådet	79
Bilag 3b Vejledning om udformning af spørgsmål til Retslægerådet i civile sager....	82
Bilag 3c Ajourført vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet	84
Bilag 4 Eksempel på voteringsark	87
Votering blandt Retslægerådets lægelige eksperter	87
Bagsiderne af voteringsark	87
Bilag 5 Registreringsskemaer	89
Bilag 6 Forslag til vejledende systematisk spørgeark	118
Bilag 7 Oversigt over grafer og tabeller	127
Om forfatterne	130

Kapitel 1: Indledning

Retslægerrådet blev oprettet ved lov nr. 111 af 30. april 1909 og påbegyndte sin virksomhed 1. juni 1909.

Helt fra 1909 har det været Retslægerrådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Retslægerrådet har så helt basalt den funktion at stille lægevidenskabelig sagkundskab til rådighed for andre myndigheders sagsbehandling. Disse "andre myndigheder" er i væsentligt omfang domstolene, og det er derfor af central betydning, at læger og jurister forstår hinanden, dvs. at juristerne stiller lægeligt relevante spørgsmål, og at lægerne, i det omfang det er muligt, besvarer spørgsmålene klart og forståeligt for juristerne. I en diskussion om Retslægerrådet udtrykte professor, dr.jur. Viggo Bentzon det allerede i 1926, sådan at jurister og læger skal lære at spørge og svare "saaledes, at Juristerne forstaar, hvad de spørger om, og ikke spørger Lægerne om andet, end hvad de kan svare på, men at Lægerne paa deres Side efter hele den Uddannelse, de faar, ogsaa forstaar at give Svar saaledes, at vi faar de Oplysninger, vi har brug for" (1).

Der har, siden Retslægerrådet blev dannet, været diskussioner om og kritik af rådet, men det har helt overvejende drejet sig om rådets sammensætning, voteringsprincipper, "lægeligt selvdømme", domstolenes brug af rådets udtalelser og lignende (2).

Formål

Denne undersøgelses genstand er sager vedrørende piskesmældslæsioner – whiplash-sager, i det følgende W-S – og undersøgelsens hovedformål er på empirisk grundlag

- at undersøge, hvorvidt Retslægerådets udtalelser er forståelige og anvendelige for den juridiske læser
- at foretage en juridisk og lægelig kvalitetsvurdering af de stillede spørgsmål
- at foretage en juridisk kvalitetsvurdering af Retslægerådets svar
- at undersøge, hvorvidt Retslægerådets udtalelser er indbyrdes kongruente, naturligvis under hensyntagen til sagernes forskelligartede karakter
- at beskrive og analysere sagernes afgørelse
- at belyse i hvilket omfang, der i de enkelte sager stilles supplerende spørgsmål til Retslægerådet
- samt om muligt at belyse, hvad årsagen til de supplerende spørgsmål kan være
- at registrere eventuelle dissentierende udtalelser
- og – såfremt det er muligt – hvorvidt der er forskel i opfattelsen af W-S mellem forskellige lægelige specialer
- at registrere visse administrative data, som f.eks. manglende lægelige akter ved sagens fremsendelse samt rådets sagsbehandlingstider

Som det fremgår, er undersøgelsens hovedspørgsmål en såvel juridisk som lægelig kvalitetsvurdering af de stillede spørgsmål og en juridisk kvalitetsvurdering af Retslægerådets svar. I Betænkning 1196/1990 om Retslægerådet (1), kapitel 12 ("Formulering af spørgsmål til Retslægerådet og rådets besvarelser") er anført, at spørgsmålene til rådet skal være – "konkrete, klare, neutrale, relevante, samt omfattet af rådets sagkundskab", og de enkelte punkter er herefter nærmere behandlet. Om rådets besvarelser er bl.a. pointeret, at rådet skal være opmærksom på i sine besvarelser at undgå juridiske vurderinger, som f.eks. ansvarsplacering. Endvidere behandles spørgsmålet om uklart formulerede spørgsmål.

Ved både den juridiske og lægelige vurdering er betænkningens retningslinjer herom lagt til grund. (Betænkningens kapitel 12 er optrykt som bilag 2c).

Undersøgelsen vil endvidere i et vist omfang sammenligne de tilfælde af whiplash, der forelægges rådet, med andre tilfælde af W-S.

Undersøgelsens tilrettelæggelse

Undersøgelsen er foretaget af overlæge ph.d. Helge Kasch (HK), der har skrevet ph.d.-afhandling om W-S og forsker aktivt indenfor området, og landsdommer Bertil Alexis Frosell (BF). Retslægerådet og rådets sekretariat ved sekretariatsleder Henning Hansen og forhenværende næstformand Peter Kramp (PK) har ydet praktisk bistand, f.eks. ved at finde de sager, der indgår i undersøgelsen, registrering af en række administrative data, f.eks. køn og alder vedrørende de personer, der indgår i undersøgelsen, brutto- og nettosagsbehandlingstid (se kap. 2) og det lægelige speciale for de voterende, der har deltaget i sagsbehandlingen.

Registreringsskemaet er udarbejdet af de to undersøgere i samarbejde med Retslægerådets sekretariat og formandskab. De spørgsmål (items), der indgår i undersøgelsen, er besvaret på grundlag af rådets sagsmateriale i de enkelte sager, det vil som udgangspunkt sige det fremsendte spørgetema og Retslægerådets udtalelse samt en oversigt over de fremsendte lægelige dokumenter. Sidstnævnte returneres imidlertid med sagens tilbagesendelse til den myndighed, der har forelagt sagen og har således ikke været til rådighed ved undersøgelsen. Såfremt sagen er genfremsendt, vil det supplerende spørgetema samt en oversigt over eventuelle supplerende lægelige akter fremgå af de akter, undersøgerne har haft til rådighed.

Retslægerådets sekretariat har registreret de administrative, faktuelle items, mens de to undersøgere selvstændigt og uafhængigt af rådet har vurderet de lægelige og juridiske items. I enkelte konkrete sager har undersøgerne haft behov for bistand fra rådet, hvad angår praktiske spørgsmål. Det er imidlertid alene undersøgerne, som har haft ansvaret for at analysere og fortolke undersøgelsens resultater, og undersøgelsens datamateriale tilhører undersøgerne.

Undersøgelsen er således gennemført uafhængigt af Retslægerådet, men med praktisk bistand fra sekretariatet.

Litteraturliste

1. Garde P, Dansk Kriminalistforening 1899-1999, Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 1999
2. Retslægerådet. Retslægerådets Statusnotat, Årsrapport 2009, 2009. pp15-26. (ISBN 87-89648-13-7)

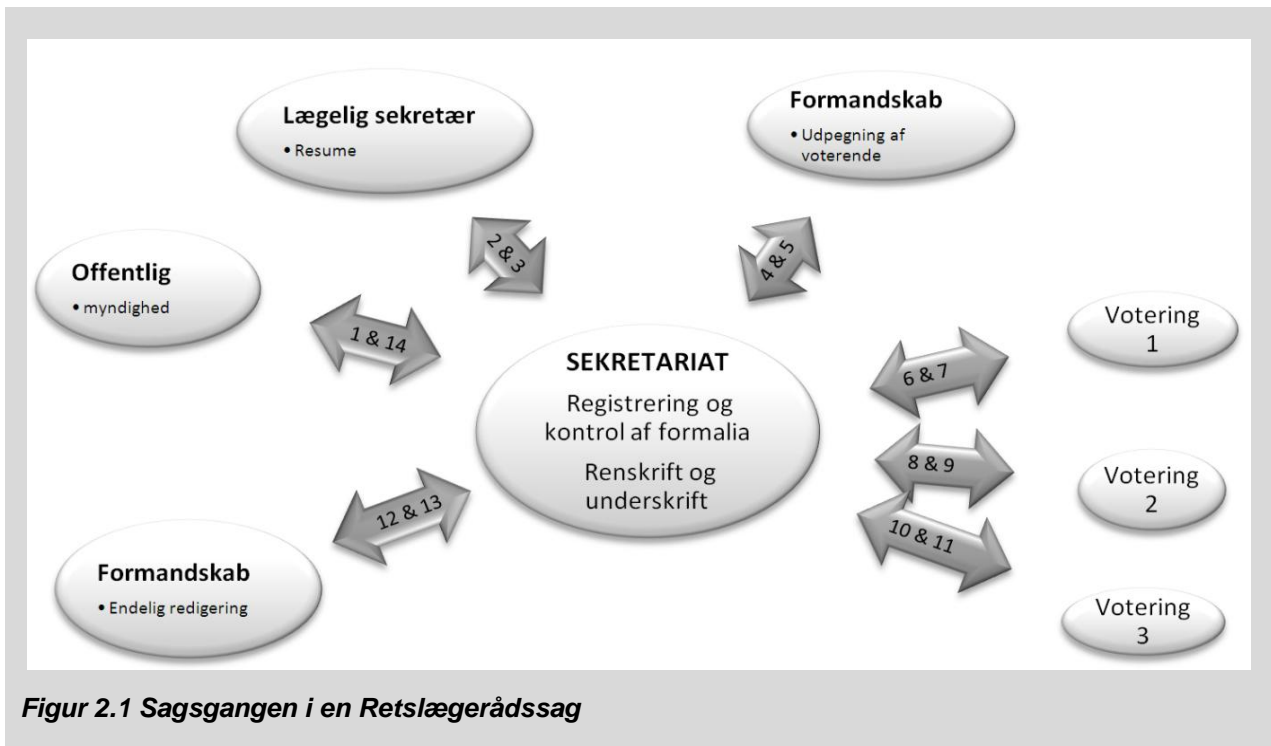
Kapitel 2: Sagsgangen i en civil sag forelagt Retslægerådet til udtalelse

Sagsgangen i en civil sag fremgår i oversigtsform af figur 2.1. Sagen fremsendes af en offentlig myndighed – det vil i civile sager som altovervejende hovedregel sige domstolene – til Retslægerådet. Rådets sekretariat registrerer sagen og påser, at formalia er overholdt. Sagen bør fremsendes i overensstemmelse med den vejledning for forelægning af civile sager, som rådet har udarbejdet, og som blandt andet findes på rådets hjemmeside www.retslaegeraadet.dk (Bilag 3a).

Sagen sendes herefter til en af rådets lægelige sekretærer (trin 2, figur 1), som gennemgår sagen og udarbejder et resume og oversigt over sagens lægelige dokumenter (trin 2). Den lægelige sekretær bemærker også, såfremt der efter den lægefaglige forberedelse af sagen mangler relevant lægefagligt materiale til brug for den efterfølgende lægefaglige vurdering af sagen. Sagen returneres til sekretariatet (trin 3), hvorefter der foretages en juridisk gennemgang af de stillede spørgsmål, inden sagen efter en på forhånd fastlagt fordelingsnøgle videresendes til ”formanden”, det vil i praksis sige et medlem af formandskabet (trin 4). ”Formanden” gennemgår sagen og udpeger mindst tre sagkyndige til at votere i sagen. I forbindelse hermed tager ”formanden” også konkret stilling til, om det lægelige materiale, typisk egen læges journal samt billedmateriale, den lægelige sekretær har foreslået indhentet, eller blot noget af det skal indhentes, ligesom formanden henleder de sagkyndiges opmærksomhed på sekretariatets juridiske bemærkninger til de stillede spørgsmål. Såfremt der skal indhentes yderligere lægeligt materiale, sættes sagen i bero, og sekretariatet anmoder herefter den hørende myndighed – altså typisk retten – om at fremsende det manglende lægelige materiale, idet det samtidig tilkendegives, at det efterspurgte materiale vil forbedre rådets muligheder for at besvare de stillede spørgsmål.

Når det manglende lægelige materiale er modtaget, eller det er blevet oplyst, at materialet ikke kan fremskaffes, eller eventuelt at en af sagens parter ikke ønsker det fremlagt, genoptages sagsbehandlingen, og sagen sendes til 1. voterende, i whiplash-sager, typisk den radiologisk sagkyndige, som skriftligt gennemgår og beskriver det foreliggende billeddiagnostiske materiale, herefter returneres sagen til sekretariatet (trin 6 og 7), hvorefter sagen sendes til 2. voterende, der typisk er neurologisk/reumatologisk sag-

kyndig, som skriftligt tilkendegiver sin opfattelse, returnerer sagen til sekretariatet (trin 8 og 9), hvorefter proceduren gentages for 3. voterende (trin 10 og 11), som ligeledes voterer skriftligt.



Figur 2.1 Sagsgangen i en Retslægerådssag

Et eksempel på voteringerne i en konkret (anonymiseret) sag fremgår af bilag 4. Ved denne fremgangsmåde sikres, at sekretariatet hele tiden har overblik over, hvor sagen befinder sig, og at ”formanden” løbende orienteres om eventuelle problemstillinger undervejs, for eksempel at en af de voterende foreslår en fjerde-voterende, at en af de voterende erklærer sig inhabil, at en af de voterende finder, at der skal indhentes yderligere lægeligt materiale eller andet. Habilitetsspørgsmål skal i øvrigt ikke omtales nærmere, men de sagkyndige erklærer sig konkret i de enkelte sager, ligesom de sagkyndiges generelle habilitet deklarerer på rådets hjemmeside.

Når sagen har været hos alle de voterende, fremsendes den til ”formanden”, der redigerer rådets udtalelse (trin 12 og 13). Såfremt der er uenighed blandt de voterende, sendes sagen rundt igen på samme måde som første gang med henblik på at vurdere, om der kan opnås enighed, eller om der skal afgives dissens. Når svaret er udarbejdet, renskrives det i sekretariatet og rådets udtalelse tilbagesendes til den hørende myndighed sammen med alle de tilhørende sagsakter (trin 14).

Såfremt der efterfølgende fremsendes supplerende spørgsmål i samme sag, behandles

sagen på samme måde som ovenfor beskrevet. Dog undlader man at sende sagen til for eksempel radiolog, såfremt røntgenbilleder tidligere er vurderet af rådet, og der ikke fremsendes noget nyt billedmateriale eller stilles spørgsmål til rådets vurdering af billedmaterialet, ved den fornyede fremsendelse. Det kan også være, at det supplerende spørgetema giver anledning til at inddrage yderligere en eller flere voterende.

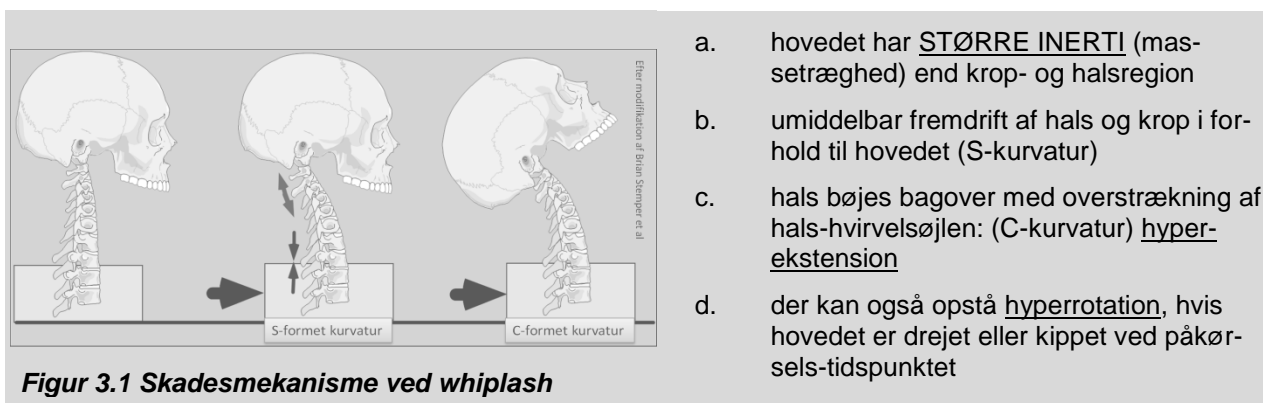
Det fremgår altid af rådets udtalelse, hvilke sagkyndige, der har voteret i sagen.

Kapitel 3: Hvad er whiplash?

Definitioner

Whiplashskade (WLS)

For at have været udsat for en WLS forudsættes det, at man har været eksponeret for accelerations- og decelerationskraft-påvirkning af nakken, som resulterer i hyperekstension og hyperflexion, eventuelt hyperrotation af nakkehvirvelsøjlen, som det kan forefindes ved biluheld under påkørsel bagfra, forfra, eller fra siden (16), men man antager, at samme skademekanismer også forekommer ved andre typer af uheld (21). Der skal være en tidsmæssig relevant sammenhæng imellem traume og symptomer, og det forudsættes derfor, at symptomer opstår indenfor 72 timer efter skadestidspunktet.



Figur 3.1 Skademekanisme ved whiplash

Tabel 3.1: Typiske symptomer ved en akut whiplash skade og ved et kronisk whiplash syndrom:

Akutte whiplash symptomer ^(1 2)	Kronisk whiplash syndrom ^(5 6)
Nakkesmerter (90-100 %)	Hovedpine, spændingstype, migrænoid (ej aura) eller nakke-relateret (cervicogen) hovedpine
Nakkestivhed (60-80 %)	Nakkesmerter - nakkestivhed
Hovedpine (50-100 %)	Føleforstyrrelser, oftest føleforstyrrelser i overekstremiteterne
Skulder smerter (20-40 %)	Synsforstyrrelser
Arm smerter (10-20 %)	Søvnforstyrrelser
Føleforstyrrelser(10-70 %)	Synkebesvær
Kraftnedsættelse (5-20 %)	Glemsomhed, nedsat koncentrationsevne
Synkebesvær, klump i halsen (5-20 %)	Nedsat evne til formulering og ny-indlæring
Synsforstyrrelser: sløret / flimren / dobbeltsyn (10-20 %)	Uoverkommelighedsfølelse, tristhed
Støjoverfølsomhed, øresusen/tinnitus (5-20 %)	Nedsat libido

WAD og andre inddelinger af whiplash

I litteraturen finder man ofte forkortelsen WAD = Whiplash Associated Disorders. Termen blev introduceret af The Quebec Task Force i 1995, en let modificeret udgave af, hvad Norris og Watt tidligere havde foreslået i 1983 (11). Man taler om kronisk WAD efter 6 måneders symptom-forekomst, og kronisk WAD er nogenlunde synonym med kronisk whiplash syndrom og "late whiplash syndrome". Der er i WAD også en graduering fra grad 0 til 4, hvor graderne 1-3 er det, der forstås ved et whiplashtraume (tabel 3.1). Senest har man forsøgt at lave mere klinisk relevante grupperinger, blandt andet Sterling har foreslået inddeling i 3 såkaldte "trajectories", (4) og det er foreslået at inddelle akutte patienter efter risikoscore i 7 risiko strata (1,2). Man har ønsket disse ændringer, fordi man ikke i større prospektive undersøgelser kunne bruge WAD-inddelingen til med sikkerhed at udtale sig om prognosen.

Tabel 3.2 Whiplash Inddeling, Quebec Task Force:

Whiplash Associated Disorders, WAD (10)

"The Quebec Task Force" inddeler på baggrund af initial præsentation i følgende 5 kategorier:

Grad 0: Ingen klager og ingen kliniske fund ved lægeundersøgelse

Grad 1: Klager over nakkesmerte, muskelømhed og stivhed i nakkemusklernerne

Grad 2: Som grad 1 men med nedsat aktiv nakkebevægelighed og fund af tender-points i nakkeregionen

Grad 3: Som grad 1 og 2 + neurologiske fund af nedsat kraft og svækkede dybe reflekser i overekstremiteterne, samt føleforstyrrelser

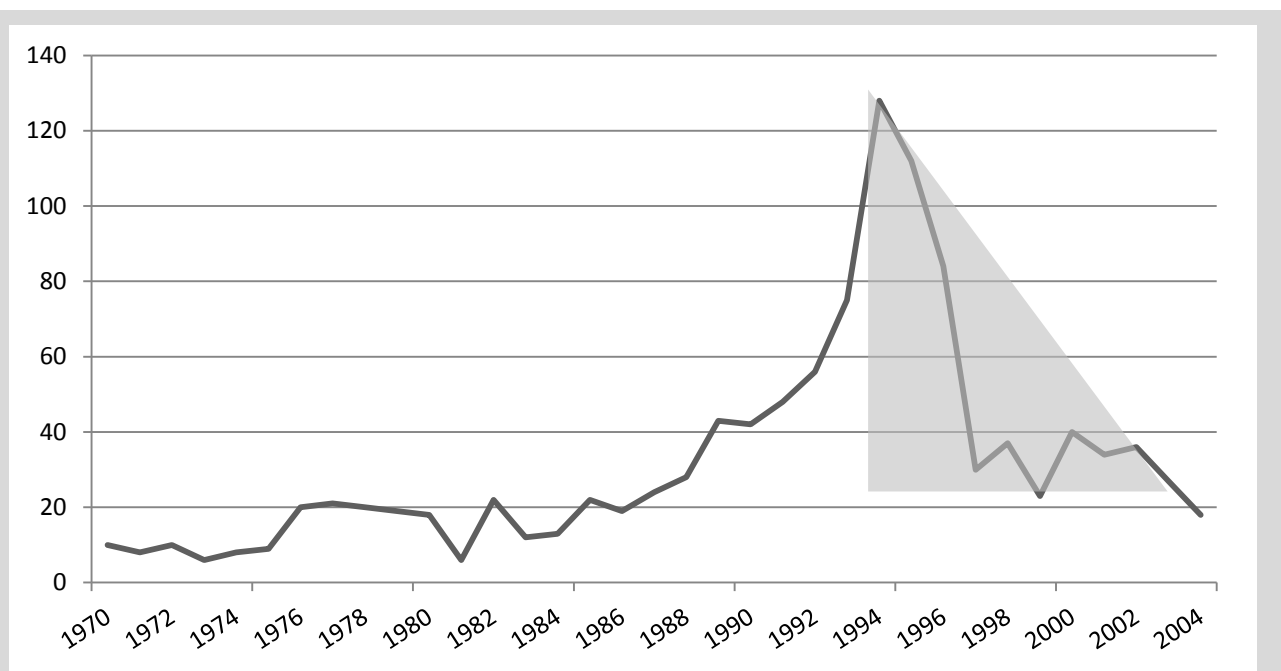
Grad 4: Brud eller ledscred i nakkeregionen

(Grad 0 og 4 er IKKE, hvad der forstås ved en whiplashskade)

Whiplash og forløbere for tilstanden.

Lægen John Erich Erichsen var danskfødt, men i barnealderen flyttede han til England med sine forældre og blev dér uddannet og fungerede som anerkendt kirurg. Han fik i midten af 1800-tallet (fra ca. 1845-70) indbragt flere sager til vurdering med patienter,

som efter udsættelse for kørsel i tog, (kun i mindre grad på grund af rangering eller vogn-kollisioner) fik uspecifikke klager, typisk lidt diffuse nakkesmerter, hovedpine, føleforstyrrelser i hænder og træthed. Typisk kom søgsmål til jernbaneselskaberne. Man diskuterede dengang, hvorvidt hastighed alene (+ 50km/h) kunne udløse disse symptomer. "On Railway and Other Injuries of the Nervous System" blev udgivet som samlet bog på baggrund af forelæsninger af Erichsen i 1866 (11). Dengang diskuterede bl.a. lægerne Charcot og Oppenheimer også muligt konversionshysteri som årsag til de anførte klager. Erichsen mente, at der var vævsskade i rygsøjlen forårsaget af vrid, rotation, evt. foranlediget af direkte kontusion (kvæstelse) som årsag til klagerne. Således er den aktuelle diskussion om whiplash som enten vævsskadebetinget årsag til smerte og dysfunktion versus bio-psyko-social tilgang ikke væsensforskellig fra daværende diskussion om "The railway spine". En tilstand, der fuldstændig forsvandt, og i dens samtid kun blev diskuteret i et begrænset antal lande i Europa.

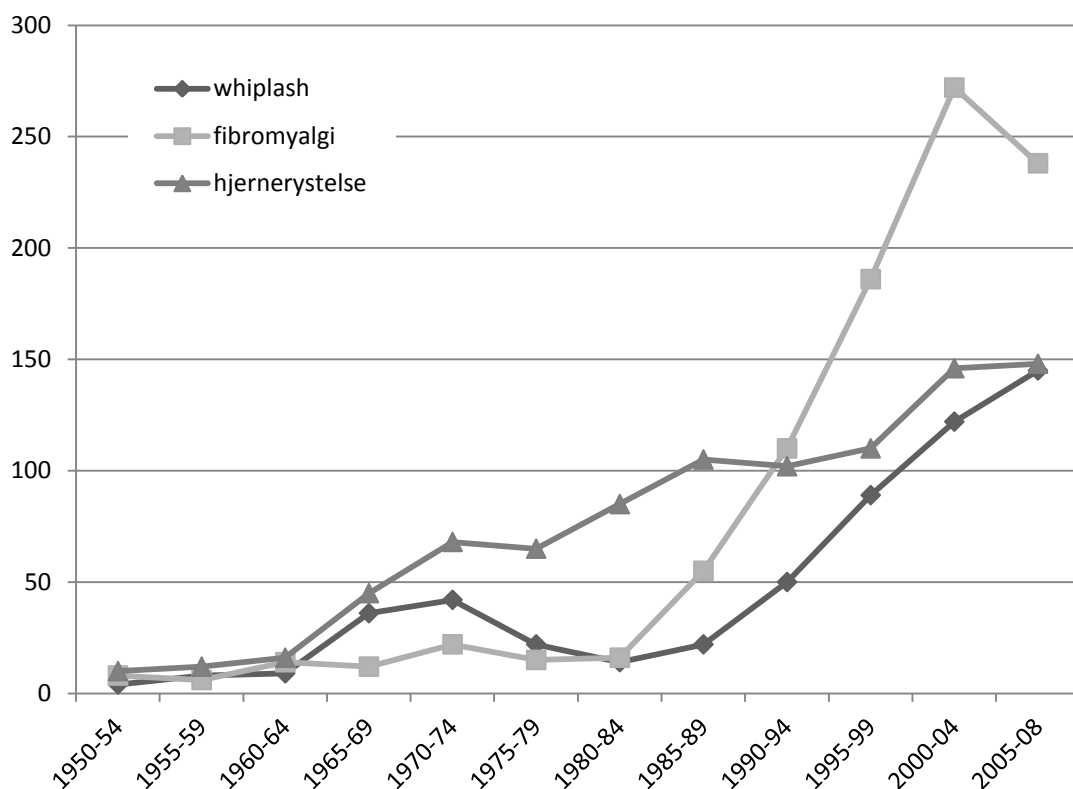


Figur 3.2 Skadestue opgørelse fra Groningen,^(3 4) Holland, (Kilde Versteegen, 1998, Buitenhuis(opdatering), 2011)

Senere beskrev den amerikanske ortopædkirurg Harold Crowe i 1928 ved en ortopædkirurgisk kongres flere patientcases, hvor han mente, at symptomer var kommet på baggrund af en piskesnerets-bevægelse (whiplash), som nakken havde foretaget sig under beskadigelse. Begrebet whiplash kom til at omhandle både en bevægelse og en

sygdomstilstand/dysfunktion, hvilket han selv fyrré år senere beskriver som en af de ting, han fortrød mest at have sagt (12). I medico-legal kontekst indgår således whiplash begrebet både beskrivende for en typisk ekstensions-fleksions-skadesmekanisme (mekanismen blev opfattet omvendt, helt op til slutningen af 60'erne, som hyperfleksion efterfulgt af hyperekstension; men reelt er der typisk tale om hyperekstension efterfulgt af hyperfleksion) (13) og forvirrende nok bruges begrebet også til at forklare symptomkomplekset (WAD), som patienten har efter skaden. En skadesmekanisme blandes derfor sammen med et symptomkompleks i den akutte fase, og da whiplash-begrebet samtidig også bruges til at beskrive det mere kroniske klagebillede, tillægges skaden på denne måde, modsat for eksempel skaden ved at forstuve et håndled eller en ankel, en psykologisk set mere uigendrivelig karakter. Dette har givet anledning til en del debat (14,15).

Frem til The Quebec Task Force on Whiplash så sit lys i 1995, blev der produceret megen, men kun mindre valid forskning indenfor området whiplash. Begrebsmæssig forvirring opstod, idet bevægelsen/den potentielle traumemekanisme og syndromet whiplash smeltede sammen til et, og desuden havde man de første mange decennier faktisk ikke forstået selve biomekanikken rigtigt ved de accelerations-decelerations bevægelser, som nakken gennemgik under et "whiplash traume". Task Force gruppens videnskabelige panel kunne derfor, efter at have orienteret sig i ca. 10.000 videnskabeligt publicerede artikler om whiplash, kun acceptere en brøkdel som videnskabeligt valide. Fra 1995 og fremefter er imidlertid produceret valide studier af tilstanden, både hvad angår biologiske, psykologiske og sociale forhold, og der foregår fortsat forskning indenfor området. Der har været en øget forskningsintensitet på området, særligt efter at "The Quebec Task Force" kom med deres omfattende rapport (10), og som det fremgår af grafen (Figur 3.3) har der siden midten af 90'erne været en kraftig stigning i antallet af publikationer indenfor whiplash området. Grafen indeholder også data for frekvens af fibromyalgi, som eksempel på en anden af "De nye sygdomme" (16), samt publikationer vedrørende følger efter hjernerystelse (en tilstand som har været alment accepteret i lægefaglige kredse de seneste 100 år) registreret på Pubmed i samme tidsrum. Det ses, at hvor der er en jævnt stigende publikationsrate for hjernerystelse (concussion), der nogenlunde følger den jævnt stigende publikationsrate, som generelt ses indenfor lægevidenskabelig forskning, er der væsentlige fluktuationer i publikationsraterne for whiplash og fibro-

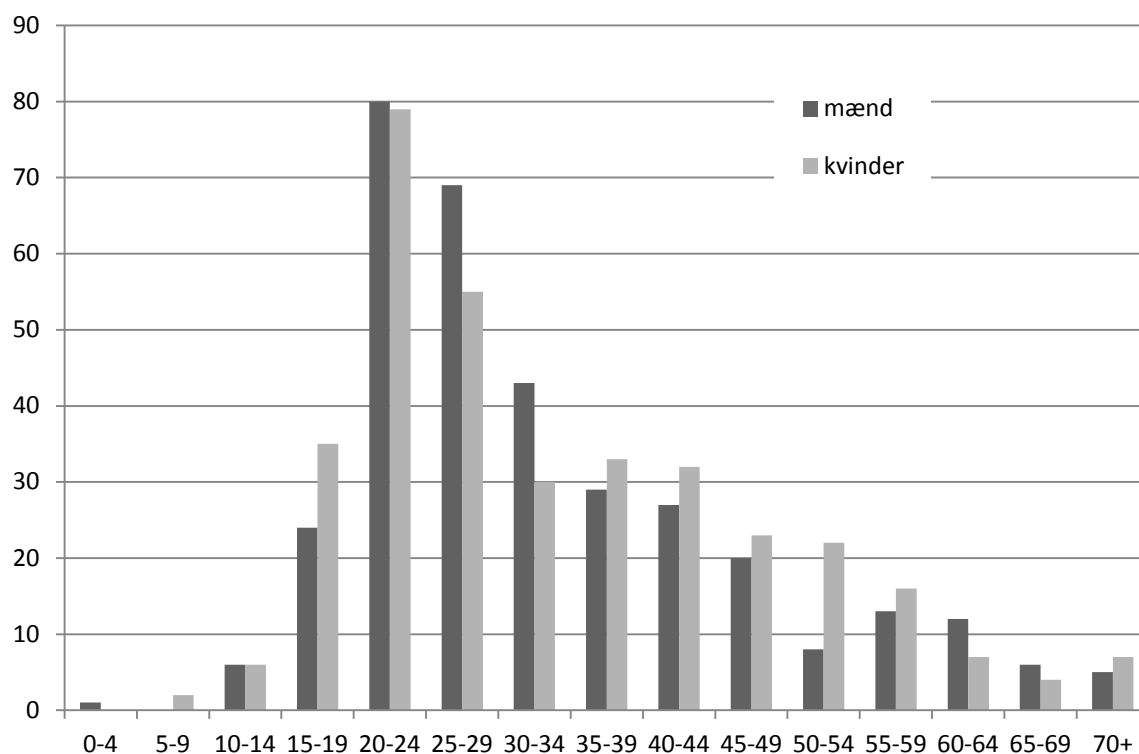


Figur 3.3: Frekvens af årlige publikationer, originalartikler på Pubmed, fremtil nov. 2007 (alt endnu ikke reg. derfor fald i 05-08)

myalgi. Som den nye sygdom/dårligdom whiplash er, har der også været store fluktuationer i f.eks. antallet af kontakter til sundhedssystemet over tid. En gruppe hollandske forskere, der undersøgte forekomst af nakkeforstuvning ved trafikuheld og andre uheldstyper over en 25-års periode, fandt, at hyppigheden af skadeskontakter til universitetshospitalets skadestue var relateret til intensitet i medie-omtalen af whiplash problematikken i samme periode (3, 4).

Man fandt, ud over en stigning i forekomst af whiplash relaterede nakkedistorsioner (distorsion=forstuvning), også en kraftigt stigende forekomst af distorsion ved andre uheldstyper. Meget tyder dog på, at der over de senere år i for eksempel Sverige, Holland og andre vestlige lande nu igen er faldende hyppigheder af W-S. Incidens har ellers i for eksempel Skandinaviske lande været stigende samtidig med en i øvrigt faldende hyppighed i alvorlige trafikuheld.(17)

Igennem 90'erne og 00'erne har W-S bevirket meromkostninger i form af øget alloke-



Figur 3.4: Alders og kønsfordelingen over 25 års periode med registrering af whiplashskader ved biluheld i perioden 1970-94 Eur Spine J 1998;7:201-05

ring af resurser til sundhedsvæsenet, især til primærsektoren til at finansiere følgerne til W-S samt udgifter for det offentlige, herunder ikke mindst det sociale system og forsikringsbranchen, i forbindelse med invaliditet og uarbejdsdygtighed.

Der var i perioden 2002-5 i Sverige ca. 30.000 anmeldelser pr. år af nakkeskade efter trafikuheld, svarende til omkring halvdelen af alle anmeldte trafikskader, heraf fik 1500 tilkendt en invaliditetsgrad på mindst 10 % og 500 blev erklæret for uarbejdsdygtige (2, 17). Det er indtrykket, at hvor man i Sverige, Norge og Danmark ser nogenlunde ensartede forhold, hvad angår anmeldelser og registreringer af lavenergi nakkeskader, herunder whiplash-problematikken, er der store variationer regionalt indenfor Europa og på verdensplan (18,19). De store forskelle imellem for eksempel "Whiplash-paradiset" Schweiz og Finland var fra 1991 til 2008 blandt andet juridisk betinget af definitionen. Hvis man i Schweiz kunne godtgøre, at symptomerne (hovedpine, svimmelhed, nakkesmerte osv.) fandtes, og personen havde været udsat for et uheld, ville et søgsmål oftest blive afgjort med betaling af erstatning, og i et land med 8 millioner indbyggere var

udgifterne årligt omkring 500 millioner euro til whiplash for motorforsikringsbranchen. I andre lande, for eksempel Litauen, mange Østeuropæiske lande, og Grækenland har man i samme tidsperiode dårligt kunne finde patienter med WAD (15,20).

Store landsdækkende undersøgelser i Sverige af trafikale forhold kunne ikke påvise nogen sikre sammenhænge imellem ydre fysiske forhold og udvikling af kronisk besvær, selvom der har været anbefalinger fremme om i højere grad at udvikle bl.a. trafiksikring/sæder rettet mod f.eks. kvinder, og udvikling af "anti-whiplash" teknik. Mange af disse tiltag står dog i kontrast til trafikale forhold i områder med meget lav incidens af whiplash, men med dårligere biler og ringe udformet vejnet, samt større trafiktæthed også andre steder i og udenfor Europa. (17,19,21).

Tabel 3.3: CER (Comité European des Assurances) undersøgelse 2004

Land	Nakkeskade andel (%) af samlet udgift til personskade sager	Gennemsnitlig pris (Euro) per sagsanlæg
Schweiz	40,0 %	35.000
Tyskland	9,0 %	2.500
Finland	13,0 %	1.500
Frankrig	0,5 %	2.625
Holland	40,0 %	16.500
Storbritannien	50,0 %	2.878

Biomekanisk har man vurderet dagligdags accelerationer, hvor raske forsøgspersoner bar måleudstyr, der kunne måle acceleration i 3 planer ved forskellige dagligdags aktiviteter. Målingerne viste, at man ved at sætte sig hurtigt i en lav stol uden nakkestøtte kunne opnå betydelige accelerationer på op til 10 g, og ved at nyse kunne man opnå accelerationer på op til 3 g. Ingen af forsøgspersonerne oplevede symptomer i forbindelse med disse såkaldte g-påvirkninger (22). Andre situationer med stor/større g-påvirkning kunne være almindelige sportsbegivenheder som hovedstød i fodbold, udførelse af smash i badminton, fysiske hændelser ved kontaktsport, puf i ryggen under transport eller hurtige opbremsninger i bus. Forlystelser i underholdningsindustrien indebærer som et væsentligt element en acceleration/deceleration af kroppen, men her opstår whiplash yderst sjældent, i hvert fald under 1 uheld per 2 millioner forlystelsestu-

re (23). Professionelle rodeoryttere, fodbold- håndbold- og ishockeyspillere samt motor-kørere (24,25) er i deres erhverv udsatte for accelerationskræfter mod nakkeregionen, men langvarige whiplash-skader er yderst sjældne, muligvis på grund af kropslig robusthed hos en selekteret gruppe; men muligvis også på grund af, at man i sit professionelle virke kalkulerer med, at der kan komme skader. Modsat kan den psykologiske effekt af en utilsigtet/uventet/ufrivillig påvirkning forstærke uspecifikke neurologiske symptomer, forstærke nakkesmerte og påvirke nakkebevægeligheden, symptomer der kan ses kort efter en whiplashskade (26). En person, der har været udsat for en uventet påkørsel, vil måske efterfølgende sammenkoble mere uspecifikke, men hyppigt forekommende symptomer med skaden (27-31). Katastrofetanker (32-35), sygdomsopfattelse (36) og oplevet uretfærdighed og måske posttraumatisk (samt forudgående) stress (37-38) kan være betydende for, at uheldet præcipiterer en kronisk smerte og dysfunktion.

Ved påkørsel bagfra opstår der en hastighedsændring, først i det påkørte køretøj, og efter ca. 100 millisekunder bevæger hovedet sig bagover, og den maksimale kraftpåvirkning af nakken med bøjning og forskydning i vandret plan opstår efter 110 millisekunder og normalisering 200 millisekunder efter, at påkørslen fandt sted (1,39). Impulsbredden, (tidsrum fra bevægelsesstart til kropsbevægelse er afsluttet), er således af størrelsesordenen 100 millisekunder også ved frontale sammenstød og sidekollisioner (40) og er længere, end hvad man ser under f.eks. kortvarigt stød i ryggen, nys eller lignende.

Det akutte forløbs biomekanik

Mange faktorer har været bragt frem som forklaringsmodeller for de umiddelbare symptomer efter et whiplashtraume. Det gælder for eksempel biomekaniske forhold, herunder konstruktion af bilens karosseri, sæder, nakkestøtter, personers placering i bilen, forekomst af anhængertræk m.v. Biomekanisk/anatomisk har man tidligt interesseret sig for eventuelt at kunne eftervise pådragelse af skader i nakkens strukturer (41,42), skader i facet leddene, i nakkehvirvler som smertevolder (43-46). Hertil rifter, overstrækninger, overrivninger af forreste fibrøse bånd eller mindre knoglebrud, der ikke kan konstateres med rutinemæssige billeddannende metoder. Også betydning af muskulære forhold, herunder musklers protektive virkning under påkørslen (47) og skadens betydning for

muskel-fibersammensætning (48), har været under bedømmelse, ligesom vurdering af mulig skade på kæbeled (temporomandibulær leddet), såkaldt temporomandibulær dysfunktion, har været undersøgt (49-51). Nyere danske kadaverundersøgelser (52) har vist læsioner, som CT-scanninger ikke fandt. Ved SPECT-(single-photon-emissions-CT-scanning) scanninger af akutte højrisiko whiplash-patienter og lavrisiko whiplash-patienter undersøgt indenfor 1-2 uger efter et whiplash-traume kunne man dog ikke konstatere signifikante nakkeskader (53,54).

Langtidsklager

Foreslåede årsager til langtidsklager har været:

1. Ændring i smertebearbejdning i det perifere og centrale nervesystem, såkaldt sensibilisering af det nociceptive system, enten som "de novo" smerte-tilstand eller aggravering/præcipitering af en latent smertetilstand, eventuelt som spændingslignende hovedpine eller hovedpine af migrænoid karakter (6). Mange undersøgelser har påvist, at ændret smertebearbejdning efter et whiplash-traume er relateret til prognosen (55-57).
2. Skaden fremskynder slidgigts fremkomst i nakkeregion på baggrund af skjulte læsioner i nakkeregionen (58). Dette har ikke kunnet eftervises ved senere CT/MR studier (59-61); men mulige skadesmekanismer og risikostrukturer i nakkeregionen vil blive gennemgået nedenfor.
3. Biologisk konstitution: Personens fysiske tilstand forud for uheldet, herunder nakkes konstitution, forekomst af hypermobilitet, tidligere nakkeskade, slidgigt i nakke (21, 58), smerte- og hovedpine-problematik (62) - på det seneste med fokus på ændret smertebearbejdning (63,64,65).
4. Psykisk konstitution: Psykologiske faktorer, for eksempel stress, depression (66, 67), bio-psyko-sociale forhold før, under og efter uheld, ligesom uhensigtsmæssig mestring af oplevelsen af uheld eller følger efter uheldet, såkaldte coping-strategier, blandt andet "catastrophizing", har været relateret til dårligt udkomme (26).

Adfærdændring i forhold til forsikringsmæssige og sociale forhold i det pågældende

samfund, herunder simulation har ligeledes været undersøgt (20,68). En kombinations-score (Risk Score), hvor man initialt vurderer whiplash patientens smerte ved visuel analogskala og registrerer antal af ikke-smertefulde symptomer samt måler den aktive bevægelighed af nakken ("active cervical range of motion"), kan med en inddeling i risikotrata prædiktere udvikling af arbejdsudfygtighed, kronisk smerte og dårligt psykisk helbred (8,9,69).

Det tredje ben i den bio-psyko-sociale tilgang er også af betydning, således ses, at tidligere hyppig sygdommelding 5 år inden traume er en risikofaktor (38). Den sociale konstruktion har været heftigt debatteret, hvor man har anført, at der kommer en adfærdændring på grund af både forsikringsmæssige, sundhedstilbudsrelaterede og samfundsrelaterede/societale forhold i og med, at man kun kan sandsynliggøre følger efter whiplash på baggrund af en traumemekanisme og en symptompræsentation.⁷⁰ Og der må også være forsikringspolitiske/juridiske/ holdningsmæssige forklaringer på de store forskelle i andel af personskadesager, der skyldes nakkeskader, i for eksempel Storbritannien og Frankrig.

Behandlingsmæssigt har man det seneste årti gennemført store og grundige, randomiserede, prospektive undersøgelser, både med hensyn til mobilisering og immobilisering (16,17) samt individuelt tilrettelagte behandlinger (71,72) efter bio-psyko-social tilgang (73). Det har været vist, at (74,75) man ikke med hidtidige tiltag har kunnet bedre, men faktisk muligvis forværret prognosen ved hurtig intervention. Af igangværende behandlingsstudier ses, at man fokuserer på coping-strategier, sygdomsopfattelse og ændring af denne med psykologisk behandling, herunder psykoedukation (36,76).

Der har været undersøgelser, som med MR scanning af nakkemusculatur har kunnet påvise muskulær væskeansamling hos kroniske whiplash patienter sammenlignet med kroniske ikke-traume eksponerede nakkesmertepatienter (77,78). Man har hos patienter med lignende symptomatologi (fibromyalgi, lænderygsmærter og temporomandibulær dysfunktion) kunnet påvise udtynding af hjernevæv (grå substans i gyrus cinguli anterior, periakvæduktale grå substans, præfrontale hjernebark m.v.) som funktion af antal smerteår i relevant smerteprocesserende område (79-81). Der har ligeledes været studier af visse signalstoffer (82), som tydede på forekomst af lokaliserede betændelsestilstande i nakkeområder efter whiplashskade i humanstudier, og man har i dyre-

eksperimentelle undersøgelser kunnet inducere kroniske smerter ved eksposition for mindre ikke-strukturelle traumer af nakke (83). Disse undersøgelser har dog ikke givet anledning til ændring af opfattelsen af tilstanden per se, men diskussionen fortsætter.

Litteraturliste

1. Sturzenegger M, DiStefano G, Radanov BP, Schnidrig A. Presenting symptoms and signs after whiplash injury: the influence of accident mechanisms. *Neurology* 1994;44:688-93.
2. Kasch H, Bach FW, Stengaard-Pedersen K, Jensen TS. Development in pain and neurological complaints after whiplash. A 1-year prospective study. *Neurology* 2003;60:743-48.
3. Versteegen GJ, Kingma J, Meijler WJ, Duis, H.J.ten. Neck sprain in patients injured in car accidents: a retrospective study covering the period 1970-1994. *Eur Spine J* 1998;7:195-200.
4. Versteegen GJ, Kingma H, Meijler WJ, Duis HJT. Neck sprain not arising from car accidents: a retrospective study covering 25 years. *Eur Spine J* 1998;7:201-05.
5. Kasch H, Arendt-Nielsen L, Stengaard-Pedersen K, Jensen TS. Headache, neck pain and neck mobility after acute whiplash injury. A prospective study. *Spine* 2001;26:1246-51.
6. Kasch H, Ramadan NM. Headache attributed to whiplash injury. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. *The Headaches*. 3 ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006:879-83.
7. Sterling M, Hendrikz J, Kenardy J. Similar factors predict disability and posttraumatic stress disorder trajectories after whiplash injury. *Pain* 2011;152:6.
8. Kasch H, Kongsted A, Qerama E, Bach FW, Bendix T, Jensen TS. A new stratified risk assessment tool for whiplash injuries developed from a prospective observational study. *BMJ Open* 2013;3.

9. Kasch H, Qerama E, Kongsted A, Bach FW, Bendix T, Jensen TS. The Risk Assessment Score in acute whiplash injury predicts outcome and reflects bio-psycho-social factors. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011.
10. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining 'Whiplash' and its management. *Spine* 1995;20:1S-73S.
11. Ericson JE. *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*: Philadelphia, Henry C. Lee (original), 1867.
12. Evans RW. Whiplash around the world. *Headache* 1995;35:262-63.
13. Macnab I, McCulloch J, Passano WM. *Whiplash injury of the cervical spine. Neck Ache and Shoulder Pain*. Baltimore, Philadelphia: Williams & Wilkins, 1994:140-59.
14. Stovner LJ. The nosologic status of the whiplash syndrome: a critical review based on a methodological approach. *Spine* 1996;21:2735-46.
15. Ferrari R, Kwan O, Russel AS, Pearce JM, Schrader H. The best approach to the problem of whiplash? One ticket to Lithuania, please. *Clin Exp Rheum* 1999;17:321-26.
16. Andersen J. "De nye sygdomme" - en debatbog. Aarhus: Den Almindelige Danske Lægeforening, 2000.
17. Rydevik B, Jansen GB, Edlund C, et al. [Whiplashkommissionens slutrapport]. 2005:83-97.
18. Larsen LB, Holm R. Self-reported frequency and duration of neck pain following road traffic accidents in motor vehicles. The risk calculated on basis of data from an emergency room. *Ugeskr Laeger* 2000;162:178-81.
19. Ferrari R, Russel AS. Epidemiology of whiplash: an international dilemma. *Ann Rheum Dis* 1999;58:1-5.
20. Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, Miseviciene I, Sand T. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*

1999;66:279-83.

21. Berglund A, Alfredsson L, Jensen I, Bodin L, Nygren A. Occupant- and crash-related factors associated with the risk of whiplash injury. *Ann Epidemiol* 2003;13:66-72.

22. Allen ME, Weir-Jones I, Motiuk DR, et al. Acceleration perturbations of daily living. A comparison to 'whiplash'. *Spine* 1994;19:1285-90.

23. Blue Ribbon Panel Review of the Correlation Between Brain Injury and Roller Coaster Rides. Blue Ribbon Panel Review: Brain Injury Association of America, 2003.

24. Freeman MD. Are demolition derby drivers a valid proxy for the population at risk for whiplash Injury? *Arch Neurol* 2001;58:680-1.

25. Simotas AC, Shen T. Neck pain in demolition derby drivers. *Arch Phys Med Rehab* 2005;86:693-6.

26. Vangronsveld K, Peters M, Goossens M, Linton S, Vlaeyen J. Applying the fear-avoidance model to the chronic whiplash syndrome. *Pain* 2007;131:258-61.

27. Ferrari R. The chronic whiplash syndrome - a case of attributional pathosis? *Cephalalgia* 2002;22:560-62.

28. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999;40:330-8.

29. Joergensen CK. Patients with musculoskeletal illness in general practice. Research Unit and Department of General Practice, Faculty of Health Science. Aarhus: University of Aarhus, 2000:251.

30. Castro WH, Meyer SJ, Becke ME, et al. No stress--no whiplash? Prevalence of "whiplash" symptoms following exposure to a placebo rear-end collision. *Int J Legal Med* 2001;114:316-22.

31. Castro WH. Correlation between exposure to biomechanical stress and Whiplash Associated Disorders (WAD). *Pain Res Manag* 2003;8:76-8.

32. Vangronsveld K, Van Damme S, Peters M, Vlaeyen J, Goossens M, Crombez G. An experimental investigation on attentional interference by threatening fixations of the neck in patients with chronic whiplash syndrome. *Pain* 2007;127:121-8.
33. Sullivan MJ, Thibault P, Simmonds MJ, Milioto M, Cantin AP, Velly AM. Pain, perceived injustice and the persistence of post-traumatic stress symptoms during the course of rehabilitation for whiplash injuries. *Pain* 2009;145:325-31.
34. Sullivan MJ, Adams H, Martel MO, Scott W, Wideman T. Catastrophizing and perceived injustice: risk factors for the transition to chronicity after whiplash injury. *Spine* 2011;36:S244-9.
35. Carstensen TB, Frostholm L, Oernboel E, et al. Are there gender differences in coping with neck pain following acute whiplash trauma? A 12-month follow-up study. *Eur J Pain* 2012;16:49-60.
36. Gehrt TB, Wisbech Carstensen TB, Ornbol E, Fink PK, Kasch H, Frostholm L. The Role of Illness Perceptions in Predicting Outcome After Acute Whiplash Trauma: A Multicenter 12-month Follow-up Study. *The Clinical journal of pain* 2015;31:14-20.
37. Kongsted A, Bendix T, Qerama E, et al. Acute stress response and recovery after whiplash injuries. A one-year prospective study. *Eur J Pain* 2008;12:455-63.
38. Carstensen TB, Frostholm L, Oernboel E, et al. Post-trauma ratings of pre-collision pain and psychological distress predict poor outcome following acute whiplash trauma: a 12-month follow-up study. *Pain* 2008;139:248-59.
39. Siegmund GP, Heinrichs BE, Chimich DD, Lawrence J. Variability in vehicle and dummy responses in rear-end collisions. *Traffic Inj Prev* 2005;6:267-77.
40. Kullgren A, Krafft M, Nygren A, Tingvall C. Neck injuries in frontal impacts: influence of crash pulse characteristics on injury risk. *Accid Anal Prev* 2000;32:197-205.
41. Macnab I. Acceleration injuries of the cervical spine. *J Bone Joint Surg* 1964;46:1797-99.

42. Hohl M. Soft-tissue injuries of the neck in automobile accidents - factors influencing prognosis. *J Bone Joint Surg* 1974;56A:1675-82.
43. Wallis BJ, Lord S, Bogduk N. Resolution of psychological distress of whiplash patients following treatment by radiofrequency neurotomy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 1997;73:15-22.
44. Stewart MJ, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Bogduk N, Nicholas M. Randomized controlled trial of exercise for chronic whiplash-associated disorders. *Pain* 2007;128:59-68.
45. Bogduk N, Simons DG, V'ny H, Merskey H. Neck pain: joint pain or trigger points? *Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain: Elsevier Science Publishers B.V.*, 1993:267-73.
46. Dvorak J, panjabi M, Gerber M, Wichmann W. CT-functional diagnostics of the rotary instability of upper cervical spine. An experimental study on cadavers. *Spine* 1987;12:197-205.
47. Stemper BD, Yoganandan N, Cusick JF, Pintar FA. Stabilizing effect of precontracted neck musculature in whiplash. *Spine* 2006;31:E733-8.
48. Uhlig Y, Wever BR, Grob D, M•ntener M. Fiber composition and fiber transformations in neck muscles of patients with dysfunction of the cervical spine. *J Orthop Res* 1995;13:240-49.
49. Visscher C, Hofman N, Mes C, Lousberg R, Naeije M. Is temporomandibular pain in chronic whiplash-associated disorders part of a more widespread pain syndrome? *Clin J Pain* 2005;21:353-7.
50. Kasch H, Hjorth T, Svensson P, Nyhuus L, Jensen TS. Temporomandibular disorders after whiplash injury: a controlled, prospective study. *Journal of orofacial pain* 2002;16:118-28.
51. Kronn E. The incidence of TMJ dysfunction in patients who have suffered a cervical whiplash injury following a traffic accident. *J Orofac Pain* 1993;7:209-13.

52. Uhrenholt L, Nielsen E, Charles AV, Gregersen M. Non-fatal injuries to the cervical spine facet joints after a fatal motor vehicle crash: a case report. *Med Sci Law* 2009;49:218-21.
53. Hertzum-Larsen R, Petersen H, Kasch H, Bendix T. Do X-ray-occult fractures play a role in chronic pain following a whiplash injury? *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 2014;23:1673-9.
54. Johansson MP, Baann Liane MS, Bendix T, Kasch H, Kongsted A. Does cervical kyphosis relate to symptoms following whiplash injury? *Man Ther* 2011;16:378-83.
55. Sterling M, Jull G, Vicenzino B, Kenardy J. Sensory hypersensitivity occurs after whiplash injury and is associated with poor recovery. *Pain* 2003;104:509-17.
56. Herren-Gerber R, Weiss S, Arendt-Nielsen L, et al. Modulation of Central Hypersensitivity by Nociceptive Input in Chronic Pain After Whiplash Injury. *Pain Med* 2004;5:366-76.
57. Kasch H, Qerama E, Bach FW, Jensen TS. Reduced cold pressor pain tolerance in non-recovered whiplash patients. A 1-year prospective study. *Eur J Pain* 2005;9:561-69.
58. Watkinson A, Gargan MF, Bannister GC. Prognostic factors in soft tissue injuries of the cervical spine. *Injury* 1991;22:307-9.
59. Borchgrevink GE, Smevik O, Haave I, Haraldseth O, Nordby A, Lereim I. MRI of cerebrum and cervical column within two days after whiplash neck sprain injury. *Injury* 1997;28:331-35.
60. Karlsborg M, Smed A, Jespersen H, et al. A prospective study of 39 patients with whiplash injury. *Acta Neurol Scand* 1997;95:65-72.
61. Karlsborg M, Smed A, Jespersen H, Stephensen S, Jennum P, Werdelin L. Whiplash-laesioner. *Maanedskrift for praktisk laegegerning* 1996;74:1005-13.
62. Sjaastad O, Fredriksen TA, Batnes J, Petersen HC, Bakketeig LS. Whiplash in indi-

- viduals with known pre-accident, clinical neck status. *J Headache and Pain* 2006;7:9-20.
63. Sterling M, Jull G, Vicenzino B, Kenardy J, Darnell R. Physical and psychological factors predict outcome following whiplash injury. *Pain* 2005;114:141-48.
64. Sterling M, Jull G, Vicenzino B, Kenardy J, Darnell R. Development of motor system dysfunction following whiplash injury. *Pain* 2003;103:65-73.
65. Kasch H, Qerama E, Bach FW, Jensen TS. Reduced cold pressor pain tolerance in non-recovered whiplash patients: a 1-year prospective study. *Eur J Pain* 2005;9:561-9.
66. Lee J, Giles K, Drummond PD. Psychological disturbances and an exaggerated response to pain in patients with whiplash injury. *J Psychosom Med* 1993;1993; 37(2): 105-2): 10.
67. Berglund A, Bodin L, Jensen I, Wiklund A, Alfredsson L. The influence of prognostic factors on neck pain intensity, disability, anxiety and depression over a 2-year period in subjects with acute whiplash injury. *Pain* 2006;125:244-56.
68. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996;347:1207-11.
69. Sterling M, Carroll LJ, Kasch H, Kamper SJ, Stemper B. Prognosis Following Whiplash Injury: Where to From Here? *Spine (Phila Pa 1976)* 2011.
70. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med* 2000;342:1179-86.
71. Kongsted A, Qerama E, Kasch H, et al. Education of patients after whiplash injury: is oral advice any better than a pamphlet? *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:E843-8.
72. Kongsted A, Qerama E, Kasch H, et al. Neck collar, "act-as-usual" or active mobilization for whiplash injury? A randomized parallel-group trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32:618-26.
73. Michaleff ZA, Maher CG, Lin CW, et al. Comprehensive physiotherapy exercise pro-

gramme or advice for chronic whiplash (PROMISE): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2014;384:133-41.

74. Cote P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, Carroll L, Frank JW, Bombardier C. Early aggressive care and delayed recovery from whiplash: isolated finding or reproducible result? *Arthritis Rheum* 2007;57:861-8.

75. Jull G, Soderlund A, Stemper B, et al. Towards Optimal Early Management After Whiplash Injury to Lessen the Rate of Transition to Chronicity: Discussion paper 5. *Spine* 2011.

76. Jones A, Elklit A. The association between gender, coping style and whiplash related symptoms in sufferers of whiplash associated disorder. *Scand J Psychol* 2007;48:75-80.

77. Elliott JM, Pedler AR, Cowin G, Sterling M, McMahon K. Spinal cord metabolism and muscle water diffusion in whiplash. *Spinal Cord* 2011.

78. Elliott JM, O'Leary S, Sterling M, Hendrikz J, Pedler A, Jull G. Magnetic resonance imaging findings of fatty infiltrate in the cervical flexors in chronic whiplash. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010;35:948-54.

79. Moayedi M, Weissman-Fogel I, Salomons TV, et al. Abnormal gray matter aging in chronic pain patients. *Brain Res* 2012;1456:82-93.

80. Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, Wood PB, Chizh BA, Bushnell MC. Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain? *J Neurosci* 2007;27:4004-7.

81. Seminowicz DA, Wideman TH, Naso L, et al. Effective treatment of chronic low back pain in humans reverses abnormal brain anatomy and function. *J Neurosci* 2011;31:7540-50.

82. Linnman C, Appel L, Fredrikson M, et al. Elevated [11C]-D-deprenyl uptake in chronic Whiplash Associated Disorder suggests persistent musculoskeletal inflammation. *PLoS One* 2011;6:e19182.

83. Winkelstein BA. How can animal models inform on the transition to chronic symptoms in whiplash? *Spine* 2011;36:S218-25.

Kapitel 4: Whiplash-undersøgelse og metode

Materiale

Materialet i denne rapport omfatter whiplash-sager modtaget i Retslægerådet i perioden fra marts 2006 til september 2011.

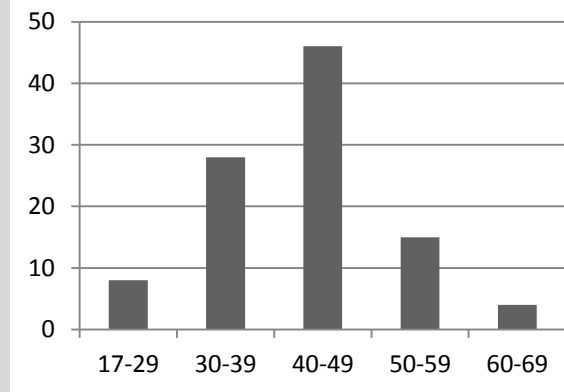
Særlige forhold vedrørende kohorte

En tidligere undersøgelse af somatiske sager (E-sager) behandlet i rådet har vist, at ca. 75 % af sagerne enten hæves eller forliges. Kun i ca. 25 % af sagerne afsiges der dom (1). Da det ikke på forhånd kunne udelukkes, at de sager, der afgøres ved dom, adskiller sig fra de sager, der afgøres på anden måde, f.eks. hvad angår sagens kompleksitet, sagsøgerens og/eller sagsøgtes forhold mv., indgik yderligere 25 sager, som er afgjort ved dom. Disse 25 sager fandtes ved fortsat at gå tilbage fra det tidspunkt, hvor de første 100 sager var udtaget.

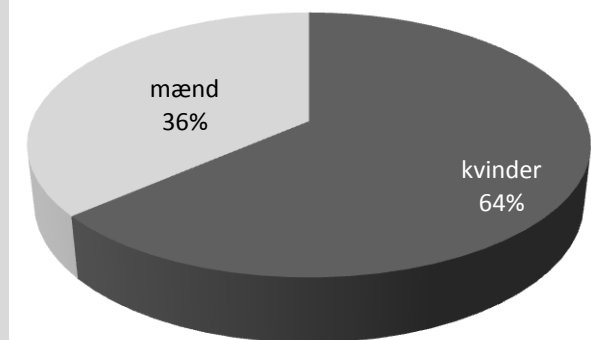
Metode

Teknisk set er undersøgelsens design en retrospektiv kohorteundersøgelse af konsekutive whiplash-sager modtaget til udtalelse i Retslægerådet fra senest 31. december 2010 og tilbage i tiden, til materialet omfatter 100 (125) sager.

Retslægerådets sekretariat og PK fandt samtlige whiplash-sager, der var modtaget i



Figur 4.1: Aldersfordeling (år)



Figur 4.2: Kønsfordeling

Retslægerådet fra 31. december 2010 og tilbage i tiden, ved en manuel gennemgang af samtlige relevante – det vil sige somatiske – sager. Sekretariatet foretog samtidig en grovsortering af sagerne i henhold til eksklusionskriterierne. En gennemgang af de første ca. 100 sager viste, at ca. 25 var afgjort ved dom, hvorefter søgningen fortsatte tilbage i tiden, indtil der var fundet yderligere 25 sager, hvori der var afsagt dom. Var der tvivl om, hvorvidt en sag opfyldte inklusions- og/eller eksklusionskriterierne, blev den fremsendt til HK, der afgjorde, om sagen skulle indgå i undersøgelsen.

Til brug for undersøgelsen er udarbejdet tre registreringsskemaer til brug for samme sag (bilag 5).

Inklusion

Inklusionskriteriet er om sagen vedrører en "klassisk" whiplash-læsion, der defineres som følger The Quebec Task Force (2) definition: "En person udsat for et trafikuheld med hyperekstensions-fleksions-traume mod nakken (typisk ved påkørsel bagfra) uden direkte traume (dvs. kontakttraume) og uden retro- eller anterograd amnesi (dvs., at personen må ikke have haft hjernerystelse (commotio cerebri). Personen skal frembyde nyopståede symptomer inden for 72 timer efter uheldet i form af typisk nakkesmerter, hovedpine og/eller stivhed i nakken samt eventuelt andre ikke-smertefulde neurologiske symptomer. Tilstanden skal kunne rubriceres inden for WAD grad 1-3 inden for 72 timer efter uheldet ". (Whiplash Associated Disorders, WAD graduering, se Tabel 3.2).

Eksklusion

Fra undersøgelsen blev ekskluderet sager, hvor personen havde pådraget sig andre læsioner – f.eks. brud af ekstremiteterne – end whiplash-læsionen, samt sager, hvor personen før traumet havde en alvorlig legemlig eller psykisk sygdom – f.eks. cancer, visse stofskiftesygdomme, gigtsygdomme, visse hjerte-lungesygdomme, psykotiske lidelser mv.

Anvendte skemaer

Det første skema omfatter administrative spørgsmål, det andet lægelige spørgsmål og det tredje juridiske spørgsmål (items). Rådets sekretariat udfyldte registreringskemaet vedrørende administrative spørgsmål (f.eks. køn, alder, om der mangler lægelige dokumenter ved sagens fremsendelse, sagens afgørelse, sagsbehandlingstider mv.), hvorefter sagens akter blev fotokopieret og sendt til de to undersøgere, der herefter – uafhængig af hinanden – besvarede henholdsvis det lægelige (HK) og det juridiske skema (BF). Sagens afgørelse, eventuelt i form af domsudskrift, blev fremsendt til BF, idet dette materiale havde betydning for vurderingen af visse af de juridiske items.

Tabel 4.1 Vurdering af sagsøgers/sagsøgte spørgsmål

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger/sagsøgte	Læge	Jurist
Klare	+	+
Neutrale	+	+
Relevante	+	+
Faglige (respektive lægefagligt, og juridisk)	+	+
Forståelige	+	+
Juristens forståelse af erklæring fra Retslægerådet:	Læge	Jurist
Kan den juridisk uddannede læser forstå faktuelle forhold, der har ført til erklæringens konklusion	-	+
Kan den juridisk uddannede læser følge de lægelige tankerækker, der har ført til erklæringens konklusion	-	+
Forekommer der for den juridisk uddannede læser at være inkonsistens i besvarelsen	-	+
Giver erklæringen den juridisk uddannede læser tvivl med hensyn til forståelsen	-	+
Indeholder erklæringen for den juridisk uddannede læser en tilstrækkelig begrundelse for sine konklusioner	-	+
Er erklæringen egnet til at indgå som bevismiddel i civil retssag	-	+
Juristens vurdering af sags afgørelsen	Læge	Jurist
Mulige: sagsøger får ret, sagsøger får delvis ret, sagsøgte frifindes, ukendt afgørelse.	-	+

Tabel 4.2 Vurdering af supplerende spørgsmåls betydning:

Vurdering af sagsøgers/sagsøgtes spørgsmål	Læge	Jurist
Klare	+	+
Neutrale	+	+
Relevante	+	+
Lægefaglige	+	+
Forståelige	+	+
Skyldes evt. supplerende spørgsmål	Læge	Jurist
Utilstrækkelig førstebesvarelse fra Retslægerådet	+	+
Besvarelse af Retslægerådet giver anledning til nye spørgsmål	+	+
Spørgsmål er overflødige, er besvaret tidligere	+	+
Sagligt set samme spørgsmål genfremsendt i anden sproglig formulering	+	+
Spørgsmål har ikke sammenhæng med sagens faktuelle forhold	+	+
Relevant spørgsmål ikke medtaget i første omgang	+	+

Materialet blev returneret til Retslægerådet, der påså, at sagen var færdigbehandlet, hvorefter de tre registreringsskemaer blev samlet og fremsendt til HK.

En skematisk fremstilling af de items, der blev vurderet af læge og jurist, ses her i tabel 4.1 og 4.2. I bilag 6 kan ses alle registreringsskemaer, som er anvendt i undersøgelsen.

Der var i spørgeskemaerne felter, hvor undersøgerne kunne komme med yderligere kommentarer.

Pilotundersøgelse

Forud for undersøgelsens start gennemførtes et pilotprojekt omfattende 10 sager, modtaget i rådet i 2004, det vil sige en periode, som med sikkerhed lå før den tidsperiode, hvor de sager, der indgår i undersøgelsen, blev behandlet. Formålet med pilotundersøgelsen var at afprøve undersøgelsens praktiske sagsgange og ikke mindst registreringsskemaerne. Det var konklusionen af pilotundersøgelsen, at der ikke var behov for korrektion af metoder, skemaer med videre.

Statistisk metode

Der blev ved undersøgelsens start udarbejdet en database, hvor alle registreringer blev samlet. Indtastning blev foretaget, efter at samtlige registreringsskemaer fra respektive juridisk, administrativ og lægelig side var udfyldte. Materialet blev herefter – hvor det var relevant - analyseret ved brug af statistiske metoder, bl.a. Students t-test ved normalfordelte data eller Mann-Whitney-U test eller Kruskal-Wallis test ved non-parametriske data eller – i tilfælde af et lavt antal forekomster i de enkelte celler – Fischer's Exact test.

De statistiske metoder skal ikke omtales nærmere, men det skal bemærkes, at n betyder antal, det vil sige det antal, eller den delmængde, der indgår i den pågældende statistiske analyse. Se for eksempel figur 5.6. P-værdien angiver den statistiske sikkerhed. $p < 0,05$ betyder, at der er en mindre end 5 % sandsynlighed for, at en funden forskel (eller lighed) skyldes en tilfældighed og en sådan forskel (eller lighed) betegnes som statistisk signifikant. $p \leq 0,001$ betyder at sandsynligheden for, at en forskel (eller lighed) er en tilfældighed, er mindre eller lig med en promille. Det skal endvidere bemærkes, at materialet i denne undersøgelse – altså antallet, n - er beskedent, hvorfor eksisterende forskelle (eller ligheder) kan være svære at påvise statistisk, men de forskelle (eller ligheder), der kan påvises, er sikre og reelle.

Litteraturliste

1. Retslægerådet. Retslægerådets Årsberetning 2009. Jespersen Tryk+Digital: Jespersen Tryk+Digital, 2009. <http://www.retslaegeraadet.dk/getfile.aspx?f=12381>
2. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy ID, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining 'Whiplash' and its management. Spine 1995;20:1S-73S.

Kapitel 5: Resultater fra Retslægerådets whiplash-undersøgelse

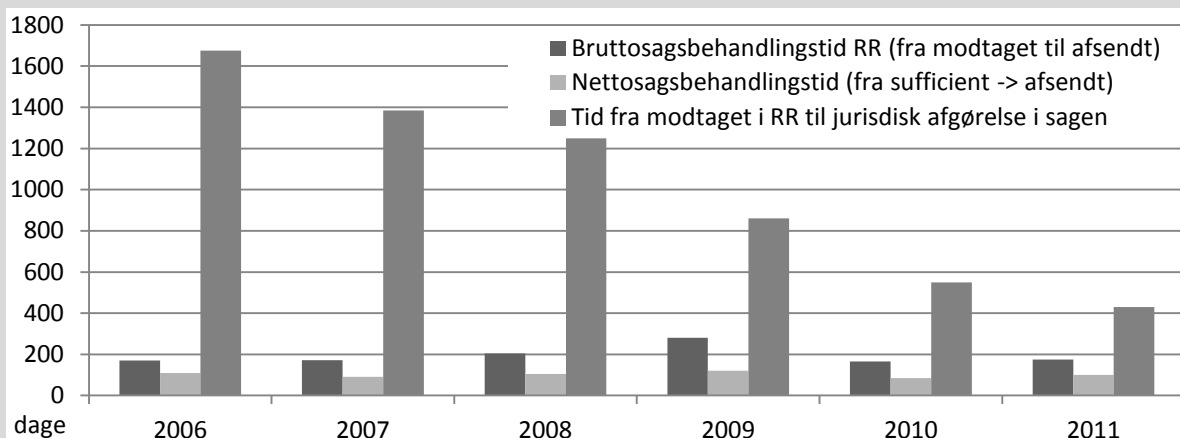
I undersøgelsen var det muligt at inkludere 121 whiplashsager (44 mænd, 43,0 ± 10,1 år og 77 kvinder, 41,7±9,1 år).

Sagsbehandlingstider:

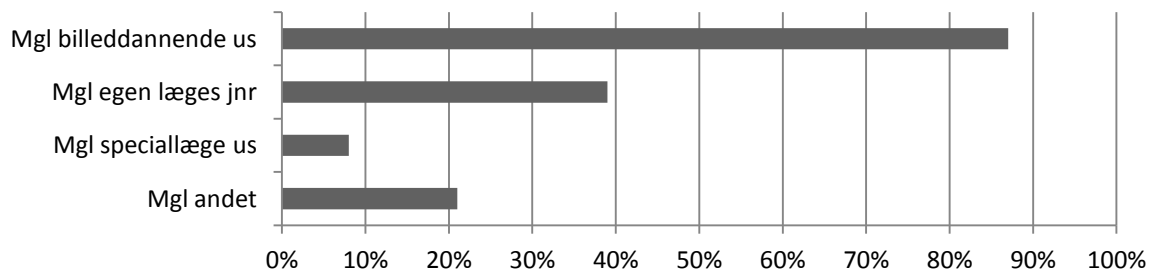
Som det fremgår af figur 5.1, var der i perioden 2006 til 2011, hvorfra Whiplash-undersøgelsens retrospektive kohorte udgår, en markant reduktion i behandlingstid for sagerne. Som det fremgår af søjlediagrammet, var der over den 5-årige periode en stabil netto- og bruttobehandlingstid, som kun udgjorde en lille del af den samlede behandlingstid for whiplash-sagerne indtil afgørelse.

Der var en stor forekomst af ikke-sufficiente sager. 105 af i alt 121 whiplash sager, dvs. 87 % af sager tilgået Retslægerådets sekretariat var insufficente fra starten.

Som det fremgår af figur 5.2, var der især utilstrækkeligt med billeddannende undersø-



Figur 5.1 Sagsbehandlingstider



Figur 5.2 Fordeling ikke-sufficiente sager

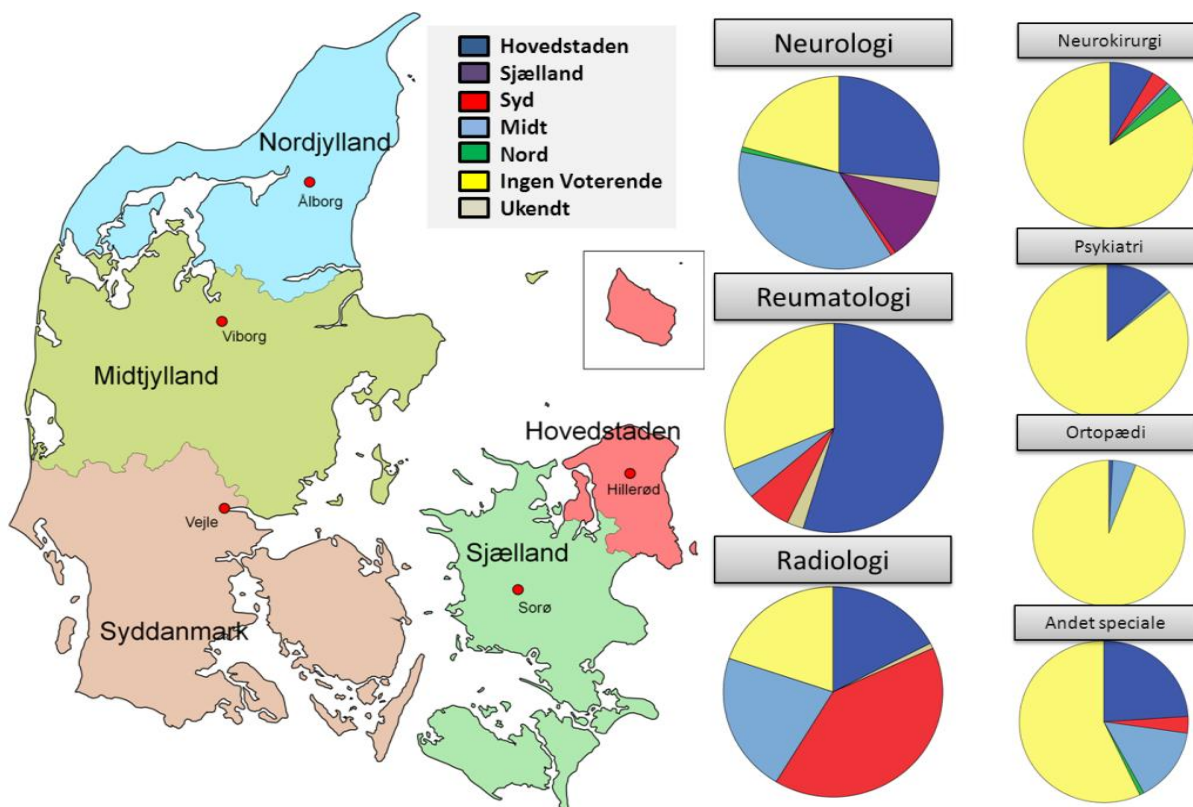
gelses, f.eks. røntgenundersøgelse af nakke og MR- eller CT-scanning af nakke, hjerne (ca. 85 % af de insufficiante sager).

Næsthøypigste mangel var egen læges journal (ca. 40 % af de insufficiante sager). Den tredje høypigste årsag var manglende speciallægeerklæring; men kun knap 10 % havde ikke sagen sufficient belyst ved relevant speciallægeerklæring.

Lægelige specialer og regional variation

Man registrerede administrativt fra hvilke regioner, sagkyndige blev rekrutteret, og hvilke specialer de repræsenterede. Som det fremgår af figur 5.3, var de mest benyttede lægelige specialer: neurologi, reumatologi samt radiologi.

Figur 5.3 Geografisk fordeling af de voterende



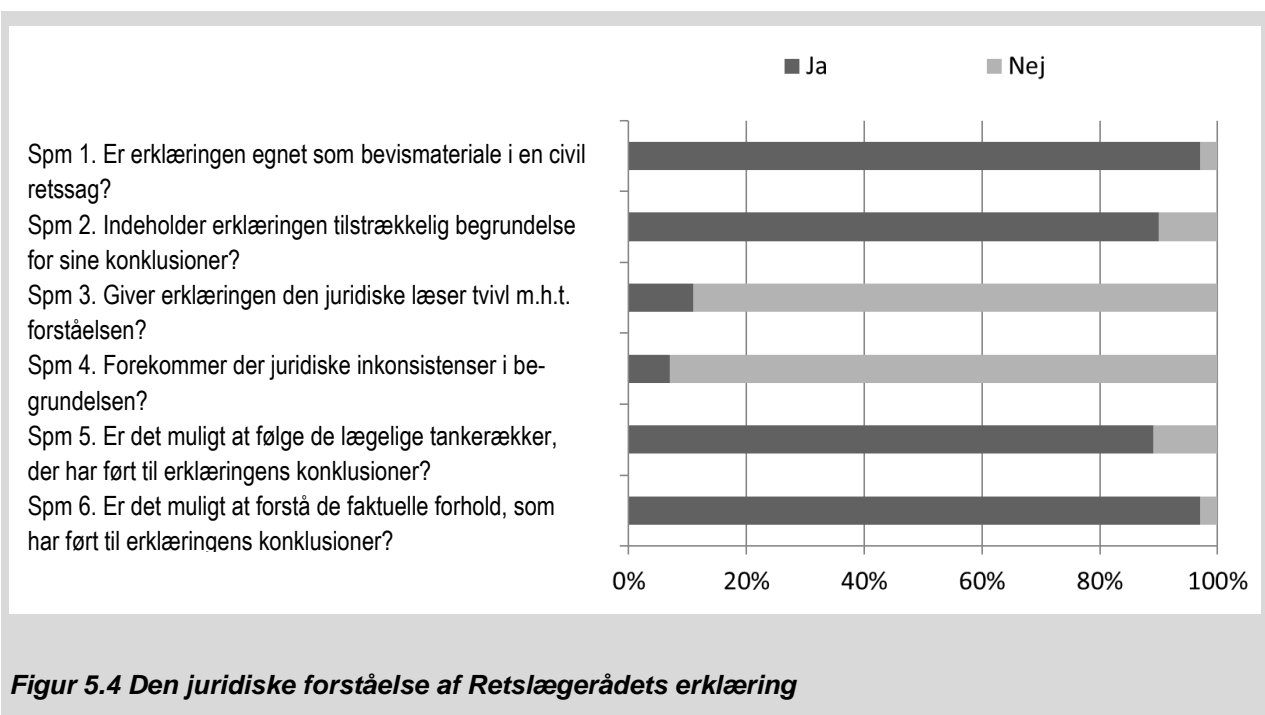
Neurologi repræsenteredes oftest fra Region Midt og Hovedstaden, reumatologi repræsenteredes langt overvejende fra Region Hovedstaden og radiologi fra Region Syd og i mindre grad Region Midt og Region Hovedstaden.

Neurokirurger blev anvendt som voterende i ca. 15 % af sagerne og ortopædkirurger i

ca. 6 % af sagerne.

Psykiatere er anført at votere i ca. 15 % af sagerne; men da "Andre" oftest udgøres af liaisonpsykiatere eller sjældnere kliniske psykologer, og da andre specialer anvendes i over 40 % af sagerne, må man antage, at det psykiatriske speciale er tungere repræsenteret i votering ved disse sager.

Ved anvendelse af voterende fra andre specialer end de 6 nævnte (neurologi, reumatologi, radiologi, neurokirurgi, psykiatri, ortopædi), kunne der som nævnt være tale om liaisonpsykiatrisk udtalelse eller udtalelse ved klinisk psykolog.



Den juridisk uddannede læsers forståelse af Retslægerådets erklæringer.

Indledningsvis kan der være grund til at fremhæve, at sproget i erklæringerne generelt er meget godt, og at Retslægerådet tydeligvis bestræber sig at skrive i et sprog, der er forståelig for mennesker uden sundhedsfaglig baggrund. På et enkelt, særdeles vigtigt område, har Retslægerådet givet en generel vejledning med hensyn til forståelsen af sin sprogbrug, nemlig for så vidt angår grader af sandsynlighed.

Som det fremgår af figur 5.4, har det kun i ganske få af sagerne været vanskeligt for den juridisk uddannede læser at forstå de faktuelle forhold, der har ført til erklæringernes konklusioner. Der har i disse tilfælde været en tendens til, at forståelsen af de lægelige tankerækker bag konklusionen tillige gav læseren anledning til tvivl.

Der forekommer - vurderet ud fra den juridiske læsers forudsætninger - endvidere kun ganske få og mindre inkonsistenser i besvarelserne.

Kommentarfelterne i undersøgelsens registreringskemaer viser, at en uhensigtsmæssig formulering af spørgsmålene kan afspejle sig i mindre hensigtsmæssige formuleringer af svarene. Overordnet er det den juridiske undersøgers vurdering, at klare og gennemtænkte spørgsmål i væsentlig grad letter Retslægerådets arbejde. Er spørgsmålene kaotiske - hvad de ikke helt sjældent er - kan det således blive en meget vanskelig opgave at få overblik over dem og at besvare dem overskueligt og hensigtsmæssigt. Det er i øvrigt ikke ukendt blandt jurister, at formuleringen af gode spørgsmål til sagkyndige på baggrund af et måske vanskeligt forståeligt faktum, herunder for eksempel i forbindelse med syn og skøn, er en krævende opgave. Hvis der er økonomisk mulighed for det, vil det da også ofte være anbefalelsesværdigt, at en part antager en sagkyndig til at bistå sin advokat ved spørgsmålenes formulering.

I de sager, som er endt med afsigelse af dom, er der intet, som tyder på generelle problemer med forståelsen af erklæringerne.

I langt de fleste tilfælde finder den juridisk uddannede undersøger svarene tilstrækkeligt begrundede. Kommentarerne til de enkelte registreringskemaer afspejler dog, at erklæringerne kun sjældent er udførligt begrundede. Læseren præsenteres sjældent for en længere tankerække, men derimod for en række særligt fremhævede faktiske forhold,

som Retslægerrådet (samlet) fortolker på en bestemt måde.

Retslægerrådet arbejder ikke med faste koncepter i disse sager, og det ses let på vote-ringsarkene, at den førstevoterendes måde at bygge erklæringen op på meget ofte vil være afgørende for dens endelige struktur og for, hvorledes kravet til begrundelse opfyldes.

Erklæringerne skrives tydeligvis ikke med henblik på et "overskøn" foretaget af andre specialister. I god overensstemmelse hermed henvises der praktisk talt aldrig til den lægevidenskabelige litteratur.

I betragtning af, at afgivelsen af erklæring som dem, der omfattes af undersøgelsen, er et kerneområde for rådets virksomhed, som det har en meget langvarig erfaring med, kan det ikke undre, at praktisk talt alle erklæringerne er egnede som bevismateriale i civile sager. I den eneste sag, hvor dette ikke var tilfældet, skyldes det en fejllæsning af akterne, som dog blev opdaget inden sagens endelige afslutning.

Retssagernes udfald (afgørelsen)

I registreringskemaerne har den juridiske undersøger kunnet anføre, om sagsøgeren (eller appellanten) får "ret" eller "delvis ret", om der sker frifindelse af sagsøgte (indstævnte), eller om resultatet er ukendt. Sagerne er meget forskellige. Den skadelidte er oftest sagsøger, men det er ikke sikkert, at den pågældende kun kan få helt eller delvis medhold, hvis det fastslås, at der foreligger en whiplashskade.

Der har i skemaet været sat plads af til at anføre, om afgørelsen har fraveget Retslægerådets skøn om årsagsforhold. Grundet sagernes forskellighed, de mange beviselementer, der kan have betydning, alt efter, hvordan sagerne er ført, og de procesøkonomiske overvejelser, som parterne må gøre sig, kan man imidlertid ikke slutte med sikkerhed fra sagens resultat til rettens eller parternes opfattelse af spørgsmålet om "årsagsforhold". Kun præmissen til en dom, en skriftlig tilkendegivelse fra retten eller undtagelsesvis en forligstekst kan eventuelt give grundlag for at danne sig en mening herom.

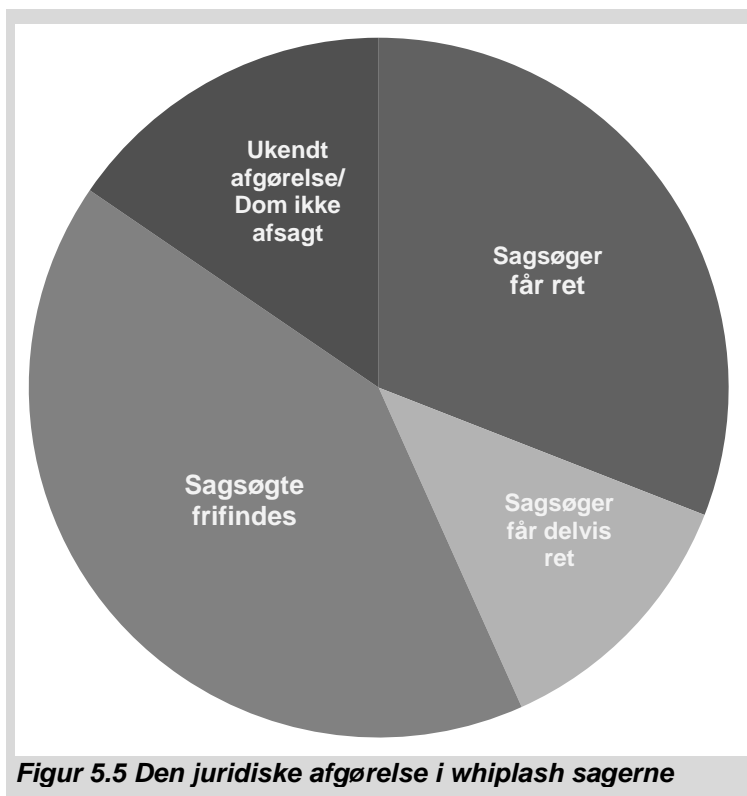
Der er dog intet, der tyder på, at domstolene i noget nævneværdigt omfang direkte tilsidesætter Retslægerådets lægelige skøn.

Derimod er det nærliggende at antage, at det store antal forligte og hævede sager i et vist omfang har sammenhæng med, at sagerne er blevet betragtet som i realiteten vundne eller tabte alt efter indholdet af Retslægerådets erklæring.

Figur 5.5 viser med et lagkagediagram fordelingen af afgørelser i

sagerne. I en stor procentdel af sagerne får sagsøgeren helt eller delvis medhold (47 %). Da resultatet er ukendt i 13 % af sagerne, må man formode, at over halvdelen af sagerne munder ud i, at sagsøgte helt eller delvis taber sagen.

Den statistiske undersøgelse viser, at udfaldet ikke har signifikant sammenhæng med alder (kategoriseret med 10 årsintervaller (19-28, 29-38 osv.) ($p > 0,9$), køn ($p > 0,2$) eller året, hvor sagen indgik til Retslægerådets sekretariat ($p > 0,4$). Der er heller ikke nogen signifikant sammenhæng mellem afgørelsestidspunktet og nettosagsbehandlingstiden i Retslægerådet ($p > 0,2$). Derimod er der en tendens til signifikans for så vidt angår sammenhængen mellem bruttobehandlingstiden i Retslægerådet og afgørelsestypen (afgørelse ukendt) ($p > 0,06$).



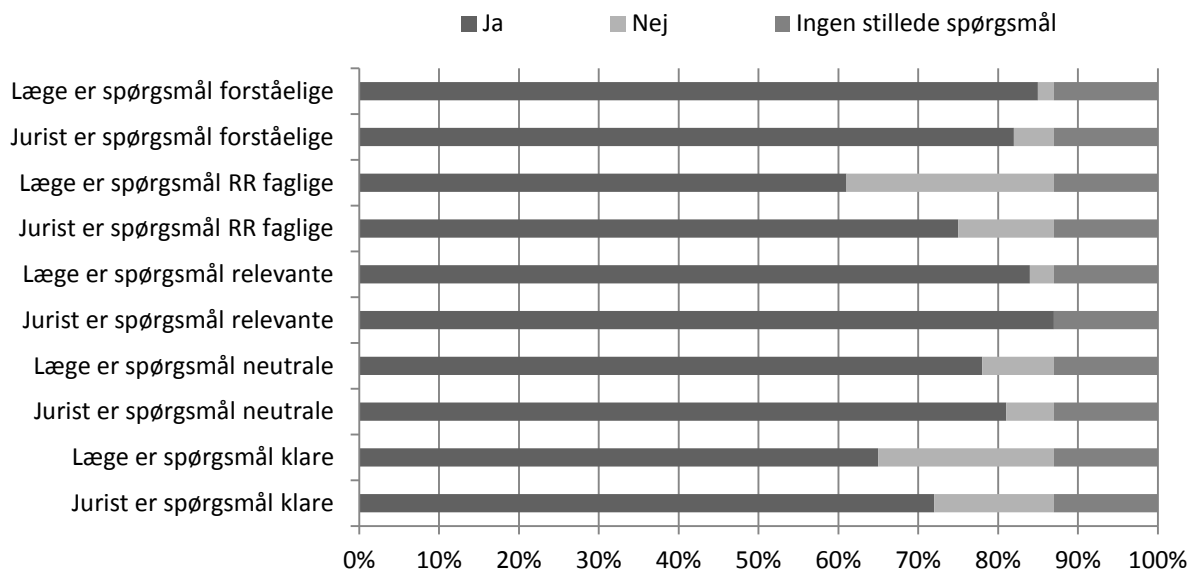
Juristens og lægens vurdering af de stillede spørgsmål

Som det fremgår af Tabel 4.1 og 4.2, foretog både den juridiske ekspert og den lægelige ekspert en vurdering af de spørgsmål, som blev stillet af sagsøgeren og sagsøgte, og der blev foretaget en særskilt vurdering af supplerende spørgsmål. Alle spørgsmål blev vurderet med hensyn til, om de var formuleret klart, neutralt, relevant for sagen, fagligt (inden for det område, som Retslægerådet forventes at udtale sig om) og forståeligt.

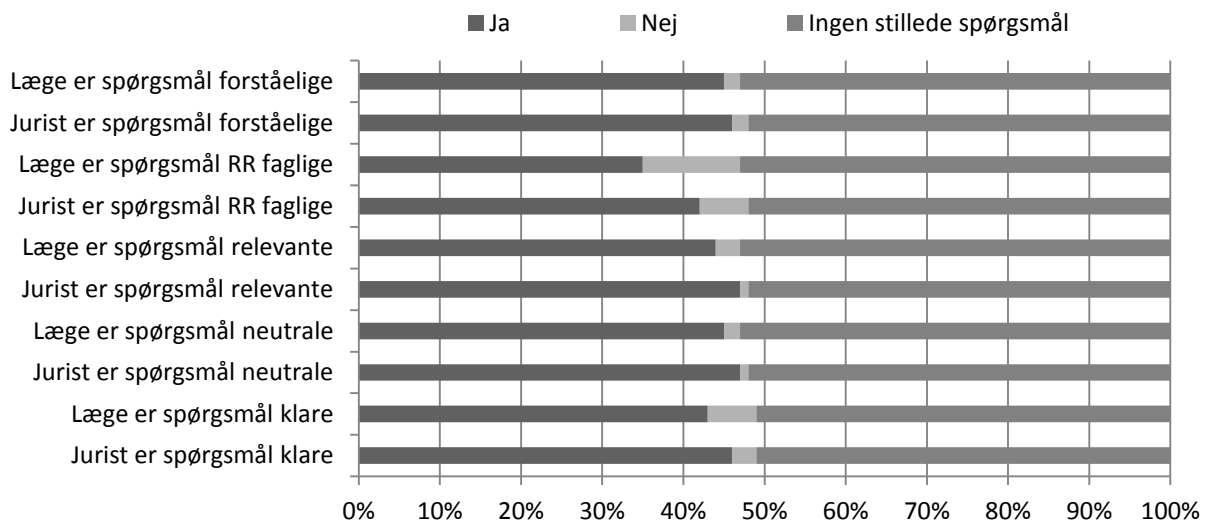
Figur 5.6 og 5.7 viser horisontale stablede bargrafer, hvor man parvis ser henholdsvis juridisk (J) og lægelig (L) vurdering af spørgsmålenes klarhed, neutralitet, relevans, (læge)faglighed og forståelighed. Figur 5.6 viser forhold for sagsøger og figur 5.7 viser forhold for sagsøgte.

Der var overvejende kongruens imellem den lægelige og den juridiske vurdering af spørgsmålene og kun en signifikant afvigelse, hvor lægen fandt, at færre af spørgsmålene var lægefaglige, end juristen (Wilcoxon Signed-Rank test, $p < 0,001$). Der var ikke signifikant forskel på den lægelige og den juridiske vurdering af spørgsmål fra sagsøgte. I 88 % af sagerne var det sagsøgeren, der stillede spørgsmål, og sagsøgte havde spørgsmål i ca. 48 % af sagerne. Sagsøgeren havde i ca. 30 % af sagerne supplerende spørgsmål, hvorimod sagsøgte kun i 12 % af sagerne valgte at stille supplerende spørgsmål. Samordning af spørgsmål imellem sagsøgeren og sagsøgte forklarer formentlig til dels dette. Der var ikke signifikant forskel i den lægelige og den juridiske vurdering af de supplerende spørgsmål.

Figur 5.8 viser en sammenligning af den juridiske og den lægelige vurdering af årsager til supplerende spørgsmål. For spørgsmål 1 til spørgsmål 5 var der ikke signifikant forskel; men lægen mente i betydelig højere grad end juristen, at der var tale om relevante spørgsmål, som ikke var taget med i første omgang.



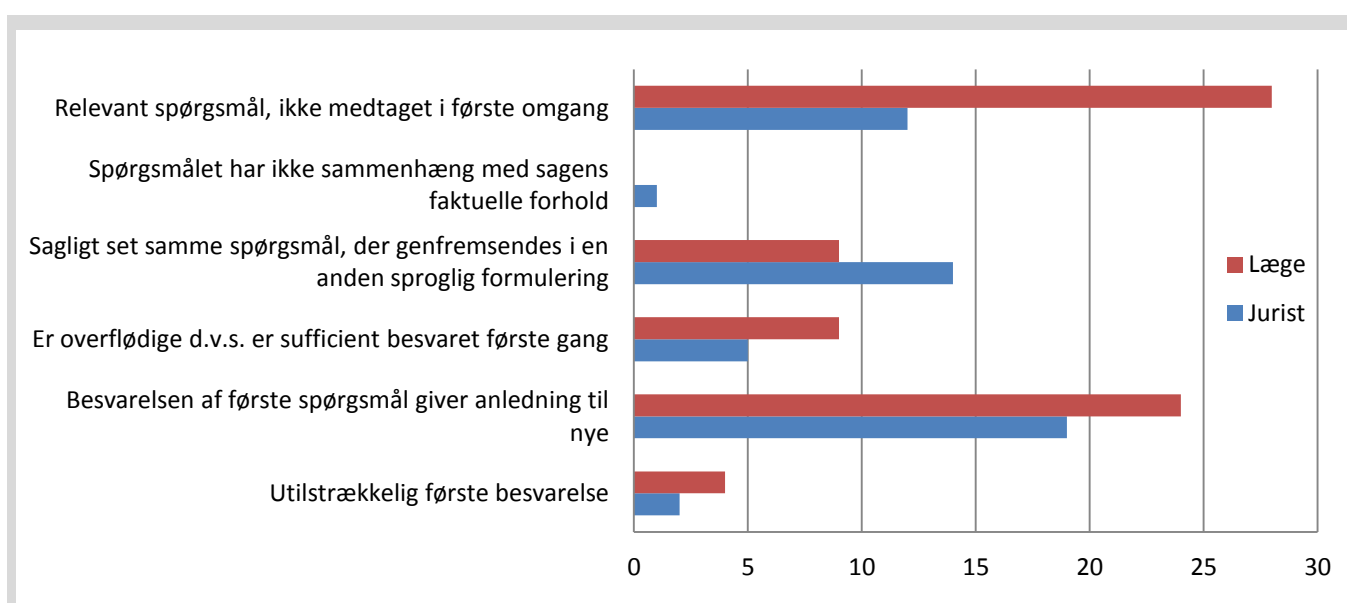
Figur 5.6 Sagsøgers spørgsmål vurderet ved læge og jurist



Figur 5.7 Sagsøgtes spørgsmål vurderet ved læge og jurist

Kommentarer til de enkelte punkter fra den lægefagligt kyndige

For sagsøgernes spørgsmål gælder følgende. Flere spørgsmål er meget bredt formulerede, nogle "giv et resumé-spørgsmål", f.eks. "Giv et samlet overblik over sagsøgers helbredsmæssige situation". Flere af spørgsmålene er uklare, og der forekommer også mere ledende spørgsmål, som ikke er neutrale. Det falder ikke under Retslægerådets lægefaglige kompetence, når der spørges: "Hvordan fungerer sagsøger i sin anatomiske helhed?" Måske ønskes der her i virkeligheden en udtalelse, der hører under Arbejdsskadestyrelsens kompetence. Ledende spørgsmål kan også stilles ved at bede Retslægerådet om at udtale sig om sandsynligheden for dette og hint. Ved a priori antagelse af en "årsagskæde" eller "hændelsesrække" eller "forekomst af brosymptomer" anlægges en ledende, rigoristisk opfattelse af, hvordan sygdomsforløbet givetvis må være, hvorefter det for Retslægerådet kan være sværere at udtale sig neutralt. Mange af spørgsmålene er ikke relevante at stille Retslægerådet, men kunne i stedet stilles Arbejdsskadestyrelsen, herunder typisk om funktionsniveau/evne/tab, generel helbredstilstand, stationærtidspunkter, varighed af symptomer, varighed af uarbejdsdygtighed, grad af sandsynlighed for, at forløbet går den ene eller anden vej. Enkelte spørgsmål omhandler ikke-lægelig faglighed (særligt biomekanik og fysik). Med hensyn til forståeligheden af de stillede spørgsmål var disse generelt klare, efter en lægefaglig vurdering, men enkelte for bredt formulerede og enkelte endda af hypotetisk karakter.



Figur 5.8 Årsag til supplerende spørgsmål vurderet ved læge og jurist

Den lægelige vurdering var den samme for så vidt det angår spørgsmål fra sagsøgte. Her gælder også at flere spørgsmål er for brede, er hypotetiske. Et enkelt spørgsmål er uforståeligt "Vil det være muligt alene med baggrund i de lægelige akter at udtale sig om varighedsbegrænsninger, når den løbende har kunnet konstateres på arbejdsmarkedet, hvilket resulterer i en ændret ansættelsessamtale?"

Enkelte af spørgsmålene fra den sagsøgte er ledende og hypotetiske. Man spørger om: mulige fremtidige behandlinger, om hvorvidt der på baggrund af whiplash i fremtiden kan udvikles slidgigt. Det er spørgsmål der burde have været stillet Arbejdsskadestyrelsen. Tilsvarende gælder spørgsmål vedrørende "arbejdsdygtighed", "helbredsmæssig funktionsevne". Der er et eksempel, hvor Retslægerådet anmodes om at tage stilling til et juridisk anliggende "hvad sagsøger gør gældende". Et spørgsmål lægger op til, at Retslægerådet skal stille en psykiatrisk diagnose på baggrund af, at egen læge på et tidspunkt har ordineret antidepressiv medicin.

Med hensyn til supplerende spørgsmål findes også eksempler, der falder uden for Retslægerådets lægefaglige kompetence, stillingtagen til foretagne crash-tests, andre biomekaniske beregninger og flere arbejdsmedicinske vurderinger med hensyn til sygemelding og uarbejdsdygtighed, samt funktionsniveau. Der spørges mere hypotetisk til, hvordan man udvikler et kronisk smertesyndrom, eller hvorvidt et andet uheldsscenario ville have ført til en anden helbredssituation for sagsøgeren.

Kapitel 6: Afsluttende bemærkninger

Undersøgerne finder det nærliggende afslutningsvis at fremkomme med nogle få mere subjektive kommentarer og nogle forslag på baggrund af undersøgelsens statistiske resultater og indholdet af registreringsskemaernes kommentarfelder.

En bemærkelsesværdig stor del af de sager, som undersøgelsen omfattede, var insufficiante. Dette skyldtes hovedsageligt manglende billeddannende undersøgelser, manglende journal fra egen praktiserende læge og manglende relevante speciallægeerklæringer.

Det kræver ressourcer under sagsbehandlingen at rette op på sådanne mangler, og de forlænger Retslægerådets sagsbehandlingstid.

Undersøgerne er opmærksomme på, at den standardretsbog, som retterne anvender i disse sager, henviser til Retslægerådets vejledning om forelæggelse af civile sager. Undersøgerne foreslår dog, at Retslægerådet søger at intensivere vejledningen til spørgerne om, hvilket materiale, der bør sendes til rådet. Muligvis bør rådet søge at indlede et nærmere samarbejde med retterne herom. Undersøgelsen synes nemlig at vise, at spørgerne ofte ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på denne problemstilling eller ignorerer den vejledning, de allerede har adgang til.

Den lægelige undersøger har udarbejdet et forslag til et vejledende, systematisk spørgeark til brug i whiplashsager (bilag 6). Et sådant skema vil for eksempel kunne suppleres med checklister vedrørende det materiale, som bør medsendes.

Tanken er, at spørgeark og checklister kan være en hjælp for parterne og deres juridiske rådgivere blandt andet ved indhentelsen af det nødvendige materiale.

Retslægerådet kunne overveje, om sådanne hjælpemidler også ville være hensigtsmæssige i andre sagstyper, der vedrører komplekse diagnoser, herunder hvor flere lægelige specialer skal inddrages. Det kunne for eksempel være tilfældet ved bio-psykosociale problemstillinger.

I overvejelsen af, om Retslægerådet ønsker at udarbejde hjælpemidler af denne art, må

selvsagt også inddrages hensynet til, at rådet kommer til at fremstå helt upartisk ved besvarelsen af de spørgsmål, som stilles.

Der er et betydeligt sammenfald af spørgsmål fra sagsøgerne og de sagsøgte, og det er undersøgernes opfattelse, at en vis samordning af spørgetemaer imellem parterne, før de sendes til Retslægerådet, vil kunne bidrage til at gøre disse mere overskuelige. Det vil selvfølgelig variere fra sag til sag, i hvilket omfang parterne kan motiveres for at indgå i det nødvendige samarbejde herom. Generel vejledning fra Retslægerådet og en øget indsats fra retterne i de enkelte sager kunne dog formentlig bidrage til at skabe denne motivation.

Supplerende spørgsmål forekom i næsten halvdelen af sagerne, og en samordning af spørgsmål mellem parterne vil muligvis også kunne bidrage til at nedbringe antallet af supplerende spørgsmål med en forkortelse af sagsbehandlingstiden til følge.

Det fremgår af registreringsskemaernes kommentarfelter, at der ikke sjældent havde været mulighed for at give spørgsmålene et kvalitetsmæssigt løft. Der vil således fortsat være behov for vejledning fra rådet på dette punkt, og det ville være hensigtsmæssigt at intensivere denne. De omtalte spørgeark og checklister ville også kunne støtte parterne ved afgørelsen af, om de bør overveje muligheden for at søge lægefaglig bistand ved spørgsmålenes formulering. Undersøgerne er selvsagt opmærksomme på, at det af forskellige årsager ikke altid vil være muligt for parterne at søge en sådan bistand. Det er imidlertid utvivlsomt, at det ofte kunne højne spørgsmålenes kvalitet, hvis de blev stillet efter drøftelse med en læge.

Den juridiske undersøger bemærker, at den gennemgående høje kvalitet af erklæringerne ikke udelukker forbedringer. Der er måske særlig grund til at påpege to forhold i den forbindelse.

Erklæringerne kan lejlighedsvis være noget uoverskuelige, selvom de ved nærmere læsning viser sig at være fyldestgørende. Almindeligvis har dette sammenhæng med kvaliteten af de stillede spørgsmål – mindre overskuelige spørgsmål følges af mindre overskuelige svar. Under alle omstændigheder bør Retslægerådet imidlertid tilstræbe, at gøre svarene så systematiske som muligt. Svarene bør være så korte, som det er muligt, når de også skal begrundes fyldestgørende, og det bør altid klart fremgå, hvilke

svar, der relaterer sig til hvilke spørgsmål.

I betragtning af den sagkundskab, som Retslægerådet repræsenterer, vil rådets skøn i praksis altid være af betydning ved afgørelsen af en civil retssag. Der er heller ingen tvivl om, at rådet lever op til kravet om, at dets erklæringer skal være begrundede, men begrundelserne er ofte meget kortfattede. Mange offentlige myndigheder har været igennem en udvikling, hvor forvaltningsakter, domme mv. begrundes mere udførligt end tidligere. Rådet kunne derfor overveje, om der generelt er anledning til at give mere udførlige begrundelser. Svaret på dette spørgsmål vil meget muligt kunne være forskelligt, alt efter hvilke sagstyper, der er tale om.

Undersøgerne anbefaler i øvrigt, at Retslægerådet – i det omfang, det ikke allerede sker - benytter interne, skriftlige retningslinjer for, hvilke elementer der normalt bør indgå i begrundelserne, eventuelt specifikt for visse sagstyper.

Bilag Oversigt

Bilag 1	Lov om og Forretningsorden for Retslægerådet
Bilag 2	Uddrag af betænkningen (a, b og c)
Bilag 3	Vejledninger fra Årsberetningen (a, b og c)
Bilag 4	Eksempel på voteringsark anvendt af Retslægerådet
Bilag 5	Registreringsskemaer, administrativt, juridisk og lægeligt
Bilag 6	Forslag: Katalog for Whiplashskade
Bilag 7	Oversigter over grafer og tabeller

Bilag 1 Lov om og Forretningsorden for Retslægerrådet

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerrådet

§1. Retslægerrådets 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 Retslægerrådet 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.

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

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

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

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

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

Stk. 2. Begrundelsen skal om fornødent indeholde en kort redegørelse for de oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, som er tillagt

væsentlig betydning for erklæringen. I det omfang erklæringen beror på et skøn, skal begrundelsen angive de hovedhensyn, der har været bestemmende for skønsudøvelsen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Bilag 2 Uddrag af betænkning, 1196/1990 om Retslægerådet

Bilag 2a Begrundelse

a. Gældende ret m.v.

I 1931-udvalgets udkast til bekendtgørelse om Retslægerådets forretningsgang hedder det i § 4, stk. 1 (1933-bet. s. 24): »Rådets udtalelser og erklæringer bør som regel ledsages af grunde. Der skal navnlig altid gives grunde, når Rådet ikke er enig i en i sagen afgiven lægelig specialerklæring, og når en begrundelse vil yde væsentligt bidrag til sagens belysning.« (gennemført som § 4, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 150 af 30. april 1935 om Retslægerådets forretningsgang).

I bemærkningerne til udkastet til bekendtgørelse udtales det herom (1933-bet. s. 26): »Rådets udtalelser har hidtil i vidt omfang været ledsaget af grunde, og udvalget finder det meget ønskeligt, at det udtrykkeligt fastslås, at de som regel bør være det. Navnlig i tilfælde, hvor Rådet ikke er enig i en lægelig specialerklæring, bør Rådets udtalelse være af en sådan beskaffenhed, at den egner sig til at blive genstand for kritik og drøftelse af sagkyndige. Dette vil f.eks. gælde, hvor Rådet ikke er enig i en sindssygeoverlæges udtalelse om en sigtets sjælelige tilstand. Omvendt vil angivelse af grunde efter udvalgets skøn efter omstændighederne kunne undlades i visse småsager, f.eks. i sager angående udgangs- og ferietilladelse for internerede personer.«

Særligt for så vidt angår de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager indeholder betænkning nr. 149/56, der er afgivet af kommissionen til overvejelse af spørgsmål vedrørende de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager, en række bidrag til belysning af spørgsmålet om begrundelse af Retslægerådets erklæringer.

Under forhandlingerne i kommissionen blev der rejst spørgsmål om fyldigere begrundelse af Retslægerådets erklæringer. Der blev i den forbindelse henvist til, at begrundelsen i praksis ofte indskrænkede sig til en kort henvisning til det i sagen oplyste.

Kommissionen indhentede en udtalelse om spørgsmålet fra Retslægerådet, der anførte, at den omstændighed, at begrundelsen alene består i en henvisning til de i (mental-)erklæringen foreliggende oplysninger og vurderinger, er udtryk for, at Rådet godkender disse. Rådet henviste endvidere til, at man i tilfælde af væsentlig uoverensstemmelse i bedømmelsen principielt vedlagde den med den undersøgende læge førte korrespon-

dance, hvoraf begrundelsen for Rådets opfattelse sædvanligvis ville fremgå.

Kommissionen gav udtryk for den opfattelse, at det for de juridiske myndigheder ville være en fordel, om Rådets erklæringer indeholdt en nærmere diskussion af de muligheder, der i det givne tilfælde kommer i betragtning, og i højere grad gav udtryk for den tvivl, de enkelte tilfælde kan frembyde (1956-bet. s. 96).

Af den nu gældende forretningsorden for Retslægerådet § 6, stk. 1., 1. pkt., fremgår det, at Rådets erklæringer skal være ledsaget af grunde. Det bemærkes i forarbejderne, at det må tilkomme Rådet at skønne over hvor indgående en begrundelse, der er påkrævet i de enkelte sager, og at begrundelsen undertiden - f.eks. med hensyn til spørgsmål om avlingstid i faderskabssager - kan indskrænkes til en henvisning til det i sagen foreliggende materiale.

I sagen U89.13H udtalte Retslægerådet bl.a. »Rådet afgiver af principielle grunde normalt ikke litteraturreferencer.«

Begrundelsespligten indebærer bl.a., at hvis sagens bedømmelse frembyder tvivl, skal der redegøres herfor, jf. § 6, stk. 1, 2. pkt. I forarbejderne er det anført, at navnlig i straffesager, hvor sanktionsvalget beror på såvel lægelige som retlige hensyn, er det af væsentlig betydning for retsmyndighederne, at det af Rådets erklæring fremgår, om Rådets vurdering af de for sagens afgørelse relevante spørgsmål er mere eller mindre sikker, hvad der er baggrunden for en eventuel usikkerhed med hensyn til vurderingen, og hvilken løsning, navnlig med hensyn til sanktionsspørgsmålet, der efter Rådets skøn subsidiært bør komme i betragtning.

Har der fundet forhandling sted efter reglen i forretningsordenens § 4 (jf. afsnit 4, punkt a) følger det af forretningsordenens § 6, stk. 3, at udfaldet af forhandlingen skal angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparter af skrivelserne vedlægges.

Bilag 2b Særligt om dissens

Et særligt problem opstår, når der ikke er enighed mellem de voterende om vurderingen af den forelagte sag.

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 150 af 30. april 1935 om Retslægerådets forretningsgang hedder det herom: »Viser det sig under sagens behandling ikke muligt at opnå enighed om en udtalelse, kan enhver, der har deltaget i behandlingen, afgive en særlig udtalelse angående sin opfattelse«.

I forarbejderne til denne bestemmelse (1933-bet. s. 26) er det herom anført: »I mangel af positiv bestemmelse har det hidtil været antaget, at Rådets medlemmer og sagkyndige havde adgang til at afgive en særlig udtalelse i tilfælde, hvor det ikke var muligt at opnå enighed om en fælles udtalelse, men det er i den tid, Rådet har bestået, lykkedes medlemmer og sagkyndige i alle tvivlsomme tilfælde at drøfte sig til enighed om en udtalelse, og der har derfor aldrig været afgivet særlige udtalelser fra medlemmer eller sagkyndige. Udvalget er imidlertid af den formening, at det er af betydning, at en bestemmelse af det angivne indhold optages i en bekendtgørelse om Retslægerådets forretningsgang, således at enhver væsentlig uenighed om et Rådet forelagt lægeligt spørgsmål klart vil kunne fremgå af Rådets udtalelse, eventuelt som en særlig udtalelse fra et medlem eller en sagkyndig.«

Problemet er også berørt i bet. 149/56 om de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager, hvor det side 96 anføres, at kommissionen har været opmærksom på, at Retslægerådets medlemmer næsten aldrig benytter deres adgang til at afgive dissens.

Kommissionen indhentede en udtalelse herom fra Retslægerådet, der anførte: »I enkelte tilfælde har der været afgivet dissentierende votum. Når dette ikke finder sted hyppigere, er grunden den, at det ved indgående forhandling sædvanlig lykkes at finde en formulering, der dækker samtlige voterendes mening på de væsentlige punkter. At der ikke sjældent hos medlemmerne kan være afvigende opfattelse af underordnede detaljer, er selvsagt. Eksempelvis kan nævnes, at de psykiatriske voterende meget vel kan være enige om, at en sigtet er sindssyg, men ikke er ganske enige om årsagen til sygdommen (ætiologien) eller de faktorer, der har påvirket sygdommens udvikling (genesen). I sådanne tilfælde vil Rådet sædvanligvis i sit responsum bemærke, at det og det punkt er tvivlsomt og ikke sikkert kan vurderes, men det tjener formentlig ikke noget nyt-

tigt formål at oplyse, at eet medlem har hældet til den og den opfattelse, medens et andet har et afvigende syn på dette spørgsmål, når der dog er fuld enighed om, at den sigtede er sindssyg.

Man skal ikke lægge skjul på, at enkelte principielle spørgsmål ... (her følger en række nu uaktuelle eksempler) ... har givet anledning til meningsforskelligheder indenfor Rådet; men Rådet har hidtil ment, at det også her i almindelighed var rigtigst enten ved intern forhandling at søge at nå til enighed i det enkelte tilfælde eller formulere det afgivne responsum således, at den rådende usikkerhed fremgik tydeligt. Kun i ganske enkelte tilfælde har meningsforskellen været trukket så stærkt op, at dissentierende votum ønskedes afgivet. «

Kommissionen tiltrådte, at dissens angående uvæsentlige punkter er overflødig, men fandt i modsætning til Retslægerådet, at eventuelle meningsforskelle om et relevant led i en mentalerklæring - f.eks. om hvilken sanktion der bør bringes i anvendelse - bør komme tydeligt til udtryk. Kommissionen anførte, at de juridiske myndigheder har krav på den bedst mulige vejledning, og en dissens med fornøden begrundelse vil som regel give et mere præcist billede af, i hvilken grad den lægelige bedømmelse af et givet spørgsmål er usikker, end en formulering, der søger at sammenfatte flere indbyrdes afvigende opfattelser.

Det fremgår af den nu gældende forretningsorden for Retslægerådet § 6, stk. 2, at hvis de voterende ikke er enige i sagens bedømmelse, skal de forskellige opfattelser fremgå af Rådets erklæring. I forarbejderne er det anført, at der med udtrykket »ikke enig i bedømmelsen« sigtes til den for retsmyndighederne relevante bedømmelse. Bestemmelsen vil derfor normalt ikke medføre nogen pligt til at oplyse uenighed om f.eks. en sindssygdoms årsag. Derimod indebærer den, at uenighed med hensyn til sanktionsvalget og i almindelighed også uenighed vedrørende den psykiatriske diagnose skal oplyses.

Antallet af egentlige dissenser i Retslægerådets erklæringer er særdeles lavt i forhold til antallet af sager, som Rådet behandler. Årsagen hertil skal muligvis søges i den principielle holdning til spørgsmålet om dissens, som Rådets tidligere formand, professor, dr. med. Jørgen Voigt citeres for i Jan Rasmussen, Det Iatrogene Ansvar, s. 123: »Princippet har altid været, at Rådet kun undtagelsesvist afgav svar med dissens, og efter min opfattelse er dette begrundet i, at vi ved dissentierende svar ligesom giver op overfor

problemet og overlader afgørelsen til mindre kompetente personer, som ud fra ikke-faglige anskuelser skal »vælge mellem« 2 eller flere muligheder, hvorimod Rådets opgave i virkeligheden skulle være at afgive et vejledende svar, der kan lægges til grund for de juridiske afgørelser. Ved svar med dissens, føler jeg således, at Rådet i virkeligheden svigter sin opgave. Det er naturligvis ikke meningen, at voterende skal tvinges til at tage standpunkter, de ikke kan gå ind for, men meningen skulle være, at der kan fremkomme et vejledende svar, som alle de voterende kan gå ind for, og så må man finde sig i, at dette svar undertiden er et kompromis og måske lidt mere vagt end så mange andre svar.«

Medlem af Retslægerådet, professor Joseph Welner har i en artikel i Advokaten (nr. 1, 1988 side 16) bl.a. anført, at Retslægerådets medlemmer meget sjældent afgiver dissens. Welner finder, at man - hvis man overvejer det store antal af virkelig intrikate spørgsmål, der stilles Rådet - ikke kan undgå den hypotese, at Rådets medlemmer vil være enige. Men denne vilje til enighed er efter Welners opfattelse potentielt vildledende for retten, som jo ikke er nær så bange for dissens. Welner giver udtryk for, at »Vi burde kommunikere vor usikkerhed til retten i usikre tilfælde«.

c. Udvalgets overvejelser og konklusion

Diskussionen vedrørende spørgsmålet om begrundelse må tage udgangspunkt i, at formålet med at indhente Retslægerådets erklæring er at tilvejebringe det bedst mulige beslutningsgrundlag for den myndighed, der skal træffe afgørelse i sagen, typisk domstolene eller patientklagenævnet.

Retslægerådets erklæring skal derfor efter udvalgets opfattelse altid være ledsaget af en begrundelse, omend omfanget af begrundelsen naturligvis bør være afhængig af sagens karakter. Der vil således typisk ikke være det samme behov for en indgående begrundelse i sager, hvor der er tale om at fastlægge avlingstiden for et barn eller størrelsen af en sigtets spirituspromille, som f.eks. i sager vedrørende mentalerklæringer i straffesager.

Begrundelsen skal fremtræde som en forklaring på, hvorfor Rådets erklæring har fået det pågældende indhold. Det bør tilstræbes, at den har en sådan form, at erklæringen kan forstås også af personer, der ikke besidder lægefaglig sagkundskab. I det omfang, erklæringen beror på et skøn, skal begrundelsen angive de hovedhensyn, der har været

bestemmende for skønsudøvelsen. Begrundelsen bør endvidere efter omstændighederne indeholde en kort redegørelse for de oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, som er tillagt væsentlig betydning for erklæringen.

Såfremt bedømmelsen af forhold, der er af væsentlig betydning for Rådets erklæring, giver anledning til tvivl, skal der i begrundelsen redegøres nærmere herfor.

Hvis der ikke er enighed mellem de voterende om bedømmelsen af forhold, der er af væsentlig betydning for Rådets erklæring, skal dette fremgå af erklæringen. Udvalget må i den forbindelse tage afstand fra den opfattelse, at Rådets medlemmer bevidst bør søge at undgå dissenser. En erklæring, der indeholder en dissens, vil ofte være mere vejledende for den myndighed, der skal træffe afgørelse i sagen, end en måske mere vagt affattet erklæring, hvori Rådet har forsøgt at sammenfatte de forskellige opfattelser. Hvis der bliver tale om at »vælge mellem« 2 eller flere muligheder, bør dette valg ikke træffes af Retslægerådet, men derimod af det organ, der skal træffe afgørelse i sagen, og som ofte vil have mulighed for som et led i sin samlede vurdering af sagen også at inddrage andre relevante hensyn end de rent lægefaglige.

Det har fra tid til anden været fremført, at domstolene i for høj grad er tilbøjelige til at følge Retslægerådets udtalelser i deres afgørelser, jf. herved kapitel 5, afsnit 1, punkt c og d. Det kan hertil anføres, at der for så vidt ikke er noget usædvanligt i, at domstolene som oftest har fulgt de sagkyndige udtalelser, som Rådet har afgivet. Noget tilsvarende gør sig gældende i andre sagstyper, hvor der indhentes sagkyndige udtalelser fra udmeldte syns- og skønsmænd såsom f.eks. ingeniører, arkitekter og håndværkere, eller responsa fra branchekyndige. En mere udstrakt brug af dissenser i Rådets erklæringer kunne imidlertid tænkes at føre til, at retterne oftere ville finde grundlag for at fravige den opfattelse, som (flertallet af) de voterende i Rådet var nået frem til.

Efter udvalgets opfattelse bør loven om Retslægerådet indeholde et krav om, at Rådets erklæringer skal ledsages af grunde, ligesom der bør anføres generelle retningslinier for begrundelsens indhold. Der henvises til udvalgets lovudkast.

Bilag 2c Formulering af spørgsmål

1. Indledning.

Udvalget er under sit arbejde blevet opmærksom på en række problemer i forbindelse med formuleringen af de spørgsmål, der forelægges Retslægerådet, og i forbindelse hermed formuleringen af Rådets besvarelser. Disse problemer vil blive belyst i dette kapitel. Problemerne kan opstå i alle sagstyper, og uanset hvem der forelægger sagen for Rådet, men har hovedsagelig vist sig i forbindelse med sager, hvor det gøres gældende, at der er begået fejl af sundhedsvæsenets personale, hvorfor det følgende især tager sigte på disse sager. På samme måde vil der kort blive talt om "retten", som den myndighed, der skal afgøre sagen, selv om også andre offentlige myndigheder kan forelægge spørgsmål for Rådet.

Som nævnt flere gange i det foregående er det Retslægerådets opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Der er altså tale om en sagkyndig udtalelse til vejledning for (parterne og) den myndighed, der skal træffe afgørelse i sagen. Det har i debatten om Retslægerådet været anført, at Rådet reelt træffer afgørelse i de forelagte sager. Det er i tilknytning hertil væsentligt at understrege, at man ved formuleringen af spørgsmål til Rådet bør være opmærksom på, at Rådet alene har til opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn.

Sagens parter vil typisk have modstående interesser, hvilket vil afspejle sig i de spørgsmål, som ønskes stillet til Rådet. Det er derfor klart, at det for sagens rette belysning er af afgørende betydning, at de spørgsmål, der forelægges Rådet, er korrekt og hensigtsmæssigt formuleret, og at Rådets besvarelse er korrekt udformet.

2. Generelt om formulering af spørgsmål.

Som noget helt selvfølgelig må såvel sagens parter som retten overveje, om Retslægerådet er rette forum til besvarelse af det stillede spørgsmål. Er det, der ønskes, f.eks. oplysning om méngrad, er det ikke relevant at spørge Retslægerådet, hvorimod Arbejdsskadestyrelsen ofte vil kunne udtale sig, også selv om der ikke foreligger en arbejdsskade.

Det lader sig ikke gøre at opstille et sæt ideelle spørgsmål, der kan anvendes i alle sager. Dertil er forholdene for forskellige fra sag til sag.

Spørgsmålene vil som regel blive formuleret af advokaterne i sagen, og det er i denne forbindelse afgørende, at de holder sig for øje, at Retslægerådet alene skal foretage en fagkyndig vurdering inden for dets kompetenceområde. Rådet skal derimod ikke udøve nogen judiciel funktion såsom at vurdere foreliggende bevisligheder.

Fremsættes der fra en af sagens parter indsigelse mod en formulering, må spørgsmålet forelægges retten til afgørelse. Men også herudover har retten mulighed for at gribe ind, idet det følger af retsplejelovens § 341, at bevisførelse, der skønnes uden betydning for sagen, ikke kan finde sted. Retten har derfor mulighed for ex officio både at afvise, at Retslægerådet høres, hvis dette på forhånd kan frakendes enhver betydning for sagens afgørelse, og at nægte godkendelse af formuleringen af et spørgsmål.

I bogen Syn og Skøn opstiller Erik Hørlyck en række krav til spørgsmål til syns- og skønsmænd. Spørgsmålene skal være:

- a) konkrete
- b) klare
- c) neutrale
- d) relevante
- e) omfattet af skønsmændens sagkundskab.

Tilsvarende krav kan opstilles til de spørgsmål, der stilles til Retslægerådet.

3. Nærmere om formulering af spørgsmål,

a. konkrete spørgsmål.

Retslægerådet skal udtale sig om bestemt angivne problemstillinger i den konkrete sag. Det er ikke Rådets opgave at skulle foretage en mere generel gennemgang af et handlingsforløb, men der må stilles spørgsmål om Rådets vurdering af konkret påpegede forhold. Der kan således f.eks. stilles konkrete spørgsmål, om et bestemt lægeligt ind-

greb er foretaget i overensstemmelse med anerkendte metoder og principper, men man kan ikke bede Retslægerådet foretage en almindelig gennemgang af, om alt fra indlæggelse til udskrivning er foregået i overensstemmelse med gældende forskrifter. På den anden side vil der som regel ikke være noget til hinder for efter at have stillet en række konkrete spørgsmål om problemstillinger i sagen at stille spørgsmålet: "Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?".

b. Klare spørgsmål.

Spørgsmål skal være så klart formulerede, at de er egnede til at fremkalde brugbare besvarelser, og at der ikke er risiko for misforståelser. I komplicerede sager kan det derfor være en fordel, at advokaten ved formulering af spørgsmålene sikrer sig lægelig bistand.

I sagen U64.4580, hvorunder der var fremsat erstatningskrav mod et sygehus for skader opstået under en kæbehuleoperation, havde sagsøgerens advokat ved forelæggelsen af spørgsmål for Retslægerådet bistand af en overlæge, der også var til stede under domsforhandlingen.

I sagen U68.448H havde sagsøgers advokat ved gennemgangen af sagens lægelige papirer bistand af en læge, der var udpeget af Den Almindelige Danske Lægeforenings Responsumudvalg, jf. herved overfor kapitel 4, afsnit 2, punkt g.

I U87.5940 blev en sagsøger, der havde fri proces i en erstatningssag mod et sygehus, meddelt tilladelse til inden for et af byretten fastsat beløb at antage særlig sagkyndig, lægelig bistand med henblik på yderligere spørgsmålsstillere til Retslægerådet.

I U88.166H udarbejdede en overlæge for sagsøgeren en række spørgsmål, der blev forelagt for Retslægerådet.

Man bør søge at undgå juridiske udtryk, som kan misforstås af andre faggrupper. Man bør således være meget opmærksom på, at udtryk som f.eks. "forårsage", "fejlskøn" og "fejl" kan have forskellig betydning blandt jurister og blandt læger.

Komplicerede spørgsmål, hvor der lægges op til mange nuanceringer, bør undgås. Der opnås langt større klarhed ved i givet fald i stedet at stille en række korte selvstændige

spørgsmål.

Også Retslægerådet må være opmærksomt på risikoen for misforståelser. Er der tvivl om forståelsen af et spørgsmål, har Retslægerådet mulighed for - på samme måde som ved indhentelse af yderligere oplysninger, jf. ovenfor kapitel 7, afsnit 4, punkt c - at meddele retten, at en præcisering af spørgsmålet er nødvendig. Da dette uvægerlig vil betyde en forsinkelse af sagen, er der også den mulighed, at Rådet ved besvarelsen klart giver udtryk for, hvorledes man har forstået det pågældende spørgsmål.

c. Neutrale spørgsmål.

Det er også nærmest en selvfølge, at spørgsmål skal præsenteres neutralt. Det er ikke Retslægerådets opgave at afgøre den foreliggende tvist, men alene at medvirke til at skabe et grundlag for rettens afgørelse, og enhver form for procedure gennem spørgsmålene bør derfor undgås. Ledende og kaptiøse spørgsmål må ikke stilles. Man må således ikke i spørgsmålene præsentere omtvistede forhold som kendsgerninger, der kan lægges til grund. Dette udelukker imidlertid ikke, at det af et spørgsmål fremgår, hvilken besvarelse spørgeren helst ser, og der er ikke noget til hinder for at spørge: "Kan Retslægerådet tiltræde den opfattelse, at..."

d. Relevante spørgsmål.

De stillede spørgsmål skal have sammenhæng med de anbringender, der er gjort gældende eller vil blive gjort gældende i forbindelse med den foreliggende tvist. Vidtløftige spørgsmål, hvis besvarelse ikke kan tjene til vejledning ved sagens afgørelse, bør ikke stilles. De tjener kun til at trække sagen i langdrag. En skarp grænse kan dog ikke trækkes, og parterne må formentlig have et vist spillerum i betragtning af, at høring af Retslægerådet finder sted under sagens forberedelse, og besvarelsen kan give anledning til ændring af eller fremsættelse af nye anbringender.

Spørgsmål, der går uden for Retslægerådets kompetence, f.eks. fordi besvarelsen heraf henhører under en anden myndighed, eller fordi de går ud på bevisvurdering, må afvises som irrelevante. Det samme må gælde spørgsmål, der åbenbart har karakter af "fiskeri", altså spørgsmål, der uden sammenhæng med den foreliggende tvist har til formål at få "noget til at dukke op". Spørgsmål skal med andre ord være egnede til at hidføre en for sagen brugelig besvarelse.

På denne baggrund kan det diskuteres, om følgende spørgsmål, der nok må betegnes som et grænsetilfælde, var relevant. I forbindelse med en operation skete der utilsigtet skade på patienten. Et af en lang række spørgsmål lød:

"Kan Retslægerådet med bestemthed udelukke, at en lidt større forsigtighed fra den opererende læges side kunne have reduceret eller fjernet risikoen for"

For det første kan spørgsmålet siges at være næsten umuligt at besvare i og med, at det, når det drejer sig om menneskelige handlinger og biologiske fænomener, kan være meningsløst at udelukke noget med bestemthed.

For det andet synes spørgsmålet at lægge op til en lidt anden vurdering af ansvarsgrundlaget i erstatningssager af denne type end den sædvanlige, jf. ovenfor kapitel 5, afsnit 3, punkt 1.

Noget tilsvarende gælder, hvis der spørges, om en bestemt behandling har været "optimal".

e. Spørgsmål omfattet af Retslægerådets sagkundskab.

Det er væsentligt, at spørgsmålene ikke lægger op til en bedømmelse, der ikke er omfattet af Retslægerådets kompetence, men hører retten til. Rådet skal således ikke anmodes om at komme med vurderinger af almen eller juridisk karakter. Der kan spørges om, hvad der kan være årsagen til en bestemt begivenheds indtræden, og om en bestemt fremgangsmåde fagligt er anerkendt og forsvarlig, men Rådet skal ikke udtale sig om, hvem der bærer ansvaret for en bestemt skade, eller på anden måde tage stilling til beviserne.

Det er forekommet, at Retslægerådet af de relevante myndigheder er blevet stillet spørgsmål som:

"Har læge N.N. gjort sig skyldig i grovere forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, jfr. lægelovens § 18, ved at have undladt at rykke for... (et undersøgelsesresultat)".

"Har læge P.P. efter Rådets opfattelse i sin handlemåde gjort sig skyldig i grov fejl og forsømmelse".

Hvad, der anmodes om i disse spørgsmål, er ikke et lægevidenskabeligt skøn, men en vurdering, som vedrører den juridiske bedømmelse, og en sådan ligger det ikke inden for Retslægerådets sagkundskab at udtale sig om.

Tilsvarende gælder spørgsmål, hvor politi eller anklagemyndighed til brug for overvejelserne om tiltalerejsning har spurgt Retslægerådet, om nogle skader, der var nærmere beskrevet i en lægeerklæring, "kan anses at være af en sådan karakter, som beskrevet i straffelovens § 246". (Der var tale om formuleringen af § 246 forud for den 1. juli 1989). Også her lægges der op til en juridisk vurdering, som det ikke er Retslægerådets opgave at foretage. Hvis der var tvivl om skadernes væsentlighed, kunne der i stedet spørges mere konkret om det rent lægelige: Om forringelsen af synet må antages at være permanent, om der er mulighed for genoptræning af tale evnen etc.

Noget helt tilsvarende gør sig gældende, hvor Retslægerådet er blevet spurgt, om skadelidte i en voldssag har været udsat for "mishandling".

Besvarelse af sådanne spørgsmål om en hovedsagelig juridisk vurdering kan være med til at fremme den opfattelse, at Retslægerådet træffer afgørelse i sagerne. Som nævnt ovenfor kapitel 5, afsnit 1, punkt d, finder udvalget ikke, at der bør tillægges Retslægerådet afgørelseskompetence, og man bør ved formulering af spørgsmål til Rådet være opmærksom på, at man alene har krav på at få et lægevidenskabeligt eller farmaceutisk skøn.

4. Retslægerådets besvarelse.

Retslægerådet bør ved udarbejdelsen af besvarelsen holde sig for øje, at denne skal tjene til at skaffe retten det rigtige grundlag for at afgøre den foreliggende tvist mellem parterne.

Rammerne for besvarelsen er naturligvis de stillede spørgsmål, men hvor detaljeret besvarelsen bør være, kan ikke siges generelt. Ofte vil advokaterne have en interesse i klare og entydige svar, som kan indgå i argumentationen i proceduren, men Retslægerådet bør ikke, selv om et spørgsmål lægger op hertil, svare med ja eller nej, hvis Rådet finder, at det ville være en fagligt uforsvarlig simplificering. Et ja eller nej må i så fald suppleres med de nuancerende og modificerende betragtninger, som sagen giver anledning til. Retslægerådet bør, jf. ovenfor under afsnit 3, punkt a, være opmærksom på,

at en eventuel uklarhed i et spørgsmål bliver afklaret. Rådet skal dog også være opmærksomt på, at der er en glidende overgang til forhold, der ikke er spurgt om, jf. nedenfor under afsnit 5.

Er der stillet ukorrekte spørgsmål, idet der f.eks. efterlyses en ansvarsplacering eller anden juridisk stillingtagen, må Rådet undlade at svare, idet man ikke altid kan forlade sig på, at de spørgsmål, der har fået lov at passere, faktisk er acceptable. Som eksempel herpå kan henvises til:

U88.583V. I en sag om et færdselsuheld med dødelig udgang var der stillet Retslægerådet følgende spørgsmål: "Har afdøde N.N. med en alkoholpromille på 2,35 været i stand til at føre bil på betryggende måde?" Retslægerådet svarede, "at man principielt ikke udtaler sig om personers evne til at føre motorkøretøj på betryggende måde, idet dette spørgsmål anses for at ligge uden for Retslægerådets område".

Det vil i øvrigt gøre besvarelsen mere overskuelig, hvis Retslægerådet går over til - i lighed med, hvad der er sædvanligt i syns- og skønserklæringer - at anføre spørgsmålene et for et med Rådets besvarelse følgende umiddelbart efter hvert spørgsmål.

5. Forhold, der ikke er spurgt om.

Det hænder, at Retslægerådet bliver opmærksomt på forhold, som spørgsmålsstilleren åbenbart ikke har været bekendt med, idet der ikke er stillet spørgsmål herom. Rådet bør dog ikke inkludere sig på at udtale sig om forhold, som der ikke er spurgt om. Gør Rådet det alligevel, svækkes tilliden til Rådets upartiskhed. I U88.4410 var det en medvirkende årsag til, at afhøring af et sagkyndigt vidne blev tilladt, at "Retslægerådet i sit første svar i indledningen har taget stilling til andet og mere end det, parterne havde spurgt om, uden at dette ses at have været nødvendigt for at afgive fyldestgørende svar på de stillede spørgsmål".

Det fører imidlertid ikke uden videre til, at Retslægerådet skal lukke øjnene for, hvad man bliver opmærksom på. En afklaring vil i mange tilfælde kunne opnås ved at søge de stillede spørgsmål præciseret, jf. ovenfor under afsnit 3, punkt b. I andre tilfælde kan problemet løses, ved at Rådet meddeler den myndighed, der har forelagt sagen, at indhentelse af yderligere skriftligt materiale skønnes af betydning for besvarelsen af de stillede spørgsmål, jf. ovenfor kapitel 7, afsnit 4, punkt c og d. Det vil derimod ikke være

korrekt at opfordre til, at der bliver stillet helt nye spørgsmål uden sammenhæng med de allerede stillede.

6. Retslægerådets ordvalg.

I forbindelse med behandlingen af sager, hvor Retslægerådet bliver anmodet om at vurdere kvaliteten af den lægelige indsats, anvender Rådet ofte en af fire formuleringer:

1. Ingen fejl.
2. Hændeligt uheld.
3. Lægeligt fejlskøn.
4. Fejl.

Ved "hændeligt uheld" forstår Rådet, at lægen efter de givne kriterier har handlet korrekt, men at slutresultatet af en eller anden årsag, som altså ikke kan tilskrives lægens faglige adfærd, er blevet dårligere end sædvanlig (f.eks. som følge af biologiske variationer).

Et "lægeligt fejlskøn" foreligger, når lægen ud fra de foreliggende præmisser og en adækvat undersøgelse har mulighed for at drage mere end én konklusion med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, og hvor først forløbet senere viser, at den af lægen truffe beslutning ikke var den optimale i det konkrete tilfælde. I sådanne tilfælde har lægen ikke begået en faglig fejl, men hans handling har på den ene eller anden måde haft uheldig indflydelse på patientbehandlingens endelige resultat.

Ved "fejl" forstås i virkeligheden mange ting. Det kan dels dreje sig om, at lægen ud fra nogle foreliggende præmisser har stillet en diagnose, som præmisserne ikke lagde op til med deraf følgende forringet resultat for patienten, men der kan også være tale om, at lægen har handlet imod de almindelige anerkendte principper for lægevirksomhed (utilstrækkelig og dårlig undersøgelse, attestfejl m.v.). Disse forhold kan således både omfatte manglende omhu og samvittighedsfuldhed (lægelovens § 6), grovere eller gentagne forsømmelse eller skødesløshed (lægelovens § 18) eller endog straffelovsovertrædelser.

7. Mindretalsudtalelse om besvarelsens udformning

Et mindretal i udvalget (Niels Arthur Hansen og Lars Adam Rehof) har følgende yderligere bemærkninger til spørgsmålet om Retslægerådets valg af udtalelsens udformning:

En række sager af både konkret og generel karakter har givet anledning til at drøfte Rådets forpligtelse til i sin vurdering af forelagte spørgsmål i højere grad at være opmærksom på heri indeholdte valg med hensyn til den indholdsmæssige udformning af Rådets udtalelse. Disse valg, som kan have konsekvenser for brugen af Rådets udtalelser, og som kan anfægte Rådets neutralitet, bør allerede af faglige grunde indgå i Rådets vurderinger.

For at illustrere problemstillingen kan man pege på p-pille-sagerne, der verserede for domstolene for nogle år siden.

Rådet kan her vælge mellem forskellige - fagligt set fuldt ud mulige - standarder. Man kan vælge:

- a) at konstatere, at der ikke er fremlagt entydigt naturvidenskabeligt "bevis" for, at indtagelse af bestemte p-pille-præparater giver blodpropper i hjernen, eller
- b) at konstatere, at der ikke er ført entydigt "bevis" for at pågældende p-piller må antages at være uskadelige, eller
- c) at konstatere, at der består betydelig tvivl, og at der derfor kan være en betydelig risiko.

Rådets valg af en af de nævnte eller andre standarder kan alle ske indenfor en faglig ramme. Det er imidlertid hverken praktisk eller juridisk ligegyldigt, hvilken konklusion man (vælger at) drage. Hvis man vælger den første mulighed, vil de pågældende kvinder formentlig ikke få erstatning, hvis man vælger den anden mulighed, vil de muligvis heller ikke få erstatning, hvis man vælger den tredje mulighed, er det ikke usandsynligt, at de vil kunne få erstatning. Retslægerådet bør i sin praksis gøre sig disse valg klart.

Man kan diskutere om Rådet overhovedet bør vælge at svare på sådanne spørgsmål, der - hvad enten man vil eller ej - i praksis har væsentlige politiske implikationer. Hensynet til Rådets neutralitet indebærer, at besvarelsen af sådanne spørgsmål i videst muligt

omfang bør varetages af den ansvarlige ministers administrative organer, eksempelvis Sundhedsstyrelsen.

Mindretallet finder det ikke hensigtsmæssigt at nedfælde de ovennævnte bemærkninger i en detaljeret lovregel, idet der vil være tale om en konkret vurdering. Mindretallet skal dog foreslå, at der i loven indsættes en bestemmelse, hvorefter Rådet i forbindelse med anmodning om afgivelse af en udtalelse vedrørende et konkret eller generelt forhold, har pligt til at overveje hensynet til Rådets neutralitet, herunder afværge misbrug af Rådets neutralitet, og efter omstændighederne afslå af afgive den ønskede udtalelse. Der henvises til § 1, stk. 3, i mindretallets lovudkast.

Den ovennævnte sag om p-piller er gengivet i:

U89.135H. Seks kvinder, der havde benyttet p-piller og var blevet ramt af blodprop i hjernen, påstod Sundhedsstyrelsen, der havde godkendt pillerne, og nogle medicinalfirmaer, der havde forhandlet pillerne, dømt til at betale invaliditetserstatning. Under sagen blev der stillet en række spørgsmål til Retslægerådet. Til brug for Højesterets behandling af sagen udtalte Rådet bl.a.: "På baggrund af en samlet vurdering af de tidligere foreliggende og nytilkomne videnskabelige arbejder, der belyser sammenhængen mellem forbruget af p-piller og ... (blodpropper) ..., finder Retslægerådet, at en statistisk sammenhæng er sandsynliggjort, men ikke definitivt fastslået". Sundhedsstyrelsen og medicinalfirmaerne blev frifundet. I landsrettens begrundelse, der blev tiltrådt af Højesteret, anføres det bl.a.: "Der findes ... ikke at være påvist sandsynlighed for sammenhæng mellem forekomst af blodpropper og brugen af p-piller i en sådan grad, at det kan side-stilles med det i erstatningsretlig henseende fornødne bevis for årsagssammenhæng i det enkelte tilfælde. - Der findes ikke grundlag for på dette særlige område at bringe andre regler om erstatningsretlig årsagsforbindelse i anvendelse end dem, der er udviklet i retspraksis. Andre regler vil forudsætte videregående overvejelser om ansvar for produktskader, respektive medicinskader, eller indførelse af forsikringslignende ordninger. Landsretten må herefter fastslå, at der ikke ved de påberåbte omstændigheder enkeltvis eller samlet er ført bevis for, at sagsøgerens anvendelse af p-piller har forårsaget sygdomstilfældet. Allerede som følge heraf, og da rimelighedsbetragtninger ikke kan føre til et andet resultat, kan sagsøgerens påstand ikke tages til følge ...".

Bilag 3 Vejledninger fra Retslægerådet

Bilag 3a Forelæggelse af sager/retssager for Retslægerådet samt udformning af spørgsmål til rådet

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

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

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

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

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

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

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

Retslægerådet anvender således processkrifterne til at danne sig et overblik over sa-

gens faktiske omstændigheder, der indgår i den lægelige vurdering af det forelagte lægelige materiale, ligesom rådet anvender de relevante ikke-lægelige bilag, i det omfang disse har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen.

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

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

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

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

Retslægerådet bemærker i den forbindelse, at fremsendelse af fortrolige og personfølsomme oplysninger via e-mail skal ske i overensstemmelse med persondatalovens § 7, § 8 og § 41, stk. 3 og 5, sikkerhedsbekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 samt Datatilsynets sikkerhedsvejledning nr. 37 af 2. april 2001.

Retslægerådet er endvidere indstillet på, efter begæring fra den hørende myndighed, at fremsende rådets udtalelse digitalt i overensstemmelse med de ovenfor nævnte bestemmelser.

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

Bilag 3b Vejledning om udformning af spørgsmål til Retslægerådet i civile sager

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

Kompetence til at forelægge sager for Retslægerådet:

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

Generelt om formulering af spørgsmål:

Det er en forudsætning, at spørgsmålene er:

- 1) **Konkrete** – at spørgsmålene vedrører bestemt påpegede forhold. Rådet kan **ikke** påtage sig **at** referere eller bekræfte, hvad der står at læse i sagsakterne, **at** udarbejde resume af sagsakterne eller **at** foretage generelle helbreds vurderinger. Rådet foretager ikke generel diagnosticering eller resume af alle lidelser. Det påhviler derfor sagens parter at udpege de konkrete forhold og lidelser/gener, som parterne ønsker rådets skøn over.
- 2) **Klare** – at spørgsmålene er klart formuleret, således at misforståelser undgås, og det tydeligt fremgår, hvad sagens parter ønsker rådets skøn over.
- 3) **Neutrale** – at der ikke lægges op til, at rådet skal afgøre den foreliggende tvist, idet det alene er rådets opgave at skaffe et grundlag for myndighedens/rettens afgørelse af den forelagte sag.
- 4) **Relevante** – at spørgsmålene skal have sammenhæng med den foreliggende tvist. Herunder at der – ved anmodning om rådets skøn over om en skade er opstået ved en bestemt hændelse eller arbejdssituation – foreligger en entydig beskrivelse af hændelsen eller arbejdsprocessen.

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

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

Bilag 3c Ajourført vejledning vedrørende forelæggelse af civile sager for Retslægerådet

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

- 1) Retsbog vedrørende rettens godkendelse af forelæggelsen, det af retten godkendte spørgetema inklusive bilagsfortegnelse samt sagens relevante processkrifter. Spørgetema bedes tillige fremsendt digitalt via rådets e-mailadresse: retslaegeraadet@retslaegeraadet.dk, idet opmærksomheden dog henledes på persondatalovens § 7, § 8 og § 41, stk. 3 og 5, sikkerhedsbekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 samt Datatilsynets sikkerhedsvejledning nr. 37 af 2. april 2001.
- 2) Lægelige bilag herunder alt relevant billedmateriale fra røntgenundersøgelser, CT og MR-skanninger mv.
- 3) Andre bilag der har betydning og relevans for den lægelige vurdering af sagen.

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

- 1) At alt relevant lægeligt materiale fremsendes samlet.
- 2) At de lægelige bilag holdes adskilt fra det øvrige fremsendte materiale.
- 3) At bilagene er ordnet kronologisk efter datering.
- 4) At bilagene er sammenhæftet hver for sig, ved omfattende bilag i et chartek for sig.
- 5) At bilageringen er entydig (herunder underbilag). Den oprindelige sagsbilagering må gerne anvendes, og hvor bilaget er et samlebilag, anmodes om, at underbilaget påføres underbilagsnummer.

- 6) At der er vedlagt eller indført en bilagsfortegnelse i spørgetemaet over det lægelige materiale med angivelse af bilagene i kronologisk orden – forsynet med angivelse af navn (læge/hospital) samt datering (dato for erklæringer – tidsrum for journalmateriale) for de enkelte bilag.
- 7) At bilagene fremsendes i ét eksemplar uden dubletter.
- 8) At bilagene er læselige og komplette
- 9) At bilageringen opretholdes ved en eventuel senere genfremsendelse af sagen.
- 10) At alle relevante røntgenbilleder og skanningsresultater fremsendes sammen med sagen.
- 11) At der i sager om arbejdsskader, hvor det er relevant, vedlægges en arbejdsbeskrivelse, eventuelt to, såfremt der er strid om arbejdets omfang og udførelse, medmindre arbejdsbeskrivelsen fremgår af vedlagte processkrifter, hvortil der skal henvises.

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

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

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

Bilag 4 Eksempel på voteringsark

Votering blandt Retslægerådets lægelige eksperter

RETSLÆGERÅDET J. NR.	Voteringsark nr. 1	RETSLÆGERÅDET J. NR. 155472	Voteringsark nr. 2	RETSLÆGERÅDET J. NR.	Voteringsark nr. 3
	<p>27.11.13 7.7</p> <p>NB! Der mangler noget på J. nr.</p> <p>Ad Spn 4, 2 og 3: Spn er blevet formlid, men alligevel behandlet til 6. Under pågik og i forbindelse symptomer/eksponere.</p> <p>Følgerde ikke op.</p> <p>4. MAR 2014 1. ad 2. Lægen Per Thorsaldsen</p> <p>16. APR 2014 2. ad 2. Lægen Per Thorsaldsen</p> <p>13. MAR 2014 3. ad 2. Per Thorsaldsen</p>	<p>CT skanning af cerebrium, Viborg Sygehus, 15-03-2011.</p> <p>Viser normale forhold i fossa posterior. Normalt ventrikelsystem. Bagtil i højre frontallap lige foran Finsons Sylvii ses en lille cyste på ca. 16 mm. Formodentlig arachnoidea cyste, som er et tilfældigt fund. Normale sulci på overfladen.</p> <p>RD: Cystis arachnoidea frontalis det.</p> <p>Røntgen af columna cervicalis, Viborg Sygehus, 15-03-2011.</p> <p>Viser alle corpora og disci normale. Normale foramina og svævelsforhold omkring dem. Ingen tegn på friske eller gamle frakturer eller lokustioner.</p> <p>Normale bladdede.</p> <p>RD: I.a.</p> <p>MR skanning af cerebrium, Viborg Sygehus, 17-03-2011.</p> <p>Viser normale forhold i fossa posterior. Ventrikelsystemet er normalt. Der ses blandt i højre frontallap lige foran Finsons Sylvii en lille arachnoidea cyste uændret fra tidligere. Ingen demyeliniserende områder. Ingen mistanke om gamle eller friske traumatiske læsioner. Der er foretaget MR angio af de intracerebrale kar og intarsierne. Alder kan ses normalt. Ingen tegn på aVM.</p> <p>RD: Cystis arachnoidea frontalis det.</p> <p>MR skanning af columna cervicalis, Viborg Sygehus, 29-03-2011.</p> <p>Viser ændret højdereduktion af discus C4/5 og C5/6, men med normalt vandindhold i begge. Ingen reaktive tomadfringer i knogletør omringning. Kan være lumbal. Ingen prolaps og andet. Normale foramina og normale bladdede. Modella fremtræder normal, og der er normal plads omkring modella.</p> <p>RD: degeneration C4/5 og C5/6-ene-pro.</p> <p>Røntgen af columna lumbalis med funktion, Viborg Sygehus, 12-05-2011.</p> <p>Viser alle corpora og disci normale. Normal let kileform af T12, L1 og L1.</p> <p>Ingen spondylolisthese. Der er forholdsvis ringe bevægelige ved extension og flexion, men ingen forkyllinger.</p> <p>RD: I.a.</p> <p>Røntgen af columna lumbalis, Skive Sygehus, 11-01-2012.</p> <p>Viser alle corpora og disci normale. Normal let kileform af T12 og L1.</p> <p>Tager spondylolisthese. Uændret fra tidligere.</p> <p>RD: I.a.</p> <p>MR skanning af cerebrium, Viborg Sygehus, 29-05-2012.</p> <p>Viser normale forhold i fossa posterior. Ventrikelsystemet er normalt. Der ses blandt i højre frontallap lige foran Finsons Sylvii en lille arachnoidea cyste uændret fra tidligere. Ingen demyeliniserende områder. Ingen mistanke om gamle eller friske traumatiske læsioner. Skanningen er uændret fra tidligere.</p> <p>RD: I.a.</p>	<p>2014</p> <p>ad 6) Der henvises til svar på spørgsmål 1.</p> <p>ad 7) Lidt.</p> <p>ad 8) De subjektive symptomer er ikke undersøgt med kvantitativ metode, som tillader en gyldig sammenligning af, om der måtte være målbare variation i generens sværhedsgrad til forskellig tid.</p> <p>ad 9) Der henvises til svar på spørgsmål 8.</p> <p>ad 10-11) [må bevares af medvoterende, jeg har ingen kommentarer]</p> <p>1-4 Som foreslået af Per Thorsaldsen</p> <p>5 Egen læges journal (bilag 2) indeholder en række noter om bevægelsespræstationer: herunder muskelstyrker i rækken 01.09.08 (side 3), arbed i muskler 28.04.09 (side 3), ryg- og nakkesmerter 19.01.10 (side 7), hovedtraume 05.02.10 (side 8).</p> <p>6-9 Som foreslået af Per Thorsaldsen.</p> <p>10 Nej</p> <p>11 Nej</p>		

Bagsiderne af voteringsark

<p>29.04.14 7.7</p> <p>Per Thorsaldsen</p> <p>Ikke der synes at være ændret</p> <p>29.04.14 Per Thorsaldsen</p> <p>17.04.14 RD off</p>	<p>14 7.7</p> <p>Ad undersøgelse af sværhedsgraden af skadet til 16.04.14</p> <p>Spn 01 2.000</p> <p>Ikke spøgelsestest viser ikke i nogen nærværende grad RRS lægeragtige skade, men resultat af de lægelige akter, som i den interesserede periode omfatter journal fra egen læge, hospitaljournaler fra kirurgisk og neurologisk afdeling foruden tre specialundersøgelser, desuden set alle forebyggende. Herudover kommer spørgsmålet, som RR har tradition for at bevare kortene, nemlig ændringer mellem varige og midlertidige gener. Så det er det på, at hele spørgsmålet kan svares. Alternativt kan man være mere retfærdig over for dem, som i det efterfølgende.</p> <p>Forslag til RRS besvarede:</p> <p>ad 1) Spørgsmålet har rummelig karakter, RR kan ikke indetst for en udførelse. Det kan dog oplyses, at der ved undersøgelse hos den praktiserende læge godt en eller to eller begge dele af de nævnte klager over nakkesmerter siden traumat og der kronisk samtidig konstateres omme nakkesmerter. Bevægeligheden i halshvirvelsøjlen var normal. Det er muligt, at svarene ved skibet på et og en let nakkesmerter, men det er ikke muligt for RR at konstatere sandsynlighedsgraden.</p> <p>De i øvrigt omhandlede gener kan efter RRS ske væsentligt eller det ikke kendes sammen med skibet.</p> <p>ad 2) Der henvises til svar på spørgsmål 1.</p> <p>ad 3) RR svarer sig ikke om symptomens varighed eller prognose.</p> <p>ad 4) Der er god overensstemmelse mellem subjektive klager over nakkesmerter og konstateringen af muskelskade.</p> <p>ad 5) Den praktiserende læges journal indeholder et notat om ryg- og nakkesmerter dateret 19-01-2010, RR indetst ikke for at svare er udførelse.</p>	<p>6.04.2014</p> <p>Per Thorsaldsen</p> <p>29.01.14, Samme sag - supplerende fremsendelse</p> <p>29.01.2014 - Lars Tue Sørensen</p> <p>E3-422</p> <p>28.01.14, Samme sag</p> <p>17.02.2014 - Lars Tue Sørensen</p> <p>Ad 1) Skibet Per Thorsaldsen vil have Hvidt og det vil være i forhold til al Per Thorsaldsen er kontak 17.04.14.</p> <p>Spn på de klager på sig</p> <p>Ad 2) Per Thorsaldsen vil have Hvidt og det vil være i forhold til al Per Thorsaldsen er kontak 17.04.14.</p> <p>Spn på de klager på sig</p>
--	---	---

Bilag 5 Registreringsskemaer

Retslægerådets whiplash-undersøgelse

Administrativt registreringsskema

1 CPR-nummer —

2 Løbenummer

3 Sagen modtaget (dato)

4 Sagen sufficient Ja

Hvis "ja" fortsæt til item 7, hvis "nej" fortsæt til item 5

Nej

5 Hvad mangler? (sæt eventuelt flere krydser)

5.1 Billeddannende undersøgelse

5.2 Speciallægeundersøgelse

5.3 Egen læges journal

5.4 Andet (beskriv)

6 **Sagen sufficient (dvs. manglende materiale modtaget) dato**

7 **Sagens afsendt fra Retslægerådet (dato)**

8 **Supplerende spørgsmål modtaget** Ja

Hvis "nej" fortsæt til item 10

Nej

8.1 **Hvis "ja" (dato)**

8.2 **Sagen afsendt fra Retslægerådet (dato)**

9 **Yderligere supplerende spørgsmål** Ja

Hvis "nej" fortsæt til item 10

Nej

9.1 **Hvis "ja" (dato)**

9.2 **Sagen afsendt fra Retslægerådet (dato)**

10 **De voterendes lægelige speciale**

10.1 **Neurologi**

10.2 **Neurokirurgi**

10.3 **Ortopædkirurgi**

- 10.4 Reumatologi
- 10.5 Psykiatri
- 10.6 Radiologi
- 10.7 Andet eller endnu en med ovennævnte speciale (*beskriv*)

11 Den voterende neurologs regionale ansættelse

- 11.1 Hovedstaden
- 11.2 Sjælland
- 11.3 Syd
- 11.4 Midt
- 11.5 Nord
- 11.6 Ingen voterende neurolog
- 11.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

12 Den voterende neurokirurgs regionale ansættelse

12.1 Hovedstaden

12.2 Sjælland

12.3 Syd

12.4 Midt

12.5 Nord

12.6 Ingen voterende neurokirurg

12.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

13 Den voterende ortopædkirurgs regionale ansættelse

13.1 Hovedstaden

13.2 Sjælland

13.3 Syd

13.4 Midt

13.5 Nord

13.6 Ingen voterende ortopædkirurg

13.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

14 Den voterende reumatologs regionale ansættelse

14.1 Hovedstaden

14.2 Sjælland

14.3 Syd

14.4 Midt

14.5 Nord

14.6 Ingen voterende reumatolog

14.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

15 Den voterende psykiaters regionale ansættelse

15.1 Hovedstaden

15.2 Sjælland

15.3 Syd

15.4 Midt

15.5 Nord

15.6 Ingen voterende psykiater

15.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

16 Den voterende radiologs regionale ansættelse

16.1 Hovedstaden

16.2 Sjælland

16.3 Syd

16.4 Midt

16.5 Nord

16.6 Ingen voterende radiolog

16.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

17 Den voterende "andens" regionale ansættelse

17.1 Hovedstaden

17.2 Sjælland

17.3 Syd

17.4 Midt

17.5 Nord

17.6 Ingen voterende "anden"

17.7 Ukendt, andet (*beskriv*) _____

18 Er der afgivet dissens?
Hvis "nej" fortsæt til item 20.

Nej

Ja

19 Spørgsmål med dissens *(skriv af)*

19.1 _____

19.2 Flertallets udtalelse *(skriv af)*

19.3 Mindretallets udtalelse *(skriv af)*

- 19.4 Neurologi
- 19.5 Neurokirurgi
- 19.6 Ortopædkirurgi
- 19.7 Reumatologi
- 19.8 Psykiatri
- 19.9 Andet (beskriv) _____

20 Endelig afgørelse (dato)

Afgjort ved

- 20.1 Dom
- 20.2 Sagen forlist
- 20.3 Sagen hævet
- 20.4 Ukendt

Retslægerådets whiplash-undersøgelse

Juridisk registreringsskema

2 Løbnummer

21 Alder

22.1 Mand

22.2 Kvinde

23.1 Er det muligt for den juridisk uddannede læser at forstå de faktuelle forhold, der har ført til erklæringens konklusioner?

Kommentar _____

23.2

Er det muligt for den juridisk uddannede læser at følge de lægefaglige tankerækker, der har ført til erklæringens konklusioner?

Kommentar _____

23.3

Forekommer der for den juridisk uddannede læser at være inkonsistenser i besvarelsen af de Enkelte spørgsmål?

Kommentar _____

23.4 Giver erklæringen den juridisk uddannede læser anledning til tvivl med hensyn til forståelsen?

Kommentar _____

23.5 Indeholder erklæringen for den juridisk uddannede læser en tilstrækkelig begrundelse for sine konklusioner?

Kommentar _____

23.6 Er erklæringen egnet til at indgå som bevismiddel i en civil retssag?

Kommentar _____

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, juridisk relevante og forståelige?

24.1 Ja

24.2 Nej

24.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv _____

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse klare?

25.1 Ja

25.2 Nej

25.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse neutrale?

26.1 Ja

26.2 Nej

26.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse relevante?

27.1 Ja

27.2 Nej

27.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse omfattet af Retslægerådets fagkundskab?

28.1 Ja

28.2 Nej

28.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse juridisk forståelige?

29.1 Ja

29.2 Nej

29.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, juridisk relevante og forståelige?

30.1 Ja

30.2 Nej

30.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse klare?

31.1 Ja

31.2 Nej

31.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse neutrale?

32.1 Ja

32.2 Nej

32.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse relevante?

33.1 Ja

33.2 Nej

33.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse omfattet af Retslægerådets fagkundskab?

34.1 Ja

34.2 Nej

34.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse juridisk forståelige?

35.1 Ja

35.2 Nej

35.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse klare, neutrale mv.?

36.1 Ja

36.2 Nej

36.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en juridisk opfattelse forståelse?

37.1 Ja

37.2 Nej

37.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse klare, neutrale mv.?

38.1 Ja

38.2 Nej

38.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en juridisk opfattelse forståelse?

- 39.1 Ja
- 39.2 Nej
- 39.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Skyldes eventuelle supplerende spørgsmål efter et juridisk skøn (evt. flere krydser)

- 40.1 Ingen supplerende spørgsmål
- 40.2 Utilstrækkelig første besvarelse
- 40.3 Besvarelsen af de første spørgsmål giver anledning til nye
- 40.4 Er overflødige, dvs. er sufficient besvaret første gang
- 40.5 Sagligt set det samme spørgsmål, der genfremsendes i en anden sproglig formulering
- 40.6 Spørgsmålet har ikke sammenhæng med sagens faktuelle forhold

Afgørelsen

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 41.1 | Sagsøger får ret | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 41.2 | Sagsøger får delvis ret | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 41.3 | Sagsøgte frikendes | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 41.4 | Ukendt | <input type="checkbox"/> |

*Kommentar – bl.a. såfremt afgørelsen ikke følger Retslægerådets skøn om
Årsagsforhold*

- 42 Særlige bemærkninger vedrørende afgørelsen, f.eks. uenighed mellem byret og landsret, en Højesteretsafgørelse, særlige begrundelser, Retslægerådets udtalelse ikke medtaget etc.

Ja

Hvis "ja" beskriv

Nej

07.06.2012

Retslægerådets whiplash-undersøgelse

Lægeligt registreringsskema

Løbenummer

Alder

Mand

Kvinde

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse klare?

Ja

Nej

Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse neutrale?

43.1 Ja

43.2 Nej

43.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse relevante?

44.1 Ja

44.2 Nej

44.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse omfattet af Retslægerådets fagkundskab?

45.1 Ja

45.2 Nej

45.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse forståelige?

46.1 Ja

46.2 Nej

46.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse klare?

47.1

Ja

47.2

Nej

47.3

Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse neutrale?

48.1

Ja

48.2

Nej

48.3

Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse relevante?

49.1

Ja

49.2

Nej

49.3

Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse omfattet af Retslægerådets fagkundskab?

50.1

Ja

50.2

Nej

50.3

Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Er de spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse forståelige?

51.1 Ja

51.2 Nej

51.3 Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse klare, neutrale mv.?

52.1 Ja

52.2 Nej

52.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøger, efter en lægelig opfattelse forståelige?

53.1 Ja

53.2 Nej

53.3 Ingen spørgsmål fra sagsøger

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse klare, neutrale mv.?

54.1 Ja

54.2 Nej

54.3 Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Er de supplerende spørgsmål, der er stillet af sagsøgte, efter en lægelig opfattelse forståelige?

55.1 Ja

55.2 Nej

55.3 Ingen spørgsmål fra sagsøgte

Hvis "nej" beskriv

Skyldes eventuelle supplerende spørgsmål efter et lægelægt skøn (evt. flere krydser)

56.1 Ingen supplerende spørgsmål

56.2 Utilstrækkelig første besvarelse

56.3 Besvarelsen af de første spørgsmål giver anledning til nye

56.4 Er overflødige, dvs. er sufficent besvaret første gang

56.5 Sagligt set det samme spørgsmål, der genfremsendes i en anden sproglig formulering

56.6 Spørgsmålet har ikke sammenhæng med sagens faktuelle forhold

Kommentar _____

24.06.2012

Bilag 6 Forslag til vejledende systematisk spørgeark

Retslægerådet

Hvad skete ved uheldet?

Hvor kraftigt var uheldet?

Foreligger detaljerede oplysninger vedrørende uheldet?

	Ja	Nej	Uoplyst	Ref
bevidstløshed i forløbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
amnesi, retrograd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
amnesi, anterograd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
relevant traumemekanisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andre skader ved hændelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

beskriv:

**Hvilke symptomer havde skadelidte umiddelbart efter uheldet?
(0-72 timer)**

Oplysninger om symptom præsentation < 72 timer efter uheld	JÅ	Nej	Uoplyst	Reference
nakkesmerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nedsat nakkebevægelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andre akutte symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> svimmelhed	<input type="checkbox"/> kvalme/opkastning	<input type="checkbox"/> søvnforstyrrelser
<input type="checkbox"/> støjoverfølsomhed	<input type="checkbox"/> øresusen	<input type="checkbox"/> lys skyhed
<input type="checkbox"/> irriteret	<input type="checkbox"/> træthed	<input type="checkbox"/> konc.besvær
<input type="checkbox"/> depression	<input type="checkbox"/> angst/uro	<input type="checkbox"/> hukom.besvær

beskriv evt. andre umiddelbare symptomer:

**Hvilke symptomer havde skadelidte ved 1. lægelige
undersøgelse?**

som ovenfor beskr. symptomer som skema nedenfor

<input type="checkbox"/> nakkesmerter	<input type="checkbox"/> hovedpine	<input type="checkbox"/> stivhed, ↓nakkebev
---------------------------------------	------------------------------------	---

Katalog af opklarende spørgsmål ved vurdering af whiplash skader

<input type="checkbox"/> svimmelhed	<input type="checkbox"/> kvalme/opkastning	<input type="checkbox"/> søvnforstyrrelser
<input type="checkbox"/> støjoverfølsomhed	<input type="checkbox"/> øresusen	<input type="checkbox"/> lys skyhed
<input type="checkbox"/> irritabel	<input type="checkbox"/> træthed	<input type="checkbox"/> konc.besvær
<input type="checkbox"/> depression	<input type="checkbox"/> angst/uro	<input type="checkbox"/> hukom.besvær

andre symptomer

Hvornår henvendte skadelidte sig første gang til læge efter uheldet?

samme døgn

samme uge

> 1 uge

Hvem foretog initial lægelig undersøgelse

skadestue

egen læge

evt anden læge

Evt beskriv:

Hvilke objektive fund fandtes ved 1. lægelige undersøgelse?

Katalog af opklarende spørgsmål ved vurdering af whiplash skader

Parakliniske undersøgelser foretaget

	JA	Nej	Uoplyst	Reference
relevant billeddannende us	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andre undersøgelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

beskriv evt abnorme fund:

Har skadelidte haft symptomer fra nakke, ryg, hoved forud for uheld?

	Ja	Nej	Uoplyst	Ref
tidl nakkesymptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidl lænderygbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidligere hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidligere anden smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
anden fysisk sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

GI sympt KP sympt UG sympt bev app sympt almene sympt

beskriv:

Har skadelidte tidligere haft psykiske symptomer eller kognitive klager

	Ja	Nej	Uoplyst	Ref
tidl psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidl kognitive klager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidligere kranietraumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidligere medicin misbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidligere alkohol misbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beskriv:				

Hvilke varige symptomer og objektive fund er der efter 1 år

	Ja	Nej	Uoplyst	Ref
nakkesmerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nakkestivhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andre symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
objektive fund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beskriv:				

Hvordan er sygdomsforløbet og situationen idag?

	Ja	Nej	Uoplyst	Ref
tilstand er forværret over tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hvis forværring, er der				
nytilkomne symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
forværring af tidl sympt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
skyldes forværring UT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beskriv:				

Behandlings effekt

	Ja	Nej	Uoplyst	Ref
positiv effekt af medicinsk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
positiv effekt af psykologisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
positiv effekt af fysisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beskriv:				

Bilag 7 Oversigt over grafer og tabeller

Figur 2.1 Sagsgangen i en retslægerådssag	16
Figur 3.1 Skademechanisme ved whiplash	18
Figur 3.2 Skadestue opgørelse fra Groningen, Holland, oprindeligt publikation frem 94, siden faldende frekvens af "neck-sprains	20
Figur 3.3: Frekvens af årlige publikationer, originalartikler på Pubmed, fremtil nov. 2007	22
Figur 3.4: Alders og kønsfordelingen over 25års periode med registrering af whiplashtraumer Whiplash ved biluheld i perioden 1970-94	23
Figur 4.1: Aldersfordeling	37
Figur 4.2: Kønsfordeling	37
Figur 5.1 Sagsbehandlingstider	42
Figur 5.2 Fordeling ikke-sufficiente sager	42
Figur 5.3 Geografisk fordeling af de voterende	43
Figur 5.4 Den Juridiske forståelse af RR's erklæring	44
Figur 5.5 Den juridiske afgørelse i whiplash sagerne	47
Figur 5.6 Sagsøgers spørgsmål vurderet ved læge og jurist	49
Figur 5.7 Sagsøgtes spørgsmål vurderet ved læge og jurist	49
Figur 5.8 Årsag til supplerende spørgsmål vurderet ved læge og jurist	50
Tabel 3.1 Typiske symptomer ved en akut whiplash skade og ved et kronisk whiplash syndrom	18
Tabel 3.2 Whiplash Inddeling, Quebec Task Force.	19
Tabel 3.3: CER (Comité European des Assurances) undersøgelse 2004	24
Tabel 4.1 Vurdering af sagsøgers/sagsøgtes spørgsmål	39
Tabel 4.2 Vurdering af supplerende spørgsmåls betydning:	40

Om forfatterne



Helge Kasch er forskningsoverlæge på Vestdansk Center for Rygmarvsskade fra april 2015 og klinisk lektor i neurologi ved Institut for Klinisk Medicin Aarhus Universitet. Blev læge fra Syddansk Universitet 1992, og forsvarede PhD i 2001 fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet: "Pain, tenderness and mobility in neck and head following whiplash injury. A one-year prospective study". Neurologisk speciallægeuddannelse udgået fra Aarhus Universitetshospital, tidligere 20-års tilknytning til neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital og oppebåret klinisk lektorat i neurologi. +55 peer-reviewed publikationer, over 20 førsteforfatterskaber og flere bøger/bogkapitler, samt foredrag om især whiplash, smerte og hovedpine, både inden- og udenlands.



Bertil A. Frosell er dommer i Østre Landsret. Han er cand. jur. & art. fra Københavns Universitet. Efter sin embedseksamen i 1986 beskæftigede han sig som ansat i Justitsministeriet blandt andet med lovgivningsspørgsmål vedrørende retsplejen. Jævnside hermed har han blandt andet været ekstern lektor i retsvidenskab på Københavns Universitet. I 1998 blev han udnævnt til dommer i Københavns Byret, og i 2004 udnævntes han til landsdommer. Han har skrevet en række artikler om juridiske emner, herunder om sagkyndige erklæringer i civilprocessen.

